PAGE NOT AVAILABLE

Generated on 2018-08-12 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

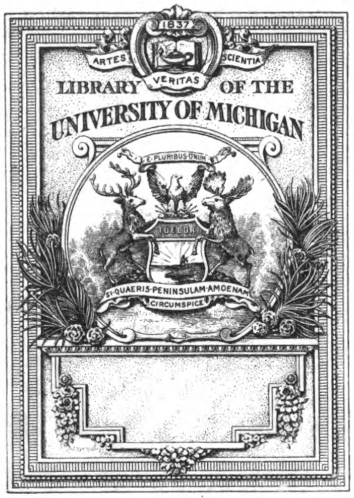
Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN



Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN

D49
M5

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Deutsche
Medicinische Wochenschrift.

92347

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Herausgegeben von

Dr. P. Boerner.

Zehnter Jahrgang.

Berlin.

Druck und Verlag von Georg Reimer.

1884.

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Inhalts-Verzeichniss.

I. Zur Orientirung auf dem Gebiete der Medicin und des öffentlichen Sanitätswesens.

Seite

Aerzte-Ordnung. Die Zuschrift des Reichskanzlers an die Bundesregierungen betreffend die Resolution des Reichstages über Herstellung einer solchen, von P. Boerner 135
Anatomie. Wie soll man dieselbe lehren und lernen?, von Geh.-Rath Prof. Dr. Waldeyer in Berlin 593. 611
Arzneitaxe, preussische für 1884, von P. Boerner 10
Ausland. Ueber ärztliche Praxis daselbst unter Bezugnahme auf die Verhältnisse in Manila, von Dr. Koeniger in Lippspringe 184. 197
Baden. Die Landesherrliche Verordnung v. 6. Dec. 1883 und die sich ihr anschliessende Ministerialverordnung v. 11. Dec. 1883 in der Berl. med. Gesellschaft 76. 90. 150
— — Die Landesherrliche Verordnung und Generalarzt a. D. Hoffmann 149
Cholera-Commission. Der IV. Bericht der deutschen 63
— — Der V. Bericht der deutschen 111
— — Der VI. Bericht der deutschen 191
— — Der VII. Bericht der deutschen 221
— — Die Berichte der deutschen und ihre Beurtheilung im Auslande, von P. Boerner 135
— — Die Rückkehr derselben, von P. Boerner 311
— — Das Festmahl zu Ehren derselben, von P. Boerner 333
— — Aus der Begründung des Gesetzes betreffend die Dotirung der Mitglieder derselben, von P. Boerner 318
— — Virchow über das Gesetz betreffend die Dotirung der Mitglieder derselben, von P. Boerner 334
Cholera. Ueber dieselbe von P. Boerner 425. 449. 463. 478. 496. 512. 541. 557. 575. 584. 591. 605. 623. 640. 658. 673. 690. 724. 738. 755. 773. 790. 805. 820. 837. 853
— Die Epidemie in Toulon, von P. Boerner 417
— Der Verlauf der Epidemie in Frankreich, von P. Boerner 463 478. 496. 512. 541. 557. 575. 591. 623. 640. 658. 673. 755. 773. 790. 805. 820. 853
— Der Verlauf der Epidemie in Italien, von Dr. A. Kurz in Venedig 605. 623. 641. 659. 661. 690. 724. 738. 755. 820. 837
— Die Conferenz zur Erörterung der Cholerafrage im Kaiserl. Gesundheits-Amt 501. 520. 534
— Die Verhandlungen über dieselbe im ärztlichen Verein in München 801. 818
— Ueber dieselbe in Neapel und die in Choleraleichen und Cholerakranken gefundenen Pilze, von Dr. R. Emmerich in München 813
— Der Bericht Straus' in der Pariser Akademie der Medicin über die von ihm und Roux in Toulon vorgenommenen Untersuchungen zu derselben, von P. Boerner 538
— Von der englischen Commission zur Erforschung derselben . . 673
— Zur Frage derselben auf Schiffen, von Dr. Neubauer in Finkenwärder 646
— Zur Behandlung derselben, von Dr. Fr. Dornblüth in Rostock 455
— Die Therapie derselben während der Epidemie in Toulon . . . 552
— Belehrung über das Wesen derselben und das Verhalten während der Cholerazeit. Erl. d. Reichskanzlers 516
— Instruction für die Schweizerischen Experten. Erl. d. Schweiz. Bundesraths 607
— Maassregeln gegen dieselbe. Erl. d. Königl. Preuss. Min. d. geistl. Unterr-, u. Med.-Angel. 481
— Maassregeln gegen dieselbe. Erl. des Stadtar. von Frankfurt a. M. 482
— Maassregeln gegen dieselbe. Erl. d. Königl. Bayer. Min. d. Innern 517
— Maassregeln gegen dieselbe. Erl. d. Königl. Württemb. Min. d. Innern 543
— Maassregeln gegen dieselbe. Erl. d. Grossh. Mecklenb. Min., Abth. f. Med.-Angel. 559

Seite

Cholera. Ueber den Bacillus der Cholera nostras und seine Cultur. Vortrag, gehalten auf der Naturforscher-Versammlung in Magdeburg von Prof. Dr. Finkler in Bonn 632
— Der Kommabacillus derselben in den politischen Zeitungen von P. Boerner 650
— Ueber die Bakterien derselben von Geh. Rath Dr. Rob. Koch in Berlin 725
— Ueber den Bacillus derselben von van Ermengem 749
— Rabes über den Bacillus derselben 844
— Die bisherige Thätigkeit der Herren Finkler und Prior zur Aetiologie derselben und ihre Entgegnung wider R. Koch, von P. Boerner 770
— Weitere Beiträge zu der Discussion über die Bakterien derselben, von P. Boerner 788
Cholerabacillen und Cholera nostras, von Dr. F. Hueppe in Wiesbaden 645
Choleraforschung. Weiteres zu derselben von P. Boerner . 803. 819
Cohnheim, Julius † 549
Cohnheim, Julius, von Prof. Dr. Marchand in Marburg . . 577. 596
Congresse. Zwei medicinische in Berlin von P. Boerner 248
Disciplinare Beaufsichtigung der Aerzte Seitens des Staates. In Sachen derselben, von Dr. B. Fraenkel in Berlin 584
Edinburgh. Helmholtz und Virchow auf dem dreihundertjährigen Stiftungsfest der Universität daselbst, von P. Boerner 318
— Ueber die Bedeutung der medicinischen Facultät daselbst, von P. Boerner 318
Epidemiologie und Medicin, von P. Boerner 492
v. Frerichs. Zum 25jährigen Doctorjubiläum desselben 91
— Derselbe mit besonderer Berücksichtigung seiner wissenschaftlich-literarischen Thätigkeit, von P. Boerner . . . 257. 279. 296
— Die Jubiläumsfeier für denselben 266. 281
Gesundheits-Amt, Kaiserliches. Der zweite Band der Mittheilungen desselben von Prof. Dr. Ribbert 151. 168. 186
— — Kaiserliches, aus demselben 634
— — Kaiserliches. Die Curse der Medicinalbeamten in demselben, von P. Boerner 649. 738
v. Hasner, Prof. Dr. in Prag. Ueber dessen Entlassungsgesuch, von P. Boerner 23
Hebammenpraxis. Die Antisepsis in derselben 193
Hygienische Institute. Ueber dieselben, von P. Boerner 23
Humanaster. Ein solcher vor Gericht 676
Internationaler medicinischer Congress. Der nächste Versammlungsort desselben 551
— — — Allgemeine Mittheilungen von demselben 556. 591
Kaiserswerth. Die Heilanstalt Johannisberg daselbst, von Dr. Neumann in Karlsruhe. 381
Koch, R. IV. Bericht an den Staatssekretair des Innern 63
— — V. Bericht an den Staatssekretair des Innern. 111
— — VI. Bericht an den Staatssekretair des Innern. 191
— — VII. Bericht an den Staatssekretair des Innern 221
— — Dessen Reise nach Toulon von P. Boerner. 458
Kultusministerium. Ueber den Etat desselben im Abgeordnetenhause, von P. Boerner. 91
Manila. Ueber die ärztliche Praxis im Auslande unter Bezugnahme auf die Verhältnisse daselbst. S. Ausland. . . . 184. 197
Medicinalbeamte. Das Verhältniss desselben zu den praktischen Aerzten von P. Boerner 37
— Ueber Forbildungskurse für dieselben, von San.-Rath Dr. Lissner in Kosten. 110. 127
Medicinalreform. Zu derselben in Preussen, von P. Boerner. . 614
Medicinalwesen. Der Etat desselben im Preussischen Abgeordnetenhause, von P. Boerner. 105. 124
— Die Aussichten für eine Neuordnung desselben in Preussen und damit in Deutschland, von P. Boerner. 104
— Einige Bemerkungen zu den Verhandlungen über dasselbe in der Berliner medicinischen Gesellschaft und im Preussischen Abgeordnetenhause, von P. Boerner 97
Medicinische Fakultät in Berlin. Aus derselben, von P. Boerner. 735

a*

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Seite

Medicinische Fakultät in Berlin. Die neuesten Ernennungen in derselben von Dr. P. Boerner. 549
Medicin Studirende. Wann sollen dieselben anfangen zu präpariren? von Geh. Med.-R. Prof. Dr. Budge in Greifswald. 161
Medicin Studirende. Zahl derselben in den deutschen Universitäten im Sommersemester 1884. 560
Medicinische Literatur. Ueber die russische, von Dr. Max Buch in Helsingfors. 143
Mentone. Ueber den Gesundheitszustand daselbst, von Dr. Karl Thieme in Mentone 836
Militair-Sanitätswesen. Die im Anschluss an die Hygiene-Ausstellung berufene Commission. 254. 319
Nahrungsmittelgesetz. Ueber die Ausführung desselben, von Geh. Rath Prof. Dr. Skrzeczka in Berlin. 28. 43. 61
Realschule und Studium der Medicin, von P. Boerner 254
Reichs-Aerzteordnung. Die Stellung der elsass-lothringischen Aerzte zu der in Aussicht genommenen. 157
Ringel, J. F. Dessen 50jähriges Doctor-Jubiläum. 156
Rothes Kreuz. Internationale Conferenz in Genf. 636
Sammelforschung. Ueber die vom Verein für innere Medicin ins Leben gerufene. 24. 78. 94. 110. 155. 852
— Dieselbe auf dem internat. med. Congress in Kopenhagen. . . 551
Todtenliste für das Jahr 1883, von P. Boerner. 16. 31
Trichinenepidemie. Ueber dieselbe in Emersleben, Deesdorf und Nienhagen, von P. Boerner. 7
Trichinenschauer. Ueber die gesetzliche Verantwortlichkeit derselben, von Prof. Dr. H. Pütz in Halle a. S. 78. 94
Tuberkelbacillus. Der, in Amerika 381
Universitäten. Aus den Verhandlungen im preussischen Abgeordnetenhause über den Etat derselben, von P. Boerner. 119. 142
Vivisection. Die Frage derselben im preussischen Abgeordnetenhause, von P. Boerner. 143
Wartepersonal. Ueber dasselbe in den Berliner Krankenhäusern, von P. Boerner. 10
Wuthkrankheit. Der Bericht der zur Prüfung des Pasteur'schen Experiments über die Prophylaxe derselben eingesetzten Commission, von P. Boerner. 537
Zahnärztliches Institut. Das neue der Berliner Universität von P. Boerner 686
Zahnärztliche Poliklinik. Aus der Rede des Prof. Dr. Paetsch beim Beginn seiner Lehrthätigkeit. 787
Zahnheilkunde. Das Studium derselben an der Universität Berlin, von Prof. Dr. Busch, Dir. d. zahnärztl. Inst. in Berlin . . 839
Zeitschriften, neue, von P. Boerner. 9

II. Originalartikel medicinischen Inhalts.

Actinomykose. Ein Beittrag zur Kenntniss derselben, von Dr. K. Middeldorpf, Assist.-A. der chir. Klinik in Freiburg i. B. 225. 244
Anencephalus. Mittheilung eines Falles, von Dr. Heusinger in Raguhn. 549
Angina Pectoris. Ueber die Wirkung der Nitrite und des Nitroglycerin bei derselben, von Dr. M. Hay in Aberdeen. . . . 441
Animale Lymphe. Die Impfungen mit derselben in der städtischen Impfanstalt zu Dresden i. J. 1883, von Dr. Chalybäus in Dresden 223. 237
Antipyrese. Ueber individualisirende, von San.-R. Dr. J. Mayer in Aachen. 469
Antipyrin, das neueste Antipyreticum, von Dr. F. May, Ass. am Bürgerhosp. in Köln. 369. 387. 405
— Ueber dasselbe, von San.-R. Dr. P. Guttmann, Dir. des städt. Krankenh. Moabit in Berlin. 485
— Ueber dasselbe bei Phthise, von Dr. Meissen, II. Arzt d. Heilanstalt Falkenstein i. T. 827
— Ueber den therapeutischen Werth desselben, von Dr. C. Rank, Ass. d. med. Abth. d. Katharinenhosp. in Stuttgart. . 373
— Zur Wirkung desselben bei Kindern und Erwachsenen von cand. med. A. Geier in Heidelberg. 728
Antisepsis. Dieselbe in der Hebammenpraxis, von Prof. Dr F. Ahlfeld in Marburg. 193
Anurie, zehntägige nach doppelseitigem Ureterenverschluss durch Steine, von Dr. Eger in Breslau 131
Arco. Als klimatischer Kurort, von Dr. P. Boerner in Berlin . 573
Arsen. Ueber den therapeutischen Werth derselben, von Prof. Dr. H. Schulz in Greifswald 453
Bauchdecken. Zur Casuistik der bindegewebigen Neubildungen derselben, von Dr. R. Bruntzel in Posen 228
Beckenbauchwand. Ueber einige Folgezustände hochgradiger Erschlaffung derselben, von Prof. Dr. A. Hegar in Freiburg 582
Bindegewebige Neubildungen. Zur Casuistik derselben der Bauchdecken. S. Bauchdecken 228
Blasenstein. Ein solcher im Orif. ext. urethr. bei einem $1^3/_4$ jährigen Knaben, von Dr. Coesfeld in Barmen 405
Bleiintoxication. Wahre Gicht und Nierenschrumpfung bei derselben. S. Gicht 127
Bleimanie. Ueber einen Fall derselben, von Kr.-W.-A. Dr. Racine in Caternberg. 147
Blennorrhoea neonatorum. Ueber dieselbe im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin, von Prof. Dr. Schatz in Rostock . . 1
— — Zur Methodik der prophylaktischen Einträufelungen gegen dieselbe, von Prof. Dr. F. Ahlfeld in Marburg 33
Blutkörperchen. Die Bedeutung der neueren Untersuchungen derselben in Bezug auf die anämischen und leukämischen Krankheitsformen von Dr. S. Laache in Christiania 695
Blutspaltpilze. Zur Kritik der Blutspaltpilze des Herrn G. v. Hoffmann von Prof. Dr. Marchand in Marburg 682
Borsäure. Dieselbe in der Augenheilkunde, von Dr. Gielen in Mainz 150
Brillenvorprobe. Das Dioptrie-Lineal zu derselben. S. Dioptrie-Lineal 713
Brompräparate. Ueber die Anwendung derselben bei Neurosen, speciell bei Epilepsie, von Prof. Dr. B. Küssner in Halle . . 792
Carcinoma medullare acutum hepatis, mit Ausgang in Verjauchung und drohender Perforation durch die Bauchdecken, von Dr. Heusinger in Raguhn 547
Cervicalcanal. Ueber das Verhalten desselben nach Geburt des Kindes und der Placenta, von Prof. Dr. F. Ahlfeld in Marburg 114
Chinin. Ueber die Anwendung desselben in Form von Suppositorien, von Dr. R. Pick in Coblenz 277
Chininum amorphum boricum. Mittheilungen über dasselbe, von Prof. Dr. Finkler und Dr Prior in Bonn 81
Chinin- und Salicylsäure-Gebrauch. Ueber bleibende Störungen im Gehörorgan nach demselben. S. Gehörorgan 163
Cholera. Ueber dieselbe in Neapel und die in Choleraleichen und Cholerakranken gefundenen Pilze, von Dr. R. Emmerich in München 813
— Zur Behandlung derselben, von Dr. Fr. Dornblüth in Rostock 455
— Zur Frage derselben auf Schiffen, von Dr. Neubauer in Finkenwärder 646
Cholerabacillen und Cholera nostras, von Dr. F. Hueppe in Wiesbaden 643
Cholerabakterien. Ueber dieselben, von Geh.-Rath Dr. Robert Koch in Berlin 725
— — Weitere Beiträge zu der Discussion über dieselben, von Dr. P. Boerner in Berlin 788
Cholerabehandlung. Zu derselben, von Stabsarzt Dr. Rosenzweig in Schweidnitz 568
Choleraforschung. Weiteres zu derselben, von Dr. P. Boerner in Berlin 803. 819
Cholera nostras. Ueber den Bacillus derselben und seine Cultur, von Prof. Dr. Finkler in Bonn 632
— — Untersuchungen über dieselbe, von Prof. Dr. Finkler und Dr. Prior in Bonn 579
Cocainum muriaticum. Ueber dasselbe, von Priv.-Doc. Dr. Horstmann in Berlin 791
— — Ueber die Verwendung desselben zur Anästhesirung der Urethra, von Dr. A. Blumenfeld in Berlin 816
Croup und Diphtheritis. Ueber dieselbe, von Dr. Aufrecht in Magdeburg 677
— — — Die Tracheotomie bei denselben in der ärztlichen Praxis 774
Dehnung. Ein Fall von D. der Intercostal-Nerven. S. Intercostal-Nerven 306
Diabetes mellitus. Ueber die diätetische Behandlung desselben, von Dr. R. Gmelin in Tübingen 693. 711. 731. 746
— — **und insipidus.** Geheilter Fall bei einem Säugling, von Dr. H. Garnerus in Schwarzenberg i. S. 697
— — **und Syphilis,** von Dr. Scheinmann in Wiesbaden . . 644. 662
Dioptrie-Lineal. Dasselbe zur Brillenvorprobe, von Prof. Dr. H. Cohn in Breslau 713
Diphtherie. Zur Therapie derselben, von Prof. Dr. Hugo Schulz in Greifswald 5
— Ueber die Ursachen derselben beim Menschen und der Taube, von Dr. R. Emmerich in München 614
Diphtheritis. Ueber Eisenchlorid bei derselben, von Dr. A. Jacoby in Magdeburg 665
Echinokokkus. Ueber einige Fälle von solchem, von Dr. L. Heusner, Ob.-A. a. städt. Krankenh. in Barmen. 794
Eingewachsener Nagel. Zur Operation desselben, von Prof. Dr. Ferd. Petersen in Kiel. (Siehe auch Grosszehennagel.) . . 196
Eisenchlorid. Ueber dasselbe bei Diphtheritis. S. Diphtheritis. . 665
Ellenbogenankylose. Ein Fall von geheilter, von Dr. O. Dornblüth in Rostock. 535
Encephalitis. Ueber die acute der Kinder, von Prof. Dr. A. Strümpell in Leipzig. 714
Endothelveränderungen. Ueber solche bei acuter Nephritis. S. Nephritis. 145. 166
Epilepsie. Ueber die Anwendung von Brompräparaten bei derselben. S. Brompräparate. 792
Ergotismusepidemie. Zu derselben im Reg.-Bez. Breslau, von Priv.-Doc. Dr. Fr. Tuczek in Marburg. 797
Ernährungsfrage des Kindes. Ueber den heutigen Stand derselben vom Standpunkt der wissenschaftlichen Physiologie, von H. v. Liebig. . . . . 628. 647.
Fremdkörper in den Luftwegen. S. Luftwege. 779
Furunkelbildung. Ueber den Zusammenhang derselben mit Melliturie. S. Melliturie. 489
Gährungsphysiologie. Ueber die Zersetzungen der Milch und die biologischen Grundlagen derselben. S. Milch. . . . 777. 796. 811
Galvanometer. Ueber ein neues absolutes und einige damit angestellte Versuche, von Prof. Dr. A. Eulenburg in Berlin. . 113
Geburtshülfe und Gynäkologie. Dieselbe, ein Zweig der allgemeinen Medicin, von Prof. Dr. M. Runge in Dorpat 177

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Gehörorgan. Ueber bleibende Störungen in demselben nach Chinin- und Salicylsäure-Gebrauch, von Dr. Schwabach in Berlin . . 163
Gicht. Mit Nierenschrumpfung bei Bleiintoxication, von Stabsarzt Dr. Pedell, Ass. a. d. II. med. Klinik in Berlin 129
— Ueber das Wort Gicht, von Dr. Coesfeld in Barmen 149
Gliomatose. Ein Fall von centraler des Halsmarks, von Priv.-Doc. Dr. E. Remak in Berlin 758
Grosshirn. Ueber Localisation der Functionen desselben, von Prof. Dr. Landois in Greifswald 440
— Ueber ein Wärmecentrum in demselben. S. Wärmecentrum . . 823
Grosszehennagel. Ueber die Behandlung des eingewachsenen, von Dr. Schlegtendal 666
— Ueber das Einwachsen desselben, von Dr. Hildebrandt in Halle a. S. 85
Gynäkologie. Herr Landau und die operative Gynäkologie von Dr. S. Guttmann in Berlin 781
Hämoglobinurie. Ueber paroxysmale durch Gehen, von Dr. A. Kast, Assist.-A. d. med. Klinik in Freiburg 840
Harnröhrensteine. Ueber dieselben, von Dr. Partsch, I. Ass. d. Königl. chirurg. Klin. in Breslau 97
Hautgangrän. Zur Aetiologie der multiplen, kachektischen von Dr. Eichhoff in Elberfeld 760
Hemianästhesie. Ueber dieselbe, von Prof Dr. Seeligmüller in Halle a. S. 681
Hernia diaphragmatica. Ueber einen Fall, von Dr. P. Guttmann in Berlin 209
— — Ueber die Beziehungen derselben zur Entwicklungsweise des Zwerchfells. S. Zwerchfell 211
Herzhypertrophie, idiopathische. Ueber die Häufigkeit und Ursachen derselben in München, von Prof. Dr. Bollinger in München 180
Herzklopfen, nervöses. Ueber den Einfluss von chronischen Erkrankungen der Nasenschleimhaut auf dasselbe, von Dr. Küpper Ob.-A. d. Josephs.-Hosp. in Elberfeld. 828
Herzschwäche. Ueber dieselbe, von Prof. Dr. Seeligmüller in Halle a. S 679
Hyperplasien. Ein Beitrag zur Lehre von denselben der Nasenmuschelbekleidung, von Dr. Eug. Fraenkel in Hamburg . . . 274
Hysterie. Ueber dieselbe beim männlichen Geschlecht, von Dr. E. Mendel, Priv-Doc. in Berlin 241
Infectionskrankheiten. Sind die von Dr. Zopf in seinem Handbuch über die Spaltpilze gelehrten Anschauungen vereinbar mit den Ergebnissen der neueren Forschungen über dieselben?, von Prof. Dr. C. Flügge in Göttingen 741
Infectionsstoffe. Ueber das Verhalten derselben gegenüber den Verdauungssäften, von Dr. E. Frank, Ass. am Hygien. Inst. d. Univ. Budapest. 309
Intercostal-Nerven. Ein Fall von Dehnung derselben, von Dr. L. von Lesser, Priv.-Doc. in Leipzig 306
Ischias. Oeynhausen gegen dieselbe. S. Oeynhausen 326
Jequirity. *Die Arbeiten* über dasselbe, von Priv.-Doc. Dr. C. Horstmann in Berlin 54
Jodoform-Exantheme. Ueber dieselben, von Prof. Dr. A. Neisser in Breslau 467
Jodoform-Verband. Ueber denselben, von Prof. Dr. v. Mosetig-Moorhof in Wien 599
Jodoform-Vergiftung. Ueber dieselbe und ihre Behandlung, von Dr. Behring in Winzig 68
Jod-Vergiftung. Ein eigenthümlicher Fall derselben, vom Ass.-A. Dr. Lorenz in Militsch 733
Kairin. Ueber dasselbe, von Dr. E. Peiper in Greifswald . . . 20
Kali chloricum-Vergiftung. Beitrag zur Casuistik derselben, von Prof. Dr. Otto Leichtenstern in Köln 305
Kefir. Ueber denselben, von Dr. Mandowski in Badenweiler. . 324
Kehlkopfcysten. Zur Lehre von denselben, von Prof. Dr. A. Jurasz in Heidelberg 625
Kinder. Ueber die acute Encephalitis derselben. S. Encephalitis . 714
Kniephänomen. Experimentelle Untersuchungen über dasselbe, von Dr. Feilchenfeld 403
Kochsalzwasser-Infusion. Ueber dieselbe, von Prof. Dr. Kronecker in Berlin 507
Kröpfe, parenchymatöse. Ueber die Behandlung derselben, von Dr. Moritz Schmidt in Frankfurt a. M. 115
Kurärztliche Praxis Beobachtungen aus derselben, von Dr. von Corval und Dr. Wunderlich in Schöneck 308. 325
Leber und Pfortadersystem. Zur Differentialdiagnostik der mit Ascites verbundenen Erkrankungen derselben, von Dr. H. Curschmann in Hamburg 564
Lichen ruber planus. Ein Fall desselben mit ungewöhnlicher Localisation, von Priv.-Doc. Dr. G. Behrend, in Berlin 386
Localisation. Ueber dieselbe der Functionen des Grosshirns. S. Grosshirn 440
Luftfiltration. Weitere Mittheilungen über dieselbe, von Bez.-A. Dr. W. Hesse in Schwarzenberg. (Siehe auch „Abscheidnng der Mikroorganismen aus der Luft“ S. 17) 825
Luftwege. Fremdkörper in denselben, von Dr. Schadewaldt in Berlin 797
Lungenchirurgie. Beitrag zur Casuistik derselben, von Dr. L. Rohden in Lippspringe 251
— Zu derselben, von Dr. Peiper in Greifswald 269
Magenwand. Schnittwunde der vorderen mit Heilung, von Dr. W. Facilides in Reichenbach 828
Massenvergiftung. Eine solche durch salpetrigsaure Dämpfe. S. salpetrigsaure Dämpfe 451. 468

Seite

Melliturie und Furunkelbildung. Ueber den Zusammenhang derselben, von Priv.-Doc. Dr. O. Rosenbach in Breslau 489
Meningitis cerebrospinalis. Ueber deren Bedeutung für das Gehörorgan, von Priv.-Doc. Dr. Kirchner, in Würzburg 65
Metritis. Zur Therapie der chronischen, von Dr. Marek Arnsztein in Lublin 245. 264
Mikroorganismen. Ueber Abscheidung derselben aus der Luft, von Bez.-Arzt Dr. W. Hesse in Schwarzenberg 17
Milch. Ueber die Zersetzungen derselben und die biologischen Grundlagen der Gährungsphysiologie, von Dr. F. Hueppe in Wiesbaden 777. 796. 811
Milzexstirpation. Ueber die Folgen derselben, von Prof. Dr. Mosler in Greifswald 337
Moosfilz-Verband, von Dr. H. Leisrink in Hamburg 546
Mundhöhle. Zur Kenntniss der Bakterien in derselben, von Dr. W. Miller in Berlin 781
Myositis ossificans progressiva. Ueber einen bemerkenswerthen Fall derselben, von Dr. E. Schwarz, Ass.-A. a. d. med. Klin. d. Univ. Zürich 807
Nasale Schwellapparate. Beiträge zur Exstirpation derselben, von Dr. W. Hack in Freiburg 435
— — Nachtrag zur Exstirpation derselbe, von Prof. Dr. W. Hack in Freiburg 568
Nasenerkrankung. Zur Entwickelung von Refractions- und Stellungs-Anomalien des Auges in Folge derselben, von Dr. M. Bresgen in Frankfurt a. M. 133
Nasenleiden und Reflexneurosen, von Dr. M. Schaeffer in Bremen 357. 376
Nasenmuschelbekleidung. Beitrag zur Lehre von den Hyperplasien derselben. S. Hyperplasien 274
Nasenrachenhöhle. Ueber die zur Reinigung derselben empfohlenen Vorrichtungen, von Stabsarzt Dr. Schondorff in Greifswald 182
Nasenscheidewand. Ueber seröse Perichondritis derselben. S. Perichondritis 810
Nasenschleimhaut. Zur galvanokaustischen Behandlung der hypertrophischen, von Dr. M. Bresgen in Frankfurt a. M. 474
— Nochmals zur galvanokaustischen Behandlung der hypertrophischen, von Dr. M. Bresgen in Frankfurt a. M. 601
— Historische Bemerkungen bezüglich der galvanokaustischen Behandlung derselben, von Priv.-Doc. Dr. A. Hartmann in Berlin 617
— Ueber den Einfluss von chronischen Erkrankungen derselben auf nervöses Herzklopfen. S. Herzklopfen 828
Nephritis. Ueber Endothelveränderungen bei acuter, von Dr. C. Nauwerck, Ass. a. pathol. Inst. d. Univ. Tübingen . . 145. 166
Neuritis. Ein Fall von multipler. von Dr. S. Guttmann in Berlin 291
Nierenkrankheiten. Zur Diagnostik derselben, von Dr. Jul. Wolff, Assist.-A. am Allerh. Hosp. in Breslau 627
Obersalzbrunnen. Der Oberbrunnen und die Kronenquelle daselbst in ihrer Eigenschaft als Lithionwässer, von Med.-R. Dr. H. Reimer in Dresden 292
Oeynhausen. Dasselbe gegen Ischias, von Sanitätsrath Dr. L. Lehmann in Oeynhausen 326
Ohr. Ueber Tuberkelbacillen im Ohr. S. Tuberkelbacillen . . . 483
Ohrenheilkunde. Dieselbe auf der Naturforscher-Versammlung in Magdeburg, von Prof. Dr. Magnus in Königsberg i. P. . . . 844
Osteomyelitis. Entgegnung auf das Referat des Herrn Friedländer über die Mikrokokken derselben, von Stabsarzt Dr. Becker in Berlin 35
— Entgegnung auf die Bemerkung des Herrn Dr. Becker von Dr. E. Hahn in Berlin 73
Osteomyelitis-Coccen. Ueber die Schicksale derselben im Organismus, von Prof. Dr. Ribbert in Bonn 682
Ovarialschmerz. Ueber die Bedeutung desselben bei Hysterischen, von Dr. L. Landau, Priv.-Doc. in Berlin 263
Ovarie. Drei Fälle derselben, von Dr. L. Landau, Priv.-Doc. in Berlin 276
Parenchymatöse Kröpfe. Ueber die Behandlung derselben. S. Kröpfe 115
Perichondritis. Ueber seröse der Nasenscheidewand, von Prof. Dr. A. Jurasz in Heidelberg 810
Peritonitis. Ueber puerperale, von Dr. A. Fraenkel, I. Ass. a. d. II. med. Klinik in Berlin 212
— Ueber spontane, von Geh. Med.-Rath, Prof. Dr. E. Leyden in Berlin 258
Pneumatische Kammer. Die Veränderungen der Pulscurven in derselben, von Dr. G. v. Liebig in Reichenhall. 289
Pneumonie. Ueber die Mikrokokken derselben. Entgegnung auf das Referat des Herrn Dr. Becker, von Dr. Emmerich in München 282
— wandernde. Beiträge zur Kenntniss derselben, von Dr. B. Kuessner in Halle 101. 117
Pneumonie-Coccen. Die Auffindung derselben in der Zwischendeckenfüllung siechhafter Wohnräume, von Priv. Doc. Dr. Emmerich in München 181
Poliomyelitis anterior. Ueber Erb's Mittelform der chronischen, von Dr. L. Löwenfeld in München 49. 70
Prurigo. Zwei Fälle derselben nach Scharlach, von Dr. G. Behrend, Priv.-Doc. in Berlin 385
Purpura variolosa, Variola vera und **Variola sine exanthemate** in einer Familie, von Dr. C. Neumann 697
Quecksilber. Neue Aufschlüsse über die Ausscheidung desselben, von Dr. Schuster in Aachen 278

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Seite

Quecksilber. Ueber therapeutische Verwerthung der localen antisyphilitischen Wirkung desselben, von Prof. Dr. Köbner in Berlin 757
Reflexerregbarkeit. Ein Fall von erhöhter, in Form von saltatorischen Krämpfen, von Dr. O. Kollmann in Würzburg. . 53. 84
Refractions- und Stellungs-Anomalien des Auges in Folge von Nasenerkrankung. S. Nasenerkrankung 133
Rückenmark. Zwei Fälle von Compression desselben durch Wirbelkrebs. S. Wirbelkrebs 355. 374. 392
Salpetrigsaure Dämpfe. Eine Massenvergiftung durch dieselben, von Prof. Dr. R. Pott Halle a. S. 451. 468
Saltatorische Krämpfe. Ein Fall von erhöhter Reflexerregbarkeit in Form derselben. S. Reflexerregbarkeit 53. 84
Schädelfracturen. Ueber die Behandlung der complicirten, von Dr. Jul. Görtz in Mainz 401
Schanker. Ein solcher auf der Spitze des rechten Zeigefingers, von Dr. Coesfeld in Barmen 404
Secale cornutum. Die Anwendung desselben während der Geburt, von Prof. Dr. Schatz in Rostock 775
Situs viscerum inversus. Ein Fall von totalem, von Dr. P. Guttmann in Berlin 229
Strahlenpilz. Ueber denselben und seine Entwicklungsformen, von Prof. Dr. H. Karsten in Berlin 264
Sulfodiazobenzol-Reaction. Ueber dieselbe, von Dr. P. Ehrlich, I. Ass. d. I. med. Klinik in Berlin 419
Syphilis. Zur Casuistik seltener Formen derselben von Dr. F. Ziehl, Ass. a. d. med. Klinik in Heidelberg 422. 438
Syphilis-Behandlung. Zu derselben, von Prof. Dr. A. Neisser in Breslau 3. 22
— — Zu derselben, von Prof. Dr. J. Caspary in Königsberg i. Pr. 194
Syphilis hereditaria tarda, von Dr. A. Heusinger in Raguhn . . 148
Syphilitische Lungenerkrankung. Beobachtungen über den Befund des Auswurfs bei derselben, von Dr. Koeniger in Lippspringe 816
Tabes-Luesfrage. Zu derselben von Priv.-Doc. Dr. Th. Rumpf in Bonn 232
Tageslicht-Messungen in Schulen, von Prof. Dr. H. Cohn in Breslau 609
Tetanus. Ueber infectiösen, von Cand. med. Nicolaier i. Göttingen 842
Thermische Reize. Ueber die unter physiologischen Verhältnissen zu beobachtende Verlangsamung der Leitung von Schmerzempfindungen bei Anwendung derselben, von Priv.-Doc. Dr. O. Rosenbach, in Breslau 338
Tonsillarcarcinom. Zur Operation desselben, von Prof. Dr. J. Mikulicz in Krakau 33
Trichorrhexis nodosa. Zur Aetiologie derselben, von Priv.-Doc. Dr. S. Wolffberg in Bonn 490
Trichterbrust. Zur Aetiologie derselben, von Prof. Dr. H. Ribbert in Bonn 533
Trunksucht und Dipsomanie, von Prof. Dr. Kirn in Freiburg . . 545
Tuberculose des Larynx bei einem fünfjährigen Kinde, von Prof. Dr. Voltolini in Beslau 369
Tuberkel-Bacillen im Ohre, von Prof. Dr. Voltolini in Breslau 17. 483
— — Kleine Beiträge zur Kenntniss derselben, von Dr. A. Lachmann in Frankfurt a. M. 196
Typhus. Ueber Verbreitung desselben durch Milch, von Dr. B. Auerbach in Köln 709
Ureterenverschluss. Zehntägige Anurie nach doppelseitigem. S. Anurie 131
Vaguslähmung. Ueber einen Fall von completer intermittirender, von Priv.-Doc. Dr. O. Rosenbach in Breslau 35
Verdauungssäfte. Ueber das Verhalten von Infectionsstoffen gegenüber denselben. S. Infectionsstoffe 309
Wärmecentrum. Ueber ein solches im Grosshirn, von Cand. med. E. Aronsohn und Cand. med. J. Sachs in Berlin 823
Waldwolle. Dieselbe als antiseptisches Wundmittel, von Dr. H. Kümmell in Hamburg 561
Wandernde Pneumonie. Beiträge zur Kenntniss derselben. S. Pneumonie 101. 117
Wanderniere. Zur Pathologie und Therapie derselben von Dr. H. Lindner, dirig. A. d. Diacon.-Stiftes Betlehem in Ludwigslust 230
Wasserkissen. Ueber die Abkühlung mittelst derselben, von Prof. Dr. H. Quincke in Kiel 273
Wirbelkrebs. Zwei Fälle von Compression des Rückenmarks durch denselben, von Dr. H. Simon, Ass d. med. Abth. des Bürgerhosp. in Köln 355. 374. 392
Wundinfectionskrankheiten. Ueber Mikroorganismen bei denselben, von Prof. Dr. Rosenbach in Göttingen 631
Wuthgift. Pasteur's Bericht an die Academie der Wissenschaften zu Paris über seine den Virus desselben und die Prophylaxe der Wuthkrankheiten betreffenden Forschungen, von Dr. Karl Thieme in Mentone 359
Xanthelasma planum. Mittheilung eines Falles von X. p. et tuberculosum multiplex, von Dr. Eichhoff, dirig. Arzt d. Privatklinik f. Hautkranke in Elberfeld 52
Xerosis Conjunctivae. Dieselbe und ihre Begleiterscheinungen, von Dr. Kuschbert in Salzbrunn 321. 341
Zeugung. Physiologische Untersuchungen über dieselbe, von Prof. Dr. P. Grützner in Bern 471
Zuckerstich. Der Einfluss desselben auf die Temperaturen des Körperinnern und insbesondere der Lebertemperatur, von cand. med. E. Aronsohn in Berlin 743
Zwangsvorstellungen. Ueber einen Fall von solchen vor Gericht, von Dr. M. Jastrowitz in Berlin 487. 508
Zwerchfell. Ueber die Beziehungen der Hernia diaphragmatica zur Entwicklungsweise desselben, von Geh. Med.-R. Prof. Dr. Waldeyer in Berlin 211

Anhang.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Besondere Beilage, Seite

Adenoide Vegetationen. Ueber dieselben, von Prof. Dr. B. Fraenkel in Berlin 52
Chirurgische Plastik, Der jetzige Stand und die Ausdehnung derselben, von Prof. Dr. G. v Adelmann in Berlin 5
Gährungsvorgänge im menschlichen Munde. Ihre Beziehung zur Caries der Zähne und zu diversen Krankheiten, von Dr. W. D. Miller in Berlin 43
Epilepsie. Ueber dieselbe. Von Prof. Dr. E. Mendel in Berlin . 47
Knochenfische, Das Gehirn derselben, von Ob.-St.-A. Prof. Dr. H. Rabl-Rückhard in Berlin 35
Krankhafte Geschwülste. Ueber die Entstehung derselben, von Dr. P. Grawitz, I. Ass. a. pathol. Inst. d. Univ. Berlin . . . 1
Schluckbewegung. Ueber dieselbe, von Prof. Dr. H. Kronecker in Berlin 13
Syphilis-Behandlung. Ueber den heutigen Stand derselben, von Dr. Th. Görges in Berlin 29

III. Vereinschronik.

A. Jahresversammlungen und Congresse.

1. Internationaler medicinischer Congress. VIII. Versammlung vom 10.—16. August 1884 in Kopenhagen.

Anmeldungen 362
Tagesordnung 366. 383. 400. 417. 433
Eröffnung 541

I. Allgemeine Versammlungen.

Kostrationen. Ueber die Untersuchung derselben für gesunde und kranke Menschen. Herr Panum, Kopenhagen 585
Malaria. Ueber die natürliche Entstehung derselben. Herr Tommasi-Crudeli, Rom 584
Metaplasie. Ueber dieselbe. Herr Virchow, Berlin 566
Neoplastische Diathese. Ueber dieselbe und die Bildung der Geschwülste. Herr Verneuil, Paris 585
Pathogene Mikroorganismen. Ueber dieselben und Vaccinestoffe. Herr Pasteur, Paris 550
Sammelforschung über Krankheiten. Internationale. Herr W. Gull, London 566

II. Sectionssitzungen.

Section für Anatomie und Physiologie.

Conservirte Organe. Demonstration durch Imbibition und Injection mit Glycerin hergestellter. Herr Stieda, Dorpat 555
Fuss. Ueber die statischen Verhältnisse desselben. Herr v. Meyer, Zürich 555
Hermaphroditismus. Ein Fall bei einem Schwein. Herr v. Kölliker, Würzburg 555
Herzform. Ueber die Entwicklung derselben. Herr His, Leipzig 555
Hirnrinde. Ueber den Nervenlauf in derselben. Herr Weigert, Leipzig 555
Hörnerven. Ueber die Ausbreitung derselben in den Haarzellen. Herr Retzius, Stockholm 555
Kiemenspalten. Ueber dieselben. Herr v. Kölliker, Würzburg 555
Labyrinth. Ueber die Structur desselben. Herr Hensen, Kiel 555
Lymphkreislauf. Ueber denselben bei Hühnern. Herr Budge, Greifswald. 555
Quergestreifte Musculatur. Ueber die Histologie derselben. Herr v. Ebner, Graz 555
Respirationsmuskeln. Ueber die Bewegungen derselben. Herr v. Meyer, Zürich 555
Rückenmark. Ueber Tinctionsmittel desselben. Herr Adamkiewicz, Krakau 555
Schädel. Ueber erbliche Veränderung einiger Nähte desselben. Herr Chievitz, Kopenhagen 555
Tastnervenendigungen. Ueber dieselben. Herr Merkel, Königsberg 555
Vorderarmknochen. Ueber die Bewegung desselben. Herr Morris, London und Herr Heimberg, Christiania 555
Weibliche Geschlechtstheile. Ueber eine missdeutete Eigenthümlichkeit an den äusseren. Herr Pozzi, Paris 555
Zellkern. Ueber denselben und die Zelltheilung. Herr Flemming, Kiel 555

Section für Chirurgie.

Antiseptischer Dauerverband. Ueber denselben. Herr Esmarch, Kiel 654
Arterien. Ueber die Torsion grosser. Herr Wanscher, Kopenhagen 655
Gelenkleiden. Ueber Resection und Arthrotomie bei tuberculösen. Herr Ollier, Lyon 640. 653

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite
Genu valgum. Osteotomie bei demselben. Herr Mac Ewen Glasgow . . . 640
Jodoform-Wundbehandlung. Ueber dieselbe. Herr v. Mosetig-Moorhof, Wien . . . 599. 654. 688
Massage. Ueber dieselbe. Herr Zabludowsky, Berlin . . . 655
Mastdarmexstirpation. Dieselbe wegen Krebs. Herr Esmarch, Kiel . . . 639
Nephrotomie. Ueber dieselbe. Herr Knowsley-Thornton, London 654
Oesophagusverengerungen. Ueber die Behandlung derselben. Herr Studsgaard, Kopenhagen . . . 654
Osteoplastik. Demonstration eines Falles. Herr Lauenstein, Hamburg . . . 640
Prostrata-Obstruction. Ueber die Behandlung gewisser Formen derselben mit Durchschneidung der Drüse. Herr Harrison, Liverpool . . . 640
Rectum. Die operative Behandlung bei malignen Leiden desselben. Herr Bryant, London . . . 639
Talipes varus. Ueber die Behandlung desselben. Herr Whitson, Glasgow . . . 654
Ulna. Ueber Rotation derselben. Herr Moore, Rochester . . . 655

Section für Gynaekologie und Geburtshülfe.

Adenolymphangitis. Die Bedeutung der uterinen für die Entwicklung der periuterinen Symptome. Herr Martineau, Paris . . 704
Albuminuria gravidarum. Die Bedeutung derselben. Herr Halbertsma, Utrecht . . . 603
Basiotrib. Demonstration des neuen von Tarnier. Herr Bar, Paris 704
Castration. Dieselbe als Mittel gegen nervöse und psychische Leiden. Herr Hegar, Freiburg . . . 704
Cervix. Ueber diagnostische Schwierigkeiten, verursacht durch Hypertrophie desselben. Herr Horwitz, Kopenhagen . . . 589
Embryotomie. Dieselbe in Parallele mit dem Kaiserschnitt und der Porro-Operation. Herr Eustache, Lille . . . 589
Extrauterin-Schwangerschaft. Die operative Behandlung derselben. Herr Werth, Kiel . . . 704
Fibromyome der Gebärmutter. Die Behandlung derselben durch Laparotomie. Herr Koeberlé, Strassburg . . . 590
— — — Die Zerstörung derselben mittelst elektrolytischer Punctur. Herr Ménière, Paris . . . 590
Gebärmutter. Ueber die angeborenen seitlichen Lageveränderungen derselben. Herr Lazarewitsch, Charkow . . . 704
Hyperplasie des Uterus und der Vagina. Die operative Behandlung derselben. Herr Gordon, Portland . . . 704
Kaiserschnitt. Derselbe und seine Modificationen. Herr Müller, Bern 589
Laparotomie. Ueber Antiseptik bei derselben. Herr Miculicz, Krakau . . . 590
Nachgeburtsperiode. Ueber die Behandlung derselben. Herr Stadtfeldt, Kopenhagen . . . 703
Obstetrische Nomenclatur. Ueber eine gemeinsame. Herr Simpson, Edinburgh . . . 590
Ovariotomie. Ueber frühzeitige. Herr Knowsley-Thornton, London . . . 704
Perimetritis. Ueber eine neue elektrische Behandlung derselben. Herr Apostoli, Paris . . . 704
Perineoraphie. Eine neue Methode derselben. Herr Koeberlé, Strassburg . . . 705
Peritoneum parietale. Ueber Resection desselben. Herr Saenger, Leipzig . . . 704
Puerperalfieber. Die Sterblichkeit an demselben. Herr Ingerslew, Kopenhagen . . . 704
Tubarerkrankungen. Pathologie und Therapie derselben. Herr Martin, Berlin . . . 603
Uterine Medicamente. Klinische Bemerkungen über einige derselben. Herr Cordes, Genf . . . 704
Uterusfibrom. Ueber Castration bei demselben. Herr Wiedow, Freiburg . . . 590
Uterusleiden. Ueber Periodicität in den Beschwerden bei denselben. Herr Engelmann, St. Louis . . . 703

Section für Hygiene.

Alkohol. Ueber Missbrauch desselben. Herr Heymann, Stockholm 753
Cholera. Ueber den Ursprung derselben in Damiette. Herr Dutrieux, Alexandria . . . 737
Epidemien. Ueber wirksame Vorbeugung bei Auftreten vereinzelter Fälle. Herr Linroth, Stockholm . . . 753
Ferienaufenthalt. Ueber denselben Herr Holbech, Kopenhagen . . . 723
Friedhöfe. Die hygienischen Anforderungen an dieselben. Herr Levison, Kopenhagen . . . 753
Gewicht der Kinder. Ueber Periodicität im Gewicht derselben. Herr Malling-Hansen, Kopenhagen . . . 754
Hospitäler. Ueber Organisation und Direction derselben. Herr v. Tienhoven, Haag . . . 737
Küstenhospitäler für scrophulöse Kinder. Herr Engelsted, Kopenhagen . . . 737

Section für innere Medicin.

Antypyretische Behandlung. Ueber dieselbe. Herr v. Liebermeister, Tübingen . . . 602
Malaria. Ueber die Veränderung der rothen Blutkörperchen bei derselben. Herr Tommasi-Crudeli, Rom . . . 550

Section für Laryngologie und Otologie.

Seite
Chromsäureätzung. Ueber die Anwendung derselben bei Krankheiten der Nasenhöhle. Herr Hering, Warschau . . . 621
Inhalationstherapie. Ueber den gegenwärtigen Stand derselben. Herr Schnitzler, Wien . . . 621
Larynxparalysen. Ueber eine ätiologische Eintheilung derselben. Herr Semon, London . . . 622
Nasen- und Rachen-Katarrh. Ueber die Pathologie des chronischen. Herr Bresgen, Frankfurt a. M. . . . 621
Reflexneurosen. Ueber solche in Folge von Nasenleiden. Herr Fraenkel, Breslau . . . 622
Stimmbandmuskeln. Ueber Contractionen derselben. Herr Krause, Berlin . . . 622
Tonsillen. Ueber ihren Bau und ihre Krankheiten. Herr Bosworth, New-York . . . 621

Section für Ophthalmologie.

Anisometropie. Ueber dieselbe im Allgemeinen und als Uebergangsstadium zur Myopie. Herr Seggel, München . . . 722
Asthenopie infolge Insufficienz der R. externi. Herr Noyes, New-York . . . 723
Bindehautkrankheiten. Ueber den gegenwärtigen Standpunkt bei der Behandlung derselben. Herr Sattler, Erlangen . . . 723
Conjunctiva. Ueber Trachom derselben. Herr Chibret, Clermont . . . 723
Corneal-Staphylome. Ueber die Operation der partiellen fortschreitenden. Herr Abadie, Paris . . . 723
Crystallinse. Ueber die chemische Zusammensetzung derselben. Herr Michel, Würzburg . . . 723
Farbenblindheit und Sehschärfe. Untersuchung der Eisenbahnbeamten und Seeleute auf dieselbe. Herr Redact, Paris und Herr Libbrecht, Gent . . . 722
Farbensinn. Ueber eine auf die Abhängigkeit desselben vom Lichtsinn gegründete Methode der Lichtsinnprüfung. Herr Wolffberg, Erlangen . . . 705
Hypopyon-Keratitis. Zur Behandlung derselben. Herr Gayet, Lyon . . . 723
Keratitis bullosa. Ueber dieselbe. Herr Grut, Kopenhagen . . 723
Latente Divergenz. Ueber dieselbe. Herr Grut, Kopenhagen . 722
Lichtperception. Untersuchungen über dieselbe. Herr Ole Bull, Christiania . . . 705
Refraction. Ueber dieselbe bei Neugeborenen. Herr Bjerrum, Kopenhagen . . . 722
Refractionsbestimmung. Ueber ophthalmoskopische. Herr Schmidt-Rimpler, Marburg . . . 721
Staar. Ueber künstliche Reifung desselben. Herr Ed. Meyer, Paris . . . 723
Strabismus convergens. Ueber Atropinisirung im Beginn desselben. Herr Boucheron, Paris . . . 723
Unterschiedsempfindlichkeit. Ueber Herabsetzung derselben. Herr Bjerrum, Kopenhagen . . . 705
— Ueber die Methoden zur Untersuchung derselben. Herr Samelsohn, Cöln . . . 705

Section für Psychiatrie und Neurologie.

Arbeitskolonien. Dieselben als Glied der Behandlung von Geisteskranken. Herr Paetz, Alt-Scherbitz . . . 574. 603
Geisteskrankheiten. Statistische Uebersicht derselben in den skandinavischen Ländern. Herr Steenberg, Kopenhagen . . . 555
Hirnreizung. Ueber dieselbe und Hirnverletzung und Hirncompression. Herr Adamkiewicz, Krakau . . . 575
Morphiumsucht. Ueber dieselbe und ihre Behandlung. Herr Obersteiner, Wien . . . 555
Neurosen. Ueber vasomotorische und trophische. Herr Eulenburg, Berlin . . . 575
Progressive Paralyse. Ueber die Erblichkeit derselben. Herr Ball, Paris . . . 574
— — Die Rolle der Syphilis bei derselben. Herrn Rohmell, Kopenhagen . . . 574
Rückenmark. Ueber die Behandlung chronischer Congestionen und Exsudationen desselben. Herr Baraduc . . . 575
— Ueber die histologischen Veränderungen und den Verlauf secundärer Degenerationen desselben. Herr Homén, Helsingfors . 575
Schule. Der Einfluss derselben auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Herr Kjellberg, Upsala . . . 574
Tabes dorsalis. Ueber die anatomischen Veränderungen bei derselben. Herr Adamkiewicz, Krakau . . . 555

2. Internationaler Congress für Hygiene und Demographie. Versammlung vom 21.—27. Juni 1884 im Haag.

Vorträge.

Ansteckungsstoffe. Ueber die praktische Anwendung der neueren Forschungen über dieselben auf die öffentliche Gesundheitspflege. Herr Finkelnburg, Bonn . . . 620
Menschliches Leben. Ueber den wirthschaftlichen Werth desselben, Herr Rochard, Paris . . . 620
Schulen. Ueber die Beleuchtung in denselben, Herr Cohn, Breslau . . . 620

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Deutscher Aerztetag. XII. Versammlung am 12. und 13. September 1884 in Eisenach.

Seite

Tagesordnung 201

Vorträge.

Aerzteordnung. Ueber das Schreiben des Reichskanzlers betreffend die Grundzüge einer zu erlassenden. Herr Wallichs, Altona 619
Geheimmittelunwesen. Ueber die Errichtung von Commissionen zur Bekämpfung desselben. Herr Lesenberg, Rostock . . . 619
Krankenkassen. Ueber die Stellung der Aerzte zu denselben. Herr Dörfler, Weissenburg 619
Säuglinge. Ueber den Entwurf einer zu vertheilenden Anweisung zur Ernährung und Pflege derselben. Herr Pfeiffer, Weimar. 619

4. Congress für innere Medicin. III. Congress vom 21. bis 24. April 1884 in Berlin.

Vorbereitungen 190
Tagesordnung 112. 121
Eröffnung. 258

Vorträge.

Chlorsaures Kali. Ueber die Wirkungen desselben auf das Blut. Herr Edlefsen, Kiel 329
Coffeïn-Präparate. Ueber dieselben. Herr Riegel Giessen . . 329
Darmentleerungen. Ueber Mikroorganismen in den menschlichen. Herr Stahl, Berlin 299
Diphtheritis. Uebr die Aetiologie derselben. Herr Löffler, Berlin. 299
Dyspepsie. Ueber nervöse. Referenten: Herr Leube, Erlangen und Herr Ewald, Berlin 299
Gewichtsbestimmungen. Ueber dieselben. Herr Zuelzer, Berlin 329
Grosshirn. Ueber Localisation der Functionen desselben. Herr Goltz, Strassburg 328
Hämoglobinurie und Syphilis. Beitrag zur Frage derselben. Herr Schumacher II, Aachen 329
Infectionskrankheiten. Bericht über die Commission zur Behandlung derselben. Referent: Herr Rossbach, Jena 329
Kefir. Ueber dasselbe. Herr Kühne, Wiesbaden 329
Kniephänomen. Ueber dasselbe. Herr Schreiber, Königsberg 329
Naphthalin. Ueber eine neue Heilwirkung desselben. Herr Rossbach, Jena 299
Papain. Ueber dasselbe. Herr Finkler, Bonn 299
Pneumonie. Ueber genuine. Referenten: Herr Jürgensen, Tübingen und Herr A. Fraenkel, Berlin 268
Polyomyelitis und Neuritis. Ueber dieselben. Referenten: Herr Leyden, Berlin und Herr Schultze, Heidelberg 315
Reflexe. Ueber dieselben. Herr Rosenthal, Erlangen 283
Schulhygiene. Ueber dieselbe in England. Herr H. Weber, London. 299
Vaccination. Ueber dieselbe. Herr Pfeiffer, Weimar 283

5. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. XIII. Congress vom 16. bis 19. April 1884 in Berlin.

Tagesordnung 221
Eröffnung. 254

I. Sitzungen 1—3 in der Aula der Universität.

Vorträge.

Antiseptische Wundbehandlung. Ueber einige Modificationen derselben. Herr Mikulicz. Krakau 301
Cachexia strumipriva. Ueber dieselbe. Herr Baumgärtner, Baden 301
Erster Verband. Ueber denselben auf dem Schlachtfelde. Herr v. Lesser, Leipzig 300
Fermentintoxication. Ueber eine solche, veranlasst durch eine Blutcyste. Herr Cramer, Wiesbaden 269
Gelenkentzündungen. Ueber Bakterien in metastatischen. Herr Schüller, Berlin 300
Gelenkresection. Ueber die Frage, ob eine Indication zu derselben bei Tuberculose durch die aus der Gelenkkrankheit erwachsende Gefahr allgemeiner Tuberculose begründet wird? Herr König, Göttingen 268
Knochen. Das Gesetz der Transformation der inneren Architektur derselben bei pathologischen Veränderungen der inneren Knochenform. Herr J. Wolff, Berlin 283
Massage. Ueber dieselbe. Herr Zabludowsky, Berlin 300
Sepsis, Septicämie und Pyämie. Wie lassen sich die klinischen Begriffe derselben den neueren Erfahrungen der Pathologie adaptiren? Herr Neelsen, Rostock 268
Sublimatverband. Ueber denselben mit Holzwatte. Herr Bruns, Tübingen 301
Versenkte Nähte. Ueber Anwendung derselben, insbesondere bei plastischen Operationen. Herr Küster, Berlin 283

II. Sitzungen 1—4 im Amphitheater der chirurgischen Klinik in der Ziegelstrasse.

Vorträge und Demonstrationen.

Seite

Bauchblasenspalte. Vorstellung eines Falles von intrauterin geheilter. Herr Sonnenburg, Berlin 363
Blutstillung. Demonstration eines Compressoriums für dieselbe. Herr Mikulicz, Krakau 476
Cirsoide Varicen. Ueber Ausschälung derselben an den unteren Extremitäten. Herr Madelung, Rostock 476
Colotomie. Ueber eine Modification derselben wegen Carcinoma recti. Herr Madelung, Rostock 476
Darmnaht. Zur Technik derselben. Herr Neuber, Kiel . . . 363
Dünndarm. Ueber einen Fall von Resection desselben wegen eines mit den Bauchdecken verwachsenen Drüsenkrebses. Herr Schede, Hamburg 476
Epistropheus. Ueber einen Fall von Fractur desselben mit Compression des Rückenmarks. Herr E. Küster, Berlin 329
Gastroenterostomie. Vorstellung eines Falles bei Stenose des Duodenum. Herr Rydygier, Kulm 478
Gefässstämme. Beitrag zur Casuistik der Verletzung grosser. Herr v. Bergmann, Berlin 477
Halsluxationen. Ueber dieselben. Herr Wagner, Königshütte . 317
Hernia cruralis diverticuli intestinalis. Demonstration eines Präparates. Herr Busch, Berlin 379
Hüft- und Knie-Resectionen. Zur Technik derselben. Herr Neuber, Kiel 363
Kehlkopfexstirpationen. Ueber fünf ausgeführte. Herr Hahn, Berlin 414
Kiefer-Lippen- und Gesichtsspalten. Ueber die morphologische Bedeutung derselben. Herr Albrecht, Brüssel 362
Klumpfussfälle. Vorstellung von solchen. Herr J. Wolff, Berlin 363
Kniegelenk. Demonstration einer neuen Schiene zur allmählichen Beugung desselben durch Zugwirkung. Herr Schede, Hamburg 477
Kniegelenke. Demonstration eines Apparates zur Streckung contrahirter. Herr Bidder 317
Kropf. Ueber Exstirpation desselben. Herr Credé, Dresden . . 346
Litophon. Demonstration eines solchen. Herr Davidson, Aberdeen 477
Macerationsmethode. Demonstration einer neuen. Herr Partsch, Breslau 476
Magenresection. Demonstration von Präparaten. Herr Czerny, Heidelberg 477
Milztumor. Demonstration eines exstirpirten. Herr v. Hacker, Wien 346
Mittelfuss. Ein Fall von Exarticulation desselben mit Ausnahme des ersten Metatarsalknochens. Herr E. Küster, Berlin . . 330
Nierentumoren. Ueber die Entwicklung derselben aus abgesprengtem Nebennierengewebe. Herr Grawitz, Berlin . . . 345
Ogston'sche Operation. Vorstellung von vier Fällen. Herr Partsch, Breslau 414
Osteoplastische Resection. Demonstration eines Präparates einer solchen nach Mikulicz. Herr Haberern, Budapest 476
Radialisparalyse. Demonstration eines Präparates. Herr Czerny, Heidelberg 477
Rhinoplastik. Ueber totale. Herr Madelung, Rostock 476
Schädeldach. Ueber einen Fall von Substanzverlust des knöchernen. Herr v. Winiwarter, Lüttich 477
Schneidezahn. Demonstration eines extrahirten und wieder implantirten. Herr Bidder, Berlin 317
Torfmoosfilzplatten. Demonsration derselben. Herr Leisrink, Hamburg 379

6. 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte vom 18.—23. September 1884 in Magdeburg.

Vorbereitungen 362
Tagesordnung 418
Programm der Sectionssitzungen 466. 482. 498. 624

I. Allgemeine Sitzungen.

Vorträge.

Darwinismus. Ueber denselben in der Völkerentwicklung. Herr Kirchhoff, Halle 639
Hygiene. Ueber die Beziehungen derselben zur allgemeinen praktischen Medicin Herr Schwartz, Cöln 638
Wundinfectionskrankheiten. Ueber Mikroorganismen bei denselben. Herr Rosenbach, Göttingen 630. 638
Yeso. Ueber die Insel Y. Herr Brauns, Halle 639

II. Sectionssitzungen.

Section für Anatomie und Physiologie.

Blutkörperchen. Ueber den Einfluss der Salze auf die Lösung der rothen. Herr Bernstein, Halle 669
Darmzotten. Ueber die Bewegungen derselben. Herr Spee, Kiel 670
Ei. Ueber den Einfluss erhöhten und verminderten Luftdrucks auf dasselbe. Herr Rauber, Leipzig 670

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Seite

Hypophysis. Ueber den Bau derselben beim Pferde. Herr Flesch, Bern . . . 669
Rückenmark. Ueber die Form desselben. Herr Flesch, Bern . 669
Spinalganglien der Katze. Ueber Structurverschiedenheiten in den Ganglienzellen derselben. Herr Flesch, Bern . . . 670
Uterus. Ueber Form und Lage des graviden. Her Waldeyer, Berlin . . . 669
Wirbelthiere. Ueber Wirbelsäule, Schädel, Zwischenkiefer und Rippen derselben, Herr Albrecht, Brüssel . . . 670

Section für Chirurgie.

Blitz. Ueber die Wirkung desselben auf den Menschen. Herr Heusner, Barmen . . . 768
Darmzerreissung. Ueber einen Fall derselben mit folgender Darmnaht. Herr Rosenberger, Würzburg . . . 753
Exarticulatio genu. Vorstellung von drei Fällen. Herr Hagedorn, Magdeburg . . . 736
Galvanokaustische Operationen. Demonstration einer Batterie für dieselben. Herr Stein, Frankfurt a. M. . . . 768
Gypspanzerbehandlung. Ueber dieselbe. Herr Petersen, Kiel . 753
Hasenscharten-Operation. Ueber eine Modification derselben. Herr Hagedorn, Magdeburg . . . 768
Hüftresection. Ueber dieselbe wegen angeborner Luxation. Herr Heusner, Barmen . . . 753
Knieexarticulation. Ueber einen Fall von solcher. Herr Hagedorn, Magdeburg . . . 767
Klumpfuss. Demonstration einer Vorrichtung zur Auswärtsstellung der Füsse. Herr Hagedorn, Magdeburg . . . 753
Laparotomie. Ueber dieselbe bei Perforation des Magens und Darmes. Herr Mikulicz, Krakau . . . 768
Litholapaxie. Ueber dieselbe und den hohen Steinschnitt. Herr v. Bergmann, Berlin . . . 736
Magenresection. Ueber dieselbe. Herr E. Küster, Berlin . . . 768
Nierenexstirpationen. Ueber dieselben. Herr v. Bergmann, Berlin . . . 736
Osteomyelitis. Ueber eine vollständige Entfernung des Schlüsselbeines bei derselben. Herr Petersen, Kiel . . . 753
Patella. Ein Fall von dreimaligem Bruch derselben. Herr Hagedorn, Magdeburg . . . 769
Schnellender Finger. Ueber denselben. Herr Leisrink, Hamburg 768
Spinale Kinderlähmung Demonstration eines Stützapparates für dieselbe. Herr Heusner, Barmen . . . 753
Transplantation von Hautstücken. Vorstellung von vier Fällen. Herr Hagedorn, Magdeburg . . . 736

Section für Gynäkologie.

Aseptisches Wundfieber Ueber dasselbe nach Ovariotomien. Herr Fraenkel, Breslau . . . 688
Cranioclast. Demonstration einer Modification des Braun'schen. Herr Schwarz, Halle . . . 688
Gonorrhoische Erkrankungen. Ueber dieselben im weiblichen Genitalapparat. Herr Sänger, Leipzig . . . 688
Hydrocelen. Ueber doppelseitige. Herr Hennig, Leipzig . . . 688
Kaiserschnitt. Demonstration eines Uterus. Herr Fehling, Stuttgart . . . 688
Massage. Ueber dieselbe in der Gynäkologie. Herr Prochownik, Hamburg . . . 688
Myomotomie. Ueber dieselbe. Herr Martin, Berlin . . . 688
Nabelschnurumschlingung. Ueber die Möglichkeit der Diagnose derselben. Herr Schatz, Rostock . . . 702
Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. Ueber dieselbe. Herr Kroner, Breslau . . . 702
Ovarientumor. Ueber eine besondere Art derselben. Herr Olshausen, Halle . . . 688
Peritoneale Toilette. Ueber dieselbe nach der Laparotomie. Herr Baumgärtner, Baden . . . 688
Placenta marginata. Ueber die Anatomie derselben. Herr Küstner, Jena . . . 702
Puerperalfieber. Ueber die Prophylaxe desselben. Herr Battlehner, Carlsruhe . . . 702
Schnürstücke nach Laparotomien. Herr Olshausen, Halle . . . 688
Spondylolisthetische Becken. Demonstration von Praeparaten. Herr Krukenberg, Bonn . . . 688
Stillende. Ueber die Anwendung der Arzneimittel bei denselben. Herr Fehling, Stuttgart . . . 702
Uterus. Ein von einer Hebamme herausgerissener. Herr Olshausen, Halle . . . 688
Wehe. Ueber dieselbe. Herr Schatz, Rostock . . . 702

Section für innere Medicin.

Abdominaltyphus. Die Behandlung desselben. Herr Ebstein, Göttingen . . . 648
Cholera nostras. Ueber den Bacillus derselben und seine Cultur. Herr Finkler, Bonn . . . 632. 657
Encephalitis Ueber die acute der Kinder. Herr Strümpell, Leipzig . . . 714. 721

Section für Laryngologie, Rhinologie und Otiatrie.

Galvanocaustische Behandlung der Nasenkrankheiten. Herr Jacoby, Magdeburg . . . 687
Granulationsgeschwülste. Ueber eine neue Methode der Operation derselben nach der Tracheotomie. Herr Boecker, Berlin 687
Hörapparate. Demonstration. Herr Stiemel, Leipzig . . . 688
Nasendouche. Ueber den Ersatz derselben. Herr Jacoby, Magdeburg . . . 670
— Ueber dieselbe. Herr Berthold, Königsberg . . . 670
Nasenpolypen. Zur operativen Behandlung derselben. Herr Berthold, Königsberg . . . 687
Papillome. Ueber nasale. Herr Hopmann, Cöln . . . 687
Rachentonsille. Ueber die Hyperplasie derselben. Herr Trautmann, Berlin . . . 687
Schwellkörper der Nase. Ueber die operative Behandlung derselben, Herr Hack, Freiburg . . . 670
Trommelfell. Ueber Excision desselben. Herr Schwartze, Halle . . . 687

Section für Ophthalmologie.

Enucleatio bulbi. Ueber dieselbe. Herr A. Graefe, Halle . . 736
Gesichtsfeldeinengung. Die concentrische bei functionellen Störungen der Sehcentren und die Incongruenz hemianopischer Defecte. Herr Wilbrandt, Hamburg . . . 736
Kurzsichtigkeit. Ueber die Entwicklung derselben während der Schuljahre. Herr Dürr, Hannover . . . 736
Orbita. Entfernung eines Fibroms aus derselben. Herr Schreiber, Magdeburg . . . 737

Section für pathologische Anatomie.

Croup und Diphtherie. Ueber dieselben. Herr Aufrecht, Magdeburg . . . 677. 703
Endometritis diphtheritica puerperalis. Ueber experimentelle Erzeugung derselben. Herr Aufrecht, Magdeburg . . . 703
Endobronchitis tubercularis. Ueber den genetischen Zusammenhang derselben mit der Peribronchitis caseosa. Herr Schroen, Neapel . . . 703
Knochenmark. Ueber primäre multiple Geschwülste desselben. Herr Zahn, Genf . . . 703
Lebercirrhose. Ueber dieselbe. Herr Ackermann, Halle . . . 702
Lymphdrüsen. Ueber Blutbildung in denselben. Herr Rindfleisch, Würzburg . . . 703
Makrodaktylie. Vorstellung eines Falles. Herr Fleck, Magdeburg 703
Melanose und Melanaemie. Ueber künstliche. Herr Schwalbe, Magdeburg . . . 703
Milch. Ueber Zersetzungen derselben. Herr Hueppe, Wiesbaden . . . 703. 777. 796. 811
Morbus Addisonii. Ueber Befunde bei demselben. Herr Jürgens, Berlin . . . 703
Osteomyelitiscoccen. Ueber die Schicksale derselben im Organismus. Herr Ribbert, Bonn . . . 703

Section für Psycheatrie und Neurologie.

Blutbewegung. Ueber dieselbe im Schädel. Herr Grashey, Würzburg . . . 787
Haematorrhachesis. Ueber einen Fall derselben. Herr Hitzig, Halle . . . 786
Moralisches Irresein. Ueber eine klinische Form desselben. Herr Kahlbaum, Görlitz . . . 787
Pubertätszeit. Ueber dieselbe und die Ueberbürdungsfrage. Herr Jahn, Merzig . . . 787
Tabes. Ueber die ätiologischen Beziehungen derselben zur Syphilis. Herr Berger, Breslau . . . 787
Weibliche Geschlechtsorgane. Ueber die Beziehungen der Krankheiten derselben zu den Geistesstörungen. Herr Hasse, Königslutter . . . 786

7. Ophthalmologische Gesellschaft. XVI. Jahresversammlung am 15. und 16. September 1884 in Heidelberg.

Vorträge.

Cataract. Ueber die Aetiologie derselben. Herr Becker, Heidelberg . . . 672
Cocaïn. Ueber die Anästhesirung der Binde- und Hornhaut mit demselben. Herr Koller, Wien . . . 649
Conjunctivitis crouposa und diphtheritica. Ueber die Anwendung des Jodoforms zur Behandlung derselben. Herr Mayweg, Hagen . . . 672
Glaucom. Ueber die Pathogenese desselben. Herr Ulrich, Strassburg . . . 672
Irismusculatur. Ueber die vergleichende Anatomie derselben. Herr Eversbusch, München . . . 672
Lepra. Ueber Impfversuche mit derselben. Herr Vossius, Königsberg . . . 672
Linsenluxation. Ueber einen Fall. Herr Noyes, New-York . . 672
Nervus opticus. Erfahrungen über die Resection desselben. Herr Schweigger, Berlin . . . 649
Perineuritis retrobulbaris. Ueber dieselbe. Herr Hock, Wien 672
Refractionsverhältnisse des menschlichen Auges in den ersten fünf Lebensjahren. Herr Horstmann, Berlin . . . 666
Sehnervenfaserverlauf. Ueber denselben. Herr Uhthoff, Berlin 672

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

8. Psychiatrischer Verein der Rheinprovinz. XXXIII. Versammlung am 19. Juni 1884 in Bonn.

Seite
Icterus-Epidemie. Ueber eine solche in der Irrenanstalt zu Merzig. Herr Jahn, Merzig . . . 604
Mania transitoria. Casuistischer Beitrag zur Lehre von derselben. Herr Pelman, Grafenberg . . . 604
Nahrungsverweigerung. Zur Frage der Behandlung derselben. Herr Oebecke, Endenich . . . 604
Salzsäure. Ueber die Wirkung verschluckter bei einem Geisteskranken. Herr Hertz, Bonn . . . 604

9. Verein südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte. IX. Wander-Versammlung am 14. und 15. Juni 1884 in Baden-Baden.

Vorträge.

Aphasie. Ueber die verschiedenen klinischen Formen derselben. Herr Lichtheim, Bern . . . 587
Auge. Ueber angeborene Anomalien desselben in Beziehung auf psychische Abnormitäten. Herr Manz, Freiburg . . . 588
Gliose der Hirnrinde. Herr Fürstner, Heidelberg . . . 588
Myelitis. Ueber traumatische. Herr Schultze, Heidelberg . . . 588
Nervöse Dyspepsie. Ein Fall derselben. Herr Schüle, Illenau . . . 587
Oculomotorius-Lähmung. Ueber periodisch wiederkehrende. Herr Möbius, Leipzig . . . 588
Paralytiker. Ueber subnormale Temperaturen derselben. Herr Hitzig, Halle . . . 588
Pseudobulbärparalyse. Ueber dieselbe. Herr Jolly, Strassburg 588
Rückenmark. Bildungsanomalien desselben. Herr Schultze, Heidelberg . . . 588
Rückwärtsgang. Ueber denselben beim Frosch. Herr Steiner, Heidelberg . . . 598
Sehnenreflexe. Experimentelles über dieselben. Herr Mommsen, Heidelberg . . . 588
Stoffwechseluntersuchungen bei abstinirenden Geisteskranken. Herr Tuczek, Marburg . . . 588
Tastsinn. Zur Physiologie desselben. Herr Rumpf, Bonn . . . 588
Weigert'sche Färbungsmethode. Demonstration von Präparaten nach derselben. Herr Tuczek, Marburg . . . 588

10. Oberrheinischer Aerztetag. VI. Versammlung am 17. Juli 1884 in Freiburg i. B.

Vorträge.

Bauchdecken. Einige Folgen hochgradiger Erschlaffung derselben. Herr Kirn, Freiburg . . . 589
Dipsomanie. Ueber dieselbe. Herr Kirn, Freiburg . . . 545. 589
Hysterie. Einige Fragen aus der Pathologie und Therapie derselben. Herr Bäumler, Freiburg . . . 589
Krankenkassengesetz. Ueber dasselbe. Herr Eschbacher, Freiburg . . . 589
Uteruscarcinom. Zur operativen Behandlung desselben. Herr Wiedow, Freiburg . . . 589

11. Verein Preussischer Medicinalbeamten. II. Versammlung vom 15.—17. September 1884 in Berlin.

Tagesordnung . . . 560

Vorträge.

Cholerabeobachtungen. Ueber dieselben im Lichte der Forschungsresultate der neueren Zeit. Herr Litthauer, Schrimm 737. 754
Hebammenwesen. Ueber das preussische. Herr Mittenzweig, Duisburg . . . 657. 671. 689
Heildiener. Das Institut der geprüften, vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus, Herr Fielitz, Querfurt . . . 705
Section. Kann ein preussischer Arzt zur Ausführung einer legalen Section gezwungen werden? Herr Rapmund, Nienburg . . . 657

12. Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege. XI. Versammlung vom 15.—17. September 1884 in Hannover.

Eröffnung . . . 620

Vorträge.

Hygienischer Unterricht. Ueber die Förderung desselben. Herr Flügge, Göttingen . . . 637
Schule. Die Beaufsichtigung derselben durch den Schularzt. Herr Baginsky, Berlin und Herr Bertram, Berlin . . . 655
Wohnräume. Die Vortheile und Nachtheile der Durchlässigkeit von Mauern und Zwischenböden derselben. Herr Recknagel, Kaiserslautern . . . 670

B. Vereine.

1. Verein für innere Medicin zu Berlin.

Seite
Adonis vernalis. Ueber dasselbe. Herr Altmann . . . 445
Antipyrin. Ueber dasselbe. Herr P. Guttmann . . . 475. 484
Arsen. Ueber die Behandlung der Phthise mit demselben. Ref Herr Kempner . . . 86. 120. 136
Bleivergiftung. Ueber Gicht und Nierenschrumpfung bei chronischer. Herr Pedell . . . 120
Cocainum muriaticum. Ueber die Wirkung desselben auf das Auge. Herr Horstmann . . . 791. 816
Echinococcen. Demonstration von solchen. Herr Landau . . . 413
Eiter. Ueber Mikroorganismen in demselben. Herr A. Fraenkel 750
Epithelwucherung. Ueber atypische im kindlichen Darmcanal. Herr A. Baginsky . . . 444
Facialis-Lähmung. Ueber einen Fall rechtsseitiger mit Trismus. Herr P. Gueterbock . . . 74
Gallenstein. Demonstration eines durch Perforation in den Darm eingetretenen. Herr Klautsch . . . 412
Gallenstein-Präparate. Demonstration derselben. Herr Posner 170
Gliomatose. Ein Fall von centraler. Herr Remak . . . 750. 758
Gehirn. Demonstration des von Herrn Goltz auf dem Congress für innere Medicin demonstrirten. Herr Fritsch . . . 346. 354
Hernia diaphragmatica. Ueber einen Fall. Herr P. Guttmann 209
— — Ueber die Beziehungen derselben zur Entwicklungsweise des Zwerchfells. Herr Waldeyer . . . 211
Herzkammerschlag. Ein Coordinationscentrum für denselben. Herr Kronecker . . . 364
Herzpräparat. Demonstration eines solchen. Herr Jastrowitz 847
Impetigo contagiosa. Demonstration eines Falles mit Herpes tonsurans. Herr G. Behrend . . . 784
Kochsalz-Infusion. Ueber dieselbe. Herr Kronecker . . . 475. 507
Krankenthermometer. Ueber dieselben. Herr Lewinski . . . 848
Larynxstenose. Vorstellung eines Falles derselben. Herr Pedell 171
Lichen ruber planus. Demonstration eines Falles mit ungewöhnlicher Lokalisation. Herr G. Behrend . . . 136
Meteorismus. Ueber die Ursachen desselben. Herr Zuntz . . . 717
Mumps. Ueber Nephritis nach demselben Herr Croner . . . 138
Narbige Verwachsung des einen Nasenloches. Vorstellung eines Falles. Herr Böcker . . . 750
Osteomyelitiscoccen. Demonstration derselben. Herr Becker . . . 10
Ostium Aortae. Demonstration eines Herzens mit hochgradiger Stenose desselben. Herr Leyden . . . 395
Peritonitis. Ueber puerperale. Herr A. Fraenkel . . . 212. 250
— Ueber spontane. Herr Leyden . . . 258
Pharyngoskop. Demonstration eines neuen. Herr Rothmann . . . 750
Pharynx. Ueber den lymphatischen Apparat desselben. Herr Waldeyer . . . 313
Phlegmone. Ein Fall von gangränöser des Larynx. Herr Böcker . . . 444
Pilzbefunde an cariösen Zähnen. Herr Miller, . . . 395
Prurigo. Zur Lehre von derselben Herr G. Behrend . . . 363
Quecksilber. Neue Aufschlüsse über die Ausscheidung desselben Herr Schuster, Aachen . . . 278
Quecksilberintoxication. Vorstellung eines Falles von solcher. Herr Stadthagen . . . 202
Rückenmarksschnitte. Demonstration von solchen. Herr Fr. Strassmann . . . 201
Rundzellensarkom. Vorstellung eines Falles. Herr Lassar . . . 717
Scharlach-Nephritis. Ueber acute Amaurose bei derselben. Herr Becher . . . 37
Sensibilitätsprüfungen. Zur Methodik derselben Herr Eulenburg . . . 799
Situs viscerum inversus. Ein Fall von. Herr P. Guttmann . . . 219
Tetanus hydrophobicus. Ueber einen Fall desselben. Herr Bernhardt . . . 40. 170
Tuberkelbacillen Demonstration solcher im Harn. Herr Mendelsohn . . . 443
Wärmecentrum. Ueber ein solches im Grosshirn. Herr Aronsohn und Herr Sachs . . . 818. 823

2. Medicinische Gesellschaft zu Berlin.

Abtreibung. Ueber zwei Abtreibungs-Processe. Herr Liman . . . 76
Actinomyces. Demonstration von Präparaten. Herr O. Israel . . . 154
Actinomycose. Demonstration eines Falles. Herr J. Israel . . . 204
— Demonstration von Präparaten eines Falles derselben. Herr O. Israel . . . 298
Aderhaut. Ueber metastatischen Krebs derselben. Herr Hirschberg . . . 460
Augenhintergrund. Ueber die pathologischen Veränderungen desselben in Folge von Alkoholismus. Herr Uhthoff . . . 331
Bindehaut. Ein Fall von essentieller Schrumpfung derselben. Herr Schöler . . . 431
Blase. Ueber Neubildungen derselben und ihre Behandlung. Herr E. Küster . . . 785
Blutcyste. Vorstellung einer Patientin mit einer solchen in der Gegend der Vena jugularis. Herr Jul. Wolff . . . 40
Brustwarze. Demonstration eines gestielten Tumor derselben. Herr Bidder . . . 40
Cerebraltumor. Demonstration eines bei einem ganz jungen Kinde diagnosticirten. Herr A. Baginsky . . . 399
Chylurie. Ueber einen Fall derselben. Herr Siegmund . . . 123
Concremente. Demonstration mehrerer. Herr B. Baginsky . . . 752

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Congenitaler Tumor. Vorstellung eines Falles von ungewöhnlicher Grösse. Herr Gluck . . . 57
Diphterie-Epidemien. Ueber die 1882 und 1883 in der Kinderstation der Charité beobachteten. Herr Henoch . . . 719
Eczema rosaceum. Vorstellung eines Falles. Herr Lassar . . 298
Erstickung. Ueber einen ungewöhnlichen Fall derselben. Herr Ewald . . . 701
Extrauteriner Fruchtsack. Demonstration eines, einem solchen entnommenen Foetus. Herr Landau . . . 187
Facialis-Krampf, Vorstellung eines von der Nase aus geheilten Falles Herr B. Fraenkel . . . 398
Facialis-Lähmungen. Ueber Behandlung rheumatischer. Herr Mor. Meyer . . . 41
Gelenktuberkulose. Ueber den Einfluss der Arsenikbehandlung auf dieselbe. Herr v. Langenbeck . . . 235
Geschwülste. Ueber eine eigenthümliche Form. Herr E. Küster 123
Gichtpräparate. Demonstration von solchen. Herr Virchow . . 57
Harnröhre, Demonstration eines Präparates. Herr Rosenthal . 187
Harnsteinschliffe. Demonstration solcher. Herr Posner 172
Hautemphysem. Vorstellung eines Falles. Herr Worms 92
Hauterkrankung. Ueber einen Fall seltener. Herr G. Behrend . . . 752
Hereditär syphilitische Gelenkentzündungen. Herr P. Güterbock . . . 399
Herz. Ueber eine Parallelverschiebung desselben durch einen Tumor Herr Zadek . . . 105
Hochschwangere. Demonstration eines Medianschnites durch den Körper einer solchen. Herr Waldeyer . . . 140
Hüftgelenk. Demonstration des Präparates einer tuberkulösen Affection desselben. Herr Virchow . . . 399
Hydronephrose. Ueber eine angeborene. Herr Bidder 752
Hysterie. Ueber dieselbe beim männlichen Geschlecht. Herr Mendel . . . 235
Ileus. Ueber die Behandlung desselben mit Magenausspülung. Herr Senator . . . 848
Klumpfuss, Demonstration eines Falles von congenitalem. Herr Jul. Wolff . . . 800
— Demonstration zweier Fälle von congenitalem. Herr Gluck . . . 786
Lebensversicherung. Ueber die der Aerzte Herr Jacusiel . . 399
Lepra. Ueber einen Fall derselben. Herr Lehnerdt 831
Lichen ruber planus. Ein Fall von. Herr Köbner 431
Lupus erythematosus. Vorstellung einer Reihe von Fällen. Herr Lassar . . . 832
Lupus veli palat. Vorstellung eines Falles. Herr Krause . . 346
Luxation. Ein Fall von nicht reponirter des Armes. Herr Karewski 848
Lymphom. Zwei Fälle von malignem. Herr Karewski 785
Magnetoperation. Ueber dieselbe. Herr Hirschberg 459
Maligne Lymphome. Weitere Erfahrungen über die Behandlung derselben mit Arsen. Herr Karewski 204. 219
Mikrocephalen. Vorstellung der mikrocephalen Becker. Herr Virchow . . . 460
Multiple Sclerose. Ueber Augenstörungen bei derselben. Herr Gnauck . . . 347
Musculi pectorales. Ein Fall von angeborenem Mangel derselben. Herr B. Fraenkel . . . 701
Nabelhernie. Ein Fall von congenitaler, incarcerirter. Herr Gluck 848
Nervus ischiadicus. Vorstellung eines Falles von Dehnung desselben und des N. peronaeus. Herr Sonnenburg 56
Niere. Demonstration eines Präparates von einseitiger. Herr P. Gueterbock . . . 459
Nierentumoren. Ueber Entwicklung derselben aus abgesprengtem Nebenieren-Gewebe. Herr Grawitz . . . 719
Oesophagus-Carcinome. Zur operativen Behandlung derselben. Herr Sonnenburg . . . 459
Ovarie. Demonstration dreier Kranken mit derselben. Herr Landau . . . 298
Pharynxtuberkulose. Vorstellung eines Falles beginnender. Herr Krause . . . 140
Rachitis. Ueber die Phosphorbehandlung derselben. Herr Schwechten . . . 801
Radialislähmung. Vorstellung eines Falles von operativ geheilter. Herr J. Israel . . . 219
Rectum. Ueber einen Fremdkörper in demselben. Herr Gluck 719
Rotirende Locheisen. Ueber die Exstirpation kleiner runder Geschwülste mittelst derselben. Herr F. Busch 298
Sarcococcygeale Geschwülste. Ueber die Diagnose der angeborenen. Herr v. Bergmann . . . 734
Sarcom. Demonstration eines myelogenen des Oberarms. Herr E. Küster . . . 219
Schrumpfniere. Demonstration eines Präparates. Herr Senator 785
Schwanzbildung. Ueber dieselbe beim Menschen. Herr Virchow 734
Sclerodermie. Vorstellung einer Kranken mit einer seltenen Form derselben. Herr Köbner 76. 95
Sehnendefect. Ersatz eines solchen durch Catgut. Herr Gluck 56
Situs transversus. Demonstration des Präparates eines solchen. Herr Richter . . . 460
Spindelzellen-Sarcom. Vorstellung eines Falles. Herr Lassar 298
Strabismus. Ueber denselben. Herr Scherk 331
Struma. Demonstration eines Präparates. Herr Jacusial . . . 763
— Demonstration eines Präparates Herr B. Baginsky 785
Syphilitische Gelenkaffectionen. Ueber dieselben. Herr Virchow 431
Tubenschwangerschaft. Demonstration des Präparates eines Falles. Herr J. Veit . . . 154

Seite
Tuberculose. Anatomische Beziehungen derselben zur Organphthise. Herr Benda . . . 154
Tuberkelbacillen. Demonstration einer modificirten Färbungsmethode. Herr B. Fraenkel . . . 204
— Ueber die Färbung derselben und ihre semiotische Bedeutung für die Krankheiten der Respirationsorgane. Herr B. Fränkel 172
Tumor. Demonstration eines exstirpirten, 11 Pfund schweren. Herr Hahn . . . 398
Urticaria fractitia. Vorstellung eines Kranken mit derselben. Herr Lesser . . . 187
Variola und Scarlatina. Ueber die Immunität nach derselben. Herr Pohl-Pincus . . . 107

3. Gesellschaft für Psycheatrie und Nervenkunde zu Berlin.

Cannabinon. Ueber dasselbe. Herr Richter . . . 834
Hungerzustand. Ueber das Verhalten des Nervensystems in demselben. Herr P. Rosenbach, (St. Petersburg) 475
Muskelhypertrophie. Ueber einen Fall von wahrer. Herr Sakaki 833
Oculomotoriuslähmung Ein Fall von typisch recidivirender. Herr Thomsen . . . 833
Paralyse. Ueber einen Fall von allgemeiner mit spinaler Erkrankung und Erblindung. Herr Westphal . . . 475
Paralytischer Blödsinn. Ueber solchen bei Hunden. Herr Mendel 351
Porencephalie. Demonstration eines Falles. Herr Otto 414
Präepileptisches Irresein. Ueber dasselbe. Herr Mendel . . . 833
Rolando'sche Furche. Ueber Anomalien derselben. Herr Richter 189
Sehnervenatrophie. Ueber dieselbe. Herr Uhthoff 60
Syringomyelie. Vorstellung eines Falles. Herr Oppenheim . 189
Tabes. Ueber die Aetiologie derselben. Herr Oppenheim 189. 350
— Ueber die Erkrankung peripherischer Nerven bei derselben. Herr Westphal . . . 60
— Ueber Vaguserkrankung im Verlauf derselben. Herr Oppenheim . . . 832
— Untersuchungen peripherischer Nerven bei derselben. Herr Sakaky . . . 60
Zwangsvorstellungen. Ueber einen Fall von solchen in foro. Herr Jastrowitz . . . 414

4. Cöln. Allgemeiner ärztlicher Verein.

Chininwirkung. Ueber conträre oder paradoxe. Herr Leichtenstern . . . 849
Extrauterinschwangerschaft. Ein Fall derselben. Herr O. Schmidt 836
Hyperidrosis universalis. Ueber zwei Fälle derselben. Herr Leichtenstern . . . 835
Kali-chloricum. Ueber einen Fall von Vergiftung durch dasselbe. Herr Neuss . . . 57
Morbus Basedowii. Vorstellung eines Falles. Herr Leichtenstern . . . 766
Niere. Ueber totale cystöse Degeneration derselben. Herr Leichtenstern . . . 834
Sacralgeschwulst. Ueber eine angeborene. Herr Auerbach . . 834
Scharlach-Nieren, Demonstration zweier von excessiver Grösse. Herr Leichtenstern . . . 27
Schnecke. Ein Fall von fast vollständiger Ausstossung derselben. Herr Auerbach . . . 834
Tabeskranke. Progressive perniciöse Anämie bei denselben. Herr Leichtenstern . . . 849
Typhus. Ueber Verschleppung desselben durch Milch. Discussion. 766

5. Greifswald. Medicinischer Verein.

Ameisensäure. Ueber die antiseptischen und antifermentativen Eigenschaften derselben. Herr H. Schulz . . . 141
Beschäftigungsneurose. Ueber eine solche der unteren Extremitäten. Herr Peiper . . . 141
Bulbus. Demonstration eines nach der Enucleation gehärteten linksseitigen. Herr Schirmer . . . 850
Dysmenorrhoea membranacea. Ueber die Behandlung derselben. Herr v. Preuschen . . . 767
Enchondrome der Weichtheile. Ueber dieselben. Herr Grohé . 767
Haematocolpos. Demonstration eines Präparates von einseitigem. Herr Pernice . . . 141
Hernien. Ueber die Behandlung gangränöser. Herr Löbker . . 461
Hüftgelenkresection. Ueber den Verband und die Nachbehandlung derselben. Herr Rinne . . . 313
Hydrops ascites. Ueber einen Fall desselben. Herr Pernice . . 315
Ileotyphusbacillen. Demonstration von Präparaten 767
Ligamentum latum. Ueber Lipombildung in demselben. Herr Pernice . . . 850
Metatarsalknochen. Ueber Fractur des Köpfchens des zweiten. Herr Schondorff . . . 315
Myom. Demonstration eines Präparates. Herr v. Preuschen . 767
Pleuritis exsudativa. Ueber die Behandlung derselben mit Chlornatrium. Herr H. Schulz . . . 850
Spindelzellensarkom. Ueber dasselbe des Kreuzbeins als Ursache von Ischias postica. Herr Mosler . . . 460
Weber'sche Nasendouche. Ueber die Wirkung derselben. Herr Schondorff . . . 141

6. Hamburg. Aerztlicher Verein.

Aneurysma. Ueber ein solches der Aorta ascendens. Herr Aly 349
— Ueber ein solches des Aortenbogens. Herr Curschmann . . 350

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Anophthalmus bilateralis. Vorstellung eines Falles. Herr Goldstücker . . . 331
Augenverletzungen. Ueber interessante. Herr Franke . . . 554
Bronchiektatische Caverne. Demonstration einer solchen von einem an Hämoptoe gestorbenen Manne Herr Krüger . . . 573
Brustfellentzündung. Ueber die eitrige im Kindesalter. Herr Simmonds . . . 720
Cholera. Ueber subcutane Infusion bei derselben. Herr Michael 365
Cystenentartung. Demonstration einer solchen der Leber und Nieren. Herr Gläser . . . 573
Darmocclusion. Demonstration eines Präparates. Herr Lauenstein . . . 651
Dickdarmresection. Vorstellung eines Kranken mit geheilter . . 365
Diphtheria faucium. Ueber Funktionsstörungen der Augen nach derselben. Herr Herschel . . . 13
Exophthalmus. Vorstellung eines Falles von pulsirendem. Herr Lubrecht . . . 12
Extrauterinschwangerschaft. Ueber einen Fall. Herr Waitz . . 554
Extremität. Vorstellung eines Patienten mit mangelhafter fötaler Entwicklung der rechten oberen. Herr Cordua . . . 651
Gallenblase. Ueber ein perforirendes Geschwür derselben, Herr Fraenkel . . . 586
Gallenblasenfistel. Vorstellung eines Falles von operirter. Herr R. Wolf . . . 319
Gonorrhoe. Ueber einen Fall mit linksseitiger Epididymitis. Herr G. Cohen . . . 635
Heilgymnastik. Die Zander'sche Art der schwedischen Herr Classen . . . 702
Hepatitis gummosa. Demonstration des Präparates einer typischen. Herr Fraenkel . . . 618
Herz. Demonstration eines Präparates mit fast vollständigem Fehlen der Vorkammerscheidewand. Herr Curschmann . . . 618
Herzpolyp. Vorstellung eines Falles. Herr Hertz . . . 365
Herzruptur. Demonstration des Präparates einer spontanen. Herr Hertz . . . 618
Hydrocephalus. Vorstellung eines Falles. Herr Denker . . . 554
Hydronephrotischer Sack. Ueber Exstirpation eines solchen durch die Laparotomie. Herr Schede . . . 586
Kehlkopfexstirpation. Vorstellung eines Falles. Herr Leisrink 365
Laparotomie. Ueber bemerkenswerthe Fälle von ausgeführter. Herr Prochownik . . . 350
Laryngitis. Ueber eine seltenere Form chronischer. Herr Cohen 12
Larynx. Ueber eine Geschwulst desselben. Herr Fraenkel . . 720
Lebercirrhose. Venenerweiterung bei derselben. Herr v. Porten 652
Leber- und Pfortader-System. Zur Differential-Diagnostik der mit Ascites verbundenen Erkrankungen desselben. Herr Curschmann . . . 564. 573
Lichen ruber. Vorstellung eines Falles desselben. Herr Unna . 12
Lungenchirurgie. Zu derselben. Herr Lauenstein . . . 573
Lupus papillomatosus. Vorstellung eines Falles. Herr Unna . 635
Meningitis cerebrospinalis. Ueber die bei derselben vorkommenden Veränderungen der äusseren Haut. Herr Curschmann 330
— — Ueber einen Fall von letal verlaufener. Herr Curschmann 330
Muskelreflexe. Ueber dieselben und Muskelphänomene. Herr Reinhardt . . . 765
Myositis ossificans. Demonstration eines Falles. Herr Kümmell 27
Myxochondrosarkom. Demonstration eines grossen der Leber. Herr Jaffe . . . 349
Nasenkrankheiten. Mittheilungen aus dem Gebiete derselben. Herr Fraenkel . . . 686
Niere. Angeborene Lageveränderungen derselben. Herr Simmonds 554
Osteoplastische Resection nach Mikulicz. Vorstellung eines Falles. Herr Lauenstein . . . 573
Osteosarkom. Demonstration eines des Schädels. Herr Schede 587
Osteotomie und Osteoclase. Ueber dieselben. Herr Schede . . 331
Pneumonie. Demonstration der Beckenorgane eines an derselben leidenden Mädchens. Herr Simmonds . . . 365
Rectus abdominis. Hämatom des linken. Herr Fraenkel . . . 586
Schädelfractur. Vorstellung eines Falles von complicirter. Herr Görtz . . . 587
Spinale Neurasthenie. Ueber die Differentialdiagnose derselben. Herr Eisenlohr . . . 330
Spondylitis. Demonstration zweier Präparate. Herr Fraenkel . 586
Tabes. Ueber bulbäre Complicationen derselben. Herr Eisenlohr 554
— Zur Aetiologie derselben. Herr Eisenlohr . . . 851
Temperaturen. Zur Casuistik der niedrigsten subnormalen. Herr Reinhardt . . . 764
Transportmittel. Ueber Improvisation solcher für Verwundete. Herr Roose . . . 635
Tumorpräparate. Demonstration. Herr Prochownik . . . 651
Uterusmyom. Demonstration eines exstirpirten. Herr Schede . 720
Varicen. Demonstration eines typischen Exemplars derselben im Oesophagus. Herr Fraenkel . . . 12

7. München. Aerztlicher Verein.

Cholera. Ueber dieselbe in Neapel und die in Choleraleichen und Cholerakranken gefundenen Pilze. Herr Emmerich . . . 813
Cholera-Bacillus. Zur Frage desselben. Herr Frobenius 801. 818
Extrauterinschwangerschaft. Demonstration eines bei derselben durch Laparotomie gewonnenen Fötus. Herr Frommel . . 108
Gallensteine. Ueber die Ursachen und Häufigkeit derselben in München. Herr Bollinger . . . 109
Herzhypertrophie, idiopatische. Ueber die Häufigkeit und Ursachen derselben in München. Herr Bollinger . . . 180. 235
Herzkrankheiten. Ueber die Häufigkeit derselben in München. Herr Beetz . . . 108
Pneumoniecoccen. Die Auffindung derselben in der Zwischenfüllung siechhafter Wohnräume. Herr Emmerich . . . 181. 236

8. Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege zu Berlin.

Alterszusammensetzung. Ueber die A. der Bevölkerung. Herr A. Kalischer . . . 108
Brom. Ueber dasselbe als Desinfectionsmittel. Herr Frank . . 287
Desinfections-Apparat. Ueber einen neuen. Herr Lindenheim 108
Hautleiden. Ueber ein angeblich durch Berührung mit Rieselwasser entstandenes Herr Falk . . . 173
Nahrungsmittelgesetz. Ueber die Ausführung desselben in Preussen. Herr Skrzeczka . . . 157

Anhang zur Vereinschronik.

Standes- und Bezirks-Vereine.

Aachen. XL. General-Versammlung der Aerzte des Reg.-Bez. Aachen am 2. October 1884 . . . 706
Coblenz. 41. General-Versammlung des Vereins der Aerzte des Reg.-Bez. Coblenz am 14. October 1884 . . . 738
Düsseldorf. XXVIII. Conferenz der Medicinal-Beamten des Reg.-Bez. Düsseldorf am 26 April 1884 . . . 606
— XXIX. Conferenz der Medicinal-Beamten des Reg.-Bez. Düsseldorf am 25 October 1884 . . . 769
— 77. General-Versammlung des Vereins der Aerzte des Reg.-Bez. Düsseldorf . . . 367
Greifswald. Versammlung der Aerzte des Reg.-Bez. Stralsund am 14. Juni 1884 . . . 449
Oppeln. II. Conferenz der Medicinal-Beamten des Reg.-Bez. Oppeln am 29. März 1884 . . . 252
Rostock. General-Versammlung des Allgemeinen Mecklenburgischen Aerzte-Vereins am 6. Juni 1884 . . . 461
Stralsund. Versammlung der Aerzte des Reg.-Bez. Stralsund am 2. December 1883 . . . 13. 24

IV. Referate und Kritiken.

Abdominaltyphus. Zur Aetiologie desselben. Gaffky. Referent Ribbert . . . 215
Ameisensäure. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung derselben. Hoffmann. Ref. Hesse . . . 442
Annuaire de thérapeutique pour 1884. Bouchardat. Ref. Pauly (Berlin) 411
Antiseptische Chirurgie. Dieselbe, ihre Grundsätze, Ausübung, Geschichte und Resultate. W. Watson Cheyne, deutsch von F. Kammerer. Ref. Kolaczek . . . 55
Antiseptischer Wundverband. Die neusten Fortschritte in der Lehre von demselben. E. Richter. Ref, Pauly (Posen) . . . 295
Arsenik. Beitrag zur Anwendung desselben bei chronischen Lungenleiden. Stintzing. Ref. Hiller . . . 327
Arzneimittellehre. Lehrbuch derselben. Harnack. Ref. Rabow . . . 685
Auge. Die Hygiene desselben in den Schulen. H. Cohn. Ref. Horstmann . . . 37
Augenärztliche Therapie. Handbuch derselben. E. Michaelis. Ref. Hauptmann . . . 285
Augenheilkunde. Beiträge zur operativen. Kuhnt. Ref. Horstmann . 284
— Zeitschrift für vergleichende. Ref. Hauptmann . . . 36
Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker. Hirsch und Wernich. Ref. Boerner . . . 572
Brandpilze. Ueber dieselben und die Brandkrankheiten. Brefeld. Ref. Wernich . . . 360
Brust- und Unterleibs-Organe. Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden für dieselben. P. Guttmann. Ref. Rabow . . . 328
Carbolsäure. Ueber den Einfluss derselben auf den fiebernden Organismus. Gretschichin. Ref. Buch . . . 553
Charité-Annalen. IX. Jahrg. Ref. Rosenbach . . . 667
Chemische Praxis. Dieselbe auf dem Gebiete der Gesundheitspflege und gerichtlichen Medicin. Liebermann. Ref. Egger . . . 270
Chirurgie. Grundriss derselben. C. Hueter. Ref. Kolaczek . . . 118
Chirurgische Poliklinik. VI. und VII. Bericht über dieselbe. P. Güterbock. Ref. Boerner . . . 417
Chlor und Brom. Ueber die Desinfection mit denselben. Fischer und Proskauer. Ref. Ribbert . . . 233
Cholera. Die Therapie derselben während der Epidemie in Toulon. Ref. Rabow . . . 552
— Récherches anatomiques et expérimentales sur le choléra observé en 1883 en Egypte. Strauss, Roux, Nocard et Thuillier. Ref. P. Boerner . . . 409
Choléra asiatique. Recherches sur son bacille-virgule. van Ermengem. Ref. Gaffky . . . 749
Cholerafrage. Ueber den Stand derselben nach der Entdeckung des Cholerapilzes durch R. Koch. M. von Pettenkofer. Ref. Boerner . . . 216

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Choreatische Zwangsbewegungen. Ueber zwei Fälle mit ausgesprochener Heredität. Ewald. Ref. Rosenbach . . . 511
Clinical Figures. Lebon. Ref. Schuchardt . . . 846
Clou de Biscra. Etude d'un microbe rencontré sur un malade atteint de clou de Biscra. Duclaux. Ref. Gaffky . . . 441
Coma diabeticum. Ueber das Vorkommen eines demselben gleichen Symptomencomplexes ohne Diabetes. Riess. Ref. Rosenbach 511
Contagiöse Augenkrankheiten. Wie hat sich der Militairarzt beim Ersatzgeschäft denselben gegenüber zu verhalten? J. Jacobson. Ref. Hauptmann . . . 378
Convallaria majalis. Ueber die Anwendung derselben bei Herzkrankheiten. Pel. Ref. Schumacher II . . . 311
Croup und Diphtheritis. Ueber dieselben im Kindesalter. Monti. Ref. Baginsky . . . 393
Daphnien. Ueber eine Sprosspilzkrankheit derselben. Metschnikoff. Ref. Freund . . . 699
Diphtherie. Die experimentelle. O. Heubner. Ref. Tornwaldt . . 85
Ihre Entstehung Verhütung und Heilung. Rothe. Ref. Silbermann 443
— Ueber die Bedeutung der Mikroorganismen für die Entstehung derselben beim Menschen, bei der Taube und beim Kalbe. Löffler. Ref. Ribbert . . . 216
Diphtheritis. Beitrag zur Kenntniss derselben und der Tracheotomie. Volbehr. Ref. Pauly (Posen) . . . 494
Drainage. Vorschläge zur Beseitigung derselben für frische Wunden. Neuber. Ref. Bidder . . . 458
Elektrotechnische Rundschau. Th. Stein. Ref. A. Eulenburg . . 153. 286
Endometritis. Beiträge zur Lehre von derselben. O. Küstner. Ref. C. Ruge . . . 829
Enges Becken. Ueber die Geburt bei demselben. Litzmann. Ref. S. Guttmann . . . 471
Epileptiker. Wie sind dieselben zu behandeln? Kühner. Ref. Eickholt . . . 493
Fibromyome des Uterus. A. Bidder. Ref. S. Guttmann . . . 571
Fieberhafte Krankheiten. Ueber die Diagnose des Anfangsstadiums derselben bei Kindern. Filatow. Ref. Buch . . . 553
Frerichs. Die medicinische Klinik in Breslau unter der Leitung desselben. Rühle. Ref Rosenbach . . . 511
Geburtshülflich-Gynaekologische Klinik zu Giessen. Berichte und Arbeiten aus derselben. F. Ahlfeld. Ref. S Guttmann . . . 24
Gefahrdrohende Krankheitssymptome. Diagnose und Therapie bei solchen. L. Blau. Ref. Rabow . . . 86
Gehirnkrankheiten. Beitrag zur Lehre von der Localisation derselben. E. Mannkopf Ref. Rosenbach . . . 511
— Lehrbuch derselben, Bd. III. Wernicke. Ref. Rumpf . . . 201
— Ophthalmiatrische Beiträge zur Diagnostik derselben. Wilbrand. Ref Horstmann . . . 345
Gelenkaffectionen. Ueber neurotische Störungen nach denselben. Jacoby. Ref Eulenburg . . . 511
Gelenkresectionen. Ueber solche bei Caries. E. Albert. Ref. Bidder 56
Gerichtlich chemische Untersuchungen. Anleitung zur Ausmittelung der Gifte und zur Erkennung der Blutflecke bei denselben. Jul. Otto. Ref. A. Eulenburg . . . 410
Geschichte der Medicin. Lehrbuch derselben und der epidemischen Krankheiten. Haeser. Ref. Salomon . . . 267
Gummöse Geschwülste. Ueber die Entwicklung derselben in der Leber. Kosmin. Ref. Buch . . . 553
Hand. Ueber die Drehungen derselben. Heiberg. Ref. Beely . . . 551
Harn. Ueber einige Bedingungen der alkalischen Reaction desselben. Quincke. Ref. Rosenbach . . . 511
— Untersuchungen über die Semiologie desselben. Zuelzer. Ref. Strübing . . . 285
Harnblase. Zur Statistik der primären Tumoren derselben. A. Sperling. Ref. Pauly (Posen) . . . 200
Harnröhre. Ein Beitrag zur Anatomie der weiblichen. M. Schüller. Ref. Bidder . . . 200
Harnsteine. Die Natur und Behandlung derselben. W. Ebstein. Ref. Schüller . . . 426
Harnuntersuchungen. Ueber dieselben. v. Jaksch. Ref. Boerner . . 822
Haussäugethiere. Lehrbuch der allgemeinen Therapie derselben. Ellenberger. Ref. Boerner . . . 700
— Handbuch der vergleichenden Histologie und Physiologie derselben, Ellenberger. Ref. Boerner . . . 601
Hausthiere. Die Seuchen und Heerdekrankheiten derselben. Pütz. Ref Wernich . . . 344
Hautkrankheiten. Handbuch derselben. II. Hälfte. v. Ziemssen. Ref. Eichhoff . . . 798
— Handbuch derselben. v. Ziemssen. Ref. Eichhoff . . . 134
Hay fever. Its etiology and treatment. Morell Mackenzie. Ref. M. Bresgen . . . 830
Hefenpilze. Botanische Untersuchungen über dieselben. Brefeld. Ref. Wernich . . . 360
Heilmittel. Zusammenstellung neuer. Ref. Rabow . . . 569
Improvisation der Behandlungsmittel im Kriege und bei Unglücksfällen. Cubasch. Ref. Schill . . . 428
Innere Krankheiten. Lehrbuch der speciellen Pathologie u. Therapie derselben. Strümpell. Ref. Küssner . . . 846
Iridectomie. Präparatorische und antiseptische Behandlung. J. Jacobson. Ref. Hauptmann . . . 601
Jahrbuch der practischen Medicin Boerner. Ref. Rabow . . . 586
Jequirity-Ophthalmie. Die Aetiologie derselben. Salomonsen und Dirckinck-Holmfeld. Ref. Becker . . . 152
— — Ueber die Natur derselben. Neisser. Ref. Becker . . . 152
Jenner'sches Kinderhospital. 20 med. Bericht über die Thätigkeit desselben. Demme. Ref. Silbermann . . . 361

Kairin. Ueber das Schicksal desselben im menschlichen Organismus. v. Mering. Ref. Rosenbach . . . 512
Kaiserliches Gesundheitsamt. Die Mittheilungen desselben, II. Bd. Ref. Boerner u. Ribbert . . . 135. 151. 168. 186. 215. 233. 249
Kaiserschnitt-Methoden. Ueber neuere. R. Volkmann. Ref. S. Guttmann 830
Kehlkopf. Die Tuberculose desselben und ihre Behandlung. Schech. Ref. Bresgen . . . 378
Kniephänomen. Ueber dasselbe bei locomotorischer Ataxie. Ph. Zenner. Ref. Eulenburg . . . 511
Körpertemperatur. Ueber das Verhältniss des Nervensystems zu derselben. J. Ott. Ref. Eulenburg . . . 510
Kreislauf und Ernährung. Handbuch der allgemeinen Pathologie desselben. v. Recklinghausen. Ref. Ribbert . . . 536
Kropf. Der endemische, und seine Beziehungen zur Taubstummheit und zum Cretinismus. Bircher. Ref. Zucker . . . 457
Lendenmarkgrau. Ueber die Ausschaltung desselben. Ehrlich und Brieger. Ref. Rosenbach . . . 512
Lungenchirurgie. Lauenstein. Ref. P. Hesse . . . 345
Lungenschwindsucht. Ueber den Einfluss des Alters und des Geschlechts auf die Sterblichkeit an derselben. Würzburg. Ref. Ribbert . . . 168
Malariaformen. Ueber solche im östlichen Holstein. Goedicke. Ref. Schill . . . 494
Massage. Die Technik derselben. Reibmayr. Ref. Beely . . . 535
— Practische Anleitung zur Behandlung durch dieselbe. J. Schreiber. Ref. Beely . . . 200
Migraine, Asthma, Heufieber. Ueber die operative Radical-Behandlung bestimmter Formen derselben, sowie zahlreicher verwandter Erscheinungen W. Hack. Ref. Bresgen . . . 493
Milch. Ueber die Zersetzung derselben durch Mikroorganismen. Hueppe. Ref. Ribbert . . . 233
Milchdiät. Betrachtungen über absolute. A. Hoffmann. Ref. Rosenbach 511
Milzbrandbacillen. Experimentelle Studien über die Abschwächung derselben. Koch, Gaffky und Löffler. Ref. Ribbert . . . 186
Milzbrandbakterien. Ueber den genetischen Zusammenhang derselben mit den Heubakterien. Prazmowski. Ref. Gaffky . . . 761
Milz-Echinococcus. Ueber denselben und seine Behandlung. Mosler. Ref. Peiper . . . 602
— — Ueber denselben und seine Behandlung. Mosler. Ref. Kaatzer . . . 428
Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik in Greifswald. P. Vogt. Ref. Bidder . . . 234
Monatschrift des Vereins deutscher Zahnkünstler. Ref. Petermann 669
Morphiumvergiftung. Ueber Wesen und Behandlung der chronischen. Burkart. Ref. Seeligmüller . . . 685
Naphthalin. Dasselbe in der Heilkunde und in der Landwirthschaft. E. Fischer. Ref. Rabow . . . 285
Nase. Die Erkrankung der Nebenhöhlen derselben und ihre Behandlung. Schech. Ref. Bresgen . . . 169
Nasen-Mundrachen- und Kehlkopfkrankheiten. Grundzüge einer Pathologie und Therapie derselben. M. Bresgen. Ref. M. Schaeffer . . 293
Nervenkranke. Tisch für dieselben. Eyselein. Ref. Seeligmüller . . 429
Oedeme der Haut. Beitrag zur operativen Behandlung derselben. F Straub. Ref Lesser (Leipzig) . . . 474
Oeynhausen. Die Kurmittel desselben, ihre Anwendungsweise und ihr Nutzen in den verschiedenen mit ihnen behandelten Krankheiten. W. Voigt. Ref. Strümpell . . . 218
Ohr. Die Krankheiten desselben und deren Behandlung. A. Hartmann. Ref. Hauptmann . . . 798
— Gesammelte Beiträge zur pathologischen Anatomie desselben und zur Geschichte der Ohrenheilkunde. v. Tröltsch. Ref. Zucker . . . 295
Ohrenheilkunde. Lehrbuch derselben. Urbantschitsch. Referent Truckenbrod . . . 684
Ohrenkrankheiten. Beiträge zur Statistik derselben. Bürkner. Ref. Hauptmann . . . 410
Ophthalmie. Ueber experimentelle Erzeugung sympathischer. Deutschmann. Ref. Horstmann . . . 104
Osteo-arthrites fongueuses. De la résection du poignet dans leur traitement. Gangolphe. Ref. Bidder . . . 492
Osteomyelitis. Zur infectiösen. Rodet. Ref. Villaret . . . 699
Paraxanthin. Ueber dasselbe. G. Salomon. Ref. Rosenbach . . . 511
Periparotitis. Zur Lehre von der epidemischen. Troïtzki. Ref. Buch . . . 553
Pathologie. Handbuch der inneren Dieulafoy. Ref. Cahnheim . . . 267
Pathologie und Therapie. Lehrbuch der speciellen der inneren Krankheiten. Strümpell. Ref. Küssner . . . 361
Pathologische Anatomie. Lehrbuch der allgemeinen und speciellen. Ziegler. Ref. Ribbert . . . 344
Pharmaceutische Chemie. Grundriss derselben. F. Elsner. Ref. Langgaard . . . 295
Pharmacopoea germanica. Vergleichende Uebersicht zwischen der ersten und zweiten Ausgabe derselben. B. Hirsch. Ref. Langgaard . . . 474
Phthisiker. Ueber die Desinfection des Auswurfs derselben. Schill und Fischer. Ref. Ribbert . . . 168
Pilzsporen. Ueber das Eindringen derselben in die Athmungswege und die dadurch bedingten Erkrankungen der Lungen. Schütz. Ref. Ribbert . . . 186
Plattfuss. Die Lehre vom erworbenen A. Lorenz. Ref. Beely . 294
Pneumonie. Ueber die infectiöse Natur derselben. M. Mendelssohn. Ref. C. Rosenbach . . . 169
— Ueber die Mikrokokken derselben beim Menschen und der Lungenseuche der Rinder. J. Poels. Ref. Becker . . . 217

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Seite

Präpariren. Anleitung zu demselben auf dem Secirsaale. Bardeleben. Ref. Waldeyer 829
Psychiatrie. Compendium derselben. Kraepelin. Ref. Seeligmüller 429
Ptomaine. Ueber dieselben und ihre Bedeutung für die gerichtliche Medicin. v Anrep und Poehl. Ref. Buch 536
Rauschbrand. Ueber die Ursachen, welche die Empfänglichkeit gewissen Körpergegenden für das Gift desselben vermindern. Arloing, Cornevin und Thomas. Ref. Boerner 187
Refraction und Accomodation. Die Anomalien derselben. L. Königstein. Ref. Horstmann 37
Sandkörperchen. Bau und Abstammung derselben in Neubildungen. Trinitatski. Ref. Buch 553
Sarkome. Die Histogenese und Histologie derselben. Ackermann. Ref. Ribbert 344
Schizomyceten. Ueber die isolirte Färbung derselben in Schnitt-Trockenpräparaten. Gram. Ref. Becker 234
Selbstinfection. Ueber einen eigenartigen Symptomencomplex in Folge derselben bei dyspeptischen Zuständen. Litten. Ref. Rosenbach 511
Spondylitis. Dieselbe und die seitlichen Verkrümmungen der Wirbelsäule. Sayre. Ref. Beely 377
Spondylolisthese. Ueber dieselbe bei einem Tabiker. Krönig. Ref. Rosenbach 512
Sputum-Untersuchung. Die Technik derselben. Kaatzer. Ref. Schumacher II. 327
Steppenkumys. Ueber seine Anwendung als Heilmittel bei Leiden der Respirations- und Verdauungswege. Stange. Ref. Buch 572
Stickstoffumsatz. Ueber den Einfluss des Fiebers und der Wärme entziehenden Methoden auf denselben. Sassetzky. Ref. Buch 552
Stimmbandmuskeln. Experimentelle Untersuchungen über Contracturen derselben. Krause. Autorreferat 762
Syphilitische Krankheitsprodukte. Specifische Bacillen in denselben. Lustgarten. Ref. Boerner 803
Syphilitische Verhärtung. Ueber die Entfernung der primären und ihren Einfluss auf den weiteren Verlauf der Syphilis. Tomaschewsky. Ref. Buch 572
Taubstumme. Dieselben im Königreich Sachsen. Schmalz. Ref. Zucker 457
Taubstummenstatistik. Schwabach. Ref. Zucker 249
Thierische Parasiten des Menschen. Braun. Ref. Ribbert 344
Tracheotomie. Resultate und Technik bei Croup und Diphtheritis. Lüning. Ref. Pauly (Posen) 428
— Dieselbe bei Kindern unter zwei Jahren. Chaym. Ref. Pauly (Posen) 429
Trichorrhexis nodosa. Beobachtungen über dieselbe. H. Eichhorst. Ref. Rosenbach 511
Tuberkelbacillen. Ein Beitrag zum Verhalten derselben im Sputum. Gaffky. Ref. Ribbert 168
— Ueber das einfachste Verfahren zur Auffindung derselben im Auswurf. Pfuhl. Ref. Schill 512
— Ueber dieselben im Blut bei allgemeiner acuter Miliartuberkulose. Weichselbaum. Ref. Boerner 199. 218
Tuberculose. Die Aetiologie derselben. R. Koch. Ref. Ribbert . . 151
Tuberculose zoogloëique. L. Malassez et W. Vignal. Ref. Marchand . 8
Vaccine-Organismen. Die künstliche Züchtung derselben. Quist. Ref. Gaffky 570
Vagusneurosen. Ueber dieselben. L. Edinger. Ref. O. Rosenbach . 35
Vorder- und Hinterscheitellagen. E. Bidder. Ref. S. Guttmann 57
Wandernieren. Ueber dieselben. Huet. Ref. Schumacher II 327
Weibliche Geschlechtsorgane. Die Krankheiten derselben. Schröder. Ref. S Guttmann 667
Wiener Stadtphysikat. Jahresbericht desselben über seine Amtsthätigkeit i. J. 1882. Ref. Petersen 334
Zahnärztliche Praxis. Quinby. Ref. Küssner 846
Zahnheilkunde. Lehrbuch derselben. Schaff. Ref. Petermann . . . 617
Zuckerharnruhr. Ueber dieselbe. Hertzka. Ref. S. Guttmann . . . 537

V. Journal-Revue.

Arzneimittellehre.

Agaricin als Anthidroticum. Proebsting. Ref. Becker 189
— Ueber die Wirkung desselben gegen die Nachtschweisse der Phthisiker. Seifert. Ref. Rabow 189
Alaun. gegen Keuchhusten. Warfwinge. Ref. Rabow 157
Chromsäure gegen Affectionen der Mundhöhle. Canquil. Ref. Rabow 157
Cocain. Ueber Anwendung desselben als Anästheticum und Analgeticum an der Schleimhaut des Rachens und Kehlkopfes. Jelinek. Ref. Boerner 804
Convallamarin. Physiologische und therapeutische Wirkungen desselben. Leubuscher. Ref. Rosenbach 707
Eiseninjectionen. Ueber subcutane. Glaevecke. Ref. Rabow 28
Electricité. Note sur un cas d'obstruction intestinale levée par elle Ref. Rabow 157
Hydrobromäthyl. Ueber dasselbe als Anaestheticum. Wiedemann. Ref. Rabow 270
Ichthyol. Dasselbe bei inneren Krankheiten. Unna. Ref. Pauly (Berlin) 380
Kälte. Einfluss derselben auf das Lyssagift. Gibier. Ref. Rabow 189
Kairin. Als Antipyreticum. Merkel. Ref. Buchwald 380
Kumyss. Beobachtungen über dasselbe im Flecken Dubrowna. Kostjurin. Ref. Rabow 189
Magisterium Bismuthi. Zur Behandlung von Geschwüren mit demselben. Truckenbrod. Ref. Rabow 126

Seite

Morphin und Atropin. Ueber subcutane Injection derselben als Unterstützungsmittel der Chloroformnarkose. Aubert. Ref. Rabow . 28. 61
Paraldehyd als Hypnoticum. Berger. Ref. Rabow 189
— als Schlafmittel. v. Noorden. Ref. Becker 287
— Mittheilungen über die bisherigen Versuche mit demselben in Stephansfeld. Benda. Ref. Kron 559
Paraldehyd und Strychnin. Ueber den Antagonismus derselben. Dujardin-Beaumetz. Ref. Rabow 270
Paraldéhyde. Sur ses effets physiologiques et thérapeutiques. Dujardin-Beaumetz. Ref. Rabow 127
Pilocarpin und Ergotin. Ueber den Antagonismus zwischen denselben. Rabuteau. Ref. Rabow 61
Resorcin. Beitrag zur Erkenntniss desselben im Urin. Stokvis. Ref. Schumacher II. 333
Strychnine. Du traitement de l'alcoolisme par le S. Dujardin-Beaumetz. Ref. Rabow 126
Thallin. Ein neues Antipyreticum. v. Jaksch. Ref. Boerner . . . 820

Augenheilkunde.

Chinaamaurose. Ueber einen Fall derselben. E. Michel. Ref. Horstmann 142
Chininblindheit. Ueber einen Fall derselben. E. Grüning. Ref. Horstmann 142
Farbensinn. Beitrag zur Pathologie desselben. Ph. Steffan. Ref. Horstmann 126
Farbensinncentren. Zur Frage derselben. Samelsohn. Ref. Horstmann 142
Hemeralopie. Beiträge zur Kenntniss derselben und der Xerophthalmie aus Ernährungsstörungen. De Gouvea. Ref. Horstmann 206
Jodoform. Ueber den therapeutischen Werth desselben bei Erkrankungen des Auges. Alker. Ref. Horstmann 206
Linse. Zur Flüssigkeitsströmung in derselben Samelsohn. Ref. Horstmann 126
Myopie. Studien über die Aetiologie derselben. Tscherning. Ref. Horstmann 206
Netzhaut. Ueber den Venenpuls derselben. W. Schön. Ref. Horstmann 142
Trachom. Ueber die Natur desselben. H. Sattler. Ref. Horstmann 142
Xerosis der Bindehaut. Ueber dieselbe und die infantile Hornhautverschwärung. Leber. Ref. Horstmann 206

Chirurgie.

Blutgefässe. Ein Fall von Resection verletzter. W. Baum. Ref. Pauly (Posen) 42
Dickdarm. Die künstliche Gasaufblähung desselben zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. v. Ziemssen. Ref. Pauly (Posen) 287
Fungöse Knochen- und Gelenkaffectionen. Ueber den Befund von Tuberkelbacillen bei denselben. W. Müller. Ref. Pauly (Posen) . . . 332
Hydrocèle. De son incision antiseptique. G. Julliard Ref. Bidder 301
Lymphome. Zur Behandlung derselben. K. Koerbl. Ref. Pauly (Posen) 42
Magen. Beiträge zur Chirurgie desselben. Maurer. Ref. Kolaczek 270
Nasenrachenpolypen. Zur Gussenbauer'schen Operationsmethode derselben. Mikulicz. Ref. Zucker 205
Oberschenkelfracturen. Zur Behandlung derselben bei alten Leuten. Karg. Ref Kolaczek 270
Osteoplastische Fussresection. Ueber die Verwendung derselben bei Caries. Lauenstein. Ref. Pauly (Posen) 302
Ranula. Sitz und Behandlung derselben. Sonnenburg. Ref. Kolaczek 269
Tetanie. Mittheilung eines Falles nach Kropfexstirpation. Szumann. Ref. Pauly (Posen) 332
Tetanus. Die Behandlung desselben mit Curare. Karg. Ref. Kolaczek 269
Tracheotomie. Dieselbe bei Diphtheritis Kroenlein. Ref. Pauly (Posen) 495

Geburtshülfe und Gynaekologie.

Cocain. Dasselbe als Mittel zur Anästhesirung der Genitalschleimhaut. E. Fraenkel. Ref. S. Guttmann 820
Eclampsie. Zur Therapie derselben. Ferguson. Ref. S. Guttmann . 465
Lebensalter. Der Einfluss desselben auf die Geburt bei Erstgeschwängerten. Kleinwächter. Ref. S. Guttmann 205
Puerperalfieber. Ueber Infectionsträger bei demselben. Lomer. Ref. S. Guttmann 432
Sublimatfrage. Zu derselben. Taenzer. Ref. S. Guttmann 559
Uterusschleimhaut. Zur Kenntniss derselben. Düvelius. Ref. S. Guttmann 205
Vaginalinjectionen. Ueber dieselben bei normaler Geburt und normalem Wochenbett. Mermann. Ref. S. Guttmann 465
Weibliche Genitalien. Ein Fall von rudimentärer Bildung derselben. Dybrenfurth. Ref S. Guttmann 433

Hautkrankheiten.

Exanthem-Formen. Ueber dieselben bei Diphtherie. E. Fränkel. Ref. Appenrodt 42
Hautkrankheiten. Zur Therapie derselben. Auspitz. Ref. Appenrodt 206
Herpes zoster. Weitere Beiträge zur Lehre von demselben. Lesser. Ref. Appenrodt 206
Pemphigus acutus. Beitrag zur Kenntniss desselben. Riehl. Ref. Pauly (Berlin) 367

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Hygiene.

Kohlenoxyd. Ueber den Nachweis und die Giftigkeit desselben und sein Vorkommen in Wohnräumen. Gruber. Ref. Lehmann . . 271

Innere Medicin.

Acetonurie. Weitere Beobachtungen über dieselbe, v. Jaksch. Ref. Rosenbach 853
Albuminurie. Ueber regulatorische O. Rosenbach. Autorreferat . 804
Albuminurien under den tyfoide Feber. Mügge. Ref. Buch 558
Antipyrin. Ueber dasselbe. Filehne. Ref. Rosenbach 773
Antiseptische behandling af Infectionssjukdomar. Warfwinge. Ref. Buch 456
Bauchfell. Beitrag zur Diagnose der tuberculösen und carcinomatösen Erkrankung desselben. Thomayer. Ref. Rosenbach . . 415
Blutdruck. Wirkung des Aufenthaltes in verdünnter Luft auf denselben. Lazarus und Schimunski. Ref. Rosenbach 237
Carcinome. Zur Symptomatologie occulter visceraler. Hampeln. Ref. Rosenbach 804
Coronar-Arterien. Ueber die Sclerose derselben und die davon abhängigen Krankheitszustände. Leyden. Ref. Rosenbach . 416. 707
Darmkrankheiten. Zur Klinik derselben. Nothnagel. Ref. Rosenbach 221
Diazobenzolsulfosäure. Dieselbe als Reagens in der klinischen Chemie. Petri. Ref. Rosenbach 416
Digitalis. Dasselbe als Heilmittel bei chronischen Erkrankungen des Herzmuskels. H. Seiler. Ref. Rosenbach 220
Diphtherie. Zur Kenntniss der Nierenaffection bei derselben. Fischl. Ref. Rosenbach 415
Distanzgeräusche. Ueber dieselben bei Herzfehlern. Lublinski. Ref. Rosenbach 416
Douche. Einiges über die elektrische. Trautwein. Ref. Rosenbach 853
Fäces. Ueber die Bakterien derselben. Bienstock. Ref. Rosenbach 803
Galle. Beiträge zur Lehre über den Einfluss alkalischer Mittel auf die Zusammensetzung derselben. Lewaschew. Ref. Rosenbach 773. 803
Gastrektasie. Ueber die diagnostische Bedeutung des Nachweises freier Salzsäure im Mageninhalt bei derselben. Kredel. Ref. Rosenbach 773
Harnruhr. Zur Lehre von der zuckerlosen. Schapiro. Ref. Rosenbach 804
Icterus catarrhalis. Ein Fall mit letalem Ausgang. Toelg und Neusser. Ref. Rosenbach 415
Intermittensimpfungen. Ueber dieselben. Gerhard. Ref. Rosenbach 412
Kopftetanus. Ein Beitrag zur Lehre von demselben. Bernhardt. Ref. Rosenbach 415
Larynx. Ueber das Vorkommen von Zooparasiten im Larynx. Mosler. Ref. Rosenbach 220
Lungen. Ueber die Resorption durch dieselben. Peiper. Ref. Rosenbach 853
Mukorineen. Ueber pathogene, und die durch sie erzeugten Mykosen des Kaninchens. Lichtheim. Ref. Rosenbach 236
Multiple Fibrome der Haut und der Kehlkopfschleimhaut. Th. Hering. Ref. Kaczorowski 126
Muskelatrophie. Ueber hereditäre progressive. F. Zimmerlin. Ref. Rosenbach 220
Myositis ossificans progressiva. Einige neue Fälle derselben. Pinter. Ref. Rosenbach 853
Nephritis. Veränderungen des Herzens und des Gefässsystems bei acuter. Riegel. Ref. Rosenbach 236
Papayotin. Physiologische und therapeutische Wirkungen desselben. Rossbach. Ref. Rosenbach 220
Peptonurie. Ueber eine neue Form derselben. Maixner. Ref. Rosenbach 853
Percussionsschall. Ueber den gedämpften. Lewinski. Referent Rosenbach 773
Pharynxmykosis leptotricia. Ueber dieselbe. Hering. Ref. Rosenbach 415
Phthisis. Ueber das Vorkommen derselben in Gefängnissen. Baer. Ref. Rosenbach 220
Pneumonie und Pleuritis. Zur Differentialdiagnose zwischen denselben. Pel. Ref. Rosenbach 415
Propeptonurie. Ueber dieselbe. v. Jaksch. Ref. Rosenbach 804
Residualluft. Ueber eine neue Bestimmungsweise der Grösse derselben beim Menschen. Kochs. Ref. Rosenbach 415
Rhachitis. Die Phosphorbehandlung derselben. M. Kassowitz. Ref. Rosenbach 220
Salicylsaures Natron. Wirkung desselben auf die Circulation. Maragliano. Ref. Rosenbach 853
Selbstinfection durch abnorme Zersetzungsvorgänge. Senator. Ref. Rosenbach 236
Transsudationsprocesse. Klinische Studien über dieselben im Organismus. Runeberg. Ref. Buchwald 380
Vasomotorische Centren. Ueber das Verhalten derselben gegen elektrische Ströme. Feinberg. Ref. Rosenbach 237

Kinderkrankheiten.

Perniciöse Anaemie. Ueber dieselbe bei Kindern. Kjellberg. Ref. Silbermann 416
Tuberculose du testicle chez les jeunes enfants. Launois. Ref. Silbermann 540

Ohrenheilkunde.

Autophonie. Zur Aetiologie und Symptomatologie derselben. Brunner. Ref. Zucker 61
Calcium-Sulphid. Dasselbe bei Ohrenerkrankungen. Bacon. Referent Zucker 466
Cocain. Die Verwendung desselben in der Ohrenheilkunde. Zaufal. Ref. Boerner 789
Geräusche. Die Wirkung derselben auf gesunde und kranke Ohren. Roosa. Ref. Zucker 367
Labyrinth. Zwei Fälle von Erkrankungen desselben in Folge von Syphilis. Webster. Ref. Zucker 351
Stichverletzung des Gehörorgans. Ueber einen Fall derselben vor Gericht und nachträglicher Anklage des Verletzten wegen supponirter Simulation und Meineides. Bezold. Ref. Zucker . . . 110
Warzenfortsatz. Ueber vierzehn Aufmeisselungen desselben. Hartmann. Ref. Zucker 366

Ophthalmologie.

Cocain. Dasselbe als Mittel zur lokalen Anästhesirung des Auges. Schenkl. Ref. Boerner 773
Dyslexie. Ueber dieselbe. Berlin. Ref. Hauptmann 465
Metastatische Chorioiditis. Ein Fall derselben nach Extraction eines Mahlzahnes. Dimmer. Ref. Hauptmann 465
Oculomotoriuslähmung. Periodisch wiederkehrende. v. Hasner. Ref. Hauptmann 465

Pathologische Anatomie.

Aortenwand. Die Rückwirkung des Verschlusses der Nabelarterien und des arteriösen Ganges auf die Structur derselben. Thoma. Ref. Ribbert 689
Arterien. Ueber das Verhalten derselben in Amputationsstümpfen. Thoma. Ref. Ribbert 689
Carcinosarcoma uteri bei einem Kinde von zwei Jahren. Rosenstein. Ref. Ribbert 286
Chorioidea. Ueber einen sarcomartigen, Biliverdin enthaltenden Tumor derselben. Bock. Ref. Ribbert 287
Darmwand. Ueber eine Erkrankung des sympathischen Geflechtes derselben. Blaschko. Ref. Ribbert 689
— Ueber Veränderungen in den nervösen Apparaten derselben bei perniciöser Anaemie und bei allgemeiner Atrophie. Sasaki. Ref. Ribbert 689
Gaertner'sche Kanäle. Ueber dieselben beim menschlichen Weibe. Rieder. Ref. Ribbert 449
Geschwülste. Beitrag zur Casuistik derselben. Wesener. Referent Ribbert 286
Hypophysistumoren. Zur Casuistik derselben. Breitner. Ref. Ribbert 286
Lipome. Ueber sogenannte L. der Niere. Grawitz. Ref. Ribbert. 61
Lymphangiome der Haut mit verkalktem Inhalt. Lewinski. Ref. Ribbert 60
Mediastinaltumoren. Zur Casuistik derselben. Liborius. Ref. Ribbert 61
Multiple Neurome im Bereich des Plexus brachialis sinister. Köbner. Ref. Ribbert 60
Senile Veränderungen. Ueber einige, des menschlichen Körpers. Thoma. Ref. Ribbert 689
Ulcus rotundum simplex vaginae. Ueber einen Fall. Zahn. Ref. Ribbert 450
Urachus. Ueber denselben und Urachuscysten. Wutz. Ref. Ribbert 450
Weibliche Harnröhre. Ein Beitrag zur Anatomie derselben. Schüller. Ref. Ribbert 449

Physiologie.

Herz. Ueber dasselbe von Helix pomatia. Biedermann. Ref. Grützner 540
— Ueber die locale Diastole desselben. Luchsinger. Ref. Grützner 540
Herzoberfläche. Ueber directe Reizung derselben. Schiff. Ref. Grützner 540
Sinnesgebiet. Ueber die Wechselwirkungen der innerhalb eines S. gesetzten Erregungen. Urbantschitsch. Ref. Freusberg 332

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Allochiria. A case of it. Ferrier. Ref. Schuchardt 174
Arthritis deformans. Ueber den neuritischen Ursprung der progressiven. L. Weber. Ref. Eulenburg 287
Atrophie. Ueber eine besondere Form allgemeiner nach Diphtherie. Cohn. Ref. Kron 255
Atrophie musculaire. Féré. Ref. Freusberg 333
Bromkalium. Zur Lehre von der antiepileptischen Wirkung desselben. P. Rosenbach. Ref. Kron 432
Bromwasserstoffsäure. Ueber den Gebrauch derselben bei Nervenaffectionen. Dana. Ref. Eulenburg 302
Cerebrospinalaxe. Pathologisch-anatomischer Befund derselben in einem Falle sei 19 Jahren bestehender chronischer Myelitis. H. D. Schmidt. Ref. Eulenburg 302
Coma carcinomatosum. Ueber dasselbe. v. Jaksch. Ref. Kron . . 156
Deformität der Finger. Nutritive, in Folge von Nervendruck in der Axilla. Miles. Ref. Eulenburg 287
Dementia paralytica. Die Beziehungen der Syphilis zu derselben. Obersteiner. Ref. Kron 156
Facial nerve. Cases of stretching of it for tic convulsiv. Godlee. Ref. Eulenburg 156
Folie à double forme. Foville. Ref. Schuchardt 175
Hirnnervenlähmung. Ein Fall von multipler halbseitiger. Bamberger. Ref. Kron 237
Hysteriques. De leur douleur dite ovarienne. Féré. Ref. Freusberg 302
Localised convulsions from tumour of the brain. Jackson. Ref. Schuchardt 416

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Locomotorische Ataxie. Ueber Fälle derselben. S. G. Webber. Ref. Eulenburg . . . 302
Magnetoelektrische Ströme. Ueber das Verhalten erkrankter Nerven und Muskeln gegen dieselben. Eulenburg. Ref. Kron . . . 432
Migraine ophthalmique. De son traitement. Féré. Ref. Kron . . . 559
Morphinism, chronic. Further observations on it. Obersteiner. Ref. Schuchardt . . . 175
Multiple Neuritis. Ueber das Verhältniss derselben zur Poliomyelitis. Strümpell. Ref. Kron . . . 558
Neuritis disseminata acutissima. Roth. Ref. Kron . . . 156
Neurotische Atrophie. Bemerkungen über gewisse Formen derselben. Erb. Ref. Kron . . . 558
Paralyse. Ueber aufsteigend-atrophische mit tödtlichem Ausgange. Schultze. Ref. Kron . . . 255
Peristaltik. Wirkung gewisser Stoffe auf dieselbe. J. Ott. Ref. Eulenburg . . . 287
Progressive Lähmungen. Ueber ihre centrale oder periphere Natur. Eisenlohr. Ref. Kron . . . 558
Psychosen. Ueber combinirte. Siemens. Ref Kron . . . 558
Raumsinn der Haut. Ueber die Einwirkung der Narcotica auf denselben. Rumpf. Ref. Eickholt . . . 16
Sensibilität. Ueber das Verhalten der allgemeinen und speciellen, bei Krampf- und Geisteskranken. Thomsen. Ref. Kron . . . 432
Spasmodic paralysis. On the s. p. of infancy. Ross. Ref. Schuchardt 174
Transfert-Erscheinungen. Ueber das Auftreten derselben während der Behandlung der partiellen Epilepsie. Hirt. Ref. Kron . 432
Transitorisches Irresein. Ueber dasselbe auf neurasthenischer Grundlage Krafft-Ebing. Ref. Eickholt . . . 540

Syphilis.

Blennorrhagie. Untersuchungen über die pathogenen Mikroorganismen derselben. Welander. Ref. Pauly (Berlin) . . . 495
Enteritis. Ueber dieselbe bei Lues hereditaria. Mracek. Ref. Appenrodt . . . 42
Infectio in utero. Ein neuer Fall derselben. v. Zeissl. Ref. Pauly (Berlin) . . . 690
Pharynxstricturen. Zur Entstehung der ringförmigen luetischen. Pauly (Posen). Ref. Pauly (Berlin) . . . 690
Tabes dorsalis. Zur Aetiologie derselben. Erb. Ref. Kron . . . 141
Urethritis. Ueber Complicationen derselben. J. Neumann. Ref. Pauly (Berlin) . . . 604

VI. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Allgemeine Gesundheitspflege.

Animale Lymphe. Die Impfungen mit derselben in der städtischen Impfanstalt zu Dresden i. J. 1883 . . . 223. 237
Apothekerwesen. Dasselbe in Preussen . . . 128
Chemiker. Mangel an solchen für gerichtliche Untersuchungen . . 44
Cholera-Commission. Die Berichte der deutschen . . . 63. 111. 191. 221
Epidemiologie,
Cholera . . . 44. 63. 111. 191. 239. 303. 417. 425. 449. 463. 478. 496. 512. 541. 557. 575. 591. 605. 623. 640. 658. 673. 690. 724. 738. 755. 773. 790. 805. 820. 837
Flecktyphus . . . 822
Pest . . . 335. 543. 559
Pocken . . . 382
Rückfallfieber . . . 112. 127. 144. 175. 239
Trichinose . . . 7
Typhus . . . 319
Fleischbeschauer. Ueber die Auswahl derselben . . . 239
Fleischschau. Dieselbe in Berlin . . . 559
Gesundheitsrath. Internationaler in Aegypten . . . 303
Hygiene-Ausstellung. Internationale in London . . . 192
Hygiene-Museum. Ein solches in Washington . . . 16
Impfcommission. Die Arbeiten derselben . . . 805
Infectionskrankheiten. Dieselben in Paris . . . 382
Inseriren. Gegen das Inseriren der Aerzte . . . 559
Krankenhaus-Lexikon. Das vom Königl. statistischen Bureau herausgegebene . . . 806
Leichenverbrennung. Zu derselben . . . 224
Medicinalbeamte. Ueber Fortbildungskurse für dieselben . . . 110. 127
Nahrungsmittelgesetz. Ueber die Ausführung desselben . . 28. 43. 61
Reichs-Aerzteordnung. Die Stellung der elsass-lothringischen Aerzte zu derselben . . . 157
Reichsgesundheitsamt. Ein solches für Oesterreich . . . 16
Trichinenschauer. Ueber die gesetzliche Verantwortlichkeit derselben . . . 78. 94
Tuberkulose. Zur Einschränkung derselben in Gefängnissen . . . 159
— Prophylaktische Maassregeln gegen dieselbe . . . 854
Ueberbürdung der Schüler. Aus dem Gutachten der Königlich Preussischen wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen 207. 222
Vitalität der Kinder. Einfluss des Alters der Eltern auf dieselbe . . 674
Wien. Zustände in der Billroth'schen Klinik . . . 854

2. Amtliches.

Aerztlicher Staatsdienst. Bekanntmachung des Württemb. Min. d. Inn. v. 13. Dec. 1883 . . . 96
Apotheken-Visitation. Bescheid d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 18. Febr. 1884 . . . 175
Arzneimittel. Nicht officinelle. Entsch. d. Reg. zu Düsseldorf v. 6. Febr. 1884 . . . 159
Arzneitaxe. Bekanntm. d. Lipp. Reg. v. 23. Dec. 1883 . . . 45
— Revision derselben. Verf. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 8. Dec. 1883 . . . 31
Arzneiwaaren. Ueber den Einzelvertrieb derselben. Bekanntm. des Raths der Stadt Dresden v. 25. Juli 1884 . . . 543
Bandwurmmittel. Ueber die Verabfolgung derselben Seitens der Apotheker. Entsch. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 9. Juli 1884 . . . 543
Barytpräparate. Ueber die Aufbewahrung derselben. Entsch. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 11. Jan. 1884 . . . 159
Cholera. Belehrung über das Wesen derselben und das Verhalten während der Cholerazeit. Erl. d. Meining. Min. d. Inn. v. 12. Juli 1884 . . . 516
— Instruction für die Schweizerischen Experten. Erl. des Schweiz. Bundesraths v. 1. Aug. 1884 . . . 607
— Maassregeln gegen dieselbe. Erl. d. Bayr. Min. d. Inn. v. 11. und 22. Juli 1884 . . . 517
— Maassregeln gegen dieselbe. Erl. Württemb. Min. d. Inn. v. 12. Juli 1884 . . . 543
— Maassregeln gegen dieselbe. Erl. d. Mecklenb. Min. d. Med.-Angel. v. 24. Juli 1884 . . . 559
— Vorbeugende Maassnahmen gegen dieselbe. Erl. d. preuss. Min d. geistl. Unterr.- u. Med.-Angel. v. 14. Juli 1884 . . . 481
— Vorkehrungen gegen dieselbe. Erl. d. Stadtarztes von Frankfurt a./M. v. 15. Juli 1884 . . . 482
Diphtherie. Anzeigepflicht und sanitätspolizeiliches Verfahren beim Auftreten derselben. Verf. d. Berliner Pol.-Präs. v. 31. Aug. 1884 624
— Maassregeln beim epidemischen Auftreten derselben. Erl. d. Min. d. geistl. Unterr.- u. Med.-Angel. v. 1. April 1884 . . . 272
Fahrlässige Tödtung durch falsche ärztliche Behandlung. Entsch. d. Reichsger. v. 3. Juli 1884 . . . 675. 708. 822
Geheimmittel. Verkauf derselben. Bekanntm. d. Hess. Reg. v. 17. Mai 1884 . . . 367
Hebammen. Nachträgliche Vereidigung derselben. Verf. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 27. Dec. 1883 . . . 45
— Ueber die Ausstellung unrichtiger Gesundheitsatteste Seitens derselben. Entsch. d. Reichsger. v. 27. März 1884 . . . 450
Hebammenwesen. Regelung desselben im Stadtbezirk Berlin. Verf. d. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 28. Dec. 1883 . 80
— Zur Regelung desselben. Erl. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 16. Mai 1884 . . . 382
Heilkunde. Ausübung derselben im Umherziehen. Entsch. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 30. Nov. 1883 . . . 31
Homöopathische Arzneien. Ueberlassung derselben. Bekanntm. d. Hess. Reg. v. 17. Mai 1884 . . . 367
Liquor Kali arsenicosi. Abgabe desselben durch die Apotheker. Erl. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 12. Juni 1884 433
Maassanalysen. Berichtigung zu der Aufzählung der zu denselben ausreichenden Geräthschaften. Erl. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 26. März 1884 . . . 271
Medicinal-Beamte. Berücksichtigung derselben bei der Vergebung von Bahnarzt-Stellen. Verf. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.- Angel. v. 7. Juni 1884 . . . 433
— — Berufung derselben als Sachverständige. Verf. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 3. Dec. 1883 . . . 31
Medicinal-Fach. Ueber die Vorbereitung zum Staatsdienst in demselben. Hess. Allerh. Verordng. v. 29. Dec. 1883 . . . 239
Medicinal-Personen. Uebereinkunft zwischen Deutschland und Luxemburg, betreffend die gegenseitige Zulassung der in den Grenzgemeinden wohnhaften zur Ausübung der Praxis v. 4. Juni 1883 239
Medicinal-Referenten. Ueber die Berichte derselben. Verf. d. preuss. Med. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 23. April 1884 . . 320
Militärärztliche Prüfungen. Verf. d. Kriegsmin. v. 7. Dec. 1883 . . 208
Mutterkorn. Ueber eine durch dasselbe entstandene Epidemie. Bekanntm. d. Reg. in Breslau v. 25. Oct. 1884 . . . 756
Nahrungs- und Genussmittel. Untersuchung derselben. Bayer. Allerh. Verordn. v. 27. Jan. 1884 . . . 159
Physikatsexamen. Bekanntm. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 11. Jan. 1884 . . . 64
Prüfungsvorschriften. Ueber die Dispensation von den ärztlichen. Bekanntm. d. Reichskanzlers v. 15. April 1884 . . . 319
Reichs-Gewerbeordnung. Vollzug der Novelle vom 1. Juli 1883 in Bayern. Allerh. Verf. v. 27. Dec. 1883 . . . 80
Sanitätsberichte. Schema für die von den Medicinalbeamten zu erstattenden. Erl. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 8. Juli 1884 . . . 497. 516
Sanitäts-Commissionen. Errichtung von solchen. Verordn. d. Fürstl. Schwarzb. Min. v. 25. Juli 1884 . . . 607
Sanitäts-Kasten. Vertheilung derselben bei den Polizei-Revieren. Bekanntm. d. Berliner Pol.-Präs. v. 25. Oct. 1884 . . . 739
Sanitäts-Personal. Meldung desselben bei Ausübung von Civilpraxis. Bekanntm. d. Hess. Reg. v. 15. März 1884 . . . 239
Schulen. Schliessung derselben wegen ansteckender Krankheiten. Verf. des preuss. Min. d. geistl., Unterr.- und Med.-Angel. vom 14. Juli 1884 . . . 576. 606
Trichinose. Erkrankung an derselben durch den Genuss rohen Schweinefleisches. Erl. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 28. Febr. 1884 . . . 207
— Erkrankung an derselben durch Genuss von rohem Hackfleisch. Bekanntm. d. Hamb. Med.-Coll. v. 29. März 1884 . . . 239

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Trichinose. Maassregeln zur Verhütung derselben. Erl. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 28. Febr. 1884 . . 207
Ueberbürdung der Schüler. Verf. d. Hess. Reg. v. 18. März 1884 . . 255
Universitätskliniken. Verpflichtung der Directoren derselben zur Revision der Arzneirechnungen. Entsch. d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- u. Med.-Angel. v. 13. Dec. 1883 . . . 31
Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genussmittel. Bayer. Allerh Verordn. v. 27. Jan. 1884 . . . 159
Wein. Sachverständigen-Comission zur Berathung einheitlicher Untersuchungsmethoden desselben. Erl. d. preuss. Min. f. Handel u. Gewerbe und d. preuss. Min. d. geistl., Unterr.- und Med.-Angel. v. 12. Aug. 1884 . . . 623. 641. 659
Zahnärztliches Institut. Errichtung desselben. Bekanntm. d. Direktors desselben v. 9. Oct. 1884 . . . 692

3. Medicinalstatistik.

Alexandrien. Gesundheitszustand im Jahre 1883 . . . 515
Berlin. Gesundheitsverhältnisse.
XLIV. XLV. XLVI. XLVII. XLVIII. XLIX. L. LI. LII.
30. 45. 63. 79. 95. 128. 144. 159
— Gesundheitszustand im Jahre 1883 . . . 95
— Gesundheitszustand im Sommer 1884 . . . 541. 674
Hamburg. Gesundheitsverhältnisse von 1871—1883 . . . 542
Prüfungs-Commissionen. Summarische Uebersicht der im Prüfungsjahre 1883/1884 bei den Königlich Preussischen geprüften Doctoren und Candidaten der Medicin und Candidaten der Pharmacie . 708
Wien. Gesundheitsverhältnisse im Jahre 1882 . . . 334
— Gesundheitsverhältnisse im Jahre 1883 . . . 707

VII. Kleinere Mittheilungen.

Baedertag. XIII. schlesischer . . . 854
Balneologen-Congress . . . 192
Balneologisches . . . 221. 240
Berlin. Erweiterungsbau des städtischen Krankenhauses im Friedrichshain . . . 64
Berliner ärztliche Bezirksvereine. Ehrenrath derselben . . . 45
— — — Mitglieder des Central-Ausschusses derselben . . . 96
Braumüller, W. † . . . 518
Bidder, F. H. Dessen 50jähriges Doctorjubiläum . . . 570
Bodinus † . . . 790
Bruntzel, Dr. in Posen. † . . . 740
Cohen, Dr. Ed. in Hamburg † . . . 822
Congress für innere Medicin. Der III. in Berlin . . . 112. 240
Congress polnischer Aerzte und Naturforscher . . . 400
Diphtherie. Anzeigepflicht . . . 660
Dumas, J. B. † . . . 288
Edinburgh. 300jähriges Stiftungsfest der Universität . . . 272
Elektrisches Bad. Dasselbe in der Wasserheilanstalt in Berlin . . 830
Fauvel † . . . 774
Ferienkurse. Stundenübersicht der Berliner . . . 45
Frerichs. Zur Feier des 25jährigen Jubiläums desselben . . . 31
— Geadelt . . . 160
Haeser, H. Dessen 50jähriges Doctorjubiläum . . . 570
Heidenhain. 25jähriges Jubiläum . . . 221
Hufelandstiftung. 53. Jahresbericht derselben . . . 272
Hygienische Lehrkanzeln. Errichtung solcher in Prag und Graz . . . 256
Internationaler hygienischer Congress im Haag . . . 336
Internationaler medicinischer Congress. Virchow's Vortrag über Metaplasie daselbst . . . 572
Internationaler otologischer Congress in Basel . . . 112. 543
Koch, Rob. Dessen Rückkehr nach Berlin . . . 249. 282
— Dessen Berufung nach Leipzig . . . 624
Köstlin, O. † . . . 608
Lessing, Geh. San.-R. in Berlin † . . . 822
Ludwig, Ferdinand. Ehrenpromotion desselben . . . 64
Medicinalpersonen. Uebereinkunft zwischen dem Deutschen Reiche und der Schweiz bezüglich derselben . . . 128
Medicinisch-chirurgisches Friedrich-Wilhelms-Institut. 90jähriges Stiftungsfest 515
Medicinische Facultäten.
Berlin 16. 31. 192. 256. 368. 400. 518. 544. 560. 592. 660. 676. 724. 740. 756. 790

Seite

Medicinische Facultäten.
Bern . . . 518. 660. 740. 774
Bonn . . . 256. 368. 518
Breslau . . . 192. 272. 368. 418. 518. 560. 708. 740
Budapest . . . 192. 724. 790
Czernowicz . . . 384
Edinburgh . . . 240. 304
Freiburg . . . 192. 256. 560
Glasgow . . . 240
Graz . . . 790
Greifswald . . . 112. 740
Halle . . . 304. 400. 740
Heidelberg . . . 450
Innsbruck . . . 176
Jena . . . 384. 400. 498. 740. 822
Kiel . . . 400. 518
Kiew . . . 450. 518
Königsberg . . . 418. 498. 608. 790
Leipzig . . . 175. 418. 592. 608. 676. 806
Marburg . . . 560
München . . . 256. 272. 336. 450. 518
Paris . . . 31. 560. 642
Prag 16. 31. 45. 64. 96. 175. 192. 224. 336. 384. 418. 434. 466. 518. 676. 740. 806
Tübingen . . . 482. 518. 740. 790
Upsala . . . 560
Wien 16. 96. 128. 175. 192. 256. 272. 288. 368. 384. 434. 450. 498. 518. 544. 592. 608. 660. 676. 790. 822
Würzburg . . . 128. 518
Zürich . . . 16. 774
Nasse-Stiftung . . . 608
Neurologen. IX. Wanderversammlung der südwestdeutschen . . . 368
Otologischer Congress. Der III. internationale in Basel . . . 112. 543
Pauly, Sanitätsrath in Posen. † . . . 560
Rechtsschutzverein. Der Berliner . . . 239
Reichs-Impfgesetz. Sachverständigen-Commission . . . 740. 756
Reimer, Georg. Bei seinem Rücktritt . . . 254
Rothes Kreuz. Stiftung der Kaiserin . . . 624
Sachse, Bez.-Phys. in Berlin † . . . 549
Schweden. Kleinere medicinische Mittheilungen . . . 416
Schweizer Universitäten. Zur Gleichstellung derselben mit den deutschen . . . 692
Schweninger und die Berliner medicinische Facultät . . . 756
Stromeyer, L. Enthüllung seines Denkmals . . . 676
Schulhygiene. Conferenz für dieselbe in London . . . 498
Universitäten. Die Zahl der Studirenden an den Deutschen, im W.-S. 1883/1884 . . . 79
— Die Zahl der Studirenden an den Deutschen im S.-S. 1884 . . 560
Verschiedenes. Seite 16. 31. 45. 64. 80. 96. 112. 128. 144. 160. 176. 192. 208. 224. 240. 256. 288. 304. 320. 336. 352. 368. 384. 400. 418. 434. 466. 482. 498. 518. 544. 560. 592. 608. 642. 660. 676. 692. 708. 740. 656. 774. 790. 806. 822. 838. 854
Wasserfuhr's Dienstentlassung . . . 512
Weber, Ministerialrath in Darmstadt. Ernennung zum Präsidenten des Finanzministeriums . . . 570
Wilson, Erasmus. † . . . 544
Würtz, A. † . . . 336

VIII. Literatur.

Seite 32. 96. 160. 176. 208. 224. 304. 352. 450. 544. 592. 608. 708. 838. 854.

IX. Personalien.

Seite 16. 32. 46. 64. 80. 96. 112. 128. 144. 160. 176. 192. 208. 224. 240. 256. 272. 288. 304. 320. 336. 352. 368. 384. 400. 418. 434. 450. 466. 482. 498. 518. 544 560. 576. 592. 608. 624. 642. 660. 676. 692. 708. 724. 740. 756. 774. 790. 806. 822. 838. 854.

X. Correspondenz und Sprechsaal. Berichtigungen.

Seite 16. 32. 46. 174. 272. 320. 368. 400. 466. 497. 515. 568. 576. 642. 660. 676. 692. 740. 756. 806. 854.

Personal-Register.

1. Aus I. u. II.

Leitartikel zur Orientirung auf dem Gebiete der Medicin und des öffentlichen Sanitätswesens. Originalartikel medicinischen Inhaltes.

Verzeichniss der Autoren.

Seite

Ahlfeld, F., Prof. Dr., in Marburg . . . 33. 114. 193
Arnsztein, M., Dr. in Lublin 245. 264
Aronsohn, E., Cand. med. in Berlin . . . 743 823
Auerbach, B., Dr. in Köln . 709
Aufrecht, Dr., Dir. d. städt. Krankenh. in Magdeburg . 677
Becker, Dr., Stabsarzt in Gohlis-Leipzig . . . 35
Behrend, G., Dr., Priv.-Doc. in Berlin . . . 385. 386
Behring, Dr., Assist.-A. in Winzig . . . 68
Blumenfeld, A., Dr. in Berlin . 816
Boerner, P., 7. 9. 10. 23. 37. 91. 97 104. 105. 119. 124. 135. 142. 143. 149. 257. 279. 296. 311. 318. 333. 344. 417. 425. 449. 458. 450. 463. 478.

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Seite
492. 496. 512. 538. 541. 549. 557. 573. 584. 585. 591. 605. 614. 623. 640. 649. 650. 658. 673. 690. 724. 735. 738. 755. 770. 773. 790. 803. 805.
Bollinger, Prof. Dr. in München 180
Bresgen, M., Dr. in Frankfurt a. M. 133. 474. 601
Bruntzel, R., Dr. in Posen (†) 228
Buch, M., Dr., in Helsingfors 143
Budge, Geh. Med. R., Prof., Dr. in Greifswald 161
Busch, Prof. Dr. Dir. d. zahnärztl. Inst. d. Univ. Berlin 839
Caspary, J., Prof. Dr. in Königsberg i. Pr. 194
Chalybäus, Dr. in Dresden 223. 237
Coesfeld, Dr. in Barmen 149. 404. 405
Cohn, H., Prof. Dr. in Breslau 609. 713
v. Corval, Dr., in Schöneck 308. 325
Curschmann, H., Dr. 564
Dornblüth, Fr., Dr. in Rostock 455
Dornblüth, O., Dr. in Rostock 535
Eger, Dr. in Breslau 131
Ehrlich, P. Prof. Dr., I. Ass. der I. med. Klinik in Berlin 419
Eichhoff, Dr. in Elberfeld 52. 760
Emmerich, Dr., Priv.-Doc. in München 181. 282. 614
Eulenburg, A., Prof. Dr. in Berlin 113
Facilides, W., Dr. in Reichenbach 828
Feilchenfeld, Dr. in Berlin 403
Finkler, Prof. Dr. in Bonn 81. 579. 632
Flügge, C., Prof. Dr. in Göttingen 741
Fraenkel, A. Prof. Dr., I. Ass. a. d. II. med. Klinik i. Berlin 212
Fraenkel, B., Prof. Dr. in Berlin 584
Fraenkel, E., Dr. in Hamburg 274
Frank, E., Dr., Ass. a. Hygien. Inst. d. Univ. Budapest 309
Garnerus, H., Dr. in Schwarzenberg i. S. 697
Geier, A., Cand. med. in Heidelberg 728
Gielen, Dr. in Mainz 150
Gmelin, R., Dr. in Tübingen 693. 711. 731. 746
Görtz, Jul., Dr. in Mainz 401
Grützner, Prof. Dr. in Tübingen 471
Guttmann, P., Dr., Sanitätsrath 209. 229. 485
Guttmann, S., Dr. in Berlin 291. 781
Hack, W., Prof. Dr. in Freiburg 435. 568
Hahn, E., Dr. in Berlin 73
Hartmann, A., Dr., Priv.-Doc. in Berlin 617
Hay, M., Dr. in Aberdeen 441
Hegar, A., Prof. Dr. in Freiburg 582
Hesse, W., Dr., Bez.-Arzt in Schwarzenberg 17. 825
Heusinger, A., Dr. in Raguhn 148. 549
Heusner, L., Dr., Ob.-Arzt a. städt. Krankenh. in Barmen 794
Hildebrandt, Dr. in Halle a. S. 85
Horstmann, C., Dr., Priv.-Doc. in Berlin 54. 791
Hueppe, F., Dr. in Wiesbaden 643. 777. 796. 811
Jacoby, A., Dr. in Magdeburg 665
Jastrowitz, M., Dr. in Berlin 487. 508
Jurasz, A., Prof. Dr. in Heidelberg 625. 810
Karsten, H., Prof. Dr. in Berlin 264
Kast, A., Dr., I. Ass. d. med. Klin. in Freiburg 840
Kirchner, Dr., Priv.-Doc. in Würzburg 65
Kirn, Prof. Dr. in Freiburg 545
Koch, Rob., Dr. Gh.-Rath in Berlin 725
Köbner, Prof. Dr. in Berlin 757
Koeniger, Dr. in Lippspringe 184. 197
Kollmann, O., Dr. in Würzburg 53. 84
Kronecker, H., Prof. Dr. in Bern 507
Kümmell, H., Dr. in Hamburg 561
Küpper, Dr. 828
Kuessner, B., Prof. Dr. in Halle a. S. 101. 117. 792
Kurz, A., Dr. in Venedig 605. 623. 641. 659. 661. 690. 724. 738. 755. 820. 837.
Kuschbert, Dr. in Salzbrunn 321. 341
Laache, S., Dr. in Christiania 695
Lachmann, B., Dr., in Frankfurt a. M. 196
Landau, L., Dr., Priv.-Doc. in Berlin 263. 276
Landois, Prof. Dr. in Greifswald 440
Lehmann, L., Dr., Sanitätsrath in Oeynhausen 326
Leichtenstern, O., Prof. Dr. in Köln 305
Leisrink, H., Dr. in Hamburg 546
v. Lesser, L., Dr. Priv.-Doc. in Leipzig 306
Leyden, E., Prof. Dr., Geh. Med.-Rath in Berlin 258
v. Liebig, G., Dr. in Reichenhall 289
v. Liebig, H. 628. 647
Lindner, H., Dr., dirig. A. d. Diacon.-Stiftes Betlehem in Ludwigslust 230
Lissner, Dr., San.-Rath in Kosten 110. 127
Löwenfeld, L., Dr. in München 49. 70
Lorenz, Dr., Ass.-A. in Militsch 733
Magnus, Prof. Dr. in Königsberg i. Pr. 844
Mandowski, Dr. in Badenweiler 324
Marchand, Prof. Dr. in Marburg 577. 596. 682
May, F., Dr., Ass. a. Bürgerhosp. in Köln 369. 387. 405
Mayer, G., Dr., Geh. San.-Rath in Aachen 469
Meissen, Dr., II. A. d. Heilanst. Falkenstein i. T. 827
Mendel, E., Prof. Dr., Priv.-Doc. in Berlin 241
Middeldorpf, K., Dr., Ass.-A. d. chir. Klinik in Freiburg i. B. 225. 244
Mikulicz, J., Prof. Dr. in Krakau 33
Miller, W., Dr. in Berlin 781
v. Mosetig-Moorhof, Prof. Dr. in Wien 599
Mosler, Prof. Dr. in Greifswald 337
Nauwerck, C., Dr. Ass a. pathol. Inst. d. Univ. Tübingen 145. 166
Neisser, A., Prof. Dr. in Breslau 3. 22. 467
Neubauer, Dr. in Finkenwärder 646
Neumann, Dr. in Karlsruhe 381. 697
Nicolaier, Cand. med. in Göttingen 842
Partsch, Dr., I. Ass. a. d. Königl. chirurg. Klinik in Breslau 97
Pedell, Stabsarzt, Dr., Ass. a. d. II. med. Klinik in Berlin 129
Peiper, E., Dr. in Greifswald 20. 269
Petersen, F., Prof. Dr. in Kiel 196
Pick, R., Dr. in Coblenz 277
Pott, R., Prof. Dr. in Halle 451. 468
Prior, Dr. in Bonn 81. 579
Pütz, H., Prof. Dr. in Halle a. S. 78. 94
Quincke, H., Prof. Dr. in Kiel 273
Racine, Dr., Kr.-W.-A. in Caternberg 147
Rank, C., Dr., Ass. d. med. Abth. d. Katharinenhosp. in Stuttgart 373
Reimer, H., Dr. Med.-R. in Dresden 292
Remak, E., Dr., Priv.-Doc. in Berlin 758
Ribbert, H., Prof. Dr. in Bonn 533. 682
Rohden, L., Dr. in Arco 215
Rosenbach, Prof. Dr. in Göttingen 631
Rosenbach, O., Dr., Priv.-Doc. in Breslau 35. 338. 489
Rosenzweig, Dr., Stabsarzt in Schweidnitz 568
Rumpf, Th., Dr., Priv.-Doc. in Bonn 232
Sachs, J. Cand. med. in Berlin 823
Schadewaldt, Dr. in Berlin 779
Schaeffer, M., Dr. in Bremen 357. 376
Schatz, Prof. Dr. in Rostock 1. 775
Scheinmann, J., Dr. in Wiesbaden 644. 662
Schlegtendal, Dr. 666
Schmidt, Moritz, Dr. in Frankfurt a. M. 115
Schondorff, Dr., Stabsarzt in Greifswald 182
Schulz, Hugo, Prof. Dr. in Greifswald 5. 453
Schuster, Dr. in Aachen 278
Schwabach, Dr. in Berlin 163
Schwarz, E., Dr., Ass.-A. a. d. med. Klinik in Zürich 807
Seeligmüller, Prof. Dr. in Halle 679. 682
Simon, H., Dr., Ass. d. med. Abth. d. Bürgerhosp. in Köln 355. 374. 391
Skrzeczka, Prof. Dr., Geh. Med.-Rath in Berlin 28. 43. 61
Strümpell, A., Prof. Dr. in Leipzig 714
Thieme, Karl, Dr. in Mentone 359. 836
Tuczek, Fr., Dr., Priv.-Doc. in Marburg 797
Voltolini, Prof. Dr. in Breslau 17. 369. 483
Waldeyer, Prof. Dr., Geh. Med.-Rath in Berlin 211. 593. 611
Wolff, Jul., Ass. a. Allerh.-Hosp. in Breslau 627
Wolffberg, S., Dr., Priv.-Doc. in Bonn 490
Wunderlich, Dr. in Schöneck 308. 325
Ziehl, F., Dr., Ass. a. d. med. Klinik in Heidelberg 422. 438

2. Aus III. (Vereinschronik.)

Verzeichniss der Vortragenden.

Seite
Abadie, Paris 723
Ackermann, Halle 702
Adamkiewicz, Krakau 555. 575
Albrecht, Brüssel 362. 670
Altmann, Berlin 445
Aly, Hamburg 331. 349
Apostoli, Paris 704
Aronsohn, Berlin 818
Auerbach, Köln 834
Aufrecht, Magdeburg 703
Baginsky, A., Berlin 399. 444. 655
Baginsky, B., Berlin 752. 785
Ball, Paris 574
Bar, Paris 704
Baraduc 575
Battlehner, Carlsruhe 702
Baumgaertner, Baden 301. 688
Becker, Berlin 10. 37
Beetz, München 108
Behrend, G., Berlin 136. 363. 752. 784
Benda, Berlin 154
Berger, Breslau 787
v. Bergmann, Berlin 477. 734. 736
Bernhardt, Berlin 40
Bernstein, Halle 669
Berthold, Königsberg 670. 687
Bertram, Berlin 655
Bidder, A., Berlin 40. 317. 752
Bjerrum, Kopenhagen 705. 722
Böcker, Berlin 444. 687. 750
Bollinger, München 109. 180. 235
Bosworth, New-York 621
Boucheron, Paris 723
Brauns, Halle 639
Bresgen, Frankfurt a. M. 621
Bruns, Tübingen 301
Bryant, London 639
Budge, Greifswald 555
Busch, Berlin 298. 379
Chibret, Clermont 723
Chievitz, Kopenhagen 555
Classen, Hamburg 702
Cohen, G., Hamburg 12. 635
Cordes, Genf 704
Cordua, Hamburg 651
Cramer, Wiesbaden 269
Credé, Dresden 346
Croner, Berlin 138
Curschmann, Hamburg 330. 350. 564. 573. 618
Czerny, Heidelberg 477
Davidson, Aberdeen 477
Denker, Hamburg 554
Dörfler, Weissenburg 619
Dürr, Hannover 736
Dutrieux, Alexandria 737
v. Ebner, Graz 555
Ebstein, Göttingen 648
Edlefsen, Kiel 329
Eisenlohr, Hamburg 330. 554. 851
Emmerich, München 181. 236. 813
Engelsted, Kopenhagen 737
Engelmann, St. Louis 703
Esmarch, Kiel 639. 654
Eulenburg, A., Berlin 555. 575. 799
Eustache, Lille 589
Ewald, Berlin 299. 701
Falk, Berlin 173
Fehling, Stuttgart 688. 702
Fielitz, Querfurt 705
Finkler, Bonn 299. 632. 657
Fleck, Magdeburg 702
Flemming, Kiel 555
Flesch, Bern 669
Flügge, Göttingen 637
Fraenkel, A., Berlin 212. 268. 750
Fraenkel, B., Berlin 172. 204. 398. 701
Fraenkel, Breslau 622. 683
Fraenkel, Hamburg 12. 586. 618. 686. 720
Frank, Charlottenburg 287
Fritsch, Berlin 346. 354
Frommel, München 108
Frobenius, München 801
Gayet, Lyon 723
Gläser, Hamburg 573
Gluck, Berlin 56. 57. 719. 786. 848
Gnauck, Berlin 347
Görtz, Hamburg 587
Goldstücker, Hamburg 331
Goltz, Strassburg 328
Gordon, Portland 704
Graefe, Halle 736
Grashey, Würzburg 787
Grawitz, Berlin 345. 719
Grohé, Greifswald 767
Grut, Kopenhagen 723
Gueterbock, P., Berlin 74. 399. 459
Gull, London 566

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Guttmann, P., Berlin 209. 219. 475. 484
Haberern, Budapest 476
Hack, Freiburg 670
v. Hacker, Wien 346
Hagedorn, Magdeburg 736. 753. 767. 768
Hahn, Berlin 398. 414
Halbertsma, Utrecht 603
Harrison, Liverpool 640
Hasse, Königslutter 786
Hegar, Freiburg 704
Heimberg, Christiania 555
Hennig, Leipzig 688
Henoch, Berlin 719
Hensen, Kiel 555
Hering, Warschau 621
Herschel, Hamburg 13
Herz, Hamburg 365. 618
Heusner, Barmen 753. 768
Heymann, Stockholm 753
Hirschberg, Berlin 459. 460
His, Leipzig 555
Hitzig, Halle 786
Holbech, Kopenhagen 723
Homén, Helsingfors 575
Hopmann, Cöln 687
Horstmann, Berlin 791. 816
Horwitz, Kopenhagen 589
Hueppe, Wiesbaden 703
Ingerslew, Kopenhagen 704
Israel, J., Berlin 204. 219
Israel, O., Berlin 154. 298
Jacoby, A., Magdeburg 670. 687
Jacusiel, Berlin 399. 763
Jaffe, Hamburg 349
Jahn, Merzig 787
Jastrowitz, Berlin 414. 847
Jürgens, Berlin 703
Jürgensen, Tübingen 268
Kahlbaum, Görlitz 787
Kalischer, A., Berlin 108
Karewski, Berlin 204. 785 848
Kempner, Berlin 86
Kirchhoff, Halle 639
Kjellberg, Upsala 574
Klaatsch, Berlin 412
Knowsley-Thornton, London 654. 704
Koeberlé, Strassburg 590. 705
Köbner, Berlin 76. 431
Kölliker, Würzburg 555
König, Göttingen 268
Krause, Berlin 140. 346. 622
Kronecker, Berlin 364. 475. 507
Kroner, Breslau 702
Krüger, Hamburg 573
Krukenberg, Bonn 688
Kühne, Wiesbaden 329
Kümmell, Hamburg 27

Seite

Küster, E., Berlin 123. 219. 283. 329. 768. 785
Küstner, Jena 702
Landau, Berlin 187. 298. 413
v. Langenbeck, Wiesbaden 235
Lassar, Berlin 298. 717. 832
Lauenstein, Hamburg 573 640. 651
Lazarewitsch, Charkow 704
Lehnerdt, Berlin 831
Leichtenstern, Köln 27. 766. 834. 835. 849
Leisrink, Hamburg 365. 379. 768
Lesenberg, Rostock 619
Lesser, Berlin 187
v. Lesser, Leipzig 300
Leube, Erlangen 299
Levison, Kopenhagen 753
Lewinski, Berlin 848
Leyden, Berlin 258. 315. 395
Libbrecht, Gent 722
v. Liebermeister, Tübingen 602
Liman, Berlin 76
Lindenheim, Berlin 108
Linroth, Stockholm 753
Litthauer, Schrimm 737. 754
Löbker, Greifswald 461
Löffler, Berlin 299
Lubrecht, Hamburg 12
Mac-Ewen, Glasgow 640
Madelung, Rostock 476
Malling-Hansen, Kopenhagen 754
Martin, Berlin 602. 688
Martineau, Paris 704
Mendel, Berlin 235. 3511 833.
Mendelsohn, Berlin 443
Ménière, Paris 590
Merkel, Königsberg 555
Meyer, E., Paris 723
Meyer, Mor., Berlin 41
v. Meyer, Zürich 555
Michael, Hamburg 365
Michel, Würzburg 723
Miculicz, Krakau 301. 476. 590. 768
Miller, Berlin 395
Mittenzweig, Duisburg 657. 671. 689
Moore, Rochester 655
v. Mosetig-Moorhof, Wien 599 654. 688
Mosler, Greifswald 460
Müller, Bern 589
Neelsen, Rostock 268
Neuber, Kiel 363
Neuss, Köln 57
Noyes, New-York 723
Obersteiner, Wien 555
Ole Bull, Christiania 705
Ollier, Lyon 640. 653
Olshausen, Halle 688

Seite

Oppenheim, Berlin 189. 832
Otto, Dalldorf 414
Paetz, Alt-Scherbitz 574. 603
Panum, Kopenhagen 585
Partsch, Breslau 414. 476
Pasteur, Paris 550
Pedell, Berlin 120. 171
Peiper, Greifswald 141. 767
Pernice, Greifswald 141. 315 850
Petersen, Kiel 753
Pfeiffer, Weimar 283. 619
Pohl-Pincus, Berlin 107
v. d. Porten, Hamburg 652
Posner, Berlin 170. 172
Pozzi, Paris 555
v. Preuschen, Greifswald 767
Prochownik, Hamburg 350. 651. 688
Rapmund, Nienburg 657
Rauber, Leipzig 670
Recknagel, Kaiserslautern 670
Redact, Paris 722
Reinhardt, Hamburg 764 765
Retzius, Stockholm 555
Remak, Berlin 750 755
Ribbert, Bonn 703
Richter, Berlin 460
Richter, Dalldorf 189
Richter, Pankow 834
Riegel, Giessen 329
Rindfleisch, Würzburg 703
Rinne, Greifswald 313
Rohmell, Kopenhagen 574
Roose, Hamburg 635
Rosenbach, Göttingen 630. 638
Rosenbach, P., St. Petersburg 475
Rosenberger, Würzburg 753
Rosenthal, Berlin 187
Rosenthal, Erlangen 283
Rossbach, Jena 299. 329
Rothmann, Berlin 750
Rydygier, Kulm 478
Saenger, Leipzig 688. 704
Sachs, Berlin 818
Sakaky, Berlin 60. 833
Samelsohn, Cöln 705
Sattler, Erlangen 723
Schatz, Rostock 702
Schede, Hamburg 331. 365. 476. 586. 587. 720
Scherk, Berlin 331
Schirmer, Greifswald 850
Schmidt, Köln 836
Schmidt-Rimpler, Marburg 721
Schnitzler, Wien 621
Schöler, Berlin 431
Schondorff, Greifswald 141. 315
Schreiber, Königsberg 329
Schreiber, Magdeburg 737
Schroen, Neapel 703

Seite

Schüller, Berlin 300
Schultze, Heidelberg 316
Schulz, H., Greifswald 141. 850
Schumacher II., Aachen 329
Schuster, Aachen 278
Schwalbe, Magdeburg 703
Schwartz, Cöln 638
Schwartze, Halle 687. 688
Schwechten, Berlin 801
Seggel, München 722
Semon, London 622
Senator, Berlin 785. 848
Siegmund, Berlin 123
Simmonds, Hamburg 365. 554. 720
Simpson, Edinburgh 590
Skrzeczka, Berlin 157
Sonnenburg, Berlin 56. 363. 459
Spee, Kiel 670
Stadtfeldt, Kopenhagen 703
Stadthagen, Berlin 202
Stahl, Berlin 299
Steenberg, Kopenhagen 555
Stein, Frankfurt a. M. 765
Stieda, Dorpat 555
Stiemel, Leipzig 688
Strassmann, Fr., Berlin 201
Strümpell, Leipzig 714. 721
Studsgaard, Kopenhagen 654
Thomsen, Berlin 833
v. Tienhoven, Haag 737
Tommasi-Crudeli, Rom 550. 584
Trautmann, Berlin 687
Uhthoff, Berlin 60. 331
Unna, Hamburg 12. 635
Veit, J., Berlin 154
Verneuil, Paris 585
Virchow, Berlin 57. 399. 431. 460. 566. 734
Wagner, Königshütte 317
Waitz, Hamburg 554
Waldeyer, Berlin 140. 211. 313. 669
Wallichs, Altona 619
Wanscher, Kopenhagen 655
Weber, London 299
Weigert, Leipzig 555
Werth, Kiel 704
Westphal, Berlin 60. 475
Whitson, Glasgow 654
Wiedow, Freiburg 590
Wilbrandt, Hamburg 736
v. Winiwarter, Lüttich 477
Wolf, R., Hamburg 349
Wolff, Jul., Berlin 40. 283. 363. 800
Wolffberg, Erlangen 705
Worms, Berlin 92
Zabludowsky, Berlin 300. 655
Zadek, Berlin 105
Zahn, Genf 703
Zuelzer, Berlin 329
Zuntz, Berlin 717

3. Aus IV. (Referate und Kritiken.)

A. Verzeichniss der Autoren.

Seite

Ackermann 344
Ahlfeld 24
Albert 56
v. Aarep 536
Arloing 187
Bardeleben 829
Bidder, A. 571
Bidder, E. 571
Bircher 457
Blau 86
Boerner 586
Bouchardat 411
Brefeld 360
Bresgen 293
Brieger 512
Braun 344
Bürkner 410
Burkart 685
Chaym 429
Cohn 37
Cornevin 187
Cubasch 428
Demme 361
Deutschmann 104
Dieulafoy 267
Dirckinck-Holmfeld 152
Duclaux 441

Seite

Ebstein 426
Edinger 35
Ehrlich 512
Eichhorst 511
Ellenberger 601. 700
Elsner 295
van Ermengem 749
Ewald 511
Eyselein 429
Filatow 553
Fischer 168. 233. 285
Gaffky 168. 186. 215
Gangolphe 492
Goedicke 494
Gram 234
Gretschichin 553
Gueterbock 417
Guttmann 328
Hack 493
Haeser 267
Harnack 685
Hartmann 798
Heiberg 551
Hertzka 537
Heubner 85
Hirsch, A. 572
Hirsch, B 474

Seite

Hoffmann, A. 511
Hoffmann, G. 442
Hueppe 233
Huet 327
Hueter 118
Jacobson 378. 601
Jacoby 511
v. Jaksch 822
Kaatzer 327
Königstein 37
Kosmin 553
Koch 151. 186
Kraepelin 429
Krause 762
Krönig 512
Kühner 493
Küstner 829
Kuhnt 284
Lauenstein 345
Liebermann 270
Litten 511
Litzmann 571
Löffler 184. 216
Lorenz 294
Lüning 428
Lustgarten 803
Malassez 8

Seite

Mannkopf 511
Mendelssohn 169
v. Mering 512
Metschnikoff 699
Michaelis 285
Monti 393
Morell-Mackenzie 830
Mosler 428. 602
Neisser 152
Neuber 457
Nocard 409
Ott 510
Otto 410
Pel 311
v. Pettenkofer 216
Pfuhl 512
Poehl 536
Poels 217
Prazmowski 761
Proskauer 233
Pütz 344
Quinby 846
Quincke 511
Quist 570
v. Recklinghausen 536
Reibmayr 535
Richter 295

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Seite
Riess 511
Rodet 699
Rothe 443
Roux 409
Rühle 511
Salomon 511
Salomonsen 152
Sassetzky 552
Sayre 377
Schech 169. 378
Scheff 617
Schill 168
Schmaltz 457
Schreiber 200
Schröder 667
Schüller 200
Schütz 186
Schwabach 249
Sperling 200
Stange 572
Stein 153. 286
Stintzing 327
Straub 474
Strauss 409
Strümpell 361. 846
Thomas 187
Thuillier 409
Tomaschewsky 572
Trinitatzki 553
v. Tröltsch 295
Troitzky 553
Urbantschitsch 684
Vignal 8
Vogt 234
Voigt 218
Volbehr 4
Volkmann 8
Watson-Cheyne 5
Weichselbaum 199. 21
Wernicke 20
Wilbrand 34
Würzburg 16
Zenner 51
Ziegler 34
v. Ziemssen 134. 7
Zuelzer 2

B. Verzeichniss der Referenten.

Seite
Baginsky 393
Becker 152. 217. 234
Beely 200. 294. 377. 535. 551
Bidder 56. 200. 234. 457. 492
Boerner 135. 187. 199. 216. 218. 409 417. 586. 601. 700. 803. 822
Bresgen 169. 378. 493. 830
Buch (Helsingfors) 536. 552. 553. 572
Cahnheim 267
Egger 270
Eichhoff 134. 798
Eickholt 493
Eulenburg, A. 153. 286. 410. 510. 511
Freund (Breslau) 699
Gaffky 441. 570. 749. 761
Guttmann, S. 24. 537. 571. 667. 830
Hauptmann 36. 285. 378. 410. 798 601
Hesse 345. 442
Hiller 327
Horstmann 37. 104. 284. 345
Kaatzer 428
Kolaczek 55. 118
Küssner 361. 846
Langgaard 195. 474
Lesser 474
Marchand 8
Pauly (Berlin) 411
Pauly (Posen) 200. 295. 428. 429 494
Peiper 602
Petermann (Frankfurt a./M.) 617. 669
Petersen 334
Rabow 86. 285. 327. 552. 569. 572 685
Ribbert 151. 168. 186. 215. 233. 344 536
Rosenbach 35. 169. 511. 512. 667
Ruge, C. 829
Rumpf 201
Salomon 267
Schaeffer (Bremen) 293
Schill 428. 494. 512
Schuchardt 846
Schüller 426
Schumacher II. 311. 327
Seeligmüller 429. 685
Silbermann 361. 443
Strübing 285
Strümpell 218
Tornwaldt 85
Truckenbrod 684
Villaret 699
Waldeyer 829
Wernich 344. 360
Zucker 249. 295. 457

4. Aus V. (Journal-Revue.)

A. Verzeichniss der Autoren.

Seite
Aubert 28
Alker 206
Auspitz 206
Bacon 466
Baer 220
Bamberger 237
Baum 42
Benda 559
Berger 190
Berlin 465
Bernhardt 415
Bezold 110
Biedermann 540
Bienstock 803
Blaschko 689
Bock 287
Bottey 157
Breitner 286
Brunner 61
Cahn 255
Cauquil 157
Dana 302
Dimmer 465
Düvelius 205
Dujardin-Beaumetz 126. 127. 270
Dyhrenfurth 433
Eisenlohr 558
Erb 141. 558
Eulenburg 432
Feinberg 237
Féré 302. 333 559
Ferguson 465
Ferrier 174
Filehne 773
Fischl 415
Foville 175
Fraenkel 42. 820
Gerhard 415
Gibier 190
Glaevecke 28
Godlee 156
de Gouvea 206
Grawitz 61
Grüning 142
Gruber 271
Hampeln 804
Hartmann 366
v. Hasner 465
Hering 126. 415
Hirt 432
Jackson 416
v. Jaksch 156. 804. 820. 853
Jelinek 804
Julliard 301
Karg 269. 270
Kassowitz 220
Kjellberg 416
Kleinwächter 205
Kochs 415
Köbner 60
Koerbl 42
Kostjurin 190
Kredel 773
Krafft-Ebing 540
Kroenlein 495
Lauenstein 302
Launois 540
Lazarus 237
Leber 206
Lesser 206
Leubuscher 707
Lewaschew 773. 803
Lewinski 60. 773
Leyden 416. 707
Liborius 61
Lichtheim 236
Lomer 432
Lublinski 416
Luchsinger 540
Maixner 853
Maragliano 853
Maurer 269
Merkel 380
Mermann 465
Michel 142
Mikulicz 205
Miles 287
Mosler 220
Mracek 42
Mügge 558
Müller 332
Neumann 604
Neusser 415
v. Noorden 287
Nothnagel 221
Obersteiner 156. 175
Ott 287
Pauly 690
Peiper 853
Pel 415
Petri 416
Pinter 853
Proebsting 190
Rabuteau 61
Rieder 449
Riegel 236
Riehl 367
Roosa 367
Rosenbach, O. 804
Rosenbach, P. 432
Rosenstein 286
Ross 174
Rossbach 220
Roth 156
Rumpf 16
Runeberg 380
Samelsohn 126. 142
Sasaki 689
Sattler 142
Schapiro 804
Schenkl 773
Schiff 540
Schimunski 237
Schmidt 302
Schön 142
Schüller 449
Schultze 255
Seifert 190
Seiler 220
Senator 236
Siemens 558
Sonnenburg 269
Steffan 126
Stokvis 333
Strümpell 558
Szumann 332
Taenzer 559
Toelg 415
Thoma 689
Thomayer 415
Thomsen 432
Trautwein 853
Truckenbrod 126
Tscherning 206
Unna 380
Urbantschitsch 332
Warfwinge 157. 558
Webber 302
Weber 287
Webster 351
Welander 495
Wesener 286
Wiedemann 270
Wutz 450
Zahn 450
Zaufal 789
v. Zeissl 690
v. Ziemssen 287
Zimmerlin 220

B. Verzeichniss der Referenten.

Seite
Appenrodt 42. 206
Becker 190. 287
Bidder 301
Boerner 773. 789. 804. 820
Buch (Helsingfors) 558
Buchwald 380
Eickholt 16. 540
Eulenburg 156. 287. 302
Freusberg 302. 332. 333
Grützner 540
Guttmann, S. 205. 432. 433. 465. 559. 820
Hauptmann 465. 466
Horstmann 126. 142. 206
v. Kaczorowski 126
Kolaczek 269. 270
Kron 141. 156. 237. 255. 432. 558. 559
Lehmann 271
Pauly (Berlin) 367. 380. 495. 604. 690
Pauly (Posen) 42. 287. 302. 332. 495
Rabow 28. 61. 126. 127. 157. 190. 270
Ribbert 60. 61. 286. 449. 450. 689
Rosenbach (Breslau) 220. 236. 415. 416. 707. 773. 803. 804. 853
Schuchardt (Bonn) 174. 175. 416
Schumacher II. 333
Silbermann 416 540
Zucker 61. 110. 205. 351. 366. 465

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 1.** 3. Januar 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner** in Berlin. W. Burggrafen Strasse 8.

Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin. S.W. Anhaltische Strasse 12.

I. Die Blennorrhoea neonatorum im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin.

Von

Professor **Schatz**-Rostock.

Die III. Veröffentlichung Credé's über seine prophylactische Behandlung der Augen Neugeborener gegen die Blennorrhoe (Archiv für Gynäkologie Bd. XXI. Heft 2) ist vom Reichskanzleramt im Separat-Abdruck an die deutschen Regierungen mit der Bemerkung übersendet worden, dass der Director des Kaiserlichen Gesundheitsamtes die Vorschläge des Herrn Dr. Credé als sehr beachtenswerth bezeichnet hat.

Daraufhin wurde von der mecklenburgischen Regierung die Medicinal-Commission zu Rostock zu einer berichtlichen Aeusserung aufgefordert, welche ich als Referent zu verfassen hatte. Ich that das gleich ziemlich ausführlich, weil bei der Wichtigkeit der in Frage stehenden Vorschläge in nicht ferner Zeit doch eine eingehendere Untersuchung nothwendig werden musste und gebe im Folgenden die Resultate meines Berichtes, soweit dieselben allgemeineres Interesse erwecken können.

Die Erfolge der Credé'schen Prophylaxe waren in der geburtshülflichen Klinik zu Rostock gleich gut wie in der Leipziger Klinik. Während in jener wie in dieser von 1870—1880 ohne Prophylaxis 12,5 Proc. der Neugeborenen an Blennorrhoe erkrankten, geschah dies 1881 und 1882 mit Prophylaxis nur selten und nur leicht. 1881—1882 wurden 4 ganz leichte Fälle beobachtet (4 Proc.), und das jedenfalls nur, weil mit der Methode verschieden experimentirt wurde. 1882—1883 wurde ein Fall stark befallen, bei welchem ein Assistent, „um den Hebammenschülerinnen den natürlichen Verlauf zu zeigen", ohne mein Wissen die Prophylaxis versäumt hatte. Ausserdem kamen 2 leichte einseitige Conjunctivitiden vor (eine nach starker Reizung des betr. Auges während der Geburt bei Gesichtslage) und 2 einseitige Blennorrhöen, die am 6. und 8. Tage nach der Entbindung auftraten und als nachträglich (nicht bei der Geburt) inficirte der Methode nicht zur Last gelegt werden können.

Bei der Prüfung der Methode hatte ich vorzüglich die Frage im Auge, ob dieselbe für die gewöhnliche Hebammenpraxis brauchbar oder event. brauchbar zu machen sei. Die Application eines Tropfens 2procentiger Arg. nitric.-Lösung ins Auge mit einem Glasstab schien mir für die gewöhnliche Hebammenpraxis anfangs nicht recht geeignet. Ein Tropfen an einem Glasstab wird schon leicht abgestreift beim Durchführen durch den Flaschenhals. Hat man ihn aber heraus gebracht, so ist er entweder so gross, dass er von selbst abfällt, und dann geschieht dies leicht, wann und wo man es nicht wünscht, oder er ist nicht so gross und dann fällt er nur ab bei Schütteln des Stabes über dem Auge oder bei Contact mit diesem. Beides wird man gern vermieden wissen, wenn man die Manipulation weniger sicheren Händen überlassen muss. Diese werden bei der Unruhe der Neugeborenen leicht noch unsicherer, und damit gewinnt die ganze Manipulation für den Laien den Anschein des Aengstlichen, so dass sie derselbe lieber vermieden wünscht oder gar verhindert.

Ich zog es deshalb zuerst vor zum Einträufeln eines „einzigen" Tropfens nicht einen Glasstab, sondern ein Tropfglas benutzen zu lassen, wie es gewöhnlich bei ausgebildeter Blennorrhoe zum Einträufeln von Arg. nitric.-Lösung benutzt wird. Man kann damit einen genau abgemessenen Tropfen nach Zeit und Ort sicher fallen lassen, ohne das Instrument in die für den Laien unbehagliche unmittelbare Nähe des Auges zu bringen. Aber gerade bei Anwendung des Tropfglases stellte sich eine unangenehm starke entzündliche Reaction der Augen ein, welche eine längere Application von Umschlägen räthlich machte. So starke Reaction würde die Prophylaxis in der gewöhnlichen Hebammenpraxis geradezu unmöglich machen. Mehrfache Experimente zeigten, dass die Ursache nur der „einzige" aber ganze Tropfen war. Der mit einem gewöhnlichen Glasstab applicirte Tropfen ist nämlich nur etwa ein halber. Auf 1 Ccm. gehen nur 20—25 (freie) Tropfglastropfen, aber 40—50 (Contact-) Glasstabtropfen, wenn der Glasstab etwa 4 mm. im Durchmesser hat. Ein halber Tropfen einer 2procentigen Arg. nitric.-Lösung ist für die Desinfection eines Auges völlig ausreichend und vermeidet andererseits die zu starke Reizung, welche ein ganzer Tropfen wohl deshalb verursacht, weil er durch die Thränenflüssigkeit nicht genügend neutralisirt werden kann.

Man kann nun allerdings auch Tropfgläser construiren, welche einen so kleinen Tropfen fallen lassen, dass er einem halben gewöhnlichen Tropfen oder einem Glasstabtropfen entspricht. Solche Tropfgläser müssen dann aber so spitz sein, dass sie schon um ihrer Zerbrechlichkeit willen, noch mehr aber deshalb für die Hebammenpraxis unanwendbar sind, weil ein so spitzes Instrument in den Händen der Hebammen und in nicht allzu grosser Entfernung vom Auge eines Kindes für das Publikum beängstigend wirkt. Ausserdem bietet solches Tropfglas wie jedes andere noch die Gefahr, dass die Hebamme bei nicht sehr grosser Geschicklichkeit ihrer Finger durch zu starkes Drücken am Gummischlauch des Tropfglases mehr als einen Tropfen ins Auge fallen lässt.

Das scheinbar nächstliegende Auskunftsmittel, um sowohl das zu spitze Tropfglas als den Glasstab zu vermeiden, welches darin bestände, statt eines halben Tropfens einer 2procentigen Arg. nitric.-Lösung lieber einen ganzen Tropfen oder mehr einer 1procentigen mit dem gewöhnlichen Tropfglas einzuträufeln, weil die 1procentige Lösung nicht zu stark reizt, ist leider nicht anwendbar, weil die 1procentige Lösung nicht genügend desinficirt. Hecker wenigstens erreichte damit im Münchener Gebärhaus nur sehr mangelhafte Erfolge.

So bleibt also eventuell doch nichts übrig als auch in der Hebammenpraxis beim Glasstab zu bleiben. Man wird ihm freilich für den Laien den Anschein der Gefährlichkeit in den Händen der Hebammen beim Contact mit dem Auge dadurch möglichst nehmen, dass man ihn so dick als möglich macht, ohne dass sein Contacttropfen dadurch wesentlich mehr als $^1/_2$ freien Tropfen beträgt. Auszählungsversuche ergeben, dass ein Glasstab von 4—5 mm. Durchmesser diesen Anforderungen entspricht. Er würde zweckmässig gleich als Fortsatz des eingeschliffenen Glasstöpsels anzubringen sein.

Die Frage, ob die prophylactische Behandlung der Augen der Neugeborenen gegen Blennorrhoe nach der Credé'schen Methode seitens des Staates und speciell auch in Mecklenburg anzuordnen sei, wird verschieden zu beantworten sein, je nach den verschiedenen Kreisen sanitätlichen Personals, auf welche sich die Anordnung beziehen soll.

Den frei practicirenden Aerzten die Prophylaxis überhaupt oder gar eine bestimmte Methode für dieselbe vorzuschreiben, ist der Staat gar nicht in der Lage. Die Wissenschaft geniesst mit Recht die volle Freiheit, die Mittel und Wege der Behandlung selbst zu bestimmen. Ja der Staat wird sogar nicht einmal Veranlassung haben, die Aerzte auf die Prophylaxis aufmerksam zu machen, da das durch die medicinische Literatur der Jetztzeit reichlicher und schneller besorgt wird.

Uebrigens wird eine entsprechende Thätigkeit der Aerzte gar nicht einmal allzuviel wirken. Die Entbindungen, bei welchen Aerzte zur Stelle sind, bilden nur einen verschwindend kleinen Theil aller Entbindungen und finden in Gesellschaftskreisen statt, bei welchen die Blennorrhoea neonatorum auch ohne Prophylaxis äusserst selten ist. Findet sie sich aber auch einmal, so ist dann wenigstens die Hülfe so schnell da, dass dauernde Schäden kaum je eintreten.

Anders liegt die Frage schon bei den staatlichen Anstalten. In diesen, welche zu einem grossen Theil von recht unsauberer Gesellschaft bevölkert werden, kommt die Blennorrhoe etwa 10mal häufiger vor

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als in der gewöhnlichen Praxis. In ihnen hat der Staat ausserdem nicht nur ein allgemeines Interesse, die Blennorrhoe wegen ihrer Folgen vermieden zu sehen, sondern auch ein direct pecuniäres, weil die Vermeidung der Blennorrhoe die zu gewährenden Verpflegungstage nicht unbeträchtlich vermindert. Trotzdem halte ich es auch für die öffentlichen Anstalten mindestens für überflüssig, dass der Staat eine bestimmte Prophylaxis anordnet. Denn er kann nicht allein zu den Anstaltsvorständen das Vertrauen hegen, dass diese aus Pflichtgefühl Prophylaxis anwenden werden, sondern die Vorstände werden dies schon aus eigenem Interesse thun, weil die ausgebrochene Blennorrhoe eine der unangenehmsten Plagen des Anstaltspersonals ist. Ich halte sogar die staatliche Anordnung einer bestimmten Methode der Prophylaxis nicht einmal für räthlich. Es ist nicht unmöglich, ja sogar sehr wahrscheinlich, dass bald ein noch bequemeres Mittel zur Desinfection der Augen gefunden wird, und solches Auffinden würde durch die Anordnung einer bestimmten Methode nur erschwert werden. Mindestens liegt für Mecklenburg gar kein Grund vor, eine bestimmte Prophylaxis staatlich anzuordnen, weil die einzige vorhandene betreffende Anstalt schon wegen ihrer Eigenschaft als Universitätsklinik die Garantie bietet, dass immer die zur Zeit besten Methoden angewendet werden.

Ganz anders liegt die Frage aber bezüglich der Hebammen. Diese sind wegen ihrer der Wichtigkeit ihres Berufes nicht entsprechenden Ausbildung bezüglich ihrer Functionen und ihrer Medicamente an ganz bestimmte Vorschriften des Staates gebunden. Solche müssen ihnen also gegeben werden und es fragt sich, ob die Prophylaxis der Blennorrhoea neonat. mit 2procentiger Arg. nitric.-Lösung auch zum Gegenstand einer Hebammenfunction gemacht werden soll. Bisher ist die Frage von verschiedenen ärztlichen Fachmännern und Corporationen wegen der Beschaffenheit der Hebammen verneinend beantwortet worden. Doch ist der Vorschlag Credé's, wie dieser selbst sagt, nicht von vornherein abzulehnen. Bliebe die Prophylaxis der Blennorrhoe auf die Praxis der Aerzte, also auf höchstens den zehnten Theil der Neugeborenen beschränkt, so würde sie nur einen geringen Theil des von ihr zu erhoffenden Segens erfüllen können. Sollen die traurigen Folgen der Blennorrhoe möglichst vermieden werden, so muss die Prophylaxis in die gewöhnliche Hebammenpraxis eingeführt werden, weil diese wenigstens 90 Proc. der Entbindungen und besonders auch diejenigen in den niederen Ständen umfasst, wo die Blennorrhoe am häufigsten auftritt. Bei sehr gut disciplinirten Hebammen liesse sich ein sehr grosser Segen von der Prophylaxis durch die Hebammen erwarten. Ja selbst bei weniger guten Hebammen könnte der Vortheil immer noch gross genug sein, um die Einführung räthlich zu machen, in dem Falle, dass der Schaden, welchen die Blennorrhoe bringt deutlich grösser wäre als derjenige, welchen die Ausführung der Prophylaxis durch Hebammen erzeugte.

In Mecklenburg werden die bestehenden Hebammenverhältnisse allerdings schon von vornherein Bedenken erregen, die Prophylaxis mit 2procentiger Argent. nitric.-Lösung einzuführen. Doch lässt sich die Frage auch nicht annähernd sicher übersehen, so lange man nicht den Schaden kennt, welchen die Blennorrhoe im Lande anrichtet. Ich hielt es daher für nöthig, über diesen Schaden statistische Erhebungen machen zu lassen.

Bisher liegen, trotz der neuesten Arbeiten von Haussmann (Die Bindehautaffection der Neugeborenen. Berlin 1882) und Magnus (Die Blindheit etc. Breslau 1883) über die durch die Blennorrhoea neonat. in der gewöhnlichen Praxis verursachten Schäden weder im Allgemeinen noch bezüglich Mecklenburgs genügend eingehende Daten vor. Die vorhandenen Statistiken beziehen sich fast ausschliesslich auf Entbindungsanstalten, Findelhäuser und Augenkliniken und geben Werthe, welche für die gewöhnliche Praxis viel zu hoch sind. Magnus findet unter 770 Blinden (meist Schlesier) 102 durch Blennorrhoea neonat. Erblindete d. i. 13,24 Proc. und bei einer grösseren Zusammenstellung unter 2528 Blinden 275 durch Blen. neot. Erblindete d. i. 10,87 Proc. Da in Deutschland auf 10000 Einwohner 8,79 Blinde überhaupt kommen, so entfällt nicht ganz 1 durch Blen. neon. Erblindeter auf 10000 Einwohner. In Mecklenburg ist das Verhältniss ziemlich das gleiche. Mecklenburg-Schwerin hat 7,95, Mecklenburg-Strelitz 8,03 Blinde auf 10000 Einwohner. Zehender (Die Blinden in den Grossherzogthümern Mecklenburg. Rostock 1871) fand unter 560732 Einwohnern 480 Blinde und unter diesen 9, welche durch Blennorrhoea neon. und 53, welche im „ersten Lebensjahr" erblindet waren. Offenbar sind von letzteren auch bei Weitem die meisten durch Blennorrhoea neon. erblindet. Somit würde auch in Mecklenburg etwa ein durch Blennorrhoea neon. Erblindeter auf 10000 Einwohner kommen. Zu einem ähnlichen Resultat führt die Zusammenstellung der Blinden, welche von 1864—1883 in der Blindenanstalt zu Neukloster aufgenommen worden sind. Herr Dr. Krückmann in Neukloster berichtet, dass sich unter den in diesen 20 Jahren aufgenommenen Blinden 25 durch Blennorrhoea neon. Erblindete und 8 „blind Geborene" befanden. Es ist kaum zweifelhaft, dass letztere so gut wie alle zu ersteren zu rechnen sind, weil das Publikum einen Unterschied nicht zu machen versteht. Danach würden in Mecklenburg jährlich 1,65 durch Blennorrhoea neon. Erblindete dem Staate zur Last fallen, d. i. fast 1 pro decimille der 18000 jährlich Geborenen. Diese Zahl ist zwar schon etwas höher als die der Statistiken von Magnus und von Zehender. Denn von den jährlich geborenen 18000 Kindern sterben schon im ersten Jahre bei Weitem mehr als 1500. Es bleiben also für später über 1 pro decimille übrig. Doch giebt auch diese Zahl offenbar immer noch nicht die volle Höhe der durch Blennorrhoe Erblindeten an. Zehender hat durch Zahlen bewiesen, dass die Sterblichkeit der Blinden eine höhere ist, als die ihrer Altersgenossen. Es sind also jedenfalls, bevor eine Zählung resp. Aufnahme statt hat, relativ mehr durch Blennorrhoea neonatorum Erblindete gestorben als Altersgenossen, und so muss sich also auch die Berechnung nach den Aufnahmen in der Blindenanstalt in Neukloster eine noch viel zu niedrige Zahl ergeben. — Diese enthält ausserdem nur die Schädigung der Bevölkerung durch volle Erblindung, nicht auch die übrigen Schädigungen durch halbseitige Erblindung, Sehschwäche etc.

Zur Gewinnung einer möglichst sicheren und vollständigen Statistik bezüglich der Blennorrhoea neonatorum in Mecklenburg-Schwerin beantragte ich eine Erhebung in der Weise, dass von allen Aerzten des Landes Zählkarten nach folgendem Schema eingefordert wurden.

1. Bei wie viel Neugeborenen haben Sie stärkere (aber nicht eitrige) Conjunctivitis gesehen? 1881 1882
2. Bei wie vielen (eitrige) Blennorrhoe? 1881 1882
3. Wie viele von 2. wurden zu spät in ärztliche Behandlung gebracht, um ganz geheilt zu werden? 1881 1882
4. Bei wie vielen waren beide Augen blennorrhoisch erkrankt? 1881 1882
5. Bei wie vielen Augen überhaupt wurden Corneageschwüre beobachtet? 1881 1882
6. Bei wie vielen Augen wurde die Sehkraft dauernd geschwächt? 1881 1882
7. Bei wie vielen Augen wurde die Sehkraft ganz oder fast ganz vernichtet? 1881 1882
8. Wie viele Kinder wurden durch doppelseitige Erkrankung blind? 1881 1882

Ort: Unterschrift:

Ich glaubte dabei mit Recht annehmen zu können, dass in Mecklenburg so gut wie jeder irgend deutliche Fall von Blennorrhoe irgend einem Arzte vorgeführt wird. Die mecklenburgischen Herren Collegen werden bestätigen, dass diese Annahme hier zulässig ist.

Von den ausgesandten 197 Zählkarten kamen 184 brauchbar zurück. Die fehlenden 13 müssen wir dadurch ergänzen, dass wir für sie $^{13}/_{184}$ oder $^{1}/_{14}$ derjenigen Zahlen berechnen, welche die eingegangenen 184 Zählkarten als Summen ergeben.

Darnach wurde beobachtet

	von 184 Aerzten.		von den 13 übrigen Aerzten.		von allen Aerzten.	
	1881	1882	1881	1882	1881	1882
Stärkere (nicht eitrige) Conjunctivitis	107	118	7,6	8,4	114,6	126,4
Blennorrhoe	58	83	4,1	6,0	62,1	89,0
Von diesen Blennorrhoen wurden zu spät in ärztliche Behandlung gebracht, um ganz geheilt zu werden	11	14	0,8	1,0	11,8	15,0
Die Blennorrhoe war beiderseitig	53	78	3,8	5,6	56,8	83,6
Corneageschwüre waren auf Augen	18	33	1,4	2,4	19,4	35,4
Die Sehkraft wurde dauernd geschwächt bei Augen .	6	15 .	0,5	1,1	6,5	16,1
Die Sehkraft ganz oder fast ganz vernichtet. . . .	5	11	0,4	0,8	5,4	11,8
Doppelseitige Blindheit trat ein in Fällen	2	3	0,15	0,2	2,15	3,2

Die Angaben für 1881 sind durchweg viel kleiner als diejenigen für 1882. Da eine andere Ursache für eine so auffällige Differenz beider Jahre nicht aufzufinden ist, so muss man annehmen, dass *bei 1881* nur die entlegenere Zeit einen guten Theil der Fälle dem Gedächtniss der Aerzte entschwinden liess. Ich werde für die weiteren Berechnungen nur die sicher richtigeren Zahlen von 1882 benützen. Die Zahl für die Conjunctivitis kann auch für 1882 auf Richtigkeit keinen Anspruch machen, weil eine Anzahl von Aerzten bei dieser Frage direct bemerkte „recht oft" oder „öfter". Uebrigens war diese Frage auch nur zu einer gewissen Controle gestellt, nicht um bei der Beurtheilung der Blennorrhoe direct berücksichtigt zu werden.

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

1882 wurden in Mecklenburg-Schwerin rund 18000 lebende Kinder geboren.

Es erkrankten also davon an Blennorrhoe	5,0	pro mille.
Wurden zu spät zum Arzt gebracht	0,8	„ „
Die Blennorrhoe war doppelseitig bei	4,6	„ „
Es trat doppelseitige Blindheit ein bei	0,17	„ „

Von den 172 blennorrhoisch erkrankten Augen zeigten

Corneageschwüre	35, d. i. 20	Proc.
wurde die Sehkraft dauernd geschwächt bei	16, d. i. 9	„
wurde die Sehkraft ganz oder fast vernichtet bei	12, d. i. 7	„

Der Schaden, welchen die Blennorrhoea neonatorum in Mecklenburg 1882 anrichtete, kann also etwa wie folgt ausgedrückt werden:

Von je 200 Neugeborenen erkrankte einer an Blennorrhoe. Von den (rund) 90 (von 18000 Neugeborenen) blennorrhoisch Erkrankten wurden

etwa 70 ohne dauernden Schaden geheilt,
aber 3 vollkommen blind,
6 einseitig blind und
etwa 10 einseitig oder doppelseitig schwachsichtig.

Ich schätze dabei, dass sich die 16 schwachsichtig gewordenen Augen auf etwa 10 Personen vertheilen.

Es ist wohl sicher, dass diese Zahlen hinter der Wahrheit etwas zurückbleiben; jedoch nach den hiesigen Verhältnissen ebenso sicher, dass die Differenz nicht gross sein kann. Keinesfalls aber ist der wahre Schaden doppelt so gross wie der gefundene.

Die Frage, ob ein solcher durch die Blennorrhoe verursachter Schaden es rechtfertigt anzuordnen, dass die Hebammen bei 18000 Neugeborenen eine 2procentige Arg. nitr.-Lösung in die Augen träufeln, ist leider nicht sicher zu beantworten, so lange man nicht weiss, wie viel bei Ausführung dieser Prophylaxe schädliche Ungeschicklichkeiten ausgeführt werden würden.

Die Sache stellt sich bei der Hebammenpraxis eben ganz anders als bei den Entbindungsanstalten. In diesen tritt die Blennorrhoe ohne Prophylaxis bei 10 Proc. der Neugeborenen auf und bringt die Ausführung der Prophylaxis gar keine Gefahr. Der Nutzen ist also nur positiv und dabei sehr gross. In der Hebammenpraxis kommt die Blennorrhoe allerhöchstens in 1 Proc. der Neugeborenen vor. Der Nutzen der Prophylaxis ist schon dadurch relativ 10mal geringer. Er wird noch weiter dadurch geringer werden, dass die Hebammen oft genug unvollkommen und oft mit schon zersetzter Lösung einträufeln, und manchmal wohl auch vom Publikum direct an der Einträufelung gehindert werden. Dem freilich trotzdem noch bleibenden positiven Nutzen steht dann noch eine directe, vielleicht nicht ganz geringe Gefahr gegenüber, welche der Ausführung der Credé'schen Prophylaxis durch wenig geübte Hebammen anhaftet. Sie kann den Nutzen derselben bedenklich vermindern, ja vielleicht aufheben.

Ich selbst erachte zwar den endlichen Nutzen immer noch für positiv und gross genug, um die Einführung der Credé'schen Prophylaxis im Allgemeinen mindestens probeweise zu befürworten. Für Mecklenburg aber glaube ich auch die probeweise Einführung erst für jene, hoffentlich nicht allzuferne Zeit empfehlen zu sollen, wo die Hebammen unter exacte ärztliche Controle gestellt sein werden, weil es erst dann möglich sein wird, gröbere Schäden, welche etwa bei der Ausübung der Prophylaxis entstehen, schnell genug zu erkennen und sie oder ev. sogar die ganze Prophylaxis wieder abzustellen.

II. Zur Syphilis-Behandlung.

Vortrag, gehalten im Aerzte-Verein des Reg.-Bezirks Breslau, am 25. November 1883.

Von

Prof. Dr. A. Neisser.

Wenn ich es heute unternehme, über Syphilis-Behandlung vor Ihnen zu sprechen, speciell über den gegenwärtigen Standpunkt der Syphilis, so bin ich mir wohl bewusst, Ihnen weder eine bisher unbekannte Behandlungsmethode noch sonst wesentlich Neues, oder endgiltig Entscheidendes vortragen zu können. Sie wissen ja Alle, sowohl aus der historischen Betrachtung dieses Theils der Pathologie, als aus Ihrer eigenen practischen Thätigkeit, wie schwer gerade bei dieser Krankheit sich sichere, feststehende Normen für die Behandlung aufstellen lassen, wie wir leider nicht im Stande sind, auf dem Wege der Statistik in objectiver Weise zu leitenden Gesichtspunkten für die eine oder andere Methode zu gelangen, wie keine Partei die Richtigkeit der eigenen und das Irrthümliche der abweichenden Ansicht überzeugend darzuthun vermag, — ein Widerstreit der Meinungen und Lehren, der die Mangelhaftigkeit unseres Wissens auf das Traurigste kennzeichnet. Und diese Unzulänglichkeit unserer Kenntnisse ist um so beklagenswerther, als unter den chronisch verlaufenden Krankheiten erfahrungsgemäss kaum eine andere so reiche Aussicht auf Heilung bietet, bei der aber auch der Erfolg in dem Maasse von der Art der Therapie abzuhängen scheint, wie bei der Syphilis.

Es erscheint daher geboten, bei jedem Schritte, den wir auf dem Wege wissenschaftlicher Erkenntniss vorwärts machen oder zu machen glauben, die Frage auf's Neue zu ventiliren, ob sich nicht aus den fortentwickelten Anschauungen über die Natur der Syphilis auch neue Anhaltspunkte für unser Handeln herleiten lassen, und so darf ich hoffen, dass meinem Versuch, den gegenwärtigen Stand der Syphilistherapie nach dieser Richtung hin einer Prüfung zu unterziehen, Ihre Billigung nicht fehlen wird.

Es haben sich, wie Ihnen bekannt, in den letzten Jahren unsere Anschauungen über die Natur des Syphilisgiftes wesentlich verändert, oder, richtiger gesagt, gefestigt. Das Syphilisgift selbst ist uns als solches zwar noch unbekannt; trotzdem hege ich nicht den geringsten Zweifel darüber, dass dieses Gift ein organisirtes ist und halte den evidenten Nachweis dieser Annahme, d. h. die Entdeckung der Syphilis-Bakterien nur für eine Frage der Zeit. Es ist bekannt, dass mannigfache Versuche in den letzten Jahren gemacht worden sind, diese Bakterien zu finden; aber die Resultate aller zu diesem Zwecke von Klebs, Aufrecht, Birch-Hirschfeld, Martineau u. A. angestellten Untersuchungen sind nicht derartig, dass wir aus ihnen die wirkliche Kenntniss dieser Mikroorganismen gewonnen hätten. Ich selbst (desgl. Leistikow) habe mich viele Monate lang damit beschäftigt, diesen supponirten Bakterien nachzuspüren, kann aber nur sagen, dass meine Forschungen zu einem sicheren Ergebniss bisher nicht geführt haben, und dass ich den Nachweis der Syphilisbakterien als einen noch ausstehenden bezeichnen muss.

Trotzdem aber, meine Herren, glaube ich nicht zu weit zu gehen und auf keinen Widerspruch zu stossen, wenn ich behaupte: Die Annahme des Giftes als eines bakteriellen ist so wohl begründet, dass sie für unsere Auffassung der Syphilis maassgebend sein muss. Es ist hier nicht der Platz, alle einschlägigen Verhältnisse des Ausführlichen zu erörtern: ich muss mich auf den Hinweis beschränken, dass sämmtliche Eigenschaften dieser Krankheit, ihre Infectiosität, ihr Verlauf, ihre Vererbungsfähigkeit u. s. w. durchaus mit dem Bilde einer chronischen Bakterienkrankheit sich im Einklang befinden.

Gehen wir nun näher auf unser eigentliches Thema ein, welches die Behandlung dieses als Bakterienkrankheit uns vorschwebenden Leidens in's Auge fassen soll, so sind drei Fragen zu erledigen:

1. Wann hat die Behandlung zu beginnen?
2. Welche Methode soll gewählt werden?
3. Wie lange ist diese Behandlung fortzusetzen?

Wann hat die Behandlung zu beginnen? Darauf ist zunächst zu antworten: Nicht früher, als bis die Diagnose auf Syphilis mit voller Sicherheit gestellt ist. — Meine Herren, so banal und selbstverständlich dieser Satz sich ausnimmt, so sehr bedarf er gegenüber den thatsächlich vorliegenden Verhältnissen der Betonung. Denn es herrscht, wie wir sehen werden, eine grosse Differenz darüber, zu welchem Zeitpunkt man bereits von bestehender Syphilis sprechen kann. Es ist, wie die Erfahrung lehrt, bei gar vielen Aerzten Usus, jede Geschwürsform, welche auf dem Wege des Geschlechtsverkehrs acquirirt worden ist, ohne weiteres als syphilitisch zu betrachten und demgemäss antisyphilitisch sofort zu behandeln. — Dieses Vorgehen ist nicht etwa Folge mangelhafter Diagnostik oder nicht ausreichender Gewissenhaftigkeit, sondern das Resultat bestimmter näher zu präcisirender wissenschaftlicher Anschauungen.

Diese basiren zum Theil auf unitaristischen Principien, das heisst auf jener Doktrin, welche das Gift des Ulcus molle und der Syphilis identificirt, und welche den unbestritten differenten Verlauf dieser beiden Krankheiten nicht auf die Differenz der Gifte, an welcher die Dualisten festhalten, sondern auf die Differenz des inficirten Bodens und auf andere Verhältnisse zurückführt. — Nun, meine Herren, es ist hier nicht der Ort, diese Streitfrage zwischen Unitaristen und Dualisten, die nun seit mehr denn 30 Jahren die Gelehrtenwelt immer von neuem beschäftigt, zu erörtern. Ich will mich hier kurz und unumwunden zu den strengsten Anhängern der dualistischen Lehre bekennen, zu jener Lehre, welche beide Krankheiten durchaus trennt, sie auf durchaus verschiedene und zusammenhangslos dastehende Gifte zurückführt, und ihren Connex nur als einen zufälligen, durch die wechselvollen Verhältnisse des Geschlechtsverkehrs bedingte Coincidenz gelten lässt. — Mit dieser Ablehnung des Unitarismus wird nach unserem Dafürhalten auch die aus ihm folgende sofortige Behandlungsmethode unhaltbar.

Theilweise wird jedoch jene oben genannte Methode der sofortigen Behandlung auch von Dualisten geübt, indem sie von der Beobachtung ausgehen, dass in sehr vielen Fällen dem ursprünglichen Ulcus molle

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

im Verlaufe weniger Wochen sich eine veritable Syphilis anschliesst, derart, dass nach der typischen Incubationszeit von drei Wochen zuerst der Primäreffect und sodann in gesetzmässiger Folge die übrigen Erscheinungen der Syphilis auftreten. Diese in der That häufig beobachtete Aufeinanderfolge der beiden Krankheiten rechtfertigt jedoch nicht ein sofortiges antisyphilitisches Eingreifen. Vielmehr wird dieselbe von unserem Standpunkte auf eine Combination der Infectionen zurückführen, entstanden dadurch, dass die beiden Gifte, das des Ulcus molle und das der Syphilis, zu gleicher Zeit in die Infectionsstelle hineingerathen und beide im typischen Verlaufe sich entwickeln. Nach kurzer Incubationszeit von wenig Tagen entsteht zuerst das Ulcus molle und dann nach Wochen an derselben Stelle das Product des Syphilisgiftes; die primäre Induration. — Acceptirt man nun diese streng dualistische Ansicht, so ergiebt sich von selbst, dass man nicht sofort in den ersten Tagen nach der Infection antisyphilitisch eingreifen darf, zu einem Zeitpunkt, in welchem über den weiteren Verlauf, des momentan doch nur als Ulcus molle erscheinenden Affects jede Entscheidung unmöglich ist. Denn da, ich wiederhole es, die Combination von Ulcus molle und Syphilis auf zufälliger Coïncidenz, nicht auf innerem, daher nothwendigem Zusammenhange der Erkrankungen beruht, so liegt in dem Auftreten des Ulcus molle auch nicht der mindeste Hinweis auf eine nachfolgende Syphilis, daher auch nicht die mindeste Aufforderung zu antisyphilitischer Behandlung. Also erst, wenn nach mehrwöchentlicher Incubationszeit seit der vermutheten Infection ein Geschwür oder sonstige Infiltrationserscheinungen sich als zweifellosen Primäraffect der Syphilis darstellen, soll die Syphilisbehandlung beginnen. Bis zu diesem Zeitpunkt freilich ist der Arzt oft genug in der unangenehmen Situation, den Patienten hinhalten zu müssen und ihm seine Unsicherheit einzugestehen. Und diese Sachlage wird bestehen bis zu dem Tage, an dem die Möglichkeit geschaffen ist, durch den Nachweis wohlcharakterisirter Bakterien in den Secreten vorliegender Geschwürsformen, sofort, nicht erst auf Grund der nach Wochen auftretenden klinischen Symptome die Diagnose zu stellen.

Nach dieser Frist wird freilich in den meisten Fällen, wenn nämlich die fragliche Affection auf der äussern Haut, an den Lippen des Mundes, etc. etc. sitzt, die Diagnose durch die specifische Induration sich stellen lassen. Sitzt die Affection dagegen auf der Schleimhaut, speciell an der der weiblichen Genitalien, so ist Ihnen Allen wohl bekannt, dass falls überhaupt eine localisirte Affection zur Wahrnehmung der Kranken oder zur ärztlichen Beobachtung kommt, sie nur sehr selten als der Primäraffect einer syphilitischen Erkrankung erkannt werden kann, weil hier durch die eigenthümlichen anatomischen Verhältnisse die Bildung der Sclerose ausbleibt. In diesen Fällen wird die Diagnose erst nach einem viel längeren Zeitraum, erst wenn die Allgemeinsymptome sich eingestellt haben, gemacht werden können. —

Sehr häufig sind die dem Primäraffect, mag er auf der Haut oder Schleimhaut sich befinden, zugehörigen Lymphdrüsen ein Behelf für die Diagnose. Diese Lymphdrüsen, welche ziemlich zu gleicher Zeit erkranken wie die örtliche Infectionsstelle selbst, zeigen dieselbe Induration, wie die Sclerose des Primäraffects, und es ist jedenfalls festzuhalten, dass sie zu den Primärerscheinungen der Syphilis hinzugerechnet werden müssen. Die klinische Beobachtung lehrt, dass sie wenige Tage später erkranken als der Initialaffect und wir werden nicht fehl gehen mit der Annahme, dass die zeitliche Differenz in dem Auftreten der Erkrankung zu beziehen ist auf den Zeitraum, welchen die Bakterien brauchten, um von der Hautstelle aus in diese Lymphdrüsen hineinzugelangen.

Wie dem aber auch sein mag, auf welchem Wege wir früher oder später zu einer völlig sicheren Diagnose gelangen mögen, — stets gilt die Regel: die Behandlung sofort mit dem Momente zu beginnen, in dem die Diagnose sich feststellen lässt.

Hier gerade wird die Bedeutung der von uns vertretenen Anschauung von der bakteriellen Natur des Syphilisgiftes recht ersichtlich! sie ist uns ein Leitstern in dem Wirrsal der Meinungen, welche ganz besonders in diesem Punkte, den Beginn der Syphilisbehandlung betreffend, sich einander bekämpfen. Sie wissen, wie die einen jede Behandlung widerrathen, die andern so lange exspectativ sich verhalten, bis schwere Symptome ein energisches Eingreifen erfordern, wie noch andere von vornherein theils Quecksilber, theils Jod empfehlen. Uns ist, wenn ich mich nicht täusche, der Weg vorgezeichnet. Wir müssen die pathogenen Mikroorganismen so zeitig als irgend möglich vernichten. Es erscheint nun als der einfachste und kürzeste Weg derjenige, der gleich den ersten Infectionsherd zu beseitigen versucht, um durch seine Zerstörung die allgemeine Infection gar nicht zur Entwicklung gelangen zu lassen. Leider sind wir, wie bereits ausgeführt, wegen der zur Zeit noch vorhandenen Unmöglichkeit des Bakteriennachweises, nicht im Stande, sofort nach der Infection derartig therapeutisch vorzugehen, wie es einzig und allein rationell wäre, — wir müssen eine längere Frist, gewöhnlich circa 3 Wochen, verstreichen lassen, nach deren Ablauf das Erscheinen klinischer Symptome (Initialsclerose, Scleradenitis) endlich die Diagnose ermöglicht.

Wie steht es nun mit der Aussicht durch Zerstörung dieses (klinischen) Initialaffects, die Allgemeinerkrankung zu verhüten?

Man hat auf mehrfache Weise dieses Ziel zu erreichen sich bestrebt, indem man mit Arzneimitteln und mit Feuer den primären Herd zu beseitigen unternahm, stand jedoch von dem Experimente später wieder ab, weil die Lehre sich Bahn brach, dass der Initialaffect schon der Ausdruck constitutioneller Erkrankung sei, und sonach natürlich eine Beseitigung der Infectionsstelle als nutzlos erachtet werden müsste. Erst neuerdings ist man praktisch und auch theoretisch wieder dazu angeregt worden — und wir von unserem bakteriellen Standpunkt können uns diesem Vorgehen nur anschliessen — diese Radicalbehandlung der Syphilis vorzunehmen, und wir versuchen so viel wie möglich, Primäraffecte zu excidiren in der Hoffnung, dadurch der Weiterverbreitung des Syphilisgiftes im Körper mit einem Schlage Einhalt zu thun. Die Induration betrachten wir nämlich durchaus als einen localen Erkrankungsherd, als diejenige Stelle, an der das Syphilisgift sich entwickelt und verwahrt, und von der aus die Durchseuchung des Körpers zu Stande kommt, oder jedenfalls hauptsächlich ausgeht. —

Ein so warmer Anhänger dieser Methode ich nun bin — und ich werde die Gründe, die mich hierzu bestimmen, später erörtern — so sehr muss ich andererseits anerkennen, dass die Erfolge zur Zeit *nicht* den gehegten Erwartungen entsprechen. Sehr viele Excisionen werden gemacht, und die constitutionelle Syphilis folgt nach. Andererseits lässt sich auch nicht in Abrede stellen, dass die meisten Fälle, in welchen nach vorgenommener Excision die Allgemeinerkrankung ausblieb, nicht absolut beweiskräftig sind, da die Syphilis des excidirten Stückes sich niemals mit Sicherheit als solche feststellen lässt. Mikroskopisch histologisch halte ich diesen Beweis zur Zeit nicht für erbringbar und glaube, dass auch hier erst der Bakterien-Befund diese Zweifel heben wird.

Woher kommt nun dieses wechselnde oder vielleicht richtiger gesagt mangelhafte Resultat der Excisionsversuche? Woher jene grosse Zahl von constitutionellen Erkrankungen bei Patienten, bei denen der locale Infectionsherd durch die Excision beseitigt war? Nach unserem Dafürhalten häufig daher, dass local eben nicht alles entfernt wurde, was schon krank war, dass also an Ort und Stelle Bakterien-Keime zurückblieben, welche sich weiter entwickeln und die allgemeine Erkrankung hervorrufen konnten.

Es sind dies beispielsweise jene Fälle, in denen eine nachträgliche Sclerosirung der Narbe zu Stande kommt. Die Erfolglosigkeit jedoch der Mehrzahl der Fälle hat wohl darin ihren Grund, dass bereits Allgemeinerkrankung vorlag, wo wir bei der Unvollkommenheit der bisherigen Untersuchungsmittel noch allein Primäraffectionen vermutheten, dass also die operative Entfernung des Infectionsherdes zu spät vorgenommen wurde. Leider giebt uns die klinische Beobachtung über den Beginn und die Entwicklung der Allgemeininfection gar keinen Aufschluss; sie lehrt uns nur so viel, dass die Durchseuchung in ganz allmäliger Weise vor sich geht. — Wie leicht wir uns über die zeitlichen Beziehungen zwischen Localaffection und Allgemeinerkrankung täuschen können, erhellt aus einer Erfahrung, die wir einer höchst dankenswerthen Mittheilung Baumgarten's in Königsberg über die Entstehung der tuberculösen Allgemeininfection verdanken. Dieser Forscher hat gezeigt, dass bei Einbringung tuberculöser Massen in die vordere Augenkammer von Kaninchen die Tuberkelbacillen schon zu einem Zeitpunkt in allen Geweben und Organen sich nachweisen lassen, wo makroskopisch noch keine Spur dieser allgemeinen Durchseuchung erkennbar ist. Nun, was für die Tuberculose erwiesen ist, erscheint für das Syphilisgift zum mindesten denkbar, und es kann daher nicht mehr befremdlich erscheinen, wenn so viele unserer Excisionsversuche, selbst wenn sie noch so zeitig vorgenommen sind, nicht den gewünschten Erfolg gaben. Das Syphilisgift ist in diesen Fällen vielleicht schon in dem Momente der Infection in die Blutbahn gerathen und auf diese Weise selbst durch die energischste und frühzeitigste Localtherapie natürlich nicht mehr in seinen Allgemeinwirkungen aufzuhalten. Trotz alledem stehe ich nicht an, die Excision für ein sehr wünschenswerthes Verfahren zu erklären, und ich ziehe sie in Anwendung, wo sie anwendbar, das heisst wo nicht die Localisation des Primäraffectes an der *Glans*, dem Corpus cavernosum, an den Lippen des Mundes etc. die Excision aus örtlichen Gründen verbietet, und zwar sind es folgende Gründe, welche mich zu diesen Versuchen immer wieder bestimmten: Erstens. Der vorzügliche örtliche Erfolg. Ziemlich alle diese Excisionswunden heilen bei nur einigermaassen angewandter Antisepsis per primam, und es wird so durch ein einfaches Verfahren in wenigen Tagen der Patient von einem Uebel befreit, zu dessen Beseitigung er sonst zum

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mindesten eben so vieler Wochen als hier Tage bedarf. Zweitens ist die Möglichkeit, durch die Beseitigung des primären Bakterienherdes allgemeine Infection zu verhindern, nicht ausgeschlossen, und schon diese Möglichkeit scheint mir Grund genug, um einen gefahrlosen und auch local nützlichen Versuch zu machen. Es kommt hinzu, dass unserer Ansicht nach die Beseitigung des Infectionsherdes, welcher in der ersten Zeit der Erkrankung wohl als die wesentlichste Brutstätte des bakteriellen Virus angesehen werden muss, wenn auch nicht eine absolute Heilung, so doch einen milderen Verlauf herbeizuführen vermag, eine Ansicht, deren Berechtigung, wenn sie auch klinisch durch den Ablauf der Krankheit kaum erweisbar sein dürfte, theoretisch wohl nicht anzuzweifeln ist.

Diese und ähnliche theoretische Erwägungen sind in keinem Gebiete weniger entbehrlich als in dem vorliegenden, in welchem schon der sich selbst überlassene Ablauf der Krankheit so grosse Verschiedenheiten bietet, in welchem also Schlüsse über die Wirksamkeit dieser oder jener beliebigen therapeutischen Maassnahme im einzelnen Falle nur mit äusserster Vorsicht gezogen werden dürfen. — Diese Vielgestaltigkeit, diese Unabhängigkeit (sit venia verbo) des Krankheitsverlaufes ist es, welche uns zwingt, den statistischen Daten über die Erfolge einen verhältnissmässig geringen Werth beizumessen und den diesbezüglichen Angaben der Autoren mehr die (nicht zu unterschätzende) Bedeutung subjectiver Beurtheilung als die Dignität zweifelsfreier Beweise zuzuerkennen.

Freilich wäre es wünschenswerth, der Excision des cutanen Primäraffectes auch die Exstirpation der primären erkrankten Lymphdrüsen sofort anzuschliessen, da wir ja auch diese als einen primären Bakterienherd anzusehen uns berechtigt halten. Es ist, meine Herren, entschieden unsere Aufgabe, auch nach dieser Richtung hin Versuche vorzunehmen. Nur ist das dabei zu beobachtende Verfahren nicht einfach genug, um jedem Practiker so dringend anempfohlen zu werden, wie dieses mit der Excision des ersten Infectionsherdes, meiner Ansicht nach, geschehen darf. Theoretisch erscheint mir die Exstirpation der primär erkrankten Lymphdrüsen für im höchsten Grade wünschenswerth, um so mehr, als nach Mittheilungen von Bumm in Würzburg thatsächliche und nach jeder Richtung wissenschaftlich beweiskräftige Erfolge erzielt worden sind.

Wenn nun die vorher besprochene Excision (an den meisten Stellen der äusseren Haut) in der That ebenso einfach und leicht ausführbar als unschädlich ist, wenn ferner die Aussicht auf Radicalheilung der Syphilis um so wahrscheinlicher ist, je früher die Excision des primären Herdes vorgenommen wird, — so ergiebt sich eigentlich für den Arzt die Aufgabe, diejenigen Affectionen operativ zu beseitigen, bei welchen überhaupt nur die Möglichkeit vorliegt, dass Syphilis im Spiele sei, d. h. also eigentlich immer, sobald die Infectionsquelle nicht sicher syphilisfrei ist. — Wie häufig sich allerdings practische Schwierigkeiten diesem Beginnen entgegenstellen, bedarf keiner weiteren Besprechung. Die Möglichkeit absoluter Heilung durch diese eben so wenig schädliche als schwierige Operation rechtfertigt hier ausnahmsweise den Bruch mit dem von mir im Eingang aufgestellten allgemeinen Princip: erst dann antisyphilitisch einzugreifen, wenn Syphilis zweifellos constatirt ist.

Nur in dem Falle stehen der operativen Entfernung derartiger sofort der verdächtigen Infection sich anschliessenden Affection Schwierigkeiten entgegen, wenn die Affection ein Ulcus molle ist. Zum mindesten ist hier die allervorsichtigste Zerstörung des specifischen Ulcus molle-Giftes vor der Operation und strengste Antisepsis erforderlich, da nur durch diese bei der enormen Infectionsfähigkeit des Ulcus molle contagiosum Recidive in der Schnittwunde vermieden werden können.

Wie weit in der Praxis dieses — an sich gewiss zu rechtfertigende — Verfahren durchführbar sein wird, das, m. H., wird Jeder von Ihnen nach den gegebenen Verhältnissen für den einzelnen Fall besonders entscheiden müssen.

Ist nun die Excision nicht verwendbar, oder liegen sonstige klinische Symptome vor, welche uns die allgemeine Durchseuchung als schon vorhanden annehmen lassen, so hat meiner Ansicht nach sofort die Allgemeinbehandlung der Syphilis zu beginnen, und ich weiche also darin ab von jenen Lehrsätzen der Wiener Schule, welche die Allgemeinbehandlung möglichst hinausschiebt, sie wenn es angeht, dem Patienten sogar ganz erspart. Sie wissen, dass Sigmund es war, der gestützt auf seine reichen Erfahrungen fast 40 Proc., wie er ausrechnete, seiner Syphilisfälle so gutartig verlaufen sah, dass sie einer Allgemeinbehandlung durchaus gar nicht zu bedürfen schienen. Es steht dieser Erfahrung Sigmund's jedoch gegenüber die der französischen Syphilidologen, speciell die Fournier's, welcher die Beobachtung zu machen glaubte — und auch er verfügt über ein nicht minder zahlreiches Material — dass die schwersten Formen später Syphilis gerade bei den Kranken auftreten, welche in ihren frühen Stadien besonders benigne verlaufende Symptome darboten. Das soll aber nicht bedeuten, dass die ursprüngliche Benignität die spätere Malignität verursachte, sondern die ursprüngliche Benignität hatte zur Folge eine unzureichende weil überflüssig erscheinende Behandlung, und diesen Mangel an Behandlung macht er für die spätere Malignität verantwortlich. Nun, m. H., es ist, wie schon erwähnt, nichts so schwer, wie über Syphilistherapie ein endgiltiges Urtheil zu gewinnen! Keine Statistik ist im Stande diese schwierige Frage mit zweifelloser Sicherheit zu beantworten. Wenn ich in diesem Widerspruch zwischen Fournier und Sigmund mich nun ganz entschieden auf die Seite Fournier's stelle, so geschieht dieses auch auf Grund theoretischer Erwägungen, indem ich mir sage, dass eine Bakterienkrankheit dann am besten behandelt werden wird, wenn man möglichst zeitig beginnt, diese Bakterien zu beseitigen und ihre Reproductionsfähigkeit zu hindern, vorausgesetzt, dass wir ein Mittel besitzen, welches an sich dem Organismus keinen Schaden zufügt. Meiner festen Ueberzeugung nach ist nun das Quecksilber für den Organismus ebenso unschädlich, als es andererseits das einzige Mittel ist, welches erfahrungsgemäss dem Syphilisgifte entgegenzuwirken vermag, und ich stehe deshalb nicht an zu sagen, dass jeder Syphilisfall so zeitig wie möglich mit Quecksilber behandelt werden soll.

Wenn man mir hier entgegnen will, dass ich vielleicht unnöthig das Quecksilber anwende, da es ja thatsächlich unbehandelte, durchaus günstig verlaufende Fälle von Syphilis giebt, so halte ich diesen Einwand für minder berechtigt und minder begründet, als die von mir vertretene These. Denn was geschehen würde ohne Behandlung, das weiss Niemand und kann in keinem einzigen Falle vorausgesehen werden. Ein passives Verhalten erscheint mir daher bei der Unschädlichkeit des Quecksilbers eine Unterlassungssünde.

Sobald also die Diagnose „Syphilis“ vollkommen gesichert ist, warte ich nicht auf das Exanthem, auf Schleimhauterscheinungen u. s w., sondern ich beginne mit der Allgemeinbehandlung. Es ist mir dabei nicht unbekannt, dass der Ausbruch der allgemeinen Syphilis durch eine sofort an die primären Erscheinungen sich anschliessende Therapie in keinem Falle verhütet wird, erblicke darin aber keinen Gegengrund gegen das eben empfohlene Verfahren. Denn es handelt sich nicht mehr um das Verhüten der constitutionellen Syphilis, sondern darum, einen möglichst günstigen Verlauf, der ja in den meisten Fällen constitutionell gewordenen Krankheit zu erzielen.

Ich möchte hier noch einem Einwand begegnen, den meine Ausführungen an früherer Stelle in Vielen von Ihnen vermuthlich wach gerufen haben. Warum, werfen Sie ein, soll nicht schon bei der blossen Möglichkeit einer syphilitischen Infection, d. h. also bei jeder venerischen Erosions- und Ulcerationsform nach einer verdächtigen Cohabitation sofort die als unschädlich proclamirte Hydrargyrumbehandlung eingeleitet werden, da sie zwar für viele (Nicht-Syphilis-) Fälle überflüssig, von zweifellosem Nutzen aber immer da sein wird, wo wirklich Syphilis vorliegt?

Solch frühzeitiger Quecksilberkur, m. H., steht ein schweres Bedenken entgegen! Freilich, wäre ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit vorhanden, auf diesem Wege volle, dauernde Heilung zu erzielen, so würden auch wir nicht anstehen, überall Quecksilber zu verordnen, wo Syphilis auch nur von ferne droht. Aber so verhält es sich, wie Sie wissen, leider nicht. Vielmehr ist das Verhältniss folgendes: Es steht der blossen Möglichkeit, die Syphilis durch sofortiges Quecksilber radical zu heilen die Wahrscheinlichkeit gegenüber, dass die Krankheit nicht definitiv geheilt, sondern dass nur die Symptome momentan unterdrückt werden, deren Auftreten allein eine sichere Diagnose zulässt, dass also der Charakter der Erkrankung verschleiert und wohl gar Gesundheit vorgetäuscht werde. Welche Gefahren für den Patienten selbst und dessen Familie Irrthum oder auch nur Unsicherheit bezüglich der Diagnose gerade auf diesem Gebiete in sich birgt, bedarf wohl keiner Erörterung! Demnach glauben wir festhalten zu müssen an unserem Eingangs aufgestellten Princip: keine antisyphilitische Allgemeinbehandlung vor Feststellung der Diagnose „Syphilis“.

(Schluss folgt.)

III. Zur Therapie der Diphtherie.

Vorgetragen in der Versammlung der Aerzte des Regierungsbezirkes Stralsund den 2. December 1883.

Von

Professor Hugo Schulz
aus Greifswald.

Meine Herren! Die Diphtherie, speciell diejenige des Rachens, ist eine von denjenigen Affectionen des menschlichen Organismus, gegen welche eine grössere Anzahl von Heilmitteln angegeben wird. Das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist immer und von jeher ein Zeichen gewesen dafür, dass eigentlich kein Medicament besteht, oder besser gesagt, zur Zeit bekannt ist, welches im Stande wäre, uns die Sicherheit des Erfolges bei seiner Anwendung zu garantiren, die wir z. B. beim Chinin in der Febris intermittens, bei der Salicylsäure in frischen Fällen von acutem Gelenkrheumatismus besitzen. Unsere Therapie ist in der That der Rachendiphtherie gegenüber eine unzulängliche.

Der Grund dieses Mangels liegt in dem Wesen der Krankheit selbst. Sie manifestirt sich in einer Weise, die in jeder Hinsicht dafür spricht, dass die Diphtherie als ein Allgemeinleiden aufzufassen ist. Freilich sehen wir zum Beginn desselben in hervorragender Weise nur die Schleimhautbedeckung der Rachenhöhle ergriffen, von dem diphtherischen Belage an den bestimmten Stellen bedeckt. Bei näherer Untersuchung aber bemerken wir, dass der Kranke in seinem Allgemeinbefinden doch tiefer und weitgehender ergriffen ist. Wir haben Fieberbewegungen, die oft recht hohe Grade erreichen können, wir haben eine verhältnissmässig rasch auftretende Prostration der Kräfte, die Thätigkeit des Herzens zeigt sich wesentlich verändert, Symptome von Seiten der centralen Nervenapparate fehlen nicht.

Ich will bei dem, Ihnen Allen bekannten klinischen Verlaufe der Diphtherie mit ihrer schlechten Prognose und den mannigfaltigen Nachkrankheiten nach ihrem Verlaufe nicht näher eingehen. Das, was uns bei der Rachendiphtherie zunächst als Angriffspunkt für die Therapie sich in den Weg stellt, ist die veränderte Rachenschleimhaut. Sie bietet uns die zunächst greifbaren Symptome der Erkrankung. Es liegt also auf der Hand, dass wir an die diphtherischen Auflagerungen des Rachens zunächst herangehen. Ausgehend davon, dass in und an ihnen das specifische Krankheitsgift sich befindet, stellen wir uns die Aufgabe, sie und damit gleichzeitig den Infectionsstoff zu beseitigen, zu zerstören. Es sind da zwei Wege möglich. Entweder, wir beschränken uns einfach darauf, die auflagernden membranösen Belege einfach zu entfernen, oder wir streben dahin, gleichzeitig mit dieser Entfernung auch eine Unschädlichmachung der inficirenden Stoffe herbeizuführen.

Wir wissen von den Lösungen der Alkalien, zumal dem hier gerade viel benutzten Kalkwasser, dass sie die Fähigkeit besitzen, derartige Membranen der Lösung entgegenzuführen. Auch die Milchsäure gehört hierhin. In noch viel höherem Grade, zumal rascher, leistet dasselbe das Papaïn, das gerade in der letzten Zeit so vielfach gegen Diphtherie in Anwendung gezogen ist.

Mögen wir nun von einem der Mittel von dieser Klasse irgend welches benutzen: der Effect ist und kann immer nur der sein, dass die Auflagerungen entfernt werden, soweit sie für die Application der Medicamente überhaupt erreichbar sind. Es lässt sich nicht leugnen, dass diese Methode unter Umständen zum Ziele führen kann, wenn einmal die erkrankten Stellen noch enge begrenzt sind, wenn wir sie erreichen können und wenn, was wir nie wissen, das infectiöse Gift sich noch für's Erste nur in und an ihnen befindet. Da aber diese Gewissheit de facto nie existirt, so hat man in richtiger Würdigung des Umstandes, dass die Auflagerungen nur ein Symptom der Krankheit bilden, sich nicht damit begnügt, sie einfach zu entfernen, man hat sich vielmehr auch gegen das Agens gerichtet, dessen Wirken diese Gebilde ihren Ursprung verdanken. Dass es sich dabei um infectiöses Material handelt, steht nach Allem, was wir über Wesen und Verlauf ansteckender Krankheiten überhaupt wissen, schon jetzt ohne allen Zweifel fest. Wir hätten demgemäss aus dem Schatze der Arzeneimittel dasjenige auszuwählen, von dem wir uns eine directe Wirkung auf die Träger des Giftes selbst versprechen können.

Das Präparat, welches gewissermaassen den Uebergang bildet von denjenigen, welche nur die Membranen zerstören zu denen, die auf das Infectionsgift direct zu wirken im Stande sind, ist das Argentum nitricum.

Es hat die Anwendung gerade dieses Präparates bei Rachendiphtherie zu vielfachen Controversen geführt. Während die Einen für tiefe Aetzung der afficirten Schleimhautparthieen mit dem Höllensteinstift plaidiren, wird von der anderen Seite behauptet, dass derselbe nicht nur nicht nütze, sondern auch dadurch, dass nach Ablösung der Schorfe Wundflächen zu Tage treten, direct schade dadurch, dass er dem Gifte das Eindringen in den Organismus nur erleichtere.

Ein Gleiches gilt von dem, allerdings weniger benutzten Eisenchlorid. Meines Erachtens ist es ein Punkt, der bei Application der genannten Aetzmittel vor Allem unsere Berücksichtigung in Anspruch nehmen muss. Wenn wir die Schleimhaut mit einem der genannten Medicamente behandeln, so bildet sich ein Schorf. Dieser Schorf ist aber seinerseits vortrefflich geeignet eine schützende Decke zu bilden für das unter ihm liegende Gewebe mit dem, was in demselben enthalten sein kann. Wollen wir weiter kommen, so hilft es nichts, wenn wir auf dem ersten Schorfe weiter ätzen, er muss vor allen Dingen erst weg, wenn wir mit Erfolg in die Tiefe dringen wollen. Dass aber mit seiner Entfernung eine Wundfläche geschaffen wird und wir uns dadurch den eben schon erwähnten Folgen aussetzen, liegt auf der Hand.

Um aus diesem Dilemma herauszukommen, hat man dann seine Zuflucht zu den rein antiseptisch wirkenden Mitteln genommen, die in ihrer Wirkung dann auch noch durch lösende Agentien unterstützt werden sollten. Man applicirte Lösungen von Carbolsäure, von Salicylsäure u. s. w., man liess dieselben inhaliren. Man benutzte von dem gleichen Gesichtspunkte aus gewisse Aethereo-Oleosa, zumal das Eucalyptusöl. Es hat gerade dieses Präparat den grossen Vortheil, dass es neben örtlicher Anwendung auch innerliche Aufnahme gestattet und nach derselben mit der Respirationsluft zum Theil unzersetzt ausgeschieden wird. Es liesse sich ja auch wohl annehmen, dass das Oleum Eucalypti bei Rachendiphtherie sich bewähren könne, zumal da die Exspirationsluft das höchst fein vertheilte ätherische Oel auch an solche Stellen bringen wird, die weder der directen Bepinselung noch auch der Inhalation zugänglich sind. Aber m. H., die causa morbi sitzt leider in der grossen Mehrzahl der Fälle zu tief, als dass wir von der Oberfläche aus in genügender Weise eingreifen könnten und damit ist denn auch diesem Medicamente seine enge Wirkungsgrenze gesteckt.

Man hat endlich die Antiseptica aus der Reihe der unorganischen Verbindungen zur Hilfe herangezogen. Das unstreitig schlechteste derselben ist das übermangansaure Kali, deshalb, weil seine Wirkung eine viel zu rasch vorübergehende ist. Wir wissen, m. H., dass es durch Abgabe eines Theiles seines Sauerstoffes wirkt. Dieser Theil wird allerdings mit grösster Leichtigkeit hergegeben, aber dann ist auch die Wirkung des Präparates erschöpft. Und dann ist es zudem noch höchst unwahrscheinlich, oder, wir können gradezu sagen unmöglich, dass von diesem freiwerdenden, in Action tretenden Sauerstoff gerade die Träger des diphtherischen Giftes allein getroffen werden sollten. Es liegt da in der Mundhöhle soviel reducirendes Material vor, dass der wirksame Bestandtheil des Kali hypermanganicum gar nicht zu der ihm eigentlich zugemutheten Leistung gelangen kann.

In ähnlicher Weise verhält sich das chlorsaure Kali. Auch seine Heilkraft bei örtlicher Wirkung ist durch die Ungunst der Verhältnisse bei Rachendiphtherie eine beschränkte zu nennen. Man hat, in Berücksichtigung der Thatsache, dass das Kaliumsalz, innerlich angewendet, leicht toxisch wirkt, eine Zeit lang von seiner internen Anwendung ganz absehen wollen. Um dieser übelen Eigenschaft entgegenzutreten, hat man letzthin den Vorschlag gemacht, das Salz nur bei vollem Magen zu geben. Dann aber wird dem chlorsauren Kali zunächst vom Mageninhalt selbst ein grosser Theil, wenn nicht aller disponibler Sauerstoff, entzogen. Es kommt so vielleicht nur als Chlorkalium zur Resorption und von einer Wirkung dieses Salzes auf den diphtherischen Process wissen wir vor der Hand noch Nichts.

Die gleichfalls häufig angewendeten Gurgelungen und Bepinselungen mit Sublimatlösung, dieser Lotio antiseptica κατ' ἐξοχήν, leiden gleichfalls an dem Mangel, dass unmöglich alle Buchten und Winkel der tieferen Rachenpartien von ihr erreicht werden können.

In dieser Hinsicht leisten entschieden mehr das Chlorwasser und die Lösung von Brom in Bromkalium. Chlor und Brom kennen wir als intensive Feinde organischen Lebens, mithin auch der Träger inficirenden Giftes. Dazu kommt, dass beide gasförmig in Thätigkeit treten, wodurch sich der Vorzug ergiebt, dass ihre Verbreitung innerhalb der erkankten Mundhöhle und ihrer Nachbarräume eine wesentlich leichtere und allgemeinere werden muss.

Von einer ganz besonderen Anschauung ausgehend, hat Dr. Guttmann vor einigen Jahren den innerlichen Gebrauch des Pilocarpin gegen Diphtherie des Rachens empfohlen. Er wollte auf diese Weise die Krankheitsheerde von Innen heraus angreifen. In der That werden mit den durch die Pilocarpinwirkung massenhaft producirten Secreten der Mundhöhle die Membranen gelöst und zusammt ihrem Inhalt und Anhang weggeschwemmt. So richtig dieses Verfahren im Princip auch ist, so leidet es doch an dem Mangel, dass das inficirende Element nicht direct geschädigt werden kann. Es ist eben nur eine mechanische Aus- und Fortschwemmung, um die es sich handelt. Was im Strom der Secrete schwimmt, wird entfernt, der Rest und das, was hängen bleibt, bleibt aber in der Mundhöhle zurück. Ausserdem ist das Pilocarpin in Rücksicht auf seine Nebenwirkungen, die schweren Collaps herbeizuführen im Stande sind, ein zweischneidiges Mittel zumal bei Patienten, die durch ihre Krankheit selbst sich im Zustande herabgesetzter Widerstandskraft befinden.

Könnten wir ein Medikament finden, was Beides leistet: Angriff der erkrankten Stellen von Innen heraus und gleichzeitig Tödtung oder doch wenigstens Lähmung des diphtherischen Giftes, so hätten wir, was wir brauchen.

M. H.! Ich denke, wir haben ein solches therapeutisches Agens, und zwar in Gestalt des Quecksilbers, beziehentlich seiner Präparate.

Als im vergangenen Sommer die Diphtherie in Greifswald in ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heerender Weise die Schaar der Kinder decimirte, schlug ich Herrn Professor **Mosler** vor, Quecksilber bei Diphtherie zu versuchen. Derselbe ging sofort auf meinen Vorschlag ein und stellte mir das vorhandene Material zur Verfügung. Ich fand dann, als ich mich eingehender mit dieser Frage beschäftigte, dass vor mir bereits Herr Dr. **Rothe** (Altenburg) von demselben leitenden Gedanken ausgegangen war. Er hatte, einer Mittheilung von **Edlefsen**, folgend, innerlich Cyanquecksilber gegeben und, wie er mir nachträglich brieflich mittheilte, in dem Zeitraum von $2^1/_2$ Jahren eine ununterbrochene Reihe von 71 Fällen mit gleich günstigem Erfolge in dieser Weise behandelt. Aber auch **Rothe**, beziehentlich **Edlefsen** ist nicht der Erste, der das Quecksilber bei Diphtherie verwendet hat. Schon Gräfe empfahl Inunctionen von grauer Salbe bei Conjunctivitis diphtheritica, und was den internen Gebrauch des Cyanquecksilbers bei Rachendiphtherie anbelangt, so rührt der Vorschlag zu demselben von dem homöopathischen Arzte Dr. v. **Villers** aus St. Petersburg her, der im Jahre 1869 demselben auf dem Centralverein homöopathischer Aerzte in Dresden das Wort redete.

Es fragt sich: Wie haben wir uns die eigenthümliche Wirkung des Quecksilbers bei Diphtherie zu denken? Es ist Ihnen bekannt, dass die Rachenschleimhaut mit ihren zahlreichen drüsigen Gebilden vor Allem leicht der Einwirkung des Quecksilbers unterliegt, sowie, dass mit den Mundsecreten das gelöste Metall leicht ausgeschieden wird. Nach Allem, was uns die experimentelle Forschung gelehrt hat, wirkt das resorbirte Quecksilber im Organismus als Chlorid, als Aetzsublimat, wenn auch natürlich in höchst fein vertheilter Form. Kommt nun das im Blut und den Säften gelöste Sublimat an die Drüsen der Mundhöhle heran, so wird es von denselben mit den Secreten ausgeschieden und kann so auf diesem Wege in wirksamster Weise alles das treffen, was ihm begegnet. Wir dürfen uns nicht daran stossen, dass, wenn wir uns an therapeutisch mögliche Dosen halten, ja doch nur sehr kleine Quantitäten des gelösten Quecksilbers an die erkrankten Stellen herankommen. Einmal dauert die Zufuhr von Sublimat an die Mundhöhlenschleimhaut bei fortgesetzter Medication längere Zeit und dann wird auch immer wieder ein Theil des ausgeschiedenen Quecksilberchlorids resorbirt, wodurch eine Art von perpetuirlicher Wirkung bedingt wird. Gleichzeitig aber haben wir bei der Anwendung eines Quecksilberpräparates noch die Möglichkeit für uns, dass auch das bereits im Blute befindliche diphtherische Gift dem Einflusse des Sublimates unterliegt. Es würde zuweit führen, an diesem Orte näher auf den theoretischen Theil unserer Erwägung einzugehen; dass die Behandlung mit Quecksilber bei Rachendiphtherie aussichtsreich ist, dafür besitzen wir zur Zeit schon, wenn auch wenige, doch vielversprechende Daten.

Anfänglich hatte ich es für zweckmässig erachtet, das Quecksilber in Form der bekannten Sublimatinjectionen subcutan zu appliciren. In dieser Weise wurden in der Klinik des Herrn Professor **Mosler** von Herrn Dr. **Peiper** und mir acht Fälle behandelt. Durch Ungunst der Verhältnisse war unser Resultat nicht so, wie es wohl erwartet worden war. Die Hälfte unserer Patienten starb, wie man sehen wird, in Folge bereits zu weit vorgeschrittener Krankheit und begleitender Complicationen. In einem der ungünstig endenden Fälle starb ein, schon seit 3 Tagen erkranktes, zweijähriges Kind, welches die Sublimatinjection erst im Stadium vorgeschrittener Athemnoth und Prostration erhielt. Dasselbe war der Fall bei einem $^3/_4$ Jahre alten Kinde. Im dritten Falle concurrirten Diphtherie, Morbilli und doppelseitige Pneumonie um das Leben des Kindes, in dem vierten Falle endlich trat, als der diphtherische Belag schon fast völlig verschwunden war, plötzlich ein intensiver Croupanfall auf, der dem Leben rasch ein Ende machte. So wenig günstig nun auch das Ihnen hier mitgetheilte Resultat ist, so bin ich doch weit entfernt, aus demselben eine Wirkungsunfähigkeit des Quecksilbers abzuleiten. Im Gegentheil stimme ich, nach den erlebten Erfahrungen, darin mit **Rothe** überein, dass, wenn das Quecksilber sobald wie nur irgend möglich gegeben wird, die Aussicht auf Erfolg eine günstige sein muss und, wie sich aus seinen Mittheilungen ergiebt, auch ist.

Nur möchte ich nicht mehr die Form der subcutanen Injection angewendet wissen, schon nicht der geringen Zuneigung wegen, die zumal im Kindesalter der Injectionsspritze gegenüber besteht. Die Form, in welcher **Rothe** das Cyanquecksilber anwandte, ist die wässerige Lösung: Cyanquecksilber 0,01, Aqua destillata 120,0. Von dieser Lösung wird stündlich, je nach dem Alter des Patienten, 1 Theelöffel bis 1 Esslöffel voll gereicht.

Sollte Einer von Ihnen anderen Quecksilberpräparaten, z. B. dem Calomel oder dem Sublimat den Vorzug geben wollen, so dürfte dem wohl nichts im Wege stehen. Immer aber muss die Dosis so niedrig genommen werden, dass von Seiten des Verdauungstractus keinerlei Erscheinungen zu Stande kommen können. Die fortgesetzte Einfuhr kleiner Dosen leistet für unseren Zweck mehr, als wenn wir einmalige oder wenig wiederholte grössere Mengen des Arzneimittels geben. Auch wird die Resorption einer so stark verdünnten Lösung, wie sie oben angegeben ist, sich wesentlich rascher vollziehen und damit das Mittel schneller in Wirkung treten können. Dass bei dem inneren Gebrauch von Quecksilber die gleichzeitige Verwendung von Inhalationen, Gurgelungen etc. nicht ausgeschlossen zu werden braucht, liegt auf der Hand. Für jeden Beitrag und Bericht über Erfahrungen, die Sie in Ihrer Praxis bei der Anwendung von Quecksilber gegen Rachendiphtherie sammeln könnten, würden Sie mich Ihnen in hohem Grade verpflichten.

IV. Ueber die **Trichinenepidemie in Emersleben, Deesdorf und Nienhagen** hat der practische Arzt **Stammer** in E. der **Zeitschrift für Mikroskopie und Fleischschau** einen interessanten Bericht geliefert dem wir Folgendes entnehmen.

Das Dorf Emersleben mit 760 Einw., welche die Gewohnheit besitzen, viel rohes und gehacktes Schweinefleisch zu geniessen, besitzt einen Fleischer und einen 60jährigen Barbier, letzteren als Fleischbeschauer.

Am 14. und 15. September war wieder eine bedeutende Menge rohes gehacktes Fleisch von **einem** am 12. geschlachteten Schweine verzehrt. Zur **Behandlung** gelangten die ersten Kranken am 20. September, der letzte, eine 65jährige Frau am 15. October. Die einzelnen Symptome der Krankheit, bei Einzelnen schon am ersten Tage auftretend, bestanden in Erbrechen, am 2. Tage Durchfall, mehr oder weniger Schmerzen im Magen und Darm, grossem Durst, Fieber mit sehr hoher Temperatur, 38 bis 41°. In den nächsten Tagen verlor sich das Erbrechen, der Durchfall dauerte, wenn auch nicht in so hohem Grade, fort. Fast sämmtliche Kranke kamen vom 20. bis 30. September zur Behandlung, nur ganz wenige kamen noch bis zum 15. October zur Behandlung. Am 5. bis 7. Tage legte sich auch der Durchfall und traten nun Gliederschmerzen, Schmerz beim Druck auf die Oberarme, Oberschenkel, Waden und grosse Steifigkeit ein, als Hauptzeichen aber Oedeme an den Augen und überhaupt im Gesicht. So verblieb der Zustand, bis sich dem Typhus ähnliche Symptome hinzugesellten: Schlaflosigkeit, trockene zerrissene Zunge mit braunem Belage, Delirien und statt der Diarrhöe häufig Verstopfung. Complicirt waren die Fälle häufig mit Pneumonie, Pleuritis, Meningitis, Herpes Zooster, Aphthen etc. Oft erst nach Wochen der Krankheit wurden die Oedeme an den Händen, Beinen, Brust, Bauch etc. stärker; an den Oberschenkeln brach die Haut auf und verursachte den Kranken ein schlechtes Lager. Rosenartige Hautentzündung vermehrte die Leiden der armen Kranken. Am übelsten waren die Kranken daran, bei denen Zunge, Kehlkopf und Schlundkopf stark mit Trichinen durchsetzt waren, weil dann die Ernährung sehr schwierig und die Luft sehr knapp wurde. Der erste Todesfall trat am 3. October ein, wo ein 25jähriger Kranker, der am 15. September trichinöses Fleisch gegessen hatte, starb. Die gerichtliche Section zeigte eine Unzahl von Darmtrichinen, aber auch ausgewanderte Trichinen fanden sich im Zwerchfell und anderen Muskeln, wenn auch noch nicht so vielfach wie später, wo St. in einem Präparate 30 Trichinen theils eingekapselt, theils frei fand. Am 5. October der zweite Todesfall, am 6. October der dritte und nun kamen immer mehr. Die grösste Zahl der Todten war in der fünften und sechsten Woche, wo 11 und 10 starben. Die Gesammtzahl der an der Trichinose Erkrankten betrug 257, davon sind bis jetzt 50, also ca. 20 Proc. gestorben. Der Aelteste der Gestorbenen war 76 Jahre, der Jüngste war 12 Jahre alt. Kinder erkrankten ziemlich zahlreich, das jüngste war $1^3/_4$ Jahre alt. Sie kamen aber bis auf einen 12jährigen Knaben glücklich durch. Was nun die Sterblichkeit in Bezug auf das Geschlecht betrifft, so sind von den 50 Gestorbenen 20 männlichen und 30 weiblichen Geschlechts. Die ersten ausgewanderten Trichinen wurden, wie schon oben gesagt, neben einer Masse Darmtrichinen bei der ersten Leiche am 6. October, gestorben am 3. October, gefunden, die ersten eingekapselten Trichinen bei einer 60jährigen Frau, welche am 30. October gestorben war, also in der sechsten Woche, hier fanden sich aber auch noch sehr viele freie Muskeltrichinen. Die Verstorbene hatte ebenfalls am 15. September das todbringende Fleisch gegessen. Auch noch in der neunten Woche wurden neben vielen eingekapselten freie Trichinen gefunden. Personen, welche das gehackte Fleisch gebraten, gekocht oder als Leber- und Rothwurst gegessen hatten, litten 8—14 Tage, ja einige 3 Wochen, an Steifigkeit in den Gliedern, auch wohl an etwas Durchfall und an Anschwellung unter den Augen wurden aber nicht bettlägerig. Ueber den Schuldigen ist officiell noch nichts festgestellt. Der Fleischer nebst Frau liegen noch jetzt an der Trichinose krank, der Fleischbeschauer liegt ebenfalls krank, ob trichinös, weiss ich nicht; er lässt sich von Niemandem behandeln. Keines der angewandten Mittel hat Erfolg gehabt. Die Kranken, die trichinöses Fleisch genossen, und zwar $^3/_4$ Pfd. und darüber, sind mit geringen Ausnahmen alle gestorben. Angewendet wurde: Ergotin, Glycerin etc. Meist wurde symptomatisch behandelt. Chinin, Chloralhydrat, Eisstückchen zum Schlucken und als Umschlag, Acid. muriat., Acid. phosphor., Camphor., Morph., Aeth. acet., innerlich und als Injection. Bezüglich der Epidemien in Deesdorf und Nienhagen dürften folgende Notizen allgemein interessiren: Deesdorf mit ca. 650 Einwohnern wird wöchentlich zweimal durch Fleischer mit Fleisch, zumal mit Schweinefleisch, versorgt: am 15. September war denn auch viel gehacktes Schweinefleisch in Deesdorf verkauft, und erkrankten über 40 Personen, von denen 9—10 starben: also ziemlich dasselbe Verhältniss wie in E. Nach Nienhagen, mit ungefähr 350 Einwohnern, brachte der Emerslebner Fleischer erst am 16. September Fleisch und erkrankten daselbst über 80 Personen, von denen aber nur eine starb. Dies erklärt sich daraus, dass nach Nienhagen nur wenig von dem trichinösen Fleische gekommen ist, da solches mit gutem, gesunden Fleische von einem später geschlachteten Schweine gemischt war.

Wir meinen, dass aller Grund vorliegt, die Bestimmungen über die Fleischschau und speciell die, über die Maassregeln bei der Trichi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nose einer Revision zu unterwerfen. Wie die Sache jetzt liegt, ist abgesehen von den grossen Städten nur ein fictiver Schutz gegeben. Die Nachtheile eines solchen liegen auf der Hand, da bei seinem Bestehen auch die wenigen Vorsichtsmaassregeln vernachlässigt werden, die etwa noch zur Anwendung kamen. Andererseits drängt sich bei solchen Vorkommnissen, wie das leider nicht allein dastehende in Emersleben, immer wieder die Ueberzeugung auf, dass es vor allen Dingen gilt, in den weitesten Kreisen dafür zu wirken, dass dem Missbrauch, frisches rohes und halbrohes Fleisch zu geniessen, einem Ueberrest der Uncivilisation früherer Jahrhunderte, gesteuert werde.

(Inzwischen ist auch der Bericht erschienen, den Professor Brouardel der Pariser Academie der Medicin über die Sendung erstattet hat, welche er im Auftrage der französischen Regierung in Gemeinschaft mit Herrn Grancher nach Emersleben erfüllt hat. Bezüglich der Thatsachen, betreffend die Entstehung und den weiteren Verlauf der Epidemie, wie bezüglich des pathologischen Befundes bestätigt der Bericht durchweg den des Herrn Stammer. Bemerkenswerth war es, dass die Sterblichkeitsziffer derjenigen Kranken, die das trichinöse Fleisch in den ersten Tagen (13., 14., 15. September) nach dem Schlachten des Schweines gegessen hatten unverhältnissmässig höher war als die derjenigen, welche erst später davon assen. 13. September essen 27 Personen, todt 9, 12 schwer, 6 leicht erkrankt; 14. September essen 44 Personen, todt 7, schwer erkrankt 14, leicht erkrankt 23, 15. September essen 56 Personen, todt 12, schwer erkrankt 19, leicht erkrankt 25; 16. September essen 99 Personen, todt 13, schwer erkrankt 28, leicht 58; 17. September essen 10 Personen, todt 1, schwer erkrankt 3, leicht 6; 18. und 19. September essen 14 Personen, schwer erkrankt 4, leicht 10. Nach seinen Erfahrungen in Emersleben hält Brouardel es allerdings für möglich, durch eine geordnete Fleisch- resp. Trichinenschau, derartigen Vorkommnissen vorzubeugen; er erklärt es aber wohl mit Recht für nothwendig, dass die Fleischbeschauer die Möglichkeit haben müssen, diejenigen Stücke aus dem ganzen Thiere herauszunehmen, welche sie am geeignetsten für die Untersuchung erachten. Wenn ihnen einzelne Stücke zugesendet werden, so ist das Verfahren ein unsicheres. Ebenso verlangt er geübte Mykrographen, zu denen der 60jährige Barbier schwerlich zu rechnen ist. Auch Brouardel weist darauf hin, dass die Trichinenschau nicht nothwendig erscheine, wenn die betreffende Bevölkerung die Gewohnheit besitze, nur gar gekochtes oder gebratenes Fleisch zu geniessen. In einem Fall scheint das fünf Minuten lange Kochen von mit dem trichinösen Fleisch gefüllten Saucischen genügt zu haben, sie unschädlich zu machen. Bekanntlich schwebt in Frankreich noch die Frage, ob das zur Zeit bestehende Einfuhrverbot von amerikanischem Pöckelschweinefleisch wieder aufgehoben werden soll. In dieser Beziehung hat sich Virchow den Herren Brouardel und Grancher gegenüber, wie Ersterer berichtet, dahin ausgesprochen, dass, soweit er wisse, der Genuss von amerikanischem Schweine-Pöckelfleisch selbst in Deutschland, wo dasselbe meistens roh genossen werde, zu keinem einzigen exact festgestellten Fall von Trichinose des Menschen, oder gar zu einer Epidemie Veranlassung gegeben habe, was Herr Hertwig der Vorsteher der Fleischschau auf dem Berliner Viehhofe bestätigte, während die Mittheilungen des Kais. Gesundheitsamts dem widersprechen. Umsoweniger, schliesst Herr Brouardel, rechtfertige sich das Verbot in Frankreich, wo die weise Gewohnheit bestehe, das Fleisch niemals roh zu geniessen.)

V. L. Malassez et W. Vignal, Tuberculose zoogloéique. (Forme ou espèce de tuberculose sans bacilles.) Archives de Physiologie, 2. Sér., Vol. XII, p. 369. Referent: Prof. Marchand-Marburg.

Bei dem grossen allgemeinen Interesse, welches die Aetiologie der Tuberculose seit der Koch'schen Entdeckung in noch immer erhöhtem Maasse beansprucht, muss eine Untersuchung von fachmännischer, und allem Anschein nach nicht voreingenommener Seite, welche die ausschliessliche ätiologische Bedeutung der Koch'schen Bacillen für die Tuberculose in Zweifel zu ziehen sucht, nothwendigerweise unsere Aufmerksamkeit erwecken — aber zugleich auch unsere Kritik herausfordern.

Wenn auch die Verfasser der vorliegenden Arbeit der Entdeckung der Tuberculosebacillen durch Koch ihre volle Anerkennung zollen, so heben sie dennoch hervor, dass das Problem der Tuberculose damit nicht vollständig und definitiv gelöst ist, was ihnen wohl Niemand ernstlich zu bestreiten geneigt sein wird[1]). Besonders auffallend erscheint ihnen das häufig hervortretende Missverhältniss zwischen der Zahl der Bacillen und der Schwere der anatomischen Veränderung; selbst bei dicht gedrängten Knötchen gelingt es oft erst an 10, 20 successiven Schnitten, einen einzigen Bacillus zu finden, wie Koch selbst, mit Bezug auf die skrophulösen Drüsen und die Gelenktuberculose hervorgehoben hat. Die zahlreichen Fragen, welche sich an dieses eine Factum knüpfen, suchten die Verf. auf dem Wege des Experimentes zu lösen, indem sie Impfungen mit „Bacillen-freiem" tuberculösem Material anstellten. Nun ist die Schwierigkeit, sich solches zu verschaffen, wie die Verf. selbst anerkennen, nicht gering. Es gelang ihnen jedoch, bei einem 4jährigen Knaben, der an tuberculöser Meningitis gestorben war, das gesuchte Object zu finden in einem harten käsigen Knoten im subcutanen Gewebe des Vorderarmes, welcher zwei Stunden nach dem Tode exstirpirt wurde. Die käsige Masse wurde mit allen Vorsichtsmaassregeln in Kochsalzlösung zerkleinert, und 2—3 Ccm der Flüssigkeit in die Bauchhöhle und das subcutane Gewebe von Meerschweinchen injicirt. In der That wurden die Thiere in sehr kurzer Zeit tuberculös; eines, welches bereits am 6. Tage an allgemeiner Tuberculose starb, wurde zum Abimpfen benutzt, und so wurden nach einander sechs Generationen inficirt. Der Verlauf der erhaltenen Affection war in allen Fällen gleich; schon nach einigen Tagen entwickelte sich an der Impfstelle ein Knoten von grauröthlicher Farbe, welcher mikroskopisch deutlich eine Zusammensetzung aus mehreren Knötchen zeigte und sehr bald in Verkäsung überging, während die Peripherie fibrös wurde, oder es erfolgte frühzeitig Vereiterung und Durchbruch. Bald darauf entwickelten sich secundäre Knötchen in der Umgebung, die Leistendrüsen schwollen an, und wurden käsig, oder bei Injection des Impfmaterials in die Bauchhöhle entstand allgemeine Tuberculose der Drüsen, der Mesenterien, Leber, Milz, Lungen. Diese Generalisation erfolgte nach der Injection zuweilen auffallend schnell, schon nach 5—6 Tagen, während die Hautknoten sehr viel gutartiger waren.

Das mikroskopische Verhalten der Impfknötchen stimmte ganz vollständig mit dem bei gewöhnlicher Tuberculose, aber es fanden sich selbst in den kleinsten, augenscheinlich jüngsten Knötchen eine oder mehrere feinkörnige Massen, welche in der Regel als verkästes Material angesehen werden — daneben deutliche käsige oder auch hyaline Degenerationen, in den älteren Knötchen auch epithelioide und Riesenzellen. Sämmtliche Thiere der 4 ersten Impfgenerationen liessen auch bei sorgfältigster Untersuchung der Knötchen keine Spur von Bacillen erkennen. Ein Thier der 5. Generation, welches am 31. Tage nach der Impfung gestorben war, zeigte jedoch einige deutliche Bacillen; bei einem Thier der 6. Generation (Tod am 8. Tage) wurden die Bacillen wiederum vermisst, bei einem am 20. Tage gestorbenen wurden sie in ziemlich grosser Anzahl gefunden. Demnach handelt es sich nach Ansicht der Verf. um zwei verschiedene Facta, die der Erklärung bedürfen: 1) die Existenz einer Tuberculose ohne Bacillen, 2) das Auftreten von Bacillen in einer Reihe von Tuberculose-Fällen, welche anfangs frei davon waren.

Die Verf. glauben nun in der That den Beweis führen zu können, dass in den Fällen der ersten Bacillen-freien Periode sich andere Mikroorganismen finden, und zwar sehen sie als solche die bereits erwähnten feingranulirten Massen an, welche selbst in kleinsten Knötchen, die noch frei von Verkäsung sind, vorkommen, und zwar ganz scharf begrenzt, ohne alle Uebergänge zu degenerirten Zellen in der Umgebung; ja es finden sich ganz dieselben Massen auch neben den Knötchen im Gewebe des Mesenterium, von rundlicher oder länglicher Gestalt, oder mit Vorsprüngen, wie durch Zusammenfliessen mehrerer kleinerer, oder durch Sprossung entstanden. Alle diese Massen bestehen aus kleinsten, anscheinend kugeligen Körnchen, die im Ganzen regellos, an der Peripherie aber in Reihen angeordnet erscheinen. Diese Massen sind resistent gegen Kali, Essigsäure, Aether; sie färben sich mit Picrocarmin gelb, mit Purpurin rosa, gegen Bismarkbraun und Methylviolett verhalten sie sich wie die Kerne, sind aber leichter entfärbbar. Die Bacillenfärbung nehmen sie nicht an.

Obwohl sich diese granulirten Massen also in vieler Beziehung abweichend von Mikrokokken verhalten, nehmen die Verf. doch nicht Anstand, dieselben für Mikrokokken, Zoogloea zu erklären. Da nun eine Einführung derselben durch etwaige Verunreinigung des Materials, ebenso wie eine nachträgliche Entwickelung an den Präparaten auszuschliessen war, und andererseits die Constanz ihres Auftretens bei allen Thieren und in allen Knötchen zweifellos war, so nehmen die Verf. an, dass es sich thatsächlich um vermehrungsfähige Organismen handelte. Uebrigens unterschieden sich die in dem gesunden Gewebe liegenden Haufen nicht von denen in den Knötchen, während sie in den grösseren Knötchen bisweilen verdeckt und undeutlich waren. — Dieselben Zoogloeahaufen fanden die Verf. in den Tuberkeln der Milz, der Leber, der Lungen und der Drüsen. Bemerkenswerth ist übrigens, dass vielfach die angeblichen Zoogloeamassen nicht scharf begrenzt waren, sondern diffus in das umgebende Granulationsgewebe übergingen. In den älteren Tu-

[1]) Den Antheil, welchen Aufrecht und Baumgarten an der Entdeckung der Tuberkelbacillen haben, bezeichnen die Verf. treffend genug: „Il ne suffit pas de trouver, il faut prouver" — vorausgesetzt, dass die Genannten denselben Bacillus gesehen haben, was besonders in Bezug auf Aufrecht nicht sicher sei. Ref. erlaubt sich dazu zu bemerken, dass wohl Niemand Baumgarten abstreiten kann, die ächten Tuberkelbacillen gesehen zu haben. Es war aber ein Glück für ihn, dass Koch seine Entdeckung machte, denn sonst hätten die Bakterien Baumgarten's voraussichtlich dasselbe Geschick gehabt, wie die Mikrokokken von Klebs und Anderen. In Bezug auf eine frühere Reclamation Baumgarten's (cf. No. 18 dieser Zeitschrift) gestattet sich Ref. bei dieser Gelegenheit zu bemerken, dass es ihm damals (cf. No. 15, Anm. auf p. 215) selbstverständlich nicht in den Sinn gekommen sein kann, Baumgarten, nach der so häufig wiederholten Betonung seines Antheils an der Entdeckung der Bacillen, zu den Gegnern der Infectionslehre zu rechnen, dass es ihm aber auch nicht klar geworden ist, wie B. dies aus den Worten des Ref. herauslesen konnte. Den dort citirten Ausspruch B.'s hält Ref. übrigens auch jetzt noch für unrichtig, und glaubt dies aus B.'s eigenen Arbeiten nachweisen zu können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

berkeln mit ausgesprochener käsiger Degeneration waren die Zoogloeahaufen gar nicht vorhanden, oder nur schwer erkennbar; auch in den Tuberkeln mit epithelioiden und Riesenzellen war ihre Gegenwart sehr zweifelhaft, ja bei einem Thiere der 3. Generation, welches am 31. Tage gestorben war, waren die Zoogloeamassen nirgends aufzufinden; dennoch traten sie in einem von diesem abgeimpften Thiere (am 8. Tage getödtet) wieder auf.

Verf. versuchten nun auch die Zoogloeamassen auf Koch'scher Serum-Gelatine zu cultiviren; unter 20 Culturgläsern hatte sich in zweien ein weisses Schüppchen gebildet, welches zum Weiter-Impfen benutzt wurde. Es entstand allgemeine Tuberculose, welche weiter verimpft wurde. Bei dem ersten der geimpften Thiere wurden zahlreiche Zoogloea-Haufen, keine Bacillen gefunden, bei der 3. Generation traten die Bacillen auf, während jene verschwanden. Bemerkenswerth ist, dass dagegen bei einem Meerschweinchen, welches allein von einer zweiten gelungenen Cultur abgeimpft worden war, und nach 4 Tagen (!) an generalisirter Tuberculose starb, sich in den sehr zahlreichen Knötchen keine Zoogloeamassen, wohl aber äusserst zahlreiche Bacillen fanden.

Die Verf. benutzten zu weiteren Impfversuchen tuberculöses Material aus drei subcutanen Abscessen, die vom Knochen ausgingen und keine Bacillen darboten. Die von dem ersten derselben abgeimpften Meerschweinchen zeigten keine Bacillen, aber auch nur theilweise die Zoogloeamassen, im zweiten Fall traten bei den geimpften Thieren zahlreiche Bacillen auf, im dritten Falle spärliche Bacillen bei einem Thier.

Verschieden von den Zoogloeahaufen verhielten sich Mikrokokken, welche hier und da in den Erweichungsheerden gefunden wurden; diese färbten sich lebhaft und zeigten häufig kettenförmige Anordnung, wahrscheinlich sind sie also mit jenen nicht identisch. Was nun den Zusammenhang zwischen den Zoogloeamassen und den Bacillen betrifft, so sind zwei Möglichkeiten vorhanden: 1) die Bacillen entstehen aus einer Umwandlung der Zoogloea, oder 2) sie kommen von einer von letzterer unabhängigen Infection. Die Thatsachen, welche für die erstere Möglichkeit sprechen, sind nach Ansicht der Verf. noch nicht hinreichend, doch scheinen die Verf. am meisten zu dieser Annahme geneigt zu sein; eine zufällige Infection der Thiere durch Bacillen war wohl mit Sicherheit auszuschliessen.

(Uebrigens machen die Verf. auf ein analoges Verhältniss von Zoogloeahaufen zu verstreuten Bakterien und Bacillen aufmerksam, welches bei der „Flacherie" der Seidenwürmer nach den Untersuchungen von Balbiani vorkommen soll.) Die Verf. sind ferner der Ansicht, dass die Zoogloeamassen, wenn auch nicht identisch, so doch vielleicht verwandt mit den Monaden von Klebs, Rheinstädter, Schüller und Anderen sein können, namentlich mit den von Klebs neuerdings beschriebenen.

Die Mängel der vorliegenden Arbeit werden dem Leser aus der Inhaltsangabe von selbst einleuchten.

Die Möglichkeit, dass bei der echten Tuberculose noch andere Formen von Mikroorganismen als die charakteristischen Bacillen auftreten, ist klar. Entweder handelt es sich um accidentelle Beimischungen, z. B. die so häufig in erweichten Käseheerden vorkommenden Bakterien septischen oder fauligen Ursprungs — oder um bisher noch nicht genauer bekannte Entwickelungsformen der Bacillen, in erster Linie um Sporen, deren Vorhandensein ja auch von Koch bereits angenommen wurde; — eine andere Möglichkeit scheint uns nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse nicht vorhanden, denn zwei specifisch verschiedene Ursachen für dieselbe Erkrankung giebt es nicht. Verf. suchen nun zu beweisen, dass die von ihnen durch Impfung erzeugte Krankheit wirklich nichts anderes als Tuberculose war, und dass dies in der That der Fall, geht zweifellos aus dem bei ihren Versuchsthieren mehrfach constatirtem Vorhandensein der charakteristischen Bacillen hervor.

Zunächst wird es sich also für uns um die Frage handeln, ob die von den Verfassern beschriebenen granulirten Massen in der That Mikrokokken-Colonien sind. Dieser Beweis scheint uns nicht erbracht zu sein. Feinkörnige Massen von der angegebenen Art sind durchaus noch nicht sicher als Mikroorganismen charakterisirt; wir brauchen hier nur an die so regelmässig und fein granulirten Plasmazellen zu erinnern, welche durch ihr Verhalten gegen Anilinfarben sowie gegen andere Agentien bereits so häufig zu Verwechselungen Anlass gegeben haben; selbst die feinkörnige Granulirung der Riesenzellen hat schon zu der Vermuthung geführt, dass es sich um Mikrokokken handele. Die Verfasser beziehen sich selbst darauf, dass die von ihnen beschriebenen Massen allem Anschein nach mit den unter Andern von Ziegler erwähnten und abgebildeten feinkörnigen Massen identisch sind, welche dieser für ein Produkt der Verkäsung ansieht. — Beweis genug, dass die Mikrokokken-Natur dieser Gebilde bei Weitem nicht so klar ist, als die Verfasser annehmen. Einige ihrer Abbildungen machen in der That auf den ersten Blick den Eindruck, dass sie nichts anderes als Riesenzellen darstellen (Fig. 5), welche merkwürdigerweise neben den vermeintlichen Zoogloeahaufen gar nicht vorhanden sein sollen.

Der Punkt, von welchem die Verf. ausgehen, ist aber offenbar bereits ein sehr bedenklicher, nämlich die Annahme von Bacillen-freien Tuberkeln, als Grundlage ihrer weiteren Untersuchung. Wie können die Verf. die Sicherheit gewinnen, dass der von ihnen benutzte käsige Knoten in der That frei von Bacillen war? durch die Untersuchung gewiss nicht, denn das von ihnen benutzte Impfmaterial ist doch nicht auf Bacillen untersucht worden; und selbst wenn solche in der That fehlten, so mussten die Verfasser doch bei ihrem Standpunkt annehmen, dass darin ihre Abkömmlinge, also Sporen vorhanden seien. Was erfolgt nun nach der Impfung? Es entsteht eine ganz ausserordentlich foudroyante Tuberculose, und die Verf. sind ausser Stande, bei einer Reihe von Thieren Bacillen nachzuweisen; dann kommt plötzlich eine Anzahl Thiere vor, in welchen die Bacillen deutlich und in grosser Zahl vorhanden sind. Ist es nun nicht wahrscheinlicher, anzunehmen, dass auch in den ersteren Bacillen vorhanden waren, dass sie aber übersehen worden sind? Und weiter; die Verfasser stellen Culturen von ihren bacillenfreien Tuberkeln an, von welchen zwei gelingen. Ueber eine Untersuchung der Culturen selbst wird nicht berichtet; nach der Impfung mit diesem cultivirten Material stirbt ein Thier an sehr acuter Tuberculose mit sehr zahlreichen Bacillen; bei den von der zweiten Cultur geimpften Thieren werden solche bei zwei Generationen zwar nicht gefunden, bei der dritten Generation aber treten sie wieder auf. Was liegt da näher, als anzunehmen, dass die Verf. doch nicht hinreichende Sorgfalt auf die Untersuchung verwendet haben, und dass sie in den Fällen, wo die Bacillen nur spärlich vorhanden waren, dieselben übersahen!

Die Verf. legen nun besonderes Gewicht darauf, dass gerade kurze Zeit nach der Impfung keine Bacillen gefunden wurden, und dass letztere erst in späterer Zeit auftraten (aber auch das war nicht ohne Ausnahme); das stände nun wohl mit unsern Ansichten von der Entwickelung der Bacillen im Einklang. Es ist möglich, ja sogar wahrscheinlich, dass die Bacillen in der That nicht immer als solche, sondern als Sporen sich im Organismus verbreiten, und dann an Ort und Stelle erst ihre weitere Entwickelung erlangen, und sich vermehren. Ja, man kann diese Vermehrung an Ort und Stelle bei Impfungen mit einem sehr wenig bacillenhaltigen Material direct nachweisen.

Es würde also die Frage darauf hinaus kommen: Sind wir berechtigt, in den von den Verfassern beschriebenen Haufen die Sporen von Bacillen zu erkennen? Nach dem oben Gesagten können wir diesen Nachweis noch nicht als erbracht ansehen. Denn nach dem, was wir bisher von den Sporen der Bacillen wissen, verhalten diese sich anders.

Die ganze Fragestellung der Verfasser ist offenbar eine falsche; sie leidet an demselben Fehler, die so viele Irrungen auf diesem Gebiete hervorgerufen hat. Während die Verfasser ganz richtig die Tuberculose in ihrer ätiologischen Bedeutung, d. h. als ätiologische, nicht als morphologische Einheit auffassen, beginnen sie damit, diese Einheit a priori aufzuheben, und sog. „bacillenfreie" Tuberculose zum Ausgang ihrer Untersuchung zu machen, die also doch dann einer andern Krankheitsursache ihre Entstehung verdanken würde. Während der fortlaufenden Impfversuche tritt das charakteristische Element, die Bacillen, in den Impftuberkeln hervor, und dennoch bleiben die Verf. dabei, dass sie mit bacillenfreiem Material geimpft haben! Ob es sich dabei um ausgebildete Bacillen, oder um die Sporen handelt, ist schliesslich nebensächlich.

Das Resultat der Untersuchung kann demnach nur als Bestätigung der Angaben Koch's, besonders mit Rücksicht auf die positiven Erfolge der Impfung mit cultivirtem Material dienen, und in dieser Beziehung können wir die Arbeit der beiden französischen Forscher nur anerkennen und willkommen heissen.

VI. Neue Zeitschriften.

Soeben geht uns die 1. Nummer des Centralblattes für Thiermedicin zu, die fortan 2mal monatlich in dem Verlage von F. Enke in Stuttgart erscheinen wird, wodurch, wie der Herausgeber mit Recht bemerkt, für das Gedeihen des Blattes in buchhändlerischer Hinsicht, jede denkbare Garantie geboten ist. Die Bedeutung der Thiermedicin für die Medicin überhaupt ist in dem letzten Jahrzehnt immer mehr hervorgetreten. Wir dürfen annehmen, dass die vortreffliche „Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin und vergleichende Pathologie", Leipzig, F. C. W. Vogel, durch das neue Blatt des Herrn Pütz eine wesentliche Ergänzung finden wird, so dass beide zusammen auch für den Arzt zur Orientirung auf dem Gebiete des Veterinärwesens genügen. Schon die 1. Nummer desselben enthält interessante Artikel und Mittheilungen. Wir entnehmen ihr folgendes aus dem Veterinär-Etat des landwirthschaftlichen Ministeriums in Preussen:

„Bei den Thierarzneischulen ist nur eine Erhöhung der Ausgaben um 2520 Mark eingetreten. Dagegen sind für das Veterinärwesen 22400 Mark mehr ausgeworfen, davon 2400 Mark für 4 neue Kreisthierarztstellen und 20000 Mark zur Erhöhung der Remuneration für die Grenzthierärzte und deren Assistenten.

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Pferdezucht- und Viehzucht-Prämienfonds sind um je 15000 (= 30,000 Mark) verstärkt worden."

In Frankreich, wo die medicinische und hygienische Publicistik, abgesehen von Lyon, bisher wesentlich in Paris centralisirt war, macht sich in der neuesten Zeit ebenfalls eine Tendenz zur Decentralisation geltend. Wir machen aufmerksam auf ein neues in Bordeaux erscheinendes Blatt, „Revue Sanitaire de Bordeaux et du Sud Ouest", besonders um deswillen, weil die Revue herausgegeben wird von A. Layet, Oberarzt der Marine a. D. und Professor der Hygiene an der medicinischen Facultät zu Bordeaux.

Das Blatt, dem bei der Leitung des vortrefflichen französischen Hygienikers eine gute Zukunft zu prophezeihen ist, bringt vor Allem auch die vielfach interessanten und wichtigen Verhandlungen der Gesundheitspflege zu Bordeaux. P. B.

VII. Ueber die so eben erschienene preussische Arzneitaxe, deren Sätze ja auch für die Aerzte nicht ohne Wichtigkeit sind, sagt die Pharm. Z., dass die zahlreichen Veränderungen der Arzneipreise den beispiellos niedrigen gegenwärtigen Marktpreisen fast aller Rohdrogen und chemischen Präparate entsprechend, meist Preisherabsetzungen seien. Indess seien dieselben, bei den kleinen Posten wo es sich immer nur um 5 höhstens 10-Pfg.-Preise handeln könne, natürlich nicht bedeutend genug, „um irgend welche Besorgnisse in pharmaceutischen Kreisen erregen zu können". Hier gäben „ausschliesslich die Arbeits- und Gefässpreise den Ausschlag und diese sind, wie überhaupt die gesammten Taxprincipien, unverändert geblieben. Auch die eigentlich gangbaren Arzneimittel wie Chinin, Jod, Jodkalium, Opium etc. haben keine oder keine nennenswerthen Herabsetzungen erfahren. Chinin sulf. ist im Decigrammpreise unverändert auf 0,10 Pf. stehen geblieben, dagegen im Grammpreise um 5 Pfg. gefallen." Der Preis des Letzteren beträgt somit pro 1884 65 Pfg. Bei der grossen Bedeutung des Chinins, das man nicht mit Unrecht „das Brod des kranken Mannes" genannt hat, interessirt es vielleicht, dass ein Gramm desselben nach der preuss. Taxe 1868 40 Pfg., 1877 b 115 Pfg., 1878—1881 95 Pfg. kostete.

Eine starke Preissteigerung hat ein in seinem Marktwerth sehr bekannter Artikel, nämlich Leberthran, erfahren, dessen Preis von 35 resp. 55 Pfg. auf 85 resp. 125 Pfg., also um weit über das Doppelte erhöht worden ist. Auch Aqua florum Aurantii hat eine erhebliche Preissteigerung erfahren. Neuaufgenommen in die Taxe sind: Acidum osmicum, Calc. carb. praec. purum, Caryophylli subt. p., Cotoinum, Hydrochinonum, Kairin, Massa pilul. Valetti, Papayotin. pur.; aus derselben fortgelassen: Calc. phosph. crud., Curarin. sulf., Farin. Hordei pp., Furfur. Tritici, Gossypium dep. Percha lamellata (an Stelle deren P. depurata getreten ist). P. B.

VIII. Zur Frage des Wartepersonals in Krankenhäusern bringt der neueste Verwaltungsbericht des Magistrats zu Berlin über das städtische allgemeine Krankenhaus im Friedrichshain einen sehr wichtigen Beitrag. Es heisst daselbst, dass seit der Eröffnung des Krankenhauses im October 1874 stets ein grosser Wechsel im Wartepersonal stattgefunden, und derselbe sich von Jahr zu Jahr gesteigert hat. In den letzten 8½ Jahren sind 455 Wärter, resp. Wärterinnen ausgetreten, so dass das etatmässig aus 55 Personen bestehende Wartepersonal sich fast in jedem Jahre erneuert hat, mit Ausnahme zweier Oberwärter, die seit Eröffnung der Anstalt ihre Stellung innehaben. Von den im vorigen Jahre thätig gewesenen Wärterinnen haben wiederum 24 wegen mangelhafter Behandlung der Kranken, Widersetzlichkeit etc. entlassen werden müssen. Abgesehen von dem schweren Dienst in dieser Anstalt, liegt die Hauptursache zu diesem ungeheuren Wechsel des Personals in dem Umstande, dass die meisten der dort angestellten Wärter die Krankenpflege nur vorübergehend als Mittel zum Lebensunterhalt betrachten und die guten Elemente unter dem Wartepersonal mit verderben. Diesem Uebelstande, unter welchem die Kranken vorzugsweise zu leiden haben, kann einzig und allein durch Anstellung von Diaconissen abgeholfen werden, und sind daher seit längerer Zeit die Bemühungen der Direction dahin gerichtet, Diaconissen zur Pflege der Kranken zu bekommen — bis jetzt sind aber diese Bemühungen ohne Erfolg geblieben. Im Interesse der Kranken wäre zu wünschen, dass das neue Jahr darin Wandlung brächte.

Es ist dringend nothwendig, dass dieser Aufgabe allseitig näher getreten werde. Durch Diaconissinnen allein wird sie auch noch nicht gelöst, wenn nicht eines dabei festgehalten wird — die absolute Alleinherrschaft des dirigirenden Arztes, der die Befugniss haben muss, unweigerlich die Persönlichkeiten aus dem Wartepersonal, welcher Art dasselbe auch sein mag, zu entfernen, die sich in dies Verhältniss nicht hineinzufinden vermögen. Als Krankenpflegerin besitzt auch die Diaconissin nur einen Oberen, und dies kann nur der Arzt sein. P. B.

IX. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am Montag den 17. December 1883 Abends 8 Uhr im Hôtel Schüler.

Vorsitzender: Herr Leyden.
Schriftführer: Herr Ewald.

Das Protokoll der vorigen Versammlung wird angenommen.

Aufgenommen sind die Herren: Leo, Köllen, Davidsohn, Eberth und Villaret.

In Bibliotheks-Angelegenheiten stellt Herr Wernich den Antrag, auf die bis dahin dem Verein als Geschenk überlassenen „Fortschritte der Medicin" zu dem vom Verleger angebotenen Preise zu abonniren. Der Antrag wird angenommen. Derselbe theilt ferner mit, dass, da es noch nicht gelungen, einen Raum für die Bibliothek im Vereinslokal zu beschaffen, er dieselbe zunächst wieder in seiner Wohnung untergebracht habe. Doch wird um die Benutzung zu erleichtern, demnächst ein entsprechend eingerichteter Zettelkatalog im Sitzungslocale aufgestellt werden. Abgesehen von dem regelmässigen Austausch ist die Bibliothek durch eine Reihe werthvoller Geschenke aus dem Nachlass des verstorbenen Mitgliedes Veit (durch Herrn Dr. Joh. Veit) und durch eine Schenkung des Herrn Leyden bereichert worden.

Hierauf erhält das Wort

Herr Becker: zu einer Demonstration von Osteomyelitis-kokken.

(Die Erläuterungen des Herrn Vortragenden zu seinen Demonstrationen enthielten in anderer Form nur was die vorläufige Mittheilung des Herrn Director Dr. Struck (diese W. 1883 S. 665) in sich fasste. Wir können daher an dieser Stelle auf jene Mittheilung verweisen, in der auch die Präparate beschrieben sind, die Herr Becker im Verein für innere Medicin vorzeigte. Selbstverständlich wird die Separatausgabe der Sitzungsberichte pro 1883/84 demnächst das ausführliche Protokoll auch der Erläuterungen bringen. D. Red.)

Auf eine Anfrage des Herrn Wernich, ob zur Controle das Secret anderer Eiterungen als der infectiösen Osteomyelitis auf dieselben oder ähnliche Mikrokokken sowohl morphologisch als auf eine entsprechende Züchtungsfähigkeit untersucht wurde, erwidert der Vortragende, dass speciell alle entsprechenden Züchtungsversuche mit Eiter anderweitiger Herkunft bis jetzt ohne Resultat geblieben seien.

Es folgt die Discussion über den Vortrag des Herrn Litten über Hämoglobinämie und Hämoglobinurie. Das Wort erhält:

Herr Liebreich: Wir haben in dem Vortrage des Herrn Litten eine Untersuchung kennen gelernt, welche zu dem Resultate führte, dass unter Umständen durch Substanzen im Blute Blutfarbstoff aus den Blutkörperchen gelöst wird, und, soweit ich verstanden habe, dieser Ursache einer nachher eintretenden Nephritis ist. Dann hat derselbe eine Substanz genommen, von welcher er sagt, sie diene bekanntlich dazu, aus dem Blut Blutcrystalle zu gewinnen, dadurch, dass die Blutkörperchen zerstört werden. Er wählte als Beispiel das Anilin. Nun würde sich, wenn die Untersuchung richtig wäre, ergeben müssen, dass alle anderen Substanzen, welche die Blutkörperchen auflösen, dasselbe Resultat ergeben. Der Blutfarbstoff soll nach Herrn Litten sich nicht zerlegen, während bekannt ist, dass derselbe, wenn er sich dissolut in der Blutbahn vorfindet, in Gallenfarbstoff übergeht. Ich glaube, dass die Erscheinungen, welche von Herrn Litten beobachtet sind, als toxische Nephritis nach Anilin zu betrachten sind, und nicht dazu dienen können, eine Hämoglobinämie nachzuweisen.

Herr Litten geht in seinen Schlussfolgerungen so weit, dass er sagt, wenn irgendwie Blutkörperchen zu Grunde gehen, wie bei Chlorose, so solle man darauf achten, ob nicht Blutfarbstoffe im Urin vorhanden. Diese Auffassung scheint mir nicht berechtigt zu sein, weil der Urin in diesen Fällen überhaupt arm an allen Farbstoffen ist.

Sachlich möchte ich zugleich bemerken, dass die von Litten angeführte Heller'sche Blutprobe eine ziemlich verlassene ist. Es giebt nämlich andere Farbstoffe, welche in ganz ähnlicher Weise solche Niederschläge erzeugen. Man wird also immer auf das Spektroskop recurriren müssen. Ich habe einem Thier nicht Anilin eingespritzt, sondern salzsaures Anilin und mich überzeugt, dass ein stark brauner die Heller'sche Reaction gebender Farbstoff auftritt, dass aber die spektroskopischen Erscheinungen nicht auftreten, sodass ich auf diese Heller'sche Methode keinen grossen Werth legen kann.

Herr Litten: Was den letztgenannten Einwurf des Herrn Liebreich gegen den Werth der Heller'schen Probe anbetrifft, so muss ich zunächst darauf erwidern, dass ich in meinem Vortrage nachdrücklichst und wiederholt betont habe, dass ich mich niemals auf dieselbe allein zum Nachweis der Anwesenheit von Blutfarbstoff im Urin verlassen habe, sondern stets gleichzeitig die spektroskopische Untersuchung angewendet habe, und dass ich nur dann den Beweis des Vorhandenseins von Hämoglobin im Urin als sicher erbracht betrachtete, wenn ich neben der positiv ausfallenden Heller'schen Probe noch die Streifen des Oxyhämoglobin im Spektroskop nachweisen konnte. Indess kann ich die genannte Methode keineswegs für so unzuverlässig erklären, als es der Herr Vorredner gethan hat, und möchte bezüglich dieses Punktes nur Folgendes hervorheben: Wenn man bluthaltigen Harn mit Alkalien kocht, so scheiden sich bekanntlich die Phosphate in flockigem Niederschlage aus und erscheinen, je nachdem man sie im durchfallenden oder im auffallenden Licht betrachtet, blutroth oder mit grünem Farbenton. Diese letztere Eigenschaft rührt bekanntlich vom Dichroïsmus des Blutfarbstoffs her und wird bei allen sonstigen Farbstoffen, welche bei gleicher Behandlung ebenfalls die ausgefallenen Phosphate blutroth färben, vermisst. Es wird Ihnen Allen, meine Herren, bekannt sein, dass nach dem Gebrauch von Rheum und Senna, deren wirksames Princip die Chrysophansäure ist, ein Harn entleert wird, welcher nicht nur reich an Farbstoffen ist, sondern beim Kochen mit Alkalien eine Reaction giebt, welche an die des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Blutfarbstoffs erinnert; d. h. die Phosphate werden blutroth gefärbt, ohne aber eine Spur von Dichroïsmus zu zeigen. Ebensowenig erscheinen bei der spektroskopischen Untersuchung in solchem Urin die Streifen des Hämoglobin. Genau dasselbe gilt für andere Farbstoffe, die im Urin gelegentlich oder nach Einverleibung von Anilin auftreten. Aus diesen Gründen halte ich den Werth der Heller'schen Blutprobe aufrecht, namentlich bei gleichzeitiger spektroskopischer Controlle — und möchte nur Herrn Liebreich fragen, ob er jemals einen Farbstoff in Urin gefunden hat, welcher die Eigenschaft des Blutfarbstoffs — den Dichroïsmus — getheilt hätte. Mir ist ein solcher bis jetzt nicht begegnet.

Betreffs der Zerstörung der rothen Blutkörper durch Anilin muss ich zunächst erwidern, dass von einer Gewinnung von Blutkrystallen durch dasselbe absolut nicht die Rede gewesen ist. Ich habe im Gegentheil erwähnt, dass ich meine Untersuchung zwar mit der Absicht unternahm, den Blutfarbstoff im Thierkörper theilweise in krystallisirte Form überzuführen, dass mir dies aber niemals gelungen ist. Vielmehr trennte sich der Blutfarbstoff stets von den Blutkörpern und fand sich gelöst im Blutserum, welches dunkel rubinroth gefärbt war, ohne ein einzelnes Blutkörperchen zu enthalten. Herr Liebreich interpellirt mich ferner, indem er sagt: Der Blutfarbstoff soll nach Herrn Litten sich nicht zerlegen, während bekannt ist, dass derselbe, wenn er sich dissolut in der Blutbahn vorfindet, in Gallenfarbstoff übergeht.

Obgleich meines Wissens dies mehr angenommen wird, als es bereits thatsächlich sicher und unantastbar erwiesen ist, so habe ich in meinem Vortrag allerdings nur mit wenigen Worten darauf hingewiesen, dass in besonders schweren Fällen Icterus auftritt, wenn nämlich mehr Hämoglobin im Blut gelöst ist, als durch die Excretionsorgane ausgeschieden wird. Die Kürze der Zeit verbot mir, näher auf diese Verhältnisse einzugehen. Thatsächlich zweifle ich keinen Augenblick daran, dass ein Theil des gelösten Hämoglobin in Gallenfarbstoff übergeführt wird, ohne sich aber äusserlich stets durch Icterus oder durch das Auftreten von gallenfarbstoffhaltigem Harn zu erkennen zu geben. Diese Ansicht muss aber so lange hypothetisch bleiben, bis es gelingt, diese Umwandlung, welche sich durch kein äusserlich erkennbares Symptom kennzeichnet, nachzuweisen. Jedenfalls würde sie eine Erklärung für alle diejenigen Fälle abgeben, in welchen trotz nachweisbarer Hämoglobinämie kein Blutfarbstoff im Harn auftritt. Ausser dieser hämatogenen Entstehung des Icterus wäre ein hepatogener auch nicht gänzlich von der Hand zu weisen, da infolge gewisser blutauflösender Agentien Polycholie auftritt, und die Galle innerhalb der Gallenwege eingedickt und resorbirt wird.'

Ferner hat Herr Liebreich die Vermuthung aufgestellt, dass die veränderten Secretionsverhältnisse der Nieren nach Einverleibung von Anilin auf toxischer Nephritis beruhten, und nicht die Folge der Ausscheidung von Hämoglobin wären. Nun, m. H., habe ich Ihnen in meinem Vortrage die experimentellen Thatsachen mitgetheilt, wie sie sich mir ergeben haben, ohne daraus endgültige Schlüsse zu ziehen, und namentlich habe ich den Ausdruck „Nephritis" dabei so viel als möglich zu gebrauchen gescheut. Ich habe Ihnen mitgetheilt, dass ich oftmals nach der Einverleibung von Anilin und Dimethylanilin klaren Urin erhalten habe, der ausser gelöstem Blutfarbstoff und leichtem Eiweissgehalt keine abnormen Bestandtheile darbot; andere Male habe ich zahllose Hämoglobincylinder gefunden, welche die Harnkanälchen weithin verstopften, neben schwerer Albuminurie und Cylindern. Alle diese Erscheinungen schwanden manchmal sehr schnell, andere Male blieben sie länger bestehen. Mikroskopisch fand ich manchmal keine Veränderungen in den Nieren ausser den nachweisbaren Hämoglobinausscheidungen, andere Male schwere epitheliale Veränderungen, in einzelnen Fällen auch leichte Infiltration der Interstitien mit Rundzellen. Es fragt sich nun: kommen diese Veränderungen der Nieren auf Rechnung der Hämoglobinausscheidung oder einer toxischen, im Anilin enthaltenen Substanz. Ich bin der ersteren Ansicht, weil eine Unzahl von Mitteln, die absolut nicht toxisch wirken — und dazu rechne ich auch das Anilin — die gleichen Veränderungen der Nieren hervorrufen. So z. B. wirken in analoger Weise die Injection von reinem Hämoglobin in die Blutbahn und ferner die Transfusion mit andersartigem Blut, welche doch lediglich auch nur durch die Auflösung der Blutkörper die betreffenden analogen Nierenveränderungen hervorruft. Ausserdem ist die weit ausgedehnte Verstopfung der Harnkanälchen, welche ähnlich wirkt wie eine starke Verengerung der Ureteren, auch bei diesen Veränderungen in Betracht zu ziehen. Ich bin daher der Ansicht, dass bei meinen Versuchen kein toxisches Agens die betreffenden Nierenveränderungen hervorgerufen hat, sondern dass die letzteren lediglich durch die fortgesetzte Hämoglobinaussscheidung mit ihren Folgen (Verstopfung der Harnkanälchen und Compression der Epithelien etc.) bedingt waren, ebenso wie ich principiell der Meinung bin, dass durch fortgesetzte Hämoglobinurie Bedingungen geschaffen werden, welche die Secretion der Nieren wesentlich zu verändern im Stande sind.

Schliesslich komme ich auf die Hypothese, welche ich in meinem Vortrag hinstellte, dass es vielleicht möglich wäre, bei solchen Krankheiten, die mit enorm gesteigertem Zerfall der rothen Blutkörper einhergehen, den Blutfarbstoff im Blutserum und eventuell auch im Harn auch dann noch nachzuweisen, wenn dieselben auch für das blosse Auge keine Spur davon enthielten. Ich will damit keineswegs die Ansicht des Herrn Vorredners, dass auch in solchen Fällen der gelöste Blutfarbstoff zum grössten Theil in Gallenfarbstoff übergeht, erschüttern, bin vielmehr für einen Theil des Blutfarbstoffes ganz seiner Meinung.

Herr Lassar: Es mag wohl nicht unstatthaft sein, hier an Untersuchungsresultate, welche ich schon im Juli 1880 der hiesigen physiologischen Gesellschaft mitgetheilt, zu erinnern, weil dieselben factisch den ursächlichen Zusammenhang zwischen Hämoglobin-Ausscheidung und entzündlicher Nierenreizung dargethan haben. Es handelte sich um die bis dahin wenig beachteten weiteren physiologischen und anatomischen Folgen wiederholter Transfusionen. Wenn man Thieren entfasertes Blut homogener Natur (d. h. von derselben Thierart, ja selbst von demselben Individuum) in die Bauchhöhle spritzt, so wird bei Kaninchen meist nach wenig Tagen, bei Hunden oft erst im Verlauf der zweiten Woche in dem bis dahin vollständig normal gefärbten und eiweissfreien Harn plötzlich eine reichliche Menge Hämoglobin sichtbar und auf diese Hämoglobin-Ausscheidung, welche sich in mehreren Nachschüben wiederholen kann, folgt eine manchmal Monate anhaltende Albuminurie von solcher Intensität, wie sie experimentell sonst annähernd nur durch Chromsalzvergiftung hervorgerufen wird. Diese Eiweissausscheidung nun passirt nicht die gesunden Nieren, sondern ist der Ausdruck einer interstitiellen, zuweilen mit Epitheldegeneration verbundenen Entzündung der Nieren, die sich aus dem Vorhandensein hyaliner Harncylinder und dem mikro-anatomischen Befunde ergiebt. In einer grossen Anzahl von Organen nämlich, vorwiegend Milz, Leber, Nieren, hatten sich entzündliche Zellinfiltrationen etablirt und zwar im Anschluss an Schollen und Partikelchen überall in den Geweben abgelagerten Blutfarbstoffs, der nach Art von Fremdkörpern das Centrum zahlreicher kleiner Entzündungsgebiete darstellte.

Es kann seit diesen Experimenten einem Zweifel wohl kaum noch unterlegen haben, dass Hämoglobin-Ausscheidung eine veritable Nephritis im Gefolge zu führen vermag.

Herr Leyden: Ich möchte den Herrn Vortragenden zur Aeusserung über zwei Punkte veranlassen: Erstens ob derselbe bei seinen Experimenten etwas von Fiebererscheinungen gesehen hat. Bekanntlich geht bei Menschen die vielfach beobachtete paroxysmale Hämoglobinurie mit Fieberanfällen einher. Ich habe selbst vor einiger Zeit im Paroxysmus eine Temperatur von 40,8° C beobachtet. Nach der jetzt geltenden Auffassung handelt es sich bei dieser Krankheit um den Zerfall der rothen Blutkörperchen unter dem Einfluss der Kälte, und würde danach die Ursache des Fiebers in der chemischen Einwirkung der Zerfallsproducte der Blutkörperchen zu suchen sein. Ich bin vielleicht nicht vollkommen orientirt, aber ich glaube mich zu erinnern, dass man auch bei der Transfusion analoge Fiebererscheinungen beobachtet hat. Es würde nun von Interesse sein, zu erfahren, ob Herr Litten bei seinen experimentellen Untersuchungen Fiebererscheinungen beobachtet hat.

Zu der zweiten Frage werde ich durch eine Bemerkung des Herrn Liebreich veranlasst, welcher sehr richtig darauf aufmerksam gemacht hat, dass die vorgetragenen Untersuchungen des Herrn Litten eine pathologisch interessante Frage streifen, nämlich die vom Bluticterus oder hämatogenen Icterus. Ich habe mich selbst früher mit dieser Frage beschäftigt und bin vor Jahren für die Existenz des Bluticterus eingetreten. Derselbe ist späterhin sehr scheel angesehen, und seine Berechtigung eine Zeit lang ganz bestritten worden. Unzweifelhaft haben die meisten Formen des Icterus, welche zur Behandlung kommen, in mechanischen Störungen der Gallenexcretion ihren Grund, indessen liegen doch mehrfache Thatsachen vor, welche dafür sprechen, dass es einen Blut-Icterus giebt, dadurch bedingt, dass sich gelöster Blutfarbstoff innerhalb der Blutbahnen in Gallenfarbstoff verwandelt; wenn der so gebildete Gallenfarbstoff nicht so schnell wie in den Thierexperimenten durch Leber und Niere ausgeschieden wird, wenn vielmehr die Function dieser Drüsen durch den gesammten Krankheitszustand beeinträchtigt ist, so wird es begreiflich, wie ein Bluticterus entstehen kann. Es will mir nun scheinen, dass die Lehre vom Bluticterus in neuerer Zeit eine Stütze gewonnen hat durch Beobachtungen über die Auflösung des Blutfarbstoffes in der Circulation. Namentlich scheinen mir die Beobachtungen über Vergiftung mit chlorsaurem Kali entschieden für die Existenz des Bluticterus zu sprechen. Es handelt sich dabei um die Auflösung des Blutfarbstoffes, die Nieren werden verstopft, die Ausscheidung des Blutfarbstoffes verhindert, und in der That sieht man ausgesprochenen Icterus auftreten.

Ich möchte den Herrn Vortragenden zur Aeusserung darüber anregen, ob er bei seinen Untersuchungen Beobachtungen gemacht hat, welche für die Lehre vom Blut-Icterus von Werth sein könnten.

Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Herr Liebreich: Aus dem reichen Material, das Herr Litten vorgeführt hat, bin ich nicht in der Lage auf alle Punkte einzugehen. Ich will nur betonen, dass Herr Litten annimmt, es gebe keine Nephritis, die schnell verschwindet. Ich will dem nur die vorübergehende Nephritis bei Cantharidenvergiftung entgegenhalten.

Was die Erklärung der Vorgänge bei der Transfusion anlangt, so wird nach meiner Annahme, wenn Hämoglobin aufgelöst wird, der grösste Theil in Gallenfarbstoff übergeführt.

Was die Schlussfolgerung des Herrn Litten anbetrifft, so will ich nur anführen, dass selbst bei der perniciösen Chlorose, kein Blut im Harn beobachtet ist. Ich erkläre die Versuche des Herrn Litten als die toxische Erscheinung, welche eintritt nach Injection von Anilin. Wenn Herr Litten Recht hätte, müssten alle die zahlreichen Substanzen, welche Hämoglobin lösen, dasselbe Bild geben.

Herr Ewald: Ich möchte nur auf Anregung des Herrn Vorsitzenden erwähnen, dass nach meiner Kenntniss allerdings bei der Transfusion Fieber beobachtet wird, und dass ferner bei paroxysmaler Hämoglobinurie Icterus vorkommt. Es liegt darüber ein Fall aus der italienischen Literatur vor. Dann darf ich vielleicht hinzufügen, dass nach meiner Auffassung der hämatogene Icterus eine vollkommen gesicherte pathologische Thatsache ist, wofür ich die Gründe in einem Aufsatz über Gelbsucht in Eulenburg's Realencyklopädie niedergelegt habe.

Herr Flies hat Gelegenheit gehabt in Fällen von Kochsalztransfusion bei Hunden Icterus zu beobachten. In der That gehen rothe Blutkörperchen bei der Kochsalztransfusion zu Grunde. Trotzdem Hämoglobin gebildet wird, tritt aber niemals Eiweiss im Harn auf.

Herr Litten: Was den letzten Herrn Redner anbetrifft, namentlich die Thatsache, dass trotz des Unterganges von rothen Blutkörperchen kein Eiweiss ausgeschieden worden ist, so erlaube ich mir nur noch darauf hinzuweisen, dass ich in meinem Vortrage als ganz essentiell hervorgehoben habe, dass Hämoglobinämie bestehen kann, ohne dass irgend etwas von Blutfarbstoff oder Eiweiss durch die Nieren ausgeschieden wird. — Herrn Liebreich möchte ich noch speciell um Auskunft über seinen Versuch mit salzsaurem Anilin bitten.

Herr Liebreich: Ueber die Versuche mit salzsaurem Anilin bin ich sehr gern bereit Mittheilung zu machen, sobald sich weitere Resultate daran knüpfen werden.

Herr Litten: In Betreff der Vergiftung mit Canthariden muss ich hervorheben, dass man dabei eine Nephritis bekommt mit wirklichen anatomischen Veränderungen in den Nieren, eine Nephritis, die von französischen und deutschen Autoren mit besonderer Sorgfalt studirt worden ist.

Fiebererscheinungen habe ich bei meinen Versuchen nicht beobachtet, allerdings waren die Thiere durch Inanition sehr heruntergekommen.

Was die Umwandlung des Blutfarbstoff in Gallenfarbstoff anlangt, so habe ich bei einigen Thieren die Uretheren unterbunden, um zu vermeiden, dass eine Ausscheidung des gelösten Hämoglobin durch die Nieren eintritt, ohne jemals Icterus zu beobachten, während bekannt ist, dass in anderen Fällen von schwerer, namentlich experimentell erzeugter Hämoglobinämie Icterus auftritt.

X. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 3. April 1883.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Beger.

Herr Fraenkel demonstrirt ein typisches Exemplar von Varicen im Oesophagus. Das Präparat rührt von einer 73jährigen Frau her, welche nicht leberleidend war.

Herr Lubrecht stellt einen Kranken vor, welcher an pulsirendem Exophthalmus in Folge von Ruptur der Carotis im Sinus cavernosus gelitten hatte.

Der Fall ist bereits ausführlich in dieser Zeitschrift mitgetheilt worden.

Herr Unna stellt das am 20. März demonstrirte Kind mit Lichen ruber als der Heilung nahe vor. Seit 14 Tagen wurden beide Körperhälften behandelt. Die Knötchen sind eingesunken und abgeblasst; auf der Höhe derselben findet sich eine Delle. Die Behandlung bestand in Anwendung von Sublimat-Carbol-Salben. Unna hat jetzt 20 Fälle von Lichen hiermit geheilt. In jüngster Zeit wendet er statt der Salbe Leim an, der dann 1‰ Sublimat und 4 Proc. Carbolsäure enthält.

Herr Cohen spricht über eine seltene Form chronischer Laryngitis.

M. H.! In einer der Decembernummern der Deutsch. med. Wochenschrift [1]) beschreibt Bresgen unter der Ueberschrift: „Ein seltener Fremdkörper im Larynx als Ursache hochgradiger Dyspnoe" folgenden Fall: er wurde Morgens wegen heftiger Athembeschwerden zu einer 42jährigen Frau gerufen, welche seit 8 Tagen an Husten und leichter Heiserkeit litt und seit längerer Zeit wegen alter Lues mit Jodkali behandelt wurde. Bresgen fand die Stimmbänder nicht nennenswerth geröthet, jedoch nicht ganz ausgiebig functionirend; unterhalb derselben lag eine grünlich graue Masse, diaphragma-ähnlich ausgespannt mit einer bleistiftdicken, zackig umrandeten Oeffnung nach rechts; ähnliche Borken fanden sich auch tiefer in der Trachea, ohne dass man von Geschwüren etwas wahrnehmen konnte. Die Krankheit wurde durch ein Expectorans schnell geheilt.

1) 1882, No. 44.

Eine Durchsicht der Literatur liess Bresgen nichts Aehnliches auffinden und in der That scheint es sich um ein recht seltenes Vorkommniss zu handeln, das in keinem der Lehr- und Handbücher über Kehlkopf-Krankheiten Erwähnung gefunden hat. Ich selbst habe einen derartigen Fall seit anderthalb Jahren in Behandlung und glaube, dass eine kurze Skizze desselben ein gewisses Interesse haben dürfte. Sie werden daraus die Ueberzeugung gewinnen, dass es sich um eine Krankheit sui generis handelt, welche, weit entfernt, immer durch ein Expectorans schnell geheilt zu werden, vielmehr als ein schweres, eminent chronisches Leiden auftreten kann, das für den Kranken äusserst quälend ist und der Behandlung hartnäckig trotzt.

Meine Patientin ist eine Frau von 55 Jahren, etwas corpulent, dabei blass; Lues ist wohl mit Sicherheit auszuschliessen. Als Kind trat nach einer Erkältung plötzlich Heiserkeit auf, die sich wieder verlor, ohne Spuren zu hinterlassen, vielmehr hat die Kranke später viel und sehr gut gesungen, bis zu ihrem ersten Wochenbett im 25. Lebensjahre. Damals stellte sich nach dem Singen Heiserkeit ein, welche nicht wieder vorüberging, sondern sich mit dem Eintritt des Winters zu dem äusserst charakteristischen, jetzigen Leiden entwickelte. Während die Patientin sich im Sommer nahezu völlig wohl befindet, tritt seit dieser Zeit, also seit 30 Jahren, jedesmal mit Beginn der rauhen Jahreszeit und besonders durch Nord- und Ostwinde begünstigt, Heiserkeit auf, die besonders in den Morgenstunden nach der Nachtruhe bis zu völliger Aphonie gesteigert und meist mit starker Dyspnoe verbunden ist, bis durch heftigen, mühevollen Husten die von Bresgen beschriebenen Borken entfernt worden sind. Die Kranke ist bei trockenen, kalten Winden in einem sehr erbärmlichen Zustand; stundenlang des Morgens völlig stimmlos, die In- und Exspiration, namentlich die letztere, mühevoll und von lautem Stenosengeräusch begleitet, ist sie bei der genannten Witterung, den grössten Theil des Winters hindurch, unfähig, das Haus zu verlassen. — Das Leiden scheint gleich anfangs nahezu mit derselben Intensität, die es jetzt darbietet, aufgetreten zu sein, schon in den ersten Jahren griff man wegen der Dyspnoe zu Blutentziehungen etc.; die Behandlung aber blieb ganz machtlos und schliesslich beschränkte sich die Kranke darauf, permanent Wasser in ihrem Zimmer zu verdampfen und durch Inhalationen, Pinselungen des Rachens und Kehlkopfs, Gurgelungen, die Expectoration der beengenden Borken zu erleichtern.

Ich sah sie zuerst Ende September 1881. Die Mundschleimhaut, namentlich der weiche Gaumen, war blass, die hintere Rachenwand bot das Bild der Pharyngitis sicca mit gerötheter, glänzender Schleimhaut und den bekannten Streifen angetrockneten Secrets in der Mitte; an der Nase wurde nichts Pathologisches wahrgenommen. Epiglottis normal. Die Kehlkopfschleimhaut, namentlich die falschen Stimmbänder und die Schleimhaut über den Aryknorpeln mässig geröthet, die wahren Stimmbänder verdickt; einzelne Theile des Kehlkopfinnern, besonders der eine oder andere Ventriculus Morgagni oder der Winkel über der vorderen Commissur zeigen sich austapeziert mit festhaftenden, dunkelgrünen bis schwarzen, lederartigen Borken, welche genau denen gleichen, wie sie bei den trockenen Formen der Bräune die Wände der Nasenhöhlen bedecken. Die freien Ränder der Stimmbänder sind besetzt mit angetrocknetem Schleim, der stachlig vorspringt und einerseits den Schluss der Glottis hindert, andererseits das Lumen nicht unwesentlich beeinträchtigt. Bringt man mit dem Pinsel Wasser oder Oel in den Larynx, so werden die Krusten lose und nun als centimetergrosse, pergamentartig zähe Stücke durch den Husten ausgestossen. Dann sieht man, dass in der Trachea derselbe Process besteht: dieselbe sieht aus, wie mit Schimmel bedeckt, von der tiefgerötheten Wand springen überall inselförmige, trockene, gelbe oder graue Schleimmassen stachlig in das Lumen vor, die namentlich unterhalb der Glottis sehr häufig das von Bresgen beschriebene Diaphragma bilden, mit gezähnten, sägeartigen Rändern, welches auf den ersten Blick an die Chorditis inferior hypertrophica erinnern kann. Durch häufiges Ausdrücken des feuchten Pinsels gelingt es, die Borken successive flott zu machen und ein nahezu reines Bild zu bekommen, welches übrigens nichts zu dem Befunde hinzuträgt und namentlich nichts von Ulcerationen aufweist.

Die Behandlung versuchte ich anfangs mit Pinselungen von Jod-Jodkalilösung und dann auf Empfehlung von Mackenzie [1]) bei Laryn-

1) Diseases of the thorax and nose. London 1880, p. 289.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gitis chronica mit verringerter Secretion, wo, wie er sagt, „die Schleimhaut trocken und glänzend aussieht", mit Carbolsäure in Glycerin; es trat wohl etwas Erleichterung ein, welche aber mehr auf die tägliche gründliche Reinigung des kranken Organs geschoben werden musste, als dass man gerade einen Rückgang des entzündlichen Processes hätte constatiren können. Erst länger fortgesetzte Pinselungen mit Argentum nitricum nach vorheriger Entfernung der Secretmassen, das ich zuletzt in einer Concentration von 1 : 5 anwandte, schafften merkliche Besserung, so dass Patientin sich schon Ende November recht gut fühlte und den Rest des Winters ohne nennenswerthe Beschwerden verbrachte. Der Sommer war, wie immer, gut.

Im verflossenen October wurde die Stimme wieder belegt, im Anfang November zeigten sich Morgens wieder die bekannten Borken, und die Patientin trat am 17. November abermals in Behandlung. Am weichen Gaumen fanden sich kleine, punktförmige Ecchymosen in der sehr anämischen Schleimhaut, der Rachen war wie oben beschrieben; im Aditus laryngis springt der bekannte Wulst zwischen den Aryknorpeln etwas stärker vor als in der Norm, und erscheint in seiner dem Kehlkopf zugewandten Fläche öfters weisslich gefärbt. Das linke falsche Stimmband tritt stärker vor als das rechte, die wahren Stimmbänder sind dick, trübe und geröthet. Borken sind im Kehlkopf seltener zu sehen, werden entweder jetzt weniger gebildet oder leichter schon Morgens beim Erwachen expectorirt; hin und wieder hustet die Kranke allerdings Stücke von 1 cm Länge und darüber aus, die schwer zerreissliche, ganz trockene, pergamentartig zähe, schwarze Krusten darstellen. Während also im Kehlkopf die Intensität der Erkrankung gegen vorigen Winter entschieden abgenommen zu haben schien, war sie in der Luftröhre heftiger entwickelt. Fast regelmässig sieht man unter den Stimmbändern die scharfen, zackigen Ränder des Bresgen'schen Diaphragmas hervorragen und tief hinunter in der Luftröhre gelbe oder graue, trockene, wie schimmelartige Beläge, die Luftröhrenschleimhaut an den freien Stellen ist gleichmässig purpurroth, Blutungen, wie am Gaumen, habe ich nicht wahrgenommen.

Die Pinselungen mit Lapis machten schon in 10 proc. Lösung Reizung und Schmerzen; ein Versuch, die Trachea durch die Tobold'sche Spritze mit 5 proc. Lapislösung direct zu berieseln, erschien zweimal ganz gut ausführbar, das dritte Mal aber trat heftigster Husten mit lebhaften Rückenschmerzen auf, die mehrere Tage anhielten und der Patientin intensive Beschwerden machten. Ich bin daher in den letzten Wochen von einer mechanischen Behandlung abgestanden und habe Inhalationen angerathen, diese waren früher häufig, im letzten Jahr von mir mit Kalkwasser, mit Terpentin, mit Kochsalzlösung empfohlen, aber stets ganz wirkungslos geblieben. Ich verordnete dieses Mal Milchsäure, 15 Tropfen auf das Glas des Inhalations-Apparates, allmählig auf 20 Tropfen steigend, drei Mal täglich. Wie nach keinem bisher angewandten Mittel trat schon in den ersten Tagen ganz erhebliche Erleichterung ein, und nach mehrwöchentlichem Gebrauch war die Kranke trotz der rauhen Jahreszeit so gut wie ganz frei, zur Bildung von Borken kam es überhaupt nicht mehr und die beim Erwachen leicht belegte Stimme blieb für den Tag rein und klar.

Die Literatur enthält über die Krankheit, wie erwähnt, nahezu nichts. Rühle bemerkt[1]), dass nach mehreren Beobachtern das Secret im Kehlkopf eintrocknen und wie in den Bronchien Concrement bilden kann, hat aber selbst weder etwas derartiges gesehen, noch beweisende Fälle in der Literatur gefunden. Nur bei Lewin[2]) finden sich zwei offenbar hierher gehörige Fälle kurz skizzirt, die beide durch Argentum nitricum geheilt wurden; in dem zweiten Fall (Nr. 11) vergleicht der Verfasser den durch sehr mühsame Expectoration ausgeworfenen Schleim geradezu mit den trockenen Massen, wie sie sonst aus der Nase zu kommen pflegen. — Erst in der allerjüngsten Zeit ist von Hindenlang[3]) aus der Freiburger Klinik ein meiner Beobachtung analoger Fall beschrieben worden.

Herr Fraenkel hat nur anatomisch einen Fall derart zu sehen Gelegenheit gehabt. Hier handelt es sich um einen Phthisiker, dessen Larynxinneres mit Borken austapeziert war, ohne dass Geschwüre vorhanden waren. Vielleicht sei diese Krankheit in Verbindung zu bringen mit der Sturk'schen Blennorrhoe der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut. Herr Fraenkel empfiehlt Herrn Cohen, Pilocarpin zu versuchen.

Herr Hedde habe einen Kranken in Behandlung der seit $^{3}/_{4}$ Jahren an trockner borkiger Ozaena leide. Bei diesem sei auch die hintere Rachenwand mit Borken bedeckt; Kehlkopf sei frei, aber unterhalb der Stimmbänder sei die Trachea wieder mit Borken wie austapeziert. Therapeutische Massnahmen seien bisher erfolglos geblieben. Nach Dampfbädern hätte er eine gewisse Erleichterung verspürt. Während einer Bronchitis sei der Zustand gebessert gewesen, nach Ablauf derselben hätte sich die Borkenbildung wieder eingestellt.

[1]) Kehlkopfkrankheiten. Berlin 1861 p. 76.
[2]) Klinik der Kehlkopfskrankheiten. Berlin 1863 p. 371.
[3]) Deutsche med. Wochenschr. 1883. Nr. 9.

Herr Cohen: Die Nasen- und Rachenschleimhaut sei in seinem Fall gesund gewesen.

Darauf hält Herr Herschel seinen Vortrag über Functionsstörungen der Augen nach Diphtheria faucium.

Der Vortragende giebt, von der ältern französischen Literatur ausgehend, die Theorien, die man den Sehstörungen nach Diphtheria faucium zu Grunde legte, und meint, es sei a priori immerhin nicht ausgeschlossen, dass mit der Störung der Accommodation auch Schädigungen der percipirenden Apparate auftreten können. Er bespricht einen Fall von unregelmässiger concentrischer Einengung des Gesichtsfeldes ohne ophthalmoskopischen Befund bei diphtherischer Accommodationslähmung und theilt mit, durch Untersuchung mit dem Förster'schen Perimeter noch ähnliche Beispiele unter 12 Fällen beobachtet zu haben.

Gleichzeitigkeit und Gleichmässigkeit in der Rückbildung beider Störungen mussten die Frage nahe legen, ob dem Entstehen eine gemeinsame Ursache zu Grunde liege.

Die Invasionsrichtung der Schädlichkeit, wie sie das von der Peripherie her eingeengte Gesichtsfeld wiederspiegelte, war derjenigen analog, wie sie für Nervenveränderungen nach Diphtherie wahrgenommen war.

Sodann wird die Differentialdiagnose gegen eine andere Krankheit mit concentrischer Einengung des Gesichtsfeldes ohne ophthalmoskopischen Befund, gegen die Hyperaesthesia retinae, gegeben.

Einer Therapie bedürfe die Netzhautlähmung nicht. Später überschritten die Gesichtsfelder die Norm.

Nach einigen Bemerkungen über die therapeutische Bedeutung des Eserin für die Accommodationsstörung wird darauf hingewiesen, dass in der ältern französischen Literatur die antagonistischen Belladonna-Präparate in ihren Erfolgen hoch gepriesen würden.

Schluss der Sitzung $9^{1}/_{2}$ Uhr.

XI. Versammlung der Aerzte des Regierugsbezirks Stralsund am 2. Dezember 1883 zu Stralsund.

Vorsitzender: Herr Mosler.

Schriftführer: Herr Grünberg.

Als Gäste anwesend: Herr Brückner aus Neubrandenburg; Herr Potel aus Treptow; Herr Ollmann aus Greifswald.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden wird der einstimmige Beschluss gefasst, entsprechend der Aufforderung des Berliner Comités, „als Zweigverein mitzuwirken zur Sammelforschung über Krankheiten", darnach ein Zweigcomité zum Zwecke selbstständiger Sammlung gewählt.

Nach Rechnungslegung des Schriftführers Herrn Grünberg und nach dem Referat des Delegirten Herrn Krabler über den letzten Aerztetag hielt Herr H. Schulz seinen angekündigten Vortrag über „Therapie der Diphtherie", der als Originalartikel in dieser Nummer mitgetheilt ist.

Discussion:

Herr Bamberg: Ich möchte den Herrn Vortragenden fragen, ob er seinen mit Cyan-Quecksilber behandelten Diphtherie-Kranken ausserdem Gurgelwasser etc. verordnet hat, da wir practische Aerzte bei der von ihm empfohlenen Therapie ungern auf die örtliche Behandlung verzichten würden.

Diese Frage wird dahin beantwortet, dass die örtliche Behandlung frei stehe, Gurgelungen angewandt werden können.

Herr Grünberg: M. H! Ich habe während meiner fast 30jährigen Praxis von keinem Mittel gegen Diphtherie einen so ausgedehnten Gebrauch gemacht, als von dem Chlorkali und bin immer wieder, so oft ich auch andere, mit grossem Enthusiasmus angepriesene Kuren versucht, zu diesem Lieblingsmittel zurückgekehrt und habe davon mehr Erfolg als von allen andern gesehen. Nur kurze Zeit, durch die von vielen Seiten mitgetheilten Vergiftungsfälle stutzig gemacht, habe ich das Chlorkali, wenigstens in der Kinderpraxis verlassen. Seit ich aber durch v. Mering's, auf überzeugende Experimente basirende, Belehrung gelernt, die Vergiftungsgefahr zu vermeiden, dadurch, dass ich das Mittel nie in den leeren Magen bringe, bin ich zu der Chlorkali-Behandlung zurückgekehrt, und habe davon, wie gesagt, mehr Nutzen, als von allen andern Mitteln und niemals einen Nachtheil gesehen. Zur örtlichen Behandlung empfehle ich, übereinstimmend mit den Erfahrungen Leyden's und anderer Mitglieder des Berliner Vereins für innere Medicin, dringend das Papayotin, von dem ich, wenn stündlich angewandt, entschiedenen Nutzen gesehen. Zur Quecksilberbehandlung, so verlockend sie uns von dem Herrn Vorredner auch geschildert, möchte ich mich nicht gern entschliessen, da ich den Collaps bei der Diphterie mehr, als bei irgend einer andern Krankheit fürchten gelernt habe.

Herr Mosler: Ich habe, um mich vor jeder Einseitigkeit bei Behandlung der Diphtherie zu bewahren, auch die in allerneuster Zeit besonders empfohlenen Mittel, wie Papayotin, Brom etc. aufs eingehendste

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geprüft. Die Erfolge, welche ich davon gesehen habe, waren in manchen Fällen ganz ausgezeichnete, in anderen von Anfang sehr schweren Fällen, wie sie hier wieder häufig vorkommen, wurde ich auch davon im Stiche gelassen.

Die vom Herrn Collegen Schulz betonte Behandlung der Diphtherie mit Quecksilber ist mir seit langer Zeit bekannt. Schon im Jahre 1854 sah ich in der Augenklinik A. v. Graefe's die diphtherische Conjunctivitis mit innerlicher und äusserlicher Anwendung des Quecksilbers (Siehe Graefe's Archiv für Ophthalmologie I B. p. 24) behandeln. v. Graefe war der Meinung, dass die günstige Wirkung entweder an den Eintritt der Salivation oder wenigstens an die Prodrome derselben sich binde.

Bei den an unserer Küste vorkommenden Formen der Diphtherie glaube ich, grosse Dosen von Quecksilber wegen des öfters auftretenden Collapses fürchten zu müssen. Darum kann ich mich zur allgemeinen Anwendung desselben nicht entschliessen, vielmehr glaube ich, dass neben der lokalen Therapie die excitirende tonisirende Behandlung besondere Beachtung verdient. Bei einer früheren Gelegenheit habe ich die Aufmerksamkeit auf die bei oder nach Diphtherie vorkommenden Collapszustände gelenkt. Fettige Degeneration der Herzmuskulatur hatte ich damals in den von mir beschriebenen Fällen vorgefunden. Seitdem ist diesem Gegenstande noch vielfach nachgeforscht worden, in hervorragendster Weise von Leyden. Bei den drei von ihm in der Zeitschrift für klinische Medicin mitgetheilten Fällen hat er eine akute typische Myocarditis vorgefunden, charakterisirt durch intermusculäre Kernwucherungen und durch Hinterlassung von atrophischen Heerden. Die Myocarditis war begleitet von fettiger Degeneration des Muskelfleisches. In der Greifswalder Universitäts-Klinik hatten wir innerhalb des letzten Jahres leider auffallend viel Gelegenheit zur Beobachtung von Diphtherie. Oft haben wir Todesfälle durch Collapszustände zu beklagen gehabt. In 3 Fällen wurde auch die von Leyden geschilderte Myocarditis bei der Sektion gefunden, in einem Falle mit massenhaften Ecchymosen und ausserordentlicher Brüchigkeit des Herzfleisches. Im Leben waren zuletzt Erscheinungen von hämorrhagischer Diathese, reichliches Nasenbluten, Darmblutung, Petechien zu constatiren. — Anders war der Befund des Herzens bei zwei anderen neuerdings von uns beobachteten Fällen, keine Spur von Myocarditis; nach Aussage unserer pathologischen Anatomen fettige Degeneration nicht nur der Herzmusculatur, sondern auch an den Muskeln des Rumpfes, sowie an Leber und Nieren. Hiernach scheint wie bei anderen Infektionskrankheiten auch bei der Diphtherie die fettige Degeneration des Herzmuskels als solche in manchen Fällen, wie ich früher behauptet habe, die Collapszustände herbeiführen zu können. Die Befunde am Herzen können hiernach verschiedene sein.

Herr Loebker: M. H. Die Bestrebungen auf dem Gebiete der Behandlung der Diphtheritis scheinen mir so lange einer gewissen Unsicherheit nicht zu ermangeln, bis unsere Kenntnisse über das Wesen der diphtheritischen Erkrankung und die Ursachen der hohen Lebensgefahr, abgesehen von dem Tode durch Erstickung, nicht mehr so lückenhaft und ungenau sind, wie heute. Was den ersten Punkt anlangt, so sind wir über die Entstehung der Erkrankung durch die Einwirkung einer lebenden Noxe vielleicht alle einig; mancher hat sich vielleicht sogar gewundert, dass bei einer so häufig und weit verbreiteten Infectionskrankheit bis dahin ein für dieselbe specifischer Pilz noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen ist. Dass man verschiedene Pilzformen als der Diphtheritis eigenthümlich aufgefunden haben will, ist nur ein Suspect erregender Umstand. Die während einer Reihe von Jahren von uns unter Leitung des verstorbenen C. Hueter fortgesetzten Untersuchungen lassen es mir überhaupt sehr zweifelhaft erscheinen, ob die Diphtheritis durch einen ihr allein eigenthümlichen Mikroorganismus erzeugt wird. Unsere damaligen Untersuchungen waren theilweise experimenteller Art, theilweise betrafen sie ausgedehnte klinische Beobachtungen. Eine Thatsache wurde uns durch dieselben zur Evidenz erwiesen — die Schleimhautdiphtheritis und die Wunddiphtheritis sind identisch. Wir sehen die ächte Schleimhautdiphtheritis bei tracheotomischen Wunden continuirlich als Wunddiphtheritis sich fortpflanzen, beobachten zu einer Zeit, wo Schleimhautdiphtheritis endemisch auftritt, in gleicher Weise die Entstehung von Wunddiphtheritis, und erzielen am Versuchsthiere durch Ueberimpfung von diphtherischen Membranen dieselben Resultate, wenn wir dieselben der Schleimhaut des Rachens oder einer Wunde entnehmen. Endlich können wir durch faulende Wundflüssigkeiten, wenn die Mikrokokken in ihnen sich in florider Entwickelung befinden, sowohl Wunddiphtheritis als auch, wie die Thierversuche von Hueter und Marcuse beweisen, auf dem Wege der Injection in das submucöse Bindegewebe die Diphtheritis der Schleimhaut erzielen. Der Nachweis der Identität der Schleimhautdiphtheritis mit der Wunddiphtheritis ist für die Erforschung des Wesens dieser Erkrankung überhaupt von hohem Interesse, insofern wir die Entwickelung des Krankheitsbildes beim Menschen in der Form der Wunddiphtheritis leicht beobachten und aus diesen Beobachtungen dann auch Rückschlüsse auf die Schleimhautdiphtheritis machen können. Je genauer und je länger wir nun die Veränderungen septisch inficirter Granulationsflächen beim Menschen beobachteten, desto mehr kamen wir zu der Ueberzeugung, dass die Bildung diphtheritischer Membranen nicht auf specifischen Ursachen beruhe, sondern dass sie nur den höchsten Grad septischer Entzündung überhaupt darstelle. An ein und derselben Wunde kann man dicht neben einander die verschiedensten Formen der septischen Infection von der einfachen punktförmigen Hämorrhagie und dem ulcerösen Zerfall der Granulationen bis zur ausgedehnten Membranbildung und diphtheritischen Gangrän beobachten, ja man sieht diese verschiedenen Formen an derselben Stelle die eine aus der anderen hervorgehen. Wenn ich diese Thatsachen, die Identität der Schleimhautdiphtheritis durch faulende Wundflüssigkeiten, welche eine Massenentwickelung von gewöhnlichen Fäulnissorganismen enthalten und die Entwickelung diphtheritischer Membranen und sogar der Gangräna diphtheritica aus niederen Formen septischer Erkrankung der Wunde zusammenhalte, so ist mir die Existenz eines die Diphtheritis erzeugenden specifischen Pilzes mindestens zweifelhaft; die Massenentwickelung des gewöhnlichen Fäulnissorganismus in den Geweben genügt zur Erzeugung der Diphtheritis.

Nicht minder wichtig aber ist die Frage nach den Ursachen der hohen Lebensgefahr der diphtheritischen Infection. Erst wenn wir die Todesursache genauer fixiren können, sind wir auch im Stande präcise Indicationen für die Therapie aufzustellen. Eben erst haben Sie gehört, dass gerade der plötzliche Collaps bei dieser Erkrankung so sehr zu fürchten sei, selbst noch zu einer Zeit, wo man bereits glaubt, dieselbe überwunden zu haben. Woher nun bei schwerer Diphtheritis dieser Tod unter der Erscheinung allgemeiner septischer Infection oder des plötzlichen Herzcollapses? Die Organveränderungen in letzterem Falle sind, wie bekannt, von anderer Seite gefunden und auch heute bereits hervorgehoben. Ich frage nach den Ursachen dieser Veränderungen. In einer Reihe von Fällen schwerer Diphtheritis habe ich nun die Kranken unter Erscheinungen die letzten Tage resp. Stunden ihres Lebens zubringen gesehen, die mir den Symptomen bei einer chemischen Vergiftung am ähnlichsten erschienen. Ich habe mich daher mehr und mehr mit dem Gedanken vertraut gemacht, dass die hohe Gefahr der Diphtheritis vielleicht wesentlich durch ähnliche Stoffe bedingt ist. Ich denke dabei an die Wirkung der durch Arbeiten von Thiersch, Bergmann, Stas, Otto, Duprez und Maas nachgewiesenen und dargestellten Fäulnissalkaloide, deren Auftreten bei Diphtheritis uns nicht wunderbar erscheinen kann, wenn wir, wie ich vorhin ausführte, die Entstehung der Diphtheritis auf die Infection mit Fäulnissorganismen zurückführen. Die hochgradige deletäre Wirkung dieser Gifte, welche dem Strychnin und Morphin, was die Symptome anlangt, sehr ähnlich ist, kann uns manchen auffallenden und plötzlichen Zwischenfall im Verlaufe der Diphtheritis erklären.

M. H. Diese theoretische Erörterung kann natürlich zunächst nicht damit schliessen, dass ich Ihnen auf Grund derselben eine specifische Behandlungsweise der Diphtheritis vorschlage. Spielen aber specifische Gifte in dem Verlaufe der Diphtheritis die von mir vermuthete Rolle, so würden wir dadurch ebenfalls aufgefordert, auf die von Herrn Prof. Mosler vorhin so eindringlich hervorgehobene tonisirende Behandlung noch mehr Gewicht zu legen, als wir es bisher vielleicht zu thun gewohnt sind.

Herr Krabler: Ich bin auch der Ansicht, dass die tonisirende Behandlung vor Allem Beachtung verdient; das beste Tonikum ist nach meinen Erfahrungen die frische Luft. Mehrfach habe ich nämlich gesehen, dass Kinder, welche ich wegen Larynxstenose zur Tracheotomie vom Lande nach der Klinik schickte, daselbst ankamen und zwar so gebessert, dass die Operation nicht mehr nöthig war. Vor allen Dingen verordne ich, dass die erkrankten Kinder, wenn irgend möglich, im Freien den ganzen Tag zubringen; ich habe Grund, mit meinem Verfahren sehr zufrieden zu sein.

Herr Grünberg: Ueber Operation eines Leberecchinococcus. Nachdem Redner darauf aufmerksam gemacht, dass der Leberechinococcus in der Provinz Pommern ein recht häufiger Parasit des Menschen sei, spricht er die Befürchtung aus, dass dessen Frequenz in naher Zeit noch wesentlich zunehmen dürfte, da die Liebhaberei für die Möpse leider auch bei uns überhand genommen. Hierauf wird eine kurze Geschichte der Operationsmethoden gegeben; dieselben seien aber stets mit grossen Gefahren für den Patienten verknüpft gewesen; erst das antiseptische Zeitalter weist so günstige Resultate auf, dass man unbedenklich jedem Patienten mit Leberechinococcus zur Operation rathen kann.

In dem vorliegenden Falle ist die von Volkmann wieder zu Ehren gebrachte Incision gemacht und zwar in der von Lindemann-Sänger modifizirten Methode der primären, einzeitigen Incision. In einem früheren Fall, der einen durch lang anhaltendes septisches Fieber im höchsten Grade geschwächten Arbeiter betraf, hatte Redner, aus dem Allgemeinbefinden auf eine Verjauchung des Cysteninhalts schliessen müssen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und um eine sichere Verwachsung der Cystenwand mit dem Bauchfell zu erzielen, mittelst einer starken krummen Nadel einen carbolisirten Seidenfaden durch die Weichtheile und die Cystenwand ein- und in 3 Centim. Entfernung herausgeführt und die Enden über eine Rolle Salicylwatte festgeknüpft.

Nach 5 Tagen, als sich Eiterung an den Stichöffnungen zeigte, wurden dieselben durch einen Schnitt verbunden, aus dem mehr als ein Liter Jauche herausstürzte, in der aber keine Hakenkränze gefunden wurden. Der Sack stiess sich im Laufe der zweiten Woche in einzelnen Fetzen ab. Die Heilung des Leberabscesses (dessen parasitäre Herkunft durch früheren Abgang von Tochterblasen mit dem Stuhlgang bewiesen war) erfolgte ohne Zwischenfälle nach 5 Wochen.

Der heute vorzutragende Fall ist folgender: Patientin, eine 32 Jahre alte Köchin, hat zuerst vor $1^1/_2$ Jahren den Beginn ihrer Leiden gespürt durch quälende Empfindung in der Herzgrube, Appetitlosigkeit, periodisch auftretenden Speichelfluss. Vor einem Jahr will sie längere Zeit an der Gelbsucht gelitten haben; der Stuhlgang, währenddes grau gefärbt, hat bis vor einigen Wochen wieder braun ausgesehen, ist aber in der letzten Zeit bis zu diesem Augenblick wieder ohne Galle.

Am 27. October d. J. ins Stralsunder Lazareth aufgenommen, zeigt sie folgendes Krankheitsbild. Patientin ist sehr abgemagert und zeigt ein fahles, aber nicht ikterisches Colorit. Die Rippen und Oberbauchgegend sind hochgradig vorgewölbt, Die Leberdämpfung beginnt in der Mammillarlinie 1 Centim. unterhalb der Brustwarze und reicht ebensoweit unterhalb der Nabelhorizontalen. Nach links geht die Dämpfung über das Epigastrium hinweg bis zur Milz, und steigt nach hinten bis zur Spina scapulae empor. Die Oberfläche der Leber ist glatt, der untere Rand überall verdickt, aber scharf zu fühlen; die Intumescenz der Leber ist überall eine gleichmässige, auch der linke, die Milz berührende, Lappen zeigt eine gleichmässige, compensatorische Vergrösserung. Nur an einer Stelle in der Gegend des Rippenansatzes des M. rect. abd. zeigt sich über der Leberwölbung eine flache Ausbuchtung, deren Kuppe gerade unter dem Rectus liegt, die sich aber bis über die Linea alba hinaus auf die linke Seite verfolgen lässt. Hier auf dieser Protuberanz ist es auch, wo sich eine deutliche Fluctuation erkennen lässt, die aber so prall und grosswallig erscheint, dass man mit Wahrscheinlichkeit schliessen kann, die Cyste sei noch nicht ganz bis zur Leberoberfläche vorgedrungen. Aus den angeführten Erscheinungen wird auf einen Echinococcus der Leber geschlossen, und zwar auf eine einzige grosse Mutterblase, die aus der Tiefe des rechten Leberlappens aufsteigend, gegen deren Oberfläche vorgerückt und im Epigastrium dem Peritonealüberzuge am nächsten gekommen ist. Hier wird deshalb die Operation gemacht in Form der primären einzeitigen Incision und zwar, um Blutung aus der Art. epig. und spätere Abkantung des Drains durch die Muskelwirkung des Rect. abd. zu vermeiden, gerade in der Linea alba. Der Schnitt, dicht unter dem Schwertfortsatz beginnend, trennt in der Länge von 6 Centim. die Weichtheile bis auf die Leberoberfläche. Da dieselbe noch in ziemlich dicker Schicht den Sack zu bekleiden scheint, wird von der beabsichtigten primären Vernähung desselben mit den Wundrändern Abstand genommen, dagegen eine möglichst tief greifende Fadenschlinge im obern und untern Wundwinkel durch die Substanz der Leber und sämmtliche Weichtheile hindurchgeführt. Während der Assistent mit Hülfe dieser Schlingen die Leber gegen die Wunde emporhebt, dringt ein dicker Flourent'scher Troikar durch die 2 Centim. dicke Leberschicht in die Cyste. Dem ausgezogenem Stilet folgt in grossem Bogen ein Strahl dunkelgrüner, schleimiger Flüssigkeit (in der Menge von etwa 2 Litern), die aber keine Tochterblasen und auch bei späterer Durchforschung keine Haken erkennen lässt. Die Perforationswunde der Cyste wird mit dem Pottischen Bistouri nach oben und unten (etwa auf 4 Centim.) erweitert. In meiner Hoffnung, die Cystenwand etwas ektropioniren zu können, war ich getäuscht. Dieselbe zeigte sich fest der Leber adhärent und von callösem Gefüge; ihre Vernähung mit den Schnitträndern der Bauchwand war deshalb der schwierigste Theil der Operation, gelang aber dennoch so gut, dass, wie der weitere Verlauf beweist, ein vollständiger Abschluss der Cyste von der Peritonealhöhle erreicht wurde. Nachdem durch Umdrehen der Kranken auf den Bauch der Inhalt der Cyste möglichst vollständig ausgegossen, wurde ein 20 Cm. langer dickwandiger Drain hineingeschoben und ein dicker antisept. Verband (Sublimatgaze und Holzwolle) angelegt. Ich bemerke dabei, dass ich ohne Spray operirt habe, aber die Wunde permanent mit Borsalicylwasser bespülen liess, sowie dass die ganze Operation durch unaufhörliches Würgen und Erbrechen (bei dem übrigens keine einzige der Nähte ausriss) in hohem Grade gestört wurde. Ich würde deshalb in einem ähnlichen Falle, wenn ich nach dem ersten, die Bauchwand und das Peritoneum trennenden Schnitt gefunden, dass noch eine mehr oder weniger dicke Schicht Lebersubstanz die Cyste bedecke, vorziehen, nach Volkmann den zweiten Act aufzuschieben, bis durch adhäsive Entzündung eine Verschiebung der Leberoberfläche mit dem Bauchfelle zu Stande gekommen. Diesen zweiten Akt kann man dann, um das immerhin gefährliche, jedenfalls sehr störende Erbrechen zu vermeiden, recht gut ohne Chloroform machen. —

Von dem weiteren Verlaufe will ich nur erwähnen, dass derselbe, bis auf ein allerdings fatales Symptom, bis jetzt ein durchaus normaler gewesen. Bis heute (4 Wochen nach der Operation) wurde keine Temperatursteigerung bemerkt; nach 8 Tagen verlor sich das schon seit Monaten bestehende Erbrechen. Am 16. Tage gelang es, den Sack in toto zu entbinden; derselbe war aber nicht, wie sonst wohl zu geschehen pflegt, durch demarkirende Entzündung, resp. Eiterung gelöst; von Eiter ist während der ganzen Zeit weder in der Wunde, noch in der rein galligen Cystenflüssigkeit eine Spur bemerkt. Vielmehr hatte sich einige Tage lang die Galle, deren Abfluss aus dem Drain während dieser Zeit ganz sistirte, zwischen Leber und Cystensack angesammelt, bis dieser unter meiner manuellen Beihülfe und Mitpressen von Seiten der Patientin, ziemlich in toto herausgestossen wurde. Ein dicker, im Bogen über das Bett springender Gallenstrahl folgte dieser „Entbindung" unmittelbar. Diese profuse Gallenabsonderung aber ist es, die ich als einzig fatales Symptom bei dem sonst so sehr befriedigenden Verlaufe bezeichnet habe. Dieselbe hat bis jetzt noch in keiner Weise nachgelassen und der Stuhlgang behält ebenso consequent seine graue Färbung. Möglich, dass ein Gallenstein, oder eine durch den Echinococcus erregte strictuirende Entzündung den Duct. choledochus verschliesst. Jedenfalls dürfte von dieser Seite dem Leben der Patientin, deren Kräfte in der letzten Zeit sich entschieden nicht gehoben, auch eine wesentliche Gefahr drohen. — Ich trage noch nach, dass sich auf der Innenseite des ausgestossenen Sackes unzählige kleine, linsen- bis erbsengrosse Knospen zeigten, in deren Umfang aber jede Spur von Haken vermisst werden. Es ist deshalb wahrscheinlich, dass der Wurm schon frühzeitig durch Gallenerguss getödtet wurde, so dass seine Blase nun sich in eine sich mehr und mehr vergrössernde Gallencyste umwandelte.

Herr Loebker: M. H.! In der chirurgischen Klinik zu Greifswald haben wir im letzten Jahre 7 Leber-Echinococcen beobachtet, davon hat der eine Patient sich einer operativen Behandlung nicht unterzogen, 5 sind und zwar 4 mit glücklichem Erfolge bereits operirt, der 6. folgt morgen [1]). Ausserdem habe ich noch mit Collegen Krabler einen primären Lungen-Echinococcus ebenfalls mit günstigem Ausgange operirt. Vor zwei Jahren beobachteten wir 2 Fälle von Echinococcus der Leber, von denen einer und zwar mit Erfolg operirt wurde, während in einer ganzen Reihe von Jahren vorher wenigstens in der chirurgischen Klinik nicht ein einziger Fall zur Cognition gelangte. Für dieses auffallende Vorkommen der in Vorpommern ja nicht seltenen Erkrankung habe ich keine Erklärung.

Was das Operationsverfahren anlangt, so wurde in 4 von Prof. Vogt behandelten Fällen die Incision mit Vernähung des Sackes an die vordere Bauchwand ausgeführt; nur in einem Falle, den Prof. Rinne operirte, folgte die Eröffnung des Sackes wegen grosser Brüchigkeit des angenähten Sackes erst nach einigen Tagen. Wenngleich unsere Erfahrungen als recht günstige bezeichnet werden können, so sind wir doch weit entfernt die Gefahren des Eingriffes zu unterschätzen. Die letzteren sind zwar heut zu Tage in erster Linie nicht mehr von dem Eintreten einer septischen Peritonitis abhängig, wohl aber ist gerade die von Herrn Collegen Grünberg beobachtete Complication der massenhaften Gallenentleerung, welche die Patienten im höchsten Grade herunterbringt, bei der Entscheidung für die Operation in Betracht zu ziehen. Obgleich die in der Literatur verzeichneten Fälle von derartigen Operationen die Complication der Gallenentleerung recht häufig (in der Hälfte der Fälle) erscheinen lassen und der Ausgang schliesslich ein guter war, so muss der, wie wir in einem Falle, der zwar auch glücklich verlief, beobachtete rapide eintretende Kräfteverlust bei einer ohnehin geschwächten Kranken die Prognose erheblich verschlechtern. Küster hat nun zwar behauptet, dass die Gallenentleerung bei völlig aseptischem Wundverlauf, bei dem der Sack sich überhaupt nicht ausstosse, fehle. Es ist aber dieses von anderer Seite bestritten; überdies wird für einen ganzen Erfolg, d. h. Heilung ohne Restiren einer Fistel die Ausstossung des Sackes die sicherste Garantie bieten. In Erwägung dieser Umstände, dass einerseits eine Entfernung des Sackes wünschenswerth erscheint, andererseits eine langsame Lösung des Sackes unter dem aseptischen Occlusivverband die Entleerung der Galle, welche meistens durch Freilegung der Leberacini bedingt wird, so lange bestehen lässt, dass eine lebensgefährliche Entkräftung der Patienten zu befürchten ist, hat sich Prof. Vogt nach unseren Erfahrungen entschlossen, in den beiden zuletzt operirten Fällen und in der Folge die Nachbehandlung so einzurichten, dass, nachdem der primäre aseptische Wundverlauf durch Anlegung des Occlusivverbandes während der ersten Tage gesichert ist, von da ab durch geeignete Mittel (warme Umschläge etc.) die Exfoliation des Sackes zu beschleunigen.

[1]) Die Operation (einzeitige Incision) ist ebenfalls mit glücklichem Erfolge ausgeführt. L.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine allzu profuse Eiterung dürfen wir aber nicht aufkommen lassen, da, wie einer unserer Fälle uns belehrt, durch die pericystische Eiterung in der unmittelbaren Nähe des Zwerchfelles eine Pleuritis entstehen kann, welche uns zur nachträglichen Operation des Empyems zwang. Nach Ausstossung des Sackes hört die Gallensecretion gewöhnlich auf; der Umstand, dass dieses in dem Grünberg'schen Falle nicht zutrifft, scheint mir dafür zu sprechen, dass ein grosser Gallengang die Galle liefert. Von der von Volkmann angegebenen zweizeitigen Incision, nachdem in der Zwischenzeit durch Ausstopfen der Wunde mit antiseptischer Gaze Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand erzeugt sind, würde ich keinen Gebrauch machen, da diese Adhäsionen bei völlig aseptischem Verlauf sich als zu wenig dauerhaft gegenüber etwaigen Kreisbewegungen erweisen könnten. Die zweizeitige Operation mit Vernähung des Sackes an der vorderen Bauchwand bietet bei Brüchigkeit des Sackes, welche eine einzeitige Incision als zu gewagt erscheinen lässt, wohl grössere Garantieen. Eine Schwierigkeit bei der Vernähung des Sackes ist uns niemals vorgekommen; man kann dieselbe, so glaube ich, wohl immer vermeiden, wenn man diesen Akt der Operation vor der Entleerung der Cyste ausführt.

(Schluss folgt.)

XII. Journal-Revue

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

1.

Rumpf-Bonn: Ueber die Einwirkung der Narcotica auf den Raumsinn der Haut. Vortrag, gehalten auf dem 2. medicinischen Congress zu Wiesbaden am 20. April 1883. Sep.-Abdruck.

Die Versuchsanordnung bestand in einer Messung der Raumschwelle für die Empfindung vermittelst des Tasterzirkels nach Feststellung der normalen Werthe unter Anwendung gewisser Cautelen. Versuche mit Morphium hydrochloricum subc. in Dosen von 0,01—0,015 ergaben schon nach 6—10 Minuten eine meist über den ganzen Körper sich erstreckende Herabsetzung des Raumsinns. Local war eine beträchtlichere Herabsetzung der Sensibilität nicht nachweisbar, weder unter normalen noch unter pathologischen Verhältnissen.

Chloralhydrat hat einen geringen Einfluss auf den Raumsinn der Haut, Alcohol in Dosen von 40 gr. setzt die Sensibilität hauptsächlich am Unterkörper herab; durch Bromkalium lässt sich eine beträchtliche Einwirkung erzielen, das gleiche gilt von dem neuen Hypnoticum, dem Cannabinum tannicum. Coffeïn in der Dosis von 0,05—0,1 erhöht die Sensibilität für längere Zeit. Eickholt.

XIII. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Allgemeine Gesundheitspflege.

Das Hygiene-Museum in Washington. Die Medicinalabtheilung des Kriegsministeriums der Vereinigten Staaten hat sich bekanntlich einen wahren Weltruf erworben durch ihre Arbeit zur Bibliographie, ihre Bibliothek und durch ihr pathologisches Museum. Die Medicinalabtheilung der Marine scheint in Beziehung auf Hygiene mit jener in Concurrenz zu treten, dieselbe hat bis jetzt schon eine Bibliothek von über 5000 Bänden gesammelt, die hauptsächlich Werke sanitären Inhaltes umfasst.

Das hygienische Museum wächst und enthält schon 264 Objecte und die amerikanische Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege hat demselben ihr Archiv und ihre Bibliothek übergeben. Der Chefarzt der Marine fordert auf, ihn durch Ueberweisung von Apparaten, Modellen, Zeichnungen, literarischen Beiträgen etc. zu unterstützen, welche Fortschritte auf dem Gebiete der Hygiene bezeichnen.

— Ein Reichsgesundheitsamt für Oesterreich. Vom Geschäftsausschusse des österreichischen Aerztevereinsverbandes wurde in Angelegenheit der Errichtung eines Reichsgesundheitsamtes eine Deputation zum Ministerpräsidenten gesendet, bestehend aus den Herren S.-R. Gauster, Prof. Auspitz und Dr. C. Cohn. S.-R. Gauster betonte die Wichtigkeit eines solchen Institutes, als dessen Aufgaben hauptsächlich die Ermittlung der Aetiologie der Krankheiten und der Methoden, deren Ursachen zu bekämpfen, sowie das Studium der Desinfection wäre. Der Ministerpräsident anerkannte die Bedeutung und den Nutzen eines Gesundheitsamtes, dessen Thätigkeit seiner Meinung nach sich aber auch auf die jenseitige Reichshälfte erstrecken müsste; der Ministerpräsident versprach sich dieserhalb mit dem ungarischen Ministerpräsidenten v. Tisza zu besprechen. Gegen die Errichtung eines Reichsgesundheitsamtes herrscht nach dem Ministerpräsidenten nur ein Bedenken: das finanzielle, welches wohl überall, bei uns aber doppelt schwerwiegend ist. Hoffentlich sagen die med. Fachbl. denen wir diese Mittheilung entnehmen, wird die Wichtigkeit und die Tragweite einer solchen Institution diese Bedenken besiegen.

XIV. Todtenliste des Jahres 1883.

1. Deutschland.

Geh. R. Prof. Dr. Stannius, der Rostocker Physiologe, längst wegen Krankheit emeritirt, hochbetagt gest. im Januar in Mecklenburg. — Dr. Heinr. Wilh. Ed. Albrecht, Prof. der Medicin an der Universität zu Berlin, (Specialist für Zahn- und Halsleiden), gest. 25. Januar zu Berlin. — Prof. Dr. C. von Sigmund-Ilanor, Syphilidologe und Epidemiologe, gest. 1. Februar, 73 Jahre. — Dr. Franz v. Rinecker, Geheimrath, Prof. an der Universität zu Würzburg, gest. 22. Februar zu Würzburg. — Dr. Vic. v. Bruns, Prof. in Tübingen, einer der grössten Chirurgen der Gegenwart, gest. 19. März zu Tübingen, 71 Jahre. — Prof. Dr. Huschke, Geh. Medicinalrath, früher in Jena, gest. 4. Mai zu Weimar, 86 Jahre. — Dr. Karl Friedr. v. Heusinger, Geh. Medicinalrath, Senior der Universitätslehrer in Marburg, gest. 5. Mai zu Marburg, 91 Jahre. — Dr. Xaver v. Leuk, Generalstabsarzt der bairischen Armee, gest. 11. Juni zu München, 66 Jahre. — Geh. R. Prof. Dr. Wernher, als Prof. der chirurgischen Klinik zu Giessen emeritirt, gest. im Juli, 76 Jahre. — Geh. R. Prof. Dr. Baum, der Chirurg Göttingens, gest. daselbst 6. Sept., 84 Jahre. — Dr. Gottfried Ritter v. Rittershein, Prof. der Kinderheilkunde an der Universität zu Prag, gest. 19. September zu Görlitz, 62 Jahre. — Dr. Jul. Haidlen, Medicinalrath, Pharmaceut und Chemiker, gest. 22. October zu Stuttgart, 64 Jahre. — Dr. C. v. Graf, Ober-Med.-R. in München, gest. im November. — Dr. Borchard in Manchester, gest. daselbst im November, 70 Jahre. — Dr. Karl Bogislaus Reichert, Prof. der Anatomie an der Universität zu Berlin, Director des anatomisch-zootomischen Instituts und langjähriger Dirigent der königl. Anatomie, gest. 20. December zu Berlin, 62 Jahre.

XV. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Berlin. Priv.-Docent Dr. Sonnenburg ist zum ausserordentlichen Professor ernannt und Priv.-Docent Dr. Gluck hat den Charakter eines Professors erhalten. — Zürich. Wie jetzt wohl sicher feststeht, ist an Stelle des Prof. Huguenin Prof. Eichhorst in Göttingen berufen worden; es unterliegt auch wohl keinem Zweifel, dass er diese Berufung annehmen wird. — Wien. Der Minister für Cultus und Unterricht hat die Zulassung des Dr. Ludwig Langer und des Dr. Alois Biach als Privatdocenten für interne Medicin, des Dr. Karl Breus als Privatdocent für Geburtshilfe, des Dr. Anton Felsenreich als Privatdocent für Geburtshilfe und Gynäkologie, des Dr. Maximilian v. Zeissl als Privatdocent für Hautkrankheiten und Syphilis und des Dr. Ernst Finger als Privatdocent für Syphilis und Hautkrankheiten, des Primarարztes Dr. Isidor Hein als Privatdocent für klinische Propädeutik an der medicinischen Facultät der Universität in Wien bestätigt. — Prag. Dr. Jaroslav Hlawa ist als Privatdocent für pathologische Anatomie an der medicinischen Facultät mit böhmischer Vortragssprache in Prag zugelassen. Das med. Professorencollegium der deutschen Universität beantragt die Ernennung des Priv.-Doc. Dr. Kisch zum ausserordentlichen Professor der Balneologie, der seit 17 Jahren Docent dieses Faches ist.

— Die Begleiter Thuillier's Straus und Roux sind für die Verleihung des Ordens der Ehrenlegion vorgeschlagen worden.

— Dr. Czatár von Czatáry in Budapest ist der Orden der eisernen Krone III. Kl. verliehen.

— In den Preisfragen der Pariser Akademie der Medicin für 1884 gehört auch folgende: Prix de l'académie. — Questian: De la présence des bacilles dans les crachats et de leur valeur séméiologique.

XVI. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Oberstabsarzt I. Kl. a. D. Dr. Ziesmer, bisher Regimentsarzt des 1. Westfälischen Husaren-Regiments No. 8, in Paderborn den Rothen Adler-Orden 4. Klasse und dem Oberstabsarzt I. Kl. a. D. Dr. Fanter, bisher Regimentsarzt des 2. Grossherzogl. Mecklenburgischen Dragoner-Regiments No. 18, in Parchim den Königl. Kronen-Orden 3. Kl. zu verleihen.

Ernennung: Der Kreisphysikus Dr. Hildebrand zu Homberg ist aus dem Kreise Homberg in gleicher Eigenschaft in den Kreis Osnabrück versetzt worden.

Niederlassungen: Der Arzt Dr. Schütz in Sulzbach.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. Rich. Fischer von Pforzheim nach Oberaula, Ass.-Arzt. Dr. Scheider von Bockenheim nach Friesack, Ass.-Arzt Dr. Schubert von Fritzlar nach Babenhausen, Dr. Mendel von Hamburg nach Oedelsheim.

Verstorben: Sanitätsrath Dr. Oswald und Geheimer Medicinal-Rath Prof. Dr. Reichert in Berlin.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Bruns hat die Verwaltung der Lüning'schen Apotheke in Stade übernommen. Der p. Hasselbach, bisher Administrator der Hasselbach'schen Apotheke in Fritzlar, hat dieselbe eigenthümlich übernommen. Dem p. Pappert ist an Stelle des p. Wankel die Verwaltung der Filialapotheke in Somborn übertragen. Der p. Renckhoff hat die Cronenberg'sche Apotheke in Remagen gekauft. Der bisherige Verwalter derselben p. Tutschler ist ausgeschieden.

Vacante Stellen: Kreiswundarztstelle des Kreises Gr. Strehlitz, Kreiswundarztstelle des Kreises Aschersleben.

An die Leser der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

In Folge des Sitzungsbeschlusses der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin vom 29. Mai d. J. sind für referirende Vorträge mit besonderer Berücksichtigung der neuesten Erfahrungen gewonnen worden zuvörderst die Herren: v. Adelmann, B. Fraenkel, Goerges, Grawitz, Gusserow, E. Hahn, Hirschberg, Kronecker, Leyden, Liebreich, Mendel, Miller, Rabl-Rückhardt, G. Thilenius, Tobold, J. Wolff.

Den ersten Vortrag wird Herr Professor Kronecker am Dienstag den 22. Januar 1884 halten.

Sämmtliche Vorträge werden in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift, und zwar als besondere Beilagen derselben, publicirt werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 2.** 10. Januar 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Tuberkel-Bacillen im Ohre.

Vorläufige Mittheilung

von

Professor Dr. Voltolini.

Es handelt sich hier nicht um Tuberculose des Schläfen- resp. Felsenbeins — die ohnehin seltener ist, als gemeinhin angenommen wird — sondern um etwas Anderes; bei Tuberculose des Schläfenbeins Bacillen in den afficirten Stellen zu finden, würde nichts Auffallendes haben. Es handelt sich hier um den Zusammenhang zwischen Lungenleiden resp. Phthisis pulmonum und Ohrenleiden resp. Ohrenfluss, auf welchen Zusammenhang ich seit langen Jahren in meinen Vorlesungen beständig aufmerksam mache, und wenn ich nicht irre, auch in verschiedenen Aufsätzen aufmerksam gemacht habe. Es treten hier zwei Fälle ein: entweder erscheint zuerst das Ohrenleiden resp. der Ohrenfluss, die bisher verborgene Tuberculose der Lunge folgt nach und wird offenbar, oder die Tuberculose der Lungen erscheint zuerst und der Ohrenfluss folgt nach, aber nicht etwa blos im letzten Stadium, wie man häufig glaubt, sondern auch dann schon, wenn die Patienten noch ganz kräftig sind oder gar das Lungenleiden scheinbar in der Heilung begriffen ist.

Wenn ein scheinbar gesunder Mensch ohne alle Veranlassung einen Ohrenfluss bekommt, dabei aber lange schon an einem anscheinend unbedenklichen Husten leidet, so ist dies ein verdächtiges Symptom; ich habe *in* solchen Fällen sich successive die Tuberculose der Lungen aus*bilden* sehen. Ebenso kommt das Umgekehrte vor: es tritt zuerst die Tuberculose der Lungen auf, in deren Verlaufe plötzlich ohne alle Veranlassung sich Ohrenfluss einstellt, wenn die Kranken noch ziemlich kräftig sind und allenfalls ihren Geschäften noch nachgehen. Hier tritt gewöhnlich am tiefsten Rande des Trommelfelles eine kleine Perforation desselben mit Ohrenfluss ein. Die Perforation kann man gewöhnlich nicht sehen, weil sie sehr tief unten liegt und die untere Wand des Gehörganges sehr gebogen ist; die Patienten machen den Arzt aber gewöhnlich auf die Perforation aufmerksam, weil sie beim Schneuzen (resp. dem positiven Valsalva'schen Versuche) stets die Luft mit zischendem Geräusche hindurchfahren hören; im Uebrigen ist das Ohr anscheinend gesund.

Es fragte sich nun in beiden oben genannten Fällen bisher immer, in welchem Verhältnisse steht der Ohrenfluss zum Lungenleiden: hat man es nur mit einem eitrigen Mittelohr-Katarrh, allenfalls auf tuberculöser Basis zu thun, also mit einer coexistirenden Erscheinung neben dem Lungenleiden, oder liegt beiden Leiden eine gleiche Ursache zu Grunde d. h. sind beide Leiden, sowohl das der Lunge als das des Ohres, tuberculöser Natur? Durch die Entdeckung des Tuberkel-Bacillus durch Robert Koch ist es möglich geworden, die Frage auf das Sicherste zu entscheiden, und ist es mir gelungen, selbst in dem spärlichsten Eiter, jener kleinen Perforationsöffnung am Trommelfelle entnommen, ganz bestimmt zahlreiche Tuberkel-Bacillen zu finden, über deren Existenz hier nicht der geringste Zweifel obwaltet, da deren Gestalt und specifische Farbenreaction mikroskopisch erwiesen wurden, sowohl bei Wasser- wie bei Oel-Immersion und Abbé'scher Beleuchtung.

Der erste Fall, bei welchem ich die Bacillen entdeckte, war ein Patient, ein junger kräftiger Pole, welchen mir Herr Dr. Brehmer aus Görbersdorf, wegen seines Ohrenleidens geschickt, und dessen Lungenleiden, wie Patient angiebt, in der Heilung begriffen ist.

Man kann sonach in solchen Fällen das Lungenleiden auch im Ohre diagnosticiren.

Ich behalte mir vor, über dieses Thema weiter zu berichten und wollte heute nur die Aufmerksamkeit der Herren Collegen auf diesen wichtigen Punkt hinlenken.

Stud. med. Carl Schreiber assistirte mir bei den Untersuchungen.

II. Ueber Abscheidung der Mikroorganismen aus der Luft.

Von

Bezirksarzt Dr. W. Hesse

in Schwarzenberg (Sachsen).

Aus den Versuchen, welche man bisher darüber anstellte, ob und unter welchen Bedingungen es gelingt, durch Filtration die Luft von den ihr beigemengten Mikroorganismen vollständig zu befreien, ist nur das eine brauchbare Ergebniss hervorgegangen, dass Baumwolle (Watte) in der Regel die mit ihr verschlossenen Gefässe vor dem Eindringen von Pilzen und Bakterien schützt. Jedenfalls ging man zu weit, wenn man Watterespiratoren, jedem beliebigen Baumwollpfropfe, benetzten mehrfach zusammengelegten Tüchern, benetztem Schwamme, Kiese und dergl. ohne weiteres Keimdichtigkeit zusprach. Mit nur einer einzigen Ausnahme — sehr fest zusammengepresste Baumwolle — haben alle diese Stoffe bei den von mir angestellten Controllversuchen zum Theil massenhaft Keime durchtreten lassen. Namentlich zeigte sich in grosse Uförmige Röhren gefüllter Kies oder Schlackensand trotz Sterilisirung und gründlicher Benetzung mit Sublimatwasser (1 : 1000) äusserst durchlässig für Luftkeime.

Wenn man benetzte zusammengelegte Tücher oder benetzten Schwamm als Schutzmittel gegen den Eintritt von Luftkeimen in die Athmungswerkzeuge empfahl, so hatte man nicht nur nicht berücksichtigt, dass es äusserst schwierig ist, solche Stoffe luftdicht vor Nase und Mund anzubringen, und dass es ganz unmöglich ist, durch sie hindurch auch nur kurze Zeit unbeschwert zu athmen, sondern vor allem unterlassen, diese Schutzmittel auch unter ungünstigen Verhältnissen auf den Grad ihrer Leistungsfähigkeit zu prüfen. Letzteres hatte freilich seine grossen Schwierigkeiten, so lange man genöthigt war, mit Nährflüssigkeiten zu arbeiten.

Eine endgiltige Erledigung der Frage ist thatsächlich erst möglich geworden, seitdem wir eine zuverlässige Methode zur quantitativen Bestimmung der in der Luft enthaltenen Mikroorganismen [1]) besitzen, welche sich auf die von Koch eingeführte Benutzung fester Nährböden gründet.

Die Anregung zur Aufnahme einer experimentellen Studie über den vorliegenden Gegenstand verdanke ich durch Vermittelung des Herrn Geh. Oberregierungsrathes Director Dr. Struck in Berlin Herrn Fabrikbesitzer Dr. K. Möller in Kupferhammer bei Brackwede, welcher sich die Herstellung sicher wirkender Filtrirvorrichtungen für Luft (Gase) zum Vorwurf gemacht hat.

Eine bereits früher von mir beobachtete Thatsache war es, welche von vornherein Erfolg versprach: Bei Untersuchung von Baumaterialien auf ihre Durchlässigkeit für Luftkeime war unter anderem zu bemerken gewesen, dass ein grobkörniger, ausserordentlich poröser Sandstein in etwa 1 cm Dicke keinerlei Mikroorganismen den Durchtritt gestattete, ausser den kleinsten mir bekannten Schimmelpilzsporen, welche sich auf Nährgelatine — meist ausserordentlich spät — zu eigenthümlichen gedrungenen, runden, knopfartigen, weissgefärbten Colonien entwickeln. Es war zu erwarten, dass sich die gleiche oder eine ähnliche Wirkung auch durch andere Stoffe werde erzielen lassen. Auf Vorschlag Herrn Dr. Möller's richtete sich das Augenmerk besonders auf 2 durch ihre Porosität ausgezeichnete Stoffe: Filtrirpapier und Watte.

Da einige Vorversuche mit (nicht geleimter, mässig comprimirter, zwischen Baumwollgaze eingenähter, aus amerikanischer Baumwolle hergestellter) Watte lehrten, dass dieselbe den Erwartungen durchaus nicht entsprach, sondern selbst in mehrfacher Schicht sehr ungleiche, meist

[1]) Vergl. Koch's Vortrag auf dem XI. Deutsch. Aerztetage zu Berlin über „die neuen Untersuchungsmethoden zum Nachweis der Mikroorganismen in Boden, Luft und Wasser". Aerztliches Vereinsblatt, 1883, No. 137 S. 244ff.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aber sehr grosse Mengen von Keimen durchliess, wurde zunächst die Arbeit mit Filtrirpapier in Angriff genommen, welches sich wegen seiner festen Form und gleichmässigen Beschaffenheit zum Studium der physikalischen Vorgänge auch alsbald weit geeigneter erwies.

Unter der Annahme, dass es die menschlichen Athmungsmuskeln nicht zu sehr belasten werde, wenn man ihnen die Ueberwindung eines Druckes zumuthe, welcher 1 mm Wassersäule gleichkommt, ist auch die Mehrzahl meiner Versuche bei einem durch Einschaltung des Filters bewirkten Drucke von der genannten Grösse ausgeführt worden.

Nachdem meine Untersuchungen zu einem bestimmten Abschlusse geführt und zugleich genaue Anhaltspunkte dafür ergeben haben, wie der Frage auch practisch näher zu treten ist, gestatte ich mir, in Kürze die Methode und die wichtigsten Ergebnisse, die ich mit ihrer Hilfe erhielt, mitzutheilen. Selbstverständlich vertrete ich die Richtigkeit der von mir aufgestellten Sätze nur für die Versuchsgrenzen und Versuchsbedingungen, innerhalb deren ich mich bewegte.

Methode[1]).

Die Luft wurde durch Glasröhren von $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ m Länge und $3\frac{1}{2}$ — 4 cm lichtem Durchmesser geleitet, welche mit Nährgelatine (Koch's Fleischinfuspeptongelatine) ausgekleidet waren. Das eine Ende der Röhre war mit einem Gummipfropfen verschlossen, welcher in seiner centralen Durchbohrung ein Yförmiges Glasröhrchen trug, dessen beide ausserhalb der Röhre befindlichen Schenkel mit Watte ausgestopft waren. Das andere Ende der Röhre war mit einer einfachen Gummikappe verschlossen. (Die Röhren waren in Wasserdampf von 100° C. sterilisirt. Ueber die Technik der Vertheilung der Gelatine in denselben wird an anderer Stelle berichtet werden.) Die Gummikappe wurde vor dem Versuche entfernt und durch eine von Herrn Dr. Möller construirte (sterilisirte) Vorlage ersetzt, in welche das Filtrirpapier in einfachen wie in mehreren auf einander liegenden Scheiben von genau 4 cm Durchmesser luftdicht eingespannt werden konnte. Der luftdichte Verschluss zwischen dieser Vorlage und der Röhre wurde durch eine in Sublimatwasser getauchte Gummibinde hergestellt.

Die Röhre wurde horizontal an einem Stativ befestigt, der eine Schenkel des Yröhrchens mit einem Aspirator, der andere nach Dr. Möller's Vorschlag mit einem Zugmesser mit geneigter Skale, welche bis auf $\frac{1}{4}$ mm Druckdifferenz abzulesen gestattete, verbunden. Zur Regulirung des Wasserausflusses aus dem Aspirator (Regelung des Luftstromes, bez. der Druckdifferenz) diente ein Schraubenquetschhahn. Da es sich einrichten lässt, dass sämmtliche Keime, welche das Filter durchdringen, sich auf der Gelatine ablagern und — soweit sie auf diesem Nährboden gedeihen — zu Colonien entwickeln, ist man im Stande, an der Zahl und Beschaffenheit der Colonien (in der Regel Reinculturen) die Wirksamkeit des Filters und veränderter Versuchsbedingungen genau zu erkennen.

Vermittelst eines an einen Glasstab angeschmolzenen Platindrahtes lassen sich Theile der verschiedenen auf der Gelatine zur Entwickelung gekommenen Colonien aus der Röhre bequem herauslangen und zur mikroskopischen Untersuchung oder Weiterzüchtung verwenden.

Zu sämmtlichen Versuchen benutzte ich trockenen Haderstaub. Derselbe, aus einem Hadersaal in 2 m Höhe über dem Fussboden entnommen und vorwiegend aus kleineren und leichteren Theilchen bestehend, erwies sich durch seinen Reichthum an Mikroorganismen als besonders geeignet zu meinen Versuchen. Von diesem Staube wurde etwa $\frac{1}{2}$ l in einer grossen doppelttubulirten Glasflasche aufbewahrt; durch Schütteln der Flasche konnte die in ihr befindliche Luft äusserst staubhaltig gemacht werden.

Führt man nur eine geringe Menge Luft, in welcher solcher Staub aufgewirbelt wurde, durch eine mit Nährgelatine ausgegossene Röhre, so gewahrt man (bei Zimmertemperatur) schon nach 1—2 Tagen das Heranwachsen unzähliger Colonien, sowie verschiedene Verflüssigungen der Gelatine, welch letztere von schnellwachsenden Fäulnissbacillen herrühren; binnen wenigen Tagen ist die ganze Gelatine zerstört.

Versuch.

Nachdem man die gewünschte Druckdifferenz hergestellt und die Zeit notirt hatte, schüttelte man den Staub in der Flasche kräftig herum, und verband dann schnell die letztere vermittelst einer Gummibinde mit der an der Röhre befestigten Filtrirvorrichtung. In der Regel verwendete man 1 l Luft zu einem Versuche, nach dessen Beendigung wieder die Zeit angemerkt wurde. Die Röhre blieb nun einige Zeit ($\frac{1}{2}$ Stunde) ruhig liegen, wurde dann an Stelle der Vorlage mit einer in Sublimatwasser getauchten Gummikappe verschlossen, und in umgekehrter Lage (Keime nach oben) so lange (mindestens 14 Tage) aufbewahrt und beobachtet, bis keine neuen Colonien mehr in ihr auftraten.

[1]) Sämmtliche Apparate, als Sterilisirungsapparat, Stativ, Aspirator, fertige Röhren, Nährgelatine etc. sind von Herrn Emil Keller in Schwarzenberg zu beziehen.

Ergebnisse.

1. Verschiedene Filtrirpapiersorten (ich habe deren 10 untersucht) besitzen ein ausserordentlich verschiedenes Luftdurchlässigkeitsvermögen. Dasselbe kann sogar für verschiedene Bogen ein und derselben Sorte und Bezugsquelle ein sehr verschiedenes sein, während Stücke eines und desselben Bogens die Luft ziemlich gleichmässig durchtreten lassen.

2. Es besteht innerhalb enger Versuchsgrenzen ein einfaches Verhältniss zwischen der durch Einschaltung des Filters bewirkten Druckdifferenz und der Geschwindigkeit des durch die Röhre geleiteten Luftstromes derart, dass die Luft bei gleichbleibender Druckdifferenz soviel mal langsamer durchzieht als die Zahl der Filterschichten, und bei gleichbleibender Filterstärke annähernd soviel mal schneller, als die Druckdifferenz vervielfältigt wurde.

3. Das Filter bestäubt sich um so mehr, je schneller und länger die Luft durchgeleitet, und je öfter der Staub aufgewirbelt wird. Unter gewöhnlichen Verhältnissen (einmaliges Staubaufwirbeln, langsamer Luftstrom) wird durch den Staub, welcher in die Poren des Filters eindringt und an letzteres anfliegt, das Luftdurchlässigkeitsvermögen des Filters nicht merklich oder doch nur unerheblich beeinträchtigt, woraus hervorgeht, dass bei dem angewendeten Drucke die ungeheure Mehrzahl der Filterporen für den Staub undurchgängig ist, und der Eintritt von Mikroorganismen in die Röhre durch verhältnissmässig sehr wenige Oeffnungen erfolgt.

Durchstreicht jedoch ein Strom sehr staubreicher Luft schnell und lange das Filter, so tritt eine sehr erhebliche Herabsetzung des Luftdurchlässigkeitsvermögens ein, welche sich bei unverändertem Wasserausfluss aus dem Aspirator in Steigerung der Druckdifferenz oder bei gleichmässig erhaltener Druckdifferenz in entsprechender Verlangsamung des Lufstromes ausdrückt.

Klopft man nach einem solchen Versuche die auf die Aussenfläche des Filters aufgelagerte Staubschicht ab, so nähert sich das Luftdurchlässigkeitsvermögen wieder der des unbestäubten Filters, was beweist, dass das Haupthinderniss für den Luftdurchtritt nicht die verstopften Filterporen, sondern die abgeklopfte Staubschicht bildete.

4. Mit jedem der von mir untersuchten Filtrirpapiere, selbst mit gewöhnlichem Löschpapiere, liess sich Keimdichtigkeit erreichen. Hierzu bedurfte es um so weniger Schichten, je schwerer durchlässig für Luft die Filtrirpapiere in einfacher Schicht waren.

5. Es giebt Filtrirpapiere, welche bereits in zweifacher Schicht keimdicht sind, so z. B. ein Bogen Filtrirpapier, den mir Herr Dr. Möller unter der Bezeichnung besten schwedischen Filtrirpapiers von Dr. Marquart in Bonnerthal bei Bonn zusandte, und ein Bogen Filtrirpapier No. 597 aus der Fabrik von Schleicher und Schüll in Düren, welchen ich aus dem chemischen Laboratorium des Herrn Hüttenmeister Bischoff in Niederpfannenstiel erhielt; diese 2 Sorten liessen in einfacher Schicht 1 l Luft bei 1 mm Druckdifferenz in etwa 40 Minuten hindurch. Doch braucht solches schwer luftdurchlässiges Papier für practische Zwecke keineswegs das geeignetste zu sein; vielmehr wird dasjenige den Vorzug verdienen, welches — gleichviel in wieviel Schichten — bei erreichter Keimdichtigkeit der Luft den geringsten Widerstand entgegenstellt. Ich habe ein Filtrirpapier, ebenfalls No. 597 von Schleicher und Schüll, aber direct aus der Fabrik geliefert, untersucht, welches, in vierfacher Schicht keimdicht, 1 l Luft bei 1 mm Druckdifferenz in 11 — 14 Minuten durchziehen lässt. Bisher ist mir noch kein Filtrirpapier begegnet, welches nicht in fünffacher Schicht keimdicht gewesen wäre.

6. Selbst vom leichtest durchlässigen Filtrirpapiere hält schon die einfache Schicht die überwiegende Mehrzahl der Keime zurück. Dies lehrt nicht nur die blosse Besichtigung der der Staubquelle zugekehrten Seite des Filters, sondern auch der Vergleich der Versuchsergebnisse, wie sie auf der Gelatine zum Ausdruck gelangen.

Während, wie schon oben erwähnt, sich aus unfiltriter Luft Massen von Mikroorganismen aller Art auf der Gelatine absetzen, verursacht die Einschaltung einer einfachen Schicht leichtdurchlässigen Filtrirpapiers eine ganz ausserordentliche Abnahme der Keime sowohl nach Zahl als nach Art; die Colonien sind letztenfalles durch mehr oder weniger grosse Partien unbewachsener Gelatine von einander geschieden, und bieten nur geringe Mannigfaltigkeit. Sehr häufig bleibt z. B. nach solchen Versuchen die Entwickelung von Bacillen, welche die Gelatine verflüssigen, aus.

Jede Verstärkung des Filters um eine neue Filterschicht wirkt durch Verlegung keimdurchlässiger Stellen und Erschwerung der Fortbewegung durchgedrungener Keime zwischen den Filterschichten in ähnlicher Weise schnell vermindernd auf Zahl und Arten der Keime.

Um es schematisch darzustellen, ohne den thatsächlichen Vorkommnissen Zwang anzuthun, kann es z. B. kommen, dass, während eine Schicht noch Tausende von Keimen durchlässt, zwei Schichten nur noch Hunderte, drei Schichten nur noch Zehner, und vier Schichten nur noch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einer von Keimen durchlassen. Hierbei zeigen die durchtretenden Keimarten insofern ein verschiedenes Verhalten, als sie in einer gewissen Reihenfolge am Eindringen in die Röhre verhindert werden, welche theils von der Grösse, theils von der Form der Luftkeime abhängig ist. Dementsprechend werden — um nur die grossen Gruppen von Mikroorganismen namhaft zu machen — zunächst die Colonien der Bacillen, dann die der Bakterien im engeren Sinne (nebst Hefe, Sarcine etc.), dann die der Mikrokokken vermisst, so dass endlich nur noch solche von Schimmelpilzen auftreten. Aber auch diese verschwinden schliesslich sämmtlich bis auf die bereits früher (Sandsteinversuch) erwähnten knopfartigen Gebilde, welche schon, als bei Verwendung weniger Filterschichten noch eine Menge anderer Keime durchtraten, regelmässig die von der Röhrenöffnung entferntesten Stellen eingenommen hatten, zum Beweise dafür, dass ihre Sporen die leichtesten und kleinsten Keime sind, welche die Luft enthält. Spricht schon die Regelmässigkeit, mit welcher diese Erscheinung eintritt, gegen Zufall oder Abhängigkeit von dem numerischen Ueberwiegen der kleinsten Schimmelpilzsporen in dem angewandten Staube, so wird gerade die letztgedachte Möglichkeit noch durch die mikroskopische Untersuchung direct widerlegt.

7. Die überwiegende Mehrzahl der Keime dringt im Beginne des Versuches durch das Filter. Hierfür spricht

a) dass auf Durchleitung grösserer Luftmengen durch keimdurchlässige Filter auch bei fortgesetzter Verstäubung keine oder doch keine auffallende Vermehrung der Colonien folgt,

b) dass Filter, welche bei erstmaliger Benutzung sich als keimdurchlässig erwiesen, und ohne weiteres zu einem zweiten Versuche verwendet wurden, trotz sonst gleicher oder ungünstigerer Bedingungen (schnellerer Luftdurchzug, wiederholtes Staubaufwirbeln) keine Keime mehr oder doch ungleich weniger durchtreten lassen, und

c) dass in der Zahl der Colonien sich kein wesentlicher Unterschied bemerken lässt, mag der Staub während des Versuches nur einmal oder mehrmals aufgewirbelt werden.

8. Die Geschwindigkeit des Luftstromes durch ein Filter hat innerhalb der eingehaltenen Versuchsgrenzen keinen oder doch nur einen sehr untergeordneten Einfluss auf die Zahl der sich entwickelnden Colonien. Das Filter, welches bei 1 mm Druckdifferenz keimdicht war, verwehrte auch bei 10 mm Druckdifferenz den Keimen den Durchtritt. Nur in einzelnen Fällen riss ein erheblich stärkerer Luftstrom einige wenige Schimmelpilzsporen mit sich. Diese Beobachtung ist insofern von Wichtigkeit, als die Wirksamkeit eines Filters bei zufällig eintretenden grösseren Druckschwankungen nicht in Frage gestellt wird.

9. Keimdurchlässige Filter können, wie schon aus Punkt 7 hervorgeht, dadurch völlig oder nahezu keimdicht gemacht werden, dass man staubhaltige Luft durch sie hindurchführt. In gleicher Weise wirkt der Russ einer rauchenden Petroleumlampe; hierbei gehen für das blosse Auge sichtbare Spuren von Russ nicht durch das Filter, da nur die dem Rauche zugekehrte Fläche der äussersten Filterschicht berusst erscheint, hingegen deren Innenfläche sowie die folgenden Filterschichten in ihrer Farbe nicht im mindesten verändert werden. Eine practische Bedeutung wird jedoch die Berussung von Filtern kaum erlangen, da der Russ den Luftdurchtritt durch das Filter ausserordentlich erschwert.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich folgende Hauptsätze ableiten:

1. Die Möglichkeit, die Luft von den ihr beigemengten Mikroorganismen vollständig zu befreien, ist für einen sehr ungünstigen Fall (Hadersaalluft) bewiesen.

2. Ebenso ist die Möglichkeit der Herstellung keimdichter Filter zu persönlichen wie zu Ventilationszwecken ausser Frage gestellt:

Soll beispielsweise ein Respirator aus einem schwedischen Filtrirpapiere angefertigt werden, welches sich in dreifacher Schicht keimdicht erwies, und 1 Liter Luft durch eine Scheibe von 4 cm Durchmesser (12,5664 qcm) bei 1 mm Druckdifferenz in 40 Minuten durchliess, so ergiebt sich unter der Annahme, dass in 1 Minute 20 Einathmungen[1]) zu je 1 Sekunde und 500 Ccm bei gleichbleibendem (Aspirations-) Zuge ausgeführt werden, folgende Berechnung:

12,5664 qcm lassen 1000 Ccm in 2400 Sek. durch; folglich muss das Filter, welches (500 Ccm in 1 Sek.) 1000 Ccm Luft in 2 Secunden durchtreten lassen soll, $\frac{2400}{2} = 1200$ Mal so gross sein, d. i. $12{,}5664 \times 1200 = 15079{,}68$ qcm, oder rund $1\frac{1}{2}$ qm.

Ein Filter, welches, wie das aus der Fabrik von Schleicher u. Schüll in Düren bezogene, in vierfacher Schicht keimdicht ist, und dabei 1 l Luft durch eine Scheibe von 4 cm Durchmesser bei 1 mm Druckdifferenz in 11—14 Minuten durchtreten lässt, würde demnach nur den dritten Theil jener Fläche, also $\frac{1}{2}$ qm beanspruchen.

Die Technik erhält hiermit die Aufgaben, erstens ihr Augenmerk auf die Herstellung oder Auffindung leicht durchlässiger und gleichmässig gearbeiteter, wohl auch erst in mehreren dicht aufeinander liegenden Schichten keimdicht haltender Filterstoffe zu richten, oder geeignete Compressionsvorrichtungen für ungeformte oder lockere Stoffe (Baumwolle, Watte) zu ersinnen, und zweitens die erforderliche Fläche jener Stoffe in eine möglichst wenig Raum einnehmende, handliche und leicht anwendbare Form zu bringen. Da die Filter sich in sehr staubreicher Luft nach und nach mit einer dichten Staubschicht bedecken, welche den Luftdurchtritt wesentlich zu erschweren im Stande ist, empfiehlt es sich, vor dem keimdichten Filter eine einfache Lage der Seite 17 erwähnten Watte anzubringen. Auch wenn dieselbe so gelockert wird, dass sie den Luftstrom nicht im mindesten aufhält, nimmt sie dennoch nicht nur alle gröberen Bestandtheile des Staubes in sich auf, sondern reinigt die Luft dermaassen, dass sich das keimdichte Filter erst nach längerer Benutzung mit einer dem blossen Auge sichtbaren Staubschicht beschlägt. Sowie eine merkliche Behinderung des Lufteintrittes wahrzunehmen ist, genügt es, die Watte auszuklopfen oder zu erneuern.

Es bleibt späteren Untersuchungen vorbehalten, festzustellen, ob man sich, insbesondere für bestimmte Fälle, damit wird begnügen dürfen, die Filter nur bakteriendicht herzustellen, den Durchtritt einzelner Pilzsporen aber zu gestatten. Vorläufig halte ich es für rathsam, auf der Forderung völliger Keimdichtigkeit zu bestehen, zumal dieser Forderung bei den von mir untersuchten Filtrirpapieren regelmässig durch Hinzufügung nur noch einer Schicht zu dem bakteriendichten Filter zu genügen war.

3. Es ist zu erwarten, dass sich die in der Luft schwebenden pathogenen Mikroorganismen weder physikalisch noch den Filtern gegenüber anders verhalten, als die im Haderstaube enthaltenen Keime.

Es ist also im hohen Grade wahrscheinlich, dass wir uns gegebenen Falles vor Infectionen, soweit solche durch Aufnahme pathogener Keime in die Athmungswerkzeuge erfolgen, durch Respiratoren, welche bei compendiöser Form und bequemer Anwendung das Athmen kaum erschweren, werden sichern können.

Es erscheint ferner ausführbar, künstlich ventilirten Räumen nicht nur keimfreie Luft zuzuführen, sondern auch die in ihnen (Krankenräume) etwa in die Luft gelangten pathogenen Keime zurückzuhalten. Mögen die Erwartungen, welche ich an die Verwendung keimdichter Luftfilter im Grossen knüpfe, recht bald eintreffen!

Nur nebenbei erwähne ich, dass die Desinfection oder Sterilisirung inficirter Filter nicht die geringsten Schwierigkeiten bereiten kann.

4. War es nach den Erfahrungen, die im Vorstehenden beschrieben wurden, schon mehr als wahrscheinlich, dass keimdichte Filter auch zur Beseitigung anderen, insbesondere der Gesundheit schädlichen Staubes mit Vortheil würden verwendet werden können, so bestätigten dies einige Versuche, die ich in Gemeinschaft mit Herrn Hüttenmeister Bischoff in Niederpfannenstiel in dieser Richtung angestellt habe.

Wir leiteten einen Luftstrom, welcher chemisch leicht nachweisbare Körper, u. z. reichliche Mengen von Mennige, Ultramarin und Schweinfurter Grün, in Staubform beigemischt enthielt, durch keimdichte Filter und von da durch eine Waschflasche. Nach Beendigung des Versuches zeigte sich jedesmal nur die dem Staube zugekehrte Filterschicht, und zwar nur deren Aussenseite, (stark) bestäubt, ganz wie dies auch bei Durchleitung von Lampenruss beobachtet worden war. In keinem Falle war es möglich, auch nur eine Spur der zerstäubten Präparate in dem Inhalte der Waschflasche nachzuweisen, insbesondere war auch nach der Methode von Marsh keine Spur von Arsen darin zu entdecken. Dasselbe Ergebniss stellte sich aber auch bei Versuchen heraus, in denen unter sonst gleichen Umständen die mir zur Verfügung stehenden leichtest durchlässigen Filtrirpapiersorten in nur einfacher Schicht verwendet wurden. Erst dann liessen sich mit Hilfe der chemischen Prüfung die verstäubten Körper im Wasser erkennen, als man die staubhaltige Luft durch Filter leitete, welche zuvor mit einer Nadel durchstochen worden waren.

Hieraus folgt, dass Filtrirpapier in einfacher Schicht jene Stoffe so vollkommen zurückhielt, dass chemisch nachweisbare Spuren derselben jedenfalls nicht durch das Filter drangen.

5. Die mit Filtrirpapier angestellten Versuche haben einen neuen Beleg für einige wichtige Schlüsse beigebracht, welche bereits aus dem bei obenerwähntem Sandsteinversuche erhaltenen Ergebnisse gezogen werden mussten.

Aus dem Umstande, dass es nicht die Bakterienkeime, bez. die Bacillensporen sind, welche die kleinsten Filterporen durchdringen, sondern Schimmelpilzsporen, geht nämlich hervor, dass jene gar nicht als einzelne Individuen in der Luft enthalten sind; sie müssen vielmehr

[1]) Es ist nur auf das Einathmen Rücksicht zu nehmen, da das Ausathmen nie durch das Filter geschehen darf, weil sich sonst in dem Raume zwischen Filter und Mund schlechte und verbrauchte Luft mit der frischen Luft mischen und diese verderben würde, und weil ausserdem durch den ausgeathmeten Wasserdampf das Papier feucht und undurchlässig werden würde. (Dr. Möller.)

Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

entweder zu mehreren zusammenhängen, oder in Theilchen ihres Nährbodens eingebettet sein, bez. daran oder an anderen Substanzen (Keimträgern) haften, und dadurch unregelmässiger geformte, schwerere und grössere Körperchen bilden, als die kleinsten isolirten Schimmelpilzsporen.

Dies konnte eigentlich schon vermuthet werden, wenn man sich die Herkunft jener Keime vergegenwärtigte.

Dieser Schluss findet aber auch durch das Mikroskop seine Bestätigung: Schon wenn man ein wenig Haderstaub mit einem klebrigen Stoffe, z. B. Nährgelatine, auf einem Deckgläschen verreibt, dann die dünne Schicht dadurch auf dem Deckgläschen haftbar macht, dass man letzteres mehrmals durch eine nicht leuchtende Gasflamme zieht, und das Präparat mit Methylenblau färbt, fällt es auf, dass die Bakterien meist zu Haufen ein und derselben Individuen angeordnet sind, und dass, wo sich einzelne Individuen zeigen, dieselben meist in der Nähe eines Haufens ihr gleichgestalteter und gleich stark gefärbter Individuen liegen.

Sehr viel regelmässiger und augenfälliger tritt diese Erscheinung ein, wenn man den Staub derart auf dem Deckgläschen zur Ablagerung bringt, dass sich die einzelnen Theilchen sofort befestigen und nicht mehr aus ihrer Lage gebracht, bez. auseinandergerissen werden können. Ich verfuhr hierbei folgendermaassen:

Auf ein Deckgläschen wurden ein paar Tropfen Chloroform gegossen, und darin ein wenig Canadabalsam gelöst. Diese Lösung liess ich so lange auf dem Deckgläschen hin und her fliessen, bis sie dickflüssig wurde. Hierauf wurde das Deckgläschen auf ein Stückchen Papier gelegt, welches an 3 Fädchen aufgehängt war, und in einen hohen Glascylinder eingeführt. Der Glascylinder enthielt einen Löffel voll Haderstaub, welchen man durch Schütteln des Gefässes vor dem Einhängen des Deckgläschens aufwirbelte.

Hierauf wurde das aus dem Glascylinder wieder herausgenommene bestäubte Deckgläschen vorsichtig erwärmt, das Präparat in einer Lösung von Methylenblau gefärbt, dann mit destillirtem Wasser abgespült, getrocknet und in Canadabalsam eingelegt.

Die mikroskopische Untersuchung solcher Präparate ergab folgendes:

1) Die Staubtheilchen liegen so, wie sie aufs Deckgläschen fielen, meist isolirt, nicht aus ihrem Zusammenhange gerissen.

2) Je später nach dem Schütteln des Gefässes oder je höher in demselben das Deckgläschen eingehängt wird, um so spärlicher und kleiner sind die zum Absetzen gekommenen Staubtheilchen.

3) Der grösste Theil der Staubtheilchen ist frei von Mikroorganismen.

4) Die Bakterien, womit ich der Kürze wegen alle Nichtschimmelpilze bezeichnen will, liegen zumeist in grösseren, seltener in kleineren Gruppen zusammen. (Diese Erscheinung ist so constant, dass der spät nach dem Schütteln oder in grösserer Höhe aufgefangene Staub wohl zahlreiche isolirte Schimmelpilzsporen aber äusserst wenig Bakterien enthält.) Eine solche Gruppe besteht fast ausnahmslos aus gleichgeformten und gleich stark gefärbten, also wohl auch gleichen Individuen (Reinculturen).

Hieraus erklärt es sich auch, warum die Colonien, welche ihren Ursprung den aus der Luft auf Nährgelatine gelangten Keimen verdanken, in der Regel Reinculturen sind.

Dasselbe gruppenweise Zusammenliegen zeigen sogar recht häufig die Schimmelpilzsporen, wenngleich die überwiegende Mehrzahl derselben isolirt vorkommt. Seltner findet man einzelne Individuen von Bakterien; sie liegen dann aber meist entweder in unmittelbarer Nähe einer Gruppe gleichartiger Gebilde oder in einer vom Canadabalsam deutlich unterscheidbaren Substanz eingebettet. Ganz selten vermisst man dergleichen Anhänge, womit natürlich nicht gesagt ist, dass sie solche thatsächlich nicht besitzen. Es hat vielmehr für mich weit grössere Wahrscheinlichkeit, dass das Vorkommen einzelner völlig isolirter Bakterien nur ein scheinbares ist, sei es, dass die den Individuen anhängende Substanz sich nicht optisch kenntlich macht, oder dass die vermeintlichen Mikrokokken — es handelt sich fast ausnahmslos um mikrokokkenähnliche Gebilde — keine solchen, sondern kleinste runde Schimmelpilzsporen sind, welche mikroskopisch die grösste Aehnlichkeit mit Mikrokokken haben, und sich ebenso schön in Methylenblau färben, wie diese.

Die Versuche sind neuerdings auf Watte ausgedehnt worden, und soll über deren Ergebniss später berichtet werden.

Auch behalte ich mir vor, auf den in Vorstehendem behandelten Gegenstand ausführlicher zurückzukommen.

Nachtrag.

Neuerdings habe ich noch eine Anzahl sehr leicht luftdurchlässiger Filtrirpapiersorten untersucht, darunter z. B. eine, welche 1 l Luft bei 1 mm Druckdifferenz durch eine einfache Schicht von 12,566 qcm in weniger als 1 Minute durchliess. Hierbei zeigte sich, wie nicht anders zu erwarten war, dass zur Erzielung von Keimdichtigkeit eine weit grössere Schichtenzahl erforderlich, und dementsprechend auch der Uebergang von der Bakteriendichtigkeit zur völligen Keimdichtigkeit nicht mehr durch Hinzufügen nur noch einer einzigen Schicht zu erreichen ist.

Weiter lassen mit Cellulose begonnene Versuche darauf schliessen, dass sich dieser Stoff, besonders in dickeren lockeren Pappen, zur Filtration der Luft vorzüglich eignet, und für practische Zwecke, wobei es auf vollkommne Abhaltung der Keime bei leichtester Luftdurchlässigkeit ankommt, höchst wahrscheinlich alle Filtrirpapiere übertrifft.

III. Ueber Kairin.

Vorgetragen in der Versammlung der Aerzte des Reg.-Bezirkes Stralsund am 2. December 1883.

Von

Dr. E. Peiper.

Meine Herren! Mit der gütigen Erlaubniss des Herrn Professor Mosler habe ich auf der Greifswalder medicinischen Klinik eine Reihe von Versuchen über die antifebrile Wirkung des Kairins angestellt, und zwar bis jetzt in 23 Fällen von Typhus abdominalis, in 7 Fällen von Phthisis pulmonum, in 2 Fällen von Febris intermittens, in je einem Falle von Scarlatina, Lues, Pneumonia crouposa und Polyarthritis rheumatica acuta. In 5 Fällen von Abdominaltyphus wechselte die Kairinbehandlung mit der sonst bei uns üblichen Kaltwasserbehandlung ab. Die jüngsten Patienten waren Kinder von 5, 7, 8 und 9 Jahren; der älteste Patient war 39 Jahre alt. Die Erwachsenen erhielten das Pulver in Oblaten; Kindern gaben wir es in Wein aufgelöst. Die Tagesdosis schwankte je nach dem Fieberverlauf; die grösste von einer Typhuspatientin genommene Dosis betrug 4,75 pro die, während die Einzeldosis nie 1 gr. überstieg. Die von einer Typhuspatientin innerhalb 4 Wochen genommene Menge betrug 76,25 gr.

Im Allgemeinen begannen wir mit der Verabreichung des Kairins beim Typhus abdominalis Morgens um 7 Uhr, je nach der Höhe der Temperatur erhielt der Patient $^1/_2$ — 1 gr., und zwar letztere Dosis, wenn die Höhe des Fiebers über 39,0° C. in der Achselhöhle gemessen betrug. Es hatte sich nämlich herausgestellt, dass, sobald beim Typhus das Fieber die Höhe von 39,0° C. und darüber erreicht hatte, die Dosis von $^1/_2$ gr., selbst wenn sie stündlich gereicht wurde, keinen oder doch mindestens keinen bald zur Geltung kommenden Einfluss auf die Erniedrigung der Temperatur zeigte; Kinder machten hiervon, wie wir noch später hervorheben wollen, eine Ausnahme. Die Dosis von $^1/_2$ gr. wurde aber mit Erfolg bei Temperaturen, welche zwischen 38—39° C. lagen, verabreicht. Der Abfall der Temperatur erfolgte, wie wir häufig beobachteten, etwa 25—30 Minuten nach der Einnahme des Pulvers, spätestens nach 50 Minuten. War die Temperatur nach Ablauf von einer Stunde nicht zur Norm zurückgebracht worden, so wurden stündlich 0,5 oder 0,25 Kairin weitergegeben, bis die Entfieberung eingetreten war. Der Abfall der Temperatur wurde stündlich durch Messungen controlirt; in den meisten Fällen, auch bei Typhus, trat er in der angegebenen Zeit ein und hielt etwa 2—3 Stunden an. War die Temperatur eine annähernd normale geworden, so wurde mit der nächsten Kairingabe 2—3 Stunden gewartet, gewöhnlich machte sich dann schon ein langsames Steigen der Temperatur bemerkbar. Nunmehr genügte meist eine zweistündliche Gabe von 0,25 gr. für die Erhaltung der Apyrexie. In den Fällen, wo Schüttelfrost eintrat, gaben wir ausserdem sofort 0,5—1 gr. Ebensowenig, wie Guttmann[1]), erzielten wir hierdurch eine Abkürzung des Frostes oder Stillstand der während des Frostes rasch ansteigenden Temperatur, da die Wirkung des Kairins erst frühstens nach $^1/_2$ Stunde eintrat. Bei der grösseren Anzahl von Fällen liess sich leicht, nachdem in den ersten Tagen annähernd der Fieberverlauf, die individuell verschiedene Reaction auf die einzelnen Kairindosen im Allgemeinen festgestellt war, ungefähr ein Schema für die Verabfolgung des Kairins aufstellen. Unsere Hoffnung, bei jedem Kranken mit der Zeit ein bestimmtes Schema für die Darreichungsweise des Kairins zu finden, wurde allerdings in einer Reihe von Fällen nicht bestätigt. Wenn es uns auch gelungen war, an einzelnen Tagen das Fieber annähernd auf der Höhe von 38,0° C. niederzuhalten, so belehrten uns am folgenden Tage, an welchem wir unsere Darreichungsweise genau wiederum befolgten, die plötzlich hoch ansteigenden Temperaturen, dass mehrfach am Tage zu wiederholende Temperaturmessungen für die Verabreichung der einzelnen Dosen recht wünschenswerth zunächst noch sind. Nicht immer konnte selbst bei peinlich durchgeführter Messung das Ansteigen der Temperatur durch angemessene

[1]) Berliner klin. Wochenschrift 1883, No. 31.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kairingaben verhindert werden. Der Vorschlag Guttmann's[1]), die Temperatur nicht zu tief hinabzudrücken, da der das erneute Ansteigen der Temperatur meist ankündigende Frost um so intensiver und unangenehmer empfunden wird, je grösser die Differenz zwischen der künstlich herabgesetzten und der frisch angestiegenen Temperatur ist, verdient sicher Beachtung. Wir sahen wenigstens in Fällen, in welchen die Temperatur subnormal geworden war, durch das Auftreten des Schüttelfrostes, einige Störungen in dem sonst leidlichen Wohlbefinden der Patienten. Bisher haben wir es vermieden, grössere Gaben als 1 gr. auf einmal zu geben, da jedoch Riess[2]) beobachtete, dass 2 gr. ohne jede nachtheilige Wirkung vertragen wurde, und dass der betreffende Typhuspatient bei viermaliger Dosis von 2,0 durch 24 Stunden beinahe normale Temperatur zeigte, so wird es sich empfehlen, weiterhin bei Erwachsenen diese Dosirung zu versuchen. Bei Kindern sind im Allgemeinen zur Entfieberung keine sehr hohen Dosen erforderlich; so genügte bei einem achtjährigen Mädchen (Typhuspatientin) eine drei- bis vierstündliche Gabe von 0,25 gr. die Temperatur, welche ohne Antipyreticum dauernd sehr hoch blieb, während des ganzen Tages ungefähr auf 37,0° C. zu erhalten.

Die antifebrile Wirkung des Kairins ist individuell verschieden; sie scheint, wie Filehne vermuthet, in gewissem Verhältniss zur Körperconstitution zu stehen, so dass demnach kräftig constituirte Personen zur Herabsetzung hoher Temperaturen grösserer Gaben bedürfen, als schwächliche oder Kinder. Bei Kindern trat wiederholt auf 0,5 Kairin eine vier Stunden andauernde Temperaturerniedrigung von 39,0° C. bis auf 36,0° C. ein. Zum Oeftern machten wir die Beobachtung, dass an einzelnen Tagen oder Tageszeiten grössere Gaben zur Herabsetzung der gleich hohen Temperatur erforderlich waren, als an anderen. Jedoch blasste die Wirkung des Kairins keineswegs mit dem längeren Gebrauch desselben ab. Je nach der Art der dem Fieber zu Grunde liegenden Krankheit, waren bald grössere, bald nur kleinere Dosen erforderlich. So sehen wir, ähnlich wie auch Merkel[3]) und Janssen[4]) bei ihren Patienten, dass in unsern 7 Fällen von Phthisis pulmonum der Temperaturabfall nicht blos rascher eintrat, es schien auch die antifebrile Wirkung des Kairins eine intensivere und von längerer Dauer zu sein, als wir sie sonst beobachten konnten. Da ausserdem gerade in diesen Fällen der Fieberverlauf ein typischer war, so gelang es leicht, durch geregelte Darreichung von Kairin die Temperatur auf etwa 38,0° C. zu erhalten. Einen gleichen Erfolg erzielten wir in einem Falle von croupöser Pneumonie; durch stündlich wiederholte Gaben von $^1/_2$—1 gr. wurde die Fieberhöhle fast andauernd herabgedrückt. Bei einem luetischen Eruptionsfieber, wo unter heftigem Schüttelfrost binnen wenigen Stunden die Temperatur bis auf 39,5° C. gestiegen war, erfolgte auf 1 gr. der Abfall der Temperatur dauernd bis zur Norm. Nicht minder günstig wirkte das Kairin bei einer Polyarthritis rheumatica acuta; der Fall zeichnete sich dadurch aus, dass salicylsaures Natron bisher ohne Erfolg gegeben war. Wenig beeinflusst wurde durch Kairingaben das Fieber in einem Falle von Scarlatina; bei der 23 Jahre alten Patientin ging erst nach dreimal wiederholten stündlichen Gaben von 1 gr. die Temperatur von 40,0° bis auf 39,0° C. zurück. Merkel sah bei Scarlatina die Temperatur erst abfallen, nachdem 7 gr. gegeben worden waren. Ueber die Wirkung des Kairins bei Febris intermittens konnten wir uns bisher noch kein Urtheil bilden, da in unseren beiden Fällen nur kleine Dosen Kairin, welche ohne Erfolg blieben, gegeben worden sind. Cohn und Zadek[5]) gelang es allerdings durch eine Dosis von 3 gr., einige Stunden vor dem Anfall gegeben, nicht denselben zu coupiren, wohl aber einige Stunden hinauszuschieben und zu mässigen. Bei gesunden Individuen äusserte das Kairin in Gaben von 0,5—1,0 gr. gar keine oder doch keinen erheblichen Einfluss, es trat höchstens eine Erniedrigung um 2—3 Zehntel Grad ein; es verursachte hier ebensowenig Beschwerden, als bei kranken Personen.

Der Abfall der Temperatur erfolgte unter sehr starker, oft profuser Schweisssecretion, welche von der Höhe der Temperatur und der Raschheit des Abfalles abhing. Dass sie bei Phthisikern sich stärker, als bei anderen Kranken zeigte, können wir nach unseren Erfahrungen nicht behaupten. Vergleichsweise wechselten wir in mehreren Fällen die Kairin- mit der Kaltwasserbehandlung ab; die meisten Patienten gaben aber an, dass sie das Pulverschlucken dem Frost in und nach dem kalten Bade vorzögen. Um nicht die Patienten durch häufige Messungen und die wiederholte Darreichung von Kairin im Schlafe, welcher in der Regel ein guter war, zu stören, wurde am späten Abend die Kairinbehandlung abgebrochen.

Das subjective Befinden war in den meisten Fällen ein zufriedenstellendes; die Patienten gaben an, sich nach der Herabsetzung des Fiebers wohler zu befinden, als zuvor; nur bestand stets ein gewisses Mattigkeitsgefühl. Auch die sehr tiefen Temperaturerniedrigungen bis auf 35,0° C., wie sie in einzelnen Fällen beobachtet wurden, brachten absolut keine Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens mit sich. Die von verschiedenen Beobachtern als höchst unangenehm geschilderten Fröste traten bei Anwendung des Kairin A nur vereinzelt auf, bei sehr vielen Patienten überhaupt nicht, bei anderen nur dann, wenn nach einem starken subnormalen Abfall die Temperatur rapid anzusteigen begann. Ganz auffallend gebessert in Beziehung auf die Benommenheit des Sensoriums zeigten sich schon nach 2—3 tägiger Kairinbehandlung diejenigen Patienten, welche auf der Höhe des Typhus delirirend in das Krankenhaus aufgenommen waren. Ohrensausen, Stirn- oder Kopfschmerz wurden als Folgen des Kairingebrauches nicht beobachtet, jedoch sahen wir bei 5 Typhuskranken und einem Phthisiker wiederholt Erbrechen auftreten; nur in einem Falle inhibirte dasselbe den Weitergebrauch des Kairins; wie sich später herausstellte, erbrach der Patient auch andere Medicamente. Andere gastrische Symptome wurden bei den Patienten nicht beobachtet; bei zwei Phthisikern, welche einige Tage hindurch versuchsweise das Kairin (0,5) mehrere Male täglich per anum applicirt erhielten, traten keine Darmerscheinungen auf, Merkel sah allerdings schon nach einer einzigen Application des Medicamentes per Klysma eine heftige Diarrhoe entstehen.

Seitens des Circulationssystems ist zu bemerken, dass die Patienten häufig nach grösseren Kairindosen ein mehr oder weniger cyanotisches Aussehen bekamen; in dem Falle von croupöser Pneumonie war die Cyanose am stärksten; dass dieselbe bei Phthisis pulmonum weniger hervortrat, hängt wohl damit zusammen, dass die verabreichten Dosen nur mässige waren. Die Puls- und Athemfrequenz stand meist in gleichem Verhältniss zur Höhe des Fiebers; nach Abfall der Temperatur trat eine Remission in der Anzahl der Pulsschläge ein; nur bei drei Typhuspatienten blieb der Puls während des Abfalles frequenter und kleiner, als es eigentlich nach der Höhe der Temperatur zu erwarten war. Bei keinem Patienten beobachteten wir Collapserscheinungen; jedoch litten zwei Patienten in der Reconvalescenz an bedeutender Herzschwäche und zwar ein 30jähriger, robuster Patient, welcher 30 gr., und ein 7jähriger Knabe, welcher 22,75 Kairin consumirt hatte. Bei Letzterem war der Herzcollaps ein so starker, dass Tag und Nacht Stimulantien Wein, Aether, Kampher in grossen Dosen gereicht werden mussten, um eine Herzlähmung zu verhüten. Bei keinem der Typhuskranken war übrigens während der Anwendung des Kairins die excitirende Behandlung ausser Acht gelassen worden. Weitere Untersuchungen werden zeigen müssen, ob das Kairin einen schwächenden Einfluss auf die Herzthätigkeit auszuüben im Stande ist, oder ob die Herzschwäche nur eine zufällige Complication war. Gestorben ist von den dauernd mit Kairin behandelten Patienten nur ein 17jähriges Mädchen in Folge einer Perforationsperitonitis, welche in der vierten Woche auftrat.

Die Menge und das specifische Gewicht des nach grösseren Gaben olivengrün gefärbten Harnes war annähernd normal. Eiweiss wurde im Urin überhaupt in 9 Fällen constatirt, und zwar wurde der Eiweissgehalt in vier Typhusfällen beobachtet, welche von vornherein mit Kairin behandelt worden waren. In zwei Fällen lagen dem Eiweissgehalte nephritische Processe zu Grunde, wie die zahlreichen Formelemente im Urinsediment bewiesen. Eine ganz bedeutende Abnahme der Eiweissmenge wurde in den Fällen beobachtet, in welchen während des Tages eine annähernde Apyrexie unterhalten wurde.

Nach dem Verlauf der Erkrankungen, speciell dem der Typhen konnte auf eine Abkürzung des Krankheitsprocesses durch das Kairin nicht geschlossen werden.

Die antifebrile Wirkung des Kairins hat sich in allen den Fällen, in welchen es zur Anwendung kam, fast ausnahmslos als eine ungemein intensive und rasch zur Geltung kommende erwiesen. Ob es den Vorzug vor anderen Antipyreticis, besonders vor dem Chinin verdient, mag zunächst noch dahingestellt bleiben, da die Anzahl der bisher angestellten Versuchsreihen immer noch eine zu kleine ist, um auch üble Folgeerscheinungen richtig beurtheilen zu können. Bewährt sich das Kairin weiterhin, wirkt es vor allen Dingen nicht deletär auf das Herz, dann werden seiner ferneren Verwendung, besonders beim Typhus abdominalis auch in der Privatpraxis kaum grössere Schwierigkeiten im Wege stehen, als der Kaltwasserbehandlung oder irgend einer anderen Behandlungsweise, welche eine aufmerksame Bedienung und Pflege erfordern.

---

1) Berliner klin. Wochenschrift 1883, No. 31.
2) Berliner med. Gesellschaft. Sitzungsprotocoll vom 20. Juni 1883.
3) Deutsches Archiv für klin. Medicin 1883, Bd. XXXIV.
4) Berliner klin. Wochenschrift 1883, No. 46.
5) Deutsche med. Wochenschrift 1883, No. 33.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Zur Syphilis-Behandlung.

Vortrag, gehalten im Aerzte-Verein des Reg.-Bezirks Breslau, am 25. November 1883.

Von

Prof. Dr. A. Neisser in Breslau.

(Schluss aus No. 1.)

II. Fragen wir nun weiter, wie zu behandeln ist, so will ich hier nur die wichtigsten Sätze der antisyphilitischen Therapie kurz aufstellen. Wir halten die Schmierkur für die beste Methode der Quecksilber-Allgemeinbehandlung, und ziehen sie der Injectionskur wie der Application per os und durch Bäder vor. Die letztgenannten Methoden verwende ich nur, wenn äussere Verhältnisse die Inunctionskur unmöglich machen, oder wenn es sich um zweite, dritte etc. Kuren im Verlaufe längerer Syphilisbehandlung handelt. Als Injectionsmittel ist am besten zu verwenden die Müller-Stern'sche Sublimatchlornatrium-Lösung oder das Quecksilber-Pepton. Das neue von Liebreich empfohlene Formamid zeichnet sich, falls man über ein gutes Präparat verfügt, durch fast absolute Schmerzlosigkeit aus; ich kann indess heute über seine weiteren Vorzüge oder Nachtheile in Bezug auf den Verlauf der Syphilis Definitives noch nicht mittheilen, da unsere Versuche zwar zahlreich, die Beobachtungsfristen aber noch zu kurze sind, um über die Häufigkeit etc. der Recidive ein Urtheil zu gestatten. Zur internen Behandlung verwenden wir am liebsten Sublimat in kleinen Dosen bis 0,02 pro die, am besten in wässriger Lösung (mit Kochsalz) in reichlichen Mengen Milch, weil wir bei dieser Applicationsweise am wenigsten Magen- und Darmbeschwerden beobachten.

Ungleich besser wird von vielen Patienten das Hydrargyrum jodatum flavum vertragen; doch ist nicht zu übersehen, dass dasselbe grösserentheils unresorbirt durch den Darmkanal wieder entleert wird.

Das Jodkalium erscheint als Unterstützungsmittel der Quecksilberbehandlung für die Frühstadien von Werth; als directes Heilmittel gegen die Syphilis betrachten wir es nicht. Es beseitigt mehr die Producte des Syphilisgiftes, als das Virus selbst. Hierdurch wird es für die Spätperiode, also für die gummösen Infiltrate, das Hauptmittel, während das Quecksilber (welches das syphilitische Virus selbst angreift und zu vernichten scheint) in diesem Spätstadium an Bedeutung meistens zurücktritt.

Alle übrigen Medicationen durch Bäder, Brunnen, Holztränke u. s. w. sind in ihrem Nutzen durchaus nicht zu unterschätzen, besitzen aber nur die Bedeutung von Adjuvantien der principalen Quecksilber- (und Jod-) Therapie.

III. Als dritte Frage hatten wir aufgestellt, wie lange ist die Allgemeinbehandlung fortzusetzen? Sie lässt sich leicht für alle diejenigen Fälle beantworten, bei denen Recidive auf Recidive folgen. Hier werden intermittirend in gehörigen Zeitabständen Quecksilber- und auch Jodkalium-Behandlungen einzuleiten sein. Die Dauer der Zwischenzeiten bemisst sich einmal nach der beobachteten Wirkung des Quecksilbers auf den Organismus, nach der Constitution, den Ernährungsverhältnissen etc., andererseits sind sie durch die Erfahrung geboten, welche lehrt, dass das Quecksilber, wenn es eine Zeit lang dem Organismus zugeführt worden ist, seine Wirksamkeit einbüsst, und dass sich die Empfänglichkeit im Organismus wieder herstellt, wenn mit der Verabreichung des Hydrargyrum eine Zeit lang pausirt worden ist. Daraus hat Fournier die Methode der sogenannten „intermittirenden successiven Behandlung“ construirt, d. h. er verordnet auf mindestens $1\frac{1}{2}$—2 Jahre hindurch eine durch immer grösser werdende Zwischenräume von 4 Wochen, 6 Wochen, 8 Wochen zu unterbrechende Quecksilberbehandlung. Die Pausen füllt er, je nach dem Status und dem Bedürfniss, mit Jodkalium-Verabreichung aus.

Die Frage nach der Dauer der Behandlung ist auch dann eine nicht so schwer zu beantwortende, wenn tertiäre Affectionen sich einstellen. Wir kennen diesen Neubildungen gegenüber das Jodkalium als das souveräne Mittel, und es ist nur hinzuzufügen, dass nicht zu kleine Dosen verabreicht werden sollen. Neuerdings ist auch erfahrungsgemäss festgestellt worden, dass das sogenannte combinirte Verfahren, das heisst Inunctionskur plus Jodkalium, speciell überall da von eminentem Werthe ist, wo schwere Erscheinungen seitens des Gehirns und Rückenmarks vorliegen. Nur ist auch hier Fournier's Satz: „Wenig thun ist so gut wie nichts thun“, zu beherzigen, und demgemäss Quecksilber wie Jodkalium in reichlicher Quantität zu verabreichen.

Wie aber verhält man sich in den Fällen, in denen einige wenige gutartig verlaufende Frühsymptome vorliegen und nachher eine, vollständige Gesundheit vortäuschende, Zeit absoluter Symptomlosigkeit sich einstellt? Ist die Syphilis in diesen Fällen nur latent, so dass sie jeden Augenblick also wieder zum Vorschein kommen kann, oder ist sie wirklich beseitigt?

Könnten wir diese letztere Frage mit Sicherheit beantworten, so wäre dem Praktiker vollkommen geholfen, wie überhaupt wohl das schwierigste Problem der Syphilislehre gelöst. Aber sie kann nicht beantwortet werden, und weder das Fehlen noch die Existenz von Lymphdrüsen-Schwellungen, noch die sogenannten provocatorischen Aetzungen Tarnowsky's, noch die Anwendung der Schwefelbäder haben irgend welchen Fingerzeig nach dieser Richtung hin geboten. Das Ausbleiben syphilitischer Erscheinungen auf solche provocatorische Kuren besitzt nicht die geringste Beweiskraft für die thatsächliche Gesundheit des betreffenden Patienten. Bei dieser Sachlage nun, meine Herren, halte ich es für das Richtigste, solche Individuen nicht als gesund zu betrachten, und trotz fehlender Symptome den Anschauungen Fournier's gemäss auch für diese Fälle die intermittirende successive Behandlung auf das strengste durchzuführen. Es ist freilich nicht ganz leicht, Patienten, die frei von jeglichen Symptomen und Beschwerden sind, immer wieder zu einer Kur zu bewegen; aber ich halte mich für verpflichtet, diese Versuche jedes Mal zu machen, und mache sie überall, wo nicht bestimmte Gründe mir die Anwendung der successiven Quecksilber- und vielleicht Jodkalium-Behandlung verbieten. Solche Contraindicationen sind die Tuberculose sive schwere Scrophulose, überhaupt hochgradige Anämie und Kachexie, und ferner das Bestehen jener eigenthümlichen Form von Syphilis, die wir am besten als galoppirende Syphilis bezeichnen. Es ist dies jene Form, bei der die einzelnen Stadien sich nicht in langsamem, schrittweisen Verlauf an einander schliessen, häufig durch lange Intermissionen getrennt verlaufen, sondern wo in rascher Aufeinanderfolge, im Galopptempo ulceröse Formen schon wenige Wochen und Monate nach der Infection entstehen, häufig verbunden mit einer nicht unbeträchtlichen und das Leben des Patienten oft genug gefährdenden Kachexie. In diesen Fällen ist einzig und allein roborirendes Verfahren am Platze, höchstens sind neben demselben Holztränke und Schwitzkuren indicirt, bis die Resistenz des Organismus nach einigen Monaten sich so gehoben hat, dass nun wieder direct antisyphilitische Maassnahmen zur Anwendung gelangen können. Nichts Verfehlteres giebt es, als bei diesen malignen Formen Quecksilberkur auf Quecksilberkur zu verordnen in dem Wahne, durch die Quantität dieses an sich so werthvollen Mittels den Erfolg zu erzwingen. Er hängt hier, wie überall, nicht nur von der Beschaffenheit der Krankheit, sondern ebenso von der Individualität des Kranken ab.

Abgesehen von diesen speciell angeführten Zuständen, glaube ich für das Gros der Syphilisfälle der Fournier'schen über Jahre sich erstreckenden intermittirenden Behandlung am meisten das Wort reden zu sollen. Und es ist nicht nur die Autorität Fournier's und die glänzende Darstellungsweise seiner Doctrin, welche uns besticht, sondern es ist wesentlich die bacterielle Anschauung, welche uns zu eifrigen Anhängern seiner Methode macht.

Ihnen allen ist bekannt jene berühmte Lehre Virchow's über das Zustandekommen der Latenz wie der Recidive in dem langen Verlauf der Syphilis. Seiner Auffassung nach kapsele sich das Gift während der Latenzperioden in den Lymphdrüsen ab, um zu gewissen Zeiten und unter uns noch nicht klar übersehbaren Bedingungen wieder von Neuem in den Säftestrom einzutreten und so die Recidive herbeizuführen.

Es muss also, da wir namentlich mit Rücksicht auf den Gesammtorganismus nicht im Stande sind, durch eine einmalige Kur das Gift in toto zu vernichten, unsere Aufgabe sein, in verschiedenen Perioden successive die noch restirenden Keime anzugreifen und nach Möglichkeit zu zerstören. Deshalb die Wiederholung der Quecksilberapplication.

Die Verabreichung des Jodkaliums in den Zwischenpausen ist meist von grossem Nutzen, der in der resorptionsbefördernden Wirkung dieses Medicaments auf alle syphilitischen Neubildungen zu suchen ist. Man kann sich vielleicht vorstellen, dass auf diesem Wege sonst gleichsam abgekapselte Krankheitskeime der Einwirkung des nachträglich verordneten Quecksilbers überhaupt erst zugänglich werden.

Selbstverständlich bleibt es immer unsere Aufgabe, bei dem Gebrauch dieser specifischen Mittel das Kräftemaass des Kranken im Auge zu behalten und dasselbe zur Richtschnur unserer Verordnungen in Bezug auf Diät und allgemeines hygienisches Verhalten zu machen. Eine kräftige und reichliche Nahrung wird neben reichlichem Luftgenuss in den meisten Fällen am Platze sein, und die in früherer Zeit so häufig missbräuchlich angewendeten Entziehungskuren werden nur selten, höchstens bei übernährten, sehr saftreichen Individuen Anwendung finden.

Aber nicht nur für den bisher einzig und allein in's Auge gefassten Krankheitsverlauf scheint die so eben besprochene Jahrelange Quecksilber- und Jod-Behandlung empfehlenswerth, sie verdient, wenn ich mich nicht täusche, eine ganz besondere Berücksichtigung für die Frage der Vererbung. Es ist ja bekannt, dass die Vererbung in den Fällen, die ohne Behandlung sich selbst überlassen bleiben, gesetzmässig

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit dem zunehmenden Alter der Erkrankung spontan abnimmt, dass jedoch andererseits unter dem Einfluss einer gut durchgeführten Quecksilberbehandlung diese sonst gesetzmässige Vererblichkeit der Krankheit regelmässig unterbrochen wird.

Es ist wohl nun denkbar, dass eine Jahre lang durchgeführte Behandlung diese Vererbungsfähigkeit nicht nur zeitweise zu unterbrechen, sondern auch schneller ganz und gar zu beseitigen im Stande sein wird, als dies ohne alle Behandlung der Fall sein würde oder bei jener Methode erwartet werden kann, welche nur beim Wiederauftreten bedeutsamerer Symptome eine Allgemeinbehandlung einleitet. Für den Grad der Vererbungsfähigkeit bietet — abgesehen von eingeschobenen Quecksilberkuren — weder das Auftreten noch das Ausbleiben von Symptomen einen Maassstab, und es erscheint deshalb eine Behandlungsmethode, welche sich von der Anwesenheit oder Abwesenheit solcher Symptome abhängig macht, ganz werthlos. — Die Fournier'sche Therapie gewinnt dadurch für die Frage, wann Inficirte sich verheirathen dürfen, eine besondere Wichtigkeit, dahin gehend, dass hier neben einem zeitlichen Abstand zwischen Infection und Ehe eine ausreichende Behandlung, speciell im Fournier'schen Sinne wird gefordert werden müssen.

Zu erwähnen bleibt noch die von Güntz empfohlene Chromwasserbehandlung! Nach meiner Meinung besitzt sie nicht den Werth, der ihr von dem Erfinder zugeschrieben wird. Die Mittheilungen des Autors selbst, speciell die reichlichen Krankengeschichten beweisen zur Evidenz, dass das Ziel der angewendeten und anempfohlenen Behandlung durchaus nicht erreicht ist. —

V. Die von der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin in's Leben gerufenen Vorträge.

Wie wir in der vorigen Nummer kurz berichtet haben, hat die Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin einen Cyclus von Vorträgen eingerichtet über Themata der practischen Medicin und derjenigen naturwissenschaftlichen Disciplinen, welche in directem Zusammenhange mit derselben stehen. Die Vorträge sollen referirender Natur sein und in Kürze den Fortschritt, namentlich des letzten Jahres, zur Kenntniss bringen. An den Vortrag darf sich eine freie Besprechung ohne protokollarische Aufzeichnung knüpfen.

Sämmtliche Vorträge werden zuvörderst als besondere Beilagen zu der Deutschen Medicinischen Wochenschrift publicirt werden und können wir die Liste der Vortragenden heute schon vervollständigen. Es werden vortragen 1) Herr Prof. Kronecker, über den Schluckmechanismus; 2) Herr Grawitz, über ein noch zu bestimmendes Thema; 3) Herr Geh.-R. v. Adelmann, über Anwendung der Dermatoplastik; 4) Herr B. Fränkel, über adenoide Vegetationen; 5) Herr Mendel, Ueber Pathologie und Therapie der Epilepsie; 6) Herr Miller, über Gährungsvorgänge im menschlichen Munde und deren Beziehung zur Caries der Zähne; 7) Herr Prof. Hirschberg, über diabetische Amblyopie; 8) Herr San.-R. G. Thilenius, Thema noch nicht festgesetzt; 9) Herr Görges, über den Stand der Syphilis-Behandlung und 10—16) die Herren Rabl-Rückhardt, Dir. E. Hahn, Geh.-R. Prof. Dr. Leyden, Julius Wolff, Prof. Liebreich, Geh.-R. Prof. Dr. Gusserow und Geh. San.-R. Tobold über demnächst zu veröffentlichende Themata.

Nachdem die Gesellschaft für Heilkunde die Sectionen für Balneologie und für Pädiatrie mit dankenswerthem Erfolge in's Leben gerufen hat, kann man ihr und ihren Leitern zu diesem weiteren Fortschritt ihrer Thätigkeit aufrichtig Glück wünschen.

Die Deutsche Medicinische Wochenschrift hat es für ihre Pflicht gehalten, die Publication der Vorträge trotz der beträchtlichen ihr dadurch auferlegten Opfer zu übernehmen, und hoffen wir damit in dem wohl verstandenen Interesse unserer Leser gehandelt zu haben, denen wir diese Bereicherung des uns Gebotenen zu freundlicher Beachtung und eingehender Würdigung empfehlen. P. B.

VI. Die hygienischen Institute.

Wie aus unserer Darlegung der Etatverhältnisse der preussischen Universitäten hervorgeht, besitzen wir in Preussen nur ein einziges hygienisches Institut und zwar in Göttingen, wo Professor Flügge dasselbe leitet. Die Nothwendigkeit solcher Institute ist erst jüngst am Schluss der Hygiene-Ausstellung bekanntlich durch Professor von Pettenkofer in beredtester Weise dargelegt worden. In der That hat aber auch die neue Prüfungsordnung das Bestehen hygienischer Institute gewissermaassen nothwendig gemacht, da der VII. Prüfungs-Abschnitt die Kenntniss der Hygiene für den künftigen Arzt obligatorisch macht. Freilich wird auch hier Vieles von der Wahl des Examinators abhängen, der, wenn er selbst nicht mit der experimentellen Hygiene vertraut ist, in der mündlichen Prüfung, die nicht länger als 15 Minuten dauern soll, über zwei Aufgaben kaum in der Lage sein wird, sich davon zu überzeugen, ob der Candidat auch nur die für den Arzt nothwendigen Fähigkeiten besitzt, die gewöhnlichen Untersuchungen von Luft, Wasser und Boden auszuführen, vorausgesetzt immer, dass dem Examinator selbst darüber sichere Kenntnisse zu Gebote stehen, was nicht immer zutreffen dürfte. Um so wichtiger ist es, dass den Studirenden wenigstens die Gelegenheit geboten wird, sich für dies wichtige Gebiet der künftigen Praxis in genügender Weise vorzubereiten.

Nach Mittheilungen aus Göttingen hat der Entschluss der preussischen Regierung, daselbst das erste hygienische Institut an einer preussischen Universität in's Leben zu rufen, ein Entschluss, für den wir dem Minister v. Gossler, sowie seinen Berathern, Ministerial-Director Greiff, und vor Allem Dr. Althoff dankbar sein müssen, noch grösseren Erfolg erzielt, als man hoffen durfte. Das Institut, dem auch die nöthigen Mittel zur vollständigen Einrichtung zu Gebote stehen werden, wird schon jetzt von ca. 30 Practikanten benutzt, welche unter Leitung des Professor Flügge arbeiten, und hat der Letztere nunmehr für das nächste Semester ein Colleg über Hygiene mit Demonstrationen, Experimenten und Excursionen ankündigen können. Wir dürfen wohl mit Sicherheit erwarten, dass die preussische Regierung, auf diesem so glücklich betretenen Wege fortschreiten wird, und hoffen, dass die Principien, welche bei der Errichtung des hygienischen Institus in Göttingen maassgebend gewesen sind, dies auch anderswo sein werden. Nicht selten nämlich hat man wohl die Meinung ausgesprochen, die Professur der Hygiene könne gewissermaassen ein Nebenamt sein, und es sei nicht nothwendig ihr die ganze Kraft eines Universitäts-Lehrers zu widmen. Diese Möglichkeit hört im Interesse der Sache glücklicherweise sofort auf, wenn der betreffende Universitäts-Lehrer, was absolut nothwendig ist, gleichzeitig an die Spitze eines hygienischen Instituts gestellt wird. Diesem seine ganze Kraft zuzuwenden, ist eine unbedingt zu stellende Forderung, deren Erfüllung sich der betreffende Director nicht entziehen kann, soll er die ihm gestellte Aufgabe auch nur annähernd zur Lösung bringen. Es ist ferner ebenso unbedingt zu verlangen, dass der Professor der Hygiene und Leiter des hygienischen Institus, in selbstständigen experimentellen Forschungen und Arbeiten sich bewährt habe, und diese im Interesse der Wissenschaft, wie seiner Schüler fortzusetzen vermöge. Der Unterricht verliert an Frische und Eindringlichkeit, wenn er sich stets nur in altgewohnten Bahnen bewegt. Dass ein Universitäts-Lehrer neben diesen Pflichten, noch andere von grösserem Umfange übernehmen könne, ist vollständig undenkbar. — Wie kann Jemand z. B. die für die Hygiene so nothwendigen Untersuchungen auf Mikro-Organismen durchführen, und seine Practikanten in der schwierigen für sie nothwendigen Methode einüben, ohne seinem Fache seine ganze Kraft zu widmen?

Es wird daher nothwendig sein, dass die eigentlich administrative und polizeiliche Seite für öffentliche Gesundheitspflege noch eine besondere Vertretung erlange. Für sie wird aber gerade ein Universitäts-Lehrer, der gleichzeitig ein geschulter und erfahrener Beamter ist, die besten Garantieen bieten, und dies Lehramt wird man daher besonders in kleinen Universitäten, leicht mit anderen Stellungen vereinigen können.

Für die meisten medicinischen Facultäten der preussischen Universitäten werden Persönlichkeiten zweifellos zu Gebote stehen, die wohl geeignet sind, ein jedes der beiden Gebiete des öffentlichen Sanitätswesens zu vertreten, und wir dürfen hoffen, dass der Minister und seine Räthe der Lösung dieser wichtigen Frage in diesem Sinne bald näher treten werden; besonders was die medicinische Facultät der Universität Berlin anlangt, für die der practische Unterricht in der Hygiene den speciellen Verhältnissen gemäss, zu einer dringenden Nothwendigkeit geworden ist. Wir dürfen aber nach den Erfahrungen der letzten Jahre andererseits auch das feste Vertrauen zu der einsichtigen Energie der Leiter des preussischen Medicinalwesens hegen, dass sie trotz aller von uns gewiss nicht verkannter, materieller Hindernisse nicht nur für Berlin, sondern nach dem Vorgange Göttingens, auch für die übrigen preussischen Universitäten das Versprechen einlösen werden, welches implicite dadurch in der neuen Prüfungsordnung gegeben ist, dass dieselbe der Hygiene einen besonderen Prüfungs-Abschnitt gewidmet hat.

P. B.

VII. Prof. Dr. v. Hasner in Prag

hat sich nun doch gezwungen gesehen, sein Entlassungsgesuch zu wiederholen. Bekanntlich werden von den ihm zu Gebote stehenden 10 Krankenzimmern 6 durch die tschechische medicinische Facultät für einen ganz unbekannten Ophthalmologen in Anspruch genommen, der nicht einmal Privatdocent gewesen ist. Hierauf reichte Hasner sein erstes Entlassungsgesuch ein, nahm es aber zurück, als die Situation anders geordnet schien. Da kam am 14. October der medicinischen Facultät

Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

der deutschen Universität, deren Meinung über einen derartigen Eingriff in eines ihrer wichtigsten Institute gar nicht eingeholt worden war, ein auf eine Verfügung des Unterrichtsministers sich beziehender Statthalterei-Erlass zu, in welchem die thunlichst beschleunigte Theilung der Augenklinik nach dem früher erwähnten Plane angeordnet war, während die Krankenhausdirection von der Statthalterei gleichzeitig angwiesen wurde, diese Theilung unverweilt, und „ohne sich hiebei durch allfällige Einstreuungen von einer oder der anderen Seite beirren zu lassen", in Ausführung zu bringen.

Abgesehen von dem peinlichen Eindruck, den ein derartiges Verfahren gegen einen Ophthalmologen von Hasner's Bedeutung am Abend seines Lebens machen musste, sagt die Prag. Med. W., mussten erhebliche sachliche Bedenken gegen die Theilung geltend gemacht werden.

Dieselben bezogen sich einerseits auf den gänzlichen Mangel an Isolirzimmern für infectiöse Erkrankungsformen und ruhebedürftige Operirte, der dann an beiden Kliniken herrschen und die grössten hygienischen Uebelstände nach sich ziehen würde, andererseits auf die Zertheilung der Hasner'schen Klinik in zwei Hälften, welche durch eine eingeschobene interne Klinik getrennt wären und oft nur sehr erschwert mit einander communiciren könnten.

Die deutsche medicinische Facultät, sowie Hasner selbst, wiesen überzeugend nach, dass durch eine solche Maassregel nur eine vollständige Zersplitterung der Augenklinik bedingt, eine einheitliche Leitung derselben unmöglich gemacht würde. Da dem gegenüber das Unterrichtsministerium beschied, dass es „zu seinem Bedauern" auf dieses Ansuchen nicht einzugehen vermöge, suchte Hasner um seine Pensionirung an, die ihm, falls das Unterrichtsministerium nicht noch irgend einen Ausweg, ihn seinem Wirkungskreise zu erhalten, findet, mit Rücksicht auf seine 31jährige ausgezeichnete Dienstleistung und die schwere Kränkung, die er erfahren musste, wohl in der ehrendsten Weise zu Theil werden dürfte.

Wir haben dieser dem Prager Blatt entnommenen Darstellung nichts hinzuzusetzen, die Thatsachen genügen, um zu beweisen, welchen Vergewaltigungen die deutsche Wissenschaft in Oesterreich ausgesetzt ist, ein Staat, der einst mit vollem Rechte auf das zukunftsreiche Erblühen derselben stolz sein konnte.

VIII. Zur Sammelforschung des Berliner Vereins für innere Medicin.

In der Sitzung des Centralvereines deutscher Aerzte Böhmens begründete Prof. Pribram seinen demnächst angenommenen Antrag, der Centralverein möge sich an der Sammelforschung über Tuberculose, welche der Verein deutscher Aerzte in Prag in die Hand genommen, betheiligen. Redner führte aus, wie das Bedürfniss, die neuesten Ergebnisse der experimentellen Forschung auf dem Gebiete der Tuberculose mit der klinischen Erfahrung in Einklang zu bringen, dazu dränge, alle Verhältnisse dieser wichtigen Krankheit von den neu gewonnenen Gesichtspunkten aus an einem möglichst grossen Materiale zu prüfen. Dies könne nur durch das einmüthige Zusammenwirken der Practiker mit Erfolg geschehen, und seien es gerade die practischen Aerzte am Lande, welche über viele einschlägige Fragen werthvolles Material beizubringen im Stande wären. Deshalb liege es im Interesse dieser Forschung, die Sectionen des Centralvereins deutscher Aerzte zu reger Betheiligung heranzuziehen.

IX. Berichte und Arbeiten aus der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik zu Giessen 1881—1882 von F. Ahlfeld mit Beiträgen von F. Marchand. Mit zehn lithographischen Tafeln und fünf Holzschnitten. Leipzig, Verlag von Fr. Wilh. Grunow, 1883. Ref. S. Guttmann.

Die Discussion der schwebenden geburtshilflichen Fragen hatte zweifellos auf Kosten der in neuer und neuester Zeit im Vordergrund stehenden operativen Gynäkologie zu leiden. Um so willkommener sind uns die in dem vorliegenden Werke hauptsächlich zur Besprechung gekommenen geburtshülflichen Fragen, deren sachliche Behandlung und Förderung die vollste Anerkennung verdienen. A. hat sich nach den von ihm an seinem Beobachtungsmateriale gemachten Studien auf einen Standpunkt gestellt, der vielfach von dem herrschenden abweicht — ob mit Recht, dürfte wohl noch zur Erörterung kommen. Dem allgemeinen Bericht über Veränderungen in Einrichtung und Verwaltung seit den 15. April 1881, sowie dem allgemeinen Bericht über die Vorgänge in der Entbindungsanstalt und in der gynäkologischen Klinik vom 15. April 1881 bis 31. December 1882 folgt der specielle Bericht über die Vorgänge in der geburtshülflichen Abtheilung, welcher sich in die Capitel I. zur Anatomie der Placenta, II. Diagnostik der Schwangerschaft und Methodik der Untersuchung, III. Physiologie und Behandlung der normalen Geburt, IV. Pathologie der Schwangerschaft, V. Pathologie der Geburt, VI. Pathologie des Wochenbetts, VII. Beiträge zur geburtshülflichen Operationslehre, VIII. Physiologie und Pathologie gliedert. Der specielle Bericht über die Vorgänge in der gynäkologischen Abtheilung ist mehr weniger als Anhang anzusehen zu den äusserst werthvollen in den obengenannten Capiteln niedergelegten Arbeiten, von welchen die hervorragendsten die Capitel von der Physiologie und Pathologie der Nachgeburtszeit, sowie das Capitel über die Pathologie des Wochenbetts sind. —

Neben dem wissenschaftlichen Standpunkt der genannten Arbeiten kommen die Fragen, welche täglich an den Praktiker herantreten, keineswegs zu kurz. Ich widerstehe der Verführung aus dem reichen Inhalt Angaben zu machen, weil dieselben weit über die Grenzen eines Referats herausgehen müssten.

Der Fachmann, wie der Praktiker, finden in dem vorliegenden, dem Inhalt entsprechenden schön ausgestatteten Werke die mannigfachsten Anregungen.

X. Versammlung der Aerzte des Regierugsbezirks Stralsund am 2. Dezember 1883 zu Stralsund.

Vorsitzender: Herr Mosler.
Schriftführer: Herr Grünberg.

(Schluss aus No. 1.)

Herr Schondorff spricht über den chronischen atrophirenden fötiden Nasenkatarrh, früher mit dem Sammelnamen Ozaena bezeichnet. Diese Rhinitis ist, wie schon Zaufal angab, recht häufig von Ohrenkrankheiten gefolgt und nicht selten auf dem Ohr zuerst, welches der am meisten durch Muschelschrumpfung geräumigen Nasenhälfte entspricht. Michel und E. Fränkel verneinten die Häufigkeit dieser Complication, welche durch den verkümmerten Schutz der unteren Muschel leicht erklärlich wird. Der inspiratorische Luftstrom tritt relativ trocken, kühl und von Staubtheilen ungereinigt direct in das freiliegende Tubenostium. — Diese atrophirende Rhinitis wurde insbesondere von Gottstein, Krause und E. Fränkel als eine Schleimhauterkrankung beschrieben, welche meistens mit einem hypertrophischen Stadium, mit Stockschnupfen, beginnt, um dann zur Atrophie der Schleimhaut, ihrer Drüsen, der Muscheln und zu abnormer Geräumigkeit der Nasenhöhle zu führen, und damit zu fötider Borkenbildung des wasserarmen eiweissreichen Nasensecretes. Diese Darstellung scheint vielfach zutreffend, doch blieb sie nicht ohne Widerspruch, welcher weitere Beobachtungen gerade bei jüngeren Individuen wünschenswerth macht. Vielfache und für die Therapie wichtige Erklärungen versuchten (in noch nicht befriedigender Weise) die Entstehung des Fötor klar zu legen. Eine Punaisie ohne Schleimhauterkrankung in Folge von angeborener Nasenenge (Sauvage) besteht nicht, noch weniger ohne Retention von Secretion (Hedenus). Bresgen erklärte die Zunahme des Fötor während der Menstruation durch fluxionäre Hyperämie der Nase bei einer Kranken. Der Vortragende beobachtete dieselbe Klage als Hallucination bei einer Melancholischen. Es ist schwer verständlich, dass (nach Ziem, Bresgen und Anderen) die Einathmung verdorbener Luft, das heisst penetranter Riechstoffe, einen fötiden Nasenkatarrh machen solle, ohne dass man die Einathmung von Fäulnisserregern oder die Entstehung von Dyskrasieen zu Hülfe nimmt, welche sich nicht immer erweisen lassen. Zersetzte Luft der Mundhöhle (Friedreich, Ziem) kann nur ausnahmsweise stinkende Rhinitis bewirken, bei Communication einer Zahnfistel (Hartmann), eines Abscesses (Walb) mit der Nasenhöhle. Die Deutung Michels, dass der Fötor auf stagnirendem Secret der erkrankten Nebenhöhlen, Keil- und Siebbeinzellen beruht, ist weder durch Obductionsbefunde noch durch den positiven Befund in der Nasenhöhle selbst gesichert. Erkrankungen der Nebenhöhlen des Gesichtes sind nicht selten; bei der fötiden Rhinitis sieht die Schleimhaut der Muscheln, des Septums, schon makroskopisch krank aus, opak, ohne Glanz und nach vollkommener Entfernung der Borken durch massenhafte Wasserdurchspülung sieht man deutlich, wie ein Secret (bald wie schimmelig) aus zahlreichen Tüpfelchen hervortritt, nicht von hinten oben herabfliesst. — B. Fränkel, welcher dem Fötor die Specificität abspricht, erklärt ihn durch Zersetzung der stagnirenden Secrete unter Einwirkung eines besonderen Fermentes; er glaubt an eine Uebertragung auf Familien und weitere Kreise. Demgegenüber scheint der Fötor bei anderweitiger Secretretention so nach Rhinoplastik doch von wesentlich anderem Geruch; Impfungen mit fötidem Nasensecret blieben bis jetzt ohne Erfolg. — Die durch pathologischen Befund gestützte Annahme Krause's, dass oxydirte Fettsäuren durch die Verfettung von Drüsen und Schleimhaut Fötor machen, entbehrt jeder Analogie. Diese Xerosis conjunctivae riecht nicht (E. Fränkel), ebensowenig die ausgedehnte fettige Entartung bei Neubildungen der Brust oder des Magens. Obwohl sich bei atrophischer Rhinitis durch Anamnese meist ein vorgängiger Stockschnupfen ermitteln lässt, fordert die Annahme von Zaufal, Marchand, Hartmann, dass die abnorme Geräumigkeit der Nasenhöhle

Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

das primäre ist, welchem die Schleimhauterkrankung folgt, zu weiterer Untersuchung bei Kindern auf. Uebrigens wird durch weiten Querschnitt des Nasenlumens nicht blos die inspiratorische Verbreitung des Secretes behindert, und die Ausstossung durch Schneuzen, sondern es entweicht, was sehr wesentlich ist, die Feuchtigkeit zu leicht aus der Nase. Der Beobachtung von Bresgen und einem Anderen, welchen sich auch der Redende anschliesst, dass auch bei hypertrophischem Katarrh Fötor gefunden wird, begegnen Gottstein und E. Fränkel mit dem schwer zu bekämpfenden Einwand, dass dann stets auch Atrophie der Schleimhaut vorliege, die nur nicht mikroskopisch sichtbar sei. Gegen Massei's Deduction, dass der Fötor in statu nascendi aus dem erkrankten Epithel entweicht, und dass derselbe nach Fournié aus specifisch veränderter Absonderung der Schleimdrüsen entsteht, scheint der Befund zu sprechen, dass das frisch entstandene Secret (nach der Douche) nicht fötid ist. — E. Fränkel plaidirte dafür, dass durch den Untergang der Bowmann-schen Drüsen die Fäulnisserreger in dem chemisch veränderten Secret einen geeigneten Nährboden finden; hiermit scheint der Erfolg des Gottstein'schen Tampons nicht zu vereinigen; derselbe nützt offenbar nicht durch Filtration von Bakterien, sondern durch Zurückhalten der Feuchtigkeit und vielleicht auch durch mechanische Reizung der Schleimdrüsen. Zudem findet man die atrophirende Rhinitis fast immer an der unteren Muschel am meisten vorgeschritten, während die cylindrischen Schläuche der Bowmann'schen Drüsen auf die Regio olfactoria beschränkt sind. — Klinische Beobachtungen sind darüber wünschenswerth, ob die fötide Rhinitis fast ausschliesslich dyskrasische Individuen ergreift (contra Gottstein), ob sie sich auch bei Lues findet (dagegen Bresgen), ob die atrophirende Pharyngitis eine häufige Complication bildet. Die von Bresgen supponirte Erblichkeit der fötiden Rhinitis ist von Anderen ebensowenig bestätigt, wie die Vererbung eines Rachenkatarrhes in der granulösen Form.

Im Allgemeinen bestätigt sich die Combination von Fötor und Sattelnase (Sauvage, Zaufal, Michel), von kolbig gerötheter Nasenspitze (Bresgen) mit dem hypertrophischen Katarrh. — Die Therapie verlangt eine sorgfältige Behandlung jedes Stockschnupfens, insbesondere bei dyskrasischen Personen. Das atrophische Stadium ist nicht immer das nothwendige Endstadium einer vorausgegangenen Hypertrophie und andererseits sind Schleimhautatrophie noch nicht gleichwerthig mit Degeneration. Die chirurgische Behandlung verspricht bei der atrophirenden Rhinitis keine Erfolge; die Entfernung der unteren Muschel und des grösseren Theiles der mittleren macht eingestandenermaassen die fortgesetzte Anwendung der Douchen nicht entbehrlich (Volkmann), ist vielmehr nachtheilig, weil sie die abnorme Weite der Nasenhöhle steigert. Bei Caries leistet der scharfe Löffel gute Dienste; die Auslöffelung der kranken Schleimhaut (Bovus) gestattet keine Schonung der gesunden Partieen. Rouge leugnet mit Unrecht, dass auch stagnirender Schleim den specifischen Fötor macht, und deshalb kann seine Aufklappung der Nase, um die erkrankten Knochen zugänglich zu machen, hier nicht in Frage kommen. — Die Behandlung verlangt vor der medicamentösen und kaustischen Einwirkung die vollständige Entfernung der Borken. Für die Nasenhöhle genügt dazu meistens eine consequente Anwendung der Nasendouche Weber's oder des Irrigators (mit 1 Proc. Soda und Kochsalzlösung) bis zu 5 und mehr Litern. Für Krusten im Schlundkopfe und den hintersten Nasenpartieen leisten Zerstäubungsapparate nach v. Tröltsch, Spritzen von Lenox Brown und Anderen die besten Dienste. Michel's warm empfohlene englische Spritze ist zwar bequem transportabel, schützt aber ebensowenig vor einer Otitis, wenn man den Kranken nicht mit gedruckter Gebrauchsanweisung versieht oder gründlich instruirt. Die Gefahr einer Mittelohrerkrankung nach Anwendung der Nasendouche ist ausserordentlich übertrieben. — Da, wo der Redner nach der Douche Ohrenentzündungen beobachtete, waren die nothwendigen Cautelen vernachlässigt. — Zweckmässig sind zur Erweichung von Krusten Nasenbäder nach Puricelli, (mit Mas sagen) — Gurgeln mit Herausschleudern der Flüssigkeit durch die vordere Nasenöffnung (Mosler). Mittelst Lösungen von Borax, Glycerin können die Kranken dadurch die lästige Trockenheit der Nase vermindern. — Während die hypertrophische Schleimhaut Galvanokaustik, ätzende Kaustika, Lapis, Chlorzink und die Adstringentien verlangt, sind bei der atrophischen Schleimhaut Reizmittel und discrete Aetzungen angezeigt. Seit Alters wurden gegen die fötide Erkrankung Antiseptica empfohlen. Obwohl Michel durch Kali chloricum keine dauernde Heilung wie Eyselein sah, liess er die Patienten bis 120 gr pro die anwenden in Douchen. Die billige Sodalösung leistet dasselbe. Friedel erzählt von dauernden Heilungen durch mehrtägige Anfüllung der hinten tamponirten Nasengänge. Michel, Gottstein sahen von der Carbolsäure keinen Nutzen. Friedel's Behandlung konnte bei den ambulanten Patienten nicht geprüft werden. Von den sonst empfohlenen Antisepticis salicylsaures Natron (Fournié)-, Borsäure, Borax, Kali hypermanganicum, Wismuth, Gypstheerpulver (nach Schalle), essigsaure Thonerde (nach Hedinger) forderte Jodoform zu Versuchen auf, nachdem B. Fränkel von 3 dauernden Heilungen berichtet hatte, an welchen er bis dahin gezweifelt hatte. Schäffer fand Jodoform ohne Nutzen, James, Bresgen lobten es. Das Jodoform-Tannin-Vaseline liess sich unbequem anwenden; Jodoform-Glycerin und ätherische Jodoformlösung mittelst Lenox-Spritze, sowie Jodoform-Pulver-Einblasungen wurden in längerer Versuchsreihe mit verschiedenem Nutzen von dem Vortragenden angewandt, — freilich ohne dauernde Heilung. Nachdem Jurascz zur Behandlung der atrophirenden Rhinitis, Tinct. aromatica, Veratrin, Salicylsäure empfohlen hatte, und nachdem Benzone durch zufällige Tripperinfection der Nase eine fötide Rhinitis dauernd geheilt hatte, wandte Dr. Schondorff systematisch Reizmittel an, ätherische Jodoformlösung und Sublimatlösung. Schon Massei hatte von Calomel, Trousseau von sehr verdünnten Sublimatlösungen gute Erfolge gesehen. — Untersuchungen des Urins nach Mayencon auf Sublimat ergaben, dass Kranke mit hypertrophischem Nasenkatarrh unter dem Gebrauch einer Sublimatlösung von $^1/_{10}$ Proc., durch den Irrigator, deutlich nachweisbare und deshalb schädliche Mengen Sublimat resorbirten, während bei atrophischer Nasenschleimhaut nur Spuren nachgewiesen wurden. Der Effect dieser Sublimatlösung war anhaltende Hyperämie der Schleimhaut, geringere Borkenbildung des weniger fötiden Secretes, — Besserung, nicht Heilung. Obwohl die erste Anwendung des Sublimat sehr schmerzhaft war, und sich erst bei der Wiederholung wesentlich verminderte, forderten die Kranken die Weiterbehandlung und fanden die Anwendung des Jodoform widerlicher. Die reizende Behandlung mit Jodoformäther und Sublimatlösungen zu $^1/_{10}$ und $^1/_{20}$ Proc. (deren Anwendung in der Douche selbstredend auch bei zuverlässigen Kranken wegen der Gefahr einer Otitis sorgfältig controlirt wurde), wurde dann mit Nutzen durch Aetzungen mit Lapis in Substanz und Lösung abgelöst. Happeih's dauernde Heilungen wurden nicht erreicht, aber eine wesentliche Besserung. — Ueber den Nutzen der Jodpräparate, Lugoltlösung, Jodglycerin wurden keine Versuche gemacht. — Gottstein's Tamponade des unteren Nasenganges (eventuell nach Moos mit Watte umwickelte Drains) bewirkten eine auffallende Verflüssigung der Secrete, keine vollkommene Desodorisirung, auch wenn nur Nachts und mit Unterbrechung angewandt. Bresgen's principiell abweisendes Urtheil über die Nasentamponade ist nicht zu billigen, solange die Therapie bei weit vorgeschrittener atrophirender Rhinitis oder Armuth der Kranken nicht bessere Mittel kennt. — Bei jugendlichen Individuen unterstützt eine rationelle Allgemeinbehandlung sehr erheblich die locale, insbesondere See- und Soolbäder. Der Erfolg der von dem Vortragenden angestellten Versuche erzählt nicht von dauernden Heilungen, aber von Besserungen, die zu weiteren klinischen Mittheilungen und zu therapeutischem Eingreifen auffordern. Die in Narbengewebe umgewandelte Schleimhaut ist irraperabel und verweist auf den Gebrauch der bekannten Linderungsmittel, um Krusten zu entfernen, die Nase feucht zu erhalten.

Herr Hesse: Ueber Collapsus im Typhus abdominalis.

Der Vortragende bespricht einen auf der Greifswalder med. Klinik in letzter Zeit beobachteten Fall von sogen. idiopathischem Collaps, bei dem derselbe also nicht durch irgend welche Complication der Krankheit, sondern durch den Einfluss des Infectionsvirus auf das Herz herbeigeführt war; und nimmt im Anschluss an ihn Veranlassung, für das Wesen des Collapses im Typhus abd. einen Erklärungsversuch, der mit den modernsten Entdeckungen über die Pathogenese der Infectionskrankheiten im Einklang steht, zu geben: Es frage sich, ob ein directer Import der krankheiterregenden Bacillen von ihrer Infectionsstätte im Darm aus mittelst der Blutbahn zum Herzen anzunehmen sei, durch deren Wirkung die Veränderungen im Herzen und ihr klinischer Ausdruck, der Collapsus, resultire — eine Annahme, die jedoch keine genügende Stütze finde, auch mit dem negativen Befund im Herzen beim Typhus und bei verwandten Infectionskrankheiten nicht zu vereinigen sei, — oder ob durch die Thätigkeit der Bacillen ein chemisch verändertes Blut erzeugt werde, durch dessen Wirkung die Veränderungen der verschiedenen Organe, speciell des Herzens geschähen. Der letzteren Annahme müssten sich nach der Meinung des Vortragenden die Untersuchungen zuwenden, sie sei die wahrscheinlichere.

Herr Schulz: Im Anschluss an die eben gehörten Worte des Herrn Collegen Hesse möchte ich der Ansicht Ausdruck geben, dass bei dem Zustandekommen der fettigen Degenerationen einzelner Organe bei infectiösen Processen die chemische Seite der Erklärung wohl in den Vordergrund zu treten hat. Die genannten Erscheinungen decken sich zu auffallend mit denjenigen, wie wir sie künstlich bei gewissen Vergiftungen, zumal mit Phosphor, Arsen, Antimon u. s. w. darstellen können, als dass man nicht unwillkürlich zu dem Gedanken kommen müsste, es handele sich hier um identische Processe. Bei den, durch Vergiftung bedingten fettigen Degenerationen handelte es sich nach Allem, was uns die experimentelle Forschung darüber bis heute gelehrt hat, um eine chemische Wirkung, bedingt durch Freiwerden von activem

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sauerstoff innerhalb der vom Gifte betroffenen Organe. Wir wissen aber ferner, dass gerade niedrigste protoplasmatische Gebilde, die fermentartig zu wirken im Stande sind, intensive chemische Arbeit leisten können, Oxydationen und Spaltungen von durchgreifendster Kraft. Diese Mikroorganismen, denen wir die Träger infectiösen Giftes gleichfalls beizählen können, haben alle eine ausgesprochene Affinität zum Sauerstoff, sie setzen ihn in lebhafteste Bewegung. Wir haben also übermässig gesteigerte Sauerstoffbewegung bei ihnen wie bei den genannten Giften. Für letztere ist die Erklärung des Wirkungsmodus auf chemischem Wege gesucht und gefunden; wollen wir den Schluss ziehen, dass, wenn die Erscheinungen sich in weitgehendem Maasse decken, auch der letzte Grund ihres Auftretens derselbe sein müsse, so haben wir auch für die pathologischen Veränderungen, wie sie durch das infectiöse Material herbeigeführt werden, als letzten Grund chemische Wirkung heranzuziehen.

Herr Peiper spricht darnach über seine Erfahrungen mit Kairin, welche ausführlich S. 20 dieser Nummer mitgetheilt sind.

Herr Ballowitz: Ueber das Vorkommen der Tuberkel-Bacillen im Sputum.

Wie bekannt, ist durch Koch's glänzende Entdeckung als Erreger der Tuberculose ein pflanzlicher Mikroparasit nachgewiesen worden, der sich bei allen tuberculösen Processen im specifisch erkrankten Gewebe constant vorfindet. Bald hat man diese Entdeckung auch practisch für die klinische Diagnostik verwerthet. Man untersuchte die Excrete der Kranken, um schon intra vitam diese „Tuberkel-Bacillen“ aufzufinden, und so in zweifelhaften Fällen eine sichere Diagnose zu stellen. Dieser Nachweis gelang im Sputum, in den Faeces, im Harn der Phthisiker, im Ausflusse bei tuberculöser Mittelohreiterung und bei scrophulöser Ozaena der Kinder, ferner im Eiter tuberculöser Kehlkopf- und Gaumengeschwüre, — ganz abgesehen von den mannigfachen Fällen „chirurgischer Tuberculose“. Besondere Aufmerksamkeit haben die Kliniker der Untersuchung des Sputums auf Bacillen geschenkt. Auch an der Greifswalder medicinischen Klinik wurden während des letzten Sommers derartige Untersuchungen angestellt, deren Ausführung Herr Prof. Mosler mir übertrug.

Zum Nachweis der Bacillen diente die von Gibbes modificirte Ehrlich'sche Methode. Gibbes hat eine Mischung zusammengestellt, die alle Bestandtheile der Ehrlich'schen Anilin-Fuchsin-Lösung enthält. Es hat diese Mischung den Vorzug, dass sie lange Zeit gebrauchsfähig bleibt. Man hat zur jedesmaligen Untersuchung nur nöthig, etwas Flüssigkeit in ein Uhrschälchen zu giessen und die mit einer dünnen, leicht angetrockneten Sputumschicht versehenen Deckgläschen darin 10—15 Minuten färben zu lassen. Sodann werden die Deckgläschen herausgenommen, kurze Zeit in verd. Salpetersäure entfärbt, sorgfältig abgewaschen und untersucht. Die grosse Einfachheit und die so schnelle und bequeme Handhabung empfiehlt gerade dieses Verfahren ganz besonders für das Sprechzimmer des Arztes.

Nach dieser Methode untersuchte ich zunächst die verschiedenartigsten Excrete und pathologischen Absonderungen nicht Tuberculöser, z. B. Bodensatz vom Urin, Stuhlgang von Typhus- und anderen Kranken, Zungenbelag, diphtheritische Membranen, Flüssigkeit der Blasen von Erysipelas herstammend, Tripper und Fluorsecret u. dgl. m.

In keinem Präparat war es mir möglich, die specifischen Bacillen zu entdecken. Ferner kamen die Sputa von zahlreichen gleichfalls nicht tuberculösen Brustkranken zur Untersuchung. Es waren dies einige 80 Fälle von acuter, chronischer und putrider Bronchitis, Asthma bronchiale, ausgesprochener Bronchectasie, von crupöser Pneumonie und Lungenabscess. Auch hier fand ich kein einziges Mal Tuberkel-Bacillen.

Ganz andere Resultate ergab dagegen die Untersuchung des Auswurfs von wirklich tuberculösen Kranken. Es wurden im Ganzen 72 Fälle beobachtet, darunter zunächst 45 Fälle von ausgesprochener chronischer Phthise. In allen diesen Fällen wurden die Koch'schen Bacillen gefunden, und zwar meistens sogleich im ersten Präparat und durchschnittlich sehr zahlreich. Mehrere Male indess stand die beständig geringe Zahl der Bacillen in auffallendem Gegensatz zu den schwerwiegenden physikalischen Symptomen, welche die Lungen darboten.

In solchen Fällen exquisirter Phthise, in denen für den Arzt die Diagnose auf der Hand liegt, mag immerhin der Bacillenbefund im Auswurf eine wenn auch erwartete Bestätigung derselben sein. Von grösster Bedeutung dagegen werden die Bacillen bei beginnender Phthise, bei der die Diagnose ja oft nicht mit Sicherheit zu stellen ist. Es gelang mir in einem Falle, unmittelbar nach primärer Hämoptoë Bacillen nachzuweisen. P., bis dahin gesund, hatte acht Tage vor der mikroskopischen Untersuchung des Sputums mässig starke Hämoptoë gehabt, die nach einigen Tagen wieder verschwand. Zur Zeit der mikroskopischen Untersuchung des Sputums waren die Lungen vollständig frei, überall normale Verhältnisse. Die Untersuchung des nur minimalen Sputums liess spärliche Bacillen deutlich und leicht nachweisen.

Die Bacillen fanden sich ferner in zahlreichen Fällen, in denen sich der Krankheitsprocess nur auf die Spitzen beschränkte. In fünf Fällen war überhaupt noch keine Dämpfung vorhanden; es bestand nur leichter Spitzenkatarrh. Die Untersuchung des spärlichen Auswurfs ergab darin Bacillen in mässiger Anzahl, in einem Falle waren sie jedoch sehr zahlreich.

Balmer und Fräntzel wollten auf Grund ihrer Untersuchungen den Bacillenbefunden im Sputum, je nach der Zahl der darin enthaltenen Bacillen auch eine prognostische Bedeutung beilegen. Die meisten anderen Beobachter konnten dies nicht bestätigen. In den von mir beobachteten Fällen konnte ich nur wenige Male eine Zunahme der Bacillen mit Zunahme der destructiven Processe in den Lungen und Verschlechterung des Allgemeinbefindens sicher constatiren. Besonderes Interesse bietet ein Fall, in dem sich in unmittelbarem Anschlusse an eine croupöse Pneumonie eine bacillöse Phthise entwickelte. P., bis dahin gesund und ins Besondre frei von jeder Affection der Lunge und der Luftwege, machte im April dieses Jahres eine typische croupöse Pneumonie durch; die Lösung des Exsudats verzögerte sich jedoch, es blieb eine tympanitische Dämpfung der erkrankten Theile zurück, die mit der Zeit mehr und mehr an Intensität und Ausdehnung zunahm. Bei der Untersuchung des sehr geringen Auswurfs im Juli liessen sich in zahlreichen Präparaten nur sehr spärliche Bacillen nachweisen. Die Zahl der Bacillen wuchs mit Zunahme der Lungenveränderungen. So zeigte das Sputum bei der Untersuchung im September bei schon bestehenden, auf den Lungen deutlich nachweisbaren Cavernensymptomen die Bacillen sehr zahlreich, jedes Präparat war damit wie besät.

Im Allgemeinen beobachtete ich bei weit vorgeschrittener Phthise die Bacillen zahlreicher als bei noch nicht sehr ausgebildeter. Doch war dies Verhältniss durchaus kein constantes. Selbst bei bestehenden Cavernen fanden sich die Parasiten bisweilen nur spärlich, während sie bei einfacher Spitzeninfiltration in relativ günstigem Verlauf oft massenhaft auftraten. Es kann daher im Einzelfalle die Zahl der Bacillen allein kaum einen prognostischen Schluss gestatten, zumal da es wahrscheinlich ist, dass sich die Parasiten auch im stagnirenden Secret in den Lungen vermehren. Die Hauptbedeutung des Bacillenbefundes im Sputum bleibt daher nur eine diagnostische, speciell auch differentialdiagnostische. Zunächst zwischen Bronchectasie und tuberculöser Phthise. Man beobachtet ja oft, dass bronchectatische Processe ganz unter dem Bilde einer chronischen Tuberculose verlaufen. Hier entscheidet bald die mikroskopische Untersuchung des Sputums. Nur muss man bei anfangs negativem Resultat längere Zeit, wenigstens einige Tage, genau untersuchen. Findet man auch dann nicht die specifischen Mikroorganismen, so ist man berechtigt, bacillenlose Phthise auszuschliessen. In fünf Fällen, die anfangs grossen Verdacht auf infectiöse Phthise erregten, konnten trotz zahlreichster Untersuchung keine Bacillen nachgewiesen werden. Der weitere Verlauf und die nähere Beobachtung, in einem Falle auch die Section, liessen später bronchectatische Processe erkennen.

Ferner zwischen einfacher entzündlicher und secundärer tuberculöser Pleuritis. Es gilt dies für Fälle, in denen die bestehende Pleuritis die etwaigen sonst wohl nachweisbaren Symptome der Lungenerkrankung verdeckt, oder in denen letztere noch zu gering ist, um nachgewiesen werden zu können. Bei zwei Patienten, die nur den Symptomencomplex einer Pleuritis darboten, enthielt der Auswurf zahlreiche Bacillen. Später traten auch die Symptome der Lungenerkrankung hervor.

Auch zur Diagnose zwischen Syphilis und Tuberculose bei allein bestehender Lungen- und Kehlkopfaffection lässt sich der Bacillenbefund im Sputum verwerthen. Fehlen der Bacillen bei mehrmaliger Untersuchung, wie in einem von mir beobachteten Falle, schliesst Tuberculose aus. Es kann indess bei inveterirter Syphilis echte Tuberculose auftreten. Es kamen während des letzten Sommers zwei derartige ganz analoge Fälle zur Beobachtung. Beide Male bestand seit Jahren inveterirte Lues, die in diesem Frühling mit Rachen- und Kehlkopfaffection, Hautausschlag u. s. w. recidivirte. Während des Recidivs entwickelten sich die Symptome einer Lungenerkrankung. Doch traten die letzteren ganz und gar in den Hintergrund gegen die Erscheinungen des syphilitischen Recidivs; in dem einen Falle waren anfangs nur die Symptome eines einseitigen Bronchialkatarrhs nachweisbar.

Um so überraschender und auch bedeutungsvoller war daher das Resultat der mikroskopischen Untersuchung des Sputums. Es zeigte dasselbe ausserordentliche Mengen von Bacillen; in jedem Gesichtsfeld liessen sich ohne Mühe Hunderte davon zählen. Die grosse Zahl der Bacillen hielt sich sehr beständig während der ganzen Beobachtungszeit, obwohl bei dem einen Patienten nach längerer Behandlung eine deutliche Besserung der Lungenerkrankung nachzuweisen war.

Obige Untersuchungen stehen somit durchaus im Einklange mit den

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Resultaten, welche die meisten anderen Beobachter gewonnen haben. Mögen dieselben auch ihrerseits dazu beitragen, den hohen diagnostischen Werth des Bacillenbefundes im Sputum zu illustriren.

Herr Mosler zeigte Exemplare des Pilzes Kefir, welche er der Güte des Herrn Sanitätsrathes Wuth in Ems verdankt, schliesslich demonstrirte er noch die sehr practische Desinfection mittelst des von Dr. Frank in Charlottenburg angegebenen Bromum solidificatum (Bromkieselguhr).

XI. Allgemeiner ärztlicher Verein in Köln a. Rh.

Sitzung vom 9. April 1883.

Herr Leichtenstern demonstrirt zwei Scharlach-Nieren von excessiver Grösse. Die eine derselben hat eine Länge von 15, Breite von $7\frac{1}{2}$, Dicke von 6 cm und wiegt 298 gr, die andere ist 15 lang, 7 breit, 6 cm dick und wiegt 275 gr, beide Nieren zusammen somit 573 gr! Die beträchtlich vergrösserte Milz hat ein Gewicht von 480 gr. Der Fall betraf ein 21 jähriges Mädchen (Gertrud Kreier), welche am 13. Tage nach Beginn des Scharlachs verstorben war. Unter den Erscheinungen sind hervorzuheben 1) die enorme Entwickelung des Scharlachs über den ganzen Körper; 2) die erst am 4. Tage der Krankheit auftretende Rachen-Diphtherie; 3) die hyperpyretischen Temperaturen (42,1° C.); 4) die starken Delirien, welche erst eintraten, als die Temperatur am 8. Tage spontan remittirte; 5) das Stehenbleiben der intensiven Hautröthe bei fortschreitender Abschuppung. Von grossem Interesse ist der Umstand, dass trotz der schweren Nierendegeneration und trotzdem täglich auf Eiweiss untersucht worden war, Albuminurie erst am Tage vor dem Tode constatirt wurde. Die mikroskopische Untersuchung der Niere ergab beträchtliche Glomerulonephritis, trübe Schwellung und molecularen Zerfall des Harnkanälchenepithels, Verbreiterung der Interstitien ohne Kernvermehrung. Die enorme Vergrösserung und Gewichtszunahme der Nieren hat ebenso wie deren anämische Farbe ihren Grund in dem hochgradigen Nieren-Oedem.

Sodann spricht R. über verschiedene irreguläre, atypische Formen des Scharlachs. Zu den deletärsten dieser Formen gehört jene, zum Glück seltene, in den Monographien über Scharlach meist vernachlässigte, wobei die Erscheinungen einer schweren Kehlkopf-Entzündung mit sofortigen intensiven Stenose-Erscheinungen das Symptomenbild eröffnen, während das Exanthem erst 24 oder 48 Stunden später kenntlich wird. R. schildert als Beispiel folgenden Fall: Ein 11 jähriges Mädchen erkrankt, nachdem es sich noch völlig gesund zu Bette gelegt hat, in der Nacht mit heiserem Husten, rauher Stimme, zunehmender laryngealer Dyspnoë, welche bereits am folgenden Morgen die Tracheotomie zur Vital-Indication macht. Das Fieber ist geringfügig, die Prostration hochgradig, die Inspection des Rachens ergiebt eine kaum vermehrte Röthe ohne Schwellung der Schleimhaut. Die Temperatur steigt im Verlaufe des Tages höher und höher, erreicht gegen Abend 40° und darüber. Jetzt wird ein grossfleckiges, an der Brust alsbald confluirendes Scharlachexanthem sichtbar. Die Tracheotomie hat wenig Erfolg gehabt, die Erscheinungen der trachealen Stenosirung, die Dyspnoë, dauern fort. Tod in der folgenden Nacht, nachweislich 30 Stunden nach Beginn der Krankheit. Wenige Tage später erkranken zwei Geschwister an regulärem Scharlach. Die Section ergab: Intensive Laryngo-Tracheitis mit grauen, streifenförmigen, nicht abwischbaren Belägen sowohl im Larynx als der Trachea. R. wirft die folgende Frage auf: Wenn das Kind bereits 18 oder 20 Stunden nach Beginn der Krankheit in Folge der Laryngo-Tracheitis diphtheritica gestorben wäre, also vor Ausbruch des Scharlachexanthems, so würde man den Fall wohl für eine foudroyante, schwere Diphtherie gehalten haben. Solche Fälle zeigen zur Genüge, dass die Scharlach-„Diphtherie" (häufig ist sie keine „Diphtherie", sondern eine intensive infectiöse Entzündung ohne membranöse Exsudation oder Nekrose) nichts anderes ist, als eine Localisation des Scharlachgiftes auf der dafür disponirten Schleimhaut des Rachens resp. des Larynx und der Trachea. Solche Fälle wie der geschilderte, lassen die Annahme eines „doppelten" Giftes bei Scharlachdiphtheriekranken äusserst hinfällig erscheinen.

Im Anschlusse hieran berichtet R. über einen schweren Scharlach bei einem 6 jährigen Kinde (K. Schmitz), das bereits am 2. Tage des Scharlachs trotz äusserst geringfügiger, durchaus nicht „diphtheritischer" Rachenaffection, enorme Lymphdrüsenschwellungen beiderseits am Halse und in der Unterkiefergegend zeigte, wodurch eine beträchtliche Stenose des Cavum pharyngolaryngeum mit lautem stridorösem Athemgeräusche herbeigeführt wurde. Hierzu traten bereits 4 Tage später Anschwellungen des rechten Hand-, linken Schulter- und rechten Hüftgelenkes, welche sämmtlich den Ausgang in eitrige Gelenkentzündung nahmen. Successive wurden die vereiternden Drüsentumoren am Halse und die genannten Gelenke incidirt, drainirt, mit Jodoform behandelt. Bis zum Lebensende wurde der Urin fast täglich auf Albumen untersucht und stets frei davon befunden. Dennoch deckte die Section eine grosse, weisse, stark fettig degenerirte Niere auf, bei geringfügigen Veränderungen in den Glomerulis. Dieser Fall lehrt:

1) Dass die Lymphdrüsenschwellung am Halse nicht immer in Proportion steht zur Intensität der Rachenaffection. Schwerste Rachendiphtherie hat oft nur unbedeutende Drüsenschwellung zur Folge, geringfügige, das erythematöse Stadium nicht überschreitende Rachenaffectionen sind mit der Entwickelung enormer Lymphdrüsen- und Zellgewebs-Infiltrationen verbunden.

2) Dass in seltenen Fällen auch das Hüftgelenk an der serösen resp. eitrigen Synovitis scarlatinosa Theil nimmt.

3) Dass ein hoher Grad von Anämie und Fettdegeneration der Nieren ohne Spur von Albuminurie vorhanden sein kann.

R. erinnert hinsichtlich des letzteren Punktes an zwei von ihm beobachtete Fälle von Amyloiddegeneration, wobei trotz wiederholter sorgfältiger Untersuchung kein Albumen im Harn aufgefunden wurde.

XII. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 17. April 1883.

Vorsitzender: Herr Bülau.
Schriftführer: Herr Beger.

Herr Kümmel stellt einen Knaben mit Myositis ossificans vor. Derselbe, jetzt 13 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie. Schon 14 Tage nach der Geburt konnte er die Arme nur wenig vom Thorax entfernen. Im 2. Lebensjahr bekam er vielfache mit Eiter gefüllte Beulen. Mit dem 7. Jahr kam er in die Schule. Die inneren Organe sind gesund. Die Affection ist am hochgradigsten an den Muskeln längs der Wirbelsäule. Dieselben sind hier in grosse knochenharte Höcker verwandelt. Auch am Hals, an der Brust und an den Armen sind die Muskeln zum Theil bretthart, zum Theil atrophisch als bindegewebige Stränge fühlbar und enthalten vielfache knöcherne Einlagerungen. Bauch und untere Extremitäten sind am wenigsten ergriffen, doch sind auch hier einzelne Muskeln afficirt. Ausserdem hat der Knabe eine Mikrodactylie der grossen Zehen, eine Missbildung, die schon in 2 früheren Fällen von Myos. ossif. beobachtet wurde und die congenitale Natur des Leidens wahrscheinlich macht.

Discussion über den Vortrag des Herrn Herschel.

Herr Lubrecht ist in der Lage, die Beobachtungen des Herrn Herschel bestätigen zu können. Seit 6 Wochen habe er genau jeden einzelnen Fall von diphtherischer Accommodationsparese untersucht, und in 3 Malen habe er die concentrische Einengung des Gesichtsfeldes bestätigt gefunden. Er ist weniger geneigt, palpable Veränderungen am Sehnerven anzunehmen, als an die neurasthenische Asthenopie zu denken. Er habe 2 Fälle von typischer neurasthenischer Asthenopie bei Erwachsenen zu beobachten Gelegenheit gehabt, bei denen die Gesichtsfelder, nachdem sie lange Zeit in charakteristischer Weise labil waren, schliesslich constant ganz eingeengt blieben; doch zeigten sich bei den Patienten auch nervöse Symptome, wie Kopfschmerzen und Schwindel. Somit sei die Netzhaut-Anaesthesie vielleicht Theilerscheinung einer allgemeinen nervösen Schwäche nach Diphtherie.

Herr Herschel hebt hervor, wegen der Constanz in den Gesichtsfeldgrenzen sei die diphtherische Netzhautaffection der sogenannten Hyperaesthesia nicht gleich zu stellen, auch halte er dieselbe für einen Morbus per se, nicht für eine Theilerscheinung einer Neurasthenie, da seine Patienten im Uebrigen vollkommen gesund und munter waren, nicht einmal über Kopfschmerzen zu klagen hatten.

Herr Franke hat Gesichtsfeldeinengungen nicht gefunden und meint, es sei auffällig, dass in dem einen Falle bei der Einschränkung für Weiss das Gesichtsfeld für Roth normal war. Auch sei es schwierig, bei Kindern, die leicht ermüden, constante Angaben zu erhalten.

Herr Herschel entgegnet, dass das Gesichtsfeld für Roth zu einer Zeit erhalten wurde, als vorher wie nachher vermittelst des Perimeters eine hochgradige Einschränkung constatirt wurde.

Die Untersuchungen wurden erst dann vorgenommen, wenn die Patienten eingeübt waren, ausserdem, worauf viel ankomme, stets mit Assistenz.

Fehlerquellen, wie sie aus Ermüdung resultirten, seien mit Bestimmtheit auszuschliessen.

Schluss der Sitzung 9 Uhr.

Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

XIII. Journal-Revue.

Arzneimittellehre.

6.

Ueber subcutane Eiseninjectionen. Von Dr. Glaevecke, I. Assistenzarzt an der med. Klinik zu Kiel. — Archiv für Experim. Patholog. u. Pharmak. Nov. 1883.

Nachdem G. durch zahlreiche Thierversuche sich davon überzeugt hatte, dass von sämmtlichen Eisenpräparaten das Ferrum citricum oxydatum sich am besten zu subcutanen Einspritzungen eigne, dass es reactionslos resorbirt werde und sicher in die allgemeine Circulation übergehe, injicirte er dieses Mittel auch beim Menschen. Die langen Rückenmuskeln und die Nates werden als die geeignetste Applicationsstelle empfohlen, und als passendste Dosis giebt Verf. für den Erwachsenen eine volle Pravaz'sche Spritze einer 10procentigen Lösung an (für Kinder entsprechend weniger). Bei dieser Dosis (0.1) tritt im Urin eine mit Schwefelammonium direct gerade noch nachweisbare Spur von Eisen auf. Grössere Gaben können Intoxicationserscheinungen hervorrufen, wie sie Verf. im Ganzen nach 5 Injectionen (unter 250) gesehen: zweimal bei einem erwachsenen Nephritiker nach einer Injection von 0,2 Ferrum citric.; zweimal bei einem 10jährigen Typhusreconvalescenten nach derselben Dosis und einmal bei einem sehr geschwächten phthisischen Mädchen mit Amyloidniere nach 0,1 Ferrum citric. Diese Patienten wurden gleich nach der Einspritzung von allgemeinem Unwohlsein ergriffen; alsdann trat Erbrechen ein und mehrere Stunden andauerndes Mattigkeitsgefühl. Bei dem Kranken traten ausserdem noch profuse Durchfälle hinzu, die aber bald ohne besondere Behandlung sistirten. — Im Ganzen hat Verf. ca. 250 Injectionen bei 10 Patienten gemacht. Er war mit dem erzielten therapeutischen Erfolge zufrieden. In auffallend günstiger Weise trat die Heilwirkung besonders in zwei Fällen, bei einem hochgradig chlorotischen Mädchen und bei einem an secundärer Anämie nach wiederholten Magenblutungen leidenden Patienten zu Tage. In zwei Fällen von Nephritis war der Effect gleich Null. Die Einspritzungen werden längere Zeit gut vertragen. Die zu injicirende Lösung muss klar und nicht über einen Monat alt sein. Das von Neuss zu subcutanen Injectionen empfohlene Ferrum pyrophosphoric. cum Natr. citric. hat vor dem Ferr. citric. keinen besonderen Vortheil und hält sich in gelöstem Zustande nur wenige Tage unzersetzt. — Nach seinen bisherigen Erfahrungen glaubt G. die subcutanen Eiseninjectionen vornehmlich für verzweifelte Fälle von Anämie, wo das Eisen vom Magen aus nicht vertragen wird, empfehlen zu können. (Ref. wünscht diese Behandlungsmethode in erster Linie in die psychiatrische Praxis eingeführt zu sehen. Sie erscheint besonders indicirt für diejenigen Fälle, die jedes Einnehmen per os hartnäckig verweigern). — Rabow.

Subcutane Injectionen von Morphin und Atropin als Unterstützungsmittel der Chloroformnarcose. (Société de Biologie, Sitzung vom 1. December 1883, Le Progrès méd. No. 49 1883).

Aubert (Lyon) lässt bei seinen Operationen der Anwendung des Chloroforms eine subcutane Injection von Morphin mit Atropinzusatz vorangehen. Als besondere Vorzüge dieser von ihm schon lange angewandten Methode bezeichnet er ihre Sicherheit, den schnellen Eintritt und die absolute Ruhe des Schlafes, Schnelligkeit des Erwachens, Verschwinden der Uebelkeit und des Erbrechens. — Aehnlich günstige Wahrnehmungen hat Dastre an Hunden gemacht, bei denen er dasselbe Verfahren in Anwendung brachte. Rabow.

XIV. Compte rendu général des académies et sociétés médicales de la France et de l'Etranger liegt uns vor. Die erste Nummer enthält die Berichte über Sitzungen der Académie des sciences, der soc. de chirurgie, der soc. médicale des hôpitaux, der soc. de biologie und der soc. d'Hydrologie médicale (die Sitzung der Acad. de médecine fiel aus) zu Paris, der soc. de médec. zu Nancy, der medico-chirurgical society zu London und des Vereins für innere Medicin zu Berlin. Bei letzterem handelt es sich um die Sitzung vom 17. December, in der Herr Becker den Mikroorganismus der infectiösen Osteomyelitis demonstrirte, und bringt eine Uebersetzung des Artikels, den Herr Struck darüber in dieser Wochenschrift einige Wochen vorher publicirt hatte. Wie verschieden doch die Ansichten über die Pflichten der Publicistik im Inlande und im Auslande sind! Bei uns hielt man es nicht für geboten, bei dem Bericht über die Mittheilungen des Herrn Becker in dem Verein für innere Medicin darauf hinzuweisen, dass der Tenor derselben vollständig in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift schon veröffentlicht war, trotzdem Herr Becker noch ausdrücklich darauf hinwies. P. B.

XV. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Die Ausführung des Nahrungsmittelgesetzes.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege zu Berlin

von

Geh.-Rath Prof. Dr. Skrzeczka.

M. H.! Das sogenannte Nahrungsmittelgesetz gehört zu denjenigen Gesetzen, welche gewiss ein Anrecht auf eine Erörterung in dieser Gesellschaft haben. Meines Wissens hat es dieselbe aber noch nicht erfahren, und ich erlaube mir daher, es zur Discussion zu bringen. Selbstverständlich werde ich den Gegenstand aber nur von einer bestimmten Seite behandeln können. Derselbe ist ja so umfangreich, dass schon die Schranke, welche die mir günstigstenfalls hier gewährte Zeit mir auferlegt, ein Eingehen auf den Gegenstand nach allen seinen Richtungen unmöglich macht.

Ich habe mir erlaubt, als Gegenstand meines Vortrages anzugeben, die Ausführung des Nahrungsmittelgesetzes, und habe dabei gemeint, im Wesentlichen dasjenige vorzutragen, was mir bekannt geworden ist über die Art und Weise, wie das Gesetz vom 14. Mai 1879 in Preussen zur Ausführung gelangt ist, in welchem Umfange dies geschehen ist, welche Ergebnisse die betreffenden Untersuchungen gehabt haben und welche Erfahrungen man auf diesem Gebiete bisher gesammelt hat. Ich werde aber nicht umhin können, dann auch kurz auf den Zustand, namentlich beziehentlich der Lage der Gesetzgebung, vor Erlass des genannten Gesetzes zurückzugehen und auf den Inhalt dieses Gesetzes, weil es auch für diejenigen, die es kennen — und das ist ja gewiss die grosse Mehrzahl von Ihnen — immerhin doch zweckmässig sein wird, die wesentlichen Punkte noch einmal hervorgehoben zu sehen.

Schon vor Erlass des Gesetzes haben Nahrungsmitteluntersuchungen in einem, wenn auch beschränktem Umfange stattgefunden, und ebenso Verurtheilungen wegen Verfälschungen von Nahrungsmitteln, wegen Verkaufs von gesundheitsgefährlichen Nahrungsmitteln, aber man hat auch stets eine gewisse Hemmung auf diesem Gebiet gefühlt durch die Gesetze, wie sie damals vorhanden waren. Die Gesetze, die früher bereits auf diesem Gebiete eine Thätigkeit der Sanitätspolizei gestatteten, waren folgende: Zunächst der § 263 des Strafgesetzbuches, welcher vom Betrug handelt: Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvortheil zu verschaffen, das Vermögen eines Andern dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Thatsachen einen Irrthum erregt und unterhält, wird wegen Betrugs u. s. w. bestraft. — Der Versuch ist strafbar u. s. w., den Thatbestand dieses Verbrechens festzustellen, hatte überaus grosse Schwierigkeiten, weil es keineswegs immer leicht nachzuweisen war, dass Jemand in der Absicht handelte, sich oder einem Dritten einen Vermögensvortheil zu verschaffen. Dies lag z. B. nicht vor in den Fällen eines fahrlässigen Handels mit verfälschten Nahrungsmitteln. Da war die Absicht schon ohne Weiteres ausgeschlossen, dann wurde dadurch nicht immer das Vermögen eines Andern beschädigt, denn es konnten ihm verfälschte Sachen zu einem Preise verkauft werden, der eigentlich dem Werthe der Waare angemessen war — trotzdem hatte der Verkäufer einen gewissen Vortheil, er brachte sein Geschäft in Schwung, führte andere Sachen ein u. s. w. Ebenso schwer wurde es oft nachzuweisen, dass falsche Thatsachen vorgespiegelt oder wahre unterdrückt worden wären, kurz die Anwendung des § 263 war nur selten möglich. Am allerhäufigsten fand noch der § 367 No. 7 Anwendung, der von Uebertretungen handelt. In diesem ist mit Strafe bedroht, wer verfälschte oder verdorbene Getränke oder Esswaaren oder trichinenhaltiges Fleisch feilhält oder verkauft. Es ist also direct die Rede von verfälschten oder verdorbenen Nahrungsmitteln und Getränken; aber das Verbot steht eben nur in der Abtheilung des Strafgesetzbuchs von den Uebertretungen; es kann daher auch im schlimmsten Fall auf Grund dieses Paragraphen immer nur eine sehr milde Verurtheilung erfolgen; die höchste Geldstrafe ist 150 M., oder wo dieselbe nicht bezahlt werden kann, entsprechende Haft. Ferner wurden dadurch auch Diejenigen nicht getroffen, welche eigentlich die Verfälschung bewirken oder Nahrungsmittel nachmachen, sondern nur Diejenigen, die sie verkaufen und feilhalten. Das war auch ein Uebelstand. Nun hatten wir allerdings noch den § 324, welcher mit sehr hohen Strafen denjenigen bedroht, der dagegen verstösst. Derselbe lautet: Wer vorsätzlich Brunnen und Wasserbehälter, welche zum Gebrauch anderer dienen, oder Gegenstände, welche zum öffentlichen Verkauf oder Verbrauch bestimmt sind, vergiftet oder denselben Stoffe beimischt, von denen ihm bekannt ist, dass sie die menschliche Gesundheit zu zerstören geeignet sind, ingleichen, wer solche Gegenstände wissentlich und mit Verschweigung dieser Eigenschaft verkauft, feilhält oder sonst in den Verkehr bringt, wird mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren bestraft u. s. w. Im Falle eines tödtlichen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erfolges der Handlung wird Zuchthaus nicht unter 10 Jahren oder lebenslängliches Zuchthaus angedroht. In dieser Bestimmung war nun der höchst strittige und in der forensischen Praxis schwierige Begriff der „Vergiftung" enthalten und wenn man diesen umgehen und den zweiten Punkt, die Beimischung solcher Stoffe, welche die menschliche Gesundheit zu zerstören geeignet sind, heranziehen wollte, so stiess man dabei auf eine für die Praxis zu grosse Beschränkung in dem Worte „zerstören", denn dasselbe wurde allgemein so aufgefasst, dass es nur auf ein lebenslängliches Siechthum Anwendung finden könne. Es war aber nicht die Rede von solchen Stoffen, welche die Wirkung haben, die menschliche Gesundheit mehr oder weniger erheblich zu stören ohne sie zu zerstören. Dieser Paragraph kam daher auch thatsächlich sehr wenig in Anwendung. Der §. 326 fügt allerdings noch hinzu, dass auch Strafen für den Fall, dass dieses Verbrechen aus Fahrlässigkeit begangen würde, verhängt werden sollten, aber nur dann, wenn da auch wirklich ein Schaden herbeigeführt worden wäre, im andern Falle nicht. Dann könnte man hier noch heranziehen die Bestimmungen über fahrlässige Körperverletzungen im §. 230, aber auch der macht wenig aus, weil er ebenfalls nur da anwendbar ist, wo thatsächlich ein Schaden gestiftet worden ist, und der Zusatz, welcher die Strafe etwas höher stellte, wenn derjenige, der die Handlung beging, zu besonderer Aufmerksamkeit durch sein Amt oder seinen Beruf verpflichtet war, war nur selten anwendbar auf die hier in Betracht kommenden Fälle. Wenn es sich bisher nur darum handelte, zu zeigen, in welcher Art Nahrungsmittelverfälschungen auf Grund des Strafgesetzbuches allein bestraft werden können, so muss ich nun hervorheben, dass für die Sanitätspolizei ebenso auch die Möglichkeit in Betracht kommt, eine erfolgreiche und umfassende Controle über den Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln auszuüben, und auch diese war bei der früheren Lage der Gesetzgebung sehr schwierig. — Es konnte zwar durch Verordnung, namentlich durch marktpolizeiliche, eine Beaufsichtigung des öffentlichen Verkehrs mit Nahrungs- und Genussmitteln bestimmt werden, aber wenn man einmal in grösserem Umfange feststellen wollte, wie die Qualität von Nahrungsmitteln bei den Händlern war, so ging das nicht anders als derart, dass man Beamte hinschickte, welche Proben kaufen und nehmen mussten, was man ihnen gab. Selbstverständlich musste das Verfahren vielfach den Zweck verfehlen. Es wurde daher zu dem Mittel gegriffen, Leute in Civil zum Ankauf von Proben auszuschicken. Das ist keine angenehme Art und Weise, aber es war die einzige Möglichkeit, um die Materialien zu bekommen, wie sie dem Publikum gegeben wurden. In der Regel wurde daher, abgesehen von der Fleischbeschau und an vielen Orten auch der Milchcontrole, eine fortlaufende Controle der übrigen Nahrungsmittel nicht ausgeführt, sondern eine Untersuchung von Nahrungsmitteln trat nur dann ein, wenn irgend Jemand geschädigt war oder mit einer Klage, mit einer Denunciation an die Behörde herantrat. Dann wurden die Dinge, die er überbrachte, untersucht, eventuell wurden auch im Anschluss daran ein Paar weitere Feststellungen gemacht. So lag es früher bis zum Erlass des Gesetzes vom 14. Mai 1879. Damit wurde vieles geändert; erstlich war eine umfangreiche Controle möglich, indem in §. 2 bestimmt wurde — die Paragraphen, auf die es hier nicht wesentlich ankommt, übergehe ich, ich kann das Gesetz ja überhaupt als bekannt voraussetzen — dass die Beamten der Polizei befugt sind, in die Räumlichkeiten, in welchen Gegenstände der in §. 1 bezeichneten Art feilgehalten werden, während der üblichen Geschäftsstunden einzutreten und Proben zu entnehmen. Sie können also die Proben selbst wählen und sind nicht auf das angewiesen, was ihnen ausgehändigt wird. Es wird dann des Näheren noch gesagt, unter welchen Formalitäten das geschieht, dass der Händler, von dem die Proben genommen sind, sich einen Theil der Proben zurückbehalten kann, um eine Controluntersuchung anstellen zu lassen, dass dabei keine Bezahlung erfolgt, sondern eine Bescheinigung ausgestellt wird etc. Die Befugniss geht aber noch weiter: bei denjenigen Personen, welche auf Grund der §§. 10, 12, 13 dieses Gesetzes zu einer Freiheitsstrafe verurtheilt sind, ist den Polizeibeamten auch gestattet, in die Aufbewahrungs- und Fabrikationsräume, in die Speisen-Lagerräume u. s. w. einzutreten und dort Proben zu entnehmen und Visitationen abzuhalten.

Was nun die Strafbestimmungen betrifft, so sind die wesentlichen Veränderungen kurz folgende. Die eigentlichen Strafparagraphen sind die §§. 9, 10, 11, 12, 13. Sie zerfallen in 2 Abtheilungen. Der §. 9 giebt nur Strafen für diejenigen an, die den Eintritt verweigern u. s. w.

Wesentlich für uns sind die §§. 10, 11, 12, 13. Der §. 10 handelt von verfälschten und nachgemachten und von verdorbenen Nahrungsmitteln, wobei der Gesichtspunkt der Gesundheitsgefährlichkeit ganz und gar bei Seite bleibt. Die §§. 12 und 13 handeln dagegen von solchen Nahrungs- und Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen, welche geeignet sind, die Gesundheit zu schädigen, und zwar in 2 Abtheilungen, §. 12 von denen, die geeignet sind die Gesundheit zu beschädigen und §. 13 von denen, die geeignet sind die Gesundheit zu zerstören. So haben wir also überall eine Ergänzung derjenigen Lücken, die ich vorhin hervorgehoben habe. Dann kommt der §. 14 über Fahrlässigkeit, §. 15 bestimmt, unter welchen Umständen auf Einziehung der betreffenden Waare erkannt werden kann, — das übergehe ich kurz — ebenso §. 16, in dem von der Veröffentlichung der Urtheile die Rede ist und zum Schluss §. 17, wieder ein uns näher interessirender Paragraph. Derselbe lautet: Besteht für den Ort der That eine öffentliche Anstalt zur technischen Untersuchung von Nahrungs- und Genussmitteln, so fallen die auf Grund dieses Gesetzes auferlegten Geldstrafen, soweit dieselben dem Staate zustehen, der Kasse zu, welche die Kosten der Unterhaltung der Anstalt trägt.

Das sind die wesentlichen Veränderungen. Aus meinem kurzen Referat geht hervor, dass das ganze Gesetz dreierlei beabsichtigt: 1) Eine umfassendere Controle des Verkehrs mit Nahrungs- und Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen zu ermöglichen, 2) die Käufer vor Schädigung ihres Vermögens durch Erwerb einer minderwerthigen Waare, und 3) vor Schädigung ihrer Gesundheit durch Erwerb gesundheitsschädlicher Stoffe mehr als es bisher geschehen war, zu schützen. Das ist eine eigenthümliche Vermischung zweier Gesichtspunkte, die sich ja auch, wie Sie sehen werden, nachher bei der Praxis wohl bemerkbar gemacht hat. Der eine betrifft die rein vermögensrechtliche, der andere die sanitäre Seite. Eigentlich geht uns direct nur die letztere an, indirect aber auch in gewissem Maasse die erstere, denn man kann ja zugeben, dass Jemand, der sich dauernd mit minderwerthiger Waare ernährt, auch einen Nachtheil an seiner Gesundheit erleiden kann. Ich muss aber gestehen, dass mir diese Argumentation etwas gezwungen erscheint, denn die Preisfrage ist dabei ganz ausser Acht gelassen. Es ist sehr die Frage, ob ein Mensch, der eine gewisse Summe zur Verfügung hat, für denselben Preis gerade etwas Besseres haben könnte.

Den §. 5 habe ich absichtlich vorhin übergangen. Derselbe enthält nämlich keine materiellen Bestimmungen, sondern lediglich eine Ermächtigung für den Bundesrath, gewisse Verordnungen zu erlassen. Er ist in sofern ein formeller Paragraph. Es steht da: Für das Reich können durch Kaiserliche Verordnung mit Zustimmung des Bundesraths zum Schutze der Gesundheit Vorschriften erlassen werden, welche verbieten: 1) Bestimmte Arten der Herstellung, Aufbewahrung und Verpackung von Nahrungs- und Genussmitteln, die zum Verkauf bestimmt sind, 2) den gewerbsmässigen Verkauf und das Feilhalten von Nahrungs- und Genussmitteln von einer bestimmten Beschaffenheit oder unter einer der wirklichen Beschaffenheit nicht entsprechenden Bezeichnung, 3) den Verkauf und das Feilhalten von Thieren, welche an bestimmten Krankheiten leiden, zum Zweck des Schlachtens, sowie das Verkaufen und Feilhalten von Fleisch von solchen Thieren, 4) die Verwendung bestimmter Stoffe und Farben zur Herstellung von Bekleidungsgegenständen, Spielwaaren u. s. w., sowie das Verkaufen und Feilhalten solcher Gegenstände, und 5) den gewerbsmässigen Verkauf und das Feilhalten von Petroleum von bestimmter Beschaffenheit. Ueber diese Gegenstände können Verordnungen erlassen werden, welche die Form von Verboten haben.

Es wird zunächst zu fragen sein: 1) welche der zur Vervollständigung des Gesetzes in Aussicht genommenen Verordnungen sind auf Grund des §. 5 erlassen. 2) Sind die Einrichtungen, auf welche der §. 17 Bezug nimmt oder welche er wenigstens als häufige vorausgesetzt, getroffen, sind die Anstalten zur Untersuchung von Nahrungsmitteln in Ausführung dieses Gesetzes eingerichtet, beziehungsweise in welchem Umfange, ferner 3) wie ist von der Ermächtigung, welche die ersten Paragraphen den Polizeibehörden zu einer dauernden Controle des Verkehrs mit Lebensmitteln geben, Gebrauch gemacht worden, welche Erfolge hat man dabei gehabt, und welche practischen Fragen sind dabei in Bezug auf die Deutung und Anwendung des Gesetzes hervorgetreten?

Was den ersten Punkt, die Verordnungen auf Grund des §. 5 betrifft, so kann ich mich ganz kurz fassen. Ich komme an einer andern Stelle darauf weiter zu sprechen und referire hier nur, was geschehen ist. Es ist eine Verordnung erlassen, betreffend den gewerbsmässigen Verkauf und das Feilhalten von Petroleum vom 24. Februar 1882. Ich glaube, die Meisten werden eine Art von Befremdung darüber empfunden haben, dass gleich in dem ersten Paragraphen, der den Umfang derjenigen Dinge feststellt, auf welche das Gesetz Anwendung finden soll, sich auch das Petroleum findet. Es ist da die Rede von dem Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln sowie mit Spielwaaren, Tapeten, Farben, Ess-, Trink- und Kochgeschirr und mit Petroleum. Letzteres verdankt seine Berücksichtigung in diesem Gesetz der Erwägung, dass häufig genug bei der Destillation von Petroleum, Schwefelsäure angewandt wird, von welcher nachher noch in dem destillirten Petroleum mehr oder weniger zurückbleibt, und dass eventuell die Luft durch schweflige Säure bei der Verwendung solchen Petroleums zu Beleuchtungszwecken verunreinigt werden kann. Dieser Gesichtspunkt ist aber bei der weiteren Erörterung des Gegenstandes zurückgetreten und fallen gelassen, so dass die Verordnung von dem Schwefelsäuregehalt des Pe-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

troleums gar nichts mehr enthält und es nun um so weniger ersichtlich wird, wie das Petroleum dazu gekommen ist, in dieses Gesetz aufgenommen zu werden. Die Explosionsgefahr und die Gefahr der Hervorbringung von Feuerbeschädigungen kann m. E. als ein genügender Grund hierfür nicht anerkannt werden, weil sonst mancherlei andere Dinge, die im Stande sind, Beschädigungen an Menschen und Dingen hervorzurufen, ebenfalls hätten hineingezogen werden können.

Die zweite Verordnung, welche für uns vom sanitären Standpunkt aus sehr viel wichtiger ist, betrifft die Verwendung giftiger Farben und datirt vom 1. Mai 1882. Der Reichstag, dem alle solche kaiserliche Verordnungen, die nach Anhörung des Bundesraths erlassen sind, nach § 7 des Gesetzes zur Beschlussfassung vorgelegt werden müssen, hat die §§ 2 u. 3 dieser Verordnung abgelehnt, und dieselben sind in Folge dessen ausser Kraft gesetzt. Diese ausser Kraft gesetzten Paragraphen waren vom sanitären Standpunkt aus keineswegs ohne Bedeutung. Der in Geltung gebliebene § 1 giebt ein Verzeichniss der giftigen Farben, welche zur Herstellung von Nahrungs- und Genussmitteln nicht gebraucht werden sollen. In § 2 war das Verbot erlassen, Umhüllungen zur Aufbewahrung und Verpackung von Nahrungs- und Genussmitteln mit Substanzen herzustellen, die mit derartigen Giftfarben, wie sie in § 1 genannt werden, gefärbt waren, wenn ein Uebergang des Giftes in den Inhalt stattfinden konnte, und in § 3 war die Anwendung giftiger Farben mit Ausnahme von Zinkweiss und Chromgelb in Firniss und Oelfarben zur Herstellung von Spielwaaren verboten. Diese beiden, wohl recht wichtigen Bestimmungen sind aus Rücksicht auf die im Reichstag zur Geltung gebrachten Interessen der Gewerbe in Wegfall gekommen. Wir stehen in Folge dessen jetzt eigentlich mit diesen Dingen in mancher Beziehung schlechter da als früher, weil an vielen Orten locale Verordnungen existirten, in welchen der Inhalt der §§ 2 u. 3 im wesentlichen enthalten gewesen war.

Weitere Verordnungen auf Grund des § 5 sind bisher nicht erlassen. Soviel ich weiss, sind allerdings umfangreiche Vorbereitungen in dieser Beziehung im Gange, die zum Theil weit vorgeschritten sind, zum Theil auch dazu geführt haben, aus Gründen der Zweckmässigkeit Dinge zurückzustellen, welche man auf diesem Wege zu ordnen beabsichtigt hatte, und deren Ordnung den Einzel-Regierungen zu überlassen, wie z. B. den Verkehr mit Milch.

Die zweite Frage würde nun sein: Sind solche Untersuchungsanstalten eingerichtet, wie sie der § 17 vorsieht. Der Umstand, dass wo diese Untersuchungsanstalten bestehen, ihnen die bei Verurtheilungen von den Contravenienten zu zahlenden Strafgelder, die sonst der Staatskasse zufliessen, zugewandt werden können, ist selbstverständlich für uns nicht das Wesentliche, aber es wird sich nachher sehr bald zeigen, dass diese Anstalten eine sehr wesentliche Bedingung für eine zweckmässige und erfolgreiche Anwendung des Nahrungsmittelgesetzes bilden. Solche Anstalten nach § 17, die als öffentliche anerkannt sind, existiren meines Wissens bis jetzt nur 5, und von denen zwei, die eine, die in Brandenburg erst seit Mitte vorigen Jahres besteht, und die zweite, die im Regierungsbezirk Düsseldorf in Solingen besteht und von einem Lehrer geleitet ist, der nichts zur Verfügung hat als das Laboratorium der Schule, von mir nicht näher in Betracht gezogen werden können, da mir Berichte über die Thätigkeit dieser Anstalten nicht vorgelegen haben. Ueber das Material, das ich für meinen Bericht benutzt habe, bemerke ich hierbei, dass ich dasselbe hauptsächlich den ja grossentheils veröffentlichten Generalberichten der Regierungsmedicinalräthe über das Sanitätswesen in den verschiedenen Regierungsbezirken entnommen habe, die ja alle das Capitel über die Controle des Nahrungsmittelverkehrs mehr oder weniger eingehend behandelt haben, von denen jedoch einige sich nur bis auf das Jahr 1881 erstrecken. Sonst existiren noch wirkliche und thätige Anstalten in der Stadt Hannover, dann in Münster und in Kiel; die in Münster ist im Jahre 1882 eröffnet. Ausserdem bestehen nun noch Anstalten, die wirklich diesen Namen verdienen, in einer ganzen Reihe von Städten, zum Theil im Anschluss an landwirthschaftliche Untersuchungsstationen oder an grössere Privatlaboratorien von Chemikern. Andere Gemeinden und Städte haben den Berichten nach Contrakte mit Chemikern, meistens Apothekern derart abgeschlossen, dass diese vorkommenden Falls derartige Untersuchungen übernehmen sollen, oder sie berichten auch nur kurzweg, es würde da an einem Sachverständigen nicht fehlen, denn der Apotheker des Ortes würde zu etwaigen Untersuchungen bereit sein. Es wird aber wesentlich darauf ankommen, wie die Sachen nun thatsächlich gehandhabt sind. Von grösseren Untersuchungsstationen, die aber nicht öffentliche Anstalten im Sinne des § 17 sind, bestehen 5 im Anschluss an landwirthschaftliche Versuchsstationen und 11 im Anschluss an grössere Privatlaboratorien: In Danzig, Kottbus, dann in Posen, in Magdeburg, in Bromberg, in Erfurt, im Regierungsbezirk Schleswig ausser in Kiel, noch in Heide, und Flensburg, dann ferner in Osnabrück, in Crefeld, im Regierungsbezirk Wiesbaden in Frankfurt a./Main das Fresenius'sche Laboratorium, ferner im Regierungsbezirk Cöln in Cöln und Bonn, und dann schliesslich die dem Umfang ihrer Thätigkeit nach umfangreichste in Berlin, wo auch mit dem Inhaber eines Privatlaboratoriums ein festeres Verhältniss seitens der Behörde schon vor 1879 eingegangen ist.

Ich möchte hier nebenbei, obgleich das nicht ganz und gar zur Sache gehört, bemerken, dass die Milchcontrole und die Controle über das Fleisch ja schon lange vor Erlass des Gesetzes vom 14. Mai 1879 für sich in umfangreicher Weise gehandhabt worden sind, und dass nach den mir zugänglichen Berichten 14 Regierungsbezirke mit je 1—4 Städten eine geordnete Milchcontrole haben, meistens mit einfachen Lactodensimetern, also noch nicht einmal die Hälfte der Regierungsbezirke, und dass im Ganzen 18 öffentliche Schlachthäuser mit Schlachtzwang in 14 Regierungsbezirken bestehen.

Ueber den Umfang, in welchem die einzelnen grösseren Laboratorien arbeiten, geben die Berichte einigermaassen Auskunft, aber diese Mittheilungen geben kein rechtes Vergleichsobject ab, schon deshalb nicht, weil einzelne Anstalten nur für die Stadt selbst functioniren in welcher sie bestehen, andere für den ganzen Kreis oder wenigstens für eine mehr oder minder weite Umgebung der Stadt. Ich will aber, um wenigstens für die Beurtheilung einigen Anhalt zu geben, ein Paar Zahlen nennen. Es wurden in dem anerkannten Institut in Kiel in den 13 Monaten vom December 1880 bis Ende 1881 2247 Untersuchungen angestellt, in Hannover im Jahre 1880/81 1071, in Münster 1881/82 323 Untersuchungen von Lebensmitteln und 127 von Heilmitteln, Abwässern, gerichtlich medicinischen Gegenständen. Vielfach haben diejenigen Städte, welche keine anerkannten Institute haben, gleichfalls in erheblichem Umfange die Lebensmittelcontrole ausgeübt, z. B. sind in Bonn untersucht worden: 1880 115 Fälle, 1881 allerdings nur 43, 1882 59, 1883 wieder 83 Gegenstände. In Crefeld sind 1879: 784 Untersuchungen angestellt, 1880 965, 1881 592. In Berlin sind 1881 2692 Untersuchungen von Proben angestellt, wobei aber, wohl bemerkt, die Milch nicht mitgerechnet ist, die eine sehr bedeutende Rolle in den Untersuchungen anderer Städte spielt. Die Zahl der Milchcontrolen bezifferte sich in Berlin im Jahre 1881 auf 63744.

(Schluss folgt.)

2. Medicinalstatistik.

Berlins Gesundheitsverhältnisse XLIV. In der vierundvierzigsten Jahreswoche, 28. October bis 3. November, starben 581, entsprechend 24,9 pro Mille u. Jahr der fortgeschriebenen Einwohnerzahl (1218400), gegen die Vorwoche (535, entspr. 23,0) eine Zunahme der Mortalität Innerhalb ihres ersten Lebensjahres starben 165 od. 28,4 Proc., gegenüber dem durchschnittlichen Antheil der Säuglingssterblichkeit an der Gesammtmortalität für diese Jahreswoche (36,1) ein günstiges Verhältniss; im Alter bis zu fünf Jahren überhaupt starben 298 oder 50,7 Proc., in der Vorwoche betrugen diese Antheile 25,6 bez. 49,5 Proc. der Gesammttodtenzahl. — Von den gestorbenen Säuglingen empfingen natürliche Nahrung (Mutter- bez. Ammenmilch) 77, künstliche Nahrung (Thiermilch oder Milchsurrogate) 53 und gemischte Nahrung 23.

Der allgemeine Gesundheitszustand wies in dieser Woche bei Masern, Diphtheritis, Keuchhusten, Unterleibstyphus, Bronchialkatarrh und Lungenentzündungen eine mehr oder weniger erhebliche Zunahme der Todesfälle auf, auch Diarrhöen forderten mehr Opfer; Scharlach trat gleich tödtlich auf. Von den Erkrankungen waren namentlich solche an Diphtheritis sehr zahlreich (236 gegen 204 in der Vorwoche), auch Masern traten noch häufiger auf, während bei Scharlach ein Rückgang bemerkbar war.

44. Jahreswoche. 28. October bis 3. November.	Unterleibstyphus.	Flecktyphus.	Pocken.	Masern.	Scharlach.	Diphtherie.	Kindbettfieber.
Erkrankungen	34	—	—	43	133	236	3
Sterbefälle	11	—	—	8	25	90	2

In Krankenanstalten starben 142 Personen, davon 9 von Ausserhalb zur Behandlung. In die grösseren Krankenhäuser wurden in dieser Woche 836 Patienten neu aufgenommen; der Bestand in denselben zu Ende der Woche war 3437 Kranke. — Von den 8 gewaltsamen Todesfällen und Vergiftungen sind 4 als Selbstmorde bezeichnet. P.

— Berlins Gesundheitsverhältnisse XLV. In der fünfundvierzigsten Jahreswoche, 4.—10. November, starben 574, entspr. 24,5 pro Mille und Jahr der fortgeschriebenen Einwohnerzahl (1,220,400), gegen die Vorwoche (581, entspr. 24,9) eine geringe Besserung der Mortalität. Innerhalb ihres ersten Lebensjahres starben 157 oder 27,3 Proc., gegenüber dem durchschnittlichen Antheil der Säuglingssterblichkeit an der Gesammtmortalität für diese Jahreswoche (34,6) ein sehr günstiges Verhältniss; im Alter bis zu fünf Jahren überhaupt starben 309 oder 53,8 Proc., in der Vorwoche betrugen diese Antheile 28,4 bez. 54,6 Proc. der Gestorbenen. Von den gestorbenen Säuglingen erhielten natürliche Nahrung (Mutter-, bez. Ammenmilch) 35, künstliche Nahrung (Thiermilch oder Milchsurrogate) 67 und gemischte Nahrung 34.

Von den hauptsächlichsten Krankheitsformen hatten in dieser Woche Scharlach und namentlich Diphtheritis immer noch eine sehr hohe Todtenzahl aufzuweisen, auch Kehlkopfentzündung und acute entzündliche Affectionen der Athmungsorgane verliefen noch häufig tödtlich; dagegen sank die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zahl der Todesfälle an Typhus bedeutend. — Erkrankungen an Scharlach und Diphtheritis sind noch immer sehr zahlreich, Masern wiesen sogar wieder eine Zunahme auf, Typhuserkrankungen waren seltener.

45. Jahreswoche. 4.—10. Nov.	Unterleibstyphus.	Flecktyphus.	Pocken.	Masern.	Scharlach.	Diphtherie.	Kindbettfieber.
Erkrankungen	17	—	—	55	136	219	6
Sterbefälle	2		—	6	23	82	4

In Krankenanstalten starben 138 Personen, dar. 10 von Ausserhalb zur Behandlung; in die grösseren Krankenhäuser wurden in dieser Woche 789 Patienten neu aufgenommen; der Bestand in denselben zu Ende der Woche betrug 3397 Kranke. Von den 15 gewaltsamen Todesfällen und Vergiftungen sind 6 als Selbstmorde bezeichnet. P.

3. Amtliches.

Preussen.

1. Durch die in Gemeinschaft mit den Herren Ministern für Handel und Gewerbe, des Innern, der öffentlichen Arbeiten, für Landwirthschaft, Domänen und Forsten und der Finanzen erlassene Circularverfügung vom 6. April d. J. — M. 1843 — ist allen unmittelbaren Staatsbeamten, welche den betheiligten Ressortchefs unterstellten Behörden angehören, zur Pflicht gemacht, auch in den Fällen einer an sie ergehenden gerichtlichen Vorladung als Sachverständige ihrer nächsten vorgesetzten Dienstbehörde unter Angabe des Sachverhältnisses sofortige Anzeige zu machen.

Diese Anordnung ist vielfach auch auf diejenigen Fälle bezogen worden, wo Kreismedicinalbeamte als Gerichtsärzte vorgeladen werden.

Nach Benehmen mit den übrigen, bei dem Erlasse betheiligten Herren Ressortministern, bestimme ich hierdurch, dass die Kreis- bezw. Stadtmedicinalbeamten in Fällen, wo sie von den ordentlichen Gerichten oder den Königlichen Staatsanwaltschaften ihres Physikatsbezirkes in Strafprocessen oder in Entmündigungssachen (§ 593 bis 620 der Civilprocessordnung) als Sachverständige herangezogen werden, von der Anzeigepflicht entbunden sind, es sei denn, dass ihre Vernehmung Umstände betrifft, auf welche sich ihre Amtsverschwiegenheit erstreckt.

Den Gerichten des eignen Physikatsbezirkes stehen die Gerichte, bezw. Staatsanwaltschaften jedes anderen Physikatsbezirkes gleich, sobald von den vorgeladenen Beamten die Kreismedicinalgeschäfte dort vertretungsweise wahrgenommen werden.

Dagegen unterliegen auch die Kreis- bezw. Stadtmedicinalbeamten der Anzeigepflicht nach Maassgabe jener Circularverfügung in allen übrigen Fällen, wo sie im gerichtlichen oder Verwaltungsstreitverfahren als Sachverständige oder Zeugen herangezogen werden.

Ew. etc. ersuche ich ergebenst (bezw. die etc. veranlasse ich), diese Verfügung den unterstellten Kreis- oder Stadtmedicinalbeamten zur Nachachtung mitzutheilen.

Berlin, den 3. December 1883.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.
In Vertretung: Lucanus.
An sämmtliche Königliche Regierungspräsidenten etc.

2. Unter Berücksichtigung der in den Einkaufspreisen mehrerer Drogen und Chemikalien eingetretenen Veränderungen und der hierdurch nothwendig gewordenen Aenderung in den Taxpreisen der betreffenden Arzneimittel habe ich unter abermaliger Hinzufügung einer grösseren Zahl von 10-, 100- und 200-Grammpreisen bei den in der Veterinärpraxis häufiger gebrauchten Arzneimitteln eine Revision der Arzneitaxe angeordnet und hiernach eine neue Auflage derselben ausarbeiten lassen.

Die demgemäss abgeänderte Taxe tritt mit dem 1. Januar 1884 in Kraft und enthält wiederum im Anhange Vorschriften zu einer Anzahl gebräuchlicher in die Pharmacopoea Germanica nicht aufgenommener Arzneimittel, wie solche bei der Festsetzung der für diese Arzneimittel ausgeworfenen Preise maassgebend gewesen sind.

Berlin, den 8. December 1883.

Der Minister der etc. Medicinal-Angelegenheiten.
I. V.: Lucanus.

Berlin, den 30. November 1883.

An Herrn N.

3. Auf das von dem Herrn Reichskanzler (Reichsamt des Innern) an mich zur ressortmässigen Verfügung abgegebene Gesuch vom 26. October d. J. eröffne ich Ihnen unter Rücksendung der Anlagen, dass Ihrem Antrage nicht entsprochen werden kann, da durch das am 1. Januar k. J. in Kraft tretende Gesetz vom 1. Juli d. J. (R. Ges. Bl. S. 159) die Ausübung der Heilkunde soweit der Ausübende für dieselbe nicht approbirt ist, vom Gewerbebetrieb im Umherziehen ausdrücklich ausgeschlossen ist.

Der Minister etc. In Vertretung: Lucanus.

Berlin, den 13. December 1883.

4. Auf den gefälligen Bericht vom 22. August d. J. — No. 1090 — erwiedere ich dem Königlichen Universitäts-Curatorium, dass die Frage, ob die Directoren der dortigen Universitäts-Kliniken vermöge ihrer amtlichen Stellung verpflichtet sind, die Arznei-Rechnungen auch in Bezug auf die Richtigkeit der in letzteren angesetzten Preise der Medicamente zu prüfen, zu verneinen ist. Die Revision der qu. Rechnungen ist vielmehr nach wie vor seitens des Regierungs- und Medicinalraths in N. zu bewirken.

In Vertretung: Lucanus.
An das Königliche Universitäts-Curatorium zu N.

5. Der Cultusminister hat, wie die Pharm. Z. berichtet, in einem Specialfalle Anlass genommen, darauf hinzuweisen, dass es nicht für zulässig erachtet werden kann, wenn Mitglieder von kgl. Prüfungscommissionen, sei es auch in bester Absicht, in Fachblättern über die Ergebnisse von Abgangsprüfungen oder etwaige Mängel des Prüfungsreglements sich öffentlich äussern. „Sämmtliche Mitglieder der Commission nähmen im Auftrage der Staatsregierung an der Prüfung theil; sie hätten Gelegenheit, im Anschlusse an die Prüfung in einem dem Minister vorzulegenden Protocoll oder in einer an den Minister zu richtenden Vorstellung ihre etwaigen Bedenken gegen die Organisation oder den Unterrichtsplan der Anstalt und gegen die an ihr befolgte Methode zur Sprache zu bringen. Der Minister ist überzeugt, dass der Hinweis genügen wird, um einer Besprechung der Prüfungsergebnisse durch Mitglieder der Commission in öffentlichen Blättern, allgemeinen oder fachlichen Inhalts vorzubeugen. Derartige Besprechungen seien geeignet, beim Publikum Missverständnisse hervorzurufen und das gute Einvernehmen unter den Mitgliedern der Commissionen zu gefährden." Es handelte sich in dem vorliegenden Falle um ein Mitglied einer Prüfungscommission an einer kgl. Baugewerbeschule.

XVI. Todtenliste des Jahres 1883.

2. Das Ausland.

Frankreich vor Allem hatte herbe Verluste zu beklagen, es verlor Cloquet, den berühmten Anatomen und Chirurgen, den Pathologen und Kliniker Lasègue, Parrot Historiker der Medicin und Director der Kinderklinik, Depaul, Director der geburtshilflichen Klinik, den Laryngologen Krishaber und Thuillier, den Leiter der Pasteur'schen Cholera-Expedition nach Egypten, ausserdem Bertillon, einen Statistiker von hoher Bedeutung und den erfindungsreichen Instrumentenmacher Luer, letzterer von deutscher Abstammung.

England wurde Dr. med. Farr geraubt, ein Statistiker von unsterblichem Verdienst und den Vereinigten Staaten Marion Sims, dessen eingehende Charakteristik Herr Löhlein in dieser Wochenschrift vor kurzem gegeben hat.

In Schweden starb 96 Jahr alt zu Lund der Zoologe und Anthropologe Loen Nilsson.

Für Deutschland sind noch nachzutragen der treffliche Berliner Arzt O. Veit sen., dem diese W. 1883 S. 216 einen ausführlichen Nachruf widmete und Privatdocent der Pharmakologie Dr. Steinauer zu Berlin, so wie G. Valentin, der Berner Physiologe und von Naturforschern, die der Medicin nahe standen Dr. Jeitteles in Wien, Prof. der Zoologie, Dr. Blum, Prof. der Mineralogie in Heidelberg, Dr. P. Riess, Prof. der Physik in Berlin, Dr. O. Heer, Prof. der Botanik in Zürich und Prof. Dr. Müller-Lippstadt, dessen Werk über die Befruchtung der Blumen durch Insecten seinen Namen erhalten wird.

XVII. Kleinere Mittheilungen.

— Für die Feier des Tages an dem Geh.-Rath Prof. Dr. Frerichs der Berliner Universität als ordentlicher Professor und Director der Klinik angehört, hat sich, wie uns mitgetheilt wird, ein Comité gebildet, dem unter Anderen angehören Generalstabsarzt der Armee Professor Dr. v. Lauer Exc., Generalarzt und Geh.-Rath Prof. Dr. Bardeleben, Geh. Commerzienrath v. Bleichroeder, der ärztliche Director der Charité Geh.-Rath Dr. Mehlhausen. Das Comité, an dessen Spitze Geh.-Rath Professor Dr. Leyden steht, hat beschlossen, eine Subscription zu eröffnen, um dem Jubilar seine in Marmor gefertigte Büste zu überreichen; Professor Fritz Schaper hat die Anfertigung derselben übernommen und das Modell bereits fertig gestellt. Am Morgen des Tages werden die verschiedenen Deputationen empfangen werden, am Abend bringen die Studirenden ihrem Lehrer einen grossen Fackelzug und am folgenden Tage findet ein Banket statt. Durch den Umstand, dass der „Congress für innere Medicin", dessen erster Präsident Frerichs ist, anstatt in Wiesbaden zu Ehren der Feier in Berlin tagen soll, wird dieselbe einen über die Grenzen Berlins hinausreichenden universellen Charakter erhalten; viele der angesehensten Kliniker und Aerzte Deutschlands werden bei dieser Gelegenheit in der Reichshauptstadt anwesend sein, um dem berühmten Lehrer — das ist er wohl einer Mehrzahl gewesen — ihre Huldigung darzubringen. Der Congress wird sich dann auch in corpore an dem Mahl betheiligen. Theodor Frerichs vollendet am 24. März sein 65. Lebensjahr.

— Universitäten. Berlin. Dr. Kossel, Abtheilungs-Vorstand im physiologischen Institut, hat sich als Privatdocent habilitirt. — Halle. Privatdoc. Dr. Pott ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden. — Prag. Prof. Dr. v. Hasner wird in seiner Augenklinik durch Doc. Dr. Schenkel vertreten. Als Nachfolger des abtretenden Professor Dr. Fischel in der Professur für Psychiatrie wurden in Vorschlag gebracht: prima loco Herr Professor Dr. Kraft-Ebing in Graz, secundo loco: Herr Doc. Dr. Arnold Pick, Director der Irrenanstalt in Dobrzan. — Paris. Damaschino, Prof. aggrégé der medicinischen Facultät ist zum ordentlichen Professor der inneren Medicin ernannt worden.

— Bewerbungsbedingungen und Preiszuerkennung des von des Worshipful Company of Grocers, London, ausgeschriebenen Preises (20000 Mark) pro 1883—1886.

Zweck der Stiftung. 1. Der alle 4 Jahre auszusetzende Entdeckungs-Preis von 1000 Pfund Sterling soll dem Zwecke dienen, Original-Erforschungen zu belohnen, deren Ergebniss das positive Wissen auf dem Gebiete besonderer, vorher bestimmter Zweige des Sanitätswesens in erheblicher Weise vermehren sollte. — 2. So lange es dem Collegium beliebt, wird dasselbe alle 4 Jahre einmal einen Gegenstand der Erforschung in Vorschlag bringen: und ein Zeitraum von mindestens drei und einem halben Jahre wird jedesmal zur Erforschung des vorgeschlagenen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gegenstandes bewilligt werden. — 3. Bei der jedesmaligen Bestimmung desjenigen speciellen Gegenstandes, welcher für den Preis vorgeschlagen werden soll, werden alle wissenschaftlichen Verhältnisse der Zeit sorgfältig in Erwägung gezogen werden; und zwar sowohl bezüglich der Dringlichkeit vorhandener Bedürfnisse in besonderen Zweigen des Wissens als auch bezüglich der billigerweise zu hegenden Erwartungen, dass eine Entdeckung, für die in dem besonderen Zweige des Wissens das Bedürfniss vorhanden ist, innerhalb des zu bewilligenden Zeitraumes gemacht werden könne.

Bewerbung um den Preis. 4. Der Entdeckungs-Preis wird der allgemeinen Bewerbung, sowohl in England als ausserhalb offen stehen. — 5. Der für die Bewerbung gewährte Zeitraum wird mit dem Tage der Bekanntmachung des Gegenstandes der Erforschung beginnen und mit dem letzten Tage des vierten hierauf folgenden December enden. — 6. Ein jeder, der als Bewerber um den Preis angesehen werden will, muss innerhalb des gewährten Zeitraumes ein Schreiben, in welchem er sich als Bewerber um den Preis erklärt, und die Abhandlung, auf welche er seine Bewerberschaft gründet, in der Zunftstube abgeben oder abgeben lassen: dergleichen Schreiben und Abhandlungen müssen an den Angestellten (Clerk) der Zunft adressirt sein, welcher eine mit dem Eingangsdatum versehene Quittung über dieselben ertheilen wird. Die Bewerbungsabhandlung eines Bewerbers kann, sofern derselbe es vorzieht, in auf einander folgenden Theilen abgeliefert werden, von denen ein jeder mit dem richtigen Datum versehen sein muss. — 7. Eine jede Abhandlung zum Zwecke der Bewerbung um den Preis muss die Originalarbeit desjenigen Bewerbers sein, welcher sie einschickt. Es kann eine Abhandlung sein, die er zu irgend welcher Zeit innerhalb der bewilligten Periode veröffentlicht hat, oder es kann auch eine solche sein, die er vordem nicht publicirt hat. — 8. Obgleich die Bewerbung an keine Nationalität gebunden ist, so müssen doch alle Abhandlungen und alle in betreff derselben mit der Zunft statthabenden Communicationen in englischer Sprache sein. Englische Uebersetzungen von (innerhalb des bewilligten Zeitraumes) in fremden Sprachen veröffentlichten Bewerbungs-Abhandlungen werden den ursprünglich in englischer Sprache verfassten Abhandlungen gleich erachtet werden. — 9. Alle Abhandlungen müssen gedruckt sein. — 10. Jede Abhandlung muss den Namen des Verfassers tragen. — 11. Von irgend welchem speciellen Bewerber kann verlangt werden, dass er eine Thatsache oder ein Resultat, welche er entdeckt zu haben beansprucht, vor dem Collegium oder vor Personen, die dessen Stellvertreter sind, practisch beweise. — 12. Eine jede Bewerbung wird in dem Sinne aufgefasst werden, dass sie zu gleicher Zeit die Erklärung in sich schliesst, dass der Bewerber für seine Person darauf eingehe, diejenige Entscheidung anzunehmen, welche das Zunft-Collegium treffen sollte.

Zuerkennung des Preises. 13. Da der Entdeckungs-Preis dem Zwecke dienen soll, die möglichst umfassende Aufklärung in betreff des gegebenen Gegenstandes zu fördern, so werden die respectiven Verdienste der Bewerber nach dieser Norm beurtheilt werden, und, wenn das Collegium nach Erwägung befinden sollte, dass der verdienstvolle Bewerber eine eigene Lösung der wissenschaftlichen Hauptaufgabe, resp. der betr. Hauptaufgaben — welche den Gegenstand der Bewerbung bilden — allein erzielt hat, so wird das Collegium ihm den vollen Preis zuerkennen. — 14. Sollte das Collegium dagegen nach Erwägung befinden, dass keiner der Bewerber die wissenschaftliche Hauptaufgabe, resp. die betr. Hauptaufgaben gelöst hat, dass indess durch den einen oder durch mehrere der Bewerber auf dem Wege zum Ziele ein schätzbarer Fortschritt gemacht worden ist, oder dass nebenbei durch einen Bewerber auf seinem Wege zur Haupt-Erforschung zufällig eine für die Sanitäts-Wissenschaft werthvolle Entdeckung gemacht worden ist, so wird das Cellegium einen solchen Theil des Preises dafür verwenden, als für angemessen befunden werden sollte, um die auf diese Weise zur Kenntniss des Collegiums gelangten Verdienste anzuerkennen. — 15. Bei der Beurtheilung des Originalwerthes der Abhandlungen wird das Collegium nicht allein denjenigen Stand der Wissenschaft in Betracht ziehen, welcher zur Zeit der Publicirung des Erforschungs-Gegenstandes obwaltete, sondern auch solche spätere Fortschritte der Wissenschaft, welche etwa bis zur Zeit der Einsendung der betr. Abhandlungen gemacht sein sollten. — 16. Wo zwei oder mehr Bewerber in gleicher Weise beanspruchen sollten, eine auf den Gegenstand des Preises bezügliche Entdeckung gemacht zu haben, kann weiteres Beweismaterial zur Begründung ihrer respectiven Ansprüche von ihnen verlangt werden, und das Collegium wird zwischen diesen Ansprüchen dergestalt entscheiden, wie dasselbe es für recht erachten sollte. Jedem Bewerber würde es ohnedies freigestanden haben, dem Collegium zu seiner Zeit eine Entdeckung anzuzeigen, von der er glaubt, dass er sie selbst gemacht habe. — Siehe oben, § 6. — 17. Weder der Preis noch irgend ein Theil desselben soll jemand zuerkannt werden können, der sich nicht formell als Bewerber um den Preis erklärt hat. — Siehe oben, § 6. — 18. Die Zuerkennung oder Zurückhaltung des Entdeckungs-Preises soll ganz dem Ermessen des Collegiums anheimgestellt bleiben, und die Zunft selbst soll mit Bezug auf denselben in keinerlei Weise gesetzlich verantwortlich sein.

XVIII. Literatur.

Dr. Paul Guttmann, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden für die Brust- und Unterleibs-Organe mit Einschluss der Laryngoskopie Berlin 1884. Hirschwald. — R. Lépine, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lyon. Additions à la traduction Française du traité des maladies des Reins de Bartels. Paris, Germer Baillière et Co. 1884. — Health officers annual report of births, marriages and deaths for the City of Philadelphia. 1882. Philidelphia, J. Spencers. — Dr. F. Warfvinge. Sjukhusets Direktör och Öfverläkare vid Dess Medicinska Afdelning. Arsberättelse (den Fjerde) från Sabbatsbergs Sjukhus i Stockholm för 1882. Stockholm 1883. Konigl. Boktryckeriet. P. A. Norstedt & Söner. — Dr. Ignaz Purjesz, Secundärarzt der Abtheilung für Syphilis im städt. allg. Krankenhause St. Rochus zu Budapest. Therapeutisches Recept-Taschenbuch für venerische Krankheiten. Stuttgart, Enke, 1883. — Dr. E. Michaelis, Handbuch der augenärztlichen Therapie. Leipzig, Ambr. Abel, 1883. — Dr. Aufrecht, Oberarzt am städt. Krankenhause zu Magdeburg. Pathologische Mittheilungen. Magdeburg 1883. Faber. — Dr. Lydtin, médicin vétérinaire principal du grand duché de Bade. De la Phtisie pommelière. Bruxelles, 1883. — Dr. med. W. Herzog, Docent an der Universität München. Ueber Fibrome der Bauchdecken. Vier Fälle aus der Volkmann'schen Klinik. München 1883. M. Rieger'sche Universitäts-Buchhandlung.

XIX. Personalien.

I. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnung: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem pract. Arzt Dr. Julius Blumenthal in Berlin den Charakter als San.-Rath zu verleihen, sowie den Geheimen Med.-Rath und Professor, Dr. Volkmann zu Halle a./S. zum Generalarzt I. Kl. à la suite des Sanitätscorps zu ernennen.

Ernennungen: Der pract. Arzt Dr. med. Heilmann in Riemsloh ist zum Kreis-Physikus des Kreises Melle und der pract. Arzt Dr. Finger zu Münsterberg seither commissarischer Kreis-Wundarzt ist definitiv zum Kreis-Wundarzt des Kreises Münsterberg ernannt worden.

Niederlassungen: Die pract. Aerzte: Dr. Lorenz als Assistenzarzt der Landarmen-Anstalt in Sorau, Dr. Recke in Hannover, Dr. Schadla in Nienburg.

Verzogen sind: Die pract. Aerzte: Dr. Dammann von Sellow nach Berlin, Korioth von Dahme nach Finsterwalde, Dr. Evermann, Ass.-Arzt II. Kl. von Kottbus nach Königsberg i./Pr., Buchholz als Ass.-Arzt II. Kl. von Perleberg nach Kottbus, Dr. Hartwig als Director der Hebammen-Lehr-Anstalt von Göttingen nach Hannover, Dr. Niemeyer von Hemeringen nach Drochtersen, Dr. Schlüter von Neuenkirchen nach Misburg, Dr. Seligmann von Hannover nach Sulingen, Dr. Lenzmann von Lünen nach Duisburg, Dr. Woldt von Bock nach M. Gladbach.

Verstorben: Regierungs- und Med.-Rath a. D. Dr. Glubrecht in Stettin, Wundarzt II. Kl., Kurk in Steyerberg, Dr. Foerster in Isselburg.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Neubauer hat die Westphal'sche Apotheke in Neu-Trebbin gekauft. Die Ulrich'sche Apotheke in Wennigsen ist an den Apotheker Raabe verkauft worden, der seitherige Administrator Apotheker Lübbers hat die Verwaltung abgegeben. Der Apotheker Kempff in Altenessen hat seine Apotheke an den Apotheker Cosack verkauft. Die der Wittwe Brevis gehörige Apotheke in Mülheim a. d. Ruhr ist durch Kauf auf den Apotheker Schliphak übergegangen. Der seitherige Verwalter Apotheker Brevis ist ausgeschieden. Der Apotheker Lückerath in Stoppenberg ist gestorben.

Vacante Stellen: Kreisphysikat der Kreise Braunsberg, Beeskow-Storkow, Homberg, Kreiswundarztstelle der Kreise Templin, Zauch-Belzig, Westpriegnitz, Kattowitz, Stadtkreises Trier, Biedenkopf.

2. Bayern. (Aerztliches Intelligenzblatt 1884 Nr. 1.)

Ordensverleihungen. Das Ritterkreuz I. Kl. des Verdienstordens vom heil. Michael wurde verliehen: Dem k. Regierungs- und Kreis-Medicinalrath Dr. Ludwig Ernst Bauer in Augsburg; dem k. Bezirksarzt Dr. Franz Schweninger in Neumarkt; dem k. Universitäts-Professor Dr. Carl Wilhelm Kupffer in München; dem Oberstabsarzt Dr. Franz Mohr, Regimentsarzt des 2. Feld-Art.-Regiments.

Den Titel und Rang eines k. Medicinalrathes. Dem k. Landgerichtsarzt Dr. Eduard Schönleutner in Kempten.

Versetzung. Der Bezirksarzt II. Classe Dr. Christoph Wahl zu Thiersheim als Bezirksarzt I. Classe nach Stadt Steinach.

3. Elsass-Lothringen. IV. Quartal 1883.

Gestorben: Kreisarzt R. Jacobi in Schiltigheim.

Entlassen: Auf Ansuchen: Dr. Steinmetz in Château-Salins von der commissarischen Verwaltung der Kreisarztstelle daselbst.

Ernennungen: Dr. Emil Meyer in Schiltigheim zum Kreisarzt des Landkreises Strassburg.

Auszeichnungen: San.-Rath R. Krieger in Strassburg ist für seine Betheiligung an der hygienischen Ausstellung in Berlin mit einer silbernen Medaille prämiirt worden. Ministerialrath Dr. Wasserfuhr in Strassburg ist vom Wissenschaftlichen Verein der Aerzte in Stettin bei Gelegenheit des 25jährigen Stiftungsfestes des Vereins zum Ehrenmitgliede ernannt worden, und hat vom Ausschuss der Allgemeinen Schweizerischen Landesausstellung in Zürich für seine Thätigkeit als Mitglied der Jury für die Gruppe Hygiene ein Ehrendiplom erhalten.

Verzogen: Kreisarzt Dr. Petri von Westhofen nach Molsheim.

Militär-Medicinalwesen.

Dr. Bode, Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Regts. Arzt vom 3. Brandenburg. Inf. Regt. No. 20, zum Gren. Regt. König Friedrich Wilhelm IV. No. 2, Dr. Buchs, Stabs- und Bats. Arzt vom Füs. Bat. 1. Westpreuss. Gren. Regts. No. 6, zum Füs. Bat. 3. Niederschl. Inf. Regts. No. 50, Dr. Bliesener, Stabs- und Bats. Arzt vom Füs. Bat. 3. Niederschles. Inf. Regts. No. 50, zum Füs. Bat. 1. Westpreuss. Gren. Regts. No. 6, Dr. Machatius, Assist. Arzt 2. Kl. vom Pomm. Füs. Regt. No. 34, zum 1. Badischen Leib-Gren. Reg. Nr. 109, — versetzt. Dr. Odening, Stabs- und Bats. Arzt vom Füs. Bat. Anhalt. Int. Regts. Nr. 93, mit Pension der Abschied bewilligt. Den Stabsärzten der Landwehr: Dr. Noack, vom 2. Bat. 4. Oberschles. Landw. Regts. No. 63, diesem als Ober-Stabsarzt 2. Kl. mit seiner bisherigen Uniform, Dr. Loch, vom 1. Bat. 8. Ostpreuss. Landw. Regts. Nr. 45, Dr. Schlütter, vom 1. Bat. 5. Pomm. Landw. Regts. No. 42, Dr. Wirtgen, vom 2. Bat. 4. Rheinischen Landw. Regts. No. 30, Dr. Barnick, vom 1. Bat. Schleswig. Landw. Regts. 84, Dr. Angenete, vom 1. Bat. 1. Hannov. Landw. Regts. No. 74, Dr. Marchand, vom 1. Bat. 1. Hess. Landw. Regts. No. 81 — der Abschied bewilligt.

XX. Correspondenz der Redaction.

— Die Replik des Herrn Dr. Kemperdick in Solingen wider Herrn Kreisphysikus Dr. Wiesemes daselbst (siehe diese W. 1883 No. 32) liegt der Redaction seit Monaten vor, konnte aber bisher wegen der Anhäufung von Material nicht publicirt werden, was ich für meine Pflicht halte, im Interesse des Herrn Kemperdick ausdrücklich hervorzuheben. P. B.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag № 3. 17. Januar 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Zur Methodik der prophylactischen Einträufelungen gegen Blennorrhoea neonatorum.

Von
F. Ahlfeld-Marburg.

Aus der Publication Prof. Schatz's in No. 1 d. Z. ersehe ich, dass denselben Bedenken gegen Benutzung eines Glasstabs zum Tropfglas geführt haben. Auch in meiner Klinik wird seit mehr als einem Jahre ein Tropfglas benutzt, ohne dass wir Nachtheile des zu grossen Tropfens gemerkt haben, wie solche Schatz in seinem Aufsatz schildert. Wir benutzen die von H. Lamprecht in Marienhütte bei Gnarrenburg (Provinz Hannover) verfertigte, mit Reichspatent versehene Tropfflasche. Dieselbe ist äusserst practisch und sehr zu empfehlen. Wenn die Prophylaxe den Hebammen in die Hand gegeben werden sollte, so scheint mir die Benutzung dieser Flasche den bisher mitgetheilten Methoden entschieden vorzuziehen.

Es ist eine kleine Flasche mit eingeschliffenem Stöpsel, kurzer abgestumpfter Ausflussöffnung. Der Stöpsel hat an entgegengesetzten Seiten zwei kleine Halbrinnen; der Hals auf der hinteren Seite ein kleines Loch. Stehen die Halbrinnen so, dass die eine mit dem Loch correspondirt, die andere mit der Ausflussöffnung, so kann Luft in die Flasche eindringen, Flüssigkeit tropfenweise ausfliessen; dreht man den Stöpsel um einen Quadranten herum, so ist die Flasche luftdicht geschlossen.

Diese Flasche ist sehr solid und kann nur durch grobe Unvorsichtigkeit zerbrochen werden. Sie dient, was für die Praxis ausserhalb einer Anstalt sehr viel werth ist, zugleich als Aufbewahrungsraum der Medicamente, wie auch als Tropfglas. Um die Zersetzung des Argentum nitr. zu hindern, wird der Verfertiger sie gern aus farbigem Glas fabriciren lassen. Auch ist es leicht, die Flaschen so zu normiren, dass Tropfen eines bestimmten Volumens austreten.

Wir haben in unserer Anstalt die Methodik des Einträufelns so eingerichtet, dass eine Person, selbst eine ungeschickte Hebamme, ohne dem Kinde schaden zu können, sie ausführen kann:

Sobald das Kind mit dem Kopf geboren oder wenn es in toto ausgetreten ist, werden beide Augengegenden mit Watte und Wasser gereinigt. Stets wird nun eine reine Unterlage mehrmals zusammengefaltet unter den Kopf des Kindes geschoben, damit, wenn das Gesicht nach dem Bette zu sich drehen sollte, nicht eine neue Beschmutzung stattfinden kann. Dann folgt das Bad, in welchem den Augenwinkeln nochmals eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Ist das Kind angezogen und eingebettet, so legen wir es auf den Rücken, fixiren mit der linken Hand, deren Zeigefinger frei bleibt den Kopf und träufeln mit der anderen Hand in den inneren Augenwinkel je zwei Tropfen. Dieselben bleiben in der wohlausgetrockneten Höhle stehen, bis das Kind die Augen von selbst aufmacht oder, wenn dies zu lange dauert, bis man mit den beiden Zeigefingern die Lider etwas lüftet. Sofort ergiesst sich die Flüssigkeit in den Lidsack hinein. In der Regel schreit das Kind bei dieser Procedur nicht. Nach dem Einfliessen bemerkt man die Reaction an dem vermehrten Lidschlag. Die überschüssige Flüssigkeit wird mit Watte sanft abgetupft.

II. Zur Operation des Tonsillarcarcinoms.
Ein Beitrag zur Pharyngotomie

von
Prof. J. Mikulicz
in Krakau.

Die Tonsille wird, nach übereinstimmender Aussage aller erfahrenen Kliniker, nur selten zum primären Sitz des Carcinoms. In manchen, auf viele Jahre ausgedehnten klinischen und Spitalsberichten finden wir nicht einen Fall dieser Art verzeichnet. Dagegen scheint der Krebs ziemlich häufig von den angrenzenden Theilen, namentlich Zungengrund, Velum und hinterer Rachenwand, auf die Mandeln überzugreifen. Da sich andererseits auch das primäre Tonsillarcarcinom sehr bald auf die Nachbarorgane verbreitet, so handelt es sich bei der Operation dieser Neubildung wohl selten um die Excision der Mandel allein, sondern um die Exstirpation eines mehr oder weniger ausgedehnten Abschnittes des Pharynx. Die Operation des Tonsillarcarcinoms wird demnach in den meisten Fällen eine partielle Pharynxexstirpation und der Weg hierzu eine der Methoden der Pharyngotomie sein.

Wenn ich mir erlaube, auf Grund eines günstig verlaufenen Falles von Exstirpation eines primären Tonsillarcarcinoms einen kleinen Beitrag zur Technik und Nachbehandlung dieser Operation zu liefern, so geschieht es, weil die Pharyngotomie heute noch nicht zu den abgeschlossenen Capiteln der Chirurgie gerechnet werden darf. Galt doch noch vor wenigen Jahren eine ausgedehnte Resection des Pharynx mehr als Curiosum, denn als berechtigte und streng indicirte Operation. Freilich munterten auch die Resultate früherer Zeit nicht zur häufigen Wiederholung der Operation auf. Erst als von Langenbeck auf dem 8. Chirurgencongress zu Berlin die Exstirpation des Pharynx zur Sprache brachte, und der Hoffnung Ausdruck gab, es werde den gemeinsamen Bemühungen gelingen, die in ihrer Ausführung vollkommen sichere, in ihren Folgen aber so gefährliche Operation in die chirurgische Praxis einzuführen, — wurde derselben allgemeines Interesse entgegengebracht.

Ich brauche kaum zu erwähnen, dass nicht nur die Anregung von Langenbeck's, sondern noch mehr die von ihm angegebenen Methoden der Pharyngotomie den wichtigsten Schritt zur technischen Ausbildung dieser Operation bedeuten; nicht minder jedoch haben die darauf folgenden Mittheilungen von Billroth, Gussenbauer, König, Kocher u. A. die Sache gefördert. Glücklicher Weise fällt die technische Ausbildung der Operation in die Zeit der Vervollkommnung der Nachbehandlung bei allen Operationen in Schleimhauthöhlen, und auch die Pharyngotomie hat seit Einführung des Jodoforms aufgehört, eine in ihren Folgen ausserordentlich gefährliche Operation zu sein. Vor Kurzem hat v. Bergmann in einem in der Berliner medic. Gesellschaft gehaltenen Vortrage auf Grund eigener Erfahrungen den Werth der bisherigen Operationsmethoden klar gelegt und damit die von Langenbeck begonnene Arbeit in erfolgreicher Weise fortgeführt.

Indem ich mich auf den in dieser Zeitschrift[1]) erschienenen Vortrag v. Bergmann's beziehe, kann ich hier die Aufzählung und Beschreibung der bisher geübten Methoden der Pharyngotomie füglich umgehen.

Es ist klar, dass, wie bei anderen, die Pharyngotomie erheischenden Geschwülsten, auch beim Tonsillarcarcinom der Ausgangspunkt der Neubildung auf die Wahl der Methode bestimmend wirkt, und wenn wir von diesem Gesichtspunkte aus die bisher bekannten Methoden überblicken, so müssen wir ohne Zweifel den von Langenbeck'schen Schnitt mit Durchsägung des Unterkiefers als den einzig geeigneten Weg zur Exstirpation eines ausgedehnten Tonsillarcarcinoms ansehen. In der That haben nach dieser Methode u. A. schon A. Gensmer und v. Bergmann operirt; ersterer stellte auf dem 8. Chirurgencongress den Patienten vor, welchem vor damals $2^3/_4$ Jahren mit Hilfe der v. Langenbeck'schen Kieferdurchsägung ein ausgedehntes Tonsillarcarcinom exstirpirt worden war.

In meinem Falle habe ich mir den Weg zur seitlichen Pharynxwand gleichfalls mittelst Durchsägung des Unterkiefers gebahnt, jedoch habe ich mich nicht auf die temporäre Durchtrennung desselben beschränkt, sondern die vollständige Resection des Unterkieferastes der eigentlichen Operation vorangeschickt; der äussere Schnitt verlief dabei wie der Gussenbauer'sche Pharyngotomieschnitt längs des

[1]) Ueber Operationen am Schlundrohre. Deutsche medic. Wochenschr. 1883 No. 42 u. f.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorderen Randes des Kopfnickers. Ich habe diesen Weg gewählt, nicht als ob das von Langenbeck'sche Verfahren nicht genügend Raum böte; andere, wie ich glaube, nicht unwesentliche Vortheile für die eigentliche Operation sowie die Nachbehandlung haben mich dazu bestimmt. Bevor ich jedoch an die Begründung dieser Vortheile gehe, sei das Operationsverfahren im Anschlusse an die Krankengeschichte ausführlicher dargestellt.

Eine 65jährige Dame, Beamtenwittwe aus Lemberg, Mutter von 7 Kindern, hatte in ihrem Leben nie an schwereren Erkrankungen gelitten. Zu Beginn des Jahres 1882 fühlte sie beim Schlucken ein Hinderniss in der Gegend der linken Mandel. Erst zu Ende desselben Jahres wurde von einem Collegen eine auf die Rachenwand übergreifende Neubildung der Tonsille diagnosticirt. Als mich die Dame im Mai 1883 consultirte, fand ich bei der sonst gesunden und ziemlich gut genährten Patientin eine harte, zum Theil exulcerirte, bei Druck mässig schmerzhafte Geschwulst, deren Centrum genau der Lage der Tonsille entsprach, die sich aber auf den Gaumenbogen, einen kleinen Theil des Zungengrundes, ein Drittheil des weichen Gaumens und auf die umgebende seitliche und hintere Rachenwand erstreckte, so dass sie nach unten zu bis an die Basis des Kehldeckels, nach oben fast bis an das Rachendach reichte. Von aussen her liess sich unter dem Kieferwinkel eine Taubenei-grosse, harte, etwas bewegliche Lymphdrüse palpiren. Ausser der Erschwerung des Schlingens und leichten Schmerzen klagte Patientin über keinerlei andere Beschwerden.

Am 27. Mai führte ich die Operation in Lemberg unter gefälliger Assistenz der Herren Collegen Dr. Ziembicki und Wehr bei tiefer Chloroformnarcose aus. 7—8 cm langer Schnitt, vom Proc. mastoideus beginnend, längs des vorderen Randes des Kopfnickers bis an das grosse Zungenbeinhorn; schichtweise Durchtrennung der Weichtheile bis an den hinteren Rand des Unterkieferastes. Nun wurde mit dem Raspatorium das Periost von der inneren und äusseren Fläche des Kieferastes vom Kieferwinkel an möglichst weit nach oben zu losgehebelt; die Ansätze des M. pterygoideus int. und masseter wurden zum Theil mit der Scheere durchtrennt. $1\frac{1}{2}$ cm nach vorn vom Kieferwinkel wurde die Kettensäge ohne Verletzung der Mundschleimhaut um den Knochen herumgeführt, dieser in senkrechter Richtung durchtrennt und — nach Durchschneidung der Temporalissehne — der Ast in üblicher Weise durch Torquiren enucleirt. Während nun ein Assistent einen starken Knochenhacken in die Sägefläche des Unterkiefers einsetzte und diesen stark nach unten und vorn abzog, hielt ein zweiter mittelst stumpfer Hacken die Wundspalte auseinander. Dem Grundsatze Kocher's zufolge, das erkrankte Lymphgefässgebiet womöglich im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Erkrankungsherd zu exstirpiren, wurde zunächst die Lymphdrüse am Kieferwinkel isolirt und exstirpirt. Ein von der Drüse in die Tiefe ziehender härtlicher Strang wies mir den Weg zur Neubildung. Nach Durchschneidung der M. stylohyoideus und biventer und sorgfältiger Unterbindung aller im Wege liegenden Gefässe wurde das vom Carcinom eingenommene Gewebe von aussen her vollkommen blosgelegt. Mit dem Finger die Grenzen des Erkrankten bestimmend, ging ich nun von hier aus mit dem Messer vorsichtig Schritt für Schritt weiter, während ich von Zeit zu Zeit auch von der Mundhöhle aus mit dem Finger Controlle übte. Auf diese Weise wurde die ganze Neubildung von aussen her bis auf die Schleimhaut lospräparirt, ohne dass die Mund- resp. Rachenhöhle eröffnet worden war. Schliesslich hing sie nur noch an der gesunden Schleimhaut der angrenzenden Theile des Pharynx, Gaumenbogens und Zungengrundes. Erst nachdem die Schleimhaut ringsherum durchschnitten worden, war die Rachenhöhle eröffnet, gleichzeitig aber auch die Operation beendigt.

Das Ganze dauerte etwas über eine halbe Stunde; die Blutung war gering; in den Rachen waren höchstens einige Tropfen Blut geflossen. Nach vollendeter Operation wurde die ganze Wundhöhle mit 30procentiger Jodoformgaze sorgfältig austamponirt.

Das excidirte Stück war fast Hühnereigross und umfasste die seitliche, sowie einen Theil der hinteren Rachenwand, den Gaumenbogen sammt einem Drittheil des weichen Gaumens und ein kleines Stück vom Zungengrund. Der primäre Tumor sowie die Drüse zeigten bei der mikroskopischen Untersuchung die Charaktere eines Carcinoms.

Die Nachbehandlung führte College Dr. Wehr in Lemberg, in dessen Hause die Kranke bis zur vollendeten Heilung in Pflege blieb. Aus der freundlichen Mittheilung desselben entnehme ich über den Verlauf folgendes.

In den ersten Tagen war die Temperatur nur einmal unbedeutend erhöht, der Puls bis auf 100 beschleunigt. Da die Kranke nur mit Mühe schlingen kann, wird sie bis zum 11. Juni 4—5 Mal täglich mit der Sonde ernährt. Prophylactisch wird während der ersten Tage Infusum ipecac. verabreicht. Nach jeder Nahrungseinnahme und auch sonst zu wiederholten Malen wird der im Mund und Rachen angesammelte Schleim mittelst Wattetampons entfernt. Am 6. Tage lockern sich die Tampons und werden durch neue ersetzt. Am Tage darauf zeigte die Patientin Unruhe bei sonstiger Euphorie. Da dieser Zustand auch am nächsten Tage andauert und Jodoformintoxication befürchtet wird, ersetzt Dr. Wehr die 30procentige Jodoformgaze durch 10 Proc. Am 7. Juni dritter Verbandwechsel. Am 13. Juni granulirt die ganze Wunde rein; es werden die äussern Wundränder 1 cm breit angefrischt und vernäht. Am 20. Juni ist die äussere Wunde complet verheilt; am 21. verlässt die Kranke die Wohnung Dr. Wehr's, nachdem sie schon seit einer Woche jegliche Nahrung selbst zu sich nimmt. Am 2. Juli ist auch die Wunde im Rachen übernarbt. Die Bewegungen des Kiefers sind in fast normaler Breite möglich.

Am 24. Juli d. J., also fast 6 Monate nach der Operation, habe ich die Kranke in Lemberg selbst wieder gesehen. Sie ist von blühendem Aussehen, vollkommen gesund, besser genährt, als vor der Operation, ohne Spur von Recidive. An Stelle der Operationswunde zeigt sich eine lineare, 7 cm lange Narbe, deren Umgebung merklich eingefallen ist; an Stelle des resecirten Knochens findet sich eine fast knorpelharte Gewebsmasse. Die Bewegungen des Unterkiefers vollkommen unbehindert; ebenso das Schlingen und Sprechen. Die Narbe im Rachen vollkommen glatt, unempfindlich; die Uvula nach links verzogen.

Das in diesem Falle geübte Verfahren hat seine Vor- und Nachtheile. Ich will es nicht leugnen, dass die Resection des Kieferastes eine bleibende Verstümmelung hinterlässt, und dass die von Langenbeck'sche temporäre Kieferdurchsägung gewiss den idealeren Weg zur Blosslegung der Mandeln darstellt. Ich möchte jedoch glauben, dass mit Rücksicht auf die später zu erwähnenden Vortheile der Verlust des einen Kieferastes bei Patienten mit einem so schweren Grundleiden keine so erhebliche Schädigung bedeutet. Allerdings bedingt das Fehlen dieses Knochenstückes eine wesentliche Störung der Bewegungen des Unterkiefers; dass dadurch indessen weder die Ernährung noch die Sprache merklich beeinträchtigt wird, davon konnte ich mich bei meiner 65jähr. Patientin überzeugen. Man bedenke übrigens, dass nicht selten auch nach der temporären Durchsägung nach von Langenbeck trotz exacter Knochennaht theils in Folge von Dislocation, theils in Folge von Necrose der Sägeflächen eine Incongruenz der 2 Zahnreihen eintritt und die Brauchbarkeit der Kiefer beeinträchtigt. Ferner berücksichtige man hier noch einen Umstand. Entsteht nach Exstirpation eines auf Gaumenbogen und Zungengrund übergreifenden Tumors ein grösserer Defect in diesen Theilen, und bleibt der ganze Unterkiefer erhalten, so kann die nachträgliche Narbencontraction auch die Bewegungen des Unterkiefers behindern, während bei Fehlen des Astes die Narbe auf den Unterkiefer diesen störenden Einfluss nicht übt.

Am störendsten ist das Fehlen des Unterkieferrandes vielleicht in kosmetischer Beziehung. Ich habe mich übrigens durch spätere Versuche an der Leiche überzeugt, dass man, ohne die Zugänglichkeit zur seitlichen Rachenwand zu beeinträchtigen, noch 2—3 cm mehr vom Unterkiefer erhalten kann, als es in meinem Falle geschehen ist. Es genügt nämlich den Unterkieferast etwa 1 cm oberhalb des Kieferwinkels in querer Richtung zu durchsägen. Ist derselbe enucleirt, so lässt sich auch jetzt noch durch starkes Abziehen des Körpers, sowie durch Auseinanderhalten der Wundränder genügend Raum gewinnen. Der Vortheil dieser Ersparung ist nicht nur ein kosmetischer, sondern gewiss auch functioneller, indem die Ansätze des Masseter und Pterygoideus int. fast ganz erhalten bleiben.

In einem künftigen Falle würde ich daher die Operation in folgender Weise ausführen; Längsschnitt, am Warzenfortsatz beginnend und schräg gegen das grosse Zungenbeinhorn verlaufend. Nach schichtweiser Durchtrennung der Weichtheile (zum Theil auch des Parotisgewebes) wird von hinten her, der Rand des Kieferastes blosgelegt (Schonung des N. facialis). Nun wird mit dem Raspatorium die Beinhaut von der Aussen- und Innenfläche des Kieferastes möglichst weit nach oben hin, nach unten dagegen bis an die Ansätze des Masseter und Pterygoideus abgelöst. Durchsägung des Kieferastes $\frac{1}{2}$—1 cm oberhalb des Winkels, Durchtrennung der Temporalissehne und Enucleation im Kiefergelenk. Nun wird der Unterkiefer durch einen in die Sägefläche eingesetzten Hacken stark nach unten und vorn abgezogen und durch zwei andere breite Hacken einerseits Masseter und Pterygoideus int., andererseits der Kopfnicker sammt dem in der Tiefe liegenden Biventer und Stylohyoideus auseinandergehalten. Der Grund der Wunde entspricht nun genau der Gegend der Tonsille, durchtrennt man von hier aus die seitliche Rachenwand, so schafft man sich einen directen Zugang zum Gaumenbogen, zum Zungengrund und zur hinteren Rachenwand bis hinauf gegen den Nasenrachenraum. Durchtrennt man noch den M. biventer, so kann man bis an den Kehlkopfeingang gelangen.

Was nun die Vortheile dieses Verfahrens betrifft, so sehe ich sie hauptsächlich in der freien und leichten Blosslegung der seitlichen Pharynxwand von aussen her, sowie in der Möglichkeit die Operation fast bis ans Ende extra cavum oris et pharyngis auszufüh-

Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

ren, während man nach dem v. Langenbeck'schen Verfahren von innen her operirt. Indem man, wie im vorliegenden Falle, die Geschwulst zuerst von aussen her vollständig lospräparirt und die Umschneidung der Schleimhaut erst als Schlussakt folgen lässt, kann man die ganze Operation in grösster Ruhe bei tiefer Chloroformnarcose ausführen, die Blutung auf das sorgfältigste stillen, die Grenzen des Erkrankten sicher beurtheilen und die Verletzung grösserer Gefässe und Nerven mit Leichtigkeit vermeiden. Da fast gar kein Blut in den Pharynx fliesst, so ist auch die präventive Tracheotomie und Tamponade der Trachea überflüssig — gewiss nicht der geringste Vortheil des Verfahrens. Endlich ist auch für die Nachbehandlung die Erhaltung einer freien Communication der Wundfläche im Rachen mit der äusseren Wunde von wesentlichem Vortheil; sie ermöglicht eine vollständige Tamponade der ganzen Wundhöhle mit Jodoformgaze und damit auch den aseptischen Verlauf der Rachenwunde, ohne Zweifel das beste Prophylacticum gegen die Schluckpneumonie. Der Nachtheil der später nöthig werdenden Wiedervereinigung der äusseren Wunde kann mit Rücksicht auf diesen Vortheil kaum ernstlich in Betracht kommen.

Sollte die Erfahrung bestätigen, dass auf diesem Wege die Operation von Geschwülsten in der Tonsillargegend nicht nur an Gefährlichkeit verlieren, sondern auch in Bezug auf die Ausrottung der erkrankten Gewebe an Sicherheit gewinnen würde, so wäre damit gewiss der Nachtheil der Exstirpation des Kieferastes reichlich aufgewogen.

III. Entgegnung auf das Referat des Herrn Friedländer über die Mikrokokken der acuten Osteomyelitis.

Von

Dr. Becker.

Herr C. Friedländer referirt in der Beilage des 23. Heftes seiner „Fortschritte der Medicin" über die vorläufige Mittheilung, welche der Herr Director des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Bezug auf meine Arbeiten über den Mikrokokkus der Osteomyelitis in der Deutschen medicinischen Wochenschrift zur Veröffentlichung gebracht hat, und stellt in diesem Referate die Ansicht auf, dass es mir nicht gelungen sei, einen der acuten Osteomyelitis analogen Process bei Thieren zu erzeugen. Eine Begründung dieser Ansicht giebt Herr Friedländer nicht. Es sei mir daher gestattet, Herrn Friedländer darauf aufmerksam zu machen, dass die von mir rein gezüchteten und verimpften Mikrokokken von pathologischen Producten herrührten, welche ich aus den afficirten Stellen an Osteomyelitis leidender Menschen entnommen hatte, und dass ich diese Culturen auf gesunde Thiere verimpfte und damit bei diesen Thieren, nachdem die übrigen Bedingungen dafür hergestellt waren, thatsächlich einen Krankheitsprocess hervorgerufen habe, welcher der Lehre der pathologischen Anatomie nach als acute Osteomyelitis bezeichnet und sowohl bei Menschen, als, wenn auch seltener, bei Thieren beobachtet wird. Der in der erwähnten vorläufigen Mittheilung gegebene Sectionsbericht stimmt, wenn er auch dem vorläufigen Zwecke entsprechend weniger eingehend gehalten ist, genau zu dem pathologisch-anatomischen Bilde der acuten Osteomyelitis und ist, wie die berichteten Controlversuche und die aus dem gewonnenen Materiale abermals gezogenen Mikrokokken beweisen, zweifellos durch die Uebertragung dieser Mikrokokken hervorgerufen worden. Herr Friedländer hat meine Ueberzeugung, dass es mir gelungen ist, durch mein Verfahren einen der Osteomyelitis analogen Process bei Thieren hervorzurufen, durch seine Behauptung nicht erschüttert. Ich muss denselben daher bitten, mir die Gründe, welche ihn zu seinem abfälligen Ausspruche geführt haben, offen darzulegen, namentlich aber — er ist ja competent darin — mir zu sagen, wie er vom Standpunkte seines Wissens aus die von mir gegebenen Sectionsbefunde deuten würde.

Herr Friedländer bringt in seinem Referate ferner eine Bestätigung der in der vorläufigen Mittheilung des Herrn Directors des Gesundheitsamtes berichteten Thatsachen unter einer Form, welche geeignet ist, die Priorität meiner Arbeiten über Reinzüchtung des Mikrokokkus der Osteomyelitis in Frage zu stellen. Herr Friedländer bringt, — ob dazu berufen oder nicht, darüber wird eine Klarheit nicht gegeben — den Namen des Herrn Director Dr. Hahn mit dieser Prioritätsfrage in Verbindung, indem er sagt, dass er schon längere Zeit vor dem Erscheinen der vorläufigen Mittheilung des Herrn Directors des Gesundheitsamtes, durch die Güte des Herrn Director Dr. Hahn mit den von mir gezüchteten Mikrokokken ganz identische Gebilde zn sehen Gelegenheit gehabt habe. Ich kann darauf erwidern, dass ich mich mit der vorliegenden Frage schon seit dem Monat November 1882 beschäftigt und dem Herrn Director Dr. Hahn bei Gelegenheit eines dem Herrn Geheimen Rath Dr. Koch von ihm abgestatteten Besuches im Frühling vorigen Jahres den in Rede stehenden Mikroorganismus in einer Reinkultur und in einem mikroskopischen Präparate vorgeführt habe. Herr Hahn hat mir damals nicht gesagt, dass er selbst diesen Mikrokokkus schon beobachtet habe. Präparate dieses Mikroorganismus sind dann seit dem Beginne der Hygiene-Ausstellung im Pavillon des Gesundheitsamtes zu Jedermanns Ansicht und Information ausgestellt gewesen.

In der Publication war gesagt, dass von Injectionen in die Blutbahnen bei Meerschweinchen und Mäusen wegen der Schwierigkeiten derselben Abstand genommen wurde. Herr Friedländer glaubt hier einen „Lapsus calami" annehmen zu müssen. Ein solcher liegt jedoch nicht vor. Die Injection in die Blutbahnen macht bei Meerschweinchen in der That Schwierigkeiten, wie Herr Friedländer sich durch einen Versuch leicht überzeugen kann: je kleiner das Thier, um so enger und dünnwandiger die Gefässe, um so schwieriger die Injection. Ausführbar ist sie sehr wohl, nur erfordert sie erheblich mehr Zeit und Mühe als die Injection in die Ohrvene eines Kaninchens. Deshalb wurde von der Injection bei Meerschweinchen Abstand genommen.

Zum Schluss danke ich Herrn Friedländer für den freundlichen Hinweis auf das Volkmann'sche Postulat, dass bei Versuchen der experimentellen Erzeugung dieser Krankheit durch Organismen in erster Linie wachsende Thiere zu benutzen seien. Der Volkmann'sche Satz war mir nicht unbekannt, es sind daher bei den Versuchen jüngere Thiere berücksichtigt worden. Auffallende Differenzen in dem Verhalten von jungen und alten Kaninchen habe ich aber bisher noch nicht beobachtet. Im übrigen ist es ja Thatsache, dass die Osteomyelitis bei Füllen viel häufiger beobachtet wird, als bei erwachsenen Pferden.

IV. Referat über den Artikel Vagusneurosen von Dr. L. Edinger in A. Eulenburg's Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, sowie Mittheilung über einen Fall von completer intermittirender Vaguslähmung

von

O. Rosenbach.

Die Vagusneurosen haben bislang bei uns noch keine monographische Bearbeitung erhalten und auch die im Auslande (Letulle, Habershon) erschienenen Bearbeitungen dieses interessanten Capitels, können in keiner Weise als einigermaassen vollständige und kritische Darstellungen angesehen werden. Der neueste Bearbeiter, Edinger, verhehlt sich keineswegs die Schwierigkeiten, welche sich einer umfassenden Beschreibung der Pathologie des 9. Nerven entgegenstellen. Der Nerv ist so complicirt zusammengesetzt, in ihm verlaufen Fasern von so verschiedenem physiologischem Charakter, dass die Symptome bei der Erkrankung auch recht verschiedenfache sein müssen. So verschiedenfache, dass es nicht möglich ist, ein einziges im wesentlichen immer gleiches Krankheitsbild aufzustellen, dass es vielmehr nöthig wird, an der Hand der vorliegenden Casuistik Einzelbilder zu zeichnen, Bilder, welche der Erkrankung einzelner und solche, welche derjenigen mehrerer Fasersysteme entsprechen.

Die Symptome der Vaguserkrankungen sind noch so wenig bekannt, dass, wie Verf. bemerkt, man sich entschieden darauf beschränken sollte, nur diejenigen Krankheitsbilder unter sie zu zählen, welche zweifelsohne wesentlich durch Betheiligung des Nerven entstehen. Man hat vielfach als Vagusneurosen alle möglichen Symptome beschrieben, die man nicht genügend auf andere Weise deuten konnte und für die man nach Thierexperimenten den Vagus glaubte zur Erklärung heranziehen zu dürfen. Wir wissen aber durchaus nicht, wie weit wir uns gerade hier auf das Experiment am Thiere verlassen können, denn noch war bislang nicht untersucht, welche der bei Hunden etc. bekannten Fasern wir im Vagus des Menschen annehmen dürfen. Der Verf. hat sich bemüht zum ersten Mal aus den Daten, die die Pathologie an die Hand giebt, aus Experimenten am Menschen (absichtliche Compression, Verletzungen) und an der Hand der anatomischen Befunde die physiologischen Functionen des Vagus beim Menschen zu eruiren. Er gelangt zu folgenden Resultaten: Im Stamme des Vagus beim Menschen verlaufen 1) Fasern, die als herzregulatorische zusammengefasst werden können, Fasern, welche nur zum geringen Theil (oder gar nicht) vom Accessorius stammen, meist dem Vagus primär angehören, 2) vasomotorische Bahnen (beim Menschen nicht ganz sicher), 3) rein sensible Fasern, 4) motorische Fasern, wahrscheinlich alle aus dem Accessorius, 5) Fasern, die zur Regulirung der Athmung in Beziehung stehen: die physiologischen Beziehungen des Vagus zum Magen, zum Darm, zur Milz und der Blase sind beim Menschen in keiner Weise sicher gestellt. Die Begründung dieser einzelnen Punkte ist im Original einzusehen.

Das folgende Kapitel: „Allgemein Pathologisches und Aetiologisches über die Affectionen des Vagus bringt nichts wesentlich Neues. Es behandelt die toxischen und die diphtheritischen Lähmungen, desgleichen die anatomischen Verhältnisse, welche zu Drucklähmung führen, die Verletzungen des Vagus und die sogenannten „functionellen" Neurosen.

Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Darstellung der pathologischen Symptomatologie zerfällt in zwei grössere Unterabtheilungen, in die Symptomatologie bei Erkrankung einzelner Fasergattungen und in die Symptomatologie bei Erkrankungen des Gesammtvagus oder mehrerer Fasergattungen auf einmal. Die in früheren Arbeiten wiederholt versuchte Eintheilung der Vagusneurosen in Reizungs- und Lähmungszustände erscheint Edinger bei dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse für den Vagus noch nicht durchführbar; die neue hier eingeführte Eintheilung entspricht besser dem Zweck, Klarheit in die mannigfachen als Vagusneurosen geschilderten Krankheitsbilder zu bringen.

In der ersten Unterabtheilung werden geschildert

1. Die Störungen der sensiblen Fasern; Anästhesien und Parästhesien im Kehlkopfe und Schlunde, Hyperästhesien und Neuralgien daselbst und in den sensiblen Fasern des Herzplexus.

2. Die Störungen der herzregulatorischen Fasern (rein nervöse Arythmie, Tachycardie etc.)

3. Die Störungen der respiratorischen Fasern (Lungenblähung).

4. Die Störungen der motor. Fasern (nicht genauer besprochen, da die betreffenden Symptome (Stimmbandlähmungen etc.) an anderen Stellen der Encyklopädie geschildert wurden).

Die zweite Unterabtheilung bespricht zunächst die centralen Vagusaffectionen, wie sie im Gefolge von Gehirn- und Rückenmarkleiden auftreten und alle Faserarten des Nerven betreffen können.

Unter die peripheren Erkrankungen wird einstweilen zunächst die Lähmung durch Diphtherie gerechnet, namentlich deshalb, weil P. Meyer, Schech u. A. Zerfall der Fasern im peripheren Stamm nach Diphtherie gesehen haben. Einer der bestbeschriebenen Fälle von diphtheritischer Vagusaffection, der Guttmann'sche Fall, dient als Paradigma. An die diphtheritischen Neurosen reihen sich aus rein äusserem Grunde die Formen allgemeiner Vaguserkrankung, bei denen die directe locale Läsion nicht immer aufzufinden ist, und von denen einige auf peripherer Reizung beruhen, andere wohl oft als Reflexneurosen aufzufassen sind. Es handelt sich um Kranke die anfallsweise an enormem Herzklopfen, meist mit Lungenblähung vergesellschaftet (Riegel u. A.) leiden, bei denen zuweilen im Anfall die Stimme plötzlich versagt, abnorme Sensationen in den Ohren, der Brust, dem Epigastrium etc. auftreten, kurz lauter Symptome sich zeigen, die wir auf den Vagus beziehen dürfen. Eine Anzahl dahin gehöriger Krankengeschichten wird mitgetheilt. Es folgt die Besprechung der zweifellos peripheren Vagusaffectionen, der Fälle, wo der Nerv an der Hirnbasis oder in seinem langen Verlaufe durch Druck zur Erkrankung gebracht wird, dann der Symptome, welche man bei Traumen des Nerven beobachtet hat, (Dyspnoe Herzbeschleunigung u. A.). Manchmal verlaufen übrigens einseitige Trennungen des Nerven ohne Symptom.

Es würde zu weit führen, hier auf diese verschiedenen Krankheitsbilder näher einzugehen. Verf. kommt schliesslich zu dem diagnostischen Satze: Ueberall, wo allmälig oder plötzlich sich eine ungewöhnlich hohe Pulsfrequenz anfallsweise oder dauernd ausbildet, die man durch die Temperaturverhältnisse oder den anatomischen Zustand der Kreislaufsorgane in keiner Weise erklären kann, ist man berechtigt, an Vaguserkrankung zu denken. Die Vermuthung wird sicherer, wenn gleichzeitig Stimmbandlähmung auftritt, sie wird noch gesicherter, wenn es gelingt, auch Symptome von Seiten der Lungenfasern des Vagus, namentlich acute Lungenblähung nachzuweisen. Anfälle von acuter Dyspnoe, von Erbrechen, können die Diagnose unterstützen. Isolirt haben sie noch weniger diagnostischen Werth als jedes der anderen Symptome einzeln genommen. Von etwas grösserer Dignität ist es für die Diagnose, wenn es nicht gelingt, durch Digitalis die Pulsbeschleunigung irgendwie zu beeinflussen. Das lässt, zusammengehalten mit einem anderen Vaguslähmungssymptom, eine Unterbrechung in der Nervenleitung wahrscheinlich erscheinen. (Vergl. das von uns unten bezüglich der diagnostischen Bedeutung der elektrischen Untersuchung Bemerkte. Ref.)

Verf. warnt an mehreren Stellen der Schrift davor, leichthin „Vagusneurose" zu diagnosticiren und befleissigt sich in der angezogenen Literatur ebenfalls aus der reichen Vagusliteratur das Unsichere, rein Hypothetische auszuscheiden.

In einem Anhang erfährt der vom Referenten geschilderte und als Vagusneurose gedeutete Symptomencomplex (s. d. Wochenschrift 1879, No. 42 u. 43) eine eingehendere Darlegung. Verf. meint, dass es sich um ein complexes Leiden handele, in dem aber Vagussymptome eine so hervorragende Rolle spielen, dass er entgegen dem sonst eingehaltenen Princip, das Krankheitsbild aufnehmen zu müssen geglaubt habe.

Das Studium der vorliegenden Arbeit, die sowohl bezüglich der übersichtlichen Verwerthung des reichen Materials als der Kritik der in der Literatur vorhandenen, bisweilen etwas complicirten, Beobachtungen die höchste Anerkennung verdient, können wir allen Fachgenossen um so mehr empfehlen, als ja eine Darstellung der Vagusneurosen naturgemäss geeignet ist, auf eine Reihe von Vorgängen in den wichtigsten Organen ein helles Licht zu werfen. —

Schliesslich mag es dem Ref. gestattet sein, pro domo zu bemerken, dass eine Mittheilung von ihm über centrale Vaguslähmung in No. 12 des Jahrganges 1882 dieser Wochenschrift, welche durch einen wohl als Unicum dastehenden Fall von centraler Vagusparalyse eine Reihe einschlägiger Verhältnisse klar illustrirt, von dem Verfasser, dessen Literaturverzeichniss sonst eine vollständige Zusammenstellung aller Arbeiten bis Ende 1882 enthält, leider übersehen worden ist. —

[Gleichzeitig möchte Ref. hier von einem anderen Falle von completer intermittirender Vaguslähmung, dessen ausführliche Darstellung später erfolgen wird, Mittheilung machen. Es handelt sich um einen seit längerer Zeit an einer schweren Herzmuskelerkrankung leidenden Arbeiter, bei welchem für gewöhnlich ausser einer geringen Pulsarythmie keine bemerkenswerthen Erscheinungen von Seiten des Gefässsystems vorlagen, bei welchem aber von Zeit zu Zeit ohne besondere Veranlassung ganz plötzlich eine Pulsbeschleunigung auftrat, die in einzelnen Anfällen die Zahl von 200 Pulsen in der Minute erreichte oder sogar überschritt. Während eines solchen Anfalls waren die Zeichen starker Dyspnoe vorhanden, und der Kranke collabirte in mässigem Grade, bis nach einigen Minuten ebenso plötzlich, nach hochgradiger Verlangsamung des Pulses — die Pulsfrequenz sank bis auf 40 Schläge — und hochgradiger Arythmie die normale Pulszahl von einigen 70 bis 80 Schlägen erreicht wurde, worauf der Kranke sich subjectiv ganz wohl, nur etwas erschöpft, fühlte. Derartige Anfälle wiederholten sich bisweilen mehrfach an einem Tage. — Während wir in unserem früheren Falle eine centrale Vaguslähmung vor uns hatten, glauben wir es hier mit einer Lähmung der peripheren Vagusendigungen (im Herzen) zu thun zu haben, da eine manifeste Herzmuskelerkrankung vorlag, und da keinerlei Gehirnerscheinungen vorhanden waren, welche auf eine Betheiligung centraler Apparate hätten schliessen lassen. Eine solche totale Lähmung ist ja wohl als der höchste Grad der bei Herzmuskelerkrankungen auch sonst zu beobachtenden Innervationsstörungen, die sich in den kleineren und schnelleren Herzcontractionen und der Unregelmässigkeit des Pulses zu erkennen geben, zu betrachten.

Bei dieser Gelegenheit möchten wir auch hier darauf hinweisen, dass wir in der Elektricität ein gutes Mittel besitzen, um die centralen von den peripheren Vaguslähmungen zu unterscheiden und wir haben schon in unserer früheren Abhandlung die Thatsache mitgetheilt, dass es uns in unserem Falle von centraler Vaguslähmung gelang, durch Application eines starken Inductionsstromes auf den Vagusstamm am Halse eine bedeutende Herabsetzung der Pulsfrequenz zu erzielen.

Bei Lähmung der Endapparate darf natürlich gar kein Effect der elektrischen Reizung zu constatiren sein, ebenso in den Fällen peripherer Paralyse (Stammlähmung) bei Application der Electroden oberhalb (central) der gelähmten Partie der Nerven.]

V. Neuere Schriften über Ophthalmologie.

Zeitschrift für vergleichende Augenheilkunde. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. Bollinger, Prof. Dr. L. Franck, Geh.-Rath R. Leuckart u. A. herausgegeben von Prof. Dr. R. Berlin in Stuttgart und Doc. Dr. O. Eversbusch in München. II. Jahrgang 1883. Mit 15 Abbildungen im Text und 1 Tafel. Leipzig, F. C. W. Vogel IV und 160 S., gr. 8°. — Ref. Hauptmann-Kassel.

In Nummer 26 des Jahrganges 1882 dieser Wochenschrift wurden Zweck und Ziel obiger Zeitschrift bei ihrem erstmaligen Erscheinen schon näher hervorgehoben. Der vorliegende II. Jahrgang (derselbe bildet das 5. und 6. Heft des IX. Bandes der „Deutschen Zeitschrift für Thiermedicin und vergleichende Pathologie", Redaction Franck und Bollinger) bietet wiederum eine Reihe exacter Studien aus dem Gebiete der Veterinärophthalmologie. Bei einer in dieser Weise fortschreitenden Arbeit darf man gewiss die Hoffnung der Herausgeber theilen, dass, wie es bereits bei der vergleichenden Sprachkunde und bei der uns näher liegenden vergleichenden Anatomie der Fall, auch das vergleichende klinische Studium der Augenheilkunde dermaleinst schätzbare Früchte tragen werde.

Da von einem näheren Eingehen auf den Inhalt dieses II. Jahrganges an dieser Stelle abgesehen werden muss, so möge eine Angabe der einzelnen Arbeiten genügen. Dem physiologisch-anatomischen Gebiete gehören an: Dr. P. Moennich-Rostock, „Ueber den physikalisch-optischen Bau des Rindsauges"; Prosect. Th. Kitt, „Zur Anatomie und Physiologie der Thränenwege des Pferdes und des Rindes"; Repetit. O. Koschel-Berlin, „Ueber Form-, Lage- und Grössenverhältnisse der Orbita, des Bulbus und der Krystalllinse unserer Hausthiere"; Dr. G. Mayerhausen-München, „Ungewöhnlich langes Per-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sistiren der Tunica vasculosa lentis bei Kaninchen." — Die casuistisch-klinischen Mittheilungen von Prof. Dr. Bayer-Wien, Dr. H. Schindelka-Wien, Prof. Dr. R. Berlin-Stuttgart und Assist. W. Schlampp-Giessen beziehen sich in 9 Fällen auf Beobachtungen an Pferden, in je einem auf solche an Hund und Taube, und bringen namentlich sehr interessante ophthalmoskopische Befunde.

Unter den Besprechungen und Referaten (30 Nummern) findet Becker's grosse Arbeit „Zur Anatomie der gesunden und kranken Linse" durch Doc. Dr. O. Eversbusch-München eine der Bedeutung dieses Werkes entsprechend umfangreiche Würdigung (pag. 131—150).

Die Anomalien der Refraction und Accomodation von Dr. L. Königstein. Wien 1883. W. Braumüller, Ref. Horstmann-Berlin.

Das Buch enthält die in den practischen Cursen des Verfassers gehaltenen Vorlesungen über die Refractions- und Accomodationsanomalien. Dasselbe hat den Zweck, Studenten wie Aerzte in das Studium derselben einzuführen und deren Verständniss zu erleichtern.

Die Pfropfung von Haut und Schleimhaut von Dr. E. Bock. Wien 1884. W. Braumüller. Ref. Horstmann-Berlin.

Die Arbeit enthält, ausser allem bisher über Pfropfung von Haut und Schleimhaut Bekanntem, die Erfahrungen, welche von Stellwag in Beziehung auf die Transplantation stielloser Haut- und Schleimhautlappen gemacht worden sind. Derselbe wandte diese Methode in allen den Fällen an, wo es galt, Substanzverluste an den Adnexen des Auges zu decken oder Deformitäten zu heilen, sobald die einfache Lappenverschiebung nicht ausreichte; so nach Exstirpationen von Neubildungen der Lider, vor Allem Ectropium cicatriceum, bei Verbildungen der Bindehaut (Symblepharon) und starken Narben derselben.

Bei der Transplantation von Hautstücken wurden dieselben in der Regel dem linken Oberarm desselben Individuums entnommen. Das Hautstück muss in Rechnung auf die nach der Excision eintretende Schrumpfung um ein gutes Drittel grösser sein, als der zu deckende Defect, ausserdem darf von subcutanem Gewebe möglichst wenig mitgenommen werden. Nach der Excision des zu transplantirenden Lappens und der Entfernung etwaiger Reste von Fett- und subcutanem Bindegewebe, wird derselbe mit einer scharfen Scheere in kleine Stückchen zerschnitten, deren Grösse, Zahl und Form sich nach der Grösse und Form des zu deckenden Defectes richtet. Derartige kleine Hautstückchen können jederzeit besser adaptirt werden und schmiegen sich besser der Form des Substanzverlustes an, als ein einzelner grosser Lappen. Auch muss berücksichtigt werden, dass eine nur an einer Stelle des grossen Lappens eintretende Mortificirung auf den ganzen Lappen einen schädlichen Einfluss haben kann, während bei kleinen Stückchen sich der Process viel leichter begrenzt.

Nachdem die kleinen Läppchen gehörig geordnet sind, wird der angefrischte Defect damit vollständig gepflastert, darauf über das Operationsgebiet ein mit Schweinefett bestrichenes Staniolstück gelegt, welches jenes nach allen Richtungen um 2 cm überragt. Ein Verband, welcher 3 Tage lang liegen bleibt, befestigt das Ganze.

Zur Deckung der Schleimhautdefecte eignet sich am besten die Schleimhaut der Vagina, älterer Personen, welche sich durch Festigkeit auszeichnet. Eine Pflasterung ist hier nicht möglich, das Schleimhautstück muss in toto transplantirt werden, da durch die Reibung zwischen Lid und Auge sonst die kleinen Stücke sehr bald aus dem Bindehautsack verdrängt würden. Aus demselben Grunde ist eine Fixation des Lappens durch Suturen an den Lidern erforderlich. — Krankengeschichten. —

Die Hygiene des Auges in den Schulen. Von Prof. H. Cohn. Leipzig u. Wien 1883. Urban u. Schwarzenberg. Ref. Horstmann-Berlin.

Die vorliegende Schrift ist eine Umarbeitung und Erweiterung eines Aufsatzes des Verfassers über Schulkinder-Augen, welchen er 1882 in Eulenburg's Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde veröffentlichte.

Nachdem Verfasser in den ersten 7 Kapiteln, welche für Leser bestimmt sind, die dem ärztlichen Stande nicht angehören, eine kurze Schilderung der Anatomie, Physiologie und Pathologie des Auges gegeben hat, bespricht er die Refractionsverhältnisse der Schulkinderaugen mit Berücksichtigung der bis jetzt gemachten statistischen Mittheilungen, nach welchen in der ganzen civilisirten Welt die Zahl der Kurzsichtigen mit den sich steigernden Anforderungen der Schule und der Höhe der Klassen zugenommen hat. Die Frage der Erblichkeit der Myopie ist noch eine offene, die Vererbung der Disposition hierzu aber sehr wahrscheinlich. In vielen Fällen tritt Kurzsichtigkeit auf, wo sich hereditäre Momente nicht nachweisen lassen. Vor Allem trägt schlechte Körperhaltung, ungenügende Beleuchtung der Schulzimmer, schiefe Handschrift, unklarer, zu kleiner Bücherdruck, die glänzenden Tafeln u. s. w. zur Entwicklung der Myopie bei. Zunächst wäre auf eine passende Construction der Schulbänke und genügende Beleuchtung der Schulräume Rücksicht zu nehmen. — Bei künstlicher Beleuchtung verdient das elektrische Glühlicht den Vorzug. — Die steilere Schrift bedingt eine bessere Körperhaltung. Die Tafeln mit glänzendem Reflexe ersetze man durch weisse Kunststeintafeln und prüfe die Bücher in Bezug auf ihren Druck und ihr Papier. Verfasser verlangt als Minimum der Buchstabengrösse 1,5 mm, als Dicke des Grundstrichs 0,25 mm, den Zwischenraum zwischen den einzelnen Zeilen und Worten 0,75 mm, die Länge der Zeile betrage höchstens 100 mm und enthalte nicht mehr als 60 Buchstaben. Das Tragen von Brillen ohne ärztliche Anordnung ist zu verwerfen. Nach längerer Anstrengung der Augen gönne man denselben eine Erholungszeit.

Die beiden letzten Kapitel enthalten die in Schulen auftretenden Bindehauterkrankungen und die Anforderungen, welche an einen guten Schularzt gestellt werden müssen.

VI. Das Verhältniss der Medicinal-Beamten zu den practischen Aerzten bedarf selbstverständlich im Interesse des ärztlichen Standes, und des öffentlichen Sanitätswesens überhaupt, einer ebenso sorgsamen als verständnissvollen Pflege. Umsomehr bedauern wir Vorkommnisse wie die in Solingen zwischen dem dortigen Kreis-Physikus Herrn Dr. Wiesemes und Herrn Dr. Kemperdick, einen durch seine practische, wesentlich der Chirurgie zugewendete Thätigkeit sowie durch seine in verschiedenen Arbeiten, auch in dieser Wochenschrift, erwiesenen literarisch-wissenschaftlichen Bestrebungen bekannten Arzt.

Es ist für eine Zeitschrift wie die unserige der Entschluss nicht leicht, eine solche Erörterung ihren Lesern vorzuführen, die in derselben gewohnt sind, ein anderes Material zu finden. Indessen was soll man machen, wenn ein, seiner innersten Ueberzeugung nach, unschuldig angeklagter College, vergebens dort, wo es eigentlich näher lag, sich seiner anzunehmen, angeklopft hat, oder wenn gegen eine hochgradige Schädigung berechtigter und zwar wesentlich allgemeiner Interessen, wie in dem Fall Röhrig-Creuznach, an competentester Stelle erfolglos Schutz gesucht wird?

Indessen ist nunmehr für die deutsche medicinische Wochenschrift die Erörterung des Falles Wiesemes-Kemperdick beendigt. Das Material, welches von beiden Seiten beigebracht wurde, genügt unseres Erachtens, um ein abschliessendes Urtheil zu begründen; ein Mehreres kann aber von der Publicistik nicht verlangt werden.

Wir wollen gewiss nicht einer allzu grossen Latitude das Wort reden, aber es will uns scheinen, und in dieser Beziehung können wir uns stützen auf die Ansicht der hervorragendsten Gerichtsärzte, dass man mit dem Vorwurfe, ein Arzt habe fahrlässig gehandelt, recht vorsichtig sein sollte. Nur zu oft begründet er sich auf die in manchen Fällen subjectiv gerechtfertigte Ueberzeugung, die Handlungsweise des Betreffenden sei eine unzweckmässige gewesen, und man vergisst, dass damit noch bei Weitem nicht die Thatsache einer Fahrlässigkeit gegeben ist, wobei wir noch besonders betonen wollen, dass in dem vorliegenden Falle uns in keiner Weise festgestellt zu sein scheint, dass, soweit Dr. Kemperdick betheiligt ist, eine unzweckmässige Behandlung stattgefunden hat.

Sodann aber giebt der Fall Veranlassung wiederum auf die Gefährlichkeit des Vertriebes von stark wirkenden Arzneimitteln im Handverkauf resp. bei Droguisten, wenn auch der Regel nach in angemessenen Verdünnungen hinzuweisen. Nur zu leicht ist dabei ein Missbrauch möglich. Das Publicum selbst entwöhnt sich dadurch ausserdem des Respectes vor der Bedeutung solcher Mittel und es wird verführt, mit ihnen leichtfertig umzugehen.

So unerquicklich also, wir wiederholen, derartige Debatten sind, der Fall Wiesemes-Kemperdick bietet Momente genug dar, um auch ihn zu einem lehrreichen zu machen.

VII. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am Montag den 7. Januar 1884 im Architectenhause.

Vorsitzender: Herr Fraentzel.

Schriftführer: Herr Ewald.

Herr Fraentzel theilt mit, dass die ersten Fragekarten betreffend die Sammelforschung über Tuberculose Anfang Februar zusammengestellt werden sollen und bittet, die ausgefüllten Karten an Herrn Wernich, Lankwitzstr. 13, einzusenden. Karten gelangen erforderlichen Falles zur Vertheilung durch Herrn S. Guttmann, Potsdamerstr. 131.

Herr Leyden theilt mit, dass zur Vorbereitung der Feier des 25jährigen Jubiläums des I. Vorsitzenden, Herrn Frerichs, sich ein Comité gebildet hat, welches an den Verein ein Schreiben gerichtet hat mit der Aufforderung zur Theilnahme. Auf Vorschlag des Herrn Leyden wird aus dem Verein ein Comité, bestehend aus den Herren Ewald, Riess, G. Salomon, Becher, Klaatsch, Orthmann, S. Guttmann, Brieger und Goltdammer gewählt, welches dem Verein die Vorschläge machen wird, in welcher Weise sich derselbe an der Feier betheiligt.

Alsdann erhält zur Tagesordnung das Wort:

Herr Becher: Ueber acute Amaurose bei Scharlach-Nephritis.

M. H.! Ich bin mir wohl bewusst, wenn ich Ihnen über einen Fall von acuter Amaurose bei Scharlach-Nephritis berichte, dass ich

Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nichts wesentlich Neues bringe, indessen sind diese Fälle selten genug, und ich glaube, jeder Fall ist geeignet, einiges Licht auf das immerhin noch nicht ganz klare Capitel der Urämie zu werfen.

M. H., eine jugendliche, kräftige Handarbeiterin, 16 Jahre alt, bis dahin immer gesund, erkrankte als älteste mit ihren fünf Geschwistern am 2. October v. J. an Scharlach. Bei ihr trat die Krankheit am heftigsten auf, und als sich am Ende der zweiten Woche eine Remission des Fiebers zeigte, wurde sie von einer Schulter-Gelenkentzündung befallen, die in einigen Tagen nach dem Gebrauch von Salicylsäure sich zurückbildete.

Am 27. October wurde ich wieder gerufen. Tags zuvor war mit Erbrechen erneutes Fieber aufgetreten. Die Kranke fieberte heftig, zeigte Oedeme an den Füssen und im Gesicht. Der Urin enthielt enorme Mengen Eiweiss. Es wurde das bekannte diaphoretische Verfahren eingeleitet. Nach ca. acht Tagen war das Oedem im Schwinden begriffen, die Menge des Urins hatte sich verdoppelt, dagegen hatte der Procentgehalt des Urins an Eiweiss um mehr als das Doppelte abgenommen. Am 4. Nov. klagte die Kranke vom Morgen ab über heftige Kopfschmerzen, die sich im Hinterhaupt localisirt hatten und nach der Stirn ausstrahlten. Diese Schmerzen wurden im Laufe des Tages immer heftiger. Nachmittags sank die Kranke in einen Schlaf, und als sie um sechs Uhr erwachte, sah sie zu ihrem Schrecken, dass sie plötzlich blind geworden war. Sie konnte nicht allein Figuren nicht unterscheiden, sie vermochte selbst eine vor das Auge gehaltene Lichtflamme nicht zu erkennen. Bald nach dem trat unaufhörliches Erbrechen ein und zwei Stunden nach dem Auftreten der Amaurose wurde die Kranke bewusstlos. Vier Stunden nachher sah ich die Kranke. Sie sass aufrecht im Bett und gab unarticulirte Töne von sich. Auf Fragen erfolgte keine Antwort. Wenn man ihr ein Wort vorsprach, selbst das complicirteste, so sprach sie es durchaus correct aus. Das Erbrechen dauerte fort, und kurze Zeit nachdem ich mich entfernt hatte, traten allgemeine klonische Krämpfe ein, die sich wiederholten. In der Nacht zwischen zwei und drei Uhr verfiel Patientin in Schlaf. Am andern Morgen hatte sie das Bewusstsein wieder erlangt. Zu dieser Zeit war die Blindheit etwas geringer geworden, so dass die Kranke das Helle vom Dunklen unterscheiden konnte. Herr College Casper untersuchte sie zu dieser Zeit und constatirte einen völlig intacten intraoculären Befund.

In der Idee, es mit einem acuten Oedem des Gehirns zu thun zu haben, hatte ich mich bei der Behandlung darauf beschränkt, Hautreize appliciren zu lassen, und zwar wiederholentlich Sinapismen auf den Nacken und die Waden, ferner hatte ich eine einfache Saturation und ein Infus. Sennae verordnet und den reichlichen Genuss von kohlensäurehaltigen Getränken. Am Abend desselben Tages war der Befund der gleiche; die Kranke hatte nur einen Lichtschein. Am Tage nachher vermochte sie die Umrisse der Hand zu erkennen. Ich führe noch an, dass, wie ich die Kranke zuerst sah, die Pupillen mittelgross waren und auf Lichteindruck vollständig reagirten. Die Pulsfrequenz betrug zu derselben Zeit 58 Schläge, der Puls war voll und gespannt. Die Kopfschmerzen und die Blindheit verloren sich nun in den nächsten acht Tagen langsam, der Art, dass etwa acht Tage nachher die Kranke wieder normal sehen und kleine Schrift correct lesen konnte. Der Verlauf der Nephritis bot nichts Nennenswerthes; die Kranke genas.

Das Interessante an dem berichteten Falle ist das Auftreten einer acuten Blindheit bei Nephritis scarlatinosa bei gleichzeitig intacten intraoculären Verhältnissen und Erhaltung der Pupillarreaction. Nach Meynert kommt dieselbe der Art zu Stande, dass zwischen dem Oculomotoriuskern am Boden der Rautengrube und dem Theil des Tractus opticus, der durch das Corpus geniculatum mediale et Brachium conjunctivum anticum zu den Ganglien der Vierhügel verläuft, Faserverbindungen bestehen. Die Uebertragung des Reizes vom Opticus auf den Oculomotorius wäre demnach in der Medulla oblongata zu suchen. Dieser Theil des Opticus war frei, da die Pupillen reagirten. Die Sehstörung war also zu suchen in dem Theil des Tractus opticus, der durch das Corpus geniculatum laterale in die Rindensubstanz des Hinterhauptlappens nach der Schläfe zu geht, wo nach Munk die Lichtperception stattfindet und dessen Störungen die sogenannte „Seelenblindheit" hervorrufen. Welches war nun die Ursache dieser Störung? Die Antwort lautet: Urämie. Bekanntlich versteht man unter Urämie einen ganz typischen Symptomencomplex bei Nephritis, der sich charakterisirt durch Kopfschmerz, Erbrechen, stellenweise Blindheit, allgemeine klonische und tonische Krämpfe und Coma. Zur Deutung sind schon vor längerer Zeit zwei Theorien aufgestellt, die man kurzweg die physikalische und die chemische nennt. Die erstere hat ihre Vertreter hauptsächlich in Owen, Rees und Traube gefunden und beruht in der Annahme, dass bei Nephritis durch den kolossalen Eiweissverlust des Harns das Blutserum verdünnt und zu Transsudationen geneigt wird. Steigert sich nun durch irgend einen Umstand die Verdünnung des Serums bei gleichzeitiger Spannung der Arterien, so tritt acutes Oedem des Gehirns ein, und der urämische Anfall ist da. Munk erzielte bei Thieren, die er nephrotomirt hatte, nach Unterbindung der Ureteren Urämie und fand das Gehirn ödematös, wenn er in die Vena jugularis Wasser spritzte bei gleichzeitiger Unterbindung der Carotis. — Wie diese Theorie durch den vorgetragenen Fall unterstützt wird, werde ich mir erlauben, später zu erörtern. Es ist auch gewiss, dass bei Nephritis acuta die Herzleistung vermehrt ist, schon aus dem Grunde, weil bei Nephritis chronica sich bald die vermehrte Leistung des Herzmuskels durch die Hypertrophie desselben physikalisch nachweisen lässt. A priori hätte diese Theorie viel für sich, wenn nicht auch für die chemische Theorie gewichtige Gründe sprächen. Dieselbe nimmt an, dass bei Nephritis Retentionsstoffe, wie Harnstoffe, Harnsäure, Creatin, Kalisalze u. s. w. im Blut zurückgehalten werden, und indem sie toxisch auf das Gehirn wirken, den urämischen Anfall auslösen. Es würde zu weit führen, von allen Versuchen die zur Begründung dieser Theorie gemacht sind, Rechenschaft abzulegen, ich will mich darauf beschränken, anzuführen, dass es nicht allein der Harnstoff zu sein braucht. Dies geht aus den bekannten Versuchen von Zalesky hervor, der Vögel und Schlangen nephrotomirte bei gleichzeitiger Unterbindung der Ureteren und immer Urämie erzielte, obwohl diese Thiere bekanntlich keinen Harnstoff secerniren. Es ist vielfach angenommen, dass kohlensaures Ammoniak, das aus dem Harnstoff entstehen sollte, die Ursache der Urämie wäre, aber weder ist es nachgewiesen, dass kohlensaures Ammoniak im Blut aus dem Harnstoff entsteht, oder überhaupt im Blut Urämischer vorhanden ist, ebensowenig ist dargethan, dass die Injection von Harnstoff in das Blut typisch urämische Anfälle auslöst. Uebrigens ist auch von Owen, Rees und Bright nachgewiesen, dass im Blut und den Muskeln von Thieren reichlich Harnstoff enthalten sein kann, ohne dass Urämie vorhanden ist. Wahrscheinlich können also auch andere in Blut retinirte Stoffe toxisch wirken, dieselben werden nachzuweisen sein, und es wird von ihnen bewiesen werden müssen, dass sie allein in das Blut injicirt Urämie hervorrufen, wenn man sich allein auf die chemische Theorie stützen will. Sie wissen Alle, m. H., dass bei Nephritis interstitialis ungleich häufiger Urämie entsteht wie bei Nephritis parenchymatosa, und zwar, wie die Anhänger der chemischen Theorie angeben, darum, weil der spärlich gelassene Harn bei der parenchymatösen ungleich mehr Harnstoff enthalten soll wie der reichlich wässrige bei der interstitiellen Nephritis. Sie wissen Alle ferner, dass das geringe Vorhandensein von Oedemen leichter Urämie verursacht, deswegen, angeblich weil die hydropische Flüssigkeit, die viel mehr Retentionsstoffe enthalten soll wie das Blut, einen Theil derselben aus dem Kreislauf entfernt hält.

Wenn man sich auf den Standpunkt der physikalischen Theorie stellt, könnte man den Umstand, dass bei Nephr. parenchymatosa Urämie selten auftritt, daraus erklären, es kommt eben zu keinem acuten Oedem des Gehirns darum, weil die Oedeme bereits anders placirt sind. Aendern sich nun die Placirungsverhältnisse, wie dies beim Schwinden der Oedeme geschieht, so kommt es leicht zum Oedem des Gehirns und zum urämischen Anfall. Auffallend ist jedenfalls, dass bei Nephritis scarlatinosa fast nie im Anfang Urämie auftritt, sondern immer, wenn die Oedeme im Schwinden begriffen sind — so auch in unserem Fall.

Jedenfalls sind wir noch nicht in der Lage, die Lehre von dem acuten Oedem des Gehirns in die Rumpelkammer des Obsoleten zu werfen, und zwar um so weniger, weil gerade der Fall, den ich Ihnen vorgetragen habe, einige characteristische und prägnante Eigenthümlichkeiten hat, die für das acute Hirnödem sprechen. Ich bitte die Symptomenfolge zu beobachten: Zuerst ganz lokale, lang andauernde heftige Kopfschmerzen im Hinterhaupt, dann plötzliches Eintreten von Blindheit, dann Erbrechen, Bewusstlosigkeit, Krämpfe. In umgekehrter Reihenfolge schwinden diese Symptome; die Krämpfe bleiben aus, die Kranke erwacht aus dem Schlaf zum Bewusstsein, das Erbrechen bleibt aus, und es besteht nur noch die Blindheit mit Kopfschmerz. Also Anfangs ein lokaler Process im Munk'schen Centrum, dieser nimmt zu, es tritt Erbrechen und Bewusstlosigkeit ein, die Affection verbreitet sich weiter auf das Grosshirn und Mittelhirn unter dem Eintritt von Krämpfen.

Wenn man sich nur auf den Standpunkt der chemischen Theorie stellen würde, so wüsste ich nicht, wie gerade diese Folge zu deuten ist. Soll man annehmen, dass das durch die Retentionsstoffe toxisch inficirte Blut nur auf einzelne Partien des Gehirns wirkt, während andere verschont bleiben?

Zum Schluss möchte ich noch einer Hypothese das Wort reden, und zwar möchte ich sagen, die Urämie ist überhaupt nicht ein ganz einfacher Zustand, sondern es kommt wahrscheinlich zuerst zu acutem Oedem des Gehirns und dann wirkt das transfundirte Serum toxisch auf das Gehirn.

Was die Prognose anbetrifft, so glaube ich, kann man, so lange die Pupillarreaction erhalten und die intraoculären Verhältnisse normal sind, gut stellen. Wäre erstere nicht erhalten, so würde ich sie schlecht stellen, weil dann die Medulla oblongata mit implicirt ist,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und man eine Lähmung der Centren der Herz- und Athembewegung erwarten kann.

Noch einige Worte über die Therapie. Mein Fall hat günstig geendet; ich habe aber auch andere Fälle von Urämie in entgegengesetzter Weise behandelt, die ebenfalls günstig verlaufen sind. Ich glaube, es ist vor allen Dingen Sorge zu tragen, geeignete Hautreize zu appliciren, für Spülung der Nieren und Defäcation zu sorgen und sich im Uebrigen abwartend zu verhalten. Was die Blutentziehungen anbetrifft, die noch immer empfohlen werden, so sehe ich nicht ein, was für einen Standpunkt man auch einnimmt — den physikalischen oder den chemischen — welchen Nutzen sie haben sollen? Sie vermindern weder das Oedem, noch wird dadurch, dass man die Quantität des Blutes herabsetzt, auf die Qualität desselben ein Einfluss geübt. Wenn trotzdem berichtet wird, dass die Kranken durch Blutenziehungen gesund geworden sind, so glaube ich nicht, dass sie durch sie gesund geworden sind, sondern trotz ihrer.

Herr Litten: Da die Amaurose bei Scharlach immerhin ein seltenes Vorkommniss ist, und es Werth hat, zu sehen, wie sich an einem grösseren Material die Verhältnisse gestalten, so habe ich daraufhin die sechsjährigen Protokolle aus meiner eigenen Thätigkeit in der Charité durchgesehen und darin 4 Fälle von Amaurose bei Scharlach gefunden. In allen 4 Fällen bestand Albuminurie und Nephritis scarlatinosa. Drei Fälle gingen einher ohne jede Spur von urämischen Erscheinungen und ohne nachweisbare Veränderungen am Augenhintergrund. In diesen drei Fällen trat absolute Heilung ein, und zwar stellte sich im Laufe von spätestens dreimal vierundzwanzig Stunden das normale Sehvermögen wieder her. Etwas complicirter gestaltete sich der vierte Fall, der ebenfalls bei Nephritis scarlatinosa auftrat und mit sehr intensiven urämischen Erscheinungen verbunden war. Der Verlauf war kurz folgender: Nachdem der Kranke ein Paar Tage Nephritis gehabt, bekam er einen urämischen Anfall und gleichzeitig trat plötzlich Amaurose ein. Bei der Untersuchung stellte sich, während in den drei ersten Fällen der Augenhintergrund absolut normal gewesen war, folgender Befund heraus:

Die Papillae Nv. optici erschienen beiderseits prominenter als normal; die Gefässe stiegen am Rande derselben steiler an und erschienen geschlängelter, als dies vorher der Fall war. Absoluter Mangel an Lichtempfindung. Es bestand also mit einem Wort: eine intensive Stauungspapille.

Am nächsten Tage gingen die Oedeme der Beine zurück, das Oedem des Sehnervenkopfes wurde völlig zurückgebildet und die urämischen Symptome schwanden. Am 16. Mai, d. h. einige Wochen später, trat, während noch immer die Nephritis bestand, unter starker Verminderung der Harnsecretion Erbrechen und ein urämischer Anfall auf mit erneuter, totaler, plötzlicher Amaurose. Schwellung des Sehnervenkopfes auf beiden Augen. Am nächsten Tage drei urämische Anfälle; die Amaurose lässt nach. Am dritten Tage viel Albumen im Harn, kein urämischer Anfall. Die Amaurose ist verschwunden. In diesem Fall war die Pupillarreaction **nicht** erhalten, während sie in den drei zuerst erwähnte Fällen trotz absolut untergegangener Lichtempfindung vollständig erhalten war. Der zuletzt erwähnte Kranke ging zu Grunde. Es fand sich eine starke Nephritis, keine Spur von Oedem des Gehirns. Als ich diesen Fall beobachtete, glaubte ich die Blindheit erklären zu sollen durch den anatomischen Befund des Sehnerven, die Stauungspapille. Es würde natürlich sehr nahe gelegen haben, beide Erscheinungen: die Amaurose und die urämischen Symptome, welche zeitlich absolut zusammenfielen, auf eine **gemeinsame** Ursache: d. h. auf die durch das Gehirnödem bedingte Vermehrung des intracraniellen Druckes zurückzuführen. Jedoch darf man aus einem Fall keine Schlüsse ziehen, und ferner vermisst man oft genug bei Individuen, die an Urämie gestorben sind, jede Spur von Gehirnödem. Ausserdem werde ich an der Hand eines grösseren, aus der Literatur gewonnenen Materials nachweisen können, dass fast in allen bekannten Fällen von gleichzeitiger Scharlachurämie und Amaurose keine Veränderung des Augenhintergrundes, also namentlich auch keine Stauungspapille bestanden hat. Damit ist aber auch jede Zunahme des intracraniellen Druckes und das Vorhandensein jedes intensiveren Gehirnödems fast mit Sicherheit auszuschliessen.

Ich habe nun noch aus der Literatur die bekannten Fälle z. Th. zusammengestellt und werde mir erlauben, darüber mit einigen Worten zu berichten. (Redner theilt kurz 9 Fälle von plötzlicher Amaurose bei Scharlachnephritis mit, welche das Gemeinsame hatten, dass sie stets ohne Veränderungen des Augenhintergrundes verliefen und mit erhaltener Pupillarreaction verbunden waren. In der grössten Mehrzahl der Fälle bestand Urämie gleichzeitig.)

Es sind dies immerhin 13 Fälle, und wenn man aus ihnen allgemeine Gesichtspunkte ableiten will, so sind es die, dass die Amaurose stets nur mit Albuminurie vorkommt, stets im Stadium der Desquamation auftritt, stets beiderseitig und absolut ist und fast ausnahmslos mit anderen Gehirnsymptomen: Convulsionen, Erbrechen, Sopor, Coma und eventuell Lähmungen verbunden ist. In allen Fällen ist Heilung eingetreten, ja selbst in meinem letal endenden Fall kehrte die Sehfähigkeit ebenfalls vollständig zurück.

In allen diesen Fällen, mit Ausnahme meines vierten, war keine Veränderung des Augenhintergrundes vorhanden, und Sie können schon daraus sehen, wie hinfällig die Theorie ist, dass es sich dabei um Gehirnödem gehandelt habe, denn wenn solches vorhanden gewesen wäre, müsste sich unzweifelhaft die intraoculäre Drucksteigerung durch Vorwölbung des Sehnervenkopfes bemerkbar gemacht haben.

Eins der wichtigsten Symptome, und wie der Herr Vortragende sagte, für die Prognose von erheblichem Belang, ist **die trotz Mangels jeder Lichtempfindung erhaltene Pupillarreaction**, die in allen Fällen beobachtet wurde mit Ausnahme des einzigen Falles von mir, wo gleichzeitig der Sehnervenkopf ödematös geschwollen war. Wenn bei totaler Blindheit eine vollständig erhaltene Reaction der Pupillen vorhanden ist, so kann man mit Sicherheit daraus schliessen, dass weder der Nervus opticus erkrankt sein kann, noch der Tractus opticus bis zu den Vierhügeln. Unzweifelhaft befindet sich der Sitz der Erkrankung jenseits der letztern, also zwischen diesen und dem centralen Sitz der Lichtempfindung.

Vielleicht ist noch erwähnenswerth, dass auch im Verlauf von Masern plötzliche doppelseitige Amaurose vorkommt. Dieselbe ist ungleich seltner als bei Scarlatina und giebt eine ungleich ungünstigere Prognose. In den bekannten Fällen trat das Sehvermögen nicht wieder ein.

Herr Goltdammer: Charakteristisch für die Fälle von Scharlachamaurose ist, wie hervorgehoben, die Erhaltung der Pupillarreaction. Den daraus sich ergebenden Schluss, dass der Sitz der Amaurose in diesen Fällen, in denen die Erhaltung der Pupillarreaction das Freisein des Reflexbogens beweist, jenseits des Reflexcentrums, also jenseit der Vierhügelregion zu suchen sei, hat bereits Gräfe gezogen. Dass man bei einer so rapide entstehenden und in den genesenden Fällen so rapide verschwindenden Functionsstörung innerhalb der den sensorischen Functionen dienenden Grosshirnpartien zunächst an ein Oedem denkt, ist naheliegend, auch wenn der anatomische Nachweis desselben fehlt und vielleicht auch nicht zu erbringen sein wird.

Dass übrigens diese Fälle nicht immer in Genesung enden, wie die Mehrzahl der hier mitgetheilten, zeigen auch zwei von mir beobachtete Fälle, die einen schnellen tödtlichen Ausgang nahmen. Sie betrafen Kinder von 7 und 8 Jahren, die im Anschluss an Scharlach in Begleitung urämischer Krämpfe schnell auftretende Amaurose mit erhaltener Pupillarreaction zeigten. Es bestanden keine Oedeme. In dem einen Falle, wo fast complete Anurie bestand, war der Eiweissgehalt äusserst gering, in dem andern war mit den gewöhnlichen Methoden kein sicherer Eiweissgehalt nachweisbar. Die nur in dem einen Falle untersuchten Rectinae erwiesen sich normal. Der tödtliche Ausgang unter Convulsionen und Coma trat in 2—3 Tagen ein. Die Section ergab frische Nephritis und im Gehirn keine deutliche Veränderung, da ein leichtes Oedem der Pia und des Grosshirns ein zu häufiger Befund ist, um eine sichere Deutung in diesen Fällen zuzulassen.

Herr Baginsky: Ich möchte zunächst auf die Bemerkung des Herrn Litten, dass die Amaurose immer eine totale sei, hervorheben, dass vielleicht die leichteren Formen der Amblyopie nicht genug geschätzt oder übersehen werden. Es kommen bei Kindern unzweifelhaft Zeichen vor, dass dieselben unter dem Einfluss urämischer Insulte, dieselben seien nun chemischer oder physikalischer Natur, schlecht sehen; es entwickelt sich indess nicht immer eine totale Amaurose, sondern es bleibt bei der leichteren Sehstörung, die wieder vorübergeht.

Sodann will ich hier etwas anführen, was im Verlauf der letzten Wochen Gegenstand der Untersuchung meinerseits war, und wovon ich in der physiologischen Gesellschaft bereits eine kurze Mittheilung gemacht habe, nämlich, dass man bei Nephritis acuta sowohl bei Scarlatina als bei Diphtherie im Harn Stoffe auftreten sieht, die im normalen Harn gar nicht, oder nur in geringen Mengen vorkommen. Dieselben gehören der Gruppe des Guaniin und Xanthin an. Heute früh erst habe ich eine Untersuchung beendigt, die ergab, dass schon in ganz kleinen Mengen Harns (50 Ccm) Xanthin in relativ beträchtlicher Menge auftrat. Man darf sich also bei der chemischen Theorie der Uraemie und der von chemischen Gesichtspunkten ausgeführten Discussion der Urämiefrage vielleicht nicht mehr mit dem Harnstoff allein oder der Harnsäure abfinden, sondern es ist nicht ausgeschlossen, dass auch andere Stoffe zu toxischer Wirkung kommen. —

Herr Litten: Zunächst muss ich bemerken, dass ich bei meinen Angaben aus der Literatur weit davon entfernt war, auf Vollständigkeit Anspruch zu machen, ich hätte Sie sonst allzulange aufhalten müssen. Was ferner die Frage der Prognose anbetrifft, so ist in allen bekannten, auch den letal endenden Fällen das Sehvermögen wiedergekehrt, so dass

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieselbe quoad functionem günstig gestellt werden kann. Betreffs der Pupillarreaction und der Ansicht v. Gräfe's darüber, so war v. Gräfe bekanntlich der Erste, welcher auf die Pupillarreaction entscheidend die Aufmerksamkeit lenkte und daraufhin die Unterscheidung zwischen scarlatinöser und urämischer Amaurose construirte, weil er gefunden hatte, dass bei Scharlachnephritis die Pupillarreaction erhalten war, während bei urämischer Amaurose dieselbe nicht erhalten war. Das stimmt mit Allem überein, was ich gesagt habe. Indessen liegen die Verhältnisse anders, seitdem nachgewiesen ist, dass auch bei urämischer Amaurose die Pupillarreaction erhalten sein kann. Nehmen Sie dazu die von mir gefundene und bereits erwähnte Thatsache, dass in einem Fall von ausgesprochener Scharlachamaurose die Pupillarreaction nicht erhalten war, so wird dieser Unterschied für die Zukunft nicht mehr maassgebend sein können.

Was den Einwurf des Herrn Baginsky anlangt, so ist hier nur von vollständiger Amaurose gesprochen, es ist ja bekannt, dass auch Sehstörungen amblyopischer Art vorkommen.

Herr Leyden: Ich möchte mit einigen Worten dem Herrn Vortragenden zu Hülfe kommen in Betreff der von ihm über die Ursachen der Urämie geäusserten Anschauungen. Die von ihm vertretene mechanische Theorie der Urämie und Amaurose durch Hirnödem scheint bei den übrigen Herren Rednern wenig Anklang gefunden zu haben. Meiner Ansicht nach ist die mechanische Theorie wohl begründet, freilich nicht in dem Sinne, dass die urämischen Erscheinungen überhaupt durch Hirnödem zu deuten seien, sondern nur insofern als letzteres bei den Symptomen der Urämie mit betheiligt ist. Allerdings hat Traube eine Zeit lang die Urämie überhaupt als Hirn-Oedem deuten wollen, doch hat er diese Auffassung später eingeschränkt. Die urämischen Symptome kommen zu Stande durch Unterdrückung der Harnsecretion, und hier haben wir die zwei Wirkungen zu unterscheiden, die sich combiniren, die Zurückhaltung chemischer Stoffe und die Zurückhaltung des Wassers. Das eine giebt die Intoxicationserscheinungen, die in die Gruppe der Vorgänge gehören, welche Senator kürzlich in der Zeitschrift f. innere Medicin als Selbstinfection bezeichnet hat, (vielleicht hätte der Autor besser Selbstintoxication gesagt), ein Vorgang, der darauf beruht, dass im Laufe verschiedener Krankheiten gelegentlich chemische Körper innerhalb der Gewebe gebildet werden, welche toxisch wirken. Hierher gehört ein Theil der urämischen Erscheinungen; ein anderer aber, beruht auf der Ausscheidung des zurückgehaltenen Wassers, namentlich in das Gehirn, wobei es wohl möglich ist, dass gleichzeitig mit dem Oedem auch schädliche chemische Stoffe ausgeschieden und in das Gewebe abgelagert werden. So ist es schon von dem urämischen Lungenödem nachgewiesen, dass es sehr reich an Harnstoff ist. Dafür, dass Hirnödem an den Symptomen der Urämie betheiligt ist, spricht auch die Thatsache, dass dem Auftreten der urämischen Symptome häufig Oedeme der Augen und des Gesichtes vorhergehen. Anatomisch ist das Oedem des Gehirns wiederholt nachgewiesen, allerdings nicht constant. Ich will noch auf eine Beobachtung aus meiner Klinik hinweisen, nämlich das Auftreten von urämischen Hemiplegien. Herr Stabsarzt Pätsch hat vor einigen Jahren über ein Paar solcher Fälle berichtet. Das Auftreten einer typischen Hemiplegie bei Nephritis lässt keineswegs allemal auf Bluterguss in das Gehirn schliessen, sondern kommt auch vor ohne anatomische Grundlage, sie ist also zu deuten durch das Oedem, welches man in diesem Falle findet. Wenn man auch nicht nachweisen kann, dass das Oedem halbseitig war, so ist doch das Fehlen eines apoplectischen Herdes mit Sicherheit constatirt. Ich schliesse also aus diesen Fällen und analogen Beobachtungen, dass in der That das Oedem des Gehirns bei der Urämie eine Rolle spielt.

Herr Lustig: Zunächst möchte ich den Fällen, die Herr Litten angeführt hat, noch einen Fall von Selberg anreihen. Was die Frage der Amaurose und der dahingehörigen Amblyopie anbetrifft, so möchte ich an die Fälle von Amaurose und Amblyopie erinnern, die durch Chinin, Nicotin, Morphium, Chloral und Alcohol in verschiedenen Fällen verschuldet werden. Von Prof. Hirschberg ist ein Fall veröffentlicht, in dem Amaurose nach Darreichung von Salicylsäure entstand. Ich glaube, diese Fälle sind geeignet, zu zeigen, dass die mechanische Theorie allein nicht ganz stichhaltig ist. Es gehört hierhin auch die Behinderung der Excretion von toxischen Stoffen, die im Körper gerade in Infectionskrankheiten vorhanden sind. Es sind genannt die Fälle von Scharlach und Masern, ich erinnere daran, dass auch bei Diabetes amaurotische Zustände beobachtet sind, hier wie bei den obengenannten Intoxicationen circuliren abnorme Stoffe im Blut.

Herr Becher: Ich habe mich, glaube ich, so ausgedrückt, dass ich die Urämie nicht als einen einfachen Zustand bezeichnete, nicht blos als ein acutes Oedem des Gehirns, sondern dass das acute Oedem des Gehirns eine wesentliche Rolle dabei spielt. Ich habe darauf hingedeutet, ob nicht das transfundirte Serum toxisch wirke? Jedenfalls ist der Umstand, dass wir in besprochenem Falle es zuerst mit einem ganz localen Process zu thun hatten, sowie die ganze Symptomenfolge beweisend für ein acutes Oedem des Gehirns. Herrn Litten möchte ich fragen, ob das Oedem des Gehirns überhaupt anatomisch so nachzuweisen ist, dass man bestimmt sagen kann, man habe es mit einem solchen zu thun oder nicht? Das eine Gehirn ist immer feuchter als das andere, und es sind, glaube ich, noch viele Beobachtungen nöthig, um nach dieser Richtung hin einen ganz fixen Standpunkt zu gewinnen.

Herr Litten: Ich kann nur noch einmal betonen, dass ich häufig bei Leichen, die an Urämie verstorben waren und kurze Zeit post mortem secirt wurden, jede Spur von Gehirnödem vermisst habe. Ich muss mich auch auf Grund der bekannten Erfahrungen dagegen aussprechen, dass ein irgend wie erhebliches Gehirnödem nach dem Tode so vollständig verschwinden kann, dass man dasselbe bei der Autopsie nicht mehr nachzuweisen im Stande ist. —

Sodann erhält das Wort zu seinem angekündigten Vortrage

Herr Bernhardt: Ueber einen Fall von Tetanus hydrophobicus (Rose).

Dem Patienten, einem 32jährigen Manne, war am 17. October 1883 eine Dermoidgeschwulst am linken Arcus supraorbitalis exstirpirt worden. Im Anschluss daran entstand eine linksseitige Facialisparalyse mit vollständiger Kieferklemme. Der Kranke ging am 2. November zu Grunde. Redner reiht diesen Fall dem zuerst von Rose beschriebenen Kopftetanus an, giebt darauf eine eingehende Darstellung der Pathologie dieser eigenthümlichen und bisher nur wenig beschriebenen Affection und schliesst mit einer Uebersicht über die seit Rose's Publication (1870) in der Literatur bekannt gewordenen Fälle desselben Leidens, (8 mit dem seinigen). — (Der Vortrag wird demnächst in der Zeitschr. f. klin. Medic. ausführlich veröffentlicht werden.)

VIII. Berliner Medicinische Gesellschaft

(Originalbericht.)

Sitzung am Mittwoch den 9. Januar 1884.

Vorsitzender: Herr Bardeleben.

1. Herr Bidder demonstrirt vor der Tagesordnung die Präparate eines, dem in der letzten Sitzung des vorigen Jahres von Herrn G. Kalischer vorgestellten Falle analogen Falles von einem gestielten Tumor der Brustwarze. Derselbe betraf eine 30jährige Patientin, bei der sich von der Zeit der Pubertät her der Tumor an der linken Brustwarze langsam entwickelt hatte und allmählich grösser geworden war. Der Tumor war etwa Hühnerei gross, hatte ein maulbeerartiges Aeussere und einen etwa 2 cm langen Stiel. Der Tumor wurde abgeschnitten, und die Heilung ging schnell vor sich. Soweit das bereits ein Jahr lang in Spiritus aufbewahrte Präparat die Untersuchung zuliess, ergab sich, dass das Gebilde hauptsächlich aus elastischem Gewebe bestand.

2. Herr Jul. Wolff stellt im Anschluss an einen im vorigen Sommer vorgetragenen Fall eine Patientin vor mit einer Blutcyste in der Gegend der Vena jugularis. Die 25jährige Patientin ist seit 5 Jahren verheirathet, vor einem Jahre zum letzten Mal entbunden, gegenwärtig gravida. Sie hat den Tumor vor 8 Jahren bemerkt; derselbe ist seit der letzten Schwangerschaft erheblich gewachsen und hat der Patientin in der letzten Zeit ziemlich viel Beschwerden gemacht. Bei der Punction mit Pravaz'scher Spritze ergiebt sich der Inhalt als reines venöses Blut. Der Tumor erreicht nach Angabe der Patientin die Grösse einer starken Mannesfaust; man kann denselben vollständig beseitigen, wenn man den Inhalt in die Vena jugularis hineindrückt, er schwillt an, wenn die Patientin hustet, und erreicht seine bedeutendste Grösse, wenn die Patientin aufgeregt ist oder sich ärgert. Vortr. gedenkt den Tumor nach dem im Sommer mitgetheilten Verfahren der successiven Abschnürung (S. d. W. 1883, S. 300) zu beseitigen und hofft nach der Operation den Fall wieder vorstellen zu können.

3. Auf Antrag des Hrn. Fürstenheim wird eine Discussion über den Vortrag des Herrn Virchow über Nephritis arthritica beschlossen.

Herr Fürstenheim: Herr Virchow wird der letzte sein wollen, der nicht zugiebt, dass der practische Arzt pathologische Dinge von verschiedenen Gesichtspunkten betrachten kann und unter gewissen Umständen betrachten muss. Darum hat es auch wohl nur so geschienen, als ob Herr Virchow läugnen wollte, dass Gicht, Gries und Steine häufig in ätiologischer Beziehung in einem engen Zusammenhang stehen und auf ein und derselben Basis beruhen. Herr Virchow findet das anatomische Wesen der Gicht dadurch charakterisirt, dass sich bestimmte Salze an bestimmten Körpergegenden niederschlagen, in welchen sie sich in normalem Zustande nicht befinden; er nimmt eine vermehrte Disposition für die Bildung solcher Salze bei den betreffenden Individuen an und möchte sogar von Arthritis in den Fällen reden, in welchen keine Gelenke gichtisch erkrankten, sondern nur kleine harnsaure Pfröpfchen in den Harnkanälchen der Niere vorhanden sind. Die Disposition zur vermehrten Production von harnsauren Salzen spielt also nach Virchow bei der Gicht jedenfalls eine bedeutende Rolle, und die Möglichkeit, dass bei nicht abnormer Harnsäurebildung gewisse Umstände ein Ausfallen von harnsauren Salzen veranlassen können, erwähnte er nicht. Dies ist auch nicht sehr wichtig; wahrscheinlich aber wird Herr Virchow die Annahme nicht von der Hand weisen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dass auch bei gewissen Arten von Gries und Harnsteinen die Disposition zu vermehrter Harnsäurebildung vorliegt. Warum die Niederschläge bei der Gicht irgendwo hängen bleiben, bei Gries und Steinen aber nicht ist eine andere Frage. Vielleicht könnte eine besondere Beschaffenheit der betreffenden Knorpel und Bänder gefunden werden, welche bei Steinen nicht vorhanden ist. Wenn es wahr wäre, dass Steinkranke selten an Gichtparoxysmen oder chronischer Gicht leiden, könnte das unmöglich als Argument gegen die Gleichartigkeit der Disposition zu vermehrter Harnsäurebildung hingestellt werden. Freilich ist es auffallend, dass beide Zufälle nicht noch öfter zusammen vorkommen, als es beobachtet ist. Aber dafür ist ein viel gewichtigeres Argument für die Gleichartigkeit der Disposition: die nicht selten beobachtete alternirende Art der Vererbung in einer und derselben Familie. Was Herr Virchow sonst erwähnte, ist auch für gewisse Gries- und Steinkranke zutreffend. Auch äusserst dürftig lebende Menschen sind der Gicht unterworfen; ebenso verhält es sich mit Gries- und Steinkranken. Herr Virchow statuirte ferner als Ursache für das paroxysmenhafte Auftreten der Gicht die Möglichkeit, dass es durch übergrosse Zufuhr stickstoffhaltigen Materials hervorgerufen werden könne. Wie häufig sieht man aber aus derselben Ursache den bekannten lehmigen Urin. Die Urate in diesem sind anderer Art als die erwähnten, aber das ist kaum von erheblicher Bedeutung. Dass in England mehr Gicht- und Steinkranke vorkommen als in Deutschland, ist wohl auf die grosse Verschiedenartigkeit in der Ernährung zurückzuführen. Uebrigens kann nicht nur interstitielle Nephritis durch den Reiz einer Flüssigkeit erzeugt werden, in welcher übergrosse Mengen harnsaurer Salze aufgelöst sind, sondern es werden aus derselben Ursache entzündliche Zustände auch in anderen Abschnitten der Harnwege hervorgerufen. Was den individuellen Krankheitsfall des Herrn Virchow betrifft, so müssen wir bedauern, dass derselbe so lange und schwer hat leiden müssen, müssen bedauern, dass er das einfache, Klärung bringende Experiment erst so spät vorgenommen hat. Umsomehr müssen wir erfreut sein über die ungewöhnlich schnelle Hülfe, welche Herr Virchow gefunden hat, denn leider wissen wir nur zu gut, dass der Erfolg der Alkalien nicht immer ein gleich prompter ist. —

Herr Virchow: Leider bin ich nicht so vorbereitet, wie der Herr Vorredner und daher nicht in der Lage, eine so wohlgesetzte und picante Schlusswendung zu bringen, wie es ihm gefallen hat, seinem Vortrage anzufügen. Ich darf mich nur auf einige Punkte, die er berührt hat, beschränken. Zunächst bedaure ich recht sehr, dass wir geglaubt haben, es bestehe kein Wunsch nach Discussion, da sich in der vorigen Sitzung Niemand zum Worte gemeldet hatte, ich würde sonst in der Lage gewesen sein, Ihnen ein ganz neues und ausgezeichnetes Präparat vorlegen zu können, denn wir haben erst vorgestern einen Fall gehabt, der in noch viel höherem Maasse die Combination der Erscheinungen darbot, über welche ich redete. Es handelte sich um einen Fall, in welchem einerseits sehr starke harnsaure Einlagerungen in den Knorpeln der Knie- und Fussgelenke vorhanden waren, andererseits in ganz ungewöhnlicher Stärke die Ablagerung in den Nieren vorkam. Dabei war eine Granularatrophie der stärksten Art vorhanden, so dass die Nieren vielleicht auf ein Drittel ihres normalen Volums zurückgebracht waren. Der Mann war ziemlich gut genährt und hatte viel Fett, auch im Nierenhilus, so dass äusserlich die Nieren nicht so klein erschienen. Dabei zeigten sich Erscheinungen starker Reizung auch in den übrigen Harnwegen, namentlich der Blase. Für die klinische Betrachtung ist es vielleicht von Interesse, dass mit diesem Verlauf eine ausserordentlich starke Herzhypertrophie verbunden war, die ohne Klappenfehler bestand. Der Fall war mir deshalb interessant, weil mir zum ersten Mal eine so stark entwickelte Schrumpfniere zusammen mit der Arthritis vorgekommen ist.

Was die Bemerkungen des Herrn Fürstenheim in Beziehung auf Gries und Steine anbetrifft, so hat er sich einer gewissen Freiheit in Benutzung dieser Ausdrücke bedient, indem er gelegentlich alle Arten Gries und Steine, nicht bloss die harnsauren, in seine Betrachtungen einbezogen hat. Mir ist noch kein Stein vorgekommen, welcher aus Nadeln bestand, wie sie die Tophusmasse in den Gelenken enthält. Damit fallen alle diejenigen Betrachtungen, welche sich auf andere Arten von harnsauren Salzen beziehen. Ich habe neulich vielleicht nicht hinreichend urgirt, dass alle gichtischen Absätze eine Eigenthümlichkeit an sich haben, durch welche sie sich von den gewöhnlichen harnsauren Absätzen höchst auffällig unterscheiden, sodass sie sich schon für die äussere Betrachtung als etwas Besonderes darstellen, d. i. vollkommene Farblosigkeit. Solche farblosen Absätze bilden meines Wissens weder Gries noch Steine.

Wenn der Patholog sich auf einen speculativen Standpunkt stellt, so ist das vielleicht eher zu entschuldigen, der Praktiker aber sollte die Dinge möglichst scharf unterscheiden und sich nicht durch eine lose speculative Verbindung verführen lassen. Ich habe neulich keinen Erklärungsversuch nach dieser Richtung gemacht, sondern einfach Thatsachen berichtet. Ich bedaure sehr, dass diese mehr anatomischer Natur waren, als es Herrn Fürstenheim gefallen hat, aber ich weiss nicht, wie man anders diese Affection der Nieren besprechen soll. Ich hatte nicht die Absicht, Sie mit einer anatomischen Curiosität zu behelligen, sondern ich glaubte, es würde dieser Befund in Ihren Händen eine reiche Erndte tragen.

In Betreff der reizenden Wirkung der harnsauren Salze will ich nochmals hervorheben, dass es sich wesentlich um gelöste Flüssigkeiten handelt. Insofern werden wir doch nicht umhin können, zurückzugehen auf irgend ein weiter im Körper bestehendes Verhältniss, welches zunächst dem Blut diese überwiegend grosse Menge von harnsauren Salzen überliefert. Herr Fürstenheim schien auch meinen Ausdruck der „Disposition" bemängeln zu wollen. Ich gebe den Ausdruck ganz frei. Wenn er einen andern anwenden will, kommt es mir darauf nicht an. Das Verhältniss aber wird man doch anerkennen müssen, dass die chemischen Vorgänge im Körper anders geschehen als bei gewöhnlichen Menschen, und dass die Bestandtheile, welche die Harnsäure liefern, nicht so umgesetzt werden, dass sie in gewöhnlicher Weise ihre Zersetzungs-Endproducte (Harnstoff) herstellen. Dieser Disposition habe ich mich vielfach bemüht weiter nachzugehen, aber ich habe keinen Anhalt gefunden, um einen primären Sitz derselben nachzuweisen, und ich muss mich daher darauf beschränken, einen ganz allgemeinen Ausdruck zu gebrauchen. —

Herr Senator hat gerade unter der ärmeren Bevölkerung vielfach das Vorkommen der Gicht zu beobachten Gelgenheit gehabt, und es ist ihm erschienen, als ob die wirklich typische Gicht in diesen Fällen vorzugsweise da auftritt, wo sie ererbt ist, während, wo sie erworben ist, der atypische Verlauf vorwiegt. An den Vortragenden richtet er sodann die Frage, ob nicht auch, wie dies von Franzosen und Engländern angegeben wird, interstitielle Nephritis bei chronischer Bleicachexie auftritt, und ob eine Herzhypertrophie auch da vorkommt, wo die Nierenaffection noch sehr wenig ausgebreitet ist. —

Herr Fürstenheim verweist in Bezug auf das Vorkommen von Nadeln in Blasensteinen, welche aus harnsauren Salzen bestehen, auf Ultzmann's „Harnconcretionen".

Herr Virchow antwortet auf die zweite Frage des Herrn Senator, dass seine Statistik ihm noch nicht gestatte, ein allgemeines Urtheil auszusprechen. Auch in Bezug auf die erste Frage sind seine Beobachtungen mangelhaft, weil bei uns nicht gerade häufig Fälle von schwerer Bleicachexie zum Tode führen; in dieser geringen Zahl ist die interstitielle Nephritis nur vereinzelt vorgekommen.

4. Herr Moritz Meyer: Ueber Behandlung rheumatischer Facialis-Lähmungen.

Man ist heute davon überzeugt, dass der verschiedene Verlauf der Facialis-Lähmungen durch die Schwere der Läsion, und diese vorwiegend durch den Grad der Compression bedingt wird, den der Nerv infolge des rheumatischen Processes erleidet. Diese Compression ist aber vor Allem abhängig von der Localisation des Processes, dergestalt, dass, wenn der Nerv nach seinem Austritt aus dem Foramen stylomastoideum, wo er in lockerem Bindegewebe liegt, getroffen wird, die Lähmung meistens leicht, während wenn derselbe in seinem Verlauf durch den Fallopischen Canal getroffen wird, eine mehr oder weniger schwere ist. So entstehen leichte Lähmungen, die in wenigen Wochen spontan heilen, mittelschwere, bei denen eine längere Kur von 6, 8 bis 10 Wochen nöthig ist, die dann aber vollständig heilen, und endlich schwere Lähmungen, die in 6, 10, 12 bis 15 Monaten verlaufen und meist Contracturen oder Zuckungen und andere Störungen zurücklassen. Diese drei Formen charakterisiren sich auch durch ihr elektrisches Verhalten, indem bei der ersteren das Verhalten der Nerven und Muskeln normal ist, bei den mittelschweren Formen zwar der Nerv sich gegen den faradischen und galvanischen Strom normal verhält, hingegen die Muskeln eine Reihe von Veränderungen erleiden, in Folge deren ihre faradische Reizbarkeit herabgesetzt oder aufgehoben, die galvanische dagegen gesteigert ist (partielle Entartungsreaction) — und endlich bei den schweren Formen die Erregbarkeit der Nervenzweige gegen beide Stromesarten sinkt und erlischt, während in den Muskeln charakteristische Veränderungen der galvanischen, faradischen und mechanischen Erregbarkeit zu Tage treten (complete Entartungsreaction).

Behufs Beseitigung des Leitungshemmnisses, auf welches es bei der Behandlung der Gesichtslähmungen allein ankommt, genügt bei den leichten Fällen, wenn sie nicht in kurzer Zeit spontan heilten eine leichte Faradisation oder Galvanisation der gelähmten Muskeln, in den schwereren Fällen aber versuchte man, da der Facialnerv selbst dem Strom nicht zugänglich erschien, denselben durch Stromesschleifen zu treffen, indem man die Conductoren eines mittelstarken galvanischen Stromes auf die Processus mastoidei setzte, oder suchte, indem man die Gesichtshaut mit schmerzhaften faradischen Strömen reizte, vom Trigeminus aus auf den Facialnerv zu wirken — Versuche, die aber im Allgemeinen so langsame und ungenügende Resultate ergaben, dass ihr Nutzen sehr problematisch erscheint. Der Vortragende war nun so glücklich in einigen schweren Fällen von Facialis-Lähmungen, die er in den letzten Jahren behandelte ein anderes, directer auf den Nerv wirkendes, Verfahren anzuwenden, welches promptere und glücklichere Resultate ergab. Er fand nämlich, wenn er einen Druck mit der Spitze des Zeigefingers von hinter dem Ramus mandibulae nach dem Foramen stylomastoideum zu richtete, den Gesichtsnerv selbst oder die umgebenden Gewebe geschwollen und schmerzhaft, und wenn er dann, bisweilen nach Application von Blutegeln und Cataplasmen, bisweilen ohne deren Anwendung, die mit einem Conductor von der Dicke eines feinen Bleistifts versehene Anode eines mittelstarken galvanischen Stromes auf den geschwollenen Nerv, die Kathode auf den Processus mastoideus oder die Backe setzte und etwa 5 Minuten einwirken liess, eine langsame aber von Sitzung zu Sitzung zunehmende Verbesserung der Beweglichkeit, die der Abnahme der Auschwellung parallel verlief und schliesslich zu einem befriedigenden Resultate führte — so dass er dies Verfahren namentlich seinen Specialcollegen zur Prüfung anempfiehlt.

Redner hat aber auch durch dieselbe Applicationsmethode und zwar in Verbindung mit einem starken faradischen Strome, bei längst abgelaufenen Facialis-Lähmungen, Zuckungen der atrophischen Gesichtsmuskeln eintreten sehen, die den Beweis für das Vor-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handensein reactionsfähiger und entwickelungsfähiger Fasern liefern, durch deren wiederholte Erregung die willkührliche Beweglichkeit verbessert werden kann. In Bezug darauf theilt er den Fall einer Patientin mit, die 1865, als dreizehnjähriges Mädchen, an einer seit zehn Jahren bestehenden Facialislähmung von ihm electrisch behandelt und nach langer ziemlich erfolgloser Kur entlassen wurde, und die im Jahre 1882, also nach 27jähriger Lähmung die Kur noch einmal aufnahm und nach 35 faradischen, in der angegebenen Weise, d. h. direct auf den Nerv gerichteten Applicationen, in einem bedeutend gebesserten Zustande entlassen wurde.

Herr Meyer glaubt sich nach seinen Beobachtungen zu folgenden Schlüssen berechtigt:

1. Bei Facialislähmungen, die nicht der leichten Form angehören, ist die Anwendung von Blutegeln, Kataplasmen etc. zu empfehlen, einerseits um die Heilung zu beschleunigen, andererseits um die Zahl der durch Druck degenerirenden Nervenfasern möglichst zu beschränken.

2. Nach dem Gebrauch von Blutegeln, Kataplasmen etc. ist die von ihm angegebene direct auf den Nerven gerichtete Manipulation bedeutend wirksamer als die bisherigen Methoden der elektrischen Behandlung.

3. Auch in sehr veralteten Fällen ist die elektrische Einwirkung auf den Nerv mittelst starker faradischer Ströme zu versuchen, um die normal erhaltenen Nervenfasern anzuregen und die Beweglichkeit und Ernährung der gelähmten Muskeln zu befördern.

IX. Journal-Revue.

Chirurgie.

1.

Zur Behandlung der Lymphome von Dr. Karl Koerbl (Bad Hall in Oberösterreich). Wien. med. Woch. 1882, 19.

Von Prof. Gussenbauer wurde 1879 ein Pat. mit multipeln recidivirenden Halslymphomen (1 Jahr vorher Exstirpation) nach Bad Hall geschickt, gleichzeitig mit dem Kurgebrauch Jodtinctur in die Drüsen injiciren und Massage anwenden zu lassen. Dieser Anregung folgend hat K. seitdem 23 Fälle von idiopathischen Lymphomen mit günstigstem Erfolge derart behandelt: ein Drüsenpacket wird fixirt, mit der Pravaz-Spritze so viel Jodtinctur injicirt, (langsam! A. d. Ref.), bis man den Widerstand fühlt, dann wird die Nadel etwas zurückgezogen und schief in eine andere Drüsenpartie eingespritzt. Selbstverständlich muss die Canüle rein sein; K. legt sie dauernd in Alkohol etc. Die Drüse schwillt an, der Schmerz lässt nach ein paar Stunden nach, den nächsten Tag massirt man 2—5 Minuten und so täglich; am 4. Tage wiederum Injection, Tags darauf Massage. Nach 3—4 Injectionen kann man schon einzelne Drüsen separiren und bewegen, dieselben werden kleiner, derber, nach 7—8 Injectionen biegt schon die Nadel beim Eindringen um; alsdann wendet man sich einem andern Drüsenpacket zu. Ein länger dauernder Abscess kam nur einmal zur Beobachtung. Stets wurde dabei Jodsoole getrunken und Nachts hydropathische Umschläge getragen. Pauly (Posen).

Ein Fall von Resection verletzter Blutgefässe. Beobachtung aus dem Danziger Stadtlazareth, mitgetheilt von Dr. W. Baum. Berl. klin. Woch. 1883, 43.

Einem 13jährigen Knaben fuhr beim Schnitzen eines Holzpantoffels das Messer in den linken Oberschenkel; ein Lazarethgehülfe übt Digitalcompression, bis der Arzt Dr. Suchanek herankommt und den Esmarch'schen Schlauch anlegt; so hatte Pat. das Glück wenig Blut zu verlieren. Eine Stunde später in's Lazareth transportirt, wurde ihm die 1½ cm lange, glatte, genau in der Mitte des Schenkels an seiner Innenfläche befindliche Wunde selbstverständlich unter strenger Antisepsis erweitert und ein 3 cm langer Querschnitt darauf gesetzt. Zunächst fiel die Schenkelvene in die Augen, aus deren vorderer Wand ein conisches Blutgerinnsel hervorragte. Unterbindung oben und unten, Resection eines 2 cm langen Stücks, das zwei der Vorder- und Hinterfläche des Gefässes entsprechende glatte Schnittwunden von 1 cm Länge zeigte. Lockerung des Schlauchs erwies auch Arterienverletzung; demgemäss doppelte Unterbindung und Excision des ebenfalls zwiefach verletzten Aderstücks. Nach Lösung des Schlauchs blutete noch der ziemlich starke oberhalb der Verletzung aus der Arterie entspringende Ram. musc. articular., der ebenfalls doppelt unterbunden und resecirt werden musste. Nun blieb die Wunde trocken; Naht und antiseptischer Verband mit ziemlich loser Einwickelung von den Zehen zur Schenkelbeuge bei möglichst horizontaler Lage. Abgesehen von geringer Zehenverfärbung und Anästhesie am 1. Tage und von oberflächlicher Wundrandnekrose Heilung in 3 Wochen. —

Der Fall ist ein neuer Beweis für die Nothwendigkeit der von Edmund Rose durchaus geforderten (Volkmann's Hefte 92) Unterbindung in loco (statt der früher geübten Hunter'schen) und gleichzeitigen „blutdichten Exstirpation des verletzten Gefässstücks". Baum betont den Vortheil der Esmarch'schen Constriction und wundert sich, dass Tillmans (cfr. dessen Arbeit in Berl. klin. Woch. 1881, No. 3) auf sie absichtlich verzichtet. (Schon E. Rose zog das Schraubentourniquet vor, um zeitweilig zu lüften. A. d. Ref.) Gewiss ist nach Ansicht des Ref. die Constriction für den Practiker, von dem die Unterbindung in loco gefordert werden muss, unentbehrlich.

Gleichzeitig berichtet Baum über eine Exstirpation eines 3 cm langen Stücks von Art. und Ven. femor. dicht unter Lig. Poupart. gelegentlich der Entfernung eines secund. krebsigen Leistendrüsenpackets, welche anstandslos ertragen wurde und die seit Braune's Arbeit öfter discutirte Gefahr der Gangrän bei Venenunterbindung oberhalb der Profunda für chronische Fälle als nicht zutreffend erweist, indem eben dann, wie Volkmann gegenüber den traumatischen hervorhob, vorher allmälig ein Collateralkreislauf zu bilden Zeit hatte.

Pauly (Posen).

Syphilis.

1.

Ueber Enteritis bei Lues hereditaria. Von Dr. Mracek. Arch. f. Derm. und Syph. 1883. 2.

Während die syphilitischen Affectionen des Dünndarms bei acquirirter Syphilis Erwachsener sehr selten sind, kommen sie doch häufiger bei Kindern mit hereditärer Syphilis zur Beobachtung. Entweder stellen sie diffus ausgebreitete entzündliche Processe dar, oder treten als locale typische syphilitische Producte auf, letzteres namentlich im obern Theil des Jejunum als Schleimhautinfiltrationen an den Peyer'schen Plaques, oder als zerstreute Knötchen. Die Infiltrate, von Linsengrösse an, sind scharf abgegrenzt, gelblich und gewähren die Peyer'schen Plaques dadurch, dass die Follikel tief eingebettet erscheinen, ein reticulirtes Aussehen; bei einiger Ausdehnung sind sie auf der Peritonealfläche sichtbar, und ist diese dann getrübt oder sogar mit membranösen Auflagerungen versehen. Durch centralen Zerfall entstehen flache, speckige Geschwüre mit starren, doch nicht unterminirten Rändern. Die Knötchen sind miliar bis linsengross, haben ihren Sitz in der Submucosa oder in der Muscularis und sind ebenfalls auf der Peritonealfläche sichtbar; sie können auch zerfallen.

Sowohl die Infiltrationen, als auch die Knötchen nehmen ihren Ausgang von der Adventitia der kleinen Arterien, seltener von den Venen und Lymphgefässen, und erklärt sich die Necrose aus dem Untergang der Gefässe.

Nach allem muss der Process sehr rasch verlaufen; es kann sogar in utero zur Perforation kommen.

Die allgemeine diffuse syphilitische Darmentzündung kommt neben den beschriebenen Formen häufig vor, und gewinnt insofern an Bedeutung, als sie die schweren, tödtlichen Darmkatarrhe syphilitischer Kinder erklärt.

Das Meconium besteht oft aus einem festen Pfropf, der der Schleimhaut fest anhaftet und sehr schwer zu entfernen ist. Die Entzündung der Serosa kann schleichend oder rasch, oft mit Adhäsionen oder sogar Verwachsung des Bauchraums verlaufen. Verengerung oder Erweiterung des Darmlumens, sowie Betheiligung der mesenterialen Drüsen ist nicht selten. Immerhin sind zugleich schwere Erkrankungen anderer Organe vorhanden.

Zur Würdigung des häufigen Absterbens der Früchte vor oder gleich nach der Geburt, ist die syphilitische Erkrankung des Darms von Wichtigkeit. Appenrodt.

Hautkrankheiten.

1.

Ueber Exanthem-Formen bei Diphtherie. Von Eugen Fränkel. Monatshefte f. pr. Dermat. 1883, No. 9.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von Ausschlagsformen in schweren Fällen von Diphtherie. Das petechiale Exanthem tritt entweder im Beginn der Erkrankung oder kurz vor dem Tode auf; die Blutungen sind meist klein, oberflächlich, kirschroth, selten dunkle, grosse, blaugrüne Flecke; daneben sind regelmässig Ecchymosen auf den serösen Häuten oder in den innern Organen vorhanden. Seltener werden erythematöse Hautaffectionen beobachtet, welche, sofern sie im Anfang der Krankheit entstehen, mit Scharlach verwechselt werden können, meist aber durch ihre beschränkte Ausdehnung, ihr spätes Erscheinen, ihr Verschwinden ohne nachfolgende Schuppung charakterisirt sind. Eine dritte, bisher noch nicht beschriebene Art von diphtheritischer Hauterkrankung sah Verf. bei einem Erwachsenen: es entstanden an den Händen und Armen, weniger am Rumpf, Papeln und Pusteln mit starkgerötheter Basis; Pat. starb unter andauerndem, hohem Fieber; die Section ergab Pseudomembranen im Rachen, Kehlkopf und Trachea, Ecchymosen der Pleura, Degeneration der Herzmuskeln, Milz- und Leberschwellung.

Verf. glaubt, dass die bei Diphtherie auftretenden Exantheme, im Gegensatz zu den bei andern Infectionskrankheiten beobachteten, immer von übler Prognose seien. Appenrodt.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

X. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Die Ausführung des Nahrungsmittelgesetzes.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege zu Berlin

von

Geh.-Rath Prof. **Dr. Skrzeczka.**

(Fortsetzung aus No. 2.)

Eins ist aber wohl als sicher anzunehmen, dass in sehr, sehr vielen andern Orten in der ganzen Sache noch gar nichts geschehen ist, und dass vor allen Dingen von der Genehmigung des §. 2 auch nicht einmal in der Art Gebrauch gemacht wird, dass, wenn vielleicht auch selten, so doch periodisch und regelmässig, hier und da Proben von verschiedenen Händlern entnommen werden, ohne eine andere Veranlassung als die, dass man controliren will, wie es mit der Beschaffenheit der Nahrungs- und Genussmittel bestellt ist. Es ist noch vor gar nicht langer Zeit vorgekommen, dass aus einer benachbarten, gar nicht so kleinen Stadt eine Beschwerde Seitens der städtischen Behörde darüber erhoben wurde, dass unnütze Kosten dadurch erwachsen wären, dass seitens der Polizeibehörde die Untersuchung von etwas Butter verfügt worden war, deren Beschaffenheit aus irgend welchem Grunde verdächtig geworden war. Der Vorgang gab der Polizeibehörde Veranlassung nunmehr derartige Untersuchungen und Controlen regelmässig und in ausreichender Häufigkeit vornehmen zu lassen. Es lässt sich wohl annehmen, dass wo die Ortspolizeiverwaltung Gemeindeangelegenheit ist, und die Gemeinde deren Kosten trägt, die Neigung, eine kostspielige dauernde Lebensmittelcontrole einzuführen, keine grosse sein wird, zumal es eine gesetzliche Veranlassung dazu nicht giebt, dieselbe in der durch das Gesetz vom 14. Mai 1879 ermöglichten Weise zur Ausführung zu bringen.

Die Zahl derjenigen Fälle, in denen nach dem Gutachten der Sachverständigen die untersuchten Gegenstände als verfälscht oder verdorben oder gesundheitsgefährlich angesehen wurden, also die Zahl der Beanstandungen, wie ich sie kurz nennen will, geht in denjenigen Orten, wo umfangreichere Untersuchungen gemacht werden, nicht so sehr auseinander, und sie wird desto grösser, je weniger Untersuchungen gemacht werden. Das hängt nun aber damit zusammen, dass, wo weniger Untersuchungen gemacht werden, dieses meistens deshalb geschieht, weil eine Beschwerde oder Klage eingegangen oder sonst ein Verdacht entstanden ist. Natürlich muss aus einer Anzahl derartiger Fälle ein viel grösserer Procentsatz von Beanstandungen hervorgehen, als wenn durch die Bank hier und da Proben entnommen werden, ohne besondere Veranlassung. In Kiel waren 10,9 Proc. der untersuchten Gegenstände zu beanstanden, in Hannover 11,8 Proc., in Crefeld 7 Proc., in Merseburg 15,5 Proc., in Berlin, wenn man die Milch nicht mitzählt, wären es allerdings 13,4 Proc., aber bei Hinzunahme der Milch wegen der grossen Anzahl der Milchuntersuchungen nur 1,2 Proc., dagegen in Münster, obgleich das Untersuchungsmaterial kein sehr grosses ist, 32 Proc.

Was die Bestrafungen betrifft, so sind damit entschieden die Gerichtshöfe im Allgemeinen keineswegs sehr zurückhaltend gewesen. Das Verhältniss der Bestrafungen zu beurtheilen, ist etwas schwierig, weil nämlich zu derjenigen Zeit, wo ein Bericht über das Vorjahr erstattet wird, die Sachen häufig noch schweben, immerhin aber wird aus den Berichten klar, dass wir vom sanitären Standpunkt aus im Allgemeinen nicht darüber zu klagen haben, dass Seitens der Gerichte dies Gesetz zu milde gehandhabt würde. Das ist durchaus nicht der Fall, vielfach könnte man vielleicht sagen, dass die Strafen eine recht strenge Auffassung des Gesetzes bekunden, wie sich das noch aus einzelnen Fällen ergeben wird. Die Höhe der Strafen ist eine verschiedene. Auf Einzelheiten einzugehen, hat keinen Zweck, da die Höhe der Strafe auf sehr verschiedenen Ursachen beruhen kann; ich will jedoch hervorheben, dass, soviel ich aus allen Berichten habe entnehmen können, bis zum Jahre 1881 zwar nur in einem einzigen Orte auf Haft erkannt worden ist, wo es sich um Weinverfälschung handelte, dagegen aber sind Milchverfälschungen durch einfaches Abrahmen oder Wasserzusatz recht schwer bestraft worden, z. B. in Schleswig mit 200 M., Verkauf von Cigarren, welche keinen Taback als Einlage hatten, mit 30 Mark., in Königsberg Milchverfälschungen mit 10—40 M., Butterverfälschung einmal mit 300 M., in Cöln Verkauf von krankem und ungeniessbarem Fleisch mit 300 M.

Was nun die einzelnen Nahrungsmittel betrifft, so lässt sich da auch schwer ermitteln, wie das Verhältniss zwischen der Zahl der Untersuchungen und der Verfälschungen an verschiedenen Orten ist, weil, wie vorher erwähnt, an manchen Orten die kleine Zahl der Untersuchungen darauf schliessen lässt, dass meistens schon von vornherein verdächtige Sachen untersucht sind. Aber bei einzelnen Städten ist ein solcher Vergleich möglich, und das sind gerade solche, wo viele Untersuchungen gemacht worden sind. In Crefeld wurden von sämmtlichen Milchproben 19 Proc. beanstandet, in Berlin 1,3, im Jahre 1880 in Hannover 18 Proc., von Butter, in Crefeld 6 Proc., in Berlin 0,95, in Hannover 27,2, also ein grosser Unterschied, in Crefeld von Wein 6 Proc., in Berlin wurde Wein in dieser Art nicht untersucht, in Hannover 22 Proc., von Gewürz wurden in Crefeld 43 Proc. der untersuchten Proben verfälscht gefunden, in Berlin 5,1, in Hannover 7,6. Mehl ist vielfach als verdorben gefunden, hier und da, aber vereinzelt, sind Fälle vorgekommen, dass man andere Mehle zu demjenigen zugemischt hat, auf welches die Bezeichnung lautet, also zu Roggen- oder Weizenmehl Bohnenmehl oder auch einmal Mais- oder Gerstenmehl zugemischt war. In Erfurt wurde einmal Arsenik gefunden, der Fall gehört aber garnicht hier her, weil es sich um ein Verbrechen oder den Versuch dazu handelte. Einmal ist Kupfervitriol gefunden; derselbe war aber dadurch in das Mehl gekommen, dass, wie nachgewiesen wurde, das Getreide vorher mit Kupfervitriol gewaschen war. Unter allen Berichten der Regierungsmedicinalräthe, die zum Theil auch auf die Vergangenheit Rücksicht nehmen, ist nur in einem einzigen Fall von einer wirklichen Verfälschung des Mehls mit fremden Substanzen die Rede, und derselbe bezieht sich darauf, dass im Jahre 1876 in Ziegenhain einmal ein Mehl gefunden ist, welches 16 Proc. Baryt enthielt, wofür der betreffende Händler mit einer Strafe von 3 Monaten Gefängniss belegt worden ist. Die Thatsache ist also wohl ganz sicher gestellt, dass überhaupt bei uns in Preussen Mehlverfälschungen mit fremdartigen Substanzen überaus selten sind und auch recht selten die mit andern Mehlarten. Dann wird noch aus dem Jahre 1879 bemerkt, dass im Kreise Frankenberg eine Epidemie von Ergotismus herrschte, bei der 248 Erkrankungsfälle, worunter 25 tödtliche, zur Beobachtung gelangten. Ob in diesem Falle, der noch vor Erlass des Nahrungsmittelgesetzes vorkam, Jemandem ein Verschulden (wenigstens Fahrlässigkeit) nachzuweisen war, ist mir nicht bekannt geworden. Was die Milch betrifft, so sind da auch stets nur Verfälschungen durch Abrahmen und Entwässern berichtet.

Ich gehe nun zum folgenden Punkte über, zu den Erfahrungen, welche bei der Handhabung des Nahrungsmittelgesetzes in foro gemacht worden sind. Dabei treten ganz besonders die Punkte hervor, die mit einander in einem sehr innigen Zusammenhang stehen, nämlich 1) die Klagen über die Qualität und Wirksamkeit der Sachverständigen, 2) das dringende Bedürfniss nach Verordnungen auf Grund des § 5 des Gesetzes und 3) die Forderung von Bestimmungen über das, was eigentlich Fälschung und gesundheitsgefährlich ist. Ausser zahlreichen einzelnen Persönlichkeiten haben auch ein Paar Handelskammern sich durch die Handhabung des Gesetzes veranlasst gesehen, in diesem Sinne Petitionen einzureichen.

Die Klagen über die Thätigkeit der Sachverständigen sind, wie sich aus zahlreich angeführten Beispielen ergiebt, zweifellos an manchen Orten durchaus berechtigt. Die Beispiele, die in dieser Beziehung angeführt worden sind, im Einzelnen anzugeben, ist nicht thunlich, aber sie sind vollständig schlagend. Fälle, in denen mehrere chemische Sachverständige, die denselben Gegenstand untersuchten, zu ganz verschiedenen Resultaten und Gutachten gelangten (namentlich auch bei Weinuntersuchungen), sind Gegenstand der Erörterung in der Tagespresse geworden; vielleicht berichtet Herr Dr. Bischoff aus seinen Erfahrungen, die mir ja auch zum Theil bekannt sind, noch einiges darüber. Demgemäss wird n den Beschwerden und Petitionen hervorgehoben, dass oft auch diejenigen Personen, die von den Gemeinden bei Ausführung des Nahrungsmittelgesetzes in Anspruch genommen werden, nicht genügend als Chemiker qualificirt sind; ausserdem aber wird hervorgehoben, dass viele Chemiker mit ihren Urtheilen über ihre Competenzen hinausgehen und sich über Gesundheitsgefährlichkeit und über den Begriff Verfälschung aussprechen. Ueber die erstere muss selbstverständlich der medicinische Sachverständige gehört werden, und was den Begriff der Verfälschung betrifft, so erinnere ich, dass der § 10 No. 1 zwar eine Strafbestimmung für denjenigen enthält, welcher Nahrungsmittel etc. nachmacht und verfälscht, und in No. 2 für denjenigen, welcher verfälschte Sachen verkauft, es aber in der Bestimmung zu 1 heisst: Wer „zum Zweck der Täuschung im Handel und Verkehr“ verfälscht etc., es genügt also nicht der Begriff der Verfälschung, sondern um den Thatbestand zu erfüllen, muss auch noch nachgewiesen werden, dass die mit den Nahrungs- oder Genussmitteln vorgenommenen Veränderungen, die als Verfälschung angesehen werden können, zum Zweck der Täuschung im Handel und Verkehr gemacht worden sind. Bei No. 2 ist das nicht nöthig, da tritt der Begriff der Verfälschung nach dieser Richtung hin ohne weitere Einschränkung auf. Es wird daher von der Handelskammer und auch von Privaten verlangt, dass bei der Feststellung des Thatbestandes in Bezug auf diese eben erwähnten Punkte auch auf gewerbliche Usancen Rücksicht genommen werden müsste, auf das, was in einer bestimmten Gegend Gebrauch und Gewohnheit ist. Es konnte z. B. daraus, dass Jemand Mehl in die Wurst hineinthut, noch nicht entnommen werden, dass die eine strafbare Verfälschung sei, denn es könne eine solche Herstellung von Würsten in der Gegend durchaus ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bräuchlich sein, und der Fabrikant könne dies Verfahren anwenden, ohne die Absicht einer Täuschung im Handel und Verkehr zu haben; als Verfälscher im Sinne des Abs. 1 des § 10 könne er also nicht betrachtet werden. In No. 2 steht allerdings nur: „Wer wissentlich Nahrungs- oder Genussmittel, welche verdorben oder nachgemacht oder verfälscht sind, unter Verschweigung dieses Umstandes verkauft oder unter einer zur Täuschung geeigneten Bezeichnung feilhält", da wird also der Begriff der Verfälschung an sich zur Geltung gelangen und es wird nur darauf ankommen, ausserdem zu beweisen, dass der Händler den verfälschten Gegenstand unter Verschweigung dieses Umstandes verkaufte oder unter einer zur Täuschung geeigneten Bezeichnung feilhielt. Die in der eben erörterten Beziehung hervorgetretenen Missstände führten zu der Forderung, dass der Staat dafür sorgen möge, dass nur wirklich tüchtige Chemiker als Sachverständige bei der Ausführung des Nahrungsmittelgesetzes zugezogen würden und dass Chemiker, ehe sie vor Gericht als ständige Sachverständige vereidigt würden, sich einer Prüfung unterwerfen sollten. Dieser Gedanke ist auch vor nicht langer Zeit in einem Vortrage des Herrn Regierungsraths Sell in der Versammlung der Medicinalbeamten erörtert worden, und ich erkenne an, dass, obgleich der Ausführung grosse Schwierigkeiten entgegenstehen, es doch erwünscht wäre, wenn auf diese Weise vorgegangen werden könnte. Obgleich ja viele Apotheker, welche als chemische Sachverständige oft herangezogen werden, sehr tüchtige Chemiker sind, so ist der Umstand, dass irgend Jemand Apotheker in irgend einer kleinen Stadt oder auf dem Lande ist, doch nicht eine genügende Legitimation dafür, dass er befähigt für derartige Untersuchungen ist, um die es sich hier handelt, und die oft so schwierig sind, dass, wie Herr Sell mit Recht ausgeführt hat, auch nicht jeder an sich ganz tüchtige Chemiker im Stande ist, sie ohne Weiteres zu besorgen, sondern dass ein ganz specielles Sachverständniss dazu erforderlich ist. Die Hauptsache wird meines Erachtens sein, dass, soweit es geht, für Errichtung von Anstalten im Sinne des § 17 Sorge getragen wird, deren technische Leiter, mit Umsicht ausgewählt, sich bald zu Spezialisten auszubilden Gelegenheit finden würden. Es ist vielleicht ein Mangel, dass bisher noch keine Anweisung oder Instruction oder irgend etwas Aehnliches erlassen worden ist, wie denn eigentlich solche Anstalten einzurichten und zu organisiren sind, sondern dies allein den Gemeinden überlassen geblieben ist, und ebenso denselben ganz und gar freisteht, wen sie ein für alle mal als Sachverständigen für die Lebensmittel-Controle vereidigen lassen wollen.

Der zweite Punkt ist das dringende Verlangen nach Verordnungen im Sinne des § 5. Dasselbe ist namentlich aus gewerblichen Kreisen wiederholt laut geworden. Man will in diesen Verordnungen genauere Feststellungen, welche Arten der Herstellung, Aufbewahrung und Verpackung verboten und welche erlaubt sind, und welche Beschaffenheit ein Nahrungs- und Genussmittel haben muss oder kann, um nicht vom Gesetz getroffen zu werden, namentlich um die Unsicherheit des Begriffs der Fälschung und die sich daraus ergebende Unsicherheit des Urtheilsspruches zu beseitigen. Dafür, dass eine solche Unsicherheit besteht, werden nun wiederum zahlreiche Beispiele angeführt. So ist z. B. Jemand betroffen worden, der Syrup verkauft hatte, welcher nachher als ein Kartoffelsyrup festgestellt wurde. Er hat darauf eingewandt, dass Syrup eine allgemeine Bezeichnung sei, und wenn man früher unter Syrup allerdings in der Regel nur Zuckersyrup verstanden habe, so sei mit der Zeit die Fabrication von Syrup aus andern Stoffen, wie Rüben, Kartoffeln u. s. w. gewöhnlich geworden und es liege keine Berechtigung vor, nur den Zuckersyrup als „Syrup" schlechtweg zu bezeichnen. Ferner wurde hier in Berlin sehr richtig der Verkauf von „Chocoladenpulver", wenn dasselbe nicht aus Chocolade allein bestand, als ein Verkauf unter falscher Bezeichnung angesehen, beziehungsweise eine solche Chocolade als verfälscht betrachtet. Es wurde darauf von den Fabrikanten die Bezeichnung „Suppenpulver" dafür eingeführt. Nun ist man aber an einigen Orten soweit gegangen, dass man Leute, die das Gemisch von Mehl, Zucker, Gewürz und Cacaoresten als Suppenpulver verkauften, auch als Fälscher von Chocolade verurtheilt. Der Name „Chocolade mit Mehlzusatz" ist schon ganz vorsichtig gewählt; ein unter dieser Bezeichnung verkauftes Präparat, in dem sich aber ausser Mehl auch noch Cacaobutter befand, wurde auch wieder als verfälscht denuncirt, die Denunciation wurde indess vom Staatsanwalt zurückgewiesen. Mehrfach wurden auch Anträge auf Verfolgung von Wursthändlern gestellt, weil Mehl in der Wurst nachgewiesen war. Diese Erörterung bezieht sich zum Theil bereits auf die Frage, ob Chocolade, Bier und andere zusammengesetzte und künstlich hergestellte Nahrungsmittel eine vorschriftsmässige Zusammensetzung haben, ob man sagen kann: Bier ist dasjenige Getränk, welches so und so zusammengesetzt ist, Chocolade ist dasjenige Fabrikat, welches aus diesen oder jenen Ingredienzien hergestellt ist. Das ist namentlich von Belang wegen der gesetzlichen Bestimmung über das Feilhalten von Nahrungsmitteln „unter einer zur Täuschung geeigneten Bezeichnung". Man kann sagen, und diese Einwendung ist nicht selten gemacht worden: Jemand verstösst gegen No. 2 des § 10 und hält einen verfälschten Gegenstand unter einer zur Täuschung geeigneten Bezeichnung feil, weil er ihn als Chocolade bezeichnet, Chocolade jedoch nur aus bestimmten Substanzen bestehen darf, im gegebenen Falle aber etwas weiteres dazu gesetzt ist. Eine solche Ausführung kann unter Umständen sehr anfechtbar sein, und eine gewisse Unsicherheit auf diesem Gebiete ist nicht zu leugnen. Die Gewerbetreibenden verlangen nun, es soll gesagt werden: Wie müssen die künstlich hergestellten Nahrungsmittel vorschriftsmässig beschaffen sein, damit man weiss, ob man einem gewissen Präparat den Namen derselben beilegen kann, ohne dadurch strafbar zu sein. Fasst man alle diese Klagen zusammen, so ergiebt sich, dass sie sämmtlich auf Abhilfe gegen Uebelstände gerichtet sind, von denen der Gewerbebetrieb getroffen wird. Sie wollen Missstände auf dem Gebiete des gewerblichen Verkehrs abgestellt sehen, aber keineswegs handelt es sich da immer um Schwierigkeiten, welche sich an Maassnahmen zum Schutz der Gesundheit knüpfen, und deshalb ist es ein unberechtigtes Verlangen oder eine irrthümliche Erwartung, wenn man glaubt, dass durch die Verordnungen, welche etwa auf Grund des § 5 des Nahrungsmittelgesetzes erlassen werden könnten, diesem Uebelstande abzuhelfen sei. Wenn strenge auf den Wortlaut des § 5 gehalten wird, so dürfen in die Verordnungen nur Verbote zum Schutze der Gesundheit hineinkommen, und schon dieser Umstand macht die Erfüllung der eben ungefähr skizzirten Anträge unmöglich. Es kann nicht angeordnet werden, wie ein bestimmtes Nahrungsmittel beschaffen sein muss, es kann nur eine gesundheitsgefährliche Art der Herstellung, Verpackung u. s. w. verboten werden. Ich möchte übrigens noch auf einen andern Punkt aufmerksam machen. Wenn diese Schranke übersprungen oder die Umgrenzung des Gebietes des § 5 etwas weiter festgesetzt werden würde, und also auch Verordnungen erlassen würden, welche mehr jenen Wünschen entsprächen, so würde das meines Erachtens die Wirksamkeit des Nahrungsmittelgesetzes, wenngleich sie nach der einen Richtung hin zu einer sicheren gemacht würde, auf der andern Seite sehr abschwächen. Es darf nämlich nicht vergessen werden, dass diejenige Strafe, welche auf Uebertretung der etwa zu erlassenden Verordnungen steht, im Maximum 150 M. beträgt, während der § 10, der von den Verfälschungen, — ich brauche kurzweg diesen Ausdruck, es handelt sich natürlich auch um verdorbene und nachgemachte Gegenstände — handelt, und vom Verkauf verfälschter Waaren ganz anderes Strafmaass hat. Diese strafbaren Handlungen werden mit Gefängniss bis zu 6 Monaten, mit Geldstrafen bis zu 1500 M. belegt. Wenn also der ganze Schwerpunkt in den § 5 hineingelegt würde, so würde die Strafbestimmung des § 10 dadurch grossentheils illusorisch werden. Meines Erachtens kann der § 5 nur so aufgefasst werden, dass die auf Grund desselben zu erlassenden Verordnungen ermöglichen sollen, in solchen Fällen, in denen es nicht gelingt, den Thatbestand der §§ 10, 11, 12, 13 sicher festzustellen, wo also z. B. der Begriff der Verfälschung oder der Nachmachung des Verdorbenseins, ein schwankender ist, und nicht sicher klargestellt werden kann, oder wo Zweifel darüber vorhanden sind, ob wirklich der Gegenstand geeignet ist, die Gesundheit zu schädigen — in solchen Fällen also wenigstens die Nahrungsmittelverfälscher nicht unbestraft ausgehen zu lassen, sondern vielmehr sie auch auf Grund der Verordnung aus § 5 verantwortlich machen zu können mit der allerdings dann niedrigen Strafe. Das hat auch den Vorzug, dass es sich dann gar nicht um die Feststellung der Wissentlichkeit handelt, die unter Umständen auch grosse Schwierigkeiten bereiten kann. Der § 5 würde eben dazu dienen, auch Jemand, bei dem die Wissentlichkeit nicht festgestellt werden kann, mit einer wenn gleich geringern Strafe zu belegen. Die Strafe ist bei allen Verordnungen aus dem § 5 so hoch wie im § 11, wo es sich um fahrlässigen Verkauf von verfälschten Nahrungsmitteln handelt.

(Schluss folgt.)

2. Epidemiologie.

— Cholera. Der Umstand, dass die im Innern von Egypten als vollkommen erloschen betrachtete Cholera im Bezirk Siout in Ober-Egypten wieder aufgetreten ist, hat den Gesundheits- und Quarantainerath in Alexandrien veranlasst, seinen am 4. v. Mts. gefassten Beschluss, wonach in Zukunft auf den Schiffspatenten vermerkt werden sollte, dass seit dem 15. October v. J. im Innern von Egypten ein Todesfall an Cholera nicht mehr vorgekommen sei und dass in Alexandrien nur noch vereinzelte Cholerafälle beobachtet würden, dahin abzuändern, dass in den Schiffspatenten die Meldung von dem Wiedererscheinen der Cholera in der Provinz Siout ersichtlich gemacht werden soll. — Durch Proclamation vom 8. v. Mts. hat der Gouverneur von Gibraltar die Quarantaine für alle Provenienzen aus Egypten und Türkischen Häfen des Rothen Meeres bis auf Weiteres auf 10 Tage ermässigt.

3. Allgemeine Gesundheitspflege.

— Da beim Cultusminister seitens eines Provinzial-Medicinal-collegiums darüber Klage geführt worden, dass es an Chemikern fehlt, welche geneigt sind, für gerichtliche Zwecke chemische Untersuchungen vor-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zunehmen, und dass auch die Qualification der dazu Herangezogenen oft mangelhaft ist, und daran der Antrag geknüpft worden, zu dem gedachten Zweck staatlich geprüfte öffentliche Chemiker zu bestellen, so hat der Minister, bevor er diesem Antrag näher getreten, sämmtliche Oberpräsidien zu Berichten darüber aufgefordert, ob auch in ihren Verwaltungsbezirken ähnliche Missstände zu Tage getreten sind. Es sollen damit Mittheilungen verbunden werden über die Zahl der in den Jahren 1880–1882 stattgehabten chemischen Untersuchungen bei den Gerichten, über die Höhe der entrichteten Gebühren etc.

4. Medicinalstatistik.

— Berlins Gesundheitsverhältnisse XLVI. In der sechsundvierzigsten Jahreswoche, 11.—17. November, starben 572, entspr. 24,4 pro Mille und Jahr der fortgeschriebenen Einwohnerzahl (1,221,400), gegen die Vorwoche (574, entspr. 24,5) keine Abweichung der Mortalität. Innerhalb ihres ersten Lebensjahres starben 153 oder 26,7 Proc., gegenüber dem durchschnittlichen Antheil der Säuglingssterblichkeit an der Gesammtmortalität (32,5) ein sehr günstiges Verhältniss; im Alter bis zu fünf Jahren überhaupt starben 287 oder 50,2 Proc., in der Vorwoche betrugen diese Antheile 27,3 bez. 53,8 Proc. der Gestorbenen. Von den gestorbenen Säuglingen erhielten natürliche Nahrung (Mutter-, bez. Ammenmilch) 44, künstliche Nahrung (Thiermilch oder Milchsurrogate) 69 und gemischte Nahrung 26.

Von den wichtigsten Krankheitsformen zeigte Scharlach eine etwas geringere Todtenziffer, Diphtheritis forderte gleich zahlreiche Opfer, auch Masern wies dieselbe Sterbezahl auf; Gehirnaffectionen endeten besonders häufig tödtlich, auch Lungenphthisen verzeichneten eine erhebliche Zahl von Sterbefällen. Erkrankungen an Typhus und Masern waren im Abnehmen, Scharlach und Diphtheritis wiesen dagegen noch immer sehr hohe Erkrankungsziffern auf, an Pocken kam ein Erkrankungsfall zur Meldung.

46. Jahreswoche. 11.—17. Nov.	Unterleibstyphus.	Flecktyphus.	Pocken.	Masern.	Scharlach.	Diphtherie.	Kindbettfieber.
Erkrankungen	12	—	1	43	124	188	5
Sterbefälle	5		—	7	17	80	2

In Krankenanstalten starben 134 Personen, dar. 8 von Ausserhalb zur Behandlung; in die grösseren Krankenhäuser wurden in dieser Woche 760 Patienten neu aufgenommen; der Bestand in denselben zu Ende der Woche betrug 3260 Kranke. Von den 12 gewaltsamen Todesfällen und Vergiftungen sind 6 als Selbstmorde bezeichnet. P.

5. Amtliches.

I. Preussen.

Berlin, den 27. December 1883.

Ew. Hochwohlgeboren erwidere ich auf den gefälligen Bericht vom 23. November d. J. — No. 8137 — ergebenst, dass auch die bisher unvereidigt gebliebenen sogenannten frei praktisirenden Hebammen in Gemässheit der allgemeinen Verfügung vom 6. August d. J. — No. 4286 M — nachträglich zu vereidigen sind und diese Vereidigung auch bei gelegentlicher Anwesenheit der Landräthe am Wohnsitz der Hebammen erfolgen kann.

(Unterschrift)

An die Königlichen Oberpräsidenten.

II. Fürstenthum Lippe.

Bekanntmachung, die Einführung der Königlich Preussischen Arzneitaxe pro 1884 betreffend.

Die Königlich Preussische Arzneitaxe für 1884 tritt mit dem 1. Januar 1884 auch in den Apotheken des hiesigen Landes in Gültigkeit.

Hinsichtlich des Rabattes bei Armenrechnungen bleibt es bei den bisher geltenden Bestimmungen.

Die Physiker haben bis zum 15. Januar n. J. anzuzeigen, dass die neue Taxe in den Apotheken ihrer Bezirke eingeführt ist.

Detmold, den 23. December 1883.

Fürstlich Lippische Regierung. Eschenburg.

XI. Kleinere Mittheilungen.

— Berlin. Privaten Mittheilungen zufolge ist die deutsche Cholera-Commission am 10. December in Calcutta eingetroffen.

— Universitäten. Prag. Wie die D. Med. W. mittheilt, hat das medic. Professorencollegium sich geeinigt, Herrn Prof. Fuchs in Lüttich zum Nachfolger Hasner's primo loco vorzuschlagen. Neben Prof. Fuchs sollen jedoch auch Prof. Sattler in Erlangen und die Docenten Bergmeister und v. Reuss in Wien dem Ministerium namhaft gemacht werden. Mit der Supplirung der Augenheilkunde ist vorläufig der Docent Dr. Schenk in Prag betraut. — Schweiz. Frequenz der medicinischen Facultäten im Wintersemester 1883/84:

	Aus der Schweiz		Ausländer		Summa	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Basel	93	—	15	—	108	—
Bern	116	—	11	28	127	28
Genf	59	—	25	7	84	7
Zürich	132	5	52	28	184	33
Im Ganzen:	400	5	103	63	503	68
					571	

[1]) Dazu ausserdem noch 9 Auscultanten. [2]) Plus 2 Auscult. [3]) Plus 26 Auscult. [4]) Auscult.?

— Berlin. Mitglieder des gemeinsamen Ehrenraths der Berl. ärztl. Bezirksvereine sind: San.-R. Löwenthal, Geh. San.-R. Körte, San.-R. Solger, Dr. Braehmer, San.-R. Ohrtmann, Dr. Ulrich, San.-R. Schoeneberg, Geh. San.-R. Klaatsch. Vorsitzender: Geh. San.-R. Körte, stellvertretender Vorsitzender: Geh. San.-R. Klaatsch. Als Stellvertreter fungiren die Herren: Dr. Paprosch, Geh. San.-R. Doebbelin, Dr. von Sobbe, San.-R. Baer, Priv.-Doc. Falk, Dr. Witte, Dr. Koeppel, San.-R. Lehnerdt.

— Paris. Die Société française d'Otologie et de Laryngologie hat folgende Ernennungen vorgenommen, und zwar

1. zu Ehrenmitgliedern. a) in Deutschland: Berthold-Königsberg, Bezold-München, Lucae-Berlin, Michel-Köln, Moos-Heidelberg, Magnus-Königsberg, Rossbach-Jena, Rüdinger-München, Schwartze-Halle, v. Tröltsch-Würzburg, Tobold-Berlin, Voltolini-Breslau; b) in Oesterreich: Gruber, Politzer, Schrötter, Störk, Schnitzler — sämmtlich in Wien;

2. zu correspondirenden Mitgliedern: Bürkner-Göttingen, Fränkel-Hamburg, Gottstein-Breslau, Hartmann-Berlin, Steinbrügge-Heidelberg.

— London. Das Frühstück zu Ehren des medicinischen Congresses in London hat der Commune in London 48,000 Mark gekostet. Die Conversation, die der Bürgermeister den Mitgliedern des medicinischen Congresses auf seine Kosten gegeben, es waren an 2000 Mitgliedern anwesend, hat 60,000 Mark gekostet und dass grosse Abendmahl, welches er auf seine eigenen Kosten 450 Delegirten des Congresses gegeben, hat ihm 32,000 Mark gekostet. Der Lordmayor allein hat 80,000 Mark und die Commune 48,000 Mark hergegeben, um die Aerzte des Congresses zu bewirthen (Allg. Wien. med. Z.).

XII. Stunden-Uebersicht[1]) der Berliner Feriencurse.

Stunden.	Sonntag.	Montag.	Dienstag.	Mittwoch	Donnerstag.	Freitag.	Sonnabend.
8-9	Hahn	Jürgens Rabl-Rückhard Zuelzer	Grawitz Zuelzer	Hahn Jürgens Rabl-Rückhard	Grawitz Zuelzer	Grawitz Zuelzer	Hahn Jürgens Rabl-Rückhard Zuelzer
9-10	Hahn	Jürgens Rabl-Rückhard	Grawitz	Hahn Jürgens Lassar Rabl-Rückhard	Grawitz	Grawitz	Hahn Jürgens Lassar Rabl-Rückhard Veit
10-11	Lublinski	Veit	Lublinski	Hahn Lassar Veit	L. Lewin	L. Lewin Lublinski Veit	Hahn Lassar L. Lewin
11-12	Sander	A. Fränkel Landau Martin Moeli	Martin Moeli	Riess	A. Fränkel Landau Martin	A. Fränkel Martin Moeli	Landau Riess
12-1	Sander	Landau Martin	Hirschberg Martin Moeli	Hirschberg Martin	Hirschberg Landau Martin	Hirschberg Martin Moeli	Hirschberg Landau Martin
1-2	Sander	Baginsky Behrend Hofmeier Liman Martin Schüller	Liman Martin	Baginsky Behrend Hofmeier Liman Martin Schüller	Liman Martin	Baginsky Liman Martin	Behrend Hofmeier Liman Martin Schüller
2-3		Behrend Hofmeier Israel Lewinski Liman Martin M. Wolff	Grunmach Israel Lazarus Liman Martin Schüller	Behrend Grunmach Hofmeier Israel Lewinski Liman Martin	Grawitz Hofmeier Lazarus Liman Martin Schüller M. Wolff	Grunmach Israel Lazarus Liman Martin	Behrend Grunmach Hofmeier Lewinski Liman Martin M. Wolff
3-4		Israel Schmid	Eulenburg Israel	Israel Schmid	Eulenburg Grawitz Schmid	Eulenburg Israel	Schmid
4-5		Schmid	L. Lewin	Schmid	Schmid	L. Lewin	L. Lewin Schmid
5-6		Ehrenhaus Horstmann Wernicke	Ehrenhaus Wernicke	Ehrenhaus Horstmann Wernicke	Wernicke	Ehrenhaus Horstmann Wernicke	Wernicke
6-7		Ehrenhaus Schwabach	Bernhardt Remak Schmid	Ehrenhaus Schwabach	Bernhardt Remak Schmid	Ehrenhaus Schmid Schwabach	Bernhardt Remak
7-8			Schmid				

[1]) In mehreren Cursen sollen die Stunden erst mit den Herren Zuhörern verabredet werden.

Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

XIII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Ernennung: Der Privatdocent Dr. Richard Pott zu Halle a./S. ist zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der dortigen und der Priv.-Doc. Dr. Sonnenburg hierselbst zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der hiesigen Universität ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Klau, Müller, Dr. Neumann und Dr. Wyder in Berlin, Dr. Beutlich in Massow und Dr. Buttermann in Gartz a./O., sowie der Zahnarzt Ritter in Berlin.

Verzogen sind: Der Privatdocent Dr. Runge von Berlin als ordentlicher Professor nach Dorpat, die Aerzte Rudeloff von Demmin, Dr. Langner von Naugard nach Berlin, Dr. Haan von Alt-Damm, Dr. Gercke von Usedom, Dr. Dluhosch von Leubus als Ass.-Arzt nach Neustadt W./Pr., Sergot von Schwetz nach Pelplin, Penner von Königsberg i./Pr. nach Danzig, Meltzer von Neuteich nach Graudenz, Dr. Batka von Pelplin, Dr. Arndt von Meiningen nach Jastrow, Dr. Barinowski von Berlin nach Garnsee, Dr. Melcher von Priebus, Dr. Hollweg von Jastrow nach Priebus, Dr. Gerken von Görlitz nach Priebus, Dr. Pohl von Scharley nach Neudeck, Dr. Hebold von Andernach als Ass.-Arzt der Prov.-Irren-Anstalt in Bonn, Dr. Hartmann von Leipzig als Ass.-Arzt der medicinischen Klinik nach Bonn, Dr. Menche von Bonn nach Rheydt, Dr. Beck von Eitorf nach Vohwinkel.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Bethke hat die Reimer'sche Apotheke in Treptow a./R. und der p. Hiller die Friederici'sche Apotheke in Stettin gekauft. Der p. Blumenthal hat an Stelle des abgetretenen Apothekers Ehmann die Verwaltung der Küster'schen Apotheke übernommen. Der p. Wecke in Marklissa ist gestorben; die Verwaltung seiner Apotheke ist dem p. Kappes übertragen worden. Der p. Schaeffer hat die Weichert'sche Apotheke in Halbau gekauft. Die Verwaltung der Filial-Apotheke in Somborn ist von dem Apotheker Wankel auf den Apotheker Pappert übergegangen.

Vacante Stellen: Kreiswundarztstelle des Kreises Kattowitz.

2. Bayern. (Aerztliches Intelligenzblatt 1884, No. 2.)

Gestorben. Dr. J. A. Schilling, Bezirksarzt I. Cl. in Burglengenfeld.

Erledigung. Die Bezirksarztstelle I. Cl. in Burglengenfeld.

3. Baden. (Aerztl. Mittb. 1883, No. 24.)

Niederlassungen und Wohnortswechsel. Pract. Arzt Conrad Schweitzer aus Ebnet, appr. 1882, hat sich in Wolfach, Dr. Albrecht Stofer von Endingen hat sich in Achern, pract. Arzt Olaf Hartmann hat sich in Tiefenbronn niedergelassen; pract. Arzt Barbo ist von Herbolzheim nach Oberkirch, pract. Arzt Kritzer ist von Offenburg nach Schönau bei Heidelberg gezogen.

Wegzug. Pract. Arzt Seck ist von Müllheim weggezogen.

Todesfälle. Assistenzarzt Meyr in Tiefenbronn ist am 10. December, Medicinalrath Dr. Stephani in Mannheim am 22. December, pract. Arzt Dr. Karl Merkert in Hardheim, 33 Jahre alt, ist am Typhus am 24. December und pract. Arzt Hermann Kreuzer ist am 28. December in Durlach gestorben.

4. Württemberg. (Med. Corr.-Bl. 1883 No. 38.)

Von der K. Regierung für den Jagstkreis wurde unterm 9. November die Wahl des approbirten Arztes Konstantin Bundschu von Deggingen, Oberamts Geislingen, zum Ortsarzt in Beutelsbach, Oberamts Schorndorf, bestätigt.

Im Vollmachtsnamen Seiner Majestät des Königs haben Seine Königliche Hoheit der Prinz Wilhelm am 16. November d. J. den Oberamtsarzt Dr. Camerer in Riedlingen auf die erledigte Oberamtsarztstelle in Urach gnädigst versetzt und die erledigte Oberamtsarztstelle in Vaihingen dem praktischen Arzt Dr. Bubenhofer daselbst gnädigst übertragen.

Durch Beschluss der K. Regierung des Schwarzwaldkreises vom 26. November d. J. ist die Wahl des approbirten Arztes Dr. Eugen Kommerell von Tübingen zum Stadtarzt von Liebenzell, Oberamts Calw, bestätigt worden.

Gestorben: den 30. October zu Ludwigsburg August v. Schöner, Oberstabsarzt 1. Cl. a. D., R. 1. Cl d. O. d. w. Kr.; den 2. November zu Stuttgart Medicinalrath Dr. Julius Haidlen, 1855—1870 Mitglied des Medicinalcollegiums, 1863—1875 Mitglied des Gemeinderaths, auch Vorstand der Feld- und Wald- und der Polizeiabtheilung, Vorstand des Verschönerungsvereins, Ehrenmitglied des Stuttgarter Liederkranzes, 64 Jahre alt; den 5. November zu Calw Dr. med. K. Fr. Feil, 77 Jahre alt; zu Gmünd Dr. med. Josef Heer.

Militär-Medicinalwesen.

Württemberg.

Seine Majestät der König haben Allergnädigst zu verfügen geruht: den 29. October: Dr. Klein, Oberstabsarzt 2. Klasse und Regimentsarzt des 2. Feld-Artillerie-Regiments No. 29, zum Oberstabsarzt 1. Klasse; Dr. Baumgärtner, Stabs- und Bataillonsarzt des 2. Bataillons Infanterie-Regiments König Wilhelm No. 124, zum Oberstabsarzt 2. Klasse und Regimentsarzt des 3. Infanterie-Regiments No. 121; Dr. Göller, Assistenzarzt 1. Klasse im 3. Infanterie-Regiment No. 121, zum Stabs- und Bataillons-Arzt des 2. Bataillons Infanterie-Regiments König Wilhelm No. 124 zu ernennen.

XIV. Correspondenz der Redaction.

Vielfachen Anfragen entsprechend theile ich den betreffenden Herrn mit, dass eine geringe Zahl vollständiger Exemplare der Hygiene-Ausstellungs-Zeitung noch vorhanden und dieselben bei den Herren Thormann u. Goetsch, Besselstrasse 17, zu dem Nettopreise von 9 M. verkäuflich sind. P. B.

Antwort[1]) auf „die Erwiderung des Herrn Kreisphysikus Dr. Wiesemes" in No. 32 d. Bl. gegen „die der Staatsanwaltschaft eingereichte Vertheidigungsschrift des Dr. med. Wilhelm Kemperdick zu Solingen."

Als eine feststehende Thatsache ist zuvörderst hervorzuheben, dass Herr Kreisphysikus Dr. Wiesemes mich fälschlicher Weise der fahrlässigen Tödtung eines Kindes durch Anwendung von Karbolspray beschuldigt hat. Dies ist bewiesen durch das Gutachten des Königl. Medicinal-Collegiums zu Coblenz vom 20. Februar d. J., dessen Urtheil dahin ging, dass ein Verschulden Dr. Kemperdick's nicht vorliege.

Ich kann leider in weiterer Beantwortung der Erwiderung des Herrn Kreisphysikus Dr. Wiesemes, von dem Persönlichen nicht ganz absehen, da Herr Wiesemes demselben einen weiten Raum gestattet hat, und weil die Redaction dieser W. mit Recht hervorhebt, dass in dem Streit „Kemperdick-Wiesemes" das Material durch Veröffentlichung in der Presse vollständig vorliegen müsse, wenn die Jury der öffentlichen Meinung im Stande sein solle, ihr Verdict zu fällen.

Um lediglich actenmässiges Material zu liefern, wandte ich mich zunächst an die Staatsanwaltschaft in Elberfeld, um Abschrift des Gutachtens des Medicinal-Collegiums zu erhalten.

Ich erhielt darauf folgende Antwort:

Elberfeld, den 12. Mai 1883.

Herrn Dr. Kemperdick in Solingen.

Auf das gefällige Schreiben vom 18. v. M. theile ich Ihnen ergebenst mit, dass die von Ihnen begehrte Ertheilung einer Abschrift, des von dem Königlich Rheinischen Medicinal-Collegium zu Coblenz abgegebenen Gutachtens unzulässig ist.

Der Erste Staatsanwalt Lützler.

Auf meine dessfallsige Bitte an das Rheinische Medicinal-Collegium erhielt ich folgende Antwort:

Coblenz, den 4. August 1883.

Auf das gefällige Schreiben vom 25. Juli d. J. erwidern wir Ihnen ergebenst, dass es nicht statthaft erscheint, dritten Personen Einsicht in amtlich erstattete Gutachten unsererseits zu gewähren.

Königlich Rheinisches Medicinal-Collegium Freiher von Berlepsch.

Wie hieraus erhellt, ist es in solchen Fällen anscheinend dem angeschuldigten practischen Arzte, nicht möglich, actenmässiges Material zu erhalten, ihm sind die Acten verschlossen. Meine Partei war ausserdem bei der Zeugenvernehmung nicht vertreten, um Fragen zu stellen und incorrecte Zeugenaussagen zu rectificiren und mir war es nur gestattet, das Gutachten des Herrn Kreisphysikus flüchtig zu durchlesen, sowie die von dem Untersuchungsrichter mir vorgelegten Fragen zu beantworten.

Was nun aber das scheinbar actenmässige Material, welches der Herr Kreisphysikus Dr. Wiesemes veröffentlicht hat, angeht, so handelt es sich wie ich später zeigen werde, in dieser Beziehung nur um unwillkürliche und entstellte Auszüge aus demselben.

Wenn aber ein Beamter das Recht hat, Bruchstücke aus den Acten zu veröffentlichen, die scheinbar für ihn sprechen und geeignet sind, einen nicht beamteten Arzt zu verdächtigen und bloss zu stellen, so hat er meiner Ansicht nach auch die Pflicht, die ganzen Acten zu veröffentlichen, und fordere ich Herrn Wiesemes demnach auf:

1. sein Gutachten ganz und unentstellt, von der Staatsanwaltschaft beglaubigt, zu bringen;

2. das Gutachten des Medicinal-Collegiums, welches ihm mitgetheilt worden ist, zu veröffentlichen;

3. die in seiner Erklärung vom 7. Mai d. J., in No. 20 d. B., behaupteten „momentan dessfallsig noch schwebenden gerichtlichen Verhandlungen" im Interesse der Wahrheit offen zu legen.

Damit die Jury der öffentlichen Meinung jedoch nicht glaube, ich wolle sie mit diesem Verlangen hinhalten, weil dasselbe wahrscheinlich nicht erfüllt werden wird, und da ich jene Acten, um meine Sache klar zu stellen, gar nicht brauche, indem in der Erwiderungsschrift des Herrn Wiesemes selbst, meines Erachtens, ein hinreichendes Material vorliegt, um die darin enthaltenen Angriffe und Behauptungen zu widerlegen und meine Sache spruchreif zu stellen, so will ich die einzelnen Punkte etwas genauer durchgehen.

Früher war es in der Gerichtspraxis, wie ich glaube, üblich, dass man in der Einleitung der Anklage darzulegen suchte, man könne sich bei dem Angeklagten „der That versehen". Diese Praxis befolgt auch der Herr Kreisphysikus, indem er mich in seiner Erwiderungsschrift durch Nebendinge

[1]) Durch meine Krankheit verspätet. (Siehe auch „Correspondenz der Redaction" in der vor. Nummer.)

Generated on 2018-08-12 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

herabzusetzen sucht, und auf die Hauptsache, den Beweis der fahrlässigen Tödtung, nicht eingeht.

In der, den fünften Theil seiner Schrift einnehmenden, Einleitung, bestrebt sich nämlich Herr Dr. Wiesemes, zu beweisen, dass ich ein Denunciant sei, weil ich den durch Verschulden der Paltzow'schen Apotheke eingetretenen Tod eines Kindes angezeigt habe.

Ist denn, frage ich dem gegenüber, die vorgesetzte Behörde des Herrn Kreisphysikus, der Ansicht, dass die Aerzte eine solche Fahrlässigkeit ohne Anzeige lassen sollen? Und ist es nicht schonender, wenn der Arzt diese Anzeige dem Königlichen Kreisphysikus, dem die unmittelbare Aufsicht über die Apotheke zusteht, mittheilt, als wenn er sich, wie Herr Dr. Wiesemes räth, an die Staatsanwaltschaft wendet? Oder soll Alles mit dem Mantel der christlichen Liebe zugedeckt werden, vielleicht weil es sich um Herrn Paltzow handelt?

Weiter beschuldigt Herr W. mich der Unterschlagung des dem Haller zugehörigen Restes von Karbolsäure, wenn solche überhaupt noch vorhanden war. Hat es sich denn nicht an dem unglücklichen Ausgange gezeigt, wie gut es war, dass ich demselben überhaupt keine reine Karbolsäure in die Hand gab?

Sodann soll ich einen falschen Todtenschein ausgestellt haben. Meiner Ansicht nach ist die Besichtigung einer Leiche durch den Arzt gesetzlich nur geboten, wenn vor Ablauf von 3mal 24 Stunden die Beerdigung stattfinden soll. Uebrigens mag mich Herr Dr. Wiesemes auch dieserhalb ruhig denunciren.

Ferner soll ich die „These" aufgestellt haben: „der grösste Theil der Vergiftungen kommt durch den Magen" zu Stande, was ebenfalls unwahr ist. Herr Kreisphysikus Dr. Wiesemes hätte doch die Anführungszeichen „—", nicht übersehen sollen, aus denen hervorgeht, dass Lewin Obiges in seiner Schrift, allerdings im Zusammenhange, sagt.

Darauf rügt Herr W. als eine besonders tadelnswerthe Ueberhebung meinerseits, dass ich der Staatsanwaltschaft in einer Vertheidigungsschrift gegen eine Anklage, die bei mir eine diminutio capitis bezweckte, einiges aus meinem Curriculum vitae anführe! Was ich aber angeführt habe, entspricht lediglich der Wahrheit, und habe ich die darauf bezüglichen Actenstücke und Zeugnisse der Redaction d. Bl. eingesandt[1]).

Dann bemängelt Herr W. mein Pflichtgefühl, meine Humanität und Collegialität. Ich bitte um Beweise, fordere aber bezüglich dieser Punkte den Herrn Kreisphysikus auf, zuvörderst vor eigener Thüre zu kehren, und an die Anzeige der drei Opladener Aerzte sich zu erinnern, von welcher ein Lied auf der 75. General-Versammlung des Vereins der Aerzte des Regierungsbezirks zu Düsseldorf gesungen worden ist (siehe Referat in No. 130 der Düsseldorfer Zeitung).

Den Vorwurf der Gedächtnissschwäche zu beantworten, halte ich dagegen aus ethischen Gründen nicht für angemessen.

Zum Schluss hält sich Herr W. noch über meine Klinik auf. Darauf habe ich zu bemerken, dass Herr Wiesemes jährlich meine Klinik officiell revidirt, wie dies im Jahre 1883 mit dem Herrn Bürgermeister am 14. April noch stattgefunden hat, bei welcher Gelegenheit Beide mein Kranken-Journal-Buch eingesehen und unterzeichnet haben. Meine Klinik befindet sich in meinem Privathause und habe ich im vergangenen Jahre 46 grössere chirurgische und Augenoperationen ausgeführt. Die Operationen werden meist unter Assistenz meines Bruders, des Dr. med. Robert Kemperdick gemacht, und habe ich die Einrichtung getroffen, dass die Patienten in den meisten Fällen, nach 24 Stunden, in die Stadt verlegt werden, weil ich kein Kostgänger-Krankenhaus haben will, so dass sich aus diesem Grunde stets nur wenige oder gar keine Patienten in meinem Hause anwesend befinden. Wenn Herr Wiesemes an meiner Klinik etwas auszusetzen hat, so mag er es officiell thun, und dies würde wohl auch längst geschehen sein, „da er mit mir in keiner näheren Verbindung steht", wenn er Grund dazu gehabt hätte. Ich kann es aber mit der ihm auferlegten Amtsverschwiegenheit nicht in Uebereinstimmung bringen, dass er unter diesen Umständen meine Klinik thatsächlich verdächtigt, und werde Schritte thun, um ihm in Zukunft den Eintritt in dieselbe zu verwehren!

Ersichtlich muss aber zu solchen Mitteln der Herr Kreisphysikus seine Zuflucht nehmen, um seine verunglückte Anklage wegen fahrlässiger Tödtung zu decken!

Die eigentliche Erwiderung des Herrn Kreisphysikus Dr. Wiesemes auf meine Vertheidigungsschrift beginnt damit, „dass er mit dem Dr. Kemperdick in keiner näheren Verbindung stehe", womit die Umstände wohl sattsam ausgesprochen sind, die als leitende Momente mitgewirkt haben.

Vorher habe ich bemerkt, dass die von Herrn W. angezogenen, anscheinend authentischen Actenstücke, speciell sein Gutachten, das ich ja allein nur aus dem flüchtigen Durchlesen kannte, entstellt und nur bruchstücksweise wiedergegeben sind.

Zum Beweise dafür diene, dass Herr Wiesemes die in meiner Vertheidigungsschrift mit Fettdruck angeführten Stellen in seinem, in der „Erwiderung" gebrachten Gutachten, grösstentheils ausgelassen hat. Es fehlt in demselben ferner die von ihm erfundene neue Krankheitsform „chronische Karbol-Intoxication", die er auch in Albert's sämmtlichen Werken nicht aufgefunden hat. Es fehlt seine etwas sonderbare Auseinandersetzung, was „acidum carbolicum liquidum" sei. Es fehlt die Stelle „ganz stricte genommen gehört Karbolsäure zu den caute servanda et separanda, welche eigentlich nur auf ärztliche Ordination dispensirt werden sollen". Es fehlt der Passus, „der Apothekergehülfe soll correct gehandelt haben". Die Stelle: „Eine Belehrung über vorzunehmende Karbolmischung soll unterlassen worden sein", ist in den Satz verändert: „diese nicht erfolgte Belehrung von Seiten des behandelnden Arztes involvirt meines Erachtens somit eine Fahrlässigkeit von Seiten des Letzteren" ist vor dem Worte Fahrlässigkeit „eine gewisse" eingeschoben.

Was nun aber den Thatbestand der von Herrn Kreisphysikus Dr. Wiesemes behaupteten fahrlässigen Tödtung angeht, so beschuldigt er mich derselben in zweifacher Beziehung, erstens soll ich sie veranlasst haben durch „chronische Karbol-Intoxikation" vermittelst Anwendung von Karbolspray und zweitens durch das „Verschreiben einer zu grossen Dosis von Karbolsäure, womit der Vater, der jedoch bei ihm, gerade so wie der Apotheker, unschuldig ist, das Kind überschüttet hat".

Mit einigen Worten muss ich mir erlauben, doch an die Sachlage selbst zu erinnern. Ein von mir am 27. April 1883 operirtes 10wöchentliches Kind wird am 3. Mai gesund aus meiner Klinik entlassen und in seiner Wohnung mit so viel reiner Karbolsäure übergossen, dass eine Körperfläche von ca. 30 Quadrat-Centimeter (Bauch, Arm, Bein) eine Verbrennung dritten Grades davonträgt. Das Kind verfiel sofort in die heftigsten Convulsionen (Herr Kreisphysikus Dr. Wiesemes nennt das frei nach Haller „Ohnmacht"), sodass während des ganzen Tages der Tod zu erwarten war, weshalb ich dem Kinde vier Besuche machte. Es soll sich nun in dieser Vergiftungsgeschichte um den Gebrauch von Karbolspray meinerseits, und zwar vom 5. bis 11. Mai handeln! Nehme ich selbst die incorrecten Zeugenaussagen des Haller, worauf Dr. Wiesemes sein Gutachten stützt, als richtig an, so habe ich 6mal täglich des Morgens „die Operations-Wunde"[1]), — die durch das concentrirte Karbol verursachte Brandwunde, war zu jener Zeit mit einem lederartigen Schorf bedeckt, und demnach nicht resorptionsfähig, — die wohlgemerkt 2 Centimeter gross war, „vermittelst einer Spritzflasche mit Gummi-Druck-Vorrichtung ausgespritzt". „Ob hierbei das von Paltzow geholte Karbol verwandt wurde, sagt Haller, weiss ich nicht." Letzteres konnte nicht gebraucht werden, weil es ja aufbewahrt wurde; er hat aber auch überhaupt nicht gesehen, dass Karbol in die Flasche geschüttet wurde, sonst hätte er gesehen, aus welchem Glase. „Ausserdem", sagt Haller, „legte Dr. Kemperdick auf die Wunde Watte, auf welche ein wenig Provenceröl aus einem Fläschhen geschüttet wurde, das mit etwas Karbol vermischt war." „Diese Procedur wiederholte er am 6. Mai." Es wurden dann noch 50 Gramm Provenceröl mit 1 Gramm Karbolsäure aufgeschrieben, wovon ich selbst, wie Haller sagt, „keinen Gebrauch gemacht habe". Am 10. Mai trat eine dunkle Verfärbung des Urins ein, „worauf zu achten mir Dr. Kemperdick schon am 4. Mai aufgetragen hatte".

Ich appellire nun an den gesunden Menschenverstand und frage, ob von jener Menge Karbolsäure, die noch hinter homöopathischen Dosen zurückbleibt, die Urinverfärbung, und weil diese für Dr. Wiesemes das einzige Symptom der Karbol-Vergiftung ausmacht, der am 19. Mai eingetretene Tod, dessen er mich beschuldigt, herrühren konnte, oder ob beides nicht von dem 30 Quadrat-Centimeter grossen, auf der resorptionsfähigen Unterhautzellgewebsfläche aufliegenden mit 16 Gramm reiner Karbolsäure getränkten Karbolleder herrührte?

Sehen wir nun aber, wie der Herr Kreisphysikus Dr. Wiesemes dennoch seine Behauptung der Staatsanwaltschaft gegenüber plausibel gemacht, und auch in seiner Erwiderung begründet hat. Er sagt: „Hat sich dahingegen eine grössere Wundfläche gebildet, und es wird dann nachhaltig, selbst in ganz leichter Form, Karbol darauf applicirt, so wird das Karbol durch stetige Resorption, wenn auch kleiner Quantitäten, dem Organismus demnach in der Art zugeführt, dass schliesslich (chronische) Intoxication entsteht." Nun war hier aber die „grössere Wundfläche" 2 Quadrat-Centimeter gross, und die nachhaltige Application bestand darin, dass innerhalb 6 Tagen, also 6mal je eine Minute lang Carbol-Wasser-Spray darauf gelenkt wurde!

Wenn sich aber Herr Wiesemes davon überzeugen wollte, dass hier zweifellos der Tod nur durch Verbrennung mit Karbolsäure und die dadurch bedingte chronische Versiechung eingetreten sei, so musste er selbst am Todestage sich die Leiche ansehen, oder wenn er das nicht wollte, so

[1]) Wir können dies bestätigen und haben mit Vergnügen von dem Inhalte der betreffenden Schriftstücke Kenntniss genommen. Die Red.

[1]) Haller, Seite 481, Zeile 23 v. u. Haller, Seite 483, rechts Zeile 5 v. oben.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenigstens Fragen in Bezug auf den Verlauf der Krankheit oder über den Zustand und das Aussehen der Leiche stellen, anstatt nur Fragen zu stellen, die anscheinend den Zweck hatten, mich zu belasten. —

Was sodann den zweiten Punkt der Anklage des Herrn Dr. Wiesemes angeht, dass in dem „Verschreiben" zu grosser Dosen von Karbolsäure eine Fahrlässigkeit meinerseits zu suchen sei, so stimmt er mit dieser Behauptung allerdings dem Apotheker Paltzow bei, und sucht denselben rein zu waschen. Dass Herr Paltzow gegen meine Behauptung, seine Apotheke trage die Schuld an der Verbrennung des Kindes, bei seiner Vernehmung der Entrüstungsformel sich bediente: „Hiergegen erhebe ich entschieden Protest", ist ihm nicht zu verübeln. Wenn er aber sagt: „die Fahrlässigkeit dürfte auf anderer Stelle liegen", und: „das kommt von der incorrecten Verordnungsweise" und: „Fast niemals wird von anderen Aerzten Laien so starke Carbolsäure in die Hand gegeben", so erwidere ich darauf, dass dies eine Unwahrheit ist, denn ich habe dem Laien Haller weder Karbolsäure in die Hand gegeben, noch verschrieben, sondern unbefugter Weise hat die Paltzow'sche Apotheke dem Haller für 90 Pfennig reine Karbolsäure verkauft. Dadurch ist letztere in dessen Hände gelangt und das Unglück entstanden. Dies bin ich jeden Augenblick zu beweisen im Stande, und diese Thatsache wird auch nicht durch die von Herrn Kreisphysikus Dr. Wiesemes herbeigeholte, meines Erachtens ganz unpassende Citirung der Ministerial-Verordnung vom 3. Juni 1878 über Reiterationen schriftlicher ärztlicher Verordnungen umgestossen, denn eine solche liegt in dem Sinne gar nicht vor. Es handelt sich hier nicht um den Reiterations-Vermerk.

Wenn dem Apotheker Paltzow folgend, Dr. Wiesemes sagt: „Zum Ausspritzen und Verbande verschrieb Dr. Kemperdick Karbolsäure in grosser Dosis — später in gefährlicher Dosis — so ist dies ebenso unrichtig. Ich muss hier überhaupt bemerken, dass mit den Worten „Karbolsäure, Karbol, Karbolwasser, Karbollösung, Karbol-Mischung, Karbol-Verdünnung", sodann mit den Worten „so starke Karbolsäure", „grosse Dose", „Recept", „Ordination", wie mit Kugeln jongleurartig gespielt wird, wodurch eine anscheinend nicht unbeabsichtigte Täuschung entsteht. Ich habe nämlich Karbolsäure weder zum Ausspritzen, noch zum Verbande angewendet, noch auch verschrieben, auch nicht in grosser „Dosis". Niemand spritzt mit reiner Karbolsäure Wunden aus, noch verbindet er sie damit. Ich brauche sie aber zum Desinficiren, zum Besprengen des Bodens, zum Reinigen der Instrumente, und deshalb liess ich sie für mich holen und zwar in meiner, den Apothekern bekannten Flasche, worauf Dr. Kemperdick und die lateinische, dem Laien nicht bekannte Signatur „Acidum carbolic. pur." steht. Nach meiner Kenntniss kommt „Dosis" von dem griechischen Worte δίδωμι, zu deutsch „Gabe", ich habe aber Niemand etwas gegeben, auch nicht zum Einnehmen und Gebrauche etwas verordnet. Ich habe vielmehr, wie selbst Haller angiebt und Herr Dr. Wiesemes zugiebt, dem Haller ausdrücklich gesagt, er solle sich „Karbolwasser" holen, welches der Apotheker sowie jeder Materialist führt. Jeder Laie bekommt es im Handverkauf, und es ist ein Glück, dass es jetzt bei fast jeder Familie hierselbst im Hause vorräthig ist, anstatt der Pflaster, Balsame etc., womit früher die Wunden beschmiert wurden. Es ist aber mehr als eigenthümlich, dass Herr Kreisphysikus mir Vorwürfe macht, dass ich zu dem Karbolwasser dem Haller nicht ein neues angemessenes Recept verschrieben habe. — Dies würde doch nur die Wirkung gehabt haben, dem Apotheker einen bedeutend höheren Preis zu verschaffen.

Aber ich hätte, so wirft mir Herr Wiesemes vor, den Haller in der Mischung der Karbolsäure unterrichten, oder dieselbe selbst anfertigen sollen. Wenn Herr Kreisphysikus Dr. Wiesemes in seinem Gutachten selbst sagt: „die von Dr. Kemperdick verschriebene Karbolsäuremischung ist eine derartig starke, dass sie in solcher Form nur zum eigenen Gebrauche verschrieben wird", und letzteres zweifelhaft aus dem grossen Quantum hervorgehe, so bemerke ich, dass, wenn ich meine eigene Flasche mitschicke, worin von den Apothekern schon oft eine derartig starke Karbolsäure dispensirt worden ist, wie aus der alten Etiquette hervorging und wenn darauf mein Name und nicht der eines Andern sowie auch die lateinische Signatur sich befindet, dann hat der Apotheker nicht das Recht, eigenmächtig dasselbe für einen Andern zu dispensiren und zwar zu dessen Gebrauch und ihm für 90 Pfennig zu verkaufen. Er hat nicht das Recht, ein anderes viel kleineres Glas zu nehmen, er hat nicht das Recht dem Laien den dritten Theil zu geben und nicht das Recht „Vorsicht" darauf zu kleben. Unfasslich ist es aber unter solchen Umständen, dass der Herr Kreisphysikus Wiesemes zu behaupten den Muth hat: „die Art der Anwendung dem Haller zu erklären, lag ausserhalb der Verpflichtung und Befugniss des Apothekers, es musste dieses dem Arzte überlassen bleiben, und die Unterlassung der genügenden Belehrung von Seiten des Arztes involvirt meines Erachtens somit eine Fahrlässigkeit von Seiten des Letzteren."

Dem gegenüber erklärt Haller, und zwar bei seiner eidlichen Vernehmung am 19. August, wie Herr Wiesemes aus den Akten veröffentlicht hat: „Als mir Dr. Kemperdick am 2. Mai aufgab, die Wunde fortgesetzt mit Karbolwasser zu bespritzen etc." „Bezüglich der Art und Weise des Einspritzens hatte mir Dr. Kemperdick, wie ich berichtigend zu meiner Aussage bemerke, die Anweisung ertheilt, ich solle mir eine Blumenspritze (Spray-Apparat) verschaffen und vermittelst derselben die Ausspritzung ganz in der nämlichen Weise vornehmen, wie ich es selbst bei ihm gesehen habe."

Hiernach muss ich es der Jury der öffentlichen Meinung überlassen, ob sie im Stande ist, ihr Verdikt zu fällen und ob sie sich dem Gutachten des Rheinischen Provinzial-Collegiums zu Coblenz, sowie dem Urtheile von Casper hinsichtlich der Beschuldigung der Aerzte wegen kunstwidrigen Heilverfahrens, anzuschliessen Willens ist.

Solingen, den 1. November 1883.

Dr. Wilhelm Kemperdick.

Nachschrift.

Soeben, den 17. November, erhalte ich von dem Secretär des Vereins der Aerzte des Regierungsbezirks Düsseldorf, Herrn Dr. Eckardt in Düsseldorf, folgenden Brief des Kreisphysikus Herrn Dr. Wiesemes, welchen derselbe zur Herbstversammlung der Aerzte, welche ich durch vorher angemeldete Krankheit zu besuchen verhindert war, eingesandt hatte.

Solingen, den 3. September 1883.

An den Präsidenten des ärztlichen Vereins des Regierungsbezirks Düsseldorf, Herrn Sanitätsrath Dr. med. Graf, Ritter etc. Hochwohlgeboren zu Elberfeld.

Ew. Hochwohlgeboren beehre ich mich einliegend einen Separat-Abdruck aus der „Deutschen Medicinischen Wochenschrift", enthaltend meine Erwiderung auf den gegen mich zur Zeit gerichteten Artikel des Herrn Dr. Kemperdick hierselbst, zur gefälligen Entnahme und Durchsicht ganz ergebenst zu übersenden. — Hiermit richte ich gleichzeitig an Ew. Hochwohlgeboren die Bitte, den Inhalt dieser meiner Erwiderung in der demnächstigen General-Versammlung des ärztlichen Vereins des Regierungsbezirks Düsseldorf zur allgemeinen Kenntniss gelangen zu lassen, indem ich zuverlässigem Vernehmen nach die ganze Angelegenheit in der letzten Frühjahrs-Versammlung des genannten Vereins, in welchem Sie den Vorsitz führten, von Herrn Dr. Kemperdick in einer ganz wahrheitswidrigen Weise vorgetragen worden ist, welche nur darauf hinzielte, meine Stellung als Arzt und Beamter in den Augen der Herren Collegen herunter zu setzen. Es war natürlich ein Leichtes für Herrn Dr. Kemperdick die Sache in der bewussten Art gegen mich aufzubauschen und in den gehässigen Farben zu schildern, da ich ja nicht anwesend war und eine Entgegnung meinerseits somit ausgeschlossen blieb.

Mit vorzüglichster Hochachtung und ganz ergebenst

Dr. Wiesemes, Kreisphysikus.

Auf diesen Brief habe ich Folgendes zu erwidern:

1. Zu dem Referat über die Vergiftungsgeschichte stand ich nicht auf der Tagesordnung, sondern Dr. Leblanc, in der den Herrn Kreisphysikus Dr. Wiesemes betreffenden Opladener Gerichts-Affaire.

2. Zu dem Referat bin ich unerwartet in der Sitzung selbst durch den Vorstand aufgefordert worden.

3. Das Correspondenzblatt der ärztlichen Vereine in Rheinland, Westfalen und Lothringen sagt im September-Heft No. 32: Dr. Kemperdick-Solingen berichtete über eine gegen ihn erhobene Anklage wegen angeblicher Karbol-Vergiftung eines Patienten, die als ganz unbegründet abgewiesen werden musste; er hat die actenmässige Darstellung des Sachverhaltes in der Deutschen medicinischen Wochenschrift gegeben.

4. Den Thatbestand habe ich nicht in ganz wahrheitswidriger Weise vorgetragen, mit der Absicht, die Stellung des Herrn Dr. Wiesemes als Arzt und Beamter in den Augen der Herren Collegen herunterzusetzen, sondern ganz objectiv.

5. Die Sache ist nicht durch mich gegen Dr. Wiesemes aufgebauscht und in gehässigen Farben geschildert worden. Thatsächlich habe ich, ohne den Namen „Wiesemes" zu erwähnen, kurz und in einer die Versammlung wenig befriedigenden, weil anscheinend zu objectiv-farblosen Weise, referirt, worauf das Vorstandsmitglied Herr Mittweg aus Essen, der meine Vertheidigung in der Deutschen medicinischen Wochenschrift gelesen hatte, zur Erläuterung das Wort ergriff.

Zugleich kann ich nicht unerwähnt lassen, dass nach meinem Vortrage Herr Sanitätsrath Kreisphysikus Dr. Feldmann in Elberfeld mir seine Anerkennung darüber aussprach, dass ich in einer so tactvollen Weise die Sache vorgetragen habe.

Die Wahrheit dieser meiner Angaben werden die damals anwesenden ca. 120 Collegen bezeugen. Ohne ein Urtheil über die Handlungsweise des Königlichen Kreisphysikus Herrn Dr. Wiesemes zu fällen, überlasse ich auch hier das Verdikt der öffentlichen Meinung.

Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag — № 4. — 24. Januar 1884.

DEUTSCHE
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. — Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Ueber Erb's „Mittelform der chronischen Poliomyelitis anterior."

Von

Dr. L. Löwenfeld in München.

Unter dem Titel „Mittelform der chronischen Poliomyelitis anterior" wurde von Erb[1]) vor fünf Jahren eine Krankheitsform in die Rückenmarkspathologie eingeführt, die sich im Wesentlichen durch nachstehende Züge charakterisirt: Allmälich sich einstellende und nicht bis zur völligen Lähmung fortschreitende Motilitätsabnahme, nicht sehr rapid zunehmende Massenatrophie der Muskeln, ohne fibrilläre Contractionen in letzteren; deutliche EaR in den Muskeln, bei nicht oder nur wenig herabgesetzter elektrischer Erregbarkeit der Nerven (partielle EaR). Intactheit der Sensibilität, der Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsfunctionen; normale Hautreflexe, gewöhnlich normale Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe, hie und da aber auch Sinken und vorübergehen des Verschwinden dieser. Die Krankheit beginnt bald mit, bald ohne sensible Reizerscheinungen, welch letztere vorwaltend in Gestalt tiefsitzender Schmerzen auftreten, und nimmt gewöhnlich einen günstigen Verlauf. Die Zahl der bisher veröffentlichten Fälle dieser Krankheitsform ist noch eine sehr geringe. Sectionsberichte fehlen gänzlich. Wie schon aus dem für die Erkrankung gewählten Titel hervorgeht, nimmt Erb als anatomische Grundlage derselben einen entzündlichen Process in den grauen Vorderhörnern des Rückenmarks an. Zu dieser Annahme wurde Erb durch die allerdings sehr auffallende Aehnlichkeit des in Rede stehenden Krankheitsbildes mit dem der typischen Poliomyelitis anterior bestimmt. Der Analogieschluss, um welchen es sich hier handelt, hatte vor fünf Jahren unbestreitbar seine Berechtigung. Man war damals allgemein gewohnt, atrophische Lähmungen nicht ganz evident peripheren Ursprungs ohne Weiteres dem Gebiete der Poliomyelitis zuzuweisen. Die Sachlage hat sich jedoch in dieser Beziehung in den letzten Jahren bedeutend geändert, und wir können bei dem augenblicklichen Stande der Poliomyelitislehre keinen Fall atrophischer Lähmung ohne die sorgfältigste Prüfung auf Erkrankung der Vorderhörner beziehen. Die Verwandtschaft, auf welche Erb seine Auffassung bezüglich der Localisation der fraglichen Krankheitsform stützt, documentiren nämlich auch atrophische Lähmungen peripheren Ursprungs in ausgesprochenstem Maasse. So ist insbesondere von Leyden[2]) auf das Vorkommen einer schon früher wiederholt beobachteten, aber wenig gewürdigten multiplen Neuritis hingewiesen worden, deren Symptomatologie z. Th. eine ausserordentliche Uebereinstimmung mit dem als Poliomyelitis beschriebenen Krankheitsbild an den Tag legt. Zahlreiche neuere Mittheilungen lehrten, dass diese multiple Neuritis keineswegs ein ganz seltenes Vorkommniss, und deren Unterscheidung von der Poliomyelitis intra vitam öfters äusserst schwierig, wenn nicht ganz unmöglich ist.[3]) Nach Leyden bilden jedoch die auf multipler Neuritis beruhenden atrophischen Lähmungen keine selbständige Gruppe denjenigen gegenüber, bei welchen eine Erkrankung der Vorderhörner vorliegt; er verwirft die übliche Trennung der spinalen und peripheren anatomischen Processe, da nach seiner Ansicht beide ineinander übergehen. „Zuweilen," bemerkt er, „bleibt der Process auf die Neuritis beschränkt, häufig interessirt er die grossen Ganglienzellen in untergeordneter Weise, in den schweren Fällen kommt es zu stärkerer Betheiligung des Rückenmarks, zu ausgedehntem Schwund der Ganglienzellen. So verbinden sich, wie ich meine, diese beiden Vorgänge zu einem einheitlichen Krankheitsprocesse, welcher demnach nicht als Poliomyelitis, sondern nur als acute, subacute, atrophische Lähmung bezeichnet werden kann." Es ist naheliegend, dass es sich nach dieser Auffassung bei der von Erb beschriebenen Erkrankung als einer leichten Form atrophischer Lähmung nur entweder um Neuritis, oder um Neuritis mit einer ganz untergeordneten Betheiligung der Ganglienzellen der Vorderhörner handeln könnte. Indess hat man in den letzten Jahren nicht bloss die Beziehung der Neuritis zur Poliomyelitis besser würdigen gelernt, man ist auch mit einer idiopathischen Erkrankung der Musculatur bekannt geworden, welche grosse Aehnlichkeit mit dem Krankheitsbilde der multiplen Neuritis und der Poliomyelitis darbietet.[1]) Diese Erkrankung kann acut eine grosse Anzahl oder alle Skelettmuskeln befallen und rasch zu Atrophie und hochgradiger motorischer Schwäche führen. Die Muskeln sind hierbei ausserordentlich druckempfindlich, Sensibilität, Blase und Mastdarm intact. Eine Verwechslung mit atrophischer Spinallähmung liegt bei dieser Erkrankung um so näher, als die derselben eigenthümliche Intactheit der Sensibilität auch als charakteristisch für Poliomyelitis ant. erachtet wird, während bei Neuritis das gleiche Verhalten der Sensibilität nur ausnahmsweise vorkommt.

Ich glaube nicht auf Widerspruch zu stossen, wenn ich unter diesen Verhältnissen die Frage nach der anatomischen Grundlage der von Erb beschriebenen Erkrankung einer erneuten sorgfältigen Prüfung bedürftig erachte. Hierbei handelt es sich keineswegs um eine Sache von nur theoretischem Interesse. Die in Rede stehende Krankheitsform scheint mir, wenn auch vorerst hierüber nur wenige Mittheilungen vorliegen, dennoch nicht ganz selten vorzukommen. Für die Behandlung derselben ist es selbstverständlich von einschneidender Wichtigkeit, ob wir es mit einer Erkrankung des Rückenmarks (und zwar in erster Linie des Rückenmarkes) oder mit einer peripheren Affection zu thun haben, die vielleicht gar nicht oder nur in ganz untergeordneter Weise das Rückenmark betheiligt. Nachstehende Mittheilungen werden, wie ich hoffe, einen gewissen Beitrag zur Lösung der hier obschwebenden Fragen liefern.

Beobachtung I.

Herr X., Officier, 45 Jahre alt, verheirathet (zugewiesen durch Herrn Dr. Gschwändler in Aibling). P. ist ohne neuropathische Disposition, und war mit Ausnahme zweier Chanker, die ohne Folgen verblieben, bis Mitte April l. J. stets gesund. An einem Tage um die genannte Zeit versuchte P. sein etwas störrisches Pferd zuzureiten, wobei er seine Beine ausserordentlich anstrengen musste, um das unlenksame Thier mit gebührender Kraft in die Weichen zu pressen. Der Ritt dauerte ungefähr 2 Stunden. Nach demselben sah P., am ganzen Körper schwitzend, dem Exercitium seiner Compagnie noch etwa 10 Minuten zu, ohne hiebei jedoch etwas von Frost zu empfinden. Beim Absteigen fühlte P. starke Ermüdung (Reitweh) in den Beinen, namentlich aber in den Waden. Am darauffolgenden Tage machte Herr X. schon die Wahrnehmung, dass er das rechte Bein beim Gehen etwas nachschleppe. Die Schwäche nahm an dieser Extremität in der Folge rasch zu, obwohl P., um sein Bein zu schonen, sich alsbald des Ausgehens ganz enthielt (28. April—22. Mai). Seit etwa 12 Tagen macht sich auch am linken

[1]) Erb, Erlenmeyer's Centr. Bl. f. Nervenheilkunde, 1878, No. 3, und Handbuch der Rückenmarkskrankheiten, S. 738.

[2]) Leyden, Charitéannalen 1880. S. 206; Zeitschrift für klinische Medicin, 1. Band, 3. Heft, S. 405, 1880.

[3]) V. Grainger Steward, Edinburgh med. Journ. April 1881, Melchert H. Beitrag zur Diagnose der subacuten Pol. und multiplen degenerativen Neuritis, Inaug.-Diss. Greifswald, 1881, Vierordt, D. Arch. f. klin. Med. 31. Band, S. 499, 1882, Caspary, Zeitschr. f. klin. Med. 5. Band. S. 537, 1883, Pierson (Ueber Polyneuritis acuta), Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge No. 229, 1883. Roth, Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte, No. 13, 1883, Strümpell, Arch. für Psych. 14. Band. S. ferner die Arbeiten über Beri-beri oder Kak-ke von Bälz, Zeitschr. für klin. Med. 4. Band, 4. Heft und Scheube, D. Arch. f. klin. Med. 31. u. 32. Band.

[1]) Debove, Progès med., 1878, No. 45, Eisenlohr, Erlenmeyer's Centr. Bl. f. Nervenheilk. 1879, No. 5 u. D. Arch. f. klin. Med. 26. Bd. S. 553, 1880 u. Marchand, Breslauer Aerztl. Zeitschr. 1880, No. 21.

Digitized by Google — Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beine eine gewisse Schwäche bemerklich. Derzeit kann P. nur sehr kurze Strecken zurücklegen, ohne hochgradig zu ermüden. Das Stiegensteigen macht sehr grosse Schwierigkeiten. Schmerzen bestanden während der ganzen Zeit nie. Von Parästhesien macht sich nur in dem rechten Fusse, wenn derselbe erkaltet, ein leichtes Gefühl von Pelzigsein geltend. Blase und Mastdarm functionirten immer in normaler Weise.

Stat. präs. aufgenommen 5. Juni l. J. Grosse, schlankgebaute, gut genährte Persönlichkeit. Im Bereiche der Kopfnerven keinerlei Störung. Zunge belegt. An den oberen Extremitäten die Musculatur ziemlich entwickelt und straff, Sensibilität und Motilität völlig normal. An der Wirbelsäule keine für Druck empfindliche Stelle. Bauch- und Rückenmusculatur ohne auffallende Anomalie. Am rechten Beine erscheint der Oberschenkel schon bei blosser Betrachtung gegen den linken etwas abgemagert; die Musculatur desselben ist auffallend schlaff, aber durchaus nicht druckempfindlich. Die Musculatur des Unterschenkels ist etwas straffer und ebenfalls ohne besondere Druckempfindlichkeit. Am linken Beine zeigt die Musculatur weder eine merkliche Atrophie, noch eine auffallende Schlaffheit, Druckempfindlichkeit ist hier ebenfalls nicht vorhanden.

Umfang des rechten Oberschenkels in der Mitte 48 cm, oberhalb der Patella $35^1/_2$ cm. Umfang des linken Oberschenkels in der Mitte 50 cm, oberhalb der Patella 36 cm.

Stehen mit geschlossenen Augen ohne Schwanken. Stehen auf dem linken Beine sehr kurze Zeit möglich, auf dem rechten nahezu ganz unmöglich. Beim Gehen macht sich ein geringes Nachziehen des rechten Beines bemerklich, sonst zeigt der Gang keine Anomalie.

Im Liegen ergiebt sich: Am rechten Beine sämmtliche Bewegungen im Hüftgelenke beschränkt und von sehr geringer Kraft. Die Bewegungen im Kniegelenke von normalem Umfange, aber ebenfalls kraftlos. Die Bewegungen im Fussgelenke sämmtlich möglich, die Streckung kräftig, die Beugung (Plantarflexion) schwach. Die Zehenbewegungen etwas beschränkt und von geringer Kraft. Die Bewegungen im Knie- und Fussgelenke, ebenso die der Zehen sämmtlich möglich und von normaler Excursion, aber energielos, am kräftigsten noch die Streckung des Fusses (Wadenmuskeln). Beim Stossen nach einem vorgehaltenen Ziele keine Andeutung von Ataxie bemerklich.

Die Sensibilität (Unterscheidung zwischen Spitze und Knopf, Ortssinn, Lageempfindungen) an beiden Beinen normal.

An keinem der der Palpation zugänglichen Nervenstämme der Unterextremitäten ist eine Anschwellung oder druckempfindliche Stelle zu constatiren.

Kitzelreflex beiderseits vorhanden, ebenso Stich - Cremaster- und Bauchreflex; kein Glutäalreflex; Kniephänomen rechts schwach, links sehr lebhaft; kein Fussphänomen; links paradoxe Contraction des Tibialis anticus. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln zeigt an beiden Beinen keine auffallende Veränderung; keine fibrillären Contractionen.

Die elektrische Exploration ergab Folgendes: Die faradische Erregbarkeit an sämmtlichen Nervenstämmen und Muskeln beider Beine erhalten; nirgends eine auffallende Herabsetzung der Erregbarkeit zu constatiren; bei höheren Stromstärken traten jedoch statt andauernder Contractionen vielfach tremorartige (undulirende) Zuckungen auf.

Rechts ergiebt die galvanische Reizung der Nervenstämme (N. cruralis und peroneus) nur blitzartige Contractionen bei normaler Formel (am N. cruralis bei 10 Milliampère KSZ > asz also wahrscheinlich etwas herabgesetzte Erregbarkeit, am N. peroneus bei 3 ma : ksz, bei 4 ma : ksz > asz). Bei directer galvanischer Reizung der Muskeln erfolgen nur am M. tibialis anticus und M. extensor digitorum comm. ausgesprochen träge Zuckungen mit Umkehr der Formel

Tibial. ant.

$3^1/_2$ ma : asz träge,
5 ma : ksz < asz beide träge.

Extens. dig. comm.

4 ma : asz träge,
6 ma : ksz < asz beide träge.

An einzelnen anderen Muskeln zeigt sich lediglich Veränderung der Formel, so am M. peroneus longus bei 2 ma : ksz, bei 4 ma : ksz > koz = asz, am M. biceps bei 2 ma : asz, bei $3^1/_2$ ma ksz = asz > aoz. Am Quadriceps fem. sind die Zuckungen bei normaler Formel etwas zweifelhaften Charakters, d. h. sie sind weder ausgesprochen träg, noch deutlich blitzartig.

Am linken Bein ergiebt Reizung des N. cruralis erst bei 10 ma : ksz mit blitzartiger Contraction, also herabgesetzte Erregbarkeit, während am N. peron. bei 2 ma schon ksz, bei 4 ma : ksz > asz auftritt, beide blitzartig. Bei directer Reizung der Muskeln zeigen sich träge Contractionen nur am M. Gastrocnemius und hier nicht sehr ausgesprochen (8 ma : asz = ksz, beide etwas langgezogen). Der M. rectus fem. weist erhöhte galvanische Erregbarkeit auf, nämlich ksz schon bei 1 ma, ksz > asz bei 3 ma, ksz > koz > asz bei 6 ma.

Von dem weiteren Verlaufe der Erkrankung begnüge ich mich hier Folgendes mitzutheilen:

11. Juni 1883. P. sieht sich wegen der Beschwerden, welche ihm das Treppensteigen verursacht, veranlasst, auf das Ausgehen zu verzichten. Er bemerkt ferner, dass er seit einigen Tagen beim Uriniren sich ungewöhnlich anstrengen muss, und das Uriniren erheblich langsamer als früher vor sich gehe. Diese Blasenschwäche verliert sich nach einigen Tagen wieder.

26. Juni 1883. Die Musculatur des linken Oberschenkels zeigt sich etwas weniger straff als früher, an der linken Wade dagegen ist bereits eine erhebliche Schlaffheit bemerklich. Der Ernährungszustand der Musculatur am rechten Beine hat keine auffallende Veränderung erfahren. An keinem Muskel besondere Druckempfindlichkeit. Die faradische Erregbarkeit überall erhalten, an keinem Muskel erhebliche Herabsetzung derselben. Dagegen deutlich träge Zuckung an verschiedenen Muskeln bei faradischer Reizung.

Stehen auf einem Beine beiderseits nur einige Augenblicke möglich. Beim Gehen Durchdrücken der Kniee fehlend, rechtes Bein nachgezogen wie früher. Die Zehenbewegungen beiderseits in normalem Umfange ausführbar.

3. Juli 1883. Seit einigen Tagen deutliche Zunahme der Schwäche in beiden Beinen. Stehen ohne Stütze nur einige Secunden möglich. Gehen ermüdet selbst bei Benützung eines Stockes schon nach wenigen Schritten. Sämmtliche Bewegungen im Hüft- und Kniegelenke etc. sind jedoch noch ausführbar, allerdings mit sehr geringer Kraft.

Die Musculatur des rechten Beines von hochgradiger Schlaffheit, die rechte Wade wie ein schlottriger Sack anzufühlen; die Abmagerung am Oberschenkel noch entschieden ausgesprochener wie früher; dabei an keiner einzelnen Muskelgruppe ein höherer Grad von Atrophie als an den übrigen. Am linken Beine ist die Oberschenkelmusculatur ebenfalls etwas schlaff, doch immer noch viel straffer und auch etwas voluminöser als rechts. Die Wadenmusculatur ist dagegen von annähernd gleicher Schlaffheit und gleichem Umfange wie rechts.

Oberschenkel	rechts	links
in der Mitte	47	50,
oberhalb der Patella	35	35,5.

Keine Druckempfindlichkeit der Musculatur an beiden Beinen; keine auffallende Veränderung der mechanischen Erregbarkeit; keine fibrillären Contractionen.

Die faradische Erregbarkeit überall erhalten und nicht deutlich (höchstens etwas) herabgesetzt; die Erregbarkeit ist auch an beiden Beinen annähernd gleich, nur der linke N. cruralis schwerer erregbar als der rechte, während die Musculatur im linken Cruralisgebiete etwas lebhafter reagirt als die des rechten. Deutlich träge Zuckungen bei faradischer Reizung sind insbesondere an der Wadenmusculatur beiderseits zu constatiren. Die Contraction sowohl wie die Erschlaffung geht hier exquisit träge vor sich. Anfänglich (d. h. bei den ersten Reizungen) verharrt die Musculatur sogar nach Entfernung der Elektroden noch einige Secunden in vollkommenem Contractionszustande, der sich nur allmälich verliert. Die Erschlaffung erheischt einen Zeitraum von 4-5 Secunden, und geht so zu sagen wellenförmig vor sich; es erschlafft nämlich nicht der gesammte Muskel auf einmal, sondern an einzelnen Theilen (Bündeln) desselben löst sich der Contractionszustand früher als an anderen, was den Eindruck der Wellenbewegung hervorruft. Die Reizung an den motorischen Punkten erzeugt eine etwas raschere (aber immer noch deutlich langgezogene) Contraction als Reizung der Muskelsubstanz selbst. Die Trägheit der Reaction verringert sich auch etwas nach wiederholter Reizung.

Die galvanische Exploration konnte aus äusseren zufälligen Gründen erst 5 Tage später vorgenommen werden; ich will hier deren Ergebniss sogleich anschliessen.

Am rechten Beine ergiebt die galvanische Reizung des N. cruralis normale Zuckungsformel, ksz > asz bei 10 ma (über die Art der Zuckung leider nichts notirt). Deutlich träge Contractionen sind bei directer Reizung an den Mm. rectus fem., tibialis ant., extensor digit. comm. und gastrocnemicus zu constatiren, im Allgemeinen bei etwas höherer Stromstärke als früher, so am M. rectus fem. asz bei 8 ma, asz > ksz bei 10 ma, am tibialis ant. asz >= ksz bei 7 ma.

Am linken Beine ergiebt sich ebenfalls bei galvanischer Reizung des N. cruralis ksz > asz bei 10 ma; deutlich träge Zuckungweisen bei directer Reizung auf: die M. extens. digit. (ksz < asz bei 5 ma) und gastrocnemicus (ksz = asz bei 4 ma), Andeutung von Trägheit die Beuger am Oberschenkel und der M. glutaeus (letzterer ksz = asz bei 9 ma), deutliche Herabsetzung der Erregbarkeit bei normaler Formel zeigt sich am M. rectus fem. (ksz erst bei 8 ma).

Hautreflexe und Sensibilität erweisen sich wie früher normal, nur ist die Unterscheidung zwischen Spitze und Knopf an den Füssen stellenweise etwas mangelhaft.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kniephänomen rechts nahezu fehlend, links deutlich vorhanden, aber entschieden schwächer als früher.

Atrophie und Schwäche nehmen in der nächsten Zeit noch zu, sodass P. schliesslich selbst auf 2 Stöcke gestützt nur äusserst mühsam einige Schritte zu machen vermochte und hiebei zu fallen befürchtete. Das Kniephänomen erlosch rechts gänzlich, und wurde links sehr schwach. Die Schwäche griff auch auf die Lendenwirbelstrecker über, wie sich sowohl aus der charakteristischen Rückwärtsbeugung der oberen Rumpfhälfte bei den Gehversuchen, als aus den Klagen des P. (Gefühl von Schwäche und Haltlosigkeit im Kreuze) ergab. Dieser Status verblieb einige Zeit unverändert; erst gegen Ende des Monats Juli trat eine Wendung zum Besseren ein.

30. Juli 1883. Seit mehreren Tagen deutliche Besserung in der Motilität der Beine. P. kann wieder einige Schritte ohne Stock gehen. Die Besserung machte in den nächsten 10 Tagen noch weitere Fortschritte, so dass P. — allerdings nur mit Unterstützung — selbst wieder eine Treppe hinabzugehen vermochte. Dann trat jedoch eine Pause von mehreren Wochen ein, während welcher die Motilität und der Ernährungszustand der Beine keine deutliche Veränderung erfuhr. Als neue Erscheinung trat während dieser Zeit ein Gefühl lästiger Spannung am Unterleibe (von der Lendenwirbelgegend nach vorn sich erstreckend) auf. Erst kurz vor der Abreise des P. zeigte sich neuerdings ein gewisser Fortschritt zum Besseren.

11. September 1883. Am rechten Beine die Oberschenkelmusculatur noch sehr schlaff und abgemagert; die Wadenmusculatur noch ziemlich dürftig, doch entschieden straffer als früher. Am linken Beine die Oberschenkelmusculatur voluminöser und minder schlaff als rechts, die Wadenmusculatur annähernd wie rechts. Sämmtliche Bewegungen im Hüft-, Knie- und Fussgelenke und die der Zehen sind möglich, und in normaler Excursion, aber nur mit geringer Kraft ausführbar; rechts grössere Schwäche als links. Stehen auf dem linken Beine einige Secunden, auf dem rechten nicht möglich. P. ist im Stande, ohne Stock das Zimmer zu durchschreiten, ermüdet jedoch rasch; beim Gehen macht sich die oben angeführte Haltung des Oberkörpers bemerklich, auch wird das rechte Bein noch deutlich nachgezogen.

Herr X. reiste am 12. September 1883 an seinen Wohnort zurück. In einem Schreiben, das ich 14 Tage später erhielt, theilte mir derselbe mit, dass er mit seinem Befinden zufrieden sei. Er fühle sich entschieden kräftiger in den Beinen, könne ohne Stock durch mehrere Zimmer gehen, auch das Treppensteigen leichter bewältigen.

Zusatz während der Correctur: Nach den Berichten, welche ich mittlerweile von dem Herrn P. erhielt, macht die Besserung bei demselben stetige Fortschritte, allerdings in etwas langsamem Tempo. In der letzten, vom 4. Januar 1884 datirten Mittheilung erwähnt Herr X., dass er seit 4 Wochen den Stock abgelegt habe und nicht mehr so stark hinke. Langsames, mässiges Gehen und selbst längeres Stehen bereite keine allzugrossen Schwierigkeiten mehr, auch das Treppensteigen gehe ziemlich gut.

•

Recapituliren wir in Kürze die wichtigsten Daten der vorstehend mitgetheilten Krankengeschichte. Bei einem bis dahin gesunden kräftigen Manne tritt in unmittelbarer Folge nach einer bedeutenden Anstrengung der Beine (vielleicht auch Erkältung) eine langsam zur Parese sich steigernde Schwäche am rechten Beine auf, zu welcher sich allmälich auch Atrophie der Musculatur gesellt; später entwickelt sich am linken Beine ein Schwächezustand mit daneben hergehender Atrophie, jedoch in mässigerem Grade als rechts. Diese Erscheinungen bilden sich ohne nennenswerthe Störung des Allgemeinbefindens aus. Die galvanische und faradische Erregbarkeit der Nerven bleibt erhalten, während in den Muskeln z. Th. deutliche EaR, z. Th. nur geringere Erregbarkeitsveränderungen sich entwickeln. Die Sensibilität verbleibt hiebei objectiv völlig intact, es treten auch keinerlei erhebliche subjective Störungen derselben, insbesondere keine Schmerzen auf. Mastdarm und Blase functioniren mit Ausnahme einer transitorischen Schwäche der letzteren immer normal. Keine Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und Muskeln; keine Beschränkung der motorischen und trophischen Störungen auf das Gebiet bestimmter Nerven.

Wie wir sehen, stimmt unsere Beobachtung derart mit dem von Erb geschilderten Krankheitsbilde überein, dass dieselbe geradezu als ein typischer Fall des letzteren erachtet werden muss. Hiermit ist jedoch, wie aus unserer obigen Ausführung erhellt, über den anatomischen Sitz der Erkrankung noch nichts festgestellt. Bei dem augenblicklichen Stande unserer Erfahrungen müssen wir dem skizzirten Symptomencomplexe gegenüber an drei Krankheitsprocesse denken. Eine primäre idiopathische Muskelerkrankung (Polymyositis Marchand), wie sie in den Fällen Debove's, Eisenlohr's und Marchand's beobachtet wurde, eine multiple degenerative Neuritis, endlich eine Erkrankung des Rückenmarkes, und zwar speciell der grauen Vorderhörner.

Was zunächst die Annahme einer Polymyositis anbelangt, so lässt sich dieselbe unschwer ausschliessen. In sämmtlichen 3 Fällen dieser Erkrankung, welche bisher beobachtet wurden, bestand eine ganz exquisite Schmerzhaftigkeit der Musculatur — spontan und für Druck, — während bei unserem P. nie eine Andeutung von spontanen Muskelschmerzen noch erhöhter Druckempfindlichkeit der Musculatur vorhanden war. Auch das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit in unserem Falle stimmt nicht mit dem bei Polymyositis beobachteten überein. Während in unserer Beobachtung in einer Anzahl von Muskeln, (trotz motorischer Insufficienz) keine EaR, oder nur eine Andeutung derselben, in den übrigen nur partielle EaR bei nicht oder nur unbedeutend herabgesetzter faradischer Erregbarkeit sich nachweisen liess, war in dem Falle von Debove die faradische Erregbarkeit der Muskeln fast ganz erloschen und wies in dem Falle Eisenlohr's zum Wenigsten ein Theil der Muskeln vollständige EaR (Verlust der indirecten faradischen und galvanischen Erregbarkeit bei träger Zuckung) auf[1]). Nicht günstiger steht es mit der Annahme einer multiplen Neuritis. Gegen diese spricht in erster Linie das Verhalten der Sensibilität in unserem Falle. Es fehlten nicht blos objective und nennenswerthe subjective Sensibilitätsstörungen während des Verlaufes der Erkrankung, sondern auch jene initialen reissenden Schmerzen, auf die man neuerdings bei der Diagnose der Neuritis so viel Gewicht legt, und deren Gegenwart in vielen als Polyomyelitis beschriebenen Fällen mit den Verdacht hervorgerufen hat, dass es sich in den betreffenden Fällen um Verwechslung mit Neuritis handelte. Wir dürfen jedoch nicht unberücksichtigt lassen, dass in den letzten Jahren in allerdings sehr vereinzelten Fällen von Neuritis[2]) Sensibilitätsstörungen völlig oder nahezu völlig vermisst wurden, und Fehlen solcher daher allein nicht berechtigt, Neuritis absolut auszuschliessen. In unserem Falle mangelte jedoch noch ein weiterer für die Diagnose der Neuritis sehr in's Gewicht fallender Umstand, nämlich jede Andeutung von einer Beschränkung der motorisch-trophischen Störungen und der Erregbarkeitsveränderungen auf das Gebiet bestimmter Nerven. Dieser Umstand verdient um so mehr Berücksichtigung, als sich die Entwickelung der fraglichen Störungen zum Theil verfolgen liess. Endlich spricht gegen Neuritis das Auftreten einer transitorischen Blasenschwäche. Diese Erscheinung kann nicht als zufällige Complication erachtet werden, nachdem sie zu einer Zeit auftrat, zu welcher die motorischen Störungen deutlich zunahmen. Sie weist entschieden auf eine Affection des Rückenmarkes hin, welche vorübergehend die Blasencentren in Mitleidenschaft zog[3]).

Sonach erübrigt nur die Annahme einer Erkrankung des Rückenmarkes. Da spinale atrophische Lähmungen nur durch Affectionen der Vorderhörner bedingt werden, so müssen in erster Linie diese Theile und zwar, nach der Beschaffenheit der Symptome zu urtheilen, in leichterer Weise betroffen sein als in den Fällen typischer Pol. ant. Eine symptomlose Betheiligung anderer Markpartien, namentlich der Seitenstränge, an der Erkrankung lässt sich jedoch keineswegs ausschliessen, nachdem sich die früher allgemein acceptirte Annahme, dass eine Affection der Seitenstränge immer spastische Erscheinungen hervorrufen müsse, als irrig erwiesen hat. Das Gürtelgefühl, welches bei unserem P. in den letzten Wochen der Beobachtungsfrist sich einstellte, könnte auf ein partielles Uebergreifen des Krankheitsprocesses auf die Hinterstränge und die in diese einstrahlenden hinteren Wurzelfasern bezogen werden. Diese Annahme ist jedoch weder nothwendig, noch bei dem Mangel anderer Sensibilitätsstörungen plausibel. Die fragliche Sensation kann durch einen isolirten kleinen Herd in den Hintersträngen, selbst durch einen rein functionellen Reizzustand von Hinterwurzelfasern herbeigeführt worden sein.

Von den Einzelheiten unseres Falles möchte ich hier nur noch die Ergebnisse der elektrischen Exploration kurz berühren. Wie wir sehen, entsprachen die constatirten Erregbarkeitsveränderungen in der Hauptsache der partiellen oder Mittelform der EaR. Die faradische und galvanische Erregbarkeit der Nerven, ferner die faradische und galvanische Erregbarkeit der Muskeln blieb während der ganzen Beobachtungszeit erhalten. Die Musculatur speciell erfuhr selbst in jener Periode, in welcher die Atrophie ihre Akme erreicht hatte, keine auffallende Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit. Dagegen bot die Reaction der Muskeln bei faradischer Reizung in mehrfacher Beziehung Bemerkenswerthes. In der ersten Zeit der Beobachtung zeigte sich insbesondere bei Reizung mit höheren Stromstärken an verschiedenen Muskeln eine eigenthümliche, undulirende Contractionsform, welche in ihrem motorischen Effecte einem intensiven Tremor

[1]) Die Mittheilung Marchand's konnte ich mir nicht im Original verschaffen; in den mir vorliegenden Referaten ist bezüglich der elektr. Erregbarkeit der erkrankten Muskeln nichts erwähnt.

[2]) Joffroy, Arch. de physiol. 1879, No. 2, Strümpell, Arch. f. Psych. l. c.; siehe auch Vierordt, l. c. S. 504.

[3]) Transitorische Blasenstörungen wurden schon mehrfach bei subacuter atrophischer Spinallähmung beobachtet, so von N. Weiss (Byrom Bramwell, Krankh. des Rückenmarkes, übers. von N. Weiss, 1883, S. 182 und von Bull, subacute spinalparalysis, Lancet, 10. April 1880.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gleicht. Es handelt sich hierbei um rasch auf einander folgende unvollständige Contractionen und Erschlaffungen des gesammten Muskels. Bei Steigerung der Stromstärke verwandelt sich die tremorartige Contraction mitunter in eine tonische, aber immer nur für kurze Zeit, um sofort wieder in das Unduliren überzugehen. Ich habe diesen Reactionsmodus auch noch in dem hier folgenden Falle, ferner bei multipler Neuritis, progressiver Muskelatrophie und Myelitis transversa beobachtet; G. Fischer[1]) fand denselben als constantes Vorkommniss in einer Anzahl von Fällen von subacuter Paraparese zweifelhaften Ursprungs, ausserdem bei Pol. ant. subac. und syphilitischer Meningomyelitis. Mit der Zunahme der Atrophie trat in unserem Falle ein anderer Reactionsmodus bei faradischer Reizung in den Vordergrund. Die Zuckungen zeigten vielfach einen ausgesprochenen trägen Charakter (farad. EaR), eine Erscheinung, auf welche zuerst von Erb, in den letzten Jahren von Remak, Kast und Vierordt[2]) die Aufmerksamkeit gelenkt wurde. Ich habe die farad. EaR noch in einer Anzahl anderer Fälle beobachtet, jedoch in keinem derselben in der ganz exquisiten Weise wie in vorstehender Beobachtung. Bei unserem Patienten X. trat mit der Besserung der motorisch-trophischen Störungen die Trägheit der Zuckungen bei faradischer Reizung entschieden zurück. Kast wies darauf hin, dass die farad. EaR bei den atrophischen Lähmungen ein klinisches Symptom von guter Vorbedeutung bildet, sofern dieselbe den Eintritt oder das Bestehen einer leichteren Läsion des neuromusculären Apparates ankündigt und einen günstigen Ausgang der Lähmungserscheinungen erwarten lässt. Die farad. EaR bestimmte mich denn auch, an der anfänglich gestellten günstigen Prognose noch während der rapiden Verschlimmerung des Zustandes im Monate Juli festzuhalten, und der bisherige Verlauf scheint meine Vorhersage zu bestätigen. Allein man muss, wenn man den Verlauf der Erkrankung im vorliegenden Falle betrachtet, immerhin zugeben, dass auch die faradische EaR keineswegs eine recht ernste Erkrankung ausschliesst, bei der es fraglich ist, ob das Individuum seine frühere Leistungsfähigkeit völlig wiedererlangt.

(Schluss folgt.)

II. Mittheilung eines Falles von Xanthelasma planum et tuberculosum multiplex

von

Dr. Eichhoff,

dirigirendem Arzte der Privatklinik für Hautkranke zu Elberfeld.

Im Anschluss an die von mir gegebene Uebersicht über den Stand der Lehre vom Xanthom, welche in der X. Nummer der Monatshefte für praktische Dermatologie 1883 mit der einschlägigen Litteraturangabe erschienen ist, der ich noch Fox, Archives of Dermat. 1882 p. 23 und Korach, Deutsch. Archiv f. klin. Med. 3. 32, S. 339 hinzuzufügen habe, theile ich folgenden Fall von Xanthelasma planum et tuberculosum multiplex mit, der so ausgebreitete xanthelasmatische Eruptionen zeigte, wie nur wenige bis jetzt zur Beobachtung gelangt sind, der ferner einzig dasteht wegen der frühen Lebensperiode, in der die Patientin von dem Uebel befallen wurde, zugleich von Interesse bezüglich der Aetiologie ist und ausserdem einen weiteren Beleg für die pathologisch-anatomische Natur und Eigenthümlichkeit des Xanthoms giebt.

Lassen wir zunächst den Fall in Kürze folgen und gehen wir darauf denselben nach seinen Einzelheiten durch.

Anfangs September 1881 wurde mir die damals $1\frac{1}{2}$ Jahre alte Helene K. von der Mutter zugeführt mit der Aussage, dass das Kind seit seinem zweiten Lebensmonate an „Leberflecken" leide; es sei mit ganz reiner und glatter Haut zur Welt gekommen, und erst allmälig hätten sich seit obengenannter Zeit die Flecke gebildet, vergrössert und vermehrt. Im übrigen sei das Kind körperlich und geistig normal und gesund.

Es sei schon Vieles gegen das Uebel unternommen worden, aber Alles bis jetzt ohne Erfolg, im Gegentheil, es bildeten sich stets noch neue Flecke.

Auf der Haut des ganzen Körpers, vornehmlich auf dem Rücken und den Extremitäten, bei letzteren sowohl auf den Streck- wie auch Beugeseiten, weniger auf Brust und Bauch, sehr ausgedehnt dagegen wieder auf der behaarten Kopfhaut befand sich eine fast unzählbare Menge von Flecken und Knötchen bezw. über das Hautniveau etwas erhabener Flächen von hellgelber (strohgelber) bis hellbrauner Farbe und unregelmässiger, doch scharf abgegrenzter Form und Gestalt. Die Oberfläche der einzelnen Affectionen war theils glatt, theils gerifft und runzelig; die kleinsten Flecke waren etwa von Hirsekorn-, die grössten von 5 bis 10 Pfennigstückgrösse, dazwischen in Bezug auf Gestalt und Grösse alle möglichen Variationen.

Die Oberfläche war trocken, nur eine Papel auf dem Rücken, die grösste von Allen sollte zuweilen eine helle Flüssigkeit absondern, und in der That, bei mässig starkem Drucke konnte man eine seröse Flüssigkeit aus derselben ausdrücken; jedoch schien mir dies nur eine Folge des mechanischen Druckes zu sein, da ohne Anwendung von Druck alle Flecke und Papeln vollständig trocken waren. Die einzelnen Papeln waren mit der Haut verschiebbar und nicht schmerzhaft bei Druck.

Die Augenlider und die sichtbaren Schleimhäute zeigten keine Abnormitäten ähnlicher Art.

Die zwischen den einzelnen Affectionen liegende normale Haut war gut, geschmeidig und kräftig, nur etwas dunkler gefärbt, als dies gewöhnlich zu sein pflegt. Das Kind war für sein Alter sonst gut entwickelt, und es sind keine Abnormitäten innerer Organe, auch der Leber nicht, nachzuweisen gewesen.

Therapeutisch war, wie schon oben gesagt, bereits Vieles geschehen, aber ohne jedweden Erfolg.

Ich wollte zunächst, um die Diagnose vollständig festzustellen, ein Stück der erkrankten Haut exstirpiren, um dieselbe mikroskopisch zu untersuchen, was mir von der ängstlichen Mutter jedoch rundweg abgeschlagen wurde.

Damit mir der interessante Fall nicht aus Furcht vor dem Messer ganz weglaufe, unterdrückte ich denn auch vorläufig alle Excisionsgelüste, schickte aber, um auch weitere Kreise von dem Falle Nutzen ziehen zu lassen und zugleich hoffend, dass dort eher eine Excision von kranken Hautstückchen gelinge, die Mutter mit dem Kinde zum Zwecke der Demonstration in die Bonner Universitätsklinik des Herrn Prof. Dr. Doutrelepont. Dort wurden denn auch einige Hautstückchen exstirpirt, und nachdem somit das Eis des Schreckens und der Angst gebrochen war, wurde auch mir gleich nach der Rückkehr hierhin die Erlaubniss, einige Hautstückchen auszuschneiden und somit die Möglichkeit zum Mikroskopiren derselben gegeben.

Die Resultate beider Untersuchungen, der von Herrn Prof. Doutrelepont und der von mir angestellten, waren nahezu die gleichen.

Ich theile sie im Folgenden mit. Die erstere ergab, wie mir Herr Prof. Doutrelepont freundlichst mittheilte: Starke Pigmentirung des Rete Malpighii; im Papillarkörper zellige Wucherung, theils diffus, theils fleckweise; die Zellen, rund, oval oder eckig und geschwänzt, sind grösstentheils feinkörnig getrübt und dann grösser und dichter beisammenliegend. Lymphgefässerweiterung ist nicht vorhanden.

Ich fand bei meiner Untersuchung hauptsächlich eine Anhäufung und Wucherung von Bindegewebszellen, die theils normal waren, theils den Process der trüben Schwellung und fettigen Degeneration durchzumachen schienen und von denen die einen nur einen, die anderen mehrere Kerne hatten. Diese Zellen gruppirten sich meist um die Schweissdrüsen und Gefässe herum.

Von Veränderungen in den Talgdrüsen konnte ich nichts wahrnehmen.

Wir sehen aus diesen Resultaten, dass sie übereinstimmen mit denen von Virchow, Waldeyer, Kaposi, Chambard u. A., welche als das wesentliche des Xanthelasma eine Bindegewebsneubildung mit fettiger Degeneration und Einlagerung von Fett aufstellen, während sie nicht übereinkommen mit den Untersuchungen der Forscher aus dem andern Lager, als deren Vertreter wir hauptsächlich Erasmus Wilson, Hebra, O. Simon und Geber kennen, welche das Xanthelasma als eine Art Hypertrophie der Talgdrüsen aufstellen.

Wir treten demnach gemäss der mikroskopischen Ergebnisse in unserem Falle auch für die Ansicht ein, dass das Xanthelasma eine bindegewebige Neubildung und nicht eine Erkrankung des Drüsensystems ist.

Was die Aetiologie in unserem Falle anbetrifft, so ist von der am häufigsten angegebenen Ursache, einer Erkrankung der Leber, ganz abzusehen, es sind wenigstens die physikalischen Untersuchungen des Organs von irgend einem Erfolg nicht begleitet gewesen, und physiologisch scheint dasselbe auch normal zu functioniren, da Patientin vollauf gesund ist und nicht nach Lebererkrankung aussieht. Pilze, wie sie neuerlich Balzer als ätiologisches Moment für Xanthelasma interessanter Weise anspricht und gesehen haben will und damit das Xanthom als schwere Infectionskrankheit mit Syphilis, Lepra und Tuberculose auf ein und dieselbe Stufe stellt, habe ich in meinem Präparate nicht finden können.

Ueber die übrigen ätiologischen Hypothesen des Xanthelasma, z. B. die Potain'sche: unvollkommene Verbrennung des Nährmaterials, die Quinquand'sche: Ueberwiegen der festen Bestandtheile im Blut, die Waldeyer'sche: Persistenz der sog. Plasmazellen (Fettbildungszellen) aus der embryonalen Zeit, wollen wir uns hier nicht weiter verbreiten, da sie mir eben, die Waldeyer'sche ausgenommen, die Vieles für sich

[1]) G. Fischer, Ber. der 8. Wanderversammlung süddeutscher Neurologen u. Irrenärzte, Neurolog. Centr. Bl. No. 13, 1883, S. 297.

[2]) Erb, Deutsch. Arch. f. klin. Med. 5. Band, 1868. Remak, Arch. f. Psych. 9. Bd., S. 551. Kast, Neurol. Centr.-Bl. 1882, No. 17. Vierordt, D. Arch. f. klin. Med. 31. Band, S. 485.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hat, zu sehr Hypothesen sind. Dagegen muss ich auf ein Moment zurückkommen, welches bis jetzt nur wenig für die Aetiologie des Xanthelasma verantwortlich gemacht wurde. Es ist dies die **Heredität**. Bis heute ist dieselbe nur von **Hutchinson** und von **Church** als Ursache des Xanthelasma aufgestellt worden.

Ich glaube, dieselbe in vorliegendem Falle auch, und zwar mit Ausschluss aller anderen Momente, für die Ursache des Xanthelasma festhalten zu müssen; denn erstens treffen die übrigen bis jetzt angegebenen Ursachen hier nicht zu, und ich finde auch keine neuen, zweitens sprechen für die Heredität verschiedene Gründe.

Nämlich abgesehen davon, dass die Mutter der Patientin eine auffallend dunkle Hautfarbe und einige sehr grosse, dunkel pigmentirte Nävi hat, ist der Urgrossvater des Kindes (Vater der Mutter des Vaters) auch, wie ich mich selbst überzeugte, auf Brust, Armen und Rücken mit Xanthelasmaeruptionen behaftet, und will dieselben auch, so lange er weiss, gehabt haben. Von sonstigen Familienmitgliedern haben, soviel wenigstens bekannt ist, angeblich keine mehr „Leberflecke“.

Für die Heredität scheint mir ferner auch noch der Umstand zu sprechen, dass die ersten Flecke nicht lange nach der Geburt (**im 2. Lebensmonate**) sich zeigten. Ich sehe wohl ein, dass mit dem Worte Heredität allein nicht viel gesagt ist, und dass wir uns auch noch nicht klar machen können, wie die hereditäre Wirkung zu Stande kommt; aber es ist wenigstens in etwa ein Anhaltspunkt für die Aetiologie.

Sollte man nicht einmal, im Fall die Theorie **Balzer**'s von den Mikroorganismen als Ursache des Xanthoms nicht mehr blosse Hypothese, sondern Gewissheit werden dürfte, dieselbe mit der Hereditätstheorie vereinigen können, sodass das Xanthom gerade wie Syphilis und wie Tuberculose auch auf hereditärem Wege zu Stande kommen könnte? Dies nebenbei.

Durch das frühe Auftreten der Erkrankung wird unser Fall besonders interessant; denn in der gesammten Litteratur ist bis jetzt kein anderer Fall bekannt geworden, wo das Xanthelasma in so jugendlichem Lebensalter von 2 Monaten aufgetreten wäre; meist stehen die Patienten in den mittleren Lebensjahren, wenn die Erkrankung sie befällt, und der bis jetzt als jüngster aufgeführte Xanthelasmapatient stand im 8. Lebensjahre.

Was den weiteren Verlauf unseres Falles anbetrifft, so kann ich darüber nur berichten, dass der Zustand bei dem jetzt $3^1/_2$ Jahre alten Kinde genau derselbe ist, wie vor zwei Jahren.

Vor einigen Monaten impfte ich das Kind und sah es bei dieser *Gelegenheit* nach langem Zwischenraume zum ersten Male wieder. Es waren wenig neue Efflorescenzen entstanden, keine verschwunden und die alten unverändert. An den excidirten Stellen waren keine Recidive gekommen. Das Kind war im übrigen frisch und munter und entwickelte sich gut.

Was die Therapie anbelangt, so folgt eben aus diesem Ausbleiben von Recidiven an den Excisionsstellen, dass die Excision der Tumoren eine gute, ja ich will gleich sagen, die beste und einzige Methode der Heilung bei Xanthelasma ist; man wird sie demnach überall anzuwenden haben, wo man es mit einzelnen oder nur wenigen Xanthomen zu thun hat. Aber in einem Falle von universellem Xanthelasma geht das Excidiren nicht mehr an. Man würde durch die vielen Narben den Patienten viel mehr belästigen und verunstalten, als dies die benignen Tumoren an sich thun.

Leider haben wir bis jetzt kein Mittel, welches, innerlich oder äusserlich angewendet, Erfolge aufzuweisen hätte.

Ich habe bei unserer kleinen Patientin alles mögliche angebracht: Hydrargyrumpräparate, Salicylsäure, Pyrogallussäure, Chrysarobin, Jodoform etc. etc. in Salbenform und als Collodium zum Aufpinseln, innerlich Jod, Jodeisen, Jodkalium etc. alles mit negativem Erfolg.

Dem Rathe **Besnier**'s, Phosphor und Terebinthina abwechselnd zu verabreichen, bin ich bis jetzt nicht gefolgt, will dies aber bei Gelegenheit nachholen, und, sollte ich etwas Günstiges davon erleben, nicht verabsäumen, dies anzuerkennen zum Wohle der Xanthelasmapatienten.

III. Ein Fall von erhöhter Reflexerregbarkeit in Form von saltatorischen Krämpfen.

Mitgetheilt von

Dr. Oscar Kollmann in Würzburg.

(Fortsetzung zu No. 40 der Deutschen med. Wochenschr. vom Jahre 1883.)

Die Therapie bestand nebst **Chapmann**'s Eisbeutel in der innerlichen Darreichung von Morphium, und bei vollständiger Appetitlosigkeit in der von Pancreatin neben einer Brausemischung mit oder ohne Opium, je nach der Sachlage.

Der weitere Krankheitsverlauf der mit den saltatorischen Krämpfen behafteten Kranken gestaltete sich folgendermaassen: Die saltatorischen Krämpfe verloren sich allmählich; zu gleicher Zeit stellten sich jedoch Hyperästhesien in der Fusssohle ein, welche die Patientin mit den Worten beschrieb: „es steche sie, als wenn Nadeln sich in der Fusssohle befänden.“

Patientin, deren Lungentuberculose fortschreitet, erklärte bei meinem Eintritte in den Krankensaal am **14. August 1883** mit strahlendem Gesichte, dass sie jetzt wieder zu gehen im Stande sei. Allmählich stellte sich der Appetit wieder ein. Patientin, Hoffnung hegend, dass sie bald wieder genesen werde, ist gehobener Stimmung und versucht mit Unterstützung durch Anhalten zu gehen, doch gewahrte ich immerhin ein leichtes Zittern in den untern Extremitäten. Percussion des Thorax bringt beiderseits Reflexzuckungen des Oberkörpers hervor, nicht mehr einseitig, wie zur Zeit des Bestehens des saltat. Krampfes.

Die relative Euphorie wurde zur Explorat. per vag. und zur nochmaligen Untersuchung des Augenhintergrundes benützt; letzterer ist normal. Der hinteren Synechie nach überstandener Keratoiritis wurde bereits erwähnt. Die Amblyopie ist Folge einer leichten Trübung des äusseren Hornhautdrittels. Die Resultate der Untersuchung per vag. waren eine Hypertroph. port. vag. uter. und Schmerzhaftigkeit, welche jedoch nicht mehr so gross war, als früher. Ebenso war die Schmerzhaftigkeit in beiden Ovarialgegenden vollständig verschwunden.

Gegen den **21. August** liess die Schmerzhaftigkeit im Rückgrat nach Quantität und Qualität nach. **Clonische** Krämpfe der Extremitäten stellen sich weder bei Gehversuchen, noch bei den Manipulationen, welche seiner Zeit die Krämpfe hervorzurufen im Stande waren, ein. Dahingegen stellten sich „ziehende Schmerzen“ in den Unterextremitäten ein, welche nach der Kranken Angabe ihr mehr Schmerzen und Unruhe bereiteten, als seinerzeit die clonischen Krämpfe. Umfasst man den Oberschenkel, so dass die Nerven leicht comprimirt werden, so entstehen schlagartige Contractionen.

Zu der obengenannten Therapie wurde ein Vollbad von 27°C. verabreicht. Nach demselben stellten sich Erscheinungen der Hyperästhesie ein (Ameisenkriechen, Gefühl von Wimmern etc.) und in beiden unteren Extremitäten **tonische** Krämpfe.

Am **29. August** fühlt sich die Kranke leicht, sie erfreut sich eines vorzüglichen Appetites, Contracturen stellten sich nicht mehr ein.

Bei Zunahme der Fiebertemperatur von **38,5°—37,8°** Abends und **37,6°—37,8°** Morgens klagt Patientin über einen stechenden Schmerz zwischen den Schulterblättern, namentlich nach rechts hin. Die physikalische Exploration zeigt einen tuberculösen Nachschub.

Vom **22.** bis **25. September** fühlte die Kranke kein Stechen mehr und ist im Stande, vollständig gerade zu gehen; ihres geschwächten körperlichen Zustandes halber muss sie sich jedoch beim Gehen anhalten.

Am **26. September** waren beide Füsse angeschwollen und brannten sehr.

Am **1. October** erfolgten Klagen über Schmerzen in der Dorsalseite der Füsse, sowie über Kältegefühl. Wärmflaschen erzeugen Hyperästhesien (Gefühl von Wimmern).

Am **4. October** waren sämmtliche Erscheinungen verschwunden und trotz Zunahme des Fiebers fühlte P. sich gegen Mitte October wohl.

Am **3. November** traten plötzlich Schüttelkrämpfe der Oberschenkel ein in dem Momente, als P. zum Behufe des Ausweichens sich an die Wand des Corridors lehnte. Im Bette verschwanden diese Krämpfe vollständig und stellten sich bei Gehversuchen wieder ein.

Von Mitte November an trat Widerwillen gegen Nahrung ein; die Kräfte der Kranken sanken sichtlich.

Am **30. November 9 Uhr** morgens traten ohne nachweisbare Veranlassung Zähneknirschen, Torticollis, tonische Krämpfe in beiden Armen und Beinen, vorwiegend rechterseits, ein, dabei wurde der ganze Körper nach der linken Seite gelagert. Minutenlange Dauer des Tonus, dann trat Zittern in den Armen und Beinen ein. Das Bewusstsein ist nicht völlig benommen, doch getrübt; P. ist verwirrt. Sie verlangt fortzureisen, hält Geld in der krampfhaft geschlossenen Hand. Auf Zureden aufzustehen, bemüht sie sich aus dem Bette zu gehen, stellt die Füsse heraus, kann aber nicht stehen. Spitzfussstellung, aber kein saltator. Krampf. Die Sensibilität ist in Arm und Bein sehr vermindert. Die Pupille ist rechts enger als links (Synechie) und bewegungslos bei Beleuchtungswechsel; die linke Pupille ist etwas weiter und beweglicher. Die mimische Musculatur und Zunge sind nicht einseitig verzogen; bei den Krämpfen betheiligt sich die rechte Seite mehr. Sprache in krampffreien Augenblicken gut articulirt.

Um **11 Uhr** war die Kranke noch immer verwirrt, zeitweise stellten sich tonische Krämpfe beschriebener Art ein. Deutlicher Schmerzpunkt vom **3.** bis **5.** Dorsalwirbel. Puls kaum fühlbar, unregelmässig (arythmisch) **120** Sch. in der M. Patientin klagt über ein Zusammenschnüren der Brust. Nach $^1/_4$stündlicher Dauer liess der Tonus nach und machte einem ununterbrochenen **10 Minuten** anhaltenden Tremor

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Extremitäten, besonders des rechten Armes, Platz. Die Dauerpause währt bis 3 Uhr Mittag bei völligem Bewusstsein. Um 3 Uhr, 6 Uhr, 8 Uhr Abends und 10 Uhr Nachts traten ca. 5 Minuten andauernde tonische Krämpfe und Zähneknirschen ein. Die Nacht vom 30. November bis 1. December war ruhiger, doch von wenig Schlaf begleitet.

Am 1. December 11 Uhr Vormittags war das Bewusstsein ungetrübt, die Muskeln in Ruhe. Empfindung auf Kneipen verlangsamt und ohne Reflexzuckung. Puls sehr klein, ca. 110 Sch. in der M. Die Pupillen reagirten, doch blieb Neigung zur Verengerung permanent. Rückenwirbel empfindlich, doch machte sich heute eine gesteigerte Empfindlichkeit beim Percutiren und beim Versuch, die Wirbelsäule zu betasten, geltend. Am 12. December bestand vollständige Anästhesie der Haut des ganzen Körpers mit Ausnahme des Gesichtes, des rechten Ohres (— das linke ist anästhetisch), des Halses und einer handbreiten Partie am seitlichen Thorax in der Subaxillargegend in Höhe der falschen Rippe. Rückgrat, sowie rechte Schultergegend sehr schmerzhaft. Das schmerzhafte Gefühl in der Schultergegend bezeichnet P. so „dieses sei, als ob die ganze Brust geschwürig sei". Die Haut dieser Gegend ist normal. Die P. ist skelettartig abgezehrt.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Die Arbeiten über Jequirity.

Referat

von

C. Horstmann - Berlin.

Die Conjunctivitis granulosa, das Trachom, gehört zu denjenigen Augenerkrankungen, über deren Behandlung die Ansichten der einzelnen Autoren sehr divergiren. In manchen Fällen gelingt es zwar, den Process zum Weichen zu bringen, ohne dass dauernde Veränderungen in der Conjunctiva zurückbleiben, viel häufiger treten Narbenbildungen daselbst auf, welche pathologische Veränderungen der Lider und der Hornhaut zur Folge haben. Gerade diese Fälle spotten oft jeder Behandlung. Als letztes Mittel ist hier die Inoculation blennorrhoischer oder gonorrhoischer Secrete in den Conjunctivalsack empfohlen worden. Eine darauf folgende blennorrhoische Entzündung soll die trachomatösen Wucherungen und den Pannus beseitigen. Die Resultate dieser Behandlungsweise entsprachen aber nicht immer den Erwartungen; ausserdem ist dieselbe durchaus nicht ungefährlich, da eine Hornhautulceration sehr leicht auftreten und den Rest des Sehvermögens vernichten kann.

Im Jahre 1882 hat de Wecker in Paris[1]) die Aufmerksamkeit auf ein Mittel gelenkt, das von den Eingeborenen Brasiliens bei granulärer Ophthalmie angewandt wird. Es sind dies die Samenkörner von Jequirity (Abrus precatorius); derselbe gehört zu den Leguminosen und ist ein Strauch, welcher in Afrika, dem südlichen Asien und Amerika vorkommt. Seine sehr harten und den Korallen gleichenden Körner werden im Orient vielfach zur Verfertigung von Schmucksachen und Ketten verwandt. In Deutschland sind sie unter dem Namen „Muttergottesbohnen" bekannt.

Die Anwendungsweise ist folgende: 32 Körner Jequirity (etwa 3,2 Grm,) werden pulverisirt und mit etwa 500 Grm. kaltem Wasser während 24 Stunden macerirt, dann 500 Grm. heisses Wasser zugegossen und nach dem Erkalten filtrirt. Durch Einstreichen dieses Mittels kann man eine artificielle Blennorhoe der Conjunctiva erzeugen. Die Versuche, welche de Wecker mit diesem Mittel anstellte, haben rasch folgende Resultate ergeben: die Anwendung des Jequirityinfuses, welche durchaus nicht schmerzhaft ist, ist ein Mittel, welches eben so schnell, wie die Inoculation, Conjunctivitis purulenta, oder richtiger gesagt crouposa, erzeugen kann. Die mehr oder minder energische Application erlaubt uns die Entzündung, die hervorgerufen wird, zu dosiren. Bei allen den Fällen ist das Mittel anzuwenden, wo es sich darum handelt, schnelle Purulenz der Conjunctiva hervorzubringen, so in erster Linie bei veralteten Granulationen und Pannus.

Nach kurzer Zeit erschien eine Arbeit eines früheren Schülers de Wecker's, Moura Brazil[2]), über die Behandlung des Trachoms mit Jequirity. Durch Versuche an Kaninchen stellte er fest, dass die oben beschriebene Anwendungsweise, wie sie das Volk in Brasilien ausführt, zu gefährlich ist, da so die hervorgerufene Conjunctivitis purulenta nicht beherrscht werden kann. Um das Mittel genau dosiren zu können, strich er die 2procentige Lösung eines grünen Extractivstoffes aus den Körnern auf die Granulationen, was die Bildung einer Membran auf diesen zur Folge hatte. Dieselbe wurde am nächsten Tage entfernt, die Lösung abermals applicirt und die neu entstandene Membran wieder beseitigt. Dieses Verfahren wurde drei bis fünf Wochen lang durchgeführt bis alle Granula verschwunden waren.

[1]) C. Annales d'ocul. 1882 Juillet-Août. — Rev. d'ocul. du sud-ouest III. 9. p. 192. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde XX. p. 317.

[2]) C. Annal. d'oculist. 1882 Novembre-Decembre.

Bei der Fortsetzung der Versuche mit Jequirity fand de Wecker[1]) seine früher gemachten Beobachtungen bestätigt: die Granulationen heilten nach Anwendung der Maceration durchweg, die Cornea war während des Bestehens der Ophthalmie niemals gefährdet; das wirksame Agens aber im Jequirity zu erforschen, gelang ihm nicht. Dieses war erst Sattler[2]) möglich. Derselbe bediente sich bei seinen Versuchen der entkapselten Körner. Ein Gramm derselben wird nach gehöriger Zerkleinerung mit 200 Gramm Wasser übergossen und nach 24stündiger Maceration abfiltrirt. 4 bis 6 Einpinselungen während eines Tages mit dieser Flüssigkeit reichten aus, um eine eitrige Conjunctivitis mit Membranbildung hervorzubringen. Je weniger die Bindehaut pathologisch verändert war, um so heftiger trat die Entzündung auf. Nach 6 Tagen fand man die Bindehaut frei von Membranen. Die etwa bestandenen sulzigen Massen erschienen nur als glatte Hügel, welche sich allmählich von selbst zurückbildeten; papilläre Excrescenzen leisteten einen stärkeren Widerstand. Wenn auch die leichteren Epitheldefecte der Cornea gewöhnlich rasch heilten, so liessen sich schwerere Formen von Keratiden häufig nicht verhüten. Beim Kaninchen tritt die Ophthalmie bei weitem heftiger auf als beim Menschen, selten gelang es hier, die Hornhaut vor ulcerösem Zerfalle zu retten. Eine Anzahl der Versuchsthiere erlag sogar der Erkrankung unter Erscheinungen von Abmagerung, Dispnoe und Convulsionen.

Die durch Jequirity hervorgebrachte Ophthalmie unterscheidet sich in auffälligen und wesentlichen Punkten von allen artificiellen Entzündungen, welche die Folge von Einbringung der verschiedensten reizenden Agentien sind. Sie hat einen vollständig eigenartigen Charakter und stimmt mit keiner der bekannten typischen Entzündungsformen der Bindehaut vollkommen überein.

Die Jequirityophthalmie zeigt das Aussehen einer acuten Infectionskrankheit. In mehrfacher Beziehung nähert sie sich der acuten Bindehautblennorrhoe, namentlich jenen schweren Formen, bei welchen die Conjunctiva grau und an der Oberfläche mit einem gerinnbaren Exsudat überzogen erscheint.

Zunächst versuchte es Sattler, chemische Stoffe in der Jequirity-Maceration nachzuweisen, welche die Krankheit veranlassen könnten, doch waren seine Bemühungen nicht von Erfolg gekrönt. Dagegen gelang es ihm, ganze bestimmte Mikroorganismen darin zu finden, welche auch in dem kranken Gewebe und den von ihm gelieferten pathologischen Producten anzutreffen waren. Dieselben waren cylindrische, an den Enden abgerundete, schwach opake, ziemlich gleichmässig dicke, aber verschieden lange Stäbchen, welche sich theils einzeln, theils in Paaren, seltener in Ketten zu vier angeordnet fanden. Eine Anzahl derselben lag ruhig da, andere machten schwingende und drehende Bewegungen, wieder andere wechselten rasch ihren Platz. Nach einiger Zeit traten auch in Keimung begriffene sporenartige Elemente auf. Unter rascher Zunahme der Bacillen bildeten sich an der oberflächlichen Schicht der Maceration Inseln ruhender Stäbchen, welche sich vereinigten und bald die ganze Oberfläche continuirlich überzogen. Nun zeigten die Stäbchen auch Veränderungen, welche auf Sporenbildung zu beziehen waren. Ausser diesem Bacillus kamen in der Jequirity-Maceration keine andern Mikrobien vor.

Im eitrigen Secrete der Conjunctiva und in den abgezogenen Membranen wurde derselbe Bacillus und zwar stets im Sporentragenden Zustande gefunden.

Keimfrei gemachte Macerationen waren vollständig wirkungslos, während Reinculturen des erwähnten Bacillus auf Hammel- und Rinderblutserumgallerte, auf Fleischextractpeptongelatine, Heuinfusgelatine und Jequiritygelatine die charakteristischen Erscheinungen der Jequirityophthalmie auf der Conjunctiva veranlassten.

Was die Frage über die Herkunft des besprochenen Mikroorganismus anlangt, so ist Sattler der Ansicht, dass ein offenbar weit verbreiteter, an und für sich unschädlicher Bacillus dadurch, dass seine Sporen in eine Jequirity-Infusion gelangen, dort quellen und bestimmte Nährstoffe assimiliren, eine neue physiologische Qualität erwirbt, die Fähigkeit nämlich, auf und in der Conjunctiva des lebenden Thieres zu vegetiren und durch ein erzeugtes Ferment das Krankheitsbild hervorzurufen, welches uns als Jequirityophthalmie entgegentritt.

Durch diese Affection wird der Boden, auf dem der trachomatöse Process Wurzel gefasst hat, in Folge der Ansiedelung und der Lebensäusserungen des erwähnten Mikroparasiten, sowie der heftigen reactiven Entzündung von Seiten des invadirten Gewebes, in specifischer Weise verändert, sodass den das Trachom veranlassenden Mikroorganismen die Existenzbedingungen entzogen werden, und so letztere Krankheit beseitigt wird.

Auf diese Untersuchungen hin wurde das Jequirity von einer grossen Anzahl von Augenärzten bei Granulationen und dem dieselben begleitenden Pannus angewandt. Während eine Reihe derselben das Trachom

[1]) C. Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde. XXI. p. 1. Annal. d'oculist. LXXXIX. 2. 100.

[2]) C. Wiener med. Wochenschr. 1883. No. 17—21. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde XXI. p. 207. Annal. d'Ocul. XC. p. 29.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit dem Pannus durch diese Behandlung verschwinden sahen, konnten andere allein eine Aufhellung des letzteren constatiren.

Der erste aber, welcher sich mit Entschiedenheit gegen die Wirksamkeit der Jequiritymaceration überhaupt aussprach, war Deneffe[1]). Demselben gelang es zwar, damit eine Ophthalmie zu erzeugen, welche nicht die geringsten therapeutischen Resultate ergab, kein Granulöser wurde gebessert, kein Pannöser geheilt. Auch über die Ungefährlichkeit des Jequirity kann dieser Autor Nichts Günstiges berichten. Bei einem Kranken wurde eine vasculäre Keratitis in Pannus crassus umgewandelt, bei einem andern trat die Perforation der Hornhäute auf.

Darauf machten sich auch von anderer Seite Stimmen gegen dieses Mittel geltend; in Italien, woher bis dahin nur über günstige Resultate berichtet war, sprachen sich Lainati und Niccolini[2]) ganz entschieden gegen die Wirksamkeit des Jequirity bei Trachom aus. Osio[3]), ein früherer Assistent de Wecker's hatte unter 3 Fällen ein Mal Panophthalmitis, ein Mal Perforation der Cornea, und ein Mal beträchtliche Trübung derselben beobachtet. Parizotti und Galezowski[4]) sahen nach der Anwendung des Jequirity wohl eine Ophthalmie auftreten, doch blieben die Granulationen nach wie vor bestehen. Die bei der Ophthalmie bestehende Conjunctivalschwellung verdeckt dieselben allein, damit sie später wieder deutlich hervortreten. Auch ist das Mittel durchaus nicht unbedenklich, da es bestehende Cornealaffectionen verschlimmern kann, und die hervorgerufene Entzündung zuweilen von einem hohen und besonders für Kinder gefährlichen Fieber begleitet ist.

de Wecker[5]) findet den Grund dieser Misserfolge in der Anwendungsart des Mittels. Sedan[6]) erklärt die von einander abweichenden Resultate der einzelnen Beobachter in der Verschiedenheit der Wirkung der einzelnen Jequiritykörner.

Durch die verschiedenen Resultate, welche die einzelnen Forscher erhielten, veranlasst, unterzog v. Hippel[7]) das Mittel von Neuem einer Prüfung. Da die Hülsen der Jequiritykörner nur einen indifferenten Farbstoff enthalten, der keinen Einfluss auf die Conjunctiva ausübt, ersparte er sich die Mühe des Enthülsens. Um möglichst kräftige Infusionen zu erzielen, bediente er sich des kalten Wassers; der spätere Zusatz von warmem schwächt nur die Wirkung ab. Es gelang ihm sowohl beim Kaninchen wie beim Menschen damit eine Ophthalmie zu erzeugen. Die promptesten Erfolge erzielte Hippel durch einen 2procentigen Aufguss. Stärkere Macerationen steigerten nicht nur die Intensität der Entzündung nicht, sondern setzten dieselbe sogar herab. Die Temperatur des Raumes, in welchem das Mittel bereitet wird, ist ohne wesentlichen Einfluss auf die Wirkung desselben. Nicht ohne Bedeutung aber für die Intensität derselben ist die Dauer der Maceration. Die Entzündung erreichte bei den Aufgüssen, welche weniger als 12 Stunden macerirt hatten, langsamer ihren Höhepunkt, als bei solchen von 12 bis 72 Stunden. Was die Dauer der Wirksamkeit anlangt, so erzeugen erst 6 bis 8 Wochen alte Macerationen eine viel schwächere Entzündung.

Die Resultate, welche Hippel erhielt, sind folgende: Bei frischen Granulationen mit starker Hyperämie der Conjunctiva trat nach Gebrauch des Jequirity zwar in der Regel eine sehr heftige Entzündung auf, aber niemals bildeten sich die Granulationen zurück. Gerade bei diesen Fällen, wo die Cornea meist bei Beginn der Behandlung intact war, traten verhältnissmässig oft Cornealaffectionen auf. Es entstanden Hornhautgeschwüre und Infiltrate, die nicht immer heilten ohne störende Trübungen zu hinterlassen.

So wenig ermuthigend somit die Jequiritybehandlung bei frischen Granulationen war, so gute Resultate lieferte sie bei jenen inveterirten Formen von Trachom, bei welchen die Conjunctiva blass und in grosser Ausdehnung von harten gelblichen das Niveau der Schleimhaut überragenden Granulationen bedeckt war. Die hochgradige Hyperämie und die seröse Durchtränkung des Lides, welche die Ophthalmie begleiten, hatten auf die Rückbildung der Granulationen den günstigsten Einfluss, und selbst in sehr schweren Fällen verschwanden dieselben, ohne dass es zu erheblicher Schrumpfung der Conjunctiva oder zu Formveränderungen der Lider kam. Gleichzeitig bestandener Pannus wurde durch die Ophthalmie entschieden günstig beeinflusst und die Sehschärfe in einer Anzahl von Fällen erheblich verbessert. Bei keinem Patienten bildeten sich aber die Granulationen in so kurzer Zeit, wie de Wecker angab, zurück; vor Ablauf von 2 Monaten geschah es niemals, bei den Meisten vergingen darüber 3—4 Monate und mehr.

Sehr gute Dienste leistete das Jequirity endlich in den einer andern Therapie kaum zugänglichen Fällen von abgelaufenem Trachom mit consecutiver Atrophie und Schrumpfung der Conjunctiva und dichter pannöser Trübung der Cornea. Ohne dass die charakteristischen Symptome der Ophthalmie in nennenswerthem Grade hervortraten, kam es bei mehreren Patienten zu ganz erheblicher Aufhellung der Hornhaut. Um diese Besserung zu erzielen, genügten aber nicht zwei- bis dreimalige Pinselungen mit Jequirity, in den schwersten Fällen mussten dieselben oft 12 Mal wiederholt werden. —

Bei der Erklärung der eigenthümlichen Wirkung des Jequirity steht Hippel nicht auf dem Standpunkt Sattlers, er hält die Jequiritvophthalmie nicht für eine Infectionskrankheit. Zunächst fehlt es an jeder Analogie dafür, dass eine solche zum Ausbruch kommen sollte, ohne ein vorangehendes Incubationsstadium, und ein solches kommt bei der Jequirityophthalmie nicht vor. Niemals liess sich durch Uebertragung von Secret auf ein gesundes Auge eine richtige Ophthalmie hervorrufen, in einzelnen Fällen trat nur eine Conjunctivitis mit vermehrter Secretion auf. Der in der Jequirity-Maceration vorkommende Bacillus fand sich auch in andern Pflanzenaufgüssen, z. B. in Heu- und Erbseninfusen. Lösungen, in denen man entweder die Entwickelung der Bacillen völlig verhinderte oder sie und ihre Sporen durch geeignete Mittel tödtete, hatten denselben Effect, wie bacillenhaltige Macerationen.

Gestützt auf diese Resultate kommt Hippel zu der Ansicht, dass die eigenthümliche Wirkung des Jequirity nicht auf der Entwickelung eines specifischen Bacillus beruhen kann, vielmehr müssten die Jequiritykörner einen chemisch differenten Stoff oder ein ungeformtes Ferment enthalten, welche mit der Conjunctiva in Berührung gebracht, die Ophthalmie veranlassen. Gähtgens hat daraufhin auf Veranlassung Hippel's zwei Präparate dargestellt, ein alkoholiges Extract, und eine durch Aetherbehandlung gewonnene ölartige Substanz, von denen aber nur die letztere bei zwei Kaninchen die charakteristischen Symptome der Jequiritvophthalmie hervorrief. Hippel will jedoch, gestützt auf diese zwei Versuche allein, noch nicht annehmen, dass das wirkende Prinzip des Jequirity bereits gefunden wäre.

Noch zu erwähnen wäre, dass Adamük[1]) eine ähnliche Wirkung des Jequirity fand, wie de Wecker, jedoch erst bei einer zwei bis drei Mal stärkeren Concentration des Aufgusses. Die Eiterung bei der Ophthalmie war verhältnissmässig schwach und dauerte zwei Wochen und mehr. Der Pannus schwand danach mehr oder minder vollständig, der trachomatöse Process aber blieb fast unverändert. Auf Hornhautgeschwüre übte das Mittel häufig eine ungünstige Wirkung aus. Adamük schreibt den entzündungserregenden Effect des Jequirityaufgusses den vielen darin befindlichen Mikroorganismen zu. Mit der von Nawalichin im Jequirity aufgefundenen Säure in crystallinischer Form, deren Solution eine besonders energische entzündungserregende Wirkung auf die Conjunctiva ausüben sollte, erhielt er negative Resultate.

Aus dieser Zusammenstellung, welche im Wesentlichen die bis jetzt gefundenen Resultate über die Wirkung des Jequirity bei Trachom enthält, ist zu ersehen, dass das Urtheil über den Werth dieses Mittels noch nicht endgültig gefällt werden darf, weitere Untersuchungen müssen uns über dasselbe noch mehr aufklären.

Cornil und Berlioz[2]), welche in dem Laboratorium der pathologischen Anatomie zu Paris Versuche über die Vergiftung mit Jequirity angestellt haben, berichten Nichts über die Wirkung dieses Mittels bei Augenaffectionen.

V. Die antiseptische Chirurgie, ihre Grundsätze, Ausübung, Geschichte und Resultate. Von W. Watson Cheyne. In's Deutsche übertragen von Dr. F. Kammerer. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel, 1883. Ref.: Kolaczek.

Kammerer hat den deutschen Aerzten einen grossen Dienst erwiesen, dass er ihnen das bedeutsame Werk von Watson Cheyne durch eine wohlgelungene Uebersetzung zugänglich gemacht hat. Derselben ist ein Vorwort von Maas vorausgeschickt, der darin die Entwicklung der Lister'schen Wundbehandlungsmethode in Deutschland darstellt.

Es muss jeden Chirurgen in hohem Grade interessiren, sich zu überzeugen, mit welchem Verständniss und Eifer Lister's langjähriger Assistent sich bemüht, den Ursprung, die wissenschaftliche Grundlage, Entwicklung und Erfolge der wahrhaft epochemachenden Entdeckung seines Meisters darzulegen. Es ist zu wünschen, dass es seinem überzeugungstreuen Eintreten für den Listerismus gelingen möge, die gerade in England noch sehr verbreitete Skeptik gegen denselben aus dem Wege zu räumen.

Zunächst erläutert Cheyne in eingehender Weise die der Lister'schen Methode zu Grunde liegende Keimtheorie, wie sie sich allmählich seit Lavoisier bis zu der von Pasteur ihr gegebenen Vollendung ent-

[1]) Annal. d'ocul. LXXXIX. Bd. p. 104. Rec. d'Ophth. IV. 5. p. 105.
[2]) Boll. d'ocul. V. 9. 1883.
[3]) Rev. génér. d'Ophth. 1883. p. 208.
[4]) C. Rec. d'Ophth. IV. 8. p. 454.
[5]) C. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. XXI, p. 259. Annal. d'ocul. LXXXIX, p. 217.
[6]) Rec. d'Ophth. III, 6, p. 329.
[7]) Graefe's Arch. f. Ophthalm. XXIX, 4, p. 231.

[1]) Journ. des ärztl. Vereins in Kasan 1883. No. 9.
[2]) Conf. Compt. rend. hebdom. de l'Acad. des sc., Paris 1883. Tome 97, p. 679.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wickelt hat und beleuchtet kritisch und unter Verwerthung seiner eignen Arbeiten auf diesem Gebiete alle einschlägigen nur einigermaassen wichtigen Arbeiten. Darauf bespricht er die aus dem Bestreben, alle Fäulnisskeime von der Wunde abzuhalten, hervorgegangenen Grundsätze der aseptischen Chirurgie und ihre Anwendungsweise in der Praxis, wie sie hinreichend bekannt ist. Immerhin ist es sehr dankenswerth, eine authentische Schilderung der Lister'schen Wundbehandlung im Allgemeinen und Besondern zu erhalten, vor Allem aber kennen zu lernen, in welch sinnreicher Weise Lister seine Principien bei Anlegung der Verbände an den einzelnen Körperstellen zur Geltung bringt. Ch. unterlässt aber auch nicht hervorzuheben, wie man selbst unter beschränkten Verhältnissen, z. B. in der Landpraxis und im Kriege, dem Listerismus treu bleiben kann, auch ohne Anwendung des Spray. Er berührt auch die Modificationen des Lister'schen Verbandes, welche derselbe in Deutschland durch den Ersatz des Carbols durch ähnliche Mittel erfahren und die Lister selbst zum Theil acceptirt hat.

In einen gewissen Gegensatz zur aseptischen Chirurgie, die er bisher im Auge gehabt, setzt Ch. nunmehr die antiseptische, die sich nur darauf beschränkt, die in die Wunde gelangenden Keime möglichst unschädlich zu machen, und verfehlt nicht, wiederholt zu betonen und durch die von Lister gemachten Erfahrungen zu bekräftigen, wie weit die antiseptische der aseptischen Chirurgie an Werth nachsteht. In diesem etwas übermässig ausgedehnten Abschnitte seiner Arbeit tritt Ch. polemisch auf und sucht sein entschiedenes Eintreten für die aseptische Richtung durch eine sehr eingehende kritische Würdigung der der antiseptischen Chirurgie zu Grunde liegenden Theorien über Abiogenesis und Heterogenesis zu unterstützen. Nachdem er nun die Unhaltbarkeit derselben glaubt zur Genüge nachgewiesen zu haben, giebt er eine Erklärung, unter welchen Bedingungen ein Eindringen von Spaltpilzen in die Wunde trotz des aseptischen Verbandes möglich ist, unterlässt aber dabei nicht hervorzuheben, dass sie dann im Wundsecrete nur in Form unschuldiger Mikrokokken, nie aber als Bakterien, wie sie der Fäulniss eigenthümlich sind, vorkommen. Diese Keime würden nicht nur durch den Einfluss der Carbolsäure in ihrer Lebensfähigkeit beeinträchtigt, sondern auch durch eine noch nicht gehörig aufgeklärte, aber erfahrungsgemäss sichergestellte Action des gesunden Gewebes, insbesondere des Blutgerinnsels, unschädlich gemacht. In letzterer Beziehung hebt er vor Allem die Gesichtswunden hervor, welche bekanntlich zu allen Zeiten durch einen aseptischen Verlauf sich auszeichneten. — Sodann geht Ch. des Näheren auf die Hilfsmittel der antiseptischen Chirurgie ein und möchte sie alle nach gewissen Principien ordnen, jenachdem sie nämlich das Wundsecret für die Entwicklung von Organismen untauglich machen sollen (chemische Agentien), oder dasselbe sehr schnell und fortwährend ableiten, sodass für eine solche Entwicklung keine Zeit gegeben ist (Drainage, permanente Irrigation und Immersion), oder durch rasches Eintrocknen des Secrets und überschüssige Zufuhr des solchen Organismen feindlichen Sauerstoffs (offene Wundbehandlung) und durch Unterstützung eines durchaus gesunden Organismus in seinem Bestreben, eingedrungene Keime zu vernichten (Ruhe, genaue Aneinanderlegung der Wundflächen) wirken. Interessant ist hierbei die von Lister festgestellte Thatsache, dass Greisenblut weit leichter und eher der Fäulniss zugänglich ist, als jugendliches.

In erschöpfender Weise fügt Ch. die ganze, in's erste Jahrtausend zurückreichende Geschichte der antiseptischen Chirurgie hinzu, ebenso die Resultate derselben im Vergleiche zu den von verschiedenen Seiten mit Hilfe der Asepsis erreichten; dabei findet die deutsche Chirurgie eine weitgehende Berücksichtigung. Lister selbst hat in demselben Zeitraume und demselben Spitale bei antiseptischer Behandlung viermal mehr Kranke an septischer Infection verloren, als bei Beobachtung des streng aseptischen Verfahrens. Von den seit 1871 conservativ behandelten complicirten Fracturen verlor Lister keinen Fall in Folge einer Wundcomplication; nur zweimal musste er eine secundäre Amputation machen. Von 82 Osteotomien nahm keine einen septischen Verlauf, und nur eine machte eine Amputation nöthig. Die überraschendsten Erfolge hat aber die aseptische Chirurgie in Lister's Händen den spinalen Senkungsabscessen gegenüber gefeiert; von 37 solchen Fällen kamen 23 zur definitiven Heilung nach Spaltung und entsprechender Nachbehandlung.

Zum Schluss tritt Ch. der anscheinend besonders in England festgewurzelten Meinung entgegen, dass eine scrupulöse Reinlichkeit allein genügt, um die möglichst besten operativen Resultate zu erhalten, indem er den Nachweis führt, dass die Lister's denn doch noch besser sind, als die vielbesprochenen von Savory erreichten. Doch unterlässt er nicht, ganz besonderen Nachdruck darauf zu legen, dass Fernhaltung jedes Reizes (Ruhe) von der Wunde oberster Grundsatz der Wundbehandlung bleiben müsse.

Dem gut ausgestatteten Werke sind drei Tafeln lithographischer Demonstrationen von Spaltpilzen beigegeben.

VI. E. Albert. Ueber Gelenkresectionen bei Caries. Wiener Klinik, Heft 4, 1883. Ref. A. Bidder.

A., der von jeher bekanntlich eine Abneigung gegen die Resectionen bei Caries hat, zieht in vorliegendem Aufsatz wiederum gegen dieselben zu Felde, macht aber offenbar nur Lufthiebe, wenn er die früher üblichen schablonenhaften Resectionsweisen einer wegwerfenden Kritik unterzieht. Seit mindestens einem Decennium sind die letzteren von gebildeten Chirurgen verlassen und durch atypische Operationsmethoden ersetzt worden, deren Hauptzweck es eben ist, nur das wirklich Erkrankte von Knochen und Weichtheilen zu entfernen und das gesund Erscheinende so viel als möglich zu conserviren. Auch ist man bekanntlich mit Erfolg noch weiter gegangen und hat nicht nur durch frühzeitige partielle und totale Resectionen die weitere Ausbreitung des Processes zu verhindern gesucht, sondern es auch möglich gemacht, durch operative Beseitigung paraarticulärer Knochen- und Weichtheilheerde ein Uebergreifen der Krankheit auf das Gelenk zu verhüten. Diese Bestrebungen der Chirurgen sind durchaus anerkennenswerth, wenn sie auch noch lange nicht am Ziele angelangt sind. Durch fleissiges Suchen nach localen und allgemeinwirkenden Mitteln wird die Zahl derjenigen Fälle von operativ und zugleich conservativ behandelter Gelenktuberculose, welche später der allgemeinen Tuberculose erliegen, sich einschränken lassen und es erscheint grade ein weiteres Vorgehen in dieser Richtung um so wünschenswerther, als selbst die Amputation nachgewiesener Maassen weit davon entfernt ist, den Gesammtorganismus genügend zu schützen.

Wenn Albert endlich aus seinen Untersuchungen zu dem Resultate kommt, dass man wieder zur einfachen „Naturbeobachtung" zurückkehren müsse, so klingt das um so verwunderlicher in einer Zeit, die mit so ausserordentlichem Erfolge das Wesen und die Eigenthümlichkeiten der Gelenktuberculose studirt hat. Die Leser wären A. weit dankbarer, wenn er ihnen statt solcher, allerdings gutgemeinter aber gegenstandsloser Mahnungen, lieber Mittel und Wege angegeben hätte, auf denen wirksamer als bisher der Gelenktuberculose, dem Tumor albus, der Caries, oder wie man die Affection sonst nennen will, entgegengetreten werden könnte.

VII. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am Mittwoch den 16. Januar 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

1. Herr Sonnenburg: Vorstellung eines Falles von Dehnung des Nervus ischiadicus und des Nervus peronaeus. Patient, Officier auf einem Lloyddampfer erlitt im November 1880 eine Luxation des Femur. Die Luxation konnte erst 48 Stunden darauf reponirt werden. Da der Schenkelkopf sehr lange auf den Nervus ischiadicus gedrückt hatte, zeigte sich später eine beinahe vollständige Lähmung der betroffenen linken Extremität. Als Patient nach einigen Monaten nach Bremen zurückkam, musste er das Krankenhaus aufsuchen, wo er 5 Monate behandelt wurde. Das Bein wurde elektrisirt und massirt und Bäder angeordnet. Nach 5 Monaten besuchte er Teplitz. Er vermochte sich zu der Zeit mit Hülfe eines Stockes fortzubewegen, konnte die linke Extremität jedoch nur durch Schleuderbewegung vorwärts bringen. Auch eine Nachcur in Gräfenberg besserte an dem Zustande nicht viel. Patient kam nach Berlin mit dem Ersuchen, die Nervendehnung an ihm vorzunehmen. Es wurde zunächst der Ischiadicus, kurze Zeit nachher auch der Peronaeus gedehnt. Gleich nach der Operation kehrte die ebenfalls vollständig gestörte Sensibilität zurück. Patient war im Stande, wenn auch in geringem Maasse, Bewegungen zu machen. Die linke Extremität war sehr atrophisch, die Musculatur schwach, der Umfang des Unterschenkels um 3 cm, der des Oberschenkels um 2—2½ cm schwächer als der der rechten Extremität. Nach 2 Monaten wurde Patient entlassen mit dem Rath die Extremität zu elektrisiren. Nach zweijähriger Abwesenheit stellte sich Patient von Neuem vor. Die Muskeln sind in ausgezeichnetem Ernährungszustande, das Bein wieder von gleichem Umfange wie das gesunde. Patient ist wieder im Stande, alle Bewegungen im Knie- wie im Fussgelenk auszuführen.

Vortr. ist geneigt, der Nervendehnung ein sehr gutes Resultat zuzuschreiben, umsomehr, als vor derselben 5 Monate hindurch alle Behandlungsmethoden ohne Erfolg geblieben sind. In der That scheint ihm, namentlich nach den experimentellen Untersuchungen von Stintzing die Frage der Nervendehnung in ein neues Stadium getreten zu sein, und er möchte diesem operativen Eingriff neuerdings ein grösseres Recht einräumen, als es nach dem vor einigen Jahren in der Medicinischen Gesellschaft gefällten Urtheile gestattet zu sein schien.

2. Herr Gluck stellt eine Patientin vor, die vor einigen Wochen wegen einer Verwundung in der Gegend des Metacarpo-phalangealgelenkes des Zeigefingers operirt wurde. Es bestand ein Sehnendefect von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

8 cm Länge, sodass die Sehnenenden nicht vereinigt werden konnten. Vortr. wandte die Methode an, dass er ein Bündel von Catgutfäden zu einem Zopf flocht, denselben durch die Sehnenenden zog und zusammenknotete. Patientin war 5 Wochen nach der Operation im Stande, jede Dorsalflexion auszuführen. Vortr. glaubt die Frage, ob nicht eine Resorption der Catgutfäden eintreten werde, verneinen zu müssen.

Herr Gluck stellt ferner einen Fall von congenitalem Tumor vor, von einer Grösse, wie er in der Literatur noch nicht bekannt sein dürfte und der wegen seiner Ausdehnung einer Exstirpation nicht zugänglich ist.

3. Herr Virchow: Demonstration von Gichtpräparaten. Ich bin in der Lage, ausser dem in der vorigen Sitzung erwähnten Falle noch zwei weitere, inzwischen zu meiner Beobachtung gelangte Fälle zu demonstriren.

Der erste Fall hat ein besonderes Nebeninteresse durch den Umstand, der schon von Herrn Senator zur Sprache gebracht wurde, dass er nämlich einem Manne angehört, der an chronischer Bleicachexie gelitten hat, bei dem also jener Rattenkönig von Fragen an uns herantritt, der sich an diese Beziehungen, einerseits des Bleies zu den Nieren, andererseits der Bleicachexie zu der Gicht, in der Literatur knüpft. Patient war ein 37jähriger Malergehülfe, der ausser starken Schrumpfnieren mit harnsauren Ablagerungen in den geraden Harnkanälchen ausgedehnte harnsaure Infiltrationen an den Knorpeln einer Reihe von Gelenken darbot. Am stärksten infiltrirt waren Knie- und Fussgelenke, ausserdem aber auch in geringerem Maasse das Hüftgelenk. Daneben war eine hämorrhagische Cystitis und eine auffällige Herzhypertrophie ohne Klappenaffection vorhanden.

Was die Bleiangelegenheit anbetrifft, so habe ich in der Zwischenzeit nachgeforscht, ob wir in unserer Sammlung nicht noch anderweitiges Material besitzen, da im Sommer vorigen Jahres eine Dissertation von Herrn Musehold erschienen ist, welche zwei Fälle behandelt, die in der Klinik des Herrn Leyden beobachtet wurden, in denen bei Bleicachexie Schrumpfniere bestand. Leider ist keines dieser Präparate aufbewahrt, so dass eine Nachuntersuchung nicht stattfinden konnte. In diesen Fällen ist keine Ablagerung von harnsauren Salzen beobachtet, so dass der Verfasser sich gegen die Beziehungen der Bleicachexie zur Gicht ausgesprochen hat. Jedenfalls giebt es erhebliche Autoritäten, welche sowohl die constante Beziehung der Bleicachexie zu chronischen Nierenaffectionen als zu einer secundären Gicht ins Auge fassen. Ich habe neulich schon angeführt, dass Fälle von tödtlicher Bleicachexie bei uns im Ganzen selten sind, und dass ich nicht in der Lage bin, hierüber ein Urtheil abzugeben. Wenn ich das, was die Literatur darüber giebt, zusammenfasse, muss ich sagen, dass bisher auf dem Wege der Experimentation ein vollständig entsprechendes Resultat nicht erzielt wurde. Selbst bei sehr anhaltender Bleivergiftung bei Meerschweinchen (Charcot) sind wohl Veränderungen der Niere entstanden, aber nichts, was der an Menschen beobachteten Granularatrophie vergleichbar wäre. Ich möchte aber diesem Umstande kein entscheidendes Gewicht beilegen, weil die Erfahrung gelehrt hat, dass die Versuche an Thieren in dieser Beziehung fast durchgängig keine hinreichend entsprechenden Resultate mit demjenigen ergeben haben, was wir bei Menschen antreffen.

Was die Beobachtungen an Menschen anbetrifft, so muss ich mein Urtheil suspendiren, kann aber nicht sagen, dass die Fälle auf mich den Eindruck gemacht haben, dass es sich nur um Zufall gehandelt hat. Einzelne Beobachtungen, z. B. die Lancereaux', der unter 6 Fällen von Bleicachexie, die er zur Autopsie hatte, fünfmal die Ablagerung von harnsauren Salzen in den Gelenken gefunden hat, geben immerhin Veranlassung, dem Gedanken sich günstig zuzuwenden, dass hier ein näherer Zusammenhang bestehe. Unser Fall könnte eher diese Ansicht stützen, insofern ein noch jugendliches, gut genährtes Individuum die Erkrankung in ausgemachtester Weise darbot.

Die beiden anderen Fälle, die im Laufe dieser Woche noch zur Beobachtung kamen, beziehen sich auf Männer in höherem Alter, einen 47jährigen Schlossergesellen und einen 56jährigen Schneidermeister. In dem ersten Falle, bei dem unsere Aufmerksamkeit zu spät auf die Veränderung der Nieren gerichtet war, konnten die Gelenke nicht mehr untersucht werden, in dem zweiten Falle ist dies geschehen, allein es ist nichts gefunden, was irgendwie auf das Bestehen einer arthritischen Gelenkveränderung hinwies. In dem letzteren Falle zeigte sich starke Schrumpfniere und zwar eine solche von der sogenannten rothen Sorte, von der man gemeint hat, dass sie zum Blei in einer näheren Beziehung stehe, ferner kolossale Herzhypertrophie, allerdings auch eine Erkrankung der Aorta, infolge deren auch in den Nieren die Zustände etwas complicirt wurden. Der andere Fall endlich brachte sehr kleine granulirte Nieren, wobei zugleich Herzhypertrophie bestand.

Zur Vervollständigung dieser Bilder habe ich mir erlaubt, eine frische Niere mitzubringen, welche die Verkalkung der geraden Harnkanälchen sehr sichtbar darbietet.

Endlich habe ich zur Erläuterung von dem, was ich über die Steine sagte, einige Blasensteine mitgebracht, zunächst einen harnsauren Stein, der äusserlich und auf einem Durchschnitt die Farbe erkennen lässt, von der ich hervorgehoben habe, dass sie anders ist, als diejenige, welche die gichtischen Ablagerungen zeigen, und nächstdem ein Präparat, welches schon makroskopisch die radiäre Zusammensetzung der Schichten zeigt, welche bei Zersplitterung der Steine entstehen.

Herr Hirschberg bemerkt in Bezug auf die Frage, ob die Bleicachexie mit der Nierenerkrankung zusammenhängt, dass er vor einiger Zeit eingehende Beobachtungen publicirt hat, die ergeben, dass die transitorische Amaurose, die Hauptkrankheit der Sehorgane bei Bleicachexie, auf einem rasch vorübergehenden urämischen Anfall beruht, und dass man ferner im Verlauf von ganz typischen Fällen von Bleicachexie chronische Nierenschrumpfung und eine darauf beruhende Retinitis albuminurica beobachtet.

Herr Senator fügt in Bezug auf die ätiologische Beziehung des Bleies zu Nephritis und Gicht hinzu, dass es experimentell nie gelungen ist, durch Blei Nephritis hervorzubringen, besonders auch nicht an Hunden, an denen Rosenstein sehr viele Versuche gemacht hat. Dagegen stehen die Beobachtungen an Menschen damit im Widerspruch. Vortr. hat schon neulich erwähnt, dass die Engländer und Franzosen sich sehr bestimmt zu Gunsten der Einwirkung von Blei nach dieser Richtung aussprechen. In Deutschland haben sich, namentlich im Harz, nach der Angabe von Ebstein, die Knappschaftsärzte, welche die Arbeiten der Bleibergwerke behandeln, gegen die Beziehungen des Bleies zur Nephritis und Gicht ausgesprochen.

(Schluss folgt.)

VIII. Die Gesellschaft für Heilkunde

hat in ihrer Sitzung vom 22. Januar den Cyclus von Vorträgen begonnen, über den wir schon mehrfach berichtet haben. Der Vorsitzende Herr O. Liebreich charakterisirte in kurzer und präciser Weise die Ziele der Gesellschaft bei dieser neuen Einrichtung. Wichtige Fragen der Medicin sollten in geschlossenen, abgerundeten Darlegungen von hervorragenden Männern des Faches so behandelt werden, dass ein gesichertes Verständniss für sie erreicht werde und das Fragmentarische, welches die Verhandlungen der Vereine naturgemäss im Allgemeinen charakterisire, fern bleibe. Aus dem gleichen Grunde fallen die eigentlichen Discussionen, die dort zur Klärung der Ansichten von selbstverständlich hoher Bedeutung sind, hier weg.

Hierauf nahm Herr Kronecker das Wort. Sein Vortrag fesselte über zwei Stunden die Anwesenden. Derselbe, durch zahlreiche Curventafeln und durch Experimente erläutert, war in jeder Beziehung meisterhaft und zeigte unter Anderem auch, welche Früchte grade der practischen Medicin aus solchen streng wissenschaftlichen Arbeiten erwachsen. — Den nächsten Vortrag am 29. Januar hält Herr Grawitz. Gäste sind willkommen [1]).

Aeusserlich bemerken wir noch dass, der Bedeutung dieser Vorträge entsprechend, die Publication derselben mit besonderer Sorgfalt durchgeführt werden wird, unter Beigabe von Illustrationen, wo dieselbe das Verständniss erleichtern. Die Vorträge bleiben auch nach ihrer Veröffentlichung in Beilagen zu dieser Wochenschrift geistiges Eigenthum der Gesellschaft, gegen die sich demnach jeder offene oder verschleierte Nachdruck richten würde.

IX. Allgemeiner ärztlicher Verein in Köln a. Rh.

Sitzung vom 25. Juni 1883.

Herr Neuss berichtet über einen Fall von Kali chloricum Vergiftung. Ein 30jähriger, gesunder, kräftiger Mann, der wegen Schwerhörigkeit das chirurgische Ambulatorium des Bürgerhospitales besuchte und dort wegen chronischer Pharyngitis galvanocaustisch behandelt wurde, erhielt die Weisung, mit chlorsaurem Kali zu gurgeln.

Die Verordnung lautete: „Kali chloric. 15,0 Dent. tal. dos. V. Signa: Zum Gurgeln“, mit dem mündlichen Auftrage, je 1 Pulver in einer Selterswasserflasche Wasser zu lösen und damit einigemal am Tage zu gurgeln. Statt dessen löste P. sämmtliche 5 Pulver (= 75 Grm.) in einer Selterswasserflasche auf, und anstatt zu gurgeln, trank er die gesammte Quantität aus, wiewohl er von einem Mädchen seiner Umgebung aufmerksam gemacht wurde, dass auf der Schachtel „zum Gurgeln“ geschrieben stehe.

Etwa zwei Stunden später verspürte P. heftiges Brennen im Unterleibe und schweres Uebelbefinden. Er erbrach mehrmals, wurde cyanotisch und von heftiger Athemnoth befallen. Auf dem Wege nach dem Bürgerhospitale starb P., sechs Stunden, nachdem er das Kali chloricum genommen hatte.

R. schildert eingehend den Sectionsbefund: die chocoladebraune Farbe des Blutes, die hochgradige Hyperaemie aller Unterleibseingeweide, die Schwellung der dunkelbraunrothen Milz, die Vergrösserung, Hyperämie und Braunfärbung der Nieren.

[1]) Die Sitzungen der Gesellschaft finden statt Dorotheenstr. 35 in der Bibliothek des physiologischen Institutes.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Inhalt der Harnblase (150 Grm.) und des Magens (480 Grm.) wurde gesammelt und von Herrn Apotheker Schack sorgfältig analysirt.

Im Harnblaseninhalte wurden 2,438 Grm., im Mageninhalte 2,668 Grm. Kali chloricum nachgewiesen. R. schildert die Methode des chemischen Nachweises des $KClO_3$.

Herr Leichtenstern: Der von Herrn Neuss vorgetragene Fall giebt mir Gelegenheit auch meine Beobachtungen über Kali chloricum-Vergiftung kurz mitzutheilen.

Was zunächst den eben gehörten Fall anlangt, so hat derselbe insofern Bedeutung, als er im Gegensatz zu manchen nicht ganz zweifellosen Fällen der Literatur, verschiedene Bedingungen eines Experimentes erfüllt. Ein gesunder, kräftiger Mann nimmt 75 Grm. Kali chloric. auf einmal, erkrankt zwei Stunden darauf mit Erbrechen, sich rasch steigernder, hochgradiger Athemnoth. Der Kranke wird tief cyanotisch und stirbt sechs Stunden nach Einnahme des Giftes. Die Leichenveränderungen sind die für Kali chloricum-Vergiftung charakteristischen, wie sie zuerst Marchand in seiner classischen Arbeit über diesen Gegenstand eingehend beschrieben hat.

Leider sind, durch ungünstige Umstände veranlasst, einige Punkte von Wichtigkeit ausser Acht gelassen worden, so die spectroskopische Untersuchung des Blutes und Harns, die mikroscopische Untersuchung des Blutes während des Lebens, die Untersuchung des Knochenmarkes, die Bestimmung des Chlorgehaltes des Blutes.

Dagegen zeichnet sich die Beobachtung durch eine sorgfältige quantitative Analyse des Kaliumchlorat-Gehaltes des Mageninhaltes und, was besonderes Interesse verdient, des Harns, aus. Es ist damit die mit Unrecht angezweifelte Behauptung früherer Pharmakologen, dass Kaliumchlorat unzersetzt durch die Nieren wieder ausgeschieden werden kann, bestätigt worden, wenn auch selbstverständlich eine andere Angabe, wonach alles ins Blut aufgenommene Kaliumchlorat als solches im Harne wieder zum Vorschein komme, zweifellos irrig ist.

Zu den trotz der Arbeiten hervorragender Forscher noch nicht endgültig gelösten Fragen bezüglich der Wirkungen und Folgen der Kaliumchlorat-Vergiftung gehören unter Anderem folgende: Giebt der Zerfall der Erythrocyten unter dem Einflusse des Kaliumchlorates ausser zur Bildung gelösten Hämoglobins (resp. Methämoglobins) zu einer bereits intra vitam im Blute nachweisbaren Anhäufung geformter, körniger Zerfallsproducte Veranlassung? Findet die Ausscheidung des gelösten Hämoglobins und Methämoglobins in den Nieren durch die Glomeruli oder die Harnkanälchen, oder durch beide statt? Sind die braunen körnigen Cylinder in den Harnkanälchen dort erst durch Niederschläge aus dem gelösten Hämoglobin entstanden, etwa durch Wasserentziehung in den geraden Harnkanälchen, oder durch eine Function der Epithelien der Harnkanälchen, ähnlich der Ausscheidung des indigschwefelsauren Natriums oder des Carmins? Ist die Bildung von Methämoglobin für die bei Kaliumchlorat-Vergiftung auftretende Hämoglobinämie charakteristisch, wie dies die Oxydation des Hämoglobins zu Methämoglobin bei der Reduction des Kaliumchlorates zu Kaliumchlorid erwarten lässt? Diese und zahlreiche andere Fragen harren meines Erachtens noch der definitiven Lösung.

Ich verdanke der Güte des Herrn Neuss die Untersuchung der Nieren seines Falles, und möchte im Anschluss an das bereits vom Vorredner Gesagte Einiges über den mikroskopischen Befund in denselben mittheilen. Ich bemerke, dass die Niere kurze Zeit in starkem Alcohol aufbewahrt war, bekanntlich nicht die beste Conservirungsmethode, wenigstens was das Studium der feineren Epithelveränderungen, die Erhaltung der rothen Blutkörper etc. anlangt. Die Niere ist vergrössert, von dunkelbraunrother Farbe, die von der noch dunkleren Färbung der Pyramiden scharf absticht. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt eine enorme Blutfüllung des Gefässsystems, besonders der Capillaren, deren natürliche Injection durch ihre ungewöhnliche Intensität so prägnant hervortritt, dass selbst künstliche Injection dies kaum schöner zu zeigen vermöchte.

Besondere Sorgfalt wurde dem Verhalten der Glomeruli zugewandt. Die Gefässschlingen derselben sind aufs Dichteste mit Blut erfüllt, dunkelbraunroth und so stark ausgedehnt, dass nur da und dort noch schmale sichelförmige Räume zwischen der Oberfläche der Knäuel und der Kapsel existiren. Zuweilen aber besteht ein breiterer Raum zwischen beiden, der aber nie von rothbraunen, körnigen Massen, wie sie so reichlich in den Kanälchen der Rinde und des Markes sich vorfinden, sondern von spärlichen, feinkörnigen, hellen, pigmentlosen Körnchen erfüllt, oder gänzlich leer ist. Eine Proliferation der Glomerulus-Epithelien, Desquamation, Vacuolenbildung derselben, hyaline Massen im Kapselraume etc. wurden nie angetroffen. Die Schlingenzeichnung der Glomeruli ist durch die homogen-dunkelbraunrothe Farbe derselben äusserst undeutlich.

Von hohem Interesse ist das Verhalten der verschiedenen Abtheilungen des Harnkanälchensystemes. Während die Sammelröhren der Rinde und der Pyramiden fast in toto, theils von trüben braunrothen, körnigen Massen, theils von glänzenden, grobkörnigen oder scholligen, muschelartig oder wolkenförmig aufeinander geballten Massen vollgestopft sind, findet sich der grössere Theil der Tubuli contorti frei von derartigen Inhaltsmassen, welche nur da und dort streckenweise in denselben auftreten. Hyaline Cylinder, und das ist wichtig, fehlen gänzlich.

Die Epithelien der gewundenen Harnkanälchen treten meist deutlich mit hellen scharf contourirten Kernen versehen zum Vorschein und nur da, wo körnige Massen oder glänzende schollige Cylinder das Lumen erfüllen, wie besonders in den Sammelröhren, ist das Epithel unkenntlich, entweder platt gedrückt oder in der Körnermasse untergegangen.

Dennoch zeigen die Epithelzellen der gewundenen Kanälchen eine höchst auffallende, sofort in die Augen springende Veränderung. Sie sind nämlich braun tingirt, theils hell, theils dunkel oder schmutzig braunroth gefärbt, theils homogen tingirt, theils mit äusserst feinkörnigen braunen Massen erfüllt, so dass die Kerne dadurch streckenweise gänzlich verdeckt sind, ein Verhalten, das in mancher Hinsicht an die frühesten Stadien der Indigo-Niere erinnert.

Ist diese Braunfärbung und braunkörnige Trübung der Epithelzellen ein Kunstproduct oder nur eine scheinbare? Handelt es sich etwa um eine cadaveröse Imbibition derselben im Gefolge der enormen Capillarhyperämie, oder ist die Braunfärbung nur eine scheinbare, etwa dadurch hervorgerufen, dass die die Harnkanälchen umspinnenden blutstrotzenden Capillaren, indem sie sich an Schnitten mit dem Epithelsaum decken, diesem eine braune Färbung bei durchfallendem Lichte verleihen? Keines von beiden. Es handelt sich in der That um Braunfärbung und braunkörnige Trübung der Epithelien der gewundenen, z. Th. auch der Sammel-Kanälchen.

So gewagt es erscheinen mag, auf Grund einer einzigen, noch dazu bisher isolirt dastehenden Beobachtung einen Rückschluss auf die bei Kalichloricum-Vergiftung in der Niere sich abspielenden Vorgänge zu ziehen, so kann ich doch nicht umhin, hervorzuheben, dass die histologischen Facta in der vorliegenden Niere den Eindruck erwecken, dass die Epithelien der Harnkanälchen hierbei eine wesentliche Rolle spielen, sei es, dass sie das von den Glomerulis abgeschiedene Hämoglobin in sich aufnehmen oder, was mir plausibler erscheint, dass sie das durch die enorm gefüllten Rindencapillaren austretende gelöste Hämoglobin und Methämoglobin anziehen, um es, so lange die Function der Epithelien anhält, in das Lumen der Harnkanälchen abzugeben, wo es weiterhin körnig oder schollig metamorphosirt. In einem späteren Stadium treten auch im Zellleibe der Epithelien selbst braunkörnige Niederschläge auf. Dass sich die Hauptmasse der körnigen Ausscheidungen in den Sammel-Röhren in continuo anhäuft, hat in der daselbst stattfindenden Eindickung der Massen durch Wasserresorption, hauptsächlich aber wohl darin seinen Grund, dass der von den Glomerulis her nachrückende Wasserstrom sie dorthin spült, von wo sie bei der allmählich versiegenden Herzkraft und dem damit successive geringer werdenden Absonderungsdrucke nicht mehr weiter geschoben werden können. (Stadium der Anurie.) Nimmt man an, dass die Function der Harnkanälchen-Epithelien, nämlich die Ausscheidung des gelösten Hämoglobins, etwas früher erlischt, als die Wasserabsonderung durch die Glomeruli, so erklärt sich hieraus die Seltenheit der braunkörnigen Cylinder in jenem Theil der gewundenen Harnkanälchen, welcher den Glomerulis zunächst liegt.

Niemals habe ich in dieser häufig und eingehend studirten Niere Bilder angetroffen, welche einer ursprünglich von Marchand geäusserten Vermuthung zur Stütze gereichen konnten, dass nämlich die braunkörnigen Cylinder in den Harnkanälchen zum Theil von rothen Blutkörperchen herrühren könnten, welche durch eine Art Diapedese direct durch die Wand der Kanälchen hindurch in das Lumen derselben eingetreten wären. Nirgends fand ich in den körnigen Massen innerhalb der Harnkanälchen Contouren oder Schatten von Erythrocyten, während andererseits in den strotzend gefüllten Capillaren niemals körnige oder schollige Ausscheidungen wahrgenommen wurden.

Wenn wir die Ursachen des Kali chloricum-Todes richtig interpretiren wollen, ist es dringend nothwendig, die peracuten Fälle, wie sie durch die einmalige Einverleibung einer ungewöhnlich grossen Dosis des Giftes hervorgerufen werden, von der chronischen (oder subacuten) Vergiftung sorgfältig zu trennen.

Allzusehr hat man, die kythämolytische Wirkung des Kaliumchlorates an die Spitze stellend, der Vorstellung gehuldigt, als wenn alles Unheil jederzeit hauptsächlich von dem Untergange zahlreicher rother Blutkörper, als der „Sauerstoffträger" herrühre, wodurch auch die Dyspnoë und Cyanose bedingt werde. Nichts ist irriger. Welch enorme Mengen von Blut verloren gehen können, ohne dass das Leben erlischt, ohne dass Cyanose eintritt, lehrt die tägliche Erfahrung bei grossen Blutverlusten zur Genüge.

Unstreitig handelt es sich in diesen peracuten Fällen um nichts

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anderes, als um die direct herzlähmende Wirkung der Kalisalze, des eingeführten Kaliumchlorates und vielleicht z. Th. auch des bei der Auflösung der rothen Blutkörper ins Plasma übertretenden Kalis. Die Cyanose und Dyspnoë, die Kälte der Extremitäten, der schwere Collaps sind nichts Anderes, als die Zeichen der durch Kali chloricum bedingten Herzlähmung, welche Verlangsamung der Circulation in der Peripherie und den Lungen, kurz in allen Organen zur Folge hat. Die Veränderungen in den Nieren sind in diesen peracut tödtlichen Fällen zwar anatomisch sehr interessant, quoad causam mortis aber geradezu irrelevant. Die Kranken sterben weit eher am gelähmtem Herzen, als sie durch die Auflösung der rothen Blutkörper, oder durch Verstopfung der Nieren und Urämie zu Grunde gehen könnten.

Davon wesentlich verschieden sind die chronischen Vergiftungsfälle. Freilich spielt auch hierbei die herzlähmende Wirkung des Kali chloricum eine wichtige Rolle, aber sie reicht nicht aus, einzig und allein den Tod zu erklären.

Bei diesen chronischen Fällen spielen neben der herzlähmenden Wirkung des Kali chloricum die in den Nieren zur Ausscheidung gelangenden körnigen Zerfallsproducte der Erythrocyten eine wichtige Rolle. Sie verstopfen das ausführende Kanalsystem (die Sammelröhren) schliesslich bis zur Unwegsamkeit, und zwar deshalb, weil das durch das Kali chloricum geschwächte Herz nicht mehr im Stande ist, durch eine gesteigerte Vis a tergo, durch eine Erhöhung des Druckes in den Glomerulis und des davon abhängigen Secretionsdruckes die vermehrten Widerstände in den harnabführenden Wegen zu überwinden. Es tritt Anurie und in ihrem Gefolge früher oder später Urämie ein, an welcher die Kranken bei der chronischen Vergiftung zu Grunde gehen.

Nun verstehen wir die in der Literatur der Kaliumchlorat-Vergiftung häufig wiederkehrende, auf den ersten Blick frappirende Thatsache, dass zuweilen relativ geringfügige, für gewöhnlich, unschädliche Dosen den schweren Symptomencomplex der Vergiftung hervorriefen, wir verstehen es, dass selbst grosse Dosen bei einem Patienten mit Blasenkatarrh vortrefflich ertragen werden, weit geringere Dosen bei einem schweren Diphtherie-Kranken dagegen vergiftend wirken. Es kommt eben wesentlich auf den Zustand des Herzens an. Ein gesunder Herzmuskel vermag die in den Harnkanälchen sich ansammelnden geformten Blutschlacken durch genügenden Secretionsdruck zu bewältigen; ein durch Diphtherie geschwächtes Herz dagegen kann bereits durch geringfügige Dosen des Kaliumchlorates so erheblich in seiner Leistungsfähigkeit gestört werden, dass entweder direct Herztod oder ein hoher Grad von Insufficienz des Herzens entsteht. Dann reicht der Secretionsdruck in den Nieren nicht mehr aus, die geformten Blutschlacken durch das Kanalsystem zu treiben, sie sammeln sich hier successive an, verlegen den grössten Theil der Sammelröhren, Anurie und Urämie ist die Folge davon.

Die therapeutischen Folgerungen, die hieraus für die Kaliumchlorat-Vergiftung zu ziehen sind, ergeben sich von selbst. Sie lauten: Reizmittel für das Herz, unter Umständen, in chronischen Fällen, vorsichtige Versuche mit Digitalis und anderen Diureticis.

Meine Erfahrungen über Kalichloricum-Vergiftung beschränken sich auf folgende zwei von mir beobachtete Fälle.

1. Ein 33jähriger, kräftiger Mann, welcher auf der syphilitischen Station meines Hospitals eine Schmierkur durchmachte, erhielt ein 5 p. Ct. Kali chloric. enthaltendes Gurgelwasser, dem Aq. Menthae zugesetzt war, verordnet, mit der Weisung und Signatur, mehrmals am Tage zu gurgeln. Patient trank die gesammte Quantität (500 Grm.) in der Zeit von der Morgen- bis zur Abend-Visite aus, in der unbegreiflichen Meinung befangen „dass es Selterwasser sei". Er ging nach fünftägiger, fast completer Anurie unter allen Symptomen der Kali-chloricum-Vergiftung zu Grunde. Die Section wies die bekannten Veränderungen nach.

Die Beobachtung des zweiten Falles, der in vielfacher Hinsicht besonderes Interesse verdient, verdanke ich der Güte meines verehrten Freundes und Collegen, des Herrn Sanitätsrathes Dr. Lent.

2. Herr Consistorialrath S., 48 Jahre alt, empfand brennende Schmerzen an der Zunge, deren Ränder angeblich geröthet waren. Da er seinen Hausarzt in der Sprechstunde nicht mehr antraf, begab er sich in eine Apotheke, um sich dort ein Mittel geben zu lassen. Der Apotheker verabreichte ihm eine Schachtel chlorsauren Kalis, mindestens, wie die Grösse derselben erwies, 30 Grm. Herr S. gab sich nun daran, vom Mittag bis zum Abend alle 10 Minuten mit in kleinen Quantitäten Wasser aufgelöstem Salze den Mund auszuspülen, sowie auch zu gurgeln, wobei, wie er zugab, immerhin auch kleine Quantitäten geschluckt wurden. Gegen Abend, nachdem die gesammte Salzmenge auf diese Weise aufgebraucht war, stellte sich plötzlich ein schwerer Collaps ein, der die schleunige Herbeiziehung des Arztes zur Folge hatte. Der in der darauf folgenden Nacht zuletzt gelassene, spärliche Urin hatte eine dunkelbraune Farbe, war äusserst trübe und, wie Herr College Lent nachwies, stark Eiweiss-haltig. Vom andern Morgen an — die Kräfte des Patienten hatten sich mittlerweile wieder gehoben — trat complete Anurie ein, welche als solche volle sieben Tage anhielt.

Die von uns gemeinsam vorgenommene Untersuchung der Mund- und Rachen-Organe ergab ausser stark belegter Zunge normale Beschaffenheit derselben. Die Hautfarbe bekam allmählich einen leichten Stich ins Blassgelbe, die Sclera blieb weiss. Der Puls anfangs klein und anhaltend beschleunigt, hob sich im Verlaufe der Beobachtung zu grösserer Spannung; die Temperatur war meist subnormal, P. befand sich in einer sich mehr und mehr steigernden Unruhe, war schlaflos, doch blieb das Sensorium anhaltend frei. Es bestand totale Apetitlosigkeit, Uebelsein, Würgen, zuweilen spärliches Erbrechen.

Am 6. Tage der Anurie traten leichte psychische Störungen ein, Apathie und Unruhe wechselnd, ängstliches Zusammenschrecken, plötzliches Auffahren, leichte Zuckungen in den Extremitäten. Die von Anfang an normale Respiration wurde beschleunigt, unrhythmisch und inaequalis, ohne dass es zu periodisch intermittirender Respiration gekommen wäre. Daneben dauerte das Erbrechen fort. Der Puls war stark gespannt und beschleunigt. Man kann sich denken, mit welcher Sehnsucht vom Kranken, seinen Angehörigen und uns Aerzten das Wiedererscheinen der Harnsecretion herbeigewünscht, mit welcher Spannung und Aufmerksamkeit auf jeden Tropfen Urin, der abgesondert worden wäre, geachtet wurde. Mehrmals wurde in der Ungeduld des Zuwartens der Katheter angelegt, stets mit absolut negativem Resultate. Erst am achten Tage nach dem Eintritt der Vergiftung, also nach siebentägiger completer Anurie, nachdem unsere Hoffnungen, den Kranken zu erhalten, bereits sehr geringe geworden waren, trat die Urinsecretion wieder ein. Die zuerst auftretende Menge, ca. 30 Ccm war dunkel, sehr trübe, enthielt mässig Eiweiss und zahlreiche braunkörnige Sedimente, theils in Cylinderform, theils in unregelmässigen Schollen oder Haufen. Die Urinsecretion, einmal in Gang gekommen, hob sich überraschend schnell. Noch am gleichen Tage bis zum Abend wurde eine ziemlich reichliche Menge, successive immer heller werdenden Harns von normaler Farbe entleert, der nur noch eben nachweisbare Spuren von Albumin enthielt. Auf das Stadium der Anurie folgte eine reichliche Polyurie, und binnen wenigen Tagen war P. vollständig wieder hergestellt.

Dieser Fall verleiht vom klinischen Standpunkte der anatomischerseits bereits wiederholt hervorgehobenen Thatsache eine Stütze, dass die Nierenveränderungen bei der Kali-chloricum-Vergiftung mit einer eigentlichen Nephritis (also auch Glomerulonephritis) Nichts zu thun haben, da eine so rapide Rückkehr des Harns zur vollständigen Norm nach siebentägiger Anurie mit der Annahme entzündlicher Processe in den Nieren nicht wohl vereinbar ist.

Wollen wir den klinischen Verlauf unseres Falles erklären, so dürfte Folgendes anzunehmen sein. Das in grosser Menge ins Blut aufgenommene Kaliumchlorat verursacht in erster Linie einen schweren Herz-Shock. Die ersten Erscheinungen bestehen in einem schwereren Collaps, mit den Symptomen der Herzschwäche, der verlangsamten Circulation, nämlich: Kälte, Cyanose, Dyspnoë, Tachycardie und Kleinheit des Pulses. Während sich das Herz von diesem primären Shock zwar wiedererholt aber doch geschwächt bleibt, sammeln sich mittlerweile die aus der Zerstörung der Erythrocyten resultirenden, und in den Nieren in Form körniger Niederschläge ausgeschiedenen Blutschlacken mehr und mehr in den Sammelröhren derselben an, und, da sie durch eine Steigerung des Secretionsdruckes nicht weiter befördert werden können, verstopfen sie das gesammte Gebiet der harnabführenden Nierenkanäle.

Wir müssen annehmen, dass sämmtliche oder fast sämmtliche Sammelröhren streckenweise total verlegt waren; denn wir wissen aus anderen Erfahrungen, dass selbst bei höchstgradiger doppelseitiger Nierenatrophie, wobei $^2/_3$ und mehr des secernirenden Systemes zu Grunde gegangen sind, durch die restirenden Glomeruli und Harnkanälchen noch reichliche Harnmengen abgeschieden werden können.

Wie erklärt sich aber die siebentägige Dauer der totalen Anurie, wie erklärt es sich, dass das Hinderniss in den Harnkanälchen erst am 8. Tage durchbrochen wurde? Hat das vom Kaliumchlorat-Shock getroffene Herz volle 7 Tage bedurft, um sich wieder zu erholen und durch gesteigerten Secretionsdruck die Widerstände in den Sammelröhren zu überwinden? oder handelt es sich um ein ganz allmähliches Vorrücken der die Sammelröhren verstopfenden cylindrischen Ausgüsse, ein Vorrücken, das 7 Tage dauert, bis die letzten Cylinder die Oeffnungen des „Cribrum benedictum" passiren? oder tritt innerhalb der verstopfenden Massen eine allmähliche chemische Veränderung oder Lockerung ein, welche am 8. Tage jenen Grad erreicht, dass der fortdauernd geringe Secretionsdruck schliesslich doch noch genügt, die verstopfenden Cylinder auszutreiben. Mir scheint ausser diesen wenig wahrscheinlichen Möglichkeiten eine andere wenigstens der Discussion fähig. Nehmen wir an, und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Manches spricht dafür, dass die während der Anurie im Blute sich ansammelnden „Stoffwechselprodukte“, welche ähnlich auf das Herz wirken wie die Digitalis, erst am 7. Tage in jener Dosis im Blute angehäuft waren, um kräftig Herzerregend und Blutdrucksteigernd zu wirken, so liesse sich das Wiedererscheinen der Harnsecretion am 8. Tage mit der durch die Stoffwechselprodukte bedingten Steigerung der Energie der Herzcontractionen erklären. Auch das Centralorgan des Nervensystemes hat in unserem Falle erst am 6. Tage auf die Anhäufung der Stoffwechselprodukte mit Erscheinungen reagirt, welche allenfalls als „urämische“ zu bezeichnen waren.

Es ist unser Fall noch in manch anderer Hinsicht von Interesse, so namentlich auch für die Frage der „Urämie“. Ich will indessen auf diesen hier schon so oft von mir erörterten Gegenstand nicht weiter eingehen. Es genügt, daran zu erinnern, wie sehr sich unser Fall von siebentägiger completer Anurie, ohne ernste „urämische“ Erscheinungen, unterscheidet von jenen Fällen von acuter Scharlach-Nephritis, wobei sich in kürzester Zeit, trotz fortdauernder Nierensecretion, ja zuweilen sogar im Stadium der Polyurie, die schwersten, ebenfalls mit dem Namen „Urämie“ bezeichneten Symptome (Convulsionen, Erbrechen, Coma, Dyspnoë, Tachycardie etc.) einstellen. Da in derartigen peracuten Fällen von Urämie die normalen Stoffwechselprodukte oft in einer der geringen Nahrungsaufnahme entsprechenden Menge entleert werden, so muss es sich in diesen Fällen um ganz andere Ursachen (Gifte) handeln, welche den „urämischen“ Intoxications-Erscheinungen zu Grunde liegen, während, wie unser oben erzählter Fall lehrt, die Ansammlung der normalen Stoffwechselprodukte bei totaler Anurie volle 7 Tage braucht, um die ersten Andeutungen von „Urämie“ in's Leben zu rufen.

R. weist ferner auf die seltenen Fälle hin, wo es im Verlaufe von Infectionskrankheiten zu schweren Erscheinungen von Autointoxication, zuweilen mit „urämischen“ Symptomen kommt, Fälle, welche mit der Kali chloricum-Vergiftung mancherlei symptomatisch und pathogenetisch gemeinsam haben, so den Zerfall rother Blutkörper, den daraus resultirenden „Icterus“, die Verstopfung der Harnkanälchen mit geformten Blutschlacken, die Ausscheidung derselben mit dem Harn, die Anurie etc. Am häufigsten scheint eine derartige kythämolytische Wirkung dem Diphtheriegifte zuzukommen. R. bezieht sich auf einen gemeinsam mit Herrn San.-R. Dr. Becker beobachteten und von diesem beschriebenen derartigen Fall. (Berl. klin. Wochenschr. 1880. S. 427ff.)

X. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde. [1])

Sitzung am 14. Januar 1884.

Vorsitzender: Herr Westphal.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Herr Remak demonstrirt einen von Hirschmann construirten Verticalgalvanometer. Dieser Apparat zeichnet sich durch wesentliche Verbesserungen aus und ist entschieden allen anderen Instrumenten dieser Art vorzuziehen. — Herr Bernhardt bestätigt die Brauchbarkeit des Apparates, macht aber noch auf einzelne Uebelstände desselben aufmerksam, deren Beseitigung wünschenswerth erscheint.

Herr Westphal spricht hierauf über Erkrankung peripherischer Nerven bei Tabes. Er beabsichtige nur eine Einleitung zu dem folgenden Vortrage des Herrn Sakaky zu geben, der der Gesellschaft auch Präparate vorzeigen werde. Bisher habe man sich bei Tabes wenig mit der Untersuchung der peripheren Nerven befasst, weil das Interesse stets dem Centrum zugewandt gewesen. Wenn auch einzelne hierher gehörige Untersuchungen gemacht sind, so seien dieselben doch mangelhaft und unbewiesen geblieben. Vortragender hat 1878 zum ersten Male bei einer Tabeskranken einen gemischten Nerven untersucht und eine auffallende Atrophie der Nervenfasern gesehen. Dieser Befund habe nicht die ihm gebührende Berücksichtigung gefunden, bis in neuerer Zeit Déjerine sich mit diesem Gegenstande beschäftigte. Derselbe fand auch kürzlich bei zwei Kranken die intra vitam die Symptome der gewöhnlichen Tabes zeigten, bei der Autopsie ein normales Rückenmark, die Hautnerven dagegen atrophirt. Vor wenigen Monaten gelangte auf der Abtheilung des Vortragenden ein Tabesfall zur Autopsie, bei welchem der N. Saphenus major und minor atrophisch gefunden wurden. Nach der Peripherie erschienen sie mehr grau und degenerirt als nach dem Centrum hin. Herr Dr. Sakaky hat die weitere Untersuchung übernommen und die kranken Nerven mit gesunden verglichen. Therapeutisch sei diese Beobachtung nicht ohne Bedeutung; hätte Langenbuch sie gekannt, so wäre sie ihm für die Rechtfertigung seiner Methode gewiss willkommen gewesen. —

Im Anschluss hieran hält

Herr Sakaky (Japan) seinen angekündigten Vortrag: Untersuchung peripherischer Nerven bei Tabes. Es sei eine ziemlich bekannte Thatsache, dass es in der Krankheit, welche mit dem Namen Tabes dorsalis bezeichnet werde, sich um eine Affection der Hinterfläche des Rückenmarks handle, ob aber ausserdem noch andere Theile des Nervensystems erkrankt, darüber sei bisher die Untersuchung mangelhaft geblieben. Auf Veranlassung und unter Anleitung des Herrn Prof. Westphal habe er die peripheren Nerven in diese Beziehung einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Ehe er zur Demonstration übergehe, erlaube er sich die betreffende Krankengeschichte anzuführen. Es handelte sich um eine 38jährige Frau, bei der die ersten Symptome der Krankheit 1875 sich zeigten. (Ziehende Schmerzen, Erbrechen, Kopfweh.) In den folgenden Jahren wurden die Beine und Arme afficirt und wurde Patientin deshalb 1878 auf die Westphal'sche Nervenabtheilung aufgenommen. Der damalige Status praesens ergab die Symptome der gewöhnlichen Tabes dorsalis (Unsicherheit der Bewegungen, Crises gastriques, Fehlen des Kniephänomens u. s. w.) 4 Jahre später, (1 Jahr vor dem Tode) hatten alle Symptome erheblich zugenommen. Nach 9jähriger Dauer endete die Krankheit im Juli 1883 letal. Die Autopsie wurde gemacht. Es wurden verschiedene gemischte Nerven (Nervus Saphenus major und minor, Nervus perforans) herauspräparirt und in Chromsäure erhärtet. Zum Vergleich wurden gleichzeitig die entsprechenden normalen Nerven untersucht und die Nervenfasern gezählt. Im centralen Abschnitte des N. Saphenus major wurden etwa $^3/_4$ und in seinen peripheren Theilen kaum der vierte Theil der gesunden und markhaltigen Fasern gefunden, die im intacten Nerven vorhanden sind. — Was den pathologischen Process betrifft, so bestehe er in Degeneration und Atrophie der Nervenfasern. — Die Untersuchung des Rückenmarks und der Wurzeln habe er noch nicht vorgenommen; aber man sehe schon die charakteristischen Veränderungen. —

Herr Uhthoff: Ueber Sehnervenatrophie.

Mit seinen schon früher beschriebenen Fällen von Sehnervenatrophie erstreckt sich das Material des Vortragenden nun auf 154 Fälle. Bezüglich der Aetiologie ist

die spinale Sehnervenatrophie vertreten mit . .	29,9	Proc.
die cerebralen Ursprungs (mit oder ohne Neuritis) mit	24	„
die genuine, progressive Sehnervenatrophie mit . . .	15	„
die Sehnervenatrophie aus Neuritis mit.	12	„
die Sehnervenatrophie in Folge von Orbitalleiden . .	6	„
bei progressiver Paralyse mit	4,2	„

Andere Ursachen konnten nicht eruirt werden.

Die spinale Sehnervenatrophie ergiebt mit beinahe 30 Proc. einen höheren Procentsatz, als früher angenommen worden ist. Je genauer und je länger man beobachtet, desto mehr nimmt die Zahl der genuinen Atrophie ab, möglich, dass sie ganz verschwindet. Von Einfluss ist hierbei die durch Berücksichtigung des Kniephänomens erleichterte Diagnose der spinalen Affectionen.

In Bezug auf Gesichtsfelddefecte unterscheidet U. 4 Formen, die er einer eingehenden Besprechung unterzieht. —

Was die cerebrale Sehnervenatrophie anlangt, so fand U. in der Hälfte etwa noch Spuren von Neuritis. $^1/_3$ aller Fälle betrifft jugendliche Individuen. — Bei der hereditären Neuritis fällt das vorwiegende Ergriffensein des männlichen Geschlechts auf. Bei der hereditären Neuritis wurden keine anderen Störungen des Nervensystems beobachtet, nur einmal war dieselbe mit Diabetes complicirt. Auffällig erscheint der äusserst geringe Procentsatz von 4,2 bei Dementia paralytica. U. kann ihn sich nur erklären, indem er annimmt, dass sehr viele Paralytiker sich in den Irrenanstalten befinden und in den Augenkliniken nicht zur Cognition kommen. Darauf Vorstellung eines Kranken und Demonstration mehrerer Präparate von Sehnervenatrophie.

XI. Journal-Revue

Pathologische Anatomie.

1.

Köbner: Multiple Neurome im Bereich des Plexus brachialis sinister, cavernöse Angiome, Lymphangiome und Neurofibrome der linken oberen Extremität. Virchow's Arch. Bd. 93, S. 343.

Bei einem 21jährigen, wegen anderweitiger Erkrankung behandelten Menschen, wurde die Aufmerksamkeit auf zahlreiche Tumoren des linken Armes gelenkt. Dieselben stellten sich zum Theil dar als dunkelblaurothe, besonders am Vorderarm gelegene Angiome, zum Theil als farblose Lymphangiome, die subcutan lagen oder als helle Bläschen über die Haut hervortraten. Ferner existirten vom Plexus brachialis beginnend und bis in die feinsten Verzweigungen sich erstreckend, zahlreiche deutlich an den Nerven sitzende Neurome, die sämmtlich nicht spontan, aber auf Druck äusserst schmerzhaft waren. Ausserdem waren vorhanden fibröse Knoten der Haut ohne deutlichen Nervenzusammenhang. Letztere dürfen aber auf Grund der neuesten Untersuchungen (v. Recklinghausen) als genetisch gleichwerthig mit jenen betrachtet werden. Ein Angiom wurde schon bei der Geburt beobachtet, die anderen Tumoren sollen erst in den ersten 6 Monaten entstanden und dann langsam gewachsen sein. Erblichkeit nicht nachweisbar. Die Schmerzhaftigkeit aller Neurome auf Druck hat Patienten von früh auf veranlasst, den Arm möglichst wenig zu gebrauchen, und darin liegt wohl der Grund einer beträchtlich geringeren Entwicklung gegenüber dem rechten.

Ribbert.

Lewinski: Lymphangiome der Haut mit verkalktem Inhalt. Virchow's Arch. Bd. 91, S. 371.

Aus der Scrotalhaut eines Knaben stammen 4 erbsengrosse, harte Geschwülstchen, die beim Durchschneiden sich als verkalkt erweisen. Der Kalk liegt in schwammartig angeordneten Räumen der Haut, und zwar,

[1]) Indem wir heute mit der Veröffentlichung von Originalberichten über die Verhandlungen dieser Gesellschaft beginnen, erklären wir ausdrücklich, dass die Referate, wenn auch mit aller Sorgfalt ausgeführt, doch einen lediglich privaten Charakter tragen. Die Redaction erklärt sich für ihren Inhalt nach jeder Richtung hin verantwortlich, und bittet, alle etwaigen Reclamationen an sie zu richten.

Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

wie sich nach Extraction der Salze ergiebt, in geronnener Lymphe. Die Räume nämlich sind erweiterte Lymphspalten, in denen nur wenige wandständige Endothelien nachweisbar sind, und die Geschwülste als Ganzes müssen demnach als Lymphangiome bezeichnet werden. Die histologischen Bilder der entkalkten Tumoren stimmen genau mit den von Wegner veröffentlichten überein. Ribbert.

Grawitz: Die sogenannten Lipome der Niere. Virch. Arch. Bd. 93, S. 39.

Echte Lipome der Niere sind sehr selten. Ausser dem von Virchow in der Onkologie angeführten derartigen Tumor, sah Verf. nur noch einen weiteren in der Berliner Sammlung. Die Geschwülste, die gewöhnlich als Lipome der Niere bezeichnet werden, sind in der Rinde unter der Kapsel gelegene, auf der Oberfläche oft vorspringende Knoten von grauweisser, nicht gelber Farbe, die so auf den ersten Blick den Eindruck von Sarkomen machen. Die Untersuchung einer Reihe derartiger Tumoren hat nun ergeben, dass sie bestehen aus epithelialen fetthaltigen Elementen mit einer bindegewebigen Grundsubstanz. Erstere sind in Zügen und Haufen angeordnet, die einzelnen Zellen haben aber keine Aehnlichkeit mit den Nierenepithelien, und nirgendwo lässt sich ein Uebergang der Zellschläuche der Geschwulst zu den Harnkanälchen der umgebenden Rinde nachweisen. Vielmehr wird der Knoten, wie auch makroskopisch oft erkennbar, durch eine mehr oder weniger breite bindegewebige Kapsel von dem Nierengewebe getrennt, welche einerseits in das Bindegewebe der Rinde, andererseits in die Gewebssubstanz des Tumors übergeht; diese ist oft so wenig entwickelt, dass die Zellen weit überwiegen und ein mehr sarkomatöser Charakter entsteht. Die ganze Structur des Tumors entspricht fast völlig dem Gewebe der Nebenniere. Diese Uebereinstimmung und der Umstand, dass nicht selten abgesprengte Theile der Nebenniere auf und in der Nebenniere gefunden werden, die noch deutlich als solche erkennbar sind, sich aber nach Fettgehalt und Abgrenzung gegen die Niere wie jene Tumoren verhalten, ist bestimmend für die Annahme, dass die sogenannten Lipome der Nierenrinde aus versprengten Nebennierenabschnitten hervorgehen und damit in dieselbe ätiologische Gruppe gehören, wie die von Virchow entsprechend abgeleiteten Chondrome der Röhrenknochen. Ribbert.

Liborius: Zur Casuistik der Mediastinaltumoren. Virch. Arch. Bd. 93, S. 401.

Ein 34jähriger russischer Feldwebel erkrankte, nachdem er 2 Monate früher einen Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte, unter heftiger Athemnoth, und objectiv wurde eine erhebliche Verbreiterung der Herzdämpfung und ein systolisches Geräusch nachgewiesen. Man dachte an eine vielleicht mit Pericarditis complicirte Stenose der Aorta. Die Section ergab einen unerwarteten Befund. Im Herzbeutel lag in der linken Hälfte ein mannskopfgrosser, höckriger, vielfach gerinnselartiger Tumor, der das Herz nach rechts gedrängt und comprimirt hatte. Links oben war er mit dem stark verdickten Herzbeutel fest verwachsen. Im linken oberen Lungenlappen zwei graue feste metastatische Knoten. Histologisch bot die Geschwulst eine sarkomatöse Structur, die allerdings nur in den Tumoren der Lungen rein zum Ausdruck gelangte. Aus dem Sitze der Neubildung musste auf ihre Entstehung aus dem Herzbeutel, vielleicht auch einer dicht anliegenden Lymphdrüse geschlossen werden. Ausser durch die seltene Oertlichkeit bietet die Geschwulst deshalb Interesse, weil sie intra vitam nicht vermuthet werden konnte. Es fehlten alle für die Mediastinaltumoren charakteristischen Symptome: Hervorwölbung des Thorax, Druckerscheinungen auf die Trachea, den Oesophagus, die benachbarten Venen, es fehlten Lymphdrüsenschwellungen etc. Der voraufgegangene Gelenkrheumatismus, der ja sonst zur differentiellen Diagnose wichtig sein würde, konnte im vorliegenden Falle nur irre führen. Ribbert.

Arzneimittellehre.

1.

Combinirte subcutane Anwendung von Morphin und Atropin bei der Chloroformnarkose.

In No. 2 dieses Jahrgangs berichtete Ref. über Aubert's günstige Wahrnehmungen bei der Chloroformnarkose, wenn man derselben subcutane Morphininjectionen mit Zusatz von Atropin vorangehen liess. Es verdient nun noch hinzugefügt zu werden, dass Aubert seine Mittheilungen im Anschluss an einen 14 Tage vorher in der Société de Biologie gehaltenen Vortrag von Paul Bert über den Antagonismus des Atropin und Morphin mit Chloroform von Lyon nach Paris gelangen liess. Aus den betreffenden Berichten im Progrès médical geht nicht hervor, dass dieses Verfahren in Deutschland schon lange bekannt und angewendet ist. Herr E. Fraenkel macht darauf aufmerksam, dass er bereits im Jahre 1874 auf der Breslauer Naturforscherversammlung darüber ausführlich gesprochen habe (cf. Protocolle derselben p. 265—270). Er zog diese Combination derjenigen von Chloroform nur allein mit Morphin vor, welche von Nussbaum und Claude Bernard empfohlen worden war. „Seit jener Zeit, so schreibt Dr. E. Fränkel, habe ich bei zahlreichen Narkosen Zwecks geburtshülflicher und gynäkologischer Operationen mich immer von Neuem wieder von der Vortrefflichkeit dieser Methode (von einer Lösung von 0,15 Morphin. mur. und 0,015 Atropin. sulf. und 15,0 Aq. dest. 10 Minuten vor dem Chloroformiren des zu Operirenden 1 Grm. subcutan zu injiciren) überzeugt. Es hat sich auch in der Spiegelberg'schen Klinik bewährt. Es gaben mithin die Mittheilungen Aubert's und Dastre's lediglich Bestätigung meiner bereits vor 10 Jahren veröffentlichten klinischen und experimentellen Resultate."

Antagonismus zwischen Pilocarpin und Ergotin. (Société de Biologie. Le Progrès méd. No. 50, 1883).

Rabuteau beobachtete, wenn er einem Kaninchen 0,1 Ergotin Bonjeau und einige Minuten später 0,01 Pilocarpin injicirte, dass die Salivation in gewohnter Weise eintrat (wie bei alleiniger Injection von Pilocarpin). Wenn jedoch beide Mittel gleichzeitig eingespritzt wurden, constatirte er eine erhebliche Abnahme der Salivation, welche sogar bei ausreichender Ergotindosis gänzlich unterdrückt werden konnte.

Diese Suppression hielt nicht lange vor. Salivation trat nach etwa einer halben Stunde wieder ein, um bei erneuter Ergotininjection zu verschwinden. Die kurze Dauer des Antagonismus der beiden Mittel wird durch die schnell vorübergehende Action des Ergotin, und die mehrere Stunden währende Wirkung des Pilocarpin erklärt. — Rabuteau verspricht auf diesen Gegenstand demnächst zurückzukommen.

Rabow.

Ohren-Heilkunde.

1.

Brunner, Zur Aetiologie und Symptomatologie der sogen. Autophonie. Z. f. Ohrenhlk. XII., 268.

Die bisher in der Literatur wenig berücksichtigte Schilderung der Autophonie, d. h. der trompetenartig hallenden Resonanz der eigenen Stimme, sowie des Athmens und Pulses im Ohr, macht B. zum Gegenstand seiner Betrachtung.

Dass dieselbe bei offenstehender Tube leicht eintritt, wird wohl allgemein zugegeben, dass es aber auch bei verstopfter Tube zu einer derartigen Resonanz kommen kann, beweist sowohl eine der 5 von B. ausführlich geschilderten Krankengeschichten (Nr. 4), in der ebenso durch die Luftdouche wie durch Bougierung eine Verstopfung resp. Verengerung im mittleren Abschnitt der Tube nachzuweisen war, als auch das nicht gerade selten beobachtete Auftreten der Autophonie bei acuter Mittelohrentzündung, wo wir eher eine Verstärkung als eine Schwächung des Tubarverschlusses anzunehmen haben. B. erklärt den fraglichen Vorgang so, dass der ventilartige Verschluss der Tube, der nach Moos, Hartmann u. a. im Rachentheil gleich hinter dem Ost. pharyng. normaliter gelegen ist, in den betreffenden Fällen, sei es durch Auflockerung und entzündliches Oedem der membranösen Wand, die dadurch weniger adaptationsfähig wird, sei es durch Narben, wie in einem von Poorten beschriebenen Falle, aufgehoben ist. „Ist aber die eigene Stimme einmal in das untere Drittheil der Tuba eingedrungen, so wird sie vielleicht im Ohr resoniren, auch wenn der Kanal im weiteren Verlaufe verstopft ist. Wir hätten dann Autophonie nicht wegen, sondern trotz der Tubarverstopfung." In den Fällen, wo die Luftdouche und der Katheterismus gelang, vermisste B. demzufolge auch meist das initiale bruit de pluie „die Luft dringt hier gleich in vollem Strome ein, ohne deutlich markirten Anfang", d. h. die Tubenwände brauchten nicht erst von einander abgehoben zu werden. Auch B. constatirte das Auftreten der Autophonie (subjectiv sowohl wie objectiv) besonders deutlich bei den Nasales m und n, weil hierbei dem Exspirationsstrom durch das Gaumensegel der Weg in den Mund versperrt wird; fast regelmässig beobachtete er ferner das Eintreten von Besserung durch starkes Vornüberneigen des Kopfes oder bei horizontaler Lage, wohl in Folge vermehrter Füllung der Blutgefässe. Meist konnte er durch den negativen Valsalva'schen und Politzer'schen Versuch, starkes Einschnüffeln der Luft, überhaupt Luftverdünnung in der Pauke oder durch Einblasen von reizenden Flüssigkeiten oder Pulvern in die Tube oder auch nur in den Nasenrachenraum dies lästige Uebel für kürzere oder längere Zeit verscheuchen. Zucker.

XII. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Die Ausführung des Nahrungsmittelgesetzes.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege zu Berlin

von

Geh.-Rath Prof. Dr. Skrzeczka.

(Schluss aus No. 2.)

Es fragt sich nun, ob vielleicht auf anderem Wege den Wünschen, die ich vorhin zur Kenntniss gebracht habe, entsprochen werden könnte,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das würde jedoch auch seine grosse Schwierigkeit haben, und würde kaum anders geschehen können, als indem man das Gesetz abändert oder Nachträge zu demselben macht. Das würde aber nur einen formellen Weg abgeben, und es ist mir überaus zweifelhaft, ob man im Stande sein würde, auch sachlich den Wünschen zu entsprechen. Ich erkenne vollkommen an, dass es unthunlich ist, eine allgemein gültige gute und zutreffende Definition für den Begriff der Verfälschung zu geben, dann aber wieder zu bestimmen, wie es gewünscht wird, wieviel mindestens von den wesentlichen Bestandtheilen eines Nahrungsmittels in demselben enthalten sein muss, oder wieviel höchstens von den als unwesentlich mehr als Ballast zu erachtenden Substanzen in demselben enthalten sein darf, ohne dass die Waare als eine minderwerthige angesehen werden kann, wird sich auch schwer ermöglichen lassen. Andrerseits können wir aber auch behaupten, dass die fortschreitende Erfahrung auf diesem Gebiete bereits sehr viel geleistet hat und noch Weiteres leisten wird. Ich erinnere daran — die Herren haben das vielleicht aus dem Generalbericht für Berlin ersehen — wie bereits von Anbeginn an Herr Dr. Bischoff es für wichtig gehalten hat, bei allen Untersuchungen immer die Maxima und Minima der Bestandtheile festzustellen. Er hat bei den Untersuchungen von Nahrungsmitteln, auch da, wo er keine Veranlassung zu Beanstandungen hatte, diesen Gesichtspunkt schon ins Auge gefasst, um eben für die Zukunft ein Material zur Beurtheilung einschlägiger concreter Fälle zu gewinnen. Festzustellen, bis zu welchem Maximum etwa eine an sich schädliche Substanz in einem Nahrungs- oder Genussmittel enthalten sein könnte, ohne dass zu befürchen ist, dass sie nun auch beim Gebrauch die Gesundheit beschädigt oder zerstört, würde erst recht seine Schwierigkeiten haben, denn dabei kommt es ja noch auf sehr viele Nebenumstände an; auf die Persönlichkeit, das Maass der Verwendung, auf Zeit und Ort, ferner vielfach auch auf die Verbindungen, in denen die Substanzen enthalten sind, sodass ohne umfangreichere, ganz besonders auch auf diesen Punkt hinzielende Versuche sich gewiss nichts machen lassen würde. Es wird daher immer darauf hinauskommen, dass wir tüchtige Experten haben, und nur hiervon wird die Beseitigung dieser Beschwerden und Klagen, soweit dieselbe überhaupt möglich ist, zu erhoffen sein. Dieses aber wird, wie ich wiederum hervorheben muss, am sichersten dadurch zu erreichen sein, dass in grösserem Umfange Nahrungsmitteluntersuchungsanstalten eingerichtet werden.

Ausser diesen drei Dingen, die ja vielfach auf einen Punkt zusammenlaufen, haben sich noch einerseits mancherlei andere nicht uninteressante Schwierigkeiten ergeben, andrerseits sind durch richterliche Feststellungen gewisse Zweifel beseitigt worden, die ich noch kurz erwähnen will. Bei Berliner Gerichten ist von den Richtern mehrfach angenommen worden, dass die Probeentnahme noch keinen Verkauf darstellt, und, wie ich glaube, eigentlich zu recht. Wenn also von einem Kaufmann eine Probe entnommen und diese bei der Untersuchung als verfälscht, verdorben u. s. w. befunden wird, so könnte daraufhin noch kein Klageantrag gestellt werden, sondern es müsste nun erst der Beweis besonders geführt werden, dass dieses verfälschte Nahrungsmittel auch wirklich verkauft ist. Man müsste also entweder jemanden ermitteln, der dieselbe Waare gekauft hat oder wieder auf das früher so unangenehm empfundene Mittel zurückkommen und jemanden ausschicken, der solche Waaren ankauft um dann als Zeuge zu dienen, damit ist man aber auch noch nicht am Ziele, sondern, dann muss diese zweite angekaufte Probe auch noch einmal untersucht werden, weil sonst der sichere Beweis der Verfälschung der gekauften Probe nicht zu führen wäre. Es könnte allerdings vielleicht eingewendet werden, dass wenn auch der Verkauf nicht erwiesen sei, so sei durch die erste Probeentnahme doch schon erwiesen, dass das verfälschte Nahrungsmittel im Laden vorhanden gewesen, also feilgehalten sei. Da kommt aber wieder die Bestimmung des § 10 Nr. 2 in Betracht, nach welcher strafbar nur der ist, „wer wissentlich Nahrungs- und Genussmittel, welche verdorben, nachgemacht oder verfälscht sind, unter Verschweigung dieses Umstandes verkauft oder unter einer zur Täuschung geeigneten Bezeichnung feilhält.“ Daraus, dass die Waare im Laden steht, ist nur erwiesen, dass sie feilgehalten wird, aber nicht festgestellt, dass sie unter einer zur Täuschung geeigneten Bezeichnung feilgehalten ist. Das kann wieder durch die Probenentnahme allein nicht erwiesen werden. Man könnte allerdings bei der Probeentnahme ersehen, ob die Gefässe, in denen die betreffenden Nahrungsmittel aufbewahrt sind, eine der Beschaffenheit des Inhalts entsprechende Signatur haben, und z. B. die Chocolade als „mit Mehlzusatz“ bereitet bezeichnet ist, das würde ja allerdings ein wesentlicher Umstand sein, aber er giebt auch keine Sicherheit, denn auf einem Verkaufstisch stehen eine Menge von Gefässen, und die Signatur lässt sich leicht nach hinten drehen und verdecken, oder es wird nicht aus diesem Gefäss verkauft, sondern aus einem andern, auf dem die Bezeichnung sich nicht befindet. Es wird also darauf ankommen, den Beweis wieder durch heimlichen Ankauf in der oben erwähnten Weise zu führen und durch den Ankäufer als Zeugen bekunden zu lassen, unter welcher Bezeichnung ihm die Waare abgegeben ist. Allerdings würde hier noch eventuell der § 367 des Strafgesetzbuches supplirend eintreten, den ich vorhin vorlas. In demselben ist nämlich nur einfach von Verkauf und Feilhalten die Rede und nicht von der Bezeichnung. Man wird freilich, wie ich glaube, den Versuch machen können, diesen Paragraphen in Anwendung zu ziehen; ob das aber wirklich möglich ist, weiss ich nicht. Jedenfalls besteht bisher ein Erkenntniss des Reichsgerichts nicht in Beziehung auf den § 10 nach dieser Richtung hin, sondern nur auf den § 11, wo es sich um einen fahrlässigen Verkauf und Feilhalten von verdorbenen Sachen handelt. In diesem Erkenntniss wird ausgesprochen, dass der § 367 No. 7 noch in Kraft sei, und es käme auf die Bezeichnung des fahrlässig feilgehaltenen verfälschten oder verdorbenen Nahrungsmittels nicht an. Es lässt sich ja vielleicht daraus deduciren, dass der Paragraph des Strafgesetzes darin auch auf die Fälle des § 10 des Nahrungsmittelgesetzes anwendbar wäre, aber festgestellt ist dies nicht, und hiesige Richter sind, wie gesagt, anscheinend anderer Ansicht gewesen. Dann ist ferner der Begriff der Fahrlässigkeit einer von denjenigen, die sehr verschieden aufgefasst werden. Es handelt sich nämlich darum, wie weit einem Verkäufer mit Recht eine gewisse Waarenkenntniss zugemuthet werden darf. Man kann dieselbe ja ohne weiteres von den Grosshändlern und denjenigen erwarten, welche ihr Fach wirklich gelernt haben, aber von den Kleinhändlern gewiss nicht. Namentlich wie in einer grossen Stadt die Verhältnisse liegen, haben wir so oft Gelegenheit gehabt zu sehen, dass ein Mensch heute Materialienhändler oder Vorkosthändler oder Spielwaarenhändler u. s. w. ist, der gestern noch einen Cigarrenladen hatte, und er versteht von den Dingen absolut nichts; so dass man ihm sehr wohl glauben kann, dass er bona fide gehandelt hat. Daran knüpfen sich nun noch andere Dinge, namentlich dass es gerade unter solchen Verhältnissen sehr schwer sein wird, den eigentlichen Schuldigen zu ermitteln. Der zunächst Anzuschuldigende weist nach, er habe die Waaren von einem andern Händler gekauft, der weist wieder auf einen zweiten, dritten und vierten, bis die Sache schliesslich häufig genug ihr Ende im Auslande und gar jenseits des Meeres nimmt. Da wird es dann auch oft in der ganzen Reihe nicht einen Einzigen geben, den man mit Recht oder Aussicht auf Erfolg angreifen kann. Ich erinnere z. B. an die recht häufigen Theeverfälschungen mittelst fremder Pflanzenblätter, die bis nach Hamburg und Bremen verfolgt worden sind, und da sind es dann durchaus achtbare Häuser, die diesen Thee wieder von Auswärts gekauft haben. In solchen Fällen hilft sich der Richter, um die Berechtigung des Einwandes einer bona fides zu ermitteln, vielfach damit, dass er feststellt, zu welchem Preise der Angeschuldigte die Waare gekauft hat. Ist die Möglichkeit vorhanden, dass er für den Preis, den er gegeben hat, die Waare rein, wenn auch von schlechtester Qualität, hätte beziehen können, dann kann ihm kein dolus zugeschrieben werden, dann kann er einfach getäuscht worden sein. In Berlin ist übrigens ein Verfahren beobachtet worden und wird, wie ich glaube, noch beobachtet, das sich ziemlich bewährt hat, dass man nämlich dem Verkäufer einer verfälschten Waare eröffnet, dass die von ihm entnommene Waare verfälscht sei und er sich durch fernerweiten Verkauf derselben strafbar mache. Der Kaufmann hält sich nun an seinen Lieferanten, und so geht das rückwärts und wirkt oft in recht weite Fernen.

Eine recht bemerkenswerthe Entscheidung ist zu § 15 Absatz 2 getroffen. Daselbst heisst es nämlich: Ist in den Fällen der §§ 12 bis 14 — wo es sich um gesundheitsgefährliche Substanzen handelt — die Verfolgung oder Verurtheilung einer bestimmten Person nicht ausführbar, so kann auf Einziehung der Waare, um die es sich handelt, selbstständig erkannt werden. Es ist nun die Frage entstanden, wie es denn unter dieser selben Voraussetzung, dass keine zu verurtheilende oder zu verfolgende Person vorhanden ist, mit einem Waarenvorrath steht, der nicht zu den gesundheitsgefährlichen Dingen gehört, wohl aber zu den verdorbenen, verfälschten oder nachgemachten; ob solche Waarenvorräthe auch eingezogen werden können. Diese Frage ist durch ein Erkenntniss des Reichsgerichts vom 11. Mai 1882 verneint und entschieden, dass eine derartige Beschlagnahme nur bei den gesundheitsgefährlichen Waaren statthaft sei.

Schliesslich möchte ich noch erwähnen, dass der § 16, der von der Veröffentlichung der Verurtheilungen handelt, auch zu einer Erörterung geführt hat. Es fragt sich, ob Gewerbetreibende mit Recht verlangen dürfen, dass die bei Ausführung der Lebensmittelcontrole auf Grund des Nahrungsmittelgesetzes erhaltenen Untersuchungsergebnisse veröffentlicht werden, weil sie dadurch geschädigt werden könnten, obwohl sie nicht verurtheilt seien und die Veröffentlichung nach § 16 durch Richterspruch angeordnet werden müsse. Es ist dagegen geltend zu machen, dass sehr wohl, auch wenn der § 16 Absatz 2 nicht zur Anwendung kommt, trotzdem eine derartige Veröffentlichung zu-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lässig erscheinen könnte, wenn es sich um ein öffentliches Interesse handelt, und ob dies der Fall sei, darüber werden die Verwaltungsbehörden zu entscheiden haben. Es würde in der That auch nach mancher Richtung hin recht übel gerade für die öffentliche Gesundheitspflege auf diesem Gebiete sein, wenn die Ergebnisse der Untersuchungen und alle die Erfahrungen, die bei der Nahrungsmittelcontrole gemacht sind, falls nicht der Richter auf die öffentliche Bekanntmachung einer Verurtheilung erkennt, in den Acten vergraben werden sollten, während ihre Veröffentlichung in Berichten und in Fachschriften — bei der allerdings die Bezeichnung der Fabrikanten und Händler kaum zu vermeiden ist — der Wissenschaft wie der Verwaltung zweifellos von Nutzen ist.

Ich möchte nun als allgemeines Ergebniss meines Referates wohl bezeichnen, dass man im Ganzen mit der Wirkung des Nahrungsmittelgesetzes zufrieden sein kann. Es ist kaum zweifelhaft, dass unter der Wirkung des Gesetzes die Verfälschungen der Nahrungsmittel nachgelassen haben, dass nicht nur die Zahl der Verurtheilungen, sondern auch die der Beanstandungen untersuchter Proben, wo Untersuchungen dauernd in grösserem Umfange gemacht werden, sich vermindern, und es lässt sich nicht bezweifeln, dass schon der moralische Eindruck des Bestehens des Gesetzes selbst da, wo die Controle des Verkehrs mit Nahrungsmitteln nicht so energisch gehandhabt wird, wie es das Gesetz gestatten würde, doch einen gewissen Einfluss gehabt hat und haben wird. Zum Schluss möchte ich noch hervorheben, dass die Behauptungen, die man nicht selten von hier oder da her verlautbaren hört, dass die Durchführung des Gesetzes die Anwendung des von demselben den Behörden dargebotenen Controlverfahrens nicht erforderlich sei, man lebe in so einfachen Verhältnissen, dass nennenswerthe Nahrungsmittelverfälschungen garnicht vorkämen, wenig begründet erscheinen müssen. So lange man nicht untersucht, kann man garnicht wissen, wie die Sache steht, und wenn ich auch schon glaube, dass zum Beispiel in den ländlichen Districten, wo es recht viel Milch und Butter giebt, diese von den Leuten im localen Verkehr nicht gerade verfälscht werden mögen, so giebt es doch auch dort Gegenstände genug, welche eine Controle wohl verdienen würden und von denen man gerade die Erfahrung gemacht hat, wie bei Materialwaaren und mancherlei Gebrauchsgegenständen, dass sie in kleinen Landstädtchen und Dörfern vielfach ärger verfälscht oder in schlechterer bezw. gesundheitsgefährlicherer Beschaffenheit abgegeben und vertrieben werden, als es in den grossen Städten der Fall ist. —

Anmerkuug.

In Ergänzung der Mittheilung meines Vortrags über die Ausführung des Nahrungsmittelgesetzes in No. 2 dieser Wochenschrift bemerke ich, dass aus den Berichten, welche mir vorgelegen haben, nicht, bezw. nicht mit Sicherheit hervorgeht, ob die als „öffentliche" bezeichneten Anstalten zur Untersuchung von Nahrungsmitteln auch von den Gerichten dadurch als solche anerkannt worden sind, dass denselben die auf Grund des Gesetzes auferlegten Geldstrafen, so weit sie dem Staate zustehen, zugewiesen werden.

Skrzeczka.

2. Vierter Bericht des Leiters der deutschen wissenschaftlichen Commission zur Erforschung der Cholera, Geheimen Regierungs-Raths Dr. Koch[1]).

Calcutta, den 16. Dezember 1883.

Die mit der Untersuchung über Cholera beauftragte Commission ist am 11. Dezember in Calcutta eingetroffen. Die Ankunft derselben erfolgte gerade beim Abgange der Post, so dass diese Meldung erst mit der nächsten, acht Tage später abgehenden Post geschehen konnte. Hierdurch ist es allerdings auch ermöglicht, Ew. Excellenz bereits über den Beginn der Thätigkeit der Commission in Calcutta berichten zu können.

Die Commission reiste am 13. November mit dem englischen Dampfer „Clan Buchanan" von Suez ab und erreichte Calcutta am 11. Dezember. Das Schiff hatte in Colombo einen Aufenthalt von dritthalb Tagen und in Madras von fast zwei Tagen. Diese Gelegenheit hat die Commission benutzt, um sich über die sanitären Verhältnisse dieser Orte, sowie über ihr Verhalten zur Cholera zu informiren, soweit dies bei der kurzen Dauer des Aufenthalts möglich war. In Colombo wurde keine Cholera angetroffen; den erhaltenen Mittheilungen zufolge soll die Insel Ceylon überhaupt seit etwa fünf Jahren ganz frei von Cholera gewesen sein und keineswegs, wie mehrfach angenommen ist, zu den endemischen Choleraheerden gehören. In Madras herrscht dagegen augenblicklich die Cholera, in der Stadt selbst anscheinend in mässigem Grade, dagegen heftig in einigen Städten des südlichen Theiles der Präsidentschaft, hauptsächlich in Madura und Tanjore. In den von der Commission besuchten Hospitälern der Stadt Madras wurden zwar keine Cholerakranke angetroffen, aber es bot sich die erwünschte Gelegenheit, die Einrichtung des Gefängnisses zu besichtigen, sowie Erkundigungen über die Wasserversorgung und Kanalisation dieser Stadt, welche in der Geschichte der Cholera eine bedeutende Rolle spielt, einzuziehen. Ausserdem erhielt die Commission von dem mit den Choleraverhältnissen durch langjährige Erfahrung vertrauten Sanitary Commissioner sehr werthvolle Mittheilungen über das Verhalten der Cholera in der Präsidentschaft Madras, so dass der Aufenthalt in Madras ein für die Zwecke der Commission sehr nützlicher war.

Bei der Ankunft in Calcutta wurde die Commission vom deutschen Consul empfangen und am folgenden Tage zum Surgeon General with the Government of India begleitet. Dieser nahm die Commission in sehr liebenswürdiger Weise auf und sicherte derselben die möglichste Unterstützung sowohl in Bezug auf Beschaffung der erforderlichen Arbeitsräume als der Verfügung über die in die Hospitäler Calcuttas gelangenden Cholerafälle zu. Er führte die Commission nach dem Medical College Hospital, woselbst vorzüglich geeignete, mit Gas- und Wasserleitung versehene Arbeitsräume ausgesucht und der Commission zur Verfügung gestellt wurden. Am 13. Dezember konnte die Einrichtung des Laboratoriums ausgeführt und, da ein Cholerafall ins Medical College Hospital eingeliefert war, auch sofort mit den Arbeiten begonnen werden. Am 14. Dezember konnte bereits die Section einer vom General Hospital nach dem Medical College Hospital gesandten Choleraleiche und am nächsten Tage die Section von zwei weiteren Choleraleichen im Sealdah Hospital vorgenommen werden. Mit dem hierdurch gewonnenen sehr reichlichen und für die in Aussicht genommenen Experimente vorzüglich geeigneten Material sind eine Anzahl Versuche in Gang gesetzt, und die Commission befindet sich wieder in voller Thätigkeit.

Gegen Ende des November hatte die Zahl der Choleratodesfälle in Calcutta ihr Minimum erreicht; seitdem ist sie jedoch wieder im Zunehmen begriffen und nach dem Urtheil der hiesigen Aerzte werden in der nächsten Zeit stets so viele Cholerafälle in die Hospitäler gelangen, dass es der Commission an Untersuchungsobjecten nicht fehlen wird. Sehr wesentlich ist es auch, dass sich der Obduction von Choleraleichen in den hiesigen Hospitälern anscheinend gar keine Schwierigkeiten entgegenstellen, und dass die Obductionen frühzeitig genug nach dem Tode vorgenommen werden können, um durch Fäulniss bedingte Störungen in der Untersuchung auszuschliessen. In Berücksichtigung aller dieser Umstände bin ich davon überzeugt, dass in Betreff des Ortes zur Fortsetzung der Untersuchungen über Cholera keine bessere Wahl getroffen werden konnte.

Die ferneren Aufgaben, welche die Commission in Hinblick auf die Gewinnung practisch verwerthbarer Resultate zu erledigen haben wird, habe ich zusammengestellt und erlaube mir dieselben Ew. Excellenz im Nachstehenden vorzulegen.

I. Mikroskopische Untersuchung eines möglichst zahlreichen Obductionsmaterials zur Erweiterung und zur Prüfung der in Egypten erhaltenen Befunde über das Vorkommen von Bacillen in der Darmschleimhaut von Choleraleichen. Insbesondere auch Versuche über specifische Eigenschaften dieser Bacillen in mikroskopischer Beziehung, um eine sichere Unterscheidung derselben von anderen in Gestalt und Grösse ähnlichen Bacillen zu gewinnen.

II. Nachforschungen über das Vorkommen von Cholera bei Thieren. Wiederaufnahme der Infectionsversuche mit Cholerastoffen an verschiedenen Thiergattungen; namentlich auch mit Methoden, welche bisher noch nicht benutzt wurden, z. B. directe Injection in den Darm.

III. Gewinnung von Reinculturen der im Darm der Choleraleichen gefundenen Bacillen und Benutzung dieser Reinculturen zu Infectionsversuchen an Thieren.

IV. Bestimmung der biologischen Eigenschaften dieser Bacillen, insbesondere Sporenbildung, Lebensdauer, Verhalten in verschiedenen Nährmedien und bei verschiedenen Temperaturen.

V. Desinfectionsversuche, um die Bacillen im Wachsthum zu behindern resp. zu vernichten.

VI. Untersuchung von Boden, Wasser und Luft in ihren Beziehungen zum Cholera-Infectionsstoff, namentlich in Bezug auf die Frage, ob derselbe in den endemischen Choleragebieten unabhängig vom menschlichen Körper, beispielsweise an bestimmte Zersetzungsvorgänge im Boden gebunden, existiren kann.

VII. Specielle Nachforschungen über die Choleraverhältnisse in Indien und zwar:

a. Zusammenhang der Cholera in den endemischen Gebieten mit besonderen Eigenthümlichkeiten der daselbst lebenden Bevölkerung und ihrer Umgebung.

b. Choleraausbrüche in Gefängnissen, unter Truppen, auf Schiffen.

c. Verhältnisse der im endemischen Gebiete der Cholera am meisten heimgesuchten, sowie der von der Krankheit verschonten Plätze.

d. Art und Weise der Verschleppung der Cholera über die Grenzen des endemischen Gebietes und die Wege, auf welchen die Verschleppung sowohl in Indien, als über die Grenzen Indiens hinaus stattfindet. (Die Commission hat hierbei besonders die Beförderung der Infection durch gewisse religiöse Gebräuche und die Ausbreitung der Krankheit durch das Pilgerwesen im Auge, ferner die Verbreitung durch Schifffahrt und auf Handelsstrassen.)

e. Die in Indien bewährt gefundenen Massregeln zur Verminderung der Cholera in Gefängnissen und unter Truppen und die Bedingungen, unter denen in einigen indischen Städten, wie Madras, Pondichery, Guntur, Calcutta, eine auffallende Abnahme der Cholerasterblichkeit stattgefunden hat.

Die Commission beabsichtigt für den Fall, dass die Untersuchungen über die mikroskopischen Erreger der Cholera nicht zu dem Grade von Sicherheit gelangen, um practischen Massnahmen zu Grunde gelegt werden zu können, den unter VII. aufgeführten Punkten eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen, um Ew. Excellenz demnächst practisch verwerthbare Vorschläge zur Abhaltung resp. zur Minderung der Choleragefahr für das Deutsche Reich unterbreiten zu können.

Dr. Koch.
Geheimer Regierungs-Rath.

An den Staatssecretär des Innern, Herrn Staats-Minister von Boetticher, Excellenz.

[1]) Der dritte Bericht ist bisher nicht publicirt worden. D. Red.

3. Medicinalstatistik.

Berlins Gesundheitsverhältnisse XLVI. In der siebenundvierzigsten Jahreswoche, 18.—24. November, starben 557, entsprechend 23,8 pro Mille und Jahr der fortgeschriebenen Einwohnerzahl (1222300), gegen die Vorwoche (572, entspr. 24,4) eine geringe Abnahme der Mortalität. Innerhalb ihres ersten Lebensjahres starben 149 od. 26,7 Proc., gegenüber dem durchschnittlichen Antheil der Säuglingssterblichkeit an der Gesammtmortali-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tät für diese Jahreswoche (32,4) ein günstiges Verhältniss; im Alter bis zu fünf Jahren überhaupt starben 276 oder 48,8 Proc., in der Vorwoche betrugen diese Antheile 26,7 bez. 50,2 Proc. der Gestorbenen. Von den gestorbenen Säuglingen erhielten natürliche Nahrung (Mutter- bez. Ammenmilch) 34, künstliche Nahrung (Thiermilch oder Milchsurrogate) 84 und gemischte Nahrung 20.

Unter den hauptsächlichsten Krankheitsformen wiesen Masern und Scharlach noch immer eine erhebliche Todtenzahl auf, auch Keuchhusten fordert viel Opfer, dagegen sank die Zahl der Sterbefälle an Diphtheritis; Affectionen der Athmungsorgane endeten häufig tödtlich; auch Diarrhöen und Brechdurchfälle erlagen viele Kinder im zartesten Alter. Erkrankungen an Typhus waren wieder häufiger, auch Masern traten wieder heftiger auf, dagegen waren Scharlach und Diphtheritiserkrankungen etwas in der Abnahme.

47. Jahreswoche. 18.—24. Nov.	Unterleibstyphus.	Flecktyphus.	Pocken.	Masern.	Scharlach.	Diphtherie.	Kindbettfieber.
Erkrankungen	21	—	—	57	116	146	6
Sterbefälle	6	—	—	8	19	19	2

In Krankenanstalten starben 151 Personen, davon 20 von Ausserhalb zur Behandlung. In die grösseren Krankenhäuser wurden in dieser Woche 889 Patienten neu aufgenommen; der Bestand in denselben zu Ende der Woche betrug 3392 Kranke. Von den 9 gewaltsamen Todesfällen und Vergiftungen sind 5 als Selbstmorde bezeichnet. P.

4. Amtliches.

Preussen.

Bekanntmachung. Im IV. Quartal 1883 haben nach abgelegter Prüfung nachbenannte practische Aerzte das Fähigkeitszeugniss zur Verwaltung einer Physikatsstelle erhalten: 1) Dr. Casper Heinrich Bartscher zu Lichtenau, Reg.-Bez. Minden. 2) Dr. Franz Benthaus zu Neuhaus Reg.-Bez. Minden. 3) Dr. Max Bleisch zu Oppeln. 4) Dr. Friedrich Wilhelm Brill zu Eschwege, Reg.-Bez. Cassel. 5) Dr. Hermann Broll zu Gr. Strehlitz, Reg.-Bez. Oppeln. 6) Dr. Martin Eduard Franz Eicke zu Lasdehnen, Reg.-Bez. Gumbinnen. 7) Dr. Franz Philipp Theodor van Erckelens zu Aachen. 8) Dr. Paul Finger zu Münsterberg, Reg.-Bez. Breslau. 9) Dr. Carl Wilhelm Philipp Halle zu Ebstorf, Landdr.-Bez. Lüneburg. 10) Dr. Albert Herrmann zu Neisse, Reg.-Bez. Oppeln. 11) Dr. Rudolf Kasemeyer zu Burgsteinfurt, Reg.-Bez. Münster. 12) Dr. Adolf Louis Gustav Kersten zu Neu-Ruppin, Reg.-Bez. Potsdam. 13) Dr. Carl Friedrich Hugo Krause zu Berlin. 14) Dr. Carl Gustav Lagus zu Berlin. 15) Dr. Florentin Marx zu Wannfried, Reg.-Bez. Cassel. 16) Dr. Julius Nünninghoff zu Orsoy, Reg.-Bez. Düsseldorf. 17) Dr. Johannes Reinkober zu Salzbrunn, Reg.-Bez. Breslau. 18) Dr. Johann Friedrich Wilhelm Schilling zu Schweinitz, Reg.-Bez. Merseburg. 19) Dr. Paul Wilhelm Schroedter zu Gollnow, Reg.-Bez. Stettin. 20) Dr. Charles Seemann zu Celle, Landdr.-Bez. Lüneburg. 21) Dr. Ferdinand Anton Spancken zu Büren, Reg.-Bez. Minden. 22) Dr. Richard Spiegel zu Bublitz, Reg.-Bez. Cöslin. 23) Dr. Eduard Steinebach zu Stromberg, Reg.-Bez. Coblenz. 24) Dr. Anton Wolff zu Freystadt, Reg.-Bez. Liegnitz.

Berlin, den 11. Januar 1884.

Der Minister der geistlichen etc. Angelegenheiten.
In Vertretung: gez. Lucanus

XIII. Kleinere Mittheilungen.

— Berlin. Auf Antrag des Curatoriums für das Städtische Krankenhaus im Friedrichshain sollen für das Krankenhaus im nächsten Sommer mehrere Bauten ausgeführt werden. Zuerst eine neue Baracke für 20 Kinder, welche, weil sie an Diphtheritis erkrankt sind, von den übrigen chirurgischen Kranken getrennt und isolirt werden müssen; ferner eine Baracke für 28 Kranke, damit bei einer erforderlich werdenden Evacuation eines Krankensaales Raum zur Unterbringung der evacuirten Kranken vorhanden ist. Endlich soll die Waschküche, deren Betrieb noch auf Handarbeit eingerichtet ist, eine Dampfmaschine erhalten. Die beiden Baracken werden 20000 und 24000 Mark, also zusammen 44000 Mark kosten.

— Unter den bei dem diesjährigen Ordensfeste decorirten Aerzten nennen wir unter Vorbehalt die officiellen Mittheilungen darüber nach Empfang derselben zu bringen Geh. Ober-Med.-R. Dr. Kersandt (R. A. O. 2. Kl. m. E.), Prof. Dr. Hoppe-Seyler und Prof. Dr. v. Recklinghausen (R. A. O. 3. Kl. m. Schl.), Reg.- und Med.-R. Dr. v. Massenbach in Cöslin (R. A. O. 4.), Prof. Dr. Kussmaul (Kr. O. 2.), Geh. Med.-R. Prof. Dr. Pflüger in Bonn (Kr. O. 2.), Proff. DDr. Jolly und Laqueur in Strassburg (R. A. O. 4.), San.-R. Dr. Szmula in Zabrze (R. A. O. 4.). Ausserdem ist gerade jetzt den Professoren Waldeyer und Schönborn der Charakter als Geh. Medicinalrath verliehen worden. Wir erwähnen endlich noch, dass die Professoren Gegenbaur-Heidelberg und Heidenhain-Breslau zu correspondirenden Mitgliedern der Akademie der Wissenschaften zu Berlin ernannt sind.

— Universitäten. Prag. Die W. Med. W. schreibt: Der Rector der Prager Universität Prof. Mach ist dem Beispiele seines Wiener Collegen gefolgt und hat auf seine Ehrenstelle verzichtet. Die Ursache hierfür fand Rector Mach in der Abneigung der theologischen Facultät gegen die Promotion der Doctoren vor einem Senate, dessen Vorsitz ein deutscher Professor führte. Die Theologen behielten Recht und der ignorirte Rector demissionirte. Schrittweise wird die deutsche Universität in Prag zurückgedrängt. — Prof. Dr. Maschka erhielt den Orden der Eis. Kr. 3. Kl., Primararzt Dr. Al. Epstein wurde zum ausserordentl. Prof. der Kinderheilkunde ernannt.

— Wir machen auf die Mittheilung Dr. A. Baginsky's in dem Inseratentheil dieser Nummer über die Verlegung seiner Poliklinik für Kinderkrankheiten nach Johannisstrasse 3 Hof part. auch an dieser Stelle noch besonders aufmerksam.

— N. Je mehr die mechanische Therapie unter den Aerzten Anerkennung findet, desto wünschenswerther ist es, dass die Ausübung derselben aus den Händen von Laien und Kurpfuschern in diejenigen von Aerzten übergeht oder wenigstens der Controle derselben unterstellt wird, damit eine Garantie für den rationellen und reellen Betrieb dieser Heilmethode geboten wird. Deshalb können wir es nur mit Freude begrüssen, dass sich Herr S.-Rath Dr. Fromm entschlossen hat, seine winterliche Musse zur ärztlichen Ueberwachung und Leitung eines Instituts für methodische Bewegungscuren, bestehend in einer zweckmässigen Combination von Heilgymnastik und Massage, zu verwenden, nachdem er seit Jahren in Norderney Gelegenheit gehabt, in den dortigen grossen Instituten diese Heilmethode und ihre Erfolge genau kennen zu lernen. Ein dort ausgebildeter Gymnast und Masseur besorgt die technische Ausführung der von dem ärztlichen Dirigenten vorgeschriebenen Bewegungen, welche theils aus ganz passiven, theils aus halb activen, sogenannten duplicirten- oder Widerstands-Bewegungen, theils aus Uebungen an sinnreich construirten Apparaten nach dem System Nykander bestehen Für Damen und Kinder ist weibliche Assistenz vorhanden. — Die Vereinigung von Heilgymnastik und Massage in der Art, wie wir sie in dem Kursaal des Herrn Fromm persönlich kennen zu lernen Gelegenheit nahmen, erweist sich, wie ja längst festgestellt ist, bei einer Reihe von Affectionen, wirksam, die im Einzelnen hier anzuführen, nicht der Ort ist. Das Institut (bis zum 1. April an der Apostelkirche 11) ist in den Stunden von 10—1 Uhr Vormittags und 5—8 Uhr Nachmittags geöffnet.

— Wie das Münchener Aerztliche Intelligenzblatt berichtet, fand am 2. Januar in dem Schlosse zu Nymphenburg die Promotion des bayerischen Prinzen Ludwig Ferdinand als Doctor medicinae honoris causa statt. Nachdem in den jüngsten Tagen eine Abhandlung des Prinzen, welche den Titel trägt: „Zur Anatomie der Zunge, eine vergleichend-anatomische Studie" im Druck vollendet worden und der medicin. Facultät der Münchener Universität in Vorlage gebracht war, hatte dieselbe einstimmig beschlossen, den Prinzen zum Doctor medicinae honoris causa zu creiren. Eine Deputation, bestehend aus den Professoren v. Pettenkofer, Rüdinger, v. Voit und Kupffer, überreichte dem Prinzen das Diplom, wobei Pettenkofer eine Ansprache an den Prinzen hielt, in der er die idealistische Hingabe des Prinzen an die Wissenschaft betonte und die Bedeutung der Ehrenpromotion, der höchsten Auszeichnung, die eine Facultät verleihen könne, hervorhob. Darauf drückte der Prinz der Deputation den innigsten Dank für die ihn hoch ehrende Auszeichnung aus, versichernd, dass er stolz darauf sei, von einer Facultät zum Doctor creirt zu werden, welche die ersten Gelehrten Europa's in ihrer Mitte habe. Die Liebe zur Wissenschaft sei in ihm unbegrenzt und er hoffe noch wissenschaftliche Leistungen vollbringen zu können, womit seine Würdigkeit und sein innigster Dank der Facultät gegenüber zum Ausdruck kommen mögen. — Die Abhandlung stellt ein Buch in Quart dar, enthaltend 14 Bogen Text und 104 chromo-lithographische Tafeln und ist gewidmet dem König Ludwig von Bayern. Die Untersuchungen haben unter der Leitung von Prof. Rüdinger stattgefunden.

XIV. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben dem ordentlichen Professor in der medicinischen Facultät und Mitglied des Medicinal-Collegiums der Provinz Ostpreussen Medicinal-Rath Dr. Carl Schönborn zu Königsberg i. Pr. den Charakter als Geheimer Medicinal-Rath Allergnädigst zu verleihen geruht. Dem Privatdocenten und ersten Assistenzarzt des Kgl. klinischen Instituts für Chirurgie Dr. Themistocles Gluck in Berlin ist das Prädicat Professor beigelegt worden.

Ernennung: Der seitherige Kreiswundarzt Dr. Mumm zu Gelnhausen ist zum Kreisphysicus des Kreises Gelnhausen ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Ocker in Verden, Dr. Spengler in Mennighüffen und Dr. Voelkers in Aachen.

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. Nonnig von Berlin nach Goslar, Dr. Schulze von Verden nach Fallingbostel, Dr. Schantz von Mennighüffen nach Berlin, Kreisphysicus Dr. Hildebrandt von Homberg in gleicher Eigenschaft nach Osnabrück, Dr. Giebe-Richter von Kyllburg nach Gross-Vernich und Dr. Peters von Gross-Vernich nach Gelsenkirchen.

Verstorben ist: Wundarzt Wallis in Herzberg.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Funk hat die neu concessionirte dritte Apotheke in Insterburg eröffnet. Der p. Raabe hat die Ulrich'sche Apotheke in Wennigsen gekauft. Der p. Detlev Rassmann hat die väterliche Apotheke in Uslar übernommen. Der erkrankte p. Lüning hat die Pachtung der Hemmelmann'schen Apotheke in Oster-Klienworth aufgegeben und der p. Bruns die Verwaltung derselben angetreten. Der p. Brevis hat die Concession zur Fortführung der seither Schneider'schen Apotheke in Köln erhalten. Der p. Claren hat die bisher von ihm verwaltete Apotheke seiner Mutter in Zülpich für eigene Rechnung übernommen. Der p. Siepmann in Euskirchen hat seine Apotheke an den p. Roth verkauft. Der p. Sonnenschein hat die Hopmann'sche und der p. Conrad die Remaily'sche Apotheke in Aachen gekauft.

Vacante Stellen: Kreiswundarztstelle des Kreises Warendorf, Fischhausen, Osterholz, Geldern.

„Berichtigung zu No. 2, Schondorff über Rhinitis."

Lies S. 25 Zeile 6 links statt „und einem Anderen" — „und Anderen."
„ S. 25 Zeile 16 von unten links statt: mit Mas sagen — „mit a sagen."
„ S. 25 Zeile 7 rechts statt: „verschiedenem Nutzen" — „entschiedenem Nutzen."
„ S. 25 Zeile 29 rechts statt „Happeihs" — „Happachs".

Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag № 5. 31. Januar 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Ueber Meningitis cerebrospinalis und deren Bedeutung für das Gehörorgan.

Von

Dr. Kirchner,

Docent der Ohrenheilkunde in Würzburg.

Von den verschiedenen Erkrankungen des Körpers, welche einen höchst nachtheiligen Einfluss auf das Ohr ausüben, ist in erster Linie die Mening. cerebrospin. zu nennen. Diese heimtückische Krankheit, welche theils sporadisch, theils in ausgebreiteten Epidemien aufzutreten pflegt, hat sehr häufig für die dem Tode Entronnenen das traurige Schicksal absoluter Taubheit zur Folge. In den Taubstummenanstalten hat man hinreichend Gelegenheit, derartige Opfer zu finden, welche abgesehen von dem Verluste des Gehörs auch der Sprache beraubt sind, da sie in dem zarten Alter, als sie von dieser Krankheit befallen wurden, entweder noch gar nicht oder nur unvollkommen sprechen konnten; denn dadurch, dass diese Kinder Worte und Sätze nicht mehr durch den Gehörsinn vernehmen können, müssen sie in kurzer Zeit auch ihre bisherige Sprachfähigkeit verlieren. Ausser bei der Mening. cerobrospin. finden wir auch bei der einfachen Meningitis nicht selten die gleiche Beschädigung des Gehörvermögens ebenso wie bei den chronisch verlaufenden pathologischen Processen innerhalb der Schädelhöhle, deren mannigfache Beziehungen zum Gehörapparate ich hier nicht weiter betonen will[1]).

In neuerer Zeit hat man sich vielfach der Ansicht hingeneigt, dass manche unter dem Bilde einer ausgesprochenen Meningitis oder Mening. cerebrospin. verlaufende acute Erkrankungen mit Ausgang in complete oder nahezu völlige Taubheit nicht immer als primäre Gehirnaffectionen zu betrachten sind, sondern in einer reinen primären Erkrankung der Endausbreitung des Nerv. acust. im Labyrinthe begründet sind. Voltolini[2]) hat schon vor längerer Zeit eine fast ausschliesslich im kindlichen Alter vorkommende Otitis labyrinthica beschrieben, welche ganz plötzlich unter stürmischen Erscheinungen von Kopfschmerz und Erbrechen mit hohem Fieber und zuweilen unter Krämpfen beginnt, einige Tage andauert und den Zustand des Gehörvermögens ausgenommen rasch mit Genesung endet. Allein zum grossen Schrecken der Umgebung stellt sich bei diesen Kindern entweder schon während der Krankheit oder erst im Laufe der Genesung eine absolute oder doch hochgradige Taubheit ein. Häufig bleibt auch noch eine Zeit lang ein taumelnder unsicherer Gang zurück. [Knapp[3]), Moos[4])].

Beide Erkrankungen — die Otitis labyr. und Mening. cerebrospin. — zeigen mancherlei gemeinsame Symptome, die man gewöhnlich mit dem Namen von Gehirnerscheinungen, meningeale Reizungen u. drgl. bezeichnet, und es kann daher in dem einen Falle das eine, in dem anderen Falle das andere Symptom mehr in den Vordergrund treten. Für Otit. labyr. würde noch Voltolini sprechen, wenn die Erkrankung nur sporadisch auftritt, nur Kinder befällt und rasch in einigen Tagen mit absoluter Taubheit endigt. Die Patienten erholen sich gewöhnlich sehr rasch, und ausser dem obenerwähnten taumelnden Gang und der Schwerhörigkeit sind keine weiteren Störungen mehr vorhanden. Als Unterscheidungsmerkmale für Mening. cerebrospin. könnten angeführt werden, dass diese Krankheit in der Regel nur in grösseren oder kleineren Epidemien auftritt und Kinder sowohl wie Erwachsene befallen kann, die Schwerhörigkeit besteht selten auf beiden Ohren und verliert sich häufig wieder, die Reconvalescenz nimmt einen sehr langwierigen Verlauf, Herpes labialis soll bei Mening. cerebrosp. ein fast constantes Symptom bilden, während bei Otitis labyr. diese Erscheinung selten beobachtet wird. Bei Otitis labyr. soll dagegen Erbrechen fast ausnamslos den Anfang der Krankheit bilden, was bei Mening. cerebrospin. sehr häufig fehlt. Aus diesen Andeutungen geht hervor, dass es gewiss mit grossen Schwierigkeiten verbunden sein wird, beide Erkrankungen strenge von einander zu sondern.

In der Umgebung von Würzburg und in Würzburg selbst traten in den letzten Jahren wiederholt kleine Epidemien von Mening. cerebrospin. auf, nach deren Ablauf ich vielfach erhebliche Schwerhörigkeit und complete Taubheit beobachten konnte. In letzterem Falle boten sich der objectiven Untersuchung auch keine anderen Anhaltspunkte dar, als völlige Unempfindlichkeit gegen Schall- und Toneindrücke; bei der Untersuchung mit der Stimmgabel zeigte sich auch vollkommener Mangel der Kopfknochenleitung, während in manchen Fällen sich deutliche Zeichen von Mittelohrerkrankungen constatiren liessen, die einer Behandlung zugänglich waren. Wenn man eine grössere Anzahl von Individuen, welche in einer Epidemie durch Mening. cerebrosp. schwerhörig geworden sind, genauer untersucht, so findet man, dass sich mancherlei Abstufungen hinsichtlich der Quantität und Qualität der Schallperception constatiren lassen. Wir finden Uebergänge von einem mehr oder minder hohen Grade der Schwerhörigkeit bis zur absoluten Taubheit für die lautesten Worte; auch die Perception der Schallleitung durch die Kopfknochen bietet manche Verschiedenheit dar, so dass in dem einen Falle höhere, in dem anderen nur tiefere Töne der Stimmgabel deutlich percipirt werden können. Als eine merkwürdige Erscheinung der Gehörsempfindung wird zuweilen von Patienten angegeben, welche früher durch Mening. oder Mening. cerebrospin., vielleicht auch durch eine primäre Labyrinthaffection ihr Gehör verloren haben, dass, während nämlich absolute Taubheit für Töne und laute Sprache besteht, noch ein auffallend feines Gehör für manche kratzende und knirschende Geräusche erhalten ist, wie z. B. bei einem Geräusche, das durch Radiren auf Papier entsteht, oder wenn mittelst einer Schreibfeder auf Papier gekritzelt wird etc. Die Schwierigkeit, eine Labyrinthaffection mit meningealen Erscheinungen von einer secundären im Gefolge von Mening. oder Mening. cerebrosp. zu unterscheiden erscheint uns sehr erklärlich, wenn wir die innigen Beziehungen der inneren Ohrtheile zum Schädelinneren, [Böttcher[1]), Zuckerkandl[2]), Rüdinger[3]), Weber-Liel[4])], sowie die Gefässverbreitung im inneren und mittleren Ohrgebiet einerseits, und an dem Schädel und seinem Inhalte andererseits betrachten [Luccae[5]), Wagenhäuser[6])]. Nicht blos Entzündungsprocesse, sondern auch Hyperämien im Schädelinneren müssen Stauungserscheinungen im Gefässbezirke des Schläfenbeines zu Stande bringen, welche ohne Zweifel ihren Einfluss auf das Gehörorgan geltend machen, wie wir häufig in der täglichen Praxis zu beobachten Gelegenheit haben. Wir finden daher auch bei Congestivzuständen des Kopfes, dass lästige Ohrgeräusche und weiter Hyperämien der Paukenschleimhaut Hand in Hand gehen und zu äusserst langwierigen und der Behandlung schwer zugängigen Ohrenerkrankungen führen können. Die Wechselbeziehung zwischen den Gefässen des Gehörapparates und denen der Gehirnhäute spielt jedenfalls bei der Entstehung mancher Ohrenleiden eine bedeutende Rolle, und auch bei der für das Gehör so unheilvollen Mening. cerebrosp. wird der definitive

[1]) Hartmann, Taubstummheit und Taubstummenbildung. Stuttgart bei F. Enke, 1880.

[2]) Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1867, ferner: Die acute Entzündung des häutigen Labyrinthes des Ohres. Breslau 1882, bei E. Morgenstern.

[3]) Knapp. Klin. Analyse der entzündl. Affect. des inneren Ohres. Arch. f. Augen- u. Ohrenkr. Bd. II, S. 268.

[4]) Moos, Ueber Mening. cerebrosp. epid, insbes. über die nach derselben zurückbleibenden comb. Gehörs- u. Gleichgew.-Störungen. Heidelberg 1881, bei C. Winter.

[1]) Arch. f. Anat. u. Physiol. 1869.

[2]) Monatsschr. f. Ohrenhlkde 1876, No. 6.

[3]) Zeitschrift f. Anat. u. Entw.-Gesch. II. 1877.

[4]) Monatsschr. f. Ohrenhlkde 1879, No. 3.

[5]) Virchow's Arch. Bd. 88, H. 3.

[6]) Arch. f. Ohrenhlkde XIX., p. 95.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schaden bedingt sein von der Ausbreitung des Entzündungsprocesses entweder nur über die Theile des mittleren Ohrgebietes, Paukenhöhle, Tuba Eustach., Warzenzellen oder über die inneren wichtigsten Theile des Ohres, welche die Endausbreitungen des Nerv. acust. enthalten, nämlich über das sog. Labyrinth.

Bei der einfachen Meningitis sowohl als bei der Mening. cerebrospin. kann die Complication mit dem Gehörorgane einen ganz verschiedenen Krankheitsprocess darstellen, der, wenn auch auf verschiedenen Wegen zu demselben Endresultate der absoluten Taubheit führen kann. Werden die Endapparate des Nerv. acust. im Labyrinthe allein und im ausgedehnten Maasse in den Entzündungsprocess hineingezogen, so kann in kürzester Zeit, oft sogar in wenigen Stunden das Gehör völlig zerstört werden. Aus pathologischen Untersuchungen, welche durch Sectionen von an Mening. cerebrosp. und an einfacher Meningitis Gestorbenen ausgeführt wurden, geht hervor, dass es sich hier um eingreifende Verletzungen und Zerstörungen an acustisch sehr wichtigen Theilen des Ohres handelt. Man findet bei diesen Erkrankungen im Vestibulum, in der Schnecke und den Bogengängen Blut und Eiterkörperchen, Ecchymosen, Verdickung und Succulenz der häutigen Labyrinththeile, wodurch ohne Zweifel die nervösen Elemente zum Schwund gebracht werden müssen [Heller[1]), Luccae[2])]. Aber nicht nur die Erkrankungen der Endapparate des Nerv. acust. bedingen allein hochgradige Schwerhörigkeit und Taubheit, sondern auch in der Paukenhöhle werden Veränderungen als Complication der genannten Hirn- und Hirnrückenmarkserkrankungen beobachtet, welche das Gehör in hohem Grade beeinträchtigen können, z. B. durch ausgebreitete Eiterungsprocesse im Mittelohre, ferner durch chronische Entzündungen mit Verwachsung und Fixirung der Gehörknöchelchen. Diese Erkrankungen des mittleren Ohrgebietes in der eigentlichen Paukenhöhle, welche der Untersuchung und den therapeutischen Eingriffen mehr zugänglich sind, können entweder gleichzeitig mit dem Beginne der erwähnten Gehirnkrankheiten auftreten oder sich erst allmälich nach dem Aufhören der Krankheit in der ersten Zeit der Reconvalescenz ausbilden. Wenn man auch die pathologisch-anatomischen Vorgänge, welche bei diesen Erkrankungen in den Labyrinththeilen sich abspielen, klinisch zu erkennen und auseinander zu halten noch nicht im Stande ist, so kann man doch, wie aus Sectionsberichten (Schwartze, path. Anat. d. Ohres p. 121) zu entnehmen ist, und worauf besonders Knapp u. A. hingewiesen haben, verschiedene Formen von Labyrinthentzündungen annehmen, so dass in dem einen Falle mehr eine hämorrhagische, in dem anderen eine serös exsudative oder purulente Entzündung stattfinden kann.

Die Gehörstörungen nach Mening. oder Mening. cerebrosp. kommen in der Regel erst nach Ablauf der schweren Krankheitserscheinungen zur Beobachtung des Ohrenarztes. Es ist daher vollkommen dem natürlichen Gange der Dinge entsprechend, dass gewöhnlich erst mit dem Nachlasse einer Epidemie von Mening. cerebrosp. auch den Beschädigungen des Ohres einige Aufmerksamkeit zugewendet wird, und die Ohrenärzte haben selten Gelegenheit, einen derartigen Process in seinem Beginne untersuchen zu können. Es war mir daher sehr willkommen, auf der medicinischen Abtheilung des Juliusspitals durch die Güte des Herrn Geheimraths Professor Gerhardt vom Mai bis Juli vorigen Jahres folgenden interessanten Fall von Mening. cerebrospin. epidem. vom Anfange an und in seinem weiteren Verlaufe beobachten zu können.

Der betreffende Patient, ein Schreinergeselle von 19 Jahren, kräftiger Musculatur und mittlerem Körperbau, erkrankte am 6. Mai Nachmittags plötzlich mit Schüttelfrost, Krämpfen und Schmerzen in den Füssen. Dazu gesellten sich bald heftige Schmerzen im Kopf und Nacken. Am zweiten Tage seiner Krankheit wurde er ins Juliushospital gebracht. Im Gesichte zeigten sich keine Störungen der Motilität; die Zunge konnte gerade herausgestreckt werden, die Pupillen waren nicht verschieden, nur die Bewegungen des Kopfes nach vorne waren etwas behindert. Die Körpertemperatur beim Eintritte war 40,2, Puls mässig frequent, weich, voll. Patient klagte über heftig reissende Stirnkopfschmerzen und zeigte stark benommenes Sensorium. Sobald er einen Schluck Wasser zu sich nahm, musste er sofort erbrechen. Es wurde ihm eine Eisblase auf den Kopf gelegt, innerlich erhielt er Mixt. gum. Am dritten Tage der Krankheit stellte sich Abends $7^1/_2$ Uhr ganz plötzlich auf dem linken Auge erhebliche Sehschwäche ein. Der linke Augendeckel war vollkommen herabgesunken und konnte nur durch starkes Runzeln der Stirne etwas gehoben werden; die linke Pupille zeigte sich sehr erweitert und reagirte nicht auf Lichtreize. Die Prüfung auf Bewegungsfähigkeit des Bulbus ergab nach aufgehobenem Augendeckel vollkommene Ruhestellung. Vorgehaltene Gegenstände wurden doppelt gesehen. Auf dem anderen, dem rechten Auge war die Pupille verengt und reagirte auf Licht nur schwach. Die Percussion des Schädels war im geringen Grade schmerzhaft, an den Extremitäten waren keine Bewegungsstörungen zu bemerken.

Die genauere Untersuchung des Ohres, welche am dritten Krankheitstage vorgenommen werden konnte, ergab, dass linkerseits das Gehörvermögen für Uhr und Sprache erheblicher verschlechtert war als rechts; das Sensorium war zwar etwas benommen, doch gab der Patient auf Befragen nach dem früheren Zustande seines Gehörs und bei der Gehörprüfung selbst bestimmte und sichere Antwort. Es konnte constatirt werden, dass links der Schlag einer gewöhnlichen Taschencylinderuhr nur beim Andrücken an das Ohr, rechts dagegen noch auf 5 cm gehört werden konnte. Auch bei der Prüfung der Schallleitung durch die Kopfknochen wurden, wie aus wiederholten Controlversuchen hervorging, vom Patienten genaue und bestimmte Angaben geliefert. Ich benutzte zu dieser Prüfung verschieden hohe Stimmgabeln und zwar g mit 198 Schwingungen, a mit 440 Schwingungen, c mit 528 Schwingungen, a mit 880 Schwingungen und c mit 1056 Schwingungen. Es zeigte sich nun die eigenthümliche Erscheinung, dass während das g der ungestrichenen Octave, a der eingestrichenen Octave und c der zweigestrichenen Octave sowohl bei Luft- als Knochenleitung noch percipirt wurden, die zwei letzteren der 2 und 3 gestrichenen Octave angehörenden Töne weder bei Luft- noch bei Knochenleitung linkerseits gehört wurden. Auf dem rechten Ohre wurden die sämmtlichen obengenannten Töne sowohl bei Luft- als bei Knochenleitung, wenn auch schwach, so doch deutlich gehört und unterschieden. Die Untersuchung des Trommelfelles gab keine Anhaltspunkte, welche diese Schwerhörigkeit erklären konnten. Auch vor seiner jetzigen Erkrankung soll Patient nie ohrenleidend gewesen sein. Von grossem Interesse erscheint für die Kenntniss der pathologischen Natur der vorliegenden Hirnerkrankung auch die an demselben Tage durch Herrn Prof. Michel vorgenommene Untersuchung der Augen, durch welche linkerseits eine Lähmung sämmtlicher Zweige des Nerv. oculomotorius und auch des Nerv. trochlearis festgestellt wurde. Eine geringe Beweglichkeit des Auges war nur im Sinne des Musc. rect. intern. möglich. In den nächstfolgenden Tagen stellten sich Delirien, Nackenstarre, Pulsverlangsamung und die verschiedenen Symptome, welche der Cerebrospinalmeningitis als charakteristisch zukommen, in ausgesprochenem Maasse ein, und es trat auch jetzt fast völlige Taubheit auf.

In der Zeit vom 7. bis 9. Krankheitstage gingen die Lähmungserscheinungen am linken Auge fast vollständig wieder zurück, das Sensorium war zwar immer im mässigen Grade benommen, jedoch beantwortete Patient correct die an ihn gestellten Fragen. Wegen der hochgradigen Schwerhörigkeit konnte man sich ihm nur schwer verständlich machen. Seine Sprache wurde lallend und schwerfällig, die Zunge wich beim Hervorstrecken etwas nach rechts ab. Während nach Verlauf der dritten Woche das Fieber völlig nachliess, ebenso die Lähmungserscheinungen am Auge zurückgegangen waren, auch das Sensorium frei geworden war, bestand die Schwerhörigkeit noch in gleicher Weise fort. In der vierten Woche bildeten sich unter Fieber plötzlich wieder von neuem die Lähmungserscheinungen am Auge, Nackenstarre, Delirien, Facialislähmung aus, und der Patient machte den Eindruck eines Blödsinnigen, nachdem nach Verlauf von weiteren 4—5 Wochen sich die Erscheinungen einer chronischen Meningitis wieder verloren hatten. Das Gehörvermögen, das mich bei dem sehr protrahirten Verlaufe dieses Krankheitsfalles besonders interessirte, stellte sich auch wieder gegen Ende des Monats Juli ein, und es zeigte sich dabei, dass auch die Perception der Stimmgabeltöne durch die Kopfknochen ganz allmälich deutlich hervortrat. Mit der Besserung der Schwerhörigkeit minderte sich auch das lästige Sausen im Ohre, das im Beginne der Krankheit in mässigem Grade aufgetreten war und successive mit zunehmender Schwerhörigkeit sich so bedeutend steigerte, dass zu der Zeit, als Patient völlig taub danieder lag, ausser den Kopfschmerzen das unerträgliche Getöse in den Ohren und zwar besonders linkerseits ihn zu beständigen Klagen und Jammern veranlasste.

Bei seinem Austritte aus dem Spitale am 8. August war nur noch linkerseits mässiges Ohrenbrausen vorhanden, und auch das Gehör dieser Seite war noch sehr herabgesetzt, so dass eine Cylinderuhr beim Andrücken ans Ohr kaum gehört werden konnte. Rechts war das Gehör besser, und konnte die Uhr wenigstens auf eine Entfernung von 10 cm gehört werden.

Im vorliegendem Falle handelte es sich jedenfalls primär um eine Mening. cerebrospin. epid. mit Betheiligung des Gehörnervenapparates. Eine schwere Beschädigung der Endausbreitung des Gehörnerven durch starke Blutung oder durch reichliche Exsudatbildung scheint hier nicht eingetreten zu sein, da nach Verlauf von verhältnissmässig kurzer Zeit wieder eine Functionirung des Gehörnerven eintrat. Dagegen scheint die sich anschliessende und gleichsam die zweite Periode der Krankheit beherrschende Meningitis chron. gleichfalls auf das Gehörorgan einen

[1]) Zur anatom. Begründung der Gehörstörungen bei Mening. cerebrosp. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1867, Bd. III.

[2]) Eitrige Entzündung des inneren Ohres bei Mening. cerebrosp. Archiv f. Ohrenhlkde Bd. V, S. 188.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weiteren ungünstigen Einfluss insoferne ausgeübt zu haben, als dadurch die benachbarten Ohrtheile den wiederholten Schädlichkeiten durch die in unmittelbarer Nähe sich abspielende Hyperämie und Entzündung der Hirnhäute nicht hinreichend Widerstand leisten konnten. Neben der Labyrinthaffection war in den letzten Wochen der Krankheit auch die Paukenhöhle, wenn auch in geringem Grade, in Mitleidenschaft gezogen: denn es zeigte die Untersuchung Hyperämie und Gefässinjection längs des Hammergriffes, stärkere Einziehung des Trommelfelles und diffuse Röthung desselben. Dieser Zustand dauerte noch einige Wochen nach dem Verlassen des Spitals fort und ich konnte dies noch bei der letzten Untersuchung Ende des Monats September constatiren. Das Sausen linkerseits hatte sich unterdessen fast völlig verloren. Am Trommelfelle zeigte sich sowohl links- als rechterseits noch mässige Einziehung und Injection der Hammergriffgefässe. Während die Hörweite für die Uhr rechts auf 12 cm gestiegen war, konnte links die Uhr nur beim Andrücken an das Ohr gehört werden. Auch die Perception der Stimmgabeltöne durch die Kopfknochen hatte sich linkerseits wieder eingestellt, wenn auch schwächer. Rechts auf der gesunden Seite konnten die oben genannten Stimmgabeln von der Mittellinie des Kopfes aus gut gehört werden, dagegen linkerseits nur beim Aufsetzen auf die linke Schläfenbeinschuppe.

Durch die Freundlichkeit des Herrn Dr. Dessloch in Rimpar bei Würzburg wurden mir noch weitere 14 Fälle von Mening. cerebrosp. aus der Umgebung von Würzburg bekannt. Bei drei jugendlichen Individuen von 9, 14 und 21 Jahren verlief die Krankheit fast genau in derselben Weise, wie in dem oben beschriebenen Falle; auch hier blieb auf dem einen Ohre ein höherer Grad von Taubheit zurück als auf dem anderen. Bei drei Patienten blieben nur unbedeutende Gehörstörungen, in vier leichten Fällen gar kein Nachtheil zurück. Leider konnte bei den letal verlaufenen schweren Erkrankungen im Beginne der Epidemie keine Section vorgenommen werden. Bei den für das Gehörvermögen günstig abgelaufenen Fällen handelte es sich hier auch um eine Complication, die den Labyrinthapparat weniger intensiv in Mitleidenschaft zog, sondern zu einer mässigen Entzündung und Hyperämie der Paukenhöhlentheile führte.

Da die Prognose für das Gehörorgan in den erwähnten Krankheiten sich höchst ungünstig gestaltet, so tritt um so mehr die Frage nach therapeutischen Maassregeln an uns heran, zumal da gegebenen Falles durch rechtzeitiges Eingreifen noch ein brauchbares Gehörvermögen gerettet werden kann. Voltolini hat in neuester Zeit in der oben angeführten Monographie bei Otitis labyrinth. empfohlen, frühzeitig innerlich Calomel, Digitalis, Aconit in Anwendung zu bringen, ferner äusserlich Digitalis-Jodsalbe auf den abgeschorenen Kopf zu appliciren. Hat die Hitze im Kopfe einigermaassen nachgelassen, so empfiehlt derselbe, ein Blasenpflaster auf den geschorenen Kopf zu legen; auch Opium soll nach den Erfahrungen französischer Aerzte gute Wirkung versprechen. Von der Anwendung der Kälte, welche bisher den trostlosen Ausgang in Taubheit nicht aufzuhalten vermochte, verspricht sich Voltolini keine besonderen Erfolge. Dieselben Mittel, wie bei der primären Labyrinthentzündung würden auch bei der durch Mening. cerebrosp. hervorgerufenen secundären Labyrintherkrankung in Anwendung zu bringen sein. Leider lässt sich die Ausbreitung des an dem Endapparate des Gehörnerven angerichteten Schadens und die Möglichkeit einer Wiederkehr der Gehörfunction äusserst schwierig, in den meisten Fällen wohl gar nicht beurtheilen, und man wird daher immer auf eine symptomatisch-exspectative Behandlung angewiesen sein. Da bei den im allgemeinen sehr zweifelhaften therapeutischen Erfolgen in diesen Krankheiten viele Aerzte sich schwer zu dem von Voltolini angegebenen therapeutischen Verfahren, Blasenpflaster auf den Kopf zu legen etc., entschliessen werden, so wird in den meisten Fällen die locale Application von Kälte durch Eisblase auf den Kopf im Beginne und im Verlaufe der Krankheit noch am meisten in Anwendung gezogen werden. Als besonders practisch sowohl hinsichtlich der Einfachheit der Anwendung als auch der Wirkung in Bezug auf Wärmeentziehung erweist sich hier gewiss der Gebrauch der Leiter'schen Röhren, womit auch Bürkner[1]) bei verschiedenen entzündlichen Ohraffectionen sehr gute Erfolge erzielt hat. Durch diese biegsamen verzinnten Bleiröhren von 3—6 mm Dicke kann man, auch wenn das Wasserreservoir nicht höher gestellt ist, als dass ungefähr in einer Stunde 3 Liter abfliessen, mit Wasser von gewöhnlicher Zimmertemperatur schon eine solche Abkühlung des betreffenden Körpertheiles erzielen, die der Wirkung eines Eisbeutels gleichkommt. Ist die Krankheit bereits seit längerer Zeit abgelaufen, und hat man Grund, eine Labyrinthaffection anzunehmen, so sind Versuche mit der Electricität (constanter Strom mit 5—6 El.), Jod und Jodkali äusserlich und innerlich am Platze. Leider sind die Bemühungen des Arztes bei absoluter Taubheit nach derartigen Gehirnkrankheiten selten von einem günstigen Erfolge gekrönt. Jedenfalls handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um Zerstörung wichtiger akustischer Theile im Labyrinthe, wie dies auch mit den bekannt gewordenen Sectionsberichten übereinstimmt; eine Wiederherstellung des Gehörs ist daher in solchen Fällen weder durch die Electricität noch durch anderweitige Medication zu erreichen.

[1]) Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XVII. S. 115.

Entschieden günstiger gestalten sich die Aussichten für Erhaltung des Gehörs, wenn bei den erwähnten Gehirnkrankheiten mehr das mittlere Ohrgebiet in Mitleidenschaft gezogen wird. Wenn auch im Beginne der Krankheit eine complete oder hochgradige Taubheit die Annahme einer Labyrintherkrankung rechtfertigt und dadurch die Prognose sehr ungünstig erscheinen lässt, so wird der Arzt doch bei Betrachtung des Trommelfelles ein freudiges Gefühl empfinden, wenn sich eine Otitis media mit oder ohne Exsudatbildung constatiren lässt, oder wenn bereits die Natur selbst den Weg gebahnt hat, und schleimig eitriges Exsudat aus dem Ohre fliesst.

Leider wird den Eiterungsprocessen am Ohre von den Angehörigen noch viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Ein eitriger Ausfluss aus dem Ohre wird ja bekanntlich besonders im kindlichen Alter noch häufig als eine günstige Ableitung der Krankheitsstoffe aus den inneren Körperorganen nach aussen betrachtet. Man sieht daher nicht selten Eiterungen aus der Paukenhöhle mit ausgebreiteter Zerstörung des Trommelfelles, Caries mit polypösen Wucherungen aus frühester Kindheit jahrelang zur grössten Belästigung des Patienten und der Umgebung ruhig fortbestehen, ohne dass nur der Versuch zu einer annähernd genügenden Reinigung angestellt wird.

Im Beginne lassen sich derartige Eiterungsprocesse, die in der Regel in einer Entzündung der Paukenschleimhaut mit Durchbruch des Trommelfelles ihren Grund haben, durch die einfache Berücksichtigung der Reinlichkeit mit dem besten Erfolge behandeln. In den meisten Fällen wird man ausreichen, wenn das Ohr täglich 1—2 mal gründlich mit circa $^1/_4$ Liter lauwarmen Wassers durch Ausspritzen von Schleim und Eiter gereinigt wird, worauf unmittelbar das Politzer'sche Verfahren anzuwenden ist, um durch Lufteinpressen in die Tub. Eustach. auch von dieser Seite her die Paukenhöhle von Secret zu entleeren. Die antiseptischen Heilmittel, welche in der Chirurgie gute Dienste leisten, ferner Adstringentien lassen sich hier bequem damit verbinden, indem man in der Flüssigkeit eine gewisse Quantität des Arzneimittels (Pulver oder concentrirte Lösung) auflöst und dadurch eine schwächere oder stärkere Mischung sich stets bereiten kann. Zu empfehlen sind: Carbolsäure 1—2 Proc., Borsäure 2—3 Proc., essigsaure Thonerde 0,5—1 Proc., Sublimat 0,05—0,10 Proc., Zinc. sulf. Pb. acet. 0,1—0,2 Proc. u. a. Von den die Schleimhaut der Paukenhöhle am wenigsten irritirenden Mitteln ist die Borsäure, welche in fein pulverisirtem Zustande auch eingeblasen werden kann, am meisten zu empfehlen. (Bezold: Zur antiseptischen Behandlung der Mittelohreiterungen. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XV, S. 1.) Besteht jedoch die Eiterung schon jahrelang und sind schon tief greifende Zerstörungen in der Paukenhöhle vorhanden, so ist die Behandlung nicht mehr so einfach und mit gutem Erfolge durchzuführen, sondern man muss zu complicirten Eingriffen seine Zuflucht nehmen, zur Cauterisirung mittelst Aetzmittel und Galvanokaustik, Entfernung cariöser und necrotischer Knochenpartien etc. Für das Gehörvermögen bleibt jedoch in der Regel bei diesen vernachlässigten Fällen ein erheblicher Schaden nach der Heilung zurück.

Ausser dem Entzündungsprocesse mit eitrigem Exsudat in der Paukenhöhle kann aber auch eine andere Form von Entzündung der Mittelohrtheile bei Gehirnaffectionen als Complication auftreten, und später zu hochgradiger Störung des Gehörvermögens bis zur vollständigen Taubheit Veranlassung geben, nämlich jene Form der Entzündung, die kein erhebliches Exsudat producirt, nicht zur Perforation des Trommelfells führt, sondern sich besonders durch Schwellung und Succulenz der Paukenschleimhaut auszeichnet und später zu Verlöthungen zwischen Trommelfell und innerer Paukenhöhlenwand Veranlassung giebt. Dadurch kann allmälich die ganze Kette der Gehörknöchelchen unbeweglich werden und zur Unthätigkeit verurtheilt sein, während das Trommelfell in völlig atrophischem Zustande mit seiner inneren Fläche sich an die innere Paukenhöhlenwand anschmiegt und fest verwächst. An eine erfolgreiche Trennung solch ausgebreiteter Flächensynechien durch operative Eingriffe ist nicht zu denken, da kurze Zeit darauf diese Theile, welche nicht hinreichend von einander isolirt werden können, wieder in innige Berührung kommen und rasch verwachsen, womöglich noch straffer als zuvor. Dieser Zustand wird zwar noch häufiger als nach den erwähnten Gehirnkrankheiten auch durch primäre Ohrenerkrankungen und zwar in der Paukenhöhle, Tuba Eustach., Nasenrachenraum beobachtet, allein der häufige Zusammenhang gerade im kindlichen Alter mit Erkrankungen, welche als Mening. oder Mening. cerebrospin. bezeichnet werden, spricht nicht selten für eine ursächliche Complication mit den erwähnten Gehirnkrankheiten. An Taubstummen, welche angeblich in früher Kindheit durch Gehirnkrankheiten ihr Gehör verloren, findet man

Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nicht selten bei genauer Untersuchung des Ohres die genannten Verwachsungen der Paukenhöhlentheile mit dem Trommelfelle, welche mit Bestimmtheit auf vorausgegangene entzündliche Processe in dieser Gegend hinweisen.

Gegen diese folgeschwere Erkrankung des Mittelohres, welche im kindlichen Alter oft vorkommt, kann man im Beginne mit verhältnissmässig einfachen Mitteln erfolgreich ankämpfen. Es ist vor Allem dafür zu sorgen, dass die innige Berührung zwischen den hyperämischen und entzündeten Schleimhautflächen der Paukenhöhle und des Trommelfelles vermieden werde. Dies wird bei Kindern fast ausnahmslos durch öftere Anwendung (1—2mal täglich) des Politzer'schen Verfahrens erreicht, ohne dass man zu dem Catheter zu greifen braucht, ein Verfahren, das sich bei Kindern nur schwer anwenden lässt. Weiter dürften noch Einpinselungen von Jodtinctur auf die Warzenfortsatzgegend zu empfehlen sein. Der in solchen Fällen stets vorhandene Naso-Pharyngeal-Katarrh muss besonders berücksichtigt werden, da durch längeren Verschluss der pharyngealen Mündung der Tuba Eustach. in der Paukenhöhle ein luftverdünnter Raum geschaffen wird, in Folge dessen der äussere Luftdruck in höchst nachtheiliger Weise auf dem Trommelfelle lastet, dasselbe beständig einwärts drückt und durch diese constante Belastung sehr schädlich auf die Ernährung der Trommelfellsubstanz einwirken muss. Gute Dienste leisten einfache Eingiessungen einer 1—2procentigen Kochsalz- oder Boraxlösung durch die Nase in den Rachenraum mittelst eines Kaffeelöffelchens oder einer kleinen Ballonspritze, was auch bei ganz kleinen Kindern öfter des Tages und in ganz kleinen Quantitäten vorgenommen werden kann.

Die Gefahr einer bleibenden Beschädigung des Gehörs nach den oben erwähnten Gehirnerkrankungen in dem kindlichen Alter liegt aber noch besonders darin, dass man geneigt ist, bei hochgradiger Taubheit fast immer eine Labyrinthaffection anzunehmen, welche nur in selten günstigen Fällen eine Erhaltung des Gehörs erwarten lässt, während bei den schleichend verlaufenden Paukenhöhlenprocessen, die gleichfalls mit bedeutender Schwerhörigkeit einhergehen können, eine einfache und zweckmässige Therapie im Beginne den Verlust des Gehöres verhindern kann. Dem Arzte wird nach Ablauf der stürmischen Krankheitserscheinungen häufig nicht mehr Gelegenheit geboten, den unterdessen aus der Behandlung entlassenen Patienten noch genauer auf den Zustand des Gehörs prüfen zu können und da bekanntlich bei Kindern Schwerhörigkeit selbst im hohen Grade oft lange Zeit den Angehörigen entgehen kann, so sollte in allen Fällen bei solchen Krankheiten der Kinder, die häufig das Gehörvermögen vollständig oder im hohen Grade zerstören können, auch noch nach Ablauf der Krankheit von Zeit zu Zeit der Zustand des Ohres einer genauen Untersuchung unterworfen werden.

II. Ueber Jodoformvergiftung und ihre Behandlung.

Von

Dr. Behring in Winzig.

Bei dem häufigen Gebrauch, den ich vom Jodoform zur Wundbehandlung machte, habe ich zuweilen auch Störungen des Allgemeinbefindens beobachtet, die ich dem Jodoform zur Last legte. Auf Grund von weiter unten zu erwähnenden experimentellen Erfahrungen, verordnete ich in solchen Fällen eine 5 bis 10 % wässrige Lösung von Kali bicarb., so viel mir schien, mit gutem Erfolg. In letzter Zeit hatte ich nun Gelegenheit, zwei Fälle von psychischer Alteration nach Jodoformgebrauch zu behandeln, wobei das Kal. bicarb. als promptest wirkendes Antidot sich erwies.

Der erste Fall betrifft einen jungen Mann, bei welchem nach mehrwöchentlicher Anwendung des Jodoforms Schlaflosigkeit, Ideenflucht und eine auffallende Aenderung der Gemüthsstimmung eingetreten war.

Die Krankengeschichte des zweiten Falles bringe ich im Folgenden ausführlich.

Der 58jährige Lohngärtner R. aus B. hatte am 10. November 1883 durch Schlag mit einem Stock eine Kopfverletzung acquirirt. Der Stock war beim Schlage zersplittert. Die Kopfhaut war über dem rechten Scheitelbein in Ausdehnung von 5 cm vollständig durchtrennt, und es präsentirte sich nach dem Abrasiren der Haare eine weitklaffende Wunde mit überall sehr stark gequetschten Wundrändern. In der Mitte der Wunde sass ein Holzsplitter von der Dicke eines Gänsekiels und $1^1/_2$ cm Länge. Nach seiner Entfernung kam ich mit der Sonde auf rauhen Knochen. Die Blutung war in den ersten Stunden nach der Verletzung sehr reichlich gewesen. Nach dem Abwaschen der Blutgerinnsel und nach Reinigung der Wunde, füllte ich dieselbe reichlich mit Jodoformpulver aus, bedeckte das Jodoform mit Salicylwatte und legte einen Gazeverband darüber. Pat. hatte am 20. November mässiges Fieber und klagte über Kopfschmerz und Appetitlosigkeit. Seit dem 21. November war das subjective Befinden besser; Pat. hatte weder Uebelkeit noch Kopfschmerz; nur der Appetit wollte nicht kommen. Am 22. November war Pat. ausser Bett und kam am 23. November den $^3/_4$ stündigen Weg zum Verbandwechsel zu Fuss in meine Wohnung.

Ich fand die Wunde gut granulirend, mit zähschleimigem, gelb tingirtem Secret bedeckt, brachte von neuem Jodoform in die Wunde und liess den Pat. dann mit einem Kopfverband nach Hause gehen.

Am 29. November stellte sich Pat. wieder vor. Der Appetit war noch immer mangelhaft. Da Pat. jedoch im Uebrigen keine Klagen hatte, und er mir als Potator geschildert war, so legte ich dem keine besondere Bedeutung bei. Die Wunde war jetzt bis auf Markstückgrösse verkleinert; in ihrer Mitte markirte sich der frühere Sitz des Holzsplitters durch einen trichterförmigen in die Tiefe verlaufenden Gang.

Ich legte wiederum einen Jodoformverband an, und hatte jetzt im Ganzen 12,0 gr Jodoform verbraucht.

Nachdem bis zum 30. November keinerlei bedenkliche Erscheinungen aufgetreten waren, erhielt ich am 2. December Morgens von dem Urheber der Kopfverletzung die Nachricht, er sei durch das auffallende Verhalten des R. sehr geängstigt: „der Mann thue, als ob er nicht mehr seinen richtigen Verstand habe". Der mich herausholende Fuhrmann erzählte noch, wie die Nachbarschaft durch das Gebahren des Pat. allarmirt sei, und welche Folgen es für den, der dem R. die Verletzung beigebracht, haben müsse, wenn dieser seinen Verstand verliere.

Ich fand den Patienten im Bett, hörte, dass die Nacht vom 30. November zum 1. December schlecht gewesen sei. Am Tage habe er dann viel wirres Zeug gesprochen, wollte gar nichts zu sich nehmen, und es habe ihn im Bett nicht geduldet. In der Nacht vom 1. zum 2. December aber habe er Fluchtversuche gemacht und die schon vorher beängstigenden Erscheinungen seien in Toben ausgeartet, das bis an den Morgen dauerte. — Als ich ankam, war Pat. schon ruhiger; auf meine Fragen antwortete er aber widerwillig und mit häsitirender Sprache.

Bei Abnahme des Verbandes zeigte sich die nur noch 10 Pfennigstück grosse Wunde mit guten Granulationen vollständig ausgefüllt; von Jodoform waren nur noch Spuren an der Verbandwatte zu bemerken. Der kräftig gebaute, aber etwas decrepide Patient fiel mir durch seinen wirren Blick und seine verfallenen Gesichtszüge auf. Die Zunge war stark belegt; sie zitterte beim Herausstrecken nicht. Auch an den Händen liess sich kein Tremor erkennen. Uebrigens hörte ich dann auf Befragen bei zuverlässigen Leuten, dass der p. R. im Dorfe durchaus nicht als Trinker gelte.

Die Körpertemperatur erreichte noch nicht 37°. Der eher kleine Puls hatte eine Frequenz von 104; die Radialarterie fühlte sich hart an. Die Untersuchung des Herzens, der Lungen und der Abdominalorgane ergab nichts Abnormes.

Der in meiner Wohnung untersuchte Urin des Pat. war klar, frei von Eiweiss; spec. Gew. 1034; Jodreaction bei zweifacher Verdünnung des Urins mit Wasser noch eben deutlich erkennbar.*)

Ich legte einen Borsalbeverband auf die Kopfwunde und gab dem Patienten Solut. Kal. bicarb. 15,0 : 200,0; stündlich 1 Esslöffel. Im weiteren Verlauf des Tages war Pat. noch unruhig, führte aber keine so beängstigende Reden, wie früher. Die nächste Nacht war leidlich gut. Am 3. December hatte er besseren Appetit, und am 4. December erhielt ich die Nachricht, dass sein psychisches Verhalten wieder wie in seinen gesunden Tagen sei. Am 5. December legte ich in meiner Wohnung einen Verband mit Jodoform-Vaseline an; Pat. war nunmehr wieder dauernd ausser Bett, und ich fand sein Befinden ganz normal.

Am 7. December war die Wunde definitiv mit glatter Narbe verheilt.

Zur Würdigung des Kal. bicarb. als Antidot gegen Jodoformvergiftung habe ich nun folgende Bemerkungen zu machen:

Im Laufe des Jahres 1882 hatte ich Kaninchenexperimente angestellt, um das Wesen der Jodoformvergiftung zu studiren, und ich gelangte damals zu dem Resultat, dass nach Jodoformgebrauch zwar Vergiftungserscheinungen beobachtet sind, die man den bekannten Symptomen der Jodvergiftung anreihen muss, dass andrerseits aber auch gut charakterisirte Erkrankungen durch das Jodoform verursacht sind, welche

*) Um wenigstens eine annähernde quantitative Bestimmung des Jods im Urin in bequemer Weise zu erhalten, habe ich folgendes Verfahren als zweckmässig gefunden. Ich verdünne in einem Messglase den jodhaltigen Harn so weit, bis die Stärkereaction noch eben erkennbar bleibt. Da nun, wie man sich leicht überzeugen kann, die Reaction noch erfolgt, wenn 1,0 gr Kal. jodat. in ca. 500000 ccm Wasser gelöst ist, so lässt sich der Jodgehalt im Harn ohne Schwierigkeit berechnen. Freilich wird dabei nur das durch salpetrige Säure oder durch Chlorwasser im Harn freigemachte Jod gefunden. Aber ich habe mich am Kaninchenurin, in welchem Herr Dr. Wildt in Posen das Jod nach der Hilger'schen Methode bestimmte, überzeugt, dass das Resultat ein annähernd genaues ist, — jedenfalls genauer, als beim calorimetrischen Verfahren nach Struve.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von den nach Darreichung anderer Jodpräparate, insbesondere der Jodalkalien beobachteten, scharf zu trennen seien.

Bei meinen weiteren Bemühungen, der Ursache dieser Verschiedenheit auf den Grund zu kommen, musste alsbald der Umstand auffallen, dass das Jodoform ohne Alkali dem Organismus zugeführt, dagegen mit Alkali als Jodosalz, wieder ausgeschieden wird.

Man hat sich nach Binz die, unter Mitwirkung des lebenden Protoplasmas, erfolgende Zerlegung des Jodoforms so vorzustellen, dass im Organismus aus $2CHI_3$ 5 Th. HI und 1 Th. HIO_3 entstehen. Diese Säuren verbinden sich mit den Alkalien des Blutes zu Salzen und können als Jodsalz und jodsaures Salz ausgeschieden werden, in der Regel aber erfolgt unter vorübergehendem Freiwerden von Jod eine weitere Zerlegung der Jodsäure, bis auch diese als Jodsalz im Harn wieder erscheint.

Es muss demnach das Jodoform alkalientziehend wirken*).

Das Studium der Arbeiten über die Bedeutung der Alkalien für den thierischen Körper und namentlich die grundlegenden Versuche von E. Salkowski[1]) über die Alkalientziehung bei Kaninchen durch verdünnte Mineralsäuren, befestigte dann mehr und mehr die Ueberzeugung, dass dies Moment von wesentlichster Bedeutung für das Verständniss der Jodoformvergiftung sei, ja dass, bei Kaninchen wenigstens, dasselbe zur Erklärung gerade der constanten Vergiftungserscheinungen allein ausreicht. Die so sehr auffallende Abmagerung der Thiere, der Eintritt des letalen Endes nach meist fast symptomenlosem Verlauf, der negative Befund bei der Section in Bezug auf die eigentliche Todesursache, all das sind auch der Alkalientziehung eigenthümliche Erscheinungen.

Es würde danach beim Jodoform sich um einen Körper handeln, der zwar an sich nicht die Eigenschaft einer Säure besitzt, nach seiner Zerlegung im Organismus aber die alkalientziehende Wirkung einer solchen ausübt, wie O. Liebreich[1]) das Gleiche auch für das Chloral bei Kaninchen nachgewiesen hat.

Es lag daher nahe genug, hier eine Versuchsreihe zu wiederholen, die früher von Walter[2]) angestellt war, und welche dazu gedient hat, der Lehre Salkowski's von der deletären Wirkung der Alkalientziehung durch verdünnte Mineralsäuren eine weitere Stütze zu geben. Walter zeigte nämlich, dass es gelingt, die mit Säuren behandelten Thiere zu retten, wenn man ihnen Alkalien zuführt. War daher meine Annahme richtig, so liess sich erwarten, dass die Vergiftung verhütet resp. beseitigt wird, wenn man den Kaninchen gleichzeitig mit dem Jodoform auch Alkalien darreicht.

Und meine Versuche ergaben ein ganz unzweideutiges Resultat. Ich habe 4 Kaninchen bei gleichzeitiger Zufuhr von Jodoform und Alkalien *am Leben* erhalten und sah dieselben vollständig wieder gesund werden, *während* die Controlthiere (von demselben Wurf) in wenigen Tagen durch die gleiche Jodoformmenge zu Grunde gingen; und im weiteren Verfolg der Versuche konnte ich constatiren, dass selbst nahezu das Doppelte der sonst letal wirkenden Dosis ohne wesentlichen Schaden, wenngleich auch unter starker Abmagerung, von den Thieren vertragen wurde, wenn sie als Antidot eine Lösung von Kal. bicarb. erhielten. Diese verabfolgte ich per os, während ich das Jodoform, in erwärmter Vaseline gelöst, per anum applicirte. Als letal wirkende Dosis (ohne Alkali) hatte ich bei dieser Art der Einverleibung des Jodoforms ca. 0,5 gr pro Kilo Thier gefunden, muss jedoch bemerken, dass jüngere Kaninchen auch relativ weniger Jodoform vertragen, und dass die Art der Ernährung von wesentlichem Einfluss auf die Grösse der tödtlichen Dosis ist.

Und noch auf eine Besonderheit muss ich aufmerksam machen. Walter[2]) hatte bei seinen Versuchen verdünnte Salzsäure gegeben und als Antidot eine Lösung von Natron bicarb. subcutan angewendet. Ich fand, dass Natronpräparate als Antidot gegen Jodoform sich weniger eignen. Die Thiere bekamen danach nicht selten Reizungserscheinungen Seitens des Darms und der Nieren, die bei der Section als starke Hyperämie sich präsentirten, und die, wie ich in 2 Fällen mich überzeugte, im Darm bis zu Ekchymosen sich steigern können. Aehnliches habe ich nach Anwendung von Kalipräparaten nicht gesehen, und es wird hierbei an die auch sonst gemachte Beobachtung zu denken sein, dass die Jod-Natriumpräparate zu Intoxicationssymptomen viel leichter Veranlassung geben, als die Verbindungen des Jods mit Kalium.

Durch die eben berichteten Erfahrungen glaube ich mich nun zu der Schlussfolgerung berechtigt:

1. dass das Jodoform alkalientziehend auf den Organismus der Kaninchen wirkt,

2. dass es in genügender Dosis durch diese Wirkung den Tod der Thiere herbeiführt,

3. dass man im Stande ist, durch geeignete Alkalizufuhr Kaninchen eine bemerkenswerthe Toleranz gegen das Jodoform zu verschaffen.

Eine Verallgemeinerung dieser Schlüsse ist aber, nach Analogie der über die Wirkung verdünnter Mineralsäuren eruirten Thatsachen zunächst nur für pflanzenfressende Thiere gestattet.

Ueber die Möglichkeit einer deletär wirkenden Alkalientziehung durch das Jodoform bei Fleischfressern habe ich keine eigenen Erfahrungen. Für diese Möglichkeit scheinen mir jedoch von Zeller[4]) neuerdings ausgeführte Versuche zu sprechen, welche zwar nicht das Jodoform, aber das demselben gleich constituirte Chloroform betreffen. Zeller wollte sich über die „Zersetzungsgrösse" des Chloroforms Aufschluss verschaffen, d. h. er versuchte festzustellen, wie viel von diesem Körper im Organismus zerlegt wird, und gab zu dem Zweck Hunden das Chloroform in Kapseln per os ein. Da fand er denn, dass die „Zersetzungsgrösse" schwankend ist bei verschiedenen Thieren, dass sicherlich aber ein sehr bedeutender Theil des Chloroforms als Chloralkali (NaCl) im Harn wieder erscheint, ja bei einem Versuchsthier, welches 9,8 gr erhalten hatte, wurde nicht weniger als $^2/_3$ des Chlors in dieser Form durch den Harn ausgeschieden.

Da die Versuchsthiere ausser Wasser nur eine genau abgemessene und während der ganzen Versuchszeit in Qualität und Quantität gleiche Nahrung erhielten, so kann die Mehrausscheidung an Alkali nur auf Kosten des Organismus erfolgt sein. Ueber das Schicksal der Hunde macht Zeller aber folgende Bemerkung: „Kräftige Hunde vertragen eine einmalige Dosis von 7—10 gr zunächst ganz gut. Nach 8—14 Tagen zeigen sie indessen eine beträchtliche Abmagerung und gehen in vielen Fällen, ohne dass besondere Umstände hinzutreten, unter diesen cachectischen Zuständen zu Grunde."

Die in Z.'s, für einen ganz anderen Zweck angestellten, Untersuchungen durch die quantitative Analyse nachgewiesene Alkalientziehung und die auffallende Uebereinstimmung mit der krankmachenden Wirkung einer solchen, sind zu eclatant, als dass sie als blosser Zufall aufgefasst werden könnten.

Bezüglich des Jodoforms liegen Versuche von Falkson[5]) vor. Derselbe brachte das Jodoform Hunden in die Bauchhöhle, und danach starben die Thiere bei genügend grosser Dosis, die durchschnittlich mehrere Gramm pro Kilo Körpergewicht betrug, unter allmählich zunehmender Abmagerung nach ca. 4 bis 8 Tagen. Falkson beobachtete ausserdem aber auch noch eigenthümliche Störungen im Bereich der motorischen Sphäre, von welchen er epileptiforme Anfälle, Parese der Hinterbeine und Coma nennt. Aehnliches habe ich — allerdings nur in 2 Fällen — auch bei Kaninchen gesehen. — Diese Erscheinungen können nach allem, was wir darüber wissen, nicht als Symptome einer herabgesetzten Alkalescenz des Blutes angesehen werden; ebensowenig aber als die Wirkung freigewordenen Jods.

Gegen die letztere Auffassung spricht einmal die Natur dieser Erscheinungen selbst, die von den nach anderen Jodpräparaten beobachteten ganz abweicht; besonders aber auch der Umstand, dass sie regelmässig erst mehrere, meist 3 bis 4 Tage, nach der Jodoformapplication sich einstellten.

Die Untersuchungen von Binz und Högyes beweisen, dass das Jodoform bei Katzen und auch bei Hunden einen evidenten Einfluss auf das Centralnervensystem ausübt, und wir haben alle Ursache mit Binz denselben auf vorübergehend frei werdendes Jod zu beziehen. Aber diese von den beiden genannten Forschern nachgewiesene Wirkung ist wesentlich depressorischen Charakters und äussert sich als Schläfrigkeit, bis zu tiefem Schlaf; sie tritt schon nach kurzer Zeit, bei interner und subcutaner Anwendung des Jodoforms meist schon nach 30 Minuten ein; und es ist ja auch a priori zu erwarten, dass die Jodwirkung dann am eclatantesten sein wird, wenn die grösste Jodmenge im Organismus circulirt, und nicht erst, wenn schon ein grosser Theil des Jods ausgeschieden ist; dazu kommt, dass um so mehr von dem zuerst vorhandenen, wirksamen Jodat zum indifferenten Jodid reducirt wird, je längere Zeit nach Einverleibung und Resorption des Jodoforms vergangen ist.

Das von Falkson beschriebene Krankheitsbild erinnert aber sehr lebhaft an die von Forster[3]) bei Hunden beobachteten Störungen, welche in der Verarmung des Organismus an seinen Aschebestandtheilen ihre Ursache haben. Forster bezeichnet als solche Störungen einen allgemeinen Ermüdungszustand im Muskelsystem, Erhöhung der Reflexerregbarkeit, die sich zu Convulsionen und Wuthanfällen steigern kann, und schliesslich Lähmung der Nervencentralorgane. Die Thiere gehen an diesen Störungen des Nervensystemes zu Grunde, während die eigentlichen Stoffwechselvorgänge dabei keine wesentliche Beeinträchtigung erfahren.

Wir wissen nun durch die Untersuchungen Walters,[2]) dass Fleischfresser und in specie Hunde gegen deletär werdende Herabsetzung

*) Diese alkalientziehende Wirkung des Jodoforms ist, wie ich später fand, auch von Harnack (Berl. klin. W. 1882 No. 20) hervorgehoben worden.

Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

der Alkalescenz des Blutes eine viel grössere Resistenz besitzen, als Pflanzenfresser, und es ist sehr gut denkbar, dass dafür die Verarmung an den unverbrennlichen Bestandtheilen mit ihren Folgen mehr in den Vordergrund tritt. Von vornherein ist anzunehmen, dass dies um so eher der Fall sein wird, wenn die durch das Jodoform bedingte Mehrausscheidung an mineralischen Bestandtheilen nicht einhergeht mit entsprechender Mehraufnahme an Salzen durch die Nahrung, und da verdient es besondere Beachtung, dass in Fällen von Jodoformvergiftung mit hervorragender Betheiligung des Nervensystems dem Symptom der Nahrungsverweigerung erfahrungsgemäss eine so ominöse Bedeutung beigelegt werden musste.

Für die Beurtheilung der Jodoformvergiftung wird danach ausser der Jodwirkung noch in Betracht zu ziehen sein die durch dasselbe bedingte Alkalientziehung und ev. die Verarmung des Organismus an unverbrennlichen Bestandtheilen. Ob ausser diesen Wirkungen, die das Jodoform seiner Natur gemäss entfaltet, auch noch aus demselben etwa entstehende intermediäre organische Verbindungen zur Erklärung von Vergiftungserscheinungen heranzuziehen sind, muss mindestens zweifelhaft erscheinen. Binz[6]) sagt darüber: „Sollte Jemand noch die Bildung von allerlei sonstigen intermediären Jodcompositionen im Organismus vermuthen, so ist hiergegen nichts einzuwenden. Unsere Auffassung von dem Verlauf der Jodwirkung wird dadurch wesentlich nicht geändert. Diese etwaigen Alkoholradicaljodide, Amidjodide, oder wie sie sonst heissen mögen, sind alle von unbeständigem Charakter und spalten sehr leicht ihr Jod ab, thun also dasselbe, wie das anscheinend so fest gefügte Jodoform."

Dagegen werden wir, wenigstens für manche Fälle beim Menschen, nicht die Annahme entbehren können, dass für die Jodoformwirkung gewisse Verhältnisse prädispouirend sein müssen, so dass schon geringere Mengen des Präparats Intoxicationserscheinungen hervorrufen können. Ein prädisponirendes Moment, welches bei chirurgischer Anwendung des Jodoforms oft genug in Frage kommt, lässt sich nun ganz bestimmt anführen, das ist vorausgegangene Anwendung des Chloroforms. Denn nachdem durch Zeller[4]) bewiesen ist, dass ein grosser Theil des Chloroforms im Organismus zerlegt und als Chloralkali ausgeschieden wird, kann es nicht anders sein, als dass sich die Jodoformwirkung nach dieser Richtung hin einfach zu der des Chloroforms hinzuaddirt.

Inwieweit auch andere medicamentöse Einflüsse, oder besondere Zustände des Organismus prädisponirend wirken, darüber Bestimmtes zu sagen, reichen unsere Erfahrungen noch nicht aus; aber ein Gedanke liegt zu nahe, um unausgesprochen zu bleiben, der nämlich, dass alte Leute, wie in allen Fällen, wo es sich um Wiederersatz integrirender Körperbestandtheile handelt, — und als solche sind zweifellos auch die mineralischen zu betrachten — sich jüngeren gegenüber im Nachtheil befinden, und dass sie deswegen der deletären Wirkung des Jodoforms mehr ausgesetzt sein werden.

Zur Motivirung des antidotarischen Verhaltens des Kal. bicarb. gegenüber dem Jodoform braucht es indessen gar nicht einer Anerkennung der von mir im Vorhergehenden besonders urgirten Wirkungsweise des Jodoforms.

Wie man auch die Jodoformwirkung beurtheilen mag, in allen Fällen entspricht die künstliche Zufuhr von Alkalien zur Verhütung oder zur Beseitigung von Vergiftungserscheinungen einer rationellen Indication.

Bum[7]), v. Mosetig-Moorhof's Assistent, welcher die Fälle von Intoxication auf frei gewordenes Jod bezieht, sagt Folgendes:

„Es ist . . die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass unter gewissen Bedingungen nicht die ganze Menge des freigewordenen Jods durch die Alkalien des Blutes gebunden werden kann; dies wird dort der Fall sein, wo entweder die Menge des in den Organismus eingeführten Jodoforms, daher auch die Menge des, nach der so rasch erfolgenden Resorption, freigewordenen Jods eine allzubedeutende ist, oder dort, wo die chemische Zusammensetzung des Blutes eine Veränderung erfahren hat, am sichersten gewiss in jenen Fällen, wo diese beiden Bedingungen zusammentreffen."

Auch von diesem Standpunkt aus ist die antidotarische Verwendung von Alkalien sicherlich sehr empfehlenswerth, wenngleich Bum selbst diese für die Praxis wichtige Schlussfolgerung nicht macht. —

Ich kann ausserdem noch ein direct unseren Gegenstand betreffendes Urtheil von Herrn Prof. Binz mittheilen, welches derselbe mir brieflich zukommen liess, als ich vor mehr als Jahresfrist ihm die Resultate meiner Thierversuche und insbesondere die therapeutische Wirkung der Alkalien mittheilte: „Dass Ueberschuss von Alkalien die Wirkung des aus dem CHI_3 entstehenden freien Jods eindämmte, ist mir verständlich; denn je alkalischer die Säfte und Gewebe sind, um so fester werden sie das Jod als Jodat und Jodid an sich halten, um so leichter es dem sauer reagirenden Gewebe streitig machen." —

Immerhin hielt ich es nicht für überflüssig, meine Versuchsresultate und die daran sich anschliessenden Erwägungen mitzutheilen, welche dazu geführt haben, die künstliche Zufuhr von Alkalien als Antidot gegen das Jodoform aufzufinden.

Literaturnachweis.

1) E. Salkowski: „Ueber die Möglichkeit der Alkalientziehung beim lebenden Thier." Virch. Arch. 1873, Bd. 58, pag. 1—35.

2) Fr. Walter: „Ueber die Wirkung der Säuren auf den thierischen Organismus." Nach einem Referat aus „Maly's Jahresberichte der Thierchemie" Bd. VII, pag. 124 ff. In diesen Jahresberichten finden sich auch die übrigen Arbeiten über Alkalientziehung ausführlich referirt, insbesondere die von Bunge, Kurz, Lassar, Gaethgens, Lunin.

3) J. Forster: „Versuche über die Bedeutung der Aschebestandtheile in der Nahrung." Zeitschr. f. Biologie, Bd. IX, 297 — 380. Siehe auch „Die Lehre vom Harn". Handbuch von Salkowski und Leube, 1882, pag. 166 ff.

4) A. Zeller: „Ueber die Schicksale des Jodoforms und Chloroforms im Organismus." Zeitschr. f. phys. Chemie, herausgeg. von Hoppe-Seyler, Bd. VIII. (Sep.-Abdr.)

5) Falkson: „Gefahren, Schattenseiten und Vorzüge der Jodoformbehandlung." v. Langenbeck's Arch., Bd. XXVIII, pag. 112—156.

6) C. Binz: „Toxikologisches über Jodpräparate etc." Arch. f. exp. Path. u. Pharmak., Bd. XIII, pag. 115.

7) A. Bum: „Zur Frage der Jodoform-Intoxication." Sep.-Abdr. aus der Wien. med. Presse 1882, pag. 4 u. 5.

III. Ueber Erb's „Mittelform der chronischen Poliomyelitis anterior."

Von

Dr. L. Löwenfeld in München.

(Schluss aus No. 4.)

Beobachtung II.

Herr A. S. (überwiesen durch Herrn Oberarzt, Privatdocent Dr. Schweninger), 59 Jahre alt, Forstbeamter, ohne hereditäre neuropathische Belastung (jedoch von den 9 Geschwistern ein Bruder an Tabes dors. leidend). Im Jahre 1840 leichter Typhus; hierauf gesund bis zum Februar des Jahres 1866. Um diese Zeit wurde Herr S. im Gefolge einer Erkältung von Fieber befallen; zugleich mit dem Fieber stellten sich heftige reissende Schmerzen zunächst in der Gegend der Schultergelenke, später am ganzen Oberarm ein. Am 2. Tage der Erkrankung machte sich am linken Arm ein Gefühl des Einschlafens bemerklich. Kurze Zeit darauf fand P., dass er unfähig war, Hand und Finger irgendwie zu bewegen. Die Hand hing völlig schlaff herab. Zwei Tage später trat das Gleiche an der rechten Hand ein. P. musste nunmehr gefüttert werden. Die spontanen Schmerzen in den Oberarmen hielten noch einige Zeit an, doch bestand an den Armen keine auffallende Empfindlichkeit für Druck oder Berührung. Das Allgemeinbefinden besserte sich allmälich, P. verliess das Bett bereits und brachte den Tag über im Lehnstuhle zu, als er eines Morgens, als er aufstehen wollte — etwa 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung — bemerkte, dass er auf dem rechten Beine nicht mehr stehen könne; einige Tage später machte P. die gleiche Wahrnehmung bezüglich des linken Beines. Die Lähmungserscheinungen nahmen an den Beinen einige Zeit hindurch noch zu, so dass an denselben nur wenige Bewegungen mehr ausgeführt werden konnten. Spontane Schmerzen bestanden an den Beinen nicht, dagegen war die Muskulatur derselben für Druck sehr empfindlich. Auffallende objective Sensibilitätsstörungen waren, soweit P. sich erinnert, weder an den Armen noch an den Beinen vorhanden, ebensowenig Parästhesieen; auch Störungen von Seiten der Blase fehlten völlig. Der Stuhlgang war nur anfänglich angehalten, später völlig geregelt. Einige Zeit nach dem Eintritte der Lähmungserscheinungen trat an den Armen sowohl als an den Beinen beträchtliche Abmagerung auf. An den Armen machte sich der Schwund der Muskulatur ganz besonders an der Streckseite der Vorderarme bemerklich. Nachdem eine Anzahl von Wochen vergangen war, während welcher P. weder zu gehen noch zu stehen, selbst nicht sich aufzurichten vermochte und des Gebrauches seiner Hände beraubt war, stellte sich Besserung ein. Diese machte in den Beinen erheblich raschere Fortschritte als an den oberen Extremitäten. Die ersten Gehversuche gelangen schon im Mai 1866, dagegen währte es fast ein Jahr, bis P. beide Hände wieder beim Essen gebrauchen konnte. An den Händen trat eine vollständige Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit überhaupt nicht mehr ein. Das allgemeine Befinden gestaltete sich jedoch so günstig, dass P. seinen strapaziösen Dienst wieder aufnehmen und den Anforderungen desselben in jeder Beziehung entsprechen konnte. P. gebrauchte in der Folge, wie er sagt, lediglich zu seiner Erholung und Kräftigung verschiedene Bäder.

Im Juni 1880 wurde er während eines Aufenthaltes im Bade Abbach von einem apoplectischen Insult heimgesucht. An eine Bewusstlosigkeit von der Dauer einiger Minuten schloss sich eine leichte links-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seitige Hemiplegie an, die sich aber im Verlaufe von etwa 3 Wochen wieder verlor, so dass P. sein Amt unbehindert weiter führen konnte. Als einzige Folge dieses Anfalles machte sich eine geringe Verminderung der Leistungsfähigkeit der Beine bemerklich; doch war P. immer noch im Stande, Wege von 2—2½ Stunden ohne besondere Anstrengung zurückzulegen. Am 21. November 1881 erkrankte P. neuerdings. Er wohnte an diesem Tage einer Jagd bei und marschirte etwa 3 Stunden bei grosser Kälte auf z. Th. sehr schlechten Wegen. Da er etwas Ermüdung fühlte, setzte er sich neben einen der aufgestellten Treiber auf den gefrorenen Rasen. Hier mochte er etwa 10 Minuten verweilt haben, als ihn Uebelkeit und heftiger Schweissausbruch am ganzen Körper befiel. Er stand deshalb wieder auf, ging weiter und traf zufälligerweise bald darauf einen Bekannten mit einem Wagen, der ihn nach Hause brachte. Zu Hause erbrach er in den nächsten 2 Tagen noch wiederholt; zugleich bestand eine gewisse allgemeine Schwäche. Das Befinden war jedoch nicht derart gestört, dass er genöthigt gewesen wäre, sich niederzulegen. Am 3. Tage war der Allgemeinzustand wieder normal, nur eine auffallende Schwäche in den Beinen bestand noch. Diese verlor sich auch in der Folge nicht mehr, nahm vielmehr, zwar sehr langsam, aber stetig zu. Nach Angabe der Gattin des Herrn S. soll am 3. Tage nach Beginn der Erkrankung schon eine Neigung des Kopfes, nach vorn überzusinken, bemerklich gewesen sein. P. war trotz der Schwäche in den Beinen noch bis im November verflossenen Jahres (1882) im Stande, seinen Dienst zu versehen, im Zimmer ohne Unterstützung umherzugehen, auch die Stiege noch allein, jedoch mit Stock, hinabzugelangen. Nach seiner Uebersiedelung nach München (7. November 1882) verschlimmerte sich der Zustand alsbald derart, dass er auch im Zimmer nur mehr mit Unterstützung umhergehen konnte. P. litt während der ganzen Zeit nie an Schmerzen oder an sonstigen abnormen Gefühlen in den Beinen. Stuhl und Urin konnten immer gut zurückgehalten werden. Das Uriniren geht jedoch seit mehreren Monaten bereits langsamer von Statten und erheischt meist ziemliche Anstrengung. Der Stuhl ist überwiegend angehalten. In psychischer Beziehung war während der ganzen Zeit nicht die geringste Störung vorhanden; Kopfschmerz fehlt gleichfalls. Die Verdauungsthätigkeit lässt dagegen Manches zu wünschen übrig.

Bei der am 13. Januar 1883 vorgenommenen Untersuchung wurde folgender Status präs. notirt: Uebermittelgrosse, schlankgebaute Persönlichkeit von guter Gesichtsfarbe und guter allgemeiner Ernährung. Von Seiten der Gehirnnerven keinerlei Störung. Die Musculatur des Halses und Schultergürtels hinsichtlich der Motilität und der Ernährung normal.

Oberextremitäten. An beiden Oberarmen die Musculatur ziemlich entwickelt, aber etwas schlaff; an beiden Vorderarmen die Musculatur straffer und im Ganzen gut entwickelt. Die Musculatur an der radialen Partie der Streckseite macht jedoch den Eindruck einer mässigen Atrophie. Diese betrifft anscheinend hauptsächlich den Supinator longus und die beiden Radiales externi. Sämmtliche Bewegungen im Schulter- und Ellbogengelenke im normalen Umfange und mit ziemlicher Kraft ausführbar. Im Handgelenke können beiderseits Beugung und Streckung, ferner Ab- und Adduction kräftig vollzogen werden. Pronation und Supination fehlen nahezu vollständig.

Rechte Hand. Die Beugung der 4 Finger geschieht vollständig und mit ziemlicher Kraft. Die Streckung dagegen ist sehr mangelhaft. Die ersten Phalangen der Finger werden bei der Streckung hyperextendirt, derart, dass dieselben einen beträchtlichen stumpfen Winkel gegen die Metacarpusknochen bilden (main en griffe). Die 2. Phalangen bleiben auch bei stärkster Anstrengung in stumpfem Winkel gebeugt, während die 3. Phalangen wieder gegen die zweiten gestreckt sind. Die Abduction des Kleinfingers vom Ringfinger ist beschränkt, noch mehr die des Ringfingers vom Mittelfinger, die des Zeigefingers vom Mittelfinger minimal. Der Daumen wird in adducirter Stellung gehalten; Abduction desselben sehr unvollkommen, Opposition nahezu fehlend. Beugung und Streckung der 2. Phalanx vollkommen; die der 1. dagegen sehr beschränkt. Daumenballen entschieden abgeflacht. An den Interossei keine merkliche Atrophie; die äussere Partie des Kleinfingerballens dagegen ebenfalls deutlich abgemagert.

Linke Hand. Beugung der 4 Finger vollständig und kräftig, Streckung derselben etwas unvollkommen, jedoch nicht in dem Maasse, wie an der rechten Hand. Auch hier Hyperextension des 1. und unvollkommene Streckung des 2. Fingergliedes. Die Spreizung der 4 Finger gelingt erheblich besser, als an der rechten Hand, ist jedoch noch immer beschränkt. Daumen hier ebenfalls in adducirter Stellung gehalten, Abduction und Opposition desselben sehr beschränkt. Beugung und Streckung der 2. Phalanx vollkommen, die der 1. ungenügend. Atrophie des Daumenballens beträchtlicher als auf der rechten Seite. Von den Muskeln der oberen Extremitäten zeigen demnach folgende Defecte in ihrer Wirksamkeit: Die beiden Pronatoren, der Supinator brevis, die Interossei, der Abductor poll. longus und brevis, der Extensor poll. brevis, der Opponens poll. und der Flexor poll. brevis.

Sensibilität. Die Unterscheidung zwischen Spitze und Knopf an beiden Armen normal. Tastkreise an Ober- und Vorderarmen gleichfalls normal, an den Fingern und der Hohlhand dagegen z. Th. erheblich erweitert. P. ist nicht im Stande kleinere Gegenstände, die man ihm in die Hand giebt (Geldstücke, kleine Schlüssel, Uhrschlüssel, Radirgummi, Zündholz etc.), durch das Gefühl zu unterscheiden.

Die Musculatur des Rumpfes zeigt sich im Ganzen nur mässig entwickelt, jedoch an keiner Partie eine deutliche Atrophie. An der äusseren Hälfte des Gesässes beiderseits eine erhebliche Abflachung (besonders im Stehen hervortretend). Die Gesässmusculatur ist überdiess auffallend schlaff und welk und unterscheidet sich hierdurch ganz prägnant von der Musculatur der Beine. Diese ist im Ganzen gut entwickelt, an den Unterschenkeln auch entsprechend straff, etwas schlaff an den Oberschenkeln, jedoch nicht annähernd in dem Masse wie am Gesässe. An keiner Muskelgruppe der Ober- und Unterschenkel Andeutung von Atrophie bemerklich. Zahlreiche Varicen an beiden Beinen, doch keine Geschwüre, überhaupt keinerlei trophische Störungen an der Haut.

Wenn P. steht, fällt zunächst eine Vorwölbung des Bauches auf, der eine gewisse, jedoch nur mässige Lordose der Lendenwirbelsäule entspricht. Der Oberkörper zeigt eine geringe Neigung nach rückwärts, der Kopf eine solche nach vorne (die jedoch P. vermeidet, sowie man davon spricht), die Beine werden etwas nach aussen rotirt aufgesetzt. Das Stehen ist nur für kurze Zeit möglich; dann tritt Unsicherheit ein; der sehr ängstliche P. ist dann zu längerem Ausharren nicht zu bestimmen. Beim Stehen mit geschlossenen Augen zeigt sich kein stärkeres Schwanken; Stehen auf einem Beine ist nur möglich, wenn sich P. mit der Hand irgendwo festhält. Unter der gleichen Voraussetzung vermag P. auch den Rumpf nach vorne und seitlich ergiebig zu bewegen; die Rückwärtsbewegung jedoch ist auch dann noch ziemlich beschränkt[1]). Die Bauchpresse zeigt normale Kraft.

Bei Prüfung der Motilität an den unteren Extremitäten ergiebt sich, dass im Liegen sämmtliche Bewegungen im Hüft-, Knie- und Fussgelenke, sowie die der Zehen möglich sind, und sämmtliche Bewegungen mit Ausnahme derjenigen im Hüftgelenke in normaler Excursion und mit sehr beträchtlicher Kraft ausgeführt werden können. Die Bewegungen im Hüftgelenke sind dagegen in der Excursion etwas beschränkt und werden im Vergleiche mit den übrigen verhältnissmässig mit geringerer Kraft ausgeführt; ausserdem ermüdet P. bei denselben sehr rasch. Es gelingt daher dem P. nur sehr schwer, das Bein langsam zu erheben, oder das erhobene Bein langsam herabzulassen. Von Unsicherheit oder förmlicher Ataxie zeigt sich jedoch keine Spur. Beim Stossen nach einem Ziele wird dieses stets mit genügender Sicherheit getroffen.

P. ist im Stande eine kleine Anzahl von Schritten ohne Unterstützung zu gehen; grössere Wege kann derselbe auch mit Unterstützung nicht zurücklegen; bei kürzeren Strecken tritt schon grosse Ermüdung und Unsicherheit ein. Treppensteigen ist ohne Unterstützung durch eine Person unmöglich. Auch beim Gehen fällt die oben geschilderte, beim Stehen bemerkbare eigenthümliche Köperhaltung auf; dagegen keine Andeutung von Ataxie, kein Schleudern oder Stampfen mit den Beinen; P. macht nur sehr kleine Schritte mit etwas steif gehaltenen Beinen und scheut offenbar jede ergiebigere Hebung des Gesammtbeines.

Unterscheidung zwischen Spitze und Knopf an beiden Beinen völlig exact. Tastkreise und Lageempfindungen gleichfalls beiderseits normal. Kitzelgefühl an den Fusssohlen vorhanden, auch Kitzelreflex[2]), ferner Stich-, Kremaster- und Bauchreflex. Patellarphänomen beiderseits sehr lebhaft.

Von einer electrischen Exploration der oberen Extremitäten muss abgesehen werden, da der (überdiess ziemlich empfindliche) P. auf jede Behandlung an diesen zu verzichten erklärt. Die faradische Untersuchung der Nervenstämme und Muskeln an den Unterextremitäten ergiebt einen völlig normalen Befund. Auch bei der galvanischen Exploration zeigen sich, mit Ausnahme einer mässigen Herabsetzung der Erregbarkeit in den N. crurales beiderseits, in den Nervenstämmen sowohl als in den Muskeln überall normale Reactionsverhältnisse; die Zuckungen durchgehends blitzartig, KSZ früher auftretend und stärker als asz.

Dagegen bieten die M. glutaei auf beiden Seiten in ihrem Verhalten gegenüber dem faradischen und constanten Strome mancherlei Abweichungen von der Norm dar. Die faradische Erregbarkeit derselben zeigt sich beiderseits erheblich herabgesetzt. Man erhält ausserdem bei

[1]) P. bemerkt, dass er sich auch beim Gehen und Stehen etwas schwach im Kreuze fühle; dagegen ist von einem unaufhaltsamen Vornüberfallen des Oberkörpers bei Vorwärtsbeugung keine Rede (auch im Sitzen nicht).

[2]) An der linken Fusssohle ist die Empfindlichkeit derart gesteigert, dass die Bestimmung der Tastkreise dortselbst unmöglich ist; auch leise Berührungen rufen hier constant energische Reflexbewegungen hervor.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anwendung beträchtlicher faradischer Stromstärken keine gleichmässig andauernde Contraction, sondern nur eine ziemlich rasch vorübergehende Zuckung, an die sich tremorartige Contractionen anschliessen. Diese tremorartigen Bewegungen treten insbesondere bei intramusculärer Reizung auf. Die galvanische Exploration der fraglichen Muskeln ist nicht ohne Schwierigkeiten, da es bei deren ausserordentlicher Schlaffheit schwer hält, die Electroden an einer bestimmten Stelle zu fixiren und jede Verschiebung derselben das Untersuchungsergebniss beeinflusst.

M. glutaeus rechts.

1.

An einer Stelle innen gegen die Incisur.

5 m. a. asz.

9 m. a. KSZ = KOZ, asz. asz > KSZ, meist, jedoch zuweilen auch asz = KSZ.

Die Zuckungen auf Bündel von geringem Umfange beschränkt, KOZ öfters ausfallend.

14 m. a. KSZ=asz > aoz. Zuckung verbreiteter, jedoch nicht so ganz blitzartig.

2.

An einer Stelle höher oben in gleicher Linie wie vorher.

8 m. a. KSZ = asz schwach, auf ein Bündel beschränkt.

11 m. a. KSZ > asz; KSZ stärker und ausgebreiteter.

25 m. a. KSZ, KOZ asz, aoz, KSZ > asz und KOZ = aoz.

3.

An einer Stelle weiter aussen.

6 m. a. KSZ < KOZ.

9 m. a. KSZ = KOZ > asz.

20 m. a. KSZ > KOZ = asz > aoz. Zuckungen meist träge.

M. glutaeus links.

1.

An einer Stelle innen gegen die Incisur.

1 m. a. KSZ, Zuckung blitzartig, aber nicht unter der Elektrode, sondern in einem weiter auswärts liegenden Bündel.

1½ m. a. KSZ > KOZ, Zuckung im gleichen Bündel.

4½ m. a. KSZ > KOZ = asz. Zuckung über das fragliche Bündel hinaus sich verbreitend.

7 m. a. KSZ > KOZ = asz. KSZ die ganze untere Glutaeuspartie betreffend, blitzartig. KOZ und asz nur an dem fraglichen Bündel, blitzartig.

2.

An einer Stelle seitlich nach aussen zu.

8 m. a. O.

15 m. a. KSZ < asz. Bei asz ausgedehntere Zuckung. Das Verhältniss der Zuckungen zu einander ändert sich später, so dass asz = KSZ wird.

Vorstehender Befund [1]) wurde erst notirt, nachdem durch wiederholte Untersuchungen ein Einblick in die etwas complicirte Sachlage gewonnen war.

Die Exploration der Musculatur zu beiden Seiten der Lendenwirbelsäule (der Lendenstrecker) ergab keine zuverlässigen Resultate. Bei faradischer Reizung mit den stärksten secundären Strömen, die P. aushielt (Rollenverschiebung: 9 cm, sehr starker Strom) ergaben sich nur schwache Contractionen. Eine Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit in den betreffenden Muskeln lässt sich jedoch aus diesem Umstande nicht mit Zuverlässigkeit folgern, da auch bei Gesunden — wie ich mich durch Versuche überzeugte — bei Anwendung sehr beträchtlicher Ströme in der fraglichen Rückengegend noch keine deutlich sichtbare Contraction zu erzielen war. Bei galvanischer Reizung ergaben sich erst bei sehr beträchtlichen Stromstärken (16—24 m. a.) Zuckungen, anscheinend ksz = asz; es wurde jedoch sowohl durch Zuckungen benachbarter Muskeln (der latiss. dorsi), als durch unwillkürliche Bewegungen des Patienten, hervorgerufen durch den Schmerz an der Applicationsstelle der Elektroden, eine einwurfsfreie Beobachtung verhindert.

Herr P. verblieb ca. 3 Monate in Beobachtung. Unter der eingeleiteten elektrischen Behandlung trat in den ersten Wochen eine geringe Besserung ein, ein weiterer Fortschritt liess sich jedoch nicht erzielen. P. wurde durch eine intercurrente Erkrankung (intensive fieberhafte Bronchitis) genöthigt, die Behandlung zu unterbrechen und reiste später wieder von hier ab. Weitere Nachrichten über dessen Befinden sind mir vorerst nicht zugegangen.

Epikrise.

Die Anamnese sowohl als der klinische Befund unseres Falles lehren, dass wir es bei unserem P. gegenwärtig mit den Producten zweier zeitlich weit auseinanderliegender Krankheitsprocesse zu thun haben. Was zunächst die Diagnose jener Erkrankung anbelangt, welche von dem P. vor nahezu 17 Jahren durchgemacht wurde, und deren Residuen wir an den oberen Extremitäten noch heute vor uns haben, so glaube ich, dass den Angaben des P. und dem klinischen Befunde gegenüber es sich nur um zweierlei handeln kann: Multiple degenerative Neuritis oder Poliomyelitis anterior. Die beiden genannten Erkrankungen können mit Fieber und heftigen Schmerzen in den Extremitäten sich einleiten, bei beiden haben wir Lähmungserscheinungen und Atrophie an den Extremitäten, wie sie in unserem Falle vorhanden waren, bei beiden kann sich gesteigerte Druckempfindlichkeit der Musculatur finden. Die z. Z. noch nachweisbaren geringen Sensibilitätsdefecte weisen zwar in erster Linie auf Neuritis hin, da bei dieser Erkrankung Sensibilitätsanomalien wenigstens in der grossen Mehrzahl der Fälle beobachtet werden. Indess ist zu berücksichtigen, dass geringe Empfindungsdefecte auch bei unbezweifelbarer Poliomyel. ant. mehrfach beobachtet wurden. Beginn, Verlauf und Ausgang der Erkrankung gewähren uns ebenfalls keinen zuverlässigen Anhaltspunkt für die Unterscheidung zwischen multipler Neuritis und Pol. ant. Beide Krankheiten können höchst acut, beide aber auch subacut und chronisch einsetzen, beide nach längerer oder kürzerer Dauer einen günstigen Ausgang nehmen. Bei dieser Sachlage müssen wir die Frage, ob die zur Zeit bei unserem P. an den oberen Extremitäten noch vorhandenen Residuen atrophischer Lähmung von Pol. ant. oder multipler degenerativer Neuritis herrühren, unentschieden lassen.

Es erübrigt uns nun die seit 13. November 1881 datirende Erkrankung in Betracht zu ziehen. Wir müssen hier vorausschicken, dass es sich hierbei nicht etwa lediglich um Verschlimmerung einer Affection, welche von der 1866 stattgehabten Erkrankung verblieb, sondern zweifellos um eine völlig frische Erkrankung handelt. P. war bis zu dem apoplectischen Anfall im Jahre 1880 trotz seiner vorgerückten Jahre ein vorzüglicher Fussgänger. Auch nach dem fraglichen Anfall war von einer eigentlichen Schwäche in den Beinen noch keine Rede, wenn auch deren Leistungsfähigkeit nicht mehr die frühere war. Es erhellt diess auch schon aus dem Umstande, dass P. an dem fraglichen Tage 3 Stunden ohne Unterbrechung zu gehen vermochte. Ob nun die hierbei stattgehabte Ueberanstrengung allein oder in Combination mit der nachfolgenden Kälteeinwirkung (Sitzen auf dem gefrorenen Rasen) als Ursache der Erkrankung zu erachten ist, will ich dahin gestellt sein lassen. Was die Art und Localisation der z. Z. vorliegenden Störungen anbelangt, so handelt es sich nach dem klinischen Befund ausschliesslich um einen Schwächezustand der Strecker der Lendenwirbelsäule und der Beckenmuskeln, welche der Streckung, Rotation und Beugung des Oberschenkels gegen das Becken vorstehen, nämlich der M. glutaei, pyriformis, obturator intern. und extern., der M. gemelli, quadrat. femor. und des iliopsoas. An den Lendenstreckern liess sich eine deutliche Atrophie nicht constatiren. [1]) Die electrische Exploration derselben lieferte, wie wir sahen, keine verwerthbaren Resultate. So sind wir denn für die Beurtheilung der Sachlage auf den Befund an den M. glutaeis angewiesen, die von den Beckenmuskeln allein eine Untersuchung ihrer Ernährungs- und Erregbarkeitsverhältnisse gestatten. An den M. glutaeis fand sich auffallende Schlaffheit und Welkheit, z. Th. auch entschiedene Umfangsabnahme, ferner Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit, in einem Theile der Bündel Ea R. Symptomatologisch schliesst sich demnach unser Fall an die von Erb unter der Bezeichnung „Mittelform der Pol. ant.“ beschriebenen Beobachtungen an. Allmälig zunehmende und trotz des langen Bestandes nicht bis zur Paralyse sich steigernde motorische Schwäche, nicht sehr rasch fortschreitende Massenatrophie der Muskeln, Mangel fibrillärer Contractionen, partielle Ea R., dabei Intactheit der Sensibilität in den betreffenden Theilen, alle diese Umstände lassen an der erwähnten Zugehörigkeit unseres Falles nicht zweifeln.

Fragen wir nun nach der anatomischen Grundlage der Erkrankung, so präsentiren sich uns wieder mehrere Möglichkeiten. Man kann hier zunächst daran denken, dass wir eine primäre Muskelaffection, speciell eine einfache Atrophie und deren Folgezustände in Form herabgesetzter Leistungsfähigkeit vor uns haben. Diese Annahme wird schon durch die in einzelnen Bündeln der erkrankten Muskeln nachgewiesene Ea R. hinfällig gemacht. Bei einfachen localen Muskelatrophien findet sich nie Ea R. (Erb). [2]) Ich selbst verfüge z. Z. über einen Fall von Atrophie eines Hinterbackens in Folge einer durch Fall entstandenen Hüftgelenksaffection, den ich der Ueberweisung des Herrn Collegen Dr. A. Schillinger verdanke. In diesem Falle handelt es sich um eine hochgradige Atrophie, anscheinend sämmtlicher Glutaealmuskeln, welche die bei Herrn P. bestehende weit übertrifft. Die galvanische und faradische Erregbarkeit ist hier verglichen mit der anderen Seite nicht unerheblich herabgesetzt, doch ist keine Spur von Ea R. nachweisbar. Auch ist das

[1]) Vergl hiezu den Befund Eisenlohr's in einem Falle generalisirter Bleilähmung, Arch. f. Psychiatrie, 8. Band, 2. Heft, S. 317, 1878.

[1]) Die Gegenwart einer solchen lässt sich deswegen noch nicht ausschliessen, da eine geringe Atrophie in der fraglichen Gegend an sich unauffällig bleiben und eine beträchtlichere durch Fettentwickelung verdeckt werden kann.

[2]) Erb, Electrotherapie S. 205.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von den Muskeln noch Vorhandene keineswegs so schlaff und welk wie in dem Falle des Herrn P. Dagegen würde das Ergebniss der electrischen Exploration den Befunden bei progressiver Muskelatrophie entsprechen. Auch hier wird wenigstens in den späteren Stadien, wie Erb [1]) neuerdings betont, sogar regelmässig Ea R. gefunden (anfänglich partielle, später vollkommene), auch hier findet sich ungleiche Reaction in verschiedenen Bündeln desselben Muskels, normale Zuckungsformel in einzelnen Bündeln, in Anderen Ea R., auch hier kommt es vor, wie wir es in unserem Falle sahen, dass erst bei höheren Stromstärken die normale Zuckungsformel auftritt, während bei niederen ein abnormer Zuckungsmodus sich geltend macht (Folge des Ueberwiegens der Reaction degenerirter Muskelfasern). Es könnte sich also um eine allerdings seltene Localisation der progressiven Muskelatrophie handeln. Abgesehen von dem Mangel fibrillärer Contractionen in den M. glutaeis spricht jedoch gegen eine derartige Annahme entschieden die Entwicklung der Affection. Nach dem Ablaufe der Störung des Allgemeinbefindens und der damit verbundenen allgemeinen Schwäche, schon am 3. Tage nach Beginn der Erkrankung war eine deutliche Schwäche in den unteren Extremitäten vorhanden, deren Verbleiben trotz der Besserung im Uebrigen den Herrn P. sehr frappirte. Auch die Neigung des Kopfes zum Vornübersinken wurde schon am 3. Tage der Erkrankung bemerkt; es bestand also damals schon wenigstens eine Andeutung der z. Z. an Herrn P. auffallenden, von Schwäche der Lendenmuskeln herrührenden Körperhaltung. Demnach waren motorische Störungen bereits vorhanden, bevor irgend welche Atrophie sich eingestellt haben konnte. Dieser Umstand gestattet uns, die typische progressive Muskelatrophie auszuschliessen, da bei dieser die Functionsstörung der Muskeln lediglich von der Atrophie abhängt. Eine Polimyositis wird durch den schleichenden Verlauf der Erkrankung, den Mangel von Druckempfindlichkeit der Muskulatur und die Ergebnisse der electrischen Exploration ausgeschlossen. Letztere sprechen auch gegen eine neuritische Affection, die schon der Mangel subjectiver und objectiver Sensibilitätsstörungen an den hier in Betracht kommenden Theilen sehr unwahrscheinlich macht. Es erübrigt sonach nur die in Frage stehende Erkrankung der Gruppe jener atrophischen Lähmungen zuzuweisen, die durch eine Poliomyel. ant. bedingt sind. In Anbetracht der Unvollständigkeit der Lähmungserscheinungen, der nicht sehr hochgradigen Atrophie und der nur partiellen Ea R. werden wir hier ebenfalls nur eine leichtere Erkrankung der Vorderhörner, sohin eine „Mittelform der Pol. ant." annehmen dürfen. Für diese Auffassung bildet auch der Umstand kein Hinderniss, dass der Befund bei der electrischen Exploration der M. glutaei nicht den Verhältnissen bei gewöhnlicher Poliomyelitis ant. chron., sondern mehr denen bei *typischer* progressiver Muskelatrophie entspricht.

Hinsichtlich der anatomischen Grundlage besteht bekanntlich zwischen den beiden genannten Krankheitsformen kein sehr wesentlicher Unterschied. Bei beiden haben wir es mit chronischen entzündlichen oder degenerativen Vorgängen in den grauen Vorderhörnern des Rückenmarkes zu thun, die nur verschieden rasch ablaufen. Bei dieser Sachlage ist es verständlich und naheliegend, dass sich in einzelnen Fällen der symptomatologische Unterschied zwischen den beiden Krankheitsformen da und dort verwischt. In unserer Beobachtung ist dies bezüglich der electrischen Reaction der Fall. Nach Vierordt, der sich auf Erb'sche Beobachtungen stützt, kann sich auch darin die Mittelform der Pol. ant. der progressiven Muskelatrophie nähern, dass bei ersterer Atrophie und Schwäche parallel erscheinen, wie dies bei letzterer Erkrankung in der Regel der Fall ist [2]).

Die Blasenschwäche, welche sich bei unserem Patienten P. zu den motorischen und trophischen Störungen gesellte, werden wir, wie in unserer 1. Beobachtung, auf ein Uebergreifen des pathologischen Processes auf die ebenfalls im Lendenmarke befindlichen Blasencentren beziehen müssen; während jedoch bei unserem Patienten X. die Betheiligung der Blasencentren eine sehr transitorische war, scheint bei Herrn P. eine andauernde Veränderung der betr. Centren vorzuliegen.

Wir wir sehen, trifft für die beiden im Vorstehenden besprochenen Fälle die Annahme Erb's bezüglich des anatomischen Sitzes der Erkrankung, wenigstens soweit die klinischen Erscheinungen einen Schluss gestatten, im Wesentlichen zu. Hierbei dürfen wir jedoch nicht unberücksichtigt lassen, dass der Ausschluss einer idiopathischen Erkrankung des peripheren neuromuskulären Apparates in unseren beiden Fällen durch ein Zusammentreffen von positiven und negativen Umständen ermöglicht wurde, das keineswegs in jedem der hierher gerechneten Fälle gegeben ist. Es genügt hier, daran zu erinnern, dass in unseren beiden Fällen Schmerzen und Druckempfindlichkeit der Muskulatur fehlten, welche Erscheinungen in anderen Fällen beobachtet wurden, dass bei unseren beiden Patienten die Blase nicht ganz unbetheiligt war, und bei dem zweiten die electrische Erregbarkeit der Muskeln z. Th. ein eigenthümliches Verhalten zeigte. Wenn wir uns stricte an die Thatsachen halten, so lässt sich aus den vorliegenden Beobachtungen nur folgern, dass es — mit grösster Wahrscheinlichkeit — eine Erkrankung des Rückenmarkes, speciell der Vorderhörner giebt, welcher klinisch das von Erb gezeichnete Krankheitsbild entspricht. Dagegen sind wir vorerst noch nicht berechtigt anzunehmen, dass in jedem Falle, welcher eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Erb'schen Krankheitsbilde zeigt, eine Erkrankung der Vorderhörner vorliegen müsse. Wenn wir die Stellung berücksichtigen, welche nach den neueren Erfahrungen der Symptomencomplex der multiplen degenerativen Neuritis dem der typischen Poliomyelitis ant. gegenüber einnimmt, so müssen wir vorerst wenigstens die Möglichkeit zugeben, dass ausser besonderen Umständen (Mangel der Sensibilitätsstörungen namentlich) die mult. deg. Neuritis klinisch sich als ein Krankheitsbild präsentirt, welches dem der Erb'schen Mittelform der Pol. ant. wenigstens in den Hauptzügen entspricht. Dass eine derartige Möglichkeit auch bezüglich idiopathischer Muskelerkrankungen vorliegt, lässt sich augenblicklich ebenfalls nicht ausschliessen. Bei der grossen Aufmerksamkeit, welche nunmehr von allen Neuropathologen den atrophischen Lähmungen zugewendet wird, mag uns vielleicht schon die nächste Zeit über diese Punkte Aufklärung bringen. Einstweilen jedoch erheischt die Diagnose der Mittelform der Pol. ant. wie die der Pol. ant. überhaupt die grösste Vorsicht.

Was die Prognose der hier in Rede stehenden Erkrankung anbelangt, so wurde dieselbe von Erb seinerzeit als im Wesentlichen günstig bezeichnet. In 3 von Erb's Fällen trat alsbald Besserung ein, während in einem 4. Falle die Erkrankung bis zu den bulbären Nerven fortschritt, aber dann still zu stehen schien [1]). In einem von Vierordt [2]) mitgetheilten Falle trat ebenfalls Besserung ein. Dagegen theilte Schultze [3]) (Heidelberg) jüngst unter dem Titel „Ueber aufsteigende atrophische Paralyse mit tödtlichem Ausgange" zwei in ihrem klinischen Bilde zum Mindesten lange Zeit hindurch der „Mittelform der Pol. ant." Erb's völlig entsprechende Fälle mit, in welchen der Tod nach 6- resp. 8 monatlicher Krankheitsdauer durch fortschreitende Respirationslähmung herbeigeführt wurde. In meinem 1. Falle halte ich, wie erwähnt, die Prognose für günstig; dagegen scheint mir in meinem 2. Falle der schleichende Verlauf und die Annäherung des Symptomencomplexes an die progressive Muskelatrophie eine günstige Vorhersage nicht zuzulassen. Die Auffassung Erb's bezüglich der Prognose der hier besprochenen Erkrankung bedarf demnach einer sehr wesentlichen Modification. Wir müssen nunmehr unsere Vorhersage quoad vitam als dubia abgeben. Dagegen scheint, wenn das Leben nicht direct durch Beeinträchtigung vitaler Acte gefährdet wird, die Prognose quoad restitutionem im Allgemeinen nicht ungünstig zu sein.

[1]) Erb, l. c. S. 388.
[2]) Vierordt, deutsches Arch. f. klin. Med. 31. Band, S. 521, 1882. Das Vorkommen von Uebergangsformen zwischen chron. Pol. ant. und typischer progressiver Muskelatrophie wird sowohl von Erb und Schultze (Arch. f. Psych. 9. Band, S. 388), als von Kahler und Pick (l. c. 10. Band, S. 344) betont. Letztere Autoren bemerken, dass nach ihrer Erfahrung zweifellos allerlei klinische Uebergangsformen vorkommen, und zwar namentlich solche, die dem Verlaufe nach der Pol. ant. chron., dem Verhalten der elektrischen Erregbarkeit nach aber der progressiven Muskelatrophie anzuschliessen wären. Auch bezüglich der Mittelform der Pol. ant. wurde von Erb bereits erkannt, dass dieselbe in gewissen Beziehungen zur progressiven Muskelatrophie steht (Rückenmarkskrankheiten, 2. Aufl., S. 742).

[1]) Erb, Handb. der Rückenmarkskrankh., S. 741.
[2]) Vierordt, l. c.
[3]) Schultze, Berl. klin. Wochenschr. 1883, 24. Sept.

IV. Entgegnung auf die in dieser Zeitschrift No. 3 mich betreffende Bemerkung des Herrn Dr. Becker.

Von

Eugen Hahn.

Dass durch die Mittheilung des Herrn Dr. Friedlaender über die von mir ausgeführten Reinculturen von Mikrokokken der infectiösen Osteomyelitis bei Gelegenheit eines Referates über im Gesundheitsamt gemachte Experimente Herr Dr. Becker seine Priorität über die Reinculturen der Mikrokokken von Osteomyelitis in Frage gestellt sah, bedaure ich sehr, und kann nicht umhin zur Klarlegung mitzutheilen, dass ich, als ich im Frühjahr 1883 Herrn Geheimrath Koch einen Besuch machte, mich noch gar nicht mit Reinculturen beschäftigt hatte und dieses Verfahren erst im Gesundheitsamt genauer kennen zu lernen wünschte, daher ist es wohl erklärlich, dass die mir damals in Fülle vorgeführten Mikroorganismen und Culturen nicht alle nach Gebühr gewürdigt sind.

Die ersten Untersuchungen und Reinculturen von Periostitis und Osteomyelitis habe ich erst im August und September 1883 ausgeführt und da dieselben häufig negativ ausfielen und in einem Falle von infectiöser Osteomyelitis multiplex die Impfung des bei der Operation aus

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Knochenmark des Femur entnommenen Eiters sowie die des Humerus keine Resultate lieferten, während der von dem zuletzt erkrankten Radius zur Impfung gebrauchte Eiter die charakteristischen orangegelben Dellen mit späterer Verflüssigung der Gelatine ergaben, bin ich zweifelhaft gewesen, ob diese Culturen auch wirklich aus den für die Osteomyelitis pathogenen Mikrokokken beständen. —

Diese Zweifel wurden erst nach der Mittheilung aus dem Gesundheitsamt beseitigt, da Herr Dr. Becker bei verschiedenen Impfungen von Osteomyelitis dieselben Befunde erhalten und die weiteren Beweise durch Impfungen auf Thiere geliefert hatte. —

Die Reincultur der orangegelben in Dellenform auftretenden Mikrokokken ist von mir durch fünf bis sechs Generationen gemacht. —

In Anbetracht der noch sehr geringen Anzahl von Reinculturen von infectiöser Osteomyelitis mit Impfmaterial, das gleich bei der Operation zur Impfung angewandt wurde, ist die Erwähnung der von mir gemachten Reinculturen in dem betreffenden Referate, wie es auch deutlich ausgesprochen ist, nur zur Bestätigung der vorliegenden Experimente mit meiner Einwilligung abgegeben, und ist es mir ganz unverständlich, wie Herr Becker seine Priorität durch gar nicht veröffentlichte, nur gelegentlich bei einem Referate erwähnte Beobachtungen hat in Frage gestellt sehen können. —

Ich habe nach der in dieser Zeitschrift vom Gesundheitsamt gemachten Mittheilung die Priorität des Herrn Becker in dieser Frage ganz anerkannt.

V. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Aus der Sitzung vom 7. Januar tragen wir noch folgendes ausführlichere Referat über die Mittheilungen des Herrn Bernhardt über Kopftetanus nach:

Der Fall betraf einen 32jährigen Patienten, dem am 17. October v. J. eine Dermoidgeschwulst am linken äusseren Augenwinkel exstirpirt worden war. Die Wunde heilte schnell. Am 22. October bemerkte Patient eine gewisse Schwierigkeit, wenn er den Mund öffnen wollte. Der zuerst consultirte Arzt glaubte diese Schwierigkeit auf eine nach der Operation zurückgebliebene Schwellung zurückführen zu müssen; übrigens wurde auch mit temporärem Erfolg der Mundkeil eingeführt. Es traten indessen Schmerzen in Rücken und Brust hinzu, namentlich aber stellten sich erhebliche Schluckbeschwerden ein. Am 29. October consultirte Patient den Vortragenden. Es bestand vollkommener Trismus, besonders fest gespannt fühlte sich der linke Masseter an, an der Seite wo die Dermoidgeschwulst gesessen hatte; ausserdem war eine an der linken Seite befindliche vollkommene Lähmung im Bereich des Nerv. facialis vorhanden, das Gesicht des Kranken war eigenthümlich verzerrt, die Kiefer konnten nicht geöffnet werden, hauptsächlich aber klagte der Kranke über enorme Schluckbeschwerden, und befand sich überhaupt in einem sehr elenden Zustande. Bei der elektrischen Exploration fand B., dass die Erregbarkeit der gelähmten Facialisäste wie auf der gesunden Seite erhalten war. Nur die directe galvanische Erregbarkeit des M. frontalis zeigte jene eigenthümliche Reaction, welche man mit dem Namen der partiellen Entartungsreaction bezeichnet hat. Es bestand ferner eine gewisse beiderseitige Taubheit an der Unterlippe und am Kinn. Der Kranke konnte umhergehen und zeigte keine Lähmungen an den Extremitäten. Der Patient liess sich in Bethanien aufnehmen, wo ihn B. am 1. November noch einmal sah. Der Zustand war unverändert. Am 2. November starb der Kranke, nachdem kurz zuvor noch einige allgemeine Zuckungen aufgetreten waren.

Die Obduction konnte erst mehrere Tage nach dem Tode ausgeführt werden. B. erhielt das Hirn und das Rückenmark erst nach drei Wochen. An den Centralorganen war nichts Abnormes zu bemerken, ebensowenig an einzelnen herausgeschnittenen Aesten des N. facialis.

Der vorliegende Krankheitsfall stimmt mit dem 1870 von Rose in seiner Abhandlung über den Starrkrampf entworfenen Bilde überein. Es handelt sich nach Rose, der 2 Fälle beobachtete, um Tetanus, welcher nach Wunden im Gebiete der 12 Hirnnerven aufgetreten war. Charakteristisch sind die bedeutenden Schlingkrämpfe, so dass die Verwechselung mit Hydrophobie nahe liegt. Rose selbst sagt, dass derartige Fälle es wahrscheinlich gewesen wären, welche manche Practiker verführt hätten, Tetanus und Hydrophobie zu identificiren. In allen diesen Fällen spielt die Lähmung des Facialis auf derselben Seite der Wunde eine grosse Rolle und ist etwas ganz besonders Auffallendes, da sonst Lähmungen bei Tetanus etwas Ungewöhnliches sind. Rose sucht für die Facialislähmung eine Erklärung darin, dass er die Möglichkeit einer Schwellung annimmt, welche von der Wunde aus sich über den Facialis fortsetzt und ihn an den Regionen, wo er in Knochenkanäle eintritt, einem gewissen Druck aussetzt.

B. giebt sodann eine Uebersicht der nach Rose veröffentlichten Fälle, deren Zahl mit dem seinigen bis jetzt acht beträgt. Bei allen Fällen verflossen im Durchschnitt, ehe die Krankheit zum Ausbruch kam, etwas über 8 Tage; zweimal trat die Lähmung früher ein. In 7 von 8 Fällen sass die Facialislähmung auf derselben Seite, wo die Wunde im Gesicht sich befand, mit einziger Ausnahme des schon von Rose für nicht ganz sicher gehaltenen Falles von Pollock. Die Facialislähmung war immer eine periphere.

Interessant ist, dass in mehreren Fällen neben der Lähmung der einen Gesichtshälfte, die Muskeln eine eigenthümliche Starrheit zeigten. Schon Romberg und Koenig machten auf diese Eigenthümlichkeit aufmerksam, welche namentlich solchen Tetanischen, die eine Wunde am Kopf oder Gesicht erhalten hatten, einen sonderbaren Gesichtsausdruck giebt. Auch B. hat solche Fälle beobachtet. Auch Hitzig hat darauf hingewiesen, dass nach schweren Facialislähmungen sich in demselben Gebiete gesteigerte Reflexerregbarkeit ausbilden kann, und schiebt dieselbe auf eine Erhöhung der Reizbarkeit im Facialisursprung.

B. wirft dann die Frage auf, ob alle diese Fälle von Kopftetanus mit dem Tode enden müssen? Dies ist nicht der Fall, denn von den 8 mitgetheilten Fällen gelangten 3 zur Heilung, und mit der Heilung stellte sich auch allmähliche Heilung der Facialislähmung ein. In vier Fällen wurde eine Obduction vorgenommen; der pathologische Befund ist in keinem dieser Fälle ein charakteristischer gewesen.

Sitzung am Montag den 21. Januar 1884 im Architectenhause.

Vorsitzender: Herr Leyden.
Schriftführer: Herr A. Fraenkel.

Zum ersten Gegenstand der Tagesordnung: Discussion über den Vortrag des Herrn Bernhardt über Tetanus hydrophobicus berichtet

Herr P. Gueterbock über einen am 5. December v. J. ihm von Herrn Collegen Remak zugeschickten Fall von rechtsseitiger Facialislähmung und Trismus. Pat. hatte vor 14 Tagen durch Fall gegen einen scharfen Gegenstand eine kleine, oberflächliche, $2-2^1/_2$ cm lange Hautwunde erlitten, welche etwas oberhalb des rechten Augenwinkels schräg nach oben ging und von Herrn Dr. P. Wallmüller unter antiseptischen Cautelen in 5—6 Tagen geheilt wurde. Einige Tage später klagte Pat. — etwa 6—7 Tage vor Beginn der Beobachtung — über Schwierigkeit, den Kiefer zu öffnen. Ausserdem hing ihm, wie er sich ausdrückte, die rechte Gesichtshälfte herunter. Leider ist aber nicht mit Sicherheit zu eruiren gewesen, ob erst die Lähmung bestand oder die Schwierigkeit, den Mund zu öffnen. Zwei Tage, ehe Pat. zu Dr. G. kam, wurde von Dr. Remak schon ein deutlicher Trismus constatirt, ausserdem eine periphere Lähmung des rechtsseitigen Facialis, und zwar bestand überall normale elektrische Reaction. Elektrische Manipulationen änderten an dem Krankheitsbilde nichts, und deshalb wünschte Dr. Remak eine Untersuchung in Narcose, um beim Oeffnen des Kiefers zu sehen, ob in der Mund- oder Rachenhöhle vielleicht eine Ursache der spastischen Erscheinungen zu finden sei. Die Chloroform-Narcose erzeugte indessen gleich Anfangs die heftigste Asphyxie; sie musste aufgegeben werden, und am nächsten Tage fand Pat. Aufnahme in die Privatklinik des Herrn Dr. G. Hier war der Verlauf ein stetig progressiver, es stellte sich Opisthotonus sammt dem übrigen Symptomencomplex des Tetanus, zuletzt auch hohes Fieber ein. Trotz combinirter Chloral- und Morphium-Behandlung erlag Pat. am 4. Tage nach der Reception asphyctisch kurz nach einem Krampfanfall. Das Einlegen der Heister'schen Schraube hatte vorübergehende Erleichterung verschafft und war zuletzt ohne diese das Athmen nahezu unmöglich. Eine vollständige Remission der spastischen Erscheinungen fand aber niemals statt. Die brettähnliche Härte der Kiefer- und Nackenmusculatur persistirten vielmehr andauernd und ebenso war das Schlucken erschwert.

Weiter bemerkte Herr P. Gueterbock noch Folgendes:

Wenn ich an diesen Fall einige Bemerkungen anknüpfen darf, so ist es zunächst die, dass es sich um einen Narben-Tetanus gehandelt hat. Was die vorgetragenen pathologischen Veränderungen hervorgerufen hat, weiss ich nicht. Pat. gab an, dass in den letzten Tagen sehr viel Kälte und Nässe auf ihn eingewirkt habe. Wir wissen, dass solche Einwirkungen zum Ausbruch spastischer Affectionen führen können, und es sind Fälle bekannt, wo aus den Hospitälern heim gesandte Soldaten nach längst verheilten Wunden nachträglich Trismus bekommen haben.

Ferner möchte ich als höchst markant die geringen Remissionen und das continuirliche Steifbleiben der Nacken- und Kaumusculatur hervorheben. Ich lege ferner grossen Werth auf die Schluckbeschwerden. Gleichzeitig muss ich aber constatiren, dass über die Diagnose in diesem Falle von Anfang an bei Allen, die den Pat. gesehen haben, nicht der leiseste Zweifel bestand, und von einer Verwechslung mit Hydrophobie nicht die Rede sein konnte. Ich halte überhaupt den Namen Tetanus hydrophobicus sowie den des Kopftetanus in Uebereinstimmung mit Herrn Bernhardt für überaus unglücklich gewählt. Was soll man

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich unter Kopftetanus vorstellen? Ich stelle mir darunter einen Tetanus vor, der auf den Kopf beschränkt bleibt, wie das bekanntlich in vielen Fällen vorkommt. Namentlich ist der Name in dem hiehergehörigen von Middeldorpf beschriebenen Falle sehr schlecht gewählt. Dieser Fall war nämlich ein Glied einer sehr leichten Epidemie von Trismus, welche in Freiburg i. B. und Umgebung spielte, und verlief mit Genesung. Anfangs war die Diagnose sehr schwer zu stellen; dass es sich aber um Wasserscheu handelte, ist auch hier Niemandem in den Sinn gekommen.

Es sind nun in den bisher beobachteten Fällen — ich glaube, es sind mit dem von Herrn Bernhardt vorgetragenen Falle und dem meinigen neun — mannichfache Lücken in der Beobachtung vorhanden. Die Hauptlücke ist die, dass man nicht weiss, was das zuerst Bestehende war, die Facialislähmung oder der Trismus. In einigen Fällen wird ausdrücklich gesagt, dass, als die Kranken zur ärztlichen Beobachtung gelangten, Beides schon ausgeprägt bestand. Ebenso war es in meinem Falle. Bei dem unentwickelten Stande der pathologischen Anatomie des Tetanus muss ich Bedenken tragen, wie es von Wahl im Anschluss an einen Fall gethan hat, Anspielungen auf gewisse andere Zustände zu machen, in welchen es sich um Heerderkrankungen im Gehirn handelt. Wenn man Fälle gesehen hat, wo Tetanus ausbricht bei hunderten von Verletzungen, die ein Kranker erhalten, so wird man sich schwerlich entschliessen, den Heerd der Erkrankung an einer einzigen Stelle zu suchen, und, abgesehen von der Facialislähmung haben sich die hier vorliegenden Fälle recht wenig von anderen Tetanusfällen unterschieden. Ich glaube, dass es nur ein Zufall ist, wenn sich das Genesungsverhältniss der bisherigen 9 Fälle von Kopftetanus etwas besser stellt, als beim Tetanus im Allgemeinen. Unter Zufügung eines anderen ungünstigen Falles von Kopftetanus, den ich in einem englischen Hospitalbericht gefunden, kommt man nach und nach zu der Mortalität, die wir beim gewöhnlichen Tetanus traumaticus haben, wenn man überhaupt bei einer so kleinen Zahl von Fällen eine procentarische Mortalitätsziffer ausrechnen darf.

Ich habe, so weit es bei der Kürze der Zeit möglich war, einige Hospitalberichte durchgesehen, um mich zu unterrichten, wie es mit anderen Fällen von Tetanus bei Verletzung im Bereich der zwölf Hirnnerven steht. Bereits Herr Bernhardt hat darauf aufmerksam gemacht, dass solche Fälle vorgekommen sind, und ich kann das vollständig bestätigen. Ich muss jedoch hervorheben, dass man die Rolle, welche die wenigen Fälle von Tetanus mit Facialislähmung dabei spielen, durchaus nicht unterschätzen darf. Es sind ihrer zwar nur eine kleine Zahl, aber der Fälle, welche überhaupt von Tetanus bei Kopfverletzung beobachtet wurden, sind ebenfalls sehr wenige. Aus dem amerikanischen Secessionskriege z. B. finden wir unter 505 tabellarisirten Fällen nur 21, welche sich auf Kopf und Hals beziehen. Ein sehr ähnliches Verhältniss ergiebt sich aus einer neueren Arbeit von F. Taylor, und Rose erwähnt unter allen seinen Fällen aus Bethanien nur einen einzigen von einer Kopfwunde ausgehend. Nur scheinbar sprechen andere Statistiken dagegen. Ich selbst habe bei einer Privatstatistik, die ich aus englischen Hospitalberichten gemacht, auf 33 Fälle von Tetanus 10 Fälle gefunden, welche sich auf Kopfverletzungen beziehen. Von diesen Fällen sind aber die grosse Majorität solche, bei denen andere Verletzungen gleichzeitig stattfanden oder sich die eine vorhandene Verletzung weiter als über den Kopf ausdehnte.

Wenn ich nun diese Fälle, die ohne Facialislähmung verliefen, wie ich sie eben in der Eile zusammenraffen konnte, durchmustere, so finde ich bei ihnen gewisse Alterationen in der Thätigkeit der Hirnnerven. Sehr auffällig ist z. B. ein Bericht über einen Fall von Verletzung in der Schläfengegend durch eine Musketenkugel, wo mit dem Auftreten des Tetanus heftiges Erbrechen und dauernde Nausea sich zeigte, so dass man an eine Verletzung des Vagus oder der Glossopharyngeus denken konnte. Dieser Fall hatte allerdings noch eine andere Erklärung, denn bei der Autopsie fand sich eine circumscripte Stelle der Dura mater mit etwas Eiter belegt. Aber bei manchen anderen Fällen ist eine zweite Erklärung nicht möglich; hier wird ausdrücklich erwähnt, dass es sich um die Unfähigkeit zu schlucken infolge von Constriction der Schlundmusculatur und der Oesophagusmusculatur gehandelt hat. Ferner werden Fälle erwähnt, die offenbar den Uebergang zu wirklicher Facialislähmung bilden. Ich kenne einen Fall aus dem St. Thomas' Hosp.-Report, in dem das Auge weit aufgerissen, der Mund nach der Seite verzogen war. Hierzu ist zu bemerken, dass die Unmöglichkeit zu schlucken Mitchell in seinem bekannten Buche als ein Symptom von Schussverletzung der tieferen und der Ursprungsstellen des Facialis erwähnt. Aehnliche Fälle, wenn genauer verfolgt, werden vielleicht im Stande sein, Aufschluss über diese Complicationen bei Tetanus geben zu helfen.

Ich möchte mit einer Bemerkung schliessen, die sich auf die vergleichende Pathologie bezieht. Es sind bei Hunden, abgesehen von Wasserscheu, Zustände beobachtet, welche als Tetanus zu bezeichnen sind. Es sind das Fälle, welche an das erinnern, was von den Franzosen als Tetanus a frigore bezeichnet wird. In der bekannten Arbeit von Sonnenburg über Verbrennungen und Erfrierungen findet der arctische Reisebericht des Nordpolfahrers Kane, der selber Arzt war, Erwähnung. Derselbe verlor einen seiner Leute an Tetanus, und ausserdem erkrankten fast alle seine Hunde an einer Krankheit, welche, wie er sich ausdrückt, sehr an Hydrophobie erinnerte, deren Hauptsymptom aber Kieferklemme war, und welche er in der späteren Beschreibung immer als Tetanus oder Trismus bezeichnet.

Ich habe vergessen zu sagen, dass mein Fall nicht ganz ohne Autopsie geblieben ist; dieselbe musste sich aber auf die Schädelhöhle beschränken. Es fand sich an der Verletzungsstelle nichts Erwähnenswerthes vor. Das Gehirn war makroskopisch bis auf etwas venöse Hyperämie intact, desgleichen der beiderseitige Facialisursprung bis auf den Eintritt in die Fallopischen Kanäle. Eine fernere Untersuchung des gehärteten Gehirns bleibt vorbehalten.

Herr Leyden. An die von Herrn Gueterbock hervorgehobenen Beziehungen zwischen den öfteren Lähmungen des Facialis und den Schlucklähmungen möchte ich die Bemerkung anknüpfen, dass bei Erkrankungen der Medulla oblongata sehr häufig beide Störungen zusammen vorkommen. Diese Lähmung des Schluckens bei Erkankung der Medulla oblongata, bei der sogenannten acuten oder apoplectischen Bulbärparalyse ist nicht proportional der Lähmung der Muskeln, sodass ich in meinen Arbeiten von einem Schluckcentrum gesprochen habe. Dieser Gedanke ist mir gekommen, weil dadurch in den von Herrn Bernhardt und Gueterbock vorgetragenen Fällen von Icterus hydrophobicus ein Zusammenhang der Facialislähmung mit tetanischer Erregung des Schluckcentrums begreiflicher wird.

Sodann möchte ich Herrn Bernhardt fragen, ob er nicht etwas über die Fälle von sogenannter spontaner Hydrophobie mittheilen kann, von denen, soweit ich dieselben im Gedächtniss habe, auch einige tödtlich verlaufen sind.

Herr Bernhardt: Was die erste Bemerkung des Herrn Leyden betrifft, so möchte ich bemerken, dass in Fällen von Bulbärparalyse es sich ja nicht um krampfhafte Zustände handelt, sondern dass die Kranken nicht schlucken können, weil der Schlingapparat gelähmt ist und nicht, wie bei unseren Tetanuskranken, weil er in spastische Contraction geräth, sobald geschluckt werden soll.

Ueber die Fälle von spontaner Hydrophobie, kann ich nur mittheilen, dass solche Fälle vorkommen können. Sie betreffen ängstliche Personen, die durch nicht wüthende Hunde verletzt wurden, ohne dass eine Vergiftung durch den Biss stattgefunden, und in einen eigenthümlichen Angstzustand geriethen, indem sie Tage lang nicht schlucken konnten. Es kommen Todesfälle ja auch bei Hysterischen vor, ohne dass post mortem eine pathologische Störung vorgefunden wurde.

In Betreff der interessanten Mittheilung des Herrn Gueterbock will ich nur eins bemerken. Derselbe sagt, dass die Diagnose in derartigen Fällen von Trismus mit Facialislähmung nicht zweifelhaft sein könne.

Herr P. Gueterbock: Das bezog sich nur auf meinen Fall.

Herr Bernhardt: Gerade für seinen Fall war die Diagnose dem ersten Beobachter zweifelhaft, wie ich aus dessen eigenem Munde weis. Ich will weiter hervorheben, dass ich es für ein grosses Verdienst Rose's halte, uns in den Stand gesetzt zu haben, wenn uns solche Kranke mit Trismus und Facialislähmung begegnen, diese Affectionen sofort als etwas Besonderes zu erkennen.

Interessant ist übrigens auch, dass es sich in beiden Fällen um einen sogenannten Narben-Tetanus gehandelt hat. Die Verletzungen waren keine groben. In meinem Falle handelte es sich um die von einem sehr guten Chirurgen ausgeführte Exstirpation einer Geschwulst. In der That war es Winterwetter, und man könnte an eine Complication mit einer rheumatischen Affection denken.

Uebrigens will ich nicht unterlassen zu erwähnen, dass ich auch auch in Erwägung gezogen habe, es könnte sich um eine Art Infectionskrankheit handeln, worauf die Aehnlichkeit mit der Hydrophobie ebenfalls hinweist. Interessant ist auch, dass es sich in dem Gueterbock-schen Fall um eine periphere Affection des Nervus facialis handelte, eine Sache die ebenfalls noch nicht aufgeklärt ist.

Herr Leyden: Das ist doch nach der Zusammenstellung der Symptome ganz klar, denn alle Affectionen des Facialis, die von der Medulla oblongata ausgehen, haben den Charakter des Peripheren.

Herr P. Gueterbock: Ich möchte an diese Versammlung die Bitte richten, bei Autopsien von sogenannten traumatischen Facialislähmungen sorgfältiger zu verfahren, als man es bisher gethan hat. von Bergmann führt in seiner bekannten Abhandlung über Kopfverletzungen laute Klage, wie wenig Mühe man sich gegeben hat, den Nervus facialis bei diesen Lähmungen in den Fallopischen Kanal hinein zu verfolgen. Ich

Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

habe die Literatur durchgesehen und gefunden, dass fast in keinem Falle dieses Postulat vollständig erfüllt ist.

Herr Bernhardt: Ich muss constatiren, dass schon in dem ersten Fall von Rose das Felsenbein geöffnet wurde.

Herr P. Gueterbock: Diesen Fall nehme ich aus.

Herr Bernhardt: Auch ich habe mich des Positiven bemüht, aber mit der Untersuchung des N. facialis nicht viel herausgebracht. Im Uebrigen kann ich mich der Bitte des Herrn Gueterbock nur anschliessen.

(Schluss folgt.)

VI. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am Mittwoch den 16. Januar 1884.

(Schluss aus No. 4.)

Die Processe gegen Friederike Z. und Bertha H.

Vortrag des Professor Liman, gehalten in der Berl. med. Gesellschaft am 16. Januar 1884.

Professor Liman berichtet über die verschiedenen Phasen zweier Criminal-Processe gegen Personen, welche während der Untersuchungshaft irrsinnig wurden, demnächst in Heilanstalten gebracht und dort nach einem längeren Aufenthalt geheilt, dann abermals gefänglich eingezogen und nun vor die Geschworenen gestellt wurden. Dies machte die gerichtsärztliche Begutachtung der Inculpaten nothwendig.

Im ersten Falle handelte es sich um ein Dienstmädchen, die der wiederholten Abtreibung angeklagt, ihren Herrn, den Rector H. in Charlottenburg, anzeigte als den, der zu ihr in Beziehungen gestanden habe, und der Anstifter und Mitschuldige dieser Abtreibungen sei.

Acht Sachverständige waren vorgeladen, um den Geisteszustand der Angeklagten zu untersuchen; zu ihnen gehörte Professor Liman.

Ohne hier auf alle Einzelheiten dieser Angelegenheit einzugehen, glauben wir die folgenden Beobachtungen wiedergeben zu müssen:

Der schlechte Brauch der Gerichte, jeden einzelnen Arzt über alle Umstände einer Sache zu vernehmen und zu befragen, hatte auch in diesem Falle, wie schon oft, unangenehme Folgen, da bei diesem Verfahren das ärztliche Ansehen nothwendig discreditirt werden muss. — Anstatt den Gefängnissarzt nur darüber zu befragen, was er über den Zustand der Gefangenen während ihres Aufenthalts im Gefängnisse erfahren hat, den Arzt in Dalldorf über das, was er dort gesehen, den Niedtlebener Arzt, was er während der Zeit beobachtet hat, die die Kranke in der dortigen Anstalt zugebracht hat etc. etc., verlangte man von jedem der Herren ein Gutachten über den Verlauf der ganzen Krankheit. Die Folge hiervon war, dass die Antworten der Aerzte, von denen einige gar nicht auf die ihnen vorgelegten Fragen vorbereitet sein konnten, nicht übereinstimmten und nicht übereinstimmen konnten.

Der Präsident hatte hinsichtlich der ersten Angeklagten folgende 4 Fragen gestellt:

1) Ist die Angeklagte Z. geisteskrank und ist sie vernehmbar?
2) Ist sie geisteskrank gewesen?
3) Wann hat diese Krankheit angefangen?
4) Sind die Angaben der Angeklagten Z. glaubwürdig?

Auf die erste Frage erklärte Prof. Liman, dass die Z. in keinem geistig normalen Zustande sich befinde, dass sie unter dem Einfluss einer krankhaften Aufregung stehe, dass ihr Geisteszustand in seiner äusseren Form abnorm sei, nicht aber inhaltlich; indess erklärte er, dass man sie nicht für geisteskrank im Sinne des Gesetzes ansehen könne, da dieses eine pathologische Veränderung der Geistesthätigkeit verlange, die die freie Willensbestimmung ausschliesse. Er erklärte daher, dass die Z. nicht geisteskrank und vernehmbar sei. — Fünf der Experten gaben eine entgegengesetzte Erklärung ab, indem sie aber dennoch die Vernehmbarkeit zugaben.

Die zweite Frage wurde von sämmtlichen Experten mit „ja" beantwortet.

Die dritte Frage wurde unentschieden gelassen von allen Experten mit Ausnahme eines einzigen, der sich ohne Erfolg zwar bemühte, den Anfang der Geisteskrankheit festzustellen.

Die vierte Frage war zweifelsohne die wichtigste. Liman hat keinen Augenblick gezögert sie zu bejahen. Die absolute Sicherheit mit der die Angeklagte die Erzählung ihrer Abtreibungen bei jeder Gelegenheit wiederholte, die Genauigkeit mit der sie die Thatsachen in wissenschaftlichen Ausdrücken erzählte, die sie gar nicht wissen konnte, wenn sie dieselben nicht aus eigener Erfahrung kennen gelernt hätte, die Thatsache, dass sie sich nie widersprach, alles das bewog ihn dazu das obengenannte Gutachten abzugeben. Zwei der Experten nahmen an, dass die Angeklagte in Wahnvorstellungen befangen sei. — Die Geschworenen erklärten die Angeklagte und ihre Complicen zwar für schuldig, dennoch aber bleibt hinsichtlich der Sachverständigen die Thatsache bestehen, dass die Meinungsverschiedenheiten, die das Publicum in den Gutachten und Schlüssen der Sachverständigen sieht, beklagenswerth im Sinne der wissenschaftlichen Ehre sind. Ueberdies müssten die Differenzen fortfallen, sobald das Gericht von jedem Experten nur die Aufklärungen verlangte, die er seiner Stellung nach mit völliger Genauigkeit geben kann.

Dieser Process bietet auch ein gewisses Interesse in Betreff der Wirksamkeit der verschiedenen Abtreibungsmethoden. Aus den gelieferten Details ergiebt sich: 1) dass der Einstich in die Eihäute nur nach wiederholten Versuchen gelang; 2) dass die Einspritzungen in die Gebärmutter heftige Schmerzen zur Folge hatten, was übrigens auch von allen Beobachtern dieser Methode constatirt wird. Liman hat Fälle gesehen, wo sofort nach der Injection profuse Blutungen eintraten, denen nach einigen Stunden die Ausstossung des Fötus folgte; indessen sieht man auch, wie in dem Z'schen Falle, dass die Injectionen nicht immer so gefährlich sind wie Tardieu angiebt, und wie Liman es selbst bisher geglaubt hat.

In dem zweiten Process handelte es sich um ein Mädchen B. H., die von ihrem Geliebten verlassen, ihm bei einer gelegentlichen Begegnung auf der Strasse Schwefelsäure ins Gesicht warf, und dadurch den Tod desselben nach 48 Stunden herbeiführte.

Die Angeklagte, die im Gefängniss einen Selbstmordversuch machte, wurde als geisteskrank erachtet, und nach der Charité übergeführt. Sie litt an Hallucinationen, an Verfolgungswahnsinn etc., aber mit der Zeit wurde sie ruhiger und genas.

Demnächst wieder unter Anklage gestellt, hatte Liman sie am Tage des Termins selbst zu untersuchen. — Sie erklärte, dass sie ihren Geliebten nicht habe tödten wollen, dass sie vielmehr die Absicht gehabt habe einen Selbstmord zu begehen. Der Zufall wollte, dass die H., welche mit einer Quantität Schwefelsäure versehen, angeblich in das Haus der Braut ihres ehemaligen Geliebten gehen wollte, um sich dort zu tödten, dem Manne begegnete. Plötzlich von Rachsucht, Wuth etc. übermannt, warf sie ihm die Schwefelsäure ins Gesicht. Nachdem sie die That vollbracht, will sie „wie aus einem Traume erwacht" sein.

Die Zeugenaussagen stellten es ausser Zweifel, dass die Angeklagte im Augenblick des Attentats nicht zurechnungsfähig war. — Was den Vortr. anbetrifft, erklärte er, dass sie zwar im Sinne des Gesetzes ebenfalls nicht als geisteskrank zu erachten sei, da die freie Willensbestimmung bei ihr zu jener Zeit zwar erheblich beschränkt gewesen, aber doch durchaus nicht ganz auszuschliessen sei. Diese Angeklagte wurde freigesprochen.

Wir sehen aus dieser Thatsache, dass die Frage der Zurechnungsfähigkeit bei manchen Verbrechen nicht immer zu jeder Zeit entschieden werden kann, und dass es vorkommt, dass Geisteskranke Monate lang im Gefängnisse zubringen können, ohne dass das Bestehen ihrer Krankheit zur Kenntniss der Gefängnissbeamten oder des Gefängnissarztes gelangt. V.

Sitzung vom 23. Januar 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow. Herr Köbner stellt eine Kranke vor mit einer seltenen Form von Sclerodermie. Das Leiden entstand schon im Jahre 1870, wo die Patientin eine halbe Meile durch nasse Wiesen marschirte und dabei stark in Schweiss gerieth. An demselben Abend stellte sich Reissen ein, und allmählich erreichte das Leiden einen solchen Höhepunkt, dass der Fuss anfängt abzusterben. 1875 sah Köbner die Kranke zuerst, und seitdem hat sich das Bild, welches dieselbe bot, wenig geändert. Therapeutisch bemerkt Redner, dass das furchtbare Reissen, welches die Kranke in den ergriffenen Partien erlitt, durch mehrmaligen Gebrauch von Franzensbader Moorbädern ausserordentlich gemildert wurde. Der Fall ist deshalb besonders interessant, weil er nach der Ansicht Köbner's beweist, dass die sogenannte vulgäre Sclerodermie bei derselben Person vorkommen kann, bei der die von Erasmus Wilson sogenannte Morphea, resp. Addison's Cheloid besteht. Köbner hat eine Anzahl mikroskopischer Präparate aufgestellt, welche Schnitte von excidirten Hautstücken der Patientin darstellen, und daneben demonstrirt er mikroskopische Präparate von der Leiche einer zweiten Frau, welche dieselben Verhältnisse in vorgeschrittenerem Stadium darstellen.

VII. Die Landesherrliche Badische Verordnung vom 6. December 1883 und die sich ihr anschliessende Ministerial-Verordnung vom 11. December 1883 in der Berliner Medicinischen Gesellschaft.

I.

Sitzung vom 23. Januar 1883.

Schwerlich ist die Tagesordnung für die letzte Sitzung der Berliner Medicinischen Gesellschaft ohne einige Verwunderung aufgenommen worden,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war man doch in weiteren Kreisen der unrichtigen Ansicht, mit Annahme des Antrags Falk, nach der mehrtägigen Debatte über die Medicinalpfuscherei, habe die Gesellschaft jeder Einwirkung auf allgemeine ärztliche Fragen und besonders die ärztlichen Standesinteressen betreffende entsagt. Der in der Sitzung vom 23. Juni 1880 angenommene Antrag Falk lautete aber nur: „Die Gesellschaft scheidet mit Ablauf dieses Jahres aus dem Aerztevereinsbunde aus“ und wurde in der Discussion besonders von Seiten des Herrn Goltdammer dahin explicirt, dass die Gesellschaft es damit nicht etwa abweise, über grosse und wichtige Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Gesetzgebung, so weit sie ein medicinisches Interesse hätten, in Berathung zu treten und ihre Ansicht in Form eines principiellen Votums auszusprechen. Ihre Meinung werde in Zukunft nur von um so grösserem Gewichte sein, wenn sie aus dem Vereinsbunde ausgeschieden, nicht mehr ex officio, sondern gewissermaassen vom wissenschaftlichen Standpunkte aus ihr Urtheil abgiebt. Herr Mendel sah den Unterschied zwischen dem damaligen Zustand und dem durch den Antrag Falk bezweckten wesentlich darin, dass die Gesellschaft nach Annahme desselben sociale Fragen nur noch dann berathe, wenn es ihr convenire. Er bat, den Antrag Falk aus diesem Grunde anzunehmen, hätte aber dagegen gestimmt, wenn durch Annahme desselben sociale Fragen von der Discussion und Beschlussfassung in Gesellschaft ausgeschlossen würden, was ja nicht der Fall ist. Wenn fortan die Berliner medicinische Gesellschaft solche Fragen zur Verhandlung stellt, so wird demnach niemals ihre Competenz dazu bestritten, wohl aber die Opportunität in jedem Falle erörtert werden können.

Die Bedeutung der diesmaligen Discussion wird nun noch erhöht durch den Umstand, dass es sich um einen Antrag des Vorstandes der Gesellschaft handelte, welcher folgendermaassen lautete:

Die Berliner medicinische Gesellschaft wolle erklären: „Eine disciplinare Beaufsichtigung der Aerzte Seitens des Staates liegt weder in dem Wunsch der Aerzte noch im Interesse des Publicums. Wir müssen uns daher mit aller Entschiedenheit gegen Bestimmungen aussprechen, wie sie die Verordnung vom 6. December 1883 für Baden einführt.“

Zur Information der Mitglieder der Gesellschaft waren der Tagesordnung Landesherrliche und Ministerial-Verordnung beigegeben, deren Abdruck wir uns ersparen können, da wir beide schon im vorigen Jahrgange dieser Wochenschrift publicirt haben.

Es wird zur Charakterisirung am zweckmässigsten sein, wenn wir die Debatte des ersten Tages kurz und möglichst objectiv skizziren, ist doch in Rede und Gegenrede so ziemlich Alles erschöpft worden, was sich principiell über die Materie sagen lässt.

In einem sehr ausführlichen, wie gewöhnlich formvollendeten Referate trat zuvörderst Herr B. Fraenkel für den Antrag ein, wesentlich von Gesichtspunkten ausgehend, die wir aus vieljährigen Verhandlungen des deutschen Aerztetages kennen.

Er begann mit einer eingehenden Darstellung der Medicinalverhältnisse Badens, die grossentheils wohl allen unseren Lesern aus dem Reichs-Medicinal-Kalender bekannt sind, und betonte, dass „aus der Zeit des Bundestages in die Gesetzgebung des Reiches hinein eine Disciplinaraufsicht über die Aerzte gerettet worden sei, indem eine Commission, bestehend aus drei Delegirten des aus acht nicht sieben) Mitgliedern bestehenden Ausschusses der Aerzte und zwei Medicinal-Referenten des Ministeriums des Innern über Disciplinarvergehen der Aerzte entschied und folgende Disciplinarstrafen über die Aerzte verhängen konnte: 1) Erinnerung, 2) Verweis, 3) Geldstrafen bis zu 25 Fl. und 4) zeitliche oder bleibende Entziehung des ertheilten Befähigungszeugnisses und damit der Ausübung des Berufes.

In diese Verhältnisse sei das Gesetz zur Gewerbeordnung vom 1. Juli 1883 gefallen, und habe die badische Regierung § 55 derselben so ausgeführt, dass der Ausschuss der Aerzte selbst, unter dem Vorsitz eines vom Ministerium zu bestimmenden sogenannten Verwaltungsbeamten, über die Entziehung der Concession in erster Instanz zu urtheilen hat, während in zweiter Instanz das Ministerium des Innern functionirt. Hierin sieht Herr B. Fränkel, ganz abgesehen davon, ob die Verordnung für Baden einen Fortschritt bezeichne oder nicht, einen Widerspruch gegen die Resolution des Reichstages vom 12. April 1883, in der bekanntlich eine Aerzteordnung verlangt wird, „in welcher Organen der Berufsgenossen eine ehrengerichtliche Strafgewalt über dieselben beigelegt wird“. Nachdem Herr F. hierauf die Frage der Competenz der Gesellschaft erörtert und bejaht hatte, polemisirte er gegen den Namen „Disciplinarkammer“, hat aber schwerere Bedenken gegen den Inhalt der Verordnung, weniger noch wegen des Verfahrens bei Entziehung der Approbation in Fällen des § 53 der Gewerbe-Ordnung als wegen der Stellung der Aerzte unter eine Disciplinar-Beaufsichtigung, da, analog dem Reichsgesetz über Beamte, der Ausschuss resp. in 2. Instanz das Ministerium gegen Aerzte, welche die Pflichten ihres Berufes verletzen oder durch ihr Verhalten der Achtung, die ihr Beruf erfordert, sich unwürdig zeigen, auf Erinnerung, Verweis, Geldstrafe bis zu 200 Mark, Entziehung des Wahlrechts bei den Ausschusswahlen erkennen könne.

Herr Fr. tadelt die unbestimmte Fassung dieses Passus, und ist der Ansicht, dass es sich um das Verhalten innerhalb und ausserhalb des Berufes handle. Darin liege aber eine erhebliche Erweiterung der Aufsicht über die Aerzte, da die Ehrengerichte bisher nichts Anderes zu beaufsichtigen hätten, als die Standesehre und die Berufspflichten der Aerzte. Hiermit ständen die in der Ministerialverordnung aufgezählten Berufspflichten der Aerzte in merkwürdigem Gegensatz. Diese Berufspflichten selbst sind nach Fr. vielfach bedenklich und nicht im Einklange mit der Gewerbe-Ordnung. Die allerwichtigsten Bedenken hat Herr Fr. aber gegen die Recurs-Instanz, das Ministerium des Innern und exemplificirt an zahlreichen Fällen, dass dasselbe die hier nothwendigen Garantieen nicht geben könne. Kurz berührt Herr Fr. endlich den Charakter der Verordnung als einer lediglich landesherrlichen Entschliessung. — Alles in Allem sieht Herr Fr. in den bekämpften Verordnungen nicht ein Mal für Baden einen Fortschritt, dessen besondere Verhältnisse er andererseits anerkennt. Hierauf begründete Herr Fr. die vorgeschlagene Resolution in ihrem Wortlaut. Er hält sie für um so nothwendiger als das ärztliche Vereinsblatt die badischen Verordnungen so eben erst enthusiastisch verherrlicht habe. Zweifellos gehe dieser Artikel von dem Ausschusse aus, mit dem aber die Majorität der deutschen Aerztevereine nicht übereinstimme. Denn die in Nürnberg 1882 angenommenen Beschlüsse über die Ehrengerichte ständen in vollem Widerspruche mit den badischen Verordnungen. Dass in Baden Ehrengerichte neben der Disciplinarkammer geblieben, ändere hieran nichts, denn ihnen werde kaum etwas Anderes übrig bleiben als die Schlichtung von Streitigkeiten zwischen zwei Aerzten. Endlich führte Herr Fr. noch aus, dass die badischen Verordnungen auch nicht im Interesse des Publikums lägen, welches sich bei der augenblicklichen Lage sehr wohl befinde. Besonders energisch erklärt sich Herr Fr. gegen Ziffer 4 der Berufspflichten, derzufolge auch die Aerzte verpflichtet seien der Ortspolizeibehörde die ihnen bei Ausübung ihres Berufes bekannt werdenden gewaltsamen Todesfälle, lebensgefährlichen Körperverletzungen, Vergiftungen, Verbrechen und Vergehen wider das Leben mitzutheilen, also in den Dienst der Criminalpolizei treten sollten. Zum Schluss bejaht Herr Fr. die Frage ob die Resolution des Vorstandes bezüglich der in Entwicklung begriffenen Organisation des ärztlichen Standes auch opportun sei und exemplificirt auf die Rechtsanwaltsordnung, die den Verwaltungsbehörden gar kein Disciplinarrecht einräume.

Herr Rintel erörterte im Beginne seiner Entgegnung die Opportunität der Resolution und verneinte dieselbe. Die badischen Verordnungen seien weder nach ihrer örtlichen Geltung noch nach ihrem Inhalte danach angethan, die Gesellschaft zu veranlassen, aus ihrer Reserve herauszutreten. Die grosse Autorität der Gesellschaft erkenne er an, aber gerade in Folge derselben werde der Central-Ausschuss der Berliner Aerzte unterdrückt und auch in Süddeutschland werde die Wirkung der Resolution keine günstige sein. Die Gesellschaft könne übrigens nicht im Namen der Aerzte, sondern nur in ihrem eignen sprechen.

Hierauf gestützt schlug Herr Rintel, der noch constatirt hatte, dass für den Artikel im Vereinsblatte lediglich die Redaction nicht der Ausschuss eintrete, folgende Tagesordnung vor: „In Erwägung, dass die in dem Antrage des Vorstandes allegirte Verordnung der Grossherzoglich badischen Regierung v. 6. Dec. 1883 sich bezieht auf staatliche Einrichtungen eines speciellen Staates, wie sie in anderen Bundesstaaten des Reiches, besonders in Preussen, nicht bestehen, sowie dass für die Berliner medicinische Gesellschaft Veranlassung zu einer ablehnenden Kritik jener Verordnung umsoweniger vorliegt, als dieselbe in Uebereinstimmung mit berechtigten Vertretern der badischen Aerzte erlassen ist, geht die Versammlung über den Antrag des Vorstandes zur Tagesordnung über.“

Herr Börner betonte im Eingange, dass diejenigen, welche für die badischen Verordnungen und gegen die Vorlage des Vorstandes stimmten, nicht minder für die Ehre und Recht des ärztlichen Standes einzutreten in der Lage seien als diejenigen, welche jene Verordnungen für einen Eingriff in diese Freiheit hielten. Seit Redner an den Verhandlungen über die Zukunft des ärztlichen Standes betheiligt sei, also seit ca. 12 Jahren, seien er und Herr Fraenkel loyale Gegner gewesen. Er sei stets der Ansicht gewesen, dass der Arzt kein freier Gewerbetreibender, sondern eine Person öffentlichen Vertrauens sein müsse, schon um die öffentliche Gesundheitspflege möglich zu machen und habe stets die Consequenz davon gezogen.

Herr Börner betont ausdrücklich, dass auch er es für unthunlich halte, eine so wichtige Materie wie die in den badischen Verordnungen enthaltene, zu regeln auf Grund eines Paragraphen des Polizei-Strafgesetzbuches. Er ist ferner der Ansicht, dass bei Anrufung richterlichen Gehörs gegen Verurtheilungen auf Grund des § 1 der landesherrlichen Verordnung mindestens das Reichsgericht dem Kläger Recht geben würde, meint aber, dass ähnliche Unsicherheiten auch anderweitig vorkämen. Die jetzt in der badischen Ministerialverordnung aufgezählten Berufspflichten der Aerzte seien übrigens keine Mehrbelastung der letzteren, sondern eher eine Erleichterung gegen die Bekanntmachung vom 30. August 1873.

Ausserdem würden diese Punkte in den meisten deutschen Staaten zu den Pflichten der Aerzte gerechnet. Redner exemplificirt bezüglich Preussens auf das Gesetz von 1835, dann aber auf die weitgehenden Befugnisse der Verwaltungsbehörden auf Grund des Polizei-Gesetzes vom 11. März 1850.

Wenn Herr Fraenkel an die Anwaltskammer erinnert habe, so sei, um eine ähnliche Organisation für die Aerzte zu erreichen, vor Allem nöthig, dass letztere nicht mehr der Gewerbeordnung unterständen. So lange dies der Fall, ständen sie auch unter der Jurisdiction der Verwaltung. Die Verwaltungsgesetze seien aber in den Einzelstaaten sehr verschieden und da sei doch gegen Baden kein Vorwurf um deswillen zu erheben, weil seinen Gesetzen gemäss das Ministerium des Innern die Recursinstanz sei. Bei uns entscheide über die Entziehung der Approbation in letzter Instanz das Oberverwaltungs-Gericht, dessen Unparteilichkeit wohl unbezweifelt dastehe. Wir selbst hätten übrigens in Preussen eine Verordnung zur Ausführung des Reichsgesetzes vom 1. Juli 1883 erhalten, die sich mit der Entziehung der ärztlichen Approbation gar nicht beschäftige.

Den Versuch des Herrn Fränkel, sich auf den Boden der Nürnberger Beschlüsse zu stellen, hält Redner für nicht gelungen. Die Einzelheiten der dort durch einen Compromiss zu Stande gebrachten Grundzüge einer Aerzte-Ordnung seien zweifellos nicht in ihrem Wortlaute bindend, wie sie z.B. immer nur für die Bildung staatlich anerkannter Ehrengerichte, durch die Vereine sprächen, was z. B. für Baden nicht zutreffend sei, in Preussen in Zukunft wahrscheinlich nicht zutreffen werde. — Herrn Fraenkel's Bedenken dagegen, dass ein Verwaltungsbeamter in der Disciplinarkammer den Vorsitz führen sollte, theilt Redner nicht. Er könne doch unmöglich gegen die übrigen acht ärztlichen Mitglieder das Geringste ausrichten.

Aus allen diesen Gründen könne Redner nur bitten, die motivirte Tagesordnung des Herrn Rintel anzunehmen. Es liege gar keine besondere Gefahr vor und könne man es den badischen Collegen wohl überlassen, ihre Rechte selbst zu schützen, um so mehr als die badischen Verordnungen aus langen Verhandlungen zwischen der Regierung und den Vertretern des ärztlichen Standes hervorgegangen seien.

Wenn die badischen Aerzte daraufhin gesagt hätten, wir nehmen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Sache an und erreichen damit etwas, was wir lange gewünscht haben, so weiss Redner nicht, welche Veranlassung wir hätten, dem entgegen zu treten und zu sagen: Ihr seid im Unrecht, und wir, repräsentirt durch die Berliner medicinische Gesellschaft, müssen erklären, dass auf diesem Wege die Zukunft des ärztlichen Standes, der stolz auf seine Freiheit ist, gefährdet wird. Wolle die Versammlung aber die motivirte Tagesordnung nicht, dann behalte sich Redner das Amendement zu dem Antrage des Vorstandes vor: statt „im Wunsche der Aerzte zu sagen — im Wunsche der Berliner medicinischen Gesellschaft". Wir hätten kein Recht, ohne Weiteres ein Urtheil auszusprechen über den Wunsch der Aerzte und des Publikums im Allgemeinen.

Herr Virchow weist darauf hin, dass der Vorstand davon ausgegangen sei, dass eine Resolution des Reichstages vorliege, welche die Regierung auffordert, eine Aerzteordnung vorzulegen. Sowohl die Reichsregierung als die preussische seien demnach in die Lage gebracht, sich in irgend einer Weise mit der Sache zu beschäftigen, und dies sei der Grund der Dringlichkeit dieser Angelegenheit. Nun sei eine Bundesregierung selbstständig vorgegangen, mit einem sehr wesentlichen Bestandtheil dessen, was in einer solchen Aerzteordnung einmal enthalten sein wird, eine Regierung, welche bisher durch ihr Vorgehen für unsere Gesetzgebung in hohem Maasse ein Vorbild gewesen sei. Dieser Vorgang sei also nicht ein gleichgültiger, der bloss Baden betreffe, sondern man dürfe einigermaassen erwarten, dass er Eindruck noch auf andere Regierungen mache und möglicherweise bestimmend einwirken könnte auf die Haltung der preussischen Regierung. Man habe nun anscheinend übersehen, dass es nach den Badischen Verordnungen in der Hand der Staatsregierung liege, durch eine Verordnung festzustellen, welches die Berufspflichten der Aerzte seien. Ob die sieben Bestimmungen mehr oder weniger zu billigen seien, sei ja nicht die Hauptsache, sondern das Princip, ob zugestanden werden könne, dass die Landesregierung den Aerzten einfach Berufspflichten zudictiren könne. Wenn sie heute sieben aufstelle, was stehe dann entgegen, dass sie morgen acht, neun, zehn aufstelle?

Dies sei nicht gleichgültig, sondern etwas so Bedrohliches für die ganze Situation des ärztlichen Standes, dass er meine, jeder Arzt hätte das Interesse, sobald wie möglich irgend etwas zu thun, um dem weiteren Fortschreiten auf diesem Wege entgegenzutreten. Redner wünscht aber Vertagung, weil inzwischen ja die übrigen Vereine Gelegenheit gehabt haben würden, sich darüber klar zu werden, ob sie etwas thun wollen oder nicht. Aber gar nichts zu thun, die Hand in den Schooss zu legen, als ginge uns die Sache gar nichts an, sei unmöglich. Er habe ein gewisses Nebeninteresse dabei gehabt, dahin zu wirken, dass die Sache zur Sprache komme, weil wir wahrscheinlich demnächst im Landtage eine Discussion über diese Angelegenheit haben werden, und es ihm von grossem Interesse gewesen wäre, wenn er gewusst hätte, welches ist die Stimmung bei unseren ärztlichen Collegen, inwieweit können wir sagen, wir sprechen im Einverständniss mit unseren Collegen. Der Vorstand habe in der That die Sache ganz in dem grossen Sinne aufgefasst, dass es sich um eine der wichtigsten Entscheidungen handle, welche über die Stellung des ärztlichen Standes den Verwaltungsbehörden gegenüber zu fassen sein, und bei der die Aerzte nicht still sein sollten.

Herr Boerner bemerkt thatsächlich, dass er sich rein an den Antrag des Vorstandes gehalten habe, in welchem von der principiellen Bedeutung des Verordnungsweges bezüglich dessen er ganz mit Herrn Virchow übereinstimme gar nicht die Rede sei, sondern nur von dem materiellen Inhalt der Verordnung. Er bedaure, dass Herr Virchow nicht eher gesprochen habe, er würde sich dann vieles von seinen Ausführungen haben ersparen können. Herr Fraenkel wendet sich gegen die letzte Aeusserung des Vorredners und erklärt gegen Herrn Rintel, er sei weder die Gesellschaft noch der Vorstand, sondern einfach Referent und müsse thun, was der Vorstand beschlossen.

Dis weitere Discussion über diesen Gegenstand wird auf die nächste Sitzung vertagt.

(Schon jetzt muss ich erklären, dass Herr B. Fraenkel mir Unrecht thut. Sein Referat war von seinem Standpunkte aus gewiss ausgezeichnet. Wenn ich bedauerte, dass Herr Virchow nicht früher gesprochen, so galt dies Bedauern nur dem Umstande, dass er nicht vor mir, nicht etwa vor dem Referenten sprach. Herr Virchow verweilte nämlich fast nur bei demjenigen Punkte, in dem die Versammlung, glaube ich, einstimmig war und über den ich mich, wenn auch kurz, doch ganz in seinem Sinne ausgesprochen hatte, nämlich in dem, dass solche Materien nur auf legislatorischem Wege erledigt werden können. Hierüber konnte ein einmüthiger Beschluss möglicherweise herbeigeführt werden. P. B.)

VIII. Die Vorträge der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin.

Am 29. sprach Herr Grawitz über Theorie der Geschwulstbildung, vor einer wiederum zahlreichen Zuhörerschaft, die den interessanten Erörterungen des Vortragenden, welche unterstützt wurden durch eine Reihe von Zeichnungen und Abbildungen mit grossem Interesse folgte.

Man darf schon jetzt als festgestellt ansehen, dass die neue Einrichtung der Gesellschaft für Heilkunde mit den günstigsten Aussichten auf einen vollständigen Erfolg begonnen hat. Ueber die Publication dieser Vorträge haben wir uns schon in der vorigen Nummer ausgesprochen. Wenn sich dieselbe bei einigen derselben verzögert, so geschieht dies aus den früher angegebenen Gründen. Es liegt im Interesse der Vortragenden wie der Leser, dass nichts Unfertiges oder Halbfertiges der Oeffentlichkeit übergeben werde, sondern nur das von den Vortragenden selbst als reif und authentisch Anerkannte.

Mannigfachen Anfragen entsprechend recapituliren wir, dass folgende Vorträge den beiden schon gehaltenen sich anschliessen werden:

3. Herr v. Adelmann: „Ueber Anwendung der Dermatoplastik". 4. Herr B. Fränkel: „Ueber adenoide Vegetation". 5. Herr Mendel: „Ueber Pathologie und Therapie der Epilepsie". 6. Herr Willoughby Miller: „Ueber Gährungsvorgänge im menschlichen Munde und deren Beziehung zur Caries der Zähne". 7. Herr Hirschberg: „Ueber diabetische Amblyopie". 8. Herr Thilenius: „Balneotherapeutische Behandlungsmethoden der Kehlkopfskrankheiten". 9. Herr Goerges: „Ueber den heutigen Stand der Syphilis-Behandlung".

Folgende Herren haben die Themata ihrer Vorträge noch nicht eingereicht: 10. Herr Rabl-Rückhardt. 11. Herr E. Hahn. 12. Herr Leyden. 13. Herr Jul. Wolff. 14. Herr Liebreich. 15. Herr Gusserow. 16. Herr Tobold. 17. Herr Prof. Ewald. 18. Herr Goltdammer.

IX. Zur Sammelforschung über Krankheiten.

Von dem Schriftführer des Comité's des Vereins für innere Medicin für Sammelforschung über Krankheiten, Herrn Dr. S. Guttmann, ist uns die dankenswerthe Mittheilung zugegangen, dass nunmehr über 50 grössere Vereine ihre Betheiligung festgestellt haben. Zu diesen gehören u. A. der Niedersächsische Aerzte-Vereinsbund, dann die Gesellschaft zur Beförderung der gesammten Naturwissenschaften in Marburg, der ärztliche Verein in Basel u. A. m. Die Herren Marchand, Heusinger, Mannkopf, Immermann, Riegel, um nur einige zu nennen, haben bei dieser Gelegenheit ihre volle Sympathie für das Unternehmen Ausdruck gegeben. Nicht minder von Bedeutung ist es, dass auch zahlreiche Aerzte, welche grösseren Verbänden nicht angehören, auf besonderen Karten ihre Beobachtungen mittheilen. Im Monate Februar wird bekanntlich die erste Einsammlung der Karten stattfinden, und es mag hierbei bemerkt werden, dass es sich nicht nur darum handelt, neuerlichst vorgekommene Fälle mitzutheilen, sondern auch ältere, in soweit sie auf zuverlässigen Beobachtungen beruhen. Selbstverständlich werden die Krankheiten, welche der Sammelforschung unterliegen, dauernd zur Bearbeitung gelangen, so dass die volle Continuität gesichert ist. Von der Buchdruckerei Ahrens und Wolff sind Karten zu erhalten, und zwar zu dem billigen Preise von 2 Mark pro 100 Stück.

X. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Ueber die gesetzliche Verantwortlichkeit der Trichinenschauer.

Von

Dr. Herm. Pütz,

Professor der Thierheilkunde an der Universität Halle a./S.

Die Beantwortung der Frage, ob eine nach den gesetzlichen Vorschriften gewissenhaft ausgeführte Trichinenschau in allen Fällen einen ausreichenden Schutz gewähre, ist nicht nur für die Gesundheitspflege des Menschen, sondern auch für die Rechtspflege von grosser Bedeutung.

Ich habe Gelegenheit gehabt, als Sachverständiger vor Gericht die Ueberzeugung zu gewinnen, dass eine nochmalige Besprechung dieser Frage in der medicinischen Presse sehr zweckmässig erscheint, einerseits um die Grundsätze genauer festzustellen, welche in strafrechtlichen Fällen dem technischen Gutachten als Basis dienen müssen, andererseits um diese Grundsätze möglichst zum Gemeingute der Sachverständigen zu machen. Da es vor einigen Jahren vorgekommen sein soll, dass ein als gewissenhaft bekannter Trichinenschauer zu mehrmonatlicher Gefängnissstrafe (wie meine Gewährsmänner glauben, „unschuldig") verurtheilt worden und in Folge dessen vor Gram gestorben ist, so drängt es mich, über unser Thema die Discussion zu eröffnen und meine Ansicht hierüber in Folgendem auszusprechen:

Wenn ein Schlachtthier (Schwein) reichlich mit Trichinen durchsetzt ist, so darf wohl mit Zuversicht angenommen werden, dass bei sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung von 30 Präparaten, welche 5 oder 6 verschiedenen von fraglichen Parasiten i. d. R. bevorzugten Körperstellen entnommen sind, Trichinen aufgefunden werden. Anders aber verhält sich die Sache, wenn ein Schwein nur spärlich von Trichinen durchsetzt ist. In diesem Falle kann es vorkommen, dass in den zu untersuchenden 30 Fleischstückchen von Erbsengrösse, welche mehreren Prädilectionsstellen entnommen wurden, trotz genauer mikroskopischer Untersuchung keine Trichinen gefunden werden, während in weiteren Präparaten fraglicher und anderer Muskelstücke desselben Schlachtthieres Trichinen sich finden können.

Hierüber sind die verschiedenen Autoren ziemlich einig und stimmt mit dieser Ansicht auch folgende Aeusserung Bollinger's überein (s. S. 390 der Invasionskrankheiten in Ziemssen's spec. Pathol. etc.).

„Es kann allerdings keinem Zweifel unterliegen, dass einzelne trichinöse Schweine auch bei gewissenhafter Untersuchung der Aufmerksamkeit des Untersuchers entgehen können, wenn die Zahl der Parasiten

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sehr gering ist. Ein solches Fleisch wird jedoch nie so schwere Erkrankungen hervorrufen, da die Zahl der von einem Menschen damit aufgenommenen Trichinen nur sehr beschränkt sein kann. Allerdings kann auch strafbare Fahrlässigkeit an einem solchen Vorkommnisse Schuld sein, doch fällt eine solche nicht der Einrichtung selbst, d. h. der gesetzlich vorgeschriebenen Trichinenschau, zur Last."

Bollinger äussert sich über den Grad der möglichen Erkrankung in solchen Fällen nur sehr allgemein; für die Rechtspflege resp. für das Gutachten der Sachverständigen ist es aber nothwendig, sich hierüber genauer zu informiren. Meiner Ueberzeugung nach kann der Genuss rohen oder nicht ordentlich gar gekochten oder gebratenen Fleisches von nur schwach mit Trichinen durchsetzten Schweinen zuweilen schwere Einzelerkrankungen an Trichinose, hingegen keine Trichinenendemien verursachen. Meine Gründe für diese Ansicht sind im Wesentlichen folgende:

Bei der ungeheuren Fruchtbarkeit weiblicher Darmtrichinen, deren jede im Verlaufe von einigen Wochen durchschnittlich ca. 1500 Junge gebiert, genügt die Einverleibung weniger entwicklungsfähiger Muskeltrichinen, um die Auswanderung eines grossen Heeres junger Trichinen aus dem Darmkanale des Menschen in die Muskeln dieses zu Wege zu bringen.

Nicht ganz zutreffend äussert sich hierauf bezüglich Bollinger (l. c. S. 391) folgendermaassen: „Die Behauptung, dass die Durchsetzung des Schweines mit Trichinen eine völlig regellose sei, ist durchaus unrichtig, die Durchsetzung ist vielmehr so constant, dass man mit Bestimmtheit erklären kann, wenn in den obengenannten für die mikroskopische Untersuchung empfohlenen Muskeln keine Trichinen sich finden, so finden sich in andern Theilen des Schweines ebenfalls keine solchen, oder wenn auch, doch nur in ganz vereinzelten Exemplaren." Diesen Ausspruch stützt Bollinger auf die zahlreichen Versuche von Rupprecht, Haubner, Gerlach, Fiedler u. A. Gleichwohl steht derselbe nicht in allseitigem Einklange mit manchen durch exacte Beobachtungen gewonnenen sehr beachtenswerthen Thatsachen. Die Durchsetzung des Schweines mit Trichinen ist zwar keine völlig regellose, aber auch keine absolut constante. Es kommen mancherlei Variationen und Ausnahmen vor, was schon aus dem Umstande sich ergiebt, dass die verschiedenen Autoren nicht genau die nämlichen Prädilectionsstellen angeben, und dass in Folge dessen auch die Vorschriften der verschiedenen Behörden in Bezug auf die Körpertheile, welchen die Fleischstückchen zur Trichinenschau entnommen werden sollen, von einander abweichen. So z. B. bestimmt der § 8 des Reglements für die öffentlichen Fleischbeschauer, erlassen von dem Königl. Regierungs-Präsidenten zu Merseburg am 31. October 1882:

„Die Fleischbeschauer sind verpflichtet, zur Untersuchung eines *frisch* geschlachteten Schweines von dem rohen Fleische desselben *mindestens 30* Fleischstückchen, jedes von der Grösse einer Erbse zu präpariren und sorgfältig zu untersuchen. Dieselben sind von mindestens 6 verschiedenen Körpertheilen, darunter jedesmal von

a. den Muskelansätzen des Zwerchfells,
b. den Zwischenrippenmuskeln,
c. der Zungenwurzel,
d. den kleinen Kehlkopfmuskeln,
e. den Augenmuskeln und
f. den Halsmuskeln

zu entnehmen, und zwar in der Nähe der sehnigen Ansätze der betr. Muskeln.

Die bezügl. Verordnung der Magdeburger Regierung vom 12. December 1865 bestimmt hierüber Folgendes: Anlage B.

4. Zur mikroskopischen Untersuchung sind die Muskelfasern vom Zwerchfell, die Augenmuskeln, die Kaumuskeln, die Zwischenrippenmuskeln und die Nackenmuskeln zu wählen (s. S. 55 der Trichinenkunde vom Kreisphysikus Dr. Kuntz in Wansleben, Reg.-Bez. Magdeburg, Stuttgart 1883). In dieser Verordnung sind die Zwischenrippenmuskeln als Prädilectionsmuskeln angeführt, an deren Stelle in der Verfügung der Merseburger Regierung, wohl mit Recht c) die Muskeln der Zungenwurzel und d) die kleinen Kehlkopfmuskeln stehen.

Nach Kühn (S. Mittheilungen des landwirthsch. Institutes der Universität Halle, Jahrgang 1865 S. 65) sind ausser den in beiden vorhin erwähnten Regierungs-Verordnungen angegebenen Muskeln auch noch die Lendenmuskeln, die Schultermuskeln, die Streckmuskeln des Vorderschenkels und die Beugemuskeln des Hinterschenkels in der Regel verhältnissmässig stark, resp. mit am reichlichsten, von Trichinen besetzt.[1])

Alle vorhin genannten Muskel kann man somit als solche bezeichnen, welche im Allgemeinen von Trichinen bevorzugt und namentlich an ihren sehnigen Stellen von fragl. Parasiten in der Regel am dichtesten besetzt zu werden pflegen. Zuweilen aber sind solche Prädilectionsstellen arm an Trichinen und in grösseren Abschnitten oder ganz von fragl. Parasiten frei, während an anderen Muskeln solche angetroffen werden. Die Vertheilung der in einem Muskel, oder in einer Muskelgruppe vorhandenen Trichinen ist nicht selten eine sehr ungleichmässige. So berichtet Kühn (l. c. S. 63), dass in den 40 erst untersuchten Präparaten der Streckmuskel einer Vordergliedmaasse gar keine, hingegen in den folgenden 5 Präparaten desselben Fleischstückchens 8 Trichinen, und in einem dieser Präparate, d. i. in einem etwa erbsengrossen Fleischstückchen sogar 3 Trichinen angetroffen wurden.

(Schluss folgt.)

2. Allgemeine Gesundheitspflege.

— Der Anregung von verschiedenen Seiten auf Herstellung von Einrichtungen des Reiches behufs Fernhaltung ansteckender Krankheiten durch Einschleppung von Schiffen, ist jetzt von Reichswegen Berücksichtigung zu Theil geworden. Die Regierungen von Preussen, Oldenburg und Bremen haben eine gemeinschaftliche Quarantaine-Anstalt zu Bremerhaven zur Desinfection von Schiffen eingerichtet, was kürzlich zur Kenntniss sämmtlicher Bundesregierungen gebracht worden ist.

3. Zahl der Studirenden der Medicin an den deutschen Universitäten im Winter-Semester 1883/84.

Universität.	1. Zahl der Studirenden überhaupt.	Davon a. Deutsche.	Davon b. Nichtdeutsche.	2. Zahl der Mediciner.	Davon a. Deutsche.	Davon b. Nichtdeutsche.	Bemerkungen.
Stud. der Militär-Aerztl. Bild.-Anstalt	228	228	—	228	228		
Berlin	4635	4281	354	898	823	75	
Bonn	1037	992	45	211	208	3	
Breslau	1479	1457	22	390	385	5	
Erlangen	730	695	35	167	159	8	
Freiburg	615	582	33	236	230	6	
Giessen	497	493	4	122	121	1	
Göttingen	1064	998	66	181	172	9	
Greifswald	725	715	10	379	376	3	
Halle	1544	1472	72	266	261	5	
Heidelberg	732	618	114	203	167	36	
Jena	566	529	37	142	133	9	
Kiel	370	360	10	126	120	6	
Königsberg	909	881	28	247	225	22	
Leipzig	3433	3162	271	670	627	43	
Marburg	720	704	16	178	169	9	
München	2468	2313	155	827	790	37	
Rostock	232	229	3	57	57	—	
Strassburg	844	744	100	202	160	42	
Tübingen	1217	1184	33	190	186	4	
Würzburg	1167	1103	64	653	616	37	
Summa	25212	23740	1472	6573	6213	360	
Sommer-Sem. 1883	24982	23598	1384	6350	5973	377	
Winter-Sem. 1882/83	24104	22759	1345	5793	5430	363	
Sommer-Sem. 1882	23735	22494	1241	5484	5130	354	
Winter-Sem. 1881/82	22792	21551	1241	5002	4692	310	

4. Medicinalstatistik.

Berlins Gesundheitsverhältnisse XLVIII. In der achtundvierzigsten Jahreswoche, 25. Novbr. bis 1. Decbr. starben 580, entspr. 24,7 pro Mille und Jahr der fortgeschriebenen Einwohnerzahl (1223200), gegen die Vorwoche (557, entspr. 23,8) eine Zunahme der Mortalität Innerhalb ihres ersten Lebensjahres starben 150 oder 26,8 Proc., gegenüber dem durchschnittlichen Antheil der Säuglingssterblichkeit an der Gesammtmortalität für diese Jahreswoche (32,1) ein sehr günstiges Verhältniss; im Alter bis zu fünf Jahren überhaupt starben 286 oder 49,2 Proc., in der Vorwoche betrugen diese Antheile 26,7 bez. 48,8 Proc. der Gestorbenen. Von den gestorbenen Säuglingen erhielten natürliche Nahrung (Mutter- bez. Ammenmilch) 28, künstliche Nahrung (Thiermilch oder Milchsurrogate) 80 und gemischte Nahrung 28.

Die Gesundheitsverhältnisse zeigen bei Masern, Scharlach und Diphtheritis eine immer noch steigende Todtenziffer, auch Gehirn- und Herzaffec-

[1]) Gerlach (Handbuch der gerichtl. Thierheilk. Berlin 1872, S. 503) giebt fast die nämlichen Muskeln an, wie Kühn; nur nennt er als Muskeln der Gliedmaassen, ausser den Schultermuskeln, blos die Waden- oder Zwillingsmuskeln (Musculi grastrocnemii oder Backfersenbeinmuskel, resp. grosse Fersenbeinstrecker). In seiner Schrift, „Die Fleischkost des Menschen, Berlin 1875, S. 81", bezeichnet Gerlach ad 1, die Zungen- und Kehlkopfmuskeln als Ersatz für die Kau- und Augenmuskeln. Bizzozero (Handbuch der klinischen Mikroskopie, in's Deutsche übersetzt von Lustig und Bernheimer, Erlangen 1883, S. 96) empfiehlt zur Aufsuchung von Trichinen besonders die Hals- und Zwischenrippenmuskeln des Menschen, als die heimgesuchtesten, und beim Schweine soll man ausser den eben genannten Muskeln, auch jene der Zwerchfellschenkel untersuchen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tionen endeten häufiger tödtlich, Kehlkopfentzündungen und Lungenaffectionen forderten gleichfalls zahlreiche Opfer. Unter den Erkrankungen waren solche an Typhus etwas geringer, dagegen herrschten Masern, Scharlach und namentlich Diphtheritis sehr, an letzterer war die Steigerung bedeutend (210 gegen 146 in der Vorwoche); an Pocken sind diesmal 3 Erkrankungsfälle polizeilich gemeldet worden.

48. Jahreswoche. 25. Novbr. bis 1. Decbr.	Unterleibs-typhus.	Fleck-typhus.	Pocken.	Masern.	Scharlach.	Diphtherie.	Kindbett-fieber.
Erkrankungen	13	—	3	64	119	210	3
Sterbefälle	5	—	—	9	20	73	2

In Krankenanstalten starben 167 Personen, davon 12 von Ausserhalb zur Behandlung. In die grösseren Krankenhäuser wurden in dieser Woche 841 Patienten neu aufgenommen; der Bestand in denselben zu Ende der Woche betrug 3267 Kranke. Von den 15 gewaltsamen Todesfällen und Vergiftungen sind 5 als Selbstmorde bezeichnet. P.

5. Amtliches.

1. Preussen.

Berlin, den 28. December 1883.

Auf den gefälligen Bericht Ew. pp. vom 17. October d. J. — O. P. No. 9975 — dessen Anlage hierneben zurückfolgt, bestimme ich hierdurch im weiteren Verfolg meines Erlasses vom 6. August d. J. — M. 4286 — die Regelung des Hebammenwesens betreffend, für den Stadtbezirk Berlin, dass

1) alle Hebammen unter der Aufsicht des Bezirksphysikus stehen, und zwar desjenigen, in dessen Amtsbezirk sie ihre Wohnung haben,

2) die im §. 5 No. 1 vorgeschriebene Anzeige und Meldung an den zuständigen Bezirks-Physikus erfolgt,

3) die ebenda No. 6 angeordnete Nachprüfung von dem zuständigen Bezirks-Physikus vorgenommen wird,

4) die ebenda No. 5 bestimmte Anzeige der Sanitäts-Commission zu machen ist.

Der Minister etc. von Gossler.

An den Kgl. Oberpräsidenten Staatsminister Herrn Dr. Achenbach Excellenz zu Potsdam.

2. Bayern.

Königlich Allerhöchste Verordnung, den Vollzug der Novelle vom 1. Juli 1883 zur Reichs-Gewerbeordnung betr.

Ludwig II.

von Gottes Gnaden König von Bayern, Pfalzgraf bei Rhein, Herzog von Bayern, Franken und in Schwaben etc. etc.

Wir finden Uns bewogen, in Rücksicht auf das Reichsgesetz vom 1. Juli 1883, betreffend Abänderung der Gewerbeordnung (Reichs-Gesetzblatt Seite 159 ff.) zu verordnen, was folgt:

An Stelle des § 18 Unserer Verordnung vom 4. December 1872 treten folgende Bestimmungen:

Ueber die Zurücknahme der in § 29 der Gewerbeordnung bezeichneten Approbationen entscheiden in erster Instanz die Kreisregierungen, Kammern des Innern, dann in zweiter Instanz, soweit nicht die gesetzliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichtshofs Platz greift, Unser Staatsministerium des Innern im Benehmen mit Unserem Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten. Vor der Entscheidung der Kreisregierung ist ein Ausschuss der betreffenden Aerztekammer, beziehungsweise des thierärztlichen Kreisvereins oder des Apothekergremiums gutachtlich zu vernehmen. Zu diesem Zwecke haben die einzelnen Aerztekammern, thierärztlichen Kreisvereine und Apotheker-Gremien aus ihrer Mitte alljährlich je einen aus höchstens fünf Mitgliedern bestehenden Ausschuss zu wählen. Vor der Entscheidung der zweiten Instanz ist der Obermedicinalausschuss gutachtlich zu vernehmen.

Ueber die Zurücknahme der Concessionen für Unternehmer von Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irrenanstalten, sowie der Berechtigung zur Ausübung des Hebammenberufs (§ 30 der Gewerbeordnung), der Erlaubniss für Schauspielunternehmer und für Wirthe (§§ 32, 33 daselbst), der besonderen Genehmigung zum Gifthandel (§ 34 daselbst) und der Bestallungen nach § 36 der Gewerbeordnung, sowie über die Einstellung des Geschäftsbetriebs gemäss § 1 Abs. 3 des Gesetzes vom 12. Juni 1872, betreffend die Einführung der Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes vom 21. Juni 1869 in Bayern und die Abänderung einiger Strafbestimmungen der Gewerbeordnung, haben die einschlägigen Districtsverwaltungsbehörden in erster, dann die Kreisregierungen, Kammern des Innern, in zweiter und letzter Instanz zu entscheiden, vorbehaltlich der gesetzlichen Zuständigkeit des Verwaltungsgerichtshofs.

Gegenwärtige Verordnung tritt am 1. Januar 1884 in Kraft.

Hohenschwangau, den 27. December 1883.

Ludwig. Frhr. v. Feilitzsch.

Auf Königlich Allerhöchsten Befehl:

Der Generalsecretär: Ministerialrath von Schlereth.

XI. Kleinere Mittheilungen.

— Deutsche Flora. Pharmaceutisch-medicinische Botanik von H. Karsten. Berlin 1883. Verlag von J. M. Spaeth. — Die dreizehnte (Schluss-) Lieferung dieses von uns bereits günstigts beurtheilten Werkes enthält Titel, Vorwort. Inhaltsverzeichniss und ein überaus sorgfältig ausgearbeitetes Register. Das nunmehr vollendete Werk ist ein schönes Denkmal, welches Karsten seinem Wissen und Können gesetzt hat und dem die verdiente Anerkennung hoffentlich nicht ausbleiben wird.

— Dr. Soyka in München ist von der Kaiserlich Leopoldinisch-Carolinisch-Deutschen Academie der Naturforscher zum Mitglied erwählt.

— Herr Bandagist E. Kraus, Berlin, S. Kommandanten-Strasse 33 theilt mit, dass er auf Anregung des Herrn Dr. A. Blaschko eine kleine Neuerung an der Pravaz'schen Spritze angebracht hat, welche das höchst lästige Eintrocknen des Stempels auf einfache Weise verhindert. Diese Neuerung besteht in einer kleinen Hartgummihülse, welche auf das Nadelende der Spritze gesteckt wird, nachdem man von der zur Reinigung derselben benutzten Flüssigkeit (5 Proc.) einen kleinen Rest in der Spritze zurückbehalten. Natürlich muss das Etui in Folge dessen ein wenig länger sein. Der Preis der Spritze, welche sich bis jetzt sehr gut bewährt hat, ist nicht höher als der gewöhnlicher Pravaz' Spritzen, übrigens verfertigt Herr Kraus auch auf Wunsch Hülse und Etui für alte Spritzen.

— Paris. Am 11. December des Jahres wurde Charcot in der Sitzung der anatomischen Gesellschaft die ihm von derselben zuerkannte goldene Medaille überreicht.

XII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem ordentlichen Professor in der medicinischen Facultät zu Göttingen Ober-Medicinalrath Dr. Henle den Charakter als Geheimer Ober-Medicinalrath, sowie dem ordentlichen Professor in der medicinischen Facultät zu Berlin Dr. Waldeyer den Charakter als Geheimer Medicinalrath und dem practischen Arzt Dr. Wilh. Samter in Posen den Charakter als Sanitätsrath, ferner dem Ober-Stabsarzt I. Cl. a. D. Kaiser, bisher Regimentsarzt des 1. Badischen Leib-Grenadier-Regiments No. 109, den Königl. Kronen-Orden III. Cl. und dem Ober-Stabsarzt II. Cl. und Regimentsarzt Dr. Leesemann vom Nassauischen Feld-Artillerie-Regt. No. 27 die Rettungs-Medaille am Bande zu verleihen.

Ausserdem haben beim Krönungs- und Ordensfeste Allerhöchste Decorationen erhalten: Den Rothen Adler-Orden II. Classe mit Eichenlaub: Dr. Kersandt, Geheimer Ober-Medicinalrath und vortragender Rath im Ministerium der geistl. etc. Angelegenheiten zu Berlin. — Den Rothen Adler-Orden III. Classe mit der Schleife: Dr. Hoppe-Seyler und Dr. von Recklinghausen, ordentliche Professoren in der medicinischen Facultät zu Strassburg, Dr. Stier, Ober-Stabsarzt I. Cl. und Garnisonarzt in Breslau, Dr. Tegener, Ober-Stabsarzt I. Cl. und Regimentsarzt des 1. Garde-Ulanen-Regiments in Potsdam, Dr. Wallmüller, Hofarzt und Geheimer Hofrath in Berlin. — Den Rothen Adler-Orden IV. Classe: Dr. Eugen Böckel in Strassburg i./E., Marine-Stabsarzt Dr. Böhr, Dr. Börner, Ober-Stabsarzt a. D., Arzt in Berlin, Ober-Stabsarzt II. Cl. Dr. Crüger, Regimentsarzt des Rheinischen Feldartillerie-Regiments No. 25 in Köln, Medicinalrath Prof. Dr. Dammann, Director der Thierarzenei-Schule in Hannover, Ober-Stabsarzt II. Cl. Dr. Erdmann, Regimentsarzt des Oldenburgischen Infanterie-Regiments No. 91 in Oldenburg, Dr. Jolly und Dr. Lagneur, ordentliche Professoren in der medicinischen Facultät zu Strassburg i./E., Dr. Kalt, Sanitätsrath und Kreis-Physicus in Wipperförth, Dr. Freiherr von Massenbach, Regierungs- und Medicinalrath in Köslin, Ober-Stabsarzt I. Cl. Dr. Müller beim Invalidenhause in Berlin, Dr. Raben, Arzt in Hadersleben, Ober-Stabsarzt II. Cl. Dr. Rothe, Regimentsarzt des Grossherzoglich Mecklenburgischen Füsilier-Regts. No. 90 in Rostock, Dr. Ruhlmann, Kreis- und Kantonalarzt in Epfig, Ober-Stabsarzt II. Cl. Dr. Schwartz, Regimentsarzt des 2. Westphälischen Husaren-Regiments No. 11 in Düsseldorf, Dr. Sellerbeck, Stabs- und Bataillonsarzt im 1. Thüringischen Infanterie-Regt. No. 31 in Altona, Dr. Szmula, Sanitätsrath und Kreis-Physicus in Anclam. — Den Kgl. Kronen-Orden II. Classe: Dr. Kussmaul, ordentlicher Professor in der medicinischen Facultät zu Strassburg i./E., Generalarzt II. Cl. Dr. Neubauer, Corpsarzt des XV. Armeecorps zu Strassburg i./E. und Dr. Pflüger, Geh. Medicinalrath ordentlicher Professor in der medicinischen Facultät zu Bonn. — Den Kgl. Kronen-Orden III. Classe: Die Ober-Stabsärzte I. Cl. Dr. Braun, Regimentsarzt des 6. Badischen Infanterie-Regiments No. 114 in Konstanz, Dr. Hirschfeld, Regimentsarzt des Neumärkischen Dragoner-Regiments No. 3 in Treptow a./R., Dr. Huethe bei der Marine, Dr. Oelker, Garnisonarzt zu Hannover, Panther, Regimentsarzt des 3. Badischen Infanterie-Regiments No. 111 in Rastatt.

Ernennungen: Die practischen Aerzte: Dr. Toebben zu Meppen zum Kreis-Physicus des Kreises Meppen, Dr. Brill zu Eschwege zum Kreis-Wundarzt des Kreises Eschwege, Dr. Spiegel zu Bublitz zum Kreis-Wundarzt des Kreises Bublitz, Dr. von Bozycki zu Thorn zum Kreis-Wundarzt des Kreises Thorn und Dr. Benthaus zu Neuhaus unter Belassung in seinem Wohnsitz zum Kreis-Wundarzt des Kreises Paderborn. Der Apotheker Otto Maschke zu Breslau ist zum pharmaceutischen Assessor bei dem Medic.-Collegium der Prov. Schlesien ernannt worden.

Niederlassungen: Der pract. Arzt Wallerstein in Bochum als Augenarzt und der Zahnarzt Mogwitz in Waldenburg.

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. Heilbrun von Kassel nach Breslau, Dr. Neumann von Guntersberg nach Breslau, Dr. v. Karwal von Breslau nach Michulki, Dr. Ad. Gottstein von Breslau nach Berlin, Dr. Schüller von Breslau nach Koberwitz, Stabsarzt a. D. Dr. Kuschel von Metz nach Habelschwerdt, Ass.-Arzt I. Cl. Dr. Körner von Militsch als Stabsarzt nach Kulm, Ass.-Arzt I. Cl. Dr. Züchner von Sohrau als Stabsarzt nach Karlsruhe i./B., Dr. Walser von Schwachhausen in Bayern nach Neuharlingersiel, Dr. Kruismann von München nach Bochum, Dr. Wirth von Gelsenkirchen nach Ueckendorf, Dr. Lenzmann von Eving nach Duisburg, Dr. v. Platen von Vörde nach der Insel Rügen und Dr. Kratz von Hillesheim nach Ober-Cassel.

Verstorben sind: Die Aerzte Dr. Wienand in Witten, Dr. Vondran in Hattingen und Geh. Sanitätsrath Dr. Schröder in Berlin.

Vacante Stellen: Kreisphysicat des Kreises Hersfeld, Kreis-Wundarztstelle des Kreises Samter.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 6.** 7. Februar 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Aus der medicinischen Klinik zu Bonn.

Mittheilung über das Chininum amorphum boricum.

Von

Prof. **Dr. D. Finkler** und **Dr. Prior.**

Unter den fieberwidrigen Mitteln behaupten das Chinin und ihm verwandte Substanzen noch immer die hervorragendste Stellung. Da nun die reinen Chininsalze selbst ausserordentlich hoch im Preise stehen, so liegt es sehr nahe, unter den verwandten Körpern Umschau zu halten. Wenn unter ihnen billigere mit gleichem Effecte sich fänden, so wäre dies von weittragender Bedeutung, um so mehr als man die Hoffnung haben kann, dass die Körper der Chiningruppe ausser der fieberwidrigen Eigenschaft auch das specifische Verhalten, welches das Chinin bis jetzt unentbehrlich macht, bieten dürften. Unter diesen Substanzen zog eine schon vor mehreren Jahren unsere Aufmerksamkeit auf sich, Das Chininum amorphum boricum von C. Zimmer in Frankfurt a. M. Eine Verbindung des Chinins mit der Borsäure würde die Möglichkeit eröffnen, die eigentlich febrifuge Substanz nicht an eine mehr oder weniger indifferente Säure gebunden einzuverleiben, sondern die Wirkung einer an und für sich mit fermentwidriger Eigenschaft begabten Säure, wie die Borsäure ist, mit der des Chinins zu combiniren. Wenn nun in Verbindung mit der Borsäure ein Derivat des Chinins etwa Chinoïdin verbunden wäre, so ist der Vorstellung Raum zu geben, dass der allein weniger wirksame Chininabkömmling durch die Combination mit der genannten Säure, eine dem echten Chinin gleichstehende Wirksamkeit entfalten könnte. Es könnte auf diese Weise gewiss ein Präparat um vieles billiger und doch von demselben Wirkungswerthe sein, wie das Chinin selbst. Auf mein Ersuchen überliess uns die Chininfabrik Conrad Zimmer in Frankfurt a. M. ein Quantum des von ihnen sogenannten Chininum amorphum boricum.

Dasselbe stellt ein bernsteingelbes, fast crystallinisch aussehendes Pulver dar, von schwachem, durchaus nicht unangenehmen Geruch, bitterem Geschmack, aber nicht von der Intensität des Chininum muriatic.; es löst sich in ungefähr gleichen Theilen Wasser. Ein solches Präparat wurde schon erwähnt im Jahre 1881 in einer Sitzung der Académie de médecine. In den Bulletins des Archives générales 1881, pag. 113 finden wir über diese Verhandlung folgende Angabe: „Communication sur un nouveau fébrifuge, le borax de quinoïdine par M. de Vrij (de la Haye). En découvrant la quinoïdine Sertürner avait constaté son action fébrifuge. M. de Vrij se propose de la faire entrer dans la thérapeutique en combinant l'alcaloide amorphe contenu dans la quinoïdine brute à l'acide borique. Le borax de quinoïdine est soluble dans trois parties d'eau froide ce qui lui donne une supériorité sur le sulfate de quinine pour les injections hypodermiques. En outre il est plus de dix fois de meilleur marché et d'après le Dr. Hermanides 1 gramme de ce sel donnerait le même résultat que 0,66gr de sulfate de quinine."

Schon im Jahre 1881 war uns das Präparat zur Verwendung durch Herrn Prof. Binz zugekommen. Die damals zur Verfügung stehende Menge war sehr gering, reichte aber aus um einige Fälle von Typhus abdominalis damit zu behandeln. Während in der Zwischenzeit das Chinolin, das Kairin in verschiedenen Formen zur Anwendung gekommen sind, ist man in weiteren Kreisen nicht auf das Chininum boricum aufmerksam geworden. Wir glauben nun nicht länger es aufschieben zu dürfen, unsere Erfahrungen über die werthvolle Substanz mitzutheilen.

Ehe wir uns eine eingehende Untersuchung über die Umsetzung der Substanz im Körper anzustellen entschlossen, kam es uns darauf an, die principiellsten Punkte klar zu stellen, welche mit der Verwendbarkeit des Präparates zusammenhängen: die Erträglichkeit des Mittels und die Wirksamkeit.

Das Chininum amorphum boricum wurde eingegeben in Dosen von 0,5 bis 1,0 und dies wiederholt in ½stündigen oder stündlichen Zeitabschnitten, so dass innerhalb 2 bis 4 Stunden in maximo 3,0 verbraucht wurden. Die Verabreichung geschah in capsulis amylaceis.

Um uns über die Erträglichkeit zu orientiren, haben wir das Präparat verabreicht bei vielen Fällen von Tuberculosis, bei Fällen von acutem und chronischem Magenkatarrh. Es waren darunter Patienten, bei denen schon nach geringfügigen Diätfehlern Erbrechen eintrat. In allen diesen Fällen, deren Anzahl gross ist, kam es niemals durch das Chininum boricum zum Erbrechen. Selbst leicht erregbare, empfindliche Phthisiker mit chronischem Magenkatarrh, hatten keine Klagen über Vermehrung ihrer gastrischen Beschwerden vorzubringen. Abgesehen von dem Einfluss auf die Temperatur lässt sich die Verordnung des Mittels in den genannten Fällen rechtfertigen durch die Absicht desinficirend auf den Magen und Darminhalt wirken zu wollen. Wir beobachteten Patienten, die wochenlang täglich 0,5—1,0 Chininum boricum einnahmen, ohne dass uns eine Schädigung der ersten Wege oder des Darms durch das Mittel erkennbar geworden wäre.

Andererseits boten die Fälle von acuten hochfiebrigen Krankheiten Gelegenheit, auch in diesen die Erträglichkeit des Chininum boricum zu constatiren. Von einem Typhuskranken wurden die Pulver, die ohne Kapseln verabreicht waren, erbrochen, während die anderen dieselben nicht schlechter fanden, als das Chininum muriaticum. Von einem anderen Kranken wurde das Chininum boricum vertragen, während derselbe vorher Calomel und Chininum muriaticum erbrochen hatte. Es scheint, als wenn das Mittel leichter vertragen wird, wenn eine etwas grössere Menge Wasser, oder ein Schluck Wein oder ein Löffel Cognac nachgenommen wird. Die subjectiven Beschwerden, besonders Ohrensausen, scheinen eher geringer zu sein als nach Chininum muriaticum. Der eine von uns hat bei Gelegenheit eines heftigen Schnupfens zweimal 0,5 das Mittel eingenommen ohne jede Beschwerde, während das Ohrensausen ihm bei gleicher Dosis von Chininum muriaticum eine schlaflose Nacht bereitete.

Demnach müssen wir constatiren, dass die Erträglichkeit des Chininum boricum amorphum als vollkommen gut anzuerkennen ist bei chronischen wie bei acuten fiebrigen Erkrankungen.

Ueber die Wirksamkeit des Mittels geben uns einzelne Krankenbeobachtungen Auskunft. Wir prüften dasselbe

1. bei Typhus abdominalis,
2. bei einem septischen Fieber. (Eiterung bei Myelitis-Spondylarthrocace.)
3. bei Erysipelas,
4. bei Pneumonie,
5. bei Phthise,
6. in einem Falle einer typischen Trigeminusneuralgie.

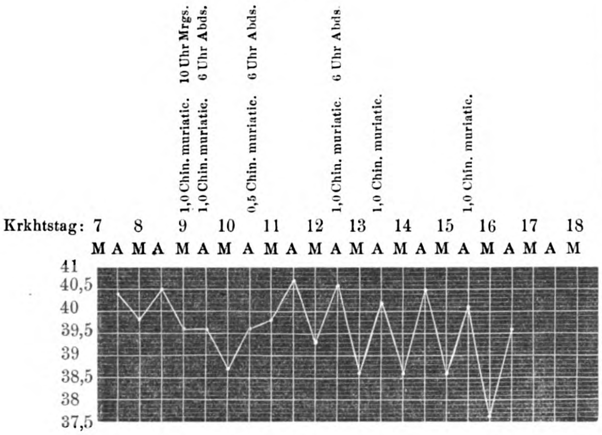
1. Wir haben das Chininum amorphum boricum in 5 Fällen von Typhus abdominalis angewandt. Es ist nicht unsere Absicht diese Fälle in extenso mitzutheilen. Um aber den Vergleich zwischen der Wirkung des Chininum muriaticum und des Chininum boricum zu veranschaulichen, theilen wir zwei Temperaturcurven mit. Die beiden betreffen junge Leute die zur selben Zeit von Typhus befallen wurden, und bei welchen der Krankheitsverlauf sehr viel Aehnliches bot; der eine wurde mit Chininum muriaticum, der andere mit Chinin. boricum behandelt.

Digitized by Google

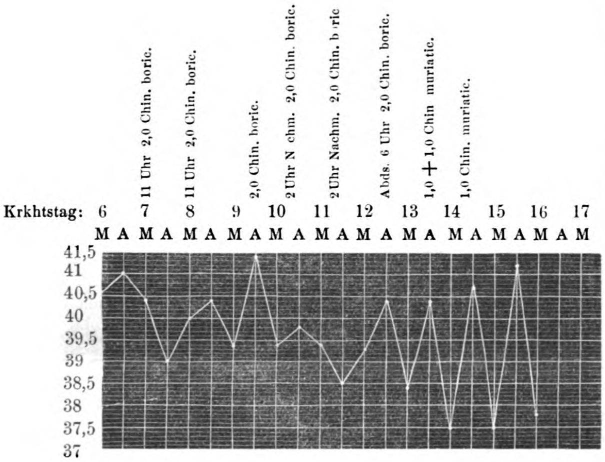
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Curve 1.



Curve 2.



In beiden Fällen setzt die Behandlung ein am Ende der ersten Krankheitswoche. Unter dem Einfluss der Chiningaben wird in beiden Fällen die Curve zunächst sehr unregelmässig, die Gipfel kommen Abends nicht mehr sehr hoch, und die Curven gehen, in beiden Fällen ähnlich, in den intermittirenden Typus über.

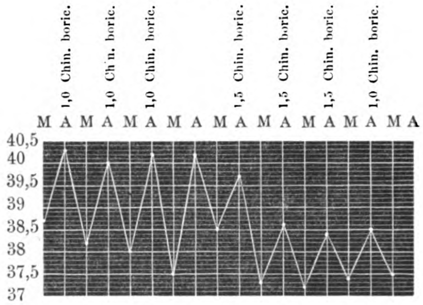
Sehr bemerkenswerth ist es, dass zweimal infolge der Anwendung des Chininum boricum die Abendtemperatur tiefer steht als die des Morgens: am **7.** und **11.** Krankheitstage. Am **8.** und **10.** Krankheitstag steht zwar die Abendtemperatur höher als die Morgentemperatur, aber sie bleibt doch weit zurück hinter der Temperatur die v o r der Anwendung des Präparates bestand und namentlich hinter der Abendtemperatur des **9.** Krankheitstages. Dieselbe ist so hoch gekommen, weil am Vormittag des **8.** Krankheitstages, also etwa **30** Stunden vorher, zuletzt Chin. boric. verabreicht worden war. Die Dosis des Chininum boricum ist dabei etwa doppelt so gross wie die des Chin. muriaticum.

Für einen Fall von Typhoid geben wir die Temperaturen an, aus denen sich ergiebt, dass j e d e e i n z e l n e Verabreichung einen bedeutenden Abfall zur Folge hat, die Temperatur kommt überhaupt nicht mehr auf die ursprüngliche Höhe, und nach der vierten Verabreichung von Chininum boricum bleibt sie normal.

6. Juli Abds. **41,4** **2,0** Chin. boricum.
7. Juli Mrgs. **39,6**, Abds. **40,0** **2,0** Chin. boricum.
8. Juli Mrgs. **38,2**, Abds. **39,2**.
9. Juli Mrgs. **37,6**, Abds. **38,8**.
10. Juli Mrgs. **37,5**, Abds. **40,3** **1,0** Chin. boricum.
11. Juli Mrgs. **37,7**, Abds. **39,4**.
12. Juli Mrgs. **40,0**, Abds. **40,1** **2** × **0,5** Chin. borium.
13. Juli Mrgs. **38,0**, Abds. **38,2**.
14. Juli Mrgs. **37,6**.

Der eine Fall mit septischem Fieber betraf eine Myelitis transvers. infolge einer Vereiterung mehrerer Brustwirbel.

Curve 3. H.



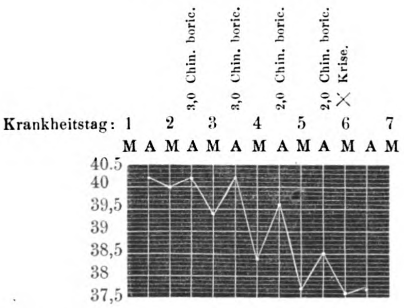
Man sieht sehr deutlich an der Curve, wie unter dem Gebrauch des Chininum boricum die Abendgipfel der Temperatur s t e t s niedriger zu stehen kommen, ebenso die Morgenremissionen, und der Typus mehr und mehr dem intermittirenden sich nähert. Wir haben die lange Curve nicht ganz hierher gesetzt. Im weiteren Verlauf lässt sich wiederholt nachweisen, dass, sobald das Chinin. boricum ausgesetzt wurde, die Abendtemperatur wieder höher steigt, dass diese Erhöhung jedesmal wieder erfolgreich bekämpft wird durch Verabreichung des Mittels:

25. Juli Mrgs., Abds. **38,6**.
26. Juli Mrgs. **37,7**, Abds. **38,5** **1,5** Chin. boric.
27. Juli Mrgs. **37,0**, Abds. **37,9**.
28. Juli Mrgs. **38,0**, Abds. **38,2** **1,0** Chin. boric.
29. Juli Mrgs. **38,0**, Abds. **37,8**.
30. Juli Mrgs. **37,6**, Abds. **38,5** **1,0** Chin. boric.
31. Juli Mrgs. **37,5**, Abds. **38,5**.

Da sich während dieser Chininbehandlung am Krankheitsprocesse selbst nichts ändert, so ist nicht anzunehmen, dass der Verlauf der Temperatur durch andere Momente beeinflusst worden sei.

In drei Fällen von Pneumonia crouposa wurde das Mittel versucht. Die Temperaturen des Falles V o s s (Curve **4**) theilen wir hier mit. Man

Curve 4. Pneumonie.



sieht die bedeutende Depression der Temperatur, die vollständig staffelförmig heruntergeht. Am **7.** Tage kommt eine echte Krise, die den Process beendet. Dem ganzen Krankheitsverlaufe nach und nach den auscultatorischen Befunden ist nicht anzunehmen, dass das allmähliche Herabgehen der Temperatur bedingt worden wäre durch einen typischen Zustand. In den anderen Fällen hat das Mittel jedenfalls nicht weniger geleistet, als man sonst in der Pneumonie von Chininum muriaticum zu sehen gewohnt ist.

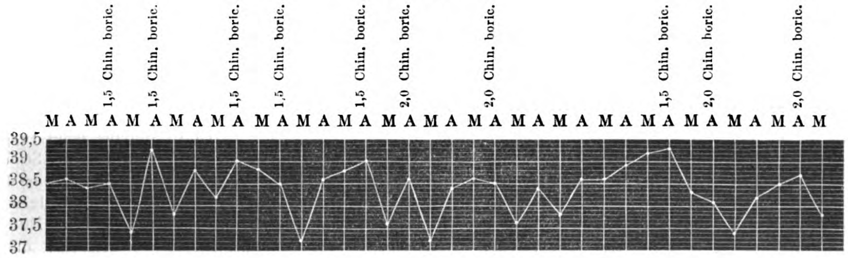
Aus der Reihe der P h t h i s e n theilen wir die Temperaturcurve eines Kranken mit, der an Pleuropneumonie erkrankt zur Aufnahme kam, und bei dem nach den acuten Exacerbationen eine reine Phthise übrig blieb. (Curve **5.**) Wie ausgesucht zeigt die Curve, dass mit absoluter Regelmässigkeit die Temperatur stieg, sobald die Verabreichung des Chin. boricum ausgesetzt wurde, dass dagegen die Wirkung des Mittels ausnahmslos eintrat und sich in der Absenkung der nachfolgenden Morgen- und Abendtemperatur deutlich markirte.

Auch bei einer typischen Trigeminusneuralgie konnten wir das Mittel anwenden. Wir sind hier nicht reich an Beobachtungen von Malaria, Intermittens und derartigen typischen Erkrankungen, sodass wir auf statistische Beobachtung verzichten müssen. Wir müssen deshalb schon dankbar dafür sein, wenn wir überhaupt eine eclatante hierher gehörige Erscheinung mittheilen können.

Die Neuralgie befiel den oberen Ast des Nerven, bestand seit einigen Wochen und trat mit grösster Regelmässigkeit jeden **3.** Tag ein. Nach-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Curve 5.



dem wir uns von der Richtigkeit des periodischen Eintretens überzeugt hatten, liessen wir am Tage vor dem zu erwartenden Anfall 2,0 Chin. boricum einnehmen. Die Neuralgie trat richtig ein, aber die Heftigkeit des Anfalls war bedeutend herabgemindert. Nun liessen wir noch 6 Tage lang pro die 0,5 Chin. boricum einnehmen. Es trat kein Anfall mehr ein. Seitdem sind 5 Monate verflossen, ohne Recidiv, sodass der Fall als geheilt zu betrachten ist. Die Wirkung kann nicht prompter sein.

Unsere Beobachtungen berechtigen dazu, über die Wirksamkeit des Chininum amorphum boricum einige Aussagen zu machen. Zwar verfügen wir nicht über ein der Zahl nach imponirendes Material, sind aber der Meinung, dass auch der Einzelfall lehrreich ist, falls die Beobachtung die nöthige Sicherheit hat.

Mit Sicherheit lässt sich nun constatiren, dass eine Dosis von 0,5 bis 3,0 Chininum boricum im Stande ist, die fieberhafte Körpertemperatur herabzusetzen.

Wer sich vornimmt, einen fiebernden Menschen so zu behandeln, dass zu einer beliebten Zeit das Thermometer in ano Normaltemperatur oder eine dieser nahekommende Temperatur aufweist, der wird freilich gut thun, das Chininum boricum nicht anzuwenden, der wird aber auch im Chinin, in der Salicylsäure kein Mittel finden, welches ihn befriedigt. Dieser Absicht lässt sich mit Kairin eher dienen, nach dessen Einfuhr binnen kurzer Frist die höchste Temperatur, auch die ansteigende Temperatur, von ihrer Höhe herunterschiesst.

Wir haben Grund anzunehmen, dass dieser Effect auch durch Narcose mit Chloroform oder Morphium und Chloralhydrat, auch durch Curarevergiftung, erzielt werden kann. Zweifelhaft bleibt aber einstweilen der Werth einer mit diesen Mitteln erreichten acuten Depression der Körpertemperatur. Wir sind der Meinung, dass die durch irgend eine Intoxication erreichte Abnahme der Temperatur an sich durchaus keinen Ausdruck bildet für das Wohlergehen des Kranken. Wenn man bei der antipyretischen Behandlung sich leiten lässt von der Absicht, dem Fiebernden Erholung zu verschaffen, und die Vernichtung der fiebererregenden Ursache zu erstreben, so braucht man nicht der Vorstellung zu huldigen, dass jede Absenkung der Körpertemperatur diesen Zwecken gleich dienlich sei.

Bei der Anwendung des Chininum boricum sehen wir keine in kurzer Zeit erreichten scharfen Einkerbungen in die Temperaturcurve. Das Mittel wirkt langsamer, aber zugleich nachhaltiger. Dass man Absenkung der Abendtemperatur unter die Höhe der Morgentemperatur erzielt, mag nicht die Regel sein; es kommt aber vor. Und wo man dies nicht erreicht, bleibt die Temperatur des Abends wenigstens tiefer, als sie an anderen Abenden war. Bei der Verabreichung am Abend wird deutlicher Effect für die Morgentemperatur erzielt, während darüber hinaus, bis zum folgenden Abend die Absenkung nicht anzuhalten pflegt.

Aus Messungen der Temperatur in kürzeren Intervallen ergiebt sich, dass die Wirkung nicht schnell eintritt. Gewöhnlich ist nach 2 bis 4 Stunden nach der Eingabe noch keine Temperaturabsenkung zu constatiren. Ob nicht grössere Dosen als 3,0 in dieser Beziehung anders wirken, haben wir nicht versucht, weil uns eine derartige Verordnung zu gewaltsam erschien.

Zu den verschiedensten Tageszeiten haben wir das Chininum boricum eingegeben, um zu erkunden, wie es auf den Tagesverlauf der Fiebertemperatur einwirkt.

In einem Typhusfall in der 2. Woche waren die Morgentemperaturen (6 Uhr Morgens) über 40^0 (40,4, 40,6 etc.), die Abendtemperaturen (6 Uhr Abends) über 41^0. Nach Verabreichung mehrerer Dosen Chininum boricum des Abends gingen die Morgentemperaturen auf $39,4^0$ herab. Aber bis Mittags 2 Uhr stieg dieselbe wieder auf 41,2. Wenn nun um diese Zeit das Mittel verabreicht wurde, wirkte es herabsetzend auf die Abendtemperatur ein:

Krankheitstag:	8.	9.	10.	11.	12.
Temperatur:					
Morgens 6 Uhr:	39,4	39,4	39,4	39,3	38,4
Vormittags 11 Uhr:			39,5 (2,0 Chin. boric.)		
Mittags 2 Uhr:	41,2 (2,0 Chin. boric.)	41,2 (2,0 Chin. boric.)	—	—	40,4 (1,0 Chin. muriatic.)
Abends 6 Uhr:	40,4	39,7	38,5 (1,0 Chin. muriatic.)	40,4	40,4 (1,0 Chin. muriatic.)

Geschieht die Verabreichung zwischen 4 und 8 Uhr Abends, so steigt trotz derselben die Temperatur noch bis 10 Uhr an. Sie pflegt zwar nicht so hoch zu kommen als an den Tagen, an welchen kein Chin. bor. verabreicht wurde, aber jedenfalls geht daraus hervor, dass eine plötzliche Einknickung der Temperaturcurve sich nicht herstellt. Dagegen ist die nächste Morgentemperatur tiefer. Im weiteren Verlaufe pflegt sich sowohl bei Typhusfällen wie bei Pneumonien diese Wirkung des Chininum boricum in höherem Maasse auszubilden, so dass wir uns mehr versprechen von der fortgesetzten Verabreichung als von der nur zeitweisen Eingabe in grösseren Zeitintervallen. Im Ganzen hat das Verhalten der Temperatur nach Eingabe von Chin. boricum grosse Aehnlichkeit mit dem nach Verwendung des Chinin, erinnert dagegen durchaus nicht an die Wirkung des Kairin. Es hat sich niemals ein Patient, dessen Körpertemperatur durch Chininum boricum herabgesetzt war, so elend befunden, als ich das Befinden subjectiv und objectiv schlecht gesehen habe bei Fieberkranken, deren Temperatur durch Kairin auf die Norm herabgezwungen war. Mag das auch nicht Geltung haben für alle Temperaturerniedrigungen, welche durch Kairin erreicht sind, so genügt es uns schon, in manchen Fällen den unangenehmen Nebeneffect des Kairin gesehen zu haben, um dem Chininum boricum bei Weitem den Vorrang zuzusprechen.

Diese Aehnlichkeit mit der Chininwirkung braucht nicht zu befremden, wenn man bedenkt, dass auch die Möglichkeit erwiesen ist, durch Chininum boricum typische Neuralgien zu heilen. Es ist doch diese Wirkung für das Chinin durchaus charakteristisch und deshalb wohl denkbar, dass ein anderer, dazu noch mit dem Chinin verwandter Körper, der die gleiche antitypische Eigenschaft besitzt, auch in Bezug auf die Beeinflussung der Wärmeverhältnisse des Körpers ähnliches Verhalten bietet. Von anderer Seite (Hagens) ist der Werth des Chinoidinum citricum als Antitypicum besonders hervorgehoben, während demselben der Werth als Antipyreticum abgesprochen wird. Wenn nun nach unseren Erfahrungen das Chinin. amorph. boricum ganz sicher antipyretische Eigenschaften in hohem Maasse bietet, so muss dies wohl vorwiegend der Verbindung des Chinoidinum mit der Borsäure zugeschrieben werden. Indessen würde dieser Schluss erst dann einige Sicherheit haben, wenn nachgewiesen wäre, dass in der Fabrication der verglichenen Verbindungen keine Differenzen wären und dass vergleichbare Dosen der beiden Verbindungen wirklich die besagte Eigenthümlichkeit für jede derselben als specifisch erweisen.

Einige Beobachtungen, die wir beim Studium der Wirkung des Chinins machten, legen den Gedanken nahe, dass dasselbe sehr geneigt ist, für Entfaltung seines Einflusses andere in gleicher Richtung wirkende Momente und Substanzen sich zu verbünden. Die Ansicht, dass das Chinoidin durch die gleichzeitige Wirkung der Borsäure wesentlich unterstützt würde, ist demnach nicht beispiellos und nicht aus der Luft gegriffen. Es bleibt so die Wirkung des Chininum boricum verständlich, auch wenn nachgewiesen würde, dass die gleiche Dosis Chinoidin oder die gleiche Dosis Borsäure für sich ohne Wirkung auf die Fiebertemperatur seien.

Es liegt nahe, die Wirkung des Chininum amorphum boricum zu vergleichen mit den anderen Substanzen, welche in neuester Zeit als fieberwidrige Mittel in Anwendung gekommen sind. Insbesondere ist hier zu denken an das Chinolin und das Kairin.

Für das Chinolin machen einige Autoren entschieden empfehlende

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Angaben. Besonders wird das Chinolinum tartaricum gelobt. Seifert giebt ihm bei Typhus, acutem Gelenkrheumatismus und Erysipel, sogar vor dem Chinin und der Salicylsäure den Vorzug. Von Anderen indessen, besonders von Brieger und Jacksch wird die günstige Wirkung des Chinolins bestritten, so dass es wohl doch nicht als sicher wirkendes Antipyreticum angesehen werden dürfte. Auch die günstigen Befunde Seifert's bei der Anwendung des Chinolins bei der Diphtherie bedürfen noch weiterer Bestätigung. In einer Notiz in der Petersburger med. Wochenschrift No. 41, 1883 giebt ein Referent der Seifert'schen Arbeit an, dass er bei der Chinolinbehandlung 51,8 Proc. an Diphtheritis erkrankter Kinder verloren habe. Freilich ist jener Referent ein Anonymus und möchte deshalb dieser Notiz nicht allzuviel Werth beizulegen sein. Vertrauenerweckend für die Anwendung des Chinolin sind die Angaben von Löwy [1]), welcher gute Erfolge mit Chinolinum tartaricum in einer grossen Anzahl typischer Krankheiten erreichte, während auf der andern Seite Brieger [2]) bei Tagesdosen von 6,0 und Einzelgaben bis 2,0 keine antipyretischen Effecte erzielen konnte und auch die antipyretische Wirkung des Chinolins zweifelhaft belassen musste. Mit diesen Angaben Brieger's stimmen überein die von Nahmmacher [3]), welcher ebenfalls dem Chinolinum tartaricum keinen erheblichen antipyretischen Effect zuschreibt.

Zu diesen zum Theil widersprechenden Angaben über die Wirkung des Chinolins kommt noch als beachtenswerther Umstand die Schwerverträglichkeit des Präparates, um einstweilen seiner Verbreitung hinderlich zu sein. So giebt Brieger an, dass das Chinolin nur von wenigen Personen ohne Beschwerde vertragen wird, und zwar meist nur von Gesunden. Trotz mancher Corrigentien vermögen schon kleine Dosen Ekelgefühl und Erbrechen hervorzubringen. Auch Löwy, der wie oben gesagt, die antipyretischen Eigenschaften lobt und ihretwegen das Chinolin dem Chinin an die Seite stellen zu dürfen glaubt, bedauert die starke Magenreizung, welche in hochfiebrigen Infectionskrankheiten, zumal bei reizbaren Personen die Anwendung erschwert. Jedenfalls ist aus diesen Angaben zu ersehen, dass das Chinolin nicht unbedingt die Vortheile des Chinins bieten kann. Es ergiebt unsere Erfahrung, dass dem Chininum amorphum boricum solche Unannehmlichkeiten wie dem Chinolin nicht eigenthümlich sind.

Wenn man die Literatur ansieht, welche in neuerer Zeit über die Wirkung des Kairin entstanden ist, so gewinnt man den Eindruck, als ob die ersten Hoffnungen zu hoch gespannt gewesen wären. Was zunächst die Erträglichkeit angeht, so muss man dieselbe entschieden für schlechter halten, als die des Chinins. Zwar lassen sich die Schmerzen in Stirn und Nase vermeiden, durch die Einfuhr des Mittels in Kapseln, aber häufig sind immerhin Erbrechen, Appetitlosigkeit, überhaupt Reizerscheinungen des Magens und da auch nach Einspritzen des Mittels in den Darm Durchfälle und Erbrechen gemeldet werden, so scheint die Wirkung auf die Schleimhäute des Darmtractus jedenfalls ungünstig zu sein. Freilich setzt das Kairin die Temperatur herab und zwar wie Rossbach [4]) sagt, sicherer und präciser als jedes andere Mittel bei Typhus, Pneumonie, Scharlach, Recurrens und Tuberculose. Indessen bleibt es eine offene Frage noch, ob die Art, wie das Kairin zu wirken scheint, unseren Anschauungen der Fieberbehandlung zusagt. Die Wirkung des Kairins tritt ein, kurz nach der Einfuhr des Mittels, besteht nur kurze Zeit, um nach 2—3 Stunden, häufig unter ausserordentlich brüsken Erscheinungen einer schnell eintretenden Temperaturerhöhung wieder zu weichen. Nachdem, was bis jetzt vorliegt, scheint nicht erwiesen, dass ausser diesen momentanen Depressionen ein günstiger Verlauf der ganzen Krankheit eintrete, ja Rossbach behauptet sogar: „Bei Abdominaltyphus habe ich gewöhnlich den Eindruck gewonnen, als ob er unter dem Einfluss des Kairin entschieden schwerer und länger verlaufe." Wir müssen dem hinzufügen, dass wir nicht den Eindruck gewinnen konnten, als ob Fieberkranke eine Erleichterung empfänden zu der Zeit, wo vermittelst des Kairin ihre Körpertemperatur deprimirt war. Was spricht nicht alles gegen die Anwendung des Kairin. Eine höchst beschwerliche Medication, die kurze Andauer der Temperaturerniedrigung, die Ohnmacht, auf den ganzen Krankheitsprocess eine Einwirkung zu entfalten, die Wirkungslosigkeit bei typischen Erkrankungen wie der Malaria, der Reizungserscheinungen der Verdauungsapparate und schliesslich noch gar der weit höhere Preis des Kairins, müssen seine Concurrenz mit dem Chinin unmöglich machen. Auch mit dem Chininum amorphum boricum wird das Kairin nicht concurriren können, sicher nicht in Bezug auf die Erträglichkeit und nach unserer Ansicht auch nicht in Bezug auf die Wirkungsweise, denn die Dauer der antipyretischen Wirkung scheint unser Chininum boricum mit dem echten Chininum gemeinsam zu haben, und wir zweifeln nicht, dass die antitypische Wirkung des Chininum boricum weiterhin bestätigt wird, schon deshalb, weil von dem einfachen Chinoidin allein die antitypische Wirksamkeit feststeht. Das Kairin dürfte als allgemeines Antipyreticum erst empfohlen werden, wenn sich die berührten Nachtheile seiner Wirkung durch andere Methoden der Verabreichung oder durch Herstellung eines Präparates umgehen liesse, welches auch Sicherheit zur Vermeidung der Schüttelfröste und der heftigen Schweisse bietet. Von den Körpern aus der Gruppe des Hydrochinins, Phenols, Resorcins muss man im Allgemeinen sich den Angaben Surbeck's anschliessen, welcher die betr. Mittel dem Chinin durchaus unterordnet, hauptsächlich aus 3 Gründen: die Wirkung ist flüchtig, das Fieber kehrt rasch zurück, der eigentliche Krankheitsprocess wird nicht tangirt, und das Mittel ist behaftet von Begleiterscheinungen nervöser und cerebraler Art, welche höchst bedenklich aussehen können. Auch derartige Erscheinungen sind uns bei dem Chininum amorphum boricum nicht bekannt geworden, und es ist deshalb wahrscheinlich, dass es auch diesen Mitteln gegenüber eine Superiorität besitze. —

Nachdem wir erwiesen haben, dass das uns von der Chininfabrik C. Zimmer in Frankfurt a. M. übergebene Präparat, von dort als Chininum amorphum boricum bezeichnet, ohne Schaden und Belästigung in genügender Dosis als Arzneimittel einverleibt werden kann, dass es antipyretische und antitypische Eigenschaften entfaltet, und auch dem Grade nach die Wirkung durchaus befriedigen muss, halten wir uns für verpflichtet, die Anwendung der Substanz zu empfehlen. Schon der Umstand des geringen Preises muss das Bestreben nahe legen, dem Präparate Verbreitung zu verschaffen. Die mitgetheilten Beobachtungen werden nicht ausreichen, einen Jeden von dem Werthe des Chin. boricum zu überzeugen, aber wir geben uns der Hoffnung hin, dass weitere Beobachtungen die unseren bestätigen, der Verwendung des Präparates den Wirkungskreis zusprechen und auch begrenzen mögen. Einstweilen ist Herr Dr. Hartmann damit beschäftigt, die Wirkung des Mittels in weiteren Fällen auf der Station der hiesigen medicinischen Klinik noch eingehender zu studiren.

Bonn, Januar 1884.

---

[1]) Das Chinolin gegen Intermittens und Intermittens-Neuralgie. Wiener med. Presse 39—42.

[2]) Ueber die antipyretische Wirkung des Chinolinum tartaricum. Zeitschr. für klinische Medicin. Band IV, p. 295.

[3]) Ueber den medicinischen Werth der Chinolinpräparate. Wiener med. Blätter 1882, 21—23.

[4]) Die neueren therapeutischen Bestrebungen. Aerztliches Intelligenzblatt, December 1883.

II. Ein Fall von erhöhter Reflexerregbarkarkeit in Form von saltatorischen Krämpfen.

Mitgetheilt von

Dr. Oskar Kollmann in Würzburg.

(Schluss zu No. 4 der „Deutschen med. Wochenschrift" vom Jahre 1884.)

Vom 12. December 1883 an begann die Anästhesie der Haut zurückzutreten, so dass Nadelstiche an diesem Tage schon an der Rückseite des Thorax deutlich empfunden wurden. Bei vollständiger Appetitlosigkeit traten Diarrhöen ein, welche bis zum 16. December anhielten und sich von da an öfters mit Unterbrechungen bis zum Eintritt des Todes wieder einstellten. Am 19. December traten Anschwellungen der Füsse, namentlich des rechten Fusses, ein. Nachdem diese verschwunden waren, trat das Gefühl von Brennen in der Ferse und ein ziehendes Gefühl in der Gegend der Achilles-Sehne ein.

Vom 1. Januar 1884 an nahm die Schwäche der Patientin sehr zu, so dass sie sich nicht mehr im Bette erheben konnte. Zu den Anschwellungen der Füsse gesellten sich solche der Hände. Eine im Unterleibe sich einstellende Schmerzhaftigkeit nahm immer mehr zu. Hierzu traten vorübergehende hallucinatorische Delirien ein, welche sich auf ihre Mutter bezogen, welche gekommen sein solle, um sie abzuholen, zeitweise wechselten diese mit Illusionen, denn sie sah ihre Nachbarin für ihre Mutter an. —

Am 5. Januar fühlte P. sich sehr wohl; doch gegen Abend traten Erstickungsanfälle auf, welche von 5 - 8 Uhr Abends anhielten; zugleich war sie zeitweise vollständig erblindet, suchte mit der Hand die Augendeckel zu öffnen, klagte, dass sie nichts mehr sehe und dass Alles um sie dunkel sei. Die Erblindung schwand jedoch nach einiger Zeit wieder vollständig.

Am 6. Januar nahm die Diarrhöe bei gutem Appetit zu. Die Erstickungsanfälle wiederholten sich an diesem Tage noch mehrmals, ebenso am 7. Januar, und währten minutenlang. Nochmals trat an diesem Tage eine vorübergehende Erblindung ein.

Unter heftigen Leibschmerzen trat nochmals ein Erstickungsanfall ein, welcher dem Leben der P. ein Ende machte. —

Die Leicheneröffnung wurde am 9. Januar 1884 im anatomischen Theater von Herrn Dr. Decker vorgenommen, und ergab im Auszug Folgendes:

Gehirn und Rückenmark, sowie deren Häute vollkommen normal. Lungen beiderseits mit der Brustwand verwachsen. Rechte

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lunge nur zugleich mit der Pleura parietalis zu entfernen. Beim vorhergehenden Versuch, dieselbe zu lösen, wird eine fast den ganzen Oberlappen einnehmende Höhle eröffnet. Linke Lunge leicht zu entfernen.

Herz klein. Venöse Klappen gut durchgängig. Leichte Verdickungen der Schliessungsränder der venösen Klappen auf beiden Seiten. Papillarmuskeln weisslich gestreift.

Lungen: Rechte Lunge fest und knotig und ohne Knistern anzufühlen. Schnittfläche aller drei Lappen, besonders aber die des Mittellappens von zahlreichen confluirenden Knötchen durchsetzt. Auf Druck entleert sich allenthalben schmutzig-graue mit wenigen grossen Luftblasen gemischte Flüssigkeit.

Linke Lunge: Der rötliche Belag der Oberfläche ist leicht abzuziehen. Oberlappen fest und knotig, Unterlappen knisternd anzufühlen. Schnittfläche zeigt den Oberlappen ebenfalls mit confluirenden Knötchen-Gruppen durchsetzt, den Unterlappen normal. Auf Druck entleert sich blass-röthliche, schaumhaltige Flüssigkeit.

Larynx zeigt in dem Winkel des Schildknorpels Schleimhautdefecte.

Leber: Acini mit schmaler hellgelber Peripherie und dunklem leicht eingesunkenem Centrum.

Milz normal.

Nieren normal.

Im Dünndarm in der Nähe der valvul. Bauhini, sowie längs des Dickdarmes finden sich zahlreiche, theilweise confluirende Defecte der Schleimhaut bis zur Grösse eines 50 Pfennigstückes.

III. Ueber das Einwachsen des Grosszehennagels.

Von

Dr. Hildebrandt.

Es dürfte wohl kaum einen practischen Arzt geben, dem nicht jährlich mehrere Patienten mit eingewachsenem Nagel der grossen Zehen unter die Hände kommen. Er exstirpirt den eingewachsenen einen Theil, und nach Ablauf eines halben oder eines ganzen Jahres kommen sie mit dem alten Leiden wieder. Die Patienten haben sich vielleicht durchaus nach seiner Vorschrift verhalten, haben sich den Nagel regelmässig beschneiden lassen, für Reinlichkeit und gutes Schuhwerk Sorge getragen — dennoch ein Recidiv. Ich habe anfänglich immer die Schuld des Recidivs dem Patienten zugeschoben, bin aber am eigenen Körper eines Andern belehrt worden.

Wie entsteht dies äusserst lästige Leiden? Herr Oberstabsarzt Starcke hat in Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge No. 194 darauf hingewiesen, dass die spitzen Stiefel die Ursache sind, welche die Zehen aneinander, selbst über einander pressen. Seit ich am eigenen Fusse bei Gelegenheit der Besteigung des Traunsteins und Dachsteins die traurigen Folgen des Uebels kennen gelernt habe, habe ich meine Aufmerksamkeit ganz besonders auf die Deformationen gerichtet, welche die Zehen zeigen und durchgehends Folgendes gefunden: Die zweite Zehe ist in der Nagelphalanx um ihre Längsachse medialwärts gedreht, so dass der Nagel statt nach oben, nach oben und innen sieht. Die Phalanx liegt, wenn die Zehen, wie im engen Stiefel, an einander gepresst und plantarflectirt werden, in einer Ausbuchtung am lateralen Rande der Grosszehe. Letztere bildet über der zweiten Zehe eine Wulst, gegen welche von unten und lateralwärts her diese gepresst wird. Wenn man diese Wulst mit dem Finger palpirt, kann man, wenn die Epidermis nicht zu stark verdickt ist, in ihr den scharfen äusseren Rand des Grosszehennagels fühlen und zwar unter Hervorrufung eines Schmerzgefühls. Der laterale Nagelfalz der Grosszehe ist, wenn nicht eine acute Entzündung besteht (wie gewöhnlich nach forcirten Märschen), mit einer dicken verhornten Epidermisschicht bekleidet, einer Art Hühnerauge, entstanden durch den Druck, den der Nagel einerseits, die zweite Zehe andererseits bewirkt. Diese Schwiele ist es, welche durch Druck auf den darunterliegenden Papillarkörper die lebhaften, oft unerträglichen Schmerzen verursacht. Entfernt man dieselbe, so hört oft augenblicklich der Schmerz beim Gehen auf, aber ihre Entfernung ist nicht immer leicht, wenigstens auf unblutigem Wege. Sie bildet sich, wenn nach der Exstirpation des Nagels dieser wieder wächst, stets von Neuem und mit ihr das alte Leid.

Das bisherige Verfahren, das Spalten und Herausnehmen des eingewachsenen Nagelstückes beseitigt den Schmerz sehr prompt und ist unter dem Richardson'schen Aethersprüher fast schmerzlos. Mir ermöglichte diese kleine Operation, in der Innsbrucker Klinik ausgeführt, nach vier Tagen den Rosskogl bei Stertzing zu besteigen, sowie Tags darauf die Weissspitz am Hühnerspill. Aber nach einem Halbjahr hatte ich mein altes Leiden wieder und sah mich genöthigt, bevor ich wieder ins Gebirge gehe, nach der gleich zu beschreibenden Art, das Uebel zu beseitigen.

Die Exstirpation des eingewachsenen Theiles des Nagels an der ätherisirten Zehe wird zuerst vorgenommen. Unmittelbar darauf wird mit der Cooper'schen Scheere der ganze Wulst am lateralen Rande mit dem Nagelfalz abgetragen. Nach Aufhören der Blutung wird ein Jodoformverband aufgelegt. Die Narbenbildung geht schnell von Statten. Man thut gut, wenigstens einen Monat lang einen dünnen Wattenverband tragen zu lassen, um die zarte Narbe durch den lästigen Nachbarn nicht zu drücken. Selbstredend muss durch gute zweckmässige Fussbekleidung jede Pressung der Zehen vermieden werden. Wie dies zu erreichen sei, kann man am besten aus Starcke's „der naturgemässe Stiefel" erfahren, ein Buch, das ich nicht dringend genug jedem Arzt empfehlen kann. Besonders möchte ich auch auf die vorzüglichen Strümpfe aufmerksam machen, die in der Hygieneausstellung ausgestellt waren. Sie sind für jeden Fuss besonders gefertigt, derartig, dass die Spitze nicht vor der dritten Zehe, sondern vor der Grosszehe liegt. Bei dem billigen Preise und der guten Haltbarkeit werden sie hoffentlich allgemeine Aufnahme finden. Ich habe sie in mehreren Familien, in denen ich bisher als Hausarzt fungirte, zu grosser Befriedigung derselben eingeführt und lasse sie in meiner eigenen Familie ebenfalls nur noch gebrauchen.

Es würde mir lieb sein, wenn diese wenigen Zeilen die Aufmerksamkeit der Herrn Collegen auch auf die Prophylaxe des vorgenannten lästigen Leidens lenkten.

Halle a. S. im Juli 1883.

IV. Die experimentelle Diphtherie von Professor Dr. Otto Heubner. Gekrönte Preisschrift. Leipzig. Veit u. Comp. 1883. Ref. Tornwaldt, Danzig.

In dieser Arbeit, welcher der von der Kaiserin Augusta gestiftete Preis für die beste Arbeit über Diphtheritis zuerkannt wurde, geht Heubner von folgendem Gedankengange aus: Die Diphtheritis charakterisirt sich als eine Krankheit, bei welcher 1) Bildung von fibrinöser Exsudation auf Schleimhäuten (Diphthera), 2) Erkrankung des allgemeinen Organismus mit Fieber und Betheiligung des Herzens, der Nieren, der Milz, des Nervensystems zu Stande kommt (Diphtherie). Demgemäss sucht H. im I. Theil die unmittelbaren Ursachen der Diphthera zu erforschen, im II. Theil die Beziehungen des diphtherischen Giftes zur localen Hautbildung.

Die Diphthera ist nichts der genuinen Diphtheritis Eigenthümliches, sondern bildet sich auch bei Dysenterie, Scarlatina, Variola, Morbilli, Cholera-Typhoid, Typhus abdominalis auf verschiedenen Schleimhäuten. Es müssen also verschiedene Schädlichkeiten diese Schleimhauterkrankung hervorrufen können. Treitz, Oertel und Weigert haben durch Aetzungen der Kaninchentrachea artificiellen Trachealkrup erzeugt, der anatomisch und chemisch mit den Auflagerungen bei Diphtheritis identisch ist, und der sich genetisch darstellt als Absterben unter Gerinnung, als Coagulationsnecrose. Der Aetzung ähnliche Schädlichkeiten wirken aber beim Menschen nicht ein. Wenn den Bakterien ein analoger Einfluss auf die Epithelien zugeschrieben wird, so ist das vorläufig nur Hypothese. Es kommt daher darauf an, durch ein mehr aus der Ferne wirkendes Verfahren den Vorgang der Coagulationsnecrose zu erzeugen. Cohnheim und Litten hatten durch zeitweilige Absperrung des Blutstromes in gewissen Geweben (Kaninchenohr, Niere, Hoden) diese Form des Absterbens beobachtet. Um sie auch an der Schleimhaut hervorzurufen, wählte H. die Harnblase des Kaninchens.

Er legte in der Nähe des Blasenhalses eine Massenligatur an und löste sie wieder nach 2 Stunden. In Folge dessen stagnirte zwar das Blut sowohl der zu- wie abführenden Gefässe in der Ligationszeit, blieb aber flüssig und trat nach Aufhebung der Ligatur wieder in seine Bahnen ein; der Stoffwechsel der Zellen in der ligirten Partie wurde für 2 Stunden vollständig unterbrochen. Unmittelbar nach diesem Eingriff traten keine wahrnehmbaren Veränderungen ein. Aber auf Grund der Sectionsergebnisse der 24, 36, 48, 72 Stunden nach dem Experiment getödteten Thiere zeigte es sich, dass anfangs ödematöse Quellung und hämorrhagische Infiltration, später Umwandlung des Epithels in leblose Schollen und schliesslich Neubildung einer Faserstoffmembran aus dem todten Zellmaterial des Epithels und aus den durch die entzündeten obersten Schleimhautgefässe filtrirten Blutbestandtheilen, genau das Bild der Coagulationsnecrose, entstanden war. Es erklärt sich das dadurch, dass zunächst in Folge der zeitweiligen Inanition die Epithelzellen absterben, und dass die Gefässwände eine entzündliche Erkrankung, eine moleculare Alteration erfahren. Daher findet, wenn das Blut von Neuem in die erkrankten Gefässe hineinströmt, massenhafte Exsudation von Blutplasma statt. Das fibrinogene Blutplasma trifft auf die fibrinoplastische Substanz der im Absterben begriffenen Epithelzellen, und so bilden sich, so lange die Blutcirculation besteht, immer grössere Gerinnungsheerde. Je nach der Ausdehnung und Intensität der durch die Ligatur hervorgerufenen Gefässerkrankungen blieb die Coagulationsnecrose entweder beschränkt auf die Oberfläche der Schleimhaut (crupöse Auf-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lagerung) oder sie griff über auf ihre tieferen Schichten (Diphtheritis). War es ausnahmsweise zur Gerinnung des Blutes während der Ligationszeit gekommen, so bildete sich einfache Necrose.

Durch die Ligatur der Harnblase war eine analoge Einwirkung geschaffen, wie sie als Ursachen der Coagulationsnecrose beim Menschen wohl vorkommen können (längerer Krampf einer Anzahl kleinerer Schleimhautarterien, entzündliche Schwellung der Tonsillenkapsel, Krampf des Dickdarms um einen festen Kothballen etc).

Durch die örtliche Erkrankung entstand jedoch niemals eine allgemeine. Es fanden sich zwar in den necrotischen und diphtheritischen Theilen Anhäufungen von stäbchenförmigen Bakterien (Bacterium termo), welche aber nie im lebenden Gewebe, auch nicht in den crupösen Auflagerungen sich entwickelten. Die Thiere blieben im Allgemeinen gesund, selbst dann, wenn an Stelle der zerstörten Blase später eine bindegewebige Narbe trat. Impfung der Bacillen auf andere Thiere erzeugte keine Krankheit. Es war somit zwar die Entwickelung der Diphthera klar gestellt, nicht aber die der Diphtherie.

Eine II. Reihe von Experimenten suchte nun beide zu vereinigen, indem gleichzeitig die diphtheritische Haut in der beschriebenen Weise und die diphtheritische Infection durch Impfung erzeugt wurde.

Zur Klarlegung der Verhältnisse benutzte H. zunächst einen in seinem Wesen und seinen Erscheinungen sehr bekannten Infectionsstoff, den Milzbrandbacillus. Die Versuche ergaben, dass in den durch Ligatur erkrankten Partien der Schleimhaut der Blase eine starke Anhäufung und vielleicht Vermehrung des Infectionsstoffes stattfand, aber nur an den Stellen, wo noch kurz vor dem Tode Blutgefässe wegsam waren. Wenn die Impfung bald nach der Ligatur gemacht war, so waren die durch Gentiana-Blau deutlich erkennbaren Milzbrandbacillen in den Coagulationsschorf bis an das Epithel vorgedrungen, weil in demselben in diesem Stadium der artificiellen Diphtheritis noch wegsame Gefässe existirten; bei später vorgenommener Impfung erreichten sie jedoch nur die Grenze des Schorfes, weil die Gefässe ihre Wegsamkeit innerhalb des Schorfes verloren hatten. Weiterimpfungen mit Theilen des Schorfes erzielten in ersterm Falle Milzbrandinfection, in letzterem nicht. — Bei den hienach vorgenommenen Impfungen mit Theilen der schmierigen Auflagerung der Tonsillen eines diphtheriekranken Knaben und bei Impfungen mit Theilen aus dem Belag von Scharlachdiphtherie zeigten die Capillaren der künstlich diphtheritischen Blasenschleimhaut dasselbe Verhalten in Bezug auf Füllung mit Mikrokokken wie in den Versuchen mit Milzbrandinfection. Nur waren hier zwei und mehr verschiedene Arten von Mikrokokken durch Färbung bestimmt nachzuweisen. Die geimpften Kaninchen gingen in wenigen Tagen an einer mit Milzschwellung verbundenen Krankheit zu Grunde; ebenso die mit Theilen des Schorfes der artificiell diphtheritischen Blase der zuerst geimpften Kaninchen weiter geimpften Thiere; Impfungen mit Theilen der vorher nicht ligirten Blase von Kaninchen, welche durch Impfung inficirt waren, blieben erfolglos. Es stand hienach fest, dass durch Imfpung mit diphtheritischem Belag vom Menschen Kaninchen eine schnell tödtende Infectionskrankheit erhielten, und dass das wirksame Gift durch Weiterimpfung von der künstlich diphtheritischen Blasenschleimhaut, in deren Blutgefässen es sich besonders stark angehäuft hatte, sich fortpflanzen liess. — Ist nun aber dieses Infectionsgift specifisch diphtheritisch oder septisch? Der Verlauf der Krankheit der inficirten Thiere entsprach einer Septicämie. Durch die von H. bestätigten Versuche Raynaud's, Pasteur's, Vulpian's, Koch's und Kuehn's wurde durch Impfung des Mundsecretes ganz gesunder Menschen auf Kaninchen eine ganz ähnliche Infectionskrankheit erzeugt. Wenn daher auf der gesunden Mundschleimhaut des Menschen Bakterienarten sind, welche dem Kaninchen Septicämie erzeugen, so sind dieselben sicherlich auch auf der diphtheritisch erkrankten vorhanden, und ausser ihnen vielleicht noch verschiedene andere. Den Beweis aber, dass einer der in den diphtheritischen Schorfen gefundenen Mikrokokken der Träger des diphtheritischen Giftes sei, hat H. nicht bringen können, und ebenso ist die Beweiskraft der von anderen Autoren in dieser Richtung gemachten Versuche durch die von Raynaud etc. gefundene Thatsache hinfällig geworden. Dieser Beweis liesse sich nur dadurch beibringen, dass einer der Mikrokokken des diphtheritischen Schorfes, welcher durch Impfung eine ähnliche Krankheit hervorbrächte, auch in dem Blute des an Diphtherie zu Grunde gegangenen Menschen und besonders zahlreich in den der diphtheritischen Haut nahegelegenen Gefässen constant gefunden würde. Das ist bis jetzt nicht der Fall gewesen.

Das Resultat der Arbeit Heubner's ist demnach folgendes: Durch zweistündige Aufhebung des Kreislaufes in der Blasenschleimhaut des Kaninchens lässt sich künstlich ein der örtlichen Veränderung bei Croup und Diphtheritis anatomisch vollständig gleichartiger Process erzeugen. Das Gift, welches die örtliche und allgemeine Krankheit der Diphtheritis beim Menschen hervorruft, ist bis jetzt nicht gefunden. Es ist wahrscheinlich, dass der Träger des Infectionsstoffes hauptsächlich in den kleinsten Gefässen, welche das Blut der erkrankten Schleimhaut zuführen, vorhanden ist.

V. Diagnose und Therapie bei gefahrdrohenden Krankheitssymptomen. Von Dr. Louis Blau. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig 1883. Denicke's Verlag. 8°. 528 S. Besprochen von Dr. Rabow.

Dem nun in zweiter Auflage vorliegendem Buche gebührt schon aus dem Grunde ein hervorragendes Interesse, weil der Impuls zu seinem Entstehen von keinem Geringeren ausgegangen ist, als unserem unvergesslichen Kliniker Traube. Ihm ist es auch gewidmet. Als derselbe vor zwölf Jahren in seiner Vorlesung mit besonderem Nachdruck auf das Bedürfniss nach einem Buche aufmerksam machte, das bei gefahrdrohenden Symptomen den Arzt mit kurzen Worten auf die richtige Diagnose und Therapie hinweise, machte Verfasser sich alsbald mit Eifer an die Arbeit. Dank seinem regen Interesse und ungewöhnlichen Geschicke der Darstellungsweise ist es ihm glänzend gelungen, die in der Literatur so lange bestandene Lücke auszufüllen, und dem Arzte für die ernsten Situationen der Praxis, in denen rasches Erkennen und Handeln unbedingtes Erforderniss ist, einen zuverlässigen Rathgeber in die Hand zu geben. — Wie es von einem so practisch brauchbaren und verdienstvollen Werke nicht anders zu erwarten stand, wurde es bei seinem ersten Erscheinen (1874) überall mit Beifall und Dank aufgenommen. Es wurde auch auf Anregung des Professor Cantani in Neapel ins Italienische übersetzt. — Die neue Auflage bringt, entsprechend dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft, recht viele dankenswerthe Verbesserungen und Erweiterungen. Es sind ganze Kapitel wie z. B. über Coma diabeticum, über Behandlung bei heftigem Erbrechen, über die Vergiftung mit Jodoform neu hinzugekommen. Näher auf den Inhalt einzugehen, verbietet bei der Reichhaltigkeit und Mannigfaltigkeit des Stoffes der einer nur kurzen Besprechung gestattete Raum. —

Bezüglich der Anordnung des Buches sei nur hervorgehoben, dass dasselbe in 12 Abschnitte zerfällt, von denen ein jeder bestimmte Affectionen, welche das am meisten beunruhigende und auffallende Krankheitssymptom, wie Bewusstlosigkeit, Convulsionen, Asphyxie, heftige Dyspnoe, Blutungen u. s. w. bildete, in eingehender Weise abhandelt. Da in erster Linie dem Bedürfnisse des practischen Arztes Rechnung getragen werden musste, sind pathologische Anatomie und theoretische Auseinandersetzungen bei Seite gelassen; das Hauptaugenmerk ist der Diagnose und Therapie zugewendet. Durch zweckmässige Einrichtungen wie durch die am Rande befindlichen Notizen und ein gutes Sachregister ist das schnelle Auffinden des im gegebenen Momente gewünschten Gegenstandes ungemein erleichtert und bequem gemacht worden. Auch die äussere Ausstattung dieses gediegenen Buches lässt nichts zu wünschen übrig. Dasselbe kann jedem practischen Arzte aufs Wärmste empfohlen werden, denn es ist geeignet, ihm in vielen Fällen zum Nachschlagen als eine wahre Fundgrube zu dienen und den grössten Nutzen zu stiften.

VI. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am Montag den 21. Januar 1884 im Architectenhause.

(Schluss aus No. 5.)

Herr Kempner: Referat über die Behandlung der Phthise mit Arsen.

M. H.! Schon viele Wochen vor Beginn unserer Sommerferien hatte ich beim Vorstande einen Vortrag angemeldet: Ueber die Behandlung der Tuberculose mit Arsen. Die Reichhaltigkeit unserer Tagesordnungen war Schuld daran, dass ich damals nicht mehr zum Worte kommen konnte. Angesichts des actuellen Interesses, das sich an die Frage knüpfte, habe ich mich dann entschlossen, im Juli vorigen Jahres meine Ansichten und Erfahrungen über die Arsentherapie in der Berl. klin. Wochenschr. zu publiciren. Veröffentlichungen anderer Autoren sind der meinigen gefolgt. Wenn ich nun heute, der Aufforderung unseres Herrn Vorsitzenden folgend, ein Referat über den gegenwärtigen Stand der Frage zu geben versuche, so befinde ich mich in der unangenehmen Lage Vieles wiederholen zu müssen, was bereits an vielgelesener Stelle veröffentlicht ist. Ich bitte daher in dieser Hinsicht um Ihre gütige Nachsicht. —

Da die intensiv giftige Einwirkung grösserer Gaben von Arsen auf den Stoffwechsel seit alter Zeit bekannt ist, so mussten naturgemäss die Aerzte schon früh auf den Versuch hingeführt werden, durch Einwirkung minimaler Gaben von Arsen den Stoffwechsel zu alteriren, umzustimmen, ohne den Organismus zu schädigen. Dieser allgemeinen Indication verdankte das Arsen seine Einführung in den Arzneischatz; von ihr ausgehend hat es man-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nichfaltigste Verwendung in fast allen den Zuständen gefunden; die auf eine Alteration des Gesammtorganismus, auf Stoffwechselanomalieen und allgemeine Infectionen bezogen wurden. So entstand die Empfehlung des Arsen bei Neurosen, Dermatosen, bei Malaria, Syphilis, Diabetes. Es kann daher nicht Wunder nehmen, dass auch schon alte Aerzte das Arsen auch bei Phthise angewandt haben; offenbar haben aber die meisten keine besonders auffallenden Erfolge von dem Mittel gesehen, und es ist daher mit dem ungeheuren Wust der schon gegen die Phthise in's Feld geführten Medicamente der Vergessenheit anheimgefallen. In allerneuester Zeit aber hat das Mittel durch Hans Buchner eine so dringende und warme Empfehlung gefunden, dass sich das Interesse weiter ärztlicher Kreise demselben wieder in hervorragendem Maasse zugewandt hat. B.'s Empfehlung beruht auf bestimmten theoretischen Vorstellungen, die derselbe in seinem Buche: Die ätiologische Therapie und Prophylaxe der Tuberculose niedergelegt hat, und auf welche ich an dieser Stelle etwas näher eingehen muss. Bevor ich das aber thue, gestatten Sie mir an diejenigen Hauptfacta zu erinnern, welche die Pharmakologie bisher in Betreff des Arsen's festgestellt hat. Diejenige Verbindung des Arsen's, auf welche sich das toxikologische und medicinische Interesse concentrirt, ist bekanntlich die arsenige Säure. Derselben kommt eine örtliche kaustische Wirkung zu, d. h. sie bewirkt schnell Entzündung und dann Mortification des Gewebes, auf welches sie aufgetragen wird. Während aber die Wirkung der übrigen Caustica sich daraus erklärt, dass dieselben eine Verbindung mit dem Gewebseiweiss eingehen, ist die örtliche Wirkung der arsenigen Säure bisher vollkommen unerklärt und chemisch unerklärlich, da es nachgewiesen ist, dass dieselbe mit Eiweiss in keinerlei Wechselbeziehungen tritt. Dem chemischen Verständniss ist damit die Aetzwirkung der a. S. vollständig entrückt. — Ausser dieser localen, therapeutisch auch nicht unwichtigen Einwirkung entfaltet aber die arsenige Säure noch entferntere Wirkungen im Organismus, und diese sind es, die uns heute beschäftigen. Von allen Schleimhäuten, von Wunden und Geschwürsflächen aus gelangt die a. S. schnell zur Resorption und wird bald in allen Organen, auch den Knochen, nachweisbar; bei Vögeln auch im Schnabel und Klauen, sowie in den Eiern. Schon nach 4—5 Stunden gelangt sie wieder zur Ausscheidung durch die Nieren, die Galle, den Darm und angeblich auch durch die Lungen (Flandin). — Auf die Erscheinungen der acuten Arsenvergiftung brauche ich an dieser Stelle nicht einzugehen. Ueber die Folgen langdauernder Einwirkung nicht unmittelbar schädlicher Dosen von Arsen belehren die Beobachtungen an Arbeitern in Arsenhütten; die ersten Erscheinungen sind: Röthung der Conjunctiva, Trockenheit des Auges, der Nase, des Schlundes, Heiserkeit, Magenschmerzen und Diarrhöe. Dauert die schädliche Einwirkung fort, so treten Schwellungen der Haut in den Achselhöhlen und am Scrotum, Verlust der Haare, Geschwüre an den Fingern auf; darauf folgen Verdauungsbeschwerden, Dysurie, Neuralgieen, Lähmungen verschiedener Glieder oder Muskelgruppen mit Parästhesie und Herabsetzung der Sensibilität, endlich hectisches Fieber und Hydrops. — Während nun diese Thatsachen von der schädlichen Einwirkung der a. S. vollkommen unangefochten bestehen, existirt in scheinbar paradoxem Widerspruch dazu auch eine Fülle von Berichten über heilsame und wohlthätige Wirkungen kleiner Gaben des furchtbaren Giftes. Es ist sogar erwiesen, dass in Steiermark unter den Landleuten die Sitte des Arsenessens herrscht, und dass diese Arsenesser, welche es durch allmähliche Angewöhnung dahin bringen, Dosen zu vertragen, die für andere Menschen ohne Weiteres tödtlich sind, sich dabei einer erhöhten Körperkraft und Leistungsfähigkeit erfreuen. Ebenso ist es bekannt, dass das Mittel in kleinen Dosen als Toilettenmittel von Damen genommen wird, um mässigen Fettansatz, eine angenehme Rundung und Fülle der Formen zu erzielen. Von dem schottischen Flecken Whitbeck, der an dem gleichnamigen Flusse liegt und aus diesem ein arsenhaltiges Trinkwasser bezieht, wird berichtet, dass der Gesundheitszustand dort hervorragend gut und das durchschnittliche Lebensalter abnorm hoch ist. — Diese Berichte finden nun nicht allseitigen Glauben; so z. B. erklären Nothnagel und Rossbach alle Mittheilungen über günstige Einwirkungen des Arsen einfach für unglaubwürdig. Sie stützen sich dabei auf die Behauptung, dass die exacte Forschung eine Bestätigung derselben nicht geliefert habe. Aber gerade in Bezug auf das Arsen lässt uns das Thierexperiment vollkommen im Stich. Die verschiedenen Forscher sind zu den widersprechendsten Resultaten gekommen; und mit Recht heben Nothnagel und Rossbach hervor, dass das experimentelle Material einer gründlichen Nachprüfung bedarf. Es ist zu hoffen, dass das erhöhte Interesse, welches sich jetzt der Arsentherapie zuwendet, zur Erfüllung dieses wissenschaftlichen Desiderates führen wird. — Fest steht, dass durch vergiftende Gaben von Arsen die ersten Wege nicht angegriffen werden; dagegen findet sich, ebenso bei Einführung des Giftes durch subcutane Injection wie bei der per os, acute Gastritis und Enteritis und Verfettung der Leber und der Nieren. Das Herz wird ebenfalls verfettet gefunden; über das Verhalten von Puls und Blutdruck existiren widersprechende Angaben; nach Lesser machen kleine Dosen Pulsvermehrung, mittlere erst eine Zunahme, dann eine Abnahme, grosse eine Abnahme der Pulsfrequenz. Dass der Blutdruck bei grossen Gaben sinkt, kann natürlich nicht Wunder nehmen; über die Einwirkung kleiner Gaben fehlen unzweideutige Angaben. Die Respiration soll nach vielfachen Angaben durch kleine Gaben Arsen freier und ausgiebiger werden; grosse Gaben lähmen dieselbe natürlich. — Die Temperatur sinkt stets nach vergiftenden Gaben Arsen ziemlich bedeutend; ebenso soll die CO_2-Ausscheidung eine Verminderung um 20—40 pCt. erleiden. Die $\overset{+}{\text{U}}$-Ausscheidung sollte nach bedeutend älteren Angaben herabgesetzt sein; in neuerer Zeit dagegen haben Gaethgens und Kossel eine Vermehrung derselben constatirt. — Betreffs der Einwirkung auf das Nervensystem existiren ebenfalls widersprechende Angaben. Sklareck fand eine Lähmung der empfindungsleitenden Theile des Rückenmarks neben Unversehrtheit der motorischen Nerven. Lesser dagegen sah Lähmung der Bewegungsnerven und Muskeln neben Functionsunfähigkeit der grauen Substanz des Rückenmarks. — Es ist klar, dass auf so schwankenden Fundamenten sich eine wohlbegründete Theorie der Arsenwirkung noch nicht aufbauen lässt; die frühere Annahme einer den Stoffwechsel verlangsamenden Einwirkung des Arsens, das somit als Sparmittel wirken würde, scheint durch die Untersuchungen von Gaethgens über die $\overset{+}{\text{U}}$-Ausscheidung erschüttert; von dem neu gewonnenen Standpunkte aus aber die verschiedenen bis jetzt vorliegenden Thatsachen zu erklären ist ein fruchtloses Bemühen, so lange nicht durch neue, einwandsfreie Untersuchungen der Theorie eine sichere Grundlage geschaffen ist. — Für die uns interessirende Frage der therapeutischen Anwendung des Arsens ist aus dem vorliegenden Material um so weniger zu entnehmen, als es sich bei diesem fast ausnahmslos um die Anwendung vergiftender Gaben handelt. — Versuche am Menschen mit kleinen und bis zum Auftreten von Intoxicationserscheinungen gesteigerten Dosen hat 1870 Vaudrey gemacht. Er fand bei Gaben von 1—6 mgr Beschleunigung und Verstärkung des Herzschlags und des Pulses, Leichtigkeit des Athmens mit allgemeinem Wohlbefinden, Steigerung von Appetit und Durst, rasche Digestion, Vermehrung aller Secretionen ausser der Diurese, gesteigerte Muskelactivität und Gewichtszunahme. Nach einiger Zeit musste die Dosis, um den Effect zu behaupten, um 2—4 mgr gesteigert werden. Vaudrey selbst stieg in 1½ Monaten von 10 auf 24 mgr, und nahm letztere Dosis eine Woche lang. Darauf traten dann Intoxicationserscheinungen auf, die von den bei den Arsenhüttenarbeitern geschilderten sich nicht unterschieden. — Die Wirkung des Arsens auf die Respiration bezieht Vaudrey auf Reizung des Vagus durch das Mittel; die Verfettung der Drüsen erklärt er durch die irritative und entzündliche Wirkung des Giftes. — Diese letztere Anschauung hat er mit Buchner gemeinsam und damit komme ich auf die Buchner'sche Theorie der Therapie der Infectionskrankheiten. B. stellt sich in dieser Frage, wohl der wichtigsten, welche die moderne Medicin beschäftigt oder doch beschäftigen sollte, auf einen von dem bisherigen abweichenden Standpunkt. Die Infectionskrankheiten sind zu betrachten als ein Kampf der Gewebszellen gegen die Pilze. Denn dass die lebenden Zellen sich von den Pilzen nicht ohne Gegenwehr einfach erdrücken lassen, ist wohl a priori klar und ergiebt sich ausserdem unzweifelhaft aus jedem Falle von Spontanheilung einer Infectionskrankheit. Nun haben die therapeutischen Bestrebungen, welche die moderne Pilzforschung bisher gezeitigt hat, sich alle das Ziel gesetzt, die Pilze zu bekämpfen, entweder durch Abschwächung ihrer Wirksamkeit vermittelst prophylactischer Impfung, oder durch directe Darreichung antiseptischer Mittel. Der erste Weg ist bisher nur für wenige Krankheiten gefunden worden; der zweite ist nach B. principiell falsch. Denn da die Antiseptica sämmtlich Gifte sind, und als solche viel stärker auf die Gewebszellen einwirken, als auf die viel resistenteren Pilze, so wird durch ihren Einfluss die Lage des Kampfes nur zu Ungunsten der Gewebszellen verändert. Eine rationelle Therapie muss vielmehr dahin streben, die Widerstandsfähigkeit der Zellen zu steigern, d. h. die Summe jener, im Einzelnen noch unbekannten Eigenschaften, durch welche dieselben befähigt sind, die Lebensthätigkeit der Pilze zu überwinden. Die nächste Folge der Einwanderung oder künstlichen Einbringung von Pilzen in das lebende thierische Gewebe ist nun „Entzündung", und in dieser Entzündung sieht B. aus allgemein theoretischen Gründen, wie auf Grund experimenteller Ergebnisse, eine heilsame Reaction, eine Waffe der Zellen im Kampf gegen die Pilze. Zunächst bedeutet die Entzündung, die ja mit reichlicherer Blutzufuhr und Schwellung, d. h. Vergrösserung und Vermehrung der Gewebszellen einhergeht, die bedeutendste Steigerung der Ernährung der Zellen, die wir kennen. Der Kampf zwischen Zellen und Pilzen ist aber der Kampf um das Ernährungsmaterial; die entzündete Zelle befindet sich also in der denkbar günstigsten Position. B. hat diese Anschauung durch ein höchst interessantes Experiment gestützt. Ein in faulige Fleischflüssigkeit getauchter Faden wurde in der Mitte des Kaninchenohres quer unter der

Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Haut hindurchgezogen. Nachdem an dieser Stelle deutliche Entzündung eingetreten war, wurde in den oberen Theil des Ohres etwas von der fauligen Flüssigkeit subcutan injicirt, und die Carotis der betreffenden Seite unterbunden; auf letzteren Eingriff folgt normaler Weise schnell Brand des ganzen Ohres, in diesem Falle aber wurde nur der obere Theil des Ohres gangränös, das unterhalb des Entzündungsheerdes gelegene Gewebe blieb frei.

Eine rationelle Therapie wird nun dem Vorbilde der Natur zu folgen, und die Krankheit nicht durch Tödtung der Pilze, sondern durch Erhöhung der Widerstandsfähigkeit der Zellen zu besiegen suchen. Zu diesem Zwecke müssen wir ein Mittel besitzen, das Entzündung zu erregen vermag, das uns aber zugleich die Möglichkeit giebt, durch vorsichtige Dosirung gerade den gewünschten Grad entzündlicher Reizung d. h. gesteigerter Ernährung zu erzielen, ohne Gefahr zu laufen, durch intensive Entzündung die Existenz der Zelle zu gefährden. Ein solches Mittel nun erblickt B. im Arsen, dessen sämmtliche Wirkungen, die giftigen sowohl wie die günstigen, er von der „dynamischen" d. h. irritativen Wirkung desselben ableitet. In dieselbe Reihe gehören Phosphor und Antimon; bisher aber hat B. nur das As. als das bestgekannte und unschädlichste dieser Mittel in den Kreis seiner Betrachtungen gezogen. Durch vorsichtige Dosirung des Mittels glaubt er es erreichen zu können, in den Zellen und speciell in den Zellen des Lungengewebes eben jenen Grad von Reizung hervorzurufen, der nur einer gesteigerten Lebensthätigkeit und Ernährung entspricht, ohne selbst schon Entzündung zu sein und die Existenz der Zelle zu gefährden. Durch diese Einwirkung auf die Zellen des Lungengewebes erwartet B. 1) in Fällen bestehender Disposition, wo die Krankheit noch nicht zum Ausbruch gekommen ist, vollkommene Verhütung der Krankheit; 2) in Fällen leichterer Art vollständige Heilung; 3) in denjenigen Fällen, wo eine schwere phthisische Erkrankung mit ausgedehnten Lungenzerstörungen vorliegt, eine Besserung, vielleicht theilweise, vielleicht auch vollständige Heilung der Lungenaffectionen, Verheilung von Cavernen, Resorption von Infiltrationen etc., und durch diese Besserung der Localerscheinungen auch Besserung der Allgemeinsymptome. Als wesentlich für seine Anschauung muss ich es hervorheben, dass er in die erste Reihe die Einwirkung des As. auf das Lungengewebe stellt und eine günstige Veränderung des Allgemeinbefindens ohne Besserung der localen Processe für undenkbar erklärt. —

Was die Form der Darreichung anbetrifft, so verwirft B. die nach unserm heutigen Gewichtssystem höchst unrationell zusammengesetzte Fowler'sche Lösung; er giebt einfach eine Lösung von Acid. arsenic. 1:2000. 2 ccm dieser Lösung enthalten also 1 mgr Acid. arsenic. Diese schon sehr verdünnte Lösung wird nun aber auch ihrerseits nicht ungemischt gegeben, sondern der Milch oder Suppe, die der Patient geniesst, hinzugesetzt. Die Lösung ist vollkommen farb-, geruch- und geschmacklos. Ich kann bestätigen, dass diese B.'sche Vorschrift sehr gut ist und ich halte es für sehr wesentlich, dass man sich genau an dieselbe hält. Nimmt man concentrirtere Lösungen, oder giebt man die B.'sche Lösung ungemischt, so läuft man Gefahr, dass die örtlichen Wirkungen des Mittels in störender Weise in den Vordergrund treten, und einerseits den Kranken belästigen und schwächen, andererseits aber auch wahrscheinlich zu einer zu schnellen Ausscheidung des Mittels führen, und daher dessen Wirksamkeit verhindern. Die unzweckmässigste Darreichung ist natürlich die in fester Form; denn hier würden die localen Wirkungen in aller Schärfe hervortreten, die entfernteren und erwünschten aber ausbleiben; schon Vaudrey fand, dass dieselbe Menge As., die in fester Form 12 Tage lang von seinen Versuchsthieren vertragen wurde, in Lösung gegeben schon nach 4 Tagen tödtlich wirkte. — Das allmähliche Ansteigen mit der As.-Dosis erklärt B. für überflüssig und zwecklos; von einer Angewöhnung an das Mittel kann doch erst nach Monaten die Rede sein. Nachdem man die individuelle Empfindlichkeit des Pat. durch einmalige Darreichung einer Tagesdose von 2 mgr geprüft hat, kann man gleich das angemessen erscheinende Tagesquantum nehmen lassen. Bei leichten Fällen empfiehlt B. in seiner Broschüre 1—1½ Monate lang 5 mgr pro die, wenn Angewöhnung an diese Menge anzunehmen ist, Ansteigen auf 7½ mgr. In schweren Fällen giebt er 10 mgr pro d. und steigt auch bedeutend höher, in einem mitgetheilten Falle bis auf 18 mgr, meist aber reicht die Dosis von 10 mgr aus. Nach der Vorstellung, die sich B. von den Schicksalen des As. im Organismus macht, gelangt ein Theil des Mittels immer wieder zur sofortigen Ausscheidung; ein anderer Theil aber wird im Protoplasma der Zellen, mit dem es allerdings keine chemische Verbindung eingeht, als Einlagerung zurückgehalten, in derselben Weise, wie die Salze im protoplasmatischen Zelleninhalt eingelagert sind. Es ist daher ersichtlich, dass auch bei von vornherein gleichbleibender Gabe des Mittels doch eine allmähliche Anhäufung desselben in den Geweben stattfinden muss, bis nach einer Reihe von Tagen ein Maximum erreicht ist, das nun constant bleibt. Ebenso geht daraus hervor, dass man die Arsencur unbedenklich auf einige Tage unterbrechen kann, ohne dass die Arsenwirkung auf den Organismus aufhört. In einer späteren Mittheilung im Centralblatt für klin. Med. stellt B. es sogar als Regel hin, die Arsencur in der Weise zu leiten, dass man auf einen 14tägigen Arsengebrauch eine 14tägige Pause eintreten lässt. Dagegen dringt er mit aller Energie darauf, dass man nach einmaliger Erreichung eines günstigen Resultates nicht die Kur abbricht; vielmehr soll sie nach kürzeren oder längeren Intervallen immer wieder aufgenommen werden. — Von schädlichen Nebenwirkungen des Arsens, die manchmal vorkommen, erwähnt B. die Wirkung auf den Darm: Durchfall und heftige Leibschmerzen, die aber durch Opium leicht zu beseitigen sind, ferner Steigerung der Bronchialsecretion, die eine bedrohliche Höhe erreichen kann; der vermehrte Auswurf und Hustenreiz kann den Anschein einer Verschlimmerung des Grundleidens erwecken, ist aber factisch nur der Ausdruck gesteigerter Thätigkeit der secernirenden Schleimhäute; endlich kommen auch Fälle vor, in denen das Ars. hochgradige Nervenerregung verursacht. — Alle diese Störungen aber, die geringfügig sind nach B. gegenüber denen anderer bekannter heroischer Mittel, treten langsam ein und sind bei vorsichtiger Behandlung leicht zu vermeiden. Das Material, an dem B. den Beweis für seine theoretischen Ausführungen beizubringen gesucht hat, ist nun freilich überaus klein. In seinem Buche führt er — übrigens nur ganz kurz — 6 Fälle weit vorgeschrittener Phthise an, in denen er von der Anwendung des As. deutlichen Nutzen gesehen hat. Alle diese Fälle standen nur seit ganz kurzer Zeit in Behandlung, der am längsten beobachtete und deshalb ausführlicher mitgetheilte Fall 5 Wochen lang. Das Resultat zu dem B. gelangte, ist folgendes: Zuerst cessirten die Schweisse, dann mässigt sich das Fieber, die Frostanfälle verschwinden. Schon bei einer Gabe von 7—10 mgr pro die tritt diese Wirkung in der ersten Woche der Behandlung auf. Zugleich werden die Kranken lebhafter, der Blick freier. Die Athembeschwerden vermindern sich, der Husten und Auswurf werden merklich geringer. Gleichzeitig cessirt das quälende Erbrechen, und bald darauf pflegt sich Appetit einzustellen, der meist schnell zu wahrem Hunger heranwächst. Natürlich hebt sich unter diesen Umständen der tief gesunkene Ernährungszustand. —

Einem jeden Leser der B.'schen Arbeit drängte sich wohl das Bedauern darüber auf, dass diese schönen vielverheissenden Resultate sich nur auf ein so ausserordentlich kleines Material stützen. Eine Nachprüfung liess denn auch nicht lange auf sich warten. Der Nächste, welcher in dieser Sache das Wort nahm, war ich. In No. 31 der Berl. klin. Woch. vom vor. Jahre (30. Juli) berichtete ich über 12 Fälle, die ich genau nach B's. Vorschrift behandelt hatte. Ich liess mich dabei auf eine ausführliche Kritik der Theorie nicht ein; nur in Bezug auf die practische Anwendung des Mittels hob ich von vornherein hervor, dass ich dabei von Gesichtspunkten ausging, die von denen B's. wesentlich abwichen. B. erwartet vom Arsen eine direct heilende Wirkung auf die Lunge; und secundär, als Folge der Besserung des Lungenleidens, erwartet er eine Besserung des allgemeinen Krankheitszustandes. Ich glaube, schon die gerade von B. betonte Rapidität, mit der die günstige Einwirkung des As. sich geltend machen soll, muss diese Anschauung widerlegen. Ich glaube, dass B. die Phthise in zu engem Sinne als eine Localerkrankung der Lunge auffasst. Um zu einer vorläufigen Entscheidung der Frage zu gelangen, ob das As. überhaupt eine günstige Einwirkung auf Phthisiker ausübt, musste man sich zunächst, wie B. mit Recht hervorhob, an schwere, weit vorgeschrittene Krankheitsfälle halten. Natürlich ist es dann für die Beantwortung dieser Frage irrelevant, ob diese, vielleicht von vornherein schon rettungslos verlorenen Kranken, nun wirklich geheilt werden. Es genügt vollkommen, wenn sich hier überhaupt nur ein vorübergehender Nutzen zeigt, um es wahrscheinlich zu machen, dass in leichteren, einer Heilung überhaupt noch zugänglichen Fällen durch consequente Darreichung des Mittels eine solche herbeigeführt werden kann. In solchen schweren Fällen nun lehrt aber die alltägliche ärztliche Erfahrung, dass die Schwere der Erkrankung durchaus nicht direct proportional ist der Ausdehnung und dem Sitze des Localheerdes. Es giebt Phthisiker mit ausgedehnten Zerstörungen beider Lungen, die sich lange Zeit hindurch eines relativen Wohlbefindens erfreuen, während andere mit geringen physikalischen Veränderungen rapide zu Grunde gehen. Wir wissen auch aus der Physiologie, dass wir mit einem so grossen Ueberschuss an athmendem Parenchym ausgestattet sind, dass der Ausfall so grosser Theile, wie sie in der Regel von der Phthise ergriffen werden, an sich ganz gut ertragen wird und keinesfalls das Leben bedroht. Die Tausende, die jährlich der Phthise zum Opfer fallen, sterben also nicht an den unmittelbaren Folgen der Localerkrankung der Lunge, sondern sie erliegen der phthisischen Allgemeinerkrankung. Welcher Art diese Allgemeinerkrankung ist, kann heute nach dem Nachweise von Bacillen sowohl im eigentlichen Tuberkel wie in jedem käsigen Heerde, nicht mehr zweifelhaft sein. Offenbar handelt es sich um eine bacilläre Infection des Bluts und der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gewebe, und in der That ist von Baumgarten der Nachweis von Bacillen im Blute Tuberculöser geliefert worden. Ausnahmsweise, unter besonders begünstigenden Bedingungen, auf welche Ponfick und Weigert neuerdings aufmerksam gemacht haben, tritt diese Infection ganz massenhaft und unter Erscheinungen auf, wie wir sie bei acuten Infectionskrankheiten zu sehen gewöhnt sind. Dann sprechen wir von acuter Miliartuberculose. In den meisten Fällen sind die Erscheinungen weniger stürmisch, es tritt das Bild einer chronischen Infection auf. In solchen Fällen nun muss das Eingreifen eines Mittels, das die von B. dem As. nachgerühmten Eigenschaften wirklich besitzt, seine segensreiche Wirksamkeit darin zeigen, dass es durch Kräftigung der Zellen dem Vordringen der Bacillen in den Geweben und den verderblichen Folgen desselben Einhalt thut. In der Lunge selbst, dem Hauptsitz des Feindes, wird diese Wirkung sich wahrscheinlich erst zuletzt entfalten; ich erwartete daher vom As. in erster Linie Besserung derjenigen Symptome, welche ich auf die Allgemeininfection beziehen zu müssen glaube, und das sind: die Schweisse, Appetitlosigkeit, die subjective Dispnoë, vor Allem die rapide Abmagerung. Die localen Symptome sind: der physikalische Befund, der Auswurf, der Husten, die Vitalcapacität, Respirationsfrequenz etc. —

Auf Grund dieser Erwägungen ging ich an meine therapeutischen Versuche mit Erwartungen heran, die sich von denen B.'s sehr wesentlich unterschieden. Und die Resultate, die ich bisher erreicht habe, scheinen in der That meinen Erwartungen Recht zu geben. Ich habe — wie ich nach dem oben Auseinandergesetzten kurz sagen darf — die allgemeinen Symptome sich unter der Arsenbehandlung bessern sehen, während ich eine wesentliche Veränderung der localen Symptome in den schweren Fällen, die die Mehrzahl meiner Beobachtungen bilden, vermisst habe. Bei Anwendung des As. hob sich zunächst in den meisten Fällen das subjective Befinden der Kranken ausserordentlich; sie wurden munterer, der Blick freier, Beklemmungsanfälle, die in zwei Fällen vorher regelmässig jeden Abend eingetreten waren, sah ich prompt verschwinden; das Fieber zeigte sich nur in einem Theile der Fälle, und auch da nur langsam und nicht sehr intensiv durch das Mittel beeinflusst. Die Schweisse schwanden regelmässig, und zwar meist noch in der ersten Woche der Behandlung. — Der Appetit wurde bis auf eine Ausnahme, in allen von mir selbst beobachteten Fällen, durch das Mittel auf das Vortheilhafteste beeinflusst, Patienten, die vorher Widerwillen gegen jede Nahrung gezeigt hatten, nahmen nach wenigen Tagen mit Vergnügen die kräftigsten Speisen, und dem entsprach denn auch in fast allen Fällen eine bedeutende Gewichtszunahme während der Behandlung. — Vollkommen ohne Einfluss auf das Befinden blieb die Medication nur in einem der von mir beobachteten Fälle. Derselbe war durch auffallenden Bacillenreichthum des Sputums ausgezeichnet. — Seit dem Abschluss der im Juli publicirten Fälle, hatte ich Gelegenheit, das Mittel in einigen leichten Fällen in der Privatpraxis anzuwenden. Die Patienten nehmen es gern, fühlen sich dabei wohler als vor der Medication, der Appetit hebt sich und das Körpergewicht nimmt zu. Aus derartigen Fällen ist natürlich Nichts zu schliessen, weil so leichte Fälle bei jeder Behandlung und auch ohne jede Behandlung derartige vorübergehende Besserungen zeigen. Ob solche Fälle durch As. wirklich geheilt werden können, darüber muss erst eine, der Zeit, wie der Zahl der Beobachtungen nach viel ausgedehntere Beobachtung Aufschluss geben. Zur prophylactischen Anwendung des Mittels bei bisher gesunden, aber hereditär disponirten Personen bin ich bisher nicht geschritten; von etwaigen Erfolgen könnte in derartigen Fällen natürlich auch bis jetzt Nichts zu constatiren sein. — Eigentliche Intoleranzerscheinungen habe ich nicht beobachtet, obgleich ich anfangs die Contraindicationen nicht beachtete, die ich jetzt aus theoretischen Gründen und auf Grund mir bekannt gewordener Erfolge Anderer aufstellen möchte. Es traten wohl öfters Durchfälle, auch Erbrechen ein, das mich zum Aussetzen des Mittels bewog, obgleich ein directer Zusammenhang mit der Medication nirgends nachzuweisen war. Ferner glaube ich beobachtet zu haben, und Andere bestätigen diese Beobachtung, dass bei Kranken, die in hervorragendem Maasse zu Blutungen disponirt sind, der Eintritt derselben durch das Mittel begünstigt wird. —

Auf meine Veröffentlichung folgte eine vorläufige Mittheilung Stintzing's aus der Münchener Klinik, die der Autor in jüngster Zeit durch eine ausführliche Veröffentlichung ergänzt hat: „Beiträge zur Anwendung des Arseniks bei chronischen Lungenleiden, insbesondere bei der Lungentuberculose. München 1883." — Ohne zu der Theorie B.'s Stellung zu nehmen, theilt der Vf. die therapeutischen Resultate mit, die er an 22 Lungenkranken mit der B.'schen Arsencur erzielt hat. Die Anwendungsweise war angeblich genau die von B. angegebene. Dem schien mir schon in der vorläufigen Mittheilung die Bemerkung zu widersprechen, dass der Lösung stets als Corrigens Aq. cinnamom. zu gleichen Theilen zugesetzt wurde. Eine richtig bereitete Lösung von Acid. arsenic. 1 : 2000 ist vollkommen geruch- und geschmacklos, bedarf also eines Corrigens nicht; will man dieselbe aber vollends — wie B. ausdrücklich vorschreibt und ich für wesentlich halte — in Milch oder Bouillon nehmen lassen, so dürfte sich der Zusatz von Zimmtwasser gewiss nicht empfehlen. In der zweiten Mittheilung findet sich denn auch die Angabe, dass die Lösung theils pure theils in Getränken gegeben wurde. Die Tagesdosis schwankte zwischen 2 und 10 mgr, und wurde immer in 3 Portionen verabreicht; für Fälle letzterer Art ergiebt sich daraus eine recht hohe Einzeldosis; ich habe niemals mehr als 2 mgr pro dosi gegeben. Welcher Art die Lösung war, mit der St. operirte, ist nicht ausdrücklich angegeben; es scheint aber, dass er die B.'sche Lösung angewandt und immer soweit verdünnt hat, dass das für den einzelnen Pat. bestimmte Tagesquantum in 100 Ccm Flüssigkeit enthalten war. Auf diese Weise hat St. allerdings eine noch verdünntere Lösung hergestellt, als B. und ich sie angewandt haben; er hat aber diesen Vorzug bei Weitem übercompensirt durch den Fehler, dass er seine Lösung pure nehmen liess. — Ich bin auf diese scheinbar kleinlichen Einzelheiten deshalb eingegangen, weil in ihnen vielleicht der Schlüssel liegt zum Verständniss der Abweichungen zwischen St.'s und meinen Resultaten. Darin stimmen wir überein, dass wir eine deutliche Beeinflussung des Localbefundes im Verlauf einer Behandlung von längstens 7 Wochen Dauer nicht gesehen haben. Im Uebrigen ergiebt sich aus den von St. mitgetheilten Krankengeschichten, dass von 16 von ihm mit As. behandelten theils mittelschweren theils schweren Phthisen keine einzige eine Besserung der Allgemeinsymptome erkennen liess. Der Appetit wurde nicht günstig beeinflusst, die Consumption nicht aufgehalten, die Wirkung auf die Schweisse war inconstant, eine solche auf das Fieber fehlte vollkommen, kurz — ein absolut negativer Erfolg, und St. selbst hebt noch hervor, dass es merkwürdig ist, dass von diesen 16 Fällen kein einziger eine spontane Besserung zeigte, wie sie doch sonst in dem wechselvollen Verlauf der Phthise oft genug vorzukommen pflege. St. hat also in Bezug auf die Allgemeinwirkung des As. das gerade Gegentheil von dem gesehen, was ich beobachtet habe. Wirkungen, die in allen meinen Fällen, im Krankenhaus sowohl wie in der Privatpraxis, mit absoluter Regelmässigkeit eingetreten sind, sind in St.'s Fällen absolut ausgeblieben. Dagegen hat er häufig Intoleranzerscheinungen beobachtet, die mir bisher fast nie vorgekommen sind. Unsere Ergebnisse widersprechen einander absolut. Den Grund hierfür weiss ich nicht anzugeben; ob eine Verschiedenheit des angewandten Präparats vorliegt, ob etwa hygienische oder öconomische Verhältnisse der Münchner Klinik die Schuld tragen, das kann ich nicht entscheiden. Die Versuche, unsere divergirenden Angaben zu vereinigen, die St. in seiner letzten Arbeit macht, kann ich nicht acceptiren. Er meint, ich hätte besonders die subjectiven Symptome berücksichtigt, und dahin rechnet er auch z. B. die doch sehr objectiv wahrnehmbaren Nachtschweisse und Appetitsteigerungen. Die Gewichtszunahmen, meint St., würden sich in meinen Fällen wohl schliesslich auch in Gewichtsverluste verwandelt haben, da ich selbst angebe, dass der anfangs rapiden Zunahme später ein relativer Verlust zu folgen pflege. Für meine im Juli publicirten Fälle gebe ich das und noch mehr zu, ich glaube sogar, dass die Mehrzahl derselben jetzt schon der Krankheit erlegen ist. St. vergisst aber, dass ich die Behandlung dieser Fälle nicht in der Hoffnung unternommen habe, sie zu heilen, sondern nur um zu prüfen, ob das As. auf sie überhaupt eine Einwirkung entfaltet und auf Grund dessen auch zur Anwendung in leichten Fällen sich eignet. Es stehen sich hier also zwei Beobachtungsreihen gegenüber, die zu gerade entgegengesetzten Resultaten geführt haben. Weitere Forschungen müssen lehren, welche von beiden der Wahrheit näher gekommen ist.

Bisher liegt in der Literatur nur noch eine Mittheilung über den Gegenstand vor, von Dr. Lindner in Ludwigslust[1]). Derselbe hat einer Anzahl von Phthisikern in seinem Krankenhause sowohl, wie in der Privatpraxis As. gegeben, und ist im Wesentlichen zu denselben Resultaten gelangt wie ich. L. hat denn auch seine Beobachtungen ausdrücklich als Bestätigung resp. Ergänzung meiner Versuche publicirt. Ich hoffe, dass die heutige Discussion Weiteres zur Klärung der Frage beitragen wird, und ich selbst bin durch die Freundlichkeit des Herrn Dr. Zadek in die Lage versetzt, ein ziemlich erhebliches neues Material heute beibringen zu können.

Herr Zadek hat meine Untersuchungen im jüdischen Krankenhause genau in der von mir geübten Weise fortgesetzt und theilt mir darüber Folgendes mit:

„Von den Kranken unsrer Abtheilung, über die Sie vor $^1/_2$ Jahr berichteten, habe ich 3 noch längere Zeit theils ambulant, theils im Hause beobachtet. Dazu kommen 16 neue ausgesprochene und 3 zweifelhafte Phthisen, dei denen Arsen in Anwendung kam.

Die Zeit der Beobachtung schwankt zwischen einigen Wochen und 6—8 Monaten, wenn ich von 4 Fällen absehe, in denen wegen Intole-

[1]) Diese W. 1883, S. 499.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ranzerscheinungen nach wenigen Tagen von der weiteren Darreichung Abstand genommen wurde.

Die Reaction gegen das Arsen war eine ausserordentlich verschiedene; während in vereinzelten Fällen schon nach minimalen Dosen (in 1 Fall 0,003) so starke Reizerscheinungen (Erbrechen, Husten) auftraten, dass das Mittel ausgesetzt werden musste, während in andern Fällen nach mehrwöchentlichem bis monatlichem Gebrauch profuse Diarrhöen oder durch die heftigen Hustenstösse begünstigte Hämoptoe das Fortlassen des Arsens erheischten, gab es andere Fälle, in denen es Monate lang unausgesetzt gereicht werden konnte, ohne dass auch nur das dabei so gewöhnliche Kratzen im Halse oder Vermehrung des Hustens oder der Stühle sich bemerkbar machte.

Unter den 19 neuen Fällen befanden sich 1 leichter, 7 mittelschwere, 11 schwere, von welch letzteren 4 starben.

Im Allgemeinen war die Dosirung und Art der Darreichung dieselbe wie früher, d. h. es wurde rasch bis zu 0,01 p. die angestiegen, 4 Wochen lang fortgegeben, dann 14 Tage lang pausirt, 14 Tage lang wieder gereicht u. s. f. Bei 3 Kindern wurde die tägliche Gabe auf 0,004 beschränkt, da bei 0,006 Erbrechen auftrat. In 2 Fällen wurde bis zu 0,016 p. die gestiegen und tage- bis wochenlang gut vertragen. Die einmalige Dose überschritt nie 0,002. Die grösste von einem Patienten verbrauchte Arsenmenge betrug 1,5 Gramm (in $7\frac{1}{2}$ Monaten).

Der Localbefund erfuhr unter der Arsen-Therapie keine wesentliche Aenderung; in einem Falle, bei dem Arsen mehrere Wochen nach der initialen Hämoptoe gereicht wurde, verschwand das anfänglich vorhandene spärliche Knisterrasseln in der einen Lungenspitze; in mehreren Fällen war eine Ausbreitung des bronchopneumonischen resp. ulcerativen Processes unverkennbar.

Die auffälligste und schnellste Veränderung war nach wie vor die Besserung des Appetits, das daraus sich ergebende subjective Wohlbefinden und die Gewichtszunahme. Von den 15 Patienten, die wochen- bis monatelang Arsen nahmen, blieb nur bei Einem, bei dem die Nahrungsaufnahme durch schwere ulcerativ-entzündliche Larynxaffection behindert war, die Appetit- und Gewichtszunahme aus. In den übrigen (14) Fällen betrug die Gewichtszunahme $\frac{1}{2}$—7 Kilo (in 10 Fällen über 2 Kilo, in 4 über 5 Kilo bei einem Arsen-Consum von 0,3—0,6 innerhalb 2—4 Monaten).

Im Allgemeinen war die Zunahme am stärksten in den ersten Wochen der Arsenbehandlung, in einzelnen Fällen trat sogar später relative Abnahme ein. Doch war meist auch später, wo das Mittel in 14tägigen Intervallen gereicht wurde, eine Zunahme während des Gebrauchs, ein Gleichbleiben resp. Sinken des Gewichts während des Nichtgebrauchs vorhanden, so dass es keinem Zweifel unterliegen kann, dass dem Arsen die Gewichtszunahme zuzuschreiben war.

Bei einem geringen Theil der Patienten trat nach längerem Arsengebrauch bedeutende Verringerung des Hustens und Auswurfs ein, in der Mehrzahl wurde ersterer wenigstens dadurch vermehrt.

Eine Aenderung im Bacillenreichthum des Sputums habe ich nicht constatiren können.

Fieberfreie Patienten blieben fieberfrei; ein Theil, der mit Fieber hereinkam, entfieberte nach Tagen bis Wochen, ohne dass ich gesonnen bin, dies dem Arsen zuzuschreiben; intermittirendes Fieber wurde nicht beeinflusst, doch war der unverändert gute Appetit bei einer Hectica mit Differenzen von 2—4° zwischen Morgen- und Abendtemperatur sehr auffällig. In einzelnen Fällen schien die abendliche Exacerbation während des Arsengebrauchs gesteigert.

Die Nachtschweisse liessen in einer Reihe von Fällen nach.

Vermehrung der Stühle trat in den meisten Fällen ein, in einzelnen Fällen in excessivem Maasse, so dass Opiate und Styptica in Anwendung kamen.

Um zu entscheiden, wie viel von der Aufbesserung des Allgemeinbefindens auf Rechnung des Arsens zu setzen ist, habe ich in den meisten Fällen das Arsen erst nach ein- bis mehrwöchentlichem Aufenthalt im Krankenhause gereicht und die Gewichtsveränderung während dieser Zeit verglichen mit derjenigen während der späteren Arsendarreichung. Ferner habe ich nach längerem Arsengenuss wochen- und monatelang die sonst üblichen Nutrientia und Roborantia reichen lassen (Ol. jecoris Aselli, Chinin, Liq. Ferri albuminati) und auch während dessen regelmässig wöchentliche Wägungen vorgenommen. In vielen Fällen trat auch hierbei Gewichtszunahme ein, ohne indess annähernd so hohe Zahlen zu erreichen."

Soll ich zum Schluss nochmals mein persönliches Urtheil abgeben, so muss ich sagen, dass die Fälle, die ich seit meiner Publication noch in der Privatpraxis beobachtet habe, meine damals geäusserten Anschauungen nur bestätigt haben. Das vorliegende Material ist natürlich viel zu klein, um in einer so hochwichtigen Frage schon ein abschliessendes Urtheil zu gestatten. Was bisher vorliegt sind nur Vorarbeiten, die den in grösstem Maassstabe auszuführenden Versuchen der Kliniker und vor Allem der Privatärzte erst einen sicheren Boden schaffen sollten. Soviel glaube ich aber heute als meine vorläufige Ansicht aussprechen zu können. 1) Das Arsen scheint auf die Gesammternährung und den allgemeinen Krankheitszustand der Phthisiker einen sehr heilsamen Einfluss auszuüben. 2) Ein Versuch seiner Anwendung in der von Buchner vorgeschlagenen Form scheint indicirt in allen den Fällen phthisischer Erkrankung, in denen keine besondere Contraindication vorliegt. 3) Eine Contraindication bildet: 1) Idiosynkrasie gegen das Mittel, die hin und wieder vorkommt. 2) Hervorragende Neigung zu Blutungen. 3) Organische Erkrankungen des Intestinaltractus, also auch die Darmtuberculose. 4) Nierenerkrankungen, durch welche die regelmässige Ausscheidung des Giftes aus dem Körper erschwert wird.

Die Discussion über den Vortrag des Herrn Kempner wird auf die nächste Sitzung vertagt.

Herr P. Guttmann: stellt den Antrag, den Vortrag des Herrn Kempner erst im Druck erscheinen zu lassen, nachdem die Discussion über denselben stattgehabt, und auch die gegentheiligen Anschauungen zum Ausdruck gekommen sind. Die Veröffentlichung des Referates ohne eine sich daran anschliessende Discussion könnte für weitere Kreise den Anschein erwecken, als ob in demselben die unbestrittene Anschauung des Vereins enthalten sei.

Herr Leyden: kann sich diesem Vorschlage nicht anschliessen, weil einmal seitens des Vereins nur der Abdruck des officiellen Protokolles, nicht aber die Berichterstattung in anderen Zeitschriften unterdrückt werden könne, dann aber auch darin eine Ungerechtigkeit gegen den Vortragenden liege, dem es ja freigestanden hätte, sein Referat jeden Augenblick vorher zu publiciren. Herr Leyden hält es vielmehr für ausreichend, wenn die Bemerkung des Herrn P. Guttmann zu Protokoll genommen wird.

Herr Kempner: hält es für unnöthig, seinem Referate gegenüber zu so ausnahmsweisen Vorsichtsmassregeln zu schreiten, zumal der grössere Theil seiner Ausführungen bereits in der Berliner Klinischen Wochenschrift abgedruckt und damit den weitesten Kreisen der Oeffentlichkeit übergeben ist.

Herr Fräntzel: schliesst sich den Ausführungen des Herrn Leyden an, mit dessen Vorschlag sich auch Herrn P. Guttmann einverstanden erklärt.

Schluss der Sitzung.

VII. P. B. Die Verhandlungen der Berliner medicinischen Gesellschaft in ihren letzten beiden Sitzungen.

Wir bringen heute den Schluss unseres Berichtes über die Verhandlungen, welche in dem Schoosse der Berliner medicinischen Gesellschaft soeben stattgefunden und, ausgehend von den bekannten Verordnungen der Badischen Regierung schliesslich fast alle grossen Fragen der Zukunft des ärztlichen Standes in den Bereich der Discussion gezogen haben.

Der Mangel an Raum zwingt uns, darauf zu verzichten, schon heute eine eingehende kritische Darlegung der wichtigen Erörterungen zu geben, denen wir beigewohnt haben. Wir bedauern dies einerseits allerdings, da z. B. die uns soeben zugekommene Nummer der Berl. kl. Wochenschrift einige von Herrn Ewald verfasste Bemerkungen über die Verhandlungen enthält, denen gegenüber eine Richtigstellung dringend geboten wäre. Indessen kommt dieselbe auch noch in unserer nächsten Nummer zeitig genug, und inzwischen wird jeder Leser dieses eigenthümlichen Elaborats, der dasselbe, es mit dem Originalbericht vergleichend, prüft, sofort erkennen, dass jener Artikel durch gänzlichen Mangel an Verständniss für die in der medicinischen Gesellschaft verhandelten Fragen, sowie durch vollständiges Fehlen jeglicher Sachkenntniss auf diesem Gebiete sich auszeichnet.

Inzwischen constatiren wir, dass der zweite Tag der Debatten zu einem Resultate geführt hat, wie es so günstig nicht zu erwarten war. Die erste Fassung des von dem Vorstande gestellten Antrages war zweifellos keine glückliche. Der Antrag musste daher auch von denen bekämpft werden, die grundsätzlich mit mehreren Mitgliedern des Vorstandes über den Charakter der für den ärztlichen Stand wünschenswerthen Organisation übereinstimmen.

Dem Vorstande der medicinischen Gesellschaft ist nun aber aufrichtiger Dank dafür zu zollen, dass er nach genommener Einsicht, ohne irgendwie den von ihm seiner Majorität nach vertretenen Principien etwas zu vergeben, eine andere Form gefunden hat, die es ermöglichte, dass alle Diejenigen dem neuen Antrage zustimmen konnten, welche bei Wahrung der Freiheit des ärztlichen Berufes die feste Ueberzeugung hegen, dass eine Organisation unseres Standes durch eine staatlich anerkannte Aerzte-Ordnung in seinem eigenen Interesse nothwendig ist.

Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

VIII. P. B. Parlamentarisches. Seit dem 1. Februar verhandelt das preussische Abgeordnetenhaus über den Etat des Kultusministeriums und speciell auch über den der Universitäten. Wir begnügen uns heute damit, zuvörderst der allgemeinen Anerkennung zuzustimmen, die der trefflichen Haltung unseres Kultusministers Seitens Aller zu Theil wird, denen die Pflanzstätten deutscher Wissenschaft, und die Förderung derselben am Herzen liegen. Gerade die Medicin kann der freien Bewegung nicht entbehren, und es ist ein nicht weniger als erbauliches Schauspiel, dass die Herren Windhorst und Reichensperger, um nur einige Namen zu nennen, die Mittelchen wieder empfehlen, welche die medicinischen Facultäten der romanischen Völker zu einem so offenbaren Ruin führten, dass man sich in neuerer Zeit selbst in Frankreich bemüht, unsere deutschen vom Centrum so bemängelten Einrichtungen aufzunehmen.

Die Frage des Frühschoppens und der Duelle nahm in der Debatte einen grossen Raum ein, und die Vertreter des Centrums konnten es sich nicht versagen bei der krassen Darstellung der Gemeingefährlichkeit des ersteren, dem deutschen Verein gegen den Missbrauch der geistigen Getränke einen Seitenhieb zu versetzen, der freilich von dem Abgeordneten Graf in wirksamster Weise parirt wurde. Letzterer hob alsdann mit vollem Recht die Nothwendigkeit hygienischer Institute hervor. Er beklagte es,

dass in dem Etat der übrigen Universitäten eine Position nicht eingesetzt sei, die er zu seiner grossen Freude in dem Etat der Universität Göttingen finde, die Position für ein Institut für medicinische Chemie und Hygiene. Seitdem die Reichsgesetzgebung das Examen in der Hygiene für obligatorisch erklärt habe, trete an alle Universitäten die Verpflichtung heran, auch ihren Studenten Gelegenheit zu geben, sich in diesem Fache genügend auszubilden. Aber nicht nur der äussere Grund des Examens dränge zur Befürwortung der Einführung der Position an den andern Universitäten, sondern namentlich die materielle Seite der Sache. Es handelte sich hierbei um die bis jetzt sehr mangelhafte Ausführung des Nahrungsmittelgesetzes, für die es aller Orten an geeigneten Sachverständigen fehle, und wenn von den practischen Aerzten verlangt werde, dass dieselben ihre Thätigkeit auf die Fürsorge für die öffentliche Gesundheitspflege richten sollen, müsse vor allen Dingen Gelegenheit gegeben sein, sich in derselben gründlich auszubilden: deshalb wünsche er, dass der Etat recht bald bei allen Universitäten diese Position bringen möge.

Wir bedauern, dass Herr Virchow diesen Ausführungen nach dem Bericht der Kölnischen Zeitung in folgender Weise wenigstens theilweise widersprach:

In Bezug auf die Gründung einer neuen Stelle für medicinische Chemie und Hygiene muss ich sagen, dass wir an den Facultäten ein klein wenig anders über Hygiene denken als die Herren draussen; nach unserer Meinung sind sowohl die Hygiene als die gerichtliche Medicin angewandte Wissenschaften, welche weder selbstständige Methoden noch selbstständige Objecte der Untersuchung haben. Wer auf einmal alle verschiedenen in der Hygiene nöthigen Dinge, die Analyse der Nahrungsmittel, die Lufthygiene, die Wasserhygiene, Bakterienkunde u. s. w. in einem Colleg über Hygiene lernen wollte, würde ein sonderbarer Künstler werden. Dazu ist auch kein Bedürfniss vorhanden, denn er kann alle diese Dinge an der Stelle lernen, wo sie eben gelehrt werden, und zwar besser als in dem losgelösten Zustande, in dem sie sich in einem Colleg über Hygiene befinden würden. Je mehr die Staatsregierung die wissenschaftlichen Institute, welche gewissen wirklich wissenschaftlichen Disciplinen dienen, erweitert, um so weniger ist das Bedürfniss vorhanden, Lehrstellen für blos angewandte Disciplinen in der Vollständigkeit zu schaffen, wie sie beim Fehlen aller anderen Institute nöthig wären. Gegen das Göttinger Institut habe ich deshalb nichts einzuwenden gehabt, weil es eine Einrichtung für medicinische Chemie ist. Ich bin aber überzeugt, dass, wenn man an den anderen Universitäten die verschiedenen wissenschaftlichen Institute in gebührender Weise durchbildet, das Bedürfniss für die hygienischen Institute ein sehr mässiges sein wird.

Sehr erfreulich ist uns dagegen die Darlegung, die zu diesem Punkte der Minister v. Gossler gab:

In Bezug auf die Errichtung eines Lehrstuhls für Hygiene oder vielmehr für medicinische Chemie in Göttingen stehe ich mit meinen Anschauungen in der Mitte zwischen denen der Herren Dr. Graf und Dr. Virchow. Herr Virchow hat allerdings darin recht, dass die medicinische Chemie, oder mag man es auch Hygiene nennen, eine angewandte Wissenschaft ist, und dass die Methode und auch die in Betracht kommenden Objecte sich auch in andern Collegien mehr oder minder beschränkt und zufällig vorfinden; indessen ich glaube, der Einspruch des Herrn Virchow geht doch nicht so weit, als dass er nicht die Nützlichkeit eines derartigen Collegs anerkennen könnte, denn wie ich schon andeutete, sind diese Objecte und diese Untersuchungsmethoden auf eine Fülle von grösseren Instituten und Collegien vertheilt, und ich glaube, es ist ganz nützlich, alle diese Methoden und Objecte nach einer bestimmten Richtung zu concentriren. Wenn nunmehr in der Prüfungsordnung für die Aerzte die Hygiene als Examengegenstand eingeführt worden ist, müssen wir uns doch eigentlich fragen: wie kommen die einzelnen jungen Leute dazu, sich über die hygienischen Probleme ein Urtheil zu verschaffen? Das können sie meines Erachtens nur, wenn sie die verschiedenen Beziehungen, die ihnen in verschiedenen Collegien zum Theil schon entgegengetreten sind, wieder zusammenfassen, und dann bleibt dort eine grosse Masse von Gegenständen übrig, die heute wenigstens in keinem Colleg gelesen werden, z. B. die Wohnungsfrage. Ich möchte auch billig zweifeln, ob die Nahrungsmittel, die Luft- und Bodenbeschaffenheit jetzt überall in ausreichender Weise zur Erörterung kommen. Ich erkenne ja die Gefahren, die darin liegen, dass sich der Begriff der Hygiene, soweit sie ein lehrhaftes Object ist, noch nicht klar herausgestellt hat, vollkommen an; ich kann aber doch um dieser Schwierigkeit willen nicht müde werden zu versuchen, auf diesem Gebiete die Schritte zu thun, die andere Staaten bereits gethan haben, meines Erachtens mit sehr gutem Erfolg. Ich will Sie hier mit meinen Zukunftsplänen nicht behelligen, aber ich halte in der That dafür, dass in der Art und Weise, wie das Reichsgesundheitsamt thätig ist, noch auf andern Gebieten der Hygiene mit grossem Erfolge gearbeitet werden könnte, und ich kann mir sehr wohl noch eine Organisation denken, die nicht blos in einfacher Lehrhaftigkeit ihren Abschluss findet, sondern auch die Möglichkeit gewährt, durch selbstständige Forschung auf diesem unserer allgemeinen Wissenschaft neuen Boden Erfolge zu erzielen. M. H., Sie sollten auch daran denken, was man von unseren Medicinalbeamten verlangt? Alles mögliche, aber nicht alles von dem, was von ihnen verlangt werden muss, haben sie gelernt, sie müssen sich später, wenn ich so sagen darf, manches erst zusammensuchen. Es wäre gut, wenn derjenige Student, der vielleicht die Absicht hat, später Staatsmedicinalbeamter zu werden, schon auf der Universität die Anregung findet, sich mit der Wohnungsfrage, Wasser, Luft und Erde zu beschäftigen und sich klar zu machen, wie diese verschiedenen Gegenstände auf unsere öffentliche Gesundheit einwirken, und man kann, glaube ich, ein sehr guter Mediciner sein und hat doch die Anregung dafür aus dem Universitätsleben nicht mitgebracht. Später das alles durch eigene Anschauung und Erfahrung zu lernen, ist vielleicht für manchen zu schwierig und er hat auch nicht die Zeit dazu in seiner Praxis. Also es liegt meines Erachtens ein ganz gesunder Kern in diesem Vorgehen seitens der Unterrichtsverwaltung. Ich will nicht sagen, ich bin schon ganz sicher über alle Ziele, die vor Augen stehen, aber ich glaube, der Anfang verdient schon Anerkennung, und wenn die Wünsche, die ich im Herzen trage, in Erfüllung gehen, so wird das meines Erachtens dem Vaterlande nicht zum Schaden gereichen. (Lebhafter Beifall.)

Hiernach darf man sich der Hoffnung hingeben, dass die preussische Regierung damit vorgehen wird, die für Göttingen getroffene Einrichtung, durch welche sie sich den wohlverdienten Dank Aller verdient hat, denen die Gesundheitspflege am Herzen liegt, nach und nach auch den übrigen Universitäten Preussens zu Theil werden zu lassen.

Von kaum geringerer, wenn auch nicht so augenfälliger Bedeutung waren die Bemerkungen über die Stellung der Universitätslehrer, und in besonderem der ausserordentlichen Professoren.

Wir halten es aber für eine Pflicht der Loyalität, bezüglich dieses Theiles der Verhandlungen des Abgeordnetenhauses die stenographischen Berichte abzuwarten, ehe wir demselben näher treten.

IX. P. B. In der neuesten Nummer der Berliner klinischen Wochenschrift findet sich in der Rubrik: „Tagesgeschichtliche Notizen", ein Hinweis auf die neue französische Wochenschrift Comptes rendus générales, dessen wir nicht erwähnen würden, da wir des dankenswerthen Unternehmens schon vor Wochen gedacht haben, enthielten die wenigen Zeilen nicht eine bemerkenswerthe Unrichtigkeit. Es heisst dort nämlich, die erste Nummer berichte „neben verschiedenen Pariser Gesellschaften u. A. über die Sitzung des Vereins der inneren Medicin zu Berlin vom 17. December 1883, in welcher Herr Becker die Osteomyelitis-Micrococcen demonstrirte".

Die Redaction der Comptes rendus générales ist aber loyal genug gewesen, ausdrücklich zu erklären, dass sie nicht den in der betreffenden Sitzung gehaltenen Vortrag des Herrn Becker, sondern die vorläufige Mittheilung des Herrn Director Dr. Struck über die Osteomyelites-Micrococcen in No. 46 des Jahrgangs 1883 der Deutschen medicinischen Wochenschrift wiedergebe.

Wir haben schon darauf aufmerksam gemacht, dass man in Deutschland dergleichen publicistische Pflichten nicht zu kennen scheint, wobei wir ausdrücklich hervorheben wollen, dass die Wiener medicinische Wochenschrift, wie von einem so hervorragenden Organe zu erwarten war, auch in dieser Beziehung eine, ihrem wohlbegründetem Rufe entsprechende Ausnahmestellung einnimmt.

Dass die Berliner klinische Wochenschrift aber soweit geht, selbst den ausdrücklichen Hinweis der Comptes rendus générales, auf den Artikel der Deutschen medicinischen Wochenschrift zu unterdrücken, charakterisirt zur Genüge die Redaction eines Blattes, dessen jetziger Herausgeber am 25. April 1881 das Versprechen ablegte, es solle „ein getreuer und objectiver Spiegel der Tagesereignisse, fern von allen Persönlichkeiten", sein.

X. P. B. Das Frerichs-Jubiläum wird schon jetzt durch eine Reihe von Kundgebungen und Mittheilungen eingeleitet, die davon Kunde geben, mit wie lebhaftem Interesse man in und ausser Deutschland dem Ehrentage des berühmten Klinikers entgegen sieht.

Die Russische Regierung hat ihren Dank für die Förderung, welche die Medicin in dem weiten Reiche des Czaren dadurch erfahren hat, dass überaus zahlreiche junge russische Aerzte in Frerichs Klinik zu Breslau, wie Berlin ihre letzte Ausbildung empfingen, durch die Verleihung eines ihrer höchsten Orden, des Stanislaus I. Cl. schon jetzt zu erkennen gegeben, und wie aus Rom gemeldet wird, ist eine ähnliche Auszeichnung Seitens der Regierung des Königs Humbert mit Bestimmtheit zu erwarten. Nicht minder hoch schlagen wir es an, dass der Vorstand

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Congresses der innern Medicin nunmehr endgiltig beschlossen hat, die diesjährige Jahresversammlung desselben in Berlin stattfinden zu lassen, sodass Herr Frerichs den Tag, an welchem er vor einem Vierteljahrhundert zur Nachfolge eines Schönlein berufen wurde, im Kreise seiner hervorragendsten Schüler feiern wird.

XI. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 30. Januar 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

1. Herr Worms stellt einen Fall von Hautemphysem vor. Patientin, ein 7jähriges Mädchen, ziemlich schwächlich, welches, abgesehen von einem chronischen Bronchokatarrh, an dem es seit fünf Jahren leidet, sich bis vor 8 Tagen wohlgefühlt hat, klagte über Hautschmerzen. Am folgenden Tage trat reichlich und oft Erbrechen auf. Am 25. Abends bemerkte die Mutter eine grosse Geschwulst, die sich über den ganzen Rumpf verbreitete. Vortr. fand diese Angabe bestätigt. Es bestand eine Hautgeschwulst, die beim Palpiren ein Knistern zeigte, wie wenn man auf halbgefrorenen Schnee tritt. Ausserdem hatte man in der Gegend des Pectoralis major rechts ein luftkissenartiges Gefühl. Was die Aetiologie anlangt, so glaubt Vortr. die Brechbewegung verantwortlich machen zu müssen. Es bestand ausserdem heftige Dyspnoe, verbunden mit Angstzustand und sehr frequentem Puls.

2. Fortsetzung der Discussion über den Antrag des Vorstandes:

Die Berliner medicinische Gesellschaft wolle erklären: „Eine disciplinare Beaufsichtigung der Aerzte Seitens des Staates liegt weder in dem Wunsch der Aerzte noch im Interesse des Publicums. Wir müssen uns daher mit aller Entschiedenheit gegen Bestimmungen aussprechen, wie sie die Verordnung vom 6. December 1883 für Baden einführt."

Infolge verschiedener inzwischen gepflogener Verhandlungen hat sich der Vorstand bewogen gesehen, eine veränderte Fassung vorzuschlagen. Dieselbe lautet:

„Eine disciplinarische Beaufsichtigung der Aerzte Seitens des Staates liegt weder im Interesse des Publicums noch in unserem Wunsche. So freudig wir eine staatlich anerkannte Vertretung des ärztlichen Standes begrüssen würden, müssen wir uns doch mit aller Entschiedenheit gegen den Erlass von Bestimmungen in Preussen aussprechen, wie sie durch die Verordnung vom 6. December für Baden eingeführt sind."

Zur Motivirung dieser veränderten Fassung erhält das Wort:

Herr B. Fraenkel: M. H.! Zwischen unserer vorigen Sitzung und der heutigen liegen Verhandlungen, die im Schoosse der Bezirksvereine und des Central-Ausschusses derselben gepflogen worden sind, und ich beschränke mich bei dem mir jetzt gewordenen Wort nur darauf, diese Verhandlungen hier zu recapituliren. Soweit ich gehört habe, sind sämmtliche Bezirksvereine in dieser Woche zusammengetreten, und haben zwei derselben, die Königstadt und der Verein der Aerzte der Friedrichstadt, sich auf den Boden unserer Resolution gestellt. Die anderen Bezirksvereine haben mehr oder minder abweichende Beschlüsse gefasst, aber dieselben weichen in der Sache weniger von uns ab als in der Form. Ich selbst war als Vorstandsmitglied dieser Gesellschaft gestern in den Central-Ausschuss geladen, ich habe den Verhandlungen desselben mit angewohnt und habe es übernommen, dem Vorstand in einer heute anzuberaumenden Sitzung und der Gesellschaft die im Central-Ausschuss ausgesprochenen Wünsche mitzutheilen.

Auch im Central-Ausschuss war man, soviel ich gesehen habe, vielleicht gegen eine mir nicht ganz klar gewordene Stimme, der Ansicht, dass eine Annäherung des ärztlichen Standes an das Beamtenthum, wie es eine disciplinarische Beaufsichtigung mit sich bringt, unzulässig sei. Dagegen wünschte man, dass die B. M. G. aus der Reserve, in der sie sich befand, heraustrete und statt des Negativen, welches unsere vorige Resolution enthielt, etwas Positives ausspreche. Man glaubte, dass der Umstand, dass der Vorstand der B. M. G., wie dies absichtlich geschehen ist, sich in der Negative gehalten hatte, so gedeutet werden könnte, als wenn die Gesellschaft die positive Seite der Frage des Erlasses von Bestimmungen über eine staatlich anerkannte Vertretung der Aerzte perhorrescire. Das ist, so viel ich übersehen kann, in der Gesellschaft nicht der Fall, sicher nicht im Vorstande. Der Vorstand hat deshalb beschlossen, wenn die Gesellschaft dies wünscht, diese positive Seite der Frage zum Ausdruck zu bringen.

Dann ist gesagt, dass die Gesellschaft nicht das Recht habe, im Namen der Aerzte zu sprechen, wir haben deshalb vorgeschlagen: „es liegt in unserem Wunsche".

Drittens ist gesagt, dass unserer Gesellschaft eine Resolution vorliege, die, wenn auch indirect, einen Tadel gegen die badischen Aerzte enthalte. Nun liegt es der Gesellschaft in der That fern, die badischen Aerzte tadeln zu wollen. Ich habe in meinem Referat auseinandergesetzt, dass es uns überhaupt fern liegt, zu untersuchen, ob durch die betreffenden Verordnungen ein Fortschritt oder ein Rückschritt in Baden angebahnt worden ist. Wir wollen uns auf den Boden unserer Verhältnisse stellen und untersuchen, ob solche Bestimmungen für uns annehmbar sind oder nicht; wir fürchten, dass sie als Beispiel benutzt werden möchten, und deshalb sind wir ihnen nahegetreten. Nichtsdestoweniger ist die jetzige Fassung so eingerichtet, dass auch das darin zum Ausdruck kommt. Wir sagen: „Wir müssen uns mit aller Entschiedenheit gegen den Erlass von Bestimmungen in Preussen aussprechen, wie sie durch die Verordnungen vom 6. und 11. December für Baden eingeführt sind."

Viertens war im Central-Ausschuss der Wunsch vorhanden, dass wir die Beschlüsse des X. Deutschen Aerztetages in der Resolution erwähnen möchten. Da stehen wir vor der Frage, ob wir über diese Beschlüsse in der Gesellschaft debattiren sollen oder nicht. Der Vorstand kann nicht übersehen, wie die Mitglieder sich zu dieser Frage stellen. Wir haben es daher vorgezogen, ohne uns für oder gegen diese Beschlüsse auszusprechen, einen solchen Passus wegzulassen, da die Nothwendigkeit darüber zu verhandeln, nicht vorliegt. Ich wiederhole aber, dass daraus nicht der Schluss gezogen werden kann, als wenn der Vorstand oder die Gesellschaft sich dagegen aussprechen wolle.

Herr Jacusiel: M. H.! Ich befinde mich dem Gehörten gegenüber in einer verzwickten Lage: Ich bin hierhergekommen, um den Antrag des Vorstandes voll und ganz zu befürworten und erkenne jetzt, dass sich der Antrag ganz umgebogen hat, dass daraus etwas Anderes und ganz Entgegengesetztes geworden ist, als was man uns das vorige Mal vorlegte. Ich würde bitten, den heutigen Antrag des Vorstandes abzulehnen, und den Antrag, den er das vorige Mal gestellt hat, als den meinigen zu betrachten und womöglich anzunehmen.

Es sind bisher in der Discussion zwei Gesichtspunkte herangezogen, die sowohl berechtigt als nothwendig sind für die Beurtheilung des Standpunktes, den wir gegenüber dem früheren Antrage des Vorstandes einzunehmen haben, es ist das der grundsätzliche Standpunkt und der gelegentliche Standpunkt. Was ersteren anbetrifft, so sind zwei Richtungen in der Aerztewelt vorhanden, die eine ist diejenige, welche vertreten wird von den Herren, die Disciplinarordnung, Aerztekammern, Ausschüsse und dergl. als wünschenswerth betrachten und, wo sie ins Leben treten, freudig begrüssen. Es sind das nach meiner Erfahrung diejenigen, die entweder beamtete Aerzte sind oder Directoren, Leiter oder Angestellte in grossen Krankenhäusern, oder vermöge besonderer Fähigkeiten und Neigungen Delegirte vielfacher Vereinstage, Centralausschüsse und Ehrenräthe, endlich Zeitungsredacteure und das Gros von Aerzten, die sich über dergleichen Dinge den Kopf nicht zerbrechen und der Meinung ihrer jeweiligen Freunde unbedingt Heeresfolge leisten. Diese Herren begrüssen natürlich die Landesherrliche Verfügung von Baden mit vieler Freude, denn ihr Ideal wäre, wenn die berliner Aerzte nach Alter und Anciennität numerirt, nach Verdienst mit Knopf oder Tresse am Rock oder Wagenschlag geschmückt würden. Ihnen gegenüber steht die Reihe derjenigen Aerzte, auf welche mit vielem Fug die Gewerbeordnung passt. Es sind das die Aerzte, welche ich vorzugsweise practische nennen möchte, die jenen an wissenschaftlichem Eifer und Berufstreue nicht nachstehen, aber daneben, sei es aus Neigung, ihre Kenntnisse und ihr Wissen in die Praxis zu übertragen, sei es in einer gewissen materiellen Zwangslage mit ihrem Wissen und Können einen Erwerb suchen. Diese haben natürlich vor Allem die Frage zu erörtern, wie hast Du Dich zu stellen, um dem Erwerb am ungehindertsten nachgehen zu können.

Meiner Ueberzeugung nach giebt es nun eine grosse Reihe von Aerzten, und ich hoffe, es ist die Majorität unter uns, die sagen: die Verhältnisse in Preussen sind geradezu ideale. Der practische Arzt in Preussen kann in den weitesten Schranken dem Erwerb nachgehen und wird in nichts gehindert. Der preussische Arzt und der Staat leben wie zwei Brüder oder Ehegatten, die einander das ganze Jahr nicht sehen. Ein solches Verhältniss ist ein durchaus gutes, ja es lässt sogar gelegentliche Zärtlichkeiten zu. Ich habe immer gefunden, wenn die Polizei zu uns sagt: Ihr müsst uns eine Impfanzeige oder dergl. machen, so sagen wir immer: mit Vergnügen, liebe Polizei, und wenn wir zu der Polizei kommen und gewisse Dinge befürworten, so wurde uns gesagt: mit Vergnügen, lieber Herr Doctor. Es wäre nun unbegreiflich, wenn diese Kategorie von Aerzten den Wunsch haben sollte, dass irgend ein dritter Factor sich zwischen sie und ihren besten Freund der Staat stellt. Es wäre nicht zu glauben, dass dieser dritte Factor ihnen irgend einen Vortheil zu schaffen im Stande wäre, ohne ihnen mindestens dafür einen grösseren Nachtheil aufzuhalsen, und diese Nachtheile fürchten sie ja, sie fürchten Sie, Danaer, grade am meisten, wenn Sie Geschenke bringen! Sie wollen davon nichts wissen, und wenn sie in gewissen Dingen, z. B. bei dem Central-Ausschuss und den collegialen Vereinen Jenen entgegengekommen sind, so haben sie nicht geglaubt, dass man dies als die Vorstufe für die staatliche Verordnung betrachten würde, sie haben sie Ihnen gleichsam als Fontanelle gelegt für Ihre legislatorischen Bestrebungen. Sie würden Ihnen feindlich gegenübertreten, wo man das, was man zugelassen hat, ausbeuten wollte, um zu einer staatlichen Organisation des ärztlichen Gewerbes zu gelangen. Wir würden das betrachten und betrachten es schon als absolut reactionäre Bestrebung. Es würde dasselbe sein, als wenn Gevatter Schneider und Handschuhmacher das alte Zunft- und Innungswesen wieder anstreben, und die Aerzte verstehen von diesen Dingen noch nicht einmal so viel, denn sie sind jünger in der Politik, als Gevatter Schneider und Handschuhmacher.

Einen Vortheil versprechen wir uns also davon nicht, und einen Nachtheil gewärtigen wir auf alle Fälle. Es handelt sich nun darum, noch eins grundsätzlich zu untersuchen, was Sie ja auch heranziehen wie das Publikum sich dazu verhält; es giebt ja vielleicht Leute, die die Humanität gegen das Publikum extra gepachtet haben. Welches Publikum meinen Sie nun? Meinen Sie das intelligente Publikum aller Lebensstellungen, so bin ich der Ansicht, dasselbe macht es mit dem Arzt wie mit dem Kaufmann und dem Handwerker, es sucht den reellen Kaufmann, den reellen Handwerker u. s. w. und auch den Arzt, der ihm reell dient in den Grenzen eines berechtigten Eigennutzes. Meinen Sie das unintelligente Publikum, welches gleichfalls in allen Schichten des Volkes vorhanden ist, so bedenken Sie, dass Sie mit der Dummheit den Kampf aufnehmen, und, da Sie doch noch nicht Götter sind, diesen Kampf nicht mit Ehren bestehen werden. Die Dummheit machen Sie sich nur zum Feinde, denn sie wird nach wie vor Homoeopathen, Kurpfuscher, alte Weiber und Schäfer aufsuchen, vielleicht in erhöhtem Maasse, weil es dann eine verbotene Frucht sein dürfte, und sie wird Sie als Gegner betrachten, die ihr die Quellen verstopfen, aus denen sie bisher ihre medicinische Pflege erhalten hat.

Der dritte Punkt ist der, dass Sie besondere Hüter der ärztlichen Ehre, der collegialen Ehre wollen. Wenn Sie glauben, dass eine Aerzteordnung irgend welcher Art, mit oder ohne Staat, nothwendig ist für die Wahrung und Hebung der Ehre des ärztlichen Standes, dann, m. H.! mussten Sie mindestens erst einmal den Nachweis führen, dass die Ehre des ärztlichen Standes jetzt gefährdet ist, dass sie im Nachtheil ist gegenüber anderen Ständen, gegenüber Schneidern und Schuhmachern, gegenüber Officieren und Rechtsanwälten, welch' letztere Ehrengerichte besitzen. Sie müssten den statistischen Beweis liefern — und ich müsste mich irren, wenn nicht hier aus Ihren Reihen ein Königlich preussischer Statistiker, Herr Guttstadt eintreten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

könnte — Sie müssten den statistischen Beweis liefern, dass unter uns mehr Spitzbuben sind als unter Officieren und Rechtsanwälten, unter Schneidern und Schuhmachern. Ich glaube, der Beweis ist nicht erbracht, und es wird schwerfallen, ihn zu erbringen. Oder wenn Sie sagten, was mir nahezu unglaublich erscheint, dass die ärztliche Ehre überhaupt ein Ding sui generis wäre, so müssen Sie auch erst den Beweis erbringen. Ich halte dafür, alle Deutsche, incl. die Aerzte, von Memel bis Baden — und Baden gehört ja auch noch zu Deutschland, wie Herr Rintel sagte — haben die gleiche Ehre, und ich meine, dass zur Wahrung der Ehre unsere Gesetze im vollsten Maasse ausreichend sind, für alle Stände in gleichem Maasse.

Ich meine gezeigt zu haben, dass grundsätzlich nicht allein ich, sondern, wie ich glaube, ein grosser Theil, und ich hoffe die Majorität der practischen Aerzte, gegen alle Maassregeln sind, die dahin tendiren, die jetzigen Zustände insofern zu verändern, als aus uns als frei Erwerbenden etwas wird, was sich der staatlichen Controlle zu unterwerfen hat, wie etwa die Prostituirten. Es würde sich nun noch um gelegentliche Gesichtspunkte hierbei handeln. In erster Linie hat Herr Rintel angeführt, dass die Sache nicht dringlich wäre, dass ein Gegenstand in unsere Gesellschaft hineingeworfen wäre, aus Baden — einem ganz fernen Lande, das bis dahin kaum bekannt war — hierhergedrungen wäre. Nun der Herr Vorsitzende hat schon gesagt, dass in Baden schon mancher Stein in's Wasser gefallen ist, der seine Wellenkreise bis zur Nord- und Ostsee zog, und dass er aus seiner Kenntniss als Politiker die Muthmaassung hege, dass auch hier wieder einmal die Anregung gegeben sei, die in Verbindung mit der Reichstagsresolution dahin führen könnte, dass bei uns etwas Aehnliches eingeführt würde, und dass er wünsche, das Votum der Majorität der Aerzte kennen zu lernen. Ich meine, das genügt, diesen Vorwurf abweisen zu können, dass wir unzeitig etwas berathen. Darauf wurde erwähnt, es gebe in Berlin eine legitimirte Körperschaft, den hohen Ausschuss der collegialen Vereine, der allein dergleichen Dinge zu befürworten oder abzulehnen hätte. Es ist darauf hingewiesen, dass diese Vereine über die Majorität der hiesigen Aerzte verfügen. M. H.! ich kenne auch die Mitgliederzahl dieser Vereine: die Mitgliederzahl der sämmtlichen Vereine ist ziemlich gleich der Mitgliederzahl dieser Gesellschaft. Diese Mitgliederzahl ist aber durchaus nicht gleichwerthig. Dort haben Sie ein sehr filtrirtes System der Abstimmung, bei uns das allgemeine, gleiche Stimmrecht. Die collegialen Vereine stimmen auch durchaus nicht alle überein. Ich weiss nicht, wer sich blutiger befehden würde als der Königstädtische und der Ostverein, wenn sie auf einander losgelassen würden. Dazu kommt, dass so ein Verein immer nur Delegirte wählt, und dass nur die erwählten Körperschaften abstimmen. Man muss aber auch Mitglied eines solchen Vereins gewesen sein, um zu wissen, wie solche Abstimmungen gemacht werden. Es ist ganz naturgemäss, dass in solchen kleinen Kreisen die Praeponderanz einzelner bevorzugter Redner oder durch Gaben persönlicher Art imponirender Herren eine ganz besonders hohe ist, ein Fall, der in dieser Gesellschaft nicht zutrifft. In den collegialen Vereinen besteht eine ganz bestimmte Heeresfolge und nebenher eine so geringe Praesenzziffer, wie wir sie hier niemals haben. So kommt es, dass nicht selten Vorschläge von principieller Wichtigkeit — sie sind alle zusammen nicht wichtig — in einer Sitzung eines Vereins von 60 Mitgliedern mit 9 gegen 8 Stimmen angenommen, in der nächsten mit 7 gegen 8 Stimmen abgelehnt werden, denn sie müssen zwei Lesungen passiren. Sie werden daraus ersehen, dass der Central-Ausschuss durchaus nicht für das unantastbare Schibolet gehalten werden kann, für das Herr Rintel ihn hinstellt.

Es fragt sich nun noch das Eine, ob nicht aus irgend welchen Nützlichkeitsgründen die Sache noch hinauszuschieben wäre. Ich habe Herren gesprochen, die meinten, der Reichstag wäre überhaupt noch nicht soweit, man müsste auf die Beschlüsse verschiedener Aerztetage warten u. s. w. Ich meine, nachdem die Sache einmal angeregt ist, würde es allemal bedeuten, dass der Antrag des Vorstandes nicht die Meinung der Majorität für sich hätte, wenn er abgelehnt oder so modificirt wird, dass das Umgekehrte herauskommt.

Ich glaube, grundsätzlich wie gelegentlich gezeigt zu haben, dass wir nicht nur befugt, sondern nach meiner Meinung verpflichtet sind, den ersten Antrag des Vorstandes pure und voll anzunehmen.

Herr C. Küster ergreift das Wort, um auf die Angriffe des Vorredners gegen den Central-Ausschuss als Vorsitzender des letzteren Einiges zu erwidern. Wenn er auch zugeben wolle, dass dem Central-Ausschuss eine ganze Reihe von Mängeln anhängen, so liege die Schuld doch hauptsächlich daran, dass unter den Aerzten ein ganz colossaler Indifferentismus gegen die ärztlichen Standesinteressen vorhanden sei, und es sei nicht richtig, eine so herbe Kritik gegen eine Institution zu richten, die sich überhaupt erst in der Entwicklung befindet. Wenn ferner von einer Concurrenz zwischen dem C.-A. und der B. M. G. gesprochen sei, so müsse er auch dagegen Protest erheben. „Wir verkennen nicht", sagt Herr Küster, „die grosse Autorität der B. M. G. und umsomehr müssen wir wünschen, Hand in Hand mit ihr zu gehen, und zu verhindern, dass sie eine Resolution fasst, die im Gegensatz steht zu den Anschauungen, welche der C.-A. und der Deutsche Aerztetag vertreten hat." Was den C.-A. gegen die erste Resolution vor Allem eingenommen habe, war hauptsächlich die Fassung, und es sei nicht zu bezweifeln, dass dieselbe bei den badischen Aerzten und in Süddeutschland überhaupt grosses Missfallen erregt haben würde. Gegen die jetzige Fassung der Resolution habe Redner nichts einzuwenden.

Herr Boerner: M. H.! Ich habe gewiss nichts dagegen, dass auch die principielle Frage hier erörtert wird, ich glaube nur nicht, dass es jetzt gerade an der Zeit ist, und wenn ich mich zum Wort gemeldet habe, so ist es geschehen, damit ich Gelegenheit habe, auf den eigentlichen Grund und den Beginn der Debatte zurückzuweisen. Wie Sie wissen, liegt als Thatsache vor eine Veränderung der Gewerbeordnung im § 53, welche bestimmt, dass, abgesehen von den früheren Gründen, die Approbation entzogen werden kann, wenn seitens eines Gerichtes dem Arzte die Ehrenrechte aberkannt sind und zwar während der Zeit des Verlustes dieser Ehrenrechte. Es handelt sich nun darum, diese neue Bestimmung der Gew.-Ordn. ins Leben zu führen, und da muss ich doch sagen, dass meiner Meinung nach die Aerzte ein sehr grosses Interesse daran haben, in welcher Form die einmal zu Recht bestehende Aenderung der Gew.-Ordn. ins Leben tritt. Das ist es auch gewesen, was die Aerzte in den Einzelstaaten fast überall, wo Standesvertretungen bestehen, bewogen hat, hierauf einzugehen. Ich meine, dass damit auch Herr Jacusiel einverstanden sein kann, denn er wird schwerlich den Versuch machen wollen, durch die B. M. G. diese, durch den Reichstag beschlossene Aenderung der Gew.-Ordn. selbst wieder nichtig zu machen.

Nun stimme ich insofern mit der badischen Regierung überein, dass sie in dem ärztlichen Ausschuss, die legitimen Vertreter des ärztlichen Standes befragt hat, ebenso mit der bayerischen Regierung, die festgesetzt hat, dass in erster Instanz der Ausschuss der betreffenden Aerztekammer anzuhören sei, in zweiter der Ober-Medicinal-Ausschuss. Was die entscheidenden Behörden selbst anlangt, so habe ich schon dargelegt, dass wir Aerzte gegen ihre Wahl nichts thun können.

Es hat Herr J. die arkadischen Zustände bei uns in Preussen besonders hervorgehoben. Was die Frage der Entziehung der Approbation anlangt, auf Grund des jetzigen § 53 der R. Gew.-Ordn., so muss ich nach meiner Ueberzeugung entgegnen, dass ich es nicht für arkadisch und idyllisch, sondern für beschämend halte, wenn in Preussen Vertreter des ärztlichen Standes bei Entziehung der Approbation gar nicht gefragt werden. Die preussische Regierung hat, da wir eine geordnete Vertretung der Aerzte nicht besitzen, dies nicht thun können. Sie erwähnt die ärztlichen Verhältnisse in ihrer Ausführungsverordnung übrigens garnicht. Es bleibt also meines Erachtens bei der Anweisung vom Jahre 1869. Ihr zufolge ist die erste Instanz die Regierung. Wenn diese auf die Approbations-Entziehung eingeht, ernennt sie einen Commissarius zur Untersuchung des Falles und entscheidet dann nach contradictorischer Verhandlung. Rekursinstanz ist das Ministerium.

Ich stimme bezüglich der badischen Verordnung mit den Herren, gegen die ich sonst in der vorigen Sitzung polemisirt habe, ferner darin überein, dass eine Bestimmung, welche so allgemein gehalten ist, wie der viel angeführte Passus ihres § 1, ganz abgesehen von dem materiellen Inhalt, nur auf legislatorischem Wege eingeführt werden sollte, und dass es ganz unzulässig ist, so weitgreifende Bestimmungen auf dem Wege der Verordnung einzuführen.

Herr J. freut sich über die grosse Freiheit, die der Arzt in Preussen geniesst. M. H.! Diese Freiheit besteht in diesem Maasse nur, solange die Behörden sie wollen. Durch die Gewerbeordnung ist vor allen Dingen festgesetzt, dass alle übrigen landesgesetzlichen Regelungen über die Ausübung des ärztlichen Berufes noch fortbestehen sollen. Wir befinden uns daher an einem langen Seile, das in einer grossen Stadt wie Berlin nicht leicht straff gezogen wird, das aber straff gezogen werden kann, und in provinciellen Verhältnissen oft genug straff gezogen wird.

Als die Gewerbeordnung in Baden eingeführt wurde, trat die Regierung mit den Delegirten des ärztlichen Standes zusammen und fragte, welche Berufspflichten der Aerzte nunmehr noch existirten. Diese Berufspflichten wurden auf Grund einer Bekanntmachung vom 30. August 1873 auf Antrag des ärztlichen Ausschusses verkündet was durchaus zulässig war, denn ich bemerke, dass die Gewerbeordnung ausdrücklich sagt, dass sie nur in soweit bei den eximirten Gewerben (Heilkunde etc.) Geltung besitze, als ganz bestimmte Vorschriften über sie in ihr vorhanden sind. Die 7 Punkte der Ministerialverordnung vom 11. December 1873 bestehen also ganz unangefochten seit dem Jahre 1873 und die jetzt gemachten Aenderungen sind fast ausschliesslich formeller Natur. Wir sind in Preussen in ähnlicher Lage, wir haben eine Reihe von Medicinalgesetzen und Verordnungen aus der Zeit vor der Gew.-Ordn., die noch heute gesetzlich gültig sind, (Schleswig-Holstein). Ich weise ferner darauf hin, dass das Polizeigesetz vom 11. März 1850 nach allen Richtungen hin dem Staat sehr weitgehende Befugnisse giebt, auch die, scharf und bestimmt in die Ausübung der Heilkunde einzugreifen, und uns eine Reihe sehr unangenehmer Verpflichtungen aufzuerlegen. Es handelt sich vor Allem um die Anzeigepflicht, aber auch um andere Berufspflichten, die ich nicht aufzählen will.

Ich kann also nicht sagen, dass für mich Herr J. bewiesen hat, es sei für uns nicht nothwendig, danach zu streben, eine Deutsche Aerzte-Ordnung zu erhalten, die uns unsere Rechte auch der Polizei gegenüber wahrt, mag sie uns immerhin im Interesse des Gemeinwohls gewisse Pflichten auferlegen, glaube aber, dass ich in der Lage sein werde, für den heutigen Antrag des Vorstandes zu stimmen.

Inzwischen ist ein Antrag Falk eingelaufen, die Worte: „So freudig wir eine staatlich anerkannte Vertretung des ärztlichen Standes begrüssen würden" zu streichen.

Herr Rintel kann dem neuen Antrage des Vorstandes in in jeder Weise zustimmen und zieht zu Gunsten desselben seinen Antrag zurück. Er wendet sich ausserdem gegen den ihm durch Herrn Fraenkel in der vorigen Sitzung gemachten Vorwurf, er habe letzteren mit dem Antrage des Vorstandes personificirt.

Herr Langerhans fürchtet, dass, wenn der Gegenstand der B. M. G. nicht zum Schluss kommt, es den Anschein gewinne, als stehe dieselbe auf dem Boden der Beschlüsse des C.-A. und der Aerztetage, und dass dadurch die Gefahr vergrössert werde, dass man den Aerzten eine Aerzteordnung aufoctroire, welche dieselben in Fesseln lege. Er legt Gewicht darauf, dass eine grosse Gesellschaft wie die B. M. G. dem C.-A. entgegentrete und ausdrücklich betone: dass letzterer in seinen organisatorischen Bestrebungen zu weit gehe. Er spricht sich principiell gegen die Einführung besonderer Ehrengerichte aus und glaubt, dass die Wahrung der ärztlichen Standesehre wie die jedes anderen Standes den Gerichten überlassen bleiben muss. Aus diesen Gründen plaidirt er für Annahme des heutigen Antrages des Vorstandes mit dem Amendement Falk und wendet sich besonders gegen die Anschauungen des Herrn Boerner.

Herr Virchow: Es scheint mir, dass, wie in der vorigen Sitzung, wir uns auch diesmal in einigen Missverständnissen bewegen. Sie haben von Herrn Fraenkel gehört, dass der Wunsch aus den Bezirksvereinen dahin ging, eine gewisse Resolution anzunehmen, die mir im Wortlaut jetzt nicht vorliegt. Dieselbe geht aber ziemlich weit, und wir konnten unmöglich in diesem Augenblick auf ein so breites Terrain treten. Indessen haben wir geglaubt, einen vermittelnden Weg einschlagen zu können, indem wir beantragen, eine Vertretung der Aerzte als etwas wünschenswerthes

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anzuerkennen. Nun muss ich zugestehen, Jeder kann sich dabei etwas Verschiedenes denken, und das ist heute auch der Fall gewesen. Insofern ist unser Vorschlag vielleicht ein schlechter gewesen. Nichts desto weniger möchte ich anheimgeben, zu erwägen, ob es nicht sonderbar sein würde, wenn die Aerzte sich von vornherein dahin erklären wollen, dass sie unter keinen Verhältnissen eine Vertretung acceptiren. Die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen war unter dem Ministerium Falk beauftragt, Vorschläge wegen einer Medicinalreform zu machen. Damals lag eine Reihe von Anträgen und Petitionen vor, welche verlangten, dass in die Medicinal-Collegien bis zur Wissenschaftlichen Deputation hinauf den ärztlichen Vereinen gestattet werde, Personen dazu zu delegiren, um an den Berathungen theilzunehmen, namentlich wo es sich um Anordnungen für die öffentliche Gesundheitspflege in grösserem Maassstabe etc. handle. Die Wissenschaftliche Deputation war nicht in der Lage, zu befürworten, dass Deputirte der Vereine in diese Körperschaften zugelassen würden, aber sie hat dem Minister gerathen, er möchte darauf eingehen, dass der Gesammtheit der Aerzte die Möglichkeit gegeben werde, zu bestimmten staatlichen Functionen Vertreter zu delegiren. Mehr sagen wir in diesem Augenblick auch nicht. Irgend etwas von einem Ehrenrath oder einer Disciplinarkammer steht in unserer Resolution nicht. Warum sollen wir also alles Dargebotene von der Hand weisen um Befürchtungen willen, die nicht substantiirt sind?

Herr Jacusiel zieht seinen Antrag zu Gunsten des Amendements Falk zurück.

Der Antrag Falk fällt mit 70 gegen 90 Stimmen.

Der Antrag des Vorstandes wird mit grosser Majorität angenommen.

Berichtigung zu dem Bericht über die Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 23. Januar 1884 in No. 5.

Herr Köbner stellt eine Kranke vor, welche durch das Zusammentreffen der Krankheitsbilder der vulgären Sclerodermie und des auch in den besseren deutschen Lehrbüchern garnicht oder falsch beschriebenen, von Erasm. Wilson als Morphaea, von Besnier als Dermatosclerose lordacée oder en plaques bezeichneten, vermeintlich anderen und selbständigen Hautleidens lehrreich ist.

Die gewöhnliche Sclerodermie nimmt die untere Körperhälfte der 55jährigen Frau ein und erreicht ihr Maximum in Gestalt narbiger Retraction der Haut, des Unterhautgewebes und der Strecksehnen an den Füssen, deren Zehen in äusserster Dorsalflexion stehen und subluxirt sind. Die seit etwa 2 Jahren hinzugetretene Complication eines Uteruscarcinoms mit seinem Gefolge von starken Blutungen und langer Appetitlosigkeit bezw. Abmagerung im letzten Halbjahre verleiht dem typischen sonstigen Bilde der Sclerodermie hier noch eine individuelle Abweichung.

Die sonst in den meisten Fällen englischer und französischer Beobachter nur isolirt gesehenen und als Morphaea beschriebenen weissen, harten, zum Theil etwas erhabenen, glänzenden Streifen mit rothem oder pigmentirtem Saum sitzen in der Haut der Brüste und des linken Oberarmes dieser Patientin und sind später aufgetreten. Während fast 3jähriger Beobachtung hat Köbner keine wesentlichen Veränderungen, ausser einem geringen Fortschritt in der Ausdehnung, aber unter erheblichem Nachlass der früher enormen reissenden Schmerzen in den unteren Extremitäten durch Franzensbader Moorbäder und partieller Abschwellung derselben beobachtet. Die ausführliche Publication, insbesondere auch der demonstrirten mikroskopischen Präparate aus einem jener pergamentharten, erhabenen Hautstreifen, von K. als Sclerodermia circumscripta bezeichnet und als anatomisch gleicher Process gestellt neben die Sclerod. diffusa, wovon er aus der Leiche einer zweiten Frau zum Vergleich Präparate zeigt, wird anderweitig erfolgen. —

XII. Zur Sammelforschung über Krankheiten schreibt Prof. P. K. Pel in der neuesten Nummer des Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, dass er das Unternehmen des Vereins für innere Medicin zu Berlin mit grösster Sympathie begrüsst habe. Er druckt die von dem Verein publicirte Karte in deutscher Sprache ab und fordert die niederländischen Aerzte zu reger Theilnahme auf. Er ist für den Anschluss an das Nachbarland, weil es sich grade hier darum handele eine möglichst ausgedehnte Basis und ein möglichst grosses Material zu erhalten. Wer den berechtigten Stolz der Niederlande auf ihre Selbstständigkeit auch auf wissenschaftlichem Gebiete kennt, wird diesen neuen Erfolg des von dem Berliner Verein so glücklich inaugurirten Unternehmens wahrlich nicht gering anschlagen.

XIII. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Ueber die gesetzliche Verantwortlichkeit der Trichinenschauer.

Von

Dr. Herm. Pütz,

Professor der Thierheilkunde an der Universität Halle a./S.

(Schluss aus No. 5.)

Im Allgemeinen gilt als Regel, dass die Schwankungen in dem relativen Trichinenreichthume der bevorzugten Körpermuskeln um so grösser sind, je geringer der summarische Trichinengehalt eines Schweines ist. Dadurch nimmt die Zuverlässigkeit, selbst einer pflichttreuen mikroskopischen Trichinenschau mit der geringeren Anzahl der bei einem Schweine vorhandenen Trichinen in gleichem Grade ab. Mit anderen Worten, je weniger Trichinen überhaupt in einem Schweine vorhanden sind, um so leichter kann es passiren, dass der Fleischbeschauer bei der vorschriftsmässig vorgenommenen Trichinenschau keine Trichinen findet, ohne dass derselbe sich bei seiner Untersuchung einer Fahrlässigkeit schuldig gemacht hat. In der Regel werden die untersuchten Präparate in solchen Fällen wirklich vollkommen trichinenfrei sein; es mag aber auch zuweilen vorkommen, dass eine Trichine vom Fleischbeschauer übersehen worden ist. Wo dies nachgewiesen werden sollte, da ist es für den Sachverständigen oft ganz besonders schwer, den Grad der Schuld des betreffenden Fleischbeschauers richtig zu bemessen. Hierzu gehört selbstverständlich auch eine Prüfung des benutzten Mikroskopes. Abgesehen davon, dass jedes optische Instrument im Laufe der Zeit an seiner Brauchbarkeit verliert, sind die für die Trichinenschau approbirten kleinen Mikroskope oft gleich von Anfang an für diesen Zweck nur wenig geeignet. Meist ist der Objecttisch zu klein und der Fuss zu schmal, so dass das Instrument keinen genügend festen Stand hat. Sehr richtig sagt hierauf bezüglich Günther in seiner Festschrift: Die Königliche Thierarzneischule zu Hannover in den ersten 100 Jahren ihres Bestehens, Hannover 1878, S. 110.

„Die Erfahrung hat gelehrt, dass die kleinen, billigen, zu dem Zweck auch gegenwärtig noch vielseitig empfohlenen Mikroskope in der Hand dieser Leute (der gewöhnlichen Trichinenschauer) nicht die erforderliche Sicherheit gewähren. Die Instrumente müssen ihnen durch ihre Güte die Auffindung der Trichinen möglichst erleichtern, nicht aber erschweren, wie dies bei jenen Instrumenten der Fall ist. Von Seiten der Anstalt sind deshalb nur die besseren Instrumente renommirter Firmen, im Preise von 54 bis 60 Mark, zugelassen worden und auch von denen, welche jene gebrechlichen Instrumente mitbrachten, sofort trotz des mehr als doppelten Preises freiwillig gewählt."

Diese Mittheilung Günther's ist der Beachtung in hohem Grade werth.

Sehr gefährlich für die Rechtssicherheit gewissenhafter Trichinenschauer erscheint mir die Behauptung Gerlach's (Fleischkost d. M. S. 71):

„Wird die (mikroskopische) Untersuchung sachgemäss ausgeführt, so ist nach einem negativen Befunde keine Trichineninfection zu befürchten; einzelne Muskeltrichinen verursachen keine Erkrankung und bei einer solchen Trichinenbevölkerung des Fleisches, die nach dem Genusse im Stande ist, auch nur eine leichte Trichinose zu erzeugen, werden die Trichinen bei der ordnungsmässigen mikroskopischen Untersuchung entdeckt."

Gerlach sagt aber (l. c. S. 82) selbst: „Das Auffinden einer einzigen Trichine muss genügen, das Fleisch für ungeniessbar zu erklären, schon aus dem Grunde, dass wenn eine Muskeltrichine gefunden wird, mindestens eine Muttertrichine im Darmcanale vorhanden gewesen sein muss, und da jede Muttertrichine 1 — 2000 Embryonen gebiert, so müssen immer mehrere Muskeltrichinen vorhanden sein. Man kann aber nicht annehmen und darf vom sanitären Standpunkte auch nicht annehmen, dass es Fälle von vereinzelten Darmtrichinen giebt." —

Wer weiss, wie oft es vorgekommen sein mag, dass bei schwacher Besetzung des Schweinekörpers mit Trichinen die ersten 30 Präparate trichinenfrei befunden worden sind. Und wer wollte den vorliegenden Thatsachen gegenüber behaupten, oder gar den Beweis dafür erbringen, dass in solchen Fällen nicht zuweilen an irgend einer Körperstelle mehrere Trichinen nahe beisammen vorhanden sein können?!

Ein mir befreundeter Naturforscher, der in früheren Jahren längere Zeit hindurch die Trichinenschau im Interesse der menschlichen Gesundheitspflege ausgeführt hat, legte dieselbe nieder, nachdem er bei der Untersuchung eines geschlachteten Schweines gleich in den ersten Präparaten eine Trichine gefunden hatte, dann aber in sehr vielen nachher angefertigten Präparaten aus den gewöhnlich bevorzugten Muskelpartien trotz sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung keine weiteren Trichinen mehr fand. Er sagte sich in Folge dessen, dass es auch umgekehrt hätte geschehen können, und dass er dann in den ersten 30 (und sogar in viel mehr) Präparaten trotz genauer Untersuchung keine Trichinen gefunden haben würde, während bei einer Controluntersuchung das betreffende Schwein trichinös hätte befunden werden können. Er hätte somit ganz unschuldig der fahrlässigen Trichinenschau bezichtigt werden können.

Wenn nun auch der Mensch eine ziemlich beträchtliche Anzahl Trichinen in seinem Fleische verträgt, ohne auffallend oder gar lebensgefährlich an Trichinose zu erkranken, so ist doch die bereits erwähnte Thatsache zu berücksichtigen, dass eine einzige befruchtete Darmtrichine ca. 1500 lebendige Junge gebiert. In dem angeführten Kühn'schen Falle, in welchem 40 vorher untersuchte Präparate trichinenfrei befunden wurden, hätte der Genuss von einem ganz kleinen Stückchen Fleisch, welches zur Anfertigung von nur 5 mikroskopischen Präparaten diente, also etwa 5mal so gross wie eine kleine Erbse war, wahrscheinlich schon ausgereicht, um wenigstens eine leichte Trichinose zu erzeugen. Denn wenn wir annehmen, dass von den 8 gefundenen Trichinen 2 männlichen Geschlechts waren, so hätten die 6 weiblichen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ca. 9000 junge Trichinen zur Welt gebracht, deren Einwanderung in die Muskeln eines zur Trichinose disponirten Menschen wohl kaum ohne wahrnehmbare Folgen geblieben sein würde. Bedenkt man nun aber, wie viel mal grössere Quantitäten Schweinefleisch in der Regel gegessen werden, und dass oft mehrere, bei sogenanntem Hausschlachten meist viele solcher Mahlzeiten in kurzer Zeit einander folgen, so ergiebt sich, dass auch durch leicht trichinöses Schweinefleisch mehr oder weniger bedeutende Einzelerkrankungen verursacht werden können. Ich halte deshalb den vorhin citirten Ausspruch Gerlach's in seiner absoluten Fassung für durchaus unberechtigt und möchte vor seiner unbedingten forensischen Anwendung recht nachdrücklich warnen.

Für das Gutachten des Sachverständigen ist aber nicht allein die Zahl und Schwere der Erkrankungsfälle von Menschen an Trichinose, sondern auch der Umstand von Wichtigkeit, wie oft die erkrankten Personen von dem betreffenden Schweinefleische und in welcher Zubereitung sie solches gegessen haben.

So werden in Folge des Consums von schwach trichinösem Schweinefleische nach einem sogenannten Hausschlachten eher auffallende Erkrankungen an Trichinose vorkommen, als wenn solche Schweine vom Fleischer ausgeschlachtet und in kleineren Partien unter viele Abnehmer vertheilt werden. Im ersteren Falle wird selbstverständlich der öfter wiederholte Genuss fragl. Fleisches weit häufiger eine cumulative Wirkung verursachen. Die Beantwortung der Schuldfrage in Bezug auf Fahrlässigkeit bei der Trichinenschau ist hier in der Regel schwieriger, als wenn durch den Detailverkauf des Fleisches von einem Schweine unter den Consumenten eine eigentliche Trichinenendemie aufgetreten ist.

Im Allgemeinen lassen sich etwa folgende Sätze aufstellen:

1. Erkranken nach dem einmaligen Genusse von Schweinefleisch mehrere oder gar alle Personen, welche von demselben Fleische gegessen haben, mehr oder weniger schwer an Trichinose, so ist anzunehmen, dass das betr. Schlachtthier derart mit Trichinen durchsetzt war, dass solche bei sorgfältiger Ausführung der gesetzlich vorgeschriebenen Trichinenschau hätten aufgefunden werden müssen. In diesem Falle würde in den etwa noch vorhandenen Fleischwaaren von dem fragl. Schweine auch ein reichlicherer Trichinengehalt mikroskopisch nachgewiesen werden können.

2. Erkranken nach dem in kurzer Zeit öfter wiederholten Genusse von Schweinefleisch die betr. Personen in verschiedenem Grade, meist aber leicht an Trichinose, so ist anzunehmen, dass fragl. Schwein *nur* derart mit Trichinen behaftet war, dass ein Uebersehen derselben bei der gesetzlich vorgeschriebenen mikroskopischen Untersuchung ohne Fahrlässigkeit seitens des Fleischbeschauers möglich war.

3. Erkranken aber sämmtliche Personen eines grösseren Haushaltes (*von mehr* als 3 Personen) nach dem wiederholten Genusse des Fleisches von einem bestimmten Schweine schwer an Trichinose, so ist wiederum anzunehmen, dass der betr. Fleischbeschauer sich bei der vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung eine strafbare Fahrlässigkeit habe zu Schulden kommen lassen. Dies gilt natürlich um so mehr für solche Fälle, wo nach dem einmaligen Genusse trichinösen Fleisches mehrere schwere Erkrankungen an Trichinose bei Menschen vorgekommen sind.

Eine Untersuchung der etwa noch vorhandenen Fleischtheile wird in dem ersteren hier in Betracht kommenden Falle in der Regel nur eine relativ geringe, in den beiden andern Fällen hingegen eine grössere Menge Trichinen ergeben. Beispielsweise sei hier mitgetheilt, dass im verflossenen Winter 1882/83 einige Personen einer Haushaltung nach dem mehrmaligen Genusse von Fleisch eines auf Trichinen untersuchten Schweines mässig oder leicht an Trichinose erkrankt waren. Bei einer sorgfältig vorgenommenen Nachuntersuchung verschiedener noch vorhandener Fleischtheile fanden sich in 900 bis 1000 (und wie der betr. Zeuge erklärte, in vielleicht noch mehr als 1000) Präparaten aus einem Schinken fragl. Schweines 20 bis 30 Trichinen. Es waren hier somit zweifellos auch manchmal mehr als 30 Präparate (vielleicht nicht selten, 50, 60 oder noch mehr Präparate) mikroskopisch genau untersucht worden, ohne eine Trichine zu finden. Wer möchte in einem solchen Falle mit positiver Sicherheit erklären, dass der betr. Fleischbeschauer bei der mikroskopischen Untersuchung die vorgeschriebene Anzahl von Präparaten nicht angefertigt, oder nicht sorgfältig untersucht habe? Mit anderen Worten gesagt: Wer möchte die Verantwortlichkeit dafür übernehmen wollen, dass der betr. Fleischbeschauer in einem solchen Falle wegen fahrlässiger Körperverletzung gerichtlich verurtheilt werde? Wenn auch die Möglichkeit einer Schuld vorhanden ist, so darf man doch nicht vergessen, dass oft selbst eine grössere Wahrscheinlichkeit sich nachträglich als eine trügerische erwiesen hat. Für den Grad der Zuverlässigkeit der gesetzlich vorgeschriebenen Trichinenschau ist, wie bereits erwähnt wurde, die Beschaffenheit der verwendeten Mikroskope sehr wichtig. Ich komme deshalb schliesslich nochmals mit einigen Worten auf diesen Umstand zurück. In Folge des Einfuhrverbotes von amerikanischem Schweinefleische nach Deutschland etc. soll in Nordamerika gegenwärtig ein möglichst einfaches und zweckmässiges Trichinenmikroskop hergestellt werden. Das von Bausch und Lomb in Rochester in den Handel gebrachte derartige Instrument soll trotz seines billigen Preises von nur 3 Dollar nichts zu wünschen übrig lassen. Dasselbe besteht angeblich aus einem Compressorium mit beweglich aufgeschraubtem Mikroskoptubus; die zu untersuchenden Fleischstückchen sollen zwischen 2 Glasplatten durch eine Schraubenvorrichtung ausgebreitet und bequem untersucht werden können. Ich habe selbst kein solches Instrument gesehen und weiss demnach nicht, in wiefern vorstehende Angaben zutreffend sind. Ich möchte hier nur die häufige Mangelhaftigkeit sogenannter Trichinenmikroskope nochmals hervorheben, um auf diesen Punkt neuerdings die Aufmerksamkeit der betheiligten Kreise zu lenken.

2. Medicinalstatistik.

Berlins Gesundheitsverhältnisse IL. In der neunundvierzigsten Jahreswoche, 2 bis 8. December starben 577, entsprechend 24,6 pro Mille und Jahr der fortgeschriebenen Einwohnerzahl (1223700), gegen die Vorwoche (580, entspr. 24,7) nur eine geringe Abweichung der Mortalität. Innerhalb ihres ersten Lebensjahres starben 163 oder 28,3 Proc., gegenüber dem durchschnittlichen Antheil der Säuglingssterblichkeit an der Gesammtmortalität für diese Jahreswoche (32,8) ein sehr günstiges Verhältniss; im Alter bis zu fünf Jahren überhaupt starben 297 oder 51,5 Proc., in der Vorwoche betrugen diese Antheile 26,8 bez. 49,2 Procent der Gestorbenen. Von den gestorbenen Säuglingen erhielten natürliche Nahrung (Mutter- bez. Ammenmilch) 36, künstliche Nahrung (Thiermilch oder Milchsurrogate) 68 und gemischte Nahrung 29.

Unter den hauptsächlichsten Todesursachen weisen zwar Masern und Scharlach eine nicht unbedeutende Abnahme auf, dagegen forderten Diphtheritis, Keuchhusten, auch Herz- und Gehirnaffectionen wieder eine erhebliche Zahl von Opfern, auch Kehlkopfentzündungen führten häufig zum Tode, verhältnissmässig gross für diese Jahreszeit war auch die Zahl der Todesfälle von Kindern unter zwei Jahren an Diarrhöen und Brechdurchfällen. Erkrankungen an Typhus waren wieder häufiger, Masern und Scharlach zeigten geringe Abnahme, Diphtheritis-Erkrankungen waren immer noch sehr zahlreich; an Pocken ist abermals ein Erkrankungsfall bekannt geworden.

49. Jahreswoche. 2 bis 8. Decbr.	Unterleibs-typhus.	Fleck-typhus.	Pocken.	Masern.	Scharlach.	Diphtherie.	Kindbett-fieber.
Erkrankungen	17	—	1	56	101	207	3
Sterbefälle	3	—	—	2	14	78	3

In Krankenanstalten starben 122 Personen, davon 15 von Ausserhalb zur Behandlung. In die grösseren Krankenhäuser wurden in dieser Woche 862 Patienten neu aufgenommen; der Bestand in denselben zu Ende der Woche betrug 3168 Kranke. Von den 10 gewaltsamen Todesfällen und Vergiftungen sind 6 als Selbstmorde bezeichnet. P.

3. Berlin's Gesundheitszustand im Jahre 1883.

Die Sterblichkeitsverhältnisse des abgelaufenen Jahres haben sich gegenüber den beiden Vorjahren nicht unwesentlich verschlimmert, die Zahl der Gestorbenen belief sich auf 35047, entsprechend einem Verhältniss von 29,02 auf 1000 der mittleren Bevölkerung, was gegen das Jahr 1882 eine Zunahme von nahezu 4 pro mille ausmacht. Während bisher die Höhe der Kindersterblichkeit als ausschliessliche Ursache der gesteigerten Mortalität Berlins gelten konnte, weist die Sterblichkeit des Säuglingsalters diesmal zwar absolut eine Zunahme, verglichen mit der Gesammtsterblichkeit dagegen eine Verminderung auf, es starben innerhalb ihres ersten Lebensjahres 13055 (gegen 12067 im Jahre 1882) oder 37,25 Proc. (gegen 39,65 Proc. im Jahre 1882); im Monat Juli, wo die Mortalität der Kinder in der Regel ihren Höhepunkt zeigt, starben 3206 oder 58,46 Proc. der Todesfälle, während der Monat Juli des Jahres 1882 2118 oder 59,7 Proc. der Gestorbenen aufwies. Fasst man die Sterbefälle der ersten fünf Lebensjahre zusammen, so ergeben sich 20247, gleich 57,7 Proc. der Gesammtzahl der Gestorbenen, gegen das Vorjahr, wo von dieser Altersgruppe 18263 (= 59,4 Proc. aller Gestorbenen) starben, gleichfalls ein günstigeres Verhältniss, es dürfte somit die gesteigerte Mortalität des Jahres 1883 nicht allein der grösseren Kindersterblichkeit, sondern andern Factoren zuzuschreiben sein.

Bei Betrachtung der Todesursachen ergiebt sich für das Jahr 1883 eine grosse Zunahme der Todesfälle insbesondere bei Masern und Diphtheritis, es erlagen an ersteren nämlich 1173 (gegen 144 im Vorjahr), an letzterer 2652 (gegen 1914 im Vorjahr). Aber auch eine ganze Reihe anderer Krankheiten hat eine mehr oder minder bedeutende Zunahme der Todesfälle aufzuweisen, so namentlich Herzleiden (1255), Krämpfe aller Art (1984), Kehlkopfentzündung (894), Bräune (281), Keuchhusten (350), Bronchialkatarrh (744), Lungen- und Brustfellentzündung (2378), Lungenschwindsucht (4195), Bright'sche Krankheit (537); dagegen bleibt die Zahl der Todesfälle an Scharlach (867, zwar gegen das Vorjahr eine grosse Zunahme) immer noch hinter derjenigen der Jahre 1881 und 1877 zurück. Der Typhus weist auch diesmal eine Verminderung der Sterbefälle (221 gegen 355 im Jahre 1882) auf; seither ist überhaupt die Typhussterblichkeit nur noch im Jahre 1879 annähernd so günstig gewesen, im abgelaufenen Jahre war dieselbe aber noch erheblich niedriger, so dass dies Jahr bezüglich des Typhus wohl einzig dasteht; auch Flecktyphus und Rückfallfieber zeigten nur ganz sporadische Todesfälle. An Pocken kamen 4 Todesfälle vor.

Für die Beurtheilung der Berliner Gesundheitsverhältnisse liegt ferner ein Anhalt in der Zahl der zur Anmeldung beim Kgl. Polizei-Präsidium gelangten Erkrankungsfälle von Infectionskrankheiten, es betrug die Zahl der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erkrankungen an Masern nicht weniger als **8745** (Maxima im Mai 2092 und Juni 2439), Diphtheritis **7560**, Scharlach **4951**, gegenüber dem Jahre 1882 erheblich höhere Ziffern. — Beim Typhus sank die Zahl der zur Meldung gelangten Erkrankungsfälle beträchtlich, 1316 gegen 1906 im Vorjahr. An Pocken kamen 25, an Flecktyphus nur 2 und an Rückfallfieber 3 Fälle zur Anzeige; Erkrankungen an Kindbettfieber kamen 210 zur Cognition. Petersen.

4. Amtliches.

Würtemberg.

Bekanntmachung des K. Ministeriums des Innern, betreffend das Ergebniss der im Jahre 1883 stattgehabten Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst oder für die öffentliche Anstellung als Gerichtswundarzt.

In Folge der im Laufe des gegenwärtigen Jahres stattgehabten Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst oder für die öffentliche Anstellung als Gerichtswundarzt sind als befähigt zur Bekleidung der in §. 1 der K. Verordnung vom 17. Juli 1876 (Reg.-Bl. S. 287) bezeichneten Stellen erkannt worden: Dr. Julius Bilfinger, practischer Arzt in Unterweiler, Oberamts Riedlingen; Dr. Ernst Degen, practischer Arzt in Gaildorf, Dr. Max Gaupp, zur Zeit Volontärarzt an der K. Landeshebammenschule in Stuttgart; Dr. August Jäger, practischer Arzt in Neuenstadt, Oberamts Neckarsulm; Dr. Kern, practischer Arzt in Kupferzell, Oberamts Oehringen; Dr. Karl Heinrich Julius Köstlin, Hausarzt der Olgaheilanstalt in Stuttgart; Dr. Otto Pfeilsticker, practischer Arzt in Tübingen; Dr. Karl Schuler, Stabsarzt, zur Zeit Assistenzarzt an der Charité in Berlin, und Dr. Paul Süsskind, practischer Arzt in Neuenbürg.

Stuttgart, den 13. December 1883.

K. Ministerium des Innern: Hölder.

XIV. Kleinere Mittheilungen.

— Berlin. Der Centralausschuss der Berliner ärztlichen Bezirksvereine besteht für das Jahr 1884 aus folgenden Mitgliedern: Dr. C. Küster, Geheimer Sanitätsrath Dr. Döbbelin, Sanitätsrath Dr. Möllendorf (Süd-Westverein); Dr. Selberg, Dr. Schilling, Sanitätsrath Dr. Solger (Nordverein); Privatdocent Dr. Martin, Prof. Busch, Dr. Arth. Hartmann (Friedrich-Wilhelmstadt); Dr. Fincke, Sanitätsrath Dr. Riess, Geheimer Sanitätsrath Dr. Rintel (Ost-Verein); Privat-Docent Dr. Guttstadt, Dr. A. Kalischer, Sanitätsrath Dr. Semler (Louisenstadt), Geh. Obermed. Rath Prof. Bardeleben, Dr. S. Guttmann, Dr. Tischmann (West-Verein); Dr. Becher, Dr. David, Dr. Hirschfeld (Königstadt); Privatdocent Dr. Falk, Sanitätsrath Dr. Ohrtmann (Friedrichstadt).

Vorsitzender ist Dr. C. Küster, erster Schriftführer Dr. Arth. Hartmann, zweiter Schriftführer Dr. Selberg.

— Durch Verfügung der Königlichen Regierung in Cassel d. d. 31. Januar cr. hat Herr Dr. Rigler das Commissorium erhalten, während der diesjährigen Saison, von Mitte Mai bis Mitte September, als Bade- und Brunnen-Arzt in Nenndorf thätig zu sein.

— Universitäten. Wien. Für Hofrath Prof. Dr. Widerholz ist Seitens des medicinischen Professoren-Collegiums auf das Referat Prof. v. Bamberger's einstimmig die ordentliche Professur der Kinderheilkunde beantragt worden. — Dr. Möller, gewesener Assistent Prof. Vogel's wurde als Docent für Hygiene der Nahrungs- und Genussmittel mit Nachsicht der Probevorlesung zugelassen. Desgleichen wurde die Docentur des Dr. Abeles vom Collegium genehmigt. — Prag. An Stelle des abtretenden Prof. Dr. Fischel, Leiter der Irrenanstalt in Prag, wurden vom Professorencollegium Prof. Krafft-Ebing in Graz und Doc. Dr. Arnold Pick, Director der Irrenanstalt in Dobran, dem Unterrichtsministerium vorgeschlagen. Das Unterrichtsministerium hat über Antrag der beiden Decanate der medicinischen Facultäten die Theilung der Universitäts-Stipendien zu gleichen Theilen genehmigt; gleichwohl sind diesbezüglich noch die Verhandlungen nicht abgeschlossen.

— Der von Herrn und Frau Victor Saint-Paul im vergangenen Jahre ausgeschriebene Preis von 25,000 Frcs. für ein Mittel gegen die Diphtheritis hat, wie nunmehr in der öffentlichen Sitzung der Académie de médecine publicirt worden ist, Niemandem zuerkannt werden können, nur ein „Encouragement" von 500 Frcs. ist Dr. Leloir (Paris) für seine Arbeit über die Entstehung von Pseudomembranen zu Theil geworden.

XV. Literatur.

Dr. Conrad Rieger. Der Hypnotismus. Jena 1884. Gustav Fischer. — Professor Dr. C. Hueter. Grundriss der Chirurgie. Allgemeiner Theil. (2. Auflage von Prof. Dr. Hermann Lossen in Heidelberg.) Leipzig 1884. F. C. W. Vogel. — Dr. A. Kühner. Wie sind Epileptiker zu behandeln. Leipzig und Neuwied 1884. Heuser's Verlag. — Dr. Otto. Künstliche Unfruchtbarkeit. Leipzig und Neuwied 1884. Heuser's Verlag. — Dr. Herm. Eichhorst. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. II. Wien und Leipzig 1883. Urban und Schwarzenberg. — Dr. Hermann Joseph, Compendium der pathologischen Anatomie. Durchgesehen aus den neuesten Erfahrungen entsprechend abgeändert von Prof. Dr. C. Hennig. Leipzig 1884. Denicke. — Dr. Ernst Ziegler, Professor der pathologischen Anatomie an der Universität Tübingen. Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie und Pathogenese. Jena 1883. Verlag von Gustav Fischer. — Dr. med. Diedr. Kulenkampff. Die Krankenanstalten der Stadt Bremen, ihre Geschichte und ihr jetziger Zustand. Bremen 1884. Commissionsverlag von Rühle u. Schlenker. — Bericht der Deputation für die Verwaltung der Canalisationswerke für die Zeit vom 1. April 1882 bis zum 31. März 1883. Berlin 1883. Druck von Gebr. Grunert. — Bericht über die Verwaltung der Westpreussischen Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Schwetz im Etatsjahr vom 1. April 1881 bis 31. März 1882. Schwetz 1883. Gedruckt bei J. Hauffe. — Dr. Reissner, Grossherzogl. Obermedicinalrath. Die Irren- und Siechen-Zählung im Grossherzogthum Hessen vom Jahr 1880. Darmstadt 1883. Druck von H. Brill. — Dr. Pfeiffer, Grossherzogl. Obermedicinalrath. Beiträge zur Medicinalstatistik des Grossherzogthums Hessen im Jahr 1880. Darmstadt 1883. Druck von H. Brill.

XVI. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht dem ordentlichen Professor der Medicin, Medicinalrath Dr. Karl Schoenborn zu Königsberg i. Pr. den Charakter als Geheimer Medicinalrath zu verleihen.

Niederlassungen: Die Aerzte: Schroeder in Boxhagen, Dr. Senger in Weissensee, Senff in Zerpenschleuse, Herrmann in Dalldorf, Radt in Friedrichsberg, Dr. Berliner in Reinickendorf, Dr. Dancker in Gransee, Dr. Rudeloff in Zehdenick und Dr. Ransohoff in Wesel.

Verzogen sind: Dr. Brockmann von Alt-Landsberg nach Friedrichsberg, Liedke von Waldbroel nach Alt-Landsberg, Schade von Gransee nach Görbersdorf, Dr. Braune von Neu-Ruppin nach Fehrbellin, Rosenbaum von Greifswald nach Perleberg, Ass.-A. Dr. Loeffler von Berlin als Stabsarzt nach Karlsruhe i. B., Dr. Eckervogt von Darfeld nach Bocholt, Dr. Tritschler von Mainz, Dr. Pinner von Freiburg i. B. und Dr. Müller von Heddernheim sämmtlich nach Frankfurt a. M., Dr. Kreuzmann von Frankfurt a. M. nach Moerfelden, Dr. Thelen von Düsseldorf nach Elberfeld, Dr. Stens von Kösen nach Düsseldorf, Bossmann von Millingen nach Isselburg, Hufschmidt von Wesel ins Ausland und Dr. Weber von Duisburg nach Köln.

Verstorbene: Dr. Josef Müller in Düsseldorf, Ob. St.-A. Dr. Carstenn in Rendsburg, Ob. St.-A. Dr. d'Arrest in Ehrenbreitstein.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Colditz hat die Verwaltung der Reichelt'schen Apotheke und der p. Seibert die der Michalke'schen Apotheke in Breslau übernommen. Der p. Winter in Frankenstein hat seine Apotheke an den p. Welzel verkauft. Der p. Hiller hat die Apotheke des verstorbenen Apothekers Wolff in Nimptsch gekauft. Der p. Drewitz hat an Stelle des seitherigen Administrators Stübler die Verwaltung der Ende'schen Apotheke in Striegau übernommen. Der p. Johannsen hat die Eylerts'sche Apotheke in Esens und der p. Hüttenhain die Meyer'sche Apotheke in Weitmar gekauft. Der Apotheker Dornau hat die seither vom p. Hauff verwaltete Brockmann'sche Apotheke gekauft, der p. Karlstein diejenige des p. Dunkel in Prenzlau. Der p. Oellers bisher in Dorsten hat die Feldhaus'sche Apotheke in Münster gekauft, diejenige in Dorsten der p. Struff. Der p. Ohm hat an Stelle des p. Peus die Verwaltung der Roling'schen Apotheke in Rheine und der p. Backs an Stelle des p. Schluckebier die Verwaltung der Unkenbold'schen Apotheke in Ahlen übernommen. Der p. Kettell hat die Schreiber'sche Apotheke in Driedorf und der p. Frowitz die Doering'sche Apotheke in Wiesbaden gekauft. Der p. Mans in Barmen hat seine Apotheke an den p. Hoermann seither in Mengeringhausen verkauft.

Vacante Stellen: Kreiswundarztstelle des Kreises Querfurt.

2. Hessen.

(Amtlich.)

Ernennungen: am 4. Juli 1883 der Kreis-Assistenz-Arzt Dr. Karl Spamer zu Mainz zum Kreisarzt des Kreisgesundheitsamts Lauterbach; am 10. August 1883 der Kreis-Assistenz-Arzt Dr. Ludwig Matthias zu Gedern zum Kreis-Assistenz-Arzt bei dem Kreisgesundheitsamt Mainz.

Charaktertheilungen: am 6. October 1883 dem Kreisveterinärarzt des Kreisveterinäramts Giessen und zweiten Lehrer für Veterinärheilkunde an der Landes-Universität Dr. Theodor Winckler der Charakter als „Professor."

Versetzungen in den Ruhestand: am 19. Juli 1883 der Kreiswundarzt Dr. Christian Lorenz zu Lauterbach auf sein Nachsuchen.

Niedergelassen haben sich: die practischen Aerzte: Dr. Ernst Michaelis aus Herzberg in Offenbach; Dr. Friedrich Maurer, seither in Heidelberg in Darmstadt; Dr. Karl Wilhelm Julius Lucanus aus Malschwitz in Mainz; Dr. Georg Keller aus Dietenheim in Neckar-Steinach; Dr. Leonhard Gustav Graf (Oberstabsarzt) in Mainz; Dr. Valentin Held aus Ilbesheim in Flomborn; Dr. Georg Büchner aus Höchst i. O. in Darmstadt; Dr. Georg Weidenhammer aus Darmstadt in Darmstadt; Dr. Peter Paul Philipp Gielen (Stabsarzt) aus Halberstadt in Mainz; Dr. Alexander Kaes aus Aschaffenburg in Wörrstadt; Dr. Albert Otto Schubert (Militär-Assistenz-Arzt) aus Essen in Babenhausen; Dr. Hermann Lindenborn aus Gross-Umstadt in Darmstadt; Dr. Karl von Norden aus Bonn in Giessen; Dr. Joseph Gottschalk aus Frankfurt a. M. in Giessen; Dr. Karl Oster aus Rastatt in Giessen.

Verzogen sind: die practischen Aerzte: Dr. Theodor Becker aus Dieburg nach Bürgel: Dr. Wilhelm Schrader von Giessen nach Marburg; Dr. Karl Käss von Giessen nach Osthofen; Dr. Friedrich Lorentz von Giessen nach Gummersbach; Dr. Ludwig Kredel von Giessen nach Berlin; Dr. Karl Zandt von Bieber nach Offenbach: Dr. Oscar Schneider von Darmstadt nach Fritzlar; Dr. Ernst Michaelis von Offenbach nach Mainz; Dr. Friedrich Tritschler von Mainz unbekannt wohin; Dr. Max Ernst Rudeloff von Mainz nach Berlin; Dr. Siegmund Reiss von Darmstadt nach Beerfelden; Dr. Conrad Saarburg von Babenhausen nach Freiburg i. B.; Dr. Gotthold Langhoff von Mainz nach nach Berlin; Dr. Hermann Gosebruch (Oberstabs-Arzt) von Mainz nach Metz; Dr. Wilhelm Haas von Darmstadt nach Pforzheim; Dr. Friedrich Wolf von Mainz nach Ober-Ingelheim.

Gestorben sind: die practischen Aerzte: Dr. Wilhelm Dannenberg zu Södel, Kreisarzt a. D.; Dr. Ferdinand Lichtenberg zu Pfungstadt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 7.** 14. Februar 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Einige Bemerkungen zu den Verhandlungen über das Medicinalwesen in der Berliner Medicinischen Gesellschaft und im Preussischen Abgeordnetenhause.

Die Voraussage des Herrn Virchow, es werde demnächst die Frage der Medicinal-Reform im Preussischen Abgeordnetenhause zur Sprache kommen, ist, wie sich bei der Stellung des Herrn Redners allerdings erwarten liess, schnell in Erfüllung gegangen. Der Discussion in der Berliner medicinischen Gesellschaft ist am 9. d. Mts. eine ausführliche Erörterung im Abgeordnetenhause gefolgt, an der sich die Herren Graf, Virchow, Thilenius, Löwe und vor Allem der Herr Cultus-Minister v. Gossler selbst auf das Eingehendste betheiligt haben.

Wir beginnen in dieser Nummer mit der Wiedergabe der Verhandlungen, und zwar mit der Rede Graf's, da uns von ihr allein das Stenogramm schon vorliegt, während die gewöhnlichen Berichte der politischen Zeitungen, gerade wenn es sich um ärztliche Dinge handelt, mehr als sonst zu wünschen lassen.

Unsere Leser werden durch den Vergleich dieser Rede mit meinen Ausführungen in der Berliner medicinischen Gesellschaft die Ueberzeugung gewinnen, dass Herr Graf in demjenigen Theil seiner Darlegung, die sich auf die Badischen Verordnungen, wie auf die sogenannten Berufspflichten der Aerzte bezogen, zu meiner grossen Freude und Genugthuung wesentlich bestätigt hat, was meinerseits seit Jahren versucht worden ist, klar zu stellen. Wir behalten uns selbstverständlich vor, in derselben Weise, wie es schon in dieser Nummer geschieht, auf die einzelnen Punkte der Verhandlung zurück zu kommen.

In der That machen wir immer wieder die Erfahrung, dass eine merkwürdige Unklarheit, sowohl unter den Aerzten, wie in ausserärztlichen Kreisen über die Lage der Gesetzgebung auf dem Gebiete des Medicinalwesens bei uns herrscht, und darum ist es immer von Neuem nothwendig, auf dieselben zurückzukommen. Die Fülle des Stoffes nöthigt uns freilich, für heute auf Mehreres zu verzichten. Manches kann ganz wegbleiben weil Herr Graf sich darüber schon genügend verbreitet hat.

Aber zwei kleine Personalien aus den Verhandlungen der Berliner Med. Ges. können wir unsern Lesern nicht vorenthalten.

Zuvörderst hat Herr Langerhans mit ausserordentlichem Applomb dem Redacteur dieser Wochenschrift gegenüber die Behauptung aufgestellt, mit der Aberkennung der Ehrenrechte durch richterliches Urtheil sei eo ipso die Entziehung der ärztlichen Approbation gegeben, und es bedürfe eines weiteren Verfahrens nicht. Da Herr Langerhans ja, wie er selbst betont, zu den Vätern der Gewerbe-Ordnung gehört, so war für seine Worte von vorn herein eine nicht geringe Autorität anscheinend vorhanden. Ich empfehle Herrn Langerhans aber die Deutsche Gewerbeordnung noch einmal durchzulesen, und vielleicht den vortrefflichen Commentar von Marcinowski zu Hilfe zu nehmen, er wird sich dann überzeugen, dass er vollständig Unrecht hat.

Die Zulassung der Zurücknahme der Approbation im Falle der Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte ist gerade aus dem Grunde in die Gewerbeordnung aufgenommen, weil das Strafgesetzbuch nicht die Möglichkeit bot, in derartigen Fällen die im Interesse des betheiligten Standes erforderliche Abhülfe zu schaffen. Nach § 33 des Strafgesetzbuchs bewirkt die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte zwar den dauernden Verlust der öffentlichen Aemter, Würden, Titel, Orden u. s. w., berührt aber die Approbation nicht. Man hatte nun mit Rücksicht auf das Bedürfniss, unlautere Elemente von dem Berufe der Aerzte und Apotheker auszuschliessen, die Wahl, entweder die Vorschrift des Strafgesetzbuchs in diesem Sinne zu ergänzen oder eine entsprechende Bestimmung in die Reichs-Gewerbeordnung aufzunehmen. Die Reichsregierung hat den letzteren Weg gewählt und hat hierin die Zustimmung des Reichstages erlangt. Die Zurücknahme der Approbation wegen Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte erfolgt nach dem Gesetze vom 1. Mai 1883 im Verwaltungsverfahren nach Massgabe der in demselben gegebenen Vorschriften.

Herr Ewald ferner ist in No. 5 der von ihm redigirten Berliner klinischen Wochenschrift naiv genug, ausser vielen anderen merkwürdigen Behauptungen, einige offene Thüren einzustossen und die nicht mehr gerade allzuneue Thatsache seinen Lesern aufzutischen, dass in Baden die Disciplinar-Kammer (richtiger der Ausschuss), von allen Aerzten gewählt werde.

Auf Grund dieser erstaunlichen Kenntniss der Badischen Medicinal-Verhältnisse, geht Herr Ewald dann auf die Differenz derselben mit der Preussischen ein, und meint, dieser Punkt sei in der Discussion der Berl. Med. Ges. garnicht, oder nicht genügend hervorgehoben worden. Derselbe sei aber für ihn der Kernpunkt, denn bei uns würden die Wahlen der die Disciplinarkammer bildenden Persönlichkeiten „naturgemäss“ aus den Vereinen hervorgehen.

Jeder Andere als Herr Ewald ist wohl durch die Verhandlungen der letzten Aerztetage, und die Auslassungen des Herrn Virchow längst schon zur Genüge dahin informirt, dass die Wahl durch Vereine in Preussen gar nicht intendirt wird. Aus diesem Grunde setzte die Majorität der Preussischen Delegirten auf dem Aerztetage in Nürnberg eine Fassung durch, der zu Folge die Frage den Einzelstaaten überlassen wurde und ganz in demselben Sinne hat sich der Minister v. Gossler im vorigen Jahre im Abgeordnetenhause ausgesprochen. Ich bemerke aber hierzu ausdrücklich, dass ich durch diese Darlegung nur den Redacteur der Berliner klinischen Wochenschrift rectificirt haben will. Ich bin bereit, die ausgezeichneten Eigenschaften des Herrn Ewald als ausserordentlicher Professor, als Kenner des Magens und der Schluckgeräusche und als Mitglied des Vereins für innere Medicin und der Berliner medicinischen Gesellschaft anzuerkennen, und verwahre mich gegen jede Verkleinerung seiner Bedeutung auf diesen zahlreichen Gebieten. In seiner Eigenschaft als Redacteur und Publicist hat Herr Ewald aber, wenn er es überhaupt will, als solcher Rede zu stehen, denn dass er über jede Kritik erhaben sei, wird er selbst schwerlich behaupten, so gut er auch im Allgemeinen und Besonderen von sich denken mag. P. B.

II. Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau.

Ueber Harnröhrensteine.

Von

Dr. Partsch,

1. Assistenten der Königl. chirurgischen Klinik zu Breslau.

Im vergangenen October wurde der Königl. chirurgischen Klinik zu Breslau ein sechsjähriger Knabe wegen Urinbeschwerden zugeführt. Nach den Angaben der Mutter, die ich durch die mir freundlichst gewordenen Mittheilungen des behandelnden Arztes Herrn Dr. Kleinert in Koschmin ergänze, datiren die Beschwerden des Knaben schon aus seiner frühesten Kindheit. Als er kaum 1/4 Jahr alt war, soll der Urin nur tropfenweise und unter starken Schmerzensäusserungen entleert worden sein, und zwar nicht immer klar, sondern molkig getrübt. Dabei constatirte der behandelnde Arzt schon vor einigen Jahren bei der ersten Untersuchung des Kindes einen namentlich beim Pressen deutlich fühlbaren Tumor, der wahrscheinlich im Blasenhalse sass. Da damals die Symptome nicht dringende waren, rieth er vorläufig von einem operativen Eingriff ab. Die vom Damm aus fühlbare Geschwulst zeigte auf Druck kein Knirschen und fühlte sich als eine einzige, grössere Masse an. Die Beschwerden des Kindes waren ungemein wechselnd, bald wurde gar kein Urin entleert, bald wieder eitriger. Die Mutter giebt an, dass der Urin überhaupt nie im Strahl entleert worden sei; das Glied habe sich beim Lassen des Urins prall gefüllt, schräg auf den Unterleib gelegt und erst dann sei der Urin in Tropfen abgegangen. Als der behandelnde Arzt in diesem Jahre das Kind abermals untersuchte, fand er die Geschwulst weiter in die Harnröhre vorgerückt, die früher vollständig frei gewesen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war. Ein sehr deutlich fühlbares Knirschen liess vermuthen, dass aus einem grösseren Tumor mehrere kleine entstanden waren. Sie lagen in einer von der Harnröhre ausgehenden, mit ihr communicirenden Ausbuchtung und liessen sich deutlich mit dem Katheter fühlen. Seit jener Zeit hat sich keine wesentliche Aenderung des Zustandes, besonders keine Vergrösserung der Geschwulst, wahrnehmen lassen. Anfang Juli sollen sich, wie die Mutter sagt, die Beschwerden des Kleinen acut verschlimmert haben; zwei Tage lang wurde überhaupt kein Urin gelassen; erst als eine grössere Menge krümlichen Breies abgegangen war, trat wieder, ohne dass ein entzündlicher Process sich angeschlossen hätte, Urinentleerung ein.

Bei der Vorstellung des Knaben in der Klinik fühlte man bei dem sonst kräftigen Knaben an der Unterfläche des Penis eine 4—5 cm lange Geschwulst, die auf Druck deutlich knirschte; sie fühlte sich sehr hart und uneben an und liess sich von der Urethra nicht abheben. Der eingelegte Katheter gelangte ohne Schwierigkeit bis an den Tumor und gab das für Steinbildungen charakteristische tönende Geräusch. Nachdem so die Diagnose auf Harnröhrenstein sicher gestellt war, wurde, da die Grösse der Concremente von vornherein eine Extraction durch die Harnröhre als unmöglich erscheinen liess, auf den Tumor von der Unterfläche des Penis aus eingeschnitten. Eine 3 cm lange, 2 cm hinter dem Orificium externum beginnende Incision legte den Tumor bloss. Die untere Wand des Corpus cavernosum urethrae war in eine den Tumor bedeckende bindegewebige Kapsel umgewandelt, die von der Harnröhre nicht ablösbar war. Ein Schnitt in dieselbe eröffnete eine Höhle, in welcher fünf kleine Steine neben einander geschichtet eingebettet lagen. Die Wand dieser sackartigen Ausstülpung trug einen sammetnen in die normale Schleimhaut der Harnröhre übergehenden Ueberzug und communicirte durch eine 2—3 cm lange, 1 cm breite Oeffnung mit dem Lumen der Harnröhre. Die Steine liessen sich leicht aus dem Lager herausheben. Der Katheter wurde ohne jedes Hinderniss in den obern Theil der Harnröhre und in die Blase geführt. Nachdem man sich überzeugt, dass die Blase keinen Stein mehr enthielt, entfernte man den Katheter, und stopfte die Höhle mit einem Gazebausch, der mit Jodoform bestäubt war aus, um so den Schluss der Wunde der Heilung per secundam zu überlassen. Diese ging ohne jede Störung von Statten; schon vom zweiten Tage ab floss kein Urin mehr aus der Schnittöffnung aus. Nach vier Wochen war die Wunde ganz geschlossen, nur eine weiche, etwas eingezogene Narbe verrieth die Operation. Der Sack, welcher nicht exstirpirt worden war, war vollständig geschrumpft, so dass der Katheter leicht, ohne sich in einer Tasche zu verfangen, eingeführt werden konnte. Der Knabe wurde vollkommen geheilt am 17. November entlassen.

Die herausgenommenen Steine, fünf an der Zahl, von denen beifolgende Abbildung ein Bild in natürlicher Grösse giebt, sind an der

Aussenseite rauh und haben eine ziemlich harte Consistenz. Die in der Mitte gelegenen Steine sind gegen einander abgeplattet und zeigen an den Berührungsseiten deutliche Schliffflächen mit abgerundeten Kanten. Neben einandergelegt, bilden sie zusammen einen nierenförmig gestalteten Körper. Die chemische Untersuchung, welche ich der Güte des Herrn Hospitalapotheker Dr. Gissmann verdanke, ergiebt, dass alle Steine aus einem gleichmässigen Gemenge von Harnsäure, harnsaurem Natron mit Phosphaten bestehen. Organische Substanzen sind nur in geringer Menge vorhanden. Beim Erhitzen auf Platinblech färbte sich der Stein nur grau. Ihr Gewicht beträgt in der Reihenfolge, in welcher sie liegen 0,542, 0,505, 0,392, 0,396, 0,375 gr, in Summa 2,160 gr.

Wir haben es demnach hier mit einem ausgesprochenen Fall von Harnröhrensteinen zu thun. Sowohl die anamnestischen Angaben wie die gleichmässige chemische Zusammensetzung, machen es wahrscheinlich, dass die jetzt in einem Divertikel der Harnröhre gelegenen Steine früher einen einzigen grösseren Stein gebildet haben, der auf dem Wege vom Blasenhalse bis in die Urethra hinein durch irgend eine, nicht mehr zu eruirende Ursache zertrümmert worden ist.

Durchblättert man die Literatur über derartige Fälle, so findet man einen gewissen Gegensatz, in welchem die spärlichen Angaben der gebräuchlichen Lehrbücher — nur Bokai widmet ihnen im Gelhardtschen Lehrbuch für Kinderkrankheiten eine ausführlichere Besprechung — zu der Menge der einzeln mitgetheilten Fälle stehen. Zeissl[1]) hat in einer vor Kurzem erschienenen Monographie mit einer den Schüler Albert's verrathenden Kenntniss, namentlich der alten Literatur die Einzelbetrachtungen gesammelt und sechs Fälle der Dumreicher-Albert'schen Klinik mitgetheilt. Leider hat Zeissl die grosse Zahl der Einzelbetrachtungen nur lose aneinander gereiht, und der Mühe des Lesers es überlassen, sich aus der grossen Fülle von Material das klinisch Wichtige herauszulesen.

[1]) Zeissl, Ueber die Steine der Harnröhre des Mannes. Enke, Stuttgart 1883, 64 Seiten.

Die in der männlichen Harnröhre zur Beobachtung gekommenen Steine sind entweder von Niere und Blase her in dieselbe verschleppt, oder in der Harnröhre gebildet, ein Unterschied, der sich auch in der klinischen Erscheinungsweise ausspricht. Von dem Verhältniss zwischen der Grösse eines Steines und dem Lumen der Harnröhre wird es abhängen, ob ein aus der Blase mit dem Harnstrahl fortgetriebener Stein in der Harnröhre stecken bleibt oder nach aussen entleert wird. Während deshalb Erwachsene, die an Nierensteinen leiden, oft schachtelweise die von ihnen entleerten Concremente von verschiedener Grösse zur klinischen Vorstellung mitbringen, kann bei Kindern ein ziemlich kleiner Stein häufig die Urethra nicht passiren. Es wird dies um so eher erfolgen, je grösser der Stein, je rauher seine Oberfläche, je unregelmässiger seine Form ist. Der glatte runde Stein gleitet über die Falten und Buchten der Schleimhaut der Urethra viel leichter fort, überwindet auch enge Partien besser, wie der eckige Stein, dem vielfach Gelegenheit geboten ist, sich zu fangen und einzukeilen. Da die Lichtung der Harnröhre von ihrem Ursprung aus der Blase bis zur äussern Oeffnung nicht gleichmässig weit, sondern sowohl in der Pars membranacea wie in der Fossa navicularis enger ist, werden sich an diesen Stellen Steine, welche durch die andern Partien der Urethra noch hindurchgingen, leichter fangen und sich festsetzen. Dazu kommt noch, dass gerade die hinteren Abschnitte der Harnröhre vermöge ihrer anatomischen Zusammensetzung starrer, weniger dehnbar sind, so dass sie viel eher durchschlüpfende Steine aufhalten werden als die Pars cavernosa. Man macht deshalb nach dem Sitz des Steines einen Unterschied zwischen Prostatasteinen und Harnröhrensteinen, wobei allerdings bemerkt werden muss, dass für diese Classificirung auch besondere ätiologische Momente ausserdem wohl noch maassgebend gewesen sind. Mich über die Ursachen der Steinbildung, namentlich im Kindesalter zu verbreiten, würde hier zu weit führen.

Die Harnröhrensteine im engern Sinne, d. h. die in der Harnröhre gebildeten Steine, verdanken ihr Entstehen immer einem Umstande, der eine Stagnation von Urin in der Harnröhre veranlasst. Normalerweise legen sich nach der Urinentleerung die Wände der Harnröhre, sei es durch Muskelwirkung, sei es vermöge ihrer Elasticität so dicht an einander, dass in der Harnröhre kaum ein Tropfen Urins vorhanden ist. Dieser Mechanismus muss auf irgend eine Weise gestört sein, wenn es zur Steinbildung in der Harnröhre selbst kommen soll. Denn wir müssen ebenso, wie für den Blasenstein als Vorbedingung für die Bildung eines Harnröhrensteins eine Stagnation von Urin verlangen.

Höchst selten geben wohl die Producte der in die Harnröhre mündenden Drüsen zur Steinbildung Veranlassung. Bis jetzt vereinzelt dastehend ist die Beobachtung von Belfield,[1]) der an den verschiedensten Stellen der Harnröhre krystallinische Concremente fand, welche, soweit sie makroskopisch erkennbar waren, mohnkorngrosse sandartige Einlagerungen von bräunlicher Farbe darstellten. Sie lagen im Innern der Schleimdrüsen, deren Epithel aber noch gut erhalten war. Am ehesten können noch die als schwärzlichbraune Pünktchen bei der Section der Prostata auffallenden geschichteten Niederschläge ihres Secrets zur Steinbildung führen, indem sie allmählich an Grösse zunehmen und mit Kalksalzen sich imprägniren.

Die häufigste Ursache aber liegt in krankhaften Veränderungen der Harnröhrenwand. Hat sie durch einen pathologischen Process ihre Faltbarkeit, Nachgiebigkeit eingebüsst, ist sie starr geworden, so ist an dieser Stelle ein Verweilen von Urin möglich. Deshalb sind die Steine häufig Begleiterscheinungen einer bestehenden Strictur, sei sie gonorrhoischer, sei sie traumatischer Natur.

So erklärt sich das Vorkommen von Steinen hinter dem verengerten Orificium urethrae nach Amputation des Penis (Bourdillat), oder bei Atresie nach Beschneidung (Mourlon) oder nach Medianschnitten, die zum Zweck der Beseitigung eines Blasensteines gemacht worden sind. Im letzteren Falle trägt die Art und Weise, wie die Heilung der Operationswunde zu Stande kommt, wesentlich zur Bildung des Steines bei. Legen sich die Hautwundränder nach der Urethrotomie sehr schnell an einander, so können sie sich eher durch Verklebung vereinigen, als die tieferen buchtigen Partien der Wunde. Der Abfluss des Urins durch die Wunde wird dadurch verhindert und der Urin sammelt sich in den Falten der Wunde. Aus diesem Grunde ist sicherlich der Vorschlag, der namentlich von den Operateuren früherer Zeit gemacht wurde, vor dem Einschneiden der Urethra die Haut zu verziehen, zu verwerfen. Abgesehen von der Gefahr, die eben erwähnt wurde, wird ja die so gefürchtete Urininfiltration gradezu geschaffen.

Dass auch Fremdkörper, welche durch das Orificium externum eingedrungen sind, auch Blutgerinnsel durch Incrustation zu Harnröhrensteinen werden können, will ich nur ganz kurz erwähnen.

[1]) cit. bei Zeissl pag. 56.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wie nun auch der Stein in die Harnröhre gekommen sein mag, sei es, dass er in ihr autochthon entstanden ist, sei es, dass er sich als fremder Eindringling von der Blase oder der Aussenwelt her in ihr sich eingenistet und festgesetzt hat, immer wird für sein weiteres Schicksal das Verhalten der Urethra bestimmend sein. Verlegt er ihr Lumen ganz, so dass eine vollkommene Behinderung des Urinabflusses eintritt, so treten die durch sie hervorgerufenen Allgemeinstörungen des Organismus vor den localen in den Vordergrund. Es kommt zur Stauung des Urins in der Blase, durch die Ureteren hinauf bis in das Nierenbecken, ja zur tödtlichen Uraemie (Vanzetti), wenn nicht vorher durch die Natur oder die Hand des Arztes dem Urin Abfluss verschafft wird.

Glücklicherweise sind diese Fälle selten. Meistens pflegt der Stein in der Harnröhre eine solche Lage einzunehmen, dass neben ihm immer noch zum Durchtritt des Urins Raum bleibt. Der Stein, meist eckig und kantig, seltener ganz rund und glatt an seiner Oberfläche, wird an zwei Ecken von der Schleimhaut festgehalten, und lässt doch so viel Raum, dass der Urin, manchmal allerdings nur tropfenweise durchgepresst werden kann. Der Urinstrahl, der unter starkem Druck bei dem Stein vorübergeht, wäscht sich nicht selten eine kleine Rinne in dem Stein aus, durch welche der Abfluss des Urins sichergestellt ist. Von mehreren Autoren wird bei Beschreibung der Harnröhrensteine dieser Rinne besonders gedacht. Renzi entfernte einen Stein aus der Harnröhre, der ringförmig gestaltet war; höchst wahrscheinlich hat sich hier die Rinne allmählich so tief ausgewaschen, dass an den oberen Theilen wieder Salze neu angesetzt werden konnten, so dass für die Rinne eine Decke entstand.

Ist so einer das Leben des Patienten bedrohenden Gefahr vorgebeugt, so kann sich der Stein, falls die Harnröhre seine Anwesenheit nicht mit entzündlicher Reizung beantwortet, in ihr festsetzen. Der unter erhöhtem Druck an ihm vorbeischiessende Urin drückt ihn immer mehr und mehr in die Urethralwand hinein. Diese giebt nach, erweitert sich zu einer sich allmählich vertiefenden Tasche, in welcher der Stein gefangen gehalten wird. Wie lange er hier verweilen kann, zeigt ausser dem Alter des Patienten (70—80 Jahr), bei welchem in früher Jugend entstandene Harnröhrensteine beobachtet worden sind, die bedeutende Grösse, zu der sie anwachsen können. Durch die ständige Zufuhr von Salzen durch den Urin, der ja von den Falten, welche die Harnröhrenschleimhaut um den Stein bildet, zurückgehalten wird, ist für eine Vergrösserung des Steines genügend gesorgt. Aehnlich wie die Blasensteine in den Experimenten von Studensky durch tägliches Uebergiessen mit frischem Urin an Volumen zunahmen, so wächst der anfangs kleine Urethralstein und kann ganz bedeutende Dimensionen annehmen. Es sind Steine von 720 gr (Da Luze), 160 gr (Camper) aus der Harnröhre entfernt worden.

Das Wachsthum des Steines spiegelt sich wieder in seiner Structur. Fast stets zeigten die grösseren Exemplare eine ausgesprochene Schichtung um einen Kern, sei es aus gleichem, sei es aus andersartigem Material. Als Bestandtheile der Harnröhrensteine sind die von den Blasensteinen her bekannten Stoffe gefunden worden: Harnsäure und ihre Salze, Phosphate von Kalk, Magnesia und Ammoniakmagnesia, Oxalate, denen seltener Eisen in Spuren beigemengt war, Kystin.

Je nach dem Material, aus welchem der Stein gebildet ist, wird er eine geringere oder grössere Festigkeit und Härte besitzen. Die im Ganzen ungeschützte Lage eines Urethralsteines ermöglicht die Einwirkung äusserer Schädlichkeiten (Fall gegen den Damm, Stoss, Schlag, Druck beim Gehen und durch die beim schmerzhaften Uriniren von den Patienten gemachten Manipulationen) und damit eine Zertrümmerung des Steines. Kleine Fragmente werden dann vom Urin fortgeführt, grössere bleiben zurück und bilden die Kerne neuer Steine, welche das Lager des alten einnehmen. So sind jedenfalls auch die fünf Steine in unserem Falle entstanden. Der als Ganzes in dem hinteren Abschnitt der Urethra sitzende Stein ist bei seinem Vorrücken zertrümmert worden, worauf wohl der Abgang von krümlichen, sandigen Beimischungen zum Urin schliessen lässt.

In vielen Fällen ist die Zahl der Steine, die in einer Ausbuchtung der Urethra gefunden wurden, viel grösser gewesen. Civiale sah 120 Steine, in einem anderen Falle 162 Steine in einem Divertikel zusammenliegen; Andere fanden die ganze Harnröhre von Steinen ausgefüllt. Selbstverständlich hat man bei einer solch' massenhaften Anhäufung von Steinen auch an eine lebhaftere Steinbildung in den oberen Harnwegen zu denken.

Mit der Grössenzunahme der Steine, mit ihrer Vermehrung, ihrer Zahl, die ja mit einer bedeutenden Vergrösserung der Gesammtoberfläche einhergeht, muss auch das von der Urethra hergegebene Lager wachsen, und einen immer grösseren Tumor bilden. Der dauernd auf die Nachbargebilde durch den Stein ausgeübte Druck bringt sie zum Schwund. In der Pars cavernosa hat ja eine solche Dilatation nicht viel zu bedeuten. Die Wände der Urethra geben leicht nach, das ungemein dehnbare Scrotalgewebe weicht dem dauernden Druck ohne wesentlichen Widerstand. Dementsprechend hat man auch hier die Harnröhrensteine zu grossen Tumoren bis zu $5^1/_2$″ im Durchmesser (Pulido, Canstatt's Jahresbericht 1842) anwachsen sehen, ohne dass es zu einer Atrophie der Hoden gekommen wäre.

Schwere Störungen setzen die Erweiterungen der hinteren Urethralabschnitte, wo die Harnröhre in ihrer Wand nicht nur die Ausführungsgänge der Geschlechtsdrüsen, sondern auch die einen sichern Verschluss der Blase bewirkenden Elemente trägt, und ausserdem mit wichtigen Organtheilen fest verwachsen ist. Namentlich rufen die Prostatasteine Schwund der Vorsteherdrüse (Crosse) mit Erweiterung und Lähmung des Blasenhalses und des Schliessmuskels hervor. Dazu kommt noch die durch den Druck bewirkte Behinderung der Circulation, namentlich im venenreichen Mastdarmgebiet und die durch Compression des Rectums erzeugten Obstructionen.

Dem Gesetze der Schwere nach wird in der Mehrzahl der Fälle die untere, hintere Wand der Harnröhre zur Bildung des Divertikels herangezogen werden. Besondere Umstände müssen obwalten, wenn es in der vordern Harnröhrenwand gelegen ist, wie es in einem von Klien beschriebenen Falle zu beobachten war.

In der Natur der Sache liegt es, dass das von der Harnröhre gebildete Divertikel mit Schleimhaut ausgekleidet ist, mag dieselbe auch durch die dauernde Grössenzunahme derselben sehr verdünnt sein. Allmählich wird sich allerdings diese Ausbuchtung der Urethra durch Verlagerung in die Umgebung immer mehr von der Urethra abschliessen, so dass die Communication mit ihrem Lumen immer kleiner wird. Ja es kann dieselbe durch Abschnürung des Divertikels ganz verschwinden und dann direct unter die häutige Bedeckung des Penis zu liegen kommen. Derartige Fälle sind von Gerard, Jaques, Vanzetti beschrieben worden. Dann ist natürlich von einem Wachsthum des Steises keine Rede mehr; die Zufuhr des Materials dazu ist ihm ja abgeschnitten.

Dass ein Stein durch die Gewalt des Urinstrahls durch die Wand der Harnröhre hindurchgetrieben und so in die Umgebung der Urethra gelangen könne, ist mindestens unwahrscheinlich. Ebensowenig ist zu vermuthen, dass durch eine Druckusur der Wand der Stein in die Nachbarschaft auswandern könne. Sollte das ohne weitere entzündliche Störungen abgehen?

Wir haben bei der ganzen bisherigen Betrachtung den günstigen Fall im Auge gehabt, dass der Stein reizlos in der Harnröhre liegt und gutwillig von ihr beherbergt wird. Aber mehr als irgend wo anders sind grade hier die günstigsten Bedingungen für das Entstehen eines Entzündungsprocesses gegeben. Rufen die scharfen Kanten und Ecken der Steine an und für sich schon beim Durchgehen durch die Urethra oberflächliche Schleimhautverletzungen hervor, so kann dies noch viel eher geschehen durch das starke Pressen und Drängen behufs Entleerung des gestauten Urins, durch die vielen Manipulationen am Gliede, welche der Patient macht, um das Hinderniss zu beseitigen oder die Schmerzen zu lindern. Besteht einmal eine Verletzung der Schleimhaut, so finden die entweder in schon zersetztem Urin reichlich vorhandenen, oder in dem gestauten, durch Luftzutritt sich leicht bildenden Entzündungserreger allzu leichten Zugang zu den Geweben der Nachbarschaft, die durch ihren Blutreichthum, ihre lockere Structur einer Unterhaltung und Fortleitung einer Entzündung günstigen Boden bieten. Es bilden sich jene arg gefürchteten Urininfiltrationen aus, die, wenn sie nicht durch Fistelbildung oder durch das Messer des Chirurgen schnelle Ableitung nach aussen finden, umfangreiche Zerstörungen durch brandigen Zerfall der Gewebe hervorrufen und das Leben der Patienten auf das Ernsteste bedrohen. Sie sind als trauriges Nachspiel jeder Verletzung der Harnröhre zu sehr bekannt, als dass ich ihren Verlauf erst näher hier zu schildern brauchte.

In der Mehrzahl der Fälle wird durch die umfangreiche Zerstörung dem Stein ein Weg nach aussen gebahnt; er kann sich aber auch bei der dem Entzündungsprocesse folgenden Narbenbildung einkapseln unter Bestehenbleiben einer Urinfistel. Selten ist ein Durchbruch nach dem Mastdarm und Abgehen des Steines durch denselben beobachtet.

Wenden wir uns nach dieser eingehenden Darstellung des Schicksals der Harnröhrensteine zur Besprechung der von ihnen hervorgerufenen Symptome, so können wir sie, ähnlich wie beim Blasenstein, passend in rationelle und inductive trennen.

Zunächst wird der Harnröhrenstein Störung der Urinentleerung bewirken. Sie wird stocken, sobald der Stein das Lumen der Harnröhre ganz verlegt. So schnell dann die Erwachsenen durch das sich steigernde Drängen des stauenden Urins zum Arzt getrieben werden, so leicht ist bei kleinen Kindern die Ursache ihrer Unruhe, ihres Schreiens und Pressens zu verkennen. Das Trockenbleiben der Unterlagen verräth sie. Die Situation wird gebieterisch Abhilfe verlangen. Die in dem hintern Abschnitt der Urethra sich fangenden Steine, wie wir sie jetzt

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach den Lithothripsien nicht mehr so häufig zu sehen bekommen, rufen so lebhafte Spasmen des Schliessmuskels hervor, dass sie eine Entfernung dringend fordern.

Findet der Urin noch neben dem Stein einen Weg, so wird der Urinstrahl kleiner, gebrochen, vielleicht unterbrochen sein; der Harn läuft trotz heftigen Drängens nur tropfenweise ab.

Wenn der Stein, in der Pars prostatica gelegen, Lähmung des Blasenschliessmuskels bewirkt hat, wird dauerndes Urinträufeln die Folge sein. Beim Entleeren des Harns wird meistens an der Stelle, wo der Stein liegt, ein mehr weniger intensiver, brennender Schmerz verspürt. Mit der Behinderung des Urinirens stellen sich die vom Blasenstein und den Stricturen her bekannten Folgezustände ein: Mastdarmvorfall, Hämorrhoiden, bei Kindern der langgezogene Penis.

Dass bei Erwachsenen natürlich auch die Ableitung der Geschlechtsproducte behindert sein wird, erwähne ich nur nebenbei.

Der entleerte Urin zeigt nicht immer die klare, weingelbe Farbe; häufig findet sich Blut in ihm; die Beimischung von Eiterkörperchen in Folge einer Urethritis, auch Vermischung mit krümlichen, körnigen Partikelchen, die von der Oberfläche des Steins oder bei seiner Zertrümmerung fortgehen, verleiht ihm oft ein milchiges, molkiges Ansehen. Ja es kann sogar eine vollständige Gonorrhoe vorgetäuscht werden, indem sich zur Entzündung der Harnröhre noch Anschwellung des Nebenhodens, der Leistendrüse, oder eine Hydrocele gesellt.

Grössere Steine in den hinteren Partien erzeugen das Gefühl dumpfen Druckes im Unterleibe, consecutive Venenstauungen und Obstructionsbeschwerden.

Hat der Stein eine einigermaassen beträchtliche Grösse erreicht, so wird er sich nicht nur bei der Palpation, sondern auch bei der Inspection verrathen. Man fühlt im Verlaufe der Harnröhre, oder neben derselben, von ihr aber nicht ablösbar einen gegen die Umgebung scharf abgegrenzten, knochenharten Tumor, der, wenn mehrere Steine vorhanden sind, ein deutliches Knirschen zeigt. Natürlich wird sich der Tumor leichter fühlen lassen in der Pars pendula, als in der Pars membranacea oder gar der Pars prostatica. Hier wird man sich nicht mit dem Abtasten des Dammes allein zufrieden geben, sondern sich noch durch Untersuchung per rectum ein genaueres Bild von Lage, Form, Grösse und Consistenz des Tumors verschaffen. Während hier Hypertrophien oder andere Geschwülste der Prostata die Diagnose zweifelhaft machen können, erschweren sie in der Pars pendula penis etwa vorkommende Venensteine, oder die oft knorpelharten, wahrscheinlich als Producte einer retrahirenden Entzündung aufzufassenden Geschwülste, welche sowohl nach Gonorrhoe als nicht von ihr hervorgerufen in dem Corpus cavernosum penis, also über oder seitlich von der Urethra, zu fühlen sind. Diese pflegen jedoch nie so scharf gegenüber der Umgebung abgesetzt zu sein, sondern allmählich in dieselbe überzugehen, verlaufen immer längs der Urethra und liegen auf der oberen Seite, so dass sie dadurch, falls nicht die Härte und Form sie kenntlich machen sollten, von einem Stein differenzirt werden können. In dem Bereich der Glans hat man an das Vorkommen von Präputialsteinen zu denken.

Volle Klarheit kann man sich verschaffen durch Einführen des Katheters oder der Steinsonde in die Urethra oder eine etwa vorhandene Fistel. Das für die Berührung mit einem Stein charakteristische Reibegeräusch mit klingendem Charakter stellt die Diagnose sicher.

Das von Velpeau empfohlene Einführen eines Wachsbougie, das sich beim Vorübergleiten am Stein einritzen und so die Anwesenheit eines Steins verrathen soll, erscheint dem gegenüber als Spielerei.

Erschwert kann die Diagnose nur dann werden, wenn der Stein vollständig abgekapselt, in einem nicht mehr mit der Urethra communicirenden Divertikel neben der Urethra gelegen ist. Hier müssen ganz besonders die oben angegebenen differenziellen Momente, Consistenz, Form, Grösse, Verhalten gegen die Umgebung leiten.

Die Symptome einer durch einen Stein hervorgerufenen Urininfiltration brauche ich nicht zu besprechen. Wir werden sie dann auf einen Harnröhrenstein zurückführen, wenn sie ohne sonst angebbare Ursache, Traumen, Stricturen, entzündliche Processe entstanden ist oder sich aus der Anamnese ergeben sollte, dass früher schon Abgang von Steinen beobachtet worden ist.

Die Therapie hat stets eine Entfernung des Steins aus der Harnröhre im Auge gehabt. Jedoch können wir die Massnahmen, welche darauf gerichtet waren, den Stein wieder nach der Blase zurückzuführen nur als therapeutische Versuche bezeichnen, da sie nur bezwecken konnten, durch eine etwaige günstigere Lagerung hoffen zu können, dass der Stein bei der nächsten Urinentleerung spontan aus der Harnröhre befördert werde. Denn dazu, um den Stein durch Lithothripsie oder durch Lithotomie aus der Blase befördern zu können, ihn in die Blase zu reponiren, sind doch die Vortheile dieser Operation nicht hervorstechend genug gegenüber denen des einfachen Harnröhrenschnittes.

Unbefriedigt mit dem Resultat eines derartigen operativen Eingreifens, wie es namentlich von Mercier und Saviard empfohlen wurde, haben sich die meisten Operateure an die definitive Entfernung des Steines gemacht, sei es per vias naturales, sei es, indem sie sich mit dem Messer Zugang zu dem Stein verschafften.

Man hat zunächst versucht den Stein zu fassen und ihn zu extrahiren. Mannigfache Instrumente sind zu dem Zwecke ersonnen worden, die zum Theil heute noch zur Entfernung, namentlich von Fremdkörpern aus der Harnröhre benutzt werden. Ich erinnere nur an die Urethralzange nach Hunter-Hales, nach Collin, an die Curette von Leroy d'Etiolles. Dieffenbach benutzte die einfache Drahtschlinge zur Extraction, oder bei weit vorn liegenden Steinen den Ohrlöffel. Eine winklig gebogene Hohlsonde ist mir in den Fällen, wo der Stein nahe dem Orificium externum urethrae lag, als das brauchbarste Instrument erschienen. Wie bei Extraction von Fremdkörpern aus der Nase, wird der freie Schenkel des Winkels zuerst parallel der Urethra neben dem Stein vorbei soweit vorgeschoben, bis der Stein in dem Scheitel des Winkels zu liegen kommt; dann wird die Sonde etwas aufgerichtet und den Stein vor sich hertreibend vorgezogen.

Alle diese Manipulationen haben den Nachtheil, dass man leicht bei etwas kräftigerer Extraction die enge Harnröhre verletzt; ausserdem sind die zangenförmigen Instrumente in dem engen Raum sehr schwer gut zu appliciren.

Man hat daher zwei Wege eingeschlagen, um die Extraction zu erleichtern, einmal die Harnröhre zu erweitern, andrerseits den Stein zu zerkleinern.

Ersteres hat man zu erreichen gesucht durch Einblasen von Luft (Kemmerer), durch Injection von Oel (Denys), durch Einlegen von Pressschwamm oder Laminaria. Vor letzterem Verfahren möchte ich entschieden warnen. Lässt man den Stift so lange liegen, bis eine entschiedene, spätere Manipulationen erleichternde Erweiterung der Harnröhre eingetreten ist, so hat man gewöhnlich mit der Extraction des Stiftes grosse Mühe. Er legt sich so dicht in die Schleimhaut, dass er meistens nur mit kleinen Verletzungen derselben zu entfernen ist.

Als mildere, vorerst zu versuchende Handgriffe zur Entfernung des Steines sind zu erwähnen das einfache Ausdrücken des Steines, oder Aussaugen mit der Spritze; sehr zweckmässig erscheint der Rath, in die Harnröhre ein dickes Bougie einzuführen bis zu dem Stein und dann dem Patienten aufzugeben unter starkem Pressen zu uriniren. Während der Patient drängt, soll die Sonde langsam vorgezogen werden, damit so der Urinstrahl den Stein in der durch die Sonde dilatirten Harnröhre immer weiter vorwärts treibe.

Die Versuche, den Stein zu zerkleinern werden nur bei weichen Steinen von Erfolg begleitet sein. Diese lassen sich durch Druck von aussen schon in Fragmente theilen. Bei härteren Exemplaren muss die Zerkleinerung durch Instrumente (Heurteloup) vorgenommen werden. Aber auch hier liegt wieder die Schwierigkeit vor, dass den Instrumenten schwer ein guter Angriffspunkt gegeben werden kann. Ausserdem sind kleinere und zugleich spitzigere Fragmente für die Harnröhre sehr gefährlich und können sich leichter festsetzen, als ein etwas grösserer aber rundlicher, glatter Stein. Wie leicht sich solche kleine Splitter einkeilen ist ja häufig nach der Lithothripsie zu beobachten als ein die Freude über den Erfolg wesentlich trübendes Ereigniss.

Die sicherste, und in der heutigen Zeit auch ungefährliche Methode zur Entfernung des Steines ist der Harnröhrenschnitt. Zwei Gründe waren es, welche die älteren Chirurgen vor ihm immer zurückschrecken liessen, die Urininfiltration und die Fistelbildung. Namentlich blieben bei dem Schnitt im Bereich der Pars pendula penis leicht Fisteln zurück.

Man schneidet auf den Stein ein mit einem ziemlich ausgiebigen, nicht zu kleinen Hautschnitt, ohne Verziehung der Haut, spaltet das Lager des Steines breit und extrahirt ihn. Besondere Schwierigkeiten dürften nur Steine, die in der Pars prostatica gelegen sind, für den Schnitt bieten. Man wird dann den Rectourethralschnitt machen, wenn man nicht, was sicherlich zu empfehlen ist, die von Dittel namentlich ausgebildete Sectio praerectalis, den Einschnitt in die Urethra nach Ablösung von der vordern Mastdarmwand vorzieht. Liegt der Stein im Bereich des Scrotums, so versuche man zunächst ihn entweder nach vorn oder hinten zu schieben, und erst wenn dies nicht gelingt, spalte man das Scrotum in der Raphe und eröffne mit Schonung beider Hodensackhöhlen die Harnröhre. Die Incision von unten ist jedenfalls der seitlichen (Thibaut) vorzuziehen.

Ist ein nach der Entfernung des Steines nicht mehr sich genügend retrahirendes Divertikel vorhanden, so kann man dasselbe exstirpiren.

Zur Nachbehandlung wird von Zeissl Naht der Harnröhre und der äusseren Wunde mit Einlegen eines Verweilkatheters empfohlen. Wir sind im oben mitgetheilten Falle mit der einfachen offenen Wundbehandlung mit Ausfüllung der Wunde in den beiden ersten Tagen mit

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einem jodoformirten Gazebausch sehr gut zum Ziele gekommen. Eine Urininfiltration ist damit sicher ausgeschlossen und dabei hat der Patient nicht die Unannehmlichkeit eines Permanenzkatheters, der ja ausserdem bei Kindern kaum anzubringen ist. Dass durch diese Behandlungsweise das Zustandekommen einer Fistel begünstigt werden sollte, ist nach den obigen und den sonst gemachten Erfahrungen entschieden unrichtig. Nach Schluss der Wunde dürfte ein öfteres Bougiren der Urethra, um jede Strictur zu vermeiden, nicht unangebracht sein, ist aber in unseren Fällen sehr selten nothwendig gewesen.

Für die Erlaubniss, den oben mitgetheilten Fall veröffentlichen zu dürfen, sage ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Medicinalrath Professor Dr. Fischer meinen tiefgefühltesten Dank.

III. Beiträge zur Kenntniss der wandernden Pneumonie.

Von

Dr. B. Kuessner in Halle.

Die croupöse Pneumonie gilt mit Recht als eins der am besten bekannten und am gründlichsten durchforschten Kapitel in der Pathologie; speciell die klinische Seite ist nachgrade mit einer Feinheit und Vollständigkeit ausgearbeitet, wie man dies von wenigen Krankheiten sagen kann. Und doch sind selbst hier noch mancherlei Punkte, die einer näheren Untersuchung werth und fähig sind. In den folgenden Zeilen soll einiges Detail-Material dazu geliefert, und vorzüglich soll ein kleiner Beitrag zur Kenntniss einer Form der Pneumonie gebracht werden, die in neuester Zeit das Interesse mehr auf sich gezogen hat und über die wir eine noch keineswegs umfangreiche brauchbare Kasuistik besitzen — die wandernde Pneumonie.

Es wird sich bei Mittheilung der einschlägigen Fälle Gelegenheit ergeben, auf diesen und jenen Punkt von allgemeinerem Interesse einzugehen.

Wenn ich soeben von „Formen" der Pneumonie sprach, muss ich mich gleich dagegen verwahren, als wollte ich damit dem Wesen nach verschiedene Processe bezeichnen; es soll damit eben nur ausgedrückt sein, dass das klinische Bild, und besonders der Gesammtverlauf der Krankheit ein äusserst verschiedener sein kann.

Ich halte die alte Unterscheidung in sthenische und asthenische Pneumonien, wie sie z. B. auch Leichtenstern in seinem bekannten Vortrage (Volkmann's Sammlung No. 82) vertritt vom klinischen Standpunkt für eine äusserst zweckmässige und glückliche — nur sind wir danach nicht berechtigt zu sagen, dass es zwei verschiedene Arten oder besser ausgedrückt zwei ätiologisch verschiedene Krankheiten sind. Hoffentlich werden uns darüber die von Klebs inaugurirten, von Eberth und Friedlaender fortgesetzten schönen Untersuchungen Klarheit verschaffen; ist es doch dem Kliniker gelungen (z. B. Leyden) die Pneumonie-Mikrokokken schon bei Lebzeiten aus der Lunge selbst zu gewinnen. Namentlich auch über die etwaigen Beziehungen der croupösen Pneumonie zu andern Krankheiten (Typhoïd, Erysipelas u. s. w.) dürfen wir hoffen auf diesem Wege begründete Einsicht zu bekommen.

Die beste Darstellung der Pneumonia migrans bringt unzweifelhaft die unter Kussmaul's Leitung verfasste Dissertation von Homburger (Strassburg 1879), die ich wiederholt zu citiren haben werde. H. konnte unter 22 Fällen von Pneumonie auf der Kussmaul'schen Klinik 7 mal die Form der Wander-Pneumonie beobachten: ein ungewöhnlich günstiges Verhältniss, dass sich gewiss nicht zu oft darbieten wird. Darin aber glaube ich, muss man H. Recht geben, dass die Wander-Pneumonie doch nicht so selten ist, als man vielfach glaubt — „klassische" Fälle sind allerdings nicht häufig, und in dieser Beziehung ist, wie oben bemerkt, die Kasuistik gradezu spärlich, aber Fälle, die den Uebergang zu den typisch verlaufenden Pneumonien bilden, hat gewiss jeder aufmerksam beobachtende Arzt gesehen, und vielleicht gehört so mancher als „verzögerte Resolution" (s. darüber weiter unten) bezeichnete Fall hierher: Es kann nämlich sehr wohl geschehen, dass der zunächst erkrankte Lungentheil (es braucht ja nicht immer ein ganzer Lappen zu sein — dann wäre wohl die Unterscheidung nicht schwer) alle Stadien der Erkrankung durchmacht, oder auch nicht alle Stadien bis zu völliger Infiltration; (grade bei Wander-Pneumonie soll ja nicht selten nur eine rudimentäre Entwickelung der einzelnen „Stadien" vorkommen) und dass dann ein unmittelbar benachbarter Theil infiltrirt wird, [was ja auch anatomisch nachgewiesen ist], so dass es mitunter nicht leicht ist, eine scharfe Grenze zu ziehen — auf diese Weise würde die Gesammtdauer der Krankheit wesentlich verlängert werden, und doch hätte man es streng genommen dann nur mit mehreren nacheinander auftretenden Einzel-Pneumonien zu thun, also eigentlich in der That mit einem Wandern des Processes. Nun bezeichnet man aber mit dem Namen Wander-Pneumonie gewöhnlich nur diejenigen Fälle, wo dieser Process deutlich und zweifellos nachzuweisen ist, ja sogar nicht selten ein unregelmässiges sprungweises Fortschreiten beobachtet wird, z. B. von einer auf die andre Seite. So war es in einem viel citirten Falle von Waldenburg (Berl. klin. Wochenschrift 1870), den derselbe im Anschluss an einen von Weigand (ibid.) berichteten, aber nicht sicher hierher gehörigen Fall mittheilte.

Die nachstehend mitgetheilten Beobachtungen gehören zu den deutlich ausgeprägten Fällen.

I. Herr v. B., in der Mitte der fünfziger Jahre stehend, war immer von etwas zarter Constitution, aber nie ernstlich krank gewesen; in seiner Familie waren erbliche Krankheiten nicht vorgekommen. Er hatte wegen eines Gelenkleidens mehrere Jahre hindurch Moorbäder genommen, und war in der letzten Zeit mit ausgezeichnetem Erfolg mechanisch behandelt worden, so dass er mit dem zuvor fast unbeweglichen rechten Arm wieder schiessen konnte. — Im November 1881 erkrankte er an einer Pneumonie, die etwa die Hälfte des linken Unterlappens einnahm; der Beginn der Krankheit äusserte sich durch keine subjectiven Beschwerden (so dass Pat. sogar seine Familie zum Ball begleiten wollte), sondern wurde von Herrn Geheimrath Weber zufällig bei einem Besuch constatirt. — Patient hustete einmal auf und warf dabei ein rostgelbes Sputum aus, das nun zu weiterer Untersuchung und zur Feststellung der Pneumonie führte. Nur widerstrebend ging Pat. in's Bett und begann erst am nächsten Tage sich krank zu fühlen. Der Verlauf war im Ganzen typisch, wenn auch mehr zu dem einer „asthenischen" Pneumonie hinneigend: 8 Tage lang rostfarbiges, z. Th. sogar ziemlich reichliches Sputum, Fieber sehr mässig (nur wenig über 38°), schwacher und ziemlich frequenter Puls, physikalische Erscheinungen der Infiltration zwar deutlich aber nicht hochgradig; die Kräfte sanken sehr schnell, und Pat. konnte schon nach 5 Tagen nur noch flüsternd einige Worte sprechen; die Krankheit ging lytisch zu Ende, doch erholte sich Pat. nachher ganz ausgezeichnet und war um die Neujahrszeit sogar viel frischer, als er Jahre lang zuvor gewesen war. Im Februar 1882 bekam Pat., vielleicht in Folge angestrengten Marschirens bei einer Jagd, eine Periphlebitis am Unterschenkel (ausgehend von einem unbedeutenden Varix), die ihn einige Tage zum Liegen zwang, erholte sich jedoch auch davon sehr bald.

Am 14. März 1882 nun brach eine neue Pneumonie aus, die den Kranken Wochen lang in Lebensgefahr erhielt; ich behandelte ihn in Gemeinschaft mit Herrn Geheimrath Weber. Der Beginn war diesmal deutlich markirt; wiederholtes Frösteln und febrile Allgemeinsymptome, Kurzathmigkeit und etwas Stechen in der rechten Seite, am nächsten Tage Aushusten der dem Pat. bereits bekannten rostfarbigen Massen liessen ihn selbst schon den Sachverhalt vermuthen. Die höhere Temperatur und überhaupt der mehr „sthenische" Charakter der Krankheitserscheinungen gaben Anfangs zu der Hoffnung Anlass, es werde die Pneumonie diesmal schneller verlaufen, als das erste Mal, zumal da sich physikalisch ein Infiltrat des rechten mittleren Lappens und vielleicht eines ganz kleinen Theiles vom rechten Oberlappen nachweisen liess, und diese ja bekanntlich im Allgemeinen die günstigste Prognose geben. Ausser einer Dosis von 0,5 gr Chinin am Abend des zweiten Krankheitstages, erhielt Pat. in den ersten Tagen, da seine Beschwerden nicht zu gross waren, nichts Besonderes. Wegen der Temperaturen vergl. die Curve; der Puls hatte bis zum zehnten Tage eine Frequenz von ppt. 100, später meist bedeutend mehr, ca. 120; die Respiration war Anfangs etwas beschleunigt, später der Zahl nach fast normal. Am sechsten Tage Abends wurde der Puls etwas irregulär: ich dachte an Eintreten der Krise, am nächsten Tage war er wieder regelmässig und blieb so bis zum zehnten Krankheitstage. Jetzt traten unter Temperaturabfall Zeichen bedeutender Herzschwäche ein: äusserst kleiner, unregelmässiger und aussetzender Puls, sehr schwache Herztöne, Neigung zu Collaps, etwas Trübung des Sensoriums (Vergesslichkeit, Verwechseln der Tage, keine Delirien, äusserlich ganz ruhiges passives Verhalten) und colossale Schweisse. Pat. war so schwach, dass er kaum die Hand erheben, selbst kaum sprechen konnte; trotzdem war er nicht zu bewegen, die Defäcation auf einer Bettschüssel vorzunehmen, sondern machte dies immer im Sitzen ab, so dass ich jedesmal in der grössten Angst war, es möchte eine tödtliche Ohnmacht eintreten. Auch in der folgenden Zeit, wo die Schwäche womöglich noch grösser war, blieb Pat. hartnäckig dabei. Um diesen Punkt gleich ganz zu erledigen — die Stuhlausleerungen waren während der ganzen Krankheit absolut normal. Der Urin war stets concentrirt, enthielt bisweilen Spuren von Eiweiss. Der beschriebene Zustand hielt unter allmählichem Temperatur-Abfall zwei Tage an;[1]) dann wurde das Sensorium klarer, und die Kräfte fanden sich wieder ein wenig; aber auch diesmal sollte die Hoffnung auf eine definitive Krise getäuscht werden. Am 16. Tage fühlte sich Pat. wieder

[1]) Pat. bekam oft ein Glas schweren Weines und dreistündlich Camph. c. Flor. Benz. āā 0,1. Die Wirkung dieser Mittel war stets eine ausgezeichnete, wenn auch nur für kurze Zeit anhaltende.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

elender und begann wieder auszuwerfen, was in den letzten Tagen schon ganz aufgehört hatte; die Sputa waren zunächst fast rein katarrhalisch, zeigten aber vereinzelte Blutstreifchen. Die physikalischen Symptome auf der Brust wurden immer geringer — der rechte Mittellappen war fast ganz frei geworden, ohne dass an andern Stellen ein Lokalbefund wahrnehmbar gewesen wäre; erst gegen den zwanzigsten Tag konnte eine mässige Infiltration des (rechten) Oberlappens entdeckt werden, zuerst nur an der Vorderfläche nachweisbar, während die ganze Rückenseite einstweilen normal blieb. Am 29. Tage war auch die Hinterseite des Oberlappens als infiltrirt zu bezeichnen, und erst jetzt nahmen die Sputa wieder deutlich rostbraune Färbung an. Der Kräftezustand des Pat. war bis zum 36. Tage ein so miserabler, dass eigentlich jeden Augenblick tödtliche Synkope befürchtet werden musste; ich habe nie einen so andauernden Zustand von Collaps gesehen — nachdem schon mehrmals bedenkliche Anwandelungen von Schwäche (Pseudokrisen?) beobachtet waren, schwebte Pat. vom 16. bis zum 36. Krankheitstage buchstäblich fortwährend zwischen Leben und Tod; nur durch Wein u. a. Excitantien konnte eine erträgliche, vom Normalen noch immer himmelweit verschiedene, Herzaction erzielt werden; Pat. lag am ganzen Körper kühl, mit Schweiss bedeckt, konnte mit zitternder Stimme nur ein Paar Worte hinter einander hervorbringen und musste dann erschöpft innehalten; um die Malleolen war Oedem vorhanden; Kauen von Speisen war wegen Kraftlosigkeit nicht möglich — es konnten nur flüssige Sachen genossen werden. Der psychische Zustand war wie oben beschrieben, d. h. Depression des psychischen Functionen, aber keine eigentliche Benommenheit. Eine Erscheinung, die den Kranken ungemein quälte, war, viele Tage anhaltende starke Trockenheit des Rachens und Ansammlung von sehr fest haftendem, zähem Schleim an der hintern Rachenwand, welcher wiederholt mechanisch entfernt werden musste. Von Pharyngitis war übrigens, wie ich mit Rücksicht auf einige ähnliche Beobachtungen(„Pneumonia erysipelatosa") bemerken möchte, nicht die Rede.

Seit dem 37. Krankheitstage zeigte nun das Herz eine kleine Besserung — es schlug noch immer ungenügend stark, aber doch nicht mehr so unregelmässig, und Pat. fühlte sich nicht mehr so todesschwach. Zu gleicher Zeit schwand die Infiltration rechts vorn, auf der Hinterseite blieb sie länger, bis gegen den 50. Tag bestehen, war im Uebrigen auch hier nie hochgradig, d. h. nie starke Dämpfung, scharfes Bronchialathmen etc. Die Sputa, welche am 32. Tage wieder ziemlich rein katarrhalisch (und nicht reichlich) waren, zeigten in den nächsten Tagen viele Blutstreifchen; vom 36. Tage ab waren sie spärlicher, aber gleichmässig roth und transparent, Himbeergelée ähnlich, wie man sie etwa bei Neubildungen der Lunge antrifft; allmählich heller werdend behielten sie doch diese eigenthümliche Art der Färbung bis ungefähr zum 50. Tage bei, wurden dann nach und nach rein schleimig. Die mikroskopische Untersuchung, die ich bis zum 44. Krankheitstage vornahm, ergab ausser rothen und weissen Blutkörperchen und Zerfallsproducten derselben, so wie vereinzelten Epithelzellen etc. nichts Besonderes, auch keine pigmenthaltigen Zellen. (Im Frühjahr 1883 untersuchte ich der Vollständigkeit halber das rein katarrhalische Sputum auf Tuberkelbakterien mit negativem Erfolge.)

Vorübergehend (die Tage kann ich nicht mehr genau angeben) war am linken Herzrande pericardiales (oder pleuro-pericardiales?) Reiben hörbar gewesen; im Uebrigen war weder Etwas von Pericarditis noch von einer Affection der linken Lunge zu finden. — Um den 50. Tag herum bildete sich ein Packet von 8 bis 10 bohnengross geschwellten, schmerzlosen Lymphdrüsen am äussern Rande des rechten M. sternocleido-mastoides, etwa seiner Mitte entsprechend, die allmählich wieder verschwanden. Ungefähr am 60. Tage begann Pat. sich definitiv zu erholen und täglich aufzustehn; die Kräfte nahmen, wie dies nach so schwerer Krankheit begreiflich, äusserst langsam zu, doch war ausser einer Einziehung im Bereich der rechten Lungenspitze nichts Pathologisches zu finden, als Pat. im Juli eine längere Erholungsreise antrat. Das Athemgeräusch an der Stelle der Einziehung war ein wenig verschärft, aber ohne Rhonchi und Rasseln; die Lungen im Uebrigen ganz normal, ebenso das Herz.

Die ganze Therapie hatte in möglichst concentrirter flüssiger Diät (Milch, Ei, Bouillon, Beeftea, Wein) und häufigen Excitantien bestanden; unter letzteren hatte sich guter Wein immer am besten bewährt, und selbst in der angstvollen Zeit des protrahirten Collapses war es für den Augenblick immer eine Freude zu sehen, wie nach einem Glase Johannisberger das Herz besser schlug. [Ich möchte bei dieser Gelegenheit bemerken, dass es mir scheint, als seien die alcoholhaltigen Getränke bezüglich ihrer excitirenden Wirkung (ich spreche nicht vom Alcohol als Ersparungsmittel) durchaus nicht gleichwerthig, und als ob es eben nicht blos auf den Alcohol ankomme — geringe Weinsorten haben einen entschieden schwächeren Effect, und bei unserm Patienten, der im Besitz eines ausgezeichneten Weinkellers ist, habe ich es mehrfach erlebt, dass Tischwein nicht annähernd so gut wirkte wie alter Johannisberger, Steinberger Cabinet oder Champagner. Wahrscheinlich kommt es auch auf die in den edlen Weinen enthaltenen Aether sehr wesentlich an.]

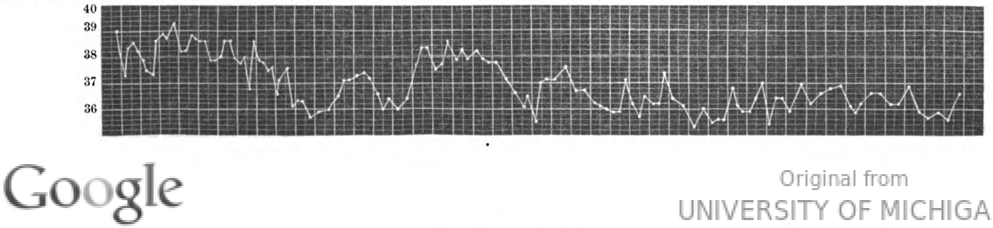
Pat. ging nun im Juli erst für kurze Zeit nach Thüringen, dann über die Schweiz (Interlaken, Lugano) nach der Riviera, wo er den Winter zubrachte, um im Frühling 1883 (über Gersau) in fast voller Gesundheit wieder zurückzukehren. Er hat während seiner Reise, wie es scheint, ein pleuritisches Exsudat linkerseits acquirirt, ist damit längere Zeit umhergegangen und dabei heruntergekommen. Briefe der Seinigen und Berichte des ihn behandelnden Collegen in San Remo legten die Befürchtung nahe, er sei phthisisch geworden, was sich zum Glück als unbegründet herausstellte — es war eben auch in San Remo nur noch wenig zu finden gewesen, und obige Befürchtung mehr nach der Anamnese entstanden. Momentan ist Herr v. B. kräftiger als lange zuvor, hat an Körpergewicht zugenommen, zeigt nur noch die schon eben erwähnte Einziehung an der rechten Lungenspitze (und auch eine leichte an der linken unteren Thoraxpartie). Nach seiner Rückkehr aus dem Süden untersuchte ich, wie oben erwähnt, auch das (nur auf besonderes Verlangen und mit einiger Mühe expectorirte) Sputum auf Tuberkelbakterien und zwar mit negativem Erfolg.

Lassen wir allerlei Einzelheiten, die für den vorliegenden Fall zwar von grösstem Interesse waren, von allgemeiner Bedeutung indessen nicht sein dürften (die lange anhaltende auffallend niedrige Körper-Temperatur[1]), die protrahirte ungemeine Herzschwäche etc.), jetzt Behufs der Recapitulation bei Seite und beschränken wir uns auf den Versuch, eine richtige Gesammtauffassung zu finden, so kann, wie ich glaube, ein Zweifel nicht vorliegen, dass wir es mit einer freilich in mehrfacher Beziehung vom „Typus" abweichenden croupösen Pneumonie zu thun haben.

Das Sputum war, in den ersten Tagen wenigstens, äusserst *charakteristisch*; später nahm es mehr rein sanguinolente Färbung an — auch dies ist ja bei genuiner croupöser und gutartig verlaufender Pneumonie mitunter zu beobachten. — Die physikalischen Zeichen, die im Obigen nicht weiter specialisirt sind, wiesen auf eine unzweifelhafte Infiltration hin — es fand sich Dämpfung des Percussionsschalles mit tympanitischem Beiklange (letzterer auch zur Zeit der Resolution besonders ausgesprochen) und vermehrtem Resistenzgefühl, bronchiales Athmen, das freilich immer mehr „weich" als scharf blieb, äusserst spärliches zeitweise aber deutlich consonirendes Rasseln, verstärkte Bronchophonie; an einigen Stellen, so z. B. in der Fossa supraspinata, wurde Tage lang sehr schön Crepitiren gehört. Alle diese Zeichen schwanden allmählich, aber vollständig; am längsten blieb Bronchophonie über den afficirt gewesenen Stellen hörbar. Symptome, die für ein pleuritisches Exsudat gesprochen hätten, waren zu keiner Zeit vorhanden.

Fasst man das Angegebene zusammen, so kann man wie erwähnt, nicht wohl umhin ein pneumonisches Infiltrat anzunehmen, welches freilich durch einen ungewöhnlich langsamen Verlauf ausgezeichnet ist. Ausserdem ist, wie die Krankengeschichte deutlich zeigt, ein exquisites Wandern der Infiltration zu constatiren — während die zuerst ergriffene Partie (Mittellappen) allmählich frei wird, erkrankt (in der 3. Woche) der Oberlappen, erst vorn, dann (4. Woche) auch hinten nachweisbar; in der 5. und 6. Woche verschwindet das Infiltrat von der Vorderfläche vollständig, hält sich in den zuletzt ergriffenen Hinterpartien am längsten, und geht dann endlich definitiv zurück. — Ob noch andere Partien der Lunge zu irgend einer Zeit miterkrankt waren, kann natürlich nicht bestimmt werden, indessen ist es nicht gerade wahrscheinlich, da der Kranke regelmässig sehr genau untersucht wurde, und die besondere Schwere der Erkrankung richtet sich ja durchaus nicht immer nach dem Umfange der Infiltration.

[1]) In der Achselhöhle gemessen.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wodurch überhaupt der eine oder der andere Fall ungewöhnlich schwer wird, lässt sich bisher nicht vollständig übersehen, und auch für unsern Kranken möchte ich mir nicht eine Erklärung zu geben getrauen. Die Constitution des Patienten ist, wie erwähnt, im Allgemeinen zart, doch hatte er sich nach der ersten Pneumonie trotz ihres asthenischen Verlaufes ausgezeichnet erholt, und hatte auch nicht, eben so wenig wie nach dieser eine Schädigung des Herzmuskels davongetragen; das Befallenwerden von der Krankheit zum zweiten Male nach kurzem Zeitraume dürfte auch an sich nicht von grosser Bedeutung sein. Sind doch Fälle beobachtet, wo Leute 5, selbst 8 Mal und noch öfter in kurzer Zeit von Pneumonie befallen wurden. Ob gerade derartig häufige Erkrankungen zur Annahme einer besonderen Disposition berechtigen, lasse ich dahingestellt. Balzer (Nouv. Dict. de méd. et chir. Tom. 28) glaubt, dass durch die erste Erkrankung die Lungen-Alveolen geschwächt werden; dies dürfte mehr eine Umschreibung als eine Erklärung sein.

Um mich nicht zu weit von dem speciellen Falle zu entfernen, möchte ich die Anführung einzelner mir besonders wichtig erscheinender Punkte bis zum Schluss lassen und mich zu der kurzen Erzählung eines zweiten Falles von wandernder Pneumonie wenden, der als Beispiel einer doppelseitigen gelten kann, während der erste zu den auf eine Seite beschränkten gehört.

Der betr. Patient wurde von Herrn Collegen M. Graefe hierselbst behandelt, auf dessen Veranlassung ich zur Consultation gezogen wurde. Die Notizen über den Krankheitsverlauf stellte Dr. G. mir freundlichst zur Verfügung.

II. L., pensionirter Förster, 72 Jahre alt, von sehr gesunder, zäher Constitution und bis vor 3 Jahren, wo er eine schwere (rechtsseitige) Pneumonie überstand, nie bettlägerig krank.

Am 16. Juni 1883 erkrankte er plötzlich unter Schüttelfrost und Schwindel; die sehr bald gemessene Temperatur war 40,2°. Weder an diesem noch am folgenden Tage, wo Pat. über lebhaftes Seitenstechen (rechts) klagte, war physikalisch etwas Abnormes an den Lungen zu finden; auch das spärliche Sputum war einfach katarrhalisch.

Am 18. Juni liess sich leichte Dämpfung und Knistern über dem rechten Mittellappen nachweisen; die Temperatur war andauernd um 40° herum.

21. Juni. Bedeutendes Schwächegefühl, benommener Kopf, Schlaflosigkeit, Hustenreiz quälten den Kranken sehr; objectiv machte er jedoch durchaus keinen schlechten Eindruck — im Gegentheil erschien die Activität der Krankheitserscheinungen trotz des Alters des Pat. günstig; der *Puls*, zwischen 84 und 100 schwankend, war ruhig und kräftig; das *Sputum* rostfarbig. Die Infiltration war noch deutlicher geworden (stärkere Dämpfung, Bronchialathmen und bronchiales Rasseln).

Am 22. Juni Verschlimmerung: grössere Hinfälligkeit, Neigung zu Schweiss, Puls 120, kleiner. Im Bereich des linken Unterlappens in der Seitenwand Knistern; Sputum theilweise gelblich, theilweise stärker bluthaltig. Am 23. Juni Dämpfung über beiden untern Lungenlappen auf der Rückseite; rechts vorn ziemlich verschwunden.

Jetzt und während der nächsten 8 Tage gab das Befinden oft zu schwerer Besorgniss Veranlassung — ganz ähnlich wie in Fall I, wenn auch nicht in so hohem Maasse, war fast fortdauernd Neigung zu Collaps vorhanden, starke Schweisse, der Puls sehr frequent (bis 132) und klein, bisweilen unregelmässig, das Allgemeinverhalten apathisch, mitunter leichte Benommenheit. Infiltrationserscheinungen waren jetzt nur noch rechts hinten, aufwärts bis über den Angulus scapulae reichend, vorhanden, sonst durchweg verschwunden.

Pat. wurde vorwiegend einer energisch excitirenden Behandlung unterworfen (Beef-tea, Portwein, Champagner) und reagirte darauf vorzüglich; nach Ablauf der erwähnten 8 Tage wurde sein Zustand wieder erheblich besser, und er fing nun schon an sich zu erholen, während die localen Erscheinungen noch nicht ganz zurückgegangen waren und auch noch zeitweise Fieberbewegungen beobachtet wurden. Am schnellsten schwanden die Infiltrationssymptome links — hier schien es überhaupt nicht zu so starker Infiltration gekommen zu sein; demnächst rechts vorn, und am längsten persistirten sie rechts hinten — hier war noch 7 Wochen nach Beginn der Krankheit leichte Dämpfung und leises bronchiales Athmen nachzuweisen; dann hellte sich auch hier der Schall vollständig auf, das Athmen wurde wieder normal, und in der 9. Woche konnte Pat. das Bett verlassen und im Wesentlichen als genesen bezeichnet werden. Soweit eine sichere Feststellung möglich war, schien Milzvergrösserung während des ganzen Krankheitsverlaufes nicht bestanden zu haben, wenigstens in keinem Falle eine bedeutende, d. h. palpable, (der Percussion nach konnte sie einige Tage lang vielleicht vermuthet werden); ebenso auch keine krankhaften Symptome von Seiten anderer Organe. Pat. hat sich seither vollständig wieder erholt, ist so rüstig wie früher und hat keinen localen Schaden davongetragen; er hat sich inzwischen einer glücklich abgelaufenen Katarakt-Operation unterzogen.

Anhangsweise sei erwähnt, dass während der Krankheit des Pat. auch die Frau desselben an Pneumonie erkrankte (am 22. Juni), und als deren Schwester zur Pflege von auswärts hierher kam, (ebenfalls am 22. Juni, wurde auch sie nach wenigen Tagen (am 25. Juni) von Pneumonie ergriffen. Ihre Erkrankung war eine ziemlich schwere, diejenige der Frau leichter; beide genasen. In diesen beiden Fällen handelte es sich um einfache nicht wandernde lobäre Pneumonie. — Der letztgenannte Fall ist von grossem Interesse für die Frage nach der Incubationszeit bei der Pneumonie, da es am nächsten liegt anzunehmen, dass die Pat. erst hier die Krankheit acquirirte.

III. Der folgende Fall, dessen Deutung mir lange Zeit nicht geringes Kopfzerbrechen gekostet hat, betrifft den 17jährigen Gymnasiasten W., Schwager des Collegen Dr. Wartner; auf Wunsch des letztern wurde ich zur Consultation zugezogen. Die Krankengeschichte gebe ich im Wesentlichen nach seinen Notizen.

Der Kranke war in G., wo er die Schule besuchte, Anfang März wegen Hustens und anämischer Erscheinungen von anderer Seite ärztlich behandelt worden; die Erkrankung hatte nicht plötzlich begonnen. Als der Zustand sich verschlimmerte, wurde Dr. W. hingeholt, und liess den Kranken nach Hause transportiren. Es zeigte sich am 18. März 1883: hoch fieberhafter Zustand mit sehr frequentem Pulse, Allgemeinbefinden noch wenig alterirt, Dyspnoë, heftiger Husten, spärliche grünlich-gelbe Sputa ohne jede blutige Beimischung. Starke Dämpfung auf der linken Rückenfläche, von unten aufwärts bis zur Scapula reichend, scharfes Bronchialathmen. Während der nächsten 14 Tage stieg die Infiltration successive nach oben und nahm schliesslich die ganze linke Seite ein, auch rechts hinten liess sich über den untern Lungenpartien ebenfalls Infiltration nachweisen. Symptome, welche für ein pleuritisches Exsudat gesprochen hätten, waren zu keiner Zeit vorhanden. Der Kranke kam sehr herunter, und da er ohnehin lang aufgeschossen und mager ist, glich er am 31. März, als ich ihn sah, einem Skelett. Die Temperatur war andauernd ca. 40°, der Puls 120—132, die Respirationsfrequenz beträchtlich gesteigert, selbst bis 48! Die Sputa wurden sehr reichlich (in 24 Stunden mögen es 200 ccm und mehr gewesen sein) dem Aussehen und der Consistenz nach fast rein eitrig, absolut geruchlos. Am 31. März nahm die Infiltration beide Oberlappen ein (vorn und hinten), doch waren auch die Unterlappen noch nicht ganz frei. (Starke Dämpfung mit tympanitischem Beiklange über den Oberlappen, schreiendes Bronchialathmen mit sehr reichlichem consonirendem Rasseln, starke Bronchophonie; Höhlensymptome waren nicht vorhanden.) Pat. war äusserst schwach, schwitzte viel. Erscheinungen von Erkrankung anderer Organe als der Lungen waren in keiner Weise vorhanden, das Sensorium völlig frei, wie während der ganzen Krankheit, Stuhlgang normal, Urin etwas concentrirt, ohne Eiweiss, auch ohne Zucker. — Ich hielt den Fall, trotz der nicht gewöhnlichen Entwickelung der Infiltration, übereinstimmend mit Herrn Collegen W. für eine floride Phthise und demgemäss für verloren, untersuchte aber das Sputum genauer und fand zu meiner Ueberraschung keine Tuberkelbakterien, überhaupt ausser Eiterkörperchen nichts Besonderes, auch keine elastischen Fasern, stellte demgemäss die Prognose sofort besser. Wiederholte Untersuchungen ergaben stets dasselbe Resultat, d. h. Fehlen von Tuberkelbakterien, und obwohl der Zustand des Kranken sich in der nächsten Zeit noch nicht ersichtlich besserte, blieb ich bei der günstigeren Prognose, die sich dann endlich zu unserer Freude bestätigte.

Einige Wochen blieben die localen Erscheinungen an der Lunge fast unverändert; das Allgemeinbefinden hob sich vielleicht ein wenig unter möglichst kräftiger Ernährung und reichlicher Darreichung von Wein, die febrilen Symptome blieben ziemlich gleich. Aber erst Ende April ging die Infiltration der obern Lappen zurück, doch wurden vorübergehend die untern Lungenpartien noch einmal befallen. Am 6. Mai war von eigentlichen Infiltrationserscheinungen Nichts mehr nachzuweisen; links hinten unten hörte man noch katarrhalisches Rasseln, doch verlor sich auch dieses im Laufe der nächsten 14 Tage, so dass Pat. am 20. Mai als genesen betrachtet werden konnte. Der Kräftezustand hob sich in sehr erfreulicher Weise, und Pat. ist seither frisch und gesund geblieben.

Therapeutisch waren sehr consequent hydropathische Umschläge, ferner Chinin und Natr. salicyl. in antifebrilen Dosen, später Natr. benzoic., Chinadecoct angewandt, und ausserdem hatte Pat. Jodoform und Terpenthinöl zur Verminderung der Secretion inhalirt.

Nachträglich bemerke ich, dass die Mutter des Pat. an Tuberculose gestorben zu sein scheint; er selbst hat ebensowenig als sein Vater und seine Geschwister, die alle am Leben sind, jemals daraufhin deutende Symptome gezeigt.

(Schluss folgt.)

Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

IV. Ueber experimentelle Erzeugung sympathischer Ophthalmie. Von Prof. Dr. Deutschmann. v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie XXIX 4. p. 261. Ref. C. Horstmann.

Deutschmann war es bereits vor zwei Jahren gelungen, bei einem Kaninchen eine sympathische Neuritis zu erzeugen. Seit dieser Zeit hat er seine Versuche fortgesetzt, bis es ihm glückte, eine Methode zu finden, durch die eine wirkliche sympathische Ophthalmie, eine typische Entzündung des Uvealtractus, hervorgebracht wurde. Er injicirte Sporen des Aspergillus in $^{3}/_{4}$ procentiger Chlornatriumlösung in das linke Auge dreier Versuchskaninchen, und zwar vier Mal im Laufe von 24 Tagen. Der Versuch misslang bei zwei Thieren, während sich bei dem dritten Thiere etwa 7 bis 8 Tage nach der ersten Injection an der rechten Papille Hyperaemie constatiren liess, welcher bald eine ausgesprochene Entzündung folgte. Etwa 8 Tage später war die die Papille umgebende Netzhaut leicht getrübt, es erschienen schwache Glaskörpertrübungen, welche sich rasch vermehrten. Vier Wochen nach der ersten Pilzinjection zeigten sich plötzlich eine Reihe prominenter Heerde in der Chorioidea und zwar über den ganzen Augenhintergrund zerstreut. In diesem Stadium brach Verfasser den Versuch ab, da er fürchtete, dass der schnell fortschreitende Process ihm die Möglichkeit rauben würde, brauchbare mikroskopische Demonstrationspräparate zu erhalten. Er tödtete das Thier und untersuchte dessen Augen in Verbindung mit dem Sehnerven. Das erstinficirte linke Auge war an eitriger Iridochorioiditis zu Grunde gegangen. Bei der Verfolgung des Opticus nach Aufwärts fand sich eine ausgesprochene Perineuritis und Neuritis interstitialis, das Chiasma selbst war nur mässig zellig infiltrirt, dagegen sein Piaüberzug ausserordenlich stark. Der Opticus vom Chiasma absteigend nach dem rechten, sympathisch erkrankten Auge zu, zeigte anfangs geringe interstitielle Neuritis mit Erweiterung der Gefässlymphräume und leichter Infiltration der Scheide, welche nach dem Bulbus immer mehr zunahm und hier die grösste Intensität erreichte. Dieses Auge war von einer ausgesprochenen Papilloretinitis befallen. Die Chorioidea erschien in der Gegend des Opticus ausserordentlich verdickt und bestand eigentlich nur aus Eiterzellen. Nach vorn zu fand sich eine partielle Infiltration derselben, welche bis zur Ora serrata resp. Corpus ciliare reichte. Im Glaskörper waren Fibringerinnsel und Eiterkörperchen zu constatiren. Die Ciliarnerven erschienen in jeder Hinsicht normal.

Obiger Versuch liefert den Beweis, dass auf experimentellem Wege eine sympathische Ophthalmie beim Kaninchen erzeugt werden kann und dass der Leitungsweg für dieselbe sich in dem Sehnerv und seinen Häuten befindet.

V. Die Aussichten für eine neue Ordnung des Medicinal-Wesens in Preussen und damit in Deutschland.

Nach Mittheilungen, die wir wohl verbürgt halten dürfen, und zwar umsomehr, als ihr Inhalt sich mit den Ausführungen des Herrn Cultus-Ministers wesentlich deckt, ist die Frage einer Neu-Ordnung des Preussischen Medicinalwesens gegenwärtig so weit vorgerückt, dass man den lang erwarteten Abschluss, soweit die Regierung dabei betheiligt ist, demnächst erwarten darf.

Bei der massgebenden Bedeutung Preussens wird, wenn das Werk zu Stande kommt, auch für das Deutsche Reich die Lösung erfolgen können und es darf dabei als selbstverständlich vorausgesetzt werden, dass die jetzt bestehenden Aerzte-Ordnungen der Einzelstaaten dadurch nicht alterirt werden.

Bekanntlich ist es für Preussen längst in Aussicht genommen, dass die Wahl von Vertretern des ärztlichen Standes nicht durch die Vereine, sondern durch die in einem Verwaltungs-Bezirk, den Regierungs-Bezirken, resp. den Landdrosteien domicilirenden Aerzte zu geschehen hat. Die geordnete Theilnahme des ärztlichen Standes wird der Natur der Sache nach vor Allem für die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege in Anspruch genommen werden. Man darf ferner annehmen, dass zuvörderst das Institut der Orts-Gesundheitsräthe einer entschiedenen Reform unterworfen werden wird. Während dieselben bisher bestanden nur in Städten mit 5000 Einwohnern und darüber, werden dieselben obligatorisch für Bezirke, resp. Städte mit 3000 Einwohnern und darüber. Dieselben sollen nicht nur im Falle des Bedürfnisses etwa einer Epidemie, sondern in jedem Jahre mindestens zweimal zusammen berufen werden. Der Kreis-Physicus wohnt allen Sitzungen bei, ohne dass er actives Mitglied des Gesundheitsrathes zu sein braucht. Kreis-Gesundheitsräthe erscheinen dagegen nicht als zweckmässig, sondern es beginnt die weitere Organisation mit der Aerztekammer der Provinz. Die sämmtlichen in einem Regierungs-Bezirke wohnenden Aerzte sind, wie schon erwähnt, wahlberechtigt, und empfiehlt es sich, dass auf 50 Wähler ein Delegirter kommt. Die Wahl hat zu geschehen durch versiegelte Stimmzettel, die sowohl die Namen des Gewählten, als die Unterschrift des Wählenden enthalten.

Die vorläufige Wahlprüfung wird das erste Mal durch den Ober-Präsidenten in Verbindung mit dem Regierungs-Medicinalrath geschehen müssen, denen die Stimmzettel durch den Regierungs-Präsidenten zugehen. Als gewählt sind anzusehen und einzuberufen diejenigen, welche im Verhältniss von 1 zu 50 der Wähler, die grösste Stimmenzahl erhalten haben. Es ist also entscheidend die einfache, und nicht die absolute Majorität. Natürlich constituirt sich die Provinzial-Aerztekammer ganz selbstständig, wählt sich einen Vorstand, bestehend aus einem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter, sowie aus einem Schriftführer und dessen Stellvertreter, und regelt ihre Thätigkeit durch eine Geschäftsordnung. Der Sache gemäss wird der Vorsitzende der Provinzial-Aerztekammer in directen Verkehr mit dem Ober-Präsidenten treten.

Von grosser Bedeutung ist die Frage einer etwaigen Entziehung des Wahlrechts, denn man darf wohl mit Fug annehmen, dass die Regierung darauf bestehen wird, dass ihr die Möglichkeit gewahrt werde, Individuen von der gemeinschaftlichen Thätigkeit mit ihr auszuschliessen, welche des Standes, dem sie angehören, nicht würdig sind. Wir halten es für selbstverständlich, dass bei Aerzten, denen die Ehrenrechte abgesprochen sind, oder die sich in Untersuchung wegen entehrender Verbrechen und Vergehen, oder im Concurse befinden, das Wahlrecht ruht, aber es wird nothwendig sein, dass dies eintrete, auch bei wiederholter schwerer Verletzung der Berufspflichten, und wenn das ganze Verhalten des Betreffenden seine Unwürdigkeit documentirt. Der Staat würde durch eine derartige Einrichtung keineswegs in das Recht der Aerzte eingreifen, die Disciplin über die Standesgenossen durch eigene Organe auszuüben. Wenn der Staat aber Rechte ertheilt, wie es bei einer solchen Organisation der Fall sein wird, so hat er zweifellos die Befugnisse, natürlich auf legislatorischem Wege, die Bedingungen dafür zu ordnen. Indessen es ist bei der Entziehung des Wahlrechts nothwendig, die Aerztekammer nicht zu umgehen, und so halten wir es für erforderlich, aber auch für sicher, dass die Entziehung des Wahlrechts Seitens des Ober-Präsidenten nur ausgesprochen werden darf mit Zuziehung des Vorstandes der Aerztekammer. Die Recurs-Instanz wird zweifelsfrei das Ministerium sein müssen.

Bemerkt mag hierbei noch werden, dass schon um der Indifferenz der Aerzte entgegen zu wirken, die Bestimmung als nothwendig anerkannt wird, dass die Wahlen in einem Regierungs-Bezirke, nur dann gültig sind, wenn sich mindestens 50 Procent der in demselben ansässigen Aerzte betheiligt haben.

Die Provinzial-Aerztekammer wird in der Lage sein, *aus sich* heraus selbstständige Anträge zu stellen, und über ihr gemachte Vorlagen ihr Gutachten abzugeben. Sie wählt aber ausserdem zwei Delegirte zu den Provinzial-Medicinal-Collegien und einen zur wissenschaftlichen Deputation,

Die Provinzial-Medicinal-Collegien werden ausserdem noch insofern erweitert, als ein Schulmann und der Fabrik-Inspector (Gewerbe-Rath) der Provinz in ihnen Aufnahme finden.

Mindestens einmal im Jahre wird die Provinzial-Aerztekammer zu berufen sein. Ihre Delegirten werden Diäten und Reisekosten zu erhalten haben, während die Mitgliedschaft der Kammer selbst, als ein Ehrenamt aufgefasst werden dürfte, wobei es nicht ausgeschlossen ist, dass die Standesgenossen selbst, wie z. B. vielfach für ihre Delegirten zu den Aerztetagen, die Kosten aufbringen.

Gelangen diese Grundzüge, wie wir hoffen dürfen, zur Ausführung, so ist damit gewiss noch bei Weitem nicht Alles erreicht, was die deutschen Aerzte zu wünschen wohl berechtigt sind, aber es würde damit die Grundlage gegeben sein, nicht nur zu einer segensreichen gemeinschaftlichen Thätigkeit mit dem Staate auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, sondern auch der Beginn einer festen Organisation, welche im Uebrigen die Selbstregierung des Standes mit seinen Ehrengerichten und seinen Ordnungen unberührt lässt. Es hat sich bei der letzten Verhandlung der Berliner medicinischen Gesellschaft gezeigt, dass eine Majorität der Aerzte auch in Berlin vorhanden ist, die trotz vielfacher Differenzen, über gewisse Hauptpunkte einig ist. Sie reicht von den Herren Virchow und Fränkel, bis einschliesslich denen, welche vor drei Jahren die Strafpartei der Kurpfuscherei beantragten. Ausserhalb derselben stehen nur diejenigen, welche, wie die Herren Falk, Langerhans, Jacusiel und Genossen jede Organisation des ärztlichen perhorresciren. Diese in Berlin vielleicht nur geringe Majorität dürfte dagegen in den Provinzen eine sehr grosse sein. Sie aber hat, so meinen wir, das Recht und die Pflicht, eine Organisation zu unterstützen, welche durch die von uns mitgetheilten Grundzüge, sich characterisirt. Dringend ist es geboten, dass sie für eine solche thatkräftig eintreten, indem sie sich die, gerade von uns Aerzten so oft gemachte trübe Erfahrung gegenwärtig halten, dass der Bessere noch stets des Guten Feind gewesen, und dass die Ideale wohl die Richtung anzugeben vermögen, an und für sich indessen unerreichbar sind. P. B.

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VI. Der Etat des Medicinalwesens im preussischen Abgeordnetenhause.

I.

Wir haben seiner Zeit den Etat des preussischen Medicinalwesens gebracht, der endlich am 9. Februar zur Debatte stand.

Der erste Redner, Herr Graf-Elberfeld, begann mit der auch von uns so oft wiederholten Klage über der Geringfügigkeit der gerade auf diesem Gebiete zu Gebote stehenden Mittel, berührte die Nothwendigkeit die Hygiene zu sondern und wies auf die Lage der Medicinalbeamten hin.

Aber selbst, wenn diese Frage erledigt ist, fuhr er fort, muss das Resultat noch immer als unzureichend betrachtet werden. Man darf den Satz aufstellen, dass die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege nur erfüllt werden können durch die gemeinsame Arbeit der practischen Aerzte.

Als im Jahre 1870 sich der „Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ an dieses Hohe Haus mit dem Antrage um Erlass eines Gesetzes wegen der Fortschaffung der menschlichen Auswurfstoffe wandte, da sprach der Abgeordnete Virchow aus, dass alle diese Fragen definitiv nur gelöst werden können im Zusammenhange mit der grossen Frage der Medicinalreform. Die Zeit von 1869 und 1870 legte den Gedanken nahe, die Organisation des Medicinalwesens durch das Reich zu bewirken. Man bezog sich dabei auf den Artikel 4 Nr. 15 der Norddeutschen Bundesverfassung, worin als der Beaufsichtigung und Gesetzgebung des Reiches unterliegend auch „Massregeln der Medicinal- und Veterinärpolizei“ bezeichnet werden. Allein dieser Hoffnung bereitete ein jähes Ende die bekannte Denkschrift des Herrn Reichskanzlers an den Bundesrath vom Jahre 1872, worin ausgeführt wurde, dass das Reich sich nicht für competent erachten könne, in die Verwaltung der Einzelstaaten einzugreifen, und die Folge dieser Denkschrift war dann die Errichtung des Reichsgesundheitsamtes in seiner gegenwärtigen rein consultativen Gestalt. Seitdem haben wir wieder für Preussen als Grundlage einer Medicinalreform auf die Organisation des ärztlichen Standes zurückgehen müssen, wie solche in vielen anderen deutschen Bundesstaaten, in Baden bereits seit 1864, in Braunschweig, Bayern, Sachsen, Württemberg und Hessen in verschiedener Form besteht. Es handelt sich hierbei zunächst nur um Schaffung von Organen, welche aus freier Wahl des ärztlichen Standes hervorgegangen, zu der Königlichen Staatsregierung in Beziehung treten und derselben ihre Wünsche und Anträge unterbreiten können. Für eine solche Leistung seitens des Staates ist das active Interesse des Aerztestandes bei der Behandlung von sanitären Angelegenheiten als die durchaus nothwendige, aber auch ausreichende Gegenleistung zu bezeichnen. Für diese Forderung haben wir nun stets sowohl bei der Königlichen Staatsregierung, wie auch bei diesem Hohen Hause ein bereitwilliges Entgegenkommen gefunden. Bereits im Jahre 1876 hatte ich die Ehre, im Auftrage des deutschen Aerztevereinsbundes und speciell von 21 preussischen Aerztevereinen eine Petition in dieser Materie dem Hohen Hause zu unterbreiten. Die Sache wurde in eingehender Commissionsberathung erörtert, in welcher der Abgeordnete Thilenius als Referent fungirte. Der Commissar der Königlichen Staatsregierung, Herr Geheimrath Dr. Kersandt, erklärte damals, dass eine baldige Vorlage in Aussicht stehe, und es gelangte der Antrag der Commission zur Annahme: „die Petition der Königlichen Staatsregierung zur Berücksichtigung dahin zu überweisen, dass durch die bevorstehende gesetzliche Regelung des Medicinal- und Sanitätswesens dem ärztlichen Stande selbst eine geordnete Mitwirkung gesichert werde.“

Denselben Inhalt hatte im Jahre 1878 eine Petition des Herrn Wiener und Genossen, wobei der Referent, Herr Abgeordneter Virchow, sich dafür aussprach, dass aus Gründen der öffentlichen Gesundheitspflege eine baldige Organisation des Gesundheitswesens in Preussen noch in der nächsten Session erfolgen möge. Auch damals erklärte der Königliche Regierungscommissarius, dass man hoffe, in der kürzesten Zeit dahin zu kommen, und es gelangte wieder der Antrag zur Annahme, „die Erwartung auszusprechen, dass die Königliche Staatsregierung baldigst einen Gesetzentwurf über die mehrmals in nahe Aussicht gestellte Reorganisation des Medicinalwesens vorlegen werde“.

Ebenso ging es zwei Jahre später, im December 1879, wo der Antrag zur Annahme gelangte, dass eine Vorlage über Reorganisation des Medicinalwesens in einer der nächsten Sessionen gefordert werde. Hierbei erklärte nun zum ersten Male der Vertreter der Königlichen Staatsregierung, dieselbe sei über eine vorher zu bewerkstelligende Modification des § 53 der Gewerbeordnung mit dem Herrn Reichskanzler in Verbindung getreten — es ist das der Paragraph, welcher von der Entziehung der ärztlichen Approbation handelt. Es folgte die bekannte Enquete des Herrn Reichskanzlers bei den Bundesregierungen, um festzustellen, wieviel Aerzte seit Emanation der Gewerbeordnung wegen eines entehrenden Vergehens bestraft worden seien.

Die letzte Verhandlung in diesem Hause fand im März 1882 statt. Auf eine Anfrage des Abgeordneten Thilenius sprach sich der jetzige Herr Cultusminister sehr wohlwollend über unsere Angelegenheit aus. Er führte aus, dass zunächst die Reorganisation des Medicinalwesens sehr vorsichtig behandelt werden müsse, weil dieselbe in erster Linie eine Finanzfrage sei. Nun, meine Herren, ich glaube nachgewiesen zu haben, aus welchen Gründen wir hoffen dürfen, dass diese Finanzfrage kein Hinderniss für unsere Wünsche darstellen werde. Der Herr Cultusminister sagt weiter, dass eine Mitwirkung der Aerztevereine ihm sehr erwünscht erscheine, dass derselben aber entgegenstünde die ungleiche Organisation des Aerztevereinswesens in den verschiedenen Landestheilen; ferner, dass diesen Vereinen eine Ausübung des Disziplinarrechts ohne eine Aenderung der Reichsgesetzgebung nicht zugestanden werden könne, dass eine solche innerhalb der Gewerbeordnung nicht angängig sei, und endlich, dass speciell eine Aenderung des § 53 der Gewerbeordnung deshalb nöthig erscheine, damit in den seltenen Fällen, in welchen ein Arzt sich so schwer gegen die öffentliche Sicherheit vergangen habe, dass er aus dem Stande ausgestossen werden müsse, dies auch möglich sei. Diese Aenderung des § 53 ist nun seitdem erfolgt — ich werde später darauf zurückkommen. Was die übrigen Einwendungen des Herrn Cultusministers betrifft, so hat das Vereinswesen ja auch in den letzten Jahren in den östlichen Provinzen einen erfreulichen Aufschwung genommen. Es würde aber jener Grund um so weniger ein Hinderniss für unsere Wünsche darstellen können, da wir uns ja längst damit einverstanden erklärt haben, dass das Wahlrecht für die neuzuschaffenden Organe nicht den Aerztevereinen, sondern den einzelnen Aerzten übertragen werde, wie dies ja in einem früheren Entwurf bereits im Ministerium festgestellt sein soll, und wie es in mehreren deutschen Staaten, z. B. in Baden der Fall ist.

Zum vollen Verständniss der Situation müssen Sie mir aber gestatten, noch kurz auf die Lage der Gesetzgebung einzugehen, über welche eine merkwürdige Unklarheit sowohl unter den Aerzten als auch in ausserärztlichen Kreisen herrscht. Diese Lage ist eine hinreichend complicirte. Es ist vielfach die falsche Meinung verbreitet, wir Aerzte befänden uns seit Emanation der Gewerbeordnung im Zustande der Gewerbefreiheit. Das ist eine Verwechselung mit der Kurirfreiheit, welche damals 1869 eingetreten ist. Jene Aufhebung der Pfuschereiverbote ist allerdings für unsere ärztlichen Verhältnisse von ausserordentlicher Wichtigkeit gewesen, wir haben damit auf unser grösstes Privileg verzichtet, aber dass durch diese Kurirfreiheit, welche jedem Nichtarzte gewährt ist, die Fragen des ärztlichen Standes nicht gelöst sind, darüber, glaube ich, muss Jeder klar sein. Es haben auch bei Berathung der Gewerbeordnung im Jahre 1869 sich alle Redner übereinstimmend dahin ausgesprochen, dass durch die den ärztlichen Stand betreffenden Paragraphen der Gewerbeordnung durchaus keine definitive Lösung erzielt werden solle, dass eine Medicinalordnung nach wie vor als nothwendig anerkannt werde, und es wurde ausdrücklich betont, dass die bestehenden Medicinalgesetze, soweit sie nicht in Widerspruch mit den erwähnten Paragraphen sich befinden, in Kraft bleiben. In dieser Hinsicht sagt der § 6 der Gewerbeordnung ausdrücklich:

> Das gegenwärtige Gesetz findet keine Anwendung auf die Ausübung der Heilkunde (vorbehaltlich der Bestimmungen in den §§ 29, 30, 53, 80 und 144).

Das sind die Paragraphen, welche von der Ertheilung der Approbation, der Entziehung derselben, von den Taxen und von der Zwangspflicht zur Hülfeleistung handeln. Das ist auch so geblieben, es ist nur im vorigen Jahre statt der negativen die positive Fassung gewählt worden, wonach es jetzt heisst:

> Auf die Ausübung der Heilkunde findet das gegenwärtige Gesetz nur insoweit Anwendung, als dasselbe ausdrückliche Bestimmungen darüber enthält.

Ausdrücklich aufgehoben von den früheren gesetzlichen Bestimmungen ist nur die Zwangsverpflichtung der Aerzte zur Hülfeleistung. Der § 144 der Gewerbeordnung sagt ausdrücklich:

> Inwiefern, abgesehen von den Vorschriften über die Entziehung des Gewerbebetriebes (§ 143) Zuwiderhandlungen der Gewerbetreibenden gegen ihre Berufspflichten ausser den in diesem Gesetz erwähnten Fällen einer Strafe unterliegen, ist nach den darüber bestehenden Gesetzen zu beurtheilen.

Bei der Redaction dieses Paragraphen wurde der Antrag gestellt, „Verordnung“ zu sagen, es ist aber ausdrücklich beschlossen worden, „Gesetz“ beizubehalten. In demselben Paragraphen haben wir nun auch das vieldeutige Wort „Berufspflichten“, und da müssen wir fragen: welches sind denn eigentlich die ärztlichen Berufspflichten? Zunächst findet eine ganze Reihe von Zuwiderhandlungen gegen dieselben sich im Strafgesetzbuch verzeichnet. Das Strafgesetzbuch bestimmt, dass bei Körperverletzungen, fahrlässigen Tödtungen u. s. w. erheblich gesteigerte Strafen eintreten, wenn der Thäter durch sein Amt oder seinen Beruf besonders zur Aufmerksamkeit verpflichtet war. Das Strafgesetzbuch spricht ferner von Ausstellung falscher ärztlicher Atteste, Offenbarung von Privatgeheimnissen u. s. w.; es ist also in demselben eine ganze Reihe von speciell ärztlichen Berufspflichten bezeichnet. Ausserdem finden sich in den früheren preussischen Gesetzen noch Bestimmungen über das Receptverschreiben, das Verbot des Selbstdispensirens, namentlich aber auch die später durch Reichsgesetz geregelten Bestimmungen des Impfgesetzes und endlich die Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten. Diese beiden letzteren Gesetze sind mit Strafandrohungen versehen und daher ganz unzweifelhaft noch in Kraft. Weitere Berufspflichten finde ich in den Gesetzen definirt; wir Aerzte kennen und anerkennen freilich für uns noch ausserdem eine ganze Reihe von solchen, die aber nicht kodificirbar sind.

(Schluss folgt.)

VII. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 6. Februar 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

1. Herr Zadek stellt einen 20jährigen Patienten vor, der aus gesunder Familie stammen und stets gesund gewesen sein will, bis er im Mai vorigen Jahres plötzlich an einer Hämoptoë erkrankte und deshalb auf die innere Abtheilung des jüdischen Krankenhauses aufgenommen wurde. Die geringe Hämoptoë und das mässige Fieber schwanden nach wenigen Tagen, Husten und Auswurf waren minimal, die Untersuchung auf Tuberkelbacillen ergab negatives Resultat. Die physikalische Untersuchung zeigte LHU eine bis zum Angulus scapulae reichende Dämpfung, die nach vorn in die Herzdämpfung überging. Ueber der gedämpften Partie waren Fremitus und Athemgeräusch abgeschwächt und Rasseln und Schaben zu hören. Der Pleuraerguss schwand in 2—3 Wochen und traten nun die abnormen Verhältnisse vorn am Thorax deutlicher zu Tage, Verhältnisse, die während der seitdem verflossenen $^3/_4$ Jahre unverändert geblieben sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zunächst fällt eine Vorwölbung der linken Thoraxhälfte sofort in die Augen; die Vorwölbung reicht von der Clavicula bis zur 6. Rippe und überschreitet das Sternum nicht. Die Messung ergiebt, dass der Umfang der linken Thoraxhälfte auf der 3. Rippe um $2\frac{1}{2}$ cm, auf der 4. um 3 cm den der rechten Hälfte übertrifft. Die hervorgewölbte Partie zeigt diffusen Herzchoc, ohne dass es gelingt, daselbst einen deutlichen Spitzenstoss zu erkennen. Nur, wenn der Patient erregt ist, kann man im 6. Intercostalraum, 3 Finger nach links von der Mammillarlinie einen schwachen Stoss sehen und fühlen. Dagegen sieht man eine lebhafte Pulsation im Epigastrium und im 5. Intercostalraum rechts zwischen Parasternal- und Mammillarlinie. Der Fremitus über der vorgewölbten Partie ist abgeschwächt. Die Percussion ergiebt links Abschwächung des Schalls schon unter der linken Clavicula, von der 2. Rippe abwärts Schenkelschall, der nach links bis zur vorderen Axillarlinie, nach rechts bis zum linken Sternalrand reicht, um indess erst 1—2 Finger jenseits des rechten Sternalrandes lautem Lungenschall Platz zu machen. Die Auscultation ergiebt über den Lungen nichts Abnormes, über der gedämpften Partie und ebenso rechts an der Stelle der lebhaften Pulsation zwei Töne, über der Aorta ein systolisches Geräusch. Letzteres ist ebenfalls über der Carotis zu hören. Die Unterleibsorgane befinden sich in normaler Lage.

Der Patient ist gut genährt und zeigt eine blühende Gesichtsfarbe mit geringer cyanotischer Nüance. Er hat sich in der ganzen Zeit von $^3/_4$ Jahren sehr wohl befunden. Athemnoth bestand nie, etwas leichter, trockner Husten. Der Puls ist nicht abnorm frequent, gross, von mittlerer Spannung, eine zeitliche Differenz in dem Puls der Radialis, Carotis, Cruralis ist nicht vorhanden. Die Urinmenge ist etwas geringer, das Gewicht höher als in der Norm, die axillaren Lymphdrüsen links sind nicht geschwollen. Oedeme haben nie bestanden. Keine Schlingbeschwerden, keine Sprachstörung, keine Pupillendifferenz. Der Patient kann stundenlang auf ebener Erde gehen und arbeitet im Geschäft von früh bis Abends; nur beim Treppensteigen, körperlichen Anstrengungen und gemüthlichen Aufregungen hat er Herzklopfen und Stiche auf der linken Seite. Die Hämoptoë hat sich nicht wiederholt.

Uebrigens giebt Pat. an, dass er schon als Kind eine hohe Brust gehabt habe.

Was die Deutung des Falles betrifft, so dürfte es wohl keinem Zweifel unterliegen, dass man im 5. rechten Intercostalraum das Herz anschlagen sieht und fühlt und zwar wahrscheinlich, wie aus den Erfahrungen zu schliessen, die bei Verdrängung des Cor durch linksseitige Pleuraexsudate oder Pneumothorax gemacht wurden, nicht die Herzspitze, sondern den rechten Ventrikel. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Parallelverschiebung des Herzens durch einen, den Raum beengenden Tumor der linken Thoraxhälfte. Bei der Differentialdiagnose, welcher Art dieser Tumor sei, kommt zweierlei in Betracht, ein Aneurysma der Aorta oder Pulmonalis oder ein Tumor des Mediastinums, der Lunge oder des Pericards. Gegen ein Aneurysma, das wohl nur an dem concaven Theil der Aorta gelegen sein könnte, spricht die ausserordentlich geringe Benachtheiligung des Allgemeinbefindens und der Circulation; wahrscheinlicher erscheint die Annahme eines soliden oder cystischen Tumors, sei es, dass derselbe von den Lymphdrüsen des Mediastinums oder der Pleura, sei es, dass er von der linken Lunge oder dem Pericard ausgehe, von welch letzterem erst neulich (in dem Septemberheft des Virchow'schen Archivs vorigen Jahres) ein diesem nicht ganz unähnlicher Fall veröffentlicht worden ist. Das systolische Geräusch über der Aorta dürfte wohl von einer Dehnung, Torsion oder Compression der Aorta durch den fraglichen Tumor herrühren; möglich immerhin, dass noch ein Aneurysma derselben die Sache complicirt. Man könnte daran denken, durch eine Probepunction den Versuch zu machen, die Diagnose sicher zu stellen, doch hat sich Herr Prof. Jacobson dazu nicht bequemen wollen, einmal weil bei dem Vorhandensein eines Aneurysma eine solche Probepunction doch wohl nicht so ganz unbedenklich wäre, zweitens aber, weil die Beschwerden so minimale sind, dass auch bei Sicherstellung der Diagnose an einen operativen Eingriff nicht zu denken ist.

2. Discussion über den Vortrag des Herrn Liman über die Processe gegen die Friederike Zehmisch und Bertha Horlitz.

Herr Mendel: Herr Liman hat in seinem interessanten Gutachten über die Z. ausgeführt, dass die Z. zwar nicht geistesgesund, aber nicht im gesetzlichen Sinne geisteskrank sei, d. h., dass sie zwar an einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit leide, die Freiheit der Willensbestimmung aber nicht ausgeschlossen sei. Gegen diesen Standpunkt des Herrn Liman muss ich principiell Einspruch erheben. Der §. 51 des Deutschen Strafgesetzbuches lautet:

„Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war."

Wenn man die Entstehungsgeschichte dieses Paragraphen verfolgt, so ist es unzweifelhaft, dass der Arzt nur die Frage beantworten sollte, ob ein Zustand von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit vorhanden; Sache der Richter oder Geschworenen ist es, den weiteren Schluss zu ziehen, ob die freie Willensbestimmung aufgehoben ist. Man sieht, dass dieser Zusatz wesentlich entstanden ist durch die Furcht der Juristen, den Aerzten die Entscheidung der Frage der Zurechnungsfähigkeit in die Hand zu geben. Dass diese Auffassung die richtige ist, geht aus den Motiven zu §. 51 hervor. Dies zugegeben, hat aber meiner Ueberzeugung nach der Sachverständige sich auf die Frage der freien Willensbestimmung überhaupt nicht einzulassen, und überschreitet mit dem Eingehen darauf seine Competenz und seine Sachverständigkeit, denn die Psychiatrie kennt überhaupt keine freie Willensbestimmung als wissenschaftlichen Begriff.

Dass ich mit dieser Auffassung, wie ich sie auch practisch bei der Abgabe von Gutachten durchgeführt habe, nicht allein stehe, beweist ein Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, das im Octoberheft der Virteljahresschrift für gerichtliche Medicin veröffentlicht ist, in welchem die Deputation, deren Referent Herr Virchow war, auf die gestellte Frage, ob der Inculpat sich im Zustande der Bewusstlosigkeit oder krankhaften Störung der Geistesthätigkeit befinde, erklärt, der Betreffende befinde sich im Zustande der Bewusstlosigkeit, über die freie Willensbestimmung urtheile sie nicht, da das nicht zur Competenz der ärztlichen Sachverständigen, sondern als Thatfrage zur Competenz des Richters gehöre.

Ich glaube, diese Frage hat nicht nur eine theoretische Bedeutung, sondern ist auch von eminent practischer Wichtigkeit, und ich glaube, dass in dem Falle Z. die Differenz zwischen den Sachverständigen und das Auftreten des Staatsanwaltes lediglich hervorgerufen wurde dadurch, dass die Aerzte ihre Competenz überschritten haben. Was ferner diesen speciellen Fall betrifft, so ist es für mich nicht zweifelhaft, dass die Z. geisteskrank war vor der Verurtheilung, geisteskrank zur Zeit der Verurtheilung und, wie Herr L. weiter ausgeführt hat, auch im Augenblick geisteskrank ist. Es lässt sich schwer über einen solchen Zustand urtheilen, wenn man die Betreffende nicht selbst untersucht hat, aber die Schilderung des Herrn L. spricht unzweifelhaft für eine chronische Geistesstörung. Wenn Herr L. einen besonderen Werth darauf legt, dass die Betreffende ein ausgezeichnetes Gedächtniss hatte, so brauche ich Herrn L. nicht zu sagen, dass alle diese Zeichen sehr wohl bei Geisteskranken vorhanden sein können und vorhanden sind. Nur in einem Punkte möchte ich mich mit Herrn L. völlig einverstanden erklären, dass nämlich die Z. vernehmungsfähig war. Allerdings aber war es meiner Ansicht nach Pflicht der Aerzte, zu erklären, dass die Z. zwar vernehmungsfähig sei, dass aber ihre Aussagen nie die Gewähr eines vollgültigen Zeugen geben würden, dass sie immer nur einen zweifelhaften Werth besässen und nur insoweit in Betracht kommen könnten, als sie mit anderen Aussagen übereinstimmten. Insoweit halte ich es für möglich, dass auch die Aussage eines Geisteskranken mit ins Gewicht fällt.

Herr Edel: Ich will nur als einer der Sachverständigen, die in dem Process Z. die Z. für geisteskrank gehalten haben, constatiren, dass ich durch den höchst interessanten Vortrag des Herrn Liman nicht eines Anderen belehrt, sondern im Gegentheil in meiner Ansicht bestärkt bin. Ich will die Gründe nicht weiter anführen, da hier nicht der Ort ist, auf die Details einzugehen. Ich will nur hervorheben, dass ich durch die Mittheilung des Herrn L. über seine nachträgliche Begegnung mit der Z. erst recht in meinem Urtheil fest geworden bin, denn bei einer Kranken, die vorher nach meinem Urtheil geisteskrank war, kann es nicht Wunder nehmen, dass sie vier Wochen später sich nicht gesund zeigte. Ich möchte glauben, mein Urtheil dahin abgeben zu müssen, dass die Z. auch zu der Zeit, wo sie von Herrn Prof. Hitzig für gesund erklärt wurde, nicht vollständig geistesgesund gewesen ist, sondern nur eine Remission gehabt hat, in welcher sie vielleicht im Allgemeinen gesund erscheinen musste.

Herr Gericke. Was den zweiten von Herrn Liman vorgetragenen Fall anlangt, so muss ich die Horlitz, die ich seit zehn Jahren kenne, für nicht geisteskrank erklären. Dieselbe wurde vor ungefähr zehn Jahren von einem ihrer Liebhaber mir zugeführt, und ich musste sie schon damals zu der Klasse der Demimonde rechnen. Sie ist zwar fünf Jahre später in einem Process gegen Hummel, den sie verklagt hatte, weil sie verbaliter von ihm beleidigt sei, freigesprochen worden. Sie wusste damals die Rolle der geknickten Unschuld gut durchzuführen. Herr L. erwähnt aus dem letzten Process, dass sie in saloppem Zustande zu einer Freundin gekommen wäre und dort einen aufgeregten Eindruck gemacht habe. Es ist von einem Zeugen constatirt, dass dieser saloppe Anzug in nichts weiter bestand, als in dem Tragen von Pantoffeln und weissen Strümpfen. Sie werden wissen, dass man öfter solchen Personen begegnet in Gegenden, wo die Demimonde zu Hause ist, und ich kann das noch als kein Zeichen von Geisteskrankheit ansehen. Herr L. sagt ferner, sie sei plötzlich von Rachsucht und Wuth übermannt. Es ist nachgewiesen, dass sie Monate vorher die Schwefelsäure gekauft und wiederholentlich ihrem früheren Liebhaber aufgelauert hat. Sie hat, unmittelbar nachdem sie die Schwefelsäure ausgegossen hatte, weil sie die Lynchjustiz fürchtete, sich unter den Schutz des Postens gestellt und sich zur Wache führen lassen. Gleich darauf wurde Herr College Brettheimer wegen des verbrannten Hummel citirt, und derselbe erklärte, er habe an der Horlitz nichts Auffälliges bemerkt, ebenso die anderen Zeugen. Sie wurde dann nach der Charité gebracht, und als sie hörte, dass der Hummel, den sie nur entstellen wollte, gestorben sei, hat sie jedenfalls ihre Simulantenrolle begonnen. Sie hat nichts weiter angegeben, als, sie hätte Stimmen gehört, sie könnte schlecht schlafen, und ihre Mitkranken spieen vor ihr aus. Was das letztere anlangt, so kann das ja wahr sein. Was das erstere anlangt, so hat dies nur das Krankenjournal ergeben; der betreffende Arzt war nicht im Termin anwesend. Ich kann also nach Allem nur annehmen, dass die H. ihre Geisteskrankheit simulirt hat.

Herr Virchow: Ich möchte noch Einiges über die Entstehungsgeschichte des angezogenen § 51 hinzufügen, an dem ich sehr lebhaft betheiligt bin. Sie alle werden sich erinnern, in welch confusem Zustande sich die Rechtsprechung befand unter der Herrschaft der alten misslichen Bestimmungen des Landrechtes und des Strafrechtes. Als der Norddeutsche Bund gegründet war, und es sich darum handelte, das Strafgesetzbuch für denselben

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einzurichten, erhielt die Wissenschaftliche Deputation den Auftrag, sich über eine Reihe von Paragraphen gutachtlich zu äussern. Unter diesen befand sich der hier in Frage stehende. Nun waren wir in der Lage, uns durch eine ziemlich lange Reihe von Erfahrungen überzeugt zu haben von der Unzuträglichkeit, die Frage von der Zurechnungsfähigkeit in das ärztliche Votum zu stellen. Ich will in dieser Beziehung besonders bemerken, dass auch der verstorbene College Caspar diesen Standpunkt vertrat, und dass wir uns nur in Continuität mit den practischen Erfahrungen befanden, wenn wir unser Votum dahin abgaben, diese Frage sei aus der ärztlichen Competenz zu entfernen. Die Wissenschaftliche Deputation, deren Gutachten ich damals verfasst habe[1]), ging in der That nicht weiter, als Herr Mendel annimmt. Sie hatte von Bewusstlosigkeit nichts in ihren Vorschlag aufgenommen, sondern beantragt zu sagen: „besondere körperliche Zustände". Ich theile die von Herrn Mendel vertretene Auffassung: es wäre besser gewesen, wenn die freie Willensbestimmung aus dem Paragraphen fortgelassen wäre, indessen durch ihre Aufnahme ist, wie ich glaube, nichts geschehen, was die Stellung des ärztlichen Sachverständigen wesentlich alterirt hätte.

In einer Beziehung geht selbst Herr Mendel noch weiter, als die Wissenschaftliche Deputation damals gegangen haben wollte. Wir waren nicht der Meinung, dass die Frage der Bewusstlosigkeit jedesmal in die Competenz der ärztlichen Beurtheilung gestellt werden müsse. Wir haben ausgeführt, dass es eine Reihe von Zuständen giebt, die so sehr in die Beurtheilung jedes Menschen fallen, dass es durchaus nicht nöthig ist, sie einem Sachverständigen zu unterbreiten, dass z. B. über die Frage, ob Jemand betrunken gewesen sei, nicht jedesmal ein Arzt zu Rathe gezogen werden brauche.

Das wollte ich nur in die Erinnerung zurückrufen, denn es sind nachher diese Paragraphen durch eine Reihe weiterer Stadien gegangen, und es ist ja begreiflich, dass bei so mühseligen und weitschichtigen Verhandlungen eine ganze Menge von Nebeneinwirkungen stattfinden. Aber man wird daran festhalten müssen, dass es nützlich ist, die ärztliche Thätigkeit innerhalb der Schranken zu halten, welche in der ursprünglichen Fassung gegeben waren. —

Herr Liman: Was den principiellen Standpunkt betrifft, so gebe ich sowohl Herrn Mendel als Herrn Virchow vollkommen Recht in dem, was sie ausgeführt haben, aber, m. H.! ich habe gesprochen vom Standpunkte der Praxis aus, und bedenken Sie, dass wir vor Gericht zwischen Vertheidiger, Staatsanwalt und Gerichtshof stehen. Es ist mir einmal vorgekommen, dass ich in Bezug auf die Frage der Zurechnungsfähigkeit mir die Aeusserung erlaubte, dass das Sache des Gerichtes zu entscheiden sei. Der Vorsitzende sagte: Wir werden diesen Saal nicht eher verlassen, bis Sie nicht ibr Gutachten nach der einen oder anderen Seite abgegeben haben. Ich setzte mich und nach einer halben Stunde sagte ich mir: wohin soll das führen? ich stand auf und gab mein Gutachten in favorem des Angeschuldigten ab, und danach erfolgte der Spruch. Ich habe infolge des immer wieder erneuten Andrängens an die Sachverständigen, sich auf diesen zweiten Theil des Paragraphen zu äussern, mich dahin entschieden, zu sagen: Meine subjective Meinung ist die und die. Damit, dass ich meine Meinung sage, verurtheile ich noch nicht, ich urtheile nur, ich gebe meine Meinung vielmehr ebenso preis, wie jedes Gutachten dem Urtheil des Gerichtshofes preisgegeben wird. Es ist dies eben ein Grenzgebiet, welches von beiden Seiten, vom Juristen, wie vom Arzte betreten wird. Und wie sollten wir uns scheuen, wenn danach gefragt, bei einem geistigen Zustand unser Gutachten abzugeben, während wir täglich über die Erwerbsfähigkeit, Straffähigkeit u. s. w. von Individuen urtheilen und Niemand behaupten wird, dass dies ärztliche Themata sind. Das ist eben die Anwendung der Medicin auf juristischen Fragen, da man ja der gerichtlichen Medicin eine Selbstständigkeit abspricht.

Was den speciellen Fall betrifft, so habe ich gesagt, dass die Z. in einer abnormen Gemüthslage sei, ich habe sie nicht für geisteskrank erklärt. Sie mag sich in einer Remission befunden haben, ich muss aber heute noch hinzufügen, dass sie bei meinem Besuch in Charlottenburg sehr erregt war, weil man ihr gesagt hatte, sie sollte in das Magdalenenstift kommen. Sie hat sich während der Unterredung bald beruhigt und ist später zu ihren Eltern nach Hause gereist, sodass sie meiner weiteren Beobachtung entzogen ist. Ich bleibe dabei, dass sie nicht geisteskrank war, denn wenn Jemand 5 Tage bis 11 Uhr Abends vollständig den Verhandlungen mit gespanntester Aufmerksamkeit folgt, bei jeder Aussage vollständig schlagfertig in die Verhandlung eingreift, wenn man wie die Z. es gethan hat, als von ihr der Vertheidiger als von einer ungebildeten Bauerndirne redete, sagte, sie hätte dem Herrn in den Schopf fahren mögen — sie hat es aber nicht gethan, obwohl er dicht vor ihr stand — dann hat man kein Recht, ihn für geisteskrank zu erklären, wenn er im Uebrigen kein Zeichen einer Geisteskrankheit darbietet.

Was die Vernehmungsfähigkeit anlangt, so muss ich constatiren, dass, wenn ich Jemand für geisteskrank halte, ich ihn auch für vernehmungsunfähig halte. Denn vernehmungsfähig ist der, welcher die Tragweite und Bedeutung der ihm vorgelegten Fragen und der gegebenen Antworten für sich und seine Zukunft zu ermessen fähig ist, der sich vor dem Richter verantworten kann. Das vermag ein Geisteskranker nicht.

Was die Horlitz anbetrifft, so habe ich im Termin und auch hier gesagt, dass ich dieselbe nicht explorirt, sondern nur durch die im Laufe des Termins zur Sprache gekommenen Thatsachen eine allgemeine Anschauung gewonnen habe. Sie hat zunächst im Gefängniss einen Selbstmordversuch gemacht, sie hat im Gefängniss den Eindruck einer Geisteskranken gemacht, sie ist Monate lang in der Charité beobachtet und dort für geisteskrank erklärt; das musste ich als Thatsache annehmen. Nun handelte es sich für mich darum, zu entscheiden, ob sie schon vor ihrer Einlieferung in das Gefängniss geisteskrank gewesen sei. Ich habe die Thatsachen, welche mich bewogen haben, die Frage zu bejahen, angeführt. Wenn ich eines Besseren belehrt werde, bin ich gern bereit, mein Urtheil zu ändern; einstweilen bin ich es nicht. Was den saloppen Anzug betrifft, so ist sie, die sonst etwas auf ihre Toilette hielt, nicht nur in Pantoffeln sondern auch ohne Hut gekommen, ferner Vormittags von der Solmsstrasse nach der Oranienstrasse gegangen, ein Weg, der von Prostituirten nicht gerade so vielfältig besucht wird, und sie hat auf die Leute den Eindruck gemacht, dass sie gesagt haben: die wird irre, weil sie von dem Aufzuge in dem sie erschien nichts wusste. Sie hat ferner sämmtliche Blüthen und Blätter von den Töpfen auf dem Fensterbrett abgegessen, ohne es zu wissen, am Tage der That. Es ist ferner durch Zeugen erhärtet, dass sie Arsenik und Cyankali vergeblich in der Droguenhandlung gefordert hat. Damit kann man einen Dritten nicht vergiften, wenn man nicht mit ihm zusammen lebt. Wozu sie es gefordert hat, ist nicht recht ersichtlich, wenn sie nicht einen Selbstmord begehen wollte. Schwefelsäure hat sie dann endlich erhalten. Dass sie dem Hummel aufgelauert, erinnere ich mich nicht in der Verhandlung gehört zu haben, ebensowenig, dass sie sich unter den Schutz der Polizei gestellt hat, weil sie der Lynchjustiz hätte entgehen wollen, von der keine Rede sein konnte, weil nur ein einziger Mann da war, der den Vorgang mit angesehen hat. Damit glaube ich einstweilen noch im Recht zu sein, wenn ich sie zur Zeit der That für geisteskrank erklärte.

[1]) Es ist abgedruckt in Virchow's Gesammelte Abh. aus dem Gebiete der öff. Medicin. Bd. II, S. 505.

3. Herr Pohl-Pincus: Ueber die Immunität nach Variola und Scarlatina:[1])

Zweck meines heutigen Vortrages ist, Sie, m. H., zum gemeinsamen Ausbau eines Weges einzuladen, behufs Verhütung einiger acuter Infectionskrankheiten, und behufs Verhütung und Heilung einiger chronischer.

Ausgangspunkt meiner Mittheilungen ist die Frage über die Entstehungsweise der Immunität.

Meine früheren Versuche hatten keinen Anhalt ergeben zur Annahme einer der (3—5) Hypothesen, welche in der Literatur über die Entstehung der Immunität sich finden. Die Versuche hatten vielmehr gezeigt:

dass dei der ersten Impfung mit Vaccina sehr bald nach dem Import des Giftes eine Herabsetzung des Saftstromes und verhältnissmässig früh eine Verhornung des Impfheerdes eintritt;

dass bei der zweiten Impfung hingegen eine sehr starke Steigerung des Saftstromes sich einstellt, während die frühzeitige Verhornung ausbleibt.

Die heut mitzutheilenden Versuche hatten zunächst den Zweck, festzustellen, ob bei der ersten Impfung die Herabsetzung des Saftstromes und die frühe Verhornung gleichberechtigte Coeffecte der gemeinsamen Ursache sind. Das Resultat lautet: nein; vielmehr ist der Verhornungs-Unterschied nur Folge des Unterschiedes der Durchsaftung des Gewebes.

Die nächste Frage: ist der Unterschied in der Stärke des Saftstromes die hauptsächlichste Ursache der Immunität, konnte nach Untersuchungen bei Variola und Scarlatina bejaht worden.

Es werden mithin durch das einmalige Ueberstehen mancher Infectionskrankheiten (in der Regel) alle Saftbahnzellen („Bindegewebskörper", „Endothelzellen") der für das Gift empfänglichen Organe so umgestimmt, dass, während das zum ersten Mal einpassirende Gift zum Verschluss (Contractur) der Saftbahnen führt, das zum zweiten Male (nach erlangter Immunität) einpassirende Gift zur Erweiterung der Saftbahnen führt. Diese Umstimmung ist das Wesen der Immunität.

Die Umstimmung der Saftwege erfolgt durch einen Stoff; die Frage, ob dieser Stoff ein Abspaltungsproduct des ergriffenen Körpers sei, oder ein Adnexum des importirten Giftes — wurde zu Gunsten der zweiten Alternative entschieden. Die Giftpilze selbst tragen an ihrer Oberfläche den bestimmten Stoff (das Variolin, Scarlatinin, Morbillin etc.), welcher die Saftgewebe zur Contractur und später zur Dilatation bringt. Die Immunität beginnt bei der ersten Infection an jedem Locus affectionis schon sehr früh am Rande des Heerdes; im Zusammenhange mit der hier local eintretenden Immunität entsteht die „trübe Schwellung", die „Coagulations-Necrose", die „reactive Reizung" der drei Zonen eines jeden Infectionsheerdes. Die anderweitigen Deutungen der Beobachter vermag ich nicht zu theilen.

Aus dem Mitgetheilten ergiebt sich ein Weg zur Verhütung und Behandlung einiger Infectionskrankheiten in allen denjenigen Fällen, in welchen die segensreiche Entdeckung Pasteurs (Abschwächung der Pilze durch Züchtung bei einer gewissen Temperatur) nicht benutzt werden kann. Das Scarlatinin, Anthracin etc. werden den rein gezüchteten Pilzen entzogen und dem Organismus beigebracht: indem dieser Stoff im Blute kreist, ruft er ganz dieselbe Immunität hervor, welche wir bisher nur durch das Ueberstehen einer vollen Infection haben eintreten sehen.

[1]) Herr Pohl-Pincus hat die grosse Freundlichkeit gehabt, uns ein Autor-Referat seines Vortrages zur Verfügung zu stellen. Unter solchen Verhältnissen glaubten wir von wesentlichen Aenderungen absehen zu sollen, verwahren uns aber dagegen, dass wir auch nur mit irgend einer der Ausführungen des Herrn Vortragenden einverstanden seien.

Wir haben die Ueberzeugung, dass Herr Pohl-Pincus selbst nicht einen Augenblick an der Richtigkeit seiner Erörterungen zweifelt, glauben aber, dass er sich auf einem ganz falschen Wege befindet, auf dem ihm glücklicherweise wohl Niemand folgen wird. D. Red.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Derselbe Weg gilt für manche andere Infectionskrankheiten, deren Ueberstehen keine Immunität zurücklässt; Import des Cholerin, des Dysenterin etc. wird gegen die Cholera und die Ruhr in derselben Weise schützen, so dass nur Cholera-Diarrhoe u. s. w. entsteht.

Als Paradigma der chronischen Infectionskrankheiten nenne ich die Tuberculose; ich finde im Tuberkelknötchen alle Zonen des Variolaheerdes wieder, und halte den Bacillus tuberculosus für ein Contagium inficiens — nur ist demselben die Wirkung eigen, dass er (im Verhältniss zu Scarlatina etc.) eine sehr lange andauernde Contractur der Saftgefässe hervorruft; (noch anders verhält sich der Pilz, welcher die gewöhnliche Art des Erysipel hervorruft; es besteht die Vermuthung, dass das Erysipel ätiologisch nicht eine einheitliche Krankheit ist.)

Wir werden deshalb das Tuberculin darzustellen suchen; das Inhaliren des Tuberculin, sein Import auf subcutanem und anderem Wege wird durch „Gewöhnung" an dies Gift den Organismus ebenso unempfänglich für den Bacillus tuberculosus machen, wie es heut die meisten Menschen an und für sich bereits sind; wir werden die hereditär Disponirten vor der wirklichen Erkrankung auf diese Weise schützen; wir werden die meisten bereits Erkrankten vor dem Fortschritte ihres Leidens bewahren. Wir werden dies zunächst bei den Thieren versuchen, jedoch die Reindarstellung des Tuberculin nicht abwarten; wir werden vielmehr die Extracte der Culturen und selbst die Extracte der experimentell frisch erzeugten Miliartuberkeln verwenden; denn in dem Gemisch der verschiedenen extrahirbaren Stoffe hat das Tuberculin bezüglich der von uns erstrebten Wirkung ein so entscheidendes Uebergewicht über alle übrigen verunreinigenden Stoffe, dass der Mit-Import dieser letzteren bedeutungslos wird.

Das Gleiche gilt für die Versuche mit Anthracin, Scarlatinin etc.

VIII. Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege.

Sitzung vom 29. October 1883.

Vorsitzender: Herr Hirsch.
Schriftführer: Herr Kalischer.

Herr Lindenheim referirte über einen neuen, von der Firma J. L. Bacon in Berlin construirten Desinfections-Apparat. Die neueren Untersuchungen verlangen von einem solchen schnelle Erzeugung einer Temperatur von 120—130 Grad Celsius und gleichzeitig eines gewissen Quantums von Wasserdampf, da nur durch die Einwirkung heisser Dämpfe nach den Beobachtungen von Koch eine zuverlässige Desinfection erreicht wird. Der Vortragende erläuterte mit Hilfe mehrerer Zeichnungen den neuen Apparat, dessen Construction folgende ist: Zur Erzeugung der hohen Temperatur dient eine Anzahl enger, aber sehr starkwandiger, schmiedeeiserner Röhren, welche an beiden Enden hermetisch verschlossen, zum Theil mit Wasser gefüllt und ausserdem luftleer gemacht sind. Diese Röhren sind bei den stationären Apparaten in einer gemauerten Kammer untergebracht, bei den transportablen liegen sie in einem doppelwandigen eisernen Kasten, der auf Räder gesetzt ist. Ein kurzes Stück der Heizröhre ist der Wirkung des Feuers ausgesetzt, das sich in einem besonderen, feuerfesten Kasten befindet. Bei der Erwärmung wird in Röhren überhitzter Dampf erzeugt, welcher ohne alle Gefahr eine Temperatur von 200—250° annehmen kann. Innerhalb des Feuerkastens befindet sich noch ein besonderer Dampfkessel mit Dampfsammler, der sich während des Anheizens des Apparates mit Dampf von entsprechender Spannung füllt. Ferner ist dicht über dem Boden des Desinfectionsraumes eine gut verschliessbare Oeffnung angebracht, während an der höchsten Stelle desselben ein ebenfalls durch eine Klappe verschliessbares Rohr zum Schornstein führt. Die Desinfection vollzieht sich dann in der Art, dass zunächst der Apparat — nach Einbringung der zu desinficirenden Gegenstände — auf 130 Grad geheizt wird, worauf man Dampf einströmen lässt, der die Gegenstände durchdringt und anfeuchtet. Hierauf werden die beiden erwähnten Klappen geöffnet, so dass ein Luftstrom den Apparat durchzieht, der unter gleichzeitiger Einwirkung der Wärme die Gegenstände wieder trocken und gebrauchsfähig macht. Der Vortragende betonte besonders, dass die Herstellungskosten des neuen Apparats sich geringer stellen, als die der bisher gebräuchlichen Construction, wodurch auch kleineren Gemeinden und Privat-Instituten die Anschaffung desselben ermöglicht wird. Dieser geringere Preis begründet sich dadurch, dass bei den bisherigen Apparaten zur Heizung Dampf verwendet wurde, dessen Temperatur bei 3 Atmosphären erst 130° beträgt, so dass man einerseits höhere Spannungen des Heizdampfes, andererseits relativ grosse Heizflächen anwenden muss, wenn eine schnelle Erwärmung der Apparate stattfinden soll, welche erste Bedingung ist. Die geschweissten Rohre aber lassen sich, zumal sie luftleer sind, schnell auf hohe Temperaturen bringen, wodurch wiederum eine geringere Heizfläche derselben bedingt wird, wobei zugleich die Bequemlichkeit nicht zu unterschätzen ist, die diese Rohre als transportable Wärmeerzeuger besitzen.

An den Vortrag schloss sich eine längere Discussion, an welcher sich die Herrn Frank und Merke betheiligten. Herr Frank constatirte, dass noch kein Apparat existirt, um Lumpen in geschlossenen Ballen zu desinficiren, und fragte an, ob der neue Apparat hierfür geeignet, was vom Vortragenden verneint wurde, der für diesen Zweck eine passendere Construction vorschlug. Herr Merke, dessen Apparat im städtischen Krankenhause in Moabit mit gutem Erfolge benutzt wird, bezweifelte nach seinen Erfahrungen, dass der Apparat von Bacon eine genügende Dampfmenge produciren werde, da für jeden Cubikmeter nutzbaren Desinfectionsraumes 78 Kilo Dampf per Stunde verbraucht werden. Dagegen führte Herr Lindenheim aus, dass selbst bei einem so grossen Dampfquantum, wie das angegebene, eine Schwierigkeit nicht vorliegt dasselbe zu erzeugen, wenn auch selbstverständlich der Preis des Apparates dadurch entsprechend erhöht wird. Indess lässt sich in Städten, wo industrielle Etablissements gegenwärtig wohl überall zu finden sind, oder auf dem Lande, wo Brennereien und dergl. Dampf benutzen, wol ein Abkommen treffen, wonach der erforderliche Dampf zur Desinfection von diesen gegen Entschädigung hergegeben wird, während der transportable Apparat der erläuterten Construction zur Erzeugung der Temperatur von 130 Grad und zum nachherigen Trocken der nassen Gegenstände dient.

Herr A. Kalischer machte sodann eine Mittheilung zur Alterszusammensetzung der Bevölkerung. Dieselbe ist in No. 47 dieser Zeitschrift veröffentlicht.

IX. Aerztlicher Verein zu München.

Sitzung vom 7. November.

Herr Dr. F. Beetz hielt einen Vortrag über die Häufigkeit der Herzkrankheiten in München, welcher bereits in extenso in Nr. 41 1883 der deutschen medicinischen Wochenschrift veröffentlicht ist.

An der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion betheiligte sich vor Allem Herr Professor Seitz, der mit aller Entschiedenheit einen causalen Zusammenhang zwischen übermässigem Biergenuss und Herzkrankheiten betont. In der poliklinischen Behandlung seien in München Herzkrankheiten unendlich häufig. Nach einer Zusammenstellung aus dem Jahre 1881 habe er unter 114 Herzkrankheiten 88 Fälle auf übermässigen Biergenuss zurückführen können. Ganz auffallend *sei ja* das Missverhältniss des hohen Procentsatzes der Herzkrankheiten bei Männern gegenüber dem niederen der Frauen. Dass übrigens gerade für München der Rheumatismus acutus ein ganz wichtiges ätiologisches Moment biete, leugne er durchaus nicht. Für München komme übrigens noch eine Quelle der Herzkrankheiten in Betracht: das durchschnittlich höhere Lebensalter, das hier erreicht werde, das ja an und für sich zu Gefässerkrankungen und damit secundär zu Herzerkrankungen disponire.

Auch Dr. Ludw. Stumpf möchte dem übermässigen Biergenusse eine Rolle in der Aetiologie der Herzkrankheiten eingeräumt wissen, indem es durchaus nicht gleichgiltig sei, in welcher Form der Alkohol eingenommen werde; die kolossalen Flüssigkeitsmengen, die oft pro die in München consumirt würden, müssten eine Steigerung des arteriellen Blutdruckes und damit Herzkrankheiten hervorrufen. Eine Krankenhausstatistik, wie sie Beetz zu seinen Untersuchungen verwendet, könne ferner nicht den richtigen Procentsatz für den Rheumatismus acutus liefern, da ja die Krankenhäuser hauptsächlich von Dienstboten frequentirt würden, die derartigen Erkrankungen mehr ausgesetzt wären.

Obermedicinal-Rath v. Kerschensteiner betont namentlich, dass die sog. „Wirthskrankheiten" den Agenturen der Lebensversicherungsgesellschaften leider eine nur zu gut bekannte Thatsache seien.

Privatdocent Dr. Frommel demonstrirt einen dem Anfang des 4. Monats entsprechenden Embryo, welchen er durch Laparotomie bei Extrauterinschwangerschaft gewonnen hat und giebt einen kurzen Bericht über die Krankengeschichte. Patientin 33 Jahre alt, verheirathet, hat vor 10 Jahren einmal normal geboren, war seither gesund, nur soll eine Retroflexio bestanden haben, die übrigens keine nennenswerthen Erscheinungen machte. Mitte Juli dieses Jahres erkrankte sie plötzlich unter den Erscheinungen einer acuten Peritonitis, die zwar nach einigen Tagen wieder zurückgingen, Mitte August aber auf's Neue auftraten und durch zahlreiche Nachschübe die Patientin bis Ende October an's Bett fesselten, zu welcher Zeit dieselbe in Behandlung des Vortragenden kam. Die Menses waren Anfang Juli zum letzten Male aufgetreten. Es fand sich ein bis zum Nabel reichender prall elastischer Tumor, an dessen linker Kante durch Palpation und Sonde sich deutlich der bedeutend vergrösserte Uterus abgrenzen liess. Bei der inneren Untersuchung findet sich, dass der elastische Tumor fast das ganze Becken ausfüllt und der untersuchende Finger nur mit Mühe die in der Höhe des oberen Symphysenrandes stehende Portio erreichen kann; die unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

suchende Hand führt reichlich blutigen Schleim und einige grössere Gewebsfetzen mit zurück, die sich makroskopisch wie mikroskopisch als abgestossene Schwangerschaftsdecidua manifestiren. Diagnose: Extrauterinschwangerschaft im Anfang des 4. Monats mit abgestorbener Frucht. Da Patientin in den nächsten Tagen nach der Untersuchung hoch fiebert wird am 30. October die Laparotomie gemacht. Bauchschnitt in der Linea alba von der Symphyse bis etwas über den Nabel. Nach Bloslegung des Tumors ergiebt es sich, dass derselbe vollständig intraligamentär liegt und wahrscheinlich von der rechten Tube gebildet wird. Eine Probepunction ergiebt, dass die Placenta die obere und jedenfalls einen Theil der vorderen Wand einnimmt. Es wird nun zunächst die Bauchhöhle wieder geschlossen und der Fruchtsack rund herum in den unteren Theil der Bauchwunde eingenäht und darauf derselbe nach vorn unten parallel der Bauchwunde incidirt. Leider war es trotzdem nicht zu vermeiden, dass die Incision doch noch zum Theil in die Placentarstelle fiel, wobei eine fulminante Blutung auftrat, welche sich auch durch mehrere Umstechungsnähte nicht beherrschen liess. Deshalb wird rasch der leicht macerirte Embryo an einem Fuss extrahirt, dann mit einem grossen gekrümmten Troikar die tiefste Stelle des Fruchtsackes nach der Scheide hin perforirt und durch die Perforationsöffnung von der Scheide aus ein dickes Drainrohr durch den Fruchtsack und die Bauchwunde hindurchgeführt. Darauf wird, um die Blutung zu beherrschen, der ganze Fruchtsack mit Salicylwatte fest ausgestopft und Patientin zu Bett gebracht; die Blutung war vollständig gestillt; auf die Bauchwunde wurde ein Jodoformgazeverband gelegt. Die Salicylwatte wird in den folgenden Tagen stückweise aus dem Fruchtsack entfernt ohne wesentliche Nachblutung und sofort vom 2. Tage an wird der Fruchtsack durch das Drainrohr zuerst mit Carbol-, dann mit Sublimatlösung ausgespült. Patientin hat sich nach der Operation rasch erholt, zeigt nur leichte abendliche Temperatursteigerung bis etwa 38,5 und konnten heute (am 10. Tage nach der Operation) bereits die ersten gangränös abgestossenen Fetzen der Placenta mit einer Pincette entfernt werden. Der Vortragende glaubt daher die Prognose bezüglich des weiteren Verlaufes entschieden günstig stellen zu können.

Sitzung vom 5. December.

Herr Prof. Bollinger sprach: Ueber die Ursachen und Häufigkeit der Gallensteine in München.

Er basirte seine Angaben hauptsächlich auf eine unter seiner Leitung im hiesigen pathologischen Institute entstandene Dissertation von Dr. Rotter. Bollinger betont Eingangs, dass die ursprüngliche klinische Schätzung der Häufigkeit der Gallensteine nur einen sehr relativen Werth haben könne, dass dagegen eine auf genaue Sectionen *fussende* Statistik absolut richtige Zahlen liefern müsse. Eine solche Statistik liegt nun vor von Fiedler in Dresden, der auf ein Leichenmaterial von über 4000 Sectionen sich stützt; von Roth in Basel mit über 2000 Leichen. Dr. Rotter hat die genauen Sectionsprotokolle des hiesigen pathologischen Institutes von zwei Jahrgängen benutzt, so dass seine Statistik auch auf 1034 Fälle sich stützen kann.

Einen guten Ueberblick der Verhältnisse giebt folgende Vergleichstabelle:

		Häufigkeit der Gallensteine	Männer	Frauen
München	1034 Leichen	6,3 Proc.	3,9	9,9
Basel	2028 ,,	8,8 ,,	4,7	11,7
Dresden	4300 ,,	7 ,,	4	9,6

Lebensjahr	Häufigkeit der Gallensteine
1—30	3 Proc.
31—60	6,9 ,,
60 u. darüber	19,2 ,,

München und Basel zusammen 3060 Sectionen.

Lebensjahr	Männer	Frauen
1—30	1,9 Proc.	4,8 Proc.
31—60	3,9 ,,	9,2 ,,
61 u. darüber	13,2 ,,	25,2 ,,
	München.	
1—30	0,5 ,,	4,4 ,,
31—60	3,5 ,,	4,4 ,,
61 u. darüber	13,2 ,,	33,7 ,,

Die zweckmässigste Eintheilung der Gallensteine basirt auf ihrer chemischen Zusammensetzung. Man scheidet sie in cholestearinhaltige und cholestearinlose. Die zur ersten Gruppe gehörigen sind entweder reine Cholestearinsteine, bei denen das Cholestearin den Hauptbestandtheil bildet und die durch ihr glitzerndes Ansehen sich auszeichnen oder nur der Kern ist aus Cholestearin gebildet, während die Rindenschichten aus Pigment und Kalk bestehen. Diese zeichnen sich durch ihre schmutzig braune Farbe und Schichtung der Bruchfläche aus. — Die zur zweiten Gruppe gehörigen sind entweder reine Pigmentsteine, charakterisirt durch ihre maulbeerartige Form und ihre dunkle Farbe; sie treten theilweise auch in Form von Concrementen auf, oder sie bestehen hauptsächlich aus Kalksalzen, haben eine körnige Oberfläche und eine schmutzig graue Farbe.

Die Zahl der Gallensteine steht in umgekehrtem Verhältnisse zu ihrer Grösse.

Was nun die Aetiologie der Gallensteine betrifft, so betont Bollinger, dass für die Bildung derselben wohl ähnliche Verhältnisse obwalten müssen, wie für die Concrementbildung in anderen Organen auch. Es treten ja doch auch im Wurmfortsatze, in der Blase u. s. w. Concremente auf, die auf drei Hauptursachen sich zurückführen lassen.

1) Das Material muss schwer löslich sein (bei den Gallensteinen das Cholestearin und das Gallenpigment).

2) Diese Masse muss im Uebermaasse vorhanden sein. Ein sehr gutes Beispiel liefert in dieser Beziehung die Thierheilkunde. Die Müllerpferde beherbergen in ihrem Darme oft Steine bis zu Kindskopfgrösse und 6 — 8 Pfund Schwere, die hauptsächlich aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk bestehen und deren Bildung sicherlich durch die Nahrung bedingt ist, indem diese Pferde vorzüglich mit Kleie gefüttert werden.

3) Irgend eine organische Substanz muss den Kern für den Niederschlag abgeben. In gewissen Blasensteinen z. B. findet man Samenfädchen, in Kothsteinen ganz regelmässig unverdaute Pflanzenfasern, einzelne Haare u. s. w. Aehnliche Bedingungen, wie für die Concrementbildung im Allgemeinen, gelten nun auch für die Bildung der Gallensteine, für deren Zustandekommen man ganz allgemein die chemische Erklärung angenommen hat. Man stellt sich vor, dass durch abnorme Schleimbildung abnorme Zersetzungen vor sich gehen, so dass das kohlensaure Natron das kohlensaure Cholestearin nicht mehr in Lösung erhalten kann. Abgestossene Epithelien u. s. w. können den Fremdkörper darstellen, um welchen die Concrementbildung erfolgt. Dass diese Auffassung richtig ist, dafür liefert die Veterinärmedicin ein schlagendes Beispiel. Bei den Thieren ist die Gallensteinbildung unendlich selten. Bei Kühen z. B. kommt es nur unter einer Bedingung zur Bildung von Gallensteinen, die dann immer in den Gallengängen sitzen, wenn nämlich ein Parasit in der Leber gehaust hat: der Leberegel. Dieses isolirte Vorkommen bei einem Hausthiere, dürfte ein sicherer Beweis sein, dass eine Abnormität in der Schleimbildung eine gewichtige Rolle spielt.

Was die übrigen ätiologischen Factoren betrifft, so hat man schon lange eine Menge von Momenten beschuldigt. Da im höheren Lebensalter der Procentsatz um das Drei- bis Sechsfache steigt, schrieb man demselben eine gewisse Disposition zu, die aber sicherlich nicht auf dem höheren Alter als solchem, sondern nur auf der Ruhe, Fettleibigkeit, Schwerbeweglichkeit und anderen Dingen basirt, welche das Alter mit sich führt. Ganz in diesem Sinne ist auch die Prädisposition des weiblichen Geschlechtes aufzufassen. Nicht das Geschlecht als solches, sondern die vorherrschend sitzende Lebensweise bedingen die auffallende Präponderanz. Einen ganz gewichtigen Factor spielt übrigens beim weiblichen Geschlechte noch das Corsett und die dadurch bedingte Schnürleber. Es wurden im hiesigen pathologischen Institute bei genauer Würdigung der vorwürfigen Frage 40 Proc. weiblicher Leichen mit Schnürleber behaftet gefunden, so dass die Prädisposition des weiblichen Geschlechtes, diesen Factor abgerechnet, keine so augenfällige mehr ist. Ein illustrirendes Beispiel ist die Erfahrung namentlich der Badeärzte bei Cavallerieofficieren.

Dass sociale Verhältnisse sicherlich eine Rolle spielen, ist zweifellos. Die höheren Lebensstände, die Stadtbewohner produciren mehr Gallensteine als die ärmeren Klassen und die Landbewohner. In den Tropen sollen die Gallensteine seltener sein als bei uns, (in der Türkei sind sie jedoch häufig), während die geographische Lage im Allgemeinen und das oft beschuldigte Trinkwasser als ätiologische Momente unzuverlässiger Natur sind.

Was die Erblichkeit der Gallensteine anbelangt, so ist in der Literatur nur äusserst wenig darüber bekannt; nur in ganz vereinzelten Fällen scheint sie sichergestellt zu sein.

Einflüsse allgemein constitutioneller Natur sind nicht wohl zu beschuldigen. Wenn z. B. die Krebscachexie zur Gallensteinbildung disponiren soll, so dürfte dies doch nur auf dem Wege der Metastasenbildung in der Leber und durch Druck bedingter Stagnation der Galle seine Erklärung finden.

Dass Gallensteine öfter mit Gicht vorkommen sollen, ist unwahrscheinlich.

Doch dürfte der Einfluss der Diät: reichlicher Fleischkost mit grossen Fettmengen nicht zu leugnen sein und allzugrosse Zwischenräume zwischen den einzelnen Mahlzeiten, da nur während der Mahlzeit die Gallenblase sich entleert.

Mehr als alle angeführten Momente kommt aber sicherlich eine sitzende Lebensweise in Betracht. Unter dieses ätiologische Moment dürfte auch das Auftreten von Gallensteinen bei Patienten in der Reconvalescenz zu rechnen sein.

Bedenkt man, dass Gallensteine bei Thieren so gut wie garnicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorkommen, so müssen wohl gewisse, theilweise durch die Civilisation bedingte Abnormitäten in der Lebensweise des Menschen daran Schuld sein.

In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion betont Obermedicinalrath v. Ziemssen ein im höheren Lebensalter beim weiblichen Geschlechte oft vorkommendes Moment: die relative Insufficienz der Bauchpresse, die bei der geringen Musculatur der Gallenblase zu deren Entleerung (durch Anpressen der Gedärme an die Leber) unbedingt nothwendig sei.

X. Zur Sammelforschung über Krankheiten berichteten wir bereits in voriger Nummer über die beifällige Aufnahme, die das Unternehmen des Berliner Vereins für innere Medicin in den Niederlanden gefunden hat. Heute können wir mit Genugthuung einen weiteren Beitrag dafür beibringen, dass auch bei unseren französischen Collegen das von England und Deutschland gegebene Beispiel einen tiefen Eindruck gemacht hat. In der Sitzung der société médicale des hôpitaux vom 25. v. Mts. berichtet Herr Professor Vallin eingehend über die bisher auf dem Gebiete der Sammelforschung gethanen Schritte, erwähnt specieller das von dem Verein für innere Medicin hierin Geleistete, die von demselben aufgestellte Fragekarte und fordert die Gesellschaft auf, in gleicher Weise an die 20000 Aerzte Frankreichs eine ähnliche Fragekarte zu versenden, da es schwer sei zu glauben, dass ein auf so breiter Basis begonnenes Unternehmen **nicht** zu vorzüglichen, richtigen Ergebnissen führe. (Aus dem Bericht über die Sitzung der soc. méd. des hôp. vom 25. 1. 1864 in der Semaine médicale vom 31. Januar Nr. 5 Seite 41.) V.

XI. Journal-Revue.

Ohren-Heilkunde.

2.

Bezold, Ein Fall von Stichverletzung des Gehörorgans vor Gericht und nachträgliche Anklage des Verletzten wegen supponirter Simulation und Meineides. Berl. Kl. Wchsch. 83, 40.

Ein Bauer erhielt einen Messerstich in das linke Ohr, welcher sofort einen grossen Blutverlust durch Mund, Nase und Ohr zur Folge hatte und bei der Untersuchung eine Wundöffnung sehen liess, welche in einen, den Tragus und die vordere Gehörgangswand durchbohrenden, hinter dem Unterkiefergelenk bis in die Rachenhöhle sich erstreckenden Stichcanal führte. Nachdem Patient in der ersten Nacht noch beträchtliche Mengen verschluckten Blutes erbrochen hatte, heilte die Wunde rasch per primam; vorübergehend hatten sich noch Schmerzen beim Schlucken, geringe Anästhesie der oberen Gesichtshälfte und etwas Ohrensausen gezeigt. Nach $1\frac{1}{2}$ Monaten jedoch stellte sich Patient von neuem vor und wies nun neben **heftigem** Sausen eine so wesentliche Beeinträchtigung des Hörvermögens auf, dass der behandelnde Arzt dieselbe darauf bezog, dass durch jene Verletzung die Tuba Eustachii in Mitleidenschaft gezogen worden sei. Der Landgerichtsarzt jedoch in seinem Obergutachten erklärte die Aussagen des Patienten für unwahr, da der Stich „die schallempfindenden und schallleitenden Nervenapparate gar nicht berührt hat". Als nun der Verletzte wegen Simulation und Meineides von dem Staatsanwalt belangt werden sollte, wurde B. um ein Superarbitrium ersucht. Es stellte sich nun bei der Untersuchung des Verletzten wirklich eine bedeutende Schwerhörigkeit heraus; objectiv bot das Trommelfell das charakteristische Bild der Einziehung mit stark ausgeprägter „hinterer Falte", geringer Beweglichkeit bei der Untersuchung mit dem Siegle'schen Trichter, etc. Rhinoscopisch zeigte sich die Tubenmündung normal, aber weder beim Politzer'schen Verfahren, noch beim Katheterismus war es möglich Luft in die Paukenhöhle zu treiben. Eine ganz dünne Fischbeinsonde stiess, wenn man sie durch den stark gekrümmten in die Tubenmündung leicht einzuführenden Katheter vorschob, nach **14** mm auf einen unüberwindlichen Widerstand. B. nimmt daher an, dass durch den Stich eine Continuitätstrennung der Tube stattgefunden — wofür ja auch die abundante Blutung in den Rachen hinein spricht — und dass es durch die spätere Vernarbung zu völligem Tubenabschluss gekommen sei, welcher dann sehr wohl die geschilderten Symptome habe hervorrufen können. Auch anatomisch liess es sich mit Wahrscheinlichkeit voraussagen, „dass ein die Seitenfläche des Kopfes annähernd senkrecht treffender Stich in einem kleinen Bezirk vor dem äusseren Ohreingang, den Tragus miteinbegriffen, eine anatomisch vorgeschriebene Bahn findet, welche bei genügender Kraft des Stosses in die Tuba und den Carotiscanal des Felsenbeines führt."

Das Gutachten B.'s fiel daher natürlich völlig zu Gunsten des Angeklagten aus. Zucker.

XII. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Ueber Fortbildungscurse für Medicinalbeamte[1]).

Von

Sanitätsrath Dr. Lissner,

Kreisphysikus in Kosten.

In der gesammten Beamten-Hierarchie gilt der Grundsatz: je grösser die Verantwortlichkeit, desto höher die amtliche Stellung und auch die Besoldung eines Beamten. Die Kassenbeamten stehen deshalb unter den nichtstudirten Beamten in erster Reihe in Bezug auf Besoldung und ideelle Werthschätzung. Auf die ärztlichen Beamten hat dieser allgemeine Grundsatz jedoch keine Anwendung gefunden. Ihre Besoldung und amtliche Stellung sind in demselben kärglichen Zustande belassen worden, obgleich das Maass der Verantwortlichkeit, welches man gerade uns zugetheilt hat, ein stetig wachsendes geblieben ist. Wer diese bedeutende Verantwortlichkeit bezweifeln möchte, den verweisen wir zuerst auf die Stellung der Medicinalbeamten als Gerichtsärzte. Wenn schon bei dem früheren Strafverfahren die Thätigkeit derselben oft von ausschlaggebender Wichtigkeit war, so ist dies bei dem jetzigen, in welchem Oeffentlichkeit und Mündlichkeit eine grössere Rolle spielen, noch weit mehr der Fall. Die Sectionsverhandlungen, die motivirten Gutachten, insbesondere das Auftreten der Gerichtsärzte in den Hauptverhandlungen der Schwurgerichte und Strafkammern, die Art und Weise ihres Vortrags und das Ueberzeugende in ihren Auseinandersetzungen: alle diese Thätigkeiten und Eigenschaften der Gerichtsärzte sind oft von so maassgebender Wichtigkeit für die Strafrechtspflege, dass in vielen Fällen der Verlauf und Ausgang der wichtigsten Verhandlungen von dem Verhalten der Gerichtsärzte abhängt. Gerichtsärztliche Gutachten, mit Leichtsinn, Unkenntniss oder Mangel an Umsicht abgegeben, sollen zu nicht geringem Theile an der, leider wiederholt vorgekommenen Verurtheilung Unschuldiger die Schuld tragen. Solche Vorkommnisse sind in den letzten Jahren in nicht geringer Zahl mitgetheilt und von der politischen Presse mit leidenschaftlicher Schärfe besprochen, sogar von Vereinen als aufregende Agitationsmittel benutzt worden. Ich erinnere nur an den entsetzlichen Fall Harbaum, welcher in Eulenberg's Vierteljahrsschrift **1882**, Seite **193**, durch alle seine Stadien authentisch mitgetheilt ist. In diesem Falle war in der That das Gutachten der obducirenden Medicinalbeamten, deren erster sogar ein Medicinalrath war, hauptsächlich daran Schuld, dass ein Mann wegen vermeintlicher Schwefelsäure-Vergiftung seines einjährigen Kindes unschuldig verurtheilt wurde und eine 8jährige Zuchthausstrafe erlitt, bis die Wiederaufnahme des Verfahrens und ein neues gerichtsärztliches Gutachten die Unschuld des Mannes erwies und die endliche Entlassung des körperlich und geistig Gebrochenen herbeiführte.

Gegenüber solcher schweren Verantwortlichkeit in gerichtlich-medicinischen Dingen erscheint diejenige in Verwaltungsangelegenheiten allerdings geringfügig, ist es jedoch sicherlich nicht. Ich erwähne hier nur die unfreiwillige Pensionirung von Beamten, die Entscheidungen in Armen-Unterstützungssachen, die Feststellung ansteckender Krankheiten und die sich hieran schliessenden Vorbeugungs- und Bekämpfungsmaassregeln, welche für Private und Gemeinden überaus drückend werden können. Es ist sicherlich ebenso schwer wie verantwortlich, sofort bei der ersten und oft einzigen Untersuchung die Diagnose einer infectiösen Krankheit, und zwar oft in unliebsamem Widerstreit gegen den behandelnden Privatarzt, festzustellen.

Alle diese, den ärztlichen Beamten vom Staate gestellten Aufgaben fordern unabweislich, dass gerade diese Beamten auf der Höhe ihrer Wissenschaft stehen, und dass genaue Kenntniss der wissenschaftlichen Fortschritte bei ihnen verbunden sei mit eingehender Kunde der einschlägigen Gesetze, reifer Erfahrung und besonnener Erwägung der bestehenden concreten Verhältnisse. Der Staat hat demnach das allergrösste Interesse daran, dass die ärztlichen Beamten auf einer möglichst hohen Stufe der Ausbildung stehen und auf ihr erhalten bleiben.

Durch welche Mittel erstrebt nun der Staat diese bemerkenswerthe Vereinigung hervorragender Eigenschaften bei seinen Medicinalbeamten? Bei den Anzustellenden durch Erschwerung der Prüfungen und Steigerung der Anforderungen, bei den bereits Angestellten dagegen durch eine rigorose Controlle. Die Erschwerung der Prüfungen ist dem Staat durch den Andrang zum medicinischen Studium und die massenhaften Meldungen um jedes Physikat ermöglicht. Was die Controlle der Angestellten betrifft, so bezieht sich dieselbe in Folge der oben berührten Vorkommnisse hauptsächlich auf die gerichtsärztlichen Amtsgeschäfte. Die ältere Bestimmung, nach welcher die Gerichte vollständige Abschriften jedes Sectionsprotokolls sowie jeder Gemüthszustandsuntersuchung

[1]) Das Manuscript befindet sich schon seit etwa vier Monaten in unseren Händen. Der Abdruck verzögerte sich durch immer zunehmende Fülle des Stoffes. D. Red.

Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

der Regierung einzureichen haben, ist bekanntlich neuerdings wiederholt in Erinnerung gebracht worden. Jede dieser Verhandlungen gelangt also zur Revision an das Medicinalcollegium sowie an die Wissenschaftliche Deputation. Es ist sicher, dass kein einziger Beamter im Staate einer so strengen und durchgreifenden Controlle unterliegt, wie der mit 900 M. Jahresgehalt dotirte Kreisphysikus; wird doch jede einzelne seiner Amtshandlungen unter das kritische Messer zweier wissenschaftlicher Instanzen genommen! Wieviel ist über diese Controlle schon geschrieben und geklagt worden, und doch stehen wir noch auf dem alten Fleck, ohne Aussicht, diese in manchen Fällen geradezu verbitternde Kritik, diese manchmal in wenig liebenswürdige Form gekleideten Revisionsbemerkungen durch etwas Besseres, etwas Würdigeres ersetzt zu sehen! Wie anders bei den Juristen! Wird in Folge Berufung einer der Parteien ein Urtheilsspruch eines Richters von der höhern Instanz umgestossen, so geschieht dies durchweg in Formen und Ausdrücken, welche nichts Tadelndes, nichts Verletzendes haben; es wird von einem „Rechtsirrthum", einer „nicht zutreffenden Schlussfolgerung" gesprochen. Eine derartige Rücksichtnahme ist in den Revisionsbemerkungen und Superarbitrien unserer ärztlichen Autoritäten nicht gerade häufig. Als ein, ganz ungesucht sich uns darbietendes Beispiel führe ich das im Octoberheft des Jahrganges 1883 in Eulenberg's Vierteljahrsschrift Seite 197 abgedruckte Obergutachten an. Hier heisst es wörtlich: „Die betreffende Stelle des Obductionsprotokolls ist freilich schlecht verfasst, denn man erfährt aus ihr nicht u. s. w." Und dieses Obergutachten ist nicht nur zur Mittheilung an die betreffenden Gerichte und Staatsanwaltschaften, sondern sogar zur Drucklegung in einer weit verbreiteten Zeitschrift bestimmt! Wie soll der ärztliche Stand in der Welt geachtet werden, wenn die höher gestellten Aerzte ihre weniger glücklichen, weniger gelehrten, weniger begabten Collegen (aber immerhin doch Collegen!) in so wenig rücksichtsvoller Weise blossstellen! Die oberen ärztlichen Instanzen vergessen bei ihrer Kritik nur zu leicht, unter welchen Schwierigkeiten die Gerichtsärzte in den Provinzen die gedachten Amtsgeschäfte meist verrichten müssen: 2—3 Stunden dauernde Sectionen in engen, niedrigen, von allerlei Ungeziefer belebten Hütten, in unheizbaren Räumen oder bei rauchendem Ofen oder Kamin, die Leiche nothdürftig auf einige Bretter oder eine alte Thür gelegt, der Protokollführer des „gar zu üblen Geruchs" wegen im Hausflur placirt, wohin die Stimme des dictirenden Gerichtsarztes kaum zu dringen vermag, der Richter sich bei dem unangenehmen Geschäfte in thunlichster Entfernung haltend, dagegen ein Kranz von müssigen Zuschauern in störender und trotz ernsten Verbots immer wieder beginnender Unterhaltung! Welcher Gegensatz gegen die Marmortische und die mit allen erdenklichen Einrichtungen vortrefflich ausgestatteten Sectionslocale, in welchen die meisten unserer Kritiker ihre etwaigen Leichenöffnungen ausführen! Dass ich nicht zu schwarz färbe, geht auch aus der drastischen Schilderung des Collegen Kley hervor, welcher sogar einen transportablen Obductionstisch construirt und in Eulenberg's Vierteljahrsschrift 1883 October, S. 282 die Zeichnung veröffentlicht hat, weil auch er die Erfahrung hat machen müssen, mit welchen Schwierigkeiten die Gerichtsärzte auf dem platten Lande zu kämpfen haben. Und die Arbeiten, welche unter so schwierigen, oft geradezu deprimirenden Umständen entstehen, werden einer eindringenden und bis auf einzelne Redewendungen sich erstreckenden Kritik unterworfen, als ob sie im behaglichen Studirzimmer, unter Benutzung von literarischen Hülfsmitteln, kurz, als ob sie „am grünen Tische" verfasst worden wären. Empfiehlt doch die Ministerialverfügung vom 15. Februar 1877 (Eulenberg, Vierteljahrschr. 1877, Bd. 26, Seite 408) den Medicinalcollegien, dass die Kritik der Obductionsverhandlungen „ohne Pedanterie" geübt werde!

Man entschuldige diese vielleicht schon allzu weite Auslassung über die gerichtsärztlichen Revisionen, welche durch unliebsame persönliche Erfahrungen veranlasst scheinen könnte. Ich glaube jedoch, dass auch die Mehrzahl der uns controllirenden Herren an dieser ihrer Thätigkeit keine rechte Freude hat. Diese Controlle ist aber auch schwerlich im Stande, die geschilderten Unglücksfälle, welche den Gerichtsärzten mit Recht oder Unrecht zur Last gelegt werden, rechtzeitig zu verhüten. Endlich ist es zweifellos, dass diese Controlle aus mehrfachen, hier nicht weiter zu erörternden Gründen für die Fortbildung der ärztlichen Beamten vollständig unfruchtbar ist. Sie würde aber fast ganz entbehrlich werden, wenn der Staat Vorkehrungen träfe, dass die Medicinalbeamten, und zwar insbesondere die seit längerer Zeit im Amte befindlichen, auf der Höhe der Wissenschaft sich erhalten können. Es müsste der Staat der Bevölkerung eine verstärkte Garantie dafür geben, dass die in das Schicksal Einzelner und oft sogar grösserer Verbände so einflussreich eingreifenden Amtsgeschäfte der Medicinalbeamten mit vollständiger Sachkenntniss verrichtet werden. Das beste Mittel zu diesem Zwecke sind staatliche Fortbildungskurse für die ärztlichen Beamten. Weder bei den Richtern, noch den Verwaltungsbeamten ist es von so einschneidender Wichtigkeit, wie grade bei den Medicinalbeamten, dass die Ergebnisse und die Erfahrungen der fortschreitenden Wissenschaft von den Beamten stets aufgenommen und im gegebenen Falle auch practisch im Amte verwerthet werden. Man stelle einen Arzt, welcher durch 10 Jahre der Literatur und den Forschungsresultaten seines Faches nicht gefolgt ist, vor einen Areopag von Fachgenossen und höre das Urtheil derselben über seine Brauchbarkeit im privaten und amtlichen Leben. Wer in solchem Zeitraum wissenschaftlich nicht vorwärts geht, der geht rückwärts und hat sich nach wenigen Jahren vollständig überlebt. Der Staat, welcher keine Uebungskurse für seine Auditeure, wohl aber für die Militärärzte eingerichtet hat, hat dadurch schon anerkannt, dass die Aerzte sich gegenüber den anderen gelehrten Berufsarten in einer Ausnahmslage befinden. Diese beruht darauf, dass die Ergebnisse der naturwissenschaftlichen Forschung sich nicht, wie etwa neue gesetzliche Bestimmungen, aus Büchern erlernen lassen, sondern dass für den Naturforscher, also auch für den Arzt, die sinnliche Anschauung und die Belehrung durch Demonstration durchaus nothwendig sind.

(Schluss folgt.)

2. Fünfter Bericht des Leiters der Deutschen wissenschaftlichen Commission zur Erforschung der Cholera, Geheimen Regierungsraths Dr. Koch.

Calcutta, den 7. Januar 1884.

Ew. Excellenz beehre ich mich im Verfolg meines vom 16. December v. J. über die Thätigkeit der Choleracommission in Calcutta ganz gehorsamst ferneren Bericht zu erstatten.

Die Commission hatte sich der regen Theilnahme und besten Unterstützung seitens der hiesigen Behörden und Hospitalvorstände zu erfreuen. Fast sämmtliche in den Hospitälern der Stadt zur Section kommenden Choleraleichen konnten für die Untersuchung verwerthet werden. Bis jetzt ist von insgesammt 9 Sectionen und ausserdem von 8 Cholerakranken Material gesammelt. Die einzelnen Fälle folgten in ziemlich gleichmässigen Zeiträumen, so dass gerade hinreichend Zeit blieb, um die Untersuchung derselben nach allen Richtungen hin durchführen zu können. Mehrere Fälle, welche nach sehr kurzem Verlauf und ohne jede Complication mit anderen Krankheitszuständen tödtlich geendet hatten, lieferten, da sie überdies sehr bald nach dem Tode secirt werden konnten, ausgezeichnete Untersuchungsobjecte. Diesen günstigen Verhältnissen ist es zu verdanken, dass die Commission bereits wesentliche Fortschritte in der Lösung der ihr gestellten Aufgabe machen konnte.

Zunächst bestätigte die mikroskopische Untersuchung auch in allen diesen Fällen das Vorhandensein derselben Bacillen im Choleradarm, wie sie in Egypten gefunden waren. In meinem gehorsamsten Bericht vom 17. September v. J. musste ich es indessen noch unentschieden lassen, ob diese Bacillen nicht wie so viele andere Bakterien zu den regelmässigen Parasiten des menschlichen Darms gehören und nur unter dem Einflusse des Krankheitsprocesses der Cholera in die Schleimhaut des Darmes einzudringen vermögen. Es fehlte damals noch an Merkmalen, um diese Bacillen von sehr ähnlich geformten anderen Darmbacillen unterscheiden zu können. Dieser Mangel ist nun aber glücklicherweise beseitigt. Denn mit Hilfe der im Gesundheitsamt ausgebildeten Methoden, welche sich auch bei dieser Gelegenheit vorzüglich bewährt haben, gelang es, aus dem Darminhalt der reinsten Cholerafälle die Bacillen zu isoliren und in Reinculturen zu züchten. Die genaue Beobachtung der Bacillen in ihren Reinculturen führte dann zur Auffindung von einigen sehr charakteristischen Eigenschaften bezüglich ihrer Form und ihres Wachsthums in Nährgelatine, wodurch sie mit Sicherheit von anderen Bacillen zu unterscheiden sind. Damit waren nun aber die Mittel an die Hand gegeben, um die Frage definitiv zu entscheiden, ob diese Bacillen zu den gewöhnlichen Bewohnern des Darms gehören, oder ob sie ausschliesslich im Darm der Cholerakranken vorkommen.

Zuerst wurden mit Hilfe der Gelatineculturen ebenfalls die Bacillen in den Dejectionen der Cholerakranken und im Darminhalt der Choleraleichen nachgewiesen und zwar gelang dies in sämmtlichen hier untersuchten Fällen. Dann aber wurde der Darminhalt anderer Leichen in gleicher Weise untersucht, und es stellte sich heraus, dass die Bacillen des Choleradarmes stets fehlten. Bis jetzt sind 8 Leichen von an Pneumonie, Dysenterie, Phthisis, Nierenleiden Verstorbenen untersucht. Ferner wurde der Darminhalt von verschiedenen Thieren, sowie andere bakterienreiche Substanzen darauf geprüft, aber bislang nirgendswo den Cholerabacillen gleichende Bakterien angetroffen. Wenn sich dieser Befund auch im weiteren Verlaufe als ein ganz constanter herausstellen sollte, dann wäre damit ein sehr wichtiges Resultat gewonnen. Denn wenn diese mit specifischen Eigenschaften begabten Bacillen ganz ausschliesslich dem Choleraprocess angehören, dann würde der ursprüngliche Zusammenhang zwischen dem Auftreten dieser Bakterien und dem Choleraprocess kaum noch einem Zweifel unterliegen können, selbst wenn die Reproduction der Krankheit an Thieren nicht gelingen sollte. Aber auch in dieser letzteren Beziehung scheinen sich die Verhältnisse günstig zu gestalten, da in letzter Zeit einige der mit Thieren angestellten Experimente Resultate gegeben haben, welche weitere Erfolge hoffen lassen.

Neben diesen Arbeiten hat sich die Commission noch damit beschäftigt, sich über das höchst interessante und wichtige Verhalten der Cholera in der Stadt Calcutta möglichst zu informiren. In Städten ausserhalb Indiens, welche nur in längeren Zeiträumen der Cholera-Infection ausgesetzt sind, kann der Einfluss, welchen sanitäre Verbesserungen, z. B. Zufuhr von gutem Trinkwasser, Bodendrainage und dergleichen, auf die Cholera ausüben, nicht mit Sicherheit bestimmt werden, da das einmalige oder selbst wiederholte Verschontbleiben eines solchen Ortes immer noch durch Zufälligkeiten bedingt sein kann. Dagegen muss in Städten, welche wie Calcutta alljährlich eine

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beträchtliche Choleramortalität haben, jede Massregel, welche der Cholera erfolgreich entgegenwirkt, eine mehr oder weniger bemerkbare und andauernde Herabsetzung der Mortalitätsziffer zur Folge haben. Nun hat aber in Calcutta in der That seit dem Jahre 1870 die Cholera plötzlich in ganz auffallender Weise abgenommen. Vor 1870 war die alljährliche Cholerasterblichkeit in Calcutta durchschnittlich 10,1 auf 1000 Einwohner. Seit 1870 ist sie auf 3, also um mehr als das Dreifache herabgegangen. Es ist dies eine Thatsache, welche die höchste Beachtung verdient und zu Fingerzeigen für die erfolgreiche Bekämpfung der Krankheit führen muss. Nach dem fast einstimmigen Urtheil der hiesigen Aerzte ist die Abnahme der Cholera allein der Einführung einer Trinkwasserleitung zuzuschreiben. Es wird eine wichtige Aufgabe der Commission sein, hierüber durch eigene Anschauung und eigenes Studium ein selbstständiges Urtheil zu gewinnen. Zu diesem Zwecke hat die Commission sowohl die Wasserwerke als auch die Canalisationseinrichtungen von Calcutta besichtigt. Auch sind eine Anzahl Proben des Flusswassers vor und nach der Filtration in den Wasserwerken von Pultah untersucht und das der Stadt zugeführte Trinkwasser als von vorzüglicher Beschaffenheit gefunden.

Aus medicinischen Zeitschriften habe ich ersehen, dass die zur Erforschung der Cholera nach Egypten gesandte Französische Commission in dem von ihr erstatteten Berichte angiebt, zu anderen Resultaten, als den von mir gehorsamst gemeldeten gelangt zu sein und im Blute Organismen gefunden zu haben, welche der Cholera eigenthümlich sein sollen. Es könnte hiernach scheinen, dass die Deutsche Commission sich in ihren Forschungen auf einem falschen Wege befindet, und ich halte es deswegen für geboten, Ew. Excellenz ganz gehorsamst meine Ansicht über jene Angaben darzulegen.

Es kommen im Blute des gesunden Menschen neben rothen und weissen Blutkörperchen kleine rundliche blasse Formelemente, die sogenannten Blutplättchen, in wechselnder Zahl vor. In manchen fieberhaften Krankheiten, z. B. Flecktyphus, Pneumonie sind diese Gebilde sehr vermehrt und sie sind wegen ihrer Aehnlichkeit mit Mikroorganismen schon mehrfach für Bakterien gehalten. Auch im Blute der Cholerakranken und Choleraleichen sind sie fast regelmässig vermehrt, wie wir in den von uns untersuchten Cholerafällen ebenfalls constatiren konnten. Diese Thatsache ist übrigens nicht neu, sondern bereits von früheren Forschern erwähnt. Beispielsweise ist von D. D. Cunningham in seiner Schrift: „Microscopical and physiological researches into the nature of the agent producing cholera" schon im Jahre 1872 eine recht gute Abbildung dieser Formelemente des Cholerablutes gegeben. Da nun selbst die bewährtesten Untersuchungsmethoden im Choleráblute keine anderen Gebilde erkennen lassen, welche bakterienähnlich sind, und da die von der Französischen Commission gegebene Beschreibung auf die erwähnten Blutplättchen in jeder Beziehung passt, so kann ich nicht anders annehmen, als dass die Französische Commission in demselben Irrthum wie vor ihr andere Forscher gefallen ist und die Blutplättchen für specifische Organismen gehalten hat. Irgend einen ätiologischen Zusammenhang mit der Cholera können diese Blutplättchen schon aus dem Grunde nicht haben, weil sie, wie bereits erwähnt ist, auch im Blute gesunder und solcher Menschen vorkommen, welche an anderen Krankheiten leiden.

Dr. Koch, Geheimer Regierungs-Rath.

An den Staatssecretär des Innern Herrn Staats-Minister von Boetticher Excellenz.

3. Epidemiologie.

Febris recurrens. Am 6. d. M. ist in dem städtischen Krankenhause zu Magdeburg ein Fall von Recurrens durch Nachweis von Spirillen constatirt worden. Der betreffende Patient giebt an, seit etwa 10 Wochen auf der Wanderschaft zu sein und aus der Gegend von Brandenburg hierher gekommen zu sein. Erkrankt ist er angeblich am 20. v. M., aufgenommen wurde er am 25. d. M.; die Spirillen wurden am 2. Tage des 2. Anfalls heute nachgewiesen.

XIII. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Greifswald. Privat-Doc. Dr. A. Budge wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt.

— Der (III.) Congress für innere Medicin wird in diesem Jahre in Berlin und zwar vom 21.—24. April abgehalten werden unter dem Vorsitze des Wirklich. Geheimen Obermedicinalraths Herrn Th. Frerichs.

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage: „Ueber die genuine Pneumonie" (Aetiologie, Pathologie, Klinik, Therapie). Referent: Herr Jürgensen (Tübingen); Correferent: Herr Alb. Fränkel (Berlin).

Am zweiten Sitzungstage: „Ueber Poliomyelitis und Neuritis". Referent: Herr Leyden (Berlin); Correferent: Herr Schultze (Heidelberg).

Am dritten Sitzungstage: „Ueber nervöse Dyspepsie". Referent: Herr Leube (Erlangen); Correferent: Herr Ewald (Berlin).

Ausserdem sind folgende Vorträge angemeldet:

Herr Hermann Weber (London): Ueber Schulhygiene in England, besonders mit Rücksicht auf ansteckende Krankheiten. Herr Rosenthal (Erlangen): Ueber Reflexe. Herr Goltz (Strassburg): Ueber die Localisationen der Functionen des Grosshirnes. Herr Pfeiffer (Weimar): Ueber Vaccination. Herr Seegen (Carlsbad): Ueber Diabetes. Herr Rossbach (Jena): Bericht über die Commission zur Behandlung der Infectionskrankheiten. Derselbe: Ueber eine neue Heilwirkung des Naphthalin.

Das Geschäftscomité des Congresses für innere Medicin.

Gerhardt. Leyden. Liebermeister. Märklin. Pfeiffer.

— Dreizehnter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Der dreizehnte Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 16.—19. April d. J. in Berlin statt.

Zur Begrüssung versammeln die Mitglieder sich am 15. April Abends von 8 Uhr ab im Hôtel du Nord (Unter den Linden 35).

Die wissenschaftlichen Sitzungen werden am 16. April, Mittags von 12½—4 Uhr, an den anderen Tagen von 2—4 Uhr in der Aula der Königlichen Universität, die für Demonstrationen von Präparaten und Krankenvorstellung bestimmten Morgensitzungen von 10—1 Uhr im Königl. Universitäts-Klinikum und in der Königl. Charité abgehalten.

In den Morgensitzungen vorzustellende, von auswärts kommende Kranke können im Königl. Klinikum (Berlin, N., Ziegelstrasse No. 5—9) Aufnahme finden, Präparate, Bandagen, Instrumente u. s. w. ebendahin gesandt werden.

Eine Ausschuss-Sitzung zur Aufnahme neuer Mitglieder findet am 15. April, Abends 9 Uhr, im Hôtel du Nord statt.

Am letzten Sitzungstage des vorjährigen Congresses wurde der Beschluss gefasst (s. Protokolle S. 106), dass die Themata der zur Discussion sich eignenden Vorträge und Mittheilungen bis Ende Januar d. J. an den Vorsitzenden eingesandt und mit diesem Einladungsschreiben allen Mitgliedern kundgegeben werden sollten.

Bis jetzt haben nur nachstehende Mitglieder Vorträge angekündigt:

1. Hr. Dr. Zesas (Zürich): a) Ueber den physiologischen Zusammenhang zwischen Milz und Schilddrüse; b) Ueber die Behandlung der Paraplegie bei Spondylitis. 2. Hr. Dr. Cramer (Wiesbaden): Ueber Fermentintoxication, veranlasst durch eine Blutcyste. 3. Hr. Dr. Zabludowsky (Berlin): Ueber Massage.

Sollten weitere Ankündigungen von Vorträgen, Mittheilungen und Demonstrationen bis zum 28. Februar mir zugehen, so werde ich dieselben in einem besonderen Schreiben zur Kenntniss der Mitglieder bringen.

Das gemeinschaftliche Mittagsmahl findet am 17. April um 5 Uhr Abends im Hôtel du Nord statt. Für die Theilnehmer wird ein Bogen zur Einzeichnung der Namen am 15. April Abends im Hôtel du Nord und am 16. April Mittags in der Sitzung ausliegen.

Den Congress betreffende Schreiben bitte ich bis zum 15. März nach Wiesbaden, von da ab nach Berlin, W., Hôtel du Nord, an mich richten zu wollen.

Wiesbaden, 3. Februar 1884.

B. v. Langenbeck, d. Z. Vorsitzender.

— Der III. internationale otologische Congress wird in Basel vom 1. bis 4. September 1884 stattfinden. Das Organisations-Comité: Alb. Burckhardt-Merian in Basel, Präsident, C. J. Blake in Boston, W. B. Dalby in London, A. Hartmann in Berlin, B. Löwenberg in Paris, E. Ménière in Paris, A. Politzer in Wien, Urban Pritchard in London, St. J. Roosa in New-York, G. Sapolini in Mailand bittet, etwäige zur Verhandlung zu stellende Themata oder sonstige den Congress betreffende Mittheilungen zu adressiren an: Prof. Burckhardt-Merian in Basel.

Mitte Juni 1884 soll dann das Special-Programm des Congresses mit Angabe der angemeldeten Vorträge und Mittheilungen an alle diejenigen Herren Collegen versandt werden, von deren beabsichtigtem Erscheinen am Congresse wir Kenntniss erhalten haben.

XIV. Personalien.

I. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem practischen Arzt Dr. Johann Friedrich Ringel in Barmen den Charakter als Sanitätsrath, dem Geheimen Medicinalrath Dr. Wendt zu Breslau den Roth. Adl.-Orden dritter Klasse, und dem practischen Arzt Sanitätsrath Dr. Eduard Mayer zu Halle a. S. den Roth. Adler-Orden vierter Klasse zu verleihen, sowie dem Stabsarzt Dr. Loeffler im 1. Badischen Leib-Grenadier-Regiment No. 109 die Erlaubniss zur Anlegung des ihm verliehenen Officierkreuzes des Ordens der Königlich rumänischen Krone zu ertheilen.

Ernennung: Der seitherige commissarische Verwalter der Kreiswundarztstelle des Kreises Büren pract. Arzt Dr. Spancken zu Büren ist definitiv zum Kreiswundarzt dieses Kreises ernannt worden.

Niederlassungen: Der Arzt Dr. Schlesinger in Oppeln und der Zahnarzt Schlott in Berlin.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. Siegm. Marcuse von Reimannsfelde nach Berlin, Dr. Jul. Brann von Berlin nach ausserhalb, Dr. Groddeck früher Badearzt in Koesen nach Berlin, Dr. Wiede von Letschin nach Neu-Trebbin, Dr. Dettmar von Fedderwarden (Oldenburg) nach Sellnow, Ass.-Arzt Dr. Grünbaum von Stralsund nach Frankfurt a. O., Neumann von Breslau nach Gross-Strehlitz, Dr. Krellwitz von Hamburg nach Hitzacker, Dr. Mendel von Dannenberg und Dr. Buttermann von Fallingbostel unbekannt wohin, Dr. Ludw. Schulte von Kirchen nach Siegen, Dr. Keller von Veringenstadt nach Dietenheim (Würtemberg), Dr. Kahle von Palmnicken nach Danzig und Dr. von Ingersleben von Coeslin nach Stadtgebiet

Verstorben: Die Aerzte Dr. Herm. Jac. Sachs in Berlin und Dr. Frenzel in Kostenthal, sowie der Gen.-Arzt a. D. Dr. Hasse zu Koenigsberg i. Pr.

Apotheken-Angelegenheiten: Verkauft sind die Apotheken: von Stechern in Praust an den Apotheker Iltz, von Hoefer in Pless an den Apotheker Herrmann, von Hoeber in Drebkau an den Apotheker Soellig, von Roeder in Schwiebus an den Apotheker Ullrich, von Rottmann in Celle an den Apotheker Mitzlaff, von Christenn in Burladingen an den Apotheker Valet. Der Apotheker Antoniewicz hat an Stelle des Apothekers Simon die Verwaltung der Filialapotheke in Gogolin übernommen.

Vacante Stellen: Kreis-Wundarztstelle des Kreises Rybnik.

Württemberg (Med. Corresp.-Bl. 1883, No. 40)

Im September 1883 hat sich Dr. Adolf Zwissler als practischer Arzt in Geislingen niedergelassen.

Ende September verlegte Dr. Schneider seinen Wohnsitz von Teinach, wo er seit 18. Juni practicirte, nach Baden-Baden.

Am 5. November starb in Calw Dr. Feil, geboren den 7. März 1806, seit 1831 practicirend.

Für Dr. Essig, der am 3. October das Oberamtsphysikat Neresheim übernahm, liess sich in Liebenzell nieder Dr. Eugen Kommerell.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 8.** 21. Februar 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

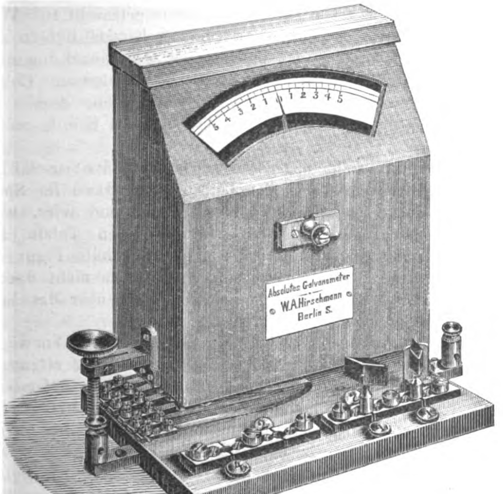
Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Ueber ein neues absolutes Galvanometer und einige damit angestellte Versuche.

Von
A. Eulenburg (Berlin).

Ueber die Nothwendigkeit und Unentbehrlichkeit eines nach Einheiten abgetheilten absoluten Galvanometers als Messinstrument für die elektrodiagnostische und therapeutische Praxis kann wohl heuzutage kein Zweifel bestehen. Es kann sich also nur um die relative Brauchbarkeit der für diesen Zweck neuerdings aufgetauchten Instrumente, resp. um die allmähliche Vervollkommnung derselben für den practischen Gebrauch handeln. In dieser Beziehung scheint mir nun das neue, von Herrn W. A. Hirschmann in Berlin nach mehrjährigen Versuchen kürzlich in die Oeffentlichkeit gebrachte absolute Galvanometer einen wesentlichen Fortschritt zu bezeichnen. Da ich selbst mich in der Lage befand, bereits seit sechs Monaten fast continuirlich mit diesem Apparate zu arbeiten, ja denselben theilweise schon bei Gelegenheit meiner vorjährigen Untersuchungen über hydroelektrische Bäder zu verwerthen, so kann ich, auf längere Erfahrungen gestützt, das Hirschmann'sche Galvanometer als ausserordentlich zweckentsprechend empfehlen, zumal es äusserst solid gearbeitet ist und bei Aufstellung und Gebrauch die denkbar einfachste und bequemste Handhabung gestattet. Es ist, gleich den Edelmann'schen Taschen-Galvanometern (von denen es aber in seiner gesammten Construction vollständig abweicht) für Stromintensitäten bis zu 0,02 A. (= 2 M. A.) geaicht, gestattet aber andererseits eine Differenzi*rung noch* bis zu 0,0001 ($= \frac{1}{10}$ M. A.) herunter, so dass also dem elektrotherapeutischen Bedürfnisse in mehr als ausreichender Weise genügt ist.



Das Galvanometer ist in einem 18 cm. hohen, 14 cm. breiten Holzgehäuse befestigt, an dessen Vorderseite die in 10 Theilstriche (Grade) jederseits getheilte und mit vertical schwingender Nadel versehene Scala angebracht ist. Statt der gewöhnlichen einfachen Magnetnadel enthält das Instrument ein astatisches Nadelpaar, d. h. zwei mit den ungleichnamigen Polen sich entgegenstehende Magnete, welche auf gleicher Axe schwingen, und zwar die eine (vordere) an der Scala selbst, die andere, von zwei Drahtspiralen und einem Kupferkasten als Dämpfer umgeben, im Inneren eines Holzkastens. Um eine stets genau horizontale Aufstellung zu ermöglichen, liegt das Instrument auf der einen (vom Beschauer aus rechten) Seite in fester Axe; auf der anderen (linken) befindet sich eine regulirende Stellschraube, welche dazu dient, um bei nicht horizontaler Lage des Galvanometers die Nadel stets wieder vertical auf den Nullpunkt der Scala einstellen zu können. — Die Anwendung eines Richtmagneten, wodurch eine so grosse Schwerfälligkeit des Instrumentes und Ungleichheit der Nadelausschläge bei den gebräuchlichen Vertical-Galvanoskopen bewirkt wird, fällt natürlich hier gänzlich fort. Die Zahl der eintretenden Oscillationen des Nadelpaares wird durch die angebrachte, übrigens vielleicht noch weiterer Verbesserung fähige Kupferdämpfung auf weniger als die Hälfte vermindert.

Durch eine sinnreiche Combination von Widerständen, unter Anbringung von Nebenschliessungen, ist dem Instrument eine abstufbare Empfindlichkeit für die Benutzung bei schwachen, mittelstarken und sehr starken Strömen verliehen. Dies geschieht durch variable Stöpselung, entweder nach der Anordnung **1.1** (beide Stöpsel in den Oeffnungen rechterseits steckend), wie die Fig. zeigt, oder **2.2** (beide Stöpsel in den mittleren Oeffnungen rechts und links), oder endlich **4** (ein Stöpsel herausgezogen, der andere an der äusseren linken Oeffnung an der Basis des Instrumentes). Im ersteren Falle indicirt die gesammte Scala jederseits 5 M. A., jeder ihrer **10** Theilstriche sonach $^1/_2$ M. A. oder 0,0005 A. Da die Entfernung eines Scalentheiles von dem folgenden 2,75° eines 16 cm. im Durchmesser haltenden Kreises (oder ca. 4 mm) beträgt, so ist dieselbe gross genug, um bei der in Rede stehenden Stöpselung noch Stromstärken bis zu $^1/_{10}$ M. A. herunter — d. h. den fünften Theil des Zwischenraumes je zweier Theilstriche — deutlich zu differenziren. — Bei der Stöpselung **2.2** indicirt die gesammte Scala 10 M. A., jeder Theilstrich derselben **1** M. A.; die an der Scala angebrachten Werthbezeichnungen sind demnach zu verdoppeln. Bei der Stöpselung **4** werden im Ganzen 20 M. A. indicirt, jeder Theilstrich entspricht 2 M. A., die Angaben der Scala sind also zu vervierfachen. — Diese variable Empfindlichkeit des Instruments wird dadurch erreicht, dass bei der Stöpselung **2.2** eine Nebenschliessung hinzutritt von gleichem Widerstand wie der des Galvanometers, so dass nur die Hälfte des Gesammtstroms durch letzteres hindurchgeht. Bei der Stöpselung **4** tritt eine Nebenschliessung ein von $^1/_3$ des Galvanometer-Widerstandes, so dass nur ein Viertel des Gesammtstroms durch das Galvanometer, drei Viertel dagegen durch die Nebenschliessung circuliren. Der Gesammtwiderstand des Galvanometers bleibt dabei in jedem Falle unverändert (= **500** Siemens'sche oder **471** Ohm'sche Einheiten); dies wird durch eine sinnreiche Vorrichtung erzielt, indem bei der Stöpselung **2.2** zu dem Widerstand der Multiplicatorwindungen noch ein solcher von **250** und bei der Stöpselung **4** überdies noch ein solcher von **125** Einheiten hinzutritt. Es erfolgt daher auch bei Benutzung des Galvanometers mit verschiedenartiger Empfindlichkeit keine Veränderung der Stromstärke; und auch eine Stromunterbrechung findet beim Uebergang von grösserer zu geringerer Empfindlichkeit (oder umgekehrt) nicht statt. Die Zuleitung des Batteriestromes wird durch zwei Klemmen zu beiden Seiten des Instrumentes vermittelt. —

Sehr einfach und zweckmässig kann das H.'sche Galvanometer Benutzung finden, um die elektromotorische Kraft der Batterie, resp. einzelner Elemente derselben zu bestimmen, falls ein nach Einheiten graduirter Rheostat zu Gebote steht, oder ferner, um, wenn die elektromotorische Kraft und die inneren Widerstände der Batterie bekannt sind, den äusseren Widerstand (des eingeschalteten menschlichen Körpers) bei gewissen Stromapplicationen annäherungsweise zu messen. Für Bestimmung der elektromotorischen Kraft (E) hat man nur mit Hülfe des Rheostaten einen berechenbaren Gesammtwiderstand (Galvanometer + Widerstand der Elemente + Rheostat) einzuschalten und die Stromstärke in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

M. A. am Galvanometer abzulesen. Ist dann z. B. mit 2 Elementen $\frac{E}{1000} = \frac{1}{1000}$ A. (1 M. A.), so ist E = 1, also die elektromotorische Kraft von 2 Elementen = 1 (Volt. = 0,89 Dan.). Handelt es sich um Bestimmung des äusseren Widerstandes (W. a.) bei percutaner Galvanisation mit den obigen 2 Elementen, deren elektromotorische Kraft = 1, und bei einem inneren Widerstand (Galvanometer und Widerstand der 2 Elemente) von zusammen 510 (Siem.; 1 Ohm = 1,06 Siem.), so ist wiederum nur die Stromstärke am Galvanometer abzulesen; falls diese nun = $\frac{1}{10}$ M. A. ($\frac{1}{10000}$ A.), so ist

$$\frac{1}{510 + \text{W. a.}} = \frac{1}{10000} \text{ A.}$$

demnach W. a. = 9490 oder rund 9500 (annähernd).

Ich habe dieses Galvanometer u. A. benutzt, um genauere Versuche über das galvanische Zuckungsminimum anzustellen, als es früher möglich war, d. h. über diejenigen Stromintensitäten, welche bei percutaner Galvanisation am Gesunden eben hinreichen, um vom Nerven oder Muskel aus minimale KSZ hervorzurufen — sowie auch über diejenigen Stromintensitäten, welche demnächst zur Auslösung minimaler Zuckungen auf andere Reizmomente (ASZ, AOZ und eventuell KOZ) erforderlich werden. An zahlreichen gesunden oder relativ gesunden Individuen habe ich die verschiedenen grösseren Nervenstämme, motorischen Nervenzweige und Muskeln des Körpers in dieser Richtung untersucht. Es lag in dieser Beziehung auffallend wenig Material vor, woran wohl die bis vor Kurzem allgemein fühlbare Unsicherheit der Messungsmethode und die Unmöglichkeit, wirklich allgemein controlirbare und vergleichbare Resultate zu erlangen, wesentlich schuld war. Ich kann auf die noch nicht abgeschlossenen Ergebnisse meiner Untersuchungen, welche die Aufstellung einer Scala für alle percutan erreichbaren Nerven und Muskeln bezwecken, hier nicht näher eingehen; nur wenige Bemerkungen möchte ich mir vorläufig gestatten. Es sind über das „Zuckungsgesetz" bei normalen Individuen vor einiger Zeit von N. Weiss[1]) Angaben mitgetheilt worden, die auf Prüfung an verschiedenen Nervenstämmen (Facialis, Radialis, Ulnaris, Medianus, Accessorius, Peroneus) beruhen. Diese Untersuchungen wurden mit einem Gaiffe'schen, empirisch nach Millimeter graduirten Galvanometer vorgenommen. Die hiermit von Weiss erhaltenen und mitgetheilten Werthe sind nun durchschnittlich nicht unerheblich grösser als diejenigen, welche ich bei sehr zahlreichen Untersuchungen der verschiedensten Individuen mit Hülfe des Hirschmann'schen absoluten Galvanometers erhielt; und ich stehe nicht an, zumal auch die Werthschwankungen in den Weiss'schen Befunden äusserst bedeutend sind, diese Differenz wenigstens grösstentheils auf Mangelhaftigkeit des von Weiss benutzten, für schwächere Ströme vermuthlich zu empfindlichen Instruments zu beziehen. So fand Weiss KSZ an den untersuchten Nerven bei $1\frac{1}{2}$—$3\frac{1}{2}$, An SZ bei $2\frac{1}{2}$—$4\frac{1}{2}$ MW (An OZ ebenso): ich fand dagegen in den weitaus meisten Fällen KSZ an oberflächlich gelegenen Nervenstämmen, wie die oben genannten, schon bei 0,5—2,5 M. A; sodann An SZ bei 1,2—3,5 und An OZ bei 1,5—4,0 M. A. — Die Anodenöffnungszuckung fand ich gewöhnlich erst nach der Anodenschliessungszuckung, nicht blos am Facialisstamme, wo dies bekanntlich v. Ziemssen als Regel hingestellt hat, und am Ellbogen-Ulnaris (Watteville), sondern auch an anderen motorischen Nervenstämmen des Körpers; der An SZ voraufgehend erschien sie nur in $\frac{1}{3}$—$\frac{1}{4}$ der untersuchten gesunden Individuen, am N. radialis ungefähr ebenso häufig, wie am Stamme des Facialis. — Im Allgemeinen fand ich für die verschiedenen grösseren motorischen Nervenstämme weder überhaupt, noch auch bei einem und demselben Individuum sehr erhebliche Unterschiede; so betrug z. B. die für das galvanische Zuckungsminimum (minimale KSZ) an Gesunden erforderliche Stromstärke[2]) für

N. facialis (Stamm)	in	24	Fällen	0,6—2,0 M. A.
„ „ (Zweige)	in	9	„	0,6—1,5
„ accessorius	in	7	„	0,4—1,2
Plexus brachialis (am Halse)	in	5	„	0,4—1,3
N. radialis (Oberarm)	in	4	„	1,0—2,3
„ medianus (Oberarm)	in	4	„	0,7—1,2
„ ulnaris (Ellbogen)	in	10	„	0,4—0,8
„ peroneus	in	6	„	1,5—2,4
„ tibialis	in	5	„	1,5—2,5
„ recurrens? am Halse[3])	in	1	„	1,5.

An den Muskeln waren durchschnittlich etwas höhere Stromintensitäten erforderlich; minimale KSZ nach meinen Ergebnissen an Gesichts-, Hand- und Fussmuskeln bei 0,8—2,7; An SZ bei 1,4—4,0; An OZ bei 2,0—5,5 und darüber (der Abstand zwischen An SZ und An OZ ist am Muskel durchschnittlich weit bedeutender als am Nerven). — Bei gesteigerter galvanomusculärer Contractilität, in Fällen von EaR im Gebiete des Facialis, Peroneus u. s. w. fand ich dagegen an den betreffenden Muskeln KSZ und An SZ vielfach schon bei 0,1—0,2 M. A., und in einem Falle sogar KOZ schon bei 0,5—0,6 M. A., verbunden mit den gewöhnlichen Erscheinungen contracturartig trägen Ablaufes der Zuckung. — Ohne in eine weitere Erörterung der sich hieran knüpfenden Detailfragen eintreten zu wollen, führe ich die vorstehenden Zahlenangaben nur als Beleg an, wie bequem und sicher es sich mit dem absoluten Galvanometer arbeitet und wie dasselbe uns zu einem weit rascheren, vollständigeren und lebendigeren Erfassen der Reactionsverhältnisse gesunder wie erkrankter Nerven und Muskeln befähigt. In der That, wenn die Elektricität in ihrer methodisch ausgebildeten diagnostischen Anwendung gewissermassen das subtilste Reagens bei pathologischen Zuständen an Nerv und Muskel darstellt, so wird Empfindlichkeit und Werth dieses Reagens unzweifelhaft durch die verallgemeinerte Benutzung präciser Messinstrumente nach Art des hier beschriebenen ganz bedeutend gesteigert.

[1]) Centralblatt für die gesammte Therapie, Januar 1883, pag. 11 ff.
[2]) Reizung stets unipolar, mit mittelgrosser ($2\frac{1}{2}$ cm) Elektrode, die andere Elektrode auf dem Sternum.
[3]) Controle durch laryngoskopisch beobachtete Adduction des Stimmbandes.

II. Das Verhalten des Cervicalcanals nach Geburt des Kindes und der Placenta.

Von
F. Ahlfeld.

In einer der Sitzungen der gynäkologischen Section der Naturforscherversammlung zu Freiburg hat Schatz gelegentlich der Frage über das Os uteri internum auch das Verhalten des Cervicalcanals in der Nachgeburtsperiode besprochen und ist zu dem Resultate gekommen, nicht nur Geburtshelfer im Allgemeinen, sondern selbst Lehrer des Fachs hätten vollständig unrichtige Anschauungen über diese grob anatomischen Verhältnisse. Man halte die Cervicalportion für contrahirt, während sie in der That übermässig ausgedehnt und schlaff dem Uteruskörper anhänge.

In dem Referate von F. L. Neugebauer (jun.), Archiv für Gynäkologie, Band 22, Seite 158, welcher, wie es scheint, den Vortrag nach dem Manuscripte wiedergiebt, spricht Schatz davon, wie die schlaffe Cervicalportion „bei einiger Flüchtigkeit der Untersuchung" übersehen werden könne. „Die Täuschung ist so leicht, dass sicher kaum einer der jetzt lebenden Geburtshelfer, weil meist nicht speciell darauf aufmerksam gemacht, nicht wenigstens im Anfange und eine Zeit lang ihr zum Opfer gefallen ist." „Ich brauche nur auf die Schultze'schen Wandtafeln (Tafel XVI., Fig. 4) hinzuweisen, welche den falschen Eindruck sogar bildlich fixirt haben und die durch ihn erzeugte fehlerhafte Vorstellung durch den Unterricht weiter verbreiten." „Ich will Schultze durchaus keinen Vorwurf daraus machen, dass er sich hat täuschen lassen." „Er steht darin ja durchaus nicht allein. Z. B. ist Ahlfeld noch in diesem Jahre ganz derselben Täuschung zum Opfer gefallen." „Viele andere werden sicher noch jetzt ebenso getäuscht." Weiter ist dann endlich die Stelle angegeben, welche den Beweis liefern soll, dass auch ich wegen Flüchtigkeit der Untersuchung der Täuschung zum Opfer gefallen bin. „Ahlfeld hält wirklich das scheinbar vom Collum gebildete Scheidengewölbe für das Scheidengewölbe, siehe dessen Berichte und Arbeiten aus der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik zu Giessen, Seite 62."

Gegen diese Anschuldigungen verwahrte zuerst Peter Müller die Practiker im Allgemeinen und den Collegen Schultze im Speciellen. In letzterer Hinsicht trat auch noch Küstner auf und wies, wie auch P. Müller, darauf hin, wie die Schultze'schen Tafeln für den Hebammenunterricht geschaffen seien, und die erwähnte Figur nur die Ausstossung der Placenta klar machen solle, hingegen nicht dazu diene, ein anatomisches Bild zu geben, auf dem die Frage über das Verhalten der Cervicalportion besonders berücksichtigt sei.

Ich würde nun auch, nachdem die Schatz'schen Vorwürfe gebührend zurückgewiesen worden sind, von einer Rechtfertigung abgesehen haben, wenn nicht einerseits in den zahlreichen Referaten über die Sectionsverhandlung zu Freiburg fort und fort mein Irrthum hervorgehoben würde und andererseits für meine neueren Arbeiten über Physiologie der Placentarperiode ein Makel zurückbleiben könnte, welcher der Arbeit im Ganzen schaden könnte. Es berichtet Neugebauer: „Derselben Täuschung ist auch Ahlfeld anheimgefallen;" der Referent des Centralblattes für Gynäkologie, Seite 703: „Derselben Täuschung ist Ahlfeld nach seiner letzten Veröffentlichung und noch viele Andere verfallen;" der von Schmidt's Jahrbüchern, Seite 143: „Derselben Täuschung ist auch Ahlfeld anheimgefallen," etc.

Während nun Neugebauer in seinem Referate (Archiv für Gynäkologie) wenigstens die Seite meines Buches angiebt, wo der Irrthum verzeichnet sein soll, lassen die anderen Referenten diese Mittheilung weg, und so lesen also Tausende von meinen groben Irrthümern, von

Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

meiner Flüchtigkeit der Untersuchung, ohne Gelegenheit zu haben, sich von der Wahrheit oder Unwahrheit zu überzeugen.

Ehe ich nun den Thatbestand, worauf sich die Schatz'schen Anschuldigungen gründen, bringe, möchte ich für diejenigen, welche keine genaueren Vorstellungen des Verhaltens der Cervicalportion post partum aus der Praxis selbst erhalten haben, hinzufügen, dass der Untersuchungsfehler, den Schatz, Schultze, Schroeder (denn auch dieser, ebenso wie Spiegelberg, hat sich der Wiedergabe der Schultze'schen Figur in der 6. Auflage seines Lehrbuchs, Seite 137 schuldig gemacht) mir und einer grossen Anzahl von Geburtshelfern imputirt, ungefähr dem Grade nach so stark wäre, wie, wenn ein Geburtshelfer von Fach keine Kenntniss vom Vorhandensein der kleinen Schamlippen hätte.

Auf Seite 62 meiner „Berichte und Arbeiten", der Seite, welche Schatz anzieht, habe ich nun mit dem besten Willen nichts finden können, was Schatz zu seinen Aeusserungen Veranlassung gegeben hat. Hingegen vermuthe ich, dass auf Seite 69 die gerügten Stellen sich befinden, und zwar habe ich dort geschrieben: „Ist die Placenta vollständig in die Scheide eingerückt, so lagert sie sich entsprechend der Form des Scheidenrohrs. In dem geräumigen Scheidengewölbe liegt der retroplacentare Bluterguss und die obere Partie der Placenta." Würde ich eine anatomische Abhandlung geschrieben haben, so würde ich diesen Raum als eventuell vom Cervicalcanale plus dem Scheidengewölbe gebildet bezeichnet haben. Gleicherweise würde ich so verfahren sein, wenn ich geahnt hätte, dass Schatz diese Stelle dazu verwerthen würde, um den Beweis zu führen, dass selbst noch Lehrer vom Fache die einfachen Verhältnisse des Cervicalcanals post partum nicht richtig erfasst hätten. An jener Stelle kam es aber gar nicht darauf an, die anatomischen Verhältnisse klarzustellen, sondern zu zeigen, wie die Placenta aus der contrahirten Gebärmutter in den schlaffen Raum gelangt, sich lagert. Da es nun bisher keine Bezeichnung giebt für den Raum, der gemeinsam von dem ausgedehnten Cervicalcanale und der Vagina gebildet wird, so habe ich der Einfachheit halber die obere Partie dieses Raumes das Scheidengewölbe genannt. Ich würde auch bei dieser Art der Kritik statt der einfachen Bezeichnung „Muttermund", da, wo irgend ein Missverständniss möglich gewesen wäre, „äusserer" oder „innerer" Muttermund gesagt haben, was ich auch unterlassen habe. Wer will, kann mich dem Wortlaute nach der grössten Unwissenheit zeihen.

Dass ich mir den Cervicalcanal niemals in contrahirtem Zustande vorgestellt habe, kann ich auf das Bestimmteste versichern. Dasjenige, was man für vollständig natürlich hält, was man von Niemandem bezweifelt glaubt, pflegt man unnöthiger Weise nicht besonders hervorzuheben. Mehr wie Andere, wahrscheinlich auch häufiger als Schatz, hatte ich Gelegenheit, Frauen post partum zu touchiren, denn meine zahlreichen Untersuchungen, welche in und nach der Nachgeburtsperiode angestellt wurden, nöthigten mich dazu. Da ich die von Schatz behandelte Frage in meinen Arbeiten nicht berücksichtigt habe, so fehlen mir auch die Notizen, wie oft und unter welchen Umständen ich den Cervicalcanal gleichsam in die Scheide aufgehend gefunden habe, wie oft er als herabhängendes Segel, wie oft als dicker Wulst gefunden wurde.

Dass man aber den Cervicalschlauch ganz übersehen sollte, ein Fehler, dessen Schatz die meisten Geburtshelfer für fähig hält, scheint mir unmöglich. Die wulstigen Lippen des äusseren Muttermundes, die bei der Geburt entstandenen Einrisse, frühere Narben, bieten ja den deutlichsten Hinweis auf seine Existenz. Gleicherweise führt uns der Sitz retinirter Eitheile, welche dicht über dem sich contrahirenden Muttermunde festsitzen, ebenfalls unzweifelhaft darauf hin, dass dies der innere Muttermund sein muss. Und hat nicht jeder geübte Geburtshelfer Gelegenheit gehabt, post partum sich den Uterus in die Schamspalte herabzudrängen, um sich die Cervicalpartien sichtbar zu machen? Z. B., wenn es galt, eine Blutung aus einem Cervicalriss zu constatiren oder therapeutisch gegen dieselbe vorzugehen? Und weiter: Kann man die Veränderungen des äusseren Muttermundes bei vielen Geburten nicht in continuo verfolgen? Eine dicke, ödematöse vordere Lippe, lässt die sich nach Geburt des Kindes nicht leicht wiedererkennen? Hat jemals Jemand dieselbe contrahirt gefunden und diesen Vorgang in der Literatur beschrieben? Sind wir nicht im Unterricht schon so gelehrt worden, wie wir auch jetzt noch die Verhältnisse auffassen? Wenn Jemand von einfachen, allgemein anerkannten Lehren abweicht, kann er dies thun, ohne durch Studien und Berichte die alte Lehre als hinfällig zu bezeichnen?

Weder den Studirenden, noch den Hebammenschülerinnen gegenüber habe ich jemals eine andere Auffassung der besagten Verhältnisse ausgesprochen und in jedem Curse findet sich mehrmals Gelegenheit, dies zu thun.

Die Schultze'sche Tafel benutze auch ich für den Hebammenunterricht und halte sie für die Klarstellung der Verhältnisse bei der Ausstossung der Placenta für ganz vortrefflich. Würde der Cervicalcanal darauf als Anhang des Muttermundes verzeichnet sein, so würde dies für die Mehrzahl der Schülerinnen nur verwirrend wirken; ebenso, wie wenn man z. B. statt der Fruchtblase stets drei Linien für Decidua, Chorion und Amnion einzeichnen wollte.

III. Ueber die Behandlung von parenchymatösen Kröpfen.

Von
Dr. Moritz Schmidt-Frankfurt am Main.

(Nach einem in Freiburg auf der Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage.)

Es könnte beinahe gewagt erscheinen, mit neuen Vorschlägen über die Behandlung der Kröpfe zu kommen, nachdem wir in den von Lücke in Deutschland eingeführten parenchymatösen Einspritzungen von Jod ein so wirksames Mittel in der Behandlung der genannten Krankheit kennen gelernt, und nachdem uns die Fortschritte der operativen Chirurgie gezeigt haben, dass wir fast ohne Lebensgefahr die Patienten durch Herausnahme des Kropfes heilen können.

Allein bei dieser Operation ist die Sterblichkeit doch immer noch ca. 10 Proc., und so angenehm dies für die 90 Proc. Ueberlebenden sein mag, für die 10 Proc. ist es doch recht fatal. Sodann sind die Fälle von Kachexie nach der Operation auch nicht so selten, wie ja Kocher in seinem Vortrage auf dem Chirurgencongresse berichtet, und drittens liegt in der Verletzung des Nervus recurrens, besonders wenn sie beiderseitig nicht zu umgehen sein sollte, immerhin eine unangenehme Complication.

Ich erlaube mir hier gleich zu bemerken, dass die Cystenkröpfe wohl immer der operativen Chirurgie zur Behandlung zufallen werden, sei es durch Punction und Jodinjection für die mit serösem oder colloidem Inhalte, sei es durch Spaltung oder vielleicht besser noch durch Exstirpation für die mit atheromatösem Inhalte und wohl für viele der mit multiplen Cysten durchsetzten Formen.

Auch gegen die parenchymatösen Einspritzungen lässt sich ihre Gefährlichkeit anführen. Ich habe sie zwar selbst tausende Male gemacht und bis vor zwei Jahren nur zweimal bei stenosirenden Kröpfen etwas unangenehmere Folgen gesehen. Dieselben bestanden darin, dass unmittelbar nach der Injection, ja fast schon während derselben, eine bedeutende Zunahme des Stridors eintrat mit einem eigenthümlichen rasselnden Tone, fast als ob man die Flüssigkeit direct in die Trachea gespritzt hätte (es waren beide Male dicke Kröpfe, so dass von einem Eindringen der Nadel bis in die Trachea keine Rede sein konnte). In dem einen Falle wiederholte sich das Ereigniss fast bei jeder Injection, ging aber stets so rasch vorüber, dass es mir keinerlei Besorgnisse einflösste, nur einmal wurde die Beklemmung so stark, dass etwa 6 Stunden lang ein sehr unbehaglicher Zustand eintrat. Ich unterliess natürlich sofort die Fortsetzung dieser Behandlung ebenso wie in dem zweiten Falle, als sich gleich bei der ersten Injection eine gleiche, stundenlang dauernde Beklemmung einstellte. In diesen Fällen könnte es sich doch nach Virchow um eine venöse Hyperämie der Trachealschleimhaut handeln.

Auch von anderer Seite hörte man von unglücklichen Ereignissen und Todesfällen reden. Schwalbe hat einen Fall beschrieben, in welchem nach einer Jodinjection in einen Kropf eine Hirnembolie mit tödtlichem Ausgange erfolgte. Er lässt es freilich dahingestellt, ob es nicht etwa nur ein zeitliches Zusammentreffen gewesen sei oder ein causales. Lücke führt nach Demme 2 Fälle an, wovon der eine wohl der Schwalbe'sche sein dürfte. Rose hat in seinem Werke über den Kropftod eine Anzahl Fälle angeführt, um dadurch die Exstirpation zu empfehlen.

Ich habe mir Mühe gegeben, den einzelnen mir von Hörensagen bekannt gewordenen Fällen nachzugehen. Ich erhielt von mehreren Collegen, denen ich hier meinen Dank ausspreche, freundliche Nachricht, dass die betreffenden Mittheilungen auf Irrthum beruhen müssten, von Anderen erhielt ich gar keine oder eigenthümlich gereizte Antworten. Ich kann nicht umhin, im Interesse der Wissenschaft dies zu bedauern, man könnte daraus aber fast auf die Wahrheit der Nachrichten schliessen. In Freiburg theilten mehrere Collegen unangenehme Erlebnisse bei Injectionen mit. Es scheint, dass die meisten derartigen Unglücksfälle jugendliche Patienten betrafen.

So kam vor etwa 2 Jahren ein 13jähriges Mädchen mit seiner Mutter zu mir, das Kind hatte einen mittelgrossen, parenchymatösen, weichen, für gewöhnlich nicht stenosirenden Kropf; bei mässigem seitlichen Druck entstand der tracheale Ton beim Athmen, sie soll auch beim Laufen leicht kurzathmig gewesen sein, sie war nicht heiser. Der Kropf hatte in der letzten Zeit trotz Jodeinreibungen zugenommen, weshalb ich direct zur Behandlung mit Jodeinspritzungen überging. Ich machte dem sich lebhaft sträubenden Kinde eine Injection von etwa 12 Tropfen gewöhnlicher Jodtinctur in den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mittleren Theil der Struma. Es trat sofort der oben erwähnte rappelnde Ton beim Athmen mit starker Beklemmung ein. Nachdem sich das Kind etwas beruhigt hatte, schickte ich es in mein Wartezimmer mit der Weisung für die Mutter, sie solle noch etwa 10 Minuten warten, bis es wieder frei athme. Nach Verlauf dieser 10 Minuten aber kam das Kind mit der schreienden Mutter wieder herein im Zustande der äussersten Asphyxie, blau, mit kaltem klebrigem Schweiss bedeckt. Ich schickte zunächst die Mutter hinaus, suchte das Kind zu beruhigen und führte es in ein Nebenzimmer, unterwegs fühlte ich schon seine Beine zusammenknicken und als ich im anderen Zimmer war, hatte ich einen nicht mehr athmenden Körper in Händen. Ich lief rasch nach meinem Tracheotomiebesteck, mein Assistent ordnete den Tisch, ich machte einen grossen Schnitt durch die Haut bis auf die Trachea, fühlte in dem See von Blut, dass dieselbe säbelscheidenartig zusammengedrückt war, ich hakte rechts und links in die Wand ein Häkchen und machte unter Leitung des Fingers einen Einschnitt in die Trachea, führte die Canüle ein, und nach längerer künstlicher Respiration (in solchen Momenten verliert man ja das Zeitmaass, es war aber recht lange) kam der erste spontane Athemzug und nach ein oder zwei weiteren Minuten athmete das Kind wieder normal. Die Blutung stand sofort. Bei dem Einschnitt war mir nun aufgefallen, dass der Kropf so sehr viel dicker geworden war, als ursprünglich, und dass die Venen an der Oberfläche desselben kleinfingerdick waren. Ich wusch die Wunde mit 5procentigem Carbolwasser und transportirte das Kind nach einer halben Stunde in ein Hospital, dort wurde Eis aufgelegt und bei mässigem Fieber, bis 39,5, verliefen die nächsten 72 Stunden ganz befriedigend, nur musste die Canüle oft gewechselt werden, da ziemlich viel fester Schleim dieselbe verstopfte.

Am 4. Tage Morgens, als gerade die Wärterin die innere Canüle reinigte, trat plötzlicher Tod ein, im letzten Moment hat sich das Kind noch die Canüle herausgerissen. Sofortige Wiederbelebungsversuche nach Einführung der Canüle blieben erfolglos.

Bei der Section fand sich, dass der vorne etwa gänseeigrosse, symmetrische Kropf durch Fortsätze nach hinten um Trachea und Speiseröhre herumgewachsen war. Die Consistenz desselben war ziemlich derb, die Venen der Oberfläche rabenkieldick. Spuren der Injection waren nicht mehr zu finden. Der rechte Nervus recurrens ist ganz in die Geschwulst gebettet, der linke atrophisch.

Der untere vordere Rand des Ringknorpels war durch die Canüle nach hinten oben umgebogen, so dass durch den Mund nicht hätte geathmet werden können. Die Trachea war so zusammengedrückt, dass sie in ihrem oberen Theile ein spitzwinkliges Dreieck mit der scharfen Kante nach vorne bildete. Vom Ringknorpel bis zum 9. Trachealringe war diese Compression zu finden und ebensoweit waren auch alle Knorpelringe erweicht.

In den Lungen fand sich nichts Besonderes. Das Herz war gross, links normale, eher verdickte Wandungen zeigend, die Wand des rechten Ventrikels aber sehr dünn, fast ganz verfettet, so dass an manchen Stellen die Wand nur aus Fett bestand.

Bei dem Eintritt dieses unglücklichen Zufalls mögen wohl allerhand Ursachen zusammengewirkt haben, die sämmtlich dazu beitrugen die Hals- und Kropfvenen zu füllen, und der dadurch rasch vergrösserte Kropf drückte dann die erweichten Trachealwandungen zusammen. Den ersten Anstoss hat wohl das Pressen des Kindes beim Einstechen gegeben; ich glaube, dass hier die Qualität der Einspritzungsflüssigkeit gar keinen Einfluss hatte. Bekanntlich macht Husten oder Pressen beim Stuhlgang, in Wochenbetten Kröpfe rasch schwellen. Die Stauung wurde vermehrt durch das kräftige Nachpumpen des linken Herzens, während das verfettete rechte Herz die ihm zuströmenden Blutmengen nicht so gut fortschaffen konnte. An dem späteren plötzlichen Tode ist wohl auch die Verfettung des rechten Herzens Schuld. Es ist dies wenigstens ein Befund, den ich in einer Anzahl von plötzlichen Todesfällen, nach Scharlach, Typhlitis, nach überstandenen Wochenbetten gefunden habe. Bei gesundem rechten Herzen wäre wohl nach der Einspritzung rasch eine Ausgleichung erfolgt. Ich glaube nicht, dass eine solche Verfettung in 3 Tagen eintreten kann, dieselbe hat also wohl zur Zeit der Injection schon bestanden.

Es entspricht dies ja ganz den von Rose in seiner Arbeit über den Kropftod ausgesprochenen Ansichten. In anderen Fällen mögen aber auch andere Ursachen die gleiche Wirkung hervorrufen. So beobachtete ich vor kurzem einen Patienten von ca. 40 Jahren, welcher sehr heftige Erstickungsanfälle wahrscheinlich durch Krampf der Glottisschliesser bekam; dafür sprachen das Timbre des Stridors, das sehr plötzliche Aufhören der Beengung und der Umstand, dass bei der vom Collegen Louis Rehn vorgenommenen Exstirpation des Kropfes die Luftröhre gar nicht erweicht gefunden wurde. Dr. Rehn wird den Fall zunächst veröffentlichen. In anderen Fällen mit starker seitlicher Verkrümmung und Verdrängung der Luftröhre durch einseitige Strumabildung genügt oft ein sehr leichter Druck auf die Trachealwand, um Dyspnoe hervorzurufen. Bei anderen mag wieder die Lähmung des Glottiserweiterer Schuld sein, wie Seitz in Zürich nachgewiesen. Ich muss aber offen gestehen, dass ich mir daraus allein den „plötzlichen" trotz aller Belebungsversuche fortbestehenden Tod nicht erklären kann; s. g. Ertrunkene kann man doch nach langer Zeit wieder zum Leben bringen, jeder gesunde Mensch kann doch den Athem 40—60 Secunden halten. Ich glaube mit Rose, dass in solchen Fällen das fettig degenerirte rechte Herz eine grosse Rolle mitspielt.

Man wird es begreiflich finden, dass ich nach einem solchen Zufalle die Injectionen nicht mehr gern anwende, besonders nun gar in Fällen, in welchen eine Stenose, selbst mässigen Grades, besteht. Nun kommen einem doch aber solche genug vor, selbst erheblichen Grades. In den Fällen habe ich nun die Anwendung der Kälte speciell der Leiter'schen Röhren sehr probat gefunden in Verbindung mit Jodkali innerlich 1—3 gr pro die je nach der Schwere des Falls.

Der erste, den ich damit behandelte, war ein Mann von über 50 Jahren, dessen Struma durch einen Husten sehr gewachsen war und starke Dyspnoë hervorrief. Als ich von dem Collegen zugezogen wurde, fand ich einen stark cyanotischen Mann mit kalter klebriger Haut am Kopfe. Es hatte eine sehr harte, rechts unter die Clavikel heruntergehende, unbewegliche Struma auf beiden Seiten. Es wurde, da die Tracheotomie sicher die grössten Schwierigkeiten gemacht hätte, zunächst zur Linderung des Hustenreizes Morphium gegeben, die Leiter'sche Kühlung andauernd angelegt und 3 gr Jodkali per Tag verschrieben. Schon nach mehreren Stunden war eine Erleichterung da, und am nächsten Morgen war der Zustand so, dass eine Tracheotomie nicht mehr in Frage kam. Patient behielt die Röhren 4 Tage immerwährend, dann nur immer 3 Stunden mit 3 Stunden Pause, später nur Morgens und Abends mehrere Stunden. Dabei und unter dem Gebrauch des Jodkali verschwand der Kropf vollständig. Ich habe den Pat. nach $1\frac{1}{2}$ Jahren wiedergesehen, die Heilung hat Stand gehalten.

Der zweite Fall betrifft einen 17jährigen Mann der einen dicken Hals von Jugend auf hatte, in den letzten Wochen zunehmend, mit steigendem Luftmangel, am Tage vorher Anfall von Bewusstlosigkeit, Stimme heiser, Nachts geräuschvoller Athem. Weiche, sehr bedeutende Vergrösserung der Schilddrüse nach beiden Seiten. Stridor sehr bedeutend, leiser Druck vermehrt ihn schon, Parese der Glottiserweiterer; dieselbe Behandlung. Nach 8 Tagen erhebliche Besserung, kein Anfall von Beklemmung mehr. Nach 3 Monaten, noch kleine apfelgrosse Geschwulst, kein Stridor beim Athem. Stimme wieder normal.

Drittens: 40jährige Frau, hat durch einen Kropf öftere Erstickungsanfälle gehabt, seit 14 Tagen durch Husten verschlimmert. *Eis*, Jodkali: nach 14 Tagen bedeutende Besserung kein Anfall mehr eingetreten.

Viertens Mann von 68 Jahren, vor 4 Wochen nach einer Anstrengung heiser geworden. Zugleich mit sehr starker inspiratorischer Dyspnoë. Es findet sich ein von dem Patienten nicht beachteter sehr harter Kropf, wenig vorragend, den Larynx beiderseits umgreifend. Ich fürchtete bei der grossen Härte ein Carcinom vor mir zu haben. Lähmung der Glottiserweiterer, minimale Beweglichkeit der Stimmbänder; dieselbe Behandlung, die ersten 8 Tage anhaltend die Leiter'schen Röhren. Nach 3 Wochen theilte mir Patient brieflich mit, dass die Athemnoth ganz vergangen sei, wovon ich mich nach 2 Monaten selbst überzeugen konnte. Der Kropf war erheblich abgeschwollen, es waren jetzt zwei getrennte kleinere Tumoren zu fühlen, entsprechend den beiden Seitenlappen der Schilddrüse. Die Stimme war nicht besser, auch die Beweglichkeit der Stimmbänder nicht. 4 Monate nach Beginn der Behandlung starb Patient auswärts an wieder zunehmender Dyspnoë, der Kropf war nicht wieder dicker geworden. Wie mir sein Arzt mittheilte, fand sich bei der Section, dass eine carcinomatöse Wucherung das Lumen des Kehlkopfes ausfüllte. Die Section konnte nur sehr unvollkommen gemacht werden, ebenso konnte auch eine mikroskopische Diagnose nicht gestellt werden.

Fünftens: Mann von 49 Jahren. Vor 6 Monaten hatte er angeblich einige Wochen Katarrh gehabt und war abwechselnd heiser gewesen. Grosse mässig harte Struma, inspiratorische Dyspnoë, anfallsweise stärker, die Stimmbänder weichen beim Untersuchen nur wenig auseinander. Bei der gleichen Behandlung trat schon nach 10 Tagen eine bedeutende Besserung im Athmen ein, die Stimmbänder bewegten sich besser. Heilung in etwa 8 Wochen.

Sechstens: Frau von 40 Jahren, starke Dyspnoë durch einseitigen parenchymatösen Kropf, der die Trachea ganz zur Seite drängte. Geheilt nach 3 Monaten.

In Fällen mit bedrohlicher Dyspnoë lasse ich den Patienten die Leiter'schen Röhren Tag und Nacht tragen.

Dieselben haben den Vortheil, dass man sie genau nach dem Hals biegen kann, dass man sie besonders bei Nacht nicht zu wechseln braucht, wie Eisumschläge, und dass der Patient sich bei den langen Zuleitungsröhren doch etwas bewegen kann. Bei Wasser von gewöhnlicher Brunnentemperatur erzielt man denselben Effect wie mit Eisumschlägen. Legt man Eis in den betreffenden oberen Eimer, so erzielt man eine sehr intensive Wirkung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei leichter Erkrankten brauchen die Röhren nur 3 Stunden Morgens und 3 Abends angewendet werden. Die Patienten sind dabei in einer geeigneten Beschäftigung Lesen, Schreiben, Handarbeiten nicht gestört.

Jodkali gebe ich in der doppelten Quantität Wasser gelöst zu 15—30 Tropfen 3 Mal täglich. Ich habe immer gefunden, dass diese grösseren Dosen besser vertragen werden wie kleinere, eine Beobachtung, welche auch von Anderen gemacht wurde. Ich glaube, man sollte, ehe man zur Exstirpation von parenchymatösen Kröpfen schreitet, immer erst diese combinirte Methode von Kälte und Jod versuchen.

IV. Beiträge zur Kenntniss der wandernden Pneumonie.

Von

Dr. B. Kuessner in Halle.

(Schluss aus No. 7.)

Was den zuletzt mitgetheilten Fall betrifft, so kann kein Zweifel darüber sein, dass es sich auch hier um eine wandernde croupöse Pneumonie gehandelt hat — die deutlichsten physikalischen Zeichen einer Infiltration, welche an einer Stelle vollkommen rückgängig wird, um zur andern vorzuschreiten, der gutartige und relativ kurzdauernde Verlauf (wenigstens bei jedem einzelnen Infiltrat) lassen etwas Anderes kaum möglich erscheinen; wir kennen gar keine andern Infiltrationszustände mit solchem Verlauf: eine „katarrhalische" Pneumonie ist eo ipso auszuschliessen, und auch von phthisischen oder tuberkulösen Verdichtungen kann gar keine Rede sein. Im höchsten Grade auffallend und darum Anfangs die Diagnose so sehr erschwerend, musste natürlich das Sputum sein: während der ganzen Dauer der Krankheit nicht ein einziges Mal rostfarbiger Auswurf — das ist fast unerhört bei einem jugendlichen Individuum!

Das ferruginöse Sputum wird so gut wie allgemein als ein Haupt-Charakteristicum der croupösen Pneumonie angesehen, ja eine solche wird öfters aus dem Sputum allein diagnostizirt[1]), auch wenn sie sonst latent, d. h. physikalisch nicht nachweisbar verläuft. („Centrale Pneumonie", wovon ein Beispiel weiter unten angeführt werden soll.) Es kann wohl passiren, dass bei einer Pneumonie gar kein Auswurf vorhanden ist — bekanntlich legten die älteren Aerzte Gewicht darauf, dass überhaupt expectorirt wird, weil sonst eine Pneumonie nicht den normalen Verlauf durchmachen könne, sich nicht ordentlich resolvire etc.; wenn wir diese Meinung auch heute nicht in vollem Umfange theilen, so müssen wir doch zugestehen, dass ein gewisses Maass von Auswurf zu den „normalen" Erscheinungen der Pneumonie gehört, und auch *prognostisch* günstig ist; natürlich immer vorausgesetzt, dass der Kranke *nicht*, wie Kinder thun, das Sputum verschluckt, dass also Sputum überhaupt secernirt wird. Wo dies der Fall ist, und zwar wo die erkrankten Theile der Lunge das Sputum liefern, da enthält es, wenigstens bei jüngeren Leuten, Blut in der eigenthümlichen rostfarbigen Beimischung. Es ist bekannt, dass bei alten Leuten, besonders wenn sie schwach sind und an langwierigen Katarrhen leiden, der Auswurf nicht selten rein schleimig-eitrig ist, sowie auch dass Aehnliches beobachtet wird bei jüngeren Individuen, die mit chronischen Katarrhen (Emphysem u. s. w.) behaftet sind, und dass eben desswegen die Diagnose in solchen Fällen nicht selten auf Schwierigkeiten stösst. Schon Andral (Clin. méd. I.) hat auf diese Eigenthümlichkeiten des Sputums mit aller Schärfe hingewiesen. Im Uebrigen scheint aber, wie erwähnt, ein wenn auch geringer Blutgehalt der Sputa so gut wie allgemein als conditio sine qua non zu gelten; ich habe mich grade über diesen Punkt besonders genau zu orientiren gesucht. Grisolle (Traité prat. da la pneumonie) allerdings sah in 20 Fällen [über deren Alter etc. freilich nichts Näheres angegeben ist] während der ganzen Dauer der Krankheit nur weissliches, katarrhalisches Sputum. Und bei M. Huss (Lungenentzündung, übersetzt von Anger) heisst es: „Mitunter ist während der ganzen Dauer der Krankheit das Sputum katarrhalisch, die ersten 3—5 Tage farblos, später opalisirend und perlfarbig. Dies ist der Fall bei gewissen Lungenentzündungen, die sich aus einer capillären Bronchitis entwickeln." Ob es sich aber in diesen Fällen um richtige croupöse Pneumonie handelte? Alle übrigen Autoren betrachten einen Blutgehalt des Sputums so zu sagen als selbstverständlich.

Jedenfalls ist bei unserm Kranken, einem jungen sonst kräftigen Menschen ohne Katarrh, das Sputum zumal bei seiner Reichlichkeit nahezu ein Unicum. Nur in einer Beobachtung habe ich etwas Aehnliches gefunden; dieselbe rührt von Fischel her und betrifft ebenfalls eine Wanderpneumonie (Prager Vierteljahrsschrift 1872). Es handelte sich um eine 36jährige, kräftige Frau, deren Krankheit 6 Wochen dauerte und mit Genesung endete; die einzelnen Infiltrate resorbirten sich immer in wenigen Tagen. Es waren nur schleimig-eitrige Sputa vorhanden. — In einigen der von Homburger (l. c.) mitgetheilten Fälle wurde zeitweise nur gelbes oder grünlich-gelbes Sputum hinausbefördert, das bald zäh bald locker war; im Uebrigen fehlte aber das charakteristische ferruginöse Sputum nicht. Auch Zuber (Art. „Crachats" im Dict. encycl. des sc. méd. par M. Dechambre) erwähnt in seiner höchst eingehenden und sorgfältigen Darstellung nichts derartiges.

Werfen wir noch einige Blicke auf gewisse Einzelheiten, die grade mit Rücksicht auf das Verhältniss der Wanderpneumonie zu den „einfachen" Pneumonien von Interesse sind. Die Hauptfrage in rein practischer Beziehung, ob die Wanderpneumonie sich durch grössere Malignität auszeichnet und demgemäss eine schlechtere Prognose giebt oder nicht, wird von vielen Autoren nicht erwähnt. Friedreich (Volkmann's Samml. klin. Vortr. No. 75), der sie auch zu einer besonderen Art stempeln will, erklärt sie für eine prognostich ungünstige Erkrankung; ebenso hält Trousseau (Clin. méd. I.) sie für vorzugsweise schlimm. Ziemssen (Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter) dagegen sah, wenigstens bei Kindern, wandernde („saccadirte") Pneumonien mit gutartigem Verlauf; er hält dabei vorhandene resp. fortbestehende febrile Temperaturen für günstig, wie wir ja diese Erscheinung auch bei der einfachen croupösen Pneumonie zu den „normalen" und darum günstigen rechnen.

Es stehen sich also hinsichtlich dieses Punktes Namen von gewichtigstem Klange in ihren Anschauungen gegenüber. Homburger, der in dieser Beziehung ohne Zweifel auch Kussmaul's Anschauungen wiedergiebt, erklärt die Pneumonia migrans für nicht schlimmer als die P. crouposa simplex.

Strümpell (Lehrbuch d. spec. Path. I.) sagt: „Die Wanderpneumonien sind fast immer schwere und relativ lange dauernde Pneumonien," und unsere 3 Fälle stimmen völlig damit überein — es sind schwere aber nicht besonders „maligne" Erkrankungen.

Wären es in Fall I und II „einfache" croupöse Pneumonien gewesen, die tödtlich endeten — kein Mensch hätte sich wundern können! —

Sieht man die oben mitgetheilten Krankengeschichten etwas genauer an, so wird man finden, dass der Verlauf der einzelnen Infiltrate nicht immer derselbe ist — manche dauerten nur wenige Tage, manche hielten sich Wochen lang. Ob bei den ersteren nicht der ganze „typische" Process vom Engouement, zur rothen und grauen Hepatisation etc. sich abspielte, lässt sich nach der klinischen Beobachtung natürlich nicht sagen — es ist ja aber bekannt, dass auch die „einfache" croupöse P. mitunter sehr capriciös in dieser Beziehung ist. Es sind ja selbst eintägige Pneumonien beobachtet (Weil, Leube, Bernhardt), wo von einem cyklischen Verlauf füglich nicht die Rede sein kann. Wahrscheinlich spielt die Individualität hier eine grosse Rolle. Waldenburg (l. c.) fand, dass die einzelnen Infiltrate nur abortiv verliefen; Wunderlich giebt an, dass dieselben bei der Pneumonia migrans im Allgemeinen einen raschen Verlauf zeigen, und Homburger hat das bestätigt gefunden; unsere Fälle zeigen, dass auch dies sehr verschieden sein kann.

Es ist an dieser Stelle nöthig darauf hinzuweisen, dass auch bei den gewöhnlichen croupösen Pneumonien die zeitlichen Verhältnisse der Infiltration durchaus nicht immer dem Schema gemäss verlaufen, und zwar speciell dass eine mehr oder minder verzögerte Resolution bei schliesslichem Ausgang in völlige Heilung stattfinden kann.

Koranyi (in Eulenburg's Real-Encyclop.) scheint zwar dies zu bezweifeln; wenigstens sagt er l. c.: „ob eine genuine Pneumonie über drei Wochen dauern kann, ist nicht ganz sichergestellt;" indessen erklären die meisten Autoren eine Verzögerung der Resolution für nicht gar so selten (und zwar wohlbemerkt auch bei sonst ganz gesunden Leuten); dass bei Emphysematikern, bei Säufern, bei Nephritikern, bei anderweitig geschwächten Leuten eine Pneumonie viel langsamer verlaufen kann, ist eine allgemein anerkannte Thatsache. Einige haben auch versucht, eine Erklärung dafür zu geben. Eichhorst (l. c.) hat „protrahirte Pneumonien" von vier bis sechs Wochen Dauer gesehen. Nach Lépine, dessen Artikel „Pneumonie" im Nouv. Dict. de méd. et chir. Bd. 28 (1880) zu dem Besten zählt, was über Pneumonie geschrieben worden ist, gehört verzögerte Resolution eines pneumonischen Infiltrats keineswegs zu den Seltenheiten und ist besonders den französischen Autoren wohl bekannt. Auch Balzer (ibid,) ist derselben Meinung, giebt an, dass selbst viele Wochen bis zu vollendeter Resolution vergehen können, und reproducirt Charcot's Lehre, die folgendermaassen lautet: „Ces exsudats non résorbés persistent ainsi au sein du parenchyme pulmonaire, sans qu'il y ait coëxistence d'un travail inflammatoire." Lebert (Klinik der Brustkrankheiten) findet ebenfalls, dass protrahirter Verlauf der Pneumonie nicht allzu selten ist, und zwar nicht blos bei Säufern und anderweitig geschwächten Personen, sondern auch bei sonst gesunden, in günstigen Allgemeinverhältnissen. Auch Eichhorst und Strümpell [ll. cc.]) erwähnen derartige Vorkommnisse speciell und beschreiben sie genau. Besonders eingehend behandelte E. Wagner (D. Arch. f. klin. Med. 33) diesen practisch so ausserordentlich wich-

[1]) Sehr gründlich ist diese Frage z. B. von Eichhorst (Handb. d. spec. Path. u. Ther. I.) ganz in dem erwähnten Sinne behandelt.

Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

tigen Gegenstand; und es wäre sehr zu wünschen, dass wir ähnlich sorgfältige Beobachtungen in grösserem Umfange besässen. Wir erwähnen endlich Leyden (Berl. klin. Wochenschrift 1879), der ebenfalls äusserst instructive Beiträge zu dieser Frage geliefert und zugleich eine Erklärung zu geben versucht hat. Er macht darauf aufmerksam, dass nicht blos bei alten, sondern auch bei ganz jungen Leuten verzögerte Resolution stattfinden kann, und schuldigt vorwiegend die Derbheit des Infiltrates an. Das ist sehr plausibel und ohne Zweifel für viele Fälle richtig, stimmt aber wahrscheinlich nicht für alle. Wir machen wiederholt auf die oben angeführte Thatsache aufmerksam, dass gerade bei constitutionellen Anomalien, Morbus Brightii, Alkoholismus etc. vorwiegend oft die Resolution eine langsamere als gewöhnliche ist, und dass wir bei diesen Processen (wie auch anatomisch festgestellt) weit eher die „schlaffen" Infiltrate finden. Leyden weist ferner auf die gesunkene Circulation hin, ein Moment, das auch von Leichtenstern für die Erklärung der asthenischen Pneumonien mit ihrer schlaffen Hepatisation herangezogen wird. Nach Strümpell (l. c.) sind bei Pneumonien von Emphysematikern die Alveolen nicht ganz durch das Exsudat ausgefüllt, und doch die langsame Resolution!

Von Ueberbleibseln des pneumonischen Processes fand sich bei unsern Kranken nur in Fall 1 eine mässige Einziehung im Bereich der Spitze, als Ausdruck einer leichten Schrumpfung. Es ist auch diese Frage (d. h. ob Schrumpfungszustände als Ausgangsprocesse der Pneumonie vorkommen) noch nicht als definitiv erledigt anzusehen. Jürgensen erklärt interstitielle Processe nach croupöser Pneumonie für unzweifelhaft, aber nicht häufig vorkommend; nach Balzer entwickelt sich Schrumpfung öfters, entweder in einem Zuge oder in Schüben; Lebert sah nach „chronischer Resolution" häufig Ausgang in Schrumpfung. Dagegen hält Grisolle (l. c.) und ebenso neuerdings E. Wagner (l. c.) den Zusammenhang derselben mit echter primärer Pneumonie für zweifelhaft, auch gegenüber den Befunden von Marchand (Virchow's Archiv Bd. 82).

Ohne auf die anderen nach croupöser Pneumonie beobachteten Erkrankungen einzugehen, die auch bei Wagner besonders gründliche Würdigung gefunden haben, möchte ich nur noch die Anschauungen von M. Huss kurz anführen, die als Resultate langjähriger Studien an einem grossen und eigenartigen Material gewiss volle Beachtung verdienen. H. findet, dass Säufer-Pneumonie häufiger als sonst Pneumonie „chronisch" wird (ohne tuberculös zu werden), [ob damit interstitielle Processe gemeint sind?] und dass Neigung zu zurückbleibender „Verdichtung" der Lunge nicht selten auch bei beschränktem Umfange und „gelinder Beschaffenheit der Entzündung" besteht. (NB. Letzteres gilt nicht blos von der Säufer-Pneumonie.)

An das soeben dargelegte möchte ich nur noch ein paar ganz kurze Bemerkungen mehr negativer Natur knüpfen. In keinem unserer Fälle bestand ein typhöser Allgemeinzustand, wie ihn Friedreich in seinen Fällen so charakteristisch fand; es war ferner kein Milztumor zu constatiren, selbst in Fall II nur unsicher — also volle Uebereinstimmung mit den Angaben von Homburger (l. c.). Auch von Erysipelas, weder von einem gleichzeitigen, noch von einem vorher dagewesenen, war in keinem unserer Fälle die Rede, und wenn wir auch für die Pneumonia migrans im Allgemeinen zugeben wollen, dass ihre Ausbreitung an die eines Erysipelas sehr lebhaft erinnern kann, so glauben wir doch, dass es falsch ist, daraus auf eine nahe Verwandtschaft oder gar Identität beider Processe zu schliessen, wie dies mehr oder minder direct von Waldenburg, Friedreich (ll. cc.) und Zuelzer (Ziemssen's Handbuch II, 2) geschehen ist; dass es vielmehr richtig ist, was Strümpell sagt: es habe diese rein äusserliche Aehnlichkeit zu vielerlei verkehrten Vorstellungen Anlass gegeben.

Als Anhang theile ich einen Fall von „centraler Pneumonie" mit, der nur dazu dienen mag, die Kasuistik in dieser Beziehung zu erweitern; schriftliche Notizen über andere Fälle der Art, die mir mit aller Bestimmtheit vorgekommen sind, besitze ich leider nicht mehr. Ich glaube aber, dass die meisten Kliniker eine centrale, d. h. physikalisch nicht nachweisbare Pneumonie anerkennen werden; nur Lépine (l. c.) drückt seine Zweifel darüber aus.

Der Fall betrifft einen 28jährigen Arbeiter J., der am 25. November 1878 in die medicinische Klinik hierselbst aufgenommen und am 23. December 1878 entlassen wurde.

Er war früher stets gesund gewesen, erkrankte am 21. November Abends mit heftigem Schüttelfrost, nachfolgender Hitze, Stechen in der linken Seite, Husten und Kurzathmigkeit, schlief in der Nacht schlecht und expectorirte vom nächsten Tage ab ein zähes, mit etwas Blut untermischtes Sputum. Bei seiner Aufnahme konnte folgender Status notirt werden.

Kräftig gebauter Mann, Haut etwas feucht, Lippen und Wangen leicht cyanotisch gefärbt. Kein Herpes, 42 Respirationen in der Minute; die linke Thoraxhälfte bewegt sich etwas schwächer als die rechte. Temperatur über 40°; im auffallenden Gegensatz dazu die Pulsfrequenz: 76 in der Minute! Die einzelnen Pulse voll und weich. — Die Percussion ergiebt durchweg normale Verhältnisse, bei der Auscultation hört man überall vesiculäres Athmen, hinten links unten bei tiefen Inspirationen zuweilen unbestimmtes Rasseln. Patient hustet in mässiger Menge ein zähes, z. Th. rostfarbenes Sputum aus. Leichte Albuminurie. Sonst absolut nichts Abnormes. Sensorium völlig frei. Patient klagt nur über die Stiche in der linken Seite. Bis zum 28. November blieb der Zustand des Kranken ganz derselbe, namentlich der Befund über den Lungen negativ; das Seitenstechen hielt, wenn auch etwas abnehmend, bis zu diesem Tage an. Pleuritisches Reiben war nicht zu hören. Im Laufe des 28. November fiel die bis dahin sehr hohe Temperatur auf 37° unter starkem Schweiss. Die auffallend niedrige Pulsfrequenz (ca. 70) ging noch weiter herunter, auf 44, selbst 40 Schläge und blieb 7 Tage lang so (Pat. hatte zu keiner Zeit Digitalis erhalten, nur Sol. Natr. nitric. 5—200 2stündlich 1 Esslöffel), hob sich dann ein wenig und schwankte von da ab bis zu seiner Entlassung zwischen 50 und 60. Der Urin war nach der Krise dauernd eiweissfrei.

Patient war bereits aufgestanden und fühlte sich, abgesehen von etwas Seitenstechen, ganz wohl bis zum 7. December, an diesem Tage trat leichte Temperaturerhöhung (38°) ein, die Schmerzen wurden etwas stärker, so dass Pat. sich wieder zu Bett legte, und 8 Tage lang blieben die Beschwerden vermehrt, wenn auch immerhin in sehr bescheidenen Grenzen, ebenso die Temperatursteigerung. Der physikalische Befund blieb dauernd so gut wie negativ — links hinten unten nach Hustenstössen und bei ganz tiefen Inspirationen spärliches, dumpfes Rasseln, welches rechts fehlte. Auch auf der linken Seite verlor es sich, so dass Pat. am 23. December geheilt entlassen werden konnte. — Vielleicht ist also dieser Fall unter die recidivirenden Pneumonien zu rechnen. Leider vermag ich nicht mehr zu sagen, wie es in dem eben mitgetheilten Falle mit der Bronchophonie stand — die mir vorliegende Krankengeschichte ist etwas fragmentarisch, und ich weiss nicht, wie weit ich meinem Gedächtnisse trauen darf. Ich möchte aber diese Gelegenheit benutzen, um grade das Verhalten der Bronchophonie nach abgelaufener Pneumonie zu erwähnen. Die Angaben der Autoren sind keineswegs übereinstimmend; bei Vielen findet sich gar nichts darüber.

Bekannt ist es, dass oft lange Zeit nach der Krise nicht blos verschärftes Athmen und Rasselgeräusche [so macht z. B. Grisolle (l. c.) auf die Häufigkeit derartiger Erscheinungen aufmerksam, die sich viele Wochen lang halten können], sondern selbst Bronchialathmen und Bronchophonie hörbar sind, während die Kranken (oder eigentlich nun Gesunden) sich absolut wohl fühlen, nicht husten u. s. w. Ein Parallelgehen beider Erscheinungen (d. h. Bronchialathmen und Bronchophonie) findet nun nicht immer statt, wie ja das auch sonst nicht ohne Weiteres der Fall ist; schon Skoda (Abhandlung über Percussion und Auscultation) hat darauf hingewiesen.

Lebert (l. c.) giebt an, dass die Bronchophonie durchschnittlich früher aufhört als das bronchiale Athmen — ich möchte grade das Gegentheil behaupten. Ich wüsste mich keines Falles von Pneumonie zu entsinnen, wo nicht Ungleichheiten in der hörbaren Stimme viel länger persistirt hätten, als Abweichungen des Athemgeräusches, und soviel ich weiss, immer habe ich, wenn längst Bronchialathmen verschwunden und wieder durch vesiculäres ersetzt war, die Stimme auf der erkrankt gewesenen Seite deutlicher gehört als auf der gesunden, mitunter Wochen lang. Ziemssen (l. c.) erwähnt, dass er Bronchialathmen und Bronchophonie bisweilen noch 2—3 Wochen nach der Entfieberung fortbestehend gefunden habe, erwähnt aber keine Unterschiede im Verhalten beider; er betont jedoch die Wichtigkeit der Auscultation der Stimme ganz besonders.

V. C. Hueter. Grundriss der Chirurgie. Leipzig 1884. Verlag von F. C. W. Vogel. Ref. Kolaczek.

Der Hueter'sche Grundriss der Chirurgie in seiner zweiten, von Lossen sorgfältig durchgesehenen Auflage liegt vor uns. Das Bedürfniss einer neuen Auflage dieses Werkes nach Ablauf von kaum zwei Jahren seit dem ersten Erscheinen desselben beweist seine günstige Aufnahme bei Aerzten und vielleicht auch Studirenden. Jenen musste es willkommen sein, einen Grundriss der Chirurgie in ihrer neuesten Phase aus der durch ihre meisterhafte Darstellungskunst rühmlichst bekannten Hand eines Hueter geliefert zu bekommen, wenn sie auch andererseits vorbereitet sein konnten, einen gewissen, hier und da hervortretenden Subjectivismus mit in den Kauf zu nehmen. Die Studirenden wieder hatten das lebhafte Bedürfniss, zunächst für den beschränkten Schulzweck, nach einer Darstellung der gesammten Chirurgie in nuce, wie sie ihnen in keinem der gebräuchlichen Lehrbücher geboten war. Einen Grundriss der Chirurgie mussten sie also vor Allen freudig begrüssen. Ob sich ihre Hoffnungen erfüllt haben? Das erscheint zweifelhaft, da dieser Grundriss einen solchen Umfang erreicht hat, dass es ihnen unter den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gegebenen Verhältnissen kaum möglich sein dürfte, während ihrer so kurzen academischen Lernzeit durch die Fülle des gebotenen Materials mit dem Erfolge sich hindurchzuarbeiten, dass sie das ganze Gebiet gleichmässig zu übersehen vermöchten und überall genügend Bescheid wüssten. Zudem mussten sie bald zur Ueberzeugung kommen, dass in vielen Dingen zwischen den in diesem Grundrisse niedergelegten und den ihnen von ihren Lehrern vorgetragenen Anschauungen eine missliche Differenz bestand. Diese hat eben in dem schon erwähnten ausgeprägten Subjectivismus der Hueter'schen Lehrart ihren Grund. Besonders machte sich derselbe im Gebiete der allgemeinen Chirurgie geltend.

Vielleicht aus dem zuletzt erwähnten Grunde begann Lossen bei der Vorbereitung der 2. Auflage des „Grundrisses" mit dem speciellen Theile. Hier konnte nämlich die von der Pietät gegen den kürzlich Verstorbenen dictirte Schonung des von demselben Geschaffenen noch am Ehesten geübt werden. L. begnügte sich deshalb mit einfach formellen Aenderungen, einer präciseren Darstellung der Diction, wo es nöthig war, der Zerlegung des etwas dickleibigen Bandes in drei Abtheilungen und dem Hinzufügen des auf dem Gebiete der speciellen Chirurgie in jüngster Vergangenheit hervorragend Geleisteten. Somit hat sich der Umfang dieses Hauptheils des Grundrisses sogar um etwas erweitert, also seinem Zwecke, Grundriss zu sein, wohl noch mehr entfremdet. Leider sind manche, von der Logik geforderte Aenderungen in der Anordnung des Stoffes unterblieben. So z. B. muss die Darstellung der Magenresection, vielleicht auch der Gastrostomie, aus dem Kapitel über Krankheiten der Speiseröhre entfernt werden. Dann dürfte es sich empfehlen, die Krankheiten des Mastdarms gesondert von denen des übrigen Darmcanals zu behandeln, da es sich eigenthümlich ausnimmt, die laparotomischen Eingriffe erst hinter der Behandlung der Hämorrhoidalknoten erörtert zu finden. Auch darf die Besprechung des Mastdarmkrebses und des Exstirpatio recti nicht zusammenhangslos an zwei verschiedenen, von einander weit abgelegenen Stellen stattfinden. Uebrigens dürfte auch des Mastdarmkrebses nicht gelegentlich der Abhandlung über Darmstricturen Erwähnung gethan werden; vielmehr müsste er in den Paragraphen, der von den Geschwülsten, besonders des Rectum handelt, eine eingehende Berücksichtigung erfahren. Die Hüter'sche Theorie über die Aetiologie der habituellen Scoliose und des Klumpfusses tritt allzusehr in den Vordergrund, zumal sie kaum von irgend einer Seite her Anerkennung gefunden hat.

Durchgreifendere Aenderungen hat sich L. mit Recht veranlasst gesehen, im allg. Theile des Grundrisses vorzunehmen. Trotzdem er hier Manches, vornehmlich auf dem Gebiete der Bacteriologie neuerdings Geleistete hinzugefügt hat, ist doch der Umfang dieses Theiles geringer geworden, weil andererseits Vieles fortgefallen und gedrängter zusammengefasst worden ist. Die materiellen Aenderungen springen besonders in den Kapiteln, die der Lehre von der Entzündung angehören, in die Augen. L. hat sich mit Recht entschlossen, zum Theil unter Berufung auf neueste experimentelle Thatsachen den exclusiv mycologischen Standpunkt Hueter's in der Entzündungsfrage zu verlassen und den Werth desselben als eines noch theoretischen deutlicher hervorzuheben. Doch hat in der Entzündungslehre nach meinem Dafürhalten die allgemeine Pathologie eine für einen Grundriss der Chirurgie noch zu weit gehende Aufnahme gefunden. Dafür aber dürfte die allgemeine Geschwulstlehre eine relativ zu knappe Berücksichtigung erfahren haben.

Nach alledem dürfte Hueter's Grundriss der Chirurgie richtiger in die Reihe der Handbücher einzureihen sein. Als solches hat es seine grossen Vorzüge, den einheitlichen Guss, die klare und gefällige Form der Darstellung, und wird in der Pflege Lossen's einen noch grösseren Werth erhalten, wenn seine bessernde Hand durch gewisse Rücksichten sich weniger beschränkt fühlen wird.

VI. Aus den Verhandlungen im preussischen Abgeordneten Hause über den Etat der Universitäten am 1. Februar 1884.

II.

Herr Virchow erkannte zuvörderst an, dass auch die Universitäten, wie alle menschlichen Einrichtungen mit allerlei Fehlern behaftet seien und Niemand im Hause bezweifeln werde, dass es recht nützlich sei, wenn von Zeit zu Zeit ein Collegium über ihre Mängel öffentlich gelesen werde. Alsdann wendete er sich speciell gegen Herrn Reichensperger. Dieser habe vor Jahren, sagt Virchow, eine allgemeine Anschuldigung erhoben wegen Cliquen-Wesens auf Universitäten. Meine Herren, fuhr der Redner fort: ich habe nie behauptet, dass es absolut keine Cliquen auf den Universitäten giebt. Wie sollte es zugehen, dass unter so vielen Leuten sich nicht einmal hier und da Parteien zusammenthun und specielle Interessen verfolgen. Aber dass dies zu irgend einer nennenswerthen Höhe sich entwickelt hätte, dass es gewissermaassen eine Eigenthümlichkeit der Universitäten geworden wäre, wie Herr Reichensperger das früher darstellte, das wird wohl gegenwärtig keinerseits behauptet werden.

Wir freuen uns dieser Darlegung umsomehr, als in der That die vorjährige Entgegnung Virchow's zu Missverständnissen geführt hat, für die er am wenigsten die Verantwortlichkeit zu tragen hat. Die Angriffe der Herren Windhorst und Reichensperger waren ja zweifellos unqualificirbar. Ihnen lag daran, zunächst nachzuweisen, dass die gerügten angeblichen Fehler und Mängel der nothwendige Ausfluss seien des Systems der deutschen Universitäten überhaupt, mit ihrer den Herren so unangenehmen akademischen Freiheit. Letztere energisch gewahrt zu haben, ist ein zweifelloses Verdienst Virchow's. Unrichtig aber war es, wenn Andere diese verdiente Zurückweisung Windhorst's und Reichensperger's so auffassten, als seien die Facultäten der deutschen Universitäten, und besonders die medicinischen paradisische Gemeinwesen, in denen man sich nur von Milch und Honig nähre. Davon ist, wie Herr Virchow mit Recht betont, nicht die Rede, und so wird es denn auch wohl der Kritik nicht verwehrt werden können, vorkommenden Falles sich der inneren Thätigkeit der Facultät zuzuwenden. Freilich un poco piu di luce liegt ganz gewiss im Interesse der Facultäten selbst, von denen manche ihre Verhandlungen am liebsten für alle Zeit in geheimnissvoller klösterlicher Abgeschiedenheit zurückhalten möchten, und es doch nicht einmal verhindern können, dass wichtige Gutachten, fast dem Wortlaute nach, in politischen Blättern veröffentlicht werden, noch ehe sie an die hohe Adresse gelangt sind! — Etwas mehr Oeffentlichkeit, wie sie von der Majorität der Facultäts-Mitglieder zweifellos auf allem anderen Gebieten unseres socialen und politischen Lebens verlangt wird, würde gerade derartige in der That nicht zu rechtfertigende Vorfälle verhindern.

Indessen der Atta-troll-Standpunkt gehört zu den weit verbreitetsten, und so will denn Jeder Freiheit und Oeffentlichkeit nur nicht da, wo sie ihn vielleicht etwas unsanft berühren. In solchem Falle stellt er flugs sein Amendement „im Interesse seiner Kunst".

Kehren wir nach dieser kleinen Abschweifung zu der Rede Virchow's zurück. Mit Recht legte er dar, die Universitäten sollten Pflanzschulen sein, „aus welchen immer neue Lehrkräfte in üppiger Abundanz hervorgehen und zwar, wenn möglich, wie das in der Natur auch ist, in so grosser Abundanz, dass sie nicht alle unmittelbar für den Lehrzweck gebraucht werden können. Mit dem Wissen, was sie haben, können sie ja auch auf anderen Gebieten befruchtend wirken. Auch die Vorzüglicheren, die zunächst als Privatdocenten in das Lehrfach eintreten, können doch unmöglich alle zu ordentlichen Lehrerstellen gelangen, denn dann müsste dieses Haus ganz ungemessene Summen mehr bewilligen, als es gegenwärtig der Fall ist."

Wir leben ja, fuhr er fort, wie Sie wissen, „in einer Zeit, wo die Königl. Staatsregierung — keineswegs in Uebereinstimmung mit den Statuten der Universitäten — eine grosse Zahl von Extraordinarien ernannt hat, man kann sagen, honoris causa, denen sie kein Gehalt giebt. Ich habe von jeher den Standpunkt vertreten, dass das eine ungehörige Einrichtung sei, dass jeder ausserordentliche Professor, dem man ein bestimmtes Lehramt überträgt, auch Anspruch auf eine Staatsbesoldung haben muss. Indessen, die Thatsachen liegen anders.

Wenn Sie die Beilagen zu unserem Etat durchsehen, so werden Sie finden, dass eine ausserordentlich grosse Zahl von nicht besoldeten Extraordinariaten existirt, und ich will besonders betonen, nicht etwa blos vorübergehend, sondern ein ganz grosser Theil der Träger dieser Extraordinate bekommt während des grössten Theiles ihres Lebens gar nichts. (Hört! hört! links.)

Auf diese Weise wird schon gegenwärtig zum Theil eine Art von wissenschaftlichen Proletariats geschaffen, dessen sich der Staat nach meiner Auffassung nicht rühmen kann. Wir haben das auch früher schon wiederholt hervorgehoben; derartige Zustände sollten in der That nicht existiren. Man könnte, wie das in Frankreich Sitte ist, einen professeur aggregé ernennen, also einen Suppleanten, der für eine gewisse Zeit ernannt wird, und wenn er nicht wieder ernannt wird, ausscheidet. Wenn man aber dauernd einen Docenten zu einem in den Statuten als solchem anerkannten Amt beruft, dann muss man ihn auch in die Lage bringen, dass er wenigstens existiren kann. Nun, meine Herren, drängen die Privatdocenten begreiflicherweise immerfort darnach, Extraordinarien zu werden, und es ist ihnen ganz recht, wenn sie zunächst auch nur als unbesoldete angestellt werden, in der Hoffnung natürlich und in der ganz sicheren Zuversicht, dass sie nach einiger Zeit weiter kommen. Wenn nun ein solcher Mann einen Ruf ins Ausland bekommt, so müsste man nach Herrn Reichensperger gleich sagen: der Mann hat einen Ruf ins Ausland bekommen, den müssen wir hier behalten, der muss eine Stellung bekommen. Wir waren immer der entgegengesetzten Meinung. Wenn die Universitäten wirklich gute Pflanzschulen für neue Docenten sind, dann muss auch Abfluss sein, und in der That kann keine Universität, die eine grosse Production von neuen Kräften hat, ohne „Export" existiren. Das ist das erste Erforderniss. Ja, ich muss sagen, das war von jeher ein besonderer Ruhmestitel der deutschen Nation, dass sie so viel produciren konnte, dass sie nach allen Seiten hin, nicht bloss den Nachbarnationen, sondern sogar weit hinaus bis in die fernsten Gegenden, bis nach Amerika, bis nach Australien, Lehrstühle mit deutschen Kräften besetzen konnte."

Virchow macht endlich die neue deutsche Wirthschaftspolitik dafür verantwortlich, dass die Disposition der Nachbarn, sich deutsche Gelehrte zu holen, in fühlbarer Weise leidet. Sie habe den deutschen Namen in aller Welt verhasst gemacht.

Nicht unsere Aufgabe ist es, hier über die deutsche Wirthschaftspolitik ein Urtheil zu fällen. Aber ist es richtig, dass der Export deutscher Gelehrter abgenommen hat, so dürften andere Gründe näher liegen. Gewiss hat die Qualification unserer jungen Gelehrten nicht gelitten, aber wenn von einem Hasse der übrigen Völker gegen uns die Rede sein kann, der sie selbst auf so neutralem Gebiete blind macht, so sind es gerade die jüngsten Grossthaten des deutschen Volkes, die ihn hervorgerufen haben. Das Wort des Marschalls Moltke, Deutschland habe sich durch seine Siege wohl Hochachtung, aber keine Liebe erworben, trifft auch für fernliegende Fragen zu.

Im Uebrigen ist auch vielleicht, gerade weil die deutsche Wissenschaft mit so grossem Erfolge die Lehrmeisterin Völker war, das Bedürfniss nach deutschen Forschern in neuester Zeit ein geringerer geworden, ein Punkt, auf den der Minister v. Gossler später zurückkam.

Was die Frage der Privatdocenturen, und ausserordentlichen Professuren

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

selbst anlangt, so ist sie allerdings gerade für die medicinischen Facultäten, wenigstens für einige von ihnen, eine in der That fast brennende geworden. Sie ist aber eine so wichtige und für die Zukunft der medicinischen Facultät, und damit der wissenschaftlichen Medicin überhaupt, so einflussreiche, dass sie einer eingehenderen Erörterung bedarf, der wir uns nicht entziehen werden.

Wir halten, mit allem Freimuth mag es gesagt sein, den von Herrn Virchow eingenommenen Standpunkt nicht für den richtigen. Das Anerkenntniss aber werden wir die Letzten sein, ihm zu versagen, dass er vollkommen consequent ihm entsprechend handelt, und verneinend stimmt, wo die von ihm grundsätzlich zutreffende Voraussetzung nicht zutrifft, während man nicht überall die Motive zu erkennen vermag, aus welchen diese oder jene Ernennung erfolgt bezw. eine andere ausbleibt.

Das Missliche der jetzigen Zustände wird noch durch die grosse Verschiedenheit der einschlägigen Verhältnisse an den deutschen Facultäten erhöht, so dass eine Reform dringend geboten ist. Indessen zuvörderst wollen wir den Herrn Minister reden lassen.

VII. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am Montag den 11. Februar 1884 im Architectenhause.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Schriftführer: Herr A. Fraenkel.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

Herr Lewinski ersucht die Mitglieder des Vereins ihm behufs seines Referates möglichst viele Thermometer zur Untersuchung zur Verfügung zu stellen.

1. Herr Pedell: Ueber Gicht und Nierenschrumpfung bei chronischer Bleivergiftung. (Der Vortrag wird demnächst in dieser Wochenschrift in extenso abgedruckt werden.)

2. Zur Discussion über den Vortrag des Herrn Kempner über die Arsenikbehandlung der Tuberculose erhält das Wort:

Herr P. Guttmann: Ich habe das Wort erbeten, nicht um gegen die Arseniktherapie der Lungenschwindsucht in dem Sinne zu sprechen, als sei sie ohne jeden Werth, sondern nur um die sanguinischen Hoffnungen zu dämpfen, welche in der Schrift von Buchner an diese Therapie geknüpft worden sind, die Hoffnung nämlich, dass es gelingen werde, in nicht sehr vorgeschrittenen Fällen Stillstand bezw. Heilung herbeizuführen und in vorgeschrittenen erhebliche Besserung. Nun hat schon Herr Kempner in seinem Vortrage gezeigt, dass diese Erwartungen in den von ihm mit Arsenik behandelten Fällen nicht erfüllt worden sind; ich möchte aber stärker als Herr K. betonen, und zum Theil abweichend von seinen Angaben, dass nach meinen Erfahrungen der Arsenik nur eine Wirkung bei der Lungenschwindsucht hat, und diese auch nur in einem Theil der Fälle, dass nämlich unter seinem Gebrauche öfters eine Zunahme des Körpergewichtes eintritt. Andere Wirkungen hat der Arsenik nicht, insbesondere wird der Krankheitsprocess durch ihn absolut nicht beeinflusst. Dieses Urtheil gründet sich auf Erfahrungen an 44 Phthisikern, die ich mit Arsenik behandelt habe. In der grösseren Mehrzahl dieser Fälle war die Phthisis sehr vorgeschritten, zum Theil in den letzten Stadien, in der Minderzahl war sie weniger vorgeschritten, der Process auf die oberen Lungenlappen beschränkt. Von diesen 44 Phthisikern sind 11 gestorben; ich will sie ausfallen lassen aus der Statistik über den Werth des Mittels, weil sie dasselbe nur kurze Zeit, längstens einige Wochen gebraucht haben. Es bleiben somit 33 noch lebende Phthisiker; 6 von ihnen haben den Arsenik nur 1—3 Wochen gebraucht, 25 haben ihn 7—8 Wochen genommen und 2 Kranke 14 Wochen (mit kurzer dazwischen liegender Pause). Die Dosirung geschah genau nach der Vorschrift von Buchner, nämlich 1 gr arsenige Säure auf 2000 gr Wasser, und davon täglich 5 mal 4 Ccm in Flüssigkeiten (Milch, Bouillon, etc.) gemischt, sodass also pro Tag 1 cgr arsenige Säure gebraucht wurde. In einzelnen Fällen habe ich mit der Hälfte der Dosis begonnen, bin aber nach wenigen Tagen zur vollen Dose aufgestiegen. Die Objecte der Beobachtung waren:

1. Der Einfluss auf das Körpergewicht. Zu diesem Behuf fanden wöchentlich Körperwägungen statt, wie dies auch schon vor Gebrauch des Arseniks und ebenso nach Aussetzen desselben regelmässig geschehen war, so dass auch eine vergleichende Uebersicht über die Schwankungen des Körpergewichts in den von einer Medication unbeeinflussten Zeiten des Krankenhausaufenthalts zur Beurtheilung vorlag.

2. Der etwaige Einfluss auf den Fieberverlauf; zu diesem Behuf 2—3 mal täglich Temperaturmessungen, in einzelnen Fällen bis 6 mal täglich.

3. Der etwaige (von Buchner behauptete) Einfluss der Behandlung auf den objectiven Lungenbefund.

4. Die Wirkung des Arseniks auf den Magen, sowie die sonstigen Intoleranzerscheinungen des Organismus gegen seinen Gebrauch.

Was zunächst den Einfluss auf das Körpergewicht betrifft, so war derselbe in 14 Fällen unzweifelhaft nachweisbar und zwar in 12 Fällen schon in der ersten Woche, in 2 Fällen in der zweiten Woche. Die Gewichtszunahme war mehreremals eine sehr beträchtliche, wie sie sonst innerhalb einer so kurzen Zeit unter den im Ganzen genommen ziemlich gleichmässigen Ernährungsverhältnissen der Schwindsüchtigen in einem Krankenhause nicht beobachtet wird und auch bei den betr. Kranken nicht beobachtet worden war vor dem Gebrauch des Arseniks. Diese Zunahme des Körpergewichts fand sich selbst bei solchen Phthisikern, die nicht unerheblich fieberten; auch unter den 11 Gestorbenen war sie in 3 Fällen innerhalb der ersten Woche des Arsenikgebrauchs deutlich bemerkbar. Es betrug die Zunahme des Gewichtes in den 14 Fällen in der ersten Woche (bez. in 2 von diesen Fällen erst in der 2. Woche) 1 mal 5,5 kgr, 2 mal 2,3 kgr, in 4 Fällen 2 kgr, in 2 Fällen 1 kgr und 4 mal unter 1 kgr. In der späteren Zeit des Arsenikgebrauches schwankte das Körpergewicht, bald nahm es etwas zu, bald wieder ab, und am Schluss der Versuche, nachdem der Arsenik ausgesetzt worden war, ergab sich folgendes Resultat: Das Gewicht war gestiegen 1 mal um 4,5 kgr, 3 mal um 3 kgr, 3 mal um 2 kgr, 4 mal um 1,5 kgr, 2 mal um 1 kgr, und 1 mal um 0,5 kgr. Nach Sistirung des Arseniks ist das Gewicht nur noch bei 2 Kranken gestiegen, in den anderen Fällen theils etwas gesunken, theils hat es sich noch einige Zeit erhalten. Diesen 14 Fällen mit gesteigertem Körpergewicht stehen 19 gegenüber, bei welchen eine Gewichtsabnahme stattgefunden hat. Die stärkste Abnahme betrug 6 kgr, die geringste 1 kgr.

Was nun zweitens den behaupteten Einfluss des Arseniks auf den Fieberverlauf betrifft, so muss ich denselben nach meinen Erfahrungen läugnen. Vergleicht man die Temperaturcurven von Phthisikern vor, während und nach dem Arsenikgebrauch, so wird man einen Einfluss der Medication nicht bemerken, sondern nur solche Schwankungen der Temperatur finden, wie sie innerhalb der Phthise auch ohne jede Medication so äusserst häufig vorkommen. Ganz prägnant kennzeichnet sich die Wirkungslosigkeit des Arseniks auf den Fieberverlauf gerade an solchen Temperaturcurven, welche ziemlich regelmässigen hectischen Fiebertypus zeigen. Ich habe eine solche Curve mitgebracht, die durch 8 Monate fortgeführt ist. Sie werden daraus ersehen, dass vor, während und nach dem Arsenik-Gebrauch nahezu die gleichen Excursionsgrössen zwischen der subnormalen Morgentemperatur und der erhöhten Abendtemperatur bestehen.

Was drittens den behaupteten Einfluss auf den Lungenbefund betrifft, so muss ich denselben ebenfalls durchaus läugnen. Dass der Krankheitsprocess durch Arsen nicht beeinflusst wird, sondern seine weiteren Fortschritte macht, zeigt ja schon das Fortbestehen des Fiebers an. Und auch in den Fällen, wo Fieber vorübergehend nicht bestand, liess sich eine Besserung in dem Lungenbefunde nicht nachweisen. Im Gegentheil — am Schlusse der Versuche konnte man bei den meisten Kranken und zwar nicht ausschliesslich blos bei denjenigen, die eine Gewichtsabnahme erfahren hatten, ein Fortschreiten des Processes wahrnehmen.

Was viertens die Wirkung des Arseniks auf den Appetit betrifft, der sich angeblich oft zu Heisshunger steigern soll, so habe ich auch das nicht beobachten können. In einigen Fällen wurde allerdings der Appetit besser als er war, in anderen war er gut geblieben wie vorher, in mehreren aber wurde er so bedeutend vermindert, dass ich gezwungen war, den Arsenik auszusetzen. Als Intoleranzerscheinung des Organismus gegen den Arsenik will ich ferner erwähnen, dass in einigen Fällen Kopfschmerz und Schwindelgefühl, in einigen anderen Kolikerscheinungen, auch leichte Schmerzen im Magen, in einem Falle Salivation auftraten. Auch diese Erscheinungen zwangen mich in einzelnen Fällen den Arsenik auszusetzen.

Dies, m. H.!, sind die Ergebnisse meiner Versuche. Soviel geht aus den bisher vorliegenden Mittheilungen über Arsenikbehandlung der Phthise hervor, dass sie nicht wirkt im Sinne Buchner's, nach dessen Theorie der Arsenik eine erhöhte Resistenz der Gewebe bez. des Lungengewebes bewirke, wodurch die Vermehrung der Bacillen beschränkt und verhindert und so der Krankheitsprocess zum Stillstand gebracht werde. Auch dass der Arsenik, prophylaktisch genommen, im Stande sein solle, die Lungenschwindsucht zu verhüten, wie Buchner glaubt, muss im höchsten Grade bezweifelt werden. Es ist nicht bekannt, dass Arbeiter in Arsenik-Bergwerken immun sind gegen Lungentuberculose. Thiere aber, und speciell Rinder, erkranken nach einzelnen vorliegenden Beobachtungen in arsenhaltiger Athmosphäre leichter als in arsenfreier. Erst kürzlich hat, nachdem schon bezügliche Mittheilungen früher von Siedamgrotzky und Haubner veröffentlicht waren, Dr. Johne, Prof. an der Thierarzneischule in Dresden (Fortschritte der Medicin, Band I., 1883, No. 21) mitgetheilt, dass in den Freiberger Hütten bei dem Rösten der Erze ein Rauch entwickelt werde, der sogenannte Hüttenrauch, welcher erhebliche Mengen von arseniger Säure enthalte, und dass dort die Rinder in grosser Zahl an Lungentuberculose zu Grunde gehen. J. glaubt, dass der Arsenik in der Luft, der von den Thieren inhalirt werde — er findet sich in ihren Lungen —, der sich aber auch der Vegetation mittheile als Niederschlag und so mit der Nahrung der Thiere in den Körper gelange, die prädisponirende Ursache sei der

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lungentuberculose. Man braucht ja dieser Auffassung nicht unbedingt zuzustimmen, das aber geht aus den beobachteten Thatsachen hervor, dass die Inhalation des Arsenik bezw. der Genuss desselben mit dem Futter nicht immun macht gegen Lungentuberculose.

Ich bin auch überzeugt, dass, wenn man phthisische Sputa mit arseniger Säure mischte, in der Verdünnung, wie wir den Arsenik therapeutisch geben, und sie überimpfte auf Thiere, die Sputa ihre Infectionskraft behalten würden.

Schliesslich möchte ich noch bemerken, dass, obwohl nach diesen Erfahrungen die arsenige Säure einen Einfluss auf den phthisischen Krankheitsprocess durchaus nicht hat, sie sich doch zu einem Versuch bei dieser Krankheit empfiehlt, in der Aussicht, der fortschreitenden Abmagerung wenigstens vorübergehend ein Ziel zu setzen und event. vielleicht das Körpergewicht erhöhen zu können.

Herr Fraentzel: Es ist immer misslich, in therapeutischen Fragen zu discutiren, weil meist Erfahrung gegen Erfahrung gestellt wird, und selbst der Hörer kaum jemals erkennen kann, auf welcher Seite etwa Beobachtungsfehler begangen sind. Ich glaube aber, man muss bei der Therapie der Lungentuberculose von bestimmten, aus der Erfahrung gewonnenen Prämissen von vornherein ausgehen. Nachdem die Inhalationstherapie, wenigstens meiner Ueberzeugung nach, absolut Schiffbruch gelitten hat, wie die Versuche, die ich mit Herrn Geh. Rath Koch zusammen angestellt und mitgetheilt habe, wohl lehren, muss man versuchen, dem Tuberkel auf andere Weise im Organismus beizukommen. Deshalb ist der Gedanke richtig, durch innere Darreichung von Medicamenten wirken zu wollen, aber nur dann kann man sich einen Erfolg versprechen, wenn man Mittel nimmt, welche direct giftige Wirkungen auf die Tuberkelbacillen haben, wie dies leicht bei Reinculturen zu erproben ist. Nach diesem Princip haben wir unsere Mittel zu den Inhalationsversuchen gewählt; Medicamente, welche ohne jeden Einfluss auf die Bacillen im Reagenzglase sind, werden wohl kaum schon a priori als nutzbringend im menschlichen Körper angesehen werden können. Der Arsenik ist, wie im Reichsgesundheitsamt festgestellt wurde, in seinen verschiedenen Verbindungen absolut unwirksam auf die Tuberkelbacillen.

Ich glaube überhaupt, die Häufigkeit der Anwendung des Arseniks wird übertrieben. Man hat gesagt, in Steiermark essen die Bauern, namentlich die Bauernfrauen und Bauernmädchen, vielfach Arsenik. Ich bin zwei Jahre in Steiermark Wochen lang gewesen und habe nach solchen Orten, wo dies Sitte wäre, nach einzelnen Arsenikessern gefragt, man hat mir keinen Ort, wo dies wirklich geschieht, keinen einzelnen Fall zeigen können. Daher halte ich die ganze Geschichte für einen Mythus, so lange man mir nicht den thatsächlichen Beweis bringt, dass wirklich Arsenik in der allgemein erzählten Weise zu kosmetischen Zwecken benutzt wird.

Weiterhin hat Herr Guttmann bereits die Mittheilung von Johne erwähnt. Bei der Hüttenrauch-Pneumonie handelt es sich um reine Tuberculose. Man mag Rinder bringen, woher man will, kommen sie in den Hüttenrauch, so sterben sie unrettbar an Tuberculose, selbst wenn man die Ställe, in welche das neue Vieh aus der Ferne gebracht wird, vorher auf das sorgfältigste desinficirt. Nun glaube ich nicht, dass die Thiere blos Arsenik inhaliren, welcher in dem Hüttenrauch in grosser Menge vorhanden ist, sondern dass sie auch, da sich der Arsenik überall niederschlagen wird, ordentlich Arsenik per os einführen. Trotzdem sterben sie an Tuberculose.

Ich war nach alledem von vornherein gegen die Arseniktherapie schon eingenommen und habe mich bereits am 15. Juni v. J. vor der militärärztlichen Gesellschaft in einem Vortrage gegen dieselbe ausgesprochen, nachdem ich schon 1877, als ich meine Versuche mit Kreosot anstellte, auch Arsenik angewandt hatte. Ich habe damals nichts über diese Versuche publicirt, weil eben nichts zu publiciren war. Jetzt habe ich, nachdem von Neuem der Arsenik so sehr gepriesen war, mich der Aufgabe nicht entziehen können, neue Versuche anzustellen und mit diesen Herrn Stabsarzt Dr. Groppe, der jetzt auf meiner Abtheilung in der Charité functionirt, beauftragt. Da die Publication der dabei gemachten Erfahrungen in der nächsten Zeit erfolgen soll, will ich denselben nicht in den Details vorgreifen und daraus nur erwähnen, dass das Mittel bei 59 Kranken angewandt wurde. Bei einer grossen Zahl konnten wir nicht damit fortfahren, weil zu schwere Digestionsstörungen auftraten. Es sind dabei auch wöchentliche Gewichtsbestimmungen gemacht, wie ich dies ja schon bei meinen Kreosotversuchen aus den Jahren 1876 und 1877 erwähnt habe, aber die Gewichtszu- und Abnahme hängt von so vielerlei Umständen ab, dass sie nicht allein beweisend ist. Wir sehen Leute ins Krankenhaus kommen, die in den ersten Wochen colossal an Gewicht zunehmen, weil sie beinahe verhungert sind, wenn sie aufgenommen werden. Dann spielen auch manche Zufälligkeiten mit, so z. B. nahm ein Kranker um 10 Pfund zu, von denen der grösste Theil auf eine rapide sich entwickelnde amyloide Degeneration der Leber zu schieben war. Einen Einfluss auf den Process in der Lunge habe ich niemals vom Arsenik gesehen und möchte dies der Kreosotbehandlung gegenüber ausdrücklich betonen, nachdem ich auch genaue Untersuchungen auf die Menge und Beschaffenheit der Tuberkelbacillen bei Arsenik- und Kreosottherapie habe anstellen lassen.

Schon seit Jahren habe ich nach einem Mittel gesucht, die unglücklichen Schwindsüchtigen, welche Mangel an Geld und häuslicher Pflege in das Krankenhaus treibt, wo sie oft erst nach Jahren zu Grunde gehen, wenigstens, wenn die Krankheit noch nicht weit vorgeschritten ist, vorübergehend oder gar für längere Zeit wieder zu brauchbaren Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft zu machen. Im Laufe der Zeit ist es mir wirklich gelungen, manche ausgesuchte Fälle bei noch nicht weit vorgeschrittenem Process durch combinirte Anwendung von Kreosot, Leberthran, kalten Abwaschungen bei sorgfältiger Pflege, möglichst langem Aufenthalt in freier Luft und im Sonnenschein, im Winter so weit zu bringen, dass sie im Sommer wenigstens arbeiten können. In den letzten Jahren gelingt es uns wohl regelmässig jeden Winter bei circa 20 Kranken. Im Winter kommen sie meistens wieder, aber manche kehren doch drei, vier Sommer hinter einander zu ihrer Arbeit zurück. Ich möchte den Werth dieser Kreosotbehandlung auch nicht überschätzen, aber hervorheben, dass sie in der Privatpraxis doch noch günstigere Resultate liefert, wie im Krankenhause. Kreosot leistet nach meinen Erfahrungen zuweilen gute Dienste, Arsenik niemals.

Herr W. Lublinski: M. H.! Wenn ein Heilmittel gefunden wird, das sich gegen solche Krankheiten bewährt hat, die früher mit gar keinem oder doch nur geringem Erfolg behandelt worden sind, so liegt es recht nahe, dasselbe auch bei den Leiden zu versuchen, die sich bisher ebenfalls allen therapeutischen Bestrebungen unzugänglich erwiesen haben. So ist es auch mit dem Arsen gewesen und seiner Anwendung gegen die Phthise. Wie auch der Herr Ref. hervorgehoben, ist der Gebrauch dieses heroischen Mittels gegen Lungenkrankheiten schon ein recht alter, denn schon Dioscorides wandte dasselbe unter dem Namen Sandarak an, einer Substanz, die wir jetzt Realgar nennen. Späterhin im 16. Jahrhundert rühmte Georg Weith ein Electuarium gegen Brustkrankheiten, das Auripigment enthielt. Dann aber kam eine Zeit, in der das Mittel in Misskredit gekommen war, bis Harless es in neuerer Zeit wieder in seine Rechte einzusetzen versuchte. Nach ihm sind es aber vor allem die Franzosen, denen das meines Erachtens etwas zweifelhafte Verdienst zukommt, den Arsenik namentlich gegen die phthisischen Zustände angerathen zu haben. So haben schon Trousseau und Pidoux denselben gegen die Schwächezustände der Phthisiker angewandt; Gueneau de Mussy die Wirkung des arsenhaltigen Wassers von Bourboule gegen Phthise hervorgehoben; die Aerzte von Mont-Dore die Wirksamkeit ihrer Quellen auf den Arsenik zurückgeführt; Jaccoud denselben schon früher als Buchner zur Erhöhung der Lebensthätigkeit und Widerstandsfähigkeit des Organismus, sowie als Beruhigungsmittel bei nervösen Aufregungen in diesen Zuständen empfohlen. Alle diese Autoren übertraf aber Isnard, welcher dieses Medicament bei einer Reihe von Affectionen empfahl, in denen es bisher noch nicht angewandt wurde. So rühmte er den Arsenik bei sogenanntem Nervosismus, ferner bei Chlorosen, wo er bei Complication mit Neurosen besonders wirksam sein sollte, ja selbst bei schweren Fällen von Tuberculose, wo selbst eine Besserung der Diarrhoe, des Auswurfs, ja selbst des hectischen Fiebers eintreten sollte. Trotz dieser letzteren etwas weit gehenden Empfehlung habe ich in der Universitäts-Poliklinik des Herrn Prof. Joseph Meyer den Arsenik in Anwendung gezogen, einmal weil derselbe wirklich bei Chlorosen, die mit nervösen Zuständen verbunden waren, oft bedeutend bessere Dienste leistete, als andere Mittel, dann aber auch, weil, wie Flandin nachgewiesen, der Arsen auch durch die Lungen ausgeschieden wird und somit die Möglichkeit einer directen Einwirkung auf die erkrankten Theile immerhin gegeben ist.

Bei der Prüfung eines Heilmittels ist aber namentlich zweierlei zu beachten; einmal hat man sich die Krankheit selbst in gewisse Kategorien zu theilen, um zu erfahren, bei welcher von ihnen das Mittel angebracht ist, und zweitens hat man zu untersuchen, ob im anscheinend günstigen Falle das Mittel selbst die heilende Potenz gewesen ist oder nicht. Ich habe daher die 69 Phthisiker, welche ich mit Arsen behandelt habe, ähnlich wie dies schon Herr Fraentzel früher einmal bei einer ähnlichen Gelegenheit gethan hat, eingetheilt:

1. in solche, mit Katarrhen oder geringen Verdichtungen der Lungenspitzen, bei denen es entweder zu einem Stillstand oder Rückbildung des Processes durch Schrumpfung etc. gekommen war;

2. in solche mit ausgedehnten Heerden, bei denen zwar gewöhnlich unter hohem Fieber ein Zerfall des Gewebes stattfindet, aber der Gesammtorganismus noch wenig gelitten hat;

3. in solche mit colliquativen Zuständen oft unter Mitbetheiligung anderer Organe, namentlich des Kehlkopfs und Darms, der Nieren etc.

Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Was die Anwendungsform des Arseniks anbetrifft, so wurde bei meinen ersten Versuchen, die schon vor einigen Jahren stattfanden, Sol. Fowleri entweder rein oder in Verbindung mit einem Stomachicum, etwa Tct. Zingib. gebraucht. Auf diese Art wurden 23 Personen behandelt, die übrigen im vorigen Jahre nach der Buchner'schen Vorschrift. Jedoch schien das Resultat bei beiden Methoden kein verschiedenes zu sein. Die Zeit, in der Arsen genommen wurde, betrug je nachdem 14 Tage bis 3 Monate; im Durchschnitt wurde das Mittel 7—8 Wochen gebraucht und nur dann ausgesetzt, wenn unangenehme Nebenerscheinungen auftraten, was übrigens bei den Patienten der 1. und 2. Kategorie bei richtigem Verhalten selten, bei denen der 3., wie dies auch Buchner hervorhebt, sehr häufig geschah.

Was nun den Einfluss des Arsens anbetrifft, so war derselbe ein vollkommen negativer, trotz einzelner anscheinender Besserungen. Bei Feststellung des Localbefundes wurde nichts anderes wahrgenommen als bei den übrigen Behandlungsmethoden, d. h. manches Mal schien eine geringe Besserung eingetreten zu sein, oft aber auch nicht. Der Auswurf verhielt sich nicht anders wie zuvor; Puls und Respiration wurden nicht modificirt; die Temperaturcurve, welche äusserer Verhältnisse wegen leider nur in wenigen Fällen aufgenommen werden konnte, war nicht verschieden von der sonst bei Phthise üblichen; nur das Körpergewicht zeigte einige Besonderheiten.

Bei den Kranken der ersten Kategorie stieg dasselbe in 5 Fällen, fiel dagegen oder blieb sich gleich in 14; bei denen der zweiten stieg dasselbe in 8, fiel dagegen in 32 Fällen; bei denen der dritten nahm das Gewicht nie zu, sondern fiel beständig. Die Zunahmen schwankten von $^1/_2$—$1^3/_4$ Kgr., die Abnahme von 2—6 Kgr. Ziemlich conform der Ab- und Zunahme des Körpergewichts verhielten sich die nächtlichen Schweisse, welche mit Zunahme des Gewichts meist schwanden, mit Abnahme desselben jedoch fast immer eintraten.

Der Appetit war so, wie er bei Phthisikern gewöhnlich ist, wechselnd; jedoch konnte man bei vorsichtiger Darreichung des Mittels gastrische Störungen meistens vermeiden.

Um nun zu entscheiden, ob in den Fällen, in denen das Körpergewicht zugenommen, der Arsenik das wirksame Princip gewesen, wurden Phthisiker von anscheinend gleicher Constitution mit einem indifferenten Mittel, meist Tct. amar. behandelt, dabei das gleiche diätetische Verhalten vorgeschrieben und auch das gleiche Resultat erzielt, d. h. einige Kranke nahmen an Gewicht zu, die meisten jedoch mit dem Fortschreiten des Localprocesses ab. Die Phthisiker, welche in ein Krankenhaus aufgenommen werden, sind zu diesem Versuch meist nicht geeignet, da dieselben, wie schon Herr Fraentzel hervorhob, gewöhnlich im desolatestem Zustande dasselbe aufsuchen und meistentheils, namentlich in der ersten Zeit schon durch die bessere Verpflegung, bedeutend an Gewicht zunehmen, sodass ein Irrthum in der Beurtheilung leicht unterlaufen kann. Hier kann die private und auch die poliklinische Praxis, bei der die Patienten unter denselben äusseren Verhältnissen bleiben, strictere Beweise liefern.

Und wie sollte man auch etwas anderes, als Misserfolge bei der Arsentherapie erwarten, da die Stützen derselben auf so schwachen Grundlagen ruhen. Allerdings werden die Arsenikesser als Beläge für die Wirksamkeit des Mittels angeführt; aber wie schon Nothnagel und Rossbach und auch Herr Fraentzel soeben hervorgehoben, beruhen diese Angaben nicht auf wirklich glaubhafte Berichte, sondern auf Erzählungen von Novellendichtern; denn auch der Arsenikesser auf der Grazer Naturforscherversammlung ass nicht arsenige Säure, sondern wie Husemann berichtet, Schwefelarsen, das eben nicht resorbirbar und daher auch nicht giftig ist, und die geringen Spuren von Arsen, die sich im Urin desselben fanden, rührten von Verunreinigungen des Schwefelarsens mit derselben her. Verzehren aber die sog. Arsenophagen wirklich Arsenik, so sterben sie auch wie andere Menschen; so hat Schaeffer in Graz innerhalb 2 Jahren 13 Todesfälle nach Genuss eines Präparats, das zu sehr mit der resorbirbaren Säure versetzt war, beobachtet. Dass Buchner sich auf Schweizer Mädchenpensionate beruft, ist doch wohl kaum ernsthaft zu nehmen. Wenn aber ferner die Resultate der Behandlung von Hautkrankheiten mit Arsenik angeführt werden, so ist allerdings richtig, dass grosse Quantitäten des Mittels vertragen werden und die Efflorescenzen schwinden, aber die angebliche Glätte und Rundung der Haut und die übrigen hervorgehobenen Resultate habe ich trotz der vielfachen Erfahrungen in der Poliklinik nie beobachtet.

Was endlich die fäulnisswidrige Kraft des Arseniks anbetrifft, so ist dieselbe allerdings vorhanden und ist schon in den ältesten Zeiten bekannt gewesen, wie wir es z. B. in dem Apothekerbuch des Nicolaus Myrepsus angeführt finden. Jedoch ist dieselbe nicht constant; denn wenn auch die Entwickelung des Harn- und Milchferments unterdrückt wird (Boehm und Johannsohn), auch die Fäulniss der Muskeln, der Nerven und des Bluts sehr verzögert wird, so wird doch der Einfluss der geformten Fermente auf Gährungsvorgänge nicht beeinträchtigt. In einzelnen Fällen wird sogar die Fäulniss befördert, so bei der Hefe; auch gedeihen die Schimmelpilze besser, wie man das an der früheren Sol. Fowleri selbst, die ohne Spiritus bereitet war, erkennen konnte. Dass ein directer Zusatz von Arsenik zu den Sputis der Phthisiker den Bacillus der Tuberculose nicht vernichten kann, hat auch Herr Fraentzel soeben hervorgehoben.

Sieht man dagegen die Folgen, welche die chronische Arsenintoxication hat, so muss man wahrlich sagen, dass dieses Mittel nicht das so ersehnte antiphthisische Mittel sein kann. Denn schon die alten Aerzte gaben an, dass ausser den anderen hier nicht in Betracht kommenden Symptomen derselben, wie sie namentlich bei den Arbeitern in den Arsenhütten beobachtet worden sind, Ulcerationen in der Nase und dem Kehlkopf, hydropische Erscheinungen und endlich auch Lungentuberculose eintraten. Dem entsprechen auch die neuesten Beobachtungen der Thierärzte, die beim Rindvieh in den Arsendistricten Tuberculose beobachtet haben. Buchner giebt allerdings zu, dass der Arsen die Kehlkopf- und Bronchialschleimhaut reizt. Es soll aber diese Reizung anders localisirt sein, als die der Phthise, ebenso wie der Auswurf und die Art des quälenden Hustens, welche sogar zu Stauungen im Lungenkreislauf Veranlassung giebt, die zu Oedemen führen. Ich aber halte diese Erscheinungen für marantische, die eben in Folge der geschwächten Constitution entstehen. Dazu kommt noch, was schon allein die Anwendung des Arsens als unthunlich erscheinen lässt, die von Boehm hervorgehobene Verminderung der Leistungsfähigkeit des Herzmuskels, die unter anderem das Sinken des Blutdrucks und der Körpertemperatur genügend erklärt. Auf die weiteren experimentellen Arbeiten, wie die von Gaethgens und Kossel, welche bei grösseren Gaben eine Vermehrung des Stoffwechsels und eine Steigerung des Eiweisszerfalls beobachtet haben, will ich der vorgerückten Zeit halber nicht weiter eingehen. Jedenfalls zeigen dieselben auch das Unzweckmässige der Arsentherapie, ebenso wie die neueren Arbeiten von Binz und Schulz, auf welche der Herr Ref. nicht weiter eingegangen ist.

Im Uebrigen ist es nicht unnütz, bei dieser Gelegenheit an eine andere Krankheit zu erinnern, gegen die einst der Arsen als untrügliches Heilmittel angepriesen wurde. Es ist dies die Krebsdiathese, gegen die Lefébure, gestützt auf sehr ähnliche theoretische Voraussetzungen, wie Buchner, den Arsen so dringend empfahl. Aber ebenso schnell wie diese Therapie gekommen, ist sie auch verschwunden und ähnlich wird es auch der ihr so nahe verwandten antiphthisischen Arsentherapie Buchners ergehen.

Herr Karewski: M. H.! Ich habe Gelegenheit gehabt, eine Beobachtung zu machen, die vielleicht geeignet ist, einiges Licht auf die Frage von der Immunität gegen Tuberculose nach Gebrauch von Arsenik zu werfen. Im Mai vorigen Jahres bekamen wir in der Poliklinik des jüdischen Krankenhauses eine Frau mit malignen Lymphomen in Behandlung. Die etwa 45 Jahre alte Kranke bot das typische Bild der genannten Affection dar; schlechter Ernährungszustand, über den ganzen Körper verstreute grosse Drüsentumoren von der bekannten Beschaffenheit. Die Therapie bestand, wie immer in solchen Fällen, in parenchymatöser Injection von Sol. Fowleri (1 Tropfen anfangend, langsam steigend bis zu 10 Tropfen) und innerlicher Darreichung des gleichen Medicaments. Die Verabfolgung per os musste bald ausgetzt werden, weil der Appetit der Patientin darunter litt. Die Tumoren schwanden prompt und schnell, aber nach einiger Zeit entstand ein Urticaria-ähnliches, juckendes Exanthem, das die Frau entsetzlich quälte, und das zwang auch von den Injectionen abzustehen. Da nun Sol. Fowl. nicht ertragen wurde, so liessen wir jetzt Acid. arsenicos. mit Chinin in Pillen gebrauchen (0,006 pro die!) Der unmittelbare Effect war der, dass der Appetit der Pat. sich merklich hob, ihr Wohlbefinden zunahm, die Tumoren sich weiter verkleinerten. Diese Kranke nun, welche auf das Sorgfältigste beobachtet und untersucht wurde, hatte, wie fast alle an malignen Lymphomen Leidenden einen diffusen Bronchialkatarrh, der höchst wahrscheinlich mit den geschwollenen Bronchialdrüsen zusammenhing. Physikalisch war nichts nachweisbar. Jedenfalls wurde sehr häufig und sehr exact das Sputum auf Tuberculosebacillen untersucht, ohne dass es je gelang, auch nur einen nachzuweisen. Unter dem fortgesetzten Arsengebrauch (nach Verschwinden des Exanthems wurden von uns wieder von Neuem Injectionen gemacht, die Pillen wurden ausgesetzt wegen ihres hohen Preises und statt dieser Sol. ac. arsenicos. genau nach Buchner's Vorschrift gegeben) entstanden die bei der Resorption der Lymphome so häufig auftretenden hectischen Fieber, welche uns zwangen, die Arsenbehandlung eine Zeit lang gänzlich aufzugeben. Als die Lymphome aber wieder wuchsen, erhielt die Pat. auch wieder Buchner'sche Lösung. Der hartnäckige Bronchialkatarrh gab bis in den August hinein noch oft Ursache zur Untersuchung auf Bacillen; immer war das Resultat negativ. Als die Frau im September bettlägerig wurde, kam sie mir einige Wochen aus den Augen. Anfang October wurde bei ihr eine Infiltration der Lungenspitzen nachge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wiesen. Wiederum untersuchten wir auf Bacillen — und jetzt wurden solche in excessiver Massenhaftigkeit gefunden. Dementsprechend entstand jetzt eine sehr rapid verlaufende Galoppphthise; Ende October bestanden schon Cavernen, dieselben vergrösserten sich ausserordentlich schnell, Mitte December ging die Frau zu Grunde.

M. H.! Der Fall liegt etwas complicirt, und ich bin weit entfernt, denselben etwa als einen Beweis gegen die Vortheilhaftigkeit der Arsenbehandlung bei Phthisis anzuführen. Aber jedenfalls geht aus ihm hervor, dass Arsen nicht im Stande ist, vor Tuberculose zu schützen. Ich meine, dass es doch wohl nicht so sehr darauf ankommt, in welcher Form man das Arsen darreicht. Wenn dasselbe nicht als Sol. Fowl., nicht als Acid. arsenicos. mit Chinin, nicht als Buchner'sche Lösung vor der Tuberculose schützt, so wird es wohl überhaupt nicht gegen diese Krankheit immun machen!

VIII. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 13. Februar 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

1. Herr E. Küster stellt einen Kranken vor, einen 37jährigen Mann, der an den verschiedensten Punkten des Körpers eine Reihe von Geschwülsten darbietet, deren eine Gruppe sehr oberflächlich gelegen und etwas über die Oberfläche hervorragend, etwas pigmentirt erscheint; eine zweite Gruppe ist von nicht gefärbter, verschieblicher Haut bedeckt, und eine dritte spindelförmige Geschwulst liegt über dem rechten Ellenbogen, ziemlich genau im Verlaufe des Nervus radialis. Dass dieselbe mit dem Nerven in Beziehung steht, geht aus dem Umstand hervor, dass bei Druck auf die Geschwulst Schmerz in der Rückenfläche der drei ersten Finger empfunden wird. Nach der Untersuchung einer der kleineren Geschwülste am Oberarm, die Redner exstirpirt hat, glaubt derselbe annehmen zu müssen, dass es sich um diejenige Form fibröser Geschwülste handelt, welche Virchow als Fibroma molluscum beschrieben hat. Wahrscheinlich stellt auch die Geschwulst im Nerven eine fibröse Wucherung dar. In der Regel erreichen diese Tumoren keine allzu bedeutende Grösse, indessen giebt es von dieser Regel Ausnahmen, wie das bekannte Titelkupfer in Virchow's krankhaften Geschwülsten beweist. Redner legt Photographien von einem zweiten Falle vor, der eine Frau betraf, die vor einigen Jahren von einer grösseren Geschwulst befreit und geheilt wurde. Dieselbe ging aus von der Gegend der Lendenwirbelsäule nach rechts hinüber und stellte einen grossen Hautlappen dar, der über das Gesäss herunterhing; im übrigen war eine Anzahl kleiner Geschwülste über die ganze Haut zerstreut. Häufiger scheint es zu sein, dass diese Geschwülste solitär vorkommen, und man bezeichnet sie dann gewöhnlich als Elephantiasis mollis. Sie können dann eine wahrhaft enorme Grösse erreichen, wovon Redner selbst vor einigen Jahren einen Fall zur Beobachtung bekam. An den Genitalien finden sich gleichfalls derartige Geschwülste. Auch die von anderer Seite als Pachydermatocele beschriebenen Geschwülste dürften nichts Anderes darstellen.

Was die Behandlung des vorgestellten Falles anbetrifft, so liegt es nahe, die Geschwulst aus dem Nervus radialis zu exstirpiren, da in der Regel sich diese Geschwülste derart entwickeln, dass die Nervenfasern auseinandergedrängt werden, und man häufig zwischen den Nervenfasern leicht eindringen kann. Indessen dieses Verhalten ist nicht die absolute Norm, und die Möglichkeit dem Kranken eine Radialislähmung zuzufügen, muss von einem operativen Eingriff abhalten, zumal die Geschwulst — sie besteht seit 15 Jahren und ist in dieser Zeit kaum grösser geworden — so gut wie garkeine Beschwerden macht.

Von einigem Interesse hinsichtlich der Multiplicität des Auftretens ist auch ein zweiter Fall, den Redner vorstellt. Er betrifft einen 31jährigen Mann, der eine Reihe von Geschwülsten, vollständig zerstreut und ohne Symmetrie an seinem Körper trägt, die sich schon klinisch zweifellos als Lipome darstellen und sich dadurch auszeichnen, dass sie ziemlich scharf abgegrenzt sind. Sie unterscheiden sich hierdurch wesentlich von einem Falle, den Redner im vorigen Jahre behandelte, in welchem eine grosse Zahl von Lipomen völlig symmetrisch an dem Körper eines, ebenfalls in den mittleren Jahren stehenden Mannes auftraten. Einige dieser Geschwülste wurden exstirpirt, und eine locale Heilung erzielt, während an den übrigen Körpertheilen sich vollkommene Polysarcie entwickelte.

Redner beleuchtet mit einigen Schlussworten die von Virchow und Cohnheim aufgestellten Theorien der Geschwulstbildung und kommt zu dem Schluss, dass eine vollständige Erklärung für das Auftreten multipler Geschwülste weder in der einen, noch in der andern Theorie zu finden ist.

2. Herr Siegmund: Ein Fall von Chylurie. Der von Herrn S. mitgetheilte Fall betrifft einen 45jährigen Kranken, der, in Niederschlesien geboren, mit Ausnahme des Kriegsjahres in Frankreich, nie im Auslande gewesen ist. In seinem 17. und 18. Jahre soll er an hartnäckigem Intermittens gelitten haben. Während der Belagerung von Paris machte er eine vierzehntägige Dysenterie durch. Anfang vorigen Jahres klagte er über ausserordentliche Mattigkeit und Unruhe, die sich auch in den Schlaf hinein fortsetzte, er hatte profuse Schweisse, Ziehen im Rücken bis in die Oberschenkel, schmerzhaftes Ziehen im Unterleib und in den Hoden. Der Harn reagirt schwach sauer bis schwach alkalisch bei einem specifischen Gewicht von 1010—1023, ist weisslich gelb, gleichmässig trübe; beim Kochen fällt ein Coagulum von Eiweiss heraus. Nach Absetzen desselben bleibt die Flüssigkeit gleichmässig getrübt, was durch den Fettgehalt bedingt wird; nach Entfernung desselben erhält man eine gelatinöse Trübung der ganzen Flüssigkeit, die von einem in diesem Falle noch nicht untersuchten Eiweisskörper herrührt. Der Urin enthielt procentualisch 0,76—1,28 Chlornatrium, 1,35—2,72 Harnstoff, 0,12 bis 0,22 Eiweiss, 0,17—1,038 Fett. Auffällig ist der hohe Fettgehalt. Mikroskopisch zeigten sich nicht zahlreiche Fettkügelchen von mässiger Grösse, dagegen in ausserordentlicher Zahl Fett in molecularer Vertheilung. Von thierischen oder pflanzlichen Organismen war selbst bei einer Vergrösserung von 900 im frischen Harn nichts nachweisbar. Dieser Harn wurde nun in Häufigkeit und Menge überwogen von einem normalen Harn von entschieden saurer Reaction, hell strohgelber Farbe, vollkommen klar, nicht sedimentirend, ohne Spuren von Eiweiss, Fett und fremden Bestandtheilen.

Es wurden im Ganzen in 60 Tagen 428 Mengen Harn gelassen, also auf den Tag ungefähr 7. Davon waren 46 chylöser Harn, 13 schwach chylös, 369 chylusfrei. 9 Tage waren absolut chylusfrei, an 7 Tagen war nur einmal schwach chylöser Harn vorhanden. Die längste chylusfreie Zeit betrug 72 Stunden. Der chylöse Harn trat auf nach dem normalen in einem geringsten Abstand von $2^1/_2$ Stunden, einem grössten von $9^3/_4$ Stunden, im Durchschnitt $6^3/_4$ Stunden, und umgekehrt der normale Harn nach dem chylösen nach $1—6^1/_2$ Stunden, im Durchschnitt $2^1/_2$ Stunden. Wesentlich ist, dass der chylöse Harn fast immer nur einmal in 24 Stunden erschien, und zwar in der Zeit frühestens $2^1/_4$, spätestens $7^3/_4$ Uhr morgens, durchschnittlich zwischen 5 und 6 Uhr morgens.

Seit Anfang vorigen Jahres sind die Verhältnisse sich gleich geblieben mit dem Unterschied, dass sich das Allgemeinbefinden erheblich gebessert hat.

Was die Theorie der Chylurie anlangt, so möchte sich Herr S. dahin aussprechen, dass weder eine eigenartige Erkrankung der Nieren die Chylurie erzeugt, noch die Nieren eine Vermittlerrolle spielen, er neigt vielmehr der Ansicht zu, dass ein mechanisches Hinderniss besteht, durch welches auf der Strecke zwischen dem Nierenbecken und dem Anfang der Urethra die zwei Ströme aufeinander geleitet werden. Einen Fall, der ein sehr prägnantes Beispiel von einem solchen mechanischen Hinderniss hat Dr. Havelburg in Virchow's Archiv veröffentlicht. Hoppe-Seyler u. A. sprechen sich ebenfalls für diese Auffassung aus. Durch diese Annahme erklärt sich das plötzliche Eintreten und Aufhören der Chylurie. Dagegen lässt sie die typischen Intermissionen unerklärt, wie sie sich namentlich in dem mitgetheilten Falle so deutlich zeigten. Dass die horizontale Lage hierfür nicht bedingend ist, wurde in diesem Falle constatirt, auch blieb es ohne Einfluss, wenn man den Kranken bei Tage im Chloralschlaf liegen liess. Die eigentliche Krankheitsursache ist also noch keineswegs aufgeklärt, nur glaubt Herr S. die bei uns und in den Tropen vorkommende Chylurie vorläufig noch als zwei besondere Krankheitsbilder auseinanderhalten zu müssen.

Herr Senator hat vor einem Jahre ebenfalls einen Fall von Chylurie beobachtet und darüber vor Kurzem in der Charité-Gesellschaft ausführlich berichtet. In diesem Falle verhielt sich das wechselnde Auftreten des Harns ebenso wie in dem Falle Siegmund's. Mit Rücksicht auf diesen Wechsel in der Beschaffenheit des Harns wurde auch das Blut zur Tag- und Nachtzeit untersucht, aber zu keiner Zeit irgend etwas von Parasiten im Blut gefunden, auch zeigte das Blut keine fettähnliche Beschaffenheit. Der Harn enthielt ausser dem gewöhnlichen, durch Hitze coagulirbaren Eiweiss einen anderen Eiweisskörper, die Hemialbumose, dagegen kein Pepton, das Brieger und Andere gefunden haben, und keinen Zucker. Der Wechsel in der Beschaffenheit des Harns lässt sich, wie Herr S. annimmt, nicht in allen Fällen so erklären, wie Herr Siegmund es versucht hat, denn man hat Kranke die Lebensweise umkehren lassen, und dann trat am Tage chylurischer Harn auf; es dürfte also doch ein Zusammenhang mit der Ruhe des Körpers stattfinden. Ferner spricht sehr dagegen das Fehlen des Zuckers, der bekanntlich in der Lymphe immer enthalten ist.

Herr Ewald möchte das Auftreten der Chylurie mit dem Stadium der Verdauung in Zusammenhang bringen, in welchem sich das betreffende Individuum befindet. Das wechselnde Verhalten liesse sich nämlich durch Annahme einer Fistel erklären, die nach Art einer Klappenfistel durch einen Druck innerhalb der Gefässe geschlossen wird und sich beim Sinken des Druckes wieder öffnet: es liesse sich damit der Versuch begründen, die Kranken bei Tage auf eine Carenz zu setzen und zu beobachten, wie sich danach die Chylurie verhalten würde.

Herr Litten hat i. J. 1878 auf der Frerich'schen Klinik einen Mann

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im mittleren Jahren beobachtet, der an Intermittens litt. Es wurde abwechselnd ein chylurischer und ein normaler Harn beobachtet. Der erstere enthielt neben ziemlich grossen Quantitäten Fett, Eiweiss, Pepton, jedesmal rothe Blutkörperchen in mässiger Menge. Es konnte keine Constanz des Verhältnisses zwischen den Intermittensanfällen resp. der Apyrexie und dem Auftreten des fetthaltigen und fettfreien Harns constatirt werden, ebensowenig hatte die Behandlung mit Chinin Einfluss. Der Kranke gab bestimmt an, dass er den wechselnden Harn schon seit Jahren beobachte, allerdings litt er auch seit vielen Jahren an Intermittens.

Herr Virchow hält es im Gegensatz zu der Erklärung des Herrn Ewald für unwahrscheinlich, dass die Verdauung erst am Morgen ihren Einfluss auf die Chylusabscheidung geltend machen soll, und zeigt, dass es schwer ist, den Weg zu verfolgen, den der Chylus bis zur Blase zu machen hat. Wäre er primär in Lymphgefässen, so müsste er rückwärts gehen, was allen Erfahrungen widerspräche. Andererseits erscheint auch das Fehlen des Zuckers um so auffallender, als bei dem analogen Phänomen, welches die Elephantiasis lymphorrhagica liefert, Zucker vorkommt. Man wird nicht umhin können anzunehmen, dass der Chylus durch das Blut in die Peripherie gelangt und von dem Blut in die Lymphgefässe abgeschieden wird, es müsste also ein chylöser Zustand des Blutes der Abscheidung vorausgehen. Etwas anders liegen die Verhältnisse vielleicht in Bezug auf den chylösen Ascites; hier kommt allerdings eine so starke Anfüllung der Chylusgefässe des Darms bis zum Bersten vor, dass ohne Zweifel unmittelbar aus diesen Chylusgefässen die Lymphorrhagie zu Stande kommt. Im Umfange des Pancreas kommen auch gelegentlich auffallende Ectasien der Lymphgefässe mit colossaler Cystenbildung vor. — Herr Virchow möchte bei dieser Gelegenheit empfehlen, noch einige weitergehende Versuche anzustellen, namentlich hält er es für erwünscht, das Blut zu verschiedenen Zeiten zu untersuchen, und auch auf die quantitative Berechnung der absoluten Fettmengen die Aufmerksamkeit zu richten.

Herr Senator hält auch den Brieger'schen Versuch, nach welchem, wenn er den Kranken reichlich Fett zuführte, dadurch im Verhalten des Urins nichts geändert, namentlich auch die quantitative Menge nicht gesteigert wurde, für einen Beweis gegen die Auffassung des Herrn Ewald.

Herr Ewald glaubt sich von den beiden Vorrednern missverstanden. Er wollte hervorheben, dass das Auftreten des Chylus im Harn nicht mit der quantitativen Vermehrung des Chylus nach der Verdauung im Zusammenhang stehe, sondern umgekehrt abhängig sei von der Verringerung der Chylusmenge, resp. der Lymphmenge in den Blutgefässen während des nüchternen Zustandes, indem sich die von den Lymphgängen in die Harnwege führende Fistel bei sehr grossem Drucke schliesst und sich öffnet, wenn der Druck in den Lymphgefässen sehr gering ist, ebenso wie in gewissen Fällen von Pneumothorax die Fistel in die Lunge sich schliesst, wenn der Druck innerhalb des Brustkorbes sehr gross ist, und sich öffnet, wenn der Druck nachlässt.

Herr Siegmund erklärt zum Schluss, dass sein Fall noch nicht abgeschlossen ist, und dass namentlich die quantitative Berechnung der ausgeschiedenen Stoffe noch aussteht.

IX. Die Medicinalreform im preussischen Abgeordnetenhause.

II.

Der Abg. Graf ging hierauf über auf die Badische Verordnung vom 11. December 1883, und stimmte hier durchaus dem bei, was meinerseits in der Berliner medicinischen Gesellschaft dargelegt wurde. Er kam mit Recht zu dem Schlusse, dass diese Verordnung für Preussen nur eine theoretische Bedeutung habe, und keineswegs für unsere Verhältnisse ein bedenkliches Präjudiz schaffe.

Der Weg der Verordnung sei in Baden eben ein ganz anderer als in Preussen. Dagegen habe die landesherrliche Verordnung über Disciplinarkammern für Aerzte eine neue Berufspflicht eingeführt, die ethische Berufspflicht, indem sie sagt ganz analog einer in der Rechtsanwaltsordnung enthaltenen Bestimmung — dass Aerzte, welche durch ihr Verhalten der Achtung, welche ihr Beruf erfordert, sich unwürdig zeigen, bestraft werden mit Geldstrafe bis zu 200 Mark, beziehungsweise mit Entziehung des Wahlrechts für die ärztlichen Ausschusswahlen.

Graf wendete sich sodann der Abänderung des § 53 der Gewerbeordnung zu und stellte fest, dass die Regierungs-Vorlagen von 1882, wegen ihrer unklaren Fassung das Befremden der Aerzte hervorrufen und mit Recht abgelehnt werden mussten. Auf der anderen Seite sei es nothwendig erschienen, dass ein Arzt der die, durch seinen Beruf gegebene Vertrauensstellung zu verbrecherischen Handlungen missbrauche, nicht mehr in die Gemeinschaft der Aerzte gehöre. Abhilfe war insofern möglich als die Gewerbeordnung von 1845 eine Anzahl von Paragraphen enthält, welche im Gegensatz zur Rücknahme der Approbation auf dem blossen Verwaltungswege von der Entziehung der Approbation als Strafe in Folge richterlichen Erkenntnisses handelten, und im Anschluss an diese Paragraphen war denn auch bereits im Reichstage im Jahre 1869 die Vorlage gemacht worden, dass Aerzten, denen die bürgerlichen Ehrenrechte durch richterliches Erkenntniss entzogen seien, nun auch die Approbation entzogen werden könne. Die Berliner medicinische Gesellschaft hatte sich damals mit diesem Paragraphen einverstanden erklärt, allerdings mit dem Zusatze: „ausgenommen wenn ein solches Urtheil wegen politischer Vergehen oder Verbrechen erfolgt ist.“ Damals fiel dieser § 160 ganz weg; auf denselben konnte man aber jetzt zurückgreifen, die Einschränkung „wegen politischer Verbrechen oder Vergehen“ konnte nicht mehr beantragt werden, da die heutige Rechtsanschauung eine solche Kategorie überhaupt nicht mehr statuiren will, und es wurde nun auf Antrag der Aerzte der Zusatz aufgenommen, dass die Entziehung der Approbation nur für die Dauer der Aberkennung der Ehrenrechte stattfinden solle; so ist denn die jetzige Fassung zu Stande gekommen. Man ging dabei von der Voraussetzung aus, dass bei jeder derartigen Entziehung ein Gutachten der ärztlichen Vertretung einzuholen sei, was Seitens Baiyerns und Badens thatsächlich auch geschehen ist.

Was die Zeit vor der Emanation der Gewerbe-Ordnung anlangt, so wurde schon vor 1869 die Frage, ob die Aerzte auf dem Disciplinarwege zur Erfüllung ihrer Berufspflichten angehalten werden können, in verschiedenem Sinne beantwortet, und namentlich im Jahre 1840 bei Gelegenheit eines concreten Falles wurde im Königlichen Staatsministerium dieser Gegenstand erörtert und führte zu einem vollständigen Dissensus der Meinungen. Die eine Hälfte des Ministeriums stimmte mit Ja, die andere Hälfte, wozu auch der Justizminister Mühler gehörte, sprach sich dahin aus, dass gegen die Aerzte administrative Strafverfügungen lediglich nach den allgemeinen Grundsätzen polizeilicher Strafgewalt zulässig seien. Diese Differenz konnte einer Lösung nur dadurch unterzogen werden, dass sie durch Allerhöchste Cabinetsordre dem Staatsrath für innere und Justizangelegenheiten unterbreitet und demselben die Frage vorgelegt wurde, „ob über nicht beamtete Medicinalpersonen der vorgesetzten Medicinalbehörde eine disciplinare Strafgewalt dergestalt zustehe, dass gegen sie mit Ordnungsstrafen unter Ausschliessung der Provocation auf den Rechtsweg vorgegangen werden könne.“ Im Staatsrath wurde diese Frage dahin beantwortet, dass die Aerzte nicht in einem Beamtenverhältniss stehen, dass ein solches Beamtenverhältniss auch nicht hervorgehe aus dem Eide, den sie damals noch schwören mussten, „ihr Amt gewissenhaft zu verwalten,“ dass es auch nicht hervorgehe aus den Bestimmungen des Allgemeinen Landrechts, welche die Aerzte als solche Personen bezeichnen, die, ohne Officianten zu sein, doch dem gemeinen Wesen besonders verpflichtet sind, sondern dass ein Disciplinarverhältniss nur dadurch existire, weil den Aerzten die Ausübung der Heilkunde nur gestattet sei, wenn sie sich verbindlich machten, gewisse Leistungen oder Handlungen zu übernehmen. Es wurden deshalb Ordnungsstrafen gegen die Aerzte nur da für zulässig erachtet, wo sie die von ihnen übernommenen Verpflichtungen nicht erfüllten (das war z. B. die Einreichung der Quartalberichte u. s. w.). Es wurde die Disciplinarstrafe überall da ausgeschlossen, wo für solche Zuwiderhandlungen andere Strafbestimmungen existiren, sie wurde ausdrücklich ausgeschlossen für alle anderen ärztlichen Berufspflichten. Dass nun also, seitdem die Approbation keine solche Verpflichtung mehr involvirt, und der Eid weggefallen ist, auch jedes Disciplinarverfahren wegfallen musste, ist klar, und es ist auch in Preussen nie der Versuch gemacht, dasselbe wieder einzuführen.

Unsere Verpflichtungen und die für deren Verletzung festgesetzten Strafen beruhen, wie § 144 sagt, auf bestehenden Gesetzen.

Sie werden aus dem bisher Ausgeführten vernommen haben, dass die Medicinalgesetzgebung vielfach unklar und, wie die Erfahrung zeigt, auch verschiedener Auslegung fähig ist, dass dieselbe ferner die besonderen Verhältnisse des ärztlichen Standes nicht hinreichend würdigen kann, indem sie uns in der Gewerbeordnung mit ganz heterogenen Berufsarten, Schankwirthen, Schauspielunternehmungen u. s. w. zusammenstellt, und dass also die von uns stets geforderte Medicinalreform und Organisation des ärztlichen Standes nach wie vor als ein Bedürfniss anerkannt werden muss. In dieser Lage hat sich nun die Vertretung der deutschen Aerzte, repräsentirt durch den deutschen Aerztevereinsbund, mehrere Jahre hinter einander mit dieser Angelegenheit beschäftigt, und hat das, was die deutschen Aerzte wünschen und anstreben, in sogenannten „Grundzügen zu einer deutschen Aerzteordnung“ niedergelegt. Diese Grundzüge enthalten im wesentlichen Folgendes.

Sie fordern zunächst, dass die wirthschaftliche Freiheit des Standes gewahrt werden solle; ferner, dass allgemeine Regeln über die Stellung der Aerzte zu einander und zum Publikum aufgestellt werden, dass über die Abweichungen von denselben ärztliche Ehrengerichte entscheiden sollen, dass diese Ehrengerichte mit bestimmten Normen umkleidet werden sollen, welche eine gesicherte Rechtsprechung und eine geordnete Appellinstanz herstellen, dass namentlich bei Verletzung der ärztlichen Berufspflichten stets die Aerztevertretung vorher gehört werden möge und zwar gutachtlich, sobald es sich um diejenigen Fälle handelt, die unter das Strafgesetzbuch fallen oder bei denen es sich um die Entziehung der Approbation handelte, entscheidend aber bei allen Verletzungen der sogenannten ethischen Berufspflichten; ferner, dass in allen deutschen Staaten Standesvertretungen, sogenannte Aerztekammern, eingerichtet werden mögen, und endlich dass mit Hülfe dieser Standesvertretungen eine geordnete Mitwirkung der Gesammtheit der Aerzte an der öffentlichen Gesundheitspflege angebahnt werde; hierhin gehört dann die Anzeigepflicht, Beihülfe bei sanitären Angelegenheiten u. s. w.

Diese Grundsätze einer deutschen Aerzteordnung sind den Bundesregierungen und dem Reichstag mitgetheilt worden, und ich kann es dankbar constatiren, dass der Reichstag bei Berathung der Abänderung des § 53 der Gewerbeordnung ein so grosses Verständniss für unsere Angelegenheiten gezeigt hat. Er hat nämlich dazu folgende Resolution beschlossen:

> „Den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, Fürsorge zu tragen, dass dem Reichstage ein Gesetzentwurf über Herstellung einer Aerzteordnung vorgelegt werde, in welchen Organen der Berufsgenossen eine ehrengerichtliche Strafgewalt über dieselben beigelegt wird.“

Es hat nun in Folge davon der Herr Reichskanzler in einem Schreiben vom December vorigen Jahres die Bundesregierungen um Aeusserung über die Nothwendigkeit einer Aerzteordnung ersucht. Nach diesem Rundschreiben könnte es sich handeln um den Erlass von Vorschriften erstens über die Bedingung der Ausübung des ärztlichen Berufes, zweitens über die staatliche Beaufsichtigung der Berufsthätigkeit der Aerzte, und drittens über eine an Organe des ärztlichen Standes zu übertragende, disciplinare oder ehrengerichtliche Gewalt über die Berufsgenossen. Hier liegen nun meines Erachtens zwei Principien vor, die einander ausschliessen. Die Absicht des Reichstages bei Fassung der vorliegenden Resolution scheint mir unzweifelhaft; er will die Aufsicht über die Ehrenhaftigkeit der Standesgenossen in die Hände der Aerzte selbst legen, er will aber nicht die staatliche Beaufsichtigung der ärztlichen Berufsthätigkeit. Meine Herren, ich habe vorhin ausgeführt, dass eine solche staatliche Beaufsichtigung nicht einmal zu Recht bestanden hat unter den ganz anderen Verhältnissen des Jahres 1840.

Der Abgeordnete Windhorst sagte im April 1883 sehr treffend im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reichstag: Wollen wir den ärztlichen Stand auf der Höhe halten, auf der wir ihn halten müssen, dann wird es gar nicht anders gehen, als dass wir den Stand corporativ einrichten.

Meine Herren, es sind auch in unserer Mitte zwei Richtungen vertreten. Auf der einen Seite stehen die Vertreter des Individualismus, die andere Seite will die Einschränkung der Freiheit des Individuums durch die Organisation. Beide Theile sind aber darin einig, dass nur in einer freien inneren Entwickelung der Stand gedeihen kann, dass kein von aussen geübter Zwang im Stande ist, die Erfüllung von wissenschaftlichen und sittlichen Aufgaben zu sichern. Und wenn der Herr Cultusminister in seiner Rede im Jahre 1882 in anerkennender Weise von den schönen Blüthen sprach, welche das ärztliche Vereinsleben getrieben hat — unter einem disciplinaren Drucke seitens des Staats würden diese Blüthen bald verwelken.

Ich richte deshalb an den Herrn Cultusminister die dringende Bitte, seinen Einfluss dahin geltend zu machen, dass das preussische Votum auf die Anfrage des Herrn Reichskanzlers im Sinne der Resolution des Reichstages und der Anträge der Aerzte abgegeben werde, und insbesondere auch dafür Sorge tragen zu wollen, dass der Entwurf einer Aerzteordnung, bevor er dem Reichstage zugeht, der ärztlichen Vertretung zugänglich gemacht werde, damit diese sich darüber äussern kann. Ferner richte ich an den Herrn Cultusminister die in diesem Hause so oft befürwortete Bitte, die Organisation des ärztlichen Standes in Preussen als Grundlage der beabsichtigten Medicinalreform baldigst bewirken zu wollen. (Bravo! links.)

Herr Virchow hielt es für nothwendig, einige Bemerkungen zu machen, weil in der letzten Zeit eine Strömung hervorgetreten sei, die nach seiner und vieler anderer Aerzte Auffassung ein wenig über das Bedürfniss sowohl des Publicums und der Aerzte, wie des Staates hinausgeht.

Unter dem Ausdrucke staatliche Organisation des ärztlichen Standes kann man sich nur zweierlei denken, entweder man will auch die Aerzte in eine Art von Innungsverhältniss, eine Art gewerblicher Innung bringen, oder man will die Aerzte in eine Art von Beamtenstellung drängen. Nach beiden Richtungen hin seien die Aerzte nicht geneigt, sich dem zu fügen und sieht der Redner nicht ein, dass Staat und Gesellschaft das Bedürfniss hätten, eine so weitgehende Organisation vorzunehmen. Redner exemplificirt in dieser Beziehung ausser auf die Berl. Med. Ges. auch auf eine Zuschrift des Aerztevereins Frankfurt a. M., und glaubt, die Aerzte werden sich immer mehr überzeugen, dass es höchst bedenklich ist, die in der That freie Stellung, die sie jetzt als Gewerbtreibende einnehmen, gegen eine Art von Innungs- oder Beamtenverhältniss zu vertauschen.

Dagegen wünscht auch der Redner, dass den Aerzten eine Mitwirkung an gewissen allgemeineren Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege gesichert werde. Dieselben würden mit Vergnügen bereit sein, auch ohne besondere Entschädigung ihre Mitwirkung bei derartigen Aufgaben dem Staate zu gewähren. Er perhorrescirt aber jede „Organisation über das Bedürfniss hinaus" für Preussen. Es bestehe in Deutschland ein gewisses übles Vorbild darin, „dass in mehreren süddeutschen Staaten eine weitergehende Organisation in der That stattgefunden hat, welche zu einer Art von Vereinswesen geführt hat, das nahezu zu einer Art von Innungsverhältniss mit staatlicher Anerkennung gediehen ist. Wir im Norden sind durchaus nicht geneigt, in eine ähnliche Richtung einzutreten und für den Aerztestand eine gleiche Organisation mit Ehrengerichten, Aerztekammern und anderen ähnlichen Einrichtungen zu erwerben; wir werden sehr froh sein, wenn im ganzen die Regierung den Aerzten ihre Freiheit lässt und im übrigen ihnen Gelegenheit giebt, wo sie helfend bei grösseren Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege eintreten können, in einer ihnen angemessenen Stellung mitzuwirken. Damit wird auf beiden Seiten das Erforderliche geleistet sein."

Mit grosser Wärme tritt der Redner dafür ein, dass den beamteten Aerzten, bezüglich ihrer finanziellen Stellung und in ihrer Thätigkeit selbst gewährt werde, was den heutigen Verhältnissen der öffentlichen Gesundheitspflege entspreche. Man muss den beamteten Aerzten eine grössere Gewalt, eine grössere Initiative geben, als ihnen bisher zustand, und muss auf der anderen Seite auch die Verwaltungsbehörden in die Lage bringen, nicht etwa blos freiwillig, je nachdem es ihnen gut scheint, sondern nothwendigerweise auf gewisse Anzeigen der Physiker hin ein Verfahren eintreten zu lassen.

Redner weist auf die Viehseuchen hin, bezüglich deren den Behörden wie den Veterinärbeamten eine Stellung eingeräumt worden ist, wie sie die Menschenärzte nicht haben, und dass, wenn eine Viehseuche eintritt, ein Thierarzt viel mehr ausrichten kann als selbst der höchststehende Medicinalbeamte. Mindestens so weit wird man doch in Beziehung auf die Menschenseuchen gehen müssen, wie man gegenüber den Thierseuchen gegangen ist. Competenzen, wie sie da zugestanden sind, wo es nicht mehr in das Belieben des Amtsvorstehers oder des Landraths gelegt ist, ob er handeln will, sondern wo ihm gesagt wird, Du musst handeln, müssen auch die beamteten Aerzte haben. Freilich wird es darauf ankommen, sich die finanziellen Consequenzen klar zu machen. So gut, wie wir genöthigt sind, ein grösseres Stück Geld in die Hand zu nehmen, um das Gesetz über die Viehseuchen auszuführen, so wird mit der Zeit nichts übrig bleiben, als auch mehr Geld auszugeben zur Abhaltung der Menschenseuchen. Das werden Sie nicht ablehnen können, nachdem Sie gesehen haben, dass in der That ein solches Seuchengesetz einen wohlthätigen Einfluss ausüben kann. Nachdem auch in den Kreisen der Landwirthschaft allgemein anerkannt wird, dass eher eine Verschärfung als eine Milderung der Gesetzgebung herbeigeführt werden muss, möchte ich in der That glauben, dass der Herr Minister, wenn er an diese Gesetzgebung geht, hinausgehen darf über das, was die bisherige Gesetzgebung der Medicinalpolizei zugestanden hat, und über das, was seine unmittelbaren Vorgänger zugestehen wollten. (Bravo!)

Minister von Gossler: Ich halte es für berechtigtes, ja nothwendiges Bestreben, dass die Aerzte nicht müde werden, Organisationen zu gewinnen, um aus einer gewissen schiefen Stellung, in welche sie gelangt sind, herauszukommen, und ich bin der Letzte, der nicht nach der Richtung hin ein volles Verständniss hat. Mir sind auch die Gegensätze bekannt, die in den Reden des Herrn Abgeordneten Graf und des Herrn Abgeordneten Dr. Virchow etwas zur äusseren Erscheinung kamen, aber ich glaube, so schroff braucht man die Antithesis nicht zu stellen, wie es der Abgeordnete Dr. Virchow thut, indem er sagt: „Innungen oder Beamte"; ich glaube, man kann noch andere Wege finden.

So weit ich mir die Sache gedacht habe — und ich bin ja auch zu einer gewissen Formulirung gekommen — halte ich es für das richtige — auch vom Standpunkte des Herrn Virchow aus, der meines Erachtens mit Recht den Schwerpunkt darin findet — dass man die grosse Kraft der Aerzte mehr in den Dienst des Vaterlandes stellt, oder mit anderen Worten, dass man ihnen in reicherem Maasse Gelegenheit giebt, an den grossen Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken. Wenn man dieses Ziel erreichen will, so bleibt meines Erachtens nichts anderes übrig, als die Aerzte in gewisse Organisationen und zwar derart zusammenzufassen, dass man, ebenso wie es bei den Anwaltskammern geschehen ist, sie gliedert nach den staatlichen Verwaltungsbezirken, und dass man der so geschaffenen Organisation insbesondere einen wesentlichen Inhalt in der Richtung giebt, dass man Delegirten dieser Aerztekammern, wie ich sie nennen will, die Möglichkeit gewährt, sich staatlichen Behörden anzugliedern. Hat man erst einmal eine solche Organisation und marschirt die Sache gut, so wird natürlich alles Uebrige leichter in Bewegung kommen. Ich glaube, wenn man gegenwärtig zu sehr auf ein gewisses Disciplinarrecht hinzielt und noch manche andere gute Wünsche hinstellt, so häuft man die Schwierigkeiten zu sehr, mehr als dass man die Sache fördert. Ist eine Organisation, wie ich sie skizzirt habe, geschaffen, dann wollen wir vertrauensvoll sehen, wie die Sache sich weiter entwickelt.

Auch nach einer anderen von den Herren Vorrednern berührten Richtung hin, betreffs der besseren Einrichtung unserer staatlichen Medicinalbehörden, hoffe ich bald zu einem gewissen Abschluss zu kommen. Ich erkenne durchaus an, dass unsere Physiker gemäss den sanitären Aufgaben, die ihnen zufallen, nach verschiedenen Richtungen anders gestellt werden müssen. Auch in dieser Beziehung glaube ich, dass man zu einer erträglichen Formulirung kommen wird. Ob ich nun gerade, wie der Abgeordnete Dr. Virchow ins Auge fasst, das Vorbild in dem Viehseuchengesetz werde finden können, oder ob ich mich an andere Organisationen anzuschliessen habe, wird Gegenstand der Erwägung sein, aber ich glaube, im allgemeinen werde ich mich mehr der letzteren Auffassung zuneigen.

Die Frage nach der communalen Organisation der Gesundheitspflege in den Ortsgesundheitsräthen wird hierbei zu lösen sein, und man wird dabei auch in die Lage kommen, unsere höheren Organisationen, die Provinzialmedicinalbehörden und die wissenschaftliche Deputation in den Kreis der Organisation zu ziehen.

Ich kann nur versichern, dass ich sehr glücklich sein werde, wenn es möglich ist, diesen Gedanken zu realisiren, sei es auf preussischem Gebiet, sei es, soweit es die ärztliche Organisation betrifft, auf dem Gebiete des Reichs. Wenn neue Anregungen in dieser Richtung gegeben sind seitens Mecklenburgs, Bayerns und Badens, so wird man, auch ohne in eine Kritik dieser Bestrebungen einzutreten, jedenfalls dankbar anzuerkennen haben, dass auch die Regierungen dieser Staaten mit Vorschlägen hervortreten. Ich hoffe, dass auch auf diesem Gebiet, sei es in Preussen, sei es im Reich, man zu erfreulichen Zuständen gelangen wird. (Bravo!)

Herr Thilenius glaubt, dass die von dem Minister proclamirten Grundsätze geeignet sind, die ganze ärztliche Welt und zwar beide sich gegenüberstehende Richtungen zu befriedigen. Persönlich ganz auf dem Standpunkt des Herrn Virchow stehend, kann Herr Thilenius durchaus nicht der „Meinung beitreten, dass uns etwa die Unterstellung unter das Gewerbegesetz in unserm Stand heruntergedrückt habe. Ja, meine Herren, ich fühle mich durchaus nicht bedrückt, ich habe in der Gemeinschaft mit biedern Handwerkern vor dem Gesetz — denn um etwas anderes handelt es sich ja gar nicht — mich sehr wohl gefühlt und ohne jede Bedrückung gewirkt." Gegen den Zusatz zu § 53 der Gew.-Ordn., betreffend die Entziehung der Approbation der Aerzte wegen durch Gericht erkannten Ehrverlustes, erklärt sich Herr Thilenius auch heute noch.

Herr Loewe-Bochum hatte geglaubt, dass die Regierung im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege sich der von ärztlichen Vereinigungen gebotenen Mittel und Kräfte bedienen und den Vereinen dadurch Ansehen und Bedeutung geben werde. In den Aeusserungen des Herrn Ministers hat ihn besonders erfreut, dass er weder alle Mitwirkenden zu Beamten machen will, noch den Beamten Alles überlassen, sondern plant die ärztliche Beamtenschaft einerseits und die Thätigkeit der ärztlichen Vereine andererseits aneinander zu fügen und so zu erhöhter Wirksamkeit zu bringen.

Nach Schluss der Debatte wendete sich Herr Graf in einer persönlichen Bemerkung gegen die Herren Thilenius und Virchow.

Letzterem sei die Autorschaft der Ideen einer Organisation des ärztlichen Standes zuzuschreiben, und sei er für dieselbe nicht nur in seiner medicinischen Reform vom Jahre 1849, sondern auch im Jahre 1872 eingetreten. Da die Frage seit 1872 nicht von der Tagesordnung verschwunden sei, so bedaure er, dass Herr Virchow die Aenderung seiner Anschauung nicht schon früher documentirt habe.

Virchow glaubt dem gegenüber constatiren zu können, dass er niemals seines Wissens den Satz vertheidigt habe, dass die Organisation des ärztlichen Standes vom Staat ausgehen sollte. Vielmehr habe er immer den Satz vertheidigt, dass die Aerzte sich aus sich selber organisiren und auf diese Weise sich eine gewisse Anerkennung im Staate verschaffen sollten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

X. Journal-Revue.

Innere Medicin.

1.

Multiple Fibrome der Haut und der Kehlkopfschleimhaut von Dr. Theodor Hering. — Warschau. Gazeta lekarska No. 3. 1884.

Verfasser theilt einen von ihm im St. Rochus-Hospital beobachteten Fall mit, in welchem bei einem 33jährigen Beamten, dessen Mutter auf der Kopf- und Rückenhaut mit kleinen nicht weiter wachsenden Fibromen behaftet gewesen war, von Kindheit an die ganze Haut vorwiegend am Rumpfe mit den bekannten Molluscum-Geschwülsten sich bedeckt hatte, welche schliesslich die Zahl von 1500 Stück erreichten, an Grösse zwischen dem Umfang eines Hirsekorns bis zu dem eines Hühnereies variirten, ohne dass bis vor 2 Jahren das Allgemeinbefinden durch die Neubildung alterirt war. Dann erst stellte sich Husten mit reichlicher Hämoptoë, und nachdem derselbe zurückgetreten war, Heiserkeit mit Athmungsbeschwerden ein, welche sich zu nächtlichen Erstickungsanfällen steigerten.

Lauter Stridor, beschleunigte Respiration (36 in der Minute), heftiger Schmerz beim Schlingen fester Speisen, quälender Frühhusten mit geringem eitrigem Auswurfe, nächtliche Suffocations-Anfälle waren die hervorstechendsten Krankkeitserscheinungen bei fieberlosem Verlauf. Die objective Untersuchung ergab ein Infiltrat der linken Lungenspitze, das linke Ligament. ary-epiglotticum um's Doppelte verdickt, die hintere Kehlkopfswand gleichfalls angeschwellt, auf der letzteren in Höhe des linken Processus vocalis kammartige Wucherungen der Schleimhaut, welche den Rand eines den genannten Fortsatz einnehmenden Geschwürs bildeten.

Unter diesem Geschwür wurde eine kirschgrosse röthlichgelbe von oben glatte, von der Seite körnige Geschwulst bemerkt, welche mit ihrer Vorderfläche die Luftröhre erreichte, beim Einathmen sich etwas nach unten senkte, beim Ausathmen sich unter den wenig veränderten wahren Stimmbändern versteckte. Nachdem wegen drohender Erstickung die Tracheotomie ausgeführt worden war, entwickelte sich nach einer einleitenden Lungenblutung eine acute Exacerbation des Lungenleidens, welcher der Kranke nach einigen Wochen erlag. Die Section ergab ausser alten bronchopneumonischen Heerden der linken Lunge frische Miliar-Tuberculose beider Lungen und am Kehlkopf nachstehenden Befund:

Auf der hintern Kehlkopfswand in der Nähe des linken Ary-Knorpels ein tiefes $\frac{3}{4}$ cm breites Geschwür, dessen linker und unterer Rand stark verdickt, und mit gelblichen, hirsekorngrossen Knötchen besäet, dessen oberer und rechter Rand mit zahlreichen kleinen warzenartigen Auswüchsen bedeckt war, neben welchen rechterseits eine haselnussgrosse, 2 cm hohe Geschwulst über dem Geschwür herüberhing und dasselbe theilweise bedeckte. Das Geschwür war mit gelber eitriger Masse bedeckt, und reichte bis an den linken Processus vocalis, dessen Knorpel necrotisch und von einer Eiterhöhle umgeben war, welche mit dem Geschwür durch eine kleine Oeffnung communicirte. Der Giessbeckenknorpel war gesund, nur seine Umgebung und die hintern Enden der falschen Stimmbänder waren infiltrirt. Unter den wahren Stimmbändern befand sich in der Luftröhre oberhalb der tracheotomischen Wunde ein kleineres Geschwür, dessen Ränder ähnlich wie das obere mit warzenartigen Excrescenzen bedeckt war.

Die mikroskopische Untersuchung stellte heraus, dass die genannte Kehlkopfgeschwulst, deren Epithelialdecke verhornt war, vorwiegend aus sternförmigen Zellen zusammengesetzt war, innerhalb einer homogenen nur leicht faserigen Intercellularsubstanz von netzartigem Gefüge, welches aus Rund- und Spindelzellen enthaltendem Bindegewebe gebildet war. Zahlreiche erweiterte Gefässe durchsetzen die Neubildung, deren unterer Theil einzelne, gut erhaltene Schleimdrüsen birgt. Einen ähnlichen Bau hatte auch die untere warzige Geschwulst in der Luftröhre, desgleichen die oberen warzigen Excrescenzen, und sind demnach ebenso, wie die auf der Haut befindlichen Neubildungen als weiche Fibrome anzusehen.

Die Geschwüre gaben die bekannten Formelemente tuberculöser Processe zu erkennen. von Kaczorowski.

Augenheilkunde.

1.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. XIX. Jahrgang. Juli 1881.

1. Zur Flüssigkeitsströmung in der Linse, von Dr. Samelsohn.

Auf Grund von zwei Beobachtungen, bei Cataracta traumatica, veranlasst durch das Eindringen von Eisensplittern in das Auge, sowie durch die neueren Experimentalarbeiten, glaubt Verfasser, dass der von hinten nach vorn gerichtete grosse Flüssigkeitsstrom des Auges in dem Canalis Petiti sich stauen und von hier aus in den Linsenäquator eintrete. Derselbe durchsetzt nunmehr centripetal die ganze Linse, um sich am vorderen Pole derselben zu sammeln und von hier aus centrifugal nach der Ansatzgegend der Zonulafasern zu strömen, woselbst er die Linse verlässt und in die hintere Kammer eindringt. Horstmann.

2. Beitrag zur Pathologie des Farbensinnes, von Dr. Ph. Steffan. A. v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie, XXVII. 2. 1881.

St. beobachtete bei einem 62jährigen Farbendrucker, der früher einen vollständig guten Farbensinn hatte, nach einem apoplectiformen Anfalle, das Auftreten von totaler Farbenblindheit auf beiden Augen, ohne dass die centrale Sehschärfe oder das Gesichtsfeld darunter gelitten hätte. Der Augenspiegelbefund zeigte keine Abnormität. Nach vier Jahren wurde der Patient einer wiederholten Untersuchung unterzogen. Jetzt war die totale Farbenblindheit einer ausgesprochenen Grünblindheit gewichen bei Herabsetzung der Empfindung für alle übrigen Farben. Die centrale Sehschärfe, sowie das Gesichtsfeld, zeigten das normale Verhalten.

Der Krankheitsfall spricht auf das Entschiedenste dafür, dass in unserem Centralorgan ein besonderes Farbencentrum besteht. Indessen kann auf der anderen Seite auch wieder nicht geleugnet werden, dass Störungen in der Retina, wie in den leitenden Nervenfasern Anomalien des Farbensinnes zur Folge haben können. In jedem Fall basirt ein normaler Farbensinn auf der normalen Function aller drei Abschnitte des nervösen Sehapparates, der Retina, der Sehnervenfasern und des Farbensinncentrums.

Wenn auch durch die Young-Helmholtz'sche Theorie manche Zustände bei Farbenblindheit nicht erklärt werden können, so muss der mitgetheilte Fall jedenfalls eher als ein Beweis für die Richtigkeit dieser Theorie, als für die der Hering'schen angesehen werden.

Horstmann.

Arzneimittellehre.

2.

Du traitement de l'alcoolisme par la strychnine; par le docteur Dujardin-Beaumetz. (Bull. gén. de thérap. Jan. 1884.)

Es war besonders Luton, der der Strychninbehandlung in allen Perioden des Alkoholismus das Wort redete. Beim Delirium tremens gab er zwei- bis dreimal täglich 5 Milligramm Strychnin. sulf. in subcutaner Injection; innerlich verabfolgte er 0,03 von demselben Präparate in refr. dosi oder 0,20 Extract. Nucum vomicarum oder 8,0 Tinctura Strychni innerhalb 24 Stunden. Luton geht sogar so weit, dass er das Strychnin als ein Präventivmittel ansieht und verlangt, dass allen alkoholischen Getränken eine gewisse Menge Strychnin beigemengt werde. Nach den Experimenten, welche Amagat am Kaninchen anstellte, ist der zwischen Alkohol und Strychnin bestehende Antagonismus gleichfalls erwiesen. — Seine eigenen Untersuchungen und Erfahrungen haben den Verf. zu der Ueberzeugung geführt, dass das Strychnin in der That das beste Mittel zur Bekämpfung der nervösen Manifestationen des Alkohols, der Trunkenheit und des Delirium tremens sei. Es verhüte die Berauschung und wirkt dem acuten Delirium der Säufer entgegen, aber es vermag nichts zu leisten gegen die Alterationen der verschiedenen inneren Organe, die in Folge der local irritirenden Wirkung des Alkohol entstanden sind. —

In der Société de Biologie vom 8. December 1883 (Le Progrès méd. Nr. 50/1883) berichteten Marié und Dubois, dass Natrium santonicum seine anthelminthische Wirkung auch dann entfalte, wenn es auf anderem Wege als per os dem Organismus zugeführt werde. Sie hatten einem Hunde 1,0 Natrium santonicum, in 5,0 Wasser gelöst, subcutan injicirt und nach Verlauf einiger Minuten wurde in der diarrhoischen Stuhlentleerung des Thieres ein Dutzend todter Spulwürmer gefunden. — In der vor der Injection erfolgten Darmentleerung entdeckten sie keinen einzigen derartigen Parasiten. Rabow.

Zur Behandlung von Geschwüren mit Magisterium Bismuthi. Von Dr. Truckenbrod, I. Assistenzarzt der Würzburger Poliklinik (Aerztliches Intelligenzblatt. 1883 No. 5).

Verf. hat in der Würzburger Poliklinik, angeregt durch frühere Mittheilungen von Toledano und Balne, Versuche gemacht, Wunden mit Magisterium Bismuthi zu behandeln. Er hat dieses Mittel nicht nur bei varicösen Fussgeschwüren, sondern auch bei Geschwüren verschiedener Art bewährt gefunden. Dasselbe entfaltet neben seiner rein mechanischen Wirkung auch eine chemische. Die vollständige Geruchlosigkeit sowie der billige Preis zeichnen das Magisterium Bismuthi vor allen antiseptischen Pulvern aus. —

Die Anwendungsweise ist eine einfache. Nachdem die Geschwüre gereinigt und getrocknet, wird das Pulver aufgestreut und durch eine leinene Binde befestigt. Nur bei varicösen Fussgeschwüren werden Martin'sche Gummibinden benützt. Rabow.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sur les effets physiologiques et thérapeutiqes de la paraldéhyde; par M. le docteur Dujardin-Beaumetz (Bull. gén de Thérap. 1884. 2° livr.).

D. verabreichte das Paraldehyd in folgender von Yvon vorgeschlagenen Formel:

Rp.	Paraldehyd	20,0.
	Spirit.	100,0.
	Syrup. simpl.	75,0.
	Tinct. Vanillae	5,0.

Von dieser Lösung gab er 20—30 Gramm d. h. 2,0 oder 3,0 Paraldehyd. — Als Schlafmittel zeichnet sich dies Mittel vor dem Morphin und Chloral aus. Der Schlaf ist ruhiger, das Erwachen angenehmer, Kopfweh tritt nicht ein. Gegen Schmerzen angewandt, leistet Paraldehyd fast gar nichts. Rabow.

XI. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Ueber Fortbildungscurse für Medicinalbeamte.

Von

Sanitätsrath Dr. Lissner,

Kreisphysikus in Kosten.

(Schluss aus No. 7.)

Die Frage der Fortbildungscurse für Medicinalbeamte ist von der ersten Versammlung des preussischen Medicinalbeamten-Vereins zu Berlin am 29. September d. J. erörtert worden. (Diese Zeitschrift vom 31. October 1883 No. 44.) Ich bin leider verhindert gewesen, der Versammlung beizuwohnen, habe jedoch aus dem kurzen Berichte die Ueberzeugung gewonnen, dass die ganze Angelegenheit nicht ihrer vollen Bedeutung nach gewürdigt und in Folge vorgerückter Tageszeit und Tagesordnung etwas über's Knie gebrochen wurde. Ich habe es deshalb für eine nicht ganz unverdienstliche Arbeit gehalten, die Frage vom Standpunkt der Medicinalbeamten zu erörtern. Obwohl ohne Auftrag von Seiten der Collegen, bin ich doch dessen sicher, dass ich im Sinne der überwiegenden Mehrzahl derselben spreche, wenn ich behaupte, dass über die Nothwendigkeit, die Wichtigkeit und den Nutzen von staatlich eingerichteten Fortbildungscursen kein Zweifel herrscht. Der von den Collegen Rubensohn-Grätz und Meyer-Hoyerswerda angeregte Gedanke weist mit vollem Recht auf die Operationscurse für Militärärzte hin: eine Einrichtung, welche sich vortrefflich bewährt hat und für die von uns erstrebten Fortbildungscurse für Medicinalbeamte als Muster aufgestellt zu werden verdient. Es handelt sich nicht um die jetzt häufig angekündigten Feriencurse, welche erfahrungsgemäss in den häufigsten Fällen gar nicht zu Stande kommen. Wenn es ein wichtiges staatliches Interesse ist, dass unsere Militärärzte in Bezug auf Fertigkeit im Operiren und Beherrschung der übrigen Zweige militärärztlichen Wissens auf der Höhe der Zeit stehen, um den Forderungen der Wissenschaft und Humanität vollauf entsprechen zu können, so ist es sicherlich ein ebenso berechtigtes Verlangen, dass die Medicinalbeamten, von deren Urtheil und Kenntniss oft die wichtigsten Entscheidungen abhängen, auf einer möglichst hohen Stufe erhalten werden. Die Sorge um ihre Fortbildung darf ebensowenig wie sie dem einzelnen Militärarzte überlassen wird, ins Belieben der Medicinalbeamten gestellt werden. Die Fortbildungscurse müssten demnach für die Medicinalbeamten bis zu einer bestimmten Altersgrenze obligatorisch sein. Sie müssten ferner, weil vom Staate eingerichtet, unentgeltlich sein. Dies genügt jedoch nicht, um den ärztlichen Beamten die Theilnahme an solchen Cursen zu ermöglichen. Ein mehrwöchentlicher Aufenthalt in der Universitäts- bez. Residenzstadt erfordert einen so erheblichen Kostenaufwand, dass, rechnet man hierzu noch den Verlust in der Praxis und die Gefahr, an dieser dauernde Einbusse zu erleiden, die Weiterzahlung des kärglichen Gehalts während des Urlaubs durchaus nicht ins Gewicht fällt. Hierzu müsste nothwendiger Weise eine vom Staate gewährte Zulage hinzutreten, welche der Commandozulage der Militärärzte entspricht.

Die sachlichen Kosten für die Lehrmittel können nur ganz unerheblich sein, da jede deutsche Universität im Besitz der letzteren ist.

Es ist eine sehr beachtenswerthe Erscheinung, dass in unserem Vaterlande alle militärischen Einrichtungen nicht nur auf der Höhe der Zeit stehen, sondern mit wahrhaft bewundernswerther, weit vorausschauender Weisheit in's Leben gerufen sind, dass dagegen im bürgerlichen Leben alle Fortschritte langsam und zögernd gemacht, manche auf unbestimmte Zeiten verschoben werden. Es ist dies allerdings meist nicht die Folge Mangels an Verständniss, sondern an Geldmitteln. Solange im Hinblick auf die drohende Stellung unserer westlichen Nachbarn die Armee in erster Reihe gepflegt werden muss, werden viele civile Bestrebungen allerdings das Aschenbrödel sein müssen, für welches Nichts übrig bleibt. Handelt es sich nun um sehr kostspielige Neuerungen, so hat also das Zurückdrängen solcher Bestrebungen eine gewisse Berechtigung. In unserem Falle würden die Kosten jedoch sicherlich nicht von Belang sein und kämen, wenn erst an massgebender Stelle die Wichtigkeit und Nothwendigkeit der von uns erstrebten Einrichtung anerkannt worden, sicherlich nicht in Betracht. Der Staat kann die Ausgabe leisten und muss sie leisten können, da die geistige Hebung der Medicinalbeamten ein hochwichtiges staatliches Interesse ist.

Handelt es sich doch auch nicht blos um die an sich schon genügend wichtige gerichtliche Medicin, sondern ebenso um das grosse Gebiet der Hygiene, deren Bedeutung für das Volksleben von Tag zu Tag wächst. Es wird von den Medicinalbeamten viel darüber geklagt und ist auch bei der Berliner Versammlung vom Collegen Grünbaum-Beeskow zur Sprache gebracht worden, dass die ärztlichen Beamten zur Feststellung und Bekämpfung epidemischer Krankheiten nur selten herangezogen werden. So begründet diese Klagen sind, so müssen wir doch der Wahrheit die Ehre geben und offen bekennen, dass die meisten von uns gar nicht im Stande sind, nach den Forderungen der heutigen Wissenschaft eine exacte differentielle Diagnose der Infectionskrankheiten zu stellen. Wenigen nur ist der hohe Geistesflug vergönnt, welchen unser früherer Specialcollege Robert Koch, noch vor wenigen Jahren Physikus in Wollstein im Posenschen, zum Ruhme deutscher Wissenschaft genommen hat. Aber das muss von jedem überhaupt noch fortbildungsfähigen Medicinalbeamten verlangt werden, dass er den bahnbrechenden Arbeiten auf dem Gebiete der Infectionskrankheiten zu folgen und die in Frage kommenden Mikroorganismen darzustellen im Stande sei. Koch sagt am Schlusse seines beim deutschen Aerztetage v. J. gehaltenen Vortrags (Aerztl. Vereinsblatt 1883 Nr. 137): „Es ist erforderlich, dass ein jeder Arzt, der sich für die Aetiologie der Infectionskrankheiten und die damit zusammenhängenden Fragen der Hygiene interessirt, sich mit diesen Untersuchungsmethoden bis zu einem gewissen Grade vertraut macht.“ Nun, die Medicinalbeamten müssen sich für die gesammte Lehre von den Infectionskrankheiten besonders interessiren, und doch sind die allerwenigsten unter ihnen mit diesen Methoden hinlänglich vertraut. Dass wir, die wir 20, 25 Jahre und oft noch länger in abseits gelegenen Provinzialstädten, ohne dauernden Contact mit der Alma mater leben, unseres Amtes und Berufs nach besten Kräften walten und den Kampf ums Dasein oft schwer genug kämpfen: dass wir ohne besondere Unterweisung weder Recurrens-Spirillen, noch Milzbrandstäbchen, noch Tuberkelbacillen, noch Typhusbakterien demonstriren können, wird jeder Kundige begreifen. Wir verlangen nicht selbständige productive Forschung, sondern nur receptive Verarbeitung der Forschungsresultate, welche über kurz oder lang Gemeingut jedes gebildeten Arztes werden müssen.

Es ist eine Thatsache, dass bei kleinen, beschränkten Epidemien sich die Entstehung und Entwicklung derselben sowie die fortschreitende Ansteckung der einzelnen Individuen am genauesten nachweisen lässt. Steht also der Medicinalbeamte auf der Höhe seiner Wissenschaft, und ist er mit den Untersuchungsmethoden hinlänglich vertraut, so wird er, bei der Durchsichtigkeit gerade begrenzter Epidemien, sicherlich manchen wichtigen Baustein zu der Lehre von den Infectionskrankheiten zu liefern im Stande sein, während wir bekennen müssen, dass bis jetzt die meisten der von den Medicinalbeamten gemachten Beobachtungen über ansteckende Krankheiten vollständig werthlos sind.

Die Fortbildungscurse sind keine Begünstigung der Medicinalbeamten, wenigstens keine persönliche, sondern eine Forderung, welche im staatlichen Interesse gestellt werden muss. Werden dieselben in zweckmässiger Weise eingerichtet, so würde, abgesehen von anderen Vortheilen, die leidige Controle der Obductionsverhandlungen, welche jetzt vielleicht noch nothwendig, aber sicherlich ein nothwendiges Uebel ist, in der Hauptsache fortfallen können. Es würde sicherlich genügen, wenn alljährlich aus der Reihe der Protocolle eine kleine Anzahl willkürlich herausgegriffen und, ganz so wie die Acten der Gerichte, revidirt würden. Der Hauptwerth würde jedoch nicht etwa im Fortfallen jener Controle, sondern darin bestehen, dass das ärztliche Beamtenpersonal des Staates auf eine hohe Stufe gebracht und auf ihr erhalten würde. Hoffen wir, dass dies an massgebender Stelle anerkannt und alsdann nicht gezögert werde, eine Einrichtung schnell in's Leben zu rufen, welche die benachbarten Staaten sicherlich sehr bald nachahmen würden.

2. Epidemiologie.

Rückfalltyphus scheint sich in Mitteldeutschland wieder zu verbreiten. Nachdem wir in der vorigen Nummer eine dazu bezügliche Notiz aus dem Krankenhause zu Magdeburg gebracht haben, sind uns folgende dankenswerthe Mittheilungen zugegangen.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Anschlusse daran richten wir an die Herren Collegen und zwar besonders an diejenigen, welche an Instituten und Krankenhäusern fungiren, die dringende Bitte, die Redaction dieser Wochenschrift von jedem einzelnen Falle gütigst so bald als möglich in Kenntniss setzen zu wollen.

Leipzig. In der zweiten Hälfte des Januar wurde in der medicinischen Klinik ein zweifelloser, durch das Vorhandensein von Spirillen sichergestellter Recurrensfall beobachtet. Pat. war Anfang Januar von Magdeburg-Neustadt, wo er längere Zeit vorher sich aufgehalten hatte, in ca. 12 Tagen zu Fuss nach Leipzig gereist. Nachtquartiere waren angeblich Schönebeck, Gnadau, Barby, Zerbig, Bitterfeld, Delitzsch. Pat. kam, wie es scheint, im ersten Anfall herein. Es wurde ein Relaps beobachtet. Dr. Vierordt.

Halberstadt. Im Salvator-Krankenhause befinden sich augenblicklich 2 Fälle von Febr. recurrens in Reconvalescenz. Sie betreffen 2 Männer, welche wochenlang ausser Arbeit waren und umherreisten. Beide traten am 16. Januar c. zufällig zu derselben Stunde in das Krankenhaus ein, und kamen beide, obschon sie nicht zusammen, sondern auf verschiedenen Wegen hierher gereist waren, von Stendal, wo der eine sich bereits krank gefühlt hatte.

Sie hatten beide eine Temperatur von über 40° C. Bei dem einen trat der Abfall früher, bei dem andern später ein. Bei Beobachtung eines zweiten Anfalles nach einer fieberfreien Zeit von 6 resp. 7 Tagen wurden zur Sicherung der Diagnose lebende Spirillen gefunden. Ein weiterer Anfall ist nicht eingetreten. Dr. Fincke.

3. Allgemeine Gesundheitspflege.

— Zum Apothekerwesen in Preussen. In neuerer Zeit ist vielfach Klage darüber geführt worden, dass die freie Veräusserlichkeit der Apotheken-Concessionen viele Missstände zur Folge gehabt habe. Es ist deshalb nur anzuerkennen, dass zufolge Anordnung des Ministers der Medicinal- etc. Angelegenheiten bei den in Berlin ausgeschriebenen 13 Apotheken-Concessionen, zu welchen sich bereits über 700 Bewerber gemeldet haben, keine Bewerbung berücksichtigt werden soll, die von einem Apotheker ausgeht, der bereits eine Apotheke besessen hat. Wie verlautet, soll überhaupt eine rationellere Verwaltungspraxis auf Grund der bestehenden Gesetzgebung eintreten, da von der reichsgesetzlichen Regelung der Apothekenfrage, namentlich wegen der tiefgreifenden Verschiedenheit der Auffassungen in den betheiligten Kreisen, vorläufig Abstand genommen ist.

4. Medicinalstatistik.

Berlins Gesundheitsverhältnisse L. In der fünfzigsten Jahreswoche, 9. bis 15. December starben 534, entsprechend 22,7 pro Mille und Jahr der fortgeschriebenen Einwohnerzahl (1224200), gegen die Vorwoche (577, entspr. 24,6) eine Abnahme der Mortalität. Innerhalb ihres ersten Lebensjahres starben 125 oder 23,4 Proc., gegenüber dem durchschnittlichen Antheil der Säuglingssterblichkeit an der Gesammtmortalität für diese Jahreswoche (34,4) ein ausserordentlich günstiges Verhältniss; im Alter bis zu fünf Jahren überhaupt starben 238 oder 44,5 Proc., in der Vorwoche betrugen diese Antheile 28,3 bez. 51,5 Procent der Gestorbenen. Von den gestorbenen Säuglingen erhielten natürliche Nahrung (Mutter- bez. Ammenmilch) 39, künstliche Nahrung (Thiermilch oder Milchsurrogate) 51 und gemischte Nahrung 18.

Der allgemeine Gesundheitszustand zeigte zwar bei Masern, Scharlach, Bräune und Lungenschwindsucht eine erhöhte Todtenzahl, wies aber sonst günstigere Verhältnisse auf, namentlich sank die Zahl der Sterbefälle bei Diphtheritis, Typhus und den acuten entzündlichen Affectionen der Athmungsorgane. Auch die Erkrankungen haben fast durchweg eine Abnahme erfahren, nur Typhus hatte eine kleine Zunahme aufzuweisen und an Pocken wurden abermals 2 Erkrankungen gemeldet.

50. Jahreswoche. 9. bis 15. Decbr.	Unterleibstyphus.	Flecktyphus.	Pocken.	Masern.	Scharlach.	Diphtherie.	Kindbettfieber.
Erkrankungen	19	—	2	56	89	168	6
Sterbefälle	1	—	—	7	17	64	4

In Krankenanstalten starben 149 Personen, davon 16 von Ausserhalb zur Behandlung. In die grösseren Krankenhäuser wurden in dieser Woche 789 Patienten neu aufgenommen; der Bestand in denselben zu Ende der Woche betrug 3021 Kranke. Von den 18 gewaltsamen Todesfällen und Vergiftungen sind 5 als Selbstmorde bezeichnet. P.

XII. Kleinere Mittheilungen.

— Berlin. Wie uns mitgetheilt wird, ist Herrn Priv.-Doc. Dr. Zuelzer der Charakter als Professor verliehen, und Herr Priv.-Doc. Dr. Weber-Liel als a. o. Professor der Ohrenheilkunde nach Jena berufen worden.

— Berlin. Der Bundesrath hat sich noch nicht über die ihm zugegangene Uebereinkunft zwischen dem deutschen Reiche und der Schweiz bezüglich der Medicinalpersonen, resp. deren gegenseitiger Zulassung, schlüssig gemacht. Die Regelung ist dieselbe, wie sie bereits zwischen Deutschland einerseits und anderen Nachbarstaaten desselben, wie Oesterreich-Ungarn, Luxemburg etc., besteht, bezw. weicht sie von der Uebereinkunft mit Oesterreich-Ungarn nur insofern ab, als im Art. 4 den betheiligten Medicinalpersonen die Pflicht auferlegt ist, gleich den Gesetzen auch die administrativen Vorschriften zu beobachten, welche in dem andern Lande hinsichtlich der Ausübung ihrer Berufsthätigkeit in Geltung sind, während das Abkommen mit Oesterreich-Ungarn in dieser Beziehung nur die Zusage der vertragschliessenden Regierungen enthält, ihren Medicinalpersonen die Befolgung der geltenden administrativen Vorschriften anzuempfehlen. Diese Abweichung beruht auf einem von der badischen Regierung gemachten Vorschlage.

— Der ärztliche Verein zu Frankfurt a. M. hat in seiner Sitzung v. 18. d. M. einstimmig den Beitritt zu der Resolution der Berliner medicinischen Gesellschaft beschlossen. Dasselbe geschah seitens des Westvereins Berliner Aerzte in der Sitzung v. 19. d. M.

— Die Badearztstelle des Nordseebades Westerland auf Sylt, ist mit Bewilligung der Königl. Regierung Herrn Dr. Lahnsen aus Grohnde in Hannover übertragen.

— Universitäten. Wien. An den academischen Senat der Wiener Universität ist eine Zuschrift der Edinburger Universität gelangt, in welcher die erstere zu dem dreihundertjährigen Jubiläum der schottischen Hochschule in der ehrenvollen Weise eingeladen wird. Der Senat hat beschlossen, der Universität eine Huldigungsadresse zu dem Jubiläum, welches zu Ostern dieses Jahres abgehalten wird, zu überreichen.

— Während der Osterferien 1884 werden an der medicinischen Facultät der Universität Würzburg folgende Curse gehalten:

Privatdocent Dr. Angerer: Verbandcurs und Instrumentenlehre. Assistent Dr. Bumm geburtshilflich-gynäkologische Untersuchungsübungen. Assistent Dr. Escherich: Curs der Percussion und Auscultation. Privatdocent Dr. Kirchner: pract. Curs über Ohrenkrankheiten. Privatdocent Dr. Matterstock: Curs der Percussion und Auscultation. Assistent Dr. Möser: Curs der Laryngoskopie. Assistent Dr. Morian: klin. diagnost. Curs der Chirurgie. Assistent Dr. A. Müller: 1) klin. diagnost. Curs der Ophthalmologie I. und II. mit Untersuchungsmethoden (Augenspiegel), 2) Augenoperationscurs. Assistent Dr. Fr. Müller: Curs der med.-chem. und mikroskopischen Untersuchungsmethoden. Privatdocent Dr. Nieberding: Repetitorium der Gynäkologie und Geburtshilfe mit Krankenvorstellung. Assistent Dr. Sattler: Sectionscurs mit mikroskopischen Uebungen. Privatdocent Dr. Schmidt, k. Professor: geburtshilfl. Operationscurs. Privatdocent Dr. Seifert: 1) Curs der Laryngoscopie, 2) Arzneiverordnungslehre mit Receptirübungen. Assistent Dr. A. Stöhr: Repetitorium der materia medica mit Ordinationsübungen. Beginn: 10. März. Dauer: 6 Wochen.

— Mit Recht hebt Medical Times Folgendes, als einen Beweis der Bescheidenheit Lister's, hervor: Als die deutsche Kaiserin vor einigen Jahren London besuchte, schickte sie zu dem berühmten Chirurgen, der damals noch einfacher Herr Lister war. Die Kaiserin sprach ihm Ihren Dank aus für die Wohlthaten, die er auch Deutschland erwiesen. Ihres Wissens habe der Listerismus in Deutschland tausende von Leben und Gliedern erhalten und Sie könne London nicht berühren, ohne den Begründer der antiseptischen Methode zu sagen, wie hoch Sie dieselbe schätze. Nicht einmal der Familie und seinem engeren Freundeskreise theilte Lister die ihm gewordene Auszeichnung mit, eine Zurückhaltung, die demnach auch jenseits des Canals eine Seltenheit zu sein scheint. Dass eine derartige Begebenheit in Deutschland keinem findigen Reporter entgangen sein würde, dürfen wir wohl für selbstverständlich ansehn.

XIII. Personalien.

I. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den practischen Aerzten Dr. Moritz Mortimer Feig und Dr. Ferd. Jul. Ernst Junge in Berlin den Charakter als Sanitätsrath, sowie dem seitherigen Strafanstaltsarzt Dr. Frasch in Naugard den Königl. Kronen-Orden 4. Klasse zu verleihen.

Ernennungen: Der Privatdocent Dr. Albrecht Budge zu Greifswald ist zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der dortigen Universität, sowie der bisherige commissarische Verwalter der Kreiswundarztstelle des Kreises Uelzen, practischer Arzt Dr. Carl Halle in Ebsdorf definitiv zum Kreiswundarzt des Kreises Uelzen und der pract. Arzt Dr. Schilling in Schweinitz zum Kreis-Wundarzt des Kreises Rotenburg (Stade) ernannt worden.

Niederlassung: Der Arzt Dr. Buderath in Bottrop.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. Rich. Fischer von Altenberge nach Holten, Dr. Friedr. Schaefer von Stephansfeld i. Els. nach Lengerich, Dr. Pomierski von Graudenz nach Loebau, Dr. Kikut von Loebau nach Putzig, und Moses von Leobschütz nach Breslau. Der Zahnarzt Jul. Hartmann von Königsberg nach Münster.

Verstorben: Der vormalige Landphysikus Dr. Plagge in Detern, der Sanitätsrath Dr. Roeser in Müllrose und die pract. Aerzte Dr. Dietz in Felsberg, San.-Rath Dr. Kolbe und Dr. Ruckert in Kassel.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Pauls in Bocholt hat seine Apotheke an den p. Arens und der p. Limberger in Oberaula die seinige an den p. Pistor verkauft. Der p. Kortzer hat die Verwaltung der Kretschmer'schen Apotheke in Breslau übernommen. Dem p. Weber ist an Stelle des bisherigen Verwalters Reichardt die Verwaltung der Herbrand'schen Apotheke in Kirchberg und dem p. Schuchardt an Stelle des bisherigen Verwalters Henning die Verwaltung der Filial-Apotheke in Maltsch übertragen worden.

Vacante Stellen: Kreisphysikat des Kreises Segeberg, Kreiswundarztstellen der Kreise Osthavelland und Warendorf.

Bayern (Aerztl. Intelligenzbl. 1884. No. 5).

Verleihung. Die erledigte Stelle eines Bezirksarztes I. Classe zu Dillingen wurde dem Hausarzte bei dem Zuchthause Kaisheim Dr. Gottfried Fleischmann verliehen.

Erledigung. Die Stelle des Hausarztes beim Zuchthause Kaisheim ist erledigt.

Berichtigung.

No. 5 pag. 79 linke Spalte Zeile 48 v. o. muss es „Kaumuskeln" statt Zwischenrippenmuskeln heissen.

Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag **№ 9.** 28. Februar 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Aus der zweiten medicinischen Klinik.

Wahre Gicht mit Nierenschrumpfung bei Bleiintoxication.

Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin am 11. Februar 1884.

Von

Stabsarzt **Dr. Pedell.**

M. H. In einem Vortrag[1]), welchen Herr Geh.-Rath Leyden in der Sitzung dieses Vereins vom 19. März vor. Jahres gehalten, hat derselbe Ihnen einige Fälle von chronischer Bleivergiftung mitgetheilt und im Anschluss an die Beobachtungen drei pathologische Vorgänge als Folgen dieser chronischen Cachexie näher erörtert und zwar:

1) die Bleilähmung, auf welche ich selbst heute nicht näher einzugehen gedenke,

2) die saturnine Nierenschrumpfung,

3) die Gelenkaffectionen und ihr Verhältniss zur Gicht.

In Betreff der Nierenschrumpfung hob Herr Leyden hervor, dass der Zusammenhang derselben mit der Bleicachexie noch von vielen Seiten angefochten werde, und dass die von ihm vorgelegten Fälle dazu beitragen, die strittige Thatsache ausser Zweifel zu stellen. Es handelt sich dabei um die rothe Form der Granularatrophie, welche sich histologisch der genuinen Nierenschrumpfung (Bartels) oder der Nierensclerose (Leyden) ganz analog verhält, indem sie eine starke Schrumpfung und Verödung der Malp.-Kapseln, zumal an der Peripherie der Rinde und die hyaline Degeneration der kleinen Gefässe, welche Gull und Sutton zuerst als Arterio-capillary fibrosis beschrieben haben, erkennen lässt. Diese Punkte sind denn auch in einer von Herrn Dr. Paul Musehold abgefassten Dissertation[2]) ausführlicher dargelegt.

Ferner hat Herr Leyden die Gelenkaffectionen bei Bleikranken erörtert, welche von einigen Seiten als nervöse Arthralgie, von den Engländern aber als wahre Gicht angesprochen werden. Die damals vorgenommene Untersuchung der Gelenke ergab kein positives Resultat, und der Vortragende war somit mehr geneigt, sich der Anschauung von der nervösen Natur der Gelenkaffectionen anzuschliessen.

Gerade in dieser Beziehung nun sind die beiden Beobachtungen, welche ich mir erlauben will, Ihnen vorzutragen, von entscheidendem Interesse. Sie haben beide das Vorhandensein von wahrer, d. h. harnsaurer Gicht bei chronischer Bleivergiftung und Nierenschrumpfung ergeben und somit bewiesen, dass die von den Engländern vertretene Anschauung als die richtige anzusehen ist. — Diese beiden Beobachtungen, welche auf der zweiten med. Klinik, und zwar auf der Abtheilung, auf welcher ich gegenwärtig als Assistent fungire, gemacht wurden, sind in Kürze folgende:

I. Der am 3. December aufgenommene 37jährige Malergehülfe Sch. gab an, aus gesunder Familie zu stammen, stets mässig und nüchtern gelebt und seit circa 20 Jahren mit Bleifarben zu thun haben. Im Jahre 1867 hatte er zum ersten Mal einen Anfall von Bleikolik zu überstehen, der sich im folgenden Jahre wiederholte. Die Anfälle, bei denen ein Arzt von ihm nicht zu Rathe gezogen wurde, dauerten beide Mal etwa 3 Monate. Im Jahre 1881 lag Pat., wiederum 3 Monate lang, an „Nierenwassersucht“ im Krankenhause darnieder; während der Erkrankung traten auch mit Bewusstlosigkeit einhergehende Krampfanfälle auf und eine ziemlich tiefe Narbe am rechten Zungenrande wird von ihm auf einen während eines solchen Krampfanfalles erlittenen Biss zurückgeführt. In der Zeit zwischen dem zweiten Anfall von Bleikolik und der Nierenwassersucht hat Pat. siebenmal, und zwar jedes Mal vier Wochen lang, an „Gelenkreissen“ gelitten; dasselbe soll besonders die Knie- und Fussgelenke befallen haben. Aus dem Krankenhaus wurde er vor völliger Genesung von dem Nierenleiden auf sein Verlangen entlassen, verspürte jedoch späterhin — abgesehen von dem Gelenkreissen — keine Beschwerden, will im Besonderen niemals Oedeme gehabt haben. Erst neun Wochen vor seiner jetzigen Aufnahme musste er die Arbeit einstellen wegen Erbrechens und heftiger Kopfschmerzen; ersteres verschwand nach wenigen Tagen von selbst, die Kopfschmerzen blieben, wenn auch mit Intermissionen, bestehen. Sie traten zu unregelmässigen Zeiten auf, hielten gewöhnlich einen ganzen Tag lang an, bald war mehr die Stirngegend, bald mehr der Hinterkopf ergriffen. Hierzu gesellten sich Stuhlverstopfung, schmerzhafte Empfindungen im Kreuz, Drücken in der Magengegend und ein zusammenschnürendes Gefühl im Unterleibe; Pat. suchte daher auf ärztlichen Rath die Anstalt auf.

Pat., von gracilem Knochenbau, etwas schlaffer Musculatur, mässigem Ernährungszustand, zeigte bei der Aufnahme Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute, schwachen Bleisaum am Zahnfleisch und leichtes Oedem im Gesicht und an den untern Extremitäten. Es bestand weder Husten noch Auswurf; die Untersuchung der Lungen ergab nichts Besonderes.

Die Herzdämpfung, intensiv ausgesprochen, überragte die Mm. nach links, der Spitzenstoss, im 5. I.-R. nach Aussen von der Mm. zu fühlen, verbreitert, abnorm resistent und hebend. Herztöne rein, der 2. Aortenton sehr accentuirt. Die Radialarterie von mittlerer Weite, auffallend starker Spannung, Puls von hoher Welle, 92. —

Abdomen nur in der Reg. epigastrica auf Druck etwas empfindlich, weder eingezogen noch besonders gespannt. Leber und Milz nicht vergrössert.

Urin, 3000 ccm in 24 St., ziemlich klar, von heller gelbgrünlicher Farbe, niedrigem specifischen Gewicht (1007), mässig eiweisshaltig, zeigte mikroskopisch nur einzelne Eiterkörperchen.

Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab beiderseits Retinitis albuminurica; die Papille erschien in ihrer Begrenzung verwaschen durch Einlagerung eines feinstreifigen Gewebes, um dieselbe herum fanden sich zahlreiche, radiär gestellte Blutextravasate, zwischen ihr und Macula lutea hellglänzende, weisse Flecke von verschiedener Grösse.

Demgemäss wurde die Diagnose auf Bleischrumpfniere mit Hypertrophie des linken Ventrikels gestellt.

Ueber den weiteren Verlauf ist zu berichten, dass die körperliche Ruhe und diätetische Pflege zunächst sehr günstig einwirkten; die Oedeme verschwanden sehr bald, nur die ab und zu eintretenden, heftigen Kopfschmerzen belästigten den Kranken, wiederholt wurde auch ziemlich starkes Nasenbluten beobachtet, zu dessen Stillung jedoch keine energischeren Massnahmen erforderlich waren. Die Urinsecretion blieb sehr reichlich, die 24stündige Menge betrug bis zu 3600 ccm, das specifische Gewicht schwankte zwischen 1010 und 1012, in der Beschaffenheit des Urins war eine Veränderung nicht zu constatiren.

In der Nacht zum 28./12. a. p. traten plötzlich ohne Temperaturerhöhung in den Metatarsophalangealgelenken der grossen Zehen sehr lebhafte brennende und bohrende Schmerzen ein; die Haut über den genannten Gelenken röthete sich leicht, auch liess sich innerhalb der gerötheten Zone geringes Oedem nachweisen; Druck und Bewegung steigerten die Schmerzen erheblich. Am 31./12. gesellte sich eine ähnliche Affection des rechten Kniegelenks hinzu, nur fehlte hier die Röthung und das Oedem der bedeckenden Haut, dagegen machte sich ein geringer Flüssigkeitserguss in die Gelenkhöhle bemerkbar. Ziemlich gleichzeitig mit dem Einsetzen der Gelenkaffectionen sank die Urinmenge, auch traten wiederum Oedeme in der Gegend der Knöchel und im Gesicht auf. In der Nacht zum 1. 1. 84 hatte Patient einen heftigen urämischen Krampfanfall, der etwa 15 Minuten dauerte und an den sich schnell vorübergehende, blitzartige Zuckungen im Gesicht, in der Musculatur des Halses und Nackens anschlossen. — Die urämischen Anfälle wiederholten

[1]) cf. diese Wochenschrift No. 13, 1883.

[2]) Die Bleivergiftung, eine Ursache chronischer Nierenerkrankung. Berlin 1883.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich in den folgenden Tagen und Nächten häufiger und häufiger, die klonischen Muskelzuckungen nahmen innerhalb der freien Intervalle an Intensität zu, erstreckten sich auch weiter auf die oberen Extremitäten, das Sensorium des Kranken wurde mehr und mehr benommen, am 5./1. erfolgte der Tod im urämischen Coma.

Autopsie (Hr. Dr. Israel). Mittelgrosser, gut gebauter, kräftiger, männlicher Leichnam. Das Schädeldach ist länglich, schief, die linke Hälfte erscheint dünner als die rechte, Tabula vitrea sehr stark. Dura fester anhaftend als normal, an der Innenseite glatt und glänzend. Pia überall klar und durchscheinend. Die Hirnsubstanz sehr blass, mit geringfügigen Blutpunkten, überall sehr feucht, von etwas weicher Consistenz. — Zwerchfellstand am unteren Rand der IV., oberen Rand der V. Rippe. — Der Herzbeutel enthält etwas vermehrte pericardiale Flüssigkeit; das pericardiale Fettpolster sehr gut entwickelt. Die Wände beider Ventrikel sehr musculös, die des linken bis 3 cm. — Das Endocard durchweg intact, nur an der Mitralis kleine Fettflecke. Papillarmuskeln, welche aus mehrfachen Bündeln bestehen, stark hypertrophisch mit sehr deutlicher Fettentartung. Das Pericard zeigt vielfach alte, fleckige Verdickungen, darauf sehr zarte, frische, fibrinöse Beschläge. Die Lungen sehr voluminös, mässig blutreich, sehr starkes Oedem. — Milz von normaler Grösse, Kapsel verdickt, Parenchym blass braunroth. — Nieren sind beide stark verkleinert, Maasse betragen 10, 4, 4 und 9, $3\frac{1}{2}$, 4 cm. Kapsel leicht abziehbar, Farbe der Prominenzen blass grauroth, während die tieferen Theile dunkler erscheinen. Rindensubstanz stark reducirt, sehr stark opak mit gelblichen Flecken. In der linken Niere eine über haselnussgrosse Cyste mit glatten Wänden, leicht bräunlich gefärbtem, trüben Gehalt. In der Marksubstanz beider Nieren vereinzelte, intensiv weisse, kurze, feine Strichelchen. Die Nierenkelche zeigen stark verdickte Schleimhaut. — Magen zeigte sehr starke Schwellung und Faltung der mit zähem Schleim bedeckten, schiefrigen Schleimhaut. — Aorta sehr eng; Maasse betragen über dem Ostium 6,5, 2 cm höher 5,5, im Brusttheil 5 cm, sie ist überall intact, dicht über den Ostien geringfügige Fettflecke, sehr elastisch. — In den Kniegelenken und Tarso-Phalangealgelenken der grossen Zehen reichliche harnsaure Salze.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Nieren fand sich in Uebereinstimmung mit der früheren Beschreibung von Leyden und Musehold die Rinde durchsetzt von ausgedehnten Zügen narbigen Gewebes, stellenweise Kernanhäufung, zahlreiche Glomeruli geschrumpft und verödet, die kleinen arteriellen Gefässe hyalin degenerirt, etwas grössere Arterienstämmchen durch Wucherung der Intima verengt; in den geraden Harnkanälchen der Pyramiden, entsprechend den schon makroskopisch gesehenen Strichen, krystallinische Ablagerungen von harnsauren Salzen.

II. Br., Malergehülfe, 48 Jahre alt, wurde am 14. Januar a. c. aufgenommen. Er ist verheirathet, hat aber seine beiden Kinder in zartem Lebensalter verloren; über den Gesundheitszustand und die Todesursache seiner Eltern vermag er keine Angaben zu machen. Er stellt Alkoholismus entschieden in Abrede, hat seit mehr denn 30 Jahren mit Bleifarben zu thun. Etwa im Jahr 1854 hatte er an einer lähmungsartigen Schwäche des rechten Arms zu leiden, ist jedoch nicht mehr im Stande, eine nähere Beschreibung des damaligen Krankheitszustandes zu geben. Drei Mal, nämlich in den Jahren 1869, 1870 und 1872, hatte er schwere Bleikoliken zu überstehen und leidet seit langer Zeit an migräneartigen Kopfschmerzen, die in Anfällen alle 4 bis 6 Wochen auftreten, mit Appetitmangel und Uebelkeit einhergehen und so heftig sind, dass er während der Anfälle das Bett zu hüten genöthigt ist. Der Anfall endet entweder plötzlich mit Erbrechen oder verliert sich, wenn dieses ausbleibt, mehr allmählich bei Einhaltung absoluter körperlicher und geistiger Ruhe. In den letzten Jahren hatte Pat. auch viel mit rheumatischen Schmerzen, besonders in den Ballen der grossen Zehen, und in den Fussgelenken zu kämpfen; vor einem Jahr waren dieselben besonders intensiv, gleichzeitige Oedeme und lebhafter Luftmangel zwangen den Pat. 4 Wochen lang die Arbeit auszusetzen.

Im September 1882 wurde Patient von einem Hunde leicht in den Arm gebissen, 9 Tage darauf stellte sich ein epileptiformer Krampfanfall ein, der sich in der Folgezeit mehrfach, wenn auch im Ganzen selten, wiederholte.

14 Tage vor seiner Aufnahme bemerkte Pat., dass ihm die Arbeit schwer wurde; die unteren Extremitäten fingen an zu schwellen, er legte sich zu Bett, aber der Zustand verschlechterte sich zusehends, zumal ein von Tag zu Tag sich steigernder Luftmangel hinzutrat. Da es ihm an häuslicher Pflege mangelte, suchte Patient am 17. Januar cr. die Anstalt auf.

Status praesens. Patient, ein mittelgrosser Mann von kräftigem Körperbau, aber schlaffer Musculatur und geringem Fettpolster, mattem, leidendem Gesichtsausdruck, nimmt die erhöhte Rückenlage ein. Kein deutlicher Bleirand am Zahnfleisch; Temp. 36,4, Extremitäten und Nasenspitze kühl. Haut blass, auch die sichtbaren Schleimhäute nur wenig geröthet, an den unteren Extremitäten mässiges Oedem. Respiration frequent und dyspnoetisch mit starker Betheiligung der Scaleni, Halsvenen ungewöhnlich hervortretend. Ueber den Lungen keine abnorme Dämpfung, vorn und hinten unten beiderseits feinblasiges Rasseln. Herzdämpfung, abnorm intensiv, überragt nach links die Mm., nach rechts die Mitte des Sternum; Spitzenstoss in 5 I. R. etwas nach aussen von der Mm., ungewöhnlich resistent. Herztöne rein. Radialis ziemlich eng, von erhöhter Spannung, niedriger Welle; Puls unregelmässig, 92. — Am Unterleib nichts Besonderes, Leber und Milz nicht vergrössert. — Urin: 900 ccm in 24 Stunden, specifisches Gewicht 1017, von hell-bernsteingelber Farbe, stark eiweisshaltig, ohne Sediment. Mikroskopisch fanden sich nur spärliche Bruchstücke von hyalinen Cylindern.

Diagnose: Asthma uraemicum, Bleischrumpfniere mit Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels.

Subcutane Aetherinjectionen und der Gebrauch eines starken Digitalis-Aufgusses wandten zunächst die von dem drohenden Lungenödem entspringenden Gefahren ab; auch hob sich die Urinmenge allmählich bis auf 1800 ccm bei einem specifischen Gewicht von 1013—1016, die Oedeme verminderten sich, der Puls wurde regelmässig, die Welle hoch. Die Athemnoth blieb jedoch fortbestehen und störte die Nachtruhe des Kranken. Vom 25. ab sank die Urinmenge von Neuem, die Oedeme wurden stärker, die Herzaction wieder unregelmässig; Patient begann sehr unruhig zu werden und über Leibschmerzen und heftige Uebelkeit zu klagen. Am 26. musste, da die Urinsecretion seit 24 Stunden völlig gestockt hatte, die Blase sich jedoch gefüllt erwies, zum Catheterismus geschritten werden, wobei etwa 800 ccm eines stark eiweisshaltigen Urins entleert wurden. Im Laufe des Nachmittags wurde der Kranke soporös und gegen Abend erfolgte in einem urämischen Krampfanfall der Exitus letalis.

Autopsie: (Hr. Dr. Jürgens.) Grosser, kräftig gebauter Leichnam. Abdomen leicht vorgetrieben. Im Bauch sehr wenig, in beiden Pleuren mehr leicht getrübte rothe Flüssigkeit. Zwerchfellstand: rechts unterer Rand der fünften, links der sechsten Rippe. — Herz sehr stark vergrössert. Im Herzbeutel keine Flüssigkeit, dagegen die Pericardialblätter mit weisslichen, weichen, fasrigen Fibrinbeschlägen bedeckt, die Höhlen stark dilatirt, Wandungen mässig hypertrophisch, die Papillarmuskeln stark verdickt. Stärke der Musculatur 2,5 cm. — Beide Lungen sind zum grössten Theil lufthaltig. — Die rechte Niere misst in der Länge 7, Breite 4, Dicke 2,9 cm; die Kapsel haftet ziemlich fest der Oberfläche an. Letztere leicht granulär, zeigt ebenfalls starke Cystenbildung in der Rinden- und Marksubstanz. In mehreren Markkegeln sitzen weisse Streifen, welche sich als Infarcte von harnsaurem Natron ergeben. Die Rinde ist sehr schmal. Starke Entwicklung des retroperitonealen Fettgewebes. — Die Dünndarmschlingen sind ziemlich stark durch Gas aufgetrieben, das Peritoneum stark geröthet. Die Schleimhaut des Darms ziemlich stark schiefrig gefleckt, wenig geschwollen. Starke Schwellung und starke Füllung, namentlich der Zweige der Vena mesaraica sup. — Das Duodenum zeigt kurz hinter dem Pylorus starke Röthung und Schwellung und leichte Verdickung der Wandung, besonders der Mucosa. Die Oberfläche ist in Folge zahlreicher, kleiner, dicht neben einander stehender Narben uneben. Mehrere Substanzverluste von zackiger Form, ungefähr 20-Pfennigstückgrösse, liegen in der Nähe des Pylorus. Dieser ist stark contrahirt, das ganze Antr. pyl. ventr. besetzt mit kleineren und grösseren Geschwüren, in deren Nähe kleine strahlige Narben liegen. Die kleinsten Geschwüre messen 0,5 cm im Durchmesser, zeigen einen braunen, schmierigen Grund, ziemlich scharf abgeschnittene Ränder; einzelne Geschwüre reichen bis tief in die Submucosa hinein, andere liegen noch superficiell. An der kleinen Curvatur an der oberen Grenze des Antr. pyl. liegt ein Geschwür von Markstückgrösse, etwas unregelmässiger Form; der Grund dieses Geschwürs reicht bis auf die Musculatur, die Ränder sind ziemlich scharf abgeschnitten. Die Wandung des Magens zeigt besonders an der kleinen Curvatur, wo dieses Geschwür liegt, starke Verdickung mit Trübung der Oberfläche. — Leber und Milz zeigen keine Veränderung. —

Bei der Untersuchung der Gelenke fanden sich im linken Fussgelenk und im Metatarsophalangealgelenk der rechten grossen Zehe die characteristischen Ablagerungen von harnsauren Salzen; die Aorta war, was ich noch besonders hervorheben möchte, frei von arteriosclerotischen Processen. —

Das mikroskopische Verhalten der Niere entsprach der beim ersten Fall gegebenen Beschreibung, nur lagen hier die harnsauren Salze als nadelförmige Krystalle zum Theil auch im interstitiellen Gewebe (Garrod, Dickinson, Ebstein u. A.). —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Anschluss an die beiden mitgetheilten Fälle gestatte ich mir noch eine Darlegung der bisherigen Anschauungen über das Verhältniss der Gicht zur chronischen Bleivergiftung, soweit es mir möglich gewesen ist, die Literatur darüber zu verfolgen.

Das Verdienst, einen Zusammenhang zwischen chronischer Bleiintoxication und Gicht zuerst und bestimmt erkannt zu haben, gebührt Garrod[1]). Er hatte beobachtet, dass ein Viertel aller seiner Gichtkranken Bleiarbeiter waren und in früheren Perioden ihres Lebens Erscheinungen von Bleiintoxication gezeigt hatten. Bei weiterer Verfolgung des Gegenstandes kam er zu dem Resultat, dass Bleiarbeiter mehr zur Gicht disponiren, als Arbeiter sonst unter den gleichen äusseren Lebensbedingungen. Garrod begnügte sich aber nicht mit der einfachen Constatirung der Thatsache, sondern bemühte sich auch hinsichtlich des Causalnexus Licht zu verbreiten. Zu diesem Zweck unterwarf er zunächst das Blut von Personen, die an chronischer Bleiintoxication litten, einer Untersuchung und bediente sich hierbei des von ihm sogenannten Fadenexperimentes, das sich ihm bereits bei seinen Forschungen über den Harnsäuregehalt des Blutes bei Gicht als bequemer und zuverlässiger Ersatz der umständlichen chemischen Analyse vollauf bewährt hatte. 1—2 Unzen Blutserum werden in einem schwachen Schälchen mit ein wenig Essigsäure versetzt, das Schälchen, nachdem ein leinener Faden in die Mischung hineingelegt ist, bei Zimmertemperatur während 24—48 Stunden zur Verdunstung hingestellt. Ist Harnsäure vorhanden, so schiessen die Crystalle an den Faden an und lassen sich bei schwacher Vergrösserung leicht erkennen. Bei normalem Blut fällt der Versuch negativ aus, zum Erfolg ist ein Gehalt an Harnsäure von wenigstens 0,025 auf 1000 Serum erforderlich; die Menge der vorgefundenen Crystalle lässt einen annähernden Schluss auf den Reichthum des Blutes an Harnsäure zu. Die Ausführung des Experiments wird dadurch erleichtert, dass an Stelle des Blutes auch durch ein Blasenpflaster gewonnenes Serum vollkommen genügt, wenn letzteres nicht aus der unmittelbaren Umgebung gichtisch entzündeter Gelenke entnommen ist. Die nach diesen Gesichtspunkten mit dem Blute Bleikranker vorgenommenen Untersuchungen ergaben, wenn auch nicht in allen Fällen, so doch in der überwiegenden Mehrzahl, einen abnormen Gehalt an Harnsäure und es konnte dieses Resultat seinen Grund haben entweder in einer gesteigerten Harnsäureproduction oder in einer Verminderung der secernirenden Kraft der Niere für die Harnsäure unter dem Einfluss des Bleis. Garrod neigt der letzteren Alternative zu, weil er bei Personen, deren tägliche Harnsäure-Ausscheidung vorher während eines längeren Zeitraums bestimmt war, eine deutlich hervortretende Abnahme der Harnsäure-Ausscheidung constatiren konnte, wenn und solange dieselben innerlich Plumbum aceticum erhielten. —

Bleivergiftung als Ursache von Gicht findet ferner einen entschiedenen Verfechter in Dickinson[2]); für ihn ist die Gicht obenein das Mittelglied zur Erklärung des auch nach seinen eigenen Erfahrungen bei Bleiarbeitern so ungewöhnlich häufigen Vorkommens von Granularatrophie der Nieren. Die in Folge Bleivergiftung sich entwickelnde Gicht führt hauptsächlich zur Nierenerkrankung, und es können in solchen Fällen selbst alle äusseren Manifestationen der Gicht vermisst werden, während aus chronischem Alkoholismus entspringende gichtische Diathese gerade mehr zu Gelenkerkrankungen tendirt. Charakteristisch für seine Stellung zu der uns beschäftigenden Frage ist folgender Ausspruch: Der Reiche erfreut sich eines langen Lebens mit der Gicht in seinen Extremitäten, der Handwerker geht, vielleicht bevor noch seine Glieder ergriffen sind, an einer Nierenerkrankung gleicher Natur zu Grunde. —

Den Zusammenhang zwischen Gicht und chronischer Bleiintoxication erkennt auch Duckworth[3]) als festgestellt an; 18% seiner Gichtkranken boten Erscheinungen chronischer Bleivergiftung. Letztere ist nach ihm jedoch nicht ausschliesslich allein wirksam, sondern nur in Verbindung mit Heredität oder Alcoholismus und durch das Fehlen eines dieser Hülfsmomente sucht Duckworth die divergirenden Erfahrungen der verschiedenen Beobachter zu erklären.

In Frankreich war hinsichtlich der Auffassung der Gelenkaffectionen bei chronischer Bleivergiftung die classische Arbeit von Tanquerel des Planches wohl fast ausschliesslich massgebend, aber schon Ende der sechziger Jahre wurden mehrfach casuistische Mittheilungen bekannt, in denen die Coincidenz von Gicht und Nierenatrophie bei Bleiarbeitern zur Sprache kam. Keinen Zweifel in dieser Beziehung lassen die ausgezeichneten Darstellungen von Charcot und Lancéreaux. Ersterer[4]) steht in seinen Vorlesungen über die Krankheiten der Leber und Nieren vollständig auf dem Standpunkt Garrod's, die Häufigkeit der Gicht bei Bleiarbeitern constatirt auch er auf Grund eigener Erfahrungen und erklärt die Beobachtung in Uebereinstimmung mit Garrod dadurch, dass das Blei die Ausscheidung der Harnsäure in den Nieren hindere; erst später schliessen sich diesem primären Vorgang Structurveränderungen an. — Lancéreaux[1]) hat auf dem medicinischen Congress in London eine Arbeit vorgetragen, in der er ebenfalls mit aller Entschiedenheit für den Zusammenhang eintritt. Er selbst beobachtete 24 Fälle von Nierenschrumpfung in Folge chronischer Bleivergiftung; in 6 von diesen Fällen wurden die Gelenke untersucht, und fünf Mal fanden sich in denselben arthritische Ablagerungen.

In Deutschland sind die Mittheilungen über den uns beschäftigenden Gegenstand bisher sehr spärlich gewesen. Senator[2]) erkennt den Zusammenhang zwischen chronischer Bleivergiftung und Gicht an; er sieht den Grund hierfür in dem Zusammentreffen verschiedener Momente und zwar:

1. in der Anhäufung von Harnsäure im Körper, die aus der unter dem Einfluss des Bleis sparsamer werdenden Urinsecretion folgen muss,
2. in Verdauungsstörungen, die eine Herabsetzung des Lösungsvermögens des Blutes für Harnsäure nach sich ziehe, worauf auch bereits Garrod hingewiesen hatte und
3. in der bei Bleivergiftung sich häufig entwickelnden Nephritis. —

Wagner[3]), der in seinem Werke über den Morbus Brightii der Bleischrumpfniere ein eigenes Capitel gewidmet hat, fand unter 15 Fällen von Bleischrumpfniere 4 Mal wahre Gicht und vermuthet sie in noch zwei weiteren Fällen nach dem klinischen Verlauf als sehr wahrscheinlich.

Endlich berührt Ebstein[4]) den Gegenstand in seiner Festschrift über Natur und Behandlung der Gicht, die er Henle zum 50jährigen Jubiläum gewidmet hat. Ebstein äussert sich sehr vorsichtig und ist geneigt, einen Zusammenhang der Bleivergiftung speciell mit der Nierengicht von der Hand zu weisen auf Grund der ihm von dem Knappschaftsarzt Dr. Jacob in Lautenthal mitgetheilten Erfahrungen. Letzterer hat 150 Hüttenarbeiter in Beobachtung, von denen die Hälfte mit Blei beschäftigt ist und behandelt bei diesen in jedem Semester etwa 5 Fälle von Bleikolik, ohne dass er bisher Gicht oder Nephritis zu Gesicht bekommen hätte. Andererseits befanden sich zwar unter 8 im Laufe von 4 Jahren zugegangenen Gichtkranken 3 Bleiarbeiter, allein diese waren bisher von Erscheinungen chronischer Bleivergiftung durchaus frei geblieben. Demgegenüber scheint es nicht unwichtig hervorzuheben, dass es sich in dem einen Fall, der Ebstein das Material zu den schönen Untersuchungen über die Gichtherde in der Niere geliefert, um einen 52jährigen Mann handelt, der vor 10 Jahren drei Anfälle von Bleikolik überstanden.

Der letzte Punkt, den ich zu erörtern hätte, ist das Verhältniss der Nierenschrumpfung überhaupt — auch der genuinen — zur wahren Gicht. Wie bekannt, sind es zuerst die Engländer gewesen, welche die Granularatrophie der Nieren mit der Gicht in nahen Zusammenhang gebracht haben und die Schrumpfniere nach dem Vorgang von Todd häufig schlechtweg als Gichtniere (gouty kidney) bezeichnen. Dementsprechend sehen sie, wie im Vorstehenden bereits angedeutet ist, die gichtische Diathese als nächste Folge der Bleikachexie an und erst als weitere Folge der Gicht die Nierenschrumpfung, welche sich bei der gewöhnlichen Gicht wie bei der Bleigicht ganz analog entwickelt. Charcot und Lancéreaux schliessen sich diesem Gedankengange im Wesentlichen vollkommen an.

Aus Deutschland liegen über diese wichtigen Fragen nicht so bestimmte Beobachtungen vor, und wenn wir auch gern die Engländer in allen Fragen der Gicht als Autoritäten anerkennen, so bleibt es doch auch für uns ein Bedürfniss, die einschlägigen Erfahrungen zu sammeln. Von diesem Gesichtspunkte aus bitte ich Sie, m. H., den kleinen Beitrag mit Nachsicht aufnehmen zu wollen.

II. Zehntägige Anurie nach doppelseitigem Ureterenverschluss durch Steine.

(Nach einem in der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage.)

Von

Dr. Eger in Breslau.

Der schon durch die Ueberschrift als nicht gerade häufig vorkommend charakterisirte Fall betrifft einen 59jährigen Mann, der schon in seinen Schülerjahren an Steinabgang durch die Harnröhre litt. Nach vieljähriger Pause stellten sich vor 12 Jahren wieder häufigere Nierenkolikanfälle ein; der sonst klare und normale Urin wurde dann auf 2—3 Tage

[1]) The nature and treatment of gout. London 1859, Seite 281.
[2]) On the pathologie and treatment of albuminuria. London 1877. S. 149.
[3]) Virchow-Hirsch. Jahresbericht 1882. II. S. 234.
[4]) Leçons sur les maladies du foie et des reins, Paris, 1882. S. 320.

[1]) Transactions of the international medical congress. London 1881. Vol. II. S. 193.
[2]) Specielle Pathologie u. Ther. v. Ziemssen 1875. XIII. 1. S. 121.
[3]) S. 291.
[4]) S. 159.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

blutig. Linke und rechte Niere wurden — der Schmerzempfindung nach zu urtheilen — im Laufe der Jahre abwechselnd ergriffen. Grade in letzter Zeit waren die Anfälle seltener, zuletzt hatte der Pat. ein ganzes Jahr Ruhe. Am 1. November 1883 erfolgte, nachdem schon einige Tage vorher leicht zerbröckelnde Steine abgegangen waren, ein heftiger linksseitiger Anfall. Nach kurzer Zeit wurde der Urin wieder klar und eiweissfrei, und bei verhältnissmässigem Wohlbefinden machte Pat. noch eine kleine Reise. Am 10. November erfolgte wiederum Abgang eines Steines unter linksseitigen Schmerzen, dann mehrtägige Ruhe.

Am 14. November befielen den Pat. mässige Schmerzen links, jedoch entleerte er gegen Abend ganz klaren Urin. Seit dieser Zeit hat Pat. bis zu seinem 10 Tage später erfolgenden Tode keinen Harn mehr entleert. In der Nacht trat einmaliges starkes Erbrechen auf.

Am 15. November ist bei dem grossen, kräftigen und wohlgenährten Manne nichts Besonderes zu constatiren: Haut trocken, Temperatur normal, Puls gegen 80 in der Minute. Nirgends Oedeme, kein Kopfschmerz; weder in der Nierengegend, noch in den Iliacalgegenden — selbst bei tiefem Drucke — Schmerzhaftigkeit. Keine Brechneigung, Stuhl angehalten. Von der Blase ist weder durch Palpation noch durch Percussion etwas wahrzunehmen.

18. November. In dem Zustand ist keine Aenderung eingetreten; keine Besondere Beschwerden, kein Kopfschmerz, Nierengegend frei. Herztöne rein, mässig laut. Spitzenstoss am Thorax nur undeutlich, nicht an umgrenzter Stelle zu fühlen. Im linken Hypochondrium ist eine im Verhältniss zu rechts vermehrte immerhin aber geringe Resistenz zu fühlen, die nach einem Laxans schwindet. Auch nach Verabfolgung eines langen lauen Bades kein Schweiss.

20. November. Ein ohne Schwierigkeit eingeführter Metallkatheter stösst nirgends auf Widerstand in der leeren Blase; auch am Katheter nicht ein Tropfen Urin. Subjective Euphorie, guter Appetit.

22. November. Mit grösster Anstrengung entleerte Pat. gestern 2—3 Tropfen blutig tingirter Flüssigkeit aus der Harnröhre. Wohlbefinden; Schlaf ungestört. Kein Kopfschmerz, mässiger Appetit, keine Schweisse. Puls 88 in der Minute. Der eingeführte Katheter entleerte keinen Tropfen Urin. Am Abend nach opulenter Mahlzeit Erbrechen der Speisen und starkes, quälendes Hautjucken.

23. November. In der Nacht ist Unruhe eingetreten. Die obern Extremitäten verfallen häufig in clonische Zuckungen, die jedoch auch auf Viertelstunden ausbleiben. Sonst Wohlbefinden, weder Angstgefühl, noch Kopfschmerz. Sensorium frei. Radialis sehr gespannt, 96 Pulse in der Minute. Am Herzen nichts Abnormes, Herzstoss distinct nicht zu fühlen. Kein Schweiss, kein Geruch der Exspirationsluft. Respiration 22 in der Minute, Temperatur normal. Nachmittags traten zu den heftigen clonischen Zuckungen der obern gleiche der untern Extremitäten, sowie der Rückenstreckmuskeln. Nirgends Oedeme, kein Kopfschmerz, kein Schmerz in der Iliacalgegend. Der eingeführte Katheter entleert nichts, laues Wasser durch denselben in die Blase gegossen kommt sofort unverändert zurück. Temperatur normal. Abends Erbrechen geringer Mengen wässriger, nicht ammoniakalisch riechender Flüssigkeit. Ord. Morph. 0,01 subcutan.

24. November. Danach nur kurzer Schlaf. Dann die ganze Nacht vermehrte Unruhe. Am Morgen starke und ununterbrochene Krämpfe aller Extremitäten, Opisthotonus, sämmtliche Gesichtsmuskeln in Zuckungen, Schlundkrampf. Sensorium scheint frei, doch ist dies nicht genau zu eruiren, da Pat. unter fortwährender Jactation constant dieselbe Exclamation (: ba—ba—ba) von sich giebt. Gesicht leichenfarben. Puls weich, klein, wegen der Unruhe nicht zählbar. Herztöne anscheinend rein; über der Lunge, soweit die Unruhe die Untersuchung gestattet, keine Rasselgeräusche. Ord. Morphiuminjection. 12 Uhr Mittag Tod; erst kurz zuvor Abnahme der Krämpfe.

Nach diesem Krankheitsbilde konnte man die Diagnose ziemlich sicher stellen. Es musste sich jedenfalls um eine beiderseitige Nierenaffection handeln. Man musste gleichzeitigen Eintritt von obstruirenden Steinen in jeden Ureter — oder totale Schrumpfung und Degeneration der Nieren durch Steine — oder Schrumpfung der einen Niere bei Verstopfung des Ureters der anderen annehmen.

Die Section, von Herrn Dr. Krauss, Assistenten am pathologischen Institut hierselbst, in dem durch die Verhältnisse im Privathaus begrenzten Umfange gemacht, bestätigte die erste und zwar die seltenste der drei Combinationen. Das Protokoll lautet:

Mittelgrosser, kräftig gebauter männlicher Leichnam von gutem Ernährungszustande. Pannic. adip. der Bauchdecken sehr stark entwickelt. Beide Nieren sind in mächtige Fettkapseln eingehüllt. — Rechte Niere mässig vergrössert, Kapsel gut lösbar, Oberfläche glatt, das Parenchym von schlaffer, etwas verminderter Consistenz. Die Rinde ist etwas verbreitert, von geringem Blutgehalt, ziemlich succulent, von hellgrauröthlicher Farbe, dazwischen finden sich, namentlich in den obersten Rindenschichten hier und da kleine, stecknadelkopfgrosse, intensiv grauweisse Flecken und Streifen, welche leicht vorquellen. Die Marksubstanz grösstentheils geschwunden, so dass fast nur noch die Columnae Bertini in Form von schmalen Leisten in die Höhle des Nierenbeckens vorspringen. Nierenbecken und -Kelch beträchtlich erweitert, Schleimhaut desselben lebhaft geröthet, verdickt, hier und da leicht ecchymosirt. Im Lumen des Beckens, sowie der Schleimhaut leicht adhärirend findet sich eine ziemlich reichliche Menge feinkörnigen Grieses nebst einigen grösseren — bis erbsengrossen Concrementen von hellgelbbrauner Farbe. In einem der Kelche ein gabelförmig sich theilendes Concrement von 2 cm Länge, welches einen genauen Abguss des Kelches darstellt. Die Concremente sind suspendirt in einer etwa 20 gr betragenden Menge milchig-weisser, dicker, eiterartiger Flüssigkeit.

An der Abgangsstelle des rechten Ureters aus dem Becken findet sich fest eingekeilt ein kirschgrosser, mit breiterem oberen, spitzigen unteren Ende versehener Stein. Der rechte Ureter im ganzen leicht dilatirt.

Linke Niere ebenfalls leicht vergrössert, von etwas festerer Consistenz, aber ebenfalls schlaff. Kapsel gut lösbar, Oberfläche glatt. Rinde von geringem Blutgehalt, Farbe grauröthlich, die Zeichnung ziemlich deutlich. Nierenbecken noch stärker, als rechts dilatirt, die Marksubstanz fast gänzlich geschwunden. Im Nierenbecken eine mit mässiger Menge Grieses vermischte klare Flüssigkeit im Betrag von c. 15 gr. Der Ureter mässig dilatirt, 5 cm über seiner Einmündung in die Blase enthält er einen bohnengrossen, fest eingeklemmten Stein.

Blase mittelweit, Wandung mässig verdickt. Schleimhaut beträchtlich geschwollen und geröthet. Concremente in der Blase nicht vorhanden.

Herz ziemlich gross, besitzt beträchtliche Fettauflagerung. Myocard von ziemlich weicher Consistenz, von braunrother Farbe, der linke Ventrikel leicht hypertrophisch und, wie der rechte, mässig dilatirt.

Die Concremente bestanden aus harnsauren Salzen und Phosphaten. Die mikroskopische Untersuchung des Nierenparenchyms ergab reichliche kleinzellige Infiltrationsherde und mässige Verfettung des Epithels. —

Krankheitsverlauf und Sectionsbefund bieten manches Auffallende, was sich mit unseren physiologischen und klinischen Erfahrungen schwer in Einklang bringen lässt. Ein flüchtiger Blick in die Litteratur gewährt jedoch, wenn auch nicht für Alles eine Erklärung, so doch die Beruhigung, dass die nicht gerade häufigen ähnlichen Beobachtungen einen auffallend analogen Verlauf hatten, und dass deren Deutung ihren Autoren dieselben Bedenken und zum Theil unlösbaren Räthsel erregte.

Im Gegensatz zu der sonst excessiven Schmerzhaftigkeit der Nierensteinkoliken ist erwähnenswerth und auch anderweitig häufig hervorgehoben die gerade bei so vorgeschrittener Steinentartung der Niere vorhandene locale Schmerzlosigkeit. Sie besteht fort trotz andauernder totaler Einklemmung. Es bietet dies eine Stütze für die Ansicht von Traube und Prout, dass nicht die Einkeilung des Steines, sondern die Fülle des nachdrängenden Secretes die Schmerzen bei Nierenkoliken veranlasst. Wo diese Fülle wegen mangelnden secernirenden Parenchyms nicht statthat, fehlt auch der Schmerz.

Bemerkenswerth ist ferner die lange Dauer der Anurie. Entsprechend dem unseren finden sich relativ zahlreich auch andere Fälle, in denen die Zeit von 9—10 Tagen die kritische ist. Freilich ist es durchaus nicht die längste. Russel[1]) erwähnt Fälle von 20-, 13-, 9- und 7 tägiger Anurie mit Ausgang in Genesung, von 22- und 25 tägiger Anurie mit tödtlichem Ende. Auffallender Weise sind übrigens die Fälle von totaler Anurie noch häufiger, in denen nach dem Tode nur ein Ureter, resp. Nierenbecken verlegt gefunden wurde, während im anderen die Passage frei erschien. Hier die Anurie zu erklären, ist sehr schwierig. Man ist gezwungen, mit Bartels[2]), Cohnheim[3]) und Nepveu[4]) eine reflectorisch durch den Reiz des verstopften Ureters hervorgerufene Hemmung der Harnausscheidung in der anderen Niere anzunehmen — entsprechend der von Claude Bernard durch Reizung des peripheren Endes des N. splanchnicus erzeugten Sistirung der Harnausscheidung. Auch Charcot[5]) recurrirt zur Erklärung der hysterischen Anurie auf diese Hypothese. — Bei unserem Patienten liegt die Ursache der completen Anurie viel klarer. Beide Ureteren sind absolut verstopft — eine sehr grosse Seltenheit, die ich nur noch dreimal (Brodie nach Ebstein, Manzini[6]) und Haehner[7]) erwähnt finde.

Der wichtigste Punkt im vorliegenden Falle ist sicher das so späte Auftreten der Urämie. Mag auch, wie schon so häufig betont, die

[1]) Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1879.
[2]) Krankheiten des Harnapparates.
[3]) Allgemeine Pathologie.
[4]) Referat der Schmidt'schen Jahrb. 1877.
[5]) Krankheiten des Nervensystems.
[6]) Virchow-Hirsch, Jahresber. 1875.
[7]) Berl. klin. Wochenschrift 1881, No. 37.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mangelnde Harnausscheidung allein nicht der wesentliche Factor bei der Entstehung der Urämie sein, so zeigt doch das Thierexperiment der doppelseitigen Ureterenunterbindung — also das, was dem doppelten Steinverschluss beim Menschen am analogsten ist, — dass jede acute Ueberladung des Blutes mit Harnbestandtheilen früher oder später zur Urämie führt. Später freilich nur dann, wenn durch profuses Erbrechen, durch Diarrhoeen, durch Schweisse Harnstoff, resp. andere Producte des Stoffwechsels in entsprechender Weise aus dem Körper entfernt werden. Das aber ist gerade zu betonen, dass für die Anurie durch Steinniere diese vicariirenden Ausscheidungen wohl mitunter erwähnt werden, sonst aber durchaus nicht zur Regel gehören. Mein Pat. hat während der 10tägigen Anurie überhaupt nur dreimal, davon einmal im Beginn, das andere Mal bei notorischer Ueberladung des Magens gebrochen; es wäre gesucht, dies Erbrechen auf Urämie zu beziehen, das auch die Mehrzahl der Autoren mit dem Steinreiz in Verbindung bringen. Auch die Schweisse und Diarrhöen fehlten meinem Pat., und Aehnliches berichten Schwengers[1]) und Haehner von den ihren.

Eine Erklärung für dies verspätete Auftreten der Urämie zu geben, bin ich ausser Stande. Eine Accomodation des Organismus anzunehmen erscheint deswegen nicht angebracht, weil die gar so häufige chronische Urämie zeigt, wie wenig tolerant der Körper gegen die Ansammlung der in Frage kommenden Auswurfsstoffe ist; auch kommt es grade bei uncomplicirten Steinleiden verhältnissmässig selten zu einer die Accommodation plausibel machenden Ueberladung mit pathologischen Producten, zumal der Urin in der Zwischenzeit qualitativ normal ist.

Fehlen nun jene oben erwähnten doch schon zu der Urämie gehörenden vicariirenden Ausscheidungen in vielen Fällen, so ist das späte Auftreten anderweitiger Symptome der Urämie in den meisten erwähnt. Wie in unserm, fehlte auch sonst fast immer der Kopfschmerz und es herrschte durch viele Tage Euphorie. Ja, die Analogie geht noch weiter, indem, auch wenn sub finem vitae Urämie in Scene tritt, gewisse Symptome derselben, wie starkes Hautjucken und Convulsionen prävaliren; das Sensorium bleibt verhältnissmässig häufig und lange frei (Owen Rees[2]), Russel, Paget nach Charcot).

Zum Schluss will ich noch erwähnen, dass auch die Herzhypertrophie, wie sie bei andern acut auftretenden Hindernissen in der Urinsecretion neuerdings als ebenso acut entstanden beobachtet worden, in diesen Fällen nicht sehr in den Vordergrund tritt. Auch bei unserm Pat. zeigte sich der Puls erst am letzten Tage gespannt, und die mässige, bei der Section gefundene Herzhypertrophie dürfte sich eher auf die Arteriosclerose des bejahrten Mannes, als auf das acute Leiden beziehen.

III. Zur Entwickelung von Refractions- und Stellungs-Anomalien des Auges in Folge von Nasenerkrankung.

Von

Dr. Maximilian Bresgen,

Frankfurt a. M.

Es ist eine bekannte, freilich sogar von Augenärzten überaus häufig noch ausser Acht gelassene, Thatsache, dass Conjunctivalkatarrhe in einer grossen Anzahl von Fällen von sog. Nasenkatarrhen, von einer Rhinitis, abhängig sind und nicht eher verschwinden, als bis diese gehoben ist. Eine ebenso feststehende Thatsache ist es, dass die sog. Stricturen des Thränennasenkanales Monate, ja Jahre lang mit der Sonde etc. behandelt werden können, ohne dass es gelingt, die sog. Strictur definitiv zu beseitigen. Eine ganz kurze sachgemässe, häufig sogar nur 14tägige, Behandlung der bei dem in Rede stehenden Verschlusse des Thränennasenkanales nie fehlenden chronischen Rhinitis ist dagegen im Stande, die lange bestandene sog. Strictur wie mit einem Zauberschlage zu heben und den Thränennasenkanal wieder seiner Function zurückzugeben, sowie hartnäckige Bindehautentzündungen rasch zur Heilung gelangen zu lassen. Ich habe auf diese Verhältnisse schon wiederholt[3]) eindringlichst hingewiesen und die Nothwendigkeit, in solchen Fällen die Nasenhöhle einer sachgemässen Untersuchung zu unterwerfen, gebührend hervorgehoben.

Der Zweck meiner vorliegenden Zeilen aber ist ein viel weitgehenderer. Je mehr sich unsere Kenntnisse von den Erkrankungen der Nasenhöhle resp. von dem Wesen deren Erkrankungen erweitern und vervollkommnen, desto klarer tritt auch die Tatsache hervor, dass die Nasenhöhle, resp. der Nasenluftweg überhaupt, für das Wohlbefinden des ganzen Körpers, besonders für die Entwickelung der Lungen und des Brustkorbes von der allergrössten Bedeutung ist.

Einen wichtigen Beitrag hat in dieser Hinsicht neuestens Ziem[1]) durch seine Untersuchungen über die Asymmetrie des Schädels bei Nasenkrankheiten geliefert. Wenn schon bei einer grossen Anzahl von Menschen bei nur äusserer Betrachtung „die flachere Beschaffenheit der einen Wange, das Zurücktreten einer Orbita, die tiefere Lage des einen Auges in der Orbita, die Enge der einen Lidspalte nach der der chronischen Nasenverstopfung entsprechenden Seite" ohne Weiteres deutlich in die Augen springt, so kann es nicht wundern, wenn diese pathologischen Veränderungen bei genauerer Untersuchung sich als solche erweisen, welche geeignet sind, wichtige Organe, besonders auch der nächsten Umgebung, ernstlich zu gefährden.

Einen unwiderleglichen Beweis für diese vielfältigen, äusserst nachtheiligen Folgen der Verlegung einer Nasenhälfte, hat Ziem auf experimentellem Wege erbracht. Er führte in eine Nasenhälfte junger, noch wachsender Hunde und Kaninchen einen Wattetampon vorsichtig von vorne nach hinten ein, und liess denselben hier wochenlang liegen. Durch die in Folge dieses Eingriffes auftretende Entzündung, Anschwellung und eitrige Absonderung der Nasenschleimhaut wurden die Versuchsbedingungen jenen Verhältnissen sehr ähnlich gemacht, wie sie so häufig beim Menschen bestehen, wenn derselbe an einer chronischen Rhinitis leidet und durch hochgradige Entzündung und Anschwellung der Nasenschleimhaut, wie solches auch nach Einführung von Fremdkörpern in die Nase beobachtet wird, der Abfluss des Nasenschleimes behindert ist, und dieser in Folge dessen einen eitrigen Charakter annimmt. Bei den Thieren, bei welchen der Verschluss der einen Nasenhälfte ein vollkommener gewesen war, zeigte sich am Schädel „die Abweichung des Zwischenkiefers und der Sutura sagittal. nach der Verschlusseite hinüber, die geringere Länge des Os nasale, des Os frontale und der horizontalen Gaumenplatte, die weniger steile Erhebung des Alveolarfortsatzes, der kleinere Abstand zwischen Vorderfläche der knöchernen Gehörkapsel und Alveolarfortsatz, sowie zwischen Jochbogen und Supraorbitalrand, die geringere Grösse und asymmetrische Lage der Gefäss- und Nervenkanäle auf der Versuchsseite mit blossem Auge wie auch an geometrischen, nach der Methode von G. Lucae aufgenommenen, Projectionen auf das Deutlichste."

Der gleiche Effect, wie durch eine chronische Anschwellung der Nasenschleimhaut, wird durch die so sehr häufige Verbiegung und Verkrümmung der Nasenscheidewand erzielt. Je nach dem Grade der Deviation des Septums fällt natürlich, geradeso wie nach den verschiedenen Graden der Nasenobstruction in Folge mehr oder weniger hochgradiger chronischer Rhinitis, die Asymmetrie des Schädels verschieden erheblich aus. Als Ursache der Septumverbiegung macht Ziem mit Recht fast ausschliesslich Traumen, besonders das Fallen der Kinder auf die Nase bei ihren ersten Gehversuchen, sowie auch die nicht seltenen Faustkämpfe, denen die Nase ein beliebter Zielpunkt ist, verantwortlich[2]).

Bezüglich der Einwirkung der besprochenen Schädelasymmetrie auf das Auge resp. auf seine Entwickelung macht Ziem die folgenden sehr beherzigenswerthen Bemerkungen. Wenn bei asymmetrischer Entwickelung der Nasenhöhle und Siebbeinzellen auch der Abstand beider Orbitae von der Medianlinie ein ungleicher wird, so ist in solchen Fällen bei Convergenz der Augen nach der Mittellinie die Adductionsleistung für jeden Musc. rectus internus natürlich eine verschiedene, was zu Asthenopie und schliesslich zu Strabismus führen kann. Nachdem hierauf schon 1869 v. Hasner aufmerksam gemacht hat, allerdings ohne die Ursache für die Asymmetrie näher darzulegen, hat neuerdings Schneller auf vermindertes Wachsthum einer Orbita bei der Entwickelung des Strabismus hingewiesen. Auch Ziem hatte Gelegenheit bei Nasen- und Gesichtsasymmetrie zugleich Stellungsanomalien der Augen zu beobachten.

Da, so fährt Ziem fort, die Breite des Orbitalbodens, d. h. der Kieferhöhlendecke, proportional ist dem gegenseitigen Abstand der lateralen und medialen Kieferhöhlenwand, so muss Asymmetrie der Orbitae durch Asymmetrie der Kieferhöhlen veranlasst werden, welches Verhältniss Welcker auch thatsächlich 21 Mal unter 37 mit Schiefnase behafteten Schädeln gefunden hat. Wenn nun Orbita und Auge, ähnlich wie Schädel und Gehirn (Otto), eine gegenseitige formative Einwirkung auf einander ausüben (Manz), so muss bei Krümmungsanomalie der Orbita auch Krümmungsanomalie des Auges in seinen einzelnen Meridianen, d. h. Astigmatismus, auftreten, was auch schon vor längerer

[1]) Berl. klinische Wochenschrift 1881 No. 34.
[2]) nach Bartels l. c. p. 101.
[3]) Der chronische Nasen- und Rachen-Katarrh, 1. Aufl. 1881, und zweite umgearbeitete und vermehrte Aufl., 1883. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg.
Grundzüge einer Patlologie und Therapie der Nasen-, Mundrachen- und Kehlkopf-Krankheiten für Aerzte und Studirende mit 156 Abbildungen, 272 Seiten. Wien und Leipzig 1884. Urban und Schwarzenberg.

[1]) Ueber Asymmetrie des Schädels bei Nasenkrankheiten. Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Luftröhren-Krankheiten 1883, No. 2, 3, 4, 5.
[2]) Man vergleiche hierzu auch meinen Aufsatz: „Zur Aetiologie der Verbiegung der Nasenscheidewand," welcher demnächst in der Berliner klinischen Wochenschr. erscheinen wird.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeit von Donders u. A. gefunden worden ist. Auch Ziem vermochte das Zusammentreffen von Asymmetrie des Gesichtes und der Orbitae mit Astigmatismus bei chronischer einseitiger Nasenobstruction als ein ziemlich häufiges zu constatiren.

Da es also schon lange feststeht, dass Refractions- und Stellungsanomalien des Auges häufig mit Schädelasymmetrie, besonders auch mit ungleichmässiger Entwickelung der beiden knöchernen Augenhöhlen, zusammen vorkommen, und nachdem Ziem auf experimentellem Wege nachgewiesen hat, dass Septumverbiegung und chronische Rhinitis jene Asymmetrien, je nach dem Grade jener, mehr oder weniger erheblich im Gefolge haben müssen, so kann mir nichts näher liegen, als die allgemeine Aufmerksamkeit auf diese Thatsachen zu lenken und damit die ganz besondere Aufforderung zu verbinden, vorzüglich bei Kindern in deren ersten Lebensjahren auf die Entwickelung von Verbiegungen der Nasenscheidewand und von chronischer Rhinitis ein wachsames Auge zu haben[1]).

Gewiss wird es durch frühzeitige sachgemässe locale Behandlung gelingen, einen nicht geringen Procentsatz von Sehstörungen, welche in solchen Fällen bei nachheriger Einwirkung der vielen Schädlichkeiten der Schule nur um so rascher und hochgradiger sich entwickeln müssen, hintanzuhalten oder doch wesentlich abzuschwächen. Die Rhinologie ist also auch hier berufen, zum Wohle der Menschen ganz erheblich beizutragen und so ihre hohe Bedeutung nachdrücklichst in den Vordergrund treten zu lassen.

IV. H. v. Ziemssen's Handbuch der Hautkrankheiten, erste Hälfte, Leipzig F. C. W. Vogel 1883. Ref. Dr. Eichhoff, Elberfeld.

Mit aufrichtiger Freude dürfen wir die erste Hälfte des Handbuches der Hautkrankheiten, welches in dem von Ziemssen'schen Sammelwerke den vierzehnten Band ausmacht, begrüssen, nicht allein vom practischen, sondern auch vom fachmännischen Standpunkte aus.

Die Lösung des ersten und auch wohl schwierigsten Capitels, des der Entwicklungs-Geschichte und der normalen Anatomie der Haut und ihrer Adnexen hat Unna meisterlich und übersichtlich vollführt durch Zusammenstellung des schon Bekannten und durch eigne Forschung Gewonnenen. Wir haben da eine zusammenhängende und in ihren einzelnen Abschnitten doch selbständige Anatomie der Haut, der Nägel, der Haare, der Drüsen, der Blut- und Lymphgefässe und Nerven der Haut, wie wir sie bis jetzt in allen bestehenden speciellen Lehrbüchern vermissten. Sehr zierliche und klare Abbildungen der mikroskopischen Präparate erläutern den Text. Was man sich früher vielfach mühsam zusammenstellen musste, hat man jetzt geordnet vor sich.

In kurzer aber bündiger Form nimmt sodann v. Ziemssen selbst die Physiologie der Haut durch, und zwar indem er die verschiedenen Functionen derselben bespricht, die respiratorische und die secretorische Function; in Betreff der letzteren vertritt er auch die Meinung, dass die Befettung der Haut nicht nur durch die Talgdrüsen, sondern auch durch die Schweissdrüsen vor sich gehe. Dann wird die Haut als Organ der Wärmeregulation, als Sinnes- und Schutzorgan vorgenommen und zum Schluss noch einiges gesagt über die Störungen der Haut in ihrer Gesammtfunction, wobei sich herausstellt, dass beim Menschen allgemeine Functionsstörungen der Haut auf den übrigen Organismus weniger Einfluss haben, als bei Thieren. Die Resorptionsfähigkeit der Haut ist sehr gering zwar, aber sie besteht doch unzweifelhaft.

Den Schluss des Allgemeinen Theiles macht Auspitz mit einer ausführlichen Ausarbeitung der allgemeinen Pathologie und Therapie der Haut. In lehrreicher Weise zeigt er uns, indem er eine allgemeine Nosologie aufstellt, dass die pathologischen Erscheinungen der Haut genau und grade so auftreten und von denselben Bedingungen abhängig sind, wie die Erkrankungen anderer Organe, nur sind erstere deshalb um so mannigfacher, weil die Structur der Haut so complicirt ist; trotz dieser Schwierigkeiten bringt er jede einzelne Erkrankung an ihren Platz. Den Weg der Analyse einschlagend und jede einzelne Elementarveränderung der Haut genau definirend giebt er uns eine allgemeine Semiotik der Haut, in der von der Macula bis zum Ulcus und der Cicatrix alles genau beschrieben ist.

Nach allgemeinen Regeln über die Aetiologie, Diagnose, Verlauf und Prognose der Hautkrankheiten, sowie Verhältniss derselben zum Gesammtorganismus, führt uns Auspitz noch einmal sein vor drei Jahren zuerst aufgestelltes System der Hautkrankheiten vor, das nach seiner eignen Aussage die klinische Wesenheit-der Krankheiten zum leitenden Princip hat.

Zum Schluss giebt Verfasser dann noch eine therapeutische Uebersicht nach allgemeinen Grundsätzen und Regeln. Wir können sagen, dass diese allgemeine Pathologie von Auspitz der Unna'schen Arbeit über die normale Anatomie, was Uebersichtlichkeit und Klarheit anbelangt, als würdiges Seitenstü k gegenübersteht.

Es beginnt dann in dem Handbuch des speciellen Theiles die erste Hälfte mit den Hyperämien, Anämien und Hämorrhagien der Haut, zusammengestellt von Schwimmer. Mit Recht nennt Sch. jede Hyperämie und Anämie eine Angioneurose der Vasomotoren und zwar erstere der Vasodilatatoren, letztere der Vasoconstrictoren.

Von diesem Standpunkte aus sind das Erythem und die Roseola Fluxionshyperämien, die Hypostase, symmetrische Gangrän, Cyanosis cardiaca, Morbus caeruleus Stauungshyperämien.

Anämie oder besser Oligämie der Haut verursacht als solche, weil sie einen negativen Begriff ausdrückt, keine besonderen Hauterkrankungen, sondern ist das Symptom anderer allgemeiner Leiden.

Unter Hämorrhagien werden die Purpura hämorrhagica (Morb. maculosus Werlhofii) und die Purpura scorbutica beschrieben.

Das folgende Capitel übernahm Th. Veiel. Unter Dermatitis superficialis beschreibt er uns die Dermatitis calorica (ambustio und congelatio), die Dermatitis traumatica und Derm. e venenis et causticis; sodann geht er auf den Katarrh der Haut, das Eczem ein und setzt in einer für den Practiker ganz brauchbaren Weise die Diagnose und Therapie dieses polymorphen Hautausschlages auseinander. Etwas schnell und kurz geht Verf. über die beiden Impetigoformen, Impetigo contagiosa und Impetigo herpetiformis weg zum Lupus erythematosus über, den er uns ausführlicher vor Augen führt.

Geber präcisirt uns darauf die tiefgreifenden Entzündungen der Haut, und beginnend mit dem Erysipel, dessen Ursprung er mit Recht stets aus einer Continuitätstrennung der Gewerbe herleitet, in die dann irgend ein Schädlichkeitsmoment aufgenommen werden muss, gleichviel ob chemischer oder parasitärer Natur, geht er zur gangrène foudroyante, dem acut purulenten Oedem über. Furunkel, Carbunkel, Ecthyma und die Aleppobeule, Delhi, Biscara werden mit eingehender Genauigkeit aetiologisch, anatomisch, diagnostisch und therapeutisch beleuchtet. Sehr vortheilhaft zeichnet sich die Geber'sche Arbeit durch eine erschöpfende Literaturangabe in jedem speciellen Capitel aus.

Die chronischen tiefgreifenden Entzündungen der Haut, die sowohl in ihrer Aetiologie noch nicht erschlossene und in der Therapie noch so undankbare Sclerodermie, des Sclerema neonatorum, und die Elephantiasis Arabum s. Pachydermie, letztere ziemlich speciell, schildert uns Schwimmer. Ein neuer Abschnitt beginnt nunmehr mit den Anomalien der Epidermis, von denen uns im ersten Theil Lesser die Ichthyosis, Callus, Clavus, Verruca, Cornu cutaneum und das Condyloma beschreibt. Etwas sceptisch und kurz geht L. mit der Therapie der Ichthyosis um, bei welcher Gelegenheit er uns den Schwefel und seine Präparate gar nicht zu empfehlen für gut hält, der doch, wie neuerlich auch Unna noch anführt, grade bei Ichthyosis vermöge seiner keratolytischen Wirkung, so ausgezeichnete Dienste thut. Sehr einverstanden sind wir mit dem Vorschlage Lesser's, allgemein darauf zu dringen, die Nomenclatur spitzes und breites Condylom, überhaupt den Namen Condylom fallen zu lassen, und statt ersterem Papilloma acuminatum, statt letzterem Papula madidans zu gebrauchen.

In dem zweiten Theil der Epidermisanomalien wird über die weitverbreitete Psoriasis von Weyl in einer sehr guten Ausarbeitung Bericht erstattet. Bezüglich der Aetiologie der Psoriasis lässt uns auch Weyl noch im Dunkeln, und von den Lang'schen Pilzen hat auch er nichts gefunden. Bei der Therapie der Psoriasis redet W. mit Recht hauptsächlich der externen Behandlung das Wort. Bezüglich des Lichen planus (Lichen ruber Hebrae) interessirt uns die Therapie am meisten, weil man in letzterer Zeit grade das alte bewährte Specificum gegen dies Leiden, den Arsenik, in den Hintergrund zu drängen suchte durch neuere Methoden, von denen die Erfinder gute Resultate zu verzeichnen

[1]) Gehört es auch nicht zu meinem heutigen Thema, so sei es doch gestattet, noch kurz darauf zu verweisen, dass dieselben Ursachen, welche Schädel- und Gesichtsasymmetrien hervorrufen können, auch für unregelmässige Stellung der Zähne verantwortlich gemacht werden. Ziem bemerkt sehr richtig, dass, wenn der Nasenluftweg zur Athmung frei ist und deshalb in der Mundhöhle negativer Druck herrscht, die Zähne leichter und regelmässiger durchbrechen werden, als bei einer durch Nasenobstruction bedingten Mundathmung mit positivem Drucke gegen die Gaumenplatte. — Ziem hat bei seinen Versuchsthieren auch „auffällige Difformitäten der Wirbelsäule und des Thorax“ constatiren können. Auch weisen Untersuchungen und Beobachtungen anderer, von Ziem noch citirter, Forscher darauf hin, dass es „ausserordentlich wahrscheinlich ist, dass eine Mehrbelastung seitens einer Kopfhälfte — und solches findet ja bei Schädelasymmetrie stets mehr oder weniger statt —, besonders in jugendlichem Alter, eine Verkrümmung der Wirbelsäule, jenes so biegsamen Stabes, nach sich ziehen wird.“ — Auch in ethnologischer Beziehung, worauf Th. David (De l'atrésie du maxillaire supérieur, produite par les végétations adénoides du pharynx. France méd. 1883. Bd. II No. 29 und Centralblatt f. Chirurgie 1883, No. 46) aufmerksam macht, wird die Rhinologie ihre hohe Bedeutung noch erweisen, indem man durch sie auf sehr einfache Weise in den Stand gesetzt wird, gewisse Schädelformationen, die bis jetzt auf eine besondere Raceneigenthümlichkeit zurückgeführt werden, als durch Verlegung des Nasenluftweges entstanden zu erklären!

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haben. Aber W. hält nicht mit Unrecht an dem alten guten Mittel fest (Ref. muss dem vollkommen beipflichten, da er von der Unna'schen Sublimat-Carbolschmierkur in einigen Fällen, wenn auch nicht negativen, so doch nicht den erwünschten Erfolg gehabt hat). Warum deshalb ein gutes, altes Mittel verlassen? Auch über die rarsten und deshalb am wenigsten aufgeklärten und untersuchten Hautkrankheiten, Lichen circinatus, Pityriasis rubra, Dermatitis exfoliativa infantum, Pityriasis rosea, Pemphigus, Cheiropompholyx, Impetigo herpetiformis verbreitet sich W. mit grosser Sachkenntniss und Genauigkeit. Leider erreichen wir bei allen diesen schweren Hauterkrankungen therapeutisch so gut wie nichts; ein Glück daher, dass sie verhältnissmässig selten sind.

Den schönen Schluss des ersten Halbbandes des v. Ziemssen'schen Handbuches der Hautkrankheiten bildet die Abhandlung Neisser's über die chronischen Infectionskrankheiten der Haut. Ausser den speciell in die Dermatopathologie gehörigen Krankheiten dieser Klasse, nämlich, Tuberculose der Haut, Lepra, Syphilis, Mykosis fungoïdes (Alibert) Framboësia tropica, rechnet Neisser hierhin: den Rotz, die Aktinomykosis, das Lymphosarkom, das Trachom, ferner: die Sykosis parasitaria; die Balanitis diabetica und die Aleppobeule.

Die Neisser'sche Arbeit wurzelt in dem Boden der neuesten Forschungsproducte auf dem Gebiete der Bakterienlehre und ist von dem Verfasser, der ja selbst nicht geringe Verdienste um die Bakterienlehre bei der Lepra aufzuweisen hat, mit grosser Sachkenntniss und Beherrschung des Stoffes von Anfang bis zu Ende durchgeführt. Genaue Literaturangabe befindet sich am Schlusse eines jeden Kapitels. Besonders möchten wir auf das Kapitel von der Tuberculose und das von der Lepra hinweisen. Wenn sich bei der Syphilis auch noch nicht die Bakteriennatur untrüglich beweisen lässt, so ist Verf. doch von derselben überzeugt. Hoffen wir, dass die Fortsetzung des Werkes dem Anfang entspricht.

V. P. B. Der Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte zweiter Band ist soeben erschienen, und zeichnet sich wie der erste durch seine Reichhaltigkeit aus. Selbstverständlich werden wir jetzt sofort das früher gegebene Versprechen einlösen und in schnell auf einander folgenden Referaten den Inhalt unseren Lesern darlegen. Für heute mag es genügen, zur Characterisirung des epochemachenden Werkes, der Vorrede des Herausgebers, Wirklichen Geheimen Ober-Regierungs-Rathes Director Dr. Struck einige besonders prägnante Sätze zu entnehmen.

Der Herausgeber dankt zuvörderst den Mitgliedern und wissenschaftlichen Hilfsarbeitern des Amtes, deren unermüdliche Thätigkeit es *ihm* vergönnte, den deutschen Aerzten in dem vorliegenden zweiten Bande einen abermaligen Beweis der Betheiligung des Gesundheitsamtes bei der Lösung der zunächstliegenden Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege zu überliefern.

„Die Hygiene ist keine unabhängige Wissenschaft, da sie darauf angewiesen ist, die Grundlagen für ihre Entwickelung von anderen mehr abstracten Wissenschaften zu entlehnen. Doch aber erfordert die, ein besonderes Specialwissen voraussetzende, sachgemässe Auswahl des für ihre Ausübung zu entlehnenden Stoffes, wie die Art der Anordnung und Verwerthung dieses Stoffes für die Zwecke der öffentlichen Gesundheitspflege, dass die Hygiene sich zu einer selbständigen Wissenschaft emporschwinge und nach eigenen Gesichtspunkten und Methoden arbeite. Dass diese ihre Entwickelung zur Selbständigkeit, bis in die neueste Zeit hinein, nur beschränkte Fortschritte gemacht hatte, ist allbekannt.

Das Gesundheitsamt war daher in die Nothwendigkeit versetzt, vorläufig wenigstens, die Rolle einer hygienischen Versuchsanstalt zu übernehmen und sich die Wege für seine experimentelle Thätigkeit theilweise selbst zu bahnen und zu ebnen, bevor es sich für fähig halten konnte, nach allen Richtungen hin für die Praxis der öffentlichen Gesundheitspflege Verwerthbares und Massgebendes zu leisten.

Wie das Gesundheitsamt diese unerlässliche Vorbedingung für die Entfaltung einer erspriesslichen Thätigkeit von seiner Seite zu erfüllen bestrebt gewesen ist, davon hat der erste Band dieses Werkes Zeugniss abgelegt: Derselbe enthält eine eingehende Darlegung der experimentellen Arbeitsweise des Gesundheitsamtes und ist, was dem Geheimen Regierungsrathe Dr. Koch als hohes Verdienst angerechnet werden muss, namentlich durch die in demselben veröffentlichten Methoden zur Untersuchung pathogener Mikroorganismen, ein Buch von dauerndem Werthe geworden.

Der vorliegende zweite Band ist grösstentheils aus den Ergebnissen verschiedener Arbeiten zusammengestellt, welche zur Erforschung der Ursachen einiger übertragbarer Krankheiten der Menschen und zur Auffindung allgemein wirksamer Desinfectionsverfahren im Gesundheitsamte unternommen wurden. Sein Inhalt, von dem schon Manches in allgemeineren Umrissen in die Oeffentlichkeit gebracht wurde, dient somit schon mehr praktischen Zwecken, als der des ersten Bandes."

Herr Dr. Struck weist alsdann darauf hin, dass eine rückhaltlose Billigung des vom Gesundheitsamte zur Verwirklichung seiner Ziele eingeschlagenen Weges demselben durch die vom Herrn Reichskanzler ins Werk gesetzte und im ganzen Deutschland mit Freuden begrüsste Entsendung einer, aus einem Mitgliede und drei Hülfsarbeitern des Gesundheitsamtes gebildeten, Commission zur Erforschung der Ursachen und Verbreitungsweise der Cholera nach Egypten und Indien zu Theil geworden sei. Dieser Akt lasse weitere Unterstützung und Förderung erhoffen.

Er übergiebt daher den neuen Band der Oeffentlichkeit in der festen Zuversicht auf eine fernere zielbewusste und erfolgreiche Thätigkeit des seiner Leitung anvertrauten Amtes.

Wir selbst zweifeln nicht, dass diesem zweiten Bande die gleiche Aufnahme zu Theil werden wird, die dem ersten entgegengebracht wurde.

VI. P. B. Die Berichte der Deutschen Cholera-Commission sind von den medicinischen Zeitschriften des Auslandes fast ohne Ausnahme in extenso abgedruckt worden, trotzdem sie schon in den leitenden politischen Zeitschriften erschienen waren. Es zeugt dies für die hohe und bleibende Bedeutung derselben. In der That, eine Fachpresse, die nicht nur die gewöhnlichen Interessen von Angebot und Nachfrage pflegt, sondern ausser ihnen doch auch andere höhere Ziele kennt, wird sich einer solchen Verpflichtung nicht entziehen können.

Inzwischen hat Surgeon general Sir William Hunter einen Vortrag über seine Erfahrungen in Aegypten gehalten, in welchem er den wiederholten Versuch machte, den Beweis zu führen, dass die Cholera in Damiette nicht eingeschleppt sei —. Die Cholera beschäftigte auch die Royal medical and chirurgical society in ihrer Sitzung am 12. Februar. Die Discussion knüpfte sich an die Demonstration von 10 mikroskopischen Präparaten, die Straus aus Paris mit einem erklärenden Schreiben eingesendet hatte. Es handelte sich: 1. um zwei Präparate aus Reiswasserstühlen von Cholera-Patienten mit Gentianviolet gefärbt. Man sehe darin zahllose Organismen aller Art ohne irgend welche charakteristische Eigenschaften; 2. um acht Schnitte aus dem Dünndarm, hauptsächlich aus dem Ileum, in absolutem Alkohol gehärtet, mit Methylen-Blau gefärbt und in Canada-Balsam eingebettet. (Die Sectionen wurden grösstentheils unmittelbar nach dem Tode ausgeführt.) Man findet in diesen Schnitten: erstens, eine vollständige Desquamation der epithelialen Decke der Zotten und der Intestinalschleimhaut; zweitens in der Substanz der Schleimhaut, in dem Gewebe der Zotten, in den Luminibus der Lieberkühn'schen Follikel und hier und da in dem submucösen Gewebe selbst, verschiedene mit Methylen-Blau gefärbte Schizomyceten, grösstentheils Bacillen. Unter ihnen begegne man einem am häufigsten, kurz, dünn und gerade, wahrscheinlich der von Koch gefundene. Mit Bestimmtheit will dies Herr Straus allerdings nicht behaupten, da Koch seine Methode, die Mikro-Organismen zu färben nicht angegeben habe. Ausser diesem Bacillus begegne man in den Präparaten noch einem anderen grösseren, sowie kurzen, dicken Bakterien und nächst dem in der Substanz der Darmschleimhaut zahlreichen Mikrokokken. Die Discussion brachte wenig zur Aufklärung bei, weil offenbar die meisten Anwesenden die Koch'schen Methoden der Reinzüchtung weder aus eigener Erfahrung kannten, noch in Betreff derselben eine richtige Anschauung besassen. Seine im Cholerablute „entdeckten" Mikro-Organismen hatte Herr Straus in Paris gelassen.

Inzwischen hat der Calcutta Englishman eine Mittheilung gebracht, der zufolge Koch in dem Wasserbehälter eines mit Cholera behafteten Stadtviertels dieselben Bacillen gefunden habe, wie in den Cholera-Leichen. Die Nachricht ist allerdings mit Vorsicht aufzunehmen, da sie sich in einem nichtmedicinischen Blatte befindet, und ganz gewiss von Koch nicht ausgeht. Vielleicht antiplicirt der Berichterstatter das Resultat von Untersuchungen, von denen er zufällig Kunde erhalten hat. Dass diese Untersuchungen aber vorgenommen worden sind, dürfte selbstverständlich sein. Nachdem der Nachweis der Bacillen im Körper geführt worden und ein charakteristisches Wachsthum derselben in der Nährgelatine aufgefunden war, lag es ja nahe, dass sich die Commission mit der Untersuchung verdächtiger Wässer mit Hülfe der Culturmethode beschäftigte. Der Nachweis von Typhus-Bacillen in verdächtigem Wasser ist allerdings trotz des charakteristischen Wachsthums derselben in der Nährgelatine bisher nicht gelungen; vielleicht aber wachsen die Cholera-Bacillen noch charakteristischer, so dass vereinzelte Colonien erkennbar sind.

VII. P. B. Die Zuschrift des Reichskanzlers an die Bundesregierungen, betreffend die Resolution des Reichstages über Herstellung einer Aerzte-Ordnung.

Die neueste Nummer des ärztlichen Vereinsblattes, welche uns soeben zugeht, bringt die schon von Herrn Graf im Abgeordnetenhause erwähnte Zuschrift des Reichskanzlers, betreffend die vorjährige Resolu-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tion des Reichstages im Wortlaute, und halten wir uns bei der Wichtigkeit derselben in personeller wie materieller Beziehung verpflichtet, sie unsern Lesern wiederzugeben.

Der Reichskanzler. Berlin, den 24. December 1883.
(Reichsamt des Innern.)

Die bei Berathung des Entwurfs eines Gesetzes, betreffend die Abänderung der Gewerbeordnung, von dem Reichstag gefasste Resolution:

den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, Fürsorge zu treffen, dass dem Reichstage ein Gesetzentwurf über Herstellung einer Aerzteordnung vorgelegt werde, in welcher Organen der Berufsgenossen eine ehrengerichtliche Strafgewalt über dieselben beigelegt wird,

ist durch den Beschluss des Bundesraths vom 14. Juni 1883 (§ 301 Ziffer 2 der Protocolle) dem Reichskanzler überwiesen worden.

Hinsichtlich der Grundzüge der etwa zu erlassenden Aerzteordnung sind auch bei den Verhandlungen des Reichstags nur in der am Schluss der Resolution bezeichneten Richtung Andeutungen gemacht worden. Nach diesseitigem Erachten würde es sich hauptsächlich um den Erlass von Vorschriften handeln

1) über die Bedingungen der Ausübung des ärztlichen Berufs;
2) über eine staatliche Beaufsichtigung der Berufsthätigkeit der Aerzte;
3) über eine an Organe des ärztlichen Standes zu übertragende disciplinare oder ehrengerichtliche Gewalt über die Berufsgenossen.

Zunächst jedoch beehre ich mich, das Königliche Ministerium um eine gefällige Aeusserung über das Bedürfniss einer von Reichswegen zu erlassenden Aerzteordnung zu ersuchen. Ich verbinde damit die Bitte um eine Mittheilung über den dortseits auf diesem Gebiete gegenwärtig vorhandenen Rechtszustand.

Der Reichskanzler.
In Vertretung: (gez.) von Bötticher.

An das Königlich Sächsische Ministerium der auswärtigen Angelegenheiten in Dresden.

Wir glauben, um dies kurz zu berühren, dass allerdings der Passus der Resolution, in welchem verlangt wird, dass Organen der Berufsgenossen eine „ehrengerichtliche Strafgewalt" über die letzteren beigelegt werde, an derselben Unklarheit leidet, die wir in den Debatten über diesen Gegenstand mehrfach hervorheben mussten.

Man kann sehr wohl den Passus so auffassen, als solle es sich hier um vollstreckbare Erkenntnisse der ärztlichen Ehrengerichte, analog den Principien der deutschen Anwaltsordnung, handeln. In diesem Falle würde aber in der That, wie unsererseits wiederholt dargelegt worden ist, eine Betheiligung des Staates nicht zu umgehen sein.

In der Sitzung des Königlich Sächsischen Landescollegiums am 13. d. Mts., zu welcher auch die 8. Abgeordneten des ärztlichen Kreisvereins-Ausschusses eingeladen waren, bildete die betreffende Zuschrift den Gegenstand der Berathung, und ist das Vereinsblatt in der Lage die Sätze mittheilen zu können, welche seitens des Referenten der Berathung über die Vorlage des Reichskanzlers zu Grunde gelegt und von der Versammlung gebilligt wurden.

Dieselben lauten:

„A. Eine Deutsche Aerzteordnung hat die Bestimmungen und Vorschriften zu enthalten über:

1. Die Bedingungen der Ausübung des ärztlichen Berufes auf Grund von § 29 der G.-O. nach der Bekanntmachung vom 1. Juli 1883 in Verbindung mit der Bekanntmachung vom 2. Juni 1883, betreffend die ärztliche Vorprüfung und mit der Bekanntmachung vom 2. Juni 1883, betreffend die ärztliche Prüfung.
2. Die staatliche Beaufsichtigung der Berufsthätigkeit der Aerzte ist abzulehnen.
3. Die den Aerzten zustehenden Rechte und zwar:
   a. die Freizügigkeit der Aerzte innerhalb des Gebietes des Deutschen Reichs (§ 29, Abs. 3 der G.-O.);
   b. die Freiwilligkeit der ärztlichen Hülfeleistung (§ 141, Abs. 2 der G.-O.);
   c. die freie Vereinbarung des ärztlichen Honorars (§ 80 der G.-O.);
   d. das Recht zur ausschliesslichen Anstellung und Verwendung im ärztlichen Dienste des Staates oder der Gemeinden, bei Orts-, Fabrik-, Innungs- und Knappschaftskassen (§ 29, Abs. 1 der G.-O. und Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883. §§ 6, 20, 64, 73 und 74), sowie zur Ausstellung von Zeugnissen;
   e. das Ablehnungsrecht zum Amte eines Schöffen oder Geschworenen (Gerichtsverfassungsgesetz vom 27. Januar 1857. §§ 35 und 85).
4. Die den Aerzten obliegenden Berufspflichten, als:
   a. die Anmeldepflicht, binnen 14 Tagen nach erfolgter Niederlassung bei dem Bezirksarzte des gewählten Wohnorts unter Vorweis des Approbationsscheins, sowie die Abmeldepflicht bei Wechsel der Niederlassung;
   b. die Verpflichtung, dem Bezirksarzte auf Verlangen die zu seiner Amtsführung erforderlichen Auskünfte zu ertheilen, sowie die im öffentlichen Interesse getroffenen medicinalpolizeilichen Anordnungen zu unterstützen gegen Ersatz der Auslagen und Bezug geordneter Gebühren;
   c. die Verpflichtung, bei allgemeinen medicinalpolizeilichen Vorkehrungen den Anordnungen des Bezirksarztes nachzukommen;
   d. die Verpflichtung, die Todesursachen der in ihrer Behandlung Verstorbenen in die Leichenscheine einzutragen;
   e. die Verpflichtung, sich des Ausgebens von Arzneien gegen Bezahlung zu enthalten mit Ausnahme der von der Medicinalpolizeibehörde festgestellten Fälle;
   f. die Verpflichtung zur Anzeige der Geburt eines Kindes bei dem Standesamte in den im Reichsgesetze vom 6. Februar 1875 § 18 vorgeschriebenen Fällen;
   g. die Verpflichtung zur Einreichung der Impftabellen.
5. Die an Organe des ärztlichen Standes zu übertragende ehrengerichtliche Gewalt über Berufsgenossen.

Die Organisation des ärztlichen Standes im Deutschen Reiche erfolgt in jedem einzelnen Staate durch Bildung von staatlich anerkannten corporativen Verbänden — Aerztevereine —, deren weitere Organisation und Art ihrer Vertretung den Staatsbehörden gegenüber den Einzelregierungen durch besonderes Statut überlassen bleibt.

Aus den Aerztevereinen wird von Fall zu Fall in jedem Staate ein (im Königreich Sachsen höchstens aus 5 Mitgliedern zusammengesetzter) Ausschuss gewählt, welcher über die Zurücknahme der Approbation in den Fällen sich gutachtlich zu äussern hat, in welchen durch die Gerichte den Inhabern der Approbation die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt worden sind. Ueber die Zurücknahme der Approbation entscheidet in solchen Fällen die höhere Verwaltungsbehörde; die Recursinstanz, nach Gehör ihrer Sachverständigen-Collegia, sind diejenigen Ministerien, unter denen die Verwaltung des Medicinalwesens steht (§ 53, 20 u. 21 der G.-O.).

Die Aerztevereine sind berechtigt, aus sich Ehren- und Schiedsgerichte zu ernennen, zur Schlichtung von Streitigkeiten unter ihren Mitgliedern und Ahndung von Verstössen gegen die Standesehre mit der Befugniss auf Erinnerung, Verweis und Ausschluss zu erkennen. Die weitere Organisation dieser Ehren- und Schiedsgerichte sowie die Bestimmung des dabei zu beobachtenden Verfahrens bleibt den Vereinen überlassen.

B. Das Bedürfniss einer deutschen Aerzteordnung, welche die in Vorstehendem ausgeführten Bestimmungen und Vorschriften enthält, ist anzuerkennen."

Wir stimmen mit den Beschlüssen des Königlich Sächsischen Medicinalcollegiums wesentlich überein. Mit grosser Klarheit sind hier die verschiedenen Kategorien auseinander gehalten, und ist vollständig das zu ihnen Gehörige festgestellt worden. Nur gegen A. 5 müssen wir Einspruch erheben. In ihm ist als alleinige Grundlage der ärztlichen Standes-Organisation die Bildung von staatlich anerkannten corporativen Verbänden festgehalten. Dagegen liesse sich nichts einwenden, wenn dem Ausschuss dieser Verbände nicht auch Functionen beigelegt wären, die z. B. bei der Approbations-Entziehung in Kraft treten. Unserer Ueberzeugung nach muss die Regelung der Organe für diese und ähnliche Functionen den einzelnen Staaten überlassen werden.

Die in der letzten Alinea von Punkt 5 angeführten Schieds- und Ehrengerichte gehören nach den Beschlüssen des Landes-Medicinal-Collegiums, wie wir sie auffassen, zu den inneren der Vereine.

VIII. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 18. Februar 1884.

Vorsitzender: Herr Leyden.
Schriftführer: Herr A. Fraenkel.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

Vor der Tagesordnung wurde durch Herrn G. Behrend ein Fall von Lichen ruber planus mit ungewöhnlicher Localisation demonstrirt, der in extenso in der Deutschen med. Wochenschrift veröffentlicht werden soll. (Wir werden gleichzeitig die Discussion bringen, um jetzt den Zusammenhang nicht zu stören.)

Zur weiteren Discussion über den Vortrag des Herrn Kempner über die Arsenikbehandlung der Phthisis erhält das Wort:

Herr Thilenius: Die klinische Erfahrung in Bädern hat ihre eigenthümlichen Schwierigkeiten. Wir haben die Kranken gewöhnlich nicht lange genug unter der Hand, um in allen Stücken ausreichende Controlle zu üben, aber, was das Schlimmste ist, wir haben das Krankenmaterial nie so in der Hand wie in Kliniken, um mit der nöthigen Sicherheit etwaige Fehlerquellen auszuschliessen. Aber da geht es wie so oft im Leben: die Menge muss es bringen, und wenn man durch eine Reihe von Jahren dieselbe Beobachtung gemacht hat, verdient sie doch immer einigen Glauben. Was nun die Arsenikbehandlung der Phthise betrifft, so beschäftige ich mich damit etliche 20 Jahre, und zwar so reichlich und häufig, dass ich die Arsenikpillen, die Form, welche ich gewöhnlich gebe, in der Apotheke unter dem Namen „Pilulae tonicae" vorräthig halten lasse. Ich habe in früherer Zeit, wie damals wohl Alle, arsenigsaures Kali angewandt, in neuester Zeit ausschliesslich arsenigsaures Natron, 2—3 mgr pro Tag, 1 mgr pro dosi. Ich kann nun, was die Resultate anlangt, zunächst vorausschicken, dass ich irgend einen Einfluss des Arseniks auf den phthisischen Process selbst niemals gesehen habe. Wenn eine Besserung bei einem Phthisiker, der mit Arsenik behandelt wurde, eintrat, so erfolgte dieselbe niemals anders als im Anschluss an eine Besserung im Allgemeinbefinden, wie es bei allen übrigen Verfahrungsweisen auch der Fall ist. Was mich veranlasst, Arsenik zu geben, das sind eigentlich mehr Erscheinungen im Gebiete des Nervensystems. Es handelt sich fast immer um Herzklopfen, Athembeschwerden, allgemeine nervöse Zustände, theilweise auch um

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schmerzhaftigkeit irgend welcher Art, rheumatische Zustände u. dgl. m. Da muss ich nun sagen, dass ich mit Arsenik ausserordentlich zufrieden bin. Namentlich ermässigt sich immer sehr bald, sofern überhaupt der Arsenik vertragen wird, das Herzklopfen, die allgemeine Unruhe und Unbehaglichkeit, ganz prägnant ist aber jedesmal die Wirkung bei vorhandener Dyspnoe, die oft, selbst bei schweren Phthisikern, bei sehr starker Zerstörung der Lunge, auffallend ermässigt wird. Auf den Magen wirkt nach meiner Erfahrung der Arsenik im Durchschnitt ungünstig. Es ist für mich immer eine Vorbedingung zur Verabreichung, dass der Magen möglichst intact sei. Sowie die geringste Störung eintritt, lasse ich das Mittel sofort wieder weg. Es tritt namentlich, wenn man 1—2 Wochen Arsenik gegeben hat, sehr häufig eine Art Hungergefühl auf; ich glaube aber nicht, dass das etwas Anderes ist, als ein ähnliches Hungergefühl wie bei dem Gebrauch von Schwefelwasser; nämlich nicht eine wirkliche Anregung des Appetits, sondern ein Hungergefühl, das leicht in Reizungserscheinungen des Magens übergeht, die nachher zwingen das Mittel auszusetzen.

Ganz ähnliche Erfahrungen macht man ja bei Chlorotischen. Namentlich in solchen Fällen, wo sehr heftige Herzpalpitationen bestehen und allgemeine nervöse Zustände. In diesen Fällen ist der Arsenik oft ein besseres Mittel als Eisen etc.

Genug, wenn ich wiederholen muss, dass ich durchaus in dem Arsenik kein Anthiphthisicum, oder wie man jetzt sagen muss, kein bacillentödtendes Mittel erkenne, und ebensowenig beobachtet habe, dass als unmittelbare Wirkung des Arsenikgebrauchs, das hectische Fieber abnimmt, so habe ich doch im Anschluss an eine Besserung des Allgemeinbefindens eine günstige Wirkung desselben auch bei hectischem Fieber gesehen, und ich möchte bei der Behandlung der Phthisiker das Mittel nicht entbehren. Ich kann auch die Form, in der ich es zu geben gewohnt bin, also 1mgr arsenigsaures Natron mit irgend einem Amarum zu Pillen verarbeitet, aufs Beste empfehlen.

Herr Leyden: Ich würde, nachdem eine Anzahl von Rednern ihre Meinung ausgesprochen und die vorliegende Frage nach vielen Seiten beleuchtet haben, nicht auch noch das Wort nehmen, wenn ich nicht meinte, dass es hier auch darauf ankommt, eine Anzahl von Stimmen laut werden zu lassen, und dass auch meine Stimme dabei in Betracht kommen könnte.

Ich habe, wie das ja fast selbstverständlich ist, ebenfalls seit geraumer Zeit den Arsenik in der Behandlung der Lungenphthise angewandt, bereits früher und namentlich seit der Buchner'schen Anregung. Ich habe eine Anzahl von Fällen in der Privatpraxis, eine Anzahl in der Charité behandelt, über die ich noch in den Charité-Annalen berichten werde. Ich gebe hier nur mein schliessliches Urtheil ab, welches dahin geht, dass dem Arsenik in der Behandlung der Lungenphthise kein reeller Werth beizumessen ist. Ich finde mich also in Uebereinstimmung mit Stintzing, und wenn Buchner gegen die Beobachtungen des Letzteren einwendet, er habe das Mittel nicht in der richtigen, von ihm vorgeschriebenen Form angewendet, so glaube ich nicht, dass auf diese minutiösen Dinge ein Werth zu legen ist. Wenn er wirklich Nutzen brächte, müsste der Arsenik es in der einen Form so gut wie in der anderen leisten.

Ich für mein Theil gehöre überhaupt nicht zu den Verehrern des Arseniks in der Therapie innerer Krankheiten. Wenn in der vorigen Sitzung von anderer Seite in Zweifel gezogen ist, dass der Arsenik durch Gewöhnung in grossen Dosen vertragen werden kann und dass er die Fähigkeit besitzt, die Muskelkräfte zu schonen und zu stärken, so möchte ich nach der anderen Seite hin eine vielfach behauptete Wirkung in Zweifel ziehen, auf welche Buchner in seinen theoretischen Speculationen ein grosses Gewicht legt, nämlich seine Wirkung bei Wechselfieber. Ich habe in den ersten Jahren meiner Praxis sehr viel Wechselfieber gesehen und damals auch in Fällen, wo uns das Chinin im Stiche zu lassen schien, den Arsenik angewandt, ich habe auch später in ähnlichen Fällen diese Versuche wiederholt, aber ich habe mich niemals von einer eigentlichen Heilwirkung des Arseniks auf das Wechselfieber überzeugen können. Ich kann also den Satz Buchner's, dass der Arsenik eine Bakterienkrankheit, das Wechselfieber, anerkanntermaassen zu heilen im Stande sei, nicht bestätigen.

Wenn ich die bisherige Discussion überblicke, so finde ich, dass eigentlich von keiner Seite behauptet worden ist, der Arsenik besässe eine eigentliche heilende Einwirkung auf den tuberculösen Process, sei es, dass er die Bacillen tödten oder abschwächen oder, wie Buchner es sich denkt, das Gewebe widerstandsfähiger machen könnte. Für die eine oder die andere dieser Annahmen ist von keiner Seite eine Thatsache beigebracht, denn auch, wenn der Arsenik das Gewebe widerstandsfähiger machte, müsste doch eine Abnahme der Bacillen daraus resultiren. Die am meisten betonte Wirkung ist die auf den Appetit, und dadurch auf die Kräftigung des Organismus und die Zunahme der Ernährung. Herr Thilenius hat übrigens auch diese Wirkung stark in Zweifel gezogen. Ich selbst kann ebenso wenig Rühmenswerthes darüber sagen, ich kann nur anführen, dass die wenigsten Patienten den Arsenik auf lange Zeit vertrugen, die meisten bekamen Magendrücken und Durchfälle. Aber auch diejenigen, welche ihn auf längere Zeit vertrugen, hatten keinen Vortheil davon. Indessen will ich doch daran erinnern, dass der Arsenik unter den französischen Aerzten den Ruf geniesst, vortheilhaft auf den Appetit einzuwirken, und dass er vielfach bei Dyspepsien angewandt wird. Dieser Ruf würde dem entsprechen, was Herr Kempner u. A. bei der Lungenphthise gesehen haben. Nur kann ich nicht verhehlen, dass ich selbst mich von der Appetiterregenden Wirkung des Arsen niemals habe überzeugen können.

Herr Kempner: Ich möchte mir zunächst erlauben meinerseits hervorzuheben, dass auch ich vollkommen mit den anderen Herren Rednern darin übereinstimme, dass ich eine Einwirkung auf den localen Process in der Lunge vom Arsenik nicht gesehen und niemals behauptet habe, dass also die ziemlich lebhafte Opposition gegen diesen Punkt sich nur gegen Buchner und nicht gegen meine Ausführungen richtet.

Was nun zunächst die Ausführungen des Herrn Guttmann betrifft, so habe ich mit Vergnügen daraus ersehen, dass wir eigentlich principiell und wesentlich zu ähnlichen Resultaten und ähnlichen Schlussfolgerungen gelangt sind, nur ist der Procentsatz der günstigen Einwirkungen in meiner Beobachtungsreihe bedeutend erheblicher als der von Herrn Guttmann beobachtete. Nun ist die Verabreichung eines Medicamentes an einen Patienten, als Versuch betrachtet, ein so unendlich complicirtes und von so vielen Zufälligkeiten abhängiges Experiment, dass z. B. in der Physiologie kein Mensch ein solches Experiment anerkennen würde; und es kann daher nicht Wunder nehmen, dass, wenn verschiedene Beobachter dasselbe Mittel prüfen, sie auch zu quantitativ abweichenden Resultaten gelangen. Möglicher Weise kann die Natur meines Materials mit zur Erklärung dienen. Meine Fälle gehörten zum Theil der besser situirten Privatpraxis an, zum anderen Theil dem jüdischen Krankenhause, und ich muss hervorheben, dass die Verwaltung dieses Hauses in Bezug auf Diät und Pflege der Kranken mir mit solcher Liberalität entgegengekommen ist, wie es vielleicht nur in einem kleineren und privaten Institut möglich ist. Im Uebrigen ist auch Herr Guttmann zu dem Schlusse gelangt, dass die Arseniktherapie eine weitere Prüfung verdient; und ich glaube, wenn wir beide längere Zeit beobachtet und den Kreis unserer Erfahrungen vergrössert haben werden, so werden wir uns auch in unserer Anschauung über das Mittel vollkommen begegnen.

Auf einen wesentlich anderen Standpunkt hat sich Herr Fraentzel gestellt, der von vornherein der Arseniktherapie jede Berechtigung abgesprochen und vor ihr gewissermaassen gewarnt hat, und zwar theils auf Grund seiner Erfahrung, theils aus theoretischen Gründen. Was seine Erfahrungen anbetrifft, so sind dieselben noch nicht publicirt und können daher zur Besprechung noch nicht herangezogen werden. Aufgefallen ist mir allerdings, dass Herr Fraentzel bemerkt, dass die Darreichung des Arsenik nach Buchner'scher Methode sich in der Mehrzahl der Fälle als undurchführbar erwies. Das widerspricht Allem, was ich selbst gesehen, was Herr Guttmann, was Buchner, Zadek, Stintzing gesehen haben, und es wird also wohl erst die ausführliche Mittheilung Aufklärung über die Gründe dieser auffälligen Erscheinung geben. — Theoretisch hob Herr Fraentzel besonders drei Punkte hervor: und zwar erstens die von ihm mit Koch gefundene Thatsache, dass, wenn man arsenige Säure Reinculturen von Tuberkelbacillen zusetzt, dieselbe das Wachsthum der Bacillen in keiner Weise alterire. Diese Thatsache war nach Allem, was man über die Wirksamkeit, speciell die antiseptische Wirksamkeit der arsenigen Säure weiss, zu erwarten. Wenn man sie aber zur Beurtheilung der Buchner'schen Methode heranzieht, so stellt man sich auf einen Standpunkt, der dem Buchner's gerade entgegengesetzt ist, denn B. protestirt mit aller Energie dagegen, dass er die arsenige Säure als bacillentödtendes Mittel geben wolle; er hält es geradezu für einen Fehler, Antiseptica innerlich zu geben, die Aufgabe der Therapie sei, nicht die Bacillen zu tödten, sondern den Nährboden umzuändern, die Zellen zu kräftigen, sodass die Bacillen schliesslich nicht mehr die Möglichkeit finden, sich im Organismus zu entwickeln. Dieser Gedankengang ist ja discutabel, ich persönlich muss gestehen, dass ich ihn für sehr fruchtbringend halte und hoffe, dass die Therapie daraus Nutzen ziehen wird. Interessant ist mir, dass in neuester Zeit dieselbe Idee in Frankreich auftaucht. Herr Besnier hat im Januar in der Académie de médecine einen Vortrag gehalten über ein vorgeschlagenes therapeutisches Verfahren gegen Dermatomykosen und entwickelt genau denselben Gedankengang, den Buchner verfolgt, und zwar, wie ich annehmen muss, unabhängig von B., da er desselben mit keinem Worte erwähnt.

Der zweite Punkt, den Herr Fraentzel berührte, betrifft die Arsenikesser. Er erzählte, dass er zweimal in Steiermark gewesen sei und keinen Arsenikesser gesehen habe, und schliesst daraus, dass Arsenikesser

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

überhaupt nicht existiren. Dem gegenüber möchte ich doch für diese Leute, denen die Existenz abgesprochen werden soll, eine Lanze einlegen. Zunächst hat 1875 auf der Naturforscherversammlung zu Graz ein daselbst vorgestellter steirischer Pferdeknecht vor den Augen der Versammlung 450 mgr reine arsenige Säure verschluckt, wie im Protocoll der Naturforscherversammlung officiell mitgetheilt ist; aber schon 15 Jahre vorher, 1860, ist im Sitzungsbericht der Kaiserl. Academie der Wissenschaften zu Wien von Dr. Ed. Schaefer, Professor in Graz, eine Mittheilung über Arsenikesser in Steiermark erschienen, aus der verschiedenes interessante Material zu entnehmen ist. Es geht daraus hervor, dass in den fünfziger Jahren die Medicinalbehörden der Frage näher getreten, und dass aus allen Gegenden Berichte eingegangen sind. Ich werde den Bericht circuliren lassen. Auch ist es nicht so leicht, einen Arsenikesser zu finden, und das Factum, dass man bei wiederholten Touren keinem begegnet, ist noch nicht beweisend. Denn erstens ist die Sitte geographisch nicht über ganz Steiermark vertheilt, — sie findet sich nur in den nördlichen und nordwestlichen Theilen, — und ausserdem gilt der Arsenikgenuss nicht als besondere Bravour, deren man sich rühmt, sondern als Sünde, und so wenig sich bei uns Jedweder als Alcoholist vorstellen wird, so wenig wird der Steiermärker Veranlassung nehmen, sich als Arsenikesser zu bekennen. Jedenfalls glaube ich, dass durch die officiellen Berichte die Existenz der Arsenikesser nachgewiesen ist. Ich sehe auch nicht ein, weshalb aus physiologischen Gründen die Existenz derselben in Zweifel gezogen werden sollte, sehen wir doch täglich, dass sich Leute an Dosen Alkohol gewöhnen, die für einen nicht daran Gewöhnten unbedingt tödtlich wären, dass Leute Morphium in Dosen nehmen, die ein nicht daran Gewöhnter niemals vertragen würde. Und wenn man hört, dass Jemand 450 mgr ars. S. genommen hat, so ist das nicht wunderbarer, als wenn er 1 dgr nimmt, denn die arsenige Säure ist sehr schwer löslich und resorbirbar, sodass die Grösse des Stückes keinen Unterschied macht; der grösste Theil desselben wird eben einfach mit dem Darminhalt wieder entleert. —

Der dritte Punkt, den auch Herr Guttmann hervorgehoben hat, betrifft die Hüttenrauchpneumonie. Die Herren haben so argumentirt, dass, da die Tuberculose mit besonderer Bösartigkeit unter dem Viehbestand eines Bezirkes herrscht, dessen Luft und Vegetation arsenikreich ist, der Arsenik kein Mittel gegen die Tuberculose sein könne. Ich bedaure diese Deduction anfechten zu müssen, denn Buchner behauptet nur, dass eine richtig geleitete und vorsichtig beobachtete medicamentöse Darreichung des Arseniks, bei der darauf geachtet wird, dass gerade der gewünschte Grad der Reizung erreicht, jede schädliche Wirkung des Arseniks aber vermieden wird, den Organismus kräftige und gegen Infection feie. Dass aber Thiere, die mit der Athmungsluft und mit dem Futter Arsenik und ausserdem Blei, Kupfer, Schwefelsäure in unberechenbarer Menge in sich aufnehmen, cachektisch und, wie gegen jede Infection, auch gegen Tuberculose weniger widerstandsfähig werden, ist selbstverständlich. Ich habe aus diesem Grunde die mir wohlbekannte Arbeit von Johne gar nicht in den Kreis meiner Besprechung hineingezogen. —

Da Herr Lublinski nicht anwesend ist, will ich in Bezug auf seine Ausführungen nur auf das eine Thatsächliche eingehen, nämlich auf seine Statistik. Er hat 32 Fälle beobachtet und nur in 8 Fällen eine günstige Einwirkung gesehen. Ich glaube nun, dass die Natur des Materials, an welchem Herr L. gearbeitet hat, Schlussfolgerungen verbietet. Poliklinisches Material ist zur Entscheidung derartiger Fragen nicht geeignet, erstens weil man es meistens mit Leuten in ungünstigen Ernährungsverhältnissen zu thun hat, und zweitens weil man nicht die Garantie hat, ob die Medicamente wirklich genommen oder weggegossen werden. Auch Herr L. wollte a priori aus der Stoffwechsel steigernden Wirkung des Arseniks, die durch Gäthgens erwiesen sei, den Schluss ziehen, dass die Arsenikbehandlung bei phthisischen Zuständen unrichtig sei. Ich glaube aus der von mir gegebenen Uebersicht über die Pharmakologie des Arsens geht schon hervor, dass man augenblicklich über die Wirkung des Arseniks Alles annehmen und für Alles den experimentellen Beweis und Gegenbeweis anführen kann. Es liegt bisher nur ein ganz ungeordnetes Material von Experimenten vor, das dringend einer Nachprüfung bedarf.

Sehr werthvoll ist mir natürlich die Unterstützung, die mir Herr Thilenius hat zu Theil werden lassen. Die Erscheinungen, die ich gesehen, decken sich so ziemlich mit seinen Beobachtungen, nur differiren wir in dem wesentlichen Punkt, dass ich eine sehr vortheilhafte Beeinflussung des Magens gesehen habe, während Herr T. das Gegentheil fand. Ich möchte mir die Vermuthung erlauben, dass das auf der Form der Darreichung beruht, die meiner Ueberzeugung nach durchaus nicht gleichgültig ist. Ich glaube das zugleich Herrn Karewski entgegenhalten zu müssen. Der Organismus reagirt sehr verschieden auf das Mittel, je nach der Form der Darreichung und die Experimente von Vaudrey zeigen, dass dieselbe Dosis, welche Thiere in fester Form 12 Tage lang vertragen, in löslicher Form nach 4 Tagen tödtlich wirkt.

Mit dieser letzten Bemerkung bin ich gleichzeitig auch schon auf das eingegangen, was Herr Leyden bemerkte, aber ich glaube nochmals hervorheben zu müssen, dass ich die Form der Darreichung nicht für unwesentlich halte, und dass die bakterientödtende Wirkung des Arseniks nicht erforderlich ist, um seine Anwendung bei Phthise gerathen erscheinen zu lassen.

Im Ganzen hat der Verlauf der Discussion wenigstens so viel gelehrt, dass in einem Theil der Fälle der Arsenik eine recht günstige Einwirkung auf das Allgemeinbefinden der Phthisiker ausgeübt hat. Mehr leistet meines Wissens keine der bekannten Behandlungsmethoden. Wenn man die Kranken für den Winter nach Palermo oder Madeira schickt, so heilt man auch nicht die Localaffection, sondern ist zufrieden, wenn sie psychisch munter und mit gutem Appetit zurückkehren und an Gewicht zugenommen haben. Diese Kur ist den Wenigsten zugänglich, und es wäre ein wesentlicher Fortschritt in der Therapie, wenn es gelänge, durch ein billiges und einfaches Verfahren dem Gros der Bevölkerung die Vortheile zuzuwenden, die sich die Reichen durch die klimatischen Kurorte verschaffen. Dass das Mittel nicht in allen Fällen hilft, darf vor der weiteren Anwendung desselben nicht zurückschrecken, denn wenn wir nur die Mittel anwenden wollten, die in allen Fällen helfen, so würden wir überhaupt keine Mittel haben. Wir wissen Alle, dass in Fällen schwerer Malariacachexie — und nur mit diesen kann man die Fälle inveterirter Phthise parallelisiren — das Chinin nicht nur häufig, sondern fast immer im Stiche lässt, dass es eine Menge Fälle von Syphilis giebt, die dem Quecksilber, von Rheumatismus, die der Salicylsäure widerstehen. Trotzdem sind das werthvolle Mittel, und ich glaube, in diesem Sinne wird sich auch der Arsenik als ein werthvolles Mittel in der Bekämpfung der Phthise erweisen, das vielleicht in Verbindung mit anderen Kurmethoden recht schätzenswerthe Resultate geben wird.

Herr Fraentzel bemerkt thatsächlich, dass er an den Untersuchungen über die Wirkung der arsenigen Säure auf Reinculturen von Tuberkelbacillen nicht betheiligt gewesen ist; dieselben sind im Kaiserlichen Gesundheitsamt angestellt und ihm nur mitgetheilt worden.

Hierauf hält Herr Croner seinen angekündigten Vortrag über Nephritis nach Mumps.

M. H. Wie Ihnen Allen bekannt ist, herrscht hier in Berlin seit October v. J., besonders in der westlichen Vorstadt, eine Epidemie der sogenannten Parotitis epidemica von einer solchen Ausdehnung, wie sie vielleicht nur selten beobachtet worden ist. Die Ansteckungsfähigkeit der Krankheit ist so gross, dass kaum ein Kind in einem Hause, in das die Krankheit hineingeschleppt worden, verschont geblieben ist, auch sind hin und wieder Erwachsene von derselben befallen worden. So wenig das Wesen der Krankheit noch bis heute durchforscht ist, so unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass dieselbe unter die specifischen Infectionskrankheiten zu classificiren ist. Nicht als einfacher acuter Parotis-Katarrh ist die Parotitis anzusehen, sondern als eine entschieden infectiöse Allgemeinerkrankung müssen wir sie ansehen mit primärer, vorzugsweiser Localisation des Giftes in den Speicheldrüsen. Es fehlt der Krankheit keines der Symptome, die uns für eine Infectionskrankheit wesentlich sind; sie zeigt eine Incubationsfrist; wie gross diese ist bei der jetzt herrschenden Epidemie, habe ich nicht genau feststellen können, da bei der grossen Ausbreitung der Krankheit kaum in einem Falle mit Sicherheit zu constatiren war, von welchem Patienten die Ansteckung erfolgt ist; im Allgemeinen wird das Incubationsstadium zwischen 7—14 Tagen angenommen; ferner hat die Parotitis epidemica wie die anderen Infectionskrankheiten ein prodromales Fieber, welches häufig zu einer Zeit auftritt, wo die Erkrankung der Parotis noch garnicht sich documentirt hat; bekannt ist, dass ausser der Parotis noch andere Organe von der Krankheit ergriffen werden, so namentlich die Hoden, was durch eine frühere Mittheilung der Herren Leyden und Schwerin in diesem Verein gestützt wird, und endlich als Beweis für den infectiösen Charakter der Krankheit wird die Immunität gegen ein zweitmaliges Erkranken hervorgehoben. Ich wollte mir erlauben, Ihnen heute einen von mir beobachteten Fall mitzutheilen, der, wie ich glaube, sehr zu Gunsten der Annahme einer infectiösen Allgemeinerkrankung spricht und auch dadurch interessant ist, dass ein Organ im Verlaufe der Krankheit ergriffen worden, dessen Mitleidenschaft wohl nur äusserst selten beobachtet worden ist, nämlich die Nieren. In der mir zu Gebote stehenden Literatur finde ich nur einen einzigen von Henoch mitgetheilten Fall von Nephritis nach Parotitis.

Meine Beobachtung ist folgende: Am 20. November v. J. erkrankte ein 6jähriger, sehr zarter Knabe unter vorhergegangenem, hohem Fieber an einer linksseitigen Parotitis, die in ihrem Verlaufe nichts besonderes bot; nichts desto weniger liess ich den kleinen Patienten, auch als sein Allgemeinbefinden sich wieder gebessert, der übertriebenen Aengstlichkeit der Angehörigen wegen das Bett hüten; dennoch trat am fünften Tage neues Fieber auf, und in wenigen Stunden wurde die An-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwellung der rechten Parotis sichtbar. Nach 24 Stunden fieberte Patient nicht mehr, bekam etwas Appetit, und der Process schien seinen normalen Verlauf zu nehmen, doch fiel es mir auf, dass der Kleine sich auffallend matt fühlte und das Bett nicht verlassen wollte. Am 4. December wurde ich bei meinem Besuche durch das Vorhandensein von Oedem der Augenlider überrascht, die nähere Untersuchung ergab Oedem der Hand- und Fussrücken, sowie geringen Ascites, der Urin war spärlich, blutig und enthielt eine grosse Menge Eiweiss. Bei ruhigem, normalem Verhalten und entsprechender Behandlung verringerten sich die Symptome der Nierenentzündung, die Oedeme schwanden, da plötzlich traten am 10. December ohne irgend welche Veranlassung neue Fiebererscheinungen ein, es schwollen am linken Unterkieferwinkel die Lymphdrüsen und das Zellgewebe äusserst schmerzhaft an, der Urin ist wieder hämorrhagisch mit einer grossen Menge Eiweiss. Die stürmischen Erscheinungen schwinden allmählich, doch wiederholt sich am 18. December dieselbe Scene noch einmal, nur mit dem Unterschiede, dass diesmal die Drüsen im rechten Kieferwinkel anschwollen, wieder hohes Fieber, Urin wieder blutig mit grossen Mengen Eiweiss. Erst Mitte Januar d. J. verschwand das Eiweiss aus dem Urin, das über 5 Wochen nachweisbar vorhanden war, und seit dieser Zeit ist die Reconvalescenz eine ungetrübte. — Wenn ich nun auch nicht im Stande bin, den Zusammenhang der Nierenaffection mit der Parotitis zu erklären, so kann derselbe in keinem Falle bezweifelt werden; wie sollte mein auf das Sorgsamste behüteter und im Bette gehaltener Patient sonst zu der Nephritis gekommen sein; wie ist ferner das zweimalige Wiederauftreten von Schwellungen der Lymphdrüsen am Winkel des Unterkiefers in Verbindung mit Nachschüben der Nierenentzündung, anders als durch eine gemeinsame Ursache zu erklären? Ich zweifle nicht daran, dass es weiteren Forschungen gelingen wird, festzustellen, welcher Art der Infectionsstoff der Parotitis epidemica ist, wie das Gift in den Körper aufgenommen und dann auf andere Organe, wie in meinem Falle, auf die Nieren abgelagert wird. Vorläufig besteht eine grosse Schwierigkeit noch darin, dass in den Krankenhäusern, wenn nicht zufällig dort eine Epidemie ausbricht, die Fälle gar nicht zur Beobachtung kommen, in der Privatpraxis eine Untersuchung des Parotissafts, in welchem ja das inficirende Agens nachweisbar sein muss, kaum zu erlangen ist, da das Einführen eines Röhrchens in den Ductus Stenonianus, wenn auch vielleicht nicht bei den kleinen Patienten, jedenfalls auf Widerstand bei den Eltern stösst.

Herr H. Strassmann: Dass im Verlaufe der Parotitis auch andere drüsige Organe erkranken, ist eine bekannte Thatsache. Bekannt sind die Metastasen bei Knaben auf den Hoden, bei weiblichen Individuen auf die Mamma, die im Verlauf und meistentheils mit sofortigem Verschwinden der Parotitis vorkommen. Ich bin nicht im Stande dies Vorkommen zu erklären, will es aber doch anführen gegenüber der Thatsache, dass sich zur Parotitis auch einmal eine Nephritis gesellt.

Die Nephritis tritt übrigens theils mit, theils nach so vielen und verschiedenen Affectionen auf, selbst nach leichten, nicht scarlatinösen Affectionen der Haut, dass ich nicht zugeben möchte, dass ihrem Vorkommen bei Parotitis eine besondere Bedeutung zur Begründung der infectiösen Natur der epidemischen Parotitis beigelegt werden kann.

Herr Villaret: Zur Complication der Parotitis mit Hodenentzündung liefert Védrènes einen interessanten Beitrag, den er in dem Recueil de mém. de méd. 1881 veröffentlicht hat. In der polytechnischen Schule nämlich kamen vom 28. März bis 30. Juli 25 Fälle epidemischer Parotitis vor, von welchen 15 sich mit Hodenentzündung complicirten, also 60 Proc. der Fälle, während nach den bisherigen Beobachtungen sich diese Complication nur auf etwa 26 Proc. erstreckte. Die Orchitis war 3 Mal doppelseitig, wobei aber die Hoden nach einander erkrankten, 4 Mal links, 8 Mal rechts, wobei keinerlei Uebereinstimmung mit der Parotitis gefunden wurde. Immer trat die Orchitis nach der Parotitis auf und stets schwoll zuerst der Nebenhode an und ging die Entzündung von diesem auf den Hoden über.

Als V. die Kranken 3 Monate nach der Entlassung aus dem Lazareth wieder untersuchte, waren von den 12 einseitigen Orchitiden 3 Hoden normal, 8 in geringem Grade an Umfang und Consistenz verringert, 4 stark verkleinert. Einer von den 3 doppelseitig Erkrankten sah sogar die Hoden sich verkleinern, weich werden und seine Potenz erlöschen, in kurzer Zeit aber trat vollkommene Herstellung der Function wieder ein.

Eine andere Parotitisepidemie beobachtete Fournié 1876 in Saint Germain in einem Cavallerieregiment. Dort complicirten sich unter 24 Fällen 5 mit Orchitis, 2 Mal traten nur Schmerzen in den Hoden auf.

Herr P. Guttmann: Es befremdet mich nicht, dass man hin und wieder Nephritis nach Parotitis beobachtet hat, denn es giebt ja keine acute Infectionskrankheit, zu der nicht eine Nierenentzündung hinzutreten kann; warum sollte also die Parotitis, die ja auch eine acute Infectionskrankheit ist, hiervon ausgeschlossen sein. Nur in der Häufigkeit des Hinzutritts einer Nephritis zeigen die acuten Infectionskrankheiten grosse Unterschiede; bei Scarlatina und Diphtherie tritt Nephritis sehr häufig, bei andern acuten Infectionskrankheiten viel weniger häufig hinzu, doch habe ich sie bei allen infectiösen Processen, z. B. bei den Typhen, bei Febris recurrens, Erysipelas, bei Variola, Septicämie, Puerperalfieber nicht selten gesehen; auch nach Varicellen kommt, wie kürzlich Henoch berichtet hat, Nephritis vor. Ich bin also nach diesen Erfahrungen auch der Ansicht des Herrn Croner, dass die Neprhritis in seinem Falle nicht eine zufällige Complication ist, sondern dass sie mit der Parotitis im Zusammenhange steht. Man kann sich diesen Zusammenhang der Nephritis bei den acuten Infectionskrankheiten so vorstellen, dass der Infectionsstoff, sei er nun ein organisirter, also Mikroorganismen, sei er ein anderer, mit dem Kreislauf in die verschiedenen Organe gelangt und gerade in den Nieren einen günstigen Boden findet, Entzündungserscheinungen zu erregen. Was speciell die Mikroorganismen betrifft, so findet man sie, wenn sie in den Kreislauf gelangen, ja fast gewöhnlich auch in den Nieren.

Herr Leyden: Herr Croner hat Bezug genommen auf die Mittheilung, die s. Z. von Herrn Schwerin und mir hier gemacht wurde. Ich habe damals schon angeführt, dass ich noch einen zweiten Fall von Metastase der Parotitis auf den Hoden gesehen habe, und Herr Villaret theilte uns eben mit, dass in andern Epidemien Hodenentzündung bei Parotitis ziemlich häufig beobachtet ist. Hier aber möchte ich die Bemerkung anschliessen, dass diese Metastase meines Erachtens anders aufzufassen ist, als die Betheiligung der Nieren, von welcher Herr Croner gesprochen hat. Sowohl bei den Metastasen auf den Hoden wie auf der Mamma dürfte es nicht ausgeschlossen sein, dass die contagiösen Elemente von aussen her eindringen durch die Harnröhre resp. die Ausführungsgänge der Mamma. Da der Mundspeichel, wie man wohl annehmen darf, exquisit contagiös ist, so dürfte eine solche Uebertragung durch die Hände leicht begreiflich sein. Ich habe auch Fälle gesehen, wo die Affection der Parotitis auf einer Seite beginnt, dort mehrere Tage andauert und dann erst die andere Seite befällt. Auch hier dürfte eine Ansteckung durch den Mundspeichel vorliegen, was in gleicher Weise für Hoden und Mamma möglich ist. Dagegen kann die Affection der Niere nur durch Uebertragung auf dem Wege der Circulation bedingt sein.

Die Thatsachen die Herr Guttmann über die infectiöse Nephritis angeführt hat, kann ich bekräftigen. Es giebt wohl nur wenige Infectionskrankheiten, bei denen nicht Nephritis schon beobachtet ist, und die Reihe der bisher vorliegenden Beobachtungen wird in sehr willkommener Weise vervollständigt durch die Beobachtung von Henoch über Nephritis bei Varicellen und des Herrn Croner bei epidemischer Parotitis. Wie diese Nephritis zu Stande kommt, ist eine noch sehr strittige Sache. Es ist die Bezeichnung der infectiösen Nephritis, die von mir zuerst gebraucht wurde, von anderer Seite zurückgewiesen, weil die infectiösen Elemente noch nicht nachgewiesen sind; ich habe mir noch neuerdings bei einer Reihe von infectiösen Nierenaffectionen grosse Mühe gegeben, diesen Beweis zu erbringen, aber bisher ohne Erfolg. Ob also wirklich von einem Eindringen von parasitären Elementen oder von einer Einwirkung chemischer Stoffe, welche von den Infectionsträgern erzeugt und ausgeschieden werden, die Nephritis hergeleitet werden kann, das ist eine Frage, welche noch nicht entschieden werden kann. —

Es würde sehr erwünscht sein, wenn die Herren, welche eine umfangreiche Praxis haben, ihre Erfahrungen über zwei Fragen mittheilen wollten, die ich für sehr wichtig halte, nämlich über die Dauer der Incubation und über die Immunität nach einmal überstandener Parotitis.

Herr A. Kalischer: Dass die Parotitis eine Infectionskrankheit ist, wird von keiner Seite bezweifelt. Was die Frage der Immunität betrifft, so steht die Krankheit ungefähr gleich den Masern. Mir sind wiederholt Fälle vorgekommen, wo die Patienten zweimal befallen wurden. Ebenso steht es mit der Incubation. Nach meinen Erfahrungen ist die Dauer derselben wie bei den Masern ungefähr 10—12—14 Tage.

In Bezug auf die Metastasen bot mir im vorigen Jahre ein Fall einiges Interesse. Ich wurde zu einem jungen Mann von 18 Jahren gerufen, der, schon ziemlich gut entwickelt, die Erscheinungen einer Orchitis hatte. Ich hielt sie anfangs für abhängig von einer verheimlichten Gonorrhoe und inquirirte hartnäckig danach. Später erfuhr ich, dass eins von den Kindern vor einiger Zeit an einer Anschwellung der Parotitis gelitten hatte, dass bei dem Patienten selbst eine mässige Parotitis einige Tage dem Auftreten der Orchitis vorangegangen war, so dass sich mein Verdacht als ungerechtfertigt erwies.

Herr Mühsam: Was die Incubationszeit anlangt, so glaube ich, dass das Gewöhnliche 8—14 Tage sind, jedoch ist mir ein Fall bekannt, bei dem ich sicher bin, dass sie 3 Wochen gedauert hat. Es handelte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich um ein Kind, das erkrankte 3 Wochen, nachdem der Bruder die Krankheit aus der Schule mitgebracht und genesen war. Das Kind war inzwischen wegen einer zufälligen anderen Erkrankung nicht aus dem Zimmer gekommen.

Was die Immunität für die Krankheit anlangt, so glaube ich nicht, dass dieselbe relativ so selten beobachtet wird, wie Herr Kalischer angegeben hat. Die gegenwärtige Epidemie ist eine der ausgebreitetsten gewesen, die wir seit Jahren gehabt haben, ich selbst habe Dutzende von Fällen beobachtet und nur ein einziges Kind gesehen, das ein Recidiv bekam, nachdem es vor zwei Jahren die Krankheit durchgemacht hatte.

Herr Meyerhoff: In Bezug auf die Icubationszeit habe ich eine interessante Beobachtung gemacht. Es erkrankte ein Knabe und darauf nach 9 Tagen die Tochter des Hauses. Die zweite Tochter war verreist, kehrte gerade am Tage vor der Erkrankung des Mädchens zurück und erkrankte genau wieder nach 9 Tagen.

Herr Benary: Ich wurde zu einem Patienten gerufen, den ich wegen Orchitis behandelte. Am nächsten Tage hatte sich die Orchitis etwas gebessert. Nach 3 Tagen beobachtete ich eine Parotitis der linken Seite, die über Nacht, also 3 Tage nach der Orchitis mit heftigen Schmerzen aufgetreten war.

Herr A. Kalischer: Ich möchte bemerken, dass Herr Mühsam nicht widerlegt hat, was ich gesagt habe, sondern bestätigt.

Herr P. Guttmann: Betreffs meiner Bemerkung über Mikroorganismen scheine ich missverstanden zu sein. Ich habe behauptet, man finde fast immer in den Nieren dann Mikroorganismen, wenn solche überhaupt im Körper seien und in den Kreislauf gelangen. Ich erwähne z. B. die Endocarditis ulcerosa, oder wie man sie zweckmässiger bezeichnen könnte, mycotica, weil die auf den Herzklappen bez. anderen Stellen des Herzens bei dieser Krankheit vorkommenden Auflagerungen aus nichts Anderem bestehen als aus Millionen ja Milliarden von Kokken. Letztere findet man dann auch vielfach in den Nierengefässen, die mitunter ganz vollgestopft davon sind. Bezügliche Präparate aus meiner Sammlung könnte ich jederzeit demonstriren.

Herr Leyden: Ich möhte doch constatiren, dass eine Differenz zwischen den Anschauungen des Herrn Guttmann und den meinen besteht. Ich muss sagen, dass es zu den Ausnahmen gehört, wenn in den Nieren Kokken gefunden werden. Es ist vollkommen richtig, dass bei Endocarditis Kokken in den Nieren vorkommen, das sind aber Embolien; auch sind in einzelnen Fällen von andern Infectionskrankheiten parasitäre Ablagerungen gefunden worden, doch so selten und so wenig im Zusammenhang mit Nephritis, dass diese nicht davon hergeleitet werden kann. Noch kürzlich habe ich mich vergeblich bemüht, bei einer Nephritis nach Erisypel Kokken in der Niere aufzufinden. —

Zur Berichtigung.

In den Bericht über die Sitzung des Vereins für innere Medicin in Berlin vom 11. Februar 1884 in No. 8 d. Bl., S. 120, finde ich von den Herren P. Guttmann und Fraentzel auf meine Arbeit über die tuberculöse Hüttenrauchphthise des Rindes in einer Weise Bezug genommen, welche nicht ganz zutreffend ist.

Herr Guttmann lässt mich in meiner Arbeit die Ansicht aussprechen, „dass der Arsenik in der Luft, der von den Thieren inhalirt werde“, der sich aber auch der Vegetation als Niederschlag mittheile und so mit der Nahrung der Thiere in den Körper gelange, die prädisponirende Ursache der Lungentuberculose sei.

Ich möchte hierzu doch bemerken, dass ich an keiner Stelle meiner Arbeit behauptet habe, der Arsenik in der Luft, welcher sich auch den Pflanzen als Niederschlag mittheile, werde von den Thieren direct inhalirt. Das würde nicht gut möglich sein, da sich die Thiere Jahr aus, Jahr ein im Stalle befinden. Ich beschuldigte nur jene Arsenikmengen, welche sich als staubartige Niederschläge auf den Futterpflanzen befinden. Wird dieses Futter von den Thieren im Stalle gefressen, so stäubt der Niederschlag zum Theil ab und wird inhalirt.

Noch willkürlicher citirt mich Herr Fraentzel. Ich habe nirgends behauptet, dass die in Hüttenrauchställe eingeführten Rinder auch dann unrettbar der Tuberculose verfallen, wenn man die betreffenden Ställe „vorher auf das sorgfältigste desinficirt“. Eine solche Desinfection ist auch thatsächlich bisher noch niemals vorgenommen worden.

Es freut mich übrigens, den Werth meiner Beobachtung für die Beurtheilung der Buchner'schen Theorie von so hervorragender Seite anerkannt zu sehen. Prof. Johne.

IX. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 20. Februar 1884 im grossen Hörsale der Königlichen Anatomie.

Vorsitzender: Herr Virchow.

1. Herr H. Krause: Vorstellung eines Falles von beginnender Pharynxtuberculose. Der Fall ist dadurch interessant, dass derselbe ein vergleichsweise früheres Stadium der Affection darstellt, als die bisher veröffentlichten Fälle. Es finden sich noch keine geschwürigen Zerstörungen, sondern fast lediglich die der letzteren vorausgehende tuberculöse Infiltration der Rachen-Schleimhaut, denn ausser einer papillären Excrescenz, welche sich am Rande des linken Arcus palato-pharyngeus vorfand, zeigte sich nicht die geringste Andeutung eines Geschwürs, und erst in den letzten Tagen haben sich einige hirsekorngrosse Beläge an der Basis der Uvula gebildet.

Der Patient, der sich seit dem 11. d. M. in der Behandlung des Vortragenden befindet, giebt an, dass er seit Jahren hustet mit wenig Auswurf, seit letztem Weihnachten fühlt er Schlingbeschwerden, seit drei Wochen leidet er an Heiserkeit. Seine Eltern leben; die Mutter hustet, Bruder und Schwester sind, der eine im Alter von drei, die andere von vier Jahren an Lungenentzündung resp. Gehirnentzündung gestorben. Syphilis wird geläugnet, ist auch nicht nachweisbar.

Die Untersuchung der Lunge ergiebt rechts, vorn, oben Dämpfung, links auf der 2. und 3. Rippe Eingesunkensein des Thorax und tympanitischen Schall. Rechts über der Dämpfung und links supra clavicular. bronchiales Athmen und spärliche Rasselgeräusche auf der Höhe der Inspiration rechts über der Dämpfung klingendes Rasseln. Laryngoskopische Ulcerationen der Schleimhaut der Epiglottis; die letztere fast unbeweglich hinten übergebeugt macht nur den hinteren Abschnitt des Larynx dem Auge zugänglich. Die Schleimhaut der Aryknorpel leicht ödematös geschwollen, stellenweise ulcerirt mit eingestreuten grauen Knötchen. Der Befund an der Pharynxschleimhaut ist zunächst deshalb interessant, weil man hier die Entstehung der angedeuteten grauen Knötchen und die Bildung von Geschwüren fortschreitend direct beobachten kann. Sodann fällt die charakteristische Veränderung der Uvula auf, welche um das Doppelte verlängert und zu einer sulzeartigen Geschwulst umgewandelt auf den Zungengrund herabhängt. Nächst der Uvula erscheint sehr charakteristisch der linke Arcus palato-pharyngeus verändert, welcher wesentlich das Bild der grauen speckigen Infiltration zeigt. Lippen-, Wangen- und Zungen-Schleimhaut intact. Lymphdrüsen-Schwellung nur in der Inguinalgegend, besonders rechts. Fieber mit leichten abendlichen Exacerbationen. Der Urin zeigt beträchtliche Mengen Eiweiss. Nachtschweisse, aber keine Diarrhöen.

Eine Untersuchung auf Bacillen war bisher nicht gut möglich, weil sich kein genügendes Material bot. Nach den Befunden, wie sie P. Guttmann in No. 21 der Deut. med. Wochenschr. 1883 mittheilt, glaubt Vortragender nicht daran zweifeln zu dürfen, dass sie sich auch in diesem Falle vorfinden. Zur Sicherung der Diagnose hält er ihren Nachweis aber nicht für erforderlich.

Die Therapie wird in diesem Falle auf Erhaltung der Kräfte und Milderung der Schmerzen beim Schlingen gerichtet, wozu sich eine Mischung von Borsäure, Morphium und Glycerin empfieht.

Herr P. Guttmann hegt keinen Zweifel, dass es sich in diesem Falle um graue, im Uebergang zur Verkäsung stehende Tuberkeln handelt. Er ist ebenfalls der Meinung, dass bei der Unmöglichkeit einer Verwechslung eine Untersuchung des Secretes auf Bacillen in diesem Falle unnöthig ist. Die Affection selbst ist keine so ungewöhnlich seltene. Herr G. sieht sie in jedem Jahr und hat 2 Fälle im verflossenen Jahre nur deshalb veröffentlicht, weil ihm zum ersten Mal der Nachweis der Tuberkelbacillen in dem von den Geschwürsflächen der Kranken abgekratzten Secrete gelang. Jedes Präparat enthielt die Bacillen in Massen.

Herr B. Fraenkel glaubt, dass es auch heute noch sicherer sein wird, da wo Secret vorhanden ist, die Bacillenprobe zu machen, da die Pharynxtuberculose bis jetzt noch kein so geläufiges Krankheitsbild ist, als dass sie im allgemeinen dem grösseren ärztlichen Publicum ein bekannter Process sein dürfte. — In diesem Falle handelt es sich seiner Ansicht nach zweifellos um sogenannte speckige Infiltration und tuberculöse Infiltration der Uvula.

Rerr Böcker macht auf einige von ihm beobachtete Fälle der in Frage stehenden Affection aufmerksam, in denen es sich um Tuberculose beider resp. einer Mandel resp. der pharyepiglottischen Falte bei vollkommener Intactheit des Larynx handelte. Er weist ferner darauf hin, dass eine Verwechslung mit Lues nicht so unwahrscheinlich sei, wie Herr Guttmann meint, und exemplificirt auf einige Fälle seiner Kenntniss, in denen eine solche Verwechselung zu einer falschen Therapie geführt hat.

2. Herr Waldeyer: Demonstration eines Medianschnittes durch den Körper einer Hochschwangeren. Der demonstrirte Schnitt ist an der Leiche einer bei einem Eisenbahnunfall Verunglückten ausgeführt, der beide Oberschenkel vollständig abgeschnitten wurden und die an einer Verblutung zu Grunde ging. Bei der Herstellung des Präparates wurde folgendes Verfahren eingeschlagen: Man liess die Leiche in einer Mischung von Salz und feingestossenem Eis, in der sie 10 Tage lang gelassen wurde, gefrieren. In dem Raum, wo der Schnitt angefertigt werden sollte, wurde möglichst absoluter Alkohol unter 0^0 abgekühlt bereit gehalten, und nach vollführtem Schnitt und schneller Reinigung der Schnittflächen die beiden Rumpfhälften in das dafür bestimmte Becken so gelegt, dass die Schnittflächen ziemlich im Niveau des Alkohols standen. Auf diese Weise ist eine vollkommene Härtung des Präparates mit ganz unbedeutenden, durch die verschiedenen Manipulationen bedingten Verschiebungen der Theile zu einander erreicht.

Die Person, von der die Leiche stammt, war normal gebaut, 30 Jahre alt, eine Mehrgebärende; die Entbindung wurde in wenigen Tagen erwartet, was durch die Grössenverhältnisse des Kindes bestätigt wird, das sich in Steisslage vorfand. Redner demonstrirt die Einzelheiten der Lagerung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Beschaffenheit der übrigen Organe und hebt namentlich als interessant hervor, dass sich eine erhebliche Contraction sämmtlicher Gefässe wie des Herzens zeigt, was er daraus erklärt, dass die Person vollständig verblutete und die Arterien sich auf einen möglichst kleinen Raum zusammenzogen; in die dadurch frei gewordenen Räume wurden Fettmassen hineingeschoben.

Als Curiosum hebt Redner hervor, dass der Schnitt von einem Tischler mit einer gewöhnlichen Säge so präcise ausgeführt wurde, dass sich auch nicht die geringste Abweichung von der vorgeschriebenen Linie oder eine Unebenheit der Schnittflächen zeigte.

X. Medicinischer Verein zu Greifswald.

Sitzung vom 9. Februar 1884.

Vorsitzender: Herr Geheim. Med.-Rath Pernice.
Protokollführer: Herr Stabsarzt Schondorff.

Prof. Dr. H. Schulz sprach über die antiseptischen und antifermentativen Eigenschaften der Ameisensäure. In erster Reihe waren Versuche über das Verhalten der Säure bei gewöhnlichen Fäulnissvorgängen angestellt worden. Frisches Kalbsblut mit Ameisensäure im Verhältniss von 1,0 bis 0,5 versetzt, blieb über einen Monat völlig frei von Fäulnissgeruch, das 1 Proc. Säure enthaltende Blut sogar über drei Monate hinaus. Nicht mit Ameisensäure versetztes Blut war in 3 Tagen völlig verfault. Zusatz von 0,25 Proc. der Säure zu frischem Blut hielt dasselbe 17 Tage lang frei von Fäulniss. Das ameisensaure Natron leistete, in gleicher Menge wie die Säure zugesetzt, nichts. Der Blutfarbstoff frischen Blutes wird durch geringen Säurezusatz (7 ccm Blut mit 3 Tropfen 1 Proc. Säure versetzt) nicht verändert, grössere Säuremengen lassen das Spectrum des Methämoglobin entstehen. Zur Darstellung der Häminkrystalle eignet sich concentrirte Ameisensäure ebenso gut wie Eisessig, nur werden die Krystalle etwas kleiner, auch sind sie zum Theil etwas gebogen. Versuche mit der von Buchholtz angegebenen Nährflüssigkeit für Bakterien ergaben, dass dieselbe klar blieb bei Zusatz von 0,25 Proc. Ameisensäure während einer Zeit von 3 Monaten. Das Natronsalz leistete auch hier nichts. Pancreasstückchen blieben unverändert in Wasser, welches 0,25 Proc. Ameisensäure enthielt, in 0,1 proc. Lösung hielten sie sich 6 Tage lang. Eine nur mit Wasser versetzte Controlle war schon nach 24 Stunden völlig faul. Ameisensaures Natron hielt, bei 4 proc. Gehalt der Lösung die Stückchen gleichfalls unverändert während der Zeit von 2 Monaten. — Dann wurde untersucht, wie weit künstlich erzeugte Fäulniss durch die Säure beeinflusst wäre. Auf Gelatine, die mit Ameisensäure bis zu 0,25 Proc. *herab* versetzt war, wurde ein Tropfen Wasser, das faulendes Fibrin *enthielt*, gebracht. Die Fäulniss ging in keinem Falle weiter, während säurefreie Gelatine sich als vorzüglicher Nährboden für die Fäulnissbakterien erwies. Paramäcien, auf Heujauche gezüchtet, wurden durch Zusatz eines Tropfen 0,1 Proc. Säure sofort gelähmt; ihr Leibesinhalt wurde dunkel, körnig, die meisten Thiere zerplatzten. Von letzterer Erscheinung abgesehen wirkte eine Lösung von 0,01 Proc. Säure ebenso, sogar bei einer Verdünnung auf 0,005 Proc. trat noch deutlich Beschränkung der Bewegung Seitens der Thiere auf. Die Verdauung des Eiweisses durch Pepsin und Salzsäure wurde bei Zusatz der Ameisensäure bis zu 1 Proc. nicht gehemmt. Wurde die Ameisensäure an die Stelle der Salzsäure gesetzt, so ergab sich, dass sie die letztere bei dem Vorgange der Verdauung nicht zu ersetzen im Stande war. Ameisensaures Natron hemmte die Verdauung durch Neutralisirung eines Theiles der vorhandenen Salzsäure. Was endlich die Einwirkung auf die Hefegährung anbelangt, so zeigte sich, dass die Ameisensäure noch in Verdünnung von 0,05 Proc. die Vergährung des Rohrzuckers deutlich und kräftig beeinflusste. Geht man weiter in der Verdünnung der Säure auf 0,025 Proc., so wird die Gährung nicht mehr beeinflusst. Dann aber kommt, bei geringerem Säurezusatz ein Stadium, wo die Gährung eine deutlich vermehrte wird, gegenüber einer sonst genau ebenso angesetzten Controllprobe ohne Ameisensäure. Ein Versuch mit 0,01 Proc. Ameisensäure ergab 66 ccm Kohlensäure gegen 55 bei der Controllprobe, 0,005 Proc. Ameisensäure Zusatz liefert 53 ccm Kohlensäure gegen 49 ccm bei der Controlle. Diese merkwürdige Wirkung verschwindet wieder, wenn die Verdünnung bis auf 0,0025 Proc. Säure gebracht wird. — Das eingehendere Detail, sowie die theoretischen Erwägungen, die sich an die erhaltenen Resultate anknüpfen, werden nach völligem Abschluss der Untersuchung, an anderem Orte veröffentlicht werden. —

Dr. Peiper spricht über die in Nr. 41 der Berl. Klin. Wochenschrift 1883 von Dr. W. Zenker mitgetheilte, bisher noch nicht beschriebene Beschäftigungsneurose der unteren Extremitäten, welche zu Stande kommt durch die in einzelnen Provinzen eigenthümliche Art und Weise des Ausgrabens und Einsammelns der Kartoffeln. Im Anschluss hieran stellt er eine Patientin vor, welche sich eine derartige Unterschenkelparese zugezogen hat.

Die 17jährige Patientin war im vorigen Herbst während der Kartoffelernte mit dem Herausnehmen und Einsammeln beschäftigt, eine Arbeit, bei der sich Patientin nach ihrer Angabe sehr anstrengte. Sechs Wochen hindurch verrichtete sie ihre Arbeit in kniehockender Weise, bei stark hyperextendirten Fuss- und Zehengelenken. Schon nach kurzer Zeit bemerkte sie beim Aufstehen, dass der rechte, weniger der linke Fuss eingeschlafen war; sie schob die Ursache darauf, dass sie sich auf das rechte Knie mehr stützte als auf das linke. Bald aber verschlimmerte sich der Zustand. Patientin hatte nunmehr stets das Gefühl des Taubseins in der afficirten Extremität, der Fuss war wie abgestorben, erwärmte sich selbst nicht im Bett. Eigentliche Schmerzen bestanden dabei nicht, nur zuweilen stellte sich an der äusseren Seite des Unterschenkels, oberhalb des Malleolus externus ein lästiges Kribbeln ein. Auf dem Heimwege von der Arbeit stürzte Patientin wiederholt hin, weil sie vollständig das Gefühl in dem rechten Unterschenkel verloren hatte.

Nach Beendigung der Kartoffelernte, Mitte October, besserte sich der Zustand der Patientin; der Fuss schien nicht mehr so todt und abgestorben zu sein als vorher. Das Kribbeln nahm ab, das Kältegefühl blieb aber; Patientin bemerkte ausserdem jetzt eine allmählich zunehmende Atrophie des rechten Unterschenkels.

Bei der Aufnahme der Patientin auf die medicinische Klinik, welche vor vier Wochen erfolgte, ergab sich Folgendes: die erkrankte rechte Extremität zeigt sich auffallend atrophisch gegenüber der gesunden; die Messungen des Umfanges über dem Knie, der Wadenmusculatur, oberhalb der Malleolen ergiebt durchschnittlich, mit dem linken Fuss verglichen, eine Differenz von 2—3 cm; die kranke Extremität fühlt sich entschieden kühl an, die Beweglichkeit ist in sofern behindert, als die Beugung im Knie erschwert ist, Pro- und Supinationsbewegungen des Fusses behindert sind. Die Sensibilität, das Tast- und Localisationsgefühl ist annähernd normal; bei Gehversuchen zieht die Patientin die erkrankte Extremität etwas nach, kurz es besteht noch das Bild einer in den einzelnen Symptomen abgeschwächten Peroneusparese. —

Dr. Schondorff erläutert an zwei Leichenköpfen die verschiedene Wirkung der Weber'schen Nasendouche je nach vertikaler oder horizontaler Kopfhaltung; zugleich werden verschiedene Nasenrachendouchen, Spritzen und Zerstäubungsapparate gezeigt und bei einem Kinde mit doppelseitigem Trommelfelldefecte demonstrirt. — Der Vortrag wird in extenso mitgetheilt werden.

Herr Geheimrath Pernice demonstrirt ein Präparat von einseitigem Hämatocolpos bei Verdoppelung des Genitalkanales, ferner eine Dermoidcyste des Ovariums. Beide Präparate stammten von Patientinnen der hiesigen gynäkologischen Klinik und wird das erstere an anderer Stelle beschrieben werden. —

XI. Journal-Revue.

Syphilis.

2.

Zur Aetiologie der Tabes dorsalis. Von Erof. Erb in Heidelberg. Berl. Klin. Wochenschrift Nr. 32, 1883.

Bei einem zweiten Hundert von Tabesfällen (unter dem ersten hatten sich bekanntlich 88 gefunden, die früher mit Schanker, resp. Syphilis inficirt waren, und 12, bei denen dies nicht nachweisbar war) sah Erb:

Fälle ohne jede voraufgegangene syphilitische Infection	9 Proc.
„ mit voraufgegangener Infection	91 „
(darunter mit sicherer secundärer Syphilis	62 „
und mit Schanker ohne bemerkte secundäre Symptome	29 „).

Von diesen Schankern sind 10 mit Quecksilber, Jodkalium und Decocten behandelt worden, bei 14 fehlen die genaueren Notizen über die Behandlung, 5 wurden ausdrücklich als harte Schanker bezeichnet. Wahrscheinlich ist also unter den 29 Fällen von Schanker ohne secundäre Symptome ein guter Theil noch zur hereditären Syphilis zu rechnen.

Was das zeitliche Auftreten der Tabes nach stattgehabter Infection betrifft, so treffen 69 von jenen 91 Fällen auf die ersten 15 Jahre, 15 auf die folgenden 5 Jahre, 6 auf eine spätere Zeit.

Unter 1200 Patienten, die nicht an Tabes oder direct an Syphilis litten, fand E. 77,25 Proc. nicht-Inficirte und nur 22,75 Proc. früher Inficirte, darunter 10,25 Proc. mit secundärer Syphilis, 12,5 Proc. mit Schanker allein. —

Bei der Betrachtung aller der Entwicklung der Tabes vorausgegangener Schädlichkeiten ohne Rücksicht auf die ursächliche Bedeutung derselben, ergab sich folgende Tabelle:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Syphilis (resp. Schanker) ganz allein	36 mal	
Syphilis und Erkältung	17 ,,	
Syphilis und Strapatzen	8 ,,	
Syphilis und Excesse	7 ,,	
Syphilis und Trauma	2 ,,	
Syphilis und Erkältung und Strapatzen	15 ,,	
Syphilis und Erkältung und Excesse	4 ,,	
Syphilis und Strapatzen und Excesse	3 ,,	
Syphilis und Excesse und Trauma	1 ,,	Summa 93.
Erkältung allein	3 ,,	
Strapatzen allein	2 ,,	
Excesse allein	1 ,,	
Trauma allein	1 ,,	Summa 7.
Summa	100	

Auf den oft wiederholten Einwand, dass die pathologische Anatomie der Tabes gegen ihren syphilitischen Ursprung spreche, geht Verf. nicht ein, weil die anatomisch-histologische Untersuchung allein nicht im Stande sei, mit Sicherheit zu sagen, was syphilitischen Ursprungs sei und was nicht. Der Behauptung, ein specifisches, vielleicht organisirtes Gift, könne keine Krankheitsform, wie Tabes, hervorbringen, stehen die Befunde nach Ergotinvergiftung und Diphtherie entgegen.

Verf. erinnert weiterhin an die Häufigkeit der Augenmuskellähmungen und der Pupillenstarre bei Tabes, an das Vorkommen anderweitiger Symptome von Syphilis des Centralnervensystems (Hemiplegie, apoplectiforme und epileptiforme Anfälle, heftige Cephalaea etc.), an das gleichzeitige Vorhandensein von Haut-, Knochen- etc. Lues, an die Thatsache, dass bei spät erworbener Syphilis auch die Tabes im späteren Alter beginnt (einer seiner Patienten hatte mit 48 Jahren Syphilis requirirt und mit 58 Jahren die ersten Tabes-Symptome gezeigt), an das relative Häufigkeitsverhältniss der Tabes sowohl wie der Syphilis bei Männern gegenüber den Frauen (für beide Krankheitsformen etwa wie 10:1), an die relative Häufigkeit der Tabes und der Syphilis bei Frauen aus den niederen Ständen.

E. hält dem nech den Satz aufrecht: dass die Syphilis eine der wichtigsten, wenn nicht die wichtigste Bedingung für das Entstehen der Tabes ist. Dass dieselbe in der That eine specifische Erkrankung, eine späte Manifestation der Syphilis sei, halte er noch nicht für bewiesen, wohl aber für wahrscheinlich, er nehme für jetzt an, dass es sich dabei um eine specifische Affection handle, deren Auftreten und Localisation noch von verschiedenen anderen Ursachen (Erkältung, Strapazen, Trauma etc.) bestimmt werde.

Zum Schluss theilt E. noch folgenden interessanten Fall mit: 40j. Mann, 1863 Schanker mit Bubonen; keine Spur von sec. Erscheinungen; Quecksilberbehandlung, aber ärztliche Versicherung, es sei nur ein ganz „harmloser“ Schanker gewesen. Seit 1872 verheirathet; Frau und zwei Kinder ganz gesund; kein Abortus. — Feldzüge 1866 und 1870 mitgemacht.

1871 die ersten lanzinirenden Schmerzen; 1873 Parästhesien und etwas Unsicherheit der Beine. 1876 apoplectiformer Anfall mit vorübergehender Hemiplegie. 1880 Blasenschwäche und Impotenz.

Jetzt das ausgesprochene Bild des typischen Tabes: Ataxie, Analgesie, starkes Schwanken beim Augenschluss, Fehlen der Sehnenreflexe, spinale Myosis, Impotenz, leichte Blasenschwäche etc.

Ausserdem aber noch seit $^3/_4$ Jahren ein charakteristischer Tophus am linken Schienbein, seit $^1/_2$ Jahr Syphilid im Gesicht und Tophus am rechten Vorderarm, seit $^1/_4$ Jahr specifische Hodenschwellung, besonders links. Ausserdem öfters heftige, Abends exacerbirende Kopfschmerzen! — Kron.

Augenheilkunde.

2.

1. Der Venenpuls der Netzhaut von Dr. W. Schön. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. XIX. 1881. September.

Verfasser hatte Gelegenheit, bei einem eigenthümlichen Falle von Verlangsamung der Herzthätigkeit den Venenpuls in einer Art zu beobachten, die geeignet war, das Entstehen dieses Phänomens zu erklären.

Der Venenpuls ist eine Stauungserscheinung, da der Abfluss des gewöhnlichen Quantums von Venenblut durch Compression der Vene gehemmt wird. Dieselbe wird durch die von der Pulswelle verdickte Arterie ausgeführt. Der Ort, wo dies geschieht, ist die Sehnervenstrecke bis zur Lamina cribrosa. Horstmann.

2. H. Sattler. Ueber die Natur des Trachoms und einiger anderer Bindehauterkrankungen. Bericht über die 13. Versammlung der ophthalm. Ges. 1881. p. 18.

Die charakteristischen Merkmale des Trachoms sind die sulzigen Körner in der Conjunctiva, welche nicht auf einer Vergrösserung normaler Lymphfollikel beruhen. Wird der Inhalt eines Trachomkornes durch Anstechen entleert und frisch untersucht, so findet man kleine, rundliche Kerne ohne deutliches Protoplasma, welche in einer sehr fein granulirten Grundsubstanz eingebettet sind. Die von Neisser nachgewiesenen Trippermikrokokken finden sich auch bei Trachom, nur sind sie kleiner, als bei der Tripperconjunctivitis. Dieselben haben ihren Sitz in den Trachomkörnern. Sie finden sich entweder einzeln oder in Gruppen bis zu vier, häufig in Dreieck- oder Viereckform an einander gelegt. Ein solches Korn vorsichtig entleert und in einen gesunden Bindehautsack gebracht, verursacht Trachom. S. stellte aus Trachomkörnern Reinculturen von Mikrokokken her, welche ebenfalls auf gesunder menschlicher Bindehaut Trachom veranlassten. Dieses hatte anfänglich das Aussehen einer Follicularconjunctivitis. Daraus entwickelte sich besonders durch Vergrösserung und Vermehrung der Körner in den tieferen Schichten, das Trachom. Nächstdem fand sich Infarction der Lymphgefässe durch die in der Bindehaut sich vorfindenden lymphoiden Elemente, ausserdem Wucherung der Wand der Gefässe, welch' letztere schliesslich obliterirten, und Production von Bindegewebe. Die von Iwanoff beschriebenen Drüsen in der trachomatösen Schleimhaut beruhen allein auf Faltenbildung.

Das Auftreten von Trachom in sonst davon freien Gegenden erklärt sich daraus, dass die Blennorrhoea neonatorum, welche durch einfach katarrhalischen Scheidensecret hervorgerufen werden kann, durch Uebertragung auf Dritte gelegentlich auch Trachom hervorruft.

Horstmann.

Zur Frage des Farbensinncentrums von Dr. Samelsohn. Centralbl. f. med. Wissensch. 1881. Nr. 47. p. 850. S. beobachtete bei einem 67jährigen Manne nach einem apoplectischen Anfalle das Auftreten einer lateralen linkseitigen Hemianopsie für sämmtliche Farben, während sich sonst keine Abnormität an den Augen nachweisen liess.

Der Fall liefert den Beweis, dass eine isolirte Farbenblindheit in hemianopischer Form auf cerebraler Grundlage wirklich vorkommt, dass also an einer beschränkten Stelle des Cerebrums sämmtliche Farbenempfindungen der einen Hälfte des binoculären Gesichtsfeldes zusammenlaufen müssen; dass also auch diese Stelle von einer ganz beschränkten Lähmungsursache getroffen werden kann, ohne dass die doch in nächster Nähe zu deckenden Territorien des Licht- und Raumsinnes an der Lähmung Theil nehmen. Horstmann.

1. Dr. E. Grüning. Ein Fall von Chininblindheit. Arch. f. Augenheilkunde. XI. p. 145—151. 1882.

2. C. E. Michel. Ein Fall von Chinaamaurose. Ibid. p. 151—156.

3. H. Knapp. Ueber Chininamaurose; mit drei Fällen. Ibid. p. 156—166.

Einmalige grosse Dosen oder sehr oft wiederholte kleinere Dosen von Chinin können unter Eingenommenheit des Kopfes, Blässe der Haut, grosser Schwäche und zuweilen Zuckungen, totale Erblindung und Taubheit hervorbringen. Letztere verschwindet nach einigen Tagen, die Blindheit aber dauert Wochen und Monate lang; sie ist mit Herabsetzung des Licht- und Farbensinnes verbunden und hinterlässt immer ein concentrisch eingeengtes Gesichtsfeld. Der ophthalmoskopische Befund lässt eine blasse Papille und sehr enge Netzhautgefässe erkennen. Nach und nach werden letztere wieder weiter, bleiben aber klein und spärlich und die Papille weiss. Dauernde Blindheit wurde bis jetzt nach grossen Chiningaben noch nicht beobachtet, wenn auch das Sehvermögen häufig nicht mehr zur Norm zurückkehrte. Horstmann.

XII. Aus den Verhandlungen im preussischen Abgeordneten-Hause über den Etat der Universitäten am 1. Februar 1884.

II.

(Schluss.)

Minister von Gossler wendete sich zuvörderst gegen die Vorwürfe des Abgeordneten Virchow wegen Verleihung des Charakters eines Professor extraordinarius an Privatdocenten.

Die Forderung des Herrn Virchow, man solle Privatdocenten diesen Charakter nicht geben, es sei denn, dass eine etatsmässige Stellung damit verbunden sei, habe eine gewisse Berechtigung, sei aber schwer ausnahmslos durchzuführen. Im ganzen sei es nicht so schlimm, wie es sich Herr Virchow vorstelle. Nicht alle Facultäten ständen auf demjenigen puritanischen Standpunkt, welchen im Allgemeinen die Berliner Facultät einnehme. „Es haben sich in unserer Verwaltung gewisse Grundsätze herausgebildet, in welchen Fällen man Extraordinariate verleiht, auch in solchen Fällen, wo Fonds dafür nicht unmittelbar vorhanden sind. Das geschieht zunächst dann, wenn Privatdocenten Collegien lesen, die, sei es nach der ganzen Disposition einer Facultät, oder sei es nach der Composition des Lehrercollegiums nicht ausreichend gelesen werden. In solchen Fällen ist es in der That doch ein Akt der Dankbarkeit, dass die Unterrichtsverwaltung diese der Allgemeinheit geleisteten Bestrebungen und Dienste der Privatdocenten

Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

durch Ernennung zum Professor extraordinarius anerkennt. Das trifft namentlich für die Fälle zu, wo man nach gewissenhafter Ueberzeugung auch die Erwartung hegen kann, dass aus gewissen Privatdocenturen allmählich bestimmte Lehrstühle sich entwickeln. Denn wenngleich die Unterrichtsverwaltung nicht ihre Aufgabe darin sieht, in dem Specialisiren der Richtung der Zeit zu sehr entgegenzukommen, so ist es doch ganz naturgemäss, dass mit der allmählich sich steigernden Ausdehnung unserer wissenschaftlichen Forschungen sich immer nur Lehrgebiete mit einer gewissen selbstständigen Berechtigung herausbilden." Was die Besorgniss des Herrn Virchow anlangt, unsere wirthschaftliche Politik verhindere den Export deutscher Gelehrten nach dem Auslande, so erklärte Minister v. Gossler, abgesehen von dem einen von uns schon berührten Punkte, wesentlich Folgendes: „Unsere Aufgabe kann nicht sein, dass wir fortgesetzt unsere jungen Gelehrten einen nach dem andern zur Abgabe in das Ausland heranbilden, wir können nur hoffen, wie das in den Wechselbeziehungen des wissenschaftlichen Lebens in den Culturländern innerhalb und ausserhalb Europas der Fall ist, dass, wenn tüchtige Kräfte an das Ausland abgegeben sind, diese allmählich wieder Lehrer heranbilden, die dann die studirende Jugend des betreffenden Landes in ihren Wissenschaften zu fördern im Stande sind. Ich will hier beispielsweise nur an unsere Beziehungen zu Japan erinnern. Ich kann ja nicht verlangen, dass der Abgeordnete Dr. Virchow die Bewegung auf dem Gebiete des Gelehrtenexports mit seinem Interesse so begleitet hat wie ich. Aber gerade in der letzten Zeit ist es in Russland noch vorgekommen, dass — im letzten Monat — zwei ordentliche Professoren auf sehr wichtigem Gebiete, ein Staatsrechtslehrer und ein Gynäkologe nach Dorpat gegangen sind. Auch nach Brüssel ist in neuerer Zeit ein deutscher Gelehrter übergesiedelt. Ich muss für die preussische Unterrichtsverwaltung die Anerkennung in Anspruch nehmen — es ist nicht mein Verdienst, sondern ich spreche nur von der preussischen Einrichtung — dass, soweit überhaupt die deutsche Zunge klingt, jeder Professor sich mehr oder minder an die preussische Unterrichtsverwaltung anschliesst, er mag in Dorpat sein oder Czernowitz, Genf oder Bern. Ueberall stehen die Herren mit der preussischen Unterrichtsverwaltung in Verbindung und überallhin begleitet sie unser Interesse. Ich bin von meinem Standpunkt aus sehr glücklich, dass auch unter meiner Verwaltung nach wie vor die Wechselbeziehung der deutschen Gelehrtenwelt mit der ausländischen eine sehr rege ist. Es ist das einzige Mittel, dass junge Gelehrte in den blühendsten Jahren ihres Lebens in Ordinariate, in selbstständige Stellen kommen."

Aus der nun folgenden Rede des Abgeordneten Professor der Jurisprudenz Enneccerus heben wir besonders hervor, weil wir darauf noch selbstständig zurückzukommen gedenken, dass die Ungleichheit der Facultäts-Verhältnisse auf den verschiedenen Universitäten in hohem Grade schädigend wirken kann. Der Minister hatte schon darauf hingewiesen, dass die Aufhebung der Klausur bei der juristischen Doctor-Promotion in Bonn, wo sie allein bestand, nothwendig war, weil während des Bestehens Niemand mehr promovirte. — Der Abgeordnete Enneccerus forderte mit Recht die gleichen Bedingungen über Dissertationen an allen Universitäten. Er exemplificirte allerdings nur auf die Jurisprudenz, aber was er sagte, gilt auch für die Medicin. Seine Anekdote klingt, als sei sie unseren Kreisen entnommen.

„Ein Professor an einer Universität begegnet einem Collegen von einer anderen Universität und sagt zu ihm: Sie müssen nicht glauben, dass die Uebelstände von früher jetzt bei uns noch gelten; ich bin sehr energisch dagegen vorgegangen und bei uns wird das jetzt mit den Promotionen sehr strenge genommen und so und so eingerichtet. Darauf sagte der andere, da haben Sie sehr recht. Nun fährt jener wieder fort und schildert das genauer, darauf sagt der andere immer wieder, Sie haben sehr recht, ich erkläre Ihnen meine Anerkennung und Freude darüber; denn um so mehr werden sie zu uns kommen."

Es liegt in der That so, dass diejenigen Universitäten, welche die medicinischen Examina und Promotionen mit besonderer Gewissenhaftigkeit und damit derjenigen Strenge behandeln, die sie bei der Verantwortlichkeit, welche sie trage, für nothwendig halten, stets der Gefahr unterliegen, dass die Studirenden sich anderen Universitäten zuwenden, wo sie es bequemer haben. Was dies bedeutet, erhellt sofort daraus, dass das Examen einen bedeutenden Einfluss auf die Frequenz der Collegien des letzten medicinischen Semesters ausübt.

Aus der Rede des Abgeordneten Professor Dr. Adolf Wagner erwähnen wir, dass manche der angeführten, sogenannten Schäden ihren inneren Grund darin haben, dass in Deutschland die Universitäten nicht als gewöhnliche Schule constituirt sind.

„Es gilt hier aber das so oft gehörte Wort: sint, ut sunt, aut non sint. Wir müssen eben mit den Vorzügen der academischen Freiheit für die Interessen der Wissenschaft diese kleinen Schäden mit in den Kauf nehmen und dürfen uns doch rühmen, dass nach dem Anerkenntniss aller Ausländer und aller Sachverständigen die deutschen Universitäten ihre Aufgabe besser erfüllen, als die mehr schulartig eingerichteten höchsten Lehranstalten irgend eines anderen Landes."

Was das Cliquenwesen anlangt, so behauptet auch Herr Wagner, dass es auf den Universitäten nicht in höherem Maasse vorhanden sei, als in anderen menschlichen Verhältnissen, und namentlich überall da, wo eine corporative Gestaltung bestehe. Auch für die Medicin gilt was er ferner über die Richtungscliquen sagt. Die Einflüsse derselben glichen sich, meinte er, aber immer wieder durch andere entgegengesetzte Stömungen aus. Die Ansicht des Herrn Virchow, dass der Export der deutschen Gelehrten in Folge der Wirthschafts-Politik abgenommen habe, bestreitet Herr Wagner entschieden. Die Thatsache selbst, dass in den eigentlich russischen und polnischen Universitäten deutsche Lehrkräfte jetzt weniger gesucht seien, erkläre sich aus ganz anderen Gründen, während zwischen den Universitäten Dorpat, sowie denen Deutsch-Oesterreichs und der Schweiz, und denen Deutschlands ein fortwährender Austausch auch noch jetzt stattfinde. Herr Langerhans secundirte Herrn Virchow bezüglich des Gelehrten-Proletariats der ausserordentlichen Professoren und wies auf die Zahlen des Etats hin, die wir in dieser Wochenschrift Jahrgang 1883, Seite 758 tabellarisch zusammengestellt haben. Auch was Herr Virchow über den Einfluss der Wirthschafts-Politik auf den Export von wissenschaftlichen Lehrkräften in Deutschland gesagt hatte, vertheidigte Herr Langerhans. Man sehe dies einfach aus dem Erfolge. Es würden jetzt im Verhältniss zu früher, ausserordentlich wenige Professoren nach andern Ländern bezogen, und selbst der Ageordnete Wagner würde ihm nicht widersprechen, wenn er sage, dass es z. B. in Oesterreich fast absolut unmöglich sei, dass dort noch ein Professor von unseren Universitäten dorthinberufen würde.

Gegen diese Behauptung legte nun Herr Wagner allerdings Widerspruch ein, und wie wir glauben, mit vollem Recht. Die Verhältnisse der nicht-medicinischen Facultäten kennen wir in dieser Beziehung nicht genau genug. Was die medicinischen aber anlangt, so braucht man nur daran zu erinnern, dass, als es galt den Lehrstuhl Scoda's von Nenem zu besetzen, ernsthaft allein deutsche Kliniker in Aussicht genommen wurden, deren Einer, Nothnagel gewählt ist. Im Uebrigen besteht in Oesterreich bekanntlich eine sehr stark klerikal- und slawisch-nationale Strömung, die, wie ihres Gleichen immer, einen stark nativistischen Charakter trägt, und sich auch gegen die Berufung von fremden Gelehrten aufwirft. Was diese Strömung mit unserer wirthschaftlichen Politik zu thun hat, dürfte wohl uns Allen unerfindlich sein, und was im Uebrigen die Beweisführung des Herrn Langerhans anlangt, so hat gerade sein berühmter Freund Herr Virchow oft genug gegen die Anwendung des post hoc ergo propter hoc auf dem Gebiete der Medicin protestirt.

Damit war die Discussion im Abgeordnetenhause, soweit sie den Universitäten und besonders medicinischen Facultäten galt, erledigt, und bot des Interessanten und Wichtigen soviel dar, dass das Gefühl, es sei nothwendig, in weiterer Kritik darauf zurückzukommen, auch von unseren Lesern getheilt werden dürfte.

XIII. Die Frage der Vivisection im preussischen Abgeordnetenhause.

Auch in dieser Frage nahm Herr Virchow das Wort, indem er zuvörderst darauf hinwies, dass die Herren, welche im Hause über die Vivisection sprächen, lediglich eine, oder ein Paar Brochüren gelesen, die man ihnen in die Hand steckte. Selbst die Bibliothek des Hauses sei überaus arm an Schriften von Vertheidigern der Vivisection, umso reicher an solchen, welche der Thierschutz-Verein vertreibe. Für überflüssig erachtet es Herr Virchow, dass der Minister sich in dieser Frage noch an die Facultäten gewendet habe. Neue Kenntniss darüber zu suchen sei nicht nothwendig. Mit verdienter Schärfe wendete sich der Redner gegen die anti-vivisectionistischen Agrarier, deren Tiraden gar keinen Sinn hätten, so lange sie die Thiere von demjenigen Standpunkte aus behandeln, wie sie es thun. „Wenn ein Thier weiter nichts ist, als ein Handelsobject, das man aufzieht während einer gewissen Zeit, um es dann tödten zu lassen, dann muss man sich auch dem Gedanken nicht widersetzen, dass ein solches Thier auch zu anderen Zwecken gebraucht werden kann. Dass das Thier dazu von der Natur nicht bestimmt war, um durch Sie geschlachtet zu werden, dass das nicht die natürliche Aufgabe der Thiere ist, wird man doch schlechterdings anerkennen müssen und ein göttliches Recht auf das Schlachten nicht in Anspruch nehmen können." Consequenter Weise müssten diese Herren Vegetarianer werden, und keinen Ochsen oder Hammel züchten, noch essen, sich vielmehr auf Gartenzucht, Obstbaumzucht und Gartenbau legen.

Minister v. Gossler bemerkt bezüglich der Befragung der Facultäten Herrn Virchow gegenüber, dass es von seinem Standpunkte, den Herr Virchow ja kenne, richtig sei, dass er das factische Material unter allen Umständen ermittle und klar vor Augen lege. Es sei das einzige Mittel, um eine grosse Anzahl von Täuschungen, in denen sich Viele in der besten Absicht befänden, als irrig hinzustellen.

Herr Windhorst will erwarten, was die angeordnete Enquête bringen wird; trotz dieser Zurückhaltung ist er schon jetzt „nicht zweifelhaft darüber, dass über das Maass des vielleicht für die Wissenschaft Erspriesslichen hinaus, ein arger Missbrauch mit der Vivisection getrieben werde". Seine Zuversicht schöpft er offenbar aus den anti-vivisectionistischen Brochüren, die er gegen den Vorwurf der Lügenhaftigkeit lebhaft in Schutz nahm.

Abgeordneter Wagner steht in der Frage etwas anders, wie mehrere seiner politischen Freunde, hält es aber für vollständig berechtigt, nachdem die öffentliche Aufmerksamkeit einmal auf dies Gebiet gerichtet war, auch in den parlamentarischen Körperschaften die Frage anzuregen.

Inzwischen geht die unsaubere Agitation der Anti-Vivisectionisten ihren Weg. Wiederum wurde eine Brochüre „Die wissenschaftliche Thierfolter" in Hunderttausenden von Exemplaren verschickt, resp. den Zeitungen beigegeben; auch das bekannte Schreiben des Fürsten Bismarck an Herrn Ernst v. Weber wird wieder abgedruckt, obgleich dasselbe materiell eine Zurückweisung der von dem genannten Herrn gestellten Forderung enthält.

Dass der Deutschen medicinischen Wochenschrift auch in diesem Flugblatte wiederum die Ehre zu Theil wird, unter den Vertheidigern der Vivisection mit Auszeichnung genannt zu werden, ist selbstverständlich.

XIV. Ueber die russische medicinische Literatur.

Von

Dr. Max Buch.

In Deutschland weiss man kaum, dass in Russland eine nennenswerthe medicinische Literatur besteht; nur wenige Blätter haben in den letzten Jahren begonnen, Berichte auch über russische Arbeiten zu bringen; in den grossen referirenden Journalen, z. B. dem Jahresbericht der gesammten Medicin von Virchow und Hirsch, sucht man, unglaublich aber wahr, vergebens nach einem Referat über irgend eine

Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

russische Arbeit; ja in letzterem Journal finden sich, mit einigen zufälligen Ausnahmen, auch keine Referate über die doch deutsch geschriebenen Dorpater Dissertationen, und gleichwohl sind sie in jeder Universitätsbibliothek zugänglich, auch können sie sich auf die Empfehlung keines geringeren als J. Hyrtl berufen, welcher die Dorpater Dissertationen in der Einleitung zu seinem Lehrbuch der Anatomie zur „klassischen Literatur der feineren Anatomie" zählt. Aus der schwedischen und dänischen Literatur, sowie aus der polnischen, wird dagegen jeder kleine Aufsatz sorgfältig registrirt und referirt. Man sollte also glauben, dass die medicinische Literatur in Russland in der That so geringfügig ist, dass sie solche Ehre nicht verdient und Deutschland nichts verliert, wenn es von den russischen Arbeiten nichts erfährt. Dem ist aber nun keineswegs so, wie ich sogleich zeigen will.

Das russische Monatsblatt „Medicinische Rundschau" hat eine Zusammenstellung der russischen Journalartikel für das Jahr 1882 und die erste Hälfte 1883 gebracht, leider jedoch mit Ausschluss der Verhandlungen medicinischer Gesellschaften, deren mehrere periodisch in Journalform im Buchhandel erscheinen und zahlreiche gediegene Arbeiten enthalten.

Nach der erwähnten Zusammenstellung besass Russland im Jahre 1882 fünfzehn medicinische Journale, welche im vorigen Jahre um zwei vermehrt wurden. Von diesen 17 Journalen sind folgende Specialitäten gewidmet: 1) „Archiv für Psychiatrie, Neurologie und gerichtliche Psychopathologie" und „Zeitschrift (Westnik) für Psychiatrie und Neuropathologie". 2) „Zeitschrift für gerichtliche Medicin"*). 3) „Militär-Sanitätswesen", „Gesundheit"*) und „Hygienische Neuigkeiten"*). 4) Jahrbuch der moskauer chirurgischen Gesellschaft*). — Die übrigen sind der gesammten Medicin gewidmet und zum Theil ungemein reichhaltig; sie heissen: „Arzt", „Militär-medicinisches Journal"*), „Klinische Wochenschrift", „Medicinische Bibliothek", „Medicinische Zeitschrift", „Internationale Klinik", „Medicinische Rundschau", „Aerztliche Zeitung", „Medicinische Beilagen zum Marinejournal"*), „Kiew'sche Universitätsnachrichten"*).

Im Jahre 1882 waren in genannten Journalen selbständige Arbeiten von 477 Autoren abgedruckt, in der ersten Hälfte des vorigen Jahres von 292 Autoren. Diese Zahlen sind doch recht Achtung gebietend. Rechnet man dazu, dass die Verhandlungen der medicinischen Gesellschaften nicht gerechnet sind, von denen z. B. die Kaukasische, die beiden balneologischen, die Kiew'sche, Petersburger und andere recht stattliche Bände publiciren, ferner die zum grossen Theil sehr tüchtigen Dissertationen und sonstigen Bücher und Broschüren, bedenkt man ferner, dass mehrere Autoren zahlreiche Aufsätze liefern, so kann man sicher annehmen, dass in Russland nahe an tausend selbständige Arbeiten jährlich gedruckt werden. Wenn auch manche dieser Arbeiten ausserdem in deutschen oder französischen Journalen publicirt werden und manche keinen hervorragenden Werth haben, so giebt es doch auch hunderte werthvoller Mittheilungen darunter, welche dem deutschen Publikum und der Weltliteratur jährlich entgehen. Diese Lücke ist so empfindlich, dass die russischen Uebersetzer von deutschen, englischen und französischen Handbüchern gezwungen sind, zu jedem Capitel längere Anhänge oder Zusätze zu geben, welche die einschlägigen russischen Arbeiten wiedergeben. Januar 1884.

Die mit einem *) versehenen Journale sind vom Staate subventionirt.

XV. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Epidemiologie.

Rückfalltyphus. Halle a. S. Bezüglich der Mittheilungen dieser Wochenschrift über das gegenwärtige sporadische Vorkommen von Recurrens ist es interessant, dass am 30. April v. J. ein Schmiedegesell im ersten Anfall von Recurrens in das Stadtkrankenhaus gelangte und am 8. Mai einen durch den Nachweis der Spirochaeten in seinem Wesen sicher gestellten 2. Anfall bekam. Er hatte bis Anfang April längere Zeit in einem Dorfe bei Brandenburg a. H. gearbeitet, war dann über Wittenberg, Kamberg, Pretsch, Torgau, Leipzig und Halle am 12. April nach einem 2 Meilen westlich von hier gelegenen Dorfe gekommen, wo er bis zum 27. April, dem Tage seiner Erkrankung, bei einem Abdecker arbeitete.

2. Medicinalstatistik.

Berlins Gesundheitsverhältnisse LI. In der einundfünfzigsten Jahreswoche, 16.—22. December starben 532, entsprechend 22,6 pro Mille und Jahr der fortgeschriebenen Einwohnerzahl (1224600), gegen die Vorwoche (534, entspr. 22,7) keine Aenderung der Mortalität. Innerhalb ihres ersten Lebensjahres starben 157 oder 29,5 Proc., gegenüber dem durchschnittlichen Antheil der Säuglingssterblichkeit an der Gesammtmortalität für diese Jahreswoche (35,3) ein sehr günstiges Verhältniss; im Alter bis zu fünf Jahren überhaupt starben 267 oder 50,2 Proc., in der Vorwoche betrugen diese Antheile 23,4 bez. 44,5 Procent der Gestorbenen. Von den gestorbenen Säuglingen erhielten natürliche Nahrung (Mutter- bez. Ammenmilch) 45, künstliche Nahrung (Thiermilch oder Milchsurrogate) 69 und gemischte Nahrung 23.

Von den hauptsächlichsten Krankheitsformen haben Masern und Diphtheritis die gleiche Zahl von Opfern, wie in der Vorwoche, gefordert, Scharlach wies weniger Todesfälle auf, dagegen war die Zahl der Sterbefälle an Keuchhusten bedeutend grösser, Gehirnaffectionen verliefen etwas seltener tödtlich; Krankheiten der Athmungsorgane forderten zahlreiche Opfer; auch an Diarrhöen starben mehr Kinder. Erkrankungen an Typhus waren noch immer zahlreich, dagegen wiesen Masern, Scharlach und Diphtheritis einen Rückgang auf.

51. Jahreswoche. 16. bis 22. Decbr.	Unterleibstyphus.	Flecktyphus.	Pocken.	Masern.	Scharlach.	Diphtherie.	Kindbettfieber.
Erkrankungen	17	—	—	47	67	174	6
Sterbefälle	3	—	—	8	12	63	2

In Krankenanstalten starben 134 Personen, davon 11 von Ausserhalb zur Behandlung. In die grösseren Krankenhäuser wurden in dieser Woche 809 Patienten neu aufgenommen; der Bestand in denselben betrug zu Ende dieser Woche 3181 Kranke. Von den 10 gewaltsamen Todesfällen und Vergiftungen sind 4 als Selbstmorde bezeichnet. P.

XVI. Kleinere Mittheilungen.

— Der allgemeine ärztliche Verein zu Cöln hat in seiner Sitzung vom 11. Februar 1884 mit Bezug auf den Badischen Erlass, die ärztliche Disciplinarkammer betreffend, folgende Resolution gefasst:

1. die Mitglieder des allg. ärztl. Vereins zu Cöln erklären, dass sie ihre freie Stellung nicht aufgeben und ihre Angelegenheiten in bisheriger Weise (Standescommission, Berufungsinstanz) regeln wollen;
2. es wird der Wunsch ausgesprochen, dass die Entwürfe einer Medicinalreform den ärztlichen Vereinen zur Begutachtung mitgetheilt werden.

— Universitäten. München. Professor Dr. O. Bollinger wurde zum correspondirenden Mitglied der Academie der Wissenschaften in Mailand gewählt.

XVII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem pract. Arzte Dr. Fried. Karl Wallentowitz zu Tilsit den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen, und den nachbenannten Militärärzten die Erlaubniss zur Anlegung der ihnen verliehenen fremdherrlichen Orden zu ertheilen, und zwar des Kaiserl. Oesterreichischen Ordens der eisernen Krone zweiter Klasse dem Generalarzt I. Kl. im Kriegsministerium Dr. Coler und des Ritterkreuzes des Kaiserl. Oesterreichischen Franz Josef Ordens dem Stabsarzt vom 5. Thüring. Inf. Rgt. (No. 94) Grossherzog von Sachsen, Dr. Koerting, commandirt zum Kriegsministerium in Berlin, sowie des Ritterkreuzes des Kögl. Spanischen Ordens Karl III. dem Stabsarzt an Bord. S. M. S. „Sophie" Dr. Benda. — Dem pract. Arzt u. Oberarzt am Bürgerhospital zu Koeln, Dr. med. Bernhard Bardenheuer ist das Prädicat Professor beigelegt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Billich in Gross-Ottersleben und Dr. Heinrich in Hannover bisher in Amerika.

Verzogen sind: Die Aerzte Fox von Königsberg i. Pr. nach Braunsberg, Hirsch von Königsberg i. P. nach Allenberg, Dr. Melcher von Braunsberg nach Königsberg, Dr. Reuter von Berlin nach Königsberg, Heinr. Schwartz von Lehnin nach Lupow, Stabsarzt Dr. Lentz von Kulm als Ober-Stabsarzt nach Aachen.

Verstorben: Der Oberstabsarzt Dr. Bluhm in Königsberg i. Pr., Dr. Chaumont ebendaselbst, der Oberstabsarzt a. D. Dr. Karl Gustav Müller in Gross-Ottersleben, der Geh. Med.-Rath Ob. Stabsarzt Dr. Frentzel in Berlin und der Kreisphys. Dr. Dissmann in Ründeroth, Sanitätsrath Dr. Hundoegger und Dr. Heinr. Müller in Hannover.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Ernst hat die Bettke'sche Apotheke in Soldau gekauft, der p. Namczykowski die Verwaltung der Steppuhn'schen Apotheke in Liebemühl übernommen, dem p. Kroeger ist an Stelle des bisherigen Administrators Bruns die Verwaltung der Hammelmann'schen Apotheke in Oster Ilienworth übertragen worden, der p. Siederer hat die Concession zur Errichtung einer vierten Apotheke in Halberstadt erhalten.

Vacante Stellen: Kreiswundarztstellen der Kreise Oschersleben, Kroeben, Schroda, Buk.

Berichtigung.

In No. 8 d. W., Seite 119 und 124 sind durch ein bedauerliches Versehen die Titel der betreffenden Artikel falsch gedruckt. Es muss heissen Seite 119: VI. Aus den Verhandlungen im preussischen Abgeordnetenhause über den Etat der Universitäten am 1. Februar 1884. I., und Seite 124: IX. Der Etat des Medicinalwesens im preussischen Abgeordnetenhause. II.

Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag **№ 10.** 6. März 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Aus dem pathologischen Institut der Universität Tübingen.

Ueber Endothelveränderungen bei acuter Nephritis.

Von

Dr. C. Nauwerck.

Nachdem Klebs[1]) im Jahre 1876 als der Erste den grundlegenden anatomischen Nachweis geleistet, dass bei der Scarlatina eine auf die Malpighi'schen Körperchen sich beschränkende Nierenentzündung, eine reine Glomerulonephritis vorkommt, welche unter Umständen zu raschem Tode, namentlich unter dem Bilde der Urämie führen kann, nachdem Cohnheim[2]) in gewohnter klarer Darstellung gezeigt hatte, wie die klinischen Cardinalsymptome der acuten Nephritis, Albuminurie, Verminderung der Harnquantität, Gehalt des Urins an Blutkörperchen und Cylindern sich sehr wohl aus der alleinigen entzündlichen Alteration der Glomeruluscapillaren erklären lassen, gestaltete sich immer mehr die Frage nach dem anatomischen Geschehen an den Malpighi'schen Körperchen zum Mittelpunkte für die histologische Beurtheilung acuter nephritischer Processe. Mit voller Berechtigung. Man darf zur Zeit wohl ohne besonderen Widerspruch zu erfahren, den Satz aufstellen, dass das klinische Bild der acuten Nephritis ohne Entzündung der Glomeruli undenkbar ist, dass ferner bei den complicirteren anatomischen Formen die Veränderungen an den übrigen Theilen des Blutgefässbindegewebsapparates sowohl als an dem secernirenden Parenchym allerdings im Stande sind, einzelne klinische Zeichen, so namentlich die Albuminurie und den Gehalt des Harnes an Blutkörperchen, vielleicht auch die Abnahme der Harnmenge, zu steigern, nicht aber wesentlich neue Erscheinungen herbeizuführen vermögen. In jenen Fällen, bei welchen die Autoren z. Th. noch geneigt erscheinen für die Erklärung verschiedener Symptome, z. B. der Albuminurie, die Läsion der epithelialen Bestandtheile, insbesondere der gewundenen Harnkanälchen heranzuziehen, dürfte vielleicht eine genaue anatomische Untersuchung doch noch Veränderungen an den Glomeruli, namentlich auch endothelialer Natur zu Tage fördern; ich denke hier insbesondere an die Formen acuter Nephritis, welche bei der Hämoglobinurie mit ihrer mannigfaltigen Aetiologie vorzukommen pflegen.

Die pathologische Histologie der acuten Glomerulusentzündung hat im Uebrigen durch die Bemühungen zahlreicher Autoren einen derartigen Umfang erreicht, dass es sich wohl der Mühe lohnt, die zerstreuten Angaben einmal wieder kurz zusammenzufassen, und an der Hand eigener Untersuchungen zu sichten, vielleicht auch zu mehren.

Zunächst mag hervorgehoben werden, dass bestimmte anatomische Bilder der Glomerulusveränderungen sich für die einzelnen Formen acuter Nephritis, mögen sie nun primaer oder im Gefolge anderer Krankheiten mehr als Complicationen auftreten, nicht aufstellen lassen; es geht nicht an, im anatomischen Sinne z. B. von einer Scharlachnephritis sprechen zu wollen; damit soll jedoch nicht geleugnet werden, dass gewisse histologische Befunde sich bei der gleichen Aetiologie öfters und vielleicht in stärkerer Weise als anderweitig einstellen; aber die gleichen pathologisch-anatomischen Bilder können durch verschiedene ursächliche Momente hervorgerufen werden. Ebenso kommen der reinen Glomerulonephritis besondere anatomische Eigenschaften nicht zu, die man etwa bei den histologisch complicirteren Formen der Nierenentzündung vermissen würde.

Die pathologisch-anatomischen Befunde an den Glomeruli bei der acuten Nephritis gruppiren sich naturgemäss nach den einzelnen die Malpighi'schen Körperchen zusammensetzenden Geweben.

Der Glomerulus stellt nach Cohnheim eine secernirende Drüse dar, und es lassen sich demgemäss an demselben die specifischen epithelialen Drüsenelemente und ferner die den Gefässknäuel bildenden Blutcapillaren unterscheiden. In der That sind dies die einzigen Bestandtheile; kernhaltiges Bindegewebe zwischen Capillaren und Drüsenzellen lässt sich nicht nachweisen, und es muss demnach die Deutung, welche Klebs seiner Glomerulonephritis als einer entzündlichen Wucherung dieser angeblichen fixen Bindegewebszellen, als einer interstitiellen Entzündung, gab, als unzutreffend bezeichnet werden. Klebs fusste auf einer anatomischen Annahme, die sich gegenwärtig nicht mehr aufrecht erhalten lässt; das grosse Verdienst der Aufstellung der Glomerulonephritis bleibt trotz der veränderten Auffassung ungeschmälert bestehen, zumal wenn man noch dazu in Betracht zieht, dass die angewandten Untersuchungsmethoden (Untersuchung des frischen Organs an Doppelmesserschnitten, Isolation und Zerzupfen der Glomeruli) gegenüber der heutigen vervollkommneten Technik als primitiv bezeichnet werden dürfen.

Fassen wir nun zunächst die Veränderungen der Epithelien in's Auge, welche als platte polygonale Zellen mit ziemlich grossen Kernen nicht bloss die Oberfläche des Knäuels in ununterbrochener Schichte bebedecken, sondern sich auch in die Tiefe zwischen die Capillaren, sich hier den gegebenen räumlichen Verhältnissen anpassend, erstrecken, so lassen sich dieselben verhältnissmässig leicht studiren, und bekanntlich sind dieselben schon frühzeitig beobachtet worden. Zunächst kennt man eine ganze Reihe einfacher degenerativer Zustände, so Schwellungen, welche den „trüben Schwellungen" der Harnkanälchenepithelien an die Seite zu stellen sind, weiterhin fettige Entartung, so dass die Knäuel wie bestäubt aussehen können; hydropische Aufquellung, wohl auch mit Bildung sogenannter Vacuolen; endlich Processe, welche direct ins Gebiet der Necrose zu rechnen sind, und am deutlichsten bei bacteritischen Nephritiden, insbesondere wenn es zur Bildung von Colonieen in den Glomeruli kommt, ferner bei gewissen Vergiftungen, zur Beobachtung kommen; dabei pflegt die Tinctionsfähigkeit der Kerne zu Grunde zu gehen, während die äussere Configuration der Zellen entweder im wesentlichen erhalten bleibt oder Veränderungen eingeht, die mit denjenigen der vorher erwähnten degenerativen Befunde mehr oder weniger übereinstimmen. Die auf so verschiedene Weise erkrankten Epithelien können den Knäueln aufsitzen, in der Regel lösen sie sich von den Capillarwänden ab und fallen in den Kapselraum; es mag übrigens erwähnt werden, dass eine solche einfache Desquamation auch nicht selten an Epithelien des Glomerulus vorkommt, an denen optisch nichts Pathologisches, namentlich auch kein Kernschwund nachzuweisen ist.

Diesen einfachen Degenerationen stehen Processe gegenüber, welche einen mehr progressiven Charakter tragen und in ihrer voll ausgebildeten Form sehr wohl als desquamativer Catarrh des Glomerulus bezeichnet werden dürfen. Während bei den ersteren nur ein einfacher mehr oder weniger hochgradiger Defect der Knäuelepithelien vorhanden ist, kennzeichnen sich die letzteren durch eine productive Kern- und Zelltheilung, verbunden mit gleichzeitiger Abstossung der neugebildeten Elemente; es sind das jene Fälle, wo sich nicht selten die desquamirten Epithelien in mehrfacher concentrischer Schichtung um den Glomerulus herumlagern, während sie in der Regel mit dem Urin nach Aussen geschwemmt werden; ich habe mich selbst durch mikroskopische Untersuchung von Harnsedimenten überzeugt, dass man in letzterem Falle hie und da einmal aus der Anwesenheit zahlreicher Glomerulusepithelien, die sich namentlich durch ihre plättchenförmige, über die Fläche gekrümmte Beschaffenheit kenntlich machen, während des Lebens die Diagnose auf eine solche desquamative Glomerulitis stellen kann. Auf die histologischen Veränderungen, welche bei diesen Vorgängen die wuchernden Epithelien aufweisen, gehe ich nicht weiter ein. — Hört der Proliferationsprocess am Glomerulus auf, während die Abstossung weiter dauert, so erhält man nicht selten Knäuel mit spärlichen Epithelkernen zur Ansicht.

[1]) Handbuch d. path. Anat. I. 2.
[2]) Vorlesungen über allg. Path. 1880. II.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ganz entsprechende Bilder kann man öfters gleichzeitig an den Epithelien der Bowman'schen Kapseln, doch in der Regel weniger stark ausgesprochen, constatiren; auf das Kapselepithel beschränkte derartige Veränderungen, wie sie Langhans beschreibt, habe ich nicht gesehen, bin jedoch weit entfernt, die Möglichkeit in Abrede stellen zu wollen.

Es stand zu erwarten, dass alle diese häufig zu beobachtenden an der Oberfläche liegenden, und mit verhältnissmässig geringem Aufwand technischen Könnens sichtbar zu machenden epithelialen Vorgänge an den Glomeruli baldigst als das Wesentliche der Glomerulonephritis hingestellt werden würden. Und in der That erklärt Ribbert[1]) mit grösstmöglicher Bestimmtheit: „Glomerulonephritis besteht in Schwellung und Abstossung der Epithelien der Knäuel und der Kapseln mit mehr oder weniger erheblicher Ansammlung der Epithelien im Kapselraum."

Aber diese Darstellung, welche Ribbert auf Grund eines nicht gerade umfassend zu nennenden klinischen und experimentellen Materiales giebt, krankt an Einseitigkeit und bedarf sehr der Vervollständigung. In doppelter Richtung. Einmal sind mit den epithelialen Befunden die entzündlichen Glomerulusveränderungen durchaus nicht erschöpft und andererseits muss mit Bestimmtheit festgehalten werden, dass ein Glomerulus sich in entzündetem Zustande befinden, dass er Serumeiweiss, dass er rothe und weisse Blutkörperchen aus seinen Capillaren austreten lassen kann, ohne dass man optisch an den epithelialen Bestandtheilen irgendwelche pathologische Befunde nachzuweisen vermöchte. Solchen Bildern begegnet man keineswegs selten, wenn es gelingt, frische Fälle acuter Nephritis für die Untersuchung zu erlangen. Sie sind, beiläufig gesagt, nicht gerade geeignet, der Weigert'schen Lehre von der Entzündung, insbesondere von der Nephritis, zur Stütze zu gereichen, welche eine primäre Parenchymläsion, hier also der Glomerulusepithelien, erfordert, welche dann erst eine secundäre entzündliche Alteration der Capillaren hervorrufen würde. Gerade die acute Glomerulonephritis zeigt überdies, wie sich die für viele Fälle gewiss zutreffende Theorie von der reactiven Entzündung in ihrer Anwendung auf die gesammten entzündlichen Processe nur mit einem gewissen Zwange mit den Thatsachen in Uebereinstimmung bringen lässt. Die Anschauung, dass different wirkende Substanzen, welche mit dem Blute durch den Glomerulus circuliren und vielfach durch denselben ausgeschieden werden, die Capillarwände dabei zunächst intact lassen, dagegen die specifischen Glomerulusepithelien direct verändern, dass auf diese Alteration erst die Gefässe durch Entzündung reagiren, hat von vorne herein etwas Befremdliches an sich; viel eher neigt man sich der Auffassung zu, dass die betreffenden Schädlichkeiten in erster Linie die Capillarwände mit ihren Endothelien lädiren und dann erst, wenn überhaupt, die epithelialen Bestandtheile in Mitleidenschaft ziehen. Denn die anatomische Untersuchung, auf welche man nun doch einmal in erster Linie angewiesen ist, beweist, dass es sehr wohl zu einer Glomerulusentzündung ohne nachweisbare Epithelveränderungen kommen kann, eine Thatsache, welche in entsprechend veränderter histologischer Erscheinung sich auch an andern Gewebsformationen der Niere bei der Nephritis unschwer nachweisen lässt.

Gehen wir zu den pathologischen Befunden an dem zweiten Hauptbestandtheil des Glomerulus, an dem durch vielfache anastomosirende Capillarschlingen gebildeten Gefässknäuel über, so entspricht die Bemerkung Wagner's in seinem „Morbus Brightii," dass „die histologischen Veränderungen aus technischen Gründen am wenigsten bekannt sind, und dass wir namentlich keine charakteristische Veränderungen der entzündeten Capillarwand kennen", auch jetzt noch den thatsächlichen Verhältnissen.

Ebensowenig als gewisse Epithelveränderungen als durchgreifend charakteristisch für die Glomerulonephritis hingestellt werden dürfen, ebensowenig können wir bestimmte Befunde an den Capillaren als ständigen optischen Ausdruck bestehender Entzündung anführen: in den meisten Fällen wird man auch bei der sorgfältigsten histologischen Untersuchung, wenn man von hyperämischen Zuständen absieht, greifbare Veränderungen an denselben vermissen, während die Anwesenheit rother und weisser Blutkörper, sowie durch Kochen und Alkohol gerinnender Eiweisskörper im Kapselraum die entzündliche Gefässalteration ausser Frage stellt. Nebenher bemerkt, bietet das Zusammentreffen zelligen, öfters im Absterben begriffenen Materials, mit eiweisshaltiger Flüssigkeit im Binnenraum der Bowman'schen Kapsel, Gelegenheit zu Gerinnungen schon während des Lebens, ein Process, der für gewisse Ausgänge der acuten Nephritis, namentlich für die Einleitung einer dauernden Verödung der Glomeruli, von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

Was nun die durch directe Beobachtung nachzuweisenden Veränderungen an den Capillaren der Knäuel betrifft, so wird man hier die bindegewebige Wandung und den eigentlich specifischen Bestandtheil, das Endothel, auseinanderhalten müssen.

An der Wandung kennen wir einige Befunde, welche wesentlich in das Gebiet der degenerativen Processe gehören; so namentlich Verfettungszustände, ferner Nekrose, diese namentlich bei Ansiedelungen von Spaltpilzen in den Capillaren, wobei schliesslich der ganze Glomerulus mit allen seinen Bestandtheilen absterben kann; endlich eigenthümliche hyaline Verdickungen, welche das Lumen mehr oder weniger verengern können, und gewisse Aehnlichkeit mit der hier nicht weiter anzuführenden amyloiden Entartung besitzen, über deren Natur sich indess nichts Genaueres aussagen lässt. Gerade diese Wandaufquellungen mit Beeinträchtigung des Capillarlumens vergesellschaften sich nicht selten mit Anhäufung von rundlichen Zellen, welche die Beschaffenheit weisser Blutkörperchen zeigen, ferner, gleichzeitig oder für sich bestehend, mit völligem Verschluss der Capillaren durch homogene oder körnige Massen, Bilder, welche man wohl mit Recht als Capillarthrombose aufzufassen pflegt und welchen man ohne diese Wandveränderungen nur selten begegnet.

Noch spärlichere Angaben finden sich in der Litteratur, wenn man sich nach der endothelialen Capillar-Auskleidung erkundigt, deren Alteration im Sinne Cohnheim's erst die Entzündung in die Erscheinung treten lässt. Es mag hier nur kurz hervorgehoben werden, dass die Angaben von Ribbert u. A., welche die Kernarmuth der normalen Glomeruluscapillaren betonen, sich leichtlich als zutreffend bestätigen lassen. Immerhin begegnet man doch ab und zu auch in den feinsten Verzweigungen der Gefässknäuel, welche dem Kapselraum zugekehrt sind, ganz vereinzelten Kernen. Die positiven Befunde beziehen sich im Wesentlichen auf eine Wucherung dieser Capillarkerne.

Es mag gestattet sein, die wenigen Mittheilungen über entzündliche Endothelveränderungen bei acuter Nephritis in Kürze zusammenzustellen.

Da muss denn zunächst hervorgehoben werden, dass sich sorgfältige Untersucher, wie z. B. Cornil und Brault[1]) in abweisendem Sinne aussprechen. Es heisst da u. A.: „C'est surtout dans les glomérulites aiguës que l'on pourrait étudier avec fruit les modifications des capillaires glomérulaires . . . ; jamais nous n'avons constaté la multiplication de l'endothélium vasculaire, et dans les inflammations plus avancées les capillaires nous ont toujours paru subir le contrecoup des altérations de la membrane qui les enveloppe." Man sieht, eine Art Annäherung an die Weigert'sche Entzündungstheorie.

Von deutschen Autoren, welche sich mit der Glomerulonephritis einlässlicher befasst haben, äussert sich Ribbert u. A. folgendermaassen: „Ich erinnere ferner an die Kernarmuth der Glomerulusgefässe. Es ist nicht denkbar, dass so spärlich vorhandene Kerne zu einer so reichlichen, zum Verschluss des Lumens führenden Wucherung Veranlassung geben könnten." (l. c. p. 11). Aber dieser principielle Einwand will wohl nicht viel sagen, da nichts Befremdliches darin zu sehen ist, wenn spärliches proliferationsfähiges Material einmal in sehr productive Wucherung geräth.

Positive Mittheilungen liegen hauptsächlich von Langhans[2]) und Friedlaender[3]) vor.

Die Angaben von Langhans über Wucherung der Capillarkerne bei acuter Nephritis beziehen sich auf 2 Fälle, von denen der eine ins Gebiet der „Erkältungsnephritis" gehört, während die Aetiologie des andern nicht sicher zu ermitteln steht. Der erstere endete nach 5 Wochen mit Urämie, der zweite nach 2 — 3 Wochen mit frischer Endocarditis, beide also zu einer Zeit, in welcher über ganz frische Veränderungen an den Nieren kaum mehr Aufschluss erwartet werden konnte. Die Schilderung von Langhans lässt sich in Folgendem zusammenfassen:

Die erkrankten Glomeruli sind sehr erheblich vergrössert; das Epithel zeigt in der Regel nur einfache Schwellungszustände. Die Capillarschlingen sind im Breitendurchmesser vergrössert und erscheinen in frischen Fällen durch die zarte homogene Wandung begrenzt. Das Lumen wird von einer trüben feinkörnigen Substanz eingenommen, welche manchmal sparsame, selten reichliche kleine Fetttropfen enthält; in ihr liegen sehr zahlreiche Kerne, klein, rund, also völlig den normalen Capillar-Kernen gleich. Diese Kerne haften nicht der Capillarwand an. Solche Capillaren können für das Blut immer noch durchgängig sein. — Später scheint die feinkörnige Inhaltsmasse mit der homogenen äussern Membran zu verschmelzen, sie wird in ihrem peripheren Theil homogen, glänzend und die trennende Linie zwischen beiden schwindet. — In dem einen Falle beschränkten sich diese Veränderungen auf einzelne Glomeruli, in dem andern, frischeren Falle waren die Knäuel

[1]) Nephritis und Albuminurie 1881.

[1]) Journal de l' anat. et de la physiol. 1883.
[2]) Virchow's Archiv Bd. 76. 1879.
[3]) Fortschritte der Medicin 1883. Nr. 3.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in sehr diffuser Weise erkrankt, während das übrige Nierengewebe erhebliche pathologische Befunde nicht erkennen liess.

Gegen die Deutung, welche Langhans diesen Bildern als einer Wucherung der Kerne des Capillarendothels giebt, erhebt Ribbert (l. c.) Einwendungen, welche ihn dazu führen, diese „von Langhans aufgestellte Form der Glomerulonephritis nicht anzuerkennen". Für ihn handelt es sich einfach um eine thrombotische Abscheidung weisser Blutkörper; für ihn „ist die ganze Darstellung einer Capillarkernwucherung, eines Processes, bei dem ohne Betheiligung der Zelle die Kerne wuchern, sich von der Zelle lösen und in das Gefässlumen hineinfallen, unwahrscheinlich. An eine Betheiligung des zum Kern gehörigen Zellprotoplasma kann aber ja nicht gedacht werden, da einmal die Wandung durchaus intact erscheint und dieselbe ausserdem nicht aus differenten Endothelien sich zusammensetzt." Eine ähnliche Correctur seiner Auffassung muss sich auch Friedlaender gefallen lassen.

Von den Bedenken Ribbert's, welche am besten durch die gleich mitzutheilenden unzweideutigen Befunde gehoben werden dürften, bleibt nur das eine zu Recht bestehen, dass nämlich Langhans den directen Beweis der Wucherung der noch mit der Capillarwandung in Zusammenhang stehenden Endothelkerne in der That nicht erbracht hat; Sehr wahrscheinlich bleibt die Langhans'sche Deutung immerhin; denn wie weisse Blutkörperchen, an welche Langhans selbstverständlich auch in zweiter Linie gedacht hat, sehen doch die in der Mehrzahl ovalen, in der Beschreibung des Textes durchweg als rund bezeichneten Kerne der Langhans'schen Abbildung nicht aus, wie man denn von vornherein einem Untersucher wie Langhans eine derartige Verwechselung kaum zutrauen durfte. Dass die im Capillarlumen liegenden Kerne in ihrer Form nicht ganz mit den normalen Endothelkernen übereinstimmen, bildet ebenfalls keinen stichhaltigen Einwand; es ist doch nichts Ungewöhnliches, dass bei Zellwucherungen die neugebildeten Elemente morphologisch einigermassen von den Mutterzellen differiren.

Die umfassenden Untersuchungen Friedlaender's an Scharlachnieren ergeben, wie er selbst hervorhebt, ganz analoge Befunde. Es handelt sich um eine reine Glomerulonephritis, bei welcher in der normalen Rinde „die Glomeruli überall vollständig blutleer, als graue mehr oder weniger stark vergrösserte Körner über die Schnittfläche prominiren. Mikroskopisch zeichnen sich die Glomeruli aus: 1) durch fast vollständige Blutleere; 2) durch erhebliche Vermehrung der Kerne; 3) durch eine Umwandlung der Capillarschlingen zu wurstförmigen soliden Massen; Wandung und Inhalt sind kaum zu unterscheiden, das Ganze besteht aus einer feinkörnigen Masse, in welcher ab und zu Fettkörnchen und reichliche vielgestaltige Kerne eingelagert sind. — Das Kapselepithel ist dabei meist nur wenig verdickt; das Knäuelepithel zeigt nur unbedeutende Schwellung und Wucherung.

Zu einer vollständigen histogenetischen Deutung dieser so prägnant geschilderten Befunde gelangt Friedlaender nicht; es ist ihm wahrscheinlich, dass „eine Verdickung der Wandung der Glomerulusschlingen selbst vorliegt, welche dann zu dem vollständigen Verschluss der Schlingen führt." Ueber die Natur der massenhaften Kerne im Capillarlumen lässt er uns völlig im Unklaren; um eine Anhäufung weisser Blutkörper handelt es sich indessen mit Bestimmtheit nicht.

Hortolès[1]) beobachtete bei Scharlachnieren eine Verstopfung der Glomeruluscapillaren durch angehäufte weisse Blutkörperchen, welche bei günstigem Verlaufe wieder gehoben wird. „Il n'est pas rare d'observer cependant dans un rein scarlatineux des glomérules où la désobstruction ne s'opérera pas. Dans ces cas les globules blancs retenus sur place et exerçant lentement leur action mécanique sur les parois vasculaires les modifient peu à peu; les cellules endothéliales prolifèrent alors et reviennent à l'état embryonnaire."

Auch Kelsch[2]) lässt bei der Nephritis scarlatinosa die Glomeruli „zum Embryonalzustand" zurückkehren, „car toute la masse du glomérule donnait l'impression d'une grappe de jeunes cellules très serrées."

Man ersieht aus diesen Literaturnachweisen, dass zur Zeit keine einzige Beobachtung vorliegt, welche entzündliche Wucherungsvorgänge an dem Glomerulusendothel mit Sicherheit feststellen würde. Die angeführten Befunde, angenommen, dass es sich wirklich um Capillarkernwucherung handelt, leiden in ihrer Deutung darunter, dass die Abstammung der im Lumen der Capillaren liegenden Kerne vom Endothel sich nicht direct erweisen lässt, dass eben Stadien des Processes vorliegen, welche schon zu weiteren Veränderungen der Wandung und des Inhaltes der Capillaren geführt haben.

Im Hinblick auf diese unbefriedigende Sachlage darf wohl der Fall von acuter Nephritis, den ich etwas genauer hier beschreiben möchte, eine gewisse Bedeutung beanspruchen; er betrifft ein verhältnissmässig frühes Stadium der Nierenentzündung, da der Kranke schon am 10. Tage starb; der histologische Befund am Endothel der Glomeruli erscheint glücklicher Weise noch nicht getrübt durch weitere Gefässveränderungen, sodass die unzweideutige Wucherung der Capillarkerne, verbunden mit regressiven Processen rein dasteht und das ganze Bild sehr wohl geeignet erscheint, die Befunde von Langhans, Friedlaender etc. dem Verständniss etwas näher zu rücken.

Ich sah als Student den betreffenden Kranken wiederholt in der Klinik des Herrn Professor Huguenin in Zürich im Jahre 1875, sah, wie der kräftige Mann unvermuthet, nach 24stündiger Dauer, während der klinischen Vorstellung der Urämie erlag; bei der Section machten die verhältnissmässig geringen Nierenveränderungen, im Gegensatz zu den gewaltigen klinischen Erscheinungen, einen verwirrenden Eindruck, den auch die mikroskopische Untersuchung damals nicht zu heben vermochte. Neuerdings musterte ich meine diesbezüglichen alten, abgeblassten Präparate wieder durch und erlangte glücklicherweise von Herrn Professor Frey in Zürich, dem ich damals die nicht verarbeiteten Nierenstücke übergeben, das wohl conservirte Untersuchungsmaterial zurück. Ich bin dafür Herrn Professor Frey, ebenso Herrn Professor Huguenin für die Ueberlassung der Krankengeschichte zu verbindlichem Danke verpflichtet.

Die ganze Krankheit verlief ohne Spur von Oedemen; es mag dies an und für sich keineswegs seltene Vorkommniss in einer Zeit hervorgehoben werden, da in medicinischen Congressen allen Ernstes die Frage discutirt wird, ob Hydrops nicht für die Diagnose des Morbus Brightii ein unentbehrliches Symptom darstellt.

Man wird auch die etwas weitläufige Wiedergabe des klinischen Verlaufes nicht ungerechtfertigt finden; es handelte sich nämlich um eine Rachendiphtherie bei einem Erwachsenen, welche als croupöse Entzündung durch Larynx und Trachea bis in die Bronchien hinunterstieg und den Kranken dem Erstickungstode nahe brachte, ein in späteren Altersjahren entschieden ungewöhnliches Bild. Als noch seltener muss das Auftreten der Complicationsnephritis bezeichnet werden, insofern dieselbe durch eine äusserst stürmisch verlaufende urämische Intoxication den unerwarteten Tod herbeiführte.

(Schluss folgt.)

II. Ein Fall von „Bleimanie".

Von

Kreiswundarzt Dr. Racine
in Caternberg.

Im letzten Jahrgange der Charité-Annalen theilt Moeli einen Fall von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit bei chronischer Bleivergiftung mit. Bei der Seltenheit dieser acuten Zustände gegenüber den chronischen Encephalopathien erlaube ich mir, einen gleichen Fall, der indess in mancher Beziehung von dem Moeli'schen abweicht und sich durch die eigenthümliche Aetiologie auszeichnet, mitzutheilen.

Der Kohlenbergarbeiter Johann Nagels, 38 Jahre alt, erkrankte am 10. März d. J. mit ziehenden Schmerzen in beiden Vorderarmen. Die Untersuchung des etwas kachektisch aussehenden Mannes ergab, dass Störungen der Motilität und Sensibilität nicht vorhanden waren, mit Ausnahme eines leichten Tremor der oberen Extremitäten, und dass am Zahnfleisch ein starker Bleisaum zu constatiren war. An den Extensoren-Gruppen der Vorderarmmuskeln war ebenso wie an den übrigen Körperorganen nichts Krankhaftes nachweisbar. Alcohol-Missbrauch und specifische Infection stellte er in Abrede, behauptete, auch nie Colikanfälle gehabt, zuweilen jedoch an hartnäckiger Verstopfung gelitten zu haben. Mit Blei habe er nie zu thun gehabt, sondern sei seit seinem 22. Lebensjahre ununterbrochen Kohlenbergarbeiter gewesen.

Am nächsten Tage trat, nachdem der Kranke am Tage über starken Kopfschmerz geklagt, Abends plötzliche Bewusstlosigkeit ein. Ich fand ihn im tiefsten Coma liegend, weder auf Anrufen, noch auf Hautreize reagirend, die Pupillen eng, reactionslos. Im Urin geringe Spuren von Eiweiss, Stuhl trotz mehrfacher Gaben Ricinus-Oel noch nicht erfolgt. T. 37,6. Puls 64, voll und hart.

Am 13. bot der Pat. dasselbe Verhalten, am 14. aber in der Nacht begann er plötzlich zu deliriren, sprang aus dem Bett, ergriff ein auf dem Tisch stehendes Crucifix, zerschlug das Fenster und rief; er müsse den Teufel aus dem Zimmer treiben. Gegen Morgen beruhigte er sich wieder mehr, liess sich in's Bett bringen, erkannte seine Umgebung wieder, verlangte aber immer, dass „der Teufel aus dem Zimmer gebracht werde". Bei meinem Besuche erkannte er mich, nannte auch auf Befragen seinen Namen, war aber noch sehr erregt. Das Crucifix hielt er fortwährend in Händen und schrie von Zeit zu Zeit mit lauter Stimme: „Der Teufel ist mir aus dem Leibe gefahren!" Als ich ihm

[1]) Etude du processus histologique des néphrites, 1881.
[2]) Archives de physiologie 1874.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das Crucifix abzunehmen versuchte, liess er es nach einigem Widerstreben geschehen, verwandte aber keinen Blick davon und versicherte, ohne sich auf andere Fragen einzulassen, stets, indem er die Worte fortwährend wiederholte: „Der Mann hat mir geholfen, der hat mir den Teufel aus dem Leibe getrieben.“

Dasselbe Verhalten bot der Kranke auch am 15., doch beruhigte er sich im Allgemeinen mehr; Temperatur stets normal, Puls zwischen 60 und 64 Schlägen schwankend, stets hart und voll. Stuhlgang ist erst heute erfolgt. Kein Schlaf. Am 16. Abends verfiel Pat. in tiefen Schlaf und erwachte am 17. Morgens, vollständig geistig klar, ohne sich an das Vorgefallene auch nur im Geringsten zu erinnern. Nach einiger Zeit nahm er seine gewöhnliche Arbeit wieder auf, die er in gewissenhafter und fleissiger Weise bis heute, ohne wieder in ähnlicher Weise zu erkranken, fortgesetzt hat. Allein ganz ohne schädlichen Einfluss auf sein Geistesleben ist die dauernde Bleiintoxication doch nicht gewesen; nach dem oben geschilderten acuten Anfall trat eine eigenthümliche Vergesslichkeit ein, verbunden mit einem schlafferen Wesen, die auch seiner ziemlich indolenten Umgebung auffiel. Wiederholte Untersuchungen ergaben, dass er die wichtigsten Daten seines Lebens, z. B. Jahr und Tag seiner Einsegnung, der Geburt seiner Kinder, vergessen hat, die leichtesten Rechenexempel nicht zu lösen im Stande, sonst aber frei von Sinnestäuschungen oder Wahnideen ist. Das Jahr seiner Geburt giebt er richtig an, den Tag weiss er nicht, kann auch sein jetziges Lebensalter nicht berechnen; ebensowenig ist er im Stande, auszurechnen, wie viel Geld er auf 1 Markstück herausbekomme, wenn er sich 10 Cigarren à 5 Pfennig kaufe. Das Einmaleins kennt er, geht man aber über diesen Kreis hinaus und giebt ihm die leichtesten Multiplicitaufgaben, so ist er trotz allen Bemühens nicht im Stande, dieselben zu lösen. Ueber die Zeit des letzten französischen Krieges befragt, meint er nach langem Besinnen, derselbe sei 1860 gewesen; von wichtigen Schlachten kennt er die „von Sedan“, weiss aber sonst nichts weiter davon und giebt die charakteristische Antwort: „Vor Kurzem hat mir noch Einer davon erzählt, ich weiss es aber nicht mehr; mein Kopf ist so schwach.“ Man merkt dabei, wie unangenehm es dem Kranken selbst ist, dass er sich der Daten nicht erinnern und die Exempel nicht ausrechnen kann. Sonst sind seine Antworten klar und verständig, seinem Bildungsgrade und seiner Anschauungsweise entsprechend, auch bei seinen ziemlich verantwortlichen Arbeiten im Bergwerk verfährt er, nach Angabe seines Steigers, umsichtig und gewissenhaft. Sprachstörung besteht nicht; die Motilität ist bis auf den geringen Tremor der Hände intact, kein Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen und Füssen; die linke Gesichtshälfte ist flacher als die rechte, der linke Gaumenbogen steht tiefer, die Pupillen sind mittelweit, gleich, reagiren gut. Im Urin kein Eiweiss. Erst in letzter Zeit hat sich, unter dem fortgesetzten Gebrauch von Jodkali (nach der Empfehlung von Moers in Eulenberg's Vierteljahrsschrift XXVII. Bd. Supplementheft pag. 248) eine erhebliche Besserung der Gedächtnissschwäche eingestellt; auch kann er leichte Rechenaufgaben, zwar noch langsam, aber doch richtig wieder lösen; ebenso hat sich das Gedächtniss für seine und seiner Angehörigen Lebensereignisse wieder eingefunden.

Dass die oben beschriebene acute psychische Erkrankung und der nachfolgende geistige Schwächezustand durch die länger andauernde Einwirkung von Blei hervorgebracht waren, bewies, bei dem Mangel einer jeden hereditären Prädisposition und der Abwesenheit von Alcoholmissbrauch etc. der charakteristische Verlauf und der Bleisaum des Zahnfleisches. Die einzige Krankheit, die das Bild hätte hervorbringen können, die Epilepsie, war mit Sicherheit auszuschliessen, da der Kranke weder vorher noch nachher an Krampfanfällen gelitten hat; Nervenkrankheiten in seiner Familie sind gänzlich unbekannt. Der Fall zeichnet sich in prägnanter Weise durch sein acutes Auftreten aus und zeigt die Aehnlichkeit der Hallucinationen der Bleivergiftung mit denen des Alcoholdeliriums. Moeli betonte das gleichzeitige Auftreten von Bleicolik und psychischer Störung: dass auch hier zugleich damit ein Colikanfall vorhanden war, geht aus dem Inhalt der Sinnestäuschungen: „Der Teufel ist mir aus dem Leibe gefahren“, hervor; wenigstens ist diese Aeusserung beweisend, dass es sich um abnorme Sensationen im Bereich der sympathischen Darmnerven handelte. Abweichend von Moeli's Fall hatte der Kranke die Erinnerung an den Anfall und die Delirien völlig verloren und trat die Lösung des Anfalles durch Schlaf ein (von Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie pag. 193); auch die einleitenden rheumatoiden Schmerzen und das Coma fehlten bei seinem Kranken. Am Pulse waren die der Bleivergiftung eigenen Phänomene, die Verlangsamung (trotz der gesteigerten Unruhe und Erregung des Pat. nur 64 Schläge) und die Härte bemerkbar. Moeli weist darauf hin, dass das vorübergehende Bestehen der psychischen Erscheinungen es nahe lege, eine Beziehung zwischen der gleichzeitigen Circulationsstörung anzunehmen, jedoch führe die chronische Bleiintoxication andererseits zu so schweren Störungen im Nervensystem, dass auch eine directe Schädigung der Centralorgane keineswegs auszuschliessen sei. Das in dem von mir beobachteten Falle sich dem acuten Zustande anschliessende Krankheitsbild, dessen Aehnlichkeit mit der Dementia paralytica auffällt, wie auch Krafft-Ebing hervorhebt, scheint mir mehr für eine directe Einwirkung des Bleies auf das Centralorgan zu sprechen. Ich glaube, dass sich dieser eigenthümliche psychische Schwächezustand eher in der Weise erklären lässt, dass, wie bei der Dementia paralytica es sich um eine corticale interstitielle Encephalitis handelt, so auch hier eine Erkrankung der Hirnrinde vorliegt.

Wie aber war die Intoxication bei dem Manne, der nie in Bleifabriken gearbeitet, noch sonst, wie seiner Angabe nach mit Blei oder dessen Präparaten in irgend eine Berührung gekommen war, erfolgt? Die Frau desselben gab mir bei meinen Nachforschungen, die Angaben ihres Mannes bestätigend an, dass sie selbst und die ältesten 4 Kinder häufig an Leibschmerzen und Stuhlverstopfung gelitten hätten, sie sei aber stets der Meinung gewesen, „das rühre von Würmern her“. Bei der Untersuchung der Frau und ihrer 5 Kinder fand sich dann auch, dass sie selbst und die 4 ältesten einen sehr starken Bleisaum des Zahnfleisches aufzuweisen hatten, nur das jüngste (2 Jahr alte) Kind war frei davon. Das Trinkwasser wurde vermittelst eines hölzernen Eimers aus einem Ziehbrunnen geschöpft, es blieb also als Quelle der Vergiftung nur ein gemeinschaftlich benutztes Koch- oder sonstiges Gefäss übrig und bei der Besichtigung des Hausraths fand sich dann schliesslich auch das Corpus delicti in Gestalt einer grossen zinnernen Kaffeekanne. Die von Herrn Apotheker Lückerath in Stoppenberg ausgeführte chemische Analyse ergab, dass das Material der Kanne aus einer Legirung von 80 Theilen Zinn und 20 Theilen Blei bestand. Ueber den zulässigen Gehalt des Zinns an Blei gehen bekanntlich die Meinungen noch auseinander. Im Allgemeinen nimmt man einen Gehalt von $^1/_{10}$ Blei (10 Theile Blei und 100 Theile Zinn) als zulässig an (Eulenberg. Handbuch der Gewerbehygiene pag. 667), „doch gilt bis zu 20 pCt. Bleizusatz zum Zinn noch für unschädlich“ (Meyer und Finkelnburg, Gesetz betr. den Verkehr mit Nahrungsmitteln etc. pag. 170 Anm.). Dass letzteres nicht der Fall ist, beweist die eingetretene Vergiftung der ganzen Familie. Da die warmen Wasserdämpfe und kochendes Wasser am leichtesten das Blei auflösen, so ist die Gefahr der Benutzung von Gefässen auch mit niedrigerem Bleigehalt sehr gross und Eulenberg's Mahnung, stets mit der grössten Strenge über alle Utensilien und Geräthe, die bleihaltig sind, zu wachen, gewiss gerechtfertigt.

III. Zur Syphilis hereditaria tarda.

Von

Dr. med. A. Heusinger.

Aufmerksam gemacht durch den Vortrag des Herrn Professor Caspary in Nr. 31 der med. Wochenschrift vom Jahre 1883 und dessen geäusserten Zweifel über das factische Bestehen von Fällen sogenannter ererbter Spätsyphilis, glaube ich eine Krankengeschichte nicht vorenthalten zu dürfen, die wenn auch als Einzelfall wohl nicht allein die ganze Schwere des Beweises selbstverständlich tragen kann, immerhin zweierlei erkennen lässt, erstens, dass die Mutter eines hereditär syphilitischen Kindes gesund sein kann und noch ist, und zweitens, dass die Symptome von hereditärer Syphilis erst im späteren Lebensalter des Kindes zum Vorschein gekommen sind, als solche durch die spezifische Therapie unzweifelhaft bestätigt. Es findet dabei die von Herrn Prof. Caspary aus „Davasse's Syphilis“ angezogene Geschichte von dem jungen Mädchen und ihrer Grossmutter ein Analogon, freilich mit Ausschluss der früher geborenen und gestorbenen 6 Kinder.

Eine mir persönlich sehr befreundete Familie eines Fabrikbesitzers besteht ausser den Eltern aus 5 Kindern, 3 Mädchen im Alter von 18, 12, 10 Jahren, 2 Knaben von 5 und $^3/_4$ Jahren. Der Vater, 42 Jahre alt, ist bislang stets gesund gewesen, eine Infection spezifischer Natur hat nie stattgefunden, es haben auch sicht- und fühlbare Merkmale nie bestanden. Von einer erblichen Disposition in seiner Familie, Eltern etc. nirgends eine Spur irgend welcher Art. Die Gattin desselben, 38 Jahre, eine volle blühende Erscheinung, kräftig entwickelt, hat nur einmal post partum eine heftige Parametritis überstanden, Eczeme, Narben, Drüsenanschwellungen, trotz häufiger und peinlich genau durchgeführter Untersuchungen bis ins kleinste Detail nicht allein von mir, sondern auch von dem langjährigen Consilianus der Familie nicht entdeckt. Sämmtliche Kinder, bis auf das 12jährige Mädchen erfreuen sich der besten Gesundheit; die Kinder sind sämmtlich bei der Geburt ungewöhnlich stark und voll, haben nie Ausschläge, Rhagaden oder dergl. gezeigt und sich durch die mütterliche Nahrung prächtig entwickelt. Nur das oben erwähnte 12jährige M. macht eine bedeutende Ausnahme. Ebenfalls als kräftiges Kind geboren, entwickelte sich dieselbe in ihren ersten Lebensjahren gleich den übrigen. Dies ging seinen guten Fortgang bis zum vollendeten 7. Jahre, als

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich eine bedeutende Auftreibung der rechten Tibia bemerklich machte, verbunden mit Anschwellungen der Nacken- Leisten- etc. Drüsen. Eine Roseola trat nicht zu Tage. Dabei begann die Ernährung der Kleinen merklich zu leiden, das Kind fing an abzumagern und damit seinen Eltern grosse Besorgniss zu machen. Aus weiter unten zu erörternden Gründen wurde sofort eine Schmiercur angewandt mit nachfolgendem Gebrauch von Kal. jod. Die Folge davon war das vollständige Zurückgehen der oben erwähnten Erscheinungen und ein relatives Wohlbefinden. Dieses war ungefähr zwei Jahre von Bestand, als sich Spuren von Heiserkeit bemerklich machten. Ausser einer Anschwellung und Verdickung der wahren Stimmbänder wurde nichts eruirt. Neben einer vielseitigen localen Therapie, bestehend in Inhalationen, Pinselungen etc. wurde sofort wieder Kal. jod. gegeben, und nach mehreren Monaten war jede Spur der Heiserkeit verschwunden. Zur Vorsorge jedoch liessen die Eltern die Patientin Jodkalipillen monatelang fortgebrauchen. Wieder trat ein Jahr Ruhe ein. Dann erneutes Auftreten der Heiserkeit und Schwellung der Cervicaldrüsen. Erstere nahm von neuem stetig zu. Alle angewandten Mittel: Jodoform, Jodglycerin, Arg. nitr., inhalirt und gepinselt, Jod innerlich blieben ohne Erfolg. Jede leichte Erkältung steigerte allmählich die Heiserkeit bis zur vollständigen Athemnoth, die durch ängstliches Hüten und entsprechende Manipulationen, als fortwährender Aufenthalt in feuchtwarmer Luft, leidlich gedämpft wurde. Laryngoscopisch nahm man ausgedehnte Ulcerationen an den Stimmbändern und dem Larynx wahr. Die Ernährung sank trotz ausgesuchtester Pflege, Baden etc. fortwährend. Eines Tages trat starke Asphyxie auf und die prophylactische Tracheotomie wurde erforderlich. Darüber sind jetzt Wochen vergangen, die Canule kann nicht entfernt werden, und die Patientin ist leidlich mit ihrem heutigen Schicksal zufrieden. Dass man es hier mit syphilitischen Producten zu thun hat, würde, wenn nichts anderes, schon die Therapie bewiesen haben. Für die Beurtheilung bleibt also pro primo zu berücksichtigen, die Eltern, beide gesund, Infection nie nachweisbar gewesen, sämmtliche andere Geschwister desgleichen. Nun aber die hier tangirende Aetiologie. Der Grossvater mütterlicherseits, geweseuer Potator, an Delirium tremens gestorben, inficirte seine Frau, also die regelrechte Grossmutter des Kindes; letztere bekam Knochenauftreibungen, Defecte der Nase, des Rachens, Condilome, Iritis gummosa etc. etc. und ging schliesslich elend zu Grunde. Während der Krankheit der Mutter war die damalige Tochter, jetzige Mutter unserer Patientin bereits ein junges Mädchen von circa 17—18 Jahren. Geschwister hat dieselbe nur einen Bruder, der jetzt 40 Jahre alt, aber bislang keine Spur jener Erkrankung, also der Syphilis gezeigt hat. Auch dieser ist mir persönlich bekannt. An den gemachten Beobachtungen kann ein Zweifel nicht *erhoben* werden, da dieselben nicht allein von mir, sondern auch von noch zweien Collegen gemacht und als solche diagnosticirt sind.

Eine Lösung des Räthsels ist ja nun freilich hierdurch nicht gegeben, wird auch sobald wohl nicht gegeben werden, ich schmeichle mir indessen die Casuistik der Syphilisfrage um einen kleinen Baustein vermehrt zu haben.

IV. Das Wort „Gicht“.

Von

Dr. Coesfeld, Barmen.

„Vielleicht ist es Ihnen nicht ganz geläufig, dass aus dieser Vergleichung auch der Name der Gicht stammt, der nicht etwa vom Gehen herkommt, wie Rheumatismus von ῥέω, sondern der von Gutta herkommt, und daher in den romanischen Sprachen auch immer noch diese Form beibehalten hat (franz. goutte, engl. gout). Den Tropfen, die gutta, wie sie in einer Höhle aus durchsickerndem Wasser entsteht, und aus welcher sich Tuff absetzt, hat man sich eben auch bei der Gicht vorhanden gedacht als dasjenige, was am Gelenk aussickert und die mörtelartige Substanz ausscheidet, welche die Gichtknoten bildet. So ist dieser etwas mythologische Begriff im Deutschen in die allerdings schwer verständliche Form „Gicht“ übergeführt worden — eine jener allerdings schwierig nachzuweisenden Ableitungen, wie wir deren noch sonst manche haben, wo sich schliesslich ein scheinbar urgermanisches Wort als ein ganz fremdartiges entpuppt.“ —

So Virchow an einer Stelle seines Vortrags über Nephritis arthritica, gehalten in der Berl. med. Gesellschaft am 19. December 1883 (v. Dtsch. Med. W. 1883 Nr. 52 p. 770 u. Berl. Kl. W. 1884 Nr. 1 p. 2). Wir haben jenen Passus wörtlich citirt, um dem Leser die eigenthümliche, etymologische Anschauung Virchow's zu zeigen, von der er selbst auch zugiebt, dass sie schwer nachzuweisen sein dürfte. Herr Virchow sagt mit vollem Rechte, das franz. goutte und das engl. gout komme von gutta her; wenn er aber dann weiter deducirt, dass, weil dies so wäre, und jene Bezeichnungen in beiden romanischen Sprachen für unser Wort „Gicht“ gebraucht würden, deshalb dies Wort von gutta und nicht vom Worte „Gehen“ abzuleiten sei, so ist das ein unrichtiger Schluss und eine unzutreffende Ableitung. Das Wort „Gicht“ kommt vielmehr allein her von „Gehen“. Im Mittelhochdeutschen besitzen wir „die und das Gicht, d. i. Gang, welches gleichlautend mit unserm jetzigen Worte „Gicht“ ist, wodurch also ein Gang, ein Gehen, ein Herumziehen bezeichnet wird, wie es eben bei rheumatischen Affectionen stattfindet. Früher identificirte man überhaupt Gicht und Rheuma, und im Volke redet man noch immer von Gicht am Kopfe, in den Schultern, in Armen und Beinen, man spricht von einer „laufenden Gicht“, unserer jetzigen Polyarthritis rheumatica. Dabei war es gleichgiltig, ob nur Muskeln und Sehnen oder Gelenke befallen wurden, die Hauptsache war vielmehr, dass eben die Krankheit nicht fixirt war, sondern herumzog, von einer Stelle zur andern ging. So wurde auch zwischen Gicht und Podagra unterschieden: „Erst heisst ihr Wein und Liebe, dann Podagra und Gicht“, heisst es in einem Liede, wo der Wein nicht verherrlicht wird. Als aber später, in Folge besserer Einsicht in das Wesen der Krankheiten, die gichtischen von den rheumatischen getrennt wurden, ist unser so bezeichnendes Wort „Gicht, gichtisch“ leider nur für den Krankheitsprocess gebraucht, den es ursprünglich nicht allein, aber ganz sicher mitbezeichnet hat. Giebt es doch Fälle von Gicht, der Arthritis urica, wo die arthritische Affection von einer grossen Zehe auf die andere springt, von hier auf das Knie, in die Finger u. s. w. geht. Unser Wort „Gicht“ kommt also zur Evidenz vom Worte Gehen, und nicht vom lat. gutta her, sowohl was die Bedeutung des Wortes selbst als auch das Wesen der Krankheit, die es bezeichnet, mit anbetrifft. Demnach wäre es im Grunde auch nur logisch gewesen, wenn medicinisch etwa von einer Muskelgicht und einer Gelenkgicht geredet worden wäre. — Schliesslich möchte ich mir noch erlauben, Herrn Virchow eine andere Ableitung des Wortes „Gicht“ hiermit vorzulegen. Das alte Wort gisan, dessen s in r übergehend, giran, giren, gëren und endlich unser jetziges Wort „gähren“ bedeutet, hat dieselbe Stammsilbe wie „gehen“. So wird jetzt noch für „gähren“ „gehen“ angewandt, zum Beispiel der Teig, „geht“, statt der Teig „gährt“. Haben nun die Alten vielleicht die entzündlichen arthritischen Gelenkanschwellungen als localisirte Ablagerungen einer Art Blutgährung betrachtet und hierfür ebenso das Wort „Gicht“ angewandt? Unmöglich ist dies nicht.

V. P. B. Die badischen Verordnungen und Generalarzt a. D. Hoffmann.

Gerade zum Schluss der letzten Nummer erhielten wir die neueste Nummer des ärztlichen Vereinsblattes. In demselben befindet sich ein Artikel aus Baden, der sich gegen die Angriffe wendet, welche die Badischen Verordnungen besonders in der Berliner medicinischen Gesellschaft erfahren haben; der Artikel rührt von competentester Seite (Generalarzt A. Hoffmann) her, indessen wird sich der verehrte Herr Verfasser inzwischen überzeugt haben, dass ich meinerseits von Anfang an wesentlich denselben Standpunkt eingenommen habe, den er jetzt vertritt. Umsomehr halte ich es für meine Pflicht, ihn auf einige Irrthümer aufmerksam zu machen.

Zuvörderst hat er Unrecht, wenn er die Ansicht ausspricht, dass in Preussen die Approbation ohne geregelte Formen entzogen werden könne, was allerdings ungesetzlich sein würde. Anscheinend ist ihm in dieser Beziehung, aber sehr mit Unrecht, Herr Langerhans Autorität gewesen.

Die Preussische Regierung hat in der von ihr erlassenen Ausführungs-Verordnung zu dem Gesetz vom 1. Juli 1883 das Verfahren bei der Entziehung der ärztlichen Approbation nicht erwähnt, weil in demselben eine Aenderung vorzunehmen nicht nothwendig war. Ich habe schon in der Berl. Med. Gesellschaft auf die hier zutreffende Instruction zur Gewerbeordnung vom Jahre 1869 hingewiesen. In den 5 sogenannten Selbstverwaltungs-Provinzen sind inzwischen in Kraft getreten, die Gesetze über die allgemeine Landesverwaltung, das Competenzgesetz u. s. w. — Nach ihnen entscheidet dort nunmehr in erster Instanz, das Bezirksverwaltungsgericht, als Recursinstanz das Oberverwaltungsgericht. In den übrigen Provinzen bleibt es bei der Instruction von 1869 mit der collegialischen Regierung als erster, dem Ministerium als Recursinstanz. Das Verfahren in Preussen entspricht daher durchaus den Bestimmungen des § 20 und 21 der neuen Gewerbeordnung. Da Preussen eine Vertretung des ärztlichen Standes nicht besitzt, so konnte auch ein Gutachten des Letzteren nicht in Aussicht genommen werden.

Was die ärztlichen Berufspflichten anlangt, so habe ich seit Jahren auf das wiederholt aufmerksam gemacht, was Herr A. Hoffmann mit Recht auch betont. Endlich scheint jetzt allgemein die Ueberzeugung durchzudringen, dass wir, wie Herr Hoffmann es bezeichnet, ein amphibisches Dasein führen, indem wir auf der einen Seite gleichgestellt werden den „biederen Handwerkern“, auf der anderen mit sehr erheblichen Pflichten gegen das Gemeinwesen belastet sind, von denen uns die Gewerbe-Ordnung nicht befreit hat.

Dass ich meinerseits den bedenklichen Punkt der Badischen Verordnung bezüglich der Aerzte, die „durch ihr Verhalten der Achtung, die ihr Beruf erfordert, sich unwürdig zeigen“, nur gestreift hätte, wird Herr A. Hoffmann wohl nicht festhalten. Ich glaube in meinen verschiedenen Erörterungen gerade diesen Punkt besonders scharf und eingehend hervorgehoben zu haben.

Die Opportunitätsgründe, welche Herr A. Hoffmann für diesen Passus der „landesherrlichen Verordnung“ anführte, halte ich nicht für genügend,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

um die Einführung einer solchen Bestimmung auf dem Verordnungswege zu rechtfertigen.

Ich muss vielmehr daran festhalten, dass die Aufnahme der Worte in § 1 der Landesherrlichen Verordnung vom 6. December 1883, denen zufolge die Disciplinar-Kammer der Aerzte auch gegen solche Aerzte, die durch ihr Verhalten sich der Achtung, die ihr Beruf erfordert, unwürdig erzeigen, erkennen soll, allerdings wegen der Allgemeinheit der Fassung nicht gebilligt werden kann, gebe aber zu, dass sie aufgenommen sind auf ausdrücklichen Wunsch des Aerzte-Ausschusses in Baden, so dass die Regierung nicht der geringste Vorwurf trifft.

Bezüglich der Ministerial-Verordnung vom 11. December 1883, muss es allerdings im höchsten Grade auffallen, dass die Mehrzahl derer, welche in der Berliner medicinischen Gesellschaft für den ersten Antrag des Vorstandes eintraten, gar keine Ahnung davon zu haben schienen, dass es sich nicht um etwas Neues handle.

Durchaus correct hatte sich die Badische Regierung nach Einführung der Gewerbe-Ordnung die Frage vorgelegt, welche ärztliche Berufspflichten nunmehr nach Lage der Gesetzgebung noch existirten. Sie hatte diese Frage aber durchaus loyal nicht selbständig entschieden, sondern den ärztlichen Ausschuss gehört, und seinen Antrag acceptirt. —

Die jetzt in's Werk gesetzte Revision dieser in der Bekanntmachung vom 30. August 1873 aufgeführten Bestimmungen über die Berufspflichten hat wesentlich nur formale Veränderungen gebracht. §§ 1 und 2 der neuen Verordnung entsprechen § 1 der älteren. § 3 der neuen dem § 2 der älteren. § 3 der älteren Verordnung lautete folgendermaassen: „Sie müssen alle gewaltsamen Todesfälle, Verbrechen oder Vergehen wider das Leben (R.-St.-G.-B. Abschnitt 16), mit bleibendem Schaden verbundene vorsätzliche oder mit Verletzung eines Amtsberufes oder Gewerbspflicht begangenen Körperverletzungen (R.-St.-G.-B. §§ 224ff., 232) dem Bezirksarzte anzeigen (Lizenzschein §§ 12, 20).“

An seine Stelle tritt § 4 der Verordnung vom 11. December 1883. Zweifellos ist die letztere Fassung eine klarere und darum zweckmässigere. § 5 der neuen Verordnung ist fast gleichlautend, auch bezüglich des Tagebuches mit § 4 der älteren. § 7 entspricht § 5 der älteren durchaus. Weggefallen sind § 6 der älteren Verordnung betreffend die Form der Recepte, § 7 der älteren, der bestimmte: „Privatgeheimnisse, die dem Arzt kraft seines Standes anvertraut werden, dürfen nicht unbefugt offenbart werden (Lizenzschein § 20, R.-St.-G.-B. § 300).“ Dieser Paragraph enthielt ferner die Vorschrift, dass die Aerzte kraft ihres Berufes und mit dem Anspruch auf Vergütung aus Mitteln der öffentlichen Armenpflege, unterstützungsbedürftigen Kranken in Fällen dringender Gefahr für Leben und Gesundheit die erforderliche Hilfe nach den näheren Bestimmungen der genannten Verordnung zu leisten haben. Dieser Bestimmung entspricht zum Theil § 6 der neuen Verordnung, dem zufolge die Aerzte gegen Bezug der geordneten Gebühren bei den Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken haben. Weggefallen endlich ist das letzte Alinea des § 7 der alten Verordnung, betreffend die Honorirung der Aerzte, da inzwischen eine Neuordnung der Materie stattgefunden hat.

Gewiss kann man sich wundern, dass die badischen Bestimmungen über die Berufspflichten der Aerzte unbeanstandet, und soweit wir wissen, ohne eine Klage seit 10 Jahren in Kraft bestanden haben und, wie wir selbst, der bestimmten Ansicht sein, dass ihre Einführung anderswo, speciell in Preussen mit allen Mitteln zu bekämpfen sein würde. Aber in den Abänderungen, welche sie am 11. December 1883 erfahren haben, den ersten Versuch zu sehen, die vorjährige Resolution des Reichstages auszuführen und damit andere Bundesstaaten gewissermaassen zu präjudiciren, ist ein Missverständniss, welches sich nur durch die Unbekanntschaft mit den Gesetzen und Verordnungen erklärt, welche für das Badische Medicinalwesen einmal maassgebend sind und zwar unter Zustimmung der badischen Aerzte.

Herr Hoffmann theilt anscheinend unsere Bedenken gegen den materiellen Inhalt der seit 1874 in Baden bestehenden Verordnung über die Berufspflichten der Aerzte nicht, für unberechtigt wird er sie nicht ansehen, nachdem die öffentliche Meinung der Aerzte, wenigstens in ganz Preussen, sie sich zu eigen gemacht hat. Die Kritik gegen die badischen Verordnungen ist übrigens wesentlich um deswillen mit solcher Schärfe aufgetreten, weil die Redaction des ärztlichen Vereinsblattes, December-Nummer des vorigen Jahres, den die Verordnungen mittheilenden und erläuternden Artikel A. Hoffmann's mit einem Nachworte versah, welches allerdings Anstoss erregen musste.

„Wir können es uns, heisst es dort, im Anschluss an Vorstehendes nicht versagen, auch unsererseits dem Gefühle dankbarer Anerkennung und freudigen Stolzes Ausdruck zu verleihen, das wir empfinden, wenn wir sehen, in welcher Weise eine deutsche Regierung nicht nur den Wünschen der durch die Aerztetage vertretenen Majorität der deutschen Aerzte, soweit es an ihr ist, entgegenkommt, sondern auch die ärztliche Standesvertretung ihres eigenen Landes hochhält und ehrt, und wie diese andererseits bestrebt ist, das ihr entgegengebrachte Vertrauen zu rechtfertigen und zum Besten des ärztlichen Standes nutzbar zu machen.“

Dass der Inhalt der badischen Verordnungen den Wünschen der durch die Aerztetage vertretenen Majorität der deutschen Aerzte nicht entspricht, wird auch Herr A. Hoffmann zugeben und gewiss auch mit uns der Ansicht sein, dass das Verhältniss der Aerzte zum Staate kein „patriarchalisches“ sein soll, wie es der Herr Red. des Aerztl. Vereinsblattes so enthusiastisch bezüglich Badens preist, sondern allein im Boden des Rechtes wurzeln kann.

Der Eindruck dieses Nachwortes war ein um so peinlicherer, als man ziemlich allgemein glaubte, für dasselbe sei nicht nur der Redacteur des Vereinsblattes, sondern der Ausschuss des deutschen Aerztebundes selbst verantwortlich. Trotz der bestimmten Erklärungen der Herren Graf und Rintel, denen zufolge der Ausschuss dem betreffenden Artikel durchaus fern steht, gehen noch immer Anfragen in dieser Beziehung bei uns ein. Wir können ihnen gegenüber lediglich auf die erwähnten Auslassungen verweisen, aus denen zur Evidenz hervorgeht, dass für diese Kundgebung lediglich der Redacteur des ärztlichen Vereinsblattes, Herr Heinze, die Verantwortlichkeit trägt.

VI. P. B. Nachträgliches zur Discussion der Berliner Medicinischen Gesellschaft.

Herr Jacusiel wendete sich in einer zum Theil recht amüsanten Rede besonders gegen die Institution des Berliner Central-Ausschusses und die leitenden Persönlichkeiten in diesem, wie in den Bezirksvereinen. Wenn er in dieser Beziehung manches Zutreffende vorbrachte, so nahm er sich selbst durch die Form seiner Erörterungen jeden Anspruch darauf, sehr ernsthaft genommen zu werden. Merkwürdig ist es nur, dass weder er, noch der ihm secundirende Herr Langerhans, sich darüber anscheinend Rechenschaft gegeben haben, woher es denn kommt, dass regelmässig, wenn eine freie Bewegung der Geister sich geltend machte gerade die Aerzte das Bedürfniss fühlen, ihre Stellung im Staate zum Gegenstand der Debatten zu machen? Es muss doch also durch die Gleichstellung mit den „biederen Handwerkern“ der Herren Thilenius und Langerhans, oder den „Schustern und Schneidern“ auf die der Herr Jacusiel mit Vorliebe exemplificirte, noch nicht Alles gethan sein. Sind es doch dieselben Fragen, die augenblicklich auch in England und den Vereinigten Staaten wie bei uns die ärztliche Welt bewegen, trotzdem in letzterem Lande die Ideale des Herrn Jacusiel am vollständigsten zur Verwirklichung gelangt schienen.

Wenn die Herren Jacusiel und Langerhans darauf wiederholt hinwiesen, dass die Beschlüsse wie die Wahlen in den Berliner ärztlichen Bezirksvereinen, regelmässig durch Minoritäten entschieden würden, so bedauern auch wir diese Thatsache, müssen aber doch hervorheben, dass die freiwillig Ausbleibenden selbst die Schuld tragen wenn sie präjudicirt werden. Was die Herren in dieser Beziehung darbrachten, richtet sich gegen jede parlamentarische Einrichtung und sind dieselben Gründe ja erst jüngst von Bürgerpartei und Socialdemokratie gegen die Majorität der Berliner Stadtverordneten vorgebracht worden, die nur die Minorität der Berliner „Bürgerschaft“ vertrete. Man sieht les extrêmes se touchent. Übrigens gab auch die Berliner Med. Ges. an dem entscheidenden Tage kein Beispiel von einer im Gegensatze zu den ärztlichen Bezirksvereinen allseitiger Theilnahme an einer so wichtigen Discussion. Von ihren mehr als 500 Mitgliedern stimmten 160 ab — und sprachen sich 90 für den modificirten Antrag des Vorstandes aus, nach Ansicht der Herren Jacusiel und Langerhans eine bedeutungslose Minorität!

Herr Jacusiel und besonders Herr Langerhans glaubten den Schreiber dieser Zeilen eines Irrthums zu überführen bezüglich seiner Ansicht, dass auch in Preussen noch recht erhebliche Berufspflichten der Aerzte beständen, resp. auf Grund des Polizei-Verordnungsgesetzes eingeführt werden könnten. Allerdings handelt es sich bei uns vorzugsweise um die Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten. Wenn aber die beiden Herren die gewagte Behauptung aufstellten, diese Pflicht werde von den Aerzten stets und zwar freudig erfüllt, so steht dies im seltsamen Widerspruch gegen die zahlreichen Proteste und Processe, welche von Aerzten gerade auf diesem Gebiete angestrengt sind um der Anzeigepflicht enthoben zu bleiben. Ausserdem befinden sich aber die alten Medicinal-Ordnungen Hannovers, Kurhessens, Schleswig-Holsteins, Nassaus und Hessen-Homburgs noch soweit in voller Geltung, als sie nicht die ärztliche Freizügigkeit aufheben. Herr Bockendahl in Schleswig-Holstein könnte, ganz abgesehen von der Anzeigepflicht, so vortreffliche Medicinal-Berichte kaum liefern, wenn in der rechtlichen Stellung der Aerzte Schleswig-Holsteins zum Staate auf Grund des Gesetzes vom Jahre 1804 etwas Wesentliches verändert wäre. Grade ich, den die Gesinnungsgenossen der Herren Jacusiel und Langerhans so gern als einen in der Wolle gefärbten Reactionär darstellen möchten, habe immer im Interesse der Aerzte selbst darauf gedrungen, dass endlich einmal für ganz Deutschland gleichmässige Bestimmungen über ihre zur Zeit noch geltenden Berufspflichten der Aerzte codificirt werden möchten[1]).

VII. Borsäure in der Augenheilkunde.

Von

Dr. Gielen in Mainz.

Auf der Abtheilung für Augenkranke der Königlichen Charité hatte ich als Assistent des Herrn Oberstarbsarzt Dr. Burchardt vielfach Gelegenheit, die Borsäure als ausgezeichnetes Desinficiens für den Conjunctivalsack, besonders auch kleiner Kinder kennen zu lernen. Ich glaube nach diesen Erfahrungen den Herren Collegen als Prophylacticum gegen Blenorrhoe der Neugeborenen dieses Mittel an Stelle der bisher gebrauchten zweiprocentigen Höllensteinlösung angelegentlichst empfehlen zu können.

[1]) Gesetz vom 11. März 1850, in den neuen Landestheilen eingeführt als Gesetz vom 20. September 1867.

§. 5. Die mit der örtlichen Polizeiverwaltung beauftragten Behörden sind befugt, nach Berathung mit dem Gemeindevorstande ortspolizeiliche, für den Umfang der Gemeinde gültige Vorschriften zu erlassen und gegen die Nichtbefolgung derselben Geldstrafen bis zum Betrage von 15 M. anzudrohen.

§. 6. Zu den Gegenständen der ortspolizeilichen Vorschriften gehören: f) Sorge für Leben und Gesundheit. Eingeschränkt wird diese Machtvollkommenheit selbstverständlich durch §. 11 desselben Gesetzes, in welchem es heisst: „Es dürfen in den polizeilichen Vorschriften keine Bestimmungen aufgenommen werden, welche mit den Gesetzen u. s. w. im Widerspruch stehen.“ Wie gross ist aber trotzdem das Feld der polizeilichen Actionsfähigkeit! Was lässt sich nicht Alles in die Kategorie bringen „Sorge für Leben und Gesundheit“ ohne mit bestehenden Gesetzen in Widerspruch zu gerathen!

Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Gegen die letztere glaube ich mehreres einwenden zu müssen, nämlich erstens, dass sich die Lösung leicht zersetzt, zweitens, dass dieselbe in der Quantität von wenigen Tropfen, die grösstentheils durch das Conjunctivalsecret zersetzt werden, nur schwach desinficirend wirkt, in grösserer Quantität aber leicht eine Conjunctivitis erzeugt, welche die Angehörigen, wie ich es in einem Falle erlebte, ernstlich zu beunruhigen geeignet ist, endlich dass sie bei ungeschickter Anwendung Flecke macht. Eine vierprocentige Borsäurelösung dagegen ist lange Zeit haltbar, reizt auch in reichlicher Quantität und selbst wiederholt angewendet die Bindehaut fast garnicht, macht keine Flecke und kann demnach auch durch wenig geübte Hebammen verwendet werden.

VIII. Die Mittheilungen des Kaiserlichen Reichs-Gesundheitsamtes. Zweiter Band. Berlin, A. Hirschwald, 1884.

1. Die Aetiologie der Tuberculose von Dr. R. Koch. Referent Ribbert.

An leitender Stelle ist in No. 51 des vorigen Jahrganges dieser Wochenschrift der letzte allgemeine Abschnitt der grossen zusammenfassenden Arbeit Koch's über die Tuberculose besprochen worden.

Seine Abhandlung giebt aber eine ausführliche Darstellung aller der Untersuchungen, die bisher von Koch zur Frage der Aetiologie der Tuberculose angestellt wurden, bringt in ihren Grundzügen daher schon Bekanntes, ergänzt dieselben aber durch vielfache, vervollständigende neue Mittheilungen. Das Material wird aufgebaut zu einem in seiner Beweiskraft zwingenden Ganzen, jedes folgende Kapitel erhöht die Sicherheit der aus dem vorhergehenden gezogenen Schlüsse, und so wird die Arbeit in ihrer Zusammenfassung des gesammten beweisenden Materials zu einem unzerstörbaren Fundament der Lehre von der Bedeutung der Bacillen für die Aetiologie der Tuberculose. Es kann nicht die Aufgabe des Referenten sein, die so oft discutirten, mehrfach vergeblich angegriffenen und als Ausgangspunkt aller Arbeiten über Tuberculose dienenden grundlegenden Thatsachen hier nochmals genauer zu besprechen. Es soll vielmehr neben einer Skizzirung des Planes der Arbeit wesentlich das hervorgehoben werden, was als ganz oder theilweise neu darin enthalten ist.

Nachdem in der Einleitung dargethan ist, aus welchen Gründen man zu der Annahme gezwungen wurde, dass die Tuberculose ebenso wie der Milzbrand auf Mikroorganismen zurückgeführt werden müsste, handelt der erste Abschnitt des Werkes von dem Nachweis pathogener Organismen der tuberculös veränderten Organe und deren Veränderungen. Es wird zunächst angegeben, wie nach langen vergeblichen Bemühungen zur Auffindung von Organismen, schliesslich mit Hülfe eines Zusatzes von Alkalien zu den Farbeflüssigkeiten die Entdeckung der Bacillen gelang und sodann eine sorgfältige bis in's kleinste gehende Beschreibung der nunmehr allein angewandten Färbung gegeben, die sich auf die Angaben Ehrlich's gründet und nur geringe Modificationen erfahren hat. Die detaillirte Angabe der Technik erscheint nothwendig gegenüber jenen mehrfachen Angriffen auf die Entdeckungen Koch's, welche ihren Grund in ungenügender Kenntniss der Färbemethoden hatten. Ausser den Tuberkelbacillen nehmen nur die Stäbchen der Lepra die charakteristische Färbung an, sonst keine bis jetzt bekannten Spaltpilze, insbesondere auch nicht, entgegen anderweitigen Behauptungen, Pilze aus den Faeces oder dem Sumpfschlamme. Koch hält es zwar nicht für unmöglich, dass auch noch andere bezüglich der Färbung sich gleich verhaltende Bakterien gefunden werden könnten, es kann das aber irgend einen Einfluss auf die Auffassung von der ätiologischen Bedeutung der Tuberkelbacillen nicht haben, da ja in den biologischen Erscheinungen, nicht in der Färbung die wesentlichen Momente für jene Bedeutung zu suchen sind. Leider ist es noch nicht in wünschenswerther Weise gelungen, die Bacillen braun zu färben, so dass sich die Bilder für eine photographische Aufnahme eigneten und dadurch bequemere Vergleiche mit anderen Bacillenarten angestellt werden könnten.

Die anatomischen Veränderungen bei der Tuberculose sind stets durch die Bacillen bedingt, sie erscheinen zuerst, und im Verlauf der durch sie gesetzten Veränderungen tritt die Verkäsung auf, die, wie nochmals ausdrücklich betont wird, stets ein secundärer Process ist und nicht etwa, durch primäres Auftreten, den Boden für die Entwicklung der Stäbchen abgiebt. Unter den zahlreichen Zellen eines Tuberkelknötchens sind es vor Allem die Riesenzellen, an welche das Vorhandensein der Bacillen geknüpft ist. In ihnen liegen sie zunächst mehr im Centrum, entfernt von den peripher gestellten Kernen, bei weiterer Vermehrung aber auch zwischen diesen, immer aber so, dass sie senkrecht zur Oberfläche der Zellen stehen, so dass sie bei Einstellung auf die letztere punktförmig erscheinen, im Durchschnitt der Zelle dagegen ein Strahlenkranz von Stäbchen hervortritt. Die Riesenzellen selbst sind Wanderzellen, die sich zu epithelioiden Zellen umwandeln und unter dem Einfluss der Bacillen sich gewaltig vergrössern. Den Wanderzellen muss auch die Verbreitung der Tuberculose im Organismus zugeschrieben werden, insofern sie als Träger der Bacillen functioniren, ganz ähnlich wie das von Koch für die Septicaemie der Mäuse gezeigt werden konnte.

Das Vorkommen der Stäbchen in den einzelnen tuberculösen Processen des Menschen anlangend, so ist zunächst die Entstehung der Knötchen bei Miliartuberculose auf sie zurückzuführen. Die Zahl der in ihnen aufzufindenden Bacillen wechselt zwar sehr, und es gelingt nicht immer, sie in jedem Tuberkel nachzuweisen. Das liegt einmal an ihrer oft geringen Menge, die ein Uebersehen erklärlich macht, dann aber auch daran, dass die Organismen aus älteren Knötchen wieder ganz verschwinden können und etwa nur in ihren Sporen vorhanden sind. Dieses Verhalten wird durch Fälle illustrirt, unter denen besonders einer bemerkenswerth ist, bei welchem in den Bronchialdrüsen das Vordringen der Bacillen in das Innere der Gefässe beobachtet wurde (in Uebereinstimmung mit den Mittheilungen des Referenten in No. 28 dieser Wochenschrift). Damit ist neben der Verschleppung tuberculösen Materials durch die Venentuberkel Weigert's und die Erkrankung des Ductus thoracicus nach Ponfick ein dritter Weg für die Entstehung einer miliaren Knötcheneruption gegeben.

Für die Lungenphthise wird der ungleichmässigen Vertheilung der Bacillen innerhalb der Lunge gedacht, die so weit geht, dass an einer Stelle die Stäbchen in colossaler Menge gefunden werden, während in dem Inhalt schon grösserer Cavernen unter Umständen keine Spur von ihnen zu entdecken ist, und sie erst in einer versteckten Ausbuchtung einer solchen Höhle angetroffen werden. Die Bacillen bedingen durch ihr Vordringen in die Umgebung die Vergrösserung der Heerde, den cavernösen Zerfall und dessen beständiges Fortschreiten: Sie mengen sich fast ausnahmslos den Sputis bei, in denen sie dementsprechend als sicheres pathognomisches Zeichen betrachtet werden müssen. Wichtig ist der Hinweis, dass durch Aspiration von Theilen der Sputa in solche Bronchialverzweigungen, deren zugehöriges Alveolargewebe noch intact ist, neue Heerde geschaffen werden können.

Bei der Darmphthise fehlen die Bacillen nie, sind im Gegentheil meist ausserordentlich reichlich, so dass es scheint, als fänden sie im Darm günstigere Entwicklungsbedingungen, als in der Lunge. Nochmals wird hier betont, dass sie nur bei Phthisikern im Stuhl angetroffen werden, und zwar bei ulceröser Erkrankung des Darms ausnahmslos, ohne eine solche nicht immer. Bei darauf gerichteten Untersuchungen wurde beobachtet, dass in den Faeces noch eine grosse Bakterienart vorkommt, die sich bei Doppelfärbung braun färbt, deren Sporen aber die Farbe der Tuberkelbacillen annehmen.

Auch in scrophulösen Drüsen, in tuberculösen Gelenken und Knochen gelang die Auffindung der Stäbchen, ebenso wurden sie in lupösem Gewebe gefunden, schon bevor die anderweitigen Mittheilungen von Demme, Pfeiffer und Doutrelepont erschienen waren.

Die Tuberculose der Thiere, die fast bei jeder Gattung nach Localisation und Verlauf sich anders gestaltet, ist ebenfalls an die Gegenwart der Bacillen gebunden, wie durch Beispiele von dem Rind, Pferd, Schwein, Schaf, der Ziege, dem Huhn, Affen, Meerschweinchen und Kaninchen gezeigt wird. Bei den beiden letzteren Thiergattungen wird noch das Vorkommen einer spontanen Tuberculose der Lunge erwähnt, die in einzelnen Knoten auftritt, im Gegensatz zu der grossen Menge von Heerden bei der künstlichen Inhalationstuberculose. Die spontane Erkrankung wurde unter Hunderten von Thieren erst beobachtet, als bei einer Reihe derselben Infectionsversuche angestellt waren.

So weit reichen die anatomischen Nachweise für die Bedeutung der Tuberkelbacillen. Nunmehr wird die Isolirung und Reincultur derselben besprochen, die bekanntlich auf Blutserum vorgenommen wird. Die Methoden der Sterilisirung, der Erstarrung, die Uebertragung tuberculösen Materials auf die gelatinirte Masse, das Wachsthum und Aussehen der Colonien wird genau beschrieben. 43 Culturen wurden im Ganzen angestellt, in jeder Reihe viele Umzüchtungen vorgenommen, welche nothwendig sind, um dem Einwand zu begegnen, dass nicht die Bacillen, sondern ein anderes mit ihnen aus dem Organismus gleichzeitig auf die Culturen übertragenes Gift die Infection veranlasste. Ausser auf Blutserumgallerte gelang es Koch auch, in flüssigem Serum und in Fleischbrühe eine Vermehrung der Bacillen zu erzielen.

Den Beweis für die Bedeutung der gefundenen und gezüchteten Organismen musste das Experiment liefern, welches schon seit lange in grossem Umfange zur Aufklärung über die Tuberculose benutzt, aber erst durch Cohnheim in völlig sicherer Weise angewandt wurde, als er durch Uebertragung tuberculösen Materials in die vordere Augenkammer die Impfbarkeit der Tuberculose bewies, freilich ohne Kenntniss der Beschaffenheit des Virus.

Zunächst wurden tuberkelbacillenhaltige Gewebsbestandtheile zu Impfungen benutzt, als miliare Tuberkel, Sputa, Stückchen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

phthisischen Lungengewebes, scrophulöser Drüsen etc. Die Uebertragung geschah in die vordere Augenkammer, in die Bauchhöhle, unter die Haut, und sämmtliche ca. 200 Versuche ergaben positive Resultate. Wenn Andere nicht so glücklich waren, so liegt das daran, dass sie nicht, wie Koch, nur solches Gewebe zu Impfungen benutzten, welches nachweislich reichliche Bacillen enthielt. War durch das stete Gelingen dieser Impfungen und den jedesmaligen Nachweis der Bacillen in den erzeugten tuberculösen Producten die pathogene Natur der Stäbchen im höchsten Grade wahrscheinlich gemacht, so vollendeten in unwiderleglicher Weise die Impfungen mit Reinculturen den Beweis. Sie wurden anfangs subcutan ausgeführt und erzeugten bei allen Thieren Tuberculose. Dabei wurde, wie bei allen folgenden Experimenten bemerkt, dass die Erkrankung rascher eintrat, als in Folge von Impfung mit bacillenhaltigem Gewebe, eine Erscheinung, die einer weiteren Erklärung kaum bedarf.

Weiterhin geschah die Uebertragung der Culturen in die vordere Augenkammer, gewöhnlich in der Weise, dass sie mit Wasser zerrieben injicirt wurden. Sie führten hier wie bei den Impfungen mit Gewebsstückchen zu Knötchenbildung der Iris, zur Verkäsung des Bulbus, schliesslich zu allgemeiner Tuberculose. Es stellte sich aber ein bemerkenswerther Unterschied heraus, je nachdem viel oder wenig injicirt worden war. Im letzteren Falle verlief der Process schleichender und befiel nächst dem Auge vor Allem die Halslymphdrüsen, in denen umfangreiche Verkäsungen auftraten, während bei Injection grösserer Mengen eine acutere Verkäsung des Bulbus und allgemeine Tuberculose, aber ohne vorherige Affection der Lymphdrüsen, sich einstellte.

Ein entsprechendes Resultat ergaben die Injectionen in die Bauchhöhle, und unter diesen Versuchen ist von besonderem Interesse die Impfung eines Hundes, der zwar erkrankte, aber wieder gesund wurde. Es ist das der einzige Fall von Heilung der Tuberculose, den Koch bei seinen zahlreichen Experimenten beobachtete. Er musste zu dem Versuch auffordern, ob dieses einmalige Ueberstehen der Erkrankung den Hund gegen weitere Infection immun gemacht habe. Dem war jedoch nicht so, und stimmt dieses Resultat mit den Ergebnissen, über die Falk jüngst in der Berliner medicinischen Gesellschaft berichtet hat.

Es wurden ferner auch Injectionen von Reinculturen in die Venen vorgenommen und dadurch schnellste und allgemeinste Eruptionen miliarer Knötchen erzielt. Diese Experimente entsprechen offenbar am besten der Entstehung der Miliartuberculose beim Menschen.

Schliesslich kamen auch Inhalationen zerstäubter Reinculturen an die Reihe. Sie wurden zur Sicherung des Experimentators in einem im Freien stehenden Kasten vorgenommen, in welchem mittelst eines langen vom Zimmer aus dirigirten Schlauches die bacillenhaltige Flüssigkeit zerstäubt wurde. Es entstanden, nach halbstündiger Anwendung dieser Methode an drei auf einander folgenden Tagen stets innerhalb der Lungen reichliche Knoten, je nach der Dauer der Erkrankung von verschiedener Grösse. Sie stimmten mit den einzelnen Heerden der spontanen Tuberculose in ihrem anatomischen Verhalten und ihrer Ausbreitung überein, insofern als beide durch fortschreitende alveolare Infiltration sich vergrössern. Es darf daraus auf die Entstehung der spontanen Erkrankung durch die Athmung geschlossen werden, worauf auch die oben angeführten Thatsachen bezüglich ihres Auftretens hindeuteten.

Es ist kaum nothwendig zu betonen, dass in allen auf die angegebene Weise erzeugten tuberculösen Neubildungen die Bacillen wiedergefunden wurden.

Im Ganzen wurden Impfungen mit Reinculturen an 217 Thieren (Meerschweinchen, Katzen und Feldmäusen) stets mit positivem Erfolge vorgenommen.

Es sei hier noch erwähnt, dass tuberculös gemachten Thieren während längerer Zeit eine Reihe von Substanzen beigebracht wurden, die etwa bei therapeutischen Maassnahmen in Betracht kommen können. Aber keine von ihnen, auch nicht das so vielfach empfohlene Arsen, bedingt eine Aenderung des Krankheitsverlaufes.

Mit den nunmehr gewonnenen Resultaten „schliesst sich die Tuberculose in Bezug auf die Erkenntniss ihrer Aetiologie dem Milzbrand an. Es stehen die Tuberkelbacillen genau in demselben Verhältniss zur Tuberculose, wie die Milzbrandbacillen zum Milzbrand."

Auf Grund dieser Erkenntniss werden dann die Schlussfolgerungen des letzten Abschnittes gezogen, die in Nummer 5 1883 besprochen wurden und auf welche daher hier verwiesen werden muss.

Der Leser wird die Ueberzeugung gewonnen haben, dass die vorliegende Arbeit eine unerschütterliche Grundlage für die Lehre von der Aetiologie der Tuberculose bildet, auf welcher alle weiteren Arbeiten, die zur Lösung so vieler Fragen noch zu unternehmen sind, aufgebaut werden müssen. Gegenüber dem überwältigenden Beweismaterial müssen alle Einwände gegen die Bedeutung der Bacillen hinfällig werden, und thatsächlich hat sich keiner der bis jetzt erhobenen stichhaltig erwiesen.

IX. Ueber die Natur der Jequirity-Ophthalmie von Prof. Neisser.

Die Aetiologie der Jequirity-Ophthalmie von Dr. Salomonsen und Stud. med. Christma Dirckinck-Holmfeld, Fortschritte der Medicin Bd. II, No. 3, 1884 [1]). Referent Dr. Becker-Berlin.

In Zehender's klinischem Monatsblatt 1883, XXI. Pag. 207 und in der Wiener medicinischen Wochenschrift 17—21 1883, veröffentlichte Sattler die Resultate seiner Untersuchungen über „eine neue Infectionskrankheit", eine specifische Ophthalmie, die durch Jequirity-Infusionen erzeugt wurde. Als ätiologisches Moment sah er die in diesen Infusen enthaltenen „Jequirity-Bacillen" an, eine Bakterienart, die überall verbreitet, ausserhalb des Infuses unwirksam, aber in dasselbe hineingelangt, pathogene Eigenschaften annehmen sollte. War dem wirklich so, so war damit ein glänzender Beweis geliefert für die so schön gedachte, aber noch nie erwiesene Umzüchtungstheorie von nicht pathogenen in pathogene Mikroorganismen.

Dass diese Befunde angelegt waren, die grösste Aufmerksamkeit zu erwecken, beweist schon die vielfache Bearbeitung und Besprechung dieses Gegenstandes. Einer genaueren Prüfung wurden die Sattlerschen Untersuchungen unterworfen von Neisser und Salomonsen mit seinen Mitarbeitern. Beide können Sattler's Ansichten nicht theilen, und vor allem Salomonsen kommt durch seine vorzüglichen Versuche zu ganz anderen Resultaten.

Die Neisser'sche Arbeit beginnt mit der Beschreibung der specifischen Ophthalmie, die von Sattler ja entschieden sehr zutreffend gegeben worden ist. Von der Ansicht ausgehend, dass ein chemischer Körper das Wirksame in den Jequirity-Infusen sei, versuchten Hilger und Giessmann aus dem Aufgusse ein Ferment vegetabilischer Natur zu isoliren, aber ohne Erfolg. Auch Neisser neigt dieser Ansicht zu und glaubt sich trotz der bisherigen erfolglosen Bemühungen doch berechtigt den infectiösen Charakter der Krankheit, wie ihn Sattler vertritt, in Zweifel ziehen zu müssen. Um sie als Infectionskrankheit ansehen zu können, müssten die folgenden Bedingungen erfüllt werden, der Nachweis eines bestimmten Bakteriums in den Infusen, die Wirkungslosigkeit des Infuses ohne dasselbe, die entsprechende Wirkung von Reinculturen und der Nachweis der Bakterien in den Krankheitsproducten, sowie die Infectiosität der letzteren.

In den grünlich schimmernden, leicht opalescirenden Jequirity-Infusen fanden sich bestimmte Bakterien, Bacillen von der Grösse der Tuberkelbacillen, daneben aber noch eine Anzahl anderer, Mikrokokken und Bacillen. Die Specificität ersterer an den Heubacillus erinnernden Bacillen musste zum mindestens in Zweifel gezogen werden. Aus bakterienhaltiger Flüssigkeit wurden auf Gelatine sogenannte Reinculturen angelegt, und Dank dem rapiden Wachsthum sollen die Bacillen Alles andere überwuchert haben und dadurch die Culturen sehr leicht gewesen sein. Die Bacillen wurden durch mehrere Generationen fortgezüchtet.

Waren nun die Bacillen die Krankheitserreger, so mussten bakterienfreie Infuse unwirksam sein und Reinculturen durch Ueberimpfung die Krankheit erzeugen. Die Versuche Neisser's ergaben das Gegentheil. Er stellte Infuse mit sterilem Wasser und den gereinigten Samen des Abrus precatorius her unter Beobachtung aller Vorsichtsmassregeln zur Abhaltung von Keimen. Die Infuse waren wirksam und damit geimpfte Nährgelatine blieb steril, viel eher schien es, dass durch Auftreten von Bacillen die Infuse ihre Wirkung verloren hatten. Auch beobachtete er ein Unwirksamwerden bei 38—39°. Die hergestellten Reinculturen von den genannten Bacillen wurden übertragen auf das Kaninchenauge, jedoch war ausser einer Röthung der Conjunctiva, wie man sie auch mit Heubacillen(!) erhält, keine Veränderung in den Augen zu beobachten.

Mit Recht verlangt Neisser, dass in den durch die „Jequirity-Bacillen" erzeugten Secreten und dem Gewebe der afficirten Augenlider die Bacillen zu finden seien, und dass Impfungen mit frischen Krankheitsproducten wiederum denselben Process erzeugten. Die mikroskopische Untersuchung ergab ihm im Gegensatz zu Sattler, der ja „auch nicht besonders reichlich" Bacillen in den Secreten fand, vollständig negative Resultate: Bacillen fand er nie, sondern nur Coccen und Körnchen. Culturen aus den Secreten sind ihm ebensowenig gelungen, wie die Uebertragungsversuche.

Die von Sattler angegebene Immunität, wie sie durch eine einmalige Erkrankung an der Jequirity-Ophthalmie sich einstellen soll, beschränkt Neisser auf eine locale Immunität, die aber durchaus nicht einer solchen wie bei anderen Infectionskrankheiten entspricht, da das Thier am andern Auge schon für eine Einwirkung des genannten Infuses empfänglich bleibt.

[1]) Siehe auch C. Horstmann. Die Arbeiten über Jequirity diese W. 1884 Nr. 4.

Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Als wesentlicher Gegenbeweis gilt ihm noch die Thatsache, dass die Concentration ($^1/_2$—2 Proc.) der Flüssigkeit einen nachweisbaren Einfluss auf die Schnelligkeit der Entwickelung und die Schwere des Processes hat. Zur Entstehung einer Infectionskrankheit genügen aber wenige Mikroorganismen.

Als den anfechtbarsten Punkt der Sattler'schen Arbeit erkennt auch Neisser die Zuhülfenahme der Umzüchtungstheorie. Sollten die Sattler'schen Bacillen nicht vielmehr in die Infuse gelangte unschuldige Fäulnissbakterien sein?

Zum Schluss verweist Neisser noch auf die Arbeiten von Cornil und Berlioz, deren Befunde an specifischen Mikroorganismen in den Infusen und deren Versuche über Allgemeinwirkung er ebenfalls mit grösster Reserve aufgenommen wissen will.

Der Neisser'schen Arbeit schliessen sich die Salomonsen'schen Versuche in ihren Resultaten an. Salomonsen hat es verstanden, in vorzüglicher Weise durch einwandsfreie Methoden den Beweis zu liefern, dass bei der Jequirity-Ophthalmie durchaus nicht die von Sattler angegebenen Bacillen die Krankheitserreger, sondern dass sie für das Zustandekommen der Krankheit gar nicht nothwendig sind. Er macht es im höchsten Grade wahrscheinlich, dass ein chemischer Körper den Process verursacht.

Die Arbeit beginnt mit der Besprechung der Sattler'schen Untersuchungen, die, vorausgesetzt ihre Richtigkeit, ja im hohen Grade geeignet waren, eine wesentliche Aenderung in den Ansichten über Infectionskrankheiten herbeizuführen. Welch grosser Fortschritt, die Abschwächung der Virulenz pathogener Mikroorganismen, vielleicht auch die Verstärkung klar gelegt — und nun auch die Umzüchtung bewiesen! Salomonsen kann aber den Beweis für die letztere nicht erbracht finden und muss bei einer kritischen Betrachtung die Sattler'schen Schlüsse in Zweifel ziehen, lassen ja einige Befunde Sattler's selbst schon andere Deutung zu. Die eigenen Versuche auf diesem Gebiete führten Salomonsen aber zu ganz anderen Ergebnissen.

Er bereitete sich kalte, wässrige Infuse, für die Wirksamkeit der frischen Infuse gleichgültig, ob mit sterilisirtem oder nicht sterilem Wasser und den Keimblättern der zerstossenen Jequirity-Samen. Dies seine gewöhnliche Infusionen, die Herstellung steriler Infuse geschah unter Beobachtung der möglichsten Vorsichtsmassregeln zur Abhaltung aller Verunreinigungen. So wurde der trockene Samen nur in einem in trockener Hitze sterilisirten Mörser gestossen, nachdem er selbst vorher mit Sublimatlösung und sterilem Wasser behandelt worden war. Mit geglühten Instrumenten wurden die Keimblätter gefasst und zur Infusion mit sterilem Wasser benutzt. Diese Infusionen waren, ohne eine Veränderung zu zeigen, lange Zeit hindurch wirksam. Als Versuchsthiere benutzte er Kaninchen und rief die Ophthalmie hervor durch einmalige Einträufelung, durch deren mehrere die höchsten Grade der Erkrankung sich einstellten. Der Krankheitsverlauf hat sich ganz der Sattler'schen Beschreibung entsprechend gezeigt; auch beobachtete er ein Incubationsstadium.

Die mikroskopische Untersuchung der Krankheitsproducte in den verschiedensten Stadien der Krankheit, ganz gleichgültig, ob durch sterile oder bakterienhaltige Infuse erregt, führte ihn nie zu Bacillenbefunden, höchstens fanden sich Coccen. Ein gleiches negatives Resultat lieferten die Culturen, die in Fleischwasser-Peptongelatine aus den Secreten oder Membranen der Krankheit anzulegen versucht wurden. Meist blieb der Nährboden steril oder höchstens entwickelten sich Bakterien oder Pilzkeime, die aufgefallen waren, sicher aber nie die Sattler'sche Bacillusform. Dem entsprechend gelang es niemals mit Eiter oder Membranen der Jequirity-Ophthalmie an einem anderen gesunden Auge auch nur die geringste Affection zu erzeugen.

Mittelst der Koch'schen Methode wurde Gelatine mit wirksamen Infuswasser vermischt und in verdeckte Glasschalen gegossen. Es entwickelten sich reichliche Bakteriencolonien, darunter sehr oft wiederkehrend eine Bacillenform, die die Gelatine verflüssigte, diese Form wurde in Reinculturen gezüchtet. Mit diesen Culturen, sowie mit solchen, die aus dem Blut von Fröschen, welche einer subcutanen Injection von einigen Tropfen der Jequirity-Infusion erlegen waren und dann massenhafte Stäbchen im Blute zeigten, angelegt waren, wurde niemals die genannte Augenkrankheit hervorgerufen, wie auch die zur Controle angewandten faulenden Pflanzenaufgüsse keine Resultate ergaben. Salomonsen bestätigt hierbei die von Cornil und Berlioz gefundene Thatsache, dass Frösche und Mäuse nach subcutaner Injection von Jequirity-Infus sterben, und fügt hinzu, dass Mäuse überhaupt keine, aber Frösche, wenn mit gewöhnlichem Infus, massenhafte Bakterien, wenn aber mit sterilem behandelt, keine Bakterien im Blute zeigen, und dass es durchaus keine specifische Bakterienart sei, die im Froschblut beobachtet würde.

Salomonsen bestätigt vollständig die Sattler'sche Beobachtung über die Wirksamkeit ganz steriler Infusionen, überträgt aber die Wirkung nicht den in den Infusen wachsenden Bacillen, sondern einem chemischen Agens.

Die Versuche über die Natur des letzteren will er durchaus noch nicht als abgeschlossen betrachtet wissen, aber er neigt sich der Ansicht zu, dass der Entzündungserreger ein in dem Samen enthaltenes ungeformtes Ferment, ein Enzym, sei. Die leichte Zerstörbarkeit durch Wärme, die bedeutende Wirkung kleiner Mengen im thierischen Organismus, die Löslichkeitsverhältnisse und der von anderen durch gewöhnliche Gifte hervorgerufenen Conjunctivitiden unterschiedene Verlauf dienen ihm zu seiner Ansicht als Stützpunkte.

Die Einwirkung der Temperatur auf die Wirksamkeit der Jequirity-Infusionen beobachtete auch Sattler, indem er fand, dass die Siedetemperatur die Infusion unwirksam mache. Er suchte dies so zu erklären, dass der Aufguss durch Kochen chemisch verändert und so kein geeigneter Nährboden mehr für die Bacillen sei. Salomonsen sah hingegen in vorher gekochten Infusionen Bacillen sich wieder entwickeln, ohne dass der Aufguss seine Wirksamkeit wieder annahm. Es genügt eine dreiviertelstündige Erwärmung auf 64° zu einer bedeutenden Schwächung des Giftes, welche Thatsache am Kaninchenauge geprüft wurde; durch eine einstündige Erwärmung auf 65° ist die Wirkung nur noch eine geringfügige Hyperämie der Conjunctiva und bei einer einstündigen Einwirkung von 70° ist die giftige Wirkung vernichtet.

Sehr kleine Mengen des Giftes, wie solche in $\frac{1}{100000}$ gr Jequirity-Samen enthalten sind, sind noch von deutlicher Wirkung. Er verursachte mit dieser Menge noch die genannte Augenerkrankung beim Kaninchen. Bei Gelegenheit dieser Versuche wurde er durch Zufall aufmerksam gemacht auf die intensive Wirkung des Jequirity-Pulvers. Es zog sich ein Mitarbeiter durch unvorsichtiges Aufblasen einer geringen Menge gemahlenen Samens, wobei ihm kleine Mengen in die Augen flogen, eine charakteristische, leichte Jequirity-Ophthalmie auf dem rechten Auge zu, während das linke durch sofortiges Auswaschen noch geschützt blieb. Der Versuch mit Einstäuben von Pulver in das Thierauge gelang ebenfalls vollständig, so dass die Thiere die Erscheinungen der specifischen Ophthalmie boten. Auf Einstäubungen anderer pulverisirter Samen, welche Versuche zur Controle dienten, reagirten die Thiere nicht. Ueber die Löslichkeit des Giftes hat Salomonsen gefunden, dass es sich ausser in Wasser noch löst in Glycerin, nicht in Alkohol, Aether, Chloroform und Benzin.

In Wasser löst sich das Jequirity-Gift sehr leicht, so dass eine Einwirkung von 2 Minuten zur Herstellung eines kräftigen Präparates genügt. Diese Infuse sind aber, wie die meisten Pflanzenaufgüsse, den Bakterien sehr zusagende Nährböden und die Bacillen — fälschlich als die Krankheitserreger angesehen — zerstören die Wirksamkeit nach gewisser Zeit.

In Glycerin fand die Lösung des Giftes ebenfalls statt und zwar stellte sich Salomonsen 4 proc.-Aufgüsse zu den Versuchen her. In diesen können sich die Bakterien nicht entfalten, und trotzdem wirken die Infuse ebenso prompt, ja sie haben noch den Vortheil der grösseren Dauerhaftigkeit und besseren Haftbarkeit in dem Conjunctivalsack, was ihnen eine praktische Bedeutung verschaffen dürfte. Ein Alkaloid herzustellen gelang Salomonsen ebensowenig wie Hilger.

In der Annahme, dass es sich um ein Enzym handele, versuchte er mit mehreren Methoden dasselbe zu isoliren. Ein Glycerinaufguss des Jequirity-Samens wurde einer längeren chemischen Behandlung unterworfen und das so gewonnene Product zu Uebertragungsversuchen benutzt. Schon einige Tropfen davon auf die Bindehaut gebracht, verursachten die charakteristische Jequirity-Ophthalmie.

So haben beide Forscher, Neisser sowohl wie auch Salomonsen, die Unhaltbarkeit der Sattler'schen Behauptungen durch schlagende Beweise dargelegt.

X. Elektrotechnische Rundschau (Illustrirte Zeitschrift zur Verbreitung nützlicher Kenntnisse aus dem Gebiete der angewandten Elektricitätslehre mit besonderer Berücksichtigung der elektrischen Beleuchtung, der Kraftübertragung und der ärztlichen Elektrotechnik). Herausgegeben von Dr. Theodor Stein. (Verlag von Wilhelm Knapp, Halle a. S.) Nr. 2, November 1883 [1]).

Das soeben erschienene zweite Monatsheft dieser Zeitschrift (vergl. über das erste Nr. 41 der deutsch. med. Wochenschrift 1883 pag. 598) enthält bei einem übrigens sehr reichen und mannichfaltigen Inhalt auch verschiedene Artikel von physiologischem und ärztlichem Interesse. Hierher gehört, ausser dem Wiener Ausstellungsbericht, der (durch zahlreiche Abbildungen illustrirte) Aufsatz über elektrische Fische,

[1]) Seitdem erschienen bereits Heft 3—6, über welche später referirt werden wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

noch einem vom Herausgeber in Wien gehaltenen Vortrage „Elektricität und Nervenleben" bearbeitet; auch die Beschreibung einer dynamoelektrischen Maschine für Laboratorien und Unterrichtszwecke (mit Abbildung) von Fein in Stuttgart. Aufsätze über den reellen Werth des Edison-Patentes, über die Natur des Magnetismus (von Schwartze), kleinere Mittheilungen, Bücherbesprechungen u. s. w. bekunden gleichfalls eine geschickte Auswahl des Stoffes und sind auch in der Darstellung vollkommen gemeinverständlich gehalten.

A. Eulenburg.

XI. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am Mittwoch den 27. Februar 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

1. Herr J. Veit: Demonstration des Präparates von einem Falle von Tubenschwangerschaft. Das Präparat stammt von einer Frau von 28 Jahren, die einmal vor 4 Jahren geboren und einmal vor 2 Jahren abortirt hat. Diesmal hatte sie die letzte Regel am 20. November und Ende December führte sie das Ausbleiben der Gravidität zu dem Vortragenden, doch zeigte sich kein besonderer Befund. Der Befund am 12. Februar d. J. ergab: Uterus verkleinert; derselbe lag tief im Becken, zog sich deutlich zusammen. Rechts vor demselben, ziemlich nach der vorderen Bauchwand zu, lag ein Tumor, etwas grösser als eine Mannesfaust. In der Narkose ergab sich, dass er mit dem Uterus durch einen Strang zusammenhing, den man für die Tube ansprechen musste; er war weich, zeigte deutliche Gefässpulsation auf der Oberfläche. Diagnose: Tubenschwangerschaft. Entsprechend seinem vom wenigen Wochen in der geburtshülflichen Gesellschaft gemachten Vorschlage, entschloss sich V. zur Laporotomie. Der Verlauf der Operation bestätigte die Richtigkeit dieses therapeutischen Vorschlages. Dieselbe dauerte 20 Minuten von dem Beginn der Narkose an. Der Verlauf war ein durchaus günstiger. Am dritten Tage nach der Operation wurden die Decidua ausgestossen. Die Kranke hatte nur 4—5 Tage eine Schwellung der Brüste; nach 12 Tagen ist sie fieberfrei.

Der von Herrn Fliess beobachtete Foetus war 7,5 cm lang und zeigte 70 Pulsationen in der Minute. Er hat keine spontanen Athemzüge gemacht, hat aber auf Reizung der Haut postabdominal geathmet.

2. Herr O. Israel: Demonstration von Actinomyces-Präparaten. I. konnte bei Züchtung von Actinomycespilzen auf künstlichem Nährboden die ausserordentliche Empfindlichkeit derselben gegen äussere Einwirkungen beobachten. Nicht einmal in Kochsalzlösung von $4^{1}/_{2}$ Proc. ist man im Stande, sie längere Zeit in der ursprünglichen Form zu erhalten. Sie quellen bald zu eigenthümlichen Figuren aus, die es unmöglich machen, ihre Identität zu constatiren. Es ist daher angebracht, bei des Parasitismus verdächtigen Objecten gelegentlich Theile ohne Zusatz von Flüssigkeit zu untersuchen.

Bei den Untersuchungen auf dem Schlachthofe hat Herr Duncker die Actinomycespilze im Fleische in derselben Form gefunden, die I. erhalten hat. Es war demselben schon lange aufgefallen, dass gewisse Kalkconcremente in den Präparaten vorkommen, welche bisher nicht zu erklären waren. Er konnte darin schliesslich nach einem Vergleich mit den Culturen von I. den Actinomyces constatiren.

Herr Virchow hat schon vor 20 Jahren eine Abbildung dieser Kalkconcremente und eine möglichst eingehende Beschreibung derselben publicirt, aus denen er schloss, dass es sich um etwas Anderes handle als um verkalkte Trichinen. Die Körper sind etwas grösser als gewöhnliche Trichinenkapseln und stellen sehr harte Körper dar, die sich mit Leichtigkeit aus dem Fleisch auslösen lassen. Trotzdem sind sie von manchen Beobachtern für Trichinen gehalten.

Herr Virchow legt ein Präparat vor, das er noch vor der Entdeckung des Actinomyces auf dem Viehhofe erworben hat, und das besonders zur Demonstration dieser Knötchen geeignet ist. Diese Form der Verkalkung unterscheidet sich von allen anderen dadurch, dass die Knoten gelegentlich auch im Herzfleisch vorkommen, wo niemals Trichinen gefunden werden. Herr V. weist ferner darauf hin, dass durch J. Israel constatirt ist, dass der Mensch durch das Eindringen von Actinomyceskeimen gefährdet wird, und glaubt dass durch die Feststellung des Vorkommens derselben im Schweinefleisch für die practische Fleischbeschau ein neues Motiv für eine Verschärfung erwachse.

Herr J. Israel glaubt als Quelle der Infection nicht in allen, nicht einmal in vielen Fällen den Genuss von Schweinefleisch ansehen zu sollen. Die Majorität seiner Beobachtungen hat er an ganz orthodoxen Juden gemacht, die nie Schweinefleisch gegessen haben. Dazu kommt die grosse Labilität des Pilzes, und es ist wahrscheinlich, dass er durch den Process des Kochens oder Einsalzens zu Grunde geht.

Herr Virchow glaubt, dem ersten Einwand die Häufigkeit des Vorkommens des Actinomyces gerade bei Wiederkäuern entgegenhalten zu müssen. Ferner hat bekanntlich eine grosse Anzahl von Menschen noch immer die Gewohnheit, das Fleisch ganz roh zu geniessen, so dass man immerhin eine Uebertragung direct in den Organismus annehmen kann.

Herr C. Benda: Anatomische Beziehungen der Tuberculose zur Organphthise:

Meine Untersuchungen waren zuerst auf das Ziel gerichtet, möglichst unbefangen Beziehungen zwischen den Tuberkelbacillen und den durch sie erzeugten Erkrankungen anatomisch zu constatiren. Das Object meiner Untersuchungen wurde mehr durch Zufall die Niere, und ich fand dann, dass sie sich besonders darum eigne, weil sich die anatomischen Verhältnisse leichter entwickeln lassen und durchsichtiger daliegen. Ich constatirte dort das regelmässige Auftreten der Bacillen in den Harnkanälchen, und es bestand offenbar eine Beziehung zwischen den Bacillen und einer in den Kanälchen auftretenden Erkrankung, die ich als desquamative parenchymatöse Nephritis bezeichnen musste. Diese bacilläre Entzündung der Harnkanälchen fand in allen Theilen des Harnkanälchensystems statt; die Erkrankung tritt aber in den verschiedenen Theilen unter sehr verschiedenen Bedingungen auf. In der Marksubstanz der Niere, also in den geraden Harnkanälchen, zeigt sie eine gewisse Selbstständigkeit gegenüber der gleichzeitig bestehenden interstitiellen Erkrankung. Damit ist schon angedeutet, dass sie dort ein gewisses klinisch pathologisches Interesse für die lokale Verbreitung haben muss, denn die Harnkanälchen geben offenbar den besten Weg für die Verbreitung des bacillären Processes. Ich glaube, dass es damit in Zusammenhang steht, dass hauptsächlich in den Nierenpapillen die diffusen Organerkrankungen auftreten.

Die Frage, wie die Bacillen in die Harnkanälchen gerathen, lässt sich wohl nur erst von einer Seite lösen, nämlich dass sie von bacillären interstitiellen Erkrankungen aus eindringen können; ob sie auch von oben oder gar von unten aus dem Nierenbecken her eindringen können, lässt sich nicht entscheiden. Besonders der letztere Weg hat viel für sich, um das Uebergreifen der aufsteigenden Tuberculose der Harnwege auf die Niere zu erklären.

Ganz anders tritt die bacilläre Erkrankung in der Nierenrinde auf; sie ist dort überhaupt viel seltener. Die Harnkanälchen im Innern bacillärer Heerde sind vielmehr meistens ähnlich wie bei der Bright'schen Krankheit verändert: der Inhalt ist confluirt und zeigt etwas, was wie Cylinder aussieht. Man muss annehmen, weil in der Peripherie die Harnkanälchen stets schon in dieser Weise verändert sind, dass dieser Process secundär von der interstitiellen Entzündung abhängt, dass es also unwahrscheinlich ist, dass von der interstitiellen Entzündung aus die Bacillen in intacte Harnkanälchen hineingerathen und hier desquamative Entzündung hervorrufen können. In gewissen circumscripten Heerden finden sich aber im Centrum Harnkanälchen mit der typischen bacillären Desquamativentzündung. Man muss annehmen, dass hier besonders günstige Bedingungen für das Eindringen vorgeherrscht haben, und ich bin darauf geleitet, diese Bedingungen dem Glomerulus, der dem Harnkanälchen entspricht, zuzuschreiben. In der That habe ich an einer ganzen Reihe von Schnittserien durch Heerde, in denen sich Harnkanälchen im Centrum verändert fanden, in dem Glomerulus sehr charakteristische Veränderungen sehen können. Die Glomeruluskapsel war von Zellinfiltrat umgeben, im Raum der Kapsel zeigte sich eine circumscripte desquamative und bacilläre Entzündung des Epithels, innerhalb des entzündeten Theiles fand sich in vielen Fällen eine stark erweiterte Arterienschlinge des Glomerulus, die von Bacillen durchsetzt war.

Diese Heerde verdienen ein besonderes Interesse, weil ich sie in zwei Fällen von acuter Miliartuberculose fand. Diese Heerde stellen keine Miliartuberkel dar, und man hat zu untersuchen, ob sie in eine Beziehung zur Miliartuberculose gebracht werden können.

Für den Miliartuberkel haben wir entschieden von der Definition Virchow's auszugehen, die den anatomischen Begriff jenes Gebildes begründet. An diese Definition knüpfte sich aber weiter die Specificitätslehre an, die im wesentlichen davon ausging, dass der Befund dieser Knötchen die anatomische Grundlage für das klinisch gesonderte Bild der Miliartuberculose abgebe. Die Stichhaltigkeit dieser Specificitätslehre haben wir einer Prüfung zu unterziehen. Eine kleine Inconsequenz stellte sich bald heraus, da man überhaupt an die Abgrenzung der acuten und chronischen Tuberculose gehen musste, denn es zeigte sich, dass keineswegs der Miliartuberkel nur in Fällen von Miliartuberculose zu finden war. Es konnten Fälle vorkommen, in denen sie sich in sehr vielen Organen in grosser Anzahl fanden, wo während des Lebens keine Symptome von Miliartuberculose zur Beobachtung gelangten. Allerdings fand man meistens auch anders aussehende Heerde in diesen Fällen, und so kam man dahin, dass man an einen chronischeren Verlauf dachte, während für das klinische Bild als Grundlage das plötzliche Auftreten des Miliartuberkels gelten sollte. Der Sitz der Knötchen konnte auch von einiger Bedeutung sein; zwar sind bei chronischer Tuberculose die Organe etwas anders befallen, als bei acuter Miliartuberculose, aber gerade eher schwerer als leichter.

Eine weitere Frage ist die: finden sich bei acuter Miliartuberculose wirklich nur Heerde, die den Miliartuberkeln entsprechen. Sie erinnern sich vielleicht, dass ich neulich Herrn Baginsky entgegentrat, als er uns als Miliartuberkel der Lunge ein Gebilde octroyren wollte, welches sich als circumscripte Pneumonie herausstellte. Er vertheidigte sich damit, dass er das Gebilde mit typischen Miliartuberkeln zusammen gefunden habe. Aehnliche Befunde müssen Reinhardt, Buhl, Arnold gehabt haben, von denen besonders der letzte bei sonst typischen Miliar-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tuberculosen völlig atypische Heerde in Lunge, Leber und Niere beschreibt.

Ich selbst fand in völliger Uebereinstimmung mit Arnold in zwei Fällen von typischer Miliartuberculose, von denen namentlich der eine ohne jede diffuse Organerkrankung verlief, erstens wirklich miliare Knötchen. Ich fand in den Lungen alsdann dieselben Heerde wie auch Herr Baginsky; ich fand ferner jene Heerde in den Nieren, von denen ich zuerst gesprochen habe, in denen parenchymatöse Entzündung der Harnkanälchen zu constatiren war. Zweitens fand sich in diesen Heerden der Koch'sche Bacillus vor, ein Beweis, dass es sich nicht um zufällige Nebenerkrankungen handelt. Ich legte besonderes Gewicht auf die Heerde der Nierenrinde, da gerade hier von genuinen käsigen resp. bacillären Erkrankungen nichts bekannt ist.

Aus diesem Befunde ergiebt sich, dass jeder Beweis mangelt, dass der Miliartuberkel eine specifische Bedeutung für das Krankheitsbild der nur nach diesem Befunde so genannten Miliartuberculose hat. Wenn man sich auf den Boden der neuesten Untersuchungen stellt und die Beziehungen des Koch'schen Bacillus zu diesen Erkrankungen zu jenen Resultaten hinzunimmt, so gewinnt es von vorneherein den Anschein, dass jene Nierenheerde, in denen ein constantes und typisches Vorkommen des Bacillus zu constatiren ist, vielleicht eher mit dem Symptomencomplex des zu Grunde liegenden Krankheitsbildes in Zusammenhang stehen, als die Miliartuberkel, in denen nur sehr inconstante Bacillenbefunde sich zeigen. Jedenfalls gilt es, an Stelle der acuten Miliartuberculose einen Krankheitsbegriff zu schaffen, in dem neben den bekannten Krankheitssymptomen und den miliaren Tuberkeln auch jene Heerde ihren Platz finden. Die Experimente Cruveilhier's, Panum's, Lebert's, Waldenburg's, die anatomischen Befunde Klebs', Ponfick's, Orth's, Weigert's, Buhl's, C. E. Hofmann's, endlich allbekannte klinische Beobachtungen haben das Fundament eines Krankheitsbegriffes gelegt, dessen Wesen in einer Blutinfection zu suchen ist, die mit einem Eintritt corpusculärer, specifischer Giftelemente in das Blut und deren Ablagerung in den Organen verknüpft ist. Ich glaube, dass ich zu dem Ausbau dieser Krankheitslehre einige weitere Bausteine liefern kann. Ich besitze Präparate, in denen der Eintritt von Tuberkelbacillen in die Venen zu erkennen ist und vor Allem jene Befunde an Nierenheerden, die wohl nicht anders gedeutet werden können, als dass der Bacillus sich in embolischer Weise in die Nieren bewegt hat. Ich habe natürlich auch in anderen tuberculösen Heerden nach diesen Embolien gesucht, sie aber nirgends weiter gefunden, was indessen noch nicht beweisend ist für ihr Nichtexistiren.

In zweiter Linie haben wir uns zu fragen, ob diese miliaren Entzündungsheerde der Niere mit den Miliartuberkeln in anatomischen Zusammenhang gebracht werden können? Hier dürfen wir, glaube ich, der Deduction Arnold's folgen, der dadurch, dass er auf das Auftreten des Tuberkels in der Leber hinweist, uns die Brücke zeigt, auf der wir von den typischen Miliartuberkeln zu jenen schon diffuser werdenden circumscripten Heerderkrankungen in Lunge und Niere gelangen. In der Leber tritt nämlich der Tuberkel gerade so auf, wie dort interstitielle Entzündungen aufzutreten pflegen, nämlich es zeigen sich Gallengänge im Innern dieser Tuberkel. Der typische Tuberkel wäre dann eine reine circumscripte Bindegewebsentzündung.

Ich glaube also, dass wohl Wege vorhanden sind, auf denen sämmtliche bekannten Symptome sich in einem Bilde vereinigen lassen, und dass dasselbe darauf hinauskommt, dass man von dem Eintritt des tuberculösen Giftes in die Blutbahn und Vertheilung auf die Organe auf embolischem Wege sprechen muss. Ich glaube, dass man dafür den Namen der Bacillämie annehmen, und die sämmtlichen Heerde auf bacillämische Embolien zurückführen könnte.

Ich kehre nun zu den Nierenheerden zurück, von denen ich ausgegangen bin. Es ist völlig plausibel, dass der bacillämische Embolus im Allgemeinen den typischen Miliartuberkel, d. h. eine circumscripte Bindegewebsentzündung hervorruft, weil die kleinsten Gefässe doch meistens im Bindegewebe verlaufen. Jene Nierenheerde aber zeigen, dass, wenn durch gewisse besondere Beziehungen der kleinsten Gefässe zum Parenchym die Möglichkeit gegeben ist, dass der Bacillus direct aus dem Embolus in das Parenchym eintritt, dieses genau unter derselben Form miterkrankt, wie diffuse Organerkrankungen in demselben Organ aufzutreten pflegen. Dies ist der Fall im Malpighi'schen Körperchen der Niere und in der Wand des Lungenbläschens. Es zeigt dies, dass man davon Abstand nehmen muss, ebenso wie die Tuberkel irgend welche andere specifische Krankheitsproducte der bacillären Infection anzunehmen, dass man vielmehr nur untersuchen muss, auf welche Gewebe der Tuberkelbacillus seine Einwirkung äussert. Nur dadurch, dass je nach den verschiedenen Verbreitungswegen der Infection das eine oder das andere Gewebe in hervorragender Weise betroffen wird, kommen die Bilder der bisher für specifisch gehaltenen Krankheitsformen zu Stande.

Ich glaube, das allgemeinste Resultat meiner Untersuchungen ist demnach die Durchführung der Koch'schen Lehre bis in's anatomische Detail: Es giebt in der Tuberculose nichts Specifisches als den Tuberkelbacillus und seine Wirkung auf das von ihm befallene Gewebe.

Herr A. Baginsky tritt der Aeusserung des Herrn Benda entgegen, er habe eine Reihe von Gebilden in der Lunge als Tuberkel octroyren wollen, die keine gewesen seien. Anatomisch stehe fest, dass in der That in der Lunge echte Tuberkel vorkommen, und wenn er wirklich einen Fehler begangen habe, so sei derselbe nur dahin zu deuten, dass er die um die wirklichen Tuberkel herumliegenden alveolaren Entzündungsheerde noch mit dahin gerechnet habe. Während er nun einerseits anatomisch daran festhalten müsse, dass der Virchow'sche Tuberkel ein Ding sui generis sei, könne er andererseits auch Herrn Benda nicht dahin folgen, dass die diffuse Miliartuberculose nur eine harmlose Embolie sei, sondern er müsse sie für eine wirkliche schwere Infectionskrankheit ansehen.

Herr Hirschberg exemplificirt auf die vier vollständig von einander verschiedenen Formen der Tuberculose der Aderhaut, wo einunddasselbe Product gänzlich abweichende Bilder hervorbringt, jenachdem es in demselben Organ in grösserer oder geringerer Quantität auftritt. Er kann diese Erscheinungsart recht wohl mit der Einführung des specifischen Tuberkelbacillus vereinigen, und sieht nicht ein, weshalb man für diese einfachere Anschauung etwas Complicirteres an die Stelle setzen soll.

Die Fortsetzung der Discussion wird auf die nächste Sitzung vertagt.

XII. Comité zur Sammelforschung über Krankheiten. (Verein für innere Medicin.)

Sitzung am 16. Februar 1884.

Vorsitzender: Herr Leyden.
Schriftführer: Herr S. Guttmann.

Anwesend: die Herren Baer, Bernhardt, Blumenthal, Ewald, Fraentzel, S. Guttmann, Kalischer, Klaatsch, Leyden, Litten, Loewenstein, Meyerhoff, Ollendorf, Riess, Strassmann, Thilenius, Villaret, Wernich.

Der Vorsitzende begrüsst die Herren Meyerhoff, Ollendorf, Thilenius und Villaret als neue Mitglieder des Comité's. Hierauf machte er die Mittheilung, dass von den Berliner ärztlichen Bezirksvereinen sich der Louisenstädtische, Friedrich-Wilhelmstädtische, Königstädtische und Westbezirksverein der Sammelforschung angeschlossen haben. Die zu Referenten der genannten Vereine erwählten Herren Tischmann, Moses werden zu den Sitzungen des Comité's delegirt.

Mit den neuangeschlossenen ärztlichen Vereinen Basel, Friedberg in Hessen, Rostock, Güstrow und Schwerin sind nunmehr im Ganzen der Sammelforschung 55 Aerztevereine angeschlossen. Für Friedberg wird Herr Meyerhoff, für Rostock, Güstrow, Schwerin Herr Ollendorf, für Belgard Herr Villaret zum Correferenten ernannt.

Nach einer Mittheilung des Herrn Professor Rauchfuss in Petersburg an Herrn Leyden wird daselbst eine besondere Sammelforschung nach dem Muster derjenigen des Vereins für innere Medicin vorbereitet, welche mit der unsrigen in Verbindung treten wird. In Frankreich haben in der Société des hôpitaux zu Paris Verhandlungen über die vom Verein für innere Medicin angebahnte Sammelforschung stattgefunden und wird eine ähnliche vorbereitet.

Die von Herrn Jastrowitz geleitete Organisation der Irrenanstalten hat einen Anschluss von 12 derselben herbeigeführt. Es sind dies die Anstalten Blankenhagen, Andernach, Wilhelmshöhe, Blankenburg, Saargemünd, Marsberg, Leubus, Deggendorf, Schleswig, Eberswalde, Ueckermünde, Kolditz in Sachsen, Gewesheim, Charité Berlin.

Herr Bibliothekar Wernich (Lankwitzstr. 13) bringt zur Kenntniss, dass eine Anzahl beantworteter Karten aus Meran, Marienwerder, aus Flinsberg, aus Lippspringe und Berlin bereits eingegangen sind.

Der hierauf von Herrn Leyden gestellte Antrag:

„Die Correferenten des Comité's sollen ihre Referenten auffordern, ihr Material einzuziehen und einzusenden“, wird in der von Herrn Kalischer modificirten Form: „Die Correferenten geben ihren Referenten über die heutige Sitzung Kenntniss und fordern dieselben auf, ihr Material einzuziehen und einzusenden“ angenommen.

Bezüglich der Form der Mittheilung wird auf den Antrag des Herrn Leyden beschlossen, dass die Protocolle des Comité's in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift zu veröffentlichen — und dass Separat-Abdrücke von den Correferenten an die Referenten übersandt werden, an welche noch anderweitige nothwendige oder zweckmässige Mittheilungen angefügt werden können. —

Es wird noch ausdrücklich hervorgehoben, wie es höchst wünschenswerth sei, dass im Monat März d. J. die erste Einsammlung abgeschlossen werde und von nun ab von Vierteljahr zu Vierteljahr die neue Einsammlung erfolge. Die nothwendigen Karten sind bei unserem Verleger Ahrens und Wolff, Prinzenstr. 35, das Hundert für 2,30 Mark zu beziehen. Auf den von den Herren Thilenius und Kalischer gestellten Antrag auf die Fragekarten einen Vermerk zu setzen, dass es nicht nothwendig sei, alle

Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Fragen der Karte zu beantworten, da die grosse Zahl von Fragen manchen Collegen abschrecken würde, da ferner ein eingehendes Krankenexamen sich oft nur schwer anstellen lasse und schliesslich doch Fälle, bei welchen die Beantwortung einer Reihe von Fragen ausfallen, trotzdem sehr werthvoll sein können, ging das Comité nicht ein, zumal doch den Beobachtern, wie Herr Fraentzel hervorhebt, anheimgestellt ist, nur Bekanntes auszufüllen. Es wird vom Comité anerkannt, dass eine Beobachtung z. B. von Ansteckung beweisend sein kann, auch wenn nur einzelne Punkte des Schemas beantwortet werden können. Da auf den Karten ausdrücklich der Wunsch ausgesprochen ist, nur solche Fälle mitzutheilen, welche zur Entscheidung der vorliegenden Fragen beitragen können, so sei es unnöthig, eine vollständige Beantwortung der vorgelegten Fragen zu verlangen.

XIII. Ein 60jähriges Doctor-Jubiläum.

Am 31. v. M. vollzog sich bei Gelegenheit des 60jährigen Doctor-Jubiläums eines hiesigen Arztes eine für die Stadt Barmen denkwürdige Feier, die besonders von den Collegen freudig begrüsst wurde, um ihrem Nestor, gleichzeitig ältestem Arzt des Regierungsbezirks Düsseldorf, nach so langer Berufsthätigkeit ihre Theilnahme an den Tag zu legen. Johann Friedrich Ringel, 1824 zu Halle, wo er die Kliniken von Krukenberg, Dzondi, Weinhold und Niemeyer besuchte, auf Grund seiner Dissertation: De natura et viribus herbae ledi palustris seu rorismarini silvestris, zum Doctor der Medicin und Chirurgie promovirt, liess sich in demselben Jahre in Barmen als Arzt nieder, wo er in treuester Hingebung an seinen Beruf ununterbrochen bis heute practicirte und noch, wenn auch in beschränktem Maasse, thätig ist, Grund genug, dass das Jubelfest auch in weitern Kreisen lebhaften Widerhall gefunden hat. So war man denn bemüht, den seltenen Ehrentag in würdigster Weise zu begehen. Ein aus der Bürgerschaft und dem ärztlichen Verein bestehendes Comité arrangirte dem Jubilar ein Abendfest, woran sich die städtische Verwaltung, zahlreiche Freunde und fast sämmtliche Collegen betheiligten. Bereits am Morgen des Festtages wurde derselbe durch Deputationen des ärztlichen Vereins, der städtischen Behörde, den Königl. Kreisphysikus etc. feierlich begrüsst, nachdem sein gemüthliches Heim durch Freunde einen decorativen Schmuck erhalten, welcher in Verbindung mit zahlreichen, von Frauenhand gespendeten Kindern der Flora einen sommerlichen Eindruck gewährte. Hocherfreut nahm der kaum als Greis zu bezeichnende, sich einer seltenen körperlichen und geistigen Frische erfreuende 86jährige die Glückwünsche entgegen, wahrlich ein jugendlicher Greis, dessen volle Wangen, dessen voller Scheitel und dessen eben ergrautes Haar, wie der Vorsitzende des ärztlichen Vereins, Dr. Meisenburg in seinem während des Festessens ausgebrachten Toast sich ausdrückte, wohl zu der Hoffnung berechtigten, ihn nach 10 Jahren auch zu seinem 70jährigen Jubiläum begrüssen zu dürfen. Da folgte denn Toast auf Toast, der erste ausgebracht von dem Oberhaupt der Stadt auf unsern allergnädigsten Kaiser, der huldreich einen hellen Lichtschein in das Fest zu werfen geruht, indem er dem Jubilar, bei seinem 50jährigen Jubiläum bereits mit dem rothen Adlerorden 4. Cl. decorirt, die Sanitätsrathswürde verliehen habe, woran sich weitere Trinksprüche, meistens humoristischer Natur anschlossen. Der Kreisphysikus, Sanitätsrath Dr. Strauss feierte, anknüpfend an einen poetischen Gruss einer Frau Collega, im Namen der Damen den Jubilar. Von Freunden desselben verfasste Lieder trugen dazu bei, die festliche Stimmung zu erhöhen; mit Recht hiess es in einem derselben:

„Dass er kein Narr sein Lebenlang
Und liebte Wein, Weib und Gesang,
Dess wollen wir ihn preisen
Nach echter deutscher Weisen."

Auch an einem Gaudeamus fehlte es nicht, aus dem folgende Strophen hier eine Stelle finden mögen.

Magna nunc laetitia
Implet nostrum pectus.
Nam quid sene floribundo
Jubilante est in mundo
Laetior adspectus?

Cerevisiae vespere
Scyphis incalescis;
Neque vini pocula
Nec puellae oscula
Timide pavescis.

Sed nunc lauri frondibus
Tempora velate
Seni facili, jocoso,
Non molesto, non moroso
Atque plausum date!

Ingens est felicitas
Tua, jubilaris
Cui non pondus senectuti
Fregit florem juventuti,
Ut et nunc sis Paris.

Et quod flores inter nos
Subter lunae rotis;
Hic in Aucupis cempona[1])
Nunc potamus vina bona
Viduae Cliquotis.

Verum nunc unanimo
Hoc precamus ore:
Di, servate jubilarem,
Ut vel festum saecularem
Celebret in flore!

Barmen. S.

[1]) Vogler's Hôtel.

XIV. Journal-Revue.

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

2.

Rickmann J. Godlee, cases of stretching of the facial nerve for tic convulsif. (Clinical Society's Transactions, vol. XVI, p. 13. London 1884.)

G. hatte (in vol. XIV der Transactions p. 44) einen Fall von Dehnung des N. facialis bei Gesichtskrampf beschrieben, der eine vor vier Monaten operirte Patientin betraf; zu dieser Zeit begann bereits ein geringes Zittern im M. orbicularis oris sich wieder einzustellen. Doch blieb die Kranke ziemlich 9 Monate in leidlichem Zustande; alsdann erfolgte auf Anlass einer heftigen Gemüthserregung eine plötzliche Wiederkehr des Krampfes, der bald zu seiner ganzen früheren Intensität anwuchs. Eine abermalige Operation wurde von der Kranken verweigert.

In einem anderen, schon früher beiläufig erwähnten Falle, bei einem 36jährigen Manne, wurde wegen doppelseitigen Gesichtskrampfes die Dehnung auf beiden Seiten vollzogen. Es folgte darauf eine complete Diplegia facialis, die Wiederkehr der Motilität begann nach ca. 12 Wochen, und gleichzeitig stellte sich auch der Krampf wieder her, der allmählich zu seiner ganzen früheren Stärke heranwuchs. Das schliessliche Resultat war demnach ein negatives. — G. stellt im Anschlusse an diese Mittheilung die ihm aus der Literatur bekannt gewordenen Fälle tabellarisch zusammen. Es sind deren 13 (einer von Baum, zwei von Bernhardt, je einer von Schüssler, Eulenburg, Hoffmann, je zwei von Southam, Putnam und Godlee: einer ohne Angabe des Autors). Ein wirklicher und dauernder Erfolg — nach 2 Jahren constatirt — scheint bisher nur in dem einen Southam'schen Falle (Lancet, 27. August 1881) beobachtet worden zu sein; die anfängliche Faciallähmung verminderte sich hier nach 5 Wochen und war nach 16 Wochen völlig verschwunden. A. Eulenburg.

Ueber Coma carcinomatosum. Von Dr. R. v. Jaksch, Assistent an der Klinik des Prof. Nothnagel. Wiener med. Wochenschr. Nr. 16 1883.

Eine vorher anscheinend gesunde Frau erkrankt 5 Monate vor ihrem Tode unter gastrischen Symptomen, magert nur wenig ab und stirbt bei noch sehr gutem Kräftezustande unter den bekannten Erscheinungen des diabetischen Coma. Der Harn hatte dabei weder Zucker noch Eiweiss, wohl aber sehr viel Acetessigsäure und Aceton enthalten. Die Section ergab ausgebreitetes Carcinom des Magens mit zahlreichen miliaren Metastasen in anderen Organen. Da weder Diabetes noch Urämie noch sonstige Ursachen für das Coma vorlagen, so zieht Verf. eine Parallele mit 3 Fällen von wirklichem diabetischen Coma, die bei gleichen Endsymptomen doch einen total anderen Sectionsbefund ergaben, mit dem obigen Falle aber darin übereingestimmt hatten, dass ebenfalls intensive Diaceturie bestand. Verf. glaubt sich danach berechtigt, die Frage aufzuwerfen, ob dieser eigenthümliche Symptomencomplex sowohl des diabetischen wie des „carcinomatösen" Coma nicht auf einer Intoxication mit Acetessigsäure oder Aceton beruhe. Kron.

Neuritis disseminata acutissima. Von Prof. Roth in Basel. Correspond.-Bl. f. Schweizer Aerzte. Nr. 13 1883.

Von einer eitrigen Parotitis aus hatte sich bei einem 25jährigen Arbeiter eine Facialislähmung entwickelt. Etwa 4 Wochen später stellten sich Schlingbeschwerden, bald darauf Zungenlähmung, Aphonie, Parese der Extremitäten mit zeitweiligen Formicationen ein. Am 6. Tage erfolgte der Tod unter zunehmenden Lähmungserscheinungen, an denen sich schliesslich Respirationsmuskeln und Herz betheiligt hatten. Schmerzen oder Bewusstseinsstörungen hatten während des ganzen Krankheitsverlaufs gefehlt. Ueber die elektrischen Erregbarkeitsverhältnisse verlautet leider nichts. Die Section ergab bei ganz intactem Rückenmarke eine weitverbreitete Neuritis, besonders der motorischen Nerven (darunter die Verzweigungen des Phrenicus im Zwerchfell). Die Diagnose war intra vitam auf ascendirende Neuritis (vom Facialis aus) mit nachfolgender Myelitis und Neur. descend., vom Verf. auf Landry'sche Paralyse, die ausnahmsweise mit bulbären Symptomen begonnen hatte, gestellt worden. Es ist zweiffellos, dass es sich um eine Fortleitung des entzündlichen Processes von der linken Parotis aus zunächst auf den (auch am meisten degenerirten) Facialis und später ohne Vermittelung der Medulla auf die übrigen Nerven gehandelt hat „wobei im Hinblick auf die eigenthümliche Verbreitung der Neuritis noch locale Prädispositionen unbekannter Art angenommen werden müssen." Kron.

Die Beziehungen der Syphilis zur Dementia paralytica. Von Prof. Obersteiner in Wien. Wiener med. Wochenschr. 33/83.

Unter 1000 Geisteskranken (660 m. und 340 w.) fand Verf. 175 (171 m. 4 w.) mit unzweifelhafter Dementia paralytica. Syphilis konnte

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Sicherheit bei der Gesammtzahl der Kranken mit 73 mal (72 m. 1 w.) nachgewiesen werden. Paralyse und Syphilis trafen zusammen bei 37 männl. Kranken, d. h. bei 21,6 Proc. der männlichen Paralytiker war Syphilis sicher vorausgegangen und 51,4 Proc. jener mit Syphilis behafteten Personen, welche später geisteskrank wurden, verfielen der progressiven Paralyse. Von anderen eventuellen Ursachen wurden 27 mal (15,4 Proc.) psychische Einwirkungen (geistige Ueberarbeitung, Verluste u. s. w.), 21 mal (12 Proc.) Schädeltraumen angeführt. Unter den Ursachen der Dementia paralytica nimmt also Syphilis weitaus den ersten Rang ein. Von 825 Geisteskranken anderer Art hatten nur 35 (4,1 Proc.) früher nachweislich an Syphilis gelitten. Es wurde also mehr als die Hälfte (51,4 Proc.) der luetisch erkrankten Geisteskranken von der Paralyse befallen, die übrig bleibenden 48,6 Proc. vertheilen sich auf eine nahezu 5 mal so grosse Anzahl von Kranken. Der Zeitraum zwischen der Infection und dem Auftreten der cerebralen Symptome konnte 6 mal nicht eruirt werden. In den übrigen 31 Fällen schwankte er von 2—14 Jahren, und zwar betrug er am häufigsten (7 mal) 6 Jahre und (6 mal) 7 Jahre, analog also der Zeit der tertiären Symptome. Aber auch pathologisch-anatomisch kann die Paralyse dem tertiären Symptomencomplex zugerechnet werden. Die jener Krankheit zu Grunde liegenden diffus-entzündlichen Processe der Pia und Grosshirnrinde mit der Tendenz zur Bindegewebsneubildung und Sclerose finden sich bekanntlich auch in anderen Organen, z. B. in der Leber, auf syphilitischer Basis. Es ist dabei nicht ausgeschlossen, dass in manchen Fällen die Syphilis allerdings nur disponirend wirkt, insofern als der damit durchseuchte Organismus den übrigen Schädlichkeiten weniger Widerstand leistet. Endlich könne in einer gewiss aber nur geringen Zahl von Fällen das Zusammentreffen beider Erkrankungen ein rein zufälliges sein. — Eine klinische Abgrenzung der Dementia paralytica nach Lues von den anderen Fällen geht nicht an, doch weist Verf. auf einige Punkte hin, die immerhin als Fingerzeig bei der Feststellung der Aetiologie dienen können, wenn sie auch einen differentialdiagnostischen Werth nicht besitzen. Dahin gehört 1) das frühzeitige Auftreten der Paralyse, 2) abnorm erweiterte Pupillen, 3) der Verlauf der Krankheit während einer antiluetischen Behandlung, wobei aber wohl bemerkt werden muss, dass die Erfolglosigkeit einer solchen durchaus nicht gegen den syphilitischen Ursprung spricht. Kron.

Arzneimittellehre.

3.

Alaun gegen Keuchhusten. (Revue méd. und Le Progrès méd. Nro. 3 1884).

Dr. Warfwinge hat mit gutem Erfolge Alaun innerlich gegen *Keuchhusten* angewandt. Er gab denselben in 2proc. Lösung viermal täglich 1 Kinderlöffel: (Alum. 2,0, Aq. 50,0 und Syr. cort. Aurant. 50,0). Dieses Mittel hat keine unangenehmen Symptome im Gefolge und verursacht nur selten Stuhlverstopfung.

Chromsäure gegen Affectionen der Mundhöhle. (Bull. gén. de Thérap. 1883. 12° Livr.).

Cauquil empfiehlt die Anwendung der Chromsäure bei mercurieller Gingivitis. Auf der Abtheilung der Syphilitischen in Montpellier bediente Roustan sich nur dieses einen Mittels. Zwei bis drei Bepinselungen des afficirten Zahnfleisches mit einer 5proc. Lösung genügten für Erreichung der gewünschten Heilwirkung. C. hat wiederholt Gingivitis, die in Folge starker Einreibungen mit grauer Salbe entstanden und mit Salivation und übel riechendem Athem verbunden war, erfolgreich behandelt. Einstellung des Quecksilbergebrauchs und 2 bis 3 Pinselungen mit obengenannter Lösung in zweitägigen Zwischenräumen genügten, des Uebels Herr zu werden. Auch in 2 Fällen von Angina mit enormer Hypertrophie der Mandeln (bei Syphilitischen) zeigte die Chromsäurebehandlung die vorzüglichste Wirkung. In beiden Fällen wurde das Mittel 4 Male in zweitägigen Pausen mit einem Pinsel aufgetragen.

Bottey. Note sur un cas d'obstruction intestinale datant de 18 jours et levée par l'électricité (Le Progrès méd. Nr. 3 1884).

Bei einer 77jährigen Frau war durch Anhäufung von Fäcalmassen in den untern Partien des Dickdarms ein vollständiger Darmverschluss eingetreten. Als bereits 18 Tage lang, trotz Anwendung aller bekannten Mittel, keine Stuhlentleerung mehr erfolgte und Meteorismus, Kotherbrechen und hochgradigster Kräfteverfall eingetreten war, dachte man an die Anlegung eines anus praeternaturalis. Vor diesem chirurgischen Eingriffe sollte indess noch ein Versuch mit elektrischer Behandlung gemacht werden. Es wurde eine Elektrode des inducirten Stromes in das Rectum eingeführt und die andere 15 Minuten lang mit den verschiedenen Theilen des Abdomen in Berührung gebracht. Bald darauf stellten sich lebhafte kolikartige Schmerzen ein, auch schien der meteoristisch aufgetriebene Leib an Umfang abzunehmen. Am folgenden Tage wurde dieser elektrische Behandlungsmodus wiederholt. Es wurden deutliche Contractionen der Bauchmuskeln wahrgenommen; der lebhaften Schmerzen wegen musste aber das Elektrisiren nach 12 Minuten eingestellt werden. Am nächsten Morgen (am 19. Tage) traten reichliche Stuhlentleerungen ein, und Patientin konnte bald als geheilt betrachtet werden.

Die Faradisation dürfte überall, wo die Obstruction durch übermässige Anhäufung von Kothmassen in den untern Darmpartien entstanden ist, mit Erfolg Anwendung finden. In diesen Fällen muss mehr auf die Bauchmuskeln als auf den Darm selbst gewirkt werden. Einer derartigen Indication entspricht nun am besten der Inductionsstrom, der prompt und energisch auf den quergestreiften Muskel wirkt. — In denjenigen Fällen von Darmverschluss (Volvulus, Ileus, Incarceration u. s. w.), wo zunächst auf den Darm selbst zu wirken ist und die glatten Muskelfasern in erster Linie zu beeinflussen sind, erscheint die Anwendung des constanten Stromes indicirt. Rabow.

XV. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Die Stellung der elsass-lothringischen Aerzte zu der in Aussicht genommenen Reichs-Aerzteordnung.

Das Ministerium für Elsass-Lothringen hat die 3 Bezirkspräsidenten des Unter-Elsass, Ober-Elsass und von Lothringen zu einer gutachtlichen Aeusserung über die bekannte, dem Reichskanzler überwiesene Resolution des Reichstags, betreffend Herstellung einer Aerzteordnung, nach Anhörung der — französischen Gesetzen gemäss — unter Aufsicht der Bezirkspräsidenten stehenden ärztlichen Vereine aufgefordert. In Folge dessen war auch der zahlreichste Aerzteverein des Landes, der etwa 130 Mitglieder zählende ärztlich-hygienische, von dem Bezirkspräsidenten des Unter-Elsass unter abschriftlicher Mittheilung eines Schreibens des Reichskanzlers um ein Gutachten ersucht worden. In letzterem Schreiben war hervorgehoben, dass es sich nach Erachten des Reichskanzlers eventuell hauptsächlich um Vorschriften handeln würde: 1) über die Bedingungen der Ausübung des ärztlichen Berufs, 2) über eine staatliche Beaufsichtigung der Berufsthätigkeit der Aerzte, 3) über eine an Organe des ärztlichen Standes zu übertragende disciplinare oder ehrengerichtliche Gewalt über die Berufsgenossen.

Diese Fragen waren zunächst einer eingehenden Berathung im Schoosse des durch einige angesehene Mitglieder verstärkten Vorstandes unterzogen worden, und bildeten dann einen Gegenstand der Tagesordnung der am 19. Februar im Rathhause zu Strassburg stattgehabten, von etwa 40 Aerzten aus allen Bezirken besuchten ausserordentlichen Versammlung des Vereins. Der Vorstand hatte die Berichterstattung seinem Mitgliede, Herrn Dr. Biedert (Hagenau) übertragen. Nach längerer lebhafter Discussion, bei welcher zwar abweichende aber keine sich principiell entgegenstehenden Meinungen zu Tage traten, beschloss man, dem Bezirks-Präsidenten folgende Erklärungen zuzustellen:

1) der Verein erklärt sich gegen Aenderung der vorhandenen Bedingungen für die Ausübung des ärztlichen Berufs,

2) der Verein erklärt sich ferner durchaus gegen eine staatliche Beaufsichtigung der Berufsthätigkeit der Aerzte,

3) der Verein erklärt sich auch gegen den Erlass von Vorschriften über eine an Organe des ärztlichen Standes zu übertragende disciplinare oder ehrengerichtliche Gewalt, ist vielmehr der Meinung, dass die Errichtung von Ehrengerichten der freien Initiative der Aerzte zu überlassen sei.

Nr. 1 und 2 wurden einstimmig, Nr. 3 gegen vier Stimmen angenommen.

Die Aeusserungen der anderen ärztlichen Vereine des Landes — des medicinisch-naturwissenschaftlichen und der Societé des médecins in Strassburg, des Societé des médecins des Ober-Elsass in Colmar und des Metzer Aerztevereins — sind noch nicht bekannt geworden. Es ist aber als sicher anzusehen, zumal weil viele Mitglieder des ärztlich-hygienischen Vereins zugleich einem der anderen Vereine angehören, dass letztere sich in ähnlichem Sinne äussern werden, und dass somit die auf Herstellung einer Aerzteordnung gerichteten Bestrebungen des deutschen Aerztevereins-Bundes unter den elsass-lothringischen Aerzten keinen Boden gefunden haben, und zwar weder unter den eingeborenen noch unter den eingewanderten.

2. Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege.

Sitzung am 26. November 1883.

Vorsitzender E. Hirsch.
Schriftführer A. Kalischer.

Von Herrn Blankenstein ist für die Bibliothek der Gesellschaft das vom hiesigen Magistrat herausgegebene Werk über die Irrenanstalt in Dalldorf übersandt worden.

Herr Skrzeczka hielt einen Vortrag über die Ausführung des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nahrungsmittelgesetzes in Preussen. (Derselbe ist in extenso abgedruckt, diese Wochenschrift 1884 Nr. Nr. 2, 3 und 4).

Discussion: Herr Wernich hat ebenfalls die Ueberzeugung gewonnen, dass der Haupteffect des Nahrungsmittel-Gesetzes wesentlich ein moralischer gewesen ist. Bei den Entscheidungen des Reichsgerichtes, die er kennt, erhielt er den Eindruck, dass im Gegensatz gegen Staatsanwalt und erste Instanzen die Beurtheilung zu milde war und die moralische Wirkung dadurch abgeschwächt wurde. Der Redner wendete sich besonders dagegen, dass das Reichsgericht bei seinen Urtheilen hier und da das äusserst arbiträre Moment der localen Geschmacksrichtung als entscheidend anführe. Er exemplificirte auf den von Herrn Skrzeczka angeführten Fall von Wurst und brachte noch einen anderen zur Sprache, der schon in dem Generalbericht für 1881 erwähnt ist. In diesem Falle war durch Herrn Bischoff Kartoffelstärke in Wurst und zwar in ziemlich beträchtlicher Menge festgestellt. Wenn man mehlige Zusätze dieser Art findet, so wird doch Jedem das Bedenken kommen, ob das wohl, selbst nach dem unklaren Begriff des Farcimen, in die Wurst hineingehört.

Wie in Thüringen in dem angezogenen Falle festgestellt wurde, war Semmel, in einer nicht geringen Menge vorhanden. Es kamen auf 1 Kilo Fleisch für 10—15 Pf. Semmel. Worauf begründet nun das Reichsgericht die Abweisung der erstinstanzlichen Verurtheilung? Es heisst da: Es sei festgestellt, dass Semmel nur dazu diene, die Bratwurst oder Rostbratwurst beim Rösten schmackhafter zu machen, es sei weiter festgestellt, dass sich der Angeklagte bei der Herstellung innerhalb dieser Grenzen gehalten habe, und dass sich die Zusammensetzung einer Rostbratwurst nach dem Gebrauch und Geschmack des Publikums einzelner Gegenden richten muss. M. H., das ist dann um so bedenklicher, wenn es sich um Export und zu exportirende Gegenstände handelt. Abgesehen davon, dass man in der Gegend W. gern Bratwurst mit Semmel isst, werden Würste doch, so theuer oder so billig sie sein mögen, nach anderen Gegenden ausgeführt, und nach dem Urtheil des Reichsgerichts ist es nicht ausgeschlossen, dass auch die Kartoffelstärke irgendwo auf eine Sympathie Seitens des subjectiven Geschmacks treffen kann. Wie ferner in Bologna und Verona Wurst aus Eselsfleisch bevorzugt wird, kann auch die Herstellung von Wurst aus Pferdefleisch für den Geschmack einer gewissen Gegend nothwendig sein, ohne dass dies dem auswärtigen Käufer mitgetheilt wird. Also die Einführung des „Gustus" einer Gegend, der sogar vielleicht nur der Geschmack der Verkäufer oder ihnen nahestehender Kreise ist, stösst nur die Sicherheit einer energischen Einwirkung seitens der höchsten Gerichtsstelle um, und ich bin nicht überzeugt, dass unser Fall der mit Kartoffelstärke verfertigten Wurst bei der Verfolgung durch die Instanzen ein erwünschtes Schicksal haben wird. Vielleicht ist Herrn Medicinalrath Pistor darüber etwas bekannt geworden.

Herr Skrzeczka muss den Ausspruch des Reichsgerichts für vollständig gerechtfertigt halten. Ich kann aus meiner Heimath constatiren, dass dort in gewisse Arten von Würsten unter anderem auch Grütze und kleine Rosinen genommen werden und dass die Bratwurst daselbst vielfach mit Zusatz von Reibbrod gemacht wird. Es wird also in der Herstellung einer solchen Waare nicht schon eine Verfälschung gesehen werden können, und es wird gerade, um die Willensrichtung des Thäters zu beurtheilen, sehr wesentlich darauf ankommen, wo er seine Waare fabricirte, und wie der Geschmack und die Sitte im Lande ist. Mit der Herstellung eines derartigen Nahrungsmittels allein kann der Thatbestand der Fälschung zum Zwecke der Täuschung in Handel und Verkehr nicht als erfüllt erachtet werden, denn sonst könnte Jedermann der Grütz- und Leberwurst jener localen Gewohnheiten gemäss anfertigt, als Lebensmittelfälscher angesehen werden. Ganz etwas anderes aber ist es, wenn es sich um die Anwendung des §. 10 Nr. 2 handelt, um Verkauf und Feilhalten verfälschter Nahrungsmittel. Ich gebe Herrn Wernich ganz Recht, dass, wenn hier in Berlin Jemand Wurst verlangt und eine Wurst vom Händler erhält, in der so und so viel Stärkemehl nachweisbar ist, dies ein ganz anderes Verhältniss ist, und es wird darauf ankommen, ob dem Käufer Wurst von dieser Beschaffenheit unter Verschweigung dieses Umstandes, oder unter einer zur Täuschung geeigneten Bezeichnung verabfolgt wurde. Verkauft der Händler sie als Grützwurst, so kann er nicht bestraft werden, verkauft er sie als Wurst schlechtweg oder verschweigt er, dass Semmel, Stärkemehl oder irgend etwas Aehnliches darin ist, während nach der ortsüblichen Bezeichnung unter Wurst ein derartiges Präparat nicht verstanden wird, sondern etwas, was nur aus animalischen Bestandtheilen hergestellt ist, dann liegt der Thatbestand der Nr. 2 des §10 vor; aber derjenige, der die Wurst angefertigt hat, müsste meines Erachtens freigesprochen werden.

Herr Pistor. So lange ich hier bei der Nahrungsmittel-Controle thätig bin, ist nur ein einziges Mal die Frage wegen Fälschung der Wurst mit Mehl aufgeworfen worden, und zwar von auswärts her, nämlich ob die Thüringer Wurst, die vielfach hier eingeführt wurde, geduldet werden könne, weil sie mit Mehl versetzt sei. Die Frage kam von Leipzig her. Darauf hat Herr Bischoff sich dahin geäussert, dass die Wurst als gefälscht anzusehen sei. Aus Sachsen ist aber geantwortet worden: man könne diese Ansicht nicht theilen, weil es dort üblich sei, die Wurst so herzustellen. Was die sonstige Vermischung der Wurst mit andern Ingredienzien als animalischen anlangt, so kann ich auch aus meiner Heimath aus Pommern und der Uckermark constatiren, dass vielfach andere Substanzen zugemischt werden, nicht blos Semmel und Mehl, sondern auch Rosinen, Mandeln und andere Dinge, die gar nicht dazu gehören.

Herr Bischoff. Bei der Frage, die an mich erging, handelte es sich speciell um den Fall, den vorhin Herr Wernich hervorgehoben hat. Es war Thüringer Cervelatwurst, das Pfund zu 1,40 — 1,60 M., in der sich ganz beträchtliche Quantitäten von Kartoffelstärke vorfanden. Der Fall würde vermuthlich, wenn er gerichtlich weiter gegangen wäre, auch ein anderes Resultat als der meines Erachtens vom Reichsgericht richtig abgeurtheilte Fall der mit Semmel verfertigten Cervelatwurst, gefunden haben. In Berlin ist es ja auch Usus, dass man der Bratwurst Semmel zusetzt; Hefftter thut es freilich nicht, aber einzelne Firmen, die Hefftter ebenbürtig stehen, setzen ihren feinen Würstchen eine Quantität Stärkemehl zu, um sie lange Zeit weich und saftig zu erhalten, wenn sie warm liegen. Also das sind Gesichtspunkte, die selbstverständlich den Fall ganz anders beurtheilen lassen. In dem Fall, welcher Gegenstand meiner Beurtheilung war, handelte es sich um eine directe plumpe Verfälschung. Die Wurst war ganz trocken geworden, und nur weil ein hiesiger grosser Delikatesshändler mir das Material zur Untersuchung gegeben hatte und der betreffende mir allerdings im Vertrauen die Firma mittheilte von der sie herrührte, während der Name weiterhin nicht zur Kenntniss der Behörden gelangte, erfuhr der Fall keine Verfolgung. Sonst glaube ich, er würde vermuthlich anders abgeschlossen worden sein.

Herr Falk. Ich habe gerade im Gegensatz zu Herrn Wernich aus andern Erkenntnissen des Reichsgerichts entnehmen zu können geglaubt, dass es eher sehr streng urtheilt; es hat über die Erkenntnisse der ersten Instanz hinaus strenge Bestrafungen ergehen lassen und als Rechtsgrundsatz z. B. aufgestellt, es solle keine Milderung sein, wenn Jemand z. B. finniges Fleisch verkauft unter der ausdrücklichen Angabe, dass es finnig sei. Dann hat einmal das Reichsgericht festgestellt und erkannt, dass das Fleisch ungeborner Kälber als „verdorben" anzusehen ist; das widerspricht doch eigentlich philologisch und etymologisch dem Sprachgebrauch, aber das Reichsgericht hat angenommen, dieses Fleisch sei direct gesundheitsschädlich. Ich glaube zu dieser Auffassung können wir uns nicht bekennen, wir können vielleicht anerkennen, dass es minderwerthig, vielleicht auch nicht appetitlich ist für denjenigen, der es weiss, aber direct gesundheitsschädlich ist es nicht.

Herr Skrzeczka. M. H., ich glaube Herr Bischoff ist doch, wenn er kurzweg das Gutachten abgegeben hat, „die Wurst ist im Sinne der §. 10 des Nahrungsmittelgesetzes verfälscht", einen Schritt zu weit gegangen. Ich möchte ihn fragen, ob er das auch sagen würde, wenn der Betreffende die Wurst unter der Angabe verkaufte, — denn darauf kommt es hier an — dass es Cervelatwurst mit Semmel sei, also nicht unter Verschweigung dieses Umstandes, oder wenn er sie vielleicht unter der Bezeichnung „Semmelcervelatwurst" feilhielt, also nicht unter einer zur Täuschung geeigneten Bezeichnung? Ich komme immer darauf zurück, dass der Thatbestand diese Momente sämmtlich enthalten muss, also nicht nur, dass an und für sich eine Verfälschung oder vielmehr eine von der gewöhnlichen abweichende, den Werth vermindernde Bereitungsweise vorliegt, sondern dass die Waare unter Verschweigung dieser Eigenschaft verkauft oder unter einer zur Täuschung geeigneten Bezeichnung feilgehalten wird. Erst dann kann Jemand auf Grund von No. 2 des §. 10 verurtheilt werden.

Herr Bischoff. Sowie irgend eine derartige Beimischung angegeben ist, wird das auch von mir betont werden.

Herr Orth. M. H., ich bin immer von dem Gesichtspunkt ausgegangen, dass durch das Nahrungsmittelgesetz mehr erreicht würde, wenn man sich nicht so ausschliesslich auf den Standpunkt des Strafrichters stellte, sondern mehr darauf Bedacht nähme, das öffentliche Urtheil des Publikums zu bilden und durch die Veröffentlichung der Untersuchungen das Publikum über die Beschaffenheit der Waaren zu belehren. Es wäre sehr wünschenswerth, wenn für eine Stadt, wie Berlin, eine Untersuchungsstation bestände und das Ergebniss der in grösserem Umfange angestellten Untersuchungen in einem Blatte veröffentlicht würde. Es dürfte hier wohl gelingen, die Interessen des Polizeipräsidiums und der städtischen Behörden zusammenzubringen, wie es in Hannover der Fall gewesen ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Allgemeine Gesundheitspflege.

— **Berlin.** Zur Einschränkung der Tuberculose in Gefängnissen hat anlässlich der Thatsache, dass die in den Strafanstalten so häufig vorkommende Lungenschwindsucht vornehmlich durch Ansteckung verbreitet wird, und dass es deshalb, um ihr in energischer Weise entgegenzuwirken, vor Allem darauf ankommt, auf möglichste Beseitigung der Einflüsse Bedacht zu nehmen, welche der Inficirung der gesunden durch die an der Lungenschwindsucht leidenden Gefangenen Vorschub leisten, der Minister des Innern angeordnet, dass die phthisisch kranken von den gesunden Gefangenen thunlichst getrennt gehalten, die Leib- und Bettwäsche der gedachten Kranken vor jedesmaligem Gebrauch in Lauge gekocht und dass die sogenannten Spuckgläser der Kranken mit einer Auflösung von Sublimat oder Karbol versehen, auch die Spucknäpfe in den Krankenzimmern häufig mit reinem Sand, dem Karbol beigemischt ist, gefüllt werden.

---

4. Medicinalstatistik.

Berlins Gesundheitsverhältnisse LII. In der letzten Jahreswoche, 23.—29. December starben 546, entsprechend 23,2 pro Mille und Jahr der fortgeschriebenen Einwohnerzahl (1225000), gegen die Vorwoche (532, entsprechend 22,6) eine kleine Zunahme der Mortalität. Innerhalb ihres ersten Lebensjahres starben 187 oder 34,3 Proc., gegenüber dem durchschnittlichen Antheil der Säuglingssterblichkeit an der Gesammtmortalität für diese Jahreswoche (35,6) ein ziemlich annäherndes Verhältniss; im Alter bis zu fünf Jahren überhaupt starben 300 oder 54,6 Proc., in der Vorwoche betrugen diese Antheile 29,5 bez. 50,2 Proc. der Gestorbenen. Von den gestorbenen Säuglingen erhielten natürliche Nahrung (Mutter- bez. Ammenmilch) 46, künstliche Nahrung (Thiermilch oder Milchsurrogate) 87 und gemischte Nahrung 29.

Der allgemeine Gesundheitszustand zeigt in dieser Woche eine verringerte Zahl der Sterbefälle bei Masern, Scharlach und Keuchhusten, Diphtheritis und Typhus forderten etwas mehr Opfer, Gehirnaffectionen führten häufiger zum Tode, acute entzündliche Affectionen der Athmungsorgane endeten seltener tödtlich. Erkrankungen an Scharlach waren minder zahlreich, bei Typhus, Masern und Diphtheritis war eine Abnahme bemerkbar, dagegen kamen 6 Erkrankungen an Pocken zur Meldung.

52. Jahreswoche. 23. bis 29. Decbr.	Unterleibstyphus.	Flecktyphus.	Pocken.	Masern.	Scharlach.	Diphtherie.	Kindbettfieber.
Erkrankungen	15	—	6	43	72	160	7
Sterbefälle	5	—	—	7	10	69	4

In Krankenanstalten starben 158 Personen, davon 16 von Ausserhalb zur Behandlung: in die grösseren Krankenhäuser wurden 842 Patienten neu aufgenommen; der Bestand in denselben zu Ende der Woche war 3494 Kranke. Von den 12 gewaltsamen Todesfällen und Vergiftungen sind 8 als Selbstmorde bezeichnet. P.

5. Amtliches.

Preussen.

Auf Ew. etc. gefälligen Bericht vom 6. November a. pr. erwidere ich ergebenst, dass die löslichen Barytpräparate zu den schon in relativ kleinen Gaben giftig wirkenden Arzneistoffen gehören, auch erfahrungsgemäss mehrfach, namentlich in Folge von Verwechselungen mit anderen indifferenteren Stoffen zu Vergiftungen mit tödtlichem Ausgange Veranlassung gegeben haben. Es unterliegt daher keinem Zweifel, dass diese Präparate, wo sie in den Apotheken vorräthig gehalten werden, unter den indifferenteren Mitteln nicht aufbewahrt werden dürfen. Dieselben finden ihren richtigen Platz allein unter denjenigen Medicamenten, welche nach Tabula C. der Pharmacopoea Germanica editio altera von den übrigen zu trennen sind und vorsichtig aufbewahrt werden müssen. Es sind demgemäss auch die zu ihrer Aufnahme dienenden Gefässe mit den für die Medicamente der qu. Tabula C. vorgeschriebenen Signaturen zu versehen.

Ew. etc. wollen die Betheiligten hiervon gefälligst in Kenntniss setzen und den Apotheker N. N. auf seinen diesbezüglichen Einspruch vom 29. October 1883 noch ganz besonders darauf aufmerksam machen, wie es selbstverständlich ist, dass die in Betreff der Aufbewahrung der in den Tabellen B. und C. der Pharmacopoea Germanica editio altera enthaltenen Medicamente gegebenen Vorschriften auch auf alle anderen in den Apotheken vorräthig gehaltenen Arzneistoffe von ähnlich starker Wirkung Anwendung finden.

Berlin, den 11. Januar 1884.

Der Minister etc. I. V. (gez.) Lucanus.

An den Königl. Regierungs-Präsidenten Herrn N.
Hochwohlgeboren zu N.

Rb. Düsseldorf, Bek. betr. die nichtofficinellen Arzneimittel. Auf Grund eines Specialfalles hat der Herr Minister der etc. Medicinal-Angelegenheiten nach Anhörung der technischen Commission für die pharmaceutischen Angelegenheiten speciell darauf hingewiesen, dass die Apotheker das zu dispensiren verpflichtet sind, was die Aerzte verschrieben haben, gleichviel ob in der geltenden Pharmacopoe für die qu. Arzneimittel eine Vorschrift gegeben ist oder nicht, und dass falls die Apotheker in Ungewissheit über die Qualität des ordinirten Arzneimittels sein sollten, sich vor Abgabe desselben mit dem Arzte zu verständigen, sich aber unter allen Umständen jeder eigenmächtigen Substitution zu enthalten haben. Ferner macht der Herr Minister darauf aufmerksam, dass der Anhang zur Arzneitaxe, auf welchen in seiner Bekanntmachung vom 15. December 1882 hingewiesen wird, Vorschriften für die Bereitung einer grossen Anzahl von Arzneien enthält, welche die Apotheker vorkommenden Falles anzuwenden haben und welche selbstverständlich auch für die Festsetzung der in der Arzneitaxe ausgeworfenen Preise für die betreffenden Mittel massgebend sind.

Wir sehen uns daher veranlasst, im Hinblick auf die mehrfach bestehende Unsicherheit unter den Apothekern des diesseitigen Bezirks über die Bereitung von Arzneien, welche nicht in der Pharmacopoe eingeführt sind, die Herren Medicinalbeamten, Aerzte und Apotheker unseres Verwaltungsbezirkes auf vorstehenden Erlass des Herrn Ministers behufs Nachachtung hinzuweisen.

Düsseldorf, den 6. Februar 1884.

Königl. Regierung, Abtheilung des Innern: von Roon.

Bayern.

Königl. Allerhöchste Verordnung, betr. Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genussmittel. Vom 27. Januar 1884. (Ges.- u. Ver.-Bl. Nr. 6.)

Wir finden Uns bewogen, zur Ausführung des Reichsgesetzes, betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen, vom 14. Mai 1879 bezüglich der Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genussmittel zu verordnen, was folgt:

§ 1. In Verbindung mit dem Hygienischen Institut der Ludwig-Maximilians-Universität zu München, dann mit dem Laboratorium für angewandte Chemie an der Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen und mit dem Technologischen Attribut der Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg wird je eine Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genussmittel errichtet.

§ 2. Die Untersuchungsanstalten haben die Aufgabe, auf Ersuchen der mit dem Vollzuge des im Eingang erwähnten Reichsgesetzes vom 14. Mai 1879 betrauten Behörden und Gerichte die erforderlichen technischen Untersuchungen von Nahrungs- und Genussmitteln, dann von solchen Gebrauchsgegenständen, welche in den Rahmen des genannten Gesetzes fallen, vorzunehmen und hierüber Gutachten abzugeben. Unbeschadet dieser Aufgabe obliegt es den Untersuchungsanstalten, soweit es ihre geschäftlichen Verhältnisse gestatten, auch Privatpersonen — Producenten, Consumenten, Gewerbtreibenden — auf Wunsch über die Beschaffenheit von Nahrungs- und Genussmitteln, dann von Gebrauchsgegenständen der bezeichneten Art Auskunft zu ertheilen. Die Heranziehung der Untersuchungsanstalten seitens der zuständigen Behörden zur Abgabe gutachtlicher Aeusserungen über verwandte, nicht unmittelbar in den Bereich des Gesetzes vom 14. Mai 1879 fallende Gegenstände der Gesundheitspolizei und Hygiene, z. B. über die Beschaffenheit von Trinkwasser, ist, sofern hierdurch die Erfüllung der in Abs. 1 bezeichneten Geschäftsaufgabe nicht beeinträchtigt wird, nicht ausgeschlossen. Insoweit bisher die Medicinal-Comité's nach Massgabe Unserer Verordnung vom 29. September 1878, die Vornahme der chemischen und mikroskopischen Untersuchungen in strafrechtlichen Fällen betr., in Bezug auf Uebertretungen des Gesetzes vom 14. Mai 1879 zur Vornahme chemischer oder mikroskopischer Untersuchungen und zur Abgabe von Gutachten hierüber zuständig waren, treten gemäss Abs. 1 dieses Paragraphen die Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genussmittel an deren Stelle.

§ 3. Den Untersuchungsanstalten gebührt die Benennung: „Königliche Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genussmittel zu . . . . (München—Erlangen — Würzburg)." Dieselben führen ein Dienstsiegel von der gleichen Form, wie dasjenige der Königlichen Bezirksärzte und mit einer der Benennung der Untersuchungsanstalt entsprechenden Umschrift.

§ 4. Die Untersuchungsanstalten unterstehen der Aufsicht Unseres Staatsministeriums des Innern und diesem unmittelbar untergeordnet, unbeschadet des erforderlichen Benehmens des letzteren mit Unseren übrigen Staatsministerien, soweit diese betheiligt sind.

§ 5. Der Wirkungskreis der Untersuchungsanstalt zu München erstreckt sich auf die Regierungsbezirke Oberbayern, Niederbayern, Schwaben und Neuburg, derjenige der Untersuchungsanstalt zu Erlangen auf die Regierungsbezirke Mittelfranken, Oberfalz und von Regensburg, dann Oberfranken, derjenige der Untersuchungsanstalt zu Würzburg auf den Regierungsbezirk Unterfranken und Aschaffenburg.

§ 6. Der jeweilige Vorstand des Hygienischen Institutes der Universität zu München, des Laboratoriums für angewandte Chemie an der Universität zu Erlangen und des Technologischen Attributes der Universität zu Würzburg ist zugleich Vorstand der dortigen Untersuchungsanstalt und bekleidet diese Stelle als Nebenfunction gegen Bezug einer von Unserem Staatsministerium des Innern im Benehmen mit Unserem Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten zu bestimmenden jährlichen Remuneration. Jeder Anstalt wird die erforderliche Anzahl von Assistenten beigegeben, welche auf Vorschlag des Akademischen Senats der betreffenden Universität durch Unser Staatsministerium des Innern im Benehmen mit Unserem Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten gegen Bezug eines Jahresgehaltes, jedoch ohne Anspruch auf Pension oder Sustentation, in widerruflicher Weise ausgestellt werden.

§ 7. Die Vorstände sowie die Assistenten werden auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Obliegenheiten eidlich verpflichtet. Ausserdem haben dieselben den Verfassungseid (Tit. X § 3 der Verfassungsurkunde), sowie den durch Unsere Verordnung vom 15. März 1850 (Regierungsblatt S. 241) vorgeschriebenen Eid, soweit sie diese Eide noch nicht geleistet haben, zu leisten.

§ 8. Die Vorstände der Untersuchungsanstalten werden im Falle der Verhinderung durch den I. Assistenten vertreten. Ausserdem sind dieselben befugt, nach Gutbefinden einen der Assistenten zur Vertretung der Anstalt in einzelnen Angelegenheiten vor Gerichten oder Behörden abzuordnen.

§ 9. Den Untersuchungsanstalten ist gestattet, in jenen Fällen, in welchen die Gesundheitsschädlichkeit eines von der Anstalt untersuchten Nahrungsmittels, Genussmittels oder Gebrauchsgegenstandes in Frage steht, vor der Abgabe des schriftlichen Gutachtens den für den Stadtbezirk des Anstaltssitzes bestellten Bezirksarzt, dann in jenen Fällen, in welchen die Beurtheilung thierischer Produkte in Betracht kommt, einen von unserem Staatsministerium des Innern zu bestimmenden beamteten Thierarzt zur Berathung beizuziehen. Auch ist denselben unbenommen, vor Abgabe ihres

Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Gutachtens, wo es nach den besonderen Verhältnissen des einzelnen Falles zur Aufklärung und zur richtigen Beurtheilung der Sache dienlich erscheint, Sachverständige aus den Kreisen des betreffenden Industriezweiges oder der Landwirthschaft gutachtlich zu vernehmen.

§ 10. Ueber die Einnahmen und Ausgaben der einzelnen Untersuchungsanstalten ist eigene Kasse und Rechnung zu führen. Die Buch- und Kasseführung sowie die Rechnungsablage übertragen Wir den Universitätskassen gegen eine von Unserem Staatsministerium des Innern im Benehmen mit Unserem Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten zu bestimmende angemessene Vergütung. Die Rechnungen unterliegen der Revision Unserer Rechnungskammer, welcher auch die Kassekuratel nach § 38 Unserer Verordnung vom 11. Januar 1826, das Finanzrechnungswesen für das Königreich betreffend, zusteht.

§ 11. Unser Staatsministerium des Innern ist ermächtigt, im Benehmen mit Unserem Staatsministerium der Finanzen die von den Untersuchungsanstalten für Vornahme von Untersuchungen und für die Abgabe von Gutachten zu beanspruchenden Gebühren zu regeln. Den Untersuchungsanstalten bleibt hiebei unbenommen, mit einzelnen Gemeinden über die Vornahme von Untersuchungen und die Abgabe von Gutachten gegen Leistung einer jährlichen Pauschvergütung, vorbehaltlich der Genehmigung Unseres Staatsministeriums des Innern, Vereinbarungen zu treffen. Ob und in wie weit die Berirksärzte und die beamteten Thierärzte für ihre Mitwirkung (§ 9 Abs. 1) eine Vergütung zu beanspruchen haben, bemisst sich nach den allgemeinen Vorschriften über die Vergütung ärztlicher, beziehungsweise thierärztlicher Amtsgeschäfte.

§ 12. Die Bestimmungen Unserer Verordnung vom 11. Februar 1875, die Aufrechnung der Tagegelder und Reisekosten bei auswärtigen Dienstgeschäften der Beamten und Bediensteten des Civilstaatsdienstes betreffend, finden auf die Beamten der Untersuchungsanstalten mit der Massgabe Anwendung, dass die Vorstände der Untersuchungsanstalten unter § 6 lit. b a. a. O., die Assistenten unter § 6 lit. d. einzureihen sind.

§ 13. Die landwirthschaftliche Kreisversuchsstation zu Speyer wird in widerruflicher Weise als öffentliche Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genussmittel für den Regierungsbezirk der Pfalz anerkannt. Insoweit dieselbe in dieser Eigenschaft fungirt, führt sie die Bezeichnung: „Landwirthschaftliche Kreisversuchsstation zu Speyer, als öffentliche Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genussmittel." In ihrer Eigenschaft als Untersuchungsanstalt untersteht dieselbe der Aufsicht der Regierung der Pfalz, Kammer des Innern, und Unseres Staatsministeriums des Innern und hat die von letzterem zu erlassenden Dienstesvorschriften zu befolgen. Zur Aufstellung eines neuen Vorstandes der Kreisversuchsstation, sowie zur Aufstellung der für die Zwecke der Untersuchungsanstalt zu verwendenden Assistenten ist die Zustimmung Unseres Staatsministeriums des Innern zu erholen. Die Bestimmungen der §§ 2, 7, 8, 9 und 11 der gegenwärtigen Verordnung finden auf die landwirthschaftliche Kreisversuchsstation zu Speyer in ihrer Eigenschaft als öffentliche Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genussmittel gleichmässige Anwendung.

§ 14. Unserem Staatsministerium des Innern bleibt vorbehalten, ausnahmsweise einzelne gemeindliche Untersuchungsanstalten, soferne dieselben nach allen Beziehungen vollkommen entsprechend ausgestattet sind, als öffentliche Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genussmittel für den Gemeindebezirk anzuerkennen, so zwar, dass sie für den letzteren an die Stelle der einschlägigen staatlichen Untersuchungsanstalt treten.

§ 15. Gegenwärtige Verordnung tritt mit dem 1. März 1884 in Kraft.

Linderhof, den 27. Januar 1884.

Ludwig.

Dr. Frhr. v. Lutz. Dr. v. Fäustle. Dr. v. Riedel. Frhr. v. Feilitzsch.

XVI. Literatur.

Prof. Dr. Nowak, Die Infections-Krankheiten. Wien: Toeplitz & Deuticke 1882. — Prof. Dr. C. Binz, Vorlesungen über Pharmakologie. Bd. 1. A. Hirschwald Berlin 1884. — Prof. Dr. P. Vogt, Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik in Greifswald. Wien und Leipzig: Urban & Schwarzenberg 1884. — Dr. Max Bresgen, Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen-, Mundrachen- und Kehlkopfkrankheiten. ibid. 1884. — Prof. Dr. A. Monti, Ueber Croup und Diphtheritis im Kindesalter. ibid. 1884. — Prof. Dr. F. Mosler, Ueber die medicinische Bedeutung des Medinawurmes. 1884. ibid.

XVII. Kleinere Mittheilungen.

— Geh.-R. Prof. Frerichs ist der Adel verliehen worden und wie er selbst diese Auszeichnung als eine die dem Stande selbst gelte, den er seit so langer Zeit ehrt, bezeichnet hat, so spricht sich überall aufrichtige Befriedigung darüber aus. Wir theilen dieselbe und sind der Ansicht, dass, wie man auch über den Charakter der Adels-Verleihung denken mag, hier eine Thatsache vorliegt, die wir Aerzte nur mit Freuden begrüssen können. Zu unserer grossen Genugthuung schreibt ein bekannter, sehr sachverständiger Correspondent der Magdeburgischen Zeitung über die Büste Frerichs' Folgendes: Berlin, 3. Februar. Im Schaper'schen Atelier steht zur Zeit ein hervorragendes Kunstwerk in Thon vollendet da: eine Büste des Geh. Ober-Medicinalraths Prof. Dr. Frerichs. Die Ausführung derselben, die übrigens noch in Marmor erfolgen wird, geschieht im Auftrage des hiesigen Vereins für innere Medicin. Die Büste zeichnet sich durch frappante Lebenswahrheit und die feine Wiedergabe der geistvollen Züge des Gefeierten aus. Der Realismus Schaper's ist entschieden gemässigter als jener von Meister Begas, er nähert sich mehr demjenigen des Vaters der Berliner Bildhauerschule, nämlich Gottfried Schadow's, und lässt seine Schulung an der Antike durchklingen. Bei den Büsten beider Meister lässt sich die Verschiedenartigkeit ihrer Auffassung ziemlich scharf erfassen: bei den Begas'schen ist jede Furche, jede Linie, jede Zufälligkeit mit rücksichtsloser Treue wiedergegeben; bei den Schaper'schen werden diese Spuren menschlicher Vergänglichkeit oder willkürlichen Zufalles nur in so weit betont oder angedeutet, als sie zur Charakteristik des Portraitirten oder zur Erzielung der Aehnlichkeit unbedingt erforderlich sind. In Frerichs' Büste giebt sich diese Auffassung des Meisters, die immer das Schöne im Auge hat, besonders zu erkennen. Uebrigens hat Schaper, wie er mir gegenüber betonte, bei dieser Arbeit besondere Schwierigkeiten zu überwinden gehabt, da Geh. Rath v. Frerichs eine Brille trägt und, um den Ausdruck und die Lebendigkeit des Auges nicht zu trüben, dieselbe, auch während er dem Künstler sass, auf Wunsch des Letzteren nicht ablegen durfte. —

— In der letztwöchentlichen Sitzung der Londoner Royal Society wurden folgende deutsche Gelehrte zu auswärtigen Mitgliedern erwählt: Prof. Anton de Bary, Prof. Carl Gegenbaur, Prof. Leopold Kronecker, Prof. Rudolf Virchow und Prof. Gustav Wiedemann.

XVIII. Personalien.

I. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem pract. Arzte Dr. Theodor Rakowski zu Inowraclaw den Character als Sanitätsrath zu verleihen, und den Wirklichen Geheimen Ober-Medicinal-Rath und Professor Dr. Frerichs in Berlin in den Adelsstand erhoben, ferner haben Allerhöchst dieselben geruht, nachbenannten Aerzten die Erlaubniss zur Anlegung der ihnen verliehenen nichtpreussischen Ordensinsignien zu ertheilen: Dem Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rth. und Prof. Dr. Du Bois Reymond in Berlin, des Kaiserl. Russischen St. Stanislaus-Ordens 2. Klasse mit dem Stern und des Grossoffizierkreuzes des Ordens der Königl. Italienischen Krone, dem practischen Arzte Oberstabsarzte a. D. Dr. Boerner in Berlin des Offizierkreuzes des Ordens der Rumänischen Krone.

Niederlassungen: Die Aerzte: Klingenheber in Schalke, Dr. Gantzer in Hallenberg, Dr. Nolte in Schmallenberg, Dr. Gensch und Dr. Demmer in Frankfurt a. M., Dr. Forsbach in Siegburg, Dr. Kramer in Speicher, Dr. Lehnen in Hillesheim.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. Uhen von Halver nach Wipperfürth, Dr. Minor von Wehlheiden nach Halver, Stabsarzt a. D. Dr. Melchior von Butzbach nach Frankfurt a. M., Tille von Osnabrück nach Nassau, Dr. Schachtleiter von Rüdesheim und Dr. Thisquen von Sossenheim, beide ohne Angabe wohin, Dr. Braun von Wipperfürth nach Rheidt, Dr. Leibl von Speicher nach Hillesheim, Dr. Friedr. Wolff von Berlin nach Cronenberg, Dr. Istas von Königswinter nach Krefeld, Dr. Umpfenbach von Krefeld nach Andernach, Dr. Zumwinkel von Holten nach Marxloh.

Verstorben: Dei Aerzte Sauerwald in Holzhausen und Dr. Hennig in Gräfenhainichen.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Schmidt in Haspe ist gestorben, die Verwaltung seiner Apotheke ist dem Apotheker Lueg übertragen. An Stelle des p. Schmidt ist der p. Kühnel zum Verwalter der Filialapotheke in Netphen bestellt worden. Der p. Camphausen hat die Verwaltung der Caelius'schen Apotheke in Brandoberndorf übernommen. Der p. Tod hat die Przihoda'sche Apotheke in Oestrich und der p. Roth die Siepmann'sche Apothe in Euskirchen gekauft. Der p. Claren in Zülpich hat die Verwaltung der väterlichen Apotheke für eigene Rechnung übernommen. Dem p. Gartz ist an Stelle des p. v. Landenberg die Verwaltung der Keutmann'schen Apotheke in Zündorf übertragen worden. Der p. Franz Wilh. Hub. Lückerath hat die Verwaltung der Lückerath'schen Apotheke in Stoppenberg übernommen.

Vacante Stellen: Kreiswundarztstelle des Kreises Oschersleben, Kreisphysicat des Kreises Gummersbach.

II. Bayern (Aerztliches Intelligenzblatt No. 6 u. 7 1884).

Ernennungen: Der practische Arzt und bezirksärztliche Stellvertreter Dr. Albert Hacker in Trostberg zum Bezirksarzte I. Classe in Berchtesgaden. Der II. Assistenzarzt an der Kreisirrenanstalt Werneck Dr. Severin Kaufmann zum I. Assistenzarzt, der bisher mit der Function des II. Assistenzarztes betraute Dr. Friedrich Graf zum II. Assistenzarzte an besagter Anstalt, desgleichen der mit derselben Function betraute Dr. August Wirschmidt zum II. Assistenzarzte an der Kreisirrenanstalt Bayreuth.

Gestorben: Dr. Heinrich Freiherr von Pechmann, qu. Bezirksarzt in Tirschenreuth.

Titelverleihung. Dem 1. Assistenzarzte an der Kreis-Irrenanstalt zu Kaufbeuren Dr. Friedrich Zierl Titel eines Oberarztes.

Todesfall. k. Generalarzt a. D. Dr. Karl Primbs, 69 Jahre alt, in München.

III. Württemberg. (Med. Corresp.-Bl. Nr. 6 1884.)

1) Dr. Arthur Stelzer, bisheriger Stadt- und Districtsarzt in Bartenstein, ist nach Niederstetten, diesseitigen Oberamts gezogen und

2) an dessen Stelle in Bartenstein gewählt und hingezogen: Dr. Carl Nörr, 1880 appr.

Dr. medic. N. Schachleiter zu Mainz hat sich als Arzt in Mengen niedergelassen.

Abgegangen von Ravensburg nach Stuttgart: Stiegele, Carl, Dr., appr. 1875.

Aufgezogen in Ravensburg: Hagel, Josef, appr. 1882: aus Laupheim 1882. Mattes, Martin, Dr., appr. 1880; von Juli 1882 bis Ende December 1883 provisorischer Oberamtswundarzt in Horb a. N.

Vermöge Entschliessung vom 25. Januar ist die Oberamtsarztstelle in Riedlingen dem Oberamtswundarzt Dr. Häberlein in Crailsheim übertragen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 11.** 13. März 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Wann sollen die Medicinstudirenden anfangen zu präpariren?

beantwortet von

Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Julius Budge**

in Greifswald.

Wiederholt ist mir die Frage vorgelegt worden, und vor Kurzem wieder, ob es für einen Medicinstudirenden vortheilhafter sei, zugleich mit dem Anfang der Vorlesung über systematische Anatomie auch die Uebungen im Präpariren zu beginnen, oder ob er besser daran thue, dieselben erst nach den Weihnachtsferien anzunehmen. Letzteres Verfahren wird dadurch begründet, dass es zweifellos zu einer gediegeneren Einsicht des Gegenstandes führen müsse, wenn der Anfänger zwei bis drei Monate hindurch dem Vortrage des Lehrers beigewohnt und somit gehört habe, worauf es bei der selbständigen Zergliederung ankomme, wenn er Präparate, welche mit technischem Geschick ausgearbeitet und nach Regeln der Kunst hergerichtet sind, im Auditorium angesehen habe und durch die Beschreibung eines vorliegenden Präparates erst darauf aufmerksam gemacht werden könne, welche Punkte als die vorwaltend wesentlichen, und welche als minder wesentlich zu betrachten seien. Wenn er dann durch eigene Beobachtung das gewonnene Bild zu vervollständigen und sich anzueignen vermöge, so müsse nothwendig ein innigeres Verständniss hervorgebracht werden.

Eine solche Ansicht ist, wie man nicht leugnen kann, bestechend. Dennoch hat sie ihre Kehrseite, welche zu betrachten nicht ohne Interesse sein wird.

Die Anatomie ist nicht nur Wissenschaft, sondern auch Kunst. Letztere, d. h. die anatomische Kunst, kann auch ohne Wissenschaft getrieben werden, und erfordert Eigenschaften, die jedem Künstler zu seinen Vorarbeiten nöthig sind. Es giebt Anatomiewärter, welche reizende Präparate fertigen oder vielmehr nachmachen, wenn sie ein natürliches oder künstliches Motiv vor sich haben. — Ich habe einmal ein Präparat des N. sympathicus eines Frosches gesehen, in welchem die feinen und feinsten Aestchen dieses zarten Nerven wunderbar schön dargestellt waren und zwar von einer Dame. Es giebt Präparatoren, welche die Namen und alle äusseren Eigenschaften, wie Farbe, Grösse, Consistenz, Verhalten gegen verschiedene chemische Stoffe etc., aufs Genaueste kennen, und welche Jahr aus Jahr ein tadellose makroskopische und mikroskopische Präparate zum Verkaufe anfertigen, sowie auch Modelle, ohne Anspruch auf den Namen von Anatomen machen zu können oder zu wollen. — Der Studirende der Medicin kann dieser anatomischen Kunst nicht entrathen. Freilich gehört eine angeborene Fähigkeit dazu, wenn die Arbeit den wirklichen Kunstsinn befriedigen soll; wer diese nicht besitzt, kann sie durch Uebung, aber nur bis zu einem gewissen Grade sich erwerben. Mit andern Worten: schön präpariren kann nicht Jeder, aber wohl — richtig, um die einzelnen Körpertheile zu isoliren. Andauernder Fleiss und Liebe zur Sache helfen über viele Klippen hinweg. — Schon die zahlreichen Namen, welche dem Gedächtnisse einzuprägen sind, werden nur durch wiederholte Anschauung festgehalten, ebenso die Grösse und Lage der Theile, ihr Zusammenhang mit andern u. s. w. Wenn z. B. der Studirende einen Muskel präparirt, so muss er beinahe bei jedem Schnitte, fast unbewusst, an den Namen und andere Eigenschaften desselben denken. Die Bewegungen der Hand, verbunden mit den Eindrücken des Gesichts, und von diesen controlirt, halten das Gedächtniss wach; gerade so, wie man am leichtesten auswendig lernt, wenn man mit den Bewegungen zum Sprechen Gehöreindrücke associirt, d. h. laut das Pensum hersagt.

Es ist also möglich, dass ebenso gut, wie ein Präparator, auch ein angehender Studiosus medicinae ein Präparat herrichten könnte, ohne dass er Anatomie gehört hätte. Er müsste aber eine Vorlage haben, nach der er arbeitete, d. h. ein schon ausgeführtes Präparat. — Sieht man indessen auch davon ab, dass in besuchten anatomischen Anstalten ein solches Verfahren schwer oder gar nicht durchzuführen wäre, so ist es doch ein ganz mechanisches, handwerksmässiges, wozu man keinen Studenten heranziehen darf. — Es giebt aber einen ganz andern und viel wissenschaftlicheren Weg, welcher es ermöglicht, dass ein Studirender ein Präparat zur Zufriedenheit auszuführen vermag, ohne von demselben etwas in der Vorlesung gesehen oder gehört zu haben. Jeder Präparant gebraucht drei Bücher, nämlich ein Handbuch über Anatomie, einen Atlas, wenn ein solcher mit jenem nicht schon verbunden ist, und eine Anleitung zum Präpariren. Setzen wir nun den Fall, es würde einem Anfänger ein Muskelpräparat, von dem er keine Kenntniss hat, zugetheilt, so würde er freilich nicht viel Glück mit demselben haben, wenn er sofort damit beginnen wollte. Ganz anders verhält es sich aber, wenn er in seinem anatomischen Handbuche, seinem Atlas und in seiner Anleitung sich erst hinlänglich orientirt und in seiner Vorstellung ein Bild von den Theilen sich geschaffen hat, welche er demnächst an der Leiche blosslegt. Gedächtniss und Phantasie wirken gemeinschaftlich, um eine sinnliche Anschauung des Gegenstandes zu erhalten. Die Flächenbilder combinirt sein innerer Sinn zu körperlichen Theilen, und so entwickeln sich mit ihren beiden Endpunkten von Knochen zu Knochen die Muskeln eines Gliedes, als lägen sie da vor seinem geistigen Auge. Er ist sein eigener Lehrer geworden, er hat vielleicht zum ersten Mal den Anfang zum wirklichen Studiren gemacht. Das Bewusstsein, selbst gedacht und combinirt zu haben, spannt und beglückt. Es ist ein ähnliches Gefühl, als wenn der angehende Botaniker aus seiner Flora und einer Systematik eine ihm unbekannte Pflanze nach genus und species bestimmt. So hat auch der junge Candidat der Anatomie sich selbst einen geistigen Besitzstand angelegt und freut sich des Erwerbs. Es ist die erste Stufe des Denkens, und es kann ihm fürwahr keine bessere Erinnerung an sein Studium auf der Hochschule bleiben, als die daselbst erhaltene Anregung zum Denken.

So kommt der Anfänger schon geschult in den Präparirsaal und findet hier Lehrer, die ihn in seiner Arbeit unterstützen, und die vorhandene selbstgeschaffene Hoffnung, nicht vergebens sich bemüht zu haben, erfüllen. Ich meine, dass, wenn mit jenen Mitteln der Boden bereitet wird, eine gute Frucht hervorgehen müsste. Man kann nicht sagen, es solle die Phantasie in der Naturwissenschaft keinen Platz finden, sie ist vielmehr heilsam und unentbehrlich, wenn sie von der Erfahrung und an der Hand der sinnlichen Eindrücke geleitet wird und nicht auf selbstgeschaffenen Ideen beruht.

Man darf aber nicht glauben, dass meine Ansicht über den Beginn der Präparirübungen von Seiten der Medicinstudirenden nur ein flüchtiger, phantastischer Gedankenwirbel sei, sie ist vielmehr aus einer Erfahrung hervorgegangen, welche ich mir in 27 Jahren erworben habe. Als ich im October 1856 vor meiner Reise nach Greifswald mich in Berlin aufhielt, besprach ich mich über verschiedene Anordnungen im anatomischen Unterrichte mit meinem früheren vortrefflichen Lehrer Schlemm. Es wurde dabei auch in Erwägung gezogen, ob es rathsam sei, die Präparirübungen auch zur Hälfte annehmen zu lassen, d. h. vom Beginn des Semesters bis Weihnachten und von Weihnachten bis Ende des Semesters. Obwohl Schlemm nicht besonders für eine solche Einrichtung eingenommen war, rieth er mir doch, es zu machen, wie es in Berlin seit langer Zeit Brauch wäre. Als ich hierher kam, wies ich auch in diesem Sinne die Quästur an. In den ersten Jahren wurde auch von einer Anzahl der wenigen Mediciner, welche ich hier vorfand, davon Gebrauch gemacht. Bald aber gewahrten sie selbst, wie sehr sie gegen diejenigen zurückstanden, welche gleich von Anfang des Semesters an sofort, wenn die Vorlesungen beginnen, präparirten. So hat sich die heute fast durchweg gangbare Sitte durch die Studenten selbst entwickelt, und ich habe allerdings dieselbe unterstützt. Wer über den Nutzen dieser Einrichtung in Zweifel sein sollte, dem kann ich nichts

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besser rathen, als sich selbst davon zu überzeugen. Er möge nur den hiesigen Präparirsaal in der ersten Woche, in welcher angefangen wird zu präpariren, besuchen. Von der nicht unbeträchtlichen Anzahl von Präparanten [1]) besteht die Hälfte aus Anfängern. Ich wundre mich oft selbst darüber, mit welcher Genauigkeit viele, ja die meisten, über die Muskeln, mit deren Präparation bekanntlich begonnen wird, deren Namen, Ansätze, Umgebung etc. Auskunft zu geben vermögen. Freilich ist die Präparation selbst sehr verschieden, weil dies von der manuellen Fertigkeit abhängt, aber Wenige begehen grosse Fehler. Ich kann kaum glauben, dass, wenn ein Studirender die ganze Muskellehre im Colleg gehört hätte, man bessere Antworten von ihm bekäme, als von diesen scheinbar unbelehrten Anfängern.

Die Vortheile, welche aus dieser Einrichtung hervorgehen, sind nicht zu unterschätzen. — 1. Wenn sämmtliche Präparanten des 1. Semesters erst nach Weihnachten zu arbeiten anfingen, so müsste nach der Ansicht der Gegner unserer Methode der Lehrer bis zu dieser Zeit auch alle Muskeln vorgetragen haben, sonst würde der vermeintliche Zweck nicht erreicht. Das liegt aber häufig nicht in seinem Plane, so z. B. auch nicht in meinem. Es giebt Parthien in der Myologie, welche besonders viel Stoff zu allgemeinen Betrachtungen liefern, und es ist ein Gewinn für die Vorlesung, wenn der Lehrer die allgemeine Kenntniss solcher Abschnitte voraussetzen, und diese auf eine spätere Zeit des Semesters verschieben darf. Dahin gehören z. B. auch die Extremitäten-Muskeln.

2. In den grossen Präparirsälen ist es störend, wenn neben der jüngern und ältern Generation gleichen Datums noch Nachzügler vorhanden sind, grade so wie dies bei der Einübung von Rekruten der Fall ist. Es muss die Arbeit nach einer gewissen Schablone gethan werden, deshalb kann man auch Marodeurs oder träge Candidaten schlecht vertragen. Wenn aber alle auf gleicher Stufe stehen oder doch stehen können, so weckt das die Nacheiferung und das frische Wirken auf dem Präparirsaal. Nicht gerne steht einer hinter seinem Nachbar zurück.

3. Nur der zielbewusste Schüler, der seine Arena kennt, ist ein ächter Commilito mit seinem Lehrer. 4. Den wichtigsten Grund für die hier geübte Einrichtung muss man aber darin suchen, dass der Medicinstudirende wenigstens 2 volle Semester präpariren muss, wenn er den menschlichen Körper gründlich kennen lernen will. Diese Semester müssen Wintersemester sein. Im Sommer sind zu viele Hindernisse. Es müssten in der kältern Jahreszeit die Leichen angesammelt und in Spiritus aufbewahrt werden. Dazu fehlt es an Geld, selbst an Platz; und wo das Leben in der Natur so üppig ist, weilt man nicht gerne bei Leichen. — Auch der Einwurf, dass in einem dritten Winter das mangelnde Pensum nachgeholt werden könnte, verfängt nicht. Nach den neuesten Bestimmungen kann am Ende des vierten Semesters und sogar noch mehrere Wochen vor Schluss desselben das Tentamen physicum gemacht werden. Wer in der Studentenlogik bewandert ist, weiss aber auch, dass es nicht viele giebt, ja sogar recht wenige, welche über den zulässigen Termin hinaus ihren Eifer ausdehnen, um erst später der Prüfung sich zu unterziehen. Wenn die höchste Unterrichtsverwaltung gestattet, den ersten Abschnitt des medicinischen Studiums, welcher durch die glückliche Beendigung der sog. Vorprüfung bezeichnet ist, mit 4 Semestern zu beschliessen, so wartet man eben das fünfte nicht ab. So ist einmal Neigung und Brauch, wogegen jede philosophische Betrachtung vergeblich ankämpft. Wer also um Weihnachten erst zu präpariren beginnt, hat nicht 2, sondern nur $1\frac{1}{2}$ Semester gearbeitet. Dass dies nicht ausreicht, darüber wird kein Sachverständiger in Zweifel sein.

Schliesslich muss noch untersucht werden, ob der Inhalt der anatomischen Vorlesungen im Wesentlichen das und nur das wiedergiebt, was auch das Ziel der practischen Beschäftigung im Präparirsaale ist. Unzweifelhaft ist ein Erforderniss an beiden Unterrichtsstellen gleich, nämlich durch sinnliche Anschauungen von den Theilen des menschlichen Körpers sich deutliche Vorstellungen zu verschaffen.

Es ist oft der Satz ausgesprochen worden, dass im Präparirsaal der Schwerpunkt der Anatomie zu suchen sei. Ich würde diesen Satz unterschreiben, wenn anstatt des Ausdrucks „Schwerpunkt" ein anderer nämlich: Fundament gebraucht wird. Der schönste, eleganteste, fest angelegte Ueberbau, wenn er mit aller Vorsicht und Zweckmässigkeit eingerichtet ist, kann zusammenstürzen, wenn der Grund nicht fest steht und wankt. So ist auch der ganze anatomische Unterricht ein wankendes Gebäude, wenn er nicht durch die Präparirübungen gestützt ist. Nur hier lernt man Lage, Gestalt, Grösse, Farbe, Zusammensetzung, kurz alle Eigenschaften der Theile des menschlichen Körpers so kennen, dass deren Bilder im Gedächtnisse bleiben und später leicht reproducirt werden können. Was also der Präparirsaal bietet, ist wesentlich Gedächtnisssache; wie es nach dem Ausspruche eines berühmten Forschers bei den meisten Naturwissenschaften 99 Procent Gedächtnissarbeit giebt, so auch hier. Man betrachte diese ja nicht als eine untergeordnete Seelenthätigkeit, sie ist und wird der Wegweiser auf einem ungebahnten und unbekannten Gebiete, und derjenige Studirende würde straucheln und irregehen, welcher sein Gedächtniss nicht übte. Aber das muss man wohl wissen, dass es ein ausgebildetes, ich möchte sagen höheres und ein tiefer stehendes Gedächtniss giebt. Fixiren und reproduciren die aus sinnlichen Anschauungen umgesetzten Vorstellungen — das ist die erste Stufe des Gedächtnisses, aber diese zu coordiniren und associiren mit andern, welche schon fixirt in der Seele vorhanden sind, so dass Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Bewusstsein mit herbeigezogen werden und wesentlich gegen das rasche Verblassen der fixirten Vorstellungen kämpfen, das ist die höhere Stufe des Gedächtnisses. Der Präparant darf sich nur mit beiden zufrieden geben, darf weder das eine noch das andere vernachlässigen, sonst wird er zwei wesentliche Eigenschaften des Gedächtnisses nicht beherrschen können, nämlich seine Intensität und seine Dauer. „Unaufhörlich, sagt ein neuer Autor [1]) über das Gedächtniss, suchen unsere Bewusstseinszustände einander zu verdrängen; aber der Sieg kann ebenso die Folge der Stärke des Siegers, wie der Schwäche des Unterlegenen sein."

[1]) In diesem Wintersemester präpariren hier in Greifswald 220 Mediciner.

Durch die Intensität des Bewegungsgedächtnisses, welche mit andern Worten die Uebung in den Muskeln bedeutet, wird auch die Technik, also die anatomische Kunst gefördert.

Wäre nun mit der Gedächtnissarbeit, so ausgebildet sie auch sein mag, für den anatomischen Unterricht Alles gethan, würde in den Vorlesungen nur die Beschreibung der Körpertheile, ihrer Zusammensetzung und ihres Baues gefordert und gegeben, und könnten jene nur wie Glieder betrachtet werden, um das Rückgrath zu stützen, dann könnte man nichts dawider haben, wenn der Studirende auch später anfinge zu präpariren. Das ist aber nicht der Fall. Es fehlt noch ein zweiter Factor, welcher die Anatomie oder Zergliederungskunst zur anatomischen Wissenschaft macht. Es ist derselbe Factor, welcher in jeder Wissenschaft zur wesentlichen Geltung kommen muss. Wissenschaft heisst Erkennen. Der Mensch erkennt aber Dinge und ihre Verhältnisse. Die allerersten und wichtigsten Verhältnisse in jeder Naturwissenschaft sind die von Zeit und Raum.

Eine vergangene Erscheinung, welche hinter der gegenwärtigen nothwendig und beständig liegt, bildet das Causalmoment. Alle Formen, welche wir am menschlichen Körper untersuchen und kennen lernen, sind in Formen einer früheren Zeit begründet. So zwingt sich dem Lehrer der sog. systematischen Anatomie der Hinweis auf die Entwickelungsgeschichte von selbst auf. Aus der Vergangenheit sucht er die Gegenwart, aus dem Werden das Sein zu erklären. Anders wird aber der Vortrag ausfallen, wenn er mit Zuhörern zu thun hat, deren ganze Aufmerksamkeit nicht allein auf die Eigenschaften der Formen gerichtet sein muss, mit einem Worte, welche vom Präparirsaale nicht fern gehalten worden sind. Wenn es anginge und nicht beträchtliche Hindernisse und Störungen vorhanden wären, so würde ich viel eher dafür stimmen, dass die jungen Mediciner erst präpariren, dann das Collegium hören, als umgekehrt.

Es ist nicht allein die Entwickelungsgeschichte, welche in den anatomischen Vorlesungen ihre Berücksichtigung finden muss, sondern auch die Lehre von den Aufgaben, welche jedes Organ hat. Ich will damit nicht sagen, dass in jenen zugleich Physiologie vorgetragen werden soll. Denn das Wesentliche der Physiologie besteht ja in der Erforschung der Bewegungsgesetze, das der Anatomie in der Erforschung der Formen des ruhenden Körpers. Aber dass die Natur im Bauen auch das Ziel vor Augen hat, welches in jedem Organe erreicht werden soll, um dessen Aufgabe zu erfüllen, ist ja keine Frage. Wie nun der Bau die Function deckt, kann recht gut auseinandergesetzt werden, ohne dass man auf die Kräfte zurückzugreifen braucht, welche die Functionen beherrschen.

Der Mensch gehört einmal zu der Familie der Thiere, welche auf demselben Erdenraume mit ihm leben. Die Natur ist einheitlich, und dem gleichen Bedürfniss entspricht die gleiche oder ähnliche Form.

„Alle Glieder bilden sich aus nach ew'gen Gesetzen,
Und die seltenste Form bewahrt im Geheimen das Vorbild
Ganz harmonisch zum Sinne des Thiers und seinem Bedürfniss."

Die anatomische Wissenschaft des Menschen kommt nicht aus ohne Bezug auf die vergleichende Anatomie, viele Bildungen werden erst dadurch klar, unentwickelte, kleine, verschrumpfte Formen finden wir bei Thieren ganz entwickelt, gross und voll.

Endlich sucht die anatomische Wissenschaft zu erforschen, wie die Natur gleichsam künstlerisch die Elementargewebe zu bestimmten Formen nach unwandelbaren Grundsätzen gestaltet; was aber doch nicht die einzig denkbare Gestaltung ist. Man kann sich nämlich denken, dass, um einen bestimmten Zweck zu erreichen, verschiedene Anlagen gleich gut sein können und kann fragen, welche Form die Natur benutzt hat.

[1]) Th. Ribot, Das Gedächtniss und seine Störungen. Autorisirte deutsche Ausgabe 1882.

Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

So hat z. B. Johannes Müller[1]) sich die Frage vorgelegt und beantwortet, wie möglicher Weise die Apparate im Auge beschaffen sein könnten, durch welche die Lichtstrahlen, welche von einem beleuchteten Punkte ausgehen, wieder als einzelne Punkte von der Netzhaut aus wirken könnten. Man kann sich nach M. dreierlei Einrichtungen denken, von denen die Natur nur zwei im Thierreiche angewendet hat. — In manchen Organen ist eine bestimmte Gestaltung vorhanden, obgleich auch andre möglich sind, so z. B. bei den Klappen der Gefässe, welche durch das ganze Thierreich nach denselben Principien angelegt sind, auch bei den Reservoirs u. s. w. Man könnte diesen Gestaltungsausdruck als Baustyl der Natur bezeichnen.

Wenn nun auch Präparirsaal und Auditorium jedes seine besondere Rechtsame haben, so bin ich weit entfernt, eine strenge Scheidung zu empfehlen. Im Gegentheil, Beides muss neben einander bestehen, sich ergänzen und bestärken. Neben der gründlichen Beschreibung der Körpertheile von Seiten des Lehrers im Auditorium dürfen die oben genannten Anknüpfungen nicht fehlen, neben der gründlichen Zergliederung der Körpertheile von Seiten des Lernenden im Präparirsaale wird der Lehrer gern die Gelegenheit ergreifen, an geeignete vorliegende Fälle Betrachtungen aus der Entwicklungsgeschichte, der Physiologie, der vergleichenden Anatomie und dem Baustyle anzureihen. Wenn im Präparirsaale der Schüler als Autodidakt und Künstler arbeitet, der Lehrer ihm dabei technische und wissenschaftliche Unterweisung giebt, so geht in der Vorlesung die Demonstration Hand in Hand mit dem Hinweis auf Causalmomente, auf Zweckmässigkeit der Anlage, auf die einheitlichen Formen in der Natur.

II. Ueber bleibende Störungen im Gehörorgan nach Chinin- und Salicylsäuregebrauch.

Von

Dr. Schwabach in Berlin.

Dass Chinin und Salicylsäure in grossen Dosen Störungen im Gehörorgan: Ohrensausen, Schwerhörigkeit hervorrufen, ist eine so allgemein bekannte Thatsache, dass es fast überflüssig erscheinen könnte, auf dieselbe zurückzukommen, zumal man glaubt, sich darauf verlassen zu können, dass die genannten Erscheinungen in kurzer Zeit, meist nach einigen Stunden, vielleicht auch erst nach einigen Tagen wieder verschwinden. Einzelne Autoren machen allerdings darauf aufmerksam, dass nach sehr grossen resp. übertriebenen Dosen der in Rede *stehenden* Arzneimittel andauernde resp. unheilbare Gehörstörungen eintreten können. In der Arbeit Stricker's[2]) über die „Resultate der Behandlung der acuten Polyarthritis rheumatica mit Salicylsäure" findet sich die Angabe, dass Ohrensausen, Schwerhörigkeit und profuse Schweisse nach der Resorption (sc. der Salicylsäure) entstehen können, die jedoch den Fortgebrauch des Mittels nicht contraindiciren. L. Lewin[3]) macht zwar darauf aufmerksam, dass nach Chiningebrauch ausser Brausen und Klingen in einem oder beiden Ohren auch Schwerhörigkeit, selbst Taubheit auftreten können, dass diese Symptome jedoch, nach Briquet, in den meisten Fällen nur kurze Zeit anhalten. Dagegen berichte Bailly, dass nach Chinin auch unheilbare Taubheit entstehen könne. Husemann[4]) hebt in der neuesten Auflage seines Handbuches der Arzneimittellehre hervor, dass dauernde Störungen der Sinnesnerven, insbesondere Taubheit, nach übertriebenen Chinindosen vorkommen. Bezüglich der Salicylsäure sagt er: In sehr grossen Dosen wirken Salicylsäure und Natriumsalicylat toxisch. Unter den Erscheinungen, welche nach zu hohen medicinalen Gaben beider Substanzen sich einstellen, sind Ohrensausen und Taubheit in ähnlicher Weise, wie sie sich nach der Einführung von Chinin einstellen, die bemerkenswerthesten. Nach Binz[5]) entstehen nach Gaben von 1,0 bis 1,5 Chinin auf einmal genommen (beim Erwachsenen) ziemlich allgemein Schwerhörigkeit, Schwindel, Klingen und Sausen im Gehörorgane; mitunter, wenn diese Gaben rasch wiederholt oder wenn solche von 5,0—8,0 auf einmal genommen werden, treten Störungen der Höhr- oder Sehfähigkeit bis zu Taub- und Blindsein auf. „Während die Taubheit innerhalb einiger Tage verschwindet, bleibt das Unvermögen des peripheren Sehens bestehen und kehrt das centrale Sehen oft erst allmählich, nach Wochen und Monaten zurück." Von der Salicylsäure sagt er: „die Wirkung ist ganz ähnlich der des Chinins, sogar bis auf das Ohrensausen und die vorübergehende Taubheit". Dasselbe gilt, nach B., vom Natr. salicyl. „Die unangenehmen Nebenwirkungen mindern sich bei längerem Gebrauch." In seinem Artikel über „Chinarinden" in Eulenburg's Realencyclopädie S. 189 sagt derselbe Autor: „In der Regel dauern sie (sc. die Störungen des Gehörs durch Chinin) nur Stunden oder höchstens einige Tage. Wo sie sich bleibend als Taubheit festsetzen — was in der Literatur einigemal erzählt wird — da handelt es sich, so weit ich ersehen konnte, stets um Fälle von perniciösen Wechselfiebern. Es ist schwer zu sagen, ob die bleibende Gehörstörung hier der Krankheit oder dem Medicament zur Last fällt."

Aus diesen Citaten ergiebt sich also, dass man im Allgemeinen nur an zwei Möglichkeiten denkt: entweder dass die unangenehmen Nebenwirkungen des Chinins und der Salicylsäure auf das Gehörorgan von selbst wieder verschwinden, wie dies nach den gewöhnlich zur Anwendung kommenden Dosen der Fall ist, oder dass bei allzu grossen Dosen dauernde, unheilbare Gehörstörungen eintreten. Man würde demnach, bei gehöriger Beschränkung der Dosis, niemals Gefahr laufen, seinen Patienten zu schaden, andernfalls aber der einmal eingetretenen persistirenden Taubheit machtlos gegenüber stehen. Dass diese Ansicht auf allgemeine Giltigkeit keinen Anspruch machen kann, dass vielmehr einerseits schon bei mässigen Gaben von Chinin und Salicylsäure dauernde Störungen des Gehörorganes eintreten können, andererseits aber auch hochgradige, schon längere Zeit bestehende Schwerhörigkeit und subjective Geräusche der Therapie noch zugänglich sind, davon mich zu überzeugen, hatte ich in zwei mir in der letzten Zeit zur Beobachtung gekommenen Fällen Gelegenheit.

Von diesen Fällen dürfte der eine noch besonders insofern von Interesse sein, als er die, von Kirchner[1]) durch Versuche an Thieren eruirte Thatsache bestätigt, dass die Störungen, welche Chinin und Salicylsäure am Gehörorgane setzen, nicht, wie man bisher annehmen zu müssen glaubte, allein auf Läsionen des Nervenapparates beruhen, sondern auch durch pathologische Veränderungen des mittleren Ohres bedingt werden können. Kirchner fand bei seinen Versuchen an Kaninchen, Katzen, Hunden, Meerschweinchen und Mäusen, denen er Chinin und Salicylsäure theils mit der Schlundsonde, theils durch subcutane Injection beibrachte, Hyperämien am Trommelfelle und in der Paukenhöhle, in letzterer auch gelbliche Verfärbung der Schleimhaut, Ecchymosen in Form von kleinen Blutpünktchen oder auch als gleichmässig ausgebreitete, ca. 2—3 mm grosse Flecken. Die Ecchymosen in der Paukenhöhlenschleimhaut fanden sich nicht immer gleichzeitig an beiden Gehörorganen vor; zuweilen war die eine Paukenhöhle ganz frei, oder es fanden sich nur einzelne geschlängelte, stark ectatische Gefässe vor. Auch das innere Ohr, das Labyrinth, betheiligte sich in seiner Gesammtheit an dem hyperämischen Zustande. Die mikroskopische Untersuchung an entkalkten Gehörorganen der mit Chinin- und Salicylpräparaten gefütterten Thiere ergab dann ferner sowohl in der Schnecke als auch in den halbcirkelförmigen Kanälen Extravasate an verschiedenen Stellen. — Was das klinische Bild der nach Chiningebrauch entstandenen Taubheit anlangt, so hebt Kirchner hervor, dass gewöhnlich Schmerzen in der Tiefe des Ohres angegeben werden, die zuweilen intermittirend auftreten und einen sehr hohen Grad annehmen können. Die Erscheinungen von Seiten des Labyrinthes sprechen für organische Veränderungen an den Endapparaten des N. acusticus; man findet, wie bei Syphilis, mangelnde Perceptionsfähigkeit für eine auf die Kopfknochen aufgesetzte tönende Stimmgabel und mangelnde Perception für hohe Töne. Bei Untersuchung des Trommelfelles fand Kirchner wiederholt eine ausgesprochene Trübung desselben mit weisser sehnenartiger Färbung, ein Zustand, der in der Regel als Residuum eines chronischen Entzündungsprocesses in der Paukenhöhle mit Verdickung an der inneren mit der Paukenschleimhaut überkleideten Fläche des Trommelfelles anzusehen ist. Hiermit stimmen auch die Angaben Schilling's[2]) überein. Er hat 3 Fälle beobachtet, bei denen nach längerem Gebrauch des salicylsauren Natrons intermittirendes Ohrensausen und Schwerhörigkeit mässigen Grades zurückgeblieben ist und einen Fall von constantem Ohrensausen und Schwerhörigkeit höheren Grades in Folge von Chiningebrauch (2 Gramm an zwei Abenden hintereinander). In allen vier Fällen fand sich Trübung des Trommelfelles. Ausserdem hat Schilling 7 Patienten, deren Trommelfelle er zuvor als gesund constatirt hatte, während der Zeit des Bestehens cerebraler Salicylintoxicationserscheinungen untersucht und in den drei Fällen, wo die genannten Erscheinungen, besonders das Ohrensausen und die Schwerhörigkeit, am meisten ausgeprägt waren, das Trommelfell nicht unbeträchtlich injicirt gefunden, während der Ohrbefund in den vier anderen Fällen negativ war. Besondere Erwähnung verdient noch ein in der 2. Arbeit Kirchner's

[1]) Joh. Müller vergleichende Physiologie des Gesichtsinnes Leipz. 1826 und Physiol. II. S. 277.
[2]) Berliner klin. Wochenschr. No. 8. 1876.
[3]) L. Lewin, Nebenwirkung der Arzneimittel. Berlin 1881.
[4]) Husemann, Handbuch der gesammten Arzneimittellehre. Berlin 1883.
[5]) Binz, Grundzüge der Arzneimittellehre. Berlin 1882.

[1]) a. „Ueber die Einwirkung des Chinins und der Salicylsäure auf das Gehörorgan." Berliner klin. Wochenschr. No. 49, 1881. b. „Extravasate im Labyrinth durch Chinin- und Salicylwirkung". Monatschr. f. Ohrenheilk. No. 5, 1883.
[2]) Schilling, „Prophylactisches Mittel gegen die Intoxicationserscheinungen seitens der Salicylsäure und des Chinins". Münchener ärztl. Intelligenzbl. No. 3, 1883.

Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde) mitgetheilter interessanter Fall, bei welchem nach länger fortgesetztem Gebrauch grosser Dosen von Salicylsäure eine exsudative Entzündung der Paukenhöhle eintrat. Nachdem die Erscheinungen Seitens des Labyrinthes: Eingenommenheit des Kopfes, lästiges Rauschen im Ohre, zeitweises Schwindelgefühl und Unsicherheit beim Gehen von selbst verschwunden waren, blieb ein mässiger Grad von Schwerhörigkeit zurück, welcher sich abwechselnd besserte und verschlechterte. Kirchner fand bei der Untersuchung in der Paukenhöhle eine Ansammlung des bekannten bernsteinfarbigen, serös-schleimigen Exsudates, das bis an den Umbo des Trommelfelles reichte. Nach Vornahme der Paracentese und öfterer Anwendung der Luftdouche heilte der Process rasch und das Gehörvermögen besserte sich, wenn auch ein mässiger Grad von Schwerhörigkeit im Vergleich zum gesunden Ohre zurückgeblieben ist. — Der von mir beobachtete Fall von Affection des Gehörorgans durch Chiningebrauch betrifft einen kräftigen, bisher stets gesunden, namentlich niemals mit Störungen des Gehörorganes behafteten Mann von 37 Jahren, welcher am 15. Januar 1883 an einer fieberhaften, nicht näher von ihm zu bezeichnenden Affection erkrankte, gegen welche ihm von seinem Arzte eine Medicin verordnet wurde, die sich, nach dem mir vorliegenden Recepte als Chinin. muriatic. erwies. Die auf einmal zu nehmende Dosis betrug 1,2 Gramm. Nach Gebrauch derselben verschwand zwar das Fieber vollständig, allein bald bemerkte Pat. eine bedeutende Verschlechterung seines Hörvermögens bei sehr intensivem Ohrensausen beiderseits und Schmerzen im linken Ohre. Dazu gesellten sich Eingenommenheit des Kopfes und von Zeit zu Zeit Schwindelanfälle. Das Ohrensausen belästigte Pat. auch Nachts, so dass er nur wenig schlief. Da die subjectiven Beschwerden Monate lang unverändert blieben, war Pat. nicht mehr im Stande, seinem Dienst als Stationsassistent bei der Stadtbahn in genügender Weise vorzustehen, und er wurde deshalb vom Aussendienste dispensirt. Am 6. August wurde dem Pat. gegen sein Ohrenleiden von seinem Arzte Natr. salicyl. verordnet, und er verbrauchte im Ganzen 5,0 Gramm in Dosen von 1,0 Gramm im Verlaufe von 5 Stunden. Da hiernach die Erscheinungen sich nicht nur nicht besserten, sondern das Ohrensausen noch beträchtlich zunahm, wandte sich Pat. an einen anderen Arzt, der ihm innerlich Kalium bromat. und ausserdem Einreibungen von Ol. croton. in die Gegend des Warzenfortsatzes verordnete. Eine Abnahme der den Pat. in hohem Grade belästigenden Erscheinungen trat auch danach nicht ein, und als sich derselbe am 8. October 1883 mir vorstellte, waren Ohrensausen, Schwerhörigkeit, seiner Angabe nach, ebenso stark wie beim Auftreten derselben im Januar. Eingenommenheit des Kopfes und Schwindelanfälle sollen sich auch noch zeitweise, besonders bei rauhem, feuchtem Wetter einstellen, und dann auch der Schlaf, in Folge des dann besonders intensiven Ohrensausens, gestört sein. Bei der Untersuchung des Gehörorganes ergab sich folgendes: Links hört Pat. die Uhr beim Anlegen an die Ohrmuschel, dagegen nicht durch die Kopfknochen, weder durch das Schläfenbein, noch durch den Proc. mast. Flüstersprache wird nur dicht am Ohr gehört. Bei Verschluss des linken und rechten Ohres wird links Flüstersprache nicht gehört, woraus hervorgeht, dass die Perception desselben bei offenem linken Ohre nicht auf Rechnung des (besser hörenden) rechten Ohres zu setzen ist [Dennert's[1]) Versuch]. Rechts hört Pat. die Uhr in 12 cm (normal 1,25 Meter), Flüstersprache in 3,25 Meter Entfernung vom Ohre. Auch hier wird das Ticken der Uhr durch Kopfknochenleitung nicht wahrgenommen. Eine auf den Scheitel aufgesetzte Stimmgabel wird nur nach dem rechten Ohr hin gehört. Durch Luftleitung werden die Stimmgabeln c. c′. g′. c″ rechts deutlich; links nur c schwach, die übrigen gar nicht gehört. Das Trommelfell erscheint auf der rechten Seite mässig getrübt, Lichtkegel deutlich ausgeprägt, Manubrium mallei leicht perspectivisch verkürzt. Links ist das Trommelfell, besonders in seiner ganzen unteren Partie, intensiv getrübt, von sehnenartiger Färbung, Manubrium mallei stark perspectivisch verkürzt. Bei Anwendung des Politzer'schen Verfahrens fühlt Pat. nur rechts die Luft deutlich in's Ohr dringen, links nicht. Bei Application der Luftdouche mittels des Katheters hört man beiderseits ein lautes Blasegeräusch. — Dass diese Beobachtung mit den von Kirchner und Schilling gemachten übereinstimmt, und zwar sowohl bezüglich der subjectiven Symptome, als auch des Ergebnisses der objectiven Untersuchung kann keinem Zweifel unterliegen. Bemerkenswerth ist, dass, abgesehen von den längst bekannten Symptomen der Chinineinwirkung: Ohrensausen, Schwerhörigkeit, Schwindelgefühl etc., in unserem Falle auch über Schmerzen, und zwar nur in dem stärker befallenen Ohre, geklagt wurde. Wie schon erwähnt, haben auch Kirchner's Patienten darüber geklagt und Roosa[1]) berichtet von einem Arzt, der wegen häufig recidivirenden Wechselfiebers und intermittirender Facial-Neuralgie Chinin bis zu Intoxicationserscheinungen genommen hatte und unter dessen Gebrauch auch Ohrenschmerzen bekam, die sich regelmässig nach jeder Dosis wiederholten. — Bemerkenswerth ist ferner der objective Befund, der, wie in den Fällen von Kirchner und Schilling, auf eine Affection des mittleren Ohres hinweist. Es fanden sich am linken Trommelfell in ausgeprägter Weise Veränderungen: Trübung mit sehnenartiger Färbung, starke Einziehung, (die sich durch starke perspectivische Verkürzung des Hammergriffes documentirte), wie sie nach chronischen Entzündungsprocessen in der Paukenhöhle beobachtet werden. Dass aber das Labyrinth von den durch die Chininwirkung gesetzten pathologischen Veränderungen nicht frei geblieben war, ergiebt sich aus dem Resultate der Hörprüfung. Wenn schon das Nichthören des Uhrtickens durch die Kopfknochenleitung bei einem 37jährigen Manne (der übrigens niemals syphilitisch inficirt war, ein Umstand, der Erwähnung verdient, da gerade bei Syphilitischen meist die Kopfknochenleitung für das Ticken der Uhr aufgehoben ist), den Gedanken an eine Affection des Labyrinthes erwecken musste, so spricht doch besonders die mangelnde Perception der Stimmgabel auf der stärker afficirten Seite (der in seinen Angaben sehr zuverlässige Patient hörte alle auf den Scheitel aufgesetzten tönenden Stimmgabeln nur nach dem rechten [besseren] Ohre hin) für eine solche. Dazu kommt die mangelnde Perception für hohe Töne, indem durch Luftleitung von den verschiedenen Stimmgabeln nur c (ungestrichene oder kleine Octave mit 132 Schwingungen) noch, wenn auch schwach, percipirt wurde, c′ (264 Schwingungen), g′ (396 Schwingungen) und c″ (528 Schwingungen) dagegen gar nicht, ein Umstand, der wiederum für eine Labyrinthaffection spricht. Auch bezüglich des rechten Ohres darf man zwar annehmen, dass es sich ebenfalls um eine combinirte Störung des schallleitenden und schallpercipirenden Apparates handelt, wenn auch die Symptome hier weniger auffallend sind, als beim linken Ohre. Zunächst deutet der objective Befund: mässige Trübung des Trommelfells und leicht perspectivische Verkürzung des Hammergriffes nur auf eine unbedeutende Läsion der Paukenhöhle im Vergleich zum rechten Ohre. Auch die Hörprüfung ergiebt eine geringere Herabsetzung des Hörvermögens (Uhr 12 cm, Flüstersprache 3,25 m) als rechts (Uhr beim Anlegen, Flüstersprache am Ohr). Dass das Labyrinth an der Affection mit betheiligt war, dafür spricht nur die fehlende Perception des Uhrtickens durch die Kopfknochenleitung, während der Umstand, dass die Stimmgabel durch die Knochenleitung noch deutlich gehört und auch hohe Töne (wenigstens bis zum c der zweigestrichenen Octave) durch Luftleitung noch percipirt wurden, jedenfalls dafür spricht, dass das Labyrinth nur in geringem Masse in Mitleidenschaft gezogen war. Für diese Auffassung und namentlich auch für die Annahme der combinirten Affection des mittleren und inneren Ohres beiderseits spricht auch der weitere Verlauf des Falles. Nach wöchentlich zwei- bis dreimaliger Application der Luftdouche mittels des Katheters, die zeitweise mit Einspritzungen einiger Tropfen einer Lösung von Chloralhydrat (1,0 auf 30,0) per tubam in die Paukenhöhle verbunden wurde, trat insofern eine wesentliche Besserung ein, als die subjectiven Geräusche nachliessen, die Schwindelanfälle wochenlang ganz ausblieben und sich auch das Hörvermögen wesentlich besserte. Bezüglich des letzteren ergab die Hörprüfung am 8. November, also nach vierwöchentlicher Behandlung: Links wird die Uhr in 12 cm, Flüstersprache in 2,5 bis 3,0 m, rechts die Uhr in 24 cm, Flüstersprache in 6,0 m Entfernung vom Ohre gehört.

Eine Aenderung in der Perception der auf dem Scheitel aufgesetzten tönenden Stimmgabeln trat nicht ein, sie wurden sämmtlich nur nach rechts hin gehört; das Ticken der Uhr wurde auch jetzt von dem Kopfknochen aus nicht wahrgenommen, ebenso blieben rechts die Töne von c′ von aufwärts unhörbar, während c jetzt deutlicher als bei Beginn der Behandlung gehört wurde. Es wurden also die Symptome, soweit sie auf der Affection des Mittelohres beruhten, gebessert, während diejenigen, die durch die Betheiligung des inneren Ohres bedingt waren, von der Behandlung unbeeinflusst blieben. Der Umstand, dass durch die locale Behandlung auch die Schwindelanfälle fast ganz beseitigt wurden, beweist, dass dieselben durch die Störungen im Mittelohr mit veranlasst wurden. Wenn man auch annehmen muss, dass dieselben, als sie zuerst bald nach dem Gebrauch des Chinins auftraten, ebenso wie die Eingenommenheit des Kopfes, das intensive Ohrensausen durch directe Einwirkung des Chinins auf das Labyrinth bedingt waren, so kann man sich doch vorstellen, dass die später in einzelnen Anfällen

[1]) Dennert „Gehörprüfung auf Grund einer Beobachtung von Necrose der Schnecke" (Arch. f. Ohrenheilk. X. Bd. S. 235). Bei einseitiger bedeutender Schwerhörigkeit, namentlich bei gutem Perceptionsvermögen des andern Ohres, empfiehlt D. das Sprachverständniss des kranken Ohres in der Weise zu prüfen, dass man bei festem Verschluss des gesunden, resp. besser hörenden Ohres das kranke Ohr abwechselnd öffnen und schliessen lässt. Findet man, dass das zu prüfende Ohr, wenn geöffnet, quantitativ und qualitativ besser hört, als bei Verschluss des Gehörganges, so ist das Gehör auf seine Rechnung zu setzen, erhält man bei geöffnetem und geschlossenem Ohr dieselben Resultate, auf Rechnung des anderen.

[1]) Roosa, Ein Fall zur Beleuchtung der Chininwirkung auf das Ohr etc. (Arch. f. Ohrenheilk. VII. B. S. 77).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auftretenden Schwindelerscheinungen durch die anatomischen Veränderungen im Mittelohr, Schwellung der Tubenschleimhaut, dadurch bedingte Störung der Ventilation der Paukenhöhle und Zunahme des intraauriculären Druckes veranlasst, und Schwerhörigkeit und subjective Geräusche in ihrer Intensität erhalten wurden.

Für diese Auffassung spricht jedenfalls auch die bereits erwähnte Angabe des Pat., dass die Schwindelanfälle, besonders bei rauhem, feuchtem Wetter sich einstellten und die subjectiven Geräusche dann besonders intensiv waren. Erfahrungsmässig sind diese Witterungsverhältnisse bei Personen, die an Mittelohraffectionen leiden, sehr oft die Gelegenheitsursache zu stärkeren Schwellungen der Tuba Eustach. und dadurch bedingter Undurchgängigkeit derselben für Luft, was auch bei unsrem Pat. sich durch die Unwirksamkeit des Politzer'schen Verfahrens documentirte. Indem durch die Luftdouche mittels des Katheters die Ventilation des Mittelohrs wiederhergestellt wurde, wurde zugleich der auf dem Trommelfell und der Kette der Gehörknöchelchen resp. deren Endglied, der Steigbügelplatte, lastende Ueberdruck, der sich dem Labyrinthinhalt mittheilte, beseitigt, und so nicht allein das Hörvermögen und die subjectiven Geräusche gebessert, sondern auch die Veranlassung zu den intercurrenten Schwindelanfällen beseitigt.

Ich habe den Pat. seit dem 22. December, an welchem Tage das Befinden desselben dem vom 8. November notirten entsprach, nicht mehr gesehen, und bin deshalb nicht in der Lage, anzugeben, ob der bisher erzielte Erfolg ein dauernder gewesen ist. Jedenfalls war derselbe, mit Rücksicht auf die vorher 10 Monate lang unverändert gebliebenen Beschwerden, als ein recht günstiger zu bezeichnen.

In dem 2. Falle, den ich nur ganz kurz erwähnen möchte, wurden die Störungen im Gehörorgan durch Natr. salicyl. hervorgerufen. Pat. ein 31jähriger kräftiger Mann, der früher niemals am Ohre gelitten hatte, erkrankte vor 5 Jahren, angeblich in Folge von Erkältung beim Tanze, an reissenden Schmerzen in Armen und Beinen, wogegen ihm Natr. salicyl. verordnet wurde. Er sollte 3 mal täglich ein Pulver (1,0) nehmen. Gleich nach den ersten zwei oder drei Pulvern trat sehr heftiges Ohrensausen und Schwerhörigkeit beiderseits ein, weshalb Pat. der Anweisung seines Arztes gemäss, die Arznei aussetzte. Ohrensausen und Schwerhörigkeit liessen denn auch bald an Intensität nach, ohne jedoch ganz zu verschwinden. Da die rheumatischen Beschwerden noch nicht vollständig beseitigt waren, nahm Pat. am nächsten Tage die Pulver wieder ein, und alsbald nahm auch das Ohrensausen und die Schwerhörigkeit wieder zu, besonders auf dem linken Ohre. Im Verlaufe von 14 Tagen wurden ungefähr 30 Gramm Natr. salicyl. verbraucht und damit die Schmerzen in den Gliedern zum Schwinden gebracht. Während nun zwar die Schwerhörigkeit allmählich sich so besserte, dass Pat. nicht mehr davon gestört wurde, verlor sich das Ohrensausen nicht und besteht noch heute in derselben Weise wie vor 5 Jahren: links ziemlich intensiv, rechts sehr schwach. Die Hörprüfung ergab, dass beiderseits die Uhr in normaler Entfernung vom Ohr (1,25 Meter) Flüstersprache mindestens in 6,50 Meter Entfernung (wahrscheinlich jedoch noch weiter; die Länge des zur Prüfung zur Verfügung stehenden Raumes betrug 6,50 Meter) gehört wurde. Auch durch Knochenleitung wird das Ticken der Uhr beiderseits deutlich percipirt und alle Stimmgabeln von c bis c'' werden beiderseits gleich gut durch Luft- und Knochenleitung gehört. Die Untersuchung des Trommelfelles zeigt beiderseits, ausser einer schwachen, streifenförmigen Trübung in der hinteren Partie desselben, keine Veränderung. Bei Anwendung des Politzer'schen Verfahrens fühlt Pat. deutlich die Luft in das Ohr dringen, bei Application der Luftdouche mittels des Katheters hört man beiderseits ein lautes Blasegeräusch. Letztere Procedur wurde in Verbindung mit Einspritzung von Chloralhydratlösung per tubam in die Paukenhöhle zu verschiedenen Malen wiederholt, ohne dass Pat. eine Besserung der subjectiven Geräusche constatiren konnte. Offenbar hatten die subjectiven Geräusche in diesem Falle ihren Grund in einem durch das Natr. salicyl. gesetzten Reizzustand des Hörnerven, welcher sich unter der Form der diesem Nerven specifisch eigenthümlichen Sinnesempfindung äusserte und der nur dadurch sich auszeichnete, dass er nicht, wie dies sonst der Fall ist, ohne Schaden zu hinterlassen, vorüberging.

Die mitgetheilten Fälle zeigen, dass schon durch mässige Gaben von Chinin- und Salicylsäure dauernde Störungen in Gehörorganen veranlasst werden können. In dem ersten Falle genügte dazu der einmalige Gebrauch von 1,2 Gramm Chinin. muriat., einer Dosis, die ohne Bedenken geben zu können, man wohl allgemein voraussetzt. Liebermeister und Mosler (s. Arzneiverordnungslehre von Ewald und Lüdecke, Berlin 1883) geben 1,0—1,5 selbst 2,5 auf einmal bei Abdominaltyphus. Lewin [1]) giebt als Maximaldosis 2,5 pro dosi und 7,5 pro die an. — Im zweiten Falle wurden pro die 3,0 Natr. salicyl. in Dosen von 1,0 Gramm, und im Ganzen im Verlauf von 14 Tagen pp. 30,0 des Mittels gegeben; nach Lewin kann man 5,0 pro dosi und 15,0 pro die, nach Ewald und Lüdecke 0,5 bis 8,0 pro dosi geben. Wenn also gegenüber diesen Angaben in unseren Fällen schon so geringe Quantitäten der in Rede stehenden Mittel genügten, um dauernde Störungen im Gehörorgane herbeizuführen, so fehlt uns bisher jede Möglichkeit, dieses Factum zu erklären, vorausgesetzt, dass wir uns nicht mit der Annahme einer individuellen Reizempfänglichkeit resp. einer Idiosynkrasie begnügen wollen. Dass jedoch solche verhältnissmässig kleine Gaben von Chinin auch an anderen Organen zu ähnlichen, vielleicht als vasomotorische zu bezeichnenden, Störungen führen können, ergiebt sich aus verschiedenen Beobachtungen. Namentlich ist es die äussere Haut, welche in ähnlicher Weise befallen werden kann. So erwähnt Binz in der schon oben erwähnten Arbeit vier in der Gaz. des hôpit. 1867 pag. 31. mitgetheilte Fälle von Purpura hämorrhagica nach Gebrauch von 10 — 15 ctgr Chinin alle 6 Stunden. Ferner fand Köbner [1]) bei Durchsicht der Literatur 4 kurz nacheinander im Brit. med. Journ. (1869, 1870) veröffentlichte Fälle von erythematösem Ausschlag mit nachfolgender Desquamation nach Chiningebrauch. Die Aetiologie dieser Fälle erwies sich dadurch als zweifellos, dass bei allen wiederholt dieselben Krankheitserscheinungen dem Chiningebrauch folgten. In diesen Fällen wurde von den verschiedenen Chininpräparaten (Chin. sulph., Chin. citric.) zwischen 0,06 und 0,6 gr pro dosi verabreicht und in dem einen Fall (von Skinner) traten die Erscheinungen einmal bereits nach einer einzigen Dosis von 0,06 gr und später schon nach 0,03 gr Chinin ein. Köbner selbst hatte Gelegenheit, zwei Fälle zu beobachten, bei denen nach dem Gebrauch von 0,1 resp. 1,0 Chinin. sulfur. unter Fieber und Schüttelfrost ein über den ganzen Körper sich verbreitender scharlachähnlicher Ausschlag (Erythema exsudativum universale) mit späterer Abschuppung sich einstellte. Aehnlich wie auf das Gehörorgan äusserte sich also die Wirkung des Chinins auch auf die Haut insofern, als nicht blos kurz dauernde hyperämische Zustände, sondern ausgesprochene Entzündungsprocesse (erythematöse Dermatitis) auftraten.

Diese Beobachtungen von dem Auftreten entzündlicher Processe im Gehörorgane (Labyrinth, Mittelohr) nach Chinin- und Salicylsäuregebrauch sind es nun auch, welche unser therapeutisches Verfahren wesentlich beeinflussen müssen. Zunächst entsteht die Frage, ob man nicht im Stande ist, derartigen unliebsamen Nebenwirkungen der betreffenden Mittel vorzubeugen. Zu diesem Zwecke empfiehlt Schilling (s. oben) mit Rücksicht auf die klinisch und experimentell erhärtete Thatsache der Hyperämie und Gefässerweiterung im Gehörorgane nach Salicylsäure und Chinin, das gefässverengernde Mutterkorn gleichzeitig mit resp. bald nach dem Gebrauch der ersteren zu geben. Schilling hat bisher im Ganzen 87 Kranken Nat. salicyl. in Verbindung mit Secalepräparaten (meist Infus. Secal. cornut. (10,0) 180,0. Natr. salicyl. 10,0. MDS. 1stündl. 1 Essl. voll z. n.) gegeben und gefunden, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle (76 Proc.) jegliche Wirkung der Salicylsäure auf das Gehörorgan ausblieb. Von den 9 Fällen, in denen Schilling bisher das Secale in Verbindung mit Chinin in Anwendung brachte (zu einem Gramm muss als Minimum $1^1/_2$ Gramm frischgepulvertes Secale oder 1 Gramm Ergotin gegeben werden) theilt er drei mit, bei denen die Gehörstörungen entweder vollständig ausblieben oder in sehr mässigem Grade auftraten, während sie bei alleinigem Gebrauch von Chinin sehr heftig gewesen waren. Er glaubt aus seinen Beobachtungen den Schluss ziehen zu dürfen, dass es wahrscheinlich gelingen wird, durch die Combination der beiden Mittel dem vergiftenden Einfluss des Chinins vorzubeugen. Jedenfalls dürfte es sich empfehlen, Versuche nach dieser Richtung hin anzustellen, um so mehr, als irgend welche Beeinträchtigung der antifebrilen resp. antirheumatischen Wirkung der in Rede stehenden Mittel durch ihre Combination mit Secale, nach Schillling, nicht zu befürchten ist. —

In prophylactischer Hinsicht verdienen vielleicht auch die Angaben von Finkler und Prior [2]) Beachtung, welche das Chinin. amorphum boricum als ein in seinen antipyretischen und antitypischen Eigenschaften dem Grade nach durchaus befriedigendes Mittel bezeichnen, das ausserdem den Vorzug habe, „dass die subjectiven Beschwerden, besonders Ohrensausen, eher geringer zu sein scheinen, als nach Chinin. muriat.“ Der eine der Autoren hat bei Gelegenheit eines heftigen Schnupfens zweimal 0,5 Gr. des Mittels ohne jede Beschwerde eingenommen, während das Ohrensausen ihm bei gleicher Dosis Chinin. muriatic. eine schlaflose Nacht bereitete. —

Für diejenigen Fälle, wo nach dem Gebrauch von Chinin und Salicylsäure und zwar sowohl nach grösseren als auch nach mässigen Gaben Störungen im Gehörorgan eingetreten sind, die nicht in kurzer Zeit, nach 1 bis 2 Tagen, wieder verschwinden, wird es Pflicht des behandelnden Arztes sein, zunächst durch eine genaue Untersuchung des

[1]) Lewin „Arzneimittel und ihre Dosirung“. Berlin 1884.

[1]) Köbner „Ueber Arzneiexantheme, insbesondere über Chininexantheme“. Berl. klin. Wochenschr. No. 22. 1877.

[2]) Finkler und Prior, Mittheilungen über das Chininum amorphum boricum. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 6 1884.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gehörorganes sich über etwa nachweisbare Veränderungen zu vergewissern, um danach seine therapeutischen Massnahmen treffen zu können. Durch Untersuchung mittels des Ohrspiegels und mittels des Katheters wird man eruiren müssen, ob in den betreffenden Fällen eine Affection des Mittelohres vorhanden ist und sich ferner durch sorgfältige Hörprüfung mittels Uhr, Stimmgabel (hohe und tiefe), ein Urtheil über eventuelle Betheiligung des nervösen Endapparates verschaffen müssen. Finden sich deutliche Zeichen acuter Mittelohraffection, Röthung des Trommelfelles, Schleimhauttrübung desselben, Schmerzhaftigkeit in der Gegend des Warzenfortsatzes, so wird man zunächst antiphlogistisch vorgehen und je nach Umständen Blutentziehungen in der Umgebung des Ohres, hydropathische Umschläge, Einpinselungen von Jodtinctur in der Regio mastoidea machen lassen. In den Fällen, wo es sich um chronische Schwellungszustände im Mittelohr handelt, glaubt Kirchner günstige Resultate durch Eintreibung warmer Kochsalz- und Salmiakdämpfe per tubam in die Paukenhöhle, eventuell auch durch Einspritzung 2—3procentiger Lösungen der genannten Stoffe, auch durch 2procentige Lösung von Jodkali und Arg. nitr. erzielen zu können. Ich habe in dem oben mitgetheilten Falle von nachweisbaren Residuen chronischer Entzündungsprocesse in der Paukenhöhlenschleimhaut noch günstige Erfolge, wie sich aus der Krankengeschichte ergiebt, durch einfache Application der Luftdouche mittels des Katheters und zeitweise Einspritzungen einiger Tropfen einer pp. 3procentigen Lösung von Chloralhydrat (nach Lucae)[1]) erzielt. Die Erscheinungen, welche auf Mitbetheiligung des Labyrinthes zu beziehen waren, gingen in diesem Falle nicht zurück, und es bleibt die Frage offen, ob man nicht, wenn frühzeitig eine antiphlogistische Behandlung, namentlich Blutentziehungen vorgenommen worden wären, auch diese hätte beseitigen resp. verringern können. Kirchner meint, dass man in denjenigen Fällen, wo es sich um eine Affection des nervösen Endapparates handelt, noch durch den constanten Strom zuweilen Erfolge erzielen könne.

III. Aus dem pathologischen Institut der Universität Tübingen.

Ueber Endothelveränderungen bei acuter Nephritis.

Von

Dr. C. Nauwerck.

(Schluss aus No. 10.)

Krankengeschichte. Ein 22 Jahre alter Steinhauer erkrankte am 7. Februar an Schluckweh, Husten, Halsschmerzen, worauf am 12. Heiserkeit eintrat. Der sofort consultirte Arzt diagnosticirte Diphtherie. Am 18. Aufnahme auf die Klinik.

Im Rachen lassen sich nur noch einige lose der gerötheten Schleimhaut aufliegende eitrige Fetzen nachweisen. Ausgesprochene Aphonie. Tracheostenose. Sehr angestrengte Respiration. Die laryngoscopische Untersuchung ergiebt an den Stimmbändern und in der Trachea einen weiss schimmernden Belag. Bellender Husten mit Expectoration mehrerer grosser Croupmembranen, von denen einzelne deutliche Verästelungen zeigen, somit aus den Bronchien stammen; daneben eitrige und schaumige, z. Th. mit frischem Blut vermischte Massen. — Bronchitis. — Zeichen von Bronchialstenose über dem rechten Oberlappen und von Verminderung des Luftgehaltes des Lungengewebes. Keine Milzschwellung. Temperatur 39,0—40,4; Puls 88—108. Urinmenge in 24 Stunden 750 Ccm; specifisches Gewicht 1017; Urin ohne Eiweiss. — Pat. ist ein grosser, auffallend kräftiger, musculöser Mann.

Am 20. Februar nimmt das Fieber ab, eine Laryngeal- oder Trachealstenose besteht nicht mehr; dagegen dauert die rechtseitige Bronchostenose weiter.

Am 21. Fieber bis 38,6. Urin stark eiweisshaltig. Harnmenge 1050; specifisches Gewicht 1012; saure Reaction.

In der 24stündigen Harnmenge finden sich:

Chlornatrium	5,6	gr
Harnstoff	46,6	„
Harnsäure	0,7	„

22. Harnmenge 850; specifisches Gewicht 1016; nur noch eine Spur Eiweiss nachweisbar.

Noch einzelne Croupmembranen werden ausgehustet.

23. Harnmenge 600; specifisches Gewicht 1017; wieder viel Eiweiss.

24. Temp. 37,0—38,4; Puls 80—92; Respir. 24—32, kaum noch angestrengt. Dyspnoe, Husten, Livor nur noch unbedeutend; Aphonie verschwunden; im Larynx kein Belag mehr zu erkennen. Bronchostenose verschwunden. Bronchitisch catarrhalischer Auswurf mit Blutbleimischung.

Acute Nephritis; Harnmenge 450; specifisches Gewicht 1013; Harn etwas trübe, doch nicht auffallend dunkel. Starker Eiweissgehalt. Kein freies Blut. Im Sediment eine Masse von Cylindern der verschiedensten Dimensionen, und zwar hyaline, granulirte, z. B. mit Epithelien oder zerfallenen Blutkörperchen bedeckte, darunter sehr lange Formen.

25. Fieberlosigkeit. Harnmenge 500; specifisches Gewicht 1017.

26. Gutes Befinden. Harnmenge 400; specifisches Gewicht 1013; ziemlich starker Eiweissgehalt. Sediment wie oben.

27. Harnmenge 600, am 28. 800, specifisches Gewicht 1013. Eiweissgehalt unverändert, weniger Cylinder. Temperatur 36,6—37,9; Puls 72—88; Resp. 24—32. Gutes subjectives und objectives Befinden.

1. März. Harnmenge vom 28. Januar 600 Ccm; specifisches Gewicht 1013; saure Reaction; starker Eiweissgehalt.

In den 600 Ccm Harn finden sich 1,08 gr Chlornatrium; Harnstoff 11,16 gr.

Nach ruhig verbrachter Nacht wird Pat. Morgens 10 Uhr ganz plötzlich und unerwartet von urämischen Anfällen ergriffen; dieselben werden jeweilen durch Schwindelgefühl eingeleitet, worauf rasch Bewusstlosigkeit eintritt; Pat. wird im Gesicht zunächst blass, sieht sehr ängstlich aus; dann wird die Athmung frequent, mühsam, keuchend, stossweise, das Gesicht wird cyanotisch; auf eine Reihe convulsiver Inspirationen hört jede Athmungsbewegung für $^1/_2$—$^3/_4$ Minuten vollständig auf; gleichzeitig cessirt der Puls, nachdem er vorher kleiner, unregelmässig und sehr langsam geworden war (bis auf 24 Schläge in der Minute); dann beginnen wieder convulsive In- und Exspirationen, der Puls stellt sich ein, ohne jedoch bis zum Tode über 64 Schläge in der Minute zu steigen. Der Anfall endet in der Regel mit Erbrechen, die erbrochenen Massen reagiren sauer. Pat. gelangt wieder zum Bewusstsein. — Ausnahmsweise werden auf der Höhe des Anfalls Zwangsbewegungen der Bulbi nach links oder rechts oben, sowie leichte Convulsionen in den Gebieten des N. facialis und in den Armen beobachtet. Die Körpertemperatur hält sich während des Anfalls zwischen 35,4 und 37,4 und bleibt innerhalb dieser Grenzen bis zum Tode. Meist folgen sich 3—6 Anfälle rasch auf einander; sie sind von kurzer Dauer.

Im Laufe des Tages wird ein Quantum Schweiss aufgefangen; derselbe enthält 1,12 % Harnstoff, während der normale Schweiss nach Bestimmungen von Favre auf 1000 Theile blos 0,04 Theile Harnstoff enthält.

2. März. Seit Eintritt der Urämie, d. h. seit 24 Stunden, haben sich die beschriebenen Anfälle unaufhaltsam wiederholt; es werden 252 Einzelanfälle gezählt; jetzt liegt Pat. soporös da, blass, livid, collabirt; Puls unfühlbar; Respiration krampfhaft; heftige Action der Auxiliarmuskeln. Tod $9^1/_2$ Uhr Vormittags.

Sectionsbefund (24 Stunden nach dem Tode): Dunkle trockne Musculatur. Blasser kräftiger Herzmuskel, rechter Ventrikel schlaff, linker contrahirt. — In den Morgagni'schen Taschen eitrige Flüssigkeit; leichte membranöse Beläge auf den geschwellten, nicht defecten Stimmbändern; auf der sehr stark injicirten Trachealschleimhaut einige dünne, leicht abhebbare croupöse Membranen. — Linke Lunge bis auf einige atelectatische Stellen der geblähten Ränder und der Spitze lufthaltig, etwas ödematös; Bronchialschleimhaut stark violett injicirt, stellenweise mit schleimeitrigen Massen belegt, auch wohl mit leicht abhebbaren dünnen Croupmembranen. In einem grösseren Bronchus des Unterlappens steckt noch ein croupöses eitrig infiltrirtes brüchiges Gerinsel. Aus den feineren Bronchien, besonders des Unterlappens, lassen sich theils spärliche croupöse Gerinsel, theils schleimeitrige Massen herausdrücken. — Rechte Lunge: Schleimhaut der grosssen Bronchien intensiv violett injicirt; an der Theilungsstelle des Hauptbronchus in der Ausdehnung eines Francstückes weissliche, ohne Defect der Schleimhaut nicht ablösbare Auflagerungen; in der nächsten Umgebung liegen einige leicht abhebbare Croupmembranen. Bronchien des Oberlappens nahezu normal, der anderen Lappen wie links. Im Mittellappen einige frische bronchopneumonische Heerde. — Milz geschwellt, Parenchym derb, Follikel deutlich — Anämie des Hirns.

Nieren, namentlich im Dickendurchmesser, stark vergrössert. Kapsel leicht abziehbar, Oberfläche glatt, von grauvioletter Farbe; Venulae stellatae stark gefüllt. Auf dem Durchschnitt das Parenchym, besonders der Rinde geschwellt, dabei ziemlich derb; die Corticalis blutreich, aus vielen kleineren Gefässen entleeren sich Blutpunkte; Glomeruli als rothe Punkte sehr deutlich sichtbar. Farbe der Rinde im Allgemeinen grauröthlich, mit zahlreichen fleckigen und streifigen trübgelbweissen Einlagerungen. Pyramiden dunkelblauroth mit hellerer Streifung.

Die übrigen Organe ohne wesentliche Befunde.

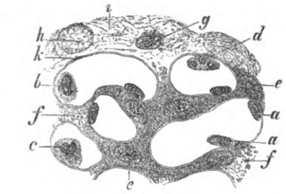
[1]) Lucae, „Ueber locale Anwendung des Chloralhydrats beim sogenannten trockenen chronischen Mittelohrkatarrh" (Berl. klin. Wochenschr. 1872. No. 41).

Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Mikroskopische Untersuchung der Nieren: Dieselbe geschah an mit Alcohol gehärteten Präparatstücken, so dass sich über gewisse Veränderungen, z. B. Verfettung, nichts aussagen lässt. Was die in Anwendung kommende Technik betrifft, so hatte dieselbe bei diesen gerade nicht leichten Untersuchungen hauptsächlich folgenden Anforderungen Genüge zu leisten: Die räumlichen Beziehungen zwischen Capillarinhalt und Capillarwandung müssen sich vollständig klar überblicken lassen; man ist sonach auf die Anfertigung dünnster Schnitte angewiesen, welche durch Isolations- und Zerzupfungspräparate niemals ersetzt werden können; die natürliche Lagerung der Theile zu einander muss auch während des Schneidens vollständig unberührt bleiben. — Die besten Resultate lieferte eine Imprägnation mit Celloidin, Erhärten in Spiritus, Ausziehen des letzteren durch Wasser und Anfertigung der Schnitte mit dem Gefriermikrotom. Das lästige Ausfallen der Theile, besonders der Glomeruli lässt sich so in erwünschter Weise vermeiden. Zur Kernfärbung wurde Alauncarmin verwandt, verbunden mit einer leichten diffusen Färbung durch Eosin. Die pathologischen Veränderungen sind im Wesentlichen auf die Glomeruli beschränkt, welche in so diffuser Weise und in so gleichmässiger Intensität erkrankt erscheinen, dass es an 60—70 Schnitten nicht gelingt, auch nur einen völlig normalen Knäuel nachzuweisen. Die Binnenräume der Kapsel enthalten durchweg mehr oder weniger, z. Th. sehr reichliche körnige oder mehr fädige Gerinnungsmassen, selten rothe Blutkörperchen und auch weisse Blutkörperchen lassen sich nur ausnahmsweise erkennen; dagegen finden sich sehr reichliche abgestossene Glomerulusepithelien, z. Th. noch kernhaltig, in ihrer über die Fläche gekrümmten Form erhalten, z. Th. zu kugeligen, kernlosen, körnigen oder mehr homogenen blasigen gequollenen Gebilden umgewandelt. Das Kapselepithel zeigt nur geringe Veränderungen, Schwellung der Kerne, hie und da auch des Protoplasmas. — Die Glomeruli mitsammt ihrer Kapsel sind durchweg hochgradig vergrössert und es fällt nicht schwer, nachzuweisen, dass diese Vergrösserung auf einer starken Erweiterung der Capillarschlingen beruht. Die Kerne der Glomeruli zeigen eine mässig starke Verminderung ihrer Zahl, und man bemerkt bei stärkerer Vergrösserung sehr leicht, dass das Knäuelepithel durch massenhafte Abstossung abgenommen hat, so dass vielfach die Capillarschlingen, insbesondere an der Knäuelperipherie, von Epithel entblösst, nackt daliegen. Die noch vorhandenen, häufig nur noch locker aufsitzenden, Epithelien zeigen z. Th. Schwellung ihres Protaplasmas und der Kerne; vielfach sieht man auch 2—3 Kerne in einer Zelle, die z. Th. abnorm stark tingirt und mehr bröckelig erscheinen, so dass man öfters *nicht* den Eindruck einer Kernvermehrung, sondern eines Kernzerfalles erhält. Die Wände der erweiterten Glomeruluscapillaren sind durchweg zart, homogen, von einem doppelten Contur begrenzt, nirgends verdickt. Dem makroskopischen Bilde an der Leiche entsprechend, sind sie dicht mit rothen Blutkörperchen erfüllt, die aber, durch die Alcoholconservirung zu „Schatten" abgeblasst, die übrigen Inhaltsmassen in voller Klarheit hervortreten lassen. Von einem thrombotischen Verschlusse der Capillarlumina ist durchaus nirgends die Rede; ganz vereinzelte meist mehr centrale im Glomerulus gelegene Capillaren enthalten reihenweise angeordnete intensiv gefärbte Rundzellen, welche das charakteristische Aussehen von weissen Blutkörperchen darbieten.

In grösster Uebersichtlichkeit zeigt sich nun insbesondere an Querschnitten der durch die pralle Blutfüllung gleichsam natürlich injicirten Knäuelcapillaren, dass eine hochgradige Zunahme der Endothelkerne vorliegt. Dieselben haben z. Th. normale Configuration, d. h. sie erscheinen auf dem Schnitte flach, länglich, annähernd spindelförmig, in der Regel aber sind sie etwas geschwellt, mehr oval; sie sind im Ganzen kleiner als die Epithelkerne und färben sich intensiver. Kernlos ist fast kein Capillarquer- oder Schrägschnitt; gerade auch die peripheren Capillarschlingen enthalten häufig sogar mehrere Endothelkerne. Dieselben lassen z. Th. kein nachweisbares Zellprotoplasma erkennen, nicht selten dagegen erkennt man ein zartes Protoplasma, welches an den beiden Polen mit der Capillarwand zusammenfliesst. In der Regel besteht ein inniger Contact zwischen Kern und Capillarwand, nicht selten aber scheint sich der erstere von ihr ablösen zu wollen und stellenweise liegen derlei Kerne, z. Th. von einem zarten Protoplasma eingehüllt, einzeln oder in Mehrzahl frei im Lumen der Capillaren, so dass dasselbe ausnahmsweise vollständig von diesen ovalen Kernen ausgefüllt wird. Nicht selten sieht man Bilder, die möglicherweise als Kerntheilung zu deuten sind; so finden sich, gerade auch wieder hie und da an peripheren Capillarschlingen grosse flache, die Circumferenz der Wandung zur Hälfte oder zwei Dritteln einnehmende halbmondförmige Kerne, welche in der Mitte eine leichte Einsenkung und Scheidung erkennen lassen; an andern Stellen liegen zwei ovale Kerne, der Wand adhärent, dicht neben einander, die Längsaxe gegen das Lumen der Capillaren gerichtet.

Andererseits finden sich auch Endothelzellen (d), deren Protoplasma gequollen, blasskörnig erscheint und mehrere z. Th. äusserst intensiv



Erklärung der Figur:

a. Capillarkerne,
b. geschwellte Endothelzelle,
c. Endothelzelle mit 3 Kernen,
d. Endothelzelle mit Kernzerfall,
e. Epithelkern,
f. Protoplasma des Epithels,
g. h. Desquamirte Glomerulusepithelien,
i. Gerinnungsmassen im Kapselraum,
k. Wandung einer periph. Capillare.

tingirte, bröckelige Kerne enthält, so dass man den Eindruck einer degenerativen Schwellung mit Kernzerfall erhält, während andere mehrkernige Endothelien (k) in Proliferation begriffen scheinen. Häufig liegen gruppenweise blasse oder intensiv gefärbte bröcklige Zerfallskörper im Capillarraume.

Ganz ähnlichen Bildern von Schwellung des Protoplasmas und der Kerne, von Kernwucherung und Zerfall, von Loslösung von der Capillarwand begegnet man sehr häufig in den durchweg sehr weiten Vasa afferentia und ihren ersten Verzweigungen, in kleinen Arterien und namentlich in den dilatirten intertubulären Capillaren des Labyrinthes, wo die buckelförmig sich vorwölbenden Zellen mit den mächtigen Kernen nicht selten das Lumen mehr oder weniger ausfüllen. Die Blutmassen in diesen Gefässen schliessen öfters mehrkernige, z. Th. plättchenförmige, z. Th. mehr schollige Gebilde ein, welche kaum anders denn als desquamirte Endothelien aufzufassen sein dürften.

Die Befunde am übrigen Parenchym sind einfach. Die Epithelien aller Harnkanälchen-Systeme sind fast durchwegs erhalten, nur ausnahmsweise ist der Zellsaum defect; die Kerntinction ist eine normale. Nach dem Sectionsprotokoll müssen wohl leichte Verfettungszustände bestanden haben. Einzelne Epithelzellen der absteigenden Schleifenschenkel schliessen gelbe, körnige Pigmentmassen ein. Die Harnkanälchen verschiedenster Ordnung enthalten sehr häufig hyaline oder körnige Gerinnungsmassen, ferner, in letzteren eingebettet, oder für sich zahlreiche mehr oder weniger veränderte Glomerulusepithelien, spärliche rothe oder weisse Blutkörperchen und intensiv sich färbende Zerfallskörner. — Sehr unbedeutende perivenöse kleinzellige Infiltration, namentlich in der Grenzschicht und subcapsulär. Die Venen sind hochgradigst ausgedehnt, ihre Wandungen verdünnt; wiederholt findet man Rupturen derselben mit Einriss benachbarter Grundlamellen, so dass die Masse der rothen Blutkörperchen aus dem Venenlumen direct sich in die Harnkanälchen erstreckt, Blutungen, welche wahrscheinlich als agonale zu bezeichnen sind. — In der Wandung einiger kleiner Arterien finden sich hyaline schollige Herde in der Adventitia, die Eosin gerne annehmen. Mikroorganismen lassen sich in den Nieren nirgends nachweisen.

Die beigegebene Abbildung verdanke ich der Freundlichkeit meines verehrten Vorgesetzten, Herrn Professor Ziegler, welcher auch die Güte hatte, sich durch Augenschein von der Richtigkeit meiner Befunde zu überzeugen. Ich hebe ausdrücklich hervor, dass die Abbildung keineswegs Capillaren wiedergiebt, welche besonders stark afficirt waren; im Gegentheil liefern die Präparate sehr häufig noch weit prägnantere Bilder.

Fassen wir schliesslich Krankheitsbild und anatomische Schilderung zusammen, so haben wir eine acute, den Patienten nach kurzer Dauer durch eine äusserst stürmisch verlaufende urämische Intoxication vom Leben zum Tod bringende Nephritis vor uns, deren anatomische Unterlagen sich wesentlich auf die Glomeruli beschränken. Die histologischen Veränderungen bestehen einestheils in einer ausgesprochenen Desquamation des Glomerulusepithels, andererseits in einer sehr diffus verbreiteten Läsion der specifischen Gefässelemente, der Endothelien in erster Linie der Malpighischen Körperchen, dann aber auch der intertubulären Capillaren des Labyrinthes und einiger Arterien. Mit einer regen Wucherung der Endothelien geht Hand in Hand ein degenerativer Zerfall des neugebildeten und des alten Zell- beziehungsweise Kernmateriales. Die Glomeruli erscheinen dabei schon makroskopisch gross, blutüberfüllt, als Theilerscheinung der Wirkung der entzündlichen Gefässalteration, und die histologische Untersuchung ergiebt keinerlei Anhaltspunkte für die Annahme, dass eine Verlegung der Capillarbahnen der Glomeruli, sei es durch Wandverdickung, sei es durch Anhäufung zelliger Elemente, sei es durch thrombotischen Verschluss in irgendwie erheblicher Ausdehnung während des Lebens vorgelegen hätte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wie erklären sich nun die so gewaltigen Erscheinungen während des Lebens aus den nur mit Mühe nachzuweisenden anatomischen Veränderungen der Glomeruli?

Die Anhänger der Lehre, welche sowohl im anatomischen, als im functionellen Sinne den Schwerpunkt bei der Nephritis auf die epithelialen Läsionen legt, dürften nicht verfehlen, auf die vorhandene Epitheldesquamation der Knäuel hinzuweisen. Aber so aufrichtig man der Auffassung Cohnheim's, der im Glomerulus ein secretorisches Organ sieht, anhängen mag, eine noch so hochgradige Epithelveränderung für sich allein vermag nicht, das klinische Bild der Nephritis, die starke Albuminurie, den reichlichen Austritt rother und weisser Blutkörper in die Erscheinung treten zu lassen. Sieht man die hauptsächlichste secretorische Function des Glomerulus darin, wohl Wasser, nicht aber Serumeiweiss und geformte Elemente aus dem Blute in die Nieren übertreten zu lassen, so wird ein auch noch so vollkommener Wegfall der specifischen Drüsenelemente zunächst nur die Glomeruluscapillaren in die gleiche functionelle Lage, wie die übrigen Capillaren des Körpers, welche keinen secretorischen Organen eingefügt sind, versetzen; wir dürfen somit der Epitheldesquamation für die Symptomatologie der acuten Nephritis kaum eine grössere Bedeutung zuschreiben, als dass dieselbe in erster Linie eine geringfügige Albuminurie hervorzurufen vermag; damit stimmen auch klinische und anatomische Erfahrungen wohl überein; nicht so gar selten begegnet man derartigen Epithelläsionen der Glomeruli, ohne dass während des Lebens die Symptome der Nephritis vertreten gewesen waren.

Wir sehen uns deshalb genöthigt, auf die Veränderungen der Gefässwand selber in erster Linie zurückzugreifen, und ich glaube, die Beobachtung berechtigt uns zu dem Satze, dass eine fast ausschliesslich auf die Glomeruli beschränkte entzündliche Gefässalteration, verbunden mit ihren gewohnten Circulationsstörungen, welche sich wesentlich in der verlangsamten Blutströmung manifestiren, genügt, das volle klinische Bild der acuten Nephritis, ja sogar den Tod an rapid verlaufender Urämie hervorzurufen. Friedlaender (l. c. pag. 87) hat den Vorschlag gemacht, „den Namen Glomerulonephritis für diejenige Affection zu reserviren, bei welcher eine Undurchgängigkeit des Glomerulus vorliegt". Ich sehe indessen nicht ein, warum man einer solchen Form der Nierenentzündung, wie die oben beschriebene, nicht auch den Namen der Glomerulonephritis geben sollte; mir scheint, als ob diese Bezeichnung allen Nierenentzündungen beigelegt werden dürfte, welche sich anatomisch auf die Malpighi'schen Körperchen beschränken.

Die in dem mitgetheilten Falle so unzweifelhaft ausgesprochenen Veränderungen an den specifischen Gefässelementen, den Endothelien, lassen vielleicht mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit den Schluss zu, dass auch in den Fällen von Nephritis, bei welchen die Glomeruluscapillaren optisch intact erscheinen, eben doch Läsionen vorhanden sind, welche nachzuweisen einer verbesserten Technik vorbehalten sein mag.

Ueberdies liegen mir eine Reihe weiterer Befunde vor, welche degenerative Processe an den Endothelien nicht bloss der Gefässe der Nieren, sondern auch anderer Organe bei acuter Nephritis, wie sie im Verlaufe der croupösen Pneumonie, der Pyämie, der Diphtherie etc. auftritt, unzweifelhaft darthun; darüber an anderer Stelle.

Aber auch die Untersuchungen von Langhans, Friedlaender etc. dürften auf Grund der geschilderten Befunde im Sinne der Capillarkernwucherung kaum mehr anzuzweifeln sein, wenn gleich sie durch weitere Processe, Wandverdickungen der Capillaren, vielleicht auch thrombotische Verschlüsse, weniger übersichtlich sich darstellen. Es ist mir nicht unwahrscheinlich, dass die Fetttröpfchen, welche Langhans inmitten der körnigen Inhaltsmassen der Capillaren sah, als Producte fettigen Zerfalles des gewucherten Endothels zu deuten sind; in meinem Falle lag leider die Möglichkeit nicht vor, diesen Punkt klarzustellen.

Es ist mir vielleicht gestattet, späterhin einmal zu berichten, in wie weit die endotheliale Auskleidung der Glomeruli bei chronischen Nephritiden eine Rolle spielt; unmöglich ist es keineswegs, dass derartige Wucherungen, wenn sie einen mehr progressiven Charakter annehmen, bei Verödungsprocessen sich betheiligen, worauf übrigens schon Virchow, Förster, Langhans hindeuten.

IV. Die Mittheilungen des Kaiserlichen Reichs-Gesundheitsamtes. Zweiter Band. Berlin, A. Hirschwald, 1884.

Referent Ribbert.

II.

An die jüngst referirte Arbeit Koch's schliessen sich zunächst drei weitere auf die Tuberculose bezügliche Arbeiten an:

Würzburg, Ueber den Einfluss des Alters und des Geschlechts auf die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht.

Es ist eine weit verbreitete, ja fast ausschliesslich geltende Annahme, dass für die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht das Alter von 15 bis 25 Jahren das bevorzugte ist. Doch sind auch vereinzelt abweichende Meinungen laut geworden und hat z. B. Wahl für Essen eine Zunahme der Sterblichkeit an Schwindsucht mit dem höheren Alter herausgefunden. Würzburg hat die Frage für ganz Preussen weiter verfolgt, und dabei, wie Wahl, das Verhältniss der an Phthise Gestorbenen zu den in den gleichen Altersklassen Lebenden zu Grunde gelegt. Nur so kann der Einfluss des Alters auf die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht festgestellt werden. Da hat sich dann gezeigt, dass keineswegs die erwähnte Altersklasse besonders an tödtlicher Phthise leidet, sondern dass zwischen dem 60. und 70. Jahre der grösste Procentsatz der Schwindsucht erliegt (93 auf 10000). Von da bis zum 20 Jahre geht dann die Sterblichkeit allmählich zurück (bis auf 30), hat dann bis zum 15. Jahre 18, bis zum 10. Jahre 10 auf 10000 und ist am geringsten zwischen 5 und 10 Jahren. Darunter ist sie wieder höher, steigt bis auf 23. Der Einfluss des Geschlechtes macht sich in sehr deutlicher Weise zu Gunsten der Frauen geltend; geringere Differenzen existiren bis zum 30. Jahre, zwischen 60 und 70 Jahren, in welche Zeit auch bei Frauen die grösste Sterblichkeit fällt, kommen aber auf 10000 Lebende 112 Sterbefälle bei Männern und nur 76 bei Frauen. Weiterhin giebt die Untersuchung interessanten Aufschluss über das Verhältniss der Schwindsuchtssterblichkeit in der Stadt und auf dem Lande. Die gewöhnliche Annahme zu Ungunsten der Städte hat ihre volle Berechtigung bis zum 50. Lebensjahre, zwischen 50 und 60 stehen die Ziffern ungefähr gleich, über 60 aber dreht sich das Verhältniss sehr zu Ungunsten der Landbevölkerung, was wohl seinen Grund hat in den ungünstigen hygienischen Verhältnissen der ländlichen Wohnungen, in denen die alten Leute ihre ganze Zeit zubringen.

Die bisher besprochenen Punkte behalten im Grossen und Ganzen auch ihre Geltung, wenn man nur die einzelnen Regierungsbezirke für sich untersucht. Kleinere Schwankungen beruhen auf lokalen Verhältnissen, überall aber gilt die Regel, dass zwischen das 60. und 70. Lebensjahr die grösste Sterblichkeit an Schwindsucht fällt. Gegenüber dieser Uebereinstimmung der relativen Verhältnisse ergeben sich wichtige Differenzen bezüglich der Gesammtsterblichkeit in den einzelnen Regierungsbezirken. Der Westen der Monarchie nämlich weist eine beträchtlich höhere Sterblichkeitsziffer auf, als der Osten und *in beiden* Regionen sind die südlichen Gegenden gefährdeter als die nördlichen. Den ausführlichen die bisherigen Mittheilungen erläuternden Tabellen werden nun andere auf anderweitige Lungenkrankheiten bezügliche gegenübergestellt und, wenn auch bis zum Ablauf des zweiten Jahres die Sterblichkeitsziffer hier weitaus am grössten ist, so lässt sich doch darüber hinaus im Allgemeinen eine Zunahme mit dem Alter constatiren. Insbesondere gilt das für die Pneumonie, die nicht, wie man gern annimmt, ihre grösste Todesziffer in den Blüthejahren, sondern im hohen Alter hat. Alle Beobachtungen gelten nun zunächst nur für Preussen. Interessante Uebereinstimmungen und Differenzen ergeben sich für andere Länder. So hat England eine Abnahme der Schwindsuchtssterblichkeit im Alter zu verzeichnen, was vielleicht an den hygienisch günstigen Wohnungsverhältnissen der Engländer liegt. Nordamerika und Schweden weisen dagegen ähnliche Verhältnisse auf wie Preussen. Die Schwindsuchtssterblichkeit der Männer ist in Schweden gleichfalls grösser als die der Frauen, in Nordamerika und England aber geringer. Es ist zu erwarten, dass die eingeschlagene statistische Untersuchungsmethode uns manchen werthvollen Aufschluss über die Bedingungen der Entstehung der Phthise liefern wird.

Gaffky, Ein Beitrag zum Verhalten der Tuberkelbacillen im Sputum.

Verf. hat während mehrerer Monate bei 12 Phthisikern das Verhalten der Bacillen im Auswurf regelmässig untersucht und obwohl bei jedem Kranken täglich nur 1 Deckglaspräparat gemacht wurde, hat er doch nur 44 Mal unter 982 Untersuchungen keine Stäbchen gefunden, d. h. in 4,5 Proc. Zwei weitere Patienten waren von Interesse dadurch, dass bei ihnen eine Lungenphthise ausheilte, indem die anfangs vorhandenen Bacillen später ganz verschwanden. Der eine Kranke ging an intercurrenter Peritonitis zu Grunde und die Section ergab keine frischen Lungenprocesse, sondern nur eine schiefrige Induration einer Spitze. Der andere Patient wurde geheilt entlassen.

Schill und Fischer, Ueber die Desinfection des Auswurfs der Phthisiker.

Das bacillenhaltige Sputum von Phthisikern kann Gesunden dann gefährlich werden, wenn es in getrocknetem Zustande zerstäubt in die Athmungswege gelangt. Die Desinfection des Auswurfs Schwindsüch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tiger ist daher dringend geboten und das um so mehr, als auch völlig trockener Auswurf noch nach langer Zeit zur Infection geeignet ist, so dass Koch mit solchen Massen noch nach 8 Wochen Tuberculose erzielte und die Verf. ein gleiches Resultat nach 125 Tagen hatten. Sie sahen aber auch, dass mit der Zeit doch das eingetrocknete Sputum unwirksam wird, so dass ein 226 Tage alter trockener Auswurf keine Erkrankung hervorrief. Zweifellos sind es die Sporen, welche so lange wirksam bleiben, denn die Bacillen gehen rasch zu Grunde. Die Desinfectionsversuche nun wurden auf nasse und trockene Sputa ausgedehnt und in verschiedenster Weise angestellt, die Controlle durch Impfungen ausgeführt. Zunächst ergab sich, dass die Fäulniss die Sporen auch nach 6 Wochen noch nicht getödtet hatte. Bezüglich der übrigen angewandten Methoden können hier nur die practisch wichtigen Resultate mitgetheilt werden. Hitze musste bei 100° mehrere Stunden lang einwirken, um die getrockneten Sputa zu desinficiren, dagegen genügte die Dauer von 1 Stunde bei 100° heissen Wasserdämpfen, und für nasse Sputa reichten hier 15 Minuten hin. Feuchter Auswurf wurde auch durch 20 Minuten langes Kochen völlig sterilisirt, für die Praxis dürfte wegen der grossen in Betracht kommenden Mengen ein halbstündiges Kochen nothwendig sein. Von chemischen Agentien erwiesen sich brauchbar: absoluter Alkohol, concentrirte Salycilsäurelösung, 3proc. Carbolsäure, Essigsäure, Liquor Ammon. caust. und gesättigtes Anilinwasser. Die Preise der einzelnen Substanzen bedingen eine beschränkte Auswahl für die Praxis. Der Alkohol muss in der fünffachen Menge des Sputums zugesetzt werden und ist demnach viel zu theuer. Ebenso verhält es sich mit dem Anilinwasser, welches in 10facher Quantität gebraucht werden müsste. Es empfiehlt sich am meisten eine 5proc. Carbolsäure, die mit der gleichen Menge des Sputums versetzt wird, dann sicher wirkt und nicht zu theuer ist. Das vielgerühmte Sublimat war nur bei kleinen Mengen von Sputis und in nicht zu grosser Verdünnung brauchbar, bei grossen Massen rief es auf der Oberfläche Gerinnung hervor, drang deshalb nicht mehr in die Tiefe ein und blieb so unwirksam.

V. Martin Mendelssohn: Die infectiöse Natur der Pneumonie.

(Zeitschrift für klinische Medicin VII. Heft 2.)

Ref. O. Rosenbach.

Unter eingehender Berücksichtigung der Literatur und an der Hand *zahlreicher* in der Klinik von Leyden angestellter Untersuchungen und *Beobachtungen* unterwirft der Verf. die Lehre von der infectiösen Pneumonie einer umfassenden kritischen Besprechung von folgenden Gesichtspunkten aus. Er bespricht 1. das epidemische Auftreten der Krankheit, 2. ihre Entstehung durch directe Invasion, 3. die Contagiosität, 4. die Abhängigkeit von meteorologischen Verhältnissen, 5. das Monas pulmonale, 6. die Art der Invasion (Disposition und Immunität); das 7. Schlusscapitel behandelt die Frage von der Einheit der Pneumonie. Aus dem Inhalte des ersten Abschnittes interessiren die Pneumonieendemien in gewissen Alpenthälern der Schweiz (Alpenstich), ferner die Beobachtungen aus dem gleichartigen Material der Militärlazarethe, ferner die ganz localen Endemien (Hauspneumonien) in Krankenhäusern und Gefangenanstalten, sowie die nur einzelne Familien betreffenden Erkrankungen. In dem 2. Abschnitt werden die Epidemien besprochen, in welchen zwar nicht die specifische, aber doch die allgemeine Schädlichkeit, durch welche sie entstanden sind, genau bekannt geworden ist. Es handelte sich hier durchgängig um ein in fauligen Emanationen enthaltenes Virus (schlecht ventilirte, unsaubere Wohnräume in Gefangenanstalten und Kasernen), doch auch in Privatwohnungen können derartige Verhältnisse vorliegen, wie ein sehr instructives, in der Leyden'schen Klinik beobachtetes Vorkommniss beweist. In einer Familie von 5 Personen, die sich einige Tage in einer, durch das Reinigen einer sehr vernachlässigten Wohnung hervorgerufenen, Staubatmosphäre befanden, erkrankten innerhalb 6 Tagen 4 Individuen an schwerer Pneumonie. —

In dem 3. Abschnitt citirt Verf. Beispiele, welche für die Contagiosität der Pneumonie sprechen und bereichert die Casuistik um 2 Fälle (von der Leyden'schen Klinik), in denen Typhuskranke auf der Abtheilung selbst croupöse Pneumonien, anscheinend durch Contagion, acquirirt hatten. Verf. ist der Ansicht, „dass man, obwohl Contagiosität nicht zu den hervorstechendsten Punkten im Wesen der Pneumonie gehört, doch das Vorkommen von Ansteckung, die Möglichkeit der Uebertragung der Pneumonie anerkennen müsse".

Im 4. Abschnitt wird die Abhängigkeit der Lungenentzündung von meteorologischen Verhältnissen besprochen und auf die Untersuchungen hingewiesen, welche eine typische Häufigkeitscurve der Erkrankung, (das Maximum fällt auf die Monate März, April, Mai), sowie die Abhängigkeit der Pneumoniefrequenz von den atmosphärischen Niederschlägen constatirt haben. Nach dem Verf. ergiebt die kritische Beleuchtung aller Beobachtungen, dass eine Erkältung als ätiologisches Moment keineswegs immer nachweisbar ist und dass sie für sich allein nicht ausreicht, um Lungenentzündung zu erzeugen. —

In dem 5. Capitel werden die Verdienste der einzelnen Forscher in Betreff der Entdeckung des Monas pulmonale und der Sicherstellung der parasitären Natur der Pneumonie gewürdigt. Klebs war der erste, welcher die Pneumonie mit Bestimmtheit als parasitäre Krankheit bezeichnete; ihm folgten Eberth, R. Koch und E. Werner. Die genauesten Angaben über die Form und Verbreitung dieser Bacterien verdanken wir C. Friedländer, welcher sie als ellipsoid gestaltete Kokken von fast einem Mikromillimeter Länge und etwa $^2/_3$ Mikromillimeter Breite beschreibt, die meist zu zweien zusammenhängen, aber auch längere Ketten bilden können. Leyden war der Erste, dem es durch eine Punction mit der Pravaz'schen Spritze bei einem Pneumoniker schon während des Lebens gelang, das Vorkommen dieser Kokken nachzuweisen. Auch im Sputum gelingt mit der bekannten Methode der Nachweis der Mikrokokken, doch nicht in allen Fällen mit gleicher Leichtigkeit und Sicherheit. Verf. ist im Gegensatz zu Ziehl und auch zu Màtray, welche dem Nachweis der specifischen Kokken im Sputum keine prognostische Bedeutung beimassen, der Ansicht, dass man in schweren Fällen eine grössere Anzahl von Kokken findet, als in leichten, dass sie bei günstigem Verlauf zur Zeit der Krise an Menge abnehmen, und dass das zahlreiche Vorkommen der Organismen in einem Sputum, welches nicht mehr rubiginös ist, eine schlechte Prognose zu bedingen scheint.

Schliesslich weist der Verfasser auf die Analogien, welche die crupöse Pneumonie des Menschen und die Pleuropneumonie des Pferdes in ätiologischer und pathologischer Hinsicht bieten (auch bei letzterer sind Diplokokken nachgewiesen), hin. (Zu der Zeit, als Verfasser seine Arbeit schrieb, war es noch nicht gelungen, den Mikrokokkus der Pneumonie zu isoliren, ihn zu züchten, und erfolgreiche Impfungen vorzunehmen; in jüngster Zeit ist dies bekanntlich durch die Untersuchungen von C. Friedländer ermöglicht worden. Ref.) Aus dem nächstfolgenden Abschnitt der von der Art der Invasion, der Disposition und der Immunität handelt, wollen wir nur hervorheben, dass Verf. die Pneumonie zu denjenigen Infectionskrankheiten rechnet, deren Ueberstehen nicht nur keinen Schutz vor erneuter Erkrankung schafft, sondern vielmehr die Disposition dazu erheblich vergrössert. Das letzte Capitel beschäftigt sich mit der Frage von der Einheit der Pneumonie, und Verf. spricht sich auf Grund der von Friedländer und der auf der Leyden'schen Klinik gemachten Beobachtungen, die das constante Vorkommen der specifischen Mikrokokken in allen Fällen von croupöser Pneumonie, auch bei den grössten Differenzen des klinischen Verlaufes erwiesen, mit aller Schärfe dahin aus, dass die einzelnen Formen der Lungenentzündung sich nur quantitativ, nur durch ihre grössere oder geringere Intensität, die nicht blos von der Intensität des Giftes, sondern auch von der Widerstandsfähigkeit des Organismus abhängt, unterscheiden. (Es gereicht dem Referenten zur grossen Genugthuung, dass die eben mitgetheilte Ansicht über aetiologische Einheit von Krankheitsformen, die sich klinisch und namentlich anatomisch oft so ausserordentlich different präsentiren, sich mit der Auffassung, welche er vor Jahren bezüglich der Endocarditis und der Herzmuskelerkrankungen im Speciellen vertreten hat, deckt und er gestattet sich, nur einen Satz aus der diesbezüglichen Arbeit (Artikel Herzkrankheiten in Eulenburg's Realencyclopädie und Breslauer ärztliche Zeitschrift No. 9 u. 10, 1881) anzuführen: „Alle Eintheilungen der Endocarditis in verschiedene Formen sind undurchführbar, da sie nie von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus ausgehen können, und da ihnen deshalb stets eine logisch nicht mögliche Verschmelzung differenter Eintheilungsprincipien zu Grunde liegt. Es giebt nur eine Form der Endocarditis, die je nach ihrer Intensität und im Verhältniss zu der Widerstandskraft des Organismus mehr oder weniger stürmisch mit grösseren oder geringeren Läsionen an den Klappen verläuft, die entweder rapid durch eintretende Herzschwäche oder durch multiple Embolien zum Tode führt, oder unter günstigeren Verhältnissen eine narbige Schrumpfung des Klappengewebes zur Folge hat."

VI. Ph. Schech. Die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und ihre Behandlung. München. 1883. M. Rieger'sche Universitäts-Buchhandlung. 19 Seiten. Referent: Maximilian Bresgen Frankfurt a. M.

Als am häufigsten erkrankt erscheint die Highmorshöhle, wozu Erkrankungen der Zähne und der Nasenhöhle am meisten Anlass geben, besonders aber acute und chronische Rhinitis. Verschliesst sich die Oeffnung der Höhle, so kann eine Ansammlung von Flüssigkeit starken

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Druck im Gefolge haben und zur Ausweitung der Höhle führen und die ganze Nachbarschaft in Mitleidenschaft ziehen. Die gleichen Erkrankungen, wie in der Nasenhöhle, können sich in allen Nebenhöhlen der Nase finden. Am zweithäufigsten erkrankt die Stirnhöhle. Auch Sch. giebt an, dass bei Entzündung derselben kaum jemals Supraorbitalneuralgie fehle. Er constatirt auch, dass die Nebenhöhlen der Nase verhältnissmässig selten an Rhinitis chronica foetida erkranken. Die Therapie muss vor allen Dingen den ätiologischen Momenten Rechnung tragen. Gegen die Rhinitis chronica hält Verf. in Uebereinstimmung mit dem Ref. die Nasendouche für wirkungslos. Er zieht mit diesem auch für den Anfang Insufflationen von Argent. nitr. in den vom Ref. angegebenen Mischungsverhältnissen (0,05 - 0,5 : 10,0 Amylum) vor. Gegen stärkere Schwellungen ist die Galvanokaustik das beste Mittel. Gegen die Erkrankung der Nebenhöhlen an sich hat Verf. das von A. Hartmann angewendete Politzer'sche Verfahren gleichfalls wirksam gefunden, insofern es momentane Erleichterung verschafft. Eine Eröffnung der Kieferhöhle geschieht am besten von den Alveolen des ersten oder zweiter Backzahnes aus. Im Uebrigen constatirt Verf., dass die Therapie gegen die Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase bisher noch eine wenig erfolgreiche zu nennen sei.

VII. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am Montag den 3. März 1884.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Schriftführer: Herr A. Fraenkel.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

Herr Lewinski macht eine geschäftliche Mittheilung, betreffend die ihm zur Untersuchung übergebenen Thermometer.

Vor der Tagesordnung erhält das Wort:

Herr Bernhardt: In Folge eines von Herrn Prof. Quincke in Kiel mir zugegangenen Schreibens habe ich unsern Herrn Vorsitzenden gebeten, mir vor der Tagesordnung einige Minuten das Wort zu einer Berichtigung eines meinerseits begangenen Versehens zu gewähren. Ich habe nämlich in meinem am 7. Januar 1884 in dieser Versammlung gehaltenen Vortrage über „Kopftetanus" bei der Anführung der Literatur den schon im Jahre 1879 auf der Quincke'schen Klinik beobachteten Fall von Tetanus hydrophobicus anzuführen vergessen. Derselbe ist unter dem Titel: Ein Fall von Tetanus hydrophobicus von dem damaligen Assistenten der Med. Klinik zu Kiel, Herrn Kirchhoff in der No. 25 der Berl. Klin. Wochenschr. publicirt worden. Es handelte sich um eine 52jährige Frau, welche sich durch einen Fall in ein Dornengebüsch das Gesicht verletzt hatte. Sieben Tage nach dem Unfall trat Trismus, sowie Behinderung des Schlingens und Athmens ein, am 8. Tage erst Krampf, am 9. Lähmung im Bereich des linken Facialgebiets. Aus der linken Schläfengegend wurde um dieselbe Zeit ein durch einen stecken gebliebenen Dorn veranlasster Abscess geöffnet. Es bestand neben der Facialislähmung Nackenstarre, Opisthotonus, Unmöglichkeit Flüssigkeiten zu schlucken. Der Urin war leicht eiweisshaltig. Die Gesichtslähmung war eine peripherische, die faradische Erregbarkeit (directe wie indirecte) von den Aesten aus gut erhalten, vom Stamm aus etwas vermindert. Das linke Trigeminusgebiet in Bezug auf die sensiblen Fasern intact. Die Kranke starb 12 Tage nach der Verletzung: die Obduction ergab keine auffallenderen pathologisch-anatomischen Befunde (Weichheit, rosige Röthung der Brücke und med. obl.): ebenso war der auch in seinem Verlauf durch den Knochenkanal verfolgte linke N. facialis (auch in seinen Temporalästen) unverändert. Mit diesem Fall, dem meinigen, dem Gueterbock's und den in der Zeitschr. f. klin. Med. (Bd. VII. Heft 4) von mir gesammelten und tabellarisch geordneten Fällen (inclusive der beiden im Nachtrag referirten von Nankivell und Bond) wären demnach bis heute 12 Fälle bekannt; nachzutragen wäre noch, dass Kirchhoff trotz des mangelnden anatomischen Befundes die Möglichkeit einer partiellen Neuritis des N. facialis concedirt, die nur wegen der Kürze der Zeit noch keine pathologisch-anatomisch nachweisbare Residuen hinterlassen hätte. —

Ferner erhielt ich von unserem Herrn Vorsitzenden die Aufforderung, etwas über spontane Hydrophobie mitzutheilen. Ich konnte in der an meinen damaligen Vortrag sich anschliessenden Discussion nicht viel darüber sagen, doch habe ich mich inzwischen bemüht, aus der Literatur zusammenzubringen, was darüber bekannt ist. Es handelt sich um hydrophobische Zustände, die sehr ähnlich sind den Erkrankungen von Menschen, die von tollen Thieren gebissen sind und in Wuthkrankheit verfallen waren, bei denen aber (scheinbar) diese Aetiologie fehlt. Man kann nach dieser Richtung hin etwa 6 Kategorien unterscheiden:

1. Es kommen Zustände von dieser sogenannten spontanen Hydrophobie vor bei Menschen, die nicht von Thieren gebissen sind, aber die, mit leichten Excoriationen behaftet, von wuthkranken Thieren im Anfangsstadium von deren Krankheit beleckt wurden, so dass man später, wenn die leichte Hautabschürfung schon längst nicht mehr nachweisbar ist, auf die Idee kommen konnte, man hätte es mit spontaner Hydrophobie zu thun. So habe ich in der Literatur einen höchst interessanten, von Caelius Aurelianus erzählten Fall gefunden, wo eine Näherin ein von einem wuthkranken Hunde zerrissenes Kleid nähte, dabei den Faden zeitweilig durch den Mund zog und sich so eine leichte Verletzung an der Zunge zuzog. Einige Tage darauf verfiel sie in Wuthkrankheit.

2. Es kann bekanntlich nach Bissen von wuthkranken Thieren eine Monate, ja in einzelnen Fällen 1—1½ Jahre lange Incubationszeit vergehen, ehe die Krankheit beim Menschen zum Ausbruch kommt. Nun kommt es vor, dass solche gewissermassen prädisponirte Menschen nach plötzlichen heftigen psychischen Eindrücken in einen Zustand gerathen, der die schlummernde Krankheit schnell zum Ausbruch kommen lässt, so dass es scheinen kann, als hätten eben diese psychischen Momente allein das Leiden hervorgerufen.

3. Kommen Fälle vor, wo sehr disponirte, nervöse Personen von wuthkranken Thieren gar nicht selbst gebissen werden, sondern nur sehen, wie Andere gebissen werden, während sie selbst von dem Thiere nur angesprungen wurden, und dennoch bricht die Krankheit bei ihnen aus. Gewöhnlich sind diese Fälle, wenn sie richtig erfasst werden, heilbar, aber es kann auch vorkommen, dass die Erscheinungen der Schlundconstrictionen u. s. w. bei den heftigen Angsteindrücken so überwiegend werden, dass die Personen daran zu Grunde gehen.

4. Erwähne ich eben jene Fälle von Tetanus hydrophobicus, wie sie Rose zuerst mitgetheilt hat, der darauf hinwies, dass man eventuell, namentlich bei alten Leuten, welche in Folge von Kopf- oder Gesichtsverletzungen tetanisch geworden sind, bei den eventuellen heftigen Schlundmuskelkrämpfen annehmen kann, sie wären hydrophobisch, obgleich man es, wie er zuerst nachgewiesen, eben mit einer eigenthümlichen Tetanusform zu thun hat.

5. Bei chronischen Alkoholisten, bei Hysterischen, bei Leuten, die mit Arsen vergiftet sind, ferner bei dem Symptomencomplex, den die Psychiater Delirium acutum benennen, kommt es vor, dass die Betreffenden die Nahrung verweigern und einen Widerwillen gegen alle Getränke zeigen und zu Grunde gehen.

6. Endlich können wirkliche Gehirn- und Rückenmarksaffectionen bestehen, welche die hydrophobischen Symptome vortäuschen, eine Meningitis z. B., oder Hirnerweichung, ja, Herr Falk theilte mir mit, der österreichische Gerichtsarzt Maschka habe einen Fall obducirt, der als Hydrophobie galt, und bei dem sich im Hirn Echinococcen fanden, die den Symptomencomplex der Wuthkrankheit verursacht hatten.

Aus diesem Allen geht hervor, dass zwar bei sehr nervösen Personen sogenannte spontane Hydrophobie vorkommen kann, dass aber die Mehrzahl aller mit diesem Namen bezeichneten Fälle erst in Bezug auf Anamnese und Aetiologie der genauesten Nachforschung bedürfen, ehe man eine wirkliche, von einem wuthkranken Thiere entsprungene Infection oder das Bestehen einer anderen, nur nicht erkannten und in den Symptomen vielleicht ähnlichen Krankheit ausschliessen darf.

Zur Tagesordnung nimmt das Wort:

Herr Posner: Demonstration von Gallenstein-Präparaten. Gelegentlich einiger Untersuchungen über den Bau der menschlichen Harnconcretionen habe ich mich bemüht, auch anderweite Steinbildungen im Organismus zum Vergleich heranzuziehen, und erlaube mir, Ihnen heute einige Präparate vorzulegen, die ich von Gallensteinen gewonnen habe. Es ist mir gelungen, solche nach der bekannten Dünnschliff-Methode herzustellen, deren Anwendung auf die Harnsteine zuerst Ultzmann lehrte und mit grossem Erfolg durchführte — eine Methode, die zweifellos allein im Stande ist, bei so complicirten Structuren übersichtlich zusammenhängende, und doch für starke Vergrösserungen zugängliche Bilder zu liefern. Von den verschiedenen Arten der Gallensteine sind für diesen Zweck am meisten geeignet die allergewöhnlichsten Formen, die sich aus Pigment, Kalk und Cholesterin aufbauen; reine Cholesterinsteine sind viel schwerer zu schleifen und lassen ihre Zusammensetzung aus grossen Krystalltafeln ja auch auf anderem Wege erkennen; reine Pigment- oder Kalksteine habe ich bisher nicht untersucht.

Betrachtet man nun einen solchen Dünnschliff mit blossem Auge oder mit der Lupe, so erkennt man ohne Weiteres im durchfallenden Licht die Gruppirung der Elemente mit einer sonst auf keine Weise zu erzielenden Deutlichkeit: man sieht den schwärzlich-braunen Kern in verschiedenartiger Form und denselben umgebend die vorwiegend aus Cholesterin bestehende eigentliche Masse des Steins, die bald eine ex-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

quisit radiäre, bald eine mehr concentrisch-geschichtete Anordnung zeigt. Die verschiedenen Partien sind verschieden stark gefärbt, — bald unterbrechen dunklere Ringe die helleren, bald ziehen farbstoffreiche Radien durch die hellglänzenden Sectoren. Die äusserste Peripherie bildet, wenigstens in vielen Fällen, eine weisse, kalkreiche Schicht.

Das Mikroskop lehrt nun, wie diese Schichtungen und Fächerungen zu Stande kommen; es zeigt insbesondere mit Deutlichkeit die krystallographischen Verhältnisse. An günstigen Stellen kann man sehen, wie die Krystalle des Cholesterin, theils in Nadel-, theils auch in Tafelform, sich um Krystallisationscentra gruppiren, welche von Körnchen von Pigmentkalk gebildet werden; es gilt dies besonders für den Kern, in welchem man die oft sehr deutlich radiär angeordneten und hier besonders schön ausgebildeten Krystalle mitten in den reichlichen dunklen Massen liegen sieht. Fremde Körper als Centra der Steine habe ich bisher nie gefunden — man gewinnt vielmehr den Eindruck, als könne jeder Niederschlag von Kalk die Krystallisation von Cholesterin anregen, so zu sagen als Fremdkörper wirkend. Innerhalb der Schichten lagern die Nadeln mehr wirr und unregelmässig, — auch in ihnen aber findet man oft noch Stellen, die ein gleiches Verhalten zeigen. — Dass für die äussere Gestalt der Steine allerdings das Zusammenlagern in einer Gallenblase maassgebend ist, ein gegenseitiges, mit Substanzverlust verbundenes Abschleifen aber jedenfalls nur ausnahmsweise stattfindet, lehrt übrigens die Betrachtung der Dünnschliffe ganz besonders deutlich.

2. Herr Pedell: Vorstellung eines Falles von Larynxstenose: Der Patient, den ich Ihnen, m. H. vorzustellen die Ehre habe, leidet an einer cylindrischen Stenose des Larynx und der Trachea, welche zwar von verschiedenen Autoren beschrieben worden aber doch im Ganzen ein seltnes Ereigniss ist. Meistens war sie Folge von constitutioneller Syphilis. Für dieses letztere ätiologische Moment finden wir bei unserem Patienten weder in der Anamnese noch in dem jetzigen Körperzustand beweiskräftige Anhaltspunkte, es scheint vielmehr, als wenn sich die Affection entwickelt hätte im Anschluss an eine schwere typhöse Erkrankung. Patient, ein schwächlicher, 16jähriger Bäckerlehrling, hat seine Mutter an Darmkrebs und Wassersucht verloren; der Vater und seine einzige Schwester sind am Leben und gesund. Er selbst hatte in der Schule viel an Kopfschmerzen und Schwindelanfällen zu leiden, hat Masern und Scharlach überstanden, ist aber sonst als Kind gesund gewesen. Als er im April 1881 in die Lehre trat, und grössere körperliche Anstrengungen von ihm gefordert wurden, bemerkte er, dass er durch die Nase nicht ordentlich Luft holen konnte; auch seine Angehörigen wurden darauf aufmerksam, und er wurde häufig gefragt, was er denn immerfort zu schnüffeln habe? Er ging am 19. April in ein Krankenhaus, es wurden daselbst Nasenpolypen constatirt und operativ entfernt. Nach der Operation stellte sich starker Ausfluss aus der Nase ein, auch bemerkte er nach heftigem Schnauben mehrfach den Abgang von Knochensplittern aus der Nase. Seit jener Zeit ist die Nase dann allmählich so eingesunken, wie sie es jetzt an ihm sehen.

Am 16. Mai 1882 wurde er aus der Krankenanstalt entlassen und kehrte in sein väterliches Haus zurück. Hier erkrankte er bald darauf von Neuem und zwar sehr schwer. Er war 6 Wochen ans Bett gefesselt, hatte hohes Fieber, Benommenheit und sehr heftige Diarrhoe; es sind während dieser Zeit auch blutige Stühle constatirt. Er erholte sich nur sehr langsam. Als er wieder anfing auszugehen, bemerkte er, dass ihm die Luft knapp wurde, namentlich war er nicht im Stande, Treppen zu steigen. Ein ihm angerathener dreimonatlicher Landaufenthalt führte keine Besserung herbei, die Athembeschwerden steigerten sich vielmehr weiter und weiter bis zu dem Grade, dass er zuletzt nicht im Stande war, irgend eine Arbeit zu verrichten. Ganz plötzlich, im Januar d. J., angeblich nach dem Einnehmen einer Medicin, die ihm gleichzeitig sehr heftige Kopfschmerzen und starken Schnupfen verursachte, trat ein äusserst heftiger Erstickungsanfall ein. Ein hinzugezogener Arzt erklärte die sofortige Tracheotomie für nothwendig, und da die Eltern die Operation im Hause nicht vornehmen lassen wollten, wurde er der Charité zugeführt. Hier constatirten wir verlangsamte, aber sehr angestrengte Athmung mit laut und weit hörbarem Stridor, starker Einziehung des Schwertfortsatzes und der Rippenbogen in der Höhe des Zwerchfellansatzes. Am Herzen, am Urin war nichts Abnormes nachzuweisen, über den Lungen fanden sich nur die Zeichen eines diffusen Katarrhs, wie denn auch die später wiederholt vorgenommene Untersuchung des Sputum auf Tuberkelbacillen stets negativ ausfiel, die Sprache endlich war in keiner Weise verändert. Dagegen ergab die laryngoskopische Untersuchung: Kehldeckel, Kehlkopfeingang und Stimmbänder normal, unterhalb derselben eine gleichmässige Verengerung des Kehlkopflumens mit centraler nur gut linsengrosser Oeffnung. Das Bild erinnerte am meisten an dasjenige, welches Burow in seinem laryngoskopischen Atlas von der Chorditis vocalis hypertrophica inferior gegeben hat, nur lag hier die Stenose nicht unmittelbar unterhalb der wahren Stimmbänder, sondern deutlich in etwas grösserer Tiefe. Durch den ungehinderten Schluss der wahren Stimmbänder beim Anlauten wurde die Stenose verdeckt. Um den Kranken vor Suffocationsgefahr zu schützen und um ausserdem einen bequemeren Zugang zu gewinnen, wurde zur Tracheotomie geschritten, und zwar wurde die Tracheotomia sup. gewählt, um der verengten Stelle möglichst nahe zu sein. Die Operation war durch starke Entwicklung des pyramidalen Schilddrüsenlappens und gleichzeitige ziemlich feste Verwachsung desselben mit der vorderen Trachealwand erschwert. Es zeigte sich aber, dass sich die Strictur auch auf die obersten Ringe der Trachea mit erstreckte, denn beim Einschneiden musste schwieliges Gewebe durchtrennt werden, und trotz der hinreichenden Grösse des Schnittes gelang es nicht, in das enge Lumen der Trachea eine Canüle von gewöhnlicher Weite hineinzuführen. Erst nach mehrfachen vergeblichen Versuchen glückte die Einlegung einer sehr engen, mit No. I bezeichneten Kindercanüle. Allmählich sind wir dann zu stärkeren Canülen übergegangen und der Patient trägt jetzt eine solche, wie sie seinem Alter zukommt; dieselbe lässt sich ohne jede Schwierigkeit einführen und wechseln.

Wir beabsichtigen nunmehr, eine T- oder Schornstein-Canüle in Gebrauch zu ziehen, um von unten aus den oberen Theil der Strictur zu erweitern, wollten aber vorher den Patienten, da das laryngoskopische Bild noch in seiner ursprünglichen Gestalt vorhanden ist, Ihnen m. H., vorstellen, um Ihre Ansicht über den weiter einzuschlagenden Weg zu hören. —

Herr Böcker: Meine Herren. Ich habe die Abbildung eines Falles mitgebracht, dessen laryngoskopisches Bild eine grosse Aehnlichkeit mit dem vorgestellten Falle zeigt, in der Natur sich aber etwas anders verhält. Während sich nämlich bei dem vorgestellten Patienten die Strictur nicht allein auf den Kehlkopf, sondern auch noch auf eine grössere Strecke des Anfangstheils der Trachea erstreckt, lag bei meinem Falle eine Membran etwa 2 mm unterhalb der Stimmbänder und verschloss den Kehlkopf bis auf eine kaum federkieldicke Oeffnung. In der Beschreibung des Falles finden Sie auch Alles, was in der Litteratur bis zur Veröffentlichung desselben an Stricturen des Kehlkopfs und der Trachea bekannt gegeben war.

Die Patientin, um welche es sich handelt, kam am 14. Juni 1875 in meine Behandlung, und stand damals im Alter von 32 Jahren. Sie litt bereits seit ihrem 14. Lebensjahre an Athembeschwerden, welche jedoch einen höheren Grad nicht erreichten und von ihr wenig beachtet wurden. Erst im Jahre 1872 stellten sich stärkere Erscheinungen ein, indem bei schnellem Gehen, Treppensteigen, anstrengenden Arbeiten etc. die Athmung erschwert wurde, ein Zustand, welcher aber der damals bestehenden Schwangerschaft zugeschrieben wurde. Im Jahre 1874 wurde sie ohne besondere Veranlassung plötzlich heiser und bemerkte, dass ihr auch bei ruhigem Verhalten die Luft knapp war. Während der Ernte dieses Jahres steigerte sich der Zustand und blieb anhaltend; ein Erysipel, welches nach Application eines Vesicans eintrat, brachte sehr gefahrdrohende Erscheinungen, verlief aber günstig; Weihnachten stellte sich ein neues Erysipel ein, die Patientin litt an der höchsten Athemnoth und es war die Tracheotomie bereits in Aussicht genommen. Doch die gefahrdrohenden Erscheinungen gingen vorüber und dieses schien dafür zu sprechen, dass es sich um einen Schwellungszustand des Kehlkopfes gehandelt habe.

Die Zeichen einer Larynxstenose blieben jedoch bestehen und steigerten sich während der im März stattfindenden Geburt und einer hierauf folgenden Mastitis noch bedeutend. Dies veranlasste den behandelnden Collegen, die Patientin zur speciellen Behandlung ihres Kehlkopfleidens nach Berlin zu schicken und trat dieselbe am 14. Juni 1875 in meine Behandlung.

Der damalige Status praesens war folgender: Magere, bleich und elend aussehende Frau, von gelblich schmutziger Gesichtsfarbe, Kopf leicht nach rückwärts gebeugt; Athmungsgeräusch weithin hörbar, pfeifend. Der Husten gellend, mit metallischem Beiklang; Sprache deutlich, nicht heiser, aber etwas schwach; bei der Inspiration und Exspiration ein gleichmässiges, pfeifendes Geräusch; starkes Hinabsteigen des Kehlkopfes bei der Inspiration; Einsinken der Supraclavicular- und Suprasternalgegend; starkes Hervortreten der Sternocleidomastoidei und omohyoid. Nach dem Heraufgehen der Treppe war die Kranke vollkommen erschöpft und musste sich erst einige Minuten erholen.

Es fand sich eine Membran dicht unterhalb der Stimmbänder; der Kehlkopf war verschlossen bis auf eine federkieldicke Oeffnung. Die Membran erschien hell, mit Ausnahme eines länglich dreieckigen Streifens, der sich von der Oeffnung nach vorn hinzog und eine stärkere Röthung zeigte. Beim Inspiriren zog sich die Membran etwas nach unten. Die Oeffnung lag um ein Geringes nach rechts und hinten von der Mittellinie.

Da eine directe Erstickungsgefahr nicht vorlag, wurde von der Tracheotomie abgesehen. Meine Intention ging dahin, in der vordern

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vereinigung eine Oeffnung anzulegen, dann mit dem Messer die Membran abzutrennen und mit der Pincette zu entfernen.

Ich machte also am vierten Tage zuerst einen Durchstich nahe dem vorderen Winkel der Stimmbänder. Um denselben sich nicht wieder schliessen zu lassen, ging ich öfters mit der Sonde in die Oeffnung ein. Hierbei bekam die Kranke das eine Mal plötzlich einen starken Hustenanfall mit starkem Rückwärtstreten des Kehldeckels und die Membran riss nach dem Loche zu durch. Hierdurch wurde die Athmung etwas leichter, die Operation schwieriger; der ursprüngliche Plan war gescheitert.

Es wurde nun schrittweis ein Stück nach dem anderen mit dem Messer am Rande abgelöst und mit der Pincette entfernt, und nach nicht ganz drei Wochen war der Kehlkopf frei. Am 10. Juli verliess die Patientin Berlin geheilt.

Im October stellte sich Patientin nochmals vor und konnte ich mit Professor Bruns die vollkommene Heilung der Patientin constatiren. Ein Brief des Mannes aus dem Juni 1877 bestätigte nochmals das ungetrübte Wohlbefinden seiner Frau.

In einem anderen Falle, welcher im September 1874 in meine Behandlung kam, war die Tracheotomie wegen Kehlkopfstenose bereits gemacht worden. Hierbei zeigte sich bereits, dass die Luftröhre ebenfalls sehr eng war. Der Kehlkopf befand sich im Zustande der knolligen, derben, festen Infiltration und Verdickung des Schleimhaut- und des Unterschleimhautgewebes mit starker Vermehrung des Bindegewebes, welcher Zustand durch Berühren mit der Sonde leicht zu constatiren war. Das Lumen des Kehlkopfs war sehr stark verengt; ebenso musste man annehmen, dass die unterhalb des Kehlkopfes liegenden Partien der Luftröhre verengt waren, da es nur gelang, eine Canüle mittlerer Stärke in die Trachea einzulegen. Dieser Zustand konnte auch mit der Schlundsonde festgestellt werden. Der Patient war früher syphilitisch, Im Mai 1875 trat der Kranke, dem die mechanische Dilatation wenig genützt hatte, in die Behandlung eines „homöopathischen Chirurgen", welcher die Spaltung des Kehlkopfes vornahm, natürlich mit negativem Erfolg. Im Jahre 1876 erlag der Patient seinen Leiden. College Schütte hatte Gelegenheit, die Obduction auszuführen. Er constatirte eine luetische Larynxstenose; enge der Trachea und eine Verengerung des linken Bronchus.

Einen weiteren Fall von Stenose der Trachea untersuchte ich im Sommer 1882 im hiesigen katholischen Krankenhause. Es handelte sich um einen jungen Menschen von 17 Jahren, welcher seit längerer Zeit an Athemnoth litt, deren Grund in den Lungen und Kehlkopf nicht gefunden wurde. Als ich den Patienten untersuchte, konnte ich eine Stenose gegenüber dem 4. Trachealring constatiren, welche in Form einer durchbrochenen Membran das Lumen der Luftröhre verengte. Die breitere Partie dieses Segels lag nach vorn. Auf mein Anrathen führte College Schmidt im Krankenhause die Tracheotomie aus. Bei derselben wurde bei Eröffnung der Luftröhre die Membran mitdurchtrennt, so dass bei der Operation kaum etwas von derselben zu bemerken war. Nach Entfernung der Canüle sah man seitlich rechts und links ein schmales Läppchen, welches nach einigen Wochen vollkommen schrumpfte, sodass der Patient geheilt entlassen wurde.

In einem anderen Falle, welchen ich im Mai 1876 beobachtete, und welcher später an einem perniciösen Wechselfieber zu Grunde ging, sass die stricturirende Stelle gegenüber dem 10. Trachealringe.

Ein fernerer Fall, den ich ebenfalls der Güte des Herrn Sanitätsrath Schmidt verdanke, bietet ein gewisses Interesse wegen der eingeschlagenen Therapie. Es handelt sich um einen Patienten, welcher an Typhus erkrankte, eine Perichondritis bekam und wegen drohender Erstickungsgefahr tracheotomirt worden war. Die Operation brachte freie Athmung, aber der Versuch später die Canüle zu entfernen, brachte alsbald wieder Erstickungsgefahr. College Schmidt überwies den Patienten an mich zur weiteren Behandlung.

Die Untersuchung ergab etwas Schwellung der ganzen Kehlkopfsschleimhaut; an dem einen Stimmbande sah man einen polypenähnlichen, rundlichen, circumscripten, erbsengrossen Knoten. Unterhalb der Stimmbänder konnte man die Canüle nicht sehen, überhaupt ein Lumen der Trachea nicht erblicken.

Ich chloroformirte den Patienten mit Hülfe der Trendelenburgschen Canüle nach Erweiterung der Trachealöffnung und fand jetzt bei der Untersuchung, dass sich dicht oberhalb der Canüle eine derbe Verwachsung der Luftröhre resp. des untersten Theils des Kehlkopfes vorfand, welche nur einer Haarsonde den Durchtritt gestattete. Ich machte deshalb die Laryngofissіon, entfernte mit der Scheere die verdickten Partien der verengten Stelle und den polypösen Knoten und legte wieder eine gewöhnliche Canüle ein. Die letztere blieb dann drei Tage liegen, worauf ich sie mit der Dupuis'schen T- Canüle vertauschte. Dieselbe trägt der Patient heute noch, da es nicht möglich war, dieselbe zu entfernen. Der Patient ist aber vollkommen arbeitsfähig und fungirt als Hausknecht in einem Hôtel, wo Niemand auch nur die Vermuthung hat, dass derselbe ein Rohr im Kehlkopf trägt.

In zwei weiteren Fällen war die Stenose die Folge einer früher überstandenen Diphtheritis und von mehrfach wegen Papillomen ausgeführter Laryngofissіon. In dem letzteren ist eine Verwachsung der Stimmbänder in ungleicher Höhe im vorderen Vereinigungswinkel eingetreten, die Schleimhaut zwischen der Basis des Aryknorpel ist stark nach vorn gezogen, wodurch eine länglich ovale nach vorn sich zuspitzende verengte Oeffnung geschaffen worden ist.

Der Fälle aber, welche bedingt sind durch Tumoren des Luftrohrs, Compression von Strumen oder Aneurysmen, ebenso solcher von syphilitischer Stenose des Kehlkopfseingangs, deren ich eine grosse Menge beobachtet habe, will ich hier nur erwähnen, da dieselben nicht direct hierher gehören.

Was nun die Therapie des vorgestellten Falles selbst anbetrifft, so könnte man versuchen, die etwa linsengrosse Oeffnung von unten her mit Bougies zu erweitern, zugleich aber von oben die Erweiterung mit Schrötter'schen Röhren oder Zinnbolzen, deren ursprüngliche Angabe wir Trendelenburg verdanken, in Angriff zu nehmen. Gelingt es nicht, und wird die stenosirte Stelle für die Athmung auf dem natürlichen Wege nicht hinreichend frei, so könnte man auch hier die Laryngofissіon bis hinauf zu den Stimmbändern ausführen, um nach der Operation die Dilatationsversuche weiter fortzusetzen oder, falls dieselben ein günstiges Resultat nicht ergeben, ebenfalls eine T-Canüle einzulegen, da die letztere wenigstens die Athmung durch den Mund gestattet und die natürlichen Verhältnisse für die Sprache setzt. In einem Falle von Lues mit Stenose des Kehlkopfes ist es mir gelungen, die Canüle nach Erweiterung der Stenose mit Zinnbolzen wieder zu entfernen, ein Resultat, welches in dem vorgestellten Falle vielleicht zu erreichen ist.

Herr Krakauer: Ich hatte Gelegenheit, im vorigen Winter auf der Klinik des Herrn Professor v. Schrötter in Wien einen ähnlichen Fall zu sehen, der sich von dem ersten Falle des Herrn Böcker nur dadurch unterschied, dass die Oeffnung hinten lag und eine mehr dreieckige Form mit der Spitze nach vorn hatte. Der Fall basirte auf dem Zustande, den Störk als chronische Blennorrhoe der Respirationsschleimhaut eingeführt hat, und dies stimmte insofern mit der Aetiologie überein, als die Patientin aus einer der Prädilectionsgegenden, wenn ich nicht irre, aus Galizien, stammte. Die Behandlung war analog der, die Herr Böcker im vorliegenden Falle angegeben hat, nämlich mit Schrötter'schen Zinnbolzen. Die Patientin hielt ausserordentlich gut und eignete sich daher sehr zu Demonstrations- und Uebungszwecken. Ueber den Ausgang kann ich nicht berichten.

Alsdann hielt 3. Herr P. Guttmann seinen angekündigten Vortrag: über einen Fall von Hernia diaphragmatica. (Derselbe wird in einer der folgenden Nummern in extenso mitgetheilt werden.

VIII. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 5. März 1884.

Vorsitzender: Herr Henoch.

1. Herr Posner: Demonstration von Harnsteinschliffen. Herr P. hat die von Ultzmann empfohlene Methode der Dünnschliffe (S. Sitzungsber. des Ver. f. inn. Med. diese Nummer, S. 171.) zur Herstellung von Harnsteinpräparaten angewandt. Die Präparate betreffen vorwiegend die Steinbildner des saueren Harns, Harnsäure, harnsaueres Natron und Oxalsäure. Dieselben zeigen, worauf Ultzmann mit besonderem Nachdruck hinweist, dass die Crystalle der einzelnen Elemente im Harnstein in sehr abweichender Form auftreten können von deren Bildern, welche wir in Harnsedimenten zu sehen gewohnt sind. Die Unterschiede, welche sich durch Dünnschliff ermitteln lassen, sind so bedeutend, dass man auf die mikroskopische Betrachtung hin allein die Diagnose der Zusammensetzung des Steins stellen kann, und zwar, namentlich, wo es sich um ein Ineinandergreifen verschiedener Steinbildner handelt, mit grösserer Sicherheit als durch die chemische Analyse.

2. Antrag des Vorstandes: Die Gesellschaft ermächtigt den Vorstand, wegen Erbauung eines Vereinshauses in Verhandlung zu treten und für den Fall, dass an geeigneter Stelle sich günstige Localitäten gewinnen lassen, Zusage einer Miethe bis 3000 Mark jährlich zu ertheilen.

Es handelt sich um das Project, in der Zimmerstrasse, in der Nähe der Friedrichstrasse, ein für die Zwecke des Vereins passendes Vereinshaus mit Versammlungssaal, Bibliothek und Lesezimmer zu erbauen, für welches der betreffende Unternehmer eine bestimmte Miethssumme von vornherein garantirt haben muss. Die Gesellschaft ermächtigt durch Annahme des obigen Antrages den Vorstand, in weitere Verhandlungen einzutreten.

3. Herr B. Fränkel: Ueber die Färbung des Koch'schen Bacillus und seine semiotische Bedeutung für die Krankheiten der Respirationsorgane.

Der Koch'sche Bacillus bietet gegenüber den gebräuchlichen Färbungsmethoden ganz besondere und nur ihm zukommende Eigenthümlichkeiten, und gerade seine Resistenz gegen die gewöhnlichen Färbungsmethoden ist es gewesen, die ihn so lange dem bewussten Nachsuchen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

berufener Forscher entzogen hat, und es ist charakteristisch, dass zu derselben Zeit, als Koch die positive Methode fand, ihn zu färben, Baumgarten durch den negativen Schluss ihn kennen lernte, nämlich dadurch, dass er bei gewissen Färbungsmethoden der einzige seiner Gattung war, der sich nicht färbte.

Der Widerstand, den er den Färbungsmethoden entgegensetzt, rührt von drei Eigenschaften her. Einmal erschliesst er sich nur gewissen Anilinfarben, zweitens dauert es eine gewisse Zeit, bis er sich färbt, und drittens bedarf es, um ihn gut zu färben, gewisser Zusatzflüssigkeiten.

Von den Anilinfarben sind unzweifelhaft die besten das Methylviolett und das Fuchsin. Beide sind einfach salzsaure Verbindungen, beide färben in der Färberei die animalischen Fasern viel leichter als die Pflanzenfasern. F. hat hinsichtlich der Färbung des Koch'schen Bacillus vergleichende Versuche mit etwa 20 Anilinfarben gemacht und ist auf Grund seiner Erfahrungen in Uebereinstimmung mit den anderen Forschern zu dem Resultat gekommen, dass diese beiden Farben sich am meisten zu der Färbung der Koch'schen Bacillen eignen.

Was die Zeit anlangt, in der der Bacillus gefärbt wird, so beginnt die Färbung bei Zimmertemperatur erst nach 10 Minuten. Koch erwähnte bereits, dass im Wärmeschrank die Färbung schneller von Statten gehe, und Rindfleisch schlägt vor, durch Erwärmen der Flüssigkeit momentane Färbung zu erzielen.

Von allen empfohlenen Zusatzflüssigkeiten hat F. bei seinen vergleichenden Versuchen das von Ehrlich empfohlene Anilinwasser die besten Resultate ergeben, dem das Toluidinwasser, ein dem Anilin homologer Stoff gleichsteht. Eine haltbare Flüssigkeit kann man sich auch dadurch herstellen, dass man 93 Ccm Wasser, 3 Ccm Anilinöl, 6 Ccm Alkohol hinzusetzt. F. hält es nicht für praktisch, wie Balmer und Fraentzel vorgeschlagen haben, in dem Anilinwasser als solchem die Farben zu lösen, er hält es vielmehr für angemessener, alkoholische Lösungen von Fuchsin und Mithylviolett vorräthig zu halten und vor dem Gebrauch, wie es Ehrlich ursprünglich angegeben hat, mit dem Tropfenzähler dem Anilinwasser soviel zuzusetzen, dass eine starke Opaleszenz der Flüssigkeit stattfindet. Er pflegt 5 Ccm Anilin- oder Toluidinwasser in einem Reagensgläschen bis zum Kochen zu erwärmen und giesst sie in ein Schälchen, worauf er von der concentrirten alkoholischen Farblösung zusetzt. Wenn man in einem solchen Schälchen das Deckgläschen schwimmen lässt, ist nach 2 — 5 Minuten die Färbung hinreichend deutlich.

Um den Bacillus nach der Färbung zu differentiren sind Säuren, Alkohol und wässrige Lösungen anderer Anilinfarben empfohlen. Von grosser Wichtigkeit ist es aber, das entfärbte Präparat aufs neue zu färben, weil nur dadurch der letzte Rest einer möglichen Täuschung in Wegfall geräth. Um das Verfahren zu vereinfachen lässt F. in neuerer Zeit sämmtliche drei Agentien gleichzeitig einwirken. Er wendet z. B., um die Methylenblaulösung zu erhalten, eine Mischung von 50 Alkohol, 30 Wasser und 20 Salpetersäure an, setzt dieser Mischung soviel Methylenblau zu, wie sich löst, schüttelt und filtrirt. Giesst man eine derartige Lösung in ein Schälchen, so kann man das Präparat aus der ersten Färblösung gleich in die zweite übertragen, wodurch dann die Entfärbung und die zweite Färbung eintritt.

Die Methode Baumgarten's, welcher die Bacillen ungefärbt zur Darstellung bringt, steht, wie B. in seiner neuesten Publication selbst zugegeben hat, für die hier in Betracht kommenden Zwecke, der anderen nach; zu erwähnen ist noch die Methode von Gibbes, die theoretisch deshalb von Werth ist, weil sie die Koch-Ehrlich'sche Theorie, dass der Tuberkelbacillus von einer Hülle umgeben ist, die für Säure nicht durchgängig sei, widerlegt, die aber für diagnostische Zwecke nicht geeignet ist. Nur dann ist sie von Werth, wenn es sich darum handelt, ein Sputum in Bezug auf accidentelle Bacillen zu untersuchen.

Eine weitere Frage ist die, ob für die Untersuchung auf Tuberkelbacillen die homogene Immersion und der Abbé'sche Beleuchtungsapparat unumgänglich erforderlich ist. F. ist zu dem Resultat gekommen, dass bei Anwendung dieser Apparate viel Zeit erspart wird, dass aber, auch in Bezug auf die negative Diagnose, man auch mit einem guten Hartnack 7 oder der entsprechenden Vergrösserung und gewöhnlicher Beleuchtung zur Noth auskommt.

Was nun die Frage von der semiotischen Bedeutung des Koch-schen Bacillus für die Krankheiten der Respirationsorgane anlangt, so glaubt F., ohne auf Widerspruch zu stossen, den Satz aussprechen zu dürfen, dass überall da, wo der Koch'sche Bacillus im Sputum gefunden wird, in den Respirationsorganen ein bacillärer Destructionsprocess vorhanden ist. Nach dieser Richtung leistet der Bacillus für die Diagnostik mehr als alle anderen bekannten Methoden und ist in vielen Fällen das einzige Mittel, einen solchen Destructionsprocess zu diagnosticiren, sowohl was die frühen Formen anlangt als in Bezug auf die differentielle Diagnostik. Hiller, Lichtheim, Gessler, Müller u. A. haben bereits nachgewiesen, dass der Bacillus bei der initialen Hämoptoë zu finden ist etc. Ferner ist ohne den Bacillus die Diagnose kaum möglich, wenn z. B. Lungenblähung zu einem bacillären Process hinzutritt, also Auscultation und Percussion wesentlich die Charaktere des Emphysems geben.

Ferner fragt es sich, welche Schlüsse aus dem negativen Befunde zu ziehen sind. Ein Fehlen der Bacillen in dem, mehrere Tage hintereinander sorgfältig untersuchten Sputum lässt nur den Schluss zu, dass sich innerhalb der Respirationsorgane kein bacillärer Destructionsprocess findet, nicht den weiteren, dass nicht im Bindegewebe der Respirationsorgane Bacillen und bacilläre Erkrankungen vorhanden sind. Miliartuberculose und käsige Pneumonie im Beginn scheinen keine Bacillen ins Sputum zu liefern, ebenso verhält es sich bei tuberculöser Infection der Epiglottis, solange keine Geschwüre vorhanden sind, wie der in der Sitzung vom 20. Februar von Herrn Krause vorgestellte Fall beweist. Aus diesen Gründen erleidet also der negative Schluss eine Einschränkung. Dennoch sind beide Thatsachen, der positive wie der negative Befund, wichtig genug, um die Untersuchung des Sputums in allen Fällen vorzunehmen, in denen der Verdacht auf derartige Processe vorliegt.

F. kommt sodann auf seine, in der Literatur vielfach angefochtene Methode der directen Entnahme des Sputums im Kehlkopf zurück. Er muss trotz aller Einwände daran festhalten, dass es möglich ist, reines, aus dem Kehlkopf stammendes Secret demselben zu entnehmen, und selbst wenn dies nicht gelänge, würde die Methode in zweifelhaften Fällen, wo sie ja in Anwendung kommen würde, Sicherheit bieten. Denn einmal handelt es sich um Phthisiker mit Kehlkopfgeschwüren, die zweifelhaft erscheinen. In diesen Fällen wird nur der negative Befund darüber aufklären, dass die im Kehlkopf befindlichen Geschwüre nicht bacillär sind. Oder es handelt sich um Leute, die keine Phthisis pulmonum haben, in deren Sputum also keine Bacillen vorhanden sind, und es ist zu untersuchen, ob in dem dem Kehlkopf entnommenen Secret Bacillen vorhanden sind. Was diese Fälle von primärer Larynxphthise anlangt, so ist ja nun endlich von Demme ein Fall veröffentlicht, in welchem an der Leiche eine von Tuberculose und Phthise freie Lunge gefunden wurde, während im Kehlkopf deutliche bacilläre Geschwüre vorhanden waren.

Ueber diese Bedeutung des Koch'schen Bacillus für die Diagnose hinaus hat man nach zwei Richtungen versucht, denselben auch für die Prognose zu verwerthen. Einmal hat man aus der Grösse desselben Schlüsse ziehen wollen, so dass man bei grösseren Bacillen die Prognose schlechter stellen wollte. F. kann dies durchaus nicht für richtig halten. Er hat neuerdings in zwei Fällen ganz ungewöhnlich kleine Bacillen gefunden, und beide Fälle waren ganz rapide verlaufende Phthisen. Vielleicht ist gerade die Kleinheit des Bacillus, der Umstand, dass er schon in einem jungen Stadium in das Sputum gelangt, der Beweis, dass ein rascher Destructionsprocess vorgeht. Auch aus der Zahl der Bacillen, wie es Fraentzel und Balmer gethan haben, will F. keine Schlüsse auf die Prognose gezogen wissen. Die Menge der Bacillen im Auswurf steht mit der Menge in den Geweben durchaus nicht in geradem Verhältniss, und damit fällt der prognostische Werth der Menge der Bacillen im Sputum. Dem entsprechen die im II. Bande der Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte veröffentlichten Beobachtungen von Gaffky, in denen sich bei 12 längere Zeit hindurch untersuchten Kranken nur ein Fall findet, der mit der Fraentzel-schen Theorie übereinstimmte.

Herr Virchow demonstrirt zum Schluss noch ein Präparat von einer multiplen Tuberculose, bei welcher die Lungen absolut frei waren. Ebenso zeigten die Lymphdrüsen keinerlei abnormen Befund. Dagegen fand sich eine sehr ausgedehnte submiliare Tuberculose des Peritoneum, ausserdem war nur noch die Leber betheiligt. Gleichzeitig sind ausgedehnte chronische Entzündungen vorhanden. Als Ausgangspunkt erscheint ein geheiltes Doppelgeschwür des Ileum.

Die Discussion über den Vortrag des Herrn B. Fränkel sowie über den des Herrn C. Benda wird auf die nächste Sitzung vertagt.

IX. Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege.

Sitzung am 29. Januar 1884.

(Originalbericht.)

Der Antrag des Herrn P. Guttmann auf Wiederwahl des bisherigen Vorstandes durch Acclamation wurde angenommen; jedoch lehnte der II. Vorsitzende Herr P. Boerner die Wiederwahl ab, und trat an seine Stelle Herr Mehlhausen. Der Vorstand besteht demnach z. Z. aus den Herren Hirsch, Mehlhausen, Marggraff, 1., 2., 3. Vorsitzenden, A. Kalischer, Falk, 1., 2. Schriftführer, Wernich, Cassirer und den Beisitzern.

Herr Falk berichtete über ein Hautleiden, an welchem bei den Meliorationsarbeiten im Nuthegebiete, in welches Rieselwasser von den südlich

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Berlin gelegenen Rieselfeldern eingeführt worden ist, eine grössere Zahl von Arbeitern erkrankte.

Man war anfangs geneigt, die Entstehung dieses Hautleidens, eines Eczemes, dem Rieselwasser schuld zu geben, doch stellte sich bei näherer Untersuchung heraus, dass die Betroffenen an einer Stelle gearbeitet hatten, wohin das Rieselwasser noch nicht gelangt war und es ergab sich, dass die Abwässer der Luckenwalder Tuchfabriken die Ursache der Schädigung waren. Vorgenommene Analysen zeigten einen nicht unbeträchtlichen Gehalt des betreffenden Wassers an organischen Substanzen, ferner an Fetten, Seifen, bedeutenden Mengen Schwefelsäure und sogar Spuren von Blei. Es konnte kein Zweifel bestehen, dass die Erkrankungsfälle auf diese Abwässer zurückzuführen seien.

An diese sehr interessante Mittheilung knüpfte sich wie gewöhnlich eine ausgedehnte Debatte über die Canalisation und die Berieselung überhaupt.

Herr Baurath Wernekinck gab zuvörderst eine eingehende und dankenswerthe Darstellung der Meliorationsarbeiten im Nuthe-Gebiete.

Diese Arbeiten haben dadurch ein besonderes auch hygienisches Interesse, dass Bewässerungs-Anlagen eingerichtet sind, um zu landwirthschaftlichen Zwecken den Wiesenboden mit Wasser zu überstauen, das im Sommer z. Z. des Wachsthums wieder gesenkt werden kann, und dazu Rieselwasser zu verwenden, welches Seitens des Berliner Magistrates von den Rieselgütern Osdorf, Friederikenort und Gr. Beeren bereitwilligst zur Verfügung gestellt wurde. Durch das Niederschlagswasser und das Abwasser der umliegenden Gegend wird dasselbe um das 10—20fache verdünnt, bei der Ueberrieselung setzt es einen grossen Theil seiner organischen Substanzen ab und beim Austritt hat es seine wesentlichsten Verunreinigungen verloren, sodass es dem gewöhnlichen Niederschlagswasser fast gleichsteht. Redner ist der Ueberzeugung, dass bei dieser Verwendung der Berliner Abflusswässer jede Gefahr für die Gesundheit ausgeschlossen ist, und dass durch das eingeschlagene Verfahren ein grosses Gebiet in seinem Nutzertrage so gehoben wird, dass für die Landwirthschaft der grösste Segen daraus erwächst. Bezeichnend ist, dass ein grosser Theil der Adjacenten, der früher in der Zufuhr der Berliner Abwässer die dringendste Gefahr für die Versumpfung der Gegend sah, sich jetzt mit Petitionen an den Nutheschauverband und den Berliner Magistrat wendet, auch ihnen gleiche Concessionen zu machen.

Herr Amtsrath Neuhaus-Selchow schloss sich dieser Darlegung an, indem er ausführlich die landwirthschaftliche Seite des Verfahrens erörterte. Hygienisch nicht ohne Bedeutung war sein Hinweis darauf, dass durch die Entlastung der Rieselgüter die grossen Flächen derselben mehr und mehr zur Grascultur benutzt werden können und zugleich in dem in Gartenland umgewandelten Wiesengebiet ein hinreichendes Consumtionsgebiet finden dürften. Redner hat sich ferner überzeugt, dass auch auf den nördlichen Rieselgütern nach Aptirung und Drainirung der Flächen die gefürchtete Versumpfung nicht eingetreten ist, und dass auch dort, falls einmal die Einführung der Abwässer in die Panke auf Schwierigkeiten stossen sollte, die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, ähnlich wie im Süden durch den Lilograben, das Wasser über die Panke hinweg in den Heiligensee zu führen.

Herr Orth versenkte sich ganz und gar in landwirthschaftlich-technische Einzelnheiten über die Rimpau'sche Dammcultur, und wurde demnächst noch durch Herrn Frank ergänzt. Herr Boerner hebt als Resultat der gemachten Mittheilungen der Herren Wernekinck und Neuhaus hervor, dass das, was in der Gesellschaft von Anfang an betont worden ist, seine Bestätigung finde, dass nämlich aus der Schwemm-Canalisation und dem Berieselungssystem der Stadt Berlin für die Umgebung nicht nur keinerlei Gefahr erwachse, sondern dass dieselbe nicht hoch genug zu schätzende Vortheile daraus ziehen würde. Er glaubt, dass die Gesellschaft den beiden Herren zu besonderem Danke verpflichtet ist, dies durch ihre Mittheilungen abermals hervorgehoben zu haben, und meint ferner, dass die Gesellschaft vollberechtigt ist, ihren einmal eingenommenen Standpunkt nicht zu verlassen und es ruhig der Zukunft zu überlassen, diejenigen Fragen practisch zu lösen, die sie von jeher theoretisch vertheidigt hat.

Natürlich wurde die Gelegenheit benutzt, um, trotz der überzeugenden Darstellung des Herrn Wernekinck eine weniger sachliche als heftige Kritik an den Rieselfeldern auszuüben. Die Angriffe des Herrn Weise, der sich dahin aussprach, es seien die Uebelstände auf den Rieselfeldern doch nur verringert, an sich aber anerkannt worden, empfingen durch Herrn Marggraff eine einwurfsfreie und sehr energische Widerlegung. Leider ist aber als ein nicht beabsichtigtes Resultat der Verhandlungen dieser Sitzung wohl mit Sicherheit anzunehmen, dass die so viel erörterte Frage, welche der Ueberzeugung des Ref. nach durch die früheren Debatten principiell vollständig zum Abschlusse gebracht ist, bald genug wieder erstehen wird. Wir haben gewiss nichts dagegen, wenn gewisse Details der Städtereinigung zur Debatte gelangen, besonders wenn Sachverständige sich an derselben betheiligen, aber dies wiederholte weitschweifige Zurückgehen auf längst widerlegte Angriffe, die mit einer gesunden und objectiven Kritik nichts zu thun haben, wird nachgrade ebenso widerwärtig, wie das Treiben der Impfgegner.

X. Berichtigung.[1]

Hochverehrter Herr College!

In No. 2 Ihrer Deutschen medic. Wochenschrift berichten Sie in einem Artikel über die hygienischen Institute, dass das in Göttingen neu begründete Institut schon jetzt von circa 30 Practikanten benutzt werde. Diese Ziffer ist für die Gesammtzahl der Arbeitenden allerdings richtig, aber der grössere Theil der Practikanten gehört nicht dem hygienischen, sondern dem chemischen Practicum an, das in demselben, für medicinische Chemie und Hygiene bestimmten Institut gehalten wird. Durch verschiedene bezügliche Anfragen bin ich veranlasst, Sie um Aufnahme dieser Berichtigung zu bitten.

In grösster Hochachtung

Göttingen, d. 25. Febr. 1884. Ihr ganz ergebener C. Flügge.

[1]) Durch Zufall hat sich der Abdruck verzögert. D. Red.

XI. Journal-Revue.

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

3.

Ferrier: Case of Allochiria. (Brain, XIX, 389.) Obersteiner publicirte in Brain XIV Fälle mit gestörtem Localisationsvermögen, bei denen Tasteindrücke stets auf die falsche Seite gelegt wurden. Berührte man den rechten Arm, so wurde der linke als der berührte angegeben. Er nannte diese Form perverser Sensibilität „Allochiria." F. theilt einen analogen Fall mit. Patient, 29 Jahre alt, kam im December 1881 in Behandlung. Im September vorher Schädelverletzung; mehrere Stunden besinnungslos; blieb einige Tage zu Bett, Sphincterenbeschwerden. Er fühlte sich dann unsicher auf den Beinen, aber nicht so arg als zur Zeit der Untersuchung. Seit 1 Monat Kopfschmerzen. — Patient ist kräftiger Constitution; etwas starres Aussehen. Convergenzbewegungen der Augen unmöglich. Schwanken bei geschlossenen Füssen. Taumelt beim Gehen und setzt die Füsse übereinander. Bewegung der Arme und Hände frei, jedoch entschieden Abschwächung der linken Seite. Zunge nach rechts abweichend. — Sensibilität nicht herabgesetzt, aber die Tasteindrücke an Zunge, Mund und Nasenschleimhaut und an den Beinen werden auf die falsche Seite verlegt. Auch die Geschmacksempfindung wird falsch angegeben. — Am übrigen Körper wurde richtig empfunden und localisirt. Die Reflexbewegungen der Beine waren in demselben Sinne gestört, wurde die rechte Seite gekitzelt, so wurde das linke Bein zurückgezogen. — Patellarreflexe gesteigert, links stärker als rechts. Cremasterreflex erhalten. — Nach einiger Zeit wurde an den Beinen richtig localisirt, nur an Zunge, Nacken, Mundschleimhaut noch falsch. Wenige Wochen danach wurde überall richtig empfunden. Nach $^1/_2$ Jahr ging Patient noch steif und unsicher, und hatte noch leichte Schwäche im linken Bein, sonst keinerlei Störungen. Schuchardt-Bonn.

Ross: On the spasmodic paralysis of infancy. (Brain XIX. 344—363. XX. 473—491.)

Die verschiedenen Formen paralytischer Affectionen zerfallen in zwei Hauptgruppen, atrophische und spastische. Bei der atrophischen Gruppe ist die Krankheitsursache Erkrankung der Ganglienzellen der Vorderhörner des Rückenmarks, der Medulla oblongata, der Pons und der Hirnschenkel, oder der davon ausgehenden peripheren Nerven. Bei der spastischen oder spasmodischen Gruppe, Erkrankung der grossen Ganglienzellen der Gehirnrinde oder der Pyramidenbahnen. Verf. schlägt deshalb vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus vor, die beiden Gruppen spino-periphere und cerebro-spinale zu benennen.

Die spastische Paralyse des Kindesalters theilt Verf. vom klinischen Standpunkt aus in die hemiplegische und paraplegische Paralyse, und schildert deren Symptome und Verlauf in eingehendster Weise an der Hand von 10 Fällen.

Die spastische hemiplegische Paralyse des Kindesalters schildert R. folgendermaassen: In den meisten Fällen tritt die Erkrankung in dem Alter von 2 Monaten bis 4 oder 5 Jahren auf. Nach vorhergegangenem Unwohlsein von wenig Tagen treten plötzlich Convulsionen mit Bewusstlosigkeit auf; die Krämpfe sind häufig nur auf eine Körperhälfte beschränkt. Nach Rückkehr des Bewusstseins zeigt sich eine Körperhälfte gelähmt. Es bilden sich dann nach und nach Contracturen aus, die Glieder werden durch tonischen Krampf in festen Stellungen fixirt, häufig treten auch Choreabewegungen auf. Im späteren Kindesalter, 10 oder 12 Jahre, treten dann epileptische Anfälle auf die gelähmte Körperseite begrenzt hinzu, später aber werden die Convulsionen allgemein. Die gelähmte Körperhälfte und die betreffende Gesichtshälfte bleiben im Wachsthum zurück, während die elektrische Reaction der Muskeln normal ist. Bei heftigen choreatischen Bewegungen sind die Muskeln hypertrophisch, die Knochen der kranken Seite jedoch sind kleiner und schwächer als die der gesunden. Die spastische Hemiplegie des Kindsalters ist gewöhnlich mit einem gewissen Grad von Idiotie verbunden. In manchen Fällen entwickelt sich der Schwachsinn im Verlauf der Epilepsie.

Die anatomischen Veränderungen haben ihren Sitz in der motorischen Zone der Gehirnrinde. Locale Blutung oder Erweichung oder locale Encephalitis. Dann Narbenbildung und diffuse Sclerose mit Retraction. Die motorische Zone der ergriffenen Hemisphäre wird dadurch in ihrem Volumen verringert, es tritt einseitige Gehirnatrophie ein, woran sich eine absteigende Sclerose der Pyramidenbahnen schliessen kann.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In anderen Fällen tritt nicht Narbenbildung mit diffuser Atrophie ein, sondern es ist ein circumscripter Substanzverlust im Gehirn vorhanden, Porencephalie.

Die spastische Paraplegie des Kindesalters ist spinalen Ursprungs und glaubt R., dass sie meist bei Kindern auftrete, die als Fussgeburt geboren werden. Er ist der Ansicht, dass hierbei Verletzungen der Wirbel, circumscripte Pachymeningitis mit folgender Transversal-Myelitis und später absteigender Sclerose der Pyramidenbahnen vorhanden seien. Bei vielen Fällen dieser Art wird dann auch consecutiv das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen, und treten dann Idiotie und andere Entwicklungsstörungen auf. — Schuchardt-Bonn.

Foville: Folie à double forme. (Alternating insanity.) (Brain. XIX. 289—323.)

Aufgestellt wurde diese Krankheitsform gleichzeitig von Baillarger und Falret, seitdem ist die Literatur des circulären Irreseins ziemlich bedeutend angewachsen. Das Charakteristische ist der meist regelmässige Wechsel von Perioden maniakalischer Erregung und melancholischer Depression. Verschieden ist Dauer, Intensität sowie der Uebergang von einem zum anderen; constant ist die wechselnde Wiederkehr. — Als ätiologisches Moment ist vor allem die hereditäre Disposition, dann die erworbene Anlage, hauptsächlich die Kopfverletzungen, hervorzuheben. — Das weibliche Geschlecht prävalirt in der Disposition zur Erkrankung. Die Entwicklung tritt in der Regel in der Pubertätzeit ein. Sehr mannigfaltig ist das Auftreten der Erkrankung, von einfacher Verstimmung und etwas excentrischem Wesen, bis zur tiefsten Melancholie und voller Tobsucht. Die einzelnen Perioden folgen sich entweder unmittelbar oder nach einem freien Intervall. Die Dauer der einzelnen Anfälle ist bei den einzelnen Individuen sehr verschieden, bei dem nämlichen Kranken aber meist ziemlich gleich. Die Dauer der Krankheit erstreckt sich gewöhnlich über das ganze Leben bei relativ intacter Intelligenz. — Die Diagnose ist nur durch die Beobachtung mehrerer aufeinander folgender Anfälle von Manie und Melancholie sicher zu stellen. — Die Prognose betreffs der Heilung ist eine unbedingt schlechte, es findet aber kein Uebergang in Demenz statt; das Leben der Kranken jedoch ist nicht gefährdet. — Die Therapie kann nur eine rein symptomatische sein. — Die gerichtliche Medicin hat sich zuweilen mit solchen Patienten zu befassen. Das Gutachten und Urtheil muss stets die ganze Entwicklung des Falles in Betracht ziehen. —

In anatomischer Beziehung ist betreffs der Entwicklung der Krankheit nichts bekannt. — Die Theorie, die beiden Stadien mit Anämie und Hyperämie des Gehirns in Verbindung zu bringen ist unhaltbar, nicht erwiesen. Schuchardt-Bonn.

Obersteiner: Further observations on chronic morphinism. (Brain XIX. 323.)

Verweisend auf eine Veröffentlichung dasselbe Thema betreffend, Brain Januar 1880, theilt O. 3 weitere Fälle von chronischem Morphinismus mit. — Er zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass sehr selten durch die Entziehungskur ein dauerndes günstiges Resultat erzielt werde, sehr häufig sei der Erfolg zweifelhaft, oder es sei gar keiner vorhanden. Die Kur selbst sei unter Umständen lebensgefährlich.

In den meisten Fällen führe der langdauernde Morphiummissbrauch psychische Alterationen der schwersten Art herbei, die sich bis zu völliger Geistesstörung steigern könnten. Schuchardt-Bonn.

XII. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Epidemiologie.

Rückfalltyphus. Schon wieder befinden sich 2 Kranke mit Febris recurrens im Salvator-Krankenhause zu Halberstadt, welche beide fast zu gleicher Zeit ankamen. Beide sind Arbeiter, von denen der eine hier gearbeitet und mindestens seit 14 Tagen in hiesiger Stadt sein Nachtquartier gehabt hat. Der andere war seit den letzten 3 Wochen in der Umgegend von Halberstadt umhergereist, bis er krank hier ankam. Soweit wir ermitteln konnten, kamen beide im ersten Anfall in's Krankenhaus, und wurden auf der Höhe desselben in einem Falle bereits die Spirillen nachgewiesen. Nach einer Apyrexie von 6 Tagen kam am 7. Tage der zweite Anfall, welcher 3 resp. 4 Tage dauerte, und in welchem bei beiden Kranken die Spirillen im Blute gefunden wurden.

10. März 1884. A. Fincke.

2. Amtliches.

1. Preussen.

Gelegentlich der Vorlage der Apotheken-Visitations-Verhandlungen pro 1883 sind von einer der Königlichen Regierungen mehrere allgemeine durch die Einführung der 2. Ausgabe der deutschen Pharmacopöe angeregte Fragen zur Erörterung gelangt, welche von mir folgendermassen beantwortet worden sind:

1) Für die Signatur der Gefässe werden die Erlasse vom 9. December 1882 und 26. Juli 1883 massgebend bleiben müssen und den Apothekern werden durch den letzteren alle zulässigen Erleichterungen bei der allmählichen Durchführung der in der ersteren getroffenen bezüglichen Bestimmungen gewährt. Die Signaturen mit directer weisser Schrift auf den Gläsern wird hiernach principiell als unzulässig zu erachten sein und es wird auf ihre Beseitigung hingewirkt werden müssen. Dieselbe ist auch vom practischen Standpunkt aus nicht als zweckmässig anzuerkennen, weil die weisse Schrift schwer zu lesen ist, wenn der Inhalt der Flaschen keine dunkle Farbe besitzt und selbst wenn dies der Fall ist, sobald die Flaschen nicht vollständig gefüllt sind, so dass sich die Schrift auf dem leeren Theil der Gefässe befindet.

2) Darüber, ob die von der neuen Pharmacopöe vorgesehenen Geräthschaften sämmtlich für alle Apotheken als nothwendig zu erachten sind, habe ich ein Gutachten der technischen Commission für die pharmaceutischen Angelegenheiten erfordert und stimme demselben zunächst darin bei, dass eine analytische Waage als unentbehrlich nicht anzusehen ist. Bei geeignetem Verfahren wird eine feine Handwaage oder eine Mohr'sche Waage genügen, um sämmtliche in der neuen Pharmacopöe vorgeschriebenen Operationen mit genügender Genauigkeit auszuführen, ohne dass die kleinsten in derselben erwähnten Mengen direct abgewogen werden.

Dagegen kann nicht davon abgesehen werden, dass in jeder selbstständigen Apotheke die zur Ausführung von Maass-Analysen nothwendigen Geräthschaften vorhanden sind und es kann von dieser Forderung um so weniger Abstand genommen werden, als der Preis dieser Geräthschaften nur ein sehr mässiger ist und in anderen Bezirken bei den vorjährigen Visitationen selbst Apotheken von sehr geringem Geschäfts-Umfange im Besitz derselben gefunden worden sind.

Als für den Zweck vollständig ausreichend würden etwa folgende Geräthschaften zu erachten sein:

1 Kolben zu 1 Liter,
1 „ „ 500 grm.,
1 „ „ 100 „ mit engem Halse,
4 Voll-Pipetten von 5, 10, 20, 25 cc.,
2 Mess-Pipetten von 5 und 10 cc. in $^1/_{10}$ cc. getheilt,
2 Glashahn-Büretten zu 50 und 75 cc. in $^1/_{10}$ cc. getheilt, von denen die eine auch durch eine Bürette zu 50—75 cc. in $^1/_{10}$ cc. getheilt Glasstab-Verschluss nebst Stativ ersetzt werden kann, ferner
1 Glascylinder von 100 cc. mit Glasstöpsel ohne Tülle in $^1/_{10}$ cc. getheilt,
2 Uhrgläser mit Klemme.

Zu diesen Gegenständen würden im Uebrigen nur noch einige Bechergläser, Siede-Kölbchen, Glasstäbe u. dgl. hinzutreten.

Auch die von der Königlichen Regierung wegen der Nothwendigkeit eines Exsiccators, eines Luftbades und eines Siedethermometers für kleinere Geschäfte geäusserten Zweifel kann ich in Uebereinstimmung mit dem Gutachten der technischen Commission als begründet nicht anerkennen. Die Bestimmung des Siedepunktes bei der Prüfung des Senföls giebt z. B. sofort Aufschluss über eine ganze Reihe von Verfälschungen (Schwefel, Kohlenstoff, Chloroform, Alkohol) und eine richtige massanalytische Bestimmung des Gehaltes von Chlorkalium wie Bromkalium kann nur dann erfolgen, wenn scharf getrocknetes Untersuchungs-Material in Anwendung kommt, wozu ein Luftbad mit Thermometer erforderlich ist.

Was den Liebig'schen Kühler betrifft, so kann derselbe für die in Betracht kommenden Zwecke sehr gut durch eine mit dem Siedekölbchen verbundene längere Glasröhre ersetzt werden.

Die Königliche Regierung setze ich hiervon zur gleichmässigen Beachtung in Kenntniss.

Berlin, den 18. Februar 1884.

In Vertretung: Lucanus.

An die Königliche Regierung.

XIII. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Leipzig. Am 7. März starb Geheimrath Dr. Radius, Professor der Hygiene und der Pharmakologie, 86 Jahre 4 Monate alt, nachdem er noch bis vor ganz Kurzem körperlich und geistig äusserst rüstig gewesen. Er war seit 1840, also 44 Jahre lang, Mitglied der hiesigen medicinischen Facultät. — Zu ausserordentlichen Professoren wurden ernannt: Breslau: Priv.-Doc. Dr. Hugo Magnus; Kiel: Priv.-Doc. Dr. Werth; Strassburg: Priv.-Doc. Dr. S. Stilling; Rostock: Priv.-Doc. Dr. Neelsen. — Prag. Für den abtretenden Director der Landes-Irrenanstalt Prof. Fischel ist, wie die „W. allg. Z." berichtet, Professor Krafft-Ebing in Graz in Aussicht genommen; doch hat dieser neben anderen Bedingungen auch die gestellt, dass für ihn neben der Klinik in der Irrenanstalt eine separate Klinik für Neurologie im k. k. allgem. Krankenhause errichtet werde. Immerhin verbleibt der gegenwärtige Leiter als Director fort. Das Professoren-Collegium der czechischen medicinischen Facultät hat für die Lehrkanzel der Kinderheilkunde den Primarius des Kinderspitals und ehemaligen Assistenten Löschner's, Dr. Neureutter, dem Unterrichtsministerium vorgeschlagen. — Wien. Für das Primariat der Abtheilung für Syphilis im Allg. Krankenhause, welches durch die Pensionirung des Reg.-Rathes Prof. v. Zeissl vacant geworden, ist der Concurs bereits abgelaufen und es haben sich fast alle Docenten für Syphilis und Hautkrankheiten, darunter die Herren Prof. Auspitz, die Docenten Einger, Grünfeld, Mrazek, v. Hebra, Vajda, Jarisch, um dasselbe beworben. Prof. Auspitz dürfte die meisten Aussichten haben. — Herrn Professor Ed. Hofmann wurde der Orden der eisernen Krone III. Klasse verliehen. — Herr Prof. Dr. Moriz Christian Rosenthal wurde zum provisorischen Leiter des nerven-pathologischen Ambulatoriums im Allgem. Krankenhause ernannt. „Wenn der recht strebsame Elektrotherapeut vorläufig nur provisorisch anerkannt wurde, so befindet er sich im festen Glauben, dass ihm bald definitiv zugerufen werden wird: Habemus Papam!"

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sagt die Wiener Med. W., welche richtig prophezeiht hatte, als sie vor wenigen Wochen schrieb: „Herr Prof. Moriz Christian Rosenthal, bekanntlich Elektrotherapeut für Lebende und Todte, ist neuerdings um die Stelle des Leiters des nerven-pathologischen Ambulatoriums im Allgem. Krankenhause eingeschritten. Prof. M. Christian Rosenthal konnte bei seiner früheren Bewerbung um diese Stelle dem unglücklichen Dr. N. Weiss nicht den Platz streitig machen; seitdem hat sich allerdings Manches im Convertirungswege geändert.“ — Innsbruck. Prof. Dr. Ferdinand Schott wurde in Anerkennung seiner erspriesslichen Thätigkeit auf dem Gebiete des Lehramtes und der Wissenschaft, wie auf dem der öffentlichen Sanitätspflege der Titel eines Regierungsrathes verliehen.

— Der Rechtsschutzverein Berliner Aerzte, welcher sich die Wahrung und Förderung aller rechtlichen, sowohl den ärztlichen Stand, wie das Interesse des einzelnen Arztes berührenden Angelegenheiten zur Aufgabe gestellt und durch das von ihm errichtete Vereinsbüreau die Einziehung der rückständigen ärztlichen Honorare gegen Gewährung eines geringen, zur Bestreitung der Unkosten bestimmten Procentsatzes, besorgen lässt, hat seinen vierzehnten Rechnungsabschluss pro 1883 herausgegeben, dem wir folgendes entnehmen:

Die Einnahmen pro 1883 betrugen 8994 Mk. 19 Pf., die Ausgaben 8418 Mk. 77 Pf., so dass ein Gewinn von 575 Mk. 42 Pf. erzielt wurde. Die Activa betragen 19887 Mk. 99 Pf., denen 9860 Mk. 88 Pf. Passiva gegenüberstehen, so dass der Ueberschuss der Activr 10027 Mk. 11 Pf. beträgt.

Aus dem Jahre 1882 waren in geschäftlicher Behandlung verblieben 1516 Liquidationen im Betrage von	35929	Mk.	28 Pf.
Im Jahre 1883 wurden dem Verein zur Einziehung überwiesen 6073 Liquidationen im Betrage von .	108638	„	19 „
Davon sind 645 Liquidationen erlassen gewesen im Betrage von	15485	„	98 „
und 916 Liquidationen uneinziehbar gewesen im Betrage von	18548	„	67 „
Eingegangen sind für 3941 Liquidationen	71103	„	09 „
In geschäftlicher Behandlung verblieben daher 2087 Liquidationen im Betrage von	39426	„	73 „

— Erfurt, 6. März. Der erste Thüringer Bädertag wurde am 4. d. M. hier im Hôtel „Silber“ abgehalten. Vertreten waren mit 26 Delegirten die Badeorte Arnstadt, Berka, Eisenach, Elgersburg, Frankenhausen, Friedrichsroda, Georgenthal, Gross-Tabarz, Ilmenau, Kösen, Köstritz, Liebenstein, Rastenberg, Rudolstadt, Salzungen, Sulza, Tennstädt, Thale und Waltershausen. Die Sitzung wurde um 10½ Uhr durch den provisorischen Vorsitzenden, Herrn Bürgermeister v. Katte aus Sulza, eröffnet mit einer herzlichen Begrüssung der Anwesenden. Demnächst wurde mit der Berathung des Entwurfs „eines Verbandsstatuts des Thüringer Bäderverbandes“ begonnen, als dessen hauptsächlichster Zweck bezeichnet ist: 1) Vertretung aller gemeinsamen Interessen nach Aussen hin; 2) Regelung der dazu geeigneten inneren Fragen auf gemeinschaftlicher Grundlage bei völliger Wahrung des Rechtes der uneingeschränkten Verwaltung des eigenen Bades; 3) Austausch und Erörterung nützlicher Erfahrungen über Badeeinrichtungen und Badeleben. Der Entwurf wird mit unerheblichen Aenderungen angenommen.

— Frankfurt a. M., den 8. März 1884. In einem Art. auf S. 150 der No. 10 Ihres Blattes erwähnen Sie, dass die alten Med.-Ordnungen von Hannover, Kurhessen, Schlesswig-Holstein, Nassau und Hessen-Homburg noch in Geltung seien. Gestatten Sie mir, ergänzend zuzufügen, dass auch die „Medicinal-Ordnung für die freie Stadt Frankfurt und deren Gebiet“ vom 29. Juli 1841 noch zu Recht besteht.

Mit coll. Hochachtung Marcus.

— Einer der „Times“ aus Kalkutta unterm 9. d. zugehenden Depesche zufolge, wird die deutsche „Choleracommission“ mit Geheimen Reg.-Rath Dr. Koch an der Spitze in Kürze nach Europa zurückkehren; sie hofft jedoch im nächsten Winter zur Fortführung der begonnenen Arbeiten nach Indien zurückzukehren.

XIV. Literatur.

Dr. Carl Schwalbe, Die radicale Heilung der Unterleibs-Brüche. Berlin. Louis Gerschel, Verlags-Buchhandlung 1884. — Dr. Julius zur Nieden, Der Eisenbahn-Transport verwundeter und erkrankter Krieger nebst einem Anhange betr. die Einrichtung und Pflegestätten im Kriege. Berlin. 2. Auflage 1883. Dr. zur Niedens Selbstverlag. — Dr. L. von Lesser, Privat-Docent für Chirurgie an der Universität Leipzig, Fünf Jahre poliklinischer Thätigkeit. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1883. — Dr. H. Koehler's Aerztliches Recept-Taschenbuch für Kliniker und practische Aerzte. Umgearbeitet von Dr. Arthur Jaenicke in Breslau. Hamburg u. Leipzig. Verlag von Leopold Voss. 1884. — Dr. Heinrich Laehr. Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes. Berlin. Druck und Verlag von G. Reimer. 1882. — Dr. J. Hock, Bericht der Privat-Augen-Heilanstalt, vom März 1882 bis März 1883. Wien 1883. Dr. J. Heitzmann. Spiegelbilder der gesunden und kranken Vaginalportion und Vagina. I. u. II. Abtheilung. Wien 1883. Wilhelm Braumüller. — Dr. J. Heitzmann. Mikroskopische Morphologie des Thierkörpers. Wien 1883. Wilhelm Braumüller. — Aerztliches Gutachten über das höhere Schulwesen Elsass-Lothringens. Im Auftrage des Kaiserl. Statthalters erstattet von einer medicinischen Sachverständigen-Commission. Strassburg i. E. 1882. R. Schultz u. Comp. — D. Arnold Heller, ord. Prof. der Medicin. Die Entwickelung der Medicin. Rede bei Antritt des Rectorates an der Kgl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel am 6. März 1882. Kiel 1882. Druck von C. F. Mohr (P. Peters).

XV. Personalien.

I. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den nachbenannten Militärärzten die Erlaubniss zur Anlegung der ihnen verliehenen nicht preussischen Ordensinsignien zu ertheilen und zwar des Comthurkreuzes II. Classe mit Schwertern des Herzogl. Sachsen-Ernestinischen Hausordens dem Generalarzt II. Classe, Dr. Loewer, Corpsarzt des XI. Armee-Corps, des Kaiserl. Oesterreichischen Ordens der eisernen Krone III. Classe, dem Ober-Stabsarzt I. Classe Dr. Michel, Chefarzt des zweiten Garnison-Lazareths zu Berlin, sowie des Comthurkreuzes des Kaiserlich Oesterreichischen Franz Josef-Ordens dem Generalarzt I. Classe Dr. Schubert, Subdirector des medicinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Instituts zu Berlin. Ferner haben Allerhöchst dieselben geruht, dem Kreisphysikus a. D. Henning zu Mielsdorf im Kreise Segeberg den rothen Adler-Orden IV. Classe zu verleihen.

Ernennung: Der bisherige Privatdocent Dr. R. Werth zu Kiel ist zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der dortigen Königl. Universität ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Bruno Fischer, Hans Hoffmann, Dr. Du Bois Reymond, sämmtlich in Berlin, Dr. Ludwig Weber in Lehnin und Dr. Marten in Sternberg, Dr. Gustav Becker in Görlitz. Die Zahnärzte Hiltebrandt und Weber in Berlin.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. Nauck von Sonderburg und Dr. Ludwig Levy von Ballenstedt nach Berlin, Dr. Neuhauss von Berlin als Schiffsarzt nach Australien, Dr. Tschoertner von Eberswalde nach Naumburg a. S., Dr. Lazar von Königswusterhausen nach Eberswalde, Dr. Graeff von Züllchow nach Neuendorf, Dr. Schulze von Schmolsin nach Kriescht, Dr. Krüger von Kriescht nach Landsberg a. W., Assistenz-Arzt Dr. Züchner von Sohrau als Stabsarzt nach Karlsruhe in Baden, Assistenz-Arzt Lorenz von Glogau nach Militsch und Assistenz-Arzt Dr. Strauch von Posen nach Glogau.

Verstorben: Der Arzt Dr. Nehse in Landsberg a. W.

Apotheker-Angelegenheiten: Der Apotheker Westphal in Neu-Trebbin hat seine Apotheke an den p. Neubauer verkauft. Der p. Wilcke hat die bisher von ihm verwaltete Grossmann'sche Apotheke in Neu-Barnim gekauft. Der p. Ullrich hat die Horholz'sche Apotheke in Züllichau gekauft.

Vacante Stellen: Kreisphysicat des Kreises Gummersbach. Kreiswundarztstelle des Kreises Oschersleben.

Militär-Medicinalwesen.

26. Februar. Dr. Wollenberg, Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Garn.-Arzt in Königsberg i. Pr., zum Ober-Stabsarzt 1. Kl., Dr. Noeldechen, Stabs- und Bats.-Arzt vom 2. Bat. Brandenburg. Füs.-Regts. No. 35, zum Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Regts.-Arzt des Ostpreuss. Füs.-Regts. Nr. 33, Dr. Stanjeck, Stabs- und Bats.-Arzt vom Füs.-Bat. des Königs-Gren.-Regts. (2. Westpreuss.) No. 7, zum Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Regts.-Arzt des 2. Grossherzogl. Mecklenburg. Drag.-Regts. No. 18, Dr. Lichtschlag, Stab- und Bats.-Arzt vom Füs.-Bat. 2. Rhein. Inf.-Regts. No. 28, zum Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Regts.-Arzt des 6. Rhein. Inf.-Regts. No. 68, — befördert. Die Assist.-Aerzte 1. Kl.: Dr. Morf, vom 2. Rhein. Inf.-Regt. No. 28, zum Stabs- und Bats.-Arzt des Füs.-Bats. dieses Regts., Dr. Santer, v. 2. Niederschl. Inf.-Regt. No. 47, zum Stabs- und Garn.-Arzt in Diedenhofen, Dr. Matthaei, vom Schles. Ulan.-Regt. No. 2, zum Stabs.- und Bat.-Arzt des Füs.-Bats. 4. Rhein. Inf.-Regts. No. 30, Dr. Ott, vom Train-Bat. No. 15, zum Stabs- und Bats.-Arzt des Füs.-Bats. 2. Niederschles. Inf.-Regts. No. 47, Dr. Stechow, vom Regt. der Gardes du Corps, zum Stabs- und Bats.-Arzt des 2. Bats. 3. Garde-Gren.-Regts. Königin Elisabeth, Dr. Lange, vom 1. Leib-Hus.-Regt. No. 1, zum Stabs- und Abtheil.-Arzt der Reit. Abtheil. des 1. Rhein. Feld-Art.-Regts. Nr. 8, Dr. Hoffmann, in der etatsmäss. Stelle bei dem Gen.- und Korpsarzt des IX. Armeecorps. zum Stabs- und Bats.-Arzt des 2. Bats. Brandenburg. Füs.-Regts. Nr. 35, — befördert. Dr. Köhler, Stabs- und Bat.-Arzt vom 2. Bat. 2. Garde-Regts. z. F., der Charakter als Oberstabsarzt 2. Classe verliehen. Dr. Espent, Assist.-Arzt 1. Cl. der Landw. vom 1. Bat. 7. Brandenburg. Landw.-Regts. Nr. 60, im activen Sanitätscorps, und zwar als Assist.-Arzt 1. Classe mit einem Patent vom 1. October 1879 bei dem 3. Garde-Gren.-Reg. Königin Elisabeth, wieder angestellt. Dr. Viedebantt, Ober-Stabsarzt 1. Cl. und Regts.-Arzt vom Magdeburg. Füs.-Reg. Nr. 36, zum 3. Brandenburg. Inf.-Reg. Nr. 20, Dr. Schröder, Ober-Stabsarzt 2. Classe und Regts.-Arzt vom 2. Grossherzogl. Mecklenburgischen Drag.-Reg. Nr. 18, zum Holstein. Inf.-Reg. Nr. 85. Dr. Benzler, Stabsarzt vom medicin. chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Institut, als Bats.-Arzt zum Füs.-Bat. 1. Hanseat. Inf.-Regts. Nr. 75, Dr. Riebel, Stabsarzt vom medicin. chirurg. Friedrich-Wilhelms-Institut, als Abth.-Arzt zur Reit-Abtheil. des Niederschles. Feld-Art.-Regts. Nr. 5, Dr. Pedell, Stabsarzt vom medicin. chirurg. Friedrich-Wilhelms-Institut als Abth.-Arzt zur 1. Abtheil. des 2. Pomm. Feld-Art.-Reg. Nr. 17, Dr. Demuth, Stabs- und Bat.-Arzt vom Füs.-Bat. 1. Hanseat. Inf.-Reg. Nr. 75, Dr. Eckstein, Stabs- und Abth.-Arzt von der 1. Abth. des 2. Pommer. Feld-Art.-Regts. Nr. 17, Dr. Groeningen, Stabs- und Bat.-Arzt vom Füs.-Bat. 2. Niederschles. Inf.-Reg. Nr. 47, — diese drei zum medicin. chirurg. Friedrich-Wilhelms-Institut, Dr. Dewerny, Stabs- und Abtheil.-Arzt von der Reit.-Abth. des Niederschles. Feld-Art.-Reg. Nr. 5, als Bat.-Arzt zum Füs.-Bat. des Königs-Gren.-Reg. Nr. 7, Dr. Peus, Stabs- und Garn.-Arzt in Diedenhofen, als Bat.-Arzt zum Füs.-Bat. Anhalt. Inf.-Reg. Nr. 93.

Berichtigung.

In dem Artikel „Ein 60jähriges Doctor-Jubiläum“ der No. 10 der D. med. Wochenschrift finden sich folgende Druckfehler:

Vers 4 des Gaudeamus muss es heissen: statt senectuti — senectutis, und statt juventuti — juventutis und Vers 5 statt: cempona — caupona.

Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag **№ 12.** 20. März 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Die Geburtshülfe und Gynäkologie, ein Zweig der allgemeinen Medicin.

Antrittsrede, gehalten an der Universität Dorpat.

Von

Dr. Max Runge,

Ordentlicher Professor für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten.

Meine Herren! Bei einer feierlichen Gelegenheit, wie der heutigen, wo ein neues Mitglied des Lehrkörpers der Universität nicht nur zu Männern seines Fachs, sondern zu Vertretern der gesammten Medicin, ja aller Facultäten spricht, da drängt sich ihm mehr wie sonst das Bewusstsein auf, dass, so vielgliederig sich auch das Universitätswesen gestaltet, es doch ein gemeinsames Werk ist, an dem zu arbeiten wir Alle hier berufen sind. Und so ist es wohl gerechtfertigt, wenn der Redner heute dieser Empfindung Ausdruck giebt. Ist ihm doch kaum ein würdigerer Augenblick gegeben, darzulegen die Auffassung seiner Aufgabe und die Stellung zu präcisiren, welche er seiner Zweigwissenschaft eingeräumt wissen will in dem grossen Baum der allgemeinen Medicin, ja dem noch grösseren der allgemeinen Wissenschaft, die hier in der universitas litterarum ihren schönsten Ausdruck findet!

Und grade in dem Fach, welchem ich hier vorzustehen die hohe Ehre geniessen werde, ist eine Klarlegung dieses Verhältnisses vielleicht ganz besonders erwünscht. Nicht sowohl, weil ich dem *Urtheil* derjenigen beipflichten möchte, welche meinen, dass die Geburtshülfe und Gynäkologie noch so etwas abseits von anderen wissenschaftlichen Disciplinen steht, dass sie ein mehr handwerksmässiges Fach ist, dem die höhere Weihe der Wissenschaftlichkeit noch abgeht — nicht der Grund ist es, der mich treibt, Ihnen meine Anschauungen hier zu bekennen, sondern weil ich es für die Pflicht jedes akademischen Lehrers halte, seine Stellung zu diesen Fragen auf das Schärfste zu fixiren, wenn er einem Fach vorsteht, welches Wandlungen von so einschneidender Bedeutung in den letzten Decennien erlitten hat, wie die Geburtshülfe und Gynäkologie.

In der That sind diese Umgestaltungen in unserer Disciplin so bedeutungsvoller Natur, dass nicht allein die Methode der Forschung und des Unterrichts davon unbeeinflusst bleiben kann, sondern wir auch überlegen müssen, ob wir nicht bei der vorwiegend technischen Richtung in der Gynäkologie einer Gefahr entgegentreiben, der schlimmsten, welche der Wissenschaft drohen kann, dem Specialismus in der schlechten Bedeutung des Wortes!

Glücklicherweise ist diese Gefahr für die Geburtshülfe in den letzten Decennien mehr und mehr geschwunden, gerade sie ist aus ihrer früheren Isolirung herausgetreten und die Brücke zur allgemeinen Medicin ist von ihr geschlagen worden.

Lange liegen die Zeiten hinter uns, in denen der Arzt mit einer schlecht verhehlten Geringschätzung auf die Geburtshülfe herabsah, und in der That dieselbe einen nicht viel besseren Namen, als den einer höheren Hebeammenkunst verdiente, wo der Geburtshelfer nichts zu besitzen brauchte, als eine Summe von wenig Wissen und etlichen technischen Fertigkeiten, um der Arzt des gebärenden Weibes zu sein. Und dieses Wissen bestand in einem öden Formelkram, in der phantasiereichen Construction der normalen und pathologischen Vorgänge, die der Wirklichkeit in keiner Weise entsprach. Und diese Technik bestand in nichts Anderem, als in einer Menge Methoden, einzig dazu ersonnen, die Frucht möglichst schnell aus dem mütterlichen Leibe zu reissen. Glücklicherweise, sage ich, liegen diese Zeiten lange hinter uns zum Heil für die gebärende Menschheit, zum Heil für die Geburtshülfe selbst!

Und es ist hier der Ort, auf den Mann hinzuweisen, der unter den Ersten kämpfte, welche sich gegen diesen niedrigen Standpunkt in der Geburtshülfe erhoben. Es ist ein Sohn dieses Landes: Dr. Justus Heinrich Wigand, geb. 1769 zu Reval in Estland. Wigand, dessen Namen noch heute von allen Fachgenossen mit grosser Anerkennung genannt wird, trat mit Energie gegen die durch nichts zu rechtfertigende und nur Schaden stiftende Operationslust auf und setzte die Beobachtung des natürlichen Vorganges in ihr Recht ein. Er sah, wie er sich selbst ausdrückt[1]), den wahren Nutzen aller Geburtshülfe in dem innigsten Anschluss an die allgemeine Arzneikunst, welchem Ziele man um so rascher sich nähern werde, je mehr erfahrene und gediegene Aerzte Hand an's Werk legen und durch Rath und That beweisen, wie viel auch sie, nicht nur der Techniker, am Geburtsbette vermögen.

Langsam trug indessen der von Wigand und Andern ausgestreute Samen Früchte. Vortheil von diesen Lehren zog zunächst nur die rein practische Geburtshülfe: man lernte beobachten und die Indication zum operativen Eingriff schärfer präcisiren. Decennien waren jedoch noch erforderlich, um die Geburtshülfe in wissenschaftlicher Beziehung auf eine gleiche Stufe mit andern medicinischen Disciplinen zu erheben.

Gewiss waren die grossen Entdeckungen in der Entwickelungsgeschichte von Einfluss auf die Geburtshülfe: die anatomische Untersuchung trat in ihr Recht. Nicht wenig trug zum weiteren, besonders klinischen Ausbau der Geburtshülfe die Anwendung moderner Untersuchungsmethoden bei, des Thermometers, des Mikroskops, der chemischen Analyse. Besonders die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes erfuhr dadurch werthvolle Bereicherungen. Für noch wichtiger halte ich den Einfluss, den das physiologische Studium auf die Geburtshülfe ausübte, als physiologisch geschulte Geburtshelfer, Männer von umfassender, allgemein medicinischer Bildung geburtshülfliche Probleme der Untersuchung unterzogen, die bisher völlig ignorirt waren oder nur der Practiker am Bett studirt hatte. Ich erinnere hier vor Allem an die bahnbrechenden Untersuchungen von Krahmer und von Schwartz aus den funfziger Jahren über die Existenzbedingungen des Fötus im Uterus, deren Resultate nicht allein der Geburtshülfe theoretisch und practisch wichtige Aufschlüsse gaben, sondern auch die Physiologie bereicherten und eine wesentliche Stütze für die Theorie der Athmung des Physiologen Rosenthal wurden, Untersuchungen, die ich nicht deshalb so betone, weil sie ein fast seit zwei Jahrhunderten discutirtes Problem[2]) endgültig beantworteten, sondern weil sie sozusagen den Grundstock bildeten für alle physiologischen und physiologisch-anatomischen Arbeiten, in den letzten beiden Decennien, welche die Geburtshülfe nach den verschiedensten Richtungen ausbauten.

Man erkannte jetzt, dass ebenso wie auf anderen Gebieten der Medicin, auch in der Geburtshülfe neben der rein klinischen Beobachtung auch die exacte Experimentalforschung zu Recht bestehen müsse, und man forderte nunmehr, dass Jeder, der auf den Namen eines geburtshülflichen Forschers Anspruch erhebe, nicht nur im Besitz allgemein medicinischer Kenntnisse ist, sondern auch ein gewisses physiologisches Judicium besitzt, das ihn befähigt, ebenso Geburtshelfer wie Naturforscher zu sein.

Und damit war ein ganz entscheidender Schritt gethan. Während früher in dem „Entbinden" die Hauptthätigkeit des Geburtshelfers be-

[1]) Dr. Justus Heinrich Wigand, die Geburt des Menschen, in physiologisch-diätetischer und pathologisch-therapeutischer Beziehung, grösstentheils nach eigenen Beobachtungen und Versuchen dargestellt. Herausgegeben von Dr. Franz Carl Naegele. Berlin 1820. Siehe die Vorrede p. XII.

[2]) Das sogenannte Harvey'sche Problem. Schon Harvey hat es ausgesprochen, dass der Schwerpunkt der ganzen fötalen Physiologie in der Beantwortung der Frage liege, warum der Fötus im Uterus ohne Athmung gedeihe und sich so erstaunlich entwickele, während er extrauterin „ne horulam quidem", ohne zu athmen, existiren könne.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stand, und man unter Anregung von Wigand auf Grund der klinischen Beobachtung des natürlichen Vorganges die Anzeigen zum operativen Eingriffe festzustellen suchte, unser Fach also eine Geburtshülfe in der eigentlichen Bedeutung des Wortes war, so sah man jetzt in dem Studium der gesammten Physiologie und Pathologie der puerperalen Vorgänge die Aufgabe, die man auf Grund klinischer und experimenteller Forschung ausbaute und hieraus die practischen Consequenzen für die Diätetik und Therapie des Puerperium zog.

Es ist hier nicht der Ort alle einzelnen Sprossen zu schildern, die diese neuere Richtung in der Geburtshülfe getrieben hat, zu welcher fast jeder der jetzt lebenden Geburtshelfer beigesteuert hat. Es genüge, zu constatiren, wie falsch ein oft gehörtes und eine Zeit lang fast trivial gewordenes Wort ist, die Geburtshülfe biete keine neuen Gesichtspunkte, sie sei eine mehr oder minder abgeschlossene Disciplin. Im Sinne der alten Geburtshelfer mag dieser Ausspruch vielleicht seine Berechtigung haben, und wir können uns auch einer Erscheinung nicht verschliessen, die bis auf den heutigen Tag bemerkt wird. Alte, längst debattirte Themata von relativ unerheblicher Wichtigkeit tauchen immer wieder von Neuem auf, werden wieder und wieder in endlosen Zusammenstellungen und Tabellen, durch die man sich nur schwer durchfinden kann, bearbeitet, um ein Resultat zu geben, das bis auf viele Decimalstellen ausgeführt, scheinbar unendlich exact ist, während oft genug die Prämissen eine Reihe grösster und gar nicht zu vermeidender Irrthümer enthalten. Ich will damit keineswegs diese fleissigen Untersuchungen für überflüssig erklären. Man täusche sich aber nicht über ihren Werth. Derselbe ist ein bedingter. Wäre derselbe wirklich ein so grosser und exact zugespitzter, wie die vielen Decimalstellen auszudrücken scheinen, so würden diese Fragen nicht immer wieder aufs Neue discutirt und fast stets mit neuen Antworten belegt werden.

Wer dagegen an der Hand der oben skizzirten mehr physiologischen Richtung die Geburtshülfe durchwandert, der wird noch viel unbebauten Acker entdecken und es werden sich ihm Ausblicke auf Gebiete eröffnen, die urbar zu machen noch der rüstigen Arbeit des Naturforschers bedarf, eine Arbeit, die uns mehr und mehr berechtigen wird, in gleiche Reihe mit den übrigen wissenschaftlichen Disciplinen zu treten, eine Arbeit, die uns am besten vor dem Rückfall in die traurige Zeit des alten Schematismus schützt.

Besitzen wir doch schon jetzt leuchtende Beispiele, wo Männer — ganz unabhängig von der eben geschilderten neueren Richtung in der Geburtshülfe — deshalb so Grosses, ja Unsterbliches leisteten, weil sie nicht nur Geburtshelfer, sondern wissenschaftliche Aerzte und getreue Beobachter der Natur waren. Ich erinnere nur an Semmelweiss, von dem Schroeder mit Recht sagt: „Ueberall, wo von den Wohlthätern des Menschen die Rede ist, verdient Semmelweiss mit in erster Linie genannt zu werden.“ Das, was unseren Vorstellungskreis über Wundbehandlung und Wundheilung jetzt vollständig beherrscht, alles, was wir unter dem Namen Antisepsis jetzt zusammenfassen, das ist in Wahrheit die Entdeckung von Semmelweiss. Wenn wir genau die Geschichte der Wundkrankheiten studiren, so sind wir gezwungen, Semmelweiss als den Vater all der Bestrebungen zur Verhütung der Wundkrankheiten hinzustellen, die in dem letzten Decennium die chirurgische Wundbehandlung auf eine nie gekannte, erfolgreiche Höhe brachten. Er war es, der bereits in den vierziger Jahren dieses Jahrhunderts dem sogenannten Puerperalfieber den mystischen Schleier herunterriss, welches früher so furchtbare Opfer in allen grössern Gebäranstalten forderte; er erkannte, dass das Puerperalfieber nichts anderes, als eine Wundkrankheit ist, bedingt, wie er sich selbst ausdrückt, durch die Resorption zersetzter organischer Stoffe, eine Wundkrankheit, die man ganz sicher verhütet, wenn man den Contact der Wunde mit diesen Stoffen meidet, wenn man reinlich — antiseptisch untersucht und operirt. Es ist ausschliesslich sein Verdienst, wenn die Mortalität in allen grösseren Gebärhäusern von der enormen Grösse von 15—17 Proc. herabsank auf 1—2 Proc., eine Mortalität, die jetzt nur ganz ausnahmsweise überschritten wird.

Ich werde hier nicht den Weg entwickeln, auf dem Semmelweiss zu dieser Entdeckung gelangte, ich betone aber, dass es kein blindes Suchen war, durch das unfähige Köpfe so oft, unverdient, relativ grosse Entdeckungen machen, sondern ein zielbewusstes Forschen, das im rücksichtslosen Drange nach Wahrheit und unter Beiseitelassung jedes Autoritätenglaubens alle Hindernisse siegreich überwand.

Wenn je ein Mensch sein Leben voll und ganz der Lösung einer edlen Aufgabe hingegeben hat, so gilt das von Semmelweiss in des Wortes eigentlichster Bedeutung. Leider starb er zu früh, um zu erfahren, dass die Geburtshülfe in ihm einen ihrer grössten Jünger verehrt.

Langsam und zögernd überzeugte man sich in der Geburtshülfe von der Wahrheit der Semmelweiss'schen Ansicht, und es bedurfte mehrerer Jahrzehnte, ehe man ihren wahren Werth kennen lernte. Dann aber erfolgte ein plötzlicher Umschwung: die Resultate sprachen zu laut für sie.

Es ist sehr zu beklagen, dass die neue Lehre, obwohl Capacitäten auch aus anderen Fächern der Medicin, wie Skoda und Rokitansky für sie eintraten, keinen Einfluss auf andere Disciplinen, speciell auf die Chirurgie, gewann. Hier bedurfte es der Lister'schen Lehre, um die Aetiologie und Prophylaxis der Wundkrankheiten verstehen zu lernen. Die Purificirung der chirurgischen Kliniken ist daher, wie Hegar[1]) mit Recht bemerkt, später als die der Entbindungsanstalten erfolgt. Diese Thatsache erklärt sich zum Theil wohl aus der isolirten Stellung, die damals noch die Geburtshülfe einnahm, als Semmelweiss seine Lehre predigte. Das Ignoriren der Geburtshülfe von Seiten der allgemeinen Medicin hat sich ebenso bestraft, wie der Isolircordon, den die Geburtshülfe früher um sich zu ziehen bemüht war.

Aber es wäre geradezu ein Vergehen, wenn ich neben Semmelweiss hier den Namen eines Arztes nicht nennen wollte, der gleichfalls die Menschheit mit einer Gabe beschenkt hat, wie es nur wenigen Sterblichen vergönnt ist. Ich meine Sir James Simpson, den Entdecker des Chloroform[2]).

Ich werde hier kein Wort über den Werth dieser Entdeckung verlieren. Wir alle wissen, welch ein unschätzbares Gut uns Simpson mit dieser Gabe bescheert hat, obwohl wir jüngeren Aerzte die volle Grösse derselben vielleicht gar nicht zu würdigen wissen, wir, die wir das Jammergeschrei, von dem früher die chirurgischen Spitäler und Lazarethe wiederhallten, kaum noch gehört haben. Es genüge hier anzuführen, dass auch Simpson den Reihen der Geburtshelfer entstammt und wir mit Stolz ihn den unsrigen nennen!

Wiederum ein Geburtshelfer, dessen Werk weit über die Grenzen unseres Faches hinaus — ich kann wohl sagen, von culturhistorischer Bedeutung war. Und solche Männer mögen uns ein Vorbild sein, dass auch wir nicht in vornehmer Abgeschlossenheit nur unser eigenes Haus bauen, sondern in steter Fühlung mit anderen wissenschaftlichen Disciplinen theilnehmen an der gemeinsamen Arbeit. Ihren idealsten Ausdruck findet diese Auffassung unseres Faches in dem berühmten Aufsatz von Virchow[3]), das Weib und die Zelle, in dem Virchow die Gynäkologie, unter die er den grössten Abschnitt unserer heutigen wissenschaftlichen Geburtshülfe mit begreift, als eine Abtheilung der Anthropologie aufgefasst wissen will. Und wie so oft *bedeutende* Geister ihrer Zeit um Decennien vorauseilen, so that Virchow diesen Ausspruch schon zu einer Zeit — es war im Jahre 1848 —, als eine wissenschaftliche Geburtshülfe kaum in den ersten Anfängen lag.

„Die Gynäkologie, sagt Virchow, als eine Abtheilung der Anthropologie, hat eine grosse Bedeutung über die gegenwärtige Zeit augenblicklichen (mechanischen) Handelns hinaus, ihre Bedeutung für die Geschichte des Menschengeistes eben darin, dass sie an der Ergründung jener grossen Mysterien Theil nimmt. Das Mysterium von der Zellenbildung, das Mysterium von der Erregung gleichartiger Bewegung ohne Ende, das Mysterium von der Spontaneität am Nervensystem und an der Seele — das sind die grossen Aufgaben, an denen der Menschengeist seine Kraft misst. Die Beziehung des Mannes und Weibes zur Eizelle zu erkennen, heisst fast soviel, als alle jene Mysterien zu lösen. Die Entstehung und Entwickelung der Eizelle im mütterlichen Körper, die Uebertragung körperlicher und geistiger Eigenthümlichkeiten des Vaters durch den Samen auf dieselbe berühren alle Fragen, welche der Menschengeist je über des Menschen Sein aufgeworfen hat.“

Wahrlich gross und gewaltig umfassend stellt Virchow das Forschungsgebiet dar, und wir müssen staunend zu dem Idealismus dieses Altmeisters der modernen Medicin aufblicken, mit dem er unser Fach begreift — aber gestehen wir es offen, wenn auch in der Geburtshülfe die ersten Anfänge dieses Bestrebens zu erkennen sind, so sind wir gerade in der Gynäkologie heute vielleicht weiter entfernt wie je, dieser Forderung auch nur annähernd gerecht zu werden. Denn wir können uns der Thatsache nicht verschliessen, dass die moderne Gynäkologie weniger Fühlung mit der allgemeinen Medicin, als dies vor Zeiten der Fall war, besitzt. Während für den alten Geburtshelfer vom weiblichen Körper nur das Becken mit seinem Inhalt existirte, studirte der ältere Gynäkolog mehr das Weib als einheitlichen Organismus. Man sprach — sehr charakteristisch — früher von Frauenkrankheiten, heute von Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Einen schwer wiegenden Schritt zu dieser rein localen und mecha-

[1]) Hegar, Ignaz Philipp Semmelweiss, sein Leben und seine Lehre. Freiburg. 1882.

[2]) Siehe die Rede von Gusserow: Zur Erinnerung an Sir James Simpson. Berlin. 1871.

[3]) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. 1848. p. 154.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nischen Auffassung der Gynäkologie that der Amerikaner Marion Sims in seiner Gebärmutter-Chirurgie. Und wenn auch ein Mann von der Bedeutung Scanzoni's[1]) vor der Einseitigkeit dieser Auffassung und ihrer Consequenzen warnte und den Zusammenhang localer Erkrankung mit allgemein physiologischen und pathologischen Vorgängen nicht zu vergessen mahnte, so gewann die Sims'sche Lehre doch rasch zahlreiche Anhänger. Parallel hiermit lief besonders in Deutschland eine immer mehr chirurgischer werdende Auffassung der gynäkologischen Therapie, die besonders in Simon einen thatkräftigen Vertreter fand.

Da kam die sogenannte neue Aera der Gynäkologie, die am meisten durch die Vervollkommnung der combinirten Untersuchung und die Antisepsis inaugurirt wurde, die Antisepsis, welche die Gynäkologie, merkwürdig genug, nicht von der Geburtshülfe, sondern aus den Händen der Chirurgie empfing.

Das locale Studium überwog jetzt völlig. Man lernte durch die combinirte Untersuchung mit fast anatomischer Genauigkeit die Organe und ihre krankhaften Veränderungen kennen und die Anwendung der Antisepsis bei den gynäkologischen Operationen zeitigte Resultate, die zu den grössten Errungenschaften der Medicin aller Jahrhunderte gerechnet werden müssen. Wenn auch einzelne Auserwählte in der vorantiseptischen Zeit grossartige operative Erfolge zu verzeichnen hatten, z. B. Koeberlé und Spencer Wells, so datirt doch der eigentliche Aufschwung in der operativen Gynäkologie von der Einführung der Antisepsis her, unter deren Schutze selbst die glänzenden Resultate Spencer Wells zu noch glänzenderen wurden. Ich erinnere hier vor Allem an die operative Behandlung der Ovarialtumoren, die in England durch Wells, in Deutschland durch Hegar und Schröder erfolgreich auf eine früher ungeahnte Höhe gebracht wurde. Es ist bekannt, dass früher mit der Diagnose Ovarialtumor fast das Todesurtheil über die Trägerin ausgesprochen war. Die Lebensrettung gehörte zu den grössten Seltenheiten, und der Tod war der qualvollste. In der Hand des antiseptisch geschulten Operateurs ist die Sterblichkeit jetzt vielleicht 15 Proc., in der Hand des Meisters ist die Heilung fast die Regel. Spencer Wells zählte bei dem letzten Hundert seiner bis zum Jahre 1880 auf die Zahl 1000 gebrachten Ovariotomien, nur 11 Todesfälle, Schröder bei seinem letzten Hundert nur 8 Todesfälle — und unter diesen befanden sich die allerschwierigsten Complicationen. Da nach Schröder[2]) jetzt so gut wie jeder Ovarialtumor operirbar ist, und in der Hand des technisch geschulten Operateurs die Resultate so glänzende sind, so ist der Werth des Geschenkes, das die Gynäkologie der leidenden Menschheit gebracht, auch dem blödesten Auge klar.

Muthig gemacht durch diese Erfolge suchte man immer neue gynäkologische Affectionen dem Messer zugänglich zu machen, und man sah mit Erstaunen, dass Operationen, die als zu gefährlich früher gescheut, oder nur als ultimum refugium ausgeführt waren, durch die Antisepsis zu relativ ungefährlichen Eingriffen sich gestalteten. Nachdem die Ovariotomie zu einer typischen Operation gemacht worden war, nahm man auch andere Unterleibsgeschwülste in Angriff. Der schönen Erfolge, welche Hegar und Schröder mit der Myomotomie erzielten, sei hier ganz besonders gedacht. Ja man suchte auch das schrecklichste der Uebel, welches das Weib heimsuchen kann, den Uteruskrebs radical durch die sog. Totalexstirpation des Uterus zu heilen — leider nicht mit demselben glänzenden Erfolge. Es scheint hier die Grenze angedeutet zu sein, bis zu welcher die operative Gynäkologie unserer Tage vorzudringen im Stande ist.

Gewiss sind diese Resultate staunenswerth. Allein wie die Geschichte der Medicin es oft gelehrt hat, dass man bei grossen Entdeckungen zunächst leicht in ein gewisses Extrem verfällt und erst nach einiger Zeit ein nüchterner Standpunkt gewonnen wird, von dem aus man Licht- und Schattenseite übersehen kann, so drängt sich auch bei uns der Gedanke auf, ob aus diesem Ueberwiegen der technischen Richtung nicht eine Gefahr erwächst, die das Band, das uns mit der allgemeinen Medicin verbindet, zu zerschneiden droht. Wer die Operation für den allein berechtigten therapeutischen Eingriff in der Gynäkologie hält, wer in der Antisepsis und seiner erworbenen technischen Fertigkeit einen Freibrief sieht, der ihn zu allen möglichen operativen Wagnissen berechtigen soll, der hat bereits den Bruch vollzogen, der Techniker hat den Arzt in ihm getödtet. Das ist der Specialist in dem banausischen Sinne des Wortes.

Dass solche Strömungen auch in der modernen Gynäkologie vorhanden sind, kann uns nicht befremden. Dazu waren die Erfolge zu unmittelbare und blendende, als dass Enthusiasten in der operativen Richtung nicht das ganze Heil für die Krankheiten des Weibes sehen sollten. Dass indessen diese mehr chirurgische Auffassung der gynäkologischen Therapie, als solche jene Gefahr birgt, muss ich leugnen.

Ein berühmter Chirurge, der derselben Dorpater Facultät angehörte, in die ich einzutreten die Ehre geniesse, Prof. v. Bergmann in Berlin, hat die bedeutungvollen Worte gesprochen.[1]) „Die Chirurgie der Gegenwart ist durchaus noch nicht Kunst oder Handwerk allein. Weder das Talent des Kunstfertigen, noch die gewissenhafte und peinliche Befolgung der Weisungen eines grossen Meisters machen sie leistungsfähig. Sie wurde zu dem was sie ist und erreichte die Stellung, die sie im Augenblick unter den Schwesterdisciplinen einnimmt, blos durch die wissenschaftliche Methode und Arbeitsweise des Naturforschers."

Voll und ganz nehme ich die Bedeutung dieser Worte auch für die Gynäkologie in Anspruch. Wie in der Geburtshülfe, so ist auch in der Gynäkologie die Technik nur ein Theil der Disciplin, und der Operateur muss sich bewusst sein, dass seine Handlungsweise gegründet ist auf die Resultate der wissenschaftlichen Erkenntniss und nicht auf den Namen einer grossen Autorität.

Der blinde therapeutische Versuch, sei er mit dem Medicament oder mit dem Messer ausgeübt, muss von der Gynäkologie ebenso zurückgewiesen werden, wie ihn die wissenschaftliche Medicin überhaupt verwirft. „Unser Können ist gebunden an unser Wissen." Und in diesem Sinne halte ich es auch für eine Verirrung, wenn man die Gynäkologie abspalten will von der Geburtshülfe oder gar der Chirurgie unterordnen will. Das wahre Verständniss für die Krankheiten des Weibes kann nur derjenige haben, der mit der Physiologie und Pathologie der weiblichen Generationsvorgänge aufs Innigste vertraut ist, nur derjenige wird das der Natur des Weibes und der vorliegenden Krankheit entsprechende Verfahren mit richtigem Verständniss einleiten können. Dass unter diesen therapeutischen Maassnahmen heut zu Tage eine grössere Anzahl chirurgischer als ehedem gefordert werden, kann noch lange kein Grund sein, die gesammte Gynäkologie den Chirurgen überantworten zu wollen.

Aber, so sehr die Operationslust auch heute überwiegt, so wäre es doch falsch, wenn man der heutigen Gynäkologie nur diesen Stempel aufprägen wollte. Wir dürfen nicht vergessen, dass eine Reihe werthvoller experimenteller Arbeiten vorliegt, welche für die technische Ausführung eine rationelle Basis geschaffen haben, — ich erinnere namentlich an die Untersuchungen von Spiegelberg und Waldeyer über die Versenkung des Stieles bei der Exstirpation von Unterleibsgeschwülsten — sowie anatomische Untersuchungen, die dazu bestimmt sind, der Indication zum operativen Eingriff eine präcisere Grundlage zu geben. Trotzdem ist die rein wissenschaftliche Ausbeute vorläufig etwas spärlicher als in der Geburtshülfe: Technik und Casuistik beherrschen den Markt. Um so mehr ist es die Aufgabe des academischen Gynäkologen der mehr wissenschaftlichen Auffassung unseres Faches die Fahne zu halten.

Es ist, meine Herren, ein in der letzten Zeit oft ausgesprochenes, aber darum nicht weniger wahres Wort, dass practische Disciplinen, wenn sie direct ihre Ziele verfolgen, auf Abwege gerathen (Leyden)[2]). Natürlich ist es sehr bequem, das sogenannte Theoretisiren oder besser gesagt, die mühsame wissenschaftliche Arbeit, die langsam Baustein an Baustein fügt, über Bord zu werfen und nur mit der in die Praxis gebrachten couranten Münze zu operiren. Man vergesse aber nicht, diese courante Münze ist geprägt aus den Goldbarren, welche die Arbeit des Naturforschers an's Tageslicht förderte. Man ignorire diese nur, eine Zeit lang fliesst das Bächlein noch, um endlich schmählich im Sande zu verrinnen.

Auch für uns Geburtshelfer und Gynäkologen ist der Baum des Lebens die physiologische Erkenntniss. Diese sichert uns den Zusammenhang mit der allgemeinen Medicin und schützt uns vor der Verirrung, Specialisten zu werden in des Wortes schlechter Bedeutung.

Und nach diesen Gesichtspunkten muss auch der Unterricht geleitet werden. Auch wir bilden weder Handwerker noch Künstler aus, sondern Aerzte d. h. Männer, welche im Besitz der Errungenschaften der wissenschaftlichen Medicin sind und diese als Richtschnur für ihre practischen Handlungen benutzen. Um dies zu erfüllen, ist ein stetes Zurückgehen auf die Principien der allgemeinen Medicin im Unterricht nöthig, und mit jedem neuen Object soll neue Anregung zum selbständigen wissenschaftlichen Denken gegeben werden[3]).

[1]) Siehe das Vorwort der V. Auflage seines Lehrbuches der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Wien 1875.

[2]) Berl. klin. Wochenschrift 1882, No. 16.

[1]) Siehe diese Wochenschrift 1882 No. 42 u. 43.

[2]) Siehe namentlich Leyden; Ueber die Ziele und Aufgaben des Vereins für innere Medicin. Diese Wochenschrift 1881 p. 132.

[3]) Es ist ein bemerkenswerthes Zeichen, dass bei feierlichen Universitätsreden das Thema Specialismus und allgemeine Medicin in den letzten Jahren häufiger wie je discutirt wird. Wie ein rother Faden zieht sich durch Alle die Warnung die Fühlung mit der allgemeinen Medicin nicht zu verlieren, die Einheit des Organismus nicht zu vergessen,

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Gewiss ist die Ausbildung technischer Fertigkeiten in der Geburtshülfe und Gynäkologie unerlässlich, nothwendiger vielleicht, wie in irgend einer anderen Disciplin. Zwar verlangen wir nicht, dass der ausgebildete Arzt in seiner Praxis die grossen gynäkologischen Operationen, z. B. Ovariotomien selbst ausübt, diese müssen, wie Schroeder mit Recht bemerkt, Domaine des Fachmannes bleiben. Wir verlangen aber, dass er gynäkologisch zu diagnosticiren versteht und die kleineren aber recht werthvollen gynäkologisch-therapeutischen Massnahmen mit eigner Hand ausführt, wir verlangen und fordern auf das Strengste, dass der angehende Arzt im Vollbesitz sämmtlicher geburtshülflichen Technicismen ist und ihre Anwendung auf das Genaueste zu präcisiren weiss, um den an jeden Arzt herantretenden geburtshülflichen Forderungen auf das Peinlichste gerecht zu werden. Denn wo kann Unverstand und eine rohe Hand grösseres Verderben bringen, als am Bette des kreissenden Weibes? Und wo Geschicklichkeit und Geistesgegenwart grösseren Segen spenden wie hier, wo zwei Menschenleben in die Hand des Arztes gelegt sind? Bei einer ähnlichen Gelegenheit wie der heutigen sprach der alte Geburtshelfer Roederer[1]) in seiner Antrittsrede die schönen Worte: „Sit sua laus medicinae, sit chirurgiae honos, obstetriciae tamen nomen haud obscurum manet. Marito dulcem reddit conjugem, proli matrem, matri laborum mercedem, universae familiae solamen."

Gewiss ist die Ausbildung dieser technischen Fertigkeiten unerlässlich. Aber gerade in dieser Unerlässlichkeit liegt die Gefahr, dass der Student und junge Arzt mit der Erwerbung dieser seine Aufgabe gelöst sieht. Dem vorzubeugen ist Sache des Unterrichtes. Denn wir halten dafür, dass ohne wissenschaftliches Judicium die Technik eben nur Technik bleibt im Sinne der alten Geburtshelfer und Wundärzte. Erst das Judicium macht den Arzt. Dieses auszubilden und zu schärfen ist auch in unserem Fache Aufgabe der Universität. Das wissenschaftliche Judicium ist die Basis, auf die der Arzt später weiter zu bauen hat, fehlt dieses — und er wird sich dasselbe nach dem Universitätsstudium schwer oder gar nicht mehr aneignen können — so kann er zwar ein guter Techniker werden mit oft blendenden Resultaten, niemals aber ein Arzt in des Wortes edler Bedeutung, in dessen Thaten das Resultat wissenschaftlicher Erkenntniss mit der Humanität seine schönste Verbrüderung feiert.

Förderung der wissenschaftlichen Erkenntniss durch eigne Geistesarbeit und durch die Ausbildung wissenschaftlich denkender Männer — darin sehe auch ich als Geburtshelfer und Gynäkologe meine Aufgabe und darin erblicke ich die ideale Seite des academischen Berufes. Auch wir — sogenannte Specialisten — müssen von dem Bewusstsein getragen sein, dass es ein Ziel ist, nach dem wir Alle auf der alma mater streben, dass es ein Gebäude ist, an dem wir alle hier bauen, so unscheinbar das Werk der Einzelnen auch fördert: das Gebäude der wissenschaftlichen Erkenntniss. Nur wenn wir diesem Sinne ganz ergeben sind, wird auch unserer Arbeit die höhere Weihe nicht fehlen, auch sie wird dann getragen sein von jenem Idealismus, als dessen Pflanzstätten die Universitäten seit Jahrhunderten berühmt sind.

damit das ohnehin schon grosse Contingent der Techniker nicht noch mehr vergrössert wird. Diese Warnung ist um so beachtenswerther, als sie aus dem Munde der ersten Autoritäten stammt. Vergleiche die folgenden Reden.

Frerichs: Rede zur Eröffnung des 1. medicinischen Congresses Deutsch. med. Wochenschr. 1882 No. 18.

v. Recklinghausen: Die historische Entwicklung des medicinischen Unterrichtes seine Vorbedingungen und seine Aufgaben. Rede gehalten am 1. Mai 1883, dem Stiftungstage der Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg. Strassburg 1883.

Hegar: Specialismus und allgemeine Bildung: Antrittsrede bei der Uebernahme des Prorectorates der Universität Freiburg. Freiburg 1882.

Schmidt-Rimpler: Universität und Specialistenthum, Rede beim Antritt des Rectorats am 17. October 1880 gehalten. Marburg 1881.

Ferner siehe die oben citirten Reden von Leyden und v. Bergmann. Endlich siehe auch: Die Schicksale der Transfusion im letzten Decennium. Rede, gehalten zur Feier des Stiftungstags der Militärärztlichen Bildungsanstalten am 2. August 1883 von Ernst v. Bergmann. Berlin.

[1]) De artis obstetriciae praestantia, quae omnino eruditum decet, quin immo requirit. Antrittsrede, gehalten zu Göttingen am 18. December 1751.

[2]) Vergleiche die oben citirte, vortreffliche Rede von v. Recklinghausen.

II. Aus dem ärztlichen Verein zu München. Sitzung vom 6. Februar 1884.

1. Ueber die Häufigkeit und Ursachen der idiopathischen Herzhypertrophie in München.

Von

Prof. Bollinger.

(Autorreferat.)

Im Eingange seines Vortrags bespricht der Redner die früheren und neueren Ansichten der Autoren über das Vorkommen und die Ursachen der idiopathischen Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Während die Mehrzahl der Forscher sich sehr vorsichtig über diesen Punkt äussert, haben u. A. namentlich Seitz (Zürich) und Münzinger (Tübingen) eine mässige Zahl von Beobachtungen beigebracht, welche darthun, dass derartige direct lethal endigende Anomalien des Herzens überhaupt vorkommen. — Dass in München derartige Herzhypertrophien häufiger vorkommen als anderswo, ergiebt sich schon bei der Durchsicht der Jahresberichte des Pathologischen Institutes zu München, ferner aus den früheren Arbeiten von Spatz und Hermann: So fand Spatz unter 638 Männern nicht weniger als 55 mit sogenannter Myocarditis behaftet, unter 433 Weibern 23. Auf 290 Männer zwischen 30—60 Lebensjahren kommen 41 = 14 Proc. mit Myocarditis, auf 144 Weiber desselben Lebensalters nur 10 = 7 Proc. Hermann verzeichnete unter 305 allerdings ausgesuchten Fällen 49 mal Plethora-Herz — als Todesursache — bei Männern und nur 3 mal bei Weibern. — In Bezug auf die im Münchener Pathologischen Institute übliche Bezeichnung derartiger Herzerkrankungen erwähnt der Vortragende, dass v. Buhl diese Herzhypertrophien ohne nachweisbare Ursache (Klappenfehler, Arteriosclerose) als Ausgänge und Product einer chronischen Myocarditis betrachtete, die gewöhnlich durch accidentelle und terminale Fettdegeneration des Muskels tödtlich endigt. Offenbar unter dem Einflusse der v. Buhl'schen Lehre und weil die Patienten in der Regel mit den Symptomen der Herzschwäche in's Spital kommen und zu Grunde gehen, hat sich bei den Klinikern hier die Bezeichnung der Myodegeneratio cordis für derartige Processe eingebürgert. Da nach den Untersuchungen des Vortragenden entzündliche anatomische Veränderungen am Herzen in der Regel fehlen und ebenso häufig auch die terminale Fettdegeneration, so konnte sich Referent dieser Auffassung nicht anschliessen und rechnet diese Anomalien zur idiopathischen oder einfachen Hypertrophie. — In der auf Veranlassung und unter Leitung des Referenten bearbeiteten Dissertation von Schmidbauer[1]) wurde der Versuch gemacht, auf Grund von genauen Wägungen und Messungen die Häufigkeit und die Ursachen dieser in München geradezu endemischen Herzhypertrophie ziffermässig festzustellen. Auf 1000 Sectionen des Pathologischen Institutes fanden sich 46 Fälle (32 Männer, 14 Weiber) = 4,6 Proc. mit rein idiopathischer Herzhypertrophie als Todesursache behaftet. Als Nebenbefund — nicht als Todesursache — wurde idiopathische Herzhypertrophie des Herzens in weiteren 33 Fällen (23 Männer, 10 Weiber) constatirt. Diese Zahlen sind durch fortgesetzte über ein Material von nahezu 2000 Leichen sich erstreckende Beobachtungen ergänzt und in jeder Richtung bestätigt worden. — Alle jene Fälle von Herzvergrösserung, welche durch Klappenfehler, durch Störungen des kleinen Kreislaufs, durch Arteriosclerose oder Granularatrophie der Nieren erzeugt werden, sind selsbtverständlich dabei ausser Betracht gelassen. — Einzelne Fälle von idiopathischer Herzhypertrophie sind möglicherweise unter Concurrenz übermässiger Muskelarbeit und körperlicher Anstrengungen zu erklären. — Die grosse Mehrzahl jedoch lässt sich, wie Referent an einer erheblichen Zahl von genau verfolgten Einzelbeobachtungen und namentlich bei Selbstmördern darthut, nur erklären aus den Wirkungen des habituellen Uebermaasses im Biergenuss in Verbindung mit wahrer Plethora, deren Existenz in neuerer Zeit von der Mehrzahl der Physiologen und Pathologen geleugnet wird. — Beim übermässigen habituellen Biergenuss sind einmal die directe Wirkung des Alcohols auf das Herz — weniger die grosse Menge der zu verarbeitenden Flüssigkeit —, ferner der Gehalt des Bieres an leicht verdaulichen Nährstoffen und die in der Regel damit verbundene kräftige und wenigstens quantitativ üppige Lebensweise in Betracht zu ziehen. Der habituelle Bierpotator, der den ganzen Tag über trinkt — fast ohne Pausen, befindet sich in einer Art von continuirlicher Verdauungs-Plethora. — Nach den Untersuchungen des Referenten ist in München das normale Herz der Männer (330 gr auf 58 Kilo Körpergewicht) grösser als anderswo, bei gesunden verunglückten Männern zwischen 30—35 Jahren beträgt das Normalgewicht des Herzens in München sogar 370 gr auf 61 Kilo Körpergewicht; eine Erscheinung, die wahrscheinlich mit dem allgemein

[1]) Ueber die Häufigkeit der Herzerkrankungen in München. Inaug.-Dissert. von Benno Schmidbauer. München 1883.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verbreiteten übermässigen Bierconsume zusammenhängt. Die pathologisch-anatomischen Verhältnisse der hypertrophischen Herzen sind hauptsächlich charakterisirt durch die gleichmässige Betheiligung beider Ventrikel und die enorme Verdickung der Muskelprimitivbündel mit Vergrösserung der Kerne; ob eine numerische Zunahme der Muskelfasern vorhanden ist, konnte Referent nicht nachweisen.

In Bezug auf Verlauf und Ausgänge ist zu bemerken, dass manche resistente Bierpotatoren mit Herzhypertrophie ein höheres Alter erreichen, besonders wenn der übermässige Biergenuss rechtzeitig vermindert oder die schädlichen Folgen durch Muskelarbeit theilweise ausgeglichen werden. Die Mehrzahl der hierher gehörigen Patienten geht nach relativ kurzer Krankheit unter den Erscheinungen der Herzparese zu Grunde. Entsprechend dem im Leben beobachteten Symptomencomplex finden sich bei der Obduction: leichter Hydrops, Lungenödem, braune Induration der Lunge, Stauungsbronchitis, Stauungsleber in allen Stadien, Stauungsmilz, Stauungsnieren (cyanotische Induration) ziemlicher Fettreichthum und meist Plethora sämmtlicher Organe. Terminale Fettdegeneration des Herzmuskels fehlt häufig und ist der tödtliche Ausgang in solchen Fällen einstweilen nur durch Lähmung der Herznerven und Ganglien zu erklären, die vorläufig als eine functionelle bezeichnet werden muss, bis es gelingt, anatomische Läsionen an denselben nachzuweisen.

Im Weiteren erörtert der Vortragende die Frage der Plethora und spricht sich im Anschluss an v. Recklinghausen besonders auf Grund der Obductionsresultate im Münchener Pathologischen Institute auf das Bestimmteste für die Existenz einer Plethora vera aus, die namentlich beim Bierpotatorium in exquisitester Form zur Beobachtung gelangt. — Die mit dem Plethora-Alcohol-Herz behafteten Patienten (zwischen 31—40 Jahre alt) zeigen entsprechend der Plethora eine parallel gehende Beleibtheit; das Körpergewicht steigt im genannten Alter von 61 Kilo normal auf 74 Kilo, wobei die mässige Menge der mitgewogenen hydropischen Flüssigkeit in der Regel durch die terminale Abmagerung compensirt werden mag.

Das vorwiegende Vorkommen der idiopathischen Herzhypertrophie bei Männern, die häufig im kräftigsten Alter zwischen 25—45 Jahren dahinsterben, spricht ebenfalls für die alcoholisch-plethorische Ursache und gegen die Entstehung aus Rheumatismus acutus, der bekanntlich bei Frauen bedeutend prävalirt. — Bei Frauen erreicht die idiopathische Herzhypertrophie auf alcoholisch-plethorischer Grundlage meist weniger hohe Grade und wird das Mindermaass der consumirten Biermengen in seinen schädlichen Folgen theilweise ausgeglichen durch geringe Bewegung und wenig Muskelarbeit.

Was die Wirkungen des habituellen Uebermaasses im Biergenuss auf die übrigen Körperorgane betrifft, so nennt der Vortragende besonders Arteriosclerose, Apoplexien, Nephritis, Hepatitis (namentlich leichtere Grade der hypertrophischen Lebercirrhose), Cor adiposum und die Disposition zu hämorrhagischer Entzündung der serösen Häute, selbst zur Lungenphthisis [1]). — Aus diesen Wirkungen und aus der Häufigkeit der alcoholisch-plethorischen Herzhypertrophie erklärt sich ferner, warum entzündliche Nierenaffectionen so häufig gleichzeitig aufgefunden wird, warum excentrische Hypertrophie beider Herzventrikel so oft schon vor dem Eintritt des Nierenschwundes angetroffen werden. Aus demselben Grunde findet sich in München bei Mitralinsufficienz häufig Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, findet sich bei Lungenphthisis, Emphysem, chronischer Pleuritis so oft der linke Ventrikel hypertrophisch und dilatirt, ferner bei Arteriosclerose Hypertrophie und Dilatation des rechten Herzventrikels.

Was das Quantum des Bierconsums in München betrifft, so beträgt derselbe pro Kopf der Bevölkerung circa 432 Liter pro Jahr. 1882 betrug der Bierconsum in Deutschland auf den Kopf der Bevölkerung:

Im Deutschen Zollgebiet	=	88	Liter
In Elsass-Lothringen	=	54	„
Im Reichssteuergebiet	=	62	„
In Württemberg	=	186	„
„ Bayern	=	233	„
„ München (ab Ausfuhr)	=	432	„

Gegenüber dem Einwand, dass an dem übermässigen Bierconsum in München auch die zahlreichen Fremden sich tapfer betheiligen, ist zu bemerken, dass dieser Ausfall zum mindesten ausgeglichen wird durch die Biermengen, die die einheimische, sehr ausflugslustige Bevölkerung ausserhalb Münchens consumirt.

Am Schlusse seines Vortrages resumirt der Vortragende seine Auseinandersetzungen dahin, dass die in München so häufige und für das Leben gefährliche idiopathische Hypertrophie und Dilatation des Herzens weder durch Myocarditis noch im Zusammenhange mit Rheumatismus acutus der Gelenke erklärt werden könne, sondern als eine toxisch-functionelle Hypertrophie aufzufassen sei, bedingt durch habituellen Bier-Alcoholismus [1]) und eine concurrirende Plethora. Die lethale Insufficienz des Herzens ist anatomisch in vielen Fällen unklar: es kann eine toxische Wirkung auf das Herznervensystem oder Ermüdung desselben durch functionelle Ueberanstrengung angenommen werden. — Während bei mässigem Genusse das Bier vom hygienischen Standpunkte als Genuss- und Nahrungsmittel unerreichbare Vorzüge besitzt, ist der Abusus wie bei anderen Spirituosen gesundheitlich von den grössten Gefahren begleitet.

[1]) Unter 27 Phthisikern mit zu grossen Herzen waren 26 Männer und 1 Frau.

[1]) Der Branntweinsäufer nährt sich in der Regel schlecht, es fehlt die begleitende Plethora, und aus diesem Grunde findet man selten Herzhypertrophie bei demselben. Der habituelle Weintrinker dagegen, der sich gleichzeitig gut nährt, wenig arbeitet und überhaupt eine üppige Lebensweise führt, wird sicher öfters idiopathische Herzhypertrophie acquiriren.

---

2. Die Auffindung von Pneumoniecoccen in der Zwischendeckenfüllung siechhafter Wohnräume.

Von

Privatdocent Dr. Rudolph Emmerich.

In der Gefangenenanstalt zu Amberg (Regierungsbezirk Oberpfalz und Regensburg) waren seit dem Jahre 1857 Jahr aus Jahr ein auffallend zahlreiche Erkrankungen an croupöser Pneumonie vorgekommen, welche ab und zu einen epidemischen Charakter annahmen. Die letzte, besonders heftige und bösartige Epidemie, welche vom Januar bis Juni 1880 in der Strafanstalt herrschte und welcher von 161 an Lungenentzündung Erkrankten 46 Sträflinge erlagen, wurde von Kerschensteiner eingehend beobachtet und in ihren Ursachen klargelegt.

Eine ätiologische Bedeutung der Beschäftigungsweise, der Kost, des Trink- und Nutzwassers, der Abtritte, der Lufttemperatur, ein Einfluss der Erkältung, alles das hat von Kerschensteiner mit überzeugenden Bestimmtheit ausgeschlossen.

Aus allen Schlafsäälen gingen Pneumoniker zu, aber in sehr ungleicher Vertheilung, dieselbe schwankte zwischen 4,7 und 23,5 Proc. Dieser auffallende Unterschied von 19,4 Proc. veranlasste von Kerschensteiner, eine besondere örtliche, hier geringere, dort heftigere Disposition zur Erzeugung und Vermehrung eines ectogenen Krankheitserregers in den Schlafsäälen anzunehmen.

Die 161 Fälle von Lungenentzündung mussten — darüber bestand kein Zweifel mehr — durch einen in den Schlafsälen der Gefangenen haftenden organisirten Krankheitserreger verursacht sein. Da in einem Wohnraume, nach den Untersuchungen Emmerich's, die Zwischendecken-Füllung das günstigste ectanthrope Nährmedium für pathogene Mikro-Organismen darstellt, so veranlasste von Kerschensteiner die Entnahme solcher Füllbodenproben aus den siechhaften Schlafsäälen der Amberger Strafanstalt.

Dieselben wurden von Emmerich chemisch und nach den von R. Koch ausgebildeten Methoden durch Cultur auf festen Nährmedien untersucht. Emmerich zeigt die betreffenden Füllbodenproben, welche aus Bauschutt, Stroh, Holzspähnen und schmutzigem Sand und Staub bestehen den versammelten Vereinsmitgliedern vor und erwähnt, dass in einem einzigen Saale 31 Cubikmeter oder 15 grosse Wagenladungen derartigen Bodens, durchfeuchtet mit 2200 Litern Wasser und imprägnirt mit reichlichen Mengen organischen und anorganischen Nährmaterials, vorhanden seien.

Im Schlafsaal No. 88 war soviel Chlornatrium in der ursprünglich kochsalzfreien Zwischendeckenfüllung, als hineingelangen würde, wenn ein erwachsener Mensch 12 Jahre hindurch seine gesammte tägliche Harnmenge auf den Fussboden dieses Saales entleerte.

Nach Ausführung der chemischen Untersuchungen wurden kleine Mengen des Füllbodens der siechhaften Schlafsääle auf sterilisirte Fleischwasserpepton-Gelatine, welche auf Glasplatten ausgebreitet war, ausgestreut. Nach wenigen Tagen hatten sich auf der Galatinefläche neben Schimmelpilzrasen sehr verschiedenartige Colonieen von Spaltpilzen gebildet, unter welchen Nagelkopf-förmige, Milchglas-farbige Rasen vorherrschend waren.

Bei der mikroskopischen Untersuchung von mit Füllboden inficirter und bei 36°C. aufbewahrter flüssiger Gelatine fand Emmerich sehr verschiedene Spaltpilzformen, vorzugsweise septische Pilze und in besonders grosser Zahl die Bacillen des malignen Oedems. Nach der an Kaninchen, Meerschweinchen und weissen Mäusen vorgenommenen subcutanen und intravenösen Injection der verflüssigten Pilz-haltigen Gelatine waren die Bacillen des malignen Oedems im Blut und in den

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Organen der Thiere vorherrschend, daneben aber auch bei Meerschweinchen und Mäusen Capsel-Coccen und Diplo-Coccen vorhanden. Die Nagelkopf-förmigen, opaken Colonieen der bei Zimmertemperatur ausgeführten Plattenculturen bestanden lediglich aus Coccen und Diplo-Coccen. Diese wurden durch weitere Uebertragung auf Gelatine, mittelst Plattenculturen, von welchen unter Controle des Mikroskopes abgeimpft wurde, rein gezüchtet. Die ersten Plattenculturen wurden in der Weise angestellt, dass kleinste, mit geglühtem Platindraht von einem nagelförmigen Pilzrasen entnommene Partikel in sterilisirtem Wasser vertheilt und von dieser verdünnten Pilzaufschwemmung die Gelatine-Impfungen ausgeführt wurden.

Sowohl das makroskopische Aussehen, als auch das bei 60 bis 80facher Vergrösserung erhaltene mikroskopische Bild waren in Bezug auf Farbe, Form und Begrenzung vollkommen identisch mit jenen Culturen, welche Friedländer und Frobenius mit, aus der pneumonischen Lunge des Menschen stammendem Material, erhalten hatten.

Emmerich erklärt ausdrücklich, dass er die Pneumoniecoccen in der Zwischendeckenfüllung kaum als solche erkannt hätte, wenn nicht Friedländer's epochemachenden Mittheilungen, die bei fast allen Sachkundigen eine sehr lobende Anerkennung fanden, über dieselben erschienen wären.

Auch durch die Ausführung zahlreicher Blutserum- und Kartoffelculturen ergab sich eine vollkommene Identität zwischen den durch Friedländer und Frobenius aus der pneumonischen Lunge und den durch Emmerich aus der Zwischendeckenfüllung gezüchteten Pneumoniecoccen. Herr Dr. Frobenius hat dies durch den Vergleich seiner eigenen Culturen und Präparate mit denen Emmerich's bestimmt bestätigt.

Die Veränderungen der Lungen von Mäusen und Meerschweinchen, welche durch Injection einer in sterilisirtem Wasser zertheilten Gelatinecultur in die rechte Brust, inficirt worden waren, sind äusserst charakteristisch. Die erkrankten Lungen sind voluminös, consistent, leberfarbig und ein herausgeschnittenes Stück sinkt im Wasser unter. Aus der Schnittfläche fliesst eine schmierige rothbraune Flüssigkeit. Die Costal- und Pulmonalpleura ist bei Meerschweinchen oft mit fibrinösem Exsudat schleierartig überzogen, daneben ist flüssiges Exsudat in Mengen bis zu 4 ccm für eine Pleurahöhle und bei Mäusen zähflüssiges Pleura-Exsudat vorhanden, welches colossale Massen von Capselcoccen enthält. Auch in den Lungen, im Blut und in den Organen sind die Capselcoccen in grosser Zahl sichtbar. Kaninchen sind, wie auch Emmerich fand, refractär, insofern als von 7 mit 2 bis 4 ccm einer Pilzaufschwemmung inficirten Thieren keines an Pneumonie erkrankte und nur eines in Folge der grossen Menge des in die Brust injicirten Materials starb.

Auch durch Inhalationsversuche, zu welchen weisse Mäuse verwendet wurden, erhielt Emmerich ein positives Resultat. Bei einem dieser Versuche gingen von 8 Mäusen 5 an Pneumonie zu Grunde.

Durch Uebertragung von Organtheilchen dieser Thiere auf Gelatine und Blutserum wurden charakteristische Culturen erzielt.

Es steht demnach unzweifelhaft fest, dass die Pneumonie-Epidemien im Amberger Gefängniss durch die in den Zwischendecken nachgewiesenen Pneumoniecoccen verursacht wurden. Dieser Erfolg, sagt Emmerich, ist einerseits den nach von Pettenkofer'schen Principien durchgeführten localistischen Untersuchungen und andererseits der Anwendung der Koch'schen Methoden zu verdanken.

Die Zahl der in den Zwischendecken des Amberger Gefängnisses vorhandenen Pneumoniecoccen resp. Sporen muss nach Aussaat und Ernte zu urtheilen eine enorme sein.

Der Fund ist um so wichtiger als die Pneumonie den weitesten Verbreitungsbezirk auf der Erde hat und ihre Mortalitätsziffer, welche 7 Procent der sämmtlichen Todesfälle ausmacht, nur noch von der Schwindsucht übertroffen wird.

Diese und andere Hauskrankheiten können von nun an durch die Einführung zweckmässigerer Zwischendecken mit sicherem Erfolg bekämpft werden.

Vor allem muss die Anwendung von nicht porösem, oder wenig porösem Füllmaterial gefordert werden.

Eine ausgebrochene Epidemie kann durch Evacuation und Entfernung der siechhaften Füllung coupirt werden.

III. Ueber die zur Reinigung der Nasenrachenhöhle empfohlenen Vorrichtungen, insbesondere über die Nasendouchen.

(Vortrag im medicinischen Verein zu Greifswald.)

Von

Stabsarzt **Schondorff.**

Die ausserordentliche Häufigkeit von Erkrankungen des Nasenrachenraums, welche ich in der von mir geleiteten ohrenärztlichen Poliklinik beobachtete, führte mich um so mehr zu einer vergleichenden Prüfung der angegebenen Reinigungsmethoden, als die Urtheile der Autoren nicht blos hinsichtlich des Werthes einzelner Instrumente und Manipulationen auseinandergehen, sondern auch die Gebrauchsanweisungen für die allbekannte Weber'sche Nasendouche in einigen wesentlichen Punkten von einander verschieden lauten. Nach den Mittheilungen von Roosa, Knapp, Schalle (Berl. klin. Wochenschrift 1877), B. Fränkel (ibidem), Pomeroy, Frank, Thiry (Berl. klin. Wochenschrift 1883) über Mittelohrentzündungen in Folge von eingedrungener Spülflüssigkeit beim Gebrauch der Nasendouche wurden zahlreiche Verhaltungsmassregeln für ihre unschädliche Anwendung angegeben, von v. Tröltsch (A. f. O. Bd. IX), von Wendt (bei v. Ziemssen Bd. VII), von Burkhardt-Merian (Nr. 128 der Volkmann'schen klin. Vorträge), von Schalle (l. c.), von Frank (A. f. O. Bd. V), von Weber-Liel (Berl. klin. Wochenschr. 1877), von Fränkel und einigen Anderen. — Die Anschauungen gehen vornehmlich darüber auseinander, ob die Weber'sche Nasendouche (ich begreife unter diesem Namen sowohl den einfachen Schlauchheber als den Irrigator) den Schlundkopf allseitig bespült, — welche Haltung der Kopf der Douchenden annehmen soll, — welche Lösungen in der Douche unschädlich sind bei ihrem zufälligen Eindringen in die Tuba. — Weber-Liel sagt l. c.: „durch das Experiment an einem Leichenpräparat habe ich mich überzeugt, dass die einströmende Flüssigkeit bei der Th. Weber'schen Nasendouche nur die Theile hinter der Choane, nicht den Fornix des Rachens erreicht.“ Auch v. Tröltsch äussert sich (Lehrbuch, 7. Auflage. S. 391) „es verdiene öfters gesagt zu werden, dass sie gerade das Schlunddach mit der Tonsilla pharyngea sammt den angrenzenden Regionen für gewöhnlich nicht bespült.“ — Wenn die Nasendouche das ganze Schlundgewölbe nur ausnahmsweise spült, kann sie dort anhaftende Krusten nicht entfernen, und es *würde* wegen der möglichen Gefahr einer Ohrenentzündung doppelt geboten sein, dieses Instrument zu meiden, welches ohnehin von sehr vielen Patienten in ganz zweckloser Weise zur Selbstbehandlung aller möglichen Nasenkrankheiten auch bei uns gebraucht wird. Löwenberg (A. f. O. Bd. II) sieht in Weber's Douche das mildeste Mittel, um Secretmassen von den Tubenrändern zu entfernen und den Nasenrachenraum zu erfüllen. Schwartze (A. f. O. B. V) nennt sie ein unentbehrliches Hülfsmittel der Therapie bei Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraums. Magnus (Nasendouche, ihre Anwendung u. s. w. 1882. Königsberg) hat zwar sein Urtheil von 1877 (A. f. O. Bd. VI) modificirt, „dass er ein so werthvolles Mittel prohorresciren wolle, weil es hier und da einmal unter bestimmten Verhältnissen Schaden anrichtet“, aber nicht wegen ungenügender Bespülung des Schlundes. B. Fränkel (v. Ziemssen, Bd. IV) sagt, dass die Weber'sche Douche die ganze Nase und den oberen Theil des Schlundkopfes bespült. — Um mir ein eigenes Urtheil zu bilden, benutzte ich zunächst selbst den Irrigator und suchte bei einer Fallhöhe von $1\frac{1}{2}$ Fuss durch das Gefühl zu bestimmen, wie weit kühles Wasser den Schlundkopf bei verschiedener Kopfhaltung erfüllte. Das Ansatzrohr war bald mit Olive, bald mit dünnen Gummiröhrchen armirt. Ich konnte hiebei das kühle Wasser, ebenso wie ein zweiter experimentirender College, nur dann an der hinteren Rachenwand und meinen empfindlichen Tuben wahrnehmen, wenn ich den Kopf vertical hielt, noch deutlicher, wenn ich ihn etwas nach hinten neigte, dagegen gar nicht, wenn ich das Kinn auf die Brust hielt. — Ich entfernte nun aus einem durch Horizontalschnitt enthirnten Leichenkopf, an dem der Hals geblieben war, durch vorsichtige Meisselbenutzung das knöcherne Dach des Schlundkopfes in der Pars basilaris des Hinterhauptbeines, durchtrennte dann den Fornix durch einen Kreuzschnitt und drückte die Rachenschleimhaut schonend wieder an den Knochen um das ausgemeisselte Loch. Ich fixirte nun das Velum entweder durch drei Fäden, die ich nach hinten zu dem Loche hinausführte, oder vom Munde her mit zwei Fingern gegen die hintere Rachenwand. Darauf liess ich aus $1\frac{1}{2}$ Fuss Fallhöhe den Irrigator in das eine Nasenloch mittelst einer gläsernen bleistiftdicken Röhre einströmen. Es zeigte sich nun, dass das Wasser bei horizontaler Kopfhaltung wie am Lebenden in kräftigem Strahl aus dem anderen Nasloch herabfiel, ohne die hintere Rachenwand zu bespülen, während es auf dem Velum in die

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

andere Choane herumströmte. Wenn ich dagegen den Kopf vertical erhob, so füllte sich der ganze Schlundkopf und das Wasser floss durch das andere Nasloch über die Oberlippe herab. Dies wurde noch prägnanter, wenn ich das Hinterhaupt ein wenig senkte, weil die Ausflussöffnung der zweiten Choane dann etwas höher stand. Das Herumströmen um das Septum von einer Choane in die andere konnte ich durch mässige Erhebung des Velum auch an einem Kopfe erreichen, welchem ich die ganze hintere Rachenwand entfernt hatte, sobald ich den Kopf horizontal hielt. Hierauf liess ich nun bei derselben Fallhöhe wie vorhin und aus einer dem Nasenboden parallel anliegenden Irrigatorspitze in einen ganz unverletzten Pharynx eines Leichenkopfes eine gesättigte Lösung von Berliner Blau einfliessen bei verticaler Kopfhaltung und bei Fixirung des Velum gegen die hintere Rachenwand mittelst zweier Finger. Dann neigte ich sofort den Kopf etwas vorne über, unterbrach die Spülung und trennte den Nasenrachenraum in dieser Haltung durch einen dem Septum parallelen, sagittalen Sägeschnitt. Es fand sich der ganze Schlundkopf blau gefärbt. — Indem ich dann die gefärbten Partien leicht mit Kalilauge bestrich und entfärbte, konnte ich, wenn auch unvollkommen, den Versuch wiederholen. Auch jetzt zeigte sich unvollkommene Färbung der hinteren Rachenwand, noch weniger des Fornix bei horizontaler Haltung, sehr vollkommene Färbung des ganzen Schlundkopfes bei geringer Neigung nach hinten ein wenig über die verticale Haltung. In dieser Haltung floss das blaue Wasser nicht in freiem Strahle, sondern über die Oberlippe herab, genau wie beim Versuche mit kühlem Wasser an mir selbst. — Aus diesen Versuchen, welche ich hinsichtlich der Anfüllung der Nebenhöhlen bei der Douche vervollständigen werde, glaube ich schliessen zu dürfen, dass die Weber'sche Nasendouche allerdings den ganzen Schlundkopf bespült inclusive Fornix. v. Tröltsch schreibt vor, „dass man sich vor ein Waschbecken setzen soll", „manche Kranke bekommen leicht Stirnschmerzen durch die Douche, wenn sie den Kopf nach vorne beugen". Die gerade Haltung wird hier von v. Tröltsch, ebenso wie von Frank (A. f. O. Bd. V) und Anderen deshalb verlangt, damit keine Stirnschmerzen entstehen. Aus der Besichtigung der meist nur schlitzförmigen, schiefen Schleimhautöffnung der Stirnhöhle im mittleren Nasengange nahe dem vorderen Drittel lässt sich nun leicht die Ueberzeugung gewinnen, dass eine parallel dem Nasenboden (in einer Ebene vom unteren Ende des Ohrläppchens und dem Naseneingange, Urbantschitsch), liegende Douchenröhre ihr Wasser nicht in die Stirnhöhlen eindringen lässt. Selbst die mit einer Olive armirte Douche, welche das Nasloch abschliesst, macht nur ganz ausnahmsweise bei fehlerhafter Direction des Strahles nach oben durch Erfüllung der Stirnhöhlen Schmerzen. Dieselben entstehen durch übermässige Reizung der Nerven der Riechspalte, wie dies auch Magnus annimmt. Ich habe bei wiederholtem starkem Vorbeugen ebensowenig wie andere Versucher Stirnschmerzen bekommen, wenn ich die Röhre des Irrigators mit dem Nasenboden parallel hielt. Der rücklaufende Wasserstrom kann in dieser Haltung erst recht nicht die Stirnhöhlen erfüllen, weil durch dieselbe der Ausfluss und zwar überwiegend im unteren Nasengange erleichtert wird. — Am leichtesten gelang es mir durch gefärbte Flüssigkeit bei seitlicher abducirter Kopfhaltung die Oberkiefer- und Siebbeinzellen zu erfüllen. Michel (Krankheiten der Nasenhöhle 1876 S. 43) räth die Keil- und Siebbeinzellen dadurch nach der Douche zu füllen, dass der Patient, die Nase verschliessend, den Kopf stark nach vorne geneigt hält. Mir erscheint Schalle's (A. f. O. XIX. 179) Anweisung richtiger, den stark nach hinten über geneigten Kopf seitlich zu wenden. Nach Verschluss der Nase will er dann durch eine schleudernde Bewegung nach vorne unten die Stirnhöhlen erfüllen. Nach meinen Leichenversuchen muss ich dies letztere bezweifeln. Die sehr ungleichen, kleinen, zuweilen obliterirten Stirnöffnungen werden nach dem Vorgange von Jurascz und Hartmann am sichersten durch die Sondirung eröffnet. — Wenn der Douchende nach meiner Anweisung den Kopf vertical hält, um den Schlundkopf zu erfüllen, nicht um Stirnschmerzen zu vermeiden, so fliesst ihm in lästiger Weise das Wasser aus dem anderen Nasloch über die Oberlippe in den geöffneten Mund. Es ist das deshalb nicht blos angenehmer, um das Wasser über die Wange abfliessen zu lassen, dass er den Kopf ein wenig seitlich und nach hinten neigt, sondern auch richtiger für die Bespülung des Fornix. Die Kranken, welche ich mit v. Tröltsch's gedruckter Anweisung versehen hatte, hatten immer die Neigung, den Kopf nach vorne zu beugen. Ich halte es demnach nicht für richtig, wenn Burckhardt-Merian (l. c. S. 23 ad 4) vorschreibt, den Kopf beim Douchen horizontal über das Waschbecken zu halten. Bei $1^1/_2$ Fuss Fallhöhe wird der Fornix dabei nicht bespült, sobald der andere Nasengang bequem durchgängig ist. — Nach dem Vorgange von Hartmann und Thiry ist es richtiger, den kolbigen Nasenansatz (Burckhardt), das möglichst dicke Gummirohr (Löwenberg), die luftdichtschliessende Olive, auf deren hermetisches Abschliessen des Nasloches Wendt, Urbantschitsch, B. Fränkel Gewicht legten, mit einem Gummiröhrchen zu vertauschen, welches das Nasloch nicht verstopft und bei einer übersehenen Stenose des anderen Nasenganges das Wasser nicht staut.

Um in aller Kürze von den vielen und oft besprochenen Verhaltungsmaassregeln der Weber'schen Nasenschlunddouche das Nothwendigste zu resumiren, so würde zu beachten sein: Fallhöhe des lauen (nicht über 20° R.) 1 Proc. Kochsalz haltenden Wassers aus $1^1/_2$ Fuss, welches durch ein von vorne gerade nach hinten parallel dem Nasenboden liegendes Bleistift dickes Gummirohr in den engeren Nasengang (eventuell die tiefer ausgeschnittene Nasenapertur, A. f. O. Bd. XX) einströmt bei vertikaler oder etwas hinten über und abwechselnd zugleich seitlich geneigter Kopfhaltung; leichtes Vorstrecken der Zunge (B. Fränkel) in dem geöffneten Munde; Douchen mit Unterbrechung bei ruhiger Athmung ohne Schlucken und Sprechen. Nach der Douche vorsichtiges Ausblasen der Flüssigkeit aus jedem Nasenloch einzeln, Schlucken bei geschlossenem Mund und Nase, und nachher in der Stube bleiben. — Der Verschluss der Tuben vermittelst des Velum Seitens eines Assistenten während der Douche (Zaufal) ist in hohem Grade lästig. — Störk's Rath, einen Schluck Wasser im Munde zu halten, erschwert die Athmung. — Weber-Liel hält im Gegensatz zu Jacoby, V. Lange, Schwartze nur eine schwache Sodalösung für indifferent, nicht eine Kochsalzlösung von 1 Proc., wenn sie in die Tuben dringt. Nachdem ich es bei Schwartze gesehen hatte, habe ich wiederholt ohne jede Reizung des Mittelohrs Exsudate durch das paracentesirte Trommelfell mittelst Kochsalzhaltiger Lösungen von der Tuba aus herausgespült. Politzer spricht sich allerdings dagegen aus, als zu reizend. Immerhin beweist dies Verfahren von Schwartze bei erkrankter Mittelohrschleimhaut die Toleranz der Paukenhöhle für einige Tropfen Kochsalzlösung. Nachdem ich in einem Falle auch in Folge einer Sodalösung-Einspritzung in die Paukenhöhle bei Sclerose eine, wenn auch schnell heilende, Eiterung beobachtete, bin ich geneigt, auf die vollkommene Reinheit des Wassers von Infectionsträgern ebenso viel Gewicht zu legen als auf den Zusatz von Kochsalz, Soda oder am besten der Borsäure. — Es bleibt mir noch übrig einige Einwände gegen die Nasendouche zu entkräften. Weber-Liel verwirft dieselbe, unter dem Beifall von Bresgen, weil der hydrostatische Druck discontinuirlich ist in Folge des Ausströmens, weil die Hand, welche den Schlauch hält, zittert, und der absatzweise Druck das Gaumensegel zu unregelmässigen Contractionen bringt. Demgegenüber möchte ich darauf hinweisen, dass dieser hydrostatische Druck mit so vollkommener Gleichmässigkeit abnimmt, dass man ihn z. B. bei der Transfusion jeder Stempelspritze vorzog. Ich habe weder bei mir noch bei Anderen gesehen, dass die Unruhe der Hand den Strahl absatzweise austreten lässt und ich meine, dass bei den zitternden Gaumenbewegungen während einer längeren Douche die Athmung und die elastische Schwingung des nur oben belasteten und nur an einer Seite fixirten Gaumensegels als Erklärung herangezogen werden muss. Diese Discontinuität des Druckes und Strahls bei der Weber'schen Douche steht in keinem Vergleiche zu derjenigen des Klysopompes (der englischen, Davidson'schen Spritze). Hierin sind Weber-Liel, Jacoby, Wendt, Bresgen (chron. Nasen-Rachen-Krankheiten 1883) und selbst Michel (l. c. S. 11) einig, welcher sie so angelegentlich empfahl. In der Hand des Arztes ist ihre Anwendung um so weniger für die Tuben bedenklich, je mehr der Patient sich etwas nach vorne beugt, aber in der Hand des Kranken hat sie selbst bei der etwas geräumigen Nasenhöhle einer atrophirenden Schleimhauterkrankung vor Weber's milder wirkender Douche keine Vorzüge, weil die Tubenmündung hier ungeschützt von der unteren Muschel direct vom Wasserstrahl getroffen wird, und weil die weisslichen Exsudationen am unteren Rande der Muscheln auch dem energischen Strahl des Klysopompes widerstehen, so dass man sie schnell und zweckmässig mit den von Hartmann (A. f. O. XII S. 221) empfohlenen Nasenbürstchen wegnimmt. — Nachdem ich die Nasendouche weit über hundert Mal angewandt habe, habe ich in eigener und fremder Praxis nur dreimal danach eine eitrige Otitis beobachtet, welche sich immer auf fahrlässige Anwendung zurückführen liess. Ich habe die Douche deshalb nicht aufgegeben, sondern den Instrumentenmacher veranlasst, eine gedruckte Gebrauchsanweisung zugleich mit dem Apparat zu geben. Als B. Fränkel nach dem Gebrauche des Klysopompes eine Otitis beobachtete, suchte er den Patienten durch beständiges u-sagen während der Douche zu schützen, ohne auf sie zu verzichten (A. f. O. XIII). Jacoby wies schon darauf hin, dass in den 16 von Roosa publicirten Fällen einer Otitis nach Weber's Douche nicht die Douche, sondern ungeeignetes Verhalten und ungeeignete Lösungen Schuld hatten. Ich halte es deshalb auch nicht für consequent, dass Schalle (Berl. kl. W. 77) seit der Beobachtung eines

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch die Douche in das Mittelohr eindringenden Fremdkörpers dieselbe nun verwarf. In der Hand des Patienten könnte die gläserne Stempelspritze mit Gummischlauch und Olive wegen ihres stärkeren Druckes gelegentlich auch dasselbe Malheur bewirken. Wenn Bresgen die Stempelspritze „mit mässiger Kraft und bei vorneübergebeugter Kopfhaltung“ für seine Patienten anwendet, so legt er den Hauptaccent auf den grossen Missbrauch der Selbstbehandlung der Kranken mit Weber's Douche und „er lässt überhaupt nur noch selten spritzen.“ — Als ich im Jahre 1865 bei Weber in Halle seine Nasendouche kennen lernte, galt dieselbe insbesondere für die hypersecretorischen Nasenerkrankungen in der Kochsalzlösung (5 gr. ad ℥ 1) selbst als Heilmittel. Reclus (Deutsche med. W. 82) erzählte von Heilung bei fötider Rhinitis durch 2 Mal tägliche Douche von 25 Liter Milch. In Halle wurde die Douche bis zu einem Eimer Wasser empfohlen. Löwenberg betrachtete (A. f. O. Bd. II) die Douche nur als Reinigungsmittel. Jacoby (A. f. O. VI) erwartete nur bei Hypersecretion, nicht bei Schleimhautschwellung, Erfolg. Wendt (l. c. 278) vindicirte der kochsalzhaltigen Nasendouche nur die Bedeutung, die Secrete zu entfernen und ein Verhalten anzubahnen, welche es ermöglicht, auf sie medicamentös einzuwirken. Nur Urbantschitsch lehrte noch 1880 (Lehrbuch der Ohrenheilkunde), dass eine consequent fortgesetzte Nasenrachendouche selbst hartnäckige Rachenkatarrhe vollständig zum Schwinden bringen kann. Gottstein läugnet, im Gegensatz zu Wendt (bei v. Ziemssen Bd. VII S. 278), dass die Nasendouche auf die Secretion einen alterirenden Einfluss hat, selbst nicht beim Zusatz der verschiedensten Medicamente (Deutsche M. W. 82). Es ist Bresgen's Verdienst, wiederholt darauf hingewiesen zu haben, dass die Nasendouche nie curativ, sondern stets nur palliativ wirkt. Ich habe mich nach längerem Gebrauche der Nasendouche von der vollkommenen Richtigkeit dieses Ausspruches überzeugt, und betrachte die Weber'sche Nasendouche nur als ein vorzügliches Reinigungsmittel in der Hand des Patienten. Ihre grosse Verbreitung im Publikum möchte ich zum Theil auf die schon von Lucae hervorgehobene Thatsache zurückführen, dass sie beim Stockschnupfen die Secretion, die Schwellung zeitweise vermindert und dadurch zeitweise die Tubenventilation erleichtert. —

Bei ungeberdigen Kindern, bei vollständiger Impermeabilität einer Nasenseite durch Polypen, Exostosen, bei abnorm weiter Tuba, welche auch bei geringem Druck das Douchewasser eintreten lässt, bei Lähmung des Gaumensegels, bei Erfüllung des Schlundkopfes mit adenoiden Vegetationen (Meyer A. f. O. XVIII.), bei grösserem Defect im Gaumensegel, Septum, Gaumen ist die Nasendouche durch Zerstäubungsapparate, von Tröltsch's Röhre zur Schlunddouche, oder von den Choanen her spielende Spritzen zu ersetzen, — vereinzelt nur durch von vorne wirkende Spritzen. In der Hand des Arztes liesse sich auch hier das Klysopomp wie Weber's Douche zur Noth verwerthen, wenn man eine längere siebartig durchbrochene Röhre statt der Olive anfügt (Magnus). V. Lange [A. f. O. XV.] hat (ebenso wie Jacoby und Trautmann) von der Nasendouche noch nie üble Zufälle gesehen und hält Einspritzungen durch die vordere oder hintere Nasenöffnung nur unter ganz besonderen Umständen für erforderlich. Nach den oben aufgezählten Ausnahmen für die Nasendouchen-Anwendung sind dieselben doch nicht ganz selten. —

Politzer (Lehrbuch S. 361), Schalle, Weber-Liel, Bresgen, bedienten sich selbst und für ihre Patienten der Stempelspritzen. Ich ziehe die Weber-Liel'sche Spritze bei Erwachsenen nur zu eigenem Gebrauch deshalb der Douche vor, weil ich damit schneller und ohne Umstände zum Ziele komme, öfters auch die von Schüller (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. IX) warm empfohlene Stempelspritze nach Lennox-Browne, welche von den Choanen her spült und sich auch für medicamentöse Applicationen eignet. Ich habe Patienten gefunden, die dieselbe bei sich selbst mit besonderer Zufriedenheit anwandten. Die von Pomeroy (A. f. O. Bd. VII) von Fischer (A. f. O. Bd. XIV.) angegebenen Nasenkatheter, die älteren Instrumente von Guersant sind nicht empfehlenswerth. — Bei kleinen Kindern ist jede Anwendung von Spritzen misslich, selbst wenn man ihren Kopf vorne über halten lässt, damit das eindringende Wasser wieder herausläuft und sie nicht Glottiskrampf bekommen. Weil's Meinung (A. f. O. XIII), dass kleinen Kindern bei Nasenausspritzungen nichts in die Tuben dringt, steht vereinzelt. — Politzer, Magnus, Schwartze, Jacoby versichern mit Recht, dass dies leicht geschieht. Bei kleinen Kindern wird man sich der Pinsel, „der trockenen Nasendouche nach Lucae“ bedienen, sie durch Einblasen von Salicylsäure zum Niesen reizen (Burkhardt) oder die Zerstäubungsapparate anwenden.

Politzer's Naseneingiessungen werden von ihm selbst mehr zur medicamentösen Application als zur Reinigung empfohlen, während sich Puricelli's Nasenrachenbäder (Anfüllen des Nasenrachenraumes, während der Patient a sagt, Berl. kl. W. 83) recht practisch als Voract der Nasendouche verwerthen lassen; ebenso combiniren sich mit derselben zweckmässig Rachenbäder nach v. Tröltsch, in der Weise modificirt, dass das hinter das Velum bewegte Gurgelwasser nach vorne durch die Choanen herausgeschleudert wird (Mosler, Deutsche med. Woch. 81). Schliesslich möchte ich noch Gottstein's Worte aus voller Ueberzeugung reproduciren (Real-Encyclopädie von Eulenburg), dass die Nasendouche nicht dazu bestimmt ist, auf die Schleimhaut medicamentös einzuwirken, weil ohne nachtheilige Reizung nur sehr dünne Lösungen verwandt werden können und weil sie keine Localisirung gestattet. B. Fränkel, V. Lange und andere vindiciren der Nasendouche auch die Aufgabe, Medicamente zu appliciren. Ich habe schon nach dünnen Lösungen von Zinc. sulf. $^{1}/_{10}$ Proc. eine schädliche Reizung der Nasenschleimhaut gesehen, welche mich in der Betheiligung des Mittelohres an Kirchner's Versuche erinnerten, dass auch periphere Trigeminus-Reizung Congestion und vermehrte Secretion der Paukenhöhlenschleimhaut erzeugt[1]). Nur die Anwendung der nicht ätzenden und nicht giftigen Desinficientien, insbesondere der Borsäure, erscheint für die Douche ohne jeden Einwand. Selbst dünne Argent. nitr.-Lösungen, die B. Fränkel in 1 Proc. Stärke der Douche zuweist, (bei v. Ziemssen Bd. IV. S. 78) scheinen mir nur für den Zerstäubungsapparat geeignet, welcher genaue Localisirung und Dosirung gestattet. Von den bekannten Zerstäubern nach v. Tröltsch und Trautmann ist ein von dem letzten Autor angegebener gläserner Apparat (Thamm, Berlin) der einfachste.

IV. Ueber ärztliche Praxis im Auslande unter Bezugnahme auf die Verhältnisse in Manila.

Von

Dr. Koeniger in Lippspringe.

Wenn ein deutscher Arzt sich entschliesst, die Heimath zu verlassen, um in fremden Landen sein Glück zu versuchen, so hat er im Vergleich mit den Angehörigen anderer Gesellschafts- und Berufsklassen, welche denselben Schritt wagen, vielleicht mit die meiste Wahrscheinlichkeit des Erfolgs für sich. Ich denke dabei freilich nur an den wirklich approbirten und wennmöglich auch promovirten Arzt mit einiger practischer Erfahrung; denn Leute, welche aus irgend einem Grunde ihr Studium nicht beendeten und hoffen, dass im Auslande dieser Mangel übersehen werde, reüssiren damit meist nicht und besten Falls nur bedingungsweise. Das Publikum hat in dieser Beziehung eine gute Spürnase, und wenn nicht dieses, so doch die ausländischen Herren Collegen, welche wenigstens in den Städten nicht fehlen, und einerlei, welcher Nation sie angehören, den deutschen Arzt immer als einen Eindringling betrachten, der auf fremdem Felde erntet, sofern derselbe sich nicht etwa nur auf die Behandlung seiner Landsleute beschränkt. Man kann den fremden Berufsgenossen diese Parteinahme auch nicht verdenken, denn beim Publikum ist der gehörig diplomirte deutsche Arzt als solcher ipso facto hoch angesehen, und wenn er die Landessprache redet, wird's ihm an Zulauf nicht fehlen. Ich meine hierbei allerdings weniger die aussereuropäischen Länder Europas, obgleich auch in vielen dieser Art das Gesagte wenigstens theilweise zutrifft, sondern mehr die grossen Gebiete fremder Welttheile soweit sie von einer Bevölkerung bewohnt werden, die unserer Cultur angehört oder von ihr abhängt.

In Uebereinstimmung mit diesem guten Rufe unserer Aerzte und dann auch in Zusammenhang mit dem deutschen Wandertrieb, der an allen Ecken und Enden der Welt kleinere und grössere deutsche Gemeinden hat entstehen lassen, steht die Thatsache, dass deutsche Aerzte in sehr vielen grösseren Städten des Auslandes vorhanden sind. Wenigstens findet man sie da fast überall, wo eine deutsche Kolonie von einiger Bedeutung einen Krystallisationspunkt bietet, von dem aus sie ihre Thätigkeit weiter ausdehnen können. Die Vereinigten Staaten von Nordamerika will ich hier ganz bei Seite lassen, da die einschlagenden Verhältnisse in denselben allgemeiner bekannt sind. Aber auch in sämmtlichen spanisch, portugiesisch und französisch redenden Staaten Amerikas, sowie in den britischen Colonien dieses Continentes, dann in Afrika in der Capcolonie, Natal, Transvaal, Oranjefreistaat und in Aegypten, ferner in Asien in Kleinasien und Syrien, in einzelnen allerdings wenigen Punkten des angloindischen Reichs, in Niederländisch Indien, Birmah, den Straits Settlements, Siam, den Philippinen und den grösseren und kleineren Emporien an der chinesischen Küste, in Japan und in einigen Städten Sibiriens, schliesslich

[1]) Ein Referat über Experimente mit Sublimat-Lösung bei atrophirender Rhinitis in Nr. 2 der deutschen med. Wochenschr. 84 enthält unter anderen Druckfehlern die irrthümliche Notiz, dass die Douche, nicht der Zerstäubungsapparat benutzt wurde.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in Australien und Neuseeland sind in grösserer oder geringerer Zahl deutsche Aerzte practisch thätig. Was aber mehr sagen will, sie sind mit grossem Erfolg thätig, so dass, wenn dieser einmal ausbleibt, stets besondere individuelle Verhältnisse es bedingen.

Eine genauere statistische Kenntniss über die Zahl und Vertheilung dieser deutschen Aerzte im Auslande zu besitzen, wäre gewiss interessant und auch von practischer Wichtigkeit als Vervollständigung der Resultate der Berufszählungen. Die Reichsregierung könnte uns durch eine Anfrage bei den Consulaten und eine Aufforderung an dieselben, periodisch über diesen Punkt zu berichten, der wohl eben so wichtig — auch in volkswirthschaftlicher Hinsicht — sein dürfte, wie so manche sorgfältig registrirte Import- oder Exportangabe eines unbedeutenden Handelsartikels, ohne grosse Mühe werthvolle Angaben verschaffen. Ich gebe mich der Hoffnung hin, dass der Reichs-Medicinalkalender in nicht ferner Zeit auch hierüber Mittheilungen zu bringen im Stande sein wird. Dieselben würden für so manchen jungen und strebsamen deutschen Arzt, welcher bei der in vielen Theilen unseres Vaterlandes vorhandenen Ueberproduction an Aerzten nicht weiss, wie er seine Kräfte erfolgreich verwerthen soll, einen Anhalt geben, wonach er leichter entscheiden könnte, nach welchem Ort im Ausland er seine Schritte zu lenken hat.

Dass man im allgemeinen einer derartigen Auswanderung deutscher Aerzte, auch von nichtbetheiligter Seite, nur sympathisch gegenüber stehen kann, scheint mir selbstverständlich. Zunächst denken die meisten derselben gar nicht daran, wirklich auszuwandern, ihre Nationalität zu wechseln; sie wünschen nur in ihren jungen Jahren productiver, als es zu Hause möglich, thätig sein zu können, um später heimgekehrt, die Früchte im Vaterland zu geniessen, was auch einer grossen Anzahl wirklich gelingt. Dann aber sind diese Aerzte, mit Ausnahme einzelner und verstreuter Mitglieder anderer Berufsklassen, die einzigen Vertreter der deutschen gelehrten Bildung im Auslande. An dem Ansehen, dass sie geniessen, kann man erkennen, dass sie ihre Mission erfüllen.

Wenn ein junger Arzt sich entschliesst, ins Ausland zu ziehen, so kommt's für ihn gewöhnlich darauf an, sich vor der Abreise das Ziel fest auszuwählen und womöglich ein gewisses Einkommen bereits zugesichert zu erhalten. Denn seine Mittel sind meistens schmal, da ja unsere Eltern die englische oder französische Gewohnheit, ihren Kindern Capitalien zu hinterlassen, aus bekannten Gründen noch nicht angenommen haben. Aus letzterer Ursache haben, wie bekannt, die Werbungen von Aerzten für die niederländisch-ostindische Armee mit den paar tausend Gulden Handgeld leider so viel Erfolg gehabt. Manchem gelingt es nun durch persönliche Beziehungen oder sein gutes Glück in seiner Wahl das Rechte zu treffen. Andre erkundigen sich, ohne Kenntniss der Verhältnisse, auf's Geradewohl bei verschiedenen deutschen Consulaten oder grossen Geschäftshäusern, und erhalten, da man sie nicht kennt, selbstverständlich sehr reservirte Antworten, die sie oft von der Ausführung ihres Vorhabens zurückschrecken. Wieder Andre wollen sich selbst durch Reisen informiren und nehmen gewöhnlich eine Stelle als Schiffsarzt auf einer Dampferlinie an. Dabei bekommen sie natürlich nur das Reiseziel des Schiffs zu sehen, und wenn sie dann ein paar Fahrten nach Newyork oder Havana gemacht haben und nicht fanden, was sie suchten, bleiben sie etwas enttäuscht zu Hause. Die Unternehmendsten und Wanderlustigsten verfallen auf die vereinigten Staaten von Nordamerika, das allgemeine Ziel der deutschen Auswanderer. So erklärt es sich denn aus mangelnder Information, dass in einzelnen Städten derselben deutsche Aerzte sich bereits übermässige Concurrenz machen, während sie es leichter hätten, an so vielen anderen Punkten der Erde in dem Wettstreit mit den Aerzten fremder Nationen Sieger zu bleiben.

Freilich ist es nicht immer so ganz einfach zur Praxis zugelassen zu werden. An allen Orten des britischen Reiches werden darin keine Schwierigkeiten gemacht, aber die Staaten romanischer Zunge haben, ihrer Neigung zur Absperrung folgend, die Zulassung fremder Aerzte zur Praxis erschwert, je nachdem das Bedürfniss durch einheimische Kräfte mehr oder weniger gedeckt schien. Spanien z. B. fordert in seinen Colonien von jedem fremden Arzt, der die Erlaubniss zur Praxis nachsucht, den Nachweis der Approbation und Promotion und das Bestehen eines ad hoc zu machenden Examens. Von diesem kann indess abgesehen werden, wenn der Bewerber bereits sechs Jahre practicirt hat. Hierzu treten noch locale Bestimmungen. In Manila z. B. sind der dortigen Universität noch die üblichen Gebühren, welche sie bei der Creirung ihrer Aerzte erhält, ca. 800 Mark zu zahlen. Aber diese Bedingungen klingen immer schlimmer, als sie sind. Durch den Einfluss einiger Mitglieder der deutschen Colonie pflegt die Angelegenheit der Zulassung eines deutschen Arztes sich meist rasch und glatt zu erledigen. Auch darf man ein Bischen Mühe sich nicht verdriessen lassen; der Wirkungskreis, den man sich schaffen kann, ist dann ja auch um so grösser und lohnender. Die Landessprache zu erlernen, fällt gewöhnlich, selbst wenn man ziemlich ohne Vorkenntnisse an Ort und Stelle kommt, nicht schwer; aber freilich ausser Französisch, sollte jeder bereits in Deutschland Englisch gelernt haben, die Weltsprache, ohne welche man nicht durch die Welt kommt, wenn sich unsre Gymnasialprofessoren das mitunter auch noch nicht träumen lassen. Ein Arzt wird immer nur bei denen eine Clientel bekommen, deren Sprache er spricht, und es ist ein Vorzug des Deutschen, rasch mehrere Idiome zu erlernen. Um so besser aber, wenn er die Kenntniss der hauptsächlichsten nicht erst während der Berufsthätigkeit sich aneignen muss, sondern sie schon mitbringt.

Die Praxis selbst bietet natürlich, je nach den Eigenthümlichkeiten des Platzes, viele Verschiedenheiten. Da, wo die eingeborene Bevölkerung den europäischen Arzt nur selten zu Rathe zieht, wie in China, und wo dieser also hauptsächlich mit den gut situirten europäischen Kaufleuten zu thun hat, ist seine Thätigkeit eine vielfach angenehmere als an andern Orten, wo, wie z. B. in Manila, auch die Eingeborenen sich an ihn wenden, oft unter den allerprimitivsten Verhältnissen; ausserdem machen Klima, Vorherrschen epidemischer und anderer Krankheiten und Sonstiges Unterschiede. Wenn es gestattet ist, wollen wir die in Betracht kommenden Verhältnisse an einem vielleicht nicht uninteressanten Beispiel uns ansehen und hierzu die Hauptstadt des spanischen Inselreichs der Philippinen, Manila, wählen. Die Stadt hat mit ihren Vorstädten etwa 400 000 Einwohner, darunter 8000 Europäer, meist Spanier; die Deutschen, Engländer u. s. w. zählen zusammen ein paar Hundert. Die Hauptmasse bilden die eingeborenen Tagalen, zu denen noch ca. 40 000 Chinesen und die verschiedenen Mischlinge kommen. Das Land ist seit 300 Jahren unter spanischer Obhut, die Einwohner Christen und in gewissem Maasse an europäische Bedürfnisse gewöhnt. Zu diesen gehören ausser Hüten, Hemden, Lackstiefeln, Diamanten, Uhren und Aehnlichem auch der europäische Arzt. Allerdings nur in eingeschränktem Maasse. Die besseren Classen in Manila rufen denselben regelmässig, die niederen meist nur im letzten Momente oder garnicht. Auch bei den Indiern, welche Jahr aus, Jahr ein einen europäisch gebildeten Arzt rufen, existirt der Begriff des Festhaltens an dem einmal gewählten nur selten. Für alles Neue sind sie sehr empfänglich, so auch für einen neuen Arzt und für neue, besonders wirkungsreiche medicinische Droguen. Der Schwindel ader merikanischen Patentmedicinen hat daher auf den Philippinen sehr um sich greifen können. Den grössten Erfolg erzielte in dieser Hinsicht ein Amerikaner, namens Jayne oder Jaime, die Orthographie des Namens ist mir entfallen. Dieser Edle hat ein halbes Dutzend Medicinen hergestellt, Abführpillen natürlich obenan, mit deren Gebrauch man sich von allen Leiden befreien kann. Diese Producte sind bei der eingeborenen Bevölkerung der Philippinen mit aller Kunst amerikanischer Reclame eingeführt und verbreitet worden, so dass noch heute jährlich Tausende von Centnern nach Manila gehen und dort auf dem Lande in den Provinzen verkauft werden. Auch andere, sogenannte „specifische" Mittel amerikanischen, spanischen, französischen und englischen Ursprungs, werden auf den Philippinen zu Hunderten in Mengen verkauft, die zu den sonstigen Bedürfnissen der Eingeborenen an Producten westlicher Cultur in keinem Verhältniss stehen. Und daneben geht noch ein sehr bedeutender Gebrauch von Artikeln der einheimischen und der chinesischen Pharmacopoe. Kein Wunder, dass das Land das Eldorado der Apotheken war und zum Theil noch ist. In der Stadt Manila existiren 20 Apotheken — ohne die zahlreichen chinesischen Häuser dieser Art — und alle machen mehr oder minder gute Geschäfte. Diese Zahl steht zur Bevölkerungsziffer etwa in demselben Verhältniss wie in Berlin, während doch in Manila, abgesehen von den Chinesen, die so gut wie nie europäische Medicin kaufen, höchstens die Hälfte der Einwohner als Kundschaft in Ansatz gebracht werden kann. Eine Zeit lang hatten deutsche Apotheker fast ein Monopol auf den Philippinen und auch jetzt ist noch der grösste Theil der wichtigeren Geschäfte in ihren Händen, doch thun die Spanier Alles, um durch Erschwerung der Zulassung den deutschen Pharmaceuten das Leben sauer zu machen. In letzter Zeit haben sich sowohl eine Anzahl Spanier etablirt, als auch mehrere Eingeborene, welche ihre Berechtigung zur Leitung einer Apotheke an der Universität Manila erworben haben.

Seit etwa einem Jahrzehnt ist diese Unterrichtsanstalt neu umgestaltet worden. Sie steht unter dem unumschränkten Einfluss des dort sehr mächtigen Dominikanerordens, nennt sich selbst „päpstliche Universität" und hat als Schutzpatron den heiligen Thomas von Aquino. Da sie jetzt alle Facultäten besitzt, so liefert sie auch alljärlich eine Anzahl Aerzte, sämmtlich Mestizen oder Indier. Der Lehrplan ist ganz nach dem in Spanien üblichen geordnet, und weicht von unserm in vielem ab. Da die medicinischen Hülfswissenschaften und manche Specialdisciplinen gar nicht oder nur mangelhaft vertreten werden, sind

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Leistungen der Universität noch sehr verbesserungsfähig, immerhin sind unter den Professoren — oder wie man dort sagt catedraticos, — denn Professor ist jeder Arzt wie jeder, der eine Profession ausübt — einige tüchtige Kräfte und es existirt ein grosses und gutes Hospital, das auch zum klinischen Unterricht fleissig benutzt wird.

(Schluss folgt.)

V. Die Mittheilungen des Kaiserlichen Reichs-Gesundheitsamtes. Zweiter Band. Berlin, A. Hirschwald, 1884.

Referent **Ribbert**.

III.

Koch, Gaffky, Löffler, Experimentelle Studien über die künstliche Abschwächung der Milzbrandbacillen und Milzbrandinfection durch Fütterung.

Der erste Band der Mittheilungen hatte berichtet über Versuche, die Immunität gegen Milzbrand bei Mäusen, Meerschweinchen und Kaninchen zu erzielen durch Impfung mit Material, welches nach der Methode Toussaint's abgeschwächt worden war (durch 10 Minuten langes Erwärmen auf 55° C. resp. durch Zusatz einer bestimmten Menge von Carbolsäure). Die Versuche waren ganz negativ ausgefallen, Hammel damals nicht benutzt worden. Der nunmehrige Bericht verbreitet sich über Experimente mit Milzbrand, der nach der Methode Pasteur's durch Züchtung bei 42—43° abgeschwächt wurde. Erfreulicher Weise stellt sich hier eine principielle Uebereinstimmung mit den Angaben Pasteur's heraus. Zunächst wurde die Thatsache festgestellt, dass durch 30 tägige Züchtung völlige Unwirksamkeit der Bacillen erreicht werden kann, weiterhin, dass durch jene Züchtung eine allmähliche Abschwächung der Virulenz eintritt, dabei jedoch bemerkt, dass geringe Temperaturdifferenzen von wesentlichem Einflusse sind, der Art, dass keineswegs alle in einem Brütapparat befindlichen Culturen in gleicher Weise sich abänderten, weil schon in demselben Apparat nicht überall die gleiche Temperatur herrscht. Es zeigt dieser Umstand, dass nicht, wie Pasteur glaubt, in dem Sauerstoff, sondern in der Temperatur die Ursache für die Abschwächung zu suchen ist, eine Auffassung, für die auch Chauveau eingetreten ist.

Pasteur hatte sich bekanntlich ein doppeltes verschieden wirksames Material hergestellt, ein schwächeres, welche er I. vaccin, ein stärkeres, welches er II. vaccin nennt, und die beide nach einander geimpft werden, um Immunität zu erzielen. Verff. suchten ebensolche verschieden wirksame Stufen herzustellen, worauf hier wegen der Complicirtheit der Experimente nicht eingegangen werden kann, und liessen sich ausserdem von Paris I. und II. vaccin nach Pasteur kommen. Die mit den beiderseitigen Substanzen angestellten Versuche ergaben, dass vorgeimpfte Hammel gegen virulenten Milzbrand immun werden können. Jedoch waren die Resultate nicht so sicher, wie man nach den Angaben Pasteur's erwarten sollte, es starben in einer Versuchsreihe von 5 Hammeln zwei, in einer anderen von 6 einer.

Die Uebertragung des virulenten Milzbrandes geschah mittelst der Impfung. Es musste nun auch die Frage beantwortet werden, wie sich die vorgeimpften Thiere gegenüber dem natürlichen Milzbrande verhielten, zumal Pasteur vermuthete, dass letzterer weniger bösartig wäre, als der geimpfte. Zunächst wurden durch eine Reihe von Versuchen die Wege der natürlichen Infection festgestellt. Pasteur nimmt an, dass dieselbe in den ersten Verdauungswegen auf Grund von Schleimhautverletzungen durch stacheliges Futter erfolgt. Da aber Manches darauf deutete, dass der Darmtractus der hauptsächlichste Vermittlungsort sei, so wurde das Infectionsmaterial in Kartoffeln eingehüllt verabreicht, so dass eine Verletzung ausgeschlossen war. Dabei zeigte sich, dass bei Fütterung mit sporenfreien Bacillen überhaupt keine Erkrankung eintrat, weil dieselben im Magen zu Grunde gehen. Bei Darreichung von sporenhaltigem Substrat entstand dagegen jedes Mal eine die Impferkrankung an Bösartigkeit übertreffende Infection, die durch die unverletzte Schleimhaut des Darmes vor sich gegangen war. Die Sporen hatten demnach die Einwirkung des Magensaftes ausgehalten. Auf diesem natürlichen Wege wurde nun die Infection versucht bei Hammeln, die nach Pasteur vorgeimpft waren. Es starben aber von 5 Thieren zwei, also auch hier keine Sicherheit des Impfverfahrens. Wenn somit sich zeigte, dass nach den bisherigen Methoden eine genügende Immunität sich nicht erzielen liess, so wurde doch die wichtige Thatsache bestätigt, dass eine Immunisirung möglich ist, und so darf man hoffen, dass bei Verbesserung der Methoden die Schutzimpfung auch auf dem Gebiete des Milzbrandes segensreich werden wird.

Hesse, Ueber quantitative Bestimmung der in der Luft enthaltenen Mikroorganismen.

Es ist für die Bedeutung des Keimgehaltes der Luft wichtig, auf die quantitativen Verhältnisse Rücksicht zu nehmen. Die bisherigen Verfahren, auch die mit festem Nährboden, ermöglichen aber nur eine qualitative Untersuchung. Zur Eruirung der Mengenverhältnisse nun wurde ein Apparat construirt, der im Wesentlichen aus einer 50—100 cm langen Glasröhre besteht, die mit Fleischinfuspeptongelatine ausgekleidet ist, und in welche durch eine am Eingang befindliche kleine Oeffnung vermittelst eines Aspirators Luft eingesogen wird, die am anderen Ende der Röhre durch eine mit einem Wattepfropf versehene Oeffnung austritt. Der erste Versuch wurde im Freien angestellt und in der mit allen Cautelen sterilisirten und nach dem Durchstreichen der Luft verschlossenen Röhre entwickelten sich auf der Gelatine nach drei Tagen die ersten Keime. Es entstanden Schimmel- und Spaltpilzcolonien, erstere durchschnittlich weiter vom Eingang entfernt als letztere, woraus auf grössere Schwere der Spaltpilzkeime geschlossen werden muss. Bei langsamem Durchstreichen der Luft (1 Liter in 6 Minuten) kamen Colonien nur im ersten Siebentel der Röhre zur Entwickelung, bei rascherer Aspiration in grösserer Ausdehnung. Da der letzte Theil der Röhre freiblieb, ist zu schliessen, dass alle Keime in dem ersten Theil aus der Luft ausgeschieden waren. Die Culturen fanden sich nur auf der Unterseite der Röhre, die Abscheidung der Keime folgt daher der Schwerkraft. Alle weiter angestellten und mannichfach modificirten Versuche ergaben entsprechende Resultate und zeigten, dass in der That die Luft bei nicht zu schneller Aspiration vollkommen keimfrei wird und dass also die Methode sich sehr wohl zur Untersuchung des Keimgehaltes der Luft in quantitativer Hinsicht eignet. Alle entstandenen Vegetationen waren Reinculturen, es muss also jeder Keim nur aus einer Species bestanden haben, ein Umstand, der erwarten lässt, dass man vielleicht im Stande sein wird, den Gehalt der Luft an pathogenen Organismen namentlich in Zimmern festzustellen. Dass in letzteren und in Fabrik- etc. Räumen der Keimgehalt bedeutend höher ist, als im Freien, ist zu erwarten und stellte sich zur Evidenz heraus. Zur weiteren Anwendung der Methode wird es sich empfehlen folgende Erfahrungen zu verwerthen: Wenn man auch bei langsamem Ansaugen den Vortheil hat, dass man sich bei Freibleiben des letzten Röhrenabschnittes von der Abscheidung aller Keime überzeugen kann, so kommt hier doch bei reichlichem Vorhandensein derselben ihre Abscheidung im Anfangstheil der Röhre in solcher Massenhaftigkeit zu Stande, dass hier abgegrenzte Colonien sich nicht entwickeln und so das Resultat unklar wird. Bei allzu schneller Aspiration läuft man auf der anderen Seite Gefahr, dass nicht alle Keime sich auf der Gelatine niederschlagen, sondern zum Theil in den abschliessenden Wattepfropf gelangen. Es empfiehlt sich im Freien bei 70 cm langer Röhre eine Aspiration von 1 Liter Luft in 2—3, im Zimmer in 3—4 Minuten und dort ein Gesammtquantum von 10—20, hier von 1—5 Liter Luft.

Schütz, Ueber das Eindringen von Pilzsporen in die Athmungswege und die dadurch bedingten Erkrankungen der Lungen und über den Pilz des Hühnergrindes.

Schimmelpilzvegetationen in Organen von Vögeln sind vielfach verzeichnet. Verf. sah eine solche bei 2 Gänsen, die mit vielen anderen auf einem Hofe erkrankt waren und starben. Er fand bei der einen frisch secirten im Vormagen ein graugrünes Pilzgeflecht, unter welchem eine in eine linsengrosse Höhle der rechten Lunge führende Oeffnung zum Vorschein kam. Die Höhle enthielt auch ein Pilzmycel, ihre Umgebung war hepatisirt wie auch Abschnitte der linken Lunge, in der gleichfalls eine pilzhaltige Höhle sich vorfand. Die Erkrankung war wichtig genug, um weiter erforscht zu werden. Der einzuschlagende Weg ergab sich von selbst. Es musste der Pilz bestimmt, gezüchtet und übertragen werden. Die Züchtung geschah auf Broddecoct und die Diagnose lautete auf Aspergillus fumigatus. Da nach dem Sectionsbefund die Erkrankung vom Magen und von der Lunge ausgegangen sein konnte, so mussten Fütterungen und Inhalationen vorgenommen werden. Erstere verliefen resultatlos. Letztere dagegen, angestellt mit getrockneten und zerriebenen Culturen, in denen natürlich die Sporen das wirksame Agens repräsentirten, erregten bei kleinen Vögeln und Gänsen tödtliche Pneumonien. Waren zu viele Sporen inhalirt, so starben die Thiere rasch ohne Entwicklung graugrüner Rasen, lebten sie nach Inhalation geringer Mengen länger, so kam es auch zur Bildung derselben und zu Nekrosen. Zum Vergleich angestellte Versuche mit Aspergillus niger ergaben ähnliche Resultate. Dagegen keimten die Sporen von Aspergillus glaucus nicht, veranlassten vielmehr nur eine Fremdkörperpneumonie ohne Nekrose. Danach wäre vielleicht auch die Erkrankung der menschlichen Lunge, die bei der Aspergillus fumigatus gefunden wird, als Folge der Pilzentwicklung anzusehen und der Pilz wäre nicht, wie man gewöhnlich annimmt, nur zufällig angesiedelt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch der Hühnergrind der auf den Kämmen localisirt und dessen mycotische Natur bekannt ist, wurde in entsprechender Weise untersucht und der Pilz gezüchtet. Seine Uebertragung auf die Kämme gesunder Thiere war von Erfolg. Eine Speciesbestimmung war nicht möglich.

VI. **Zur Feststellung der Ursachen, welche die Empfänglichkeit gewisser Körpergegenden für das Gift des Rauschbrandes vermindern und welche eine an und für sich tödtliche Impfung in eine Schutzimpfung umgestalten.** Mittheilung von Arloing, Cornevin und Thomas, überreicht von Bouley. (Comptes rendus, Tome 97, No. 21.) Ref. P. Boerner.

Die Verfasser berichten, die Erfahrung, dass die Geschwülste des Rauschbrandes beim Ochsen nicht am unteren Ende der Extremitäten und am Schwanze auftreten, habe sie veranlasst zu erforschen, wie sich diese Beobachtung bei einer experimentellen Impfung dieser Krankheit an den genannten Stellen namentlich am Schwanze verhalte.

Sie impften, indem sie für jedes Experiment ein besonderes Thier benutzten, in verschiedenen Abständen von 10 zu 10 Centimetern von der Spitze bis zur Basis des Schwanzes.

Es fand sich, dass eine Injection von 1—6 Tropfen des Muskelsaftes rauschbrandkranker Thiere in die Mitte des das Schwanzende umgebenden Haarbüschels für gewöhnlich weder locale Störungen noch Fieberbewegungen hervorriefen. 10 bis 15 Tropfen riefen eine Temperatursteigerung von 1,0—1,5 Graden hervor. Zwanzig Tropfen bewirkten eine exsudative Anschwellung in der Umgebung der geimpften Stelle.

Eine gleiche Impfung, 10 Centimeter oberhalb des Schwanzendes angestellt, ergab ungefähr dasselbe Resultat; impfte man aber 20 Centimeter vom Schwanzende entfernt, so entstanden ernstere und dauerndere Störungen, welche hin und wieder von einer fern von der Impfstelle auftretenden symptomatischen Anschwellung begleitet waren. So steigern sich in dem Grade, in welchem man sich mit der Impfung der Schwanzwurzel nähert, die Gefahren der secundären Localisationen, und selbst die primären Störungen nehmen einen wesentlich ernsteren Charakter an, sobald man mit der Impfung in das Niveau der Tuberositas ossis ischii gelangt, erreichen aber bei Weitem nicht die Bedeutung als wenn man in den Oberschenkel oder in den Hals impft. Wenn nun auf diese Weise die Empfänglichkeit für das Gift des Rauschbrandes am Schwanze des Ochsen, mit der Entfernung von der Wurzel zur Spitze hin, abnimmt, so verschwindet sie, den gemachten Versuchen nach, doch nicht vollkommen. Einen Beweis hierfür erblicken die Verfasser in der durch diese Impfungen hervorgebrachten Immunität gegen Rauschbrand.

Um nun zu entscheiden, ob diese Erscheinung auf die Dichtigkeit des Bindegewebes am Schwanze zurückzuführen, oder durch die bekanntermaassen niedrigere Temperatur desselben zu erklären sei, haben die Verfasser folgende Versuche angestellt: Sie steigerten nach der Impfung die Localtemperatur des Schwanzes, welche, bei +20 Graden Lufttemperatur, +29,8 Grade betrug, durch Umhüllung mit schlechten Wärmeleitern auf +36,8 Grade. Die Allgemeintemperatur des Thieres steigerte sich in Folge dessen am zweiten Tage nach der Impfung auf +40,0 Grade; den dritten Tag betrug dieselbe +41,2 Grade. Am vierten Tage ging die Temperatur zurück und war am fünften normal. Nach Abnahme der Hülle zeigt sich Crepitation und Unempfindlichkeit der Haut in der Ausdehnung von 20 Centimetern vom Ende des Schwanzes an. Die mortificirten Gewebe sind mit einer rothbraunen serösen Flüssigkeit angefüllt, welche Unmassen von Mikro-Organismen des Rauschbrandes enthält. (Die Abwesenheit von Septicämie-Bacillen wurde durch Controll-Impfung constatirt.) Die Erwärmung hat somit genügt, um eine reichliche Vermehrung der Mikro-Organismen des Rauschbrandes am Schwanzende zu vermitteln.

Es blieb nur übrig, eine Aufklärung darüber herbeizuführen, ob die Dichtigkeit des Bindegewebes am Schwanze nicht eine Ausbreitung der Local-Affection und Gefährdung des Lebens des Thieres verhindert habe.

Da Versuche zu diesem Zwecke sich am Ochsen nicht anstellen liessen, so wurden dieselben bei Schafen ausgeführt, bei denen das Bindegewebe am Schwanze schlaff, und reichlich dehnbar ist. Impfte man nun beim Schafe mit Rauschbrandgift am Schwanzende ohne Aenderung der Temperatur, so bildete sich eine Localaffection gleich derjenigen, welche beim Ochsen unter Einwirkung der Wärmeerhitzung erhalten wurde.

Die Verfasser kühlten nun, nach der Impfung am Schwanzende des Schafes, die geimpfte Stelle vermittelst einer Eiskapsel; hierbei entstanden keine Localaffectionen. Nichtsdestoweniger aber drang das Gift langsam in den Organismus vor, circulirte im Blute und erzeugte Immunität. Ja es rief sogar — (was ganz charakteristisch für den Rauschbrand ist, Rf.) bei Erzeugung einer subcutanen Verletzung, eine tödtliche emphysematöse Anschwellung hervor, wie dieses, bei gleichen Verhältnissen, nach intravenösen Einspritzungen des Rauschbrandes stattfindet.

Die Temperaturverhältnisse und das dichte straffe Bindegewebe am Schwanze beeinflussen somit die Abschwächung des Rauschbrandgiftes, und zwar der Art, dass, wenn die Temperatur ein der Abänderung fähiges Hinderniss darbietet, die Beschaffenheit des Bindegewebes sich stets wie eine unüberwindliche Schranke der weiteren Verbreitung des Giftes im Körper entgegenstellt.

Die Verfasser ziehen aus diesen Beobachtungen die Schlüsse, dass:

1) die milderen Jahreszeiten sich für die Ausführung der Schutz-Impfungen am besten eignen; dass

2) man sich derselben in der Sommerzeit enthalten soll und dass

3) wenn man nicht umhin kann, im Winter zu impfen, man den Erfolg dadurch zu sichern hat, dass man die Thiere in den ersten Tagen nach der Impfung im warmen Stalle belässt.

Die Verfasser geben sich der Hoffnung hin, dass die Beachtung dieser Erfahrungen bei der Schutzimpfung gegen die Lungenseuche der Rinder von Bedeutung sein, diese Impfung zu einer wesentlich weniger gefährlichen gestalten werden. Im weiteren Verfolge werden diese Ergebnisse nach Ansicht der Verfasser Untersuchungen und Beobachtungen veranlassen, welche vielleicht dahin führen, dass man der Impfung an entfernt liegenden, mit einem dichten und wenig entwickelten Bindegewebe ausgerüsteten, Körperstellen den Vorzug geben und sie zu einer allgemeinen Methode für die Abschwächung der organisirten Krankheitserreger ausbilden wird.

VII. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 12. März 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

1. Herr Landau demonstrirt vor der Tagesordnung einen Fötus, den er heute einem extrauterinen Fruchtsack entnommen hat. Derselbe stammt von einer 28jährigen Frau, welche zum ersten Mal gravida war. Im December vor zwei Jahren wurde sie am Ende des 7. Schwangerschaftsmonats von Wehen befallen, die aber wieder cessirten. Kurze Zeit bestand Fieber, indessen waren die Beschwerden so gross, dass sie fast die ganze Zeit bettlägerig war. L. führte die Operation nach der von ihm vorgeschlagenen Methode, nämlich den Fruchtsack vor der Incision desselben anzunähen, aus, und dieselbe ist so günstig verlaufen, dass der Vortr. nicht an einem günstigen Ausgange zweifelt.

Ferner demonstrirt Herr Landau einen Stein, den er aus der Blase einer Frau exstirpirt hat. Der Kern desselben wird gebildet durch einen Faden, der auf eigenthümliche Weise in die Blase gelangt ist. Die Frau wurde vor 2—3 Jahren von Herrn Landau ovariotomirt und hatte mehrere Monate nach der Operation eine Parametritis bekommen. Ein halbes Jahr darauf stellten sich Blasenbeschwerden ein. Die Frau entzog sich damals der Behandlung des Vortr. auf einige Monate. Als sie wiederkehrte, war der Stein zu constatiren. Derselbe bildete sich um einen Faden, der bei der Laparotomie versenkt wurde. L. nimmt an, dass der Faden durch ein kleines Perforationsloch in die Blase gelangte und lange genug festgehalten wurde, dass sich Concretionen um denselben bilden konnten.

Endlich demonstrirt Herr Landau ein Präparat, das von einem in seiner Behandlung stehenden Falle von Actinomycose stammt. Es handelt sich um hanfkorngrosse Körnchen, welche die Patientin in grosser Anzahl aus einem Fistelgange entleert, und die leider sehr schnell eintrocknen. Gerade weil diese Körnchen so unscheinbar sind, hält es Vortr. für wichtig für die Diagnose, die Aufmerksamkeit auf dieselben zu lenken.

2. Herr Lesser stellt ebenfalls vor der Tagesordnung einen Kranken mit Urticaria fractitia vor. Patient, ein 21jähriger Musiker, erkrankte vor 10 Wochen unter Erscheinungen, welche nach seiner Beschreibung eine einfache Urticaria vermuthen liessen. Vor 5 Wochen machte sich an einer Stelle, wo der Druck der Kleidung besonders fühlbar wird, eine Anzahl unregelmässiger weisser Streifen bemerkbar, welche den Vortr. zu dem Versuch veranlassten, die Haut zu beschreiben. In der That stellte es sich heraus, dass es sich um eine U. fractitia handelte. Man sieht, wenn man mit einem spitzen Instrument die Haut beschreibt, weisse Streifen entstehen, um welche herum sich eine, sich dem Kranken durch Brennen fühlbar machende Röthe entwickelt. Die Figuren bestehen eine halbe Stunde; dann verschwindet zuerst die Röthe und in zweiter Linie die weissen Streifen.

3. Herr Rosenthal: Demonstration eines Präparats der Harnröhre. Das Präparat stammt von einem 31jährigen Herrn, der mit den gewöhnlichen Beschwerden eines chronischen Trippers, eitrigem Ausfluss, Schmerzen beim Uriniren in der Gegend der Wurzel des Penis, in die Behandlung des Vortr. kam, nachdem bereits die verschiedenartigsten Behandlungsmethoden in Anwendung gezogen waren. Da die ersten therapeutischen Versuche erfolglos blieben, entschloss sich der Vortr. zur Endoscopie. Es zeigten sich im ganzen Verlaufe der Harnröhre sehr zahlreiche, über das Niveau der Harnröhre hervortretende polypöse Wucherungen. Dieselben sassen den Wandungen der Harnröhre in verschiedener Gruppirung und in verschiedener Grösse auf, theils heller, theils dunkler, im allgemeinen blasser als die umliegende Schleimhaut. Die Consistenz verschieden, die einen weich, sammetartig, die anderen fester, fibröser Natur. Um die Wucherungen zu entfernen, bediente sich der Vortr. eines scharfen Löffels, der an einem langen, nach hinten ein wenig dicker werdenden, 15—16 cm langen Stil sitzt und eine gewundene Stellung hat. Es wurden nun mit dem Endoskop die einzelnen Polypen aufgesucht, dann der scharfe Löffel

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eingeführt und von hinten nach vorn ein leichter Zug ausgeübt. Waren die Insertionsstellen der Polypen richtig fixirt, so gelang es leicht, einige zugleich zu exstirpiren. Die Blutung wurde durch Tampon gestillt und eine Aetzung mit 10proc. Argentum nitricum Lösung vorgenommen, die sich als nöthig erwies, da, wenn sie unterlassen wurde, eine theilweise Regeneration der Polypen eintrat. Die Sitzungen, welche sich oft auf eine halbe Stunde ausdehnten, wurden in acht- bis vierzehntägigen bis vierwöchentlichen Zwischenräumen wiederholt.

Nachdem die Polypen exstirpirt waren, zeigte sich, dass in der Pars membranacea eine körnige Schwellung der Schleimhaut bestand, die durch fortgesetzte Lapistouchirungen beseitigt wurde. Die Beschwerden hörten auf, die Schleimhaut zeigt eine normale Beschaffenheit bis auf die Stellen, wo die Polypen in grösserer Zahl zusammensassen; hier ist sie blasser. Dagegen sind Stricturen nicht eingetreten.

Herr G. Lewin hat, vorzüglich bei chronischem Tripper, eine Anzahl Polypen in der Harnröhre gesehen, die aber meist viel höher in der Pars cavernosa sassen und meist so klein waren, dass man sie mehr als Granulationen ansehen konnte, wenn auch hin und wieder dünne Stiele sie als Polypen erscheinen liessen. Einige sassen so, dass sie, wenn man die Harnröhrenöffnung auseinanderzog, hervortraten. Diese wurden einfach mit Argentum nitricum behandelt. Die Endoscopie hält Herr L. nicht für so bedeutungsvoll, als man anfangs annahm, namentlich weil man bei jeder Untersuchung mit einem Spiegel bei einer Höhle, die nicht von Hause aus ein Lumen hat, selten ein grösseres Gesichtsfeld vor sich findet. Der vorgetragene Fall ist in seiner Art einzig und fordert zur Nachahmung auf.

4. Discussion über die Vorträge des Herrn C. Benda: Anatomische Beziehungen der Tuberculose zur Organphthise und des Herrn B. Fränkel: Ueber die Färbung des Koch'schen Bacillus und seine semiotische Bedeutung für die Krankheiten der Respirationsorgane.

Herr P. Gueterbock stellt die Anfrage an Herrn Benda, ob derselbe behauptet habe, dass bei der sogenannten ascendirenden Nierentuberculose die Nierentuberculose nicht durch Fortpflanzung zu Stande komme, sondern ebenfalls auf embolischem Wege unabhängig von dem ascendirenden Process?

Herr Benda verneint diese Frage: ihm hat nichts ferner gelegen, als ein Uebergreifen der aufsteigenden Tuberculose durch einfache directe Fortpflanzung zu läugnen, und er hat nur andeuten wollen, dass es nicht genau festgestellt ist, ob aus dem Nierenbecken Bacillen durch die Harnkanälchen eindringen können.

Um einigen irrthümlichen Auffassungen seines Vortrages zu begegnen, hält Herr Benda es für angezeigt, die von ihm ausgesprochenen Ansichten über die acute Miliartuberculose in folgenden Thesen zu formuliren:

1) In dem anatomischen Befunde der acuten Miliartuberculose kommen neben typischen Tuberkeln auch atypische entzündliche Heerde vor.

2) Daraus ergiebt sich der Schluss, dass der Beweis fehlt, dass der typische Tuberkel von einer specifischen Bedeutung für das Krankheitsbild der acuten Miliartuberculose ist.

3) Es ist anzunehmen, dass weder der typische Tuberkel noch jene atypischen Heerde die specifischen Grundlagen des Krankheitsbildes, sondern nur Folgen und Theilerscheinungen desselben sind.

4) Dieses Krankheitsbild ist zusammengesetzt aus einem Eindringen der Bacillen in die Blutbahn und einem eventuellen Verweilen in derselben, ferner drittens einem embolischen Eindringen derselben in die Organe. Die Erkrankung ist also wesentlich eine Bluterkrankung, für die Herr Benda den Namen der Bacillaemie vorschlägt.

Herr Benda glaubt, dass hiermit namentlich auch die von Herrn Baginsky gemachten Einwürfe hinfällig werden.

Herr P. Guttmann glaubt im Anschluss an den Vortrag des Herrn B. Fränkel constatiren zu müssen, dass sich die Bacillen in erwärmter Flüssigkeit zwar schneller, aber weniger gut färben. Er empfiehlt daher statt einer kurzen Behandlung mit erwärmter Flüssigkeit mit Koch das Verfahren, nach welcher die Färbeflüssigkeit möglichst 12 Stunden einwirkt. Bei der Entfärbung mit Salpetersäure ist darauf zu achten, dass das Präparat nicht länger als 5 Secunden der Einwirkung der Salpetersäure ausgesetzt wird, weil sonst ein Theil der Bacillen zerstört wird. Um das Präparat vollständig zu entfärben, ist es zweckmässig, das Präparat alsdann in concentrirtem Alkohol zu legen, den man der Einfachheit halber auch gleich mit der Salpetersäure verbinden kann (und zwar 1 Theil Salpetersäure auf 100 Theile Alkohol). Der Versuch, die Entfärbungsflüssigkeit mit der Nachfärbungsflüssigkeit zu mischen, gelingt zwar, doch werden die Präparate bei der anderen Methode viel schöner.

Herr P. Guttmann hat ferner eine Reihe von Mikroskopen mit Bacillenpräparaten aufgestellt zur Vergleichung der verschiedenen Vergrösserungen, Immersions- und Beleuchtungsmethoden.

Herr Virchow: Soweit ich mich entsinne, war Herr Benda etwas abgeneigt, bei Endocarditis ulcerosa die Nachweisbarkeit von Embolis an anderen Stellen als in der Niere zuzugeben. In dieser Beziehung möchte ich hervorheben, dass gerade bei Endocarditis ulcerosa die Embolis nicht selten auch in anderen Organen eine solche Grösse haben, dass man sie mit der Scheere frei legen kann. Ich will namentlich die Milz hervorheben, bei der es auf verschiedene Weise gelingt, ziemlich grobe Verstopfungen zu zeigen. Ferner sind im Innern des Auges, namentlich an der Chorioides, die Verstopfungsmassen durch blosse Ausbreitung der Membran nachzuweisen. Ein dritter Punkt sind z. B. bei Purpura die Gefässe der äusseren Haut, wo man am Umfange der Schweissdrüsenhäute die Verstopfungen ausgezeichnet deutlich sehen kann.

Nun scheint es mir aber, als ob Herr Benda den Begriff der Embolie etwas zu weit ausdehnt, denn es ist noch nicht möglich, alle diejenigen Fälle, wo innerhalb des Gefässsystems Wucherungen von Pilzmassen stattfinden, unmittelbar als Embolie zu bezeichnen. Der Begriff des Embolus wird immer dahin zusammengefasst werden müssen, dass es ein Körper ist, der in formirtem Zustande ankommt und als solcher das Gefäss verstopft. Eine Masse, die erst nachträglich Gerinnung und Verstopfung hervorbringt, wird man nicht mehr Embolus nennen können. Nun ist ja unzweifelhaft die Möglichkeit vorhanden, dass Pilze, ohne dass sie in Form fertiger Emboli ankommen, wenn sie im Blute circuliren, sich an gewissen Punkten fixiren und hier wachsen; nichts ist hierfür mehr beweisend als gerade die Endocarditis, bei der wir an der Oberfläche der Herzklappen Pilz-Wucherungen antreffen, nicht indem die Pilze aus den Klappengefässen dahinkommen, sondern aus dem vorüberströmenden Blut. Was die Glomeruli anbetrifft, so ist es mir immer zweifelhaft gewesen, ob alle die kleinen Anhäufungen, die man in einzelnen Schlingen antrifft, ohne weiteres als embolische Körper anzusehen sind, denn man findet sie zuweilen in Fällen, wo es wenigstens nicht gelingt, zu entdecken, von woher ein solcher Embolus kommen sollte, also z. B. bei gewissen Formen von malignen Blasenaffectionen. Es kommt vor, dass man in den Glomerulis Verstopfungen findet, ohne dass ausserhalb der Blase besondere Heerde vorhanden sind, von denen aus sie sich verbreitet haben könnten. Ich habe daher immer die Möglichkeit zugelassen, dass in solchen engen Kanälen sich gelegentlich ohne eigentliche Embolie Pilze an die Wand ansetzen und von da aus weitere Veränderungen hervorbringen können. In älterer Zeit trug man kein Bedenken, jeden solchen Heerd einen metastatischen Heerd zu nennen, und man war stets bereit, eine Pyaemie zu substituiren, aber auch für diese Pyaemie war man genöthigt, nach neuen Erklärungen zu suchen, weil man den Heerd nicht fand, aus dem sie abzuleiten war (Rokitansky's spontane Pyaemie).

In Beziehung auf die Verbreitung der Pilze selbst möchte ich namentlich hervorheben, dass z. B. beim Milzbrand, wo es sich doch um grosse Bacillen handelt, die Frage der Bildung von embolischen Processen weit zurückliegt. Wir haben in den meisten Fällen keine Gelegenheit anzunehmen, dass von dem primären Carbunkel aus Klumpen in die Circulation gerissen werden, um neue Heerde herbeizuführen, sondern es handelt sich um Processe, bei denen nicht ein grober mechanischer Hergang, sondern ein Versetzen von Keimen stattfindet, welche allmählich wachsen, in die Gewebe eindringen oder die Gefässe verstopfen. Für die Betrachtung im Grossen wird darauf freilich nicht viel ankommen, denn wenn die Möglichkeit gegeben ist, dass Pilze, welche in der Circulation enthalten sind, sich hie und da ansetzen und Wucherungen hervorbringen, so wird der schliessliche Effect ein sehr analoger sein.

Es scheint mir, dass bei der weiteren Discussion wieder eine gewisse dialectische Schwierigkeit zu überwinden sein wird. Herr Benda gebraucht den Ausdruck der acuten Miliartuberculose im klinischen Sinne. Er selber aber sucht zu demonstriren, dass ein grosser Theil dieser Dinge eigentlich keine Tuberkel seien. Auf der anderen Seite wird Niemand im Zweifel sein, dass es Fälle giebt, in welchen acute Miliartuberkel in grosser Zahl sich entwickeln, und diese Fälle wird Niemand umhin können, nach wie vor acute Miliartuberculose zu nennen, d. h. also, es kommt wieder ein gewisser Missbrauch zu Tage, der von Seiten der Kliniker mit einem anatomischen Begriff getrieben worden ist. Man wird die Fälle nicht auseinander halten können, wenn man sich nicht zweier verschiedener Ausdrücke bedient für das, was wirklich tuberculös und für das, was nur tuberkelähnlich ist.

In Beziehung auf das wirklich Tuberculöse habe ich mir in der vorigen Sitzung schon erlaubt, Ihnen ein seltenes Präparat vorzulegen, welches einerseits die submiliare Primärform der Tuberkel, andererseits die Verbreitung einer Tuberculose, ohne Vermittelung der Blutcirculation auf dem Wege, den ich die Dissemination genannt habe, zeigte, und zwar von einem Punkte des Darmes aus, von dem es mindestens sehr zweifelhaft war, ob es ein primär tuberculöser Heerd war. Sie haben gesehen, dass es sich um zwei vollkommen vernarbte Geschwüre handelte, deren Ränder ziemlich glatt und scharf conturirt waren, deren Grund ganz eben erschien, in deren Umgebung keine Spur von tuberculöser Eruption vorhanden war, genug Geschwüre, die wenn man sie nach den gewöhnlichen Interpretationsregeln erklären wollte, viel mehr Anspruch darauf hatten, syphilitisch genannt zu werden. Nun, für mich ist die Betrachtung, dass ein ursprünglich nicht tuberculöses Geschwür als Eingang dienen kann für die Tuberkelursache, keine ganz neue. Sie werden sich vielleicht erinnern, dass ich vor Jahren einzelne Fälle mitgetheilt habe, wo in der nächsten Umgebung von Carcinomen des Oesophagus im anliegenden Theil der Pleura eine multiple Eruption von Tuberkeln stattgefunden hatte, ohne dass sonst tuberculöse Affectionen im Körper vorhanden waren. Ich habe damals das besondere Agens nicht definiren können, welches diese Eruption hervorbrachte, allein die Thatsache bleibt bestehen, dass in der Umgebung eines ursprünglich ganz verschiedenartigen Geschwürs ein Eintritt der Tuberkelursache stattfinden kann, welche ganz local wirkt und in allmählich fortschreitenden Zonen sich verbreitet. Man kann kaum anders annehmen, als dass die krankmachende Ursache durch die wundgelegten Stellen eindringt, und, indem sie sich nachher selbstständig, ohne die Gefässe zu benutzen, in der Pleura verbreitet, ihre Eruptionen macht. Diese Art von Ulcerationen mit nachfolgender Tuberkelbildung sind wahrscheinlich am Darm viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt. In früherer Zeit war man immer geneigt, sich vorzustellen, dass, wenn in nächster Nähe eines Geschwürs Tuberkeln lagen, daraus gefolgert werden könne, dass das primäre Geschwür auch tuberculös gewesen sei. Diese Beweisführung hat offenbar einen Mangel. Wenn festgestellt werden kann, dass ein primäres Geschwür anderer Art nachher eine Tuberkeleruption hervorrufen könne, so darf man nicht aus dem Erscheinen nachträglicher Tuberkeln auf die primär tuberculöse Natur des benachbarten Geschwürs schliessen.

Was endlich die Frage von der Beziehung der Entzündung zur Tuberculose anlangt, so würde ich wesentlich dasjenige auch für andere Organe bestätigen können, was Herr Hirschberg für die Vorgänge am Auge hervorgehoben hat. Speciell möchte ich betonen, was ich schon seit vielen Jahren auseinandergesetzt habe, einmal, dass es unzweifelhaft Entzündungen giebt, welche in ihrem späteren Verlauf die Tuberkelbildung mit sich bringen, so zwar, dass der Tuberkel erst entsteht in einem Gewebe, welches durch die Entzündung hervorgebracht worden ist; andererseits finden wir sehr häufig, dass die beiden Processe so miteinander vermischt sind, dass wir von vornherein beiderlei Producte antreffen, ohne dass es möglich ist zu

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

sagen, welcher von beiden der frühere ist. Nun kommt endlich der dritte Fall vor, dass unter Umständen, wo wir erwarten konnten, Tuberculose zu finden, wir entzündliche Producte antreffen, wie z. B. bei der käsigen Pneumonie. Dadurch dass darin Bacillen nachgewiesen sind, hat die käsige Pneumonie nicht aufgehört, eine Pneumonie zu sein, sie hat nur einen bestimmten ätiologischen Untergrund gewonnen, der sie in ein Parallelverhältniss gebracht hat zur Tuberculose, aber nicht herbeigeführt hat, dass die beiden Processe identisch sind. Die Frage, inwieweit eine specifische Krankheitsursache im Stande ist, specifische und nicht specifische Processe hervorzurufen, bilde ich mir ein, in ausführlicher Weise vor vielen Jahren zum Gegenstand der Discussion gestellt zu haben; in dem allgemeinen Theil meines Geschwulstbuches finden Sie diese Frage ausführlich erörtert. Also so gut wie man nicht im Zweifel darüber ist, dass nicht jede syphilitische Affection von Anfang an eine gummöse ist, so wird man sich auch wohl generell daran gewöhnen müssen, für eine Reihe analoger Fälle eine gleiche Unterscheidung zuzulassen. Mir scheint nur ein Punkt der besonderen Erörterung werth, und ich maasse mir nicht an, die Lösung ohne weiteres zu geben, d. i. die Frage, ob die Quantität des Virus die Entscheidung dafür giebt, dass das neue Produkt in der besonderen Richtung des Virus sich entwickelt oder nur als einfacher Entzündungsvorgang verläuft. Wenn ich ein Aetzmittel nehme, so kann ich damit verschiedene Wirkungen erzielen, je nach der Quantität, die ich an das Gewebe bringe. Es bedarf keiner Versicherung, dass bei Dingen, wie die Pilze, noch ein anderer Factor bedingend hinzutritt, d. i. die Causa interna, der besondere Zustand des Gewebes, welcher schon vorhanden ist, der das Gewebe in höherem Maasse befähigt, auf diese Einwirkung hin in eine besondere Veränderung zu gerathen. So scheint es mir vollkommen innerhalb der legitimen Erfahrungen zu liegen, dass in der That dieselben Dinge nach Umständen höhere und geringere Processe hervorrufen können, und es wird nur darauf ankommen, zu wissen, ob z. B. jedesmal auch bei den Pilzen das höhere Maass die specifische Erscheinung oder die entzündliche Erscheinung hervorruft. Ich kann wenigstens nicht sagen, dass wenn ich mir diese Dinge für die Lunge vergegenwärtige, ich die Ueberzeugung gewinnen könnte, es sei die käsige Pneumonie die geringere Erkrankung, im Gegentheil erscheint sie mir als die höhere, und man kann sich denken, dass die stärkere Einwirkung der Pilze eine solche Entzündung macht, während die geringere die Tuberculose hervorruft.

Was diese Tuberculose selbst anbetrifft, so habe ich eigentlich geglaubt, es wäre mir gelungen, den Nachweis zu führen, dass der principale Sitz die Schleimhaut der kleinen Bronchien sei. Ich bin immer bereit gewesen, diese Demonstration zu leisten; ich kann das im Laufe jeder Woche an einer Reihe ausgezeichneter Fälle thun. Ich halte die Bronchialtuberculose für die hauptsächlichste Erscheinungsform der Lungentuberculose überhaupt, aber wenn man nicht ganz vorsichtig verfährt, so ist es bei der Kleinheit vieler Bronchien ungemein leicht, den eigentlichen Sitz der Tuberculose zu verlegen. Diese Bronchialtuberculose ist für Jemand, der gewohnt ist, Bronchien zu schneiden, ein Gegenstand makroskopischer Demonstration und lässt sich auch mikroskopisch auf Schnitten erkennen, dagegen muss ich allerdings sagen, dass der Nachweis primärer Tuberkel im Lungengewebe ungemein schwierig sein dürfte.

VIII. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 10. März 1884.

Vorsitzender: Herr Westphal.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Als den ersten zu erledigenden Gegenstand bezeichnet die Tagesordnung: Neuwahl des Vorstandes und der Aufnahme-Commission.

Es werden die Herren Westphal als erster Vorsitzender, W. Sander als zweiter Vorsitzender und Bernhardt als Schriftführer fast einstimmig wiedergewählt.

Herr Oppenheim stellt darauf folgenden Fall vor: Es handelt sich um einen 32jährigen aus gesunder Familie stammenden jungen Mann. Derselbe ist nicht Potator. Vor $2^1/_2$ Jahren beobachtete er in der rechten Hand ein eigenthümliches Taubheitsgefühl, zu dem sich bald Kriebeln der rechten oberen Extremität und Rumpfhälfte hinzugesellte. Ein halbes Jahr später bemerkte er Abmagerung der linken Hand, der Interossei und des Daumenballen, endlich ab und zu an den Phalangen der rechten Hand Bläschen, welche platzten, Geschwüre veranlassten und lange Zeit zur Heilung brauchten. Gegenwärtig klagt Patient über Brennen in der rechten Hand und oberen Extremität, über Schwäche im linken Arm, die sich im Anschluss an die Atrophie entwickelt hat, und über die vorher genannten Bläschen. Wir finden eine sehr verbreitete Sensibilitätsstcrung der rechten Seite und des Gesichts. Die rechte Seite ist stärker afficirt als die linke. Am wenigsten davon betroffen sind der Tast- und Drucksinn, während das Schmerzgefühl am meisten gelitten hat. Was die Atrophie betrifft, so sind im wesentlichen Daumen und Kleinfingerballen ergriffen. Die Motilität ist fast garnicht betroffen, die unteren Extremitäten sind frei. Von den trophischen Störungen, den Bläschen, sind jetzt nur noch Narben zu constatiren. Das Kniephänomen ist etwas gesteigert. Geruch, Geschmack, Gehör normal. Die Frage, welch ein Process hier vorliegt, lässt sich nicht mit Bestimmtheit beantworten. Wenn man aber einige Fälle aus der Literatur betrachtet, welche p. m. das Bild der Syringomyelie darboten, so dürfte man wohl berechtigtigt sein, eine derartige Affection hier zu vermuthen.

Alsdann hält Herr Richter (Dalldorf) seinen angekündigten Vortrag: „über Anomalien der Rolando'schen Furche". Der Vortragende legt eine Abbildung der ersten von R. Wagner in „über die typischen Verschiedenheiten der Windungen der Hemisphären 1860" beschriebenen Ueberbrükung der Rolando'schen Furche vor; ebenso die, welche Giacomini in seinem Buche bringt (1882). Darauf demonstrirt er fünf Hemisphären, welche diese Anomalie zeigen; die eine zeigt sie ganz am unteren Ende und trennt so nur ein kleines Stück der Rolando'schen Furche ab; derartige Präparate mochten Teuchini (Rivista sperimentale) zu einem so hohen Procentsatz von Ueberbrückungen der Rolando'schen Furche haben kommen lassen; das Präparat stammt von einem Paralytiker. Die zweite Hemisphäre zeigt die Ueberbrückung im oberen Viertel; das Präparat stammt von einem Geistesgesunden. Das dritte Präparat stammt ebenfalls von einem Paralytiker; an demselben ist die obere Hälfte der Rolando'schen Furche abgebrückt; dabei communicirt der untere abgetrennte Theil mit der ersten Stirnfurche. Das vierte Präparat stammt von einer Idiotin; dasselbe zeigt die Ueberbrückung im oberen Viertel; auch an diesem communicirt das obere abgetrennte Stück in Folge einer Einkerbung der vorderen Centralwindung mit der ersten Stirnfurche. Die fünfte Hemisphäre, welche der Vortr. demonstrirt, bezeichnet er als ein Unicum; dieselbe zeigt nämlich zwei Ueberbrückungen der Rolando'schen Furche; eine solche sei noch nicht beschrieben; das Präparat stammt von einem idiotischen Kinde. Weiter bespricht der Vortr. die Bifurcationen der Rolando'schen Furche und demonstrirt ein diesbezügliches Präparat, welches sich aber namentlich doch durch Ausläufer auszeichnet, die besagte Furche beiderseits nach vorn sendet; das Präparat stammt von einer verbrecherischen Epileptischen. Drei Centralwindungen mit zwei Rolando'schen Furchen, wie sie Giacomini in seinem Buche an zwei Hemisphären (deren Abbildung der Vortragende auch beibringt) herausdeutet, betrachtet der Vortragende als eine erzwungene Auffassung viel einfacher zu deutender Verhältnisse; es handele sich an beiden Hemisphären nur um ausgesprochene Prärolando'sche Furchen und confluirende Füsse der Stirnwindungen. Der Vortr. legt ein Präparat vor, welches man ebenfalls leicht in dieser gewaltsamen Weise deuten konnte. Wirkliche Communication zwischen Rolando'scher und Sylvi'scher Furche hat der Vortr. noch nie gesehen, und er befindet sich selbst im Besitz von über 400 trocken conservirter Hemisphären. Communicationen der Rolands'schen Furche mit der prae- und postrolandica sind häufig. Beim Fehlen eines Sulc. calloso-marginalis bestimmt man die Rolando'sche Furche am besten vom Operculum aus. Totales Verschmelzen beider Centralwindungen zu einer, wie es Teuchini (Rivista sperimentale) beschreibt, ist eine ausserordentliche Seltenheit. Die betreffende Abbildung legte der Vortr. ebenfalls vor.

Herr Oppenheim: Ueber Aetiologie der Tabes.

Seit Erb für den Zusammenhang der Tabes und Syphilis eingetreten, ist diese Frage häufig discutirt worden. Vortragender hat von Neuem 86 Fälle von Tabes (56 Männer und 30 Frauen) bezüglich der Aetiologie eingehend untersucht. Die von den Anhängern der Syphilis-Tabes gemachte Beobachtung, dass viele Kranke ihre syphilitische Antecedentien verschweigen, konnte er nicht bestätigen. Seine Patienten waren nicht so schüchtern. Oft wurde sogar eine frühere syphilitische Infection zugegeben, die sich hinterher als etwas ganz Harmloses entpuppte.

Syphilitische Infection jeder Art wurde geleugnet in 51 Fällen. Es folgen 9 Beobachtungen, in denen reine Ulcera bestanden, die als weiche zu bezeichnen sind. In 6 Fällen wird eine frühere Infection zwar geleugnet, doch scheint sie wahrscheinlich. 11 Male hat ein Ulcus bestanden, das als durum angesehen werden muss. Endlich sind 9 Fälle zu verzeichnen, in welchen der primären Affection secundäre Symptome und zwar der leichtesten Art folgten. In 2 Fällen hatte schon vorher Reissen in den Extremitäten bestanden.

Was die andern Factoren, welche als ätiologische Momente der Tabes angesehen zu werden pflegen, betrifft, so spielen die sexuellen Momente keine hervorragende Rolle. Des Vortragenden Statistik spricht nicht für eine Entstehung der Tabes aus geschlechtlichen Ausschweifungen.

Heredität: In 50 Fällen konnten nur 5 Mal hereditäre Momente constatirt werden.

Die Erkältungen werden häufig als Ursache angeschuldigt. Selten wird eine einmalige intensive Erkältung erwähnt. Gewöhnlich handelt es sich um Personen, die Jahre lang oder sehr häufig den Einwirkungen der Kälte ausgesetzt sind. Unter des Vortr. Fällen kam diese Aetiologie 30 Mal vor.

Alkoholismus tritt als ursächlicher Factor in den Hintergrund. Strapatzen und Anstrengungen werden häufiger angeschuldigt. Einmal hat sich die Erkrankung im Anschluss an ein Trauma und einmal im Anschluss an eine Leuchtgasvergiftung entwickelt. —

Die Zusammenstellungen der Autoren mit ihren differirenden Resultaten ergeben, dass Syphilis und andere Momente zu derselben Erkrankung des Nervensystems führen, und dass wir es dem Symptomenbilde nicht ansehen können, aus welcher Ursache sie entstanden ist. —

Discussion. Herr Bernhardt: Ohne die Syphilis als Ursache der Tabes ansehen zu wollen, müsse er doch bemerken, dass es ihm aufgefallen sei, dass bei überraschend vielen Leuten, die Tabeskrank sind, früher eine syphilitische Infection bestanden habe.

Herr Lewin: Ihm sei es unklar, wie Fournier zu so vielen Tabeskranken gekommen sei. Bei ihm sei dies nicht der Fall. Nicht Jedem, der sage, dass er syphilitisch gewesen sei, dürfe man Glauben schenken. Viele Leute haben Quecksilber bekommen, ohne dass jemals ein Ulcus durum bestanden. Dennoch habe er eine Anzahl Kranker gehabt mit allen Erscheinungen der Syphilis und als letztes Glied der Erscheinungen Tabes; aber es waren auch noch andere Ursachen vorhanden. Ein Officier kam wegen Tabes in Behandlung, nachdem er eine antisyphilitische Kur durchgemacht, aber auch in letzter Zeit (bei Orleans) auf dem Pferde förmlich angefroren war, so dass er nicht absteigen konnte. Bald darauf entwickelte sich die Tabes. — Therapeutisch hat bei allen Fällen die antisyphilitische Kur keine Erfolge. Die Quecksilberkur schadet nur. — Es verdient auch noch angeführt zu werden, dass ein Tabeskranker, der syphilitisch gewesen war, lange in einem Zimmer gewohnt hatte, dessen Tapeten stark arsenikhaltig waren.

Herr Westphal: Oppenheim und Bernhardt sind also zu dem Resumé gekommen, dass die verschiedensten Ursachen vorangegangen und schliessen, dass die verschiedensten Ursachen die Tabes zur Folge haben können. Ich ziehe daraus den Schluss, dass keine der genannten Ursachen die Tabes veranlasst. Wir müssen einfach gestehen, wir kennen die eigent-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liche Ursache der Krankheit nicht. Herrn Bernhardt's Zahlen (12 Fälle) sind zu kleine Zahlen, als dass man aus ihnen Schlüsse ziehen kann. Unbegreiflich bleibt es, wie Erb aus den Augenmuskellähmungen Schlüsse auf den syphilitischen Ursprung ziehen will. Ich habe ferner darauf hingewiesen, dass die pathologische Anatomie keinen Zusammenhang erkennen lässt. Bei der Unmasse von Autopsien, die gemacht werden, findet man fast niemals Erscheinungen von Syphilis. Wenn die Lues bei den Tabetikern so häufig ist, würde doch auch einmal ein anderes Organ als das Rückenmark etwas davon abbekommen haben. — Was das statistische Material betrifft, so muss man nur wissen, wie Anamnesen aufgenommen werden. Schliesslich könnte man auch den Erfolg mit herbeiziehen. Derselbe ist immer ein negativer. Niemals ist ein Fall durch eine Quecksilberkur geheilt worden.

Herr Remak. Erb hatte in London erwähnt, dass er unter 8 Fällen 3 mit parenchymatösen Veränderungen gefunden habe. Er bitte die Discussion über diesen wichtigen Gegenstand auf die nächste Sitzung zu verschieben, um über seine eigenen statistischen Erhebungen berichten zu können. Es müsste bei dieser Frage überhaupt erst festgestellt werden, wie viele Sypilitische am Tabes erkranken. Von Reumont liegen neuere Untersuchungen vor. Allerdings seien da Fälle, die er geheilt hat, garnicht Tabes gewesen.

Herr Lewin. Er habe 800 Fälle von Syphilis mehrere Jahre genau verfolgt und nach vielen Jahren seien von diesen nur 5 auf die Nervenabtheilung gekommen.

IX. Journal-Revue.

Arzneimittellehre.

4.

Ueber die Wirkung des Agaricin gegen die Nachtschweisse der Phthisiker. Von Dr. Otto Seifert, Privatdocent in Würzburg. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 38. 1883.)

S. hat mit dem Agaricin, das er in der Würzburger medicinischen Klinik in einer grossen Reihe von Krankheitsfällen in Anwendung brachte, die Nachtschweisse der Phthisiker wirksam bekämpft. Dasselbe, eine in langen Nadeln krystallisirende Substanz, ist erst kürzlich aus dem Agaricus albus (als dessen wirksames Princip) dargestellt worden. Es wurde von Merck in Darmstadt bezogen und in Pillenform (pro dosi 1—2 Pillen zu 0,005) gereicht. Wegen schneller Gewöhnung an das Mittel musste die Dosis häufig erhöht werden. Auch subcutan injicirt und zwar von folgender Lösung:

Agaricin 0,05
Alcohol. abs. 4,5
Glycerin 5,5.

Abends eine volle Spritze — zeigte das Agaricin sich wirksam. Wegen unangenehmer Reactionserscheinungen an der Einstichsstelle wurde jedoch von dieser Anwendungsweise bald Abstand genommen. — Beachtenswerth ist die Beobachtung, die Verf. bezüglich der beschränkten Wirkungsdauer des Mittels gemacht hat. Er nahm wahr, dass Agaricin seine volle Wirkung in einem Zeitraume von 5—6 Stunden entfalte. Es musste daher bei der Verordnung weniger auf die Dosis ankommen, als auf den Zeitpunkt vor dem gewöhnlichen Eintritt der Nachtschweisse. Das Mittel versagte fast nie, wenn diejenigen Kranken, welche schon in den frühen Nachtstunden schwitzen, um 5 Uhr Nachmittags und die am frühen Morgen Schwitzenden die Pillen gegen Mitternacht einnahmen. Grössere Dosen können längere Zeit gegeben werden, ohne dass unangenehme Nebenerscheinungen auftreten. Mitunter wurde Abnahme der Hustenanfälle und besserer Schlaf beobachtet. Nicht nur gegen die profuse Schweissabsonderung der Phthisiker, sondern auch bei Sudorrhöen anderer Art erwies das Agaricin sich nützlich. Es ist ein gutes, wenn auch nicht absolut sicheres Anthidroticum. Rabow.

Agaricin als Anthidroticum von Proebsting. Centralblatt für klinische Medicin 1884 No. 6.

Auf Empfehlung der Engländer und nach Seifert's Vorgang wurde das Agaricin, der wirksame Bestandtheil des Agaricus albus, in der Riegel'schen Klinik in Giessen als Mittel gegen hektische Schweisse angewandt. Es wird in Dosen von 0,005—0,01 gegeben und wirkt sicher und rasch, für die Dauer angewandt hat es nicht wie das Atropin nachtheilige Folgen. Die Verabreichung geschah in Pillenform nach der Formel:

Rp. Agaricin 0,5
Pulv. Dover. 7,5
Rad. Alth. Mucilag. $\overline{aa}$ 4,0
M. f. pilul. No. 100. Becker.

Beobachtungen über Kumyss im Flecken Dubrowna. Von Dr. S. Kostjurin. (St. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 37. 1883.)

Neuerdings ist vorgeschlagen worden, dem Kumyss verschiedene Medicamente (Eisen, Chinin u. s. w.) beizufügen. Da aber der Einfluss derselben auf den Gang der Alkoholgährung in der Stutenmilch noch wenig bekannt ist, hat Verf. einige diesbezügliche Versuche angestellt. Es lag ihm besonders daran, einen Stoff zu finden, der geeignet ist, nach Belieben die Gährung in verschiedenen Stadien anzuhalten und dadurch die Transportfähigkeit des Kumyss zu erhöhen. — Seine Experimente ergeben folgendes Resultat:

1) Tinct. nuc. vomic., Tinct. Opii simpl. (je 1 Tropfen auf 10 Ccm.). Kali carbon. und Magnesia carb. zu 1 Gr. — Mittel, die nicht selten bei Kumysscuren verordnet werden — haben keinen Einfluss auf die Gährung von Stutenmilch.

2) Natrium chloratum, Ferrum lacticum, Chinin. sulf., Kali chloric. und Kali nitric. zu je 1 Gran schwächen die Gährung nur in geringem Grade.

3) Acid. carbol, Natr. salicyl (Gr. $^1/_4$), Acid. thymic. (Gr. $^1/_5$) und Natr. benzoic. (Gr. $^1/_8$ auf je 10 Ccm.) hemmen die Gährung vollständig.

Zusatz von Salicylsäure, Carbolsäure und Thymol zum Kumyss verändert sofort seinen Geschmack und macht ihn ungeniessbar. Dagegen ergiebt sich, dass 0,4 Natr. benzoic. (0,04 Proc.) in 1 Liter (= 2 Flaschen) Kumyss die Gährung fast aufheben können, während sich der Geschmack durchaus nicht ändert. Es wird daher das Natrium benzoicum sowohl zum Anhalten der weiteren Gährung des Kumyss, wie auch möglicher Weise zur Verhinderung zu starker Gährung im Intestinaltractus gebraucht werden können. Rabow.

Einfluss der Kälte auf das Lyssagift. (Société de Biologie, 23. Februar 1884. Le Progrès med. Nr. 9. 1884.)

Gibier glaubt, dass man mit Hülfe der Kälte dahin gelangen wird, die Wirkung des Lyssavirus abzuschwächen. Indem er das Gift mehrere Tage hindurch einer Temperatur von —40° aussetzte, konnte er das Incubationsstadium um mehrere Monate verlängern. Ein inoculirter Hund erkrankte erst nach 9 Monaten, während bei frischem Virus die Wuth zwischen dem 15. und 20. Tage auftritt. Rabow.

Paraldehyd als Hypnoticum. Professor Berger empfiehlt (Bresl. ärztl. Z. Nr. 4) das Mittel in Emulsion zu ordiniren, deren Bereitung von Herrn Apotheker Müller in folgender Weise angegeben wird:

„Gummipulver wird in der dem verordneten Paraldehyd gleichen Menge im Emulsionsmörser mit wenig Wasser zum dicken Schleim angerührt und hierzu wenig Paraldehyd zugefügt. Nachdem die Masse durch emsiges Rühren homogen geworden, setzt man wieder etwas Wasser und wenig Paraldehyd hinzu, rührt abermals, bis die Masse gleichförmig geworden, und fährt auf diese Weise fort, bis alles verschriebene Paraldehyd mit dem Gummischleim eine mit Wasser in jedem Verhältniss mischbare Masse bildet.“

Die Verordnung lautet demnach:

Rc. Paraldehydi
Gummi Mimos. $\overline{aa}$ 18,0
F. c. Aqu. destill.
Emulsio 150,0
Cui adde
Syr. amygdal. 30,0.
M. D. S. 2 Esslöffel, auf einmal zu nehmen.

X. Der Congress für innere Medicin. Berlin 21.—24. April.

Unter dem Vorsitze des Herrn Geh.-Raths Prof. Dr. Leyden, trat am 13. d. M. eine freie Commission von Mitgliedern des Congresses wie des Vereines für innere Medicin zusammen, um sich mit den Vorbereitungen für den Congress zu beschäftigen. Anwesend waren unter Anderen die Professoren Fraentzel und Senator, Abg. Thilenius, Dir. Dr. Riess, Dr. Beuster, S.-R. Dr. Orthmann, Dr. A. Fraenkel, Dr. S. Guttmann, die Redacteure der Deutschen Medicinischen und der Berliner klinischen Wochenschrift, etc. Für die wissenschaftlichen Sitzungen, die Vor- und Nachmittags stattfinden, war Seitens der städtischen Behörden der kleinere Oberlichtsaal des Rathhauses in liberalster Weise zu Gebote gestellt. Da derselbe aber keine gute Akustik besitzt und zu wenig Raum darbietet, so ist der grosse Saal des Architektenhauses gewählt worden. In letzterem soll ein Auskunftsbureau installirt werden, in welchem stets Delegirte anwesend sind, um die Mitglieder, und vor Allem die Gäste nach jeder Richtung hin zu orientiren. Um Letzteren in der Wahl der Wohnung zur Hand zu gehen, hat sich eine freie Commission (Boerner, Leyden, S. Guttmann) gebildet, die möglichst frühzeitig die nöthigen Mittheilungen machen wird. Ebenso haben die Herren Beuster und Thilenius es übernommen, dafür Sorge zu tragen, dass den Mitgliedern des Congresses Plätze in den königlichen Hoftheatern und dem deutschen Theater reservirt werden. In Aussicht genommen sind ferner die Besichtigung von Krankenanstalten, die ein allgemeines Interesse darbieten (die Universitätskliniken in der Ziegelstrasse und in der Artilleriestrasse, die städtischen Krankenhäuser im Friedrichshain und in Moabit), sowie der Besuch der städtischen Irrenanstalt in Dalldorf, des Central-Viehhofes und seiner Schlachthäuser und der Rieselfelder bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Osdorf, und wurde Herr Boerner beauftragt, die Einleitungen dafür zu treffen. Dem ständigen Secretär des Congresses ist als zweiter Schriftführer für die diesjährige Versammlung Professor Dr. Senator beigegeben. Es wurde endlich noch eine Presscommission eingesetzt und mit ihren Geschäften Herr Boerner (Stellvertreter S. Guttmann) in Gemeinschaft mit den beiden Schriftführern betraut. Am Abend des 20. April findet die Begrüssung der Gäste statt, während für den 23. April das Diner zu Ehren des Congress-Präsidenten Frerichs bestimmt ist. Ausser den Mitgliedern und Theilnehmern des Congresses werden für die Aerzte, welche zu keiner dieser Kategorieen gehören, den Sitzungen aber als Zuhörer beiwohnen wollen, die nöthigen Plätze stets zur Disposition gestellt werden; es ist dringend wünschenswerth, dass gerade die Berliner Collegen sich recht zahlreich einfinden.

XI. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Sechster Bericht der deutschen wissenschaftlichen Commission zur Erforschung der Cholera, Geh. Regierungsraths Dr. Koch, Kalkutta, den 2. Februar 1884.

Der deutsche Reichsanzeiger theilt aus dem Berichte Folgendes mit:

Die in meinem letzten Berichte vom 7. Januar cr. noch unentschieden gelassene Frage, ob die im Choleradarm gefundenen Bacillen ausschliesslich der Cholera angehörige Parasiten sind, kann nunmehr als gelöst angesehen werden.

Es war anfangs ausserordentlich schwierig wegen der ungleichen Verhältnisse, unter welchen die pathologischen Veränderungen im Choleradarm sich darbieten, und wegen der grossen Zahl der stets im Darm vorhandenen Bakterien das Richtige herauszufinden. In den meisten Fällen erfolgt nämlich der Tod nicht auf der eigentlichen Höhe des Choleraprocesses, sondern in der sich unmittelbar daran schliessenden Reactionsperiode, in welcher so bedeutende Veränderungen in der Beschaffenheit des Darms und seines Inhaltes eintreten, dass es unmöglich ist, aus solchen Fällen allein eine klare Vorstellung von dem Choleraprocess zu gewinnen. Erst wenn man eine Anzahl von uncomplicirten Fällen zu seciren und frische Erkrankungsfälle damit zu vergleichen Gelegenheit gehabt hat, gelingt es, einen richtigen Einblick in die pathologischen Verhältnisse der Cholera zu gewinnen. Aus diesem Grunde war es geboten, in der Deutung der in Bezug auf die Cholerabakterien erhaltenen Befunde die grösste Vorsicht walten zu lassen und so lange mit einem bestimmten Urtheil über ihr causales Verhältniss zur Cholera zurückzuhalten, bis die volle Ueberzeugung davon gewonnen war.

Im letzten Berichte konnte ich bereits gehorsamst mittheilen, dass an den Bacillen des Choleradarms besondere Eigenschaften aufgefunden wurden, durch welche sie mit aller Sicherheit von anderen Bakterien zu unterscheiden sind. Von diesen Merkmalen sind folgende die am meisten charakteristischen: Die Bacillen sind nicht ganz geradlinig, wie die übrigen Bacillen, sondern ein wenig gekrümmt, einem Komma ähnlich. Die Krümmung kann mitunter sogar soweit gehen, dass das Stäbchen fast eine halbkreisförmige Gestalt annimmt. In den Reinculturen entstehen aus diesen gekrümmten Stäbchen oft s-förmige Figuren und mehr oder weniger lange, schwach wellenförmig gestaltete Linien, von denen die ersteren zwei Individuen und die letzteren einer grösseren Zahl der Cholerabacillen entsprechen, die bei fortgesetzter Vermehrung im Zusammenhange geblieben sind. Sie besitzen ausserdem Eigenbewegung, welche sehr lebhaft und am besten in einem am Deckglas suspendirten Tropfen Nährlösung zu beobachten ist; in einem solchen Präparat sieht man die Bacillen mit grosser Geschwindigkeit nach allen Richtungen durch das mikroskopische Gesichtsfeld schwimmen.

Ganz besonders charakteristisch ist ihr Verhalten in Nährgelatine, in welche sie farblose Colonien bilden, welche anfangs geschlossen sind und so aussehen, als ob sie aus stark glänzenden kleinen Glasbrocken zusammengesetzt sind. Allmählich verflüssigen diese Colonien die Gelatine und breiten sich dann bis zu einem mässigen Umfange aus. In Gelatineculturen sind sie daher durch dies eigenthümliche Aussehen mit grosser Sicherheit mitten zwischen anderen Bakteriencolonien zu erkennen und können von diesen auch leicht isolirt werden. Ausserdem lassen sie sich auch ziemlich sicher durch die Cultur in hohlen Objectträgern nachweisen, da sie sich immer an den Rand des Tropfens der Nährflüssigkeit begeben und daselbst in ihren eigenthümlichen Bewegungen und nach Anwendung von Anilinfarblösungen an der kommaähnlichen Gestalt erkannt werden können.

Bis jetzt sind 22 Choleraleichen und 17 Cholerakranke in Kalkutta zur Untersuchung gelangt. Alle diese Fälle wurden sowohl mit Hülfe der Gelatineculturen, als auch in mikroskopischen Präparaten, meistens zugleich auch noch durch die Culturen in hohlen Objectträgern auf das Vorhandensein der specifischen Bakterien geprüft, und ausnahmslos konnten die kommaähnlichen Bacillen nachgewiesen werden.

Dieses Resultat, zusammengenommen mit dem in Aegypten erhaltenen, berechtigt zu dem Schlusse, dass diese Bakterienart regelmässig im Choleradarm vorkommt.

Zur Controle wurden dagegen ganz in derselben Weise untersucht: 28 andere Leichen (davon 11 Dysenterien), ferner Ausleerungen eines Falles von einfacher Diarrhöe, von Dysenterie und von einem Gesunden nach überstandener Cholera, dann noch verschiedene gesunde, sowie an Darmgeschwüren und Pneumonie gestorbene Thiere, schliesslich auch mit putriden Massen verunreinigtes Wasser (verschiedene Proben von städtischer Spüljauche, Wasser aus stark verunreinigten Sümpfen, Sumpfschlamm, unreines Flusswasser). Es gelang aber nicht ein einziges Mal, weder im Magen oder Darm der Menschen- oder Thierleichen, noch in den Ausleerungen oder in den an Bakterien überaus reichen Flüssigkeiten die Cholerabacillen nachzuweisen. Da durch Arsenikvergiftung ein der Cholera sehr ähnlicher Krankheitsprocess bewirkt werden kann, so wurde auch ein solcher Versuch angestellt und ein Thier nach Arsenikvergiftung auf das Vorkommen der Kommabacillen in den Verdauungsorganen geprüft, aber ebenfalls mit negativem Erfolge.

Aus diesen Resultaten ist nun weiter der Schluss zu ziehen, dass die kommaähnlichen Bacillen ganz allein der Cholera eigenthümlich sind.

Was nun das Verhältniss dieser Bakterien zur Cholera betrifft, so kann dasselbe, wie in einem früheren Berichte bereits gehorsamst auseinandergesetzt wurde, entweder ein derartiges sein, dass diese specifische Art von Bakterien in ihrem Wachsthum durch den Choleraprocess lediglich begünstigt wird und sich deswegen in so auffallender Weise mit der Cholera combinirt oder dass die Bakterien die Ursache der Cholera sind und die Krankheit nur dann entsteht, wenn diese specifischen Bakterien ihren Weg in den Darm des Menschen gefunden haben. Die erstere Annahme ist indessen aus folgenden Gründen nicht zulässig. Es muss nämlich vorausgesetzt werden, dass ein Mensch, wenn er cholerakrank wird, diese Art von Bakterien bereits in seinem Verdauungskanal hat, und dass ferner, da diese besonderen Bakterien sowohl in Aegypten als auch in Indien, zwei ganz getrennten Ländern, in einer verhältnissmässig grossen Zahl von Fällen ausnahmslos constatirt wurden, überhaupt jeder Mensch dieselben besitzen muss. Dies kann aber nicht der Fall sein, denn, wie bereits angeführt wurde, sind die kommaähnlichen Bacillen niemals ausser in Cholerafällen gefunden.

Selbst bei Darmaffectionen, wie Dysenterie und Darmkatarrh, zu welchen die Cholera besonders häufig hinzutritt, fehlten sie. Auch ist zu berücksichtigen, dass, wenn diese Bakterien so regelmässig im menschlichen Körper vorhanden wären, sie doch gewiss schon früher das eine oder andere Mal beobachtet wären, was ebenfalls nicht der Fall ist.

Da also die Vegetation dieser Bakterien im Darm nicht durch die Cholera bewirkt sein kann, so bleibt nur noch die zweite Annahme übrig, dass sie die Ursache der Cholera sind. Dass dies aber auch in der That so ist, dafür spricht noch eine Anzahl anderer Thatsachen in untrüglicher Weise. Vor allem ihr Verhalten während des Krankheitsprocesses. Ihr Vorkommen beschränkt sich auf dasjenige Organ, welches der Sitz der Krankheit ist, auf den Darm. Im Erbrochenen konnten sie bisher nur zweimal nachgewiesen werden und in beiden Fällen liess das Aussehen und die alkalische Reaction der erbrochenen Flüssigkeit erkennen, dass Darminhalt und mit diesem die Bakterien in den Magen gelangt waren. Im Darm selbst verhalten sie sich folgendermassen. In den ersten Ausleerungen der Kranken finden sich, so lange sie noch eine fäculente Beschaffenheit haben, nur wenige Cholerabacillen; die dann folgenden wässerigen, geruchlosen Ausleerungen dagegen enthalten die Bacillen in grosser Menge, während dann gleichzeitig alle übrigen Bakterien fast vollkommen verschwinden, so dass die Cholerabacillen in diesem Stadium der Krankheit nahezu eine Reincultur im Darm bilden. Sobald der Choleraanfall aber abnimmt und die Ausleerungen wieder fäculent werden, verschwinden die kommaähnlichen Bakterien in den Ausleerungen allmählich wieder und sind nach dem vollständigen Ueberstehen der Krankheit überhaupt nicht mehr zu finden. Ganz ähnlich ist auch der Befund in den Choleraleichen. Im Magen wurden keine Cholerabacillen angetroffen. Der Darm verhielt sich verschieden, je nachdem der Tod noch während des eigentlichen Cholera-Anfalls oder nach demselben eingetreten war. In den frischesten Fällen, in denen der Darm eine gleichmässige hellrothe Färbung zeigt, die Schleimhaut noch frei von Blutergüssen ist und der Darminhalt aus einer weisslichen geruchlosen Flüssigkeit besteht, finden sich die Cholerabacillen im Darm in ganz enormen Massen und nahezu rein. Ihre Vertheilung entspricht ganz genau dem Grade und der Ausbreitung der entzündlichen Reizung der Darmschleimhaut, indem sie gewöhnlich im oberen Theil des Darms nicht so zahlreich sind, aber nach dem unteren Theil des Dünndarms hin zunehmen. Tritt dagegen der Tod später ein, dann finden sich die Zeichen einer bedeutenden Reaction im Darm. Die Schleimhaut ist dunkel geröthet, im unteren Theil des Dünndarms von Blutextravasaten durchsetzt und oft in den oberflächlichsten Schichten abgestorben. Der Darminhalt ist in diesem Falle mehr oder weniger blutig gefärbt und in Folge der nun wieder eintretenden massenhaften Entwickelung von Fäulnissbakterien von putrider Beschaffenheit und stinkend. Die Cholerabakterien treten in diesem Stadium im Darminhalt immer mehr zurück, sind aber in den schlauchförmigen Drüsen und oft auch in deren Umgebung noch eine Zeit lang ziemlich reichlich vorhanden, ein Umstand, der zuerst auf das Vorkommen dieser eigenthümlichen Bakterien im Darm der ägyptischen Cholerafälle aufmerksam gemacht hatte. Sie fehlen nur in solchen Fällen vollständig, welche nach überstandenem Choleraanfall an einer Nachkrankheit sterben.

Die Cholerabakterien verhalten sich also genau so wie alle anderen pathogenen Bakterien. Sie kommen ausschliesslich in der ihnen zugehörigen Krankheit vor; ihr erstes Erscheinen fällt mit dem Beginn der Krankheit zusammen, sie nehmen an Zahl dem Ansteigen des Krankheitsprocesses entsprechend zu und verschwinden wieder mit dem Ablauf der Krankheit. Ihr Sitz ist ebenfalls der Ausbreitung des Krankheitsprocesses entsprechend und ihre Menge ist auf der Höhe der Krankheit eine so bedeutende, dass ihre verderbliche Wirkung auf die Darmschleimhaut dadurch erklärt wird.

Es wäre allerdings noch zu wünschen, dass es gelingen möchte, mit diesen Bakterien eine der Cholera analoge Krankheit an Thieren künstlich zu erzeugen, um ihr ursächliches Verhältniss zur Krankheit auch ad oculos zu demonstriren. Dies ist jedoch noch nicht gelungen, und es muss auch fraglich erscheinen, ob es jemals gelingen wird, weil allem Anscheine nach Thiere für die Cholerainfection unempfänglich sind. Könnte irgend eine Thierspecies an Cholera erkranken, dann hätte dies in Bengalen, wo während des ganzen Jahres und über das ganze Land hinweg der Cholera-Infectionsstoff verbreitet ist, irgend einmal in zuverlässiger Weise beobachtet werden müssen. Aber alle darauf gerichteten Erkundigungen sind negativ ausgefallen.

Dennoch kann die Beweiskraft der vorhin angeführten Thatsachen durch das Nichtgelingen des Thierexperiments nicht abgeschwächt werden. Auch bei anderen Infectionskrankheiten tritt uns dieselbe Erscheinung entgegen, so zum Beispiel beim Abdominaltyphus und bei der Lepra, zwei Krankheiten, denen ebenfalls specifische Bakterien zukommen, ohne dass es bisher gelungen ist, diese Krankheiten auf Thiere zu übertragen und doch

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist die Art und Weise des Vorkommens der Bakterien in diesen Krankheiten eine solche, dass unabweislich die Bakterien als die Ursache der Krankheit angesehen werden müssen. Dasselbe gilt auch von den Cholerabakterien.

Uebrigens hat das weitere Studium der Cholerabakterien noch mehrere Eigenschaften derselben erkennen lassen, welche sämmtlich mit dem, was über die Choleraätiologie bekannt ist, in Einklang stehen, mithin als weitere Bestätigung für die Richtigkeit der Annahme, dass die Bacillen die Choleraursache sind, dienen können.

Am bemerkenswerthesten in dieser Beziehung ist die wiederholt gemachte Beobachtung, dass in der Wäsche der Cholerakranken, wenn sie mit den Dejectionen beschmutzt war und während 24 Stunden im feuchten Zustande gehalten wurde, die Cholerabacillen sich in ganz ausserordentlicher Weise vermehrten. Es kann dieses Verhalten eine Erklärung für die bekannte Thatsache geben, dass die Cholerawäsche so häufig die Veranlassung zur Infection solcher Personen abgiebt, welche damit zu thun haben. Durch diese Beobachtung aufmerksam gemacht, wurden weitere Versuche angestellt und gefunden, dass dieselbe Erscheinung eintritt, wenn Choleradejectionen oder Darminhalt von Choleraleichen auf der feucht gehaltenen Oberfläche von Leinwand, Fliesspapier und ganz besonders auf der Oberfläche feuchter Erde ausgebreitet wird. Nach 24 Stunden hatte sich regelmässig die ausgebreitete dünne Schleimschicht vollständig in eine dichte Masse von Cholerabacillen verwandelt.

Eine weitere sehr wichtige Eigenschaft der Cholerabakterien ist die, dass sie nach dem Eintrocknen so rasch absterben, wie kaum eine andere Bakterienart. Gewöhnlich ist schon nach dreistündigem Trocknen alles Leben in ihnen erloschen.

Es hat sich ferner noch ergeben, dass ihr Wachsthum nur in alkalisch reagirenden Nährsubstanzen regelrecht erfolgt. Schon eine sehr geringe Menge freier Säure, welche das Wachsthum anderer Bakterien noch nicht merklich beeinflusst, hält sie in der Entwickelung auffallend zurück.

Im normal functionirenden Magen werden sie zerstört, was daraus hervorgeht, dass wiederholt bei Thieren, welche anhaltend mit Cholerabacillen gefüttert und dann getödtet waren, weder im Magen noch im Darmkanal die Bacillen nachgewiesen werden konnten. Diese letztere Eigenschaft zusammen mit der geringen Widerstandsfähigkeit gegen das Eintrocknen giebt eine Erklärung dafür, dass, wie es die tägliche Beobachtung lehrt, bei dem unmittelbaren Verkehr mit den Cholerakranken und deren Producten so selten eine Infection erfolgt. Es müssen offenbar, damit die Bacillen in den Stand gesetzt werden, den Magen zu passiren um dann im Darm den Choleraprocess hervorzurufen, noch besondere Umstände zu Hülfe kommen. Vielleicht können die Bacillen unbeschädigt durch den Magen gehen, wenn die Verdauung gestört ist, wofür die in allen Choleraepidemien und auch hier in Indien regelmässig gemachte Beobachtung spricht, dass besonders häufig solche Menschen an Cholera erkranken, welche sich eine Indigestion zugezogen haben oder sonst an Verdauungsstörungen leiden. Vielleicht aber befähigt auch ein besonderer Zustand, in welchen diese Bakterien versetzt werden und welcher dem Dauerzustande anderer Bakterien analog sein würde, dieselben, den Magen unbeschädigt passiren zu können.

Es ist allerdings nicht wahrscheinlich, dass diese Veränderung in der Production von Dauersporen besteht, da solche Sporen erfahrungsgemäss viele Monate, selbst Jahre lebensfähig bleiben, während sich das Choleragift nicht länger als ungefähr drei bis vier Wochen wirksam erhält. Trotzdem ist es sehr wohl denkbar, dass irgend eine andere Form von Dauerzustand existirt, in welcher die Bacillen einige Wochen in getrocknetem Zustande am Leben bleiben können und in welchem sie auch im Stande sind, der zerstörenden Wirkung der Magenverdauung zu widerstehen.

Die Umwandlung in einen solchen Zustand würde dem entsprechen, was Pettenkofer als Reifung des Cholera-Infectionsstoffes bezeichnet hat. Bis jetzt ist es noch nicht gelungen, einen solchen Dauerzustand der Cholerabacillen zu entdecken.

Die von den experimentellen Arbeiten nicht in Anspruch genommene Zeit hat die Commission benutzt, um ein sehr reichhaltiges Material über die Choleraverhältnisse Indiens und speciell Bengalens, des endemischen Choleragebietes, entsprechend den in meinem gehorsamsten Bericht vom 16. December v. J. unter No. VII. bezeichneten Punkten zu sammeln.

Ausserdem wurden verschiedene für die Cholera sehr wichtige Punkte in Kalkutta und dessen nächster Umgebung besichtigt, unter denen besonders das Fort William und das Centralgefängniss in Alipore zu erwähnen sind.

Dr. Koch,
Geheimer Regierungs-Rath.

2. Allgemeine Gesundheitspflege.

— Internationale Hygiene-Ausstellung in London. Der französische Minister des Handels hat eine Commission ernannt, welche die Theilnahme Frankreichs an der Ausstellung sichern soll. Sie besteht aus Prof. Wurtz, Vorsitzender, Dr. Fauvel, Stellvertreter, Staatsrath Nicolas, Generalsecretär des technischen Unterrichtswesens Jacquemart, dem Präsidenten der französischen Gesellschaft für Hygiene Marié-Davy, Dr. Proust, Präsident der Gesellschaft für öffentliche Medicin, der Architekt Faure-Dujarric und Dr. Martin, General-Commissar der französischen Abtheilung.

XII. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Berlin. Priv.-Doc. Dr. Moeli, Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik der Charité ist zum Oberarzt in der Irrenanstalt zu Dalldorf ernannt worden. — Breslau. Prof. e. o. und gerichtlicher Physiker Dr. H. Friedberg ist gestorben. — Budapest: Prof. Dr. Bókai, Director des Kinderspitales, erhielt „in Anerkennung seiner um die Spitals-Verwaltung und um die Kinderheilkunde erworbenen hervorragenden Verdienste“ den Orden der eisernen Krone dritter Classe. — Freiburg. Med.-Rath Lydtin zu Karlsruhe, Landesthierarzt von Baden, ist von der medicinischen Facultät zum Doctor med. honoris causa ernannt worden. — Prag. Privatdocent Dr. Emerich Meixner in Prag wurde zum a.-o. Professor der internen Medicin an der dortigen Fakultät mit czechischer Vortragssprache ernannt. — Prof. Dr. Hasner von Artha wurde anlässlich seines Uebertrittes in den Ruhestand der Titel und Charakter eines Hofrathes verliehen. (!) — Wien. Der Professor der Anatomie in Prag Dr. Karl Toldt hat, wie die W. Med. W. hört, bereits seine Berufung auf die neuerrichtete zweite Lehrkanzel dieses Faches in Wien erhalten. Am 10. März feierte Hofr. Dr. Rainer Ritter v. Schmerling sein 50jähriges Doctorjubiläum.

— Die sechste öffentliche Versammlung der balneologischen Section der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin, fand am 15. und 16. d. M. im Clubhause statt. Indem wir uns Weiteres noch vorbehalten, theilen wir vorläufig Folgendes mit. Erschienen waren Aerzte aus Aachen, Arnstadt, Colberg, Cudowa, Driburg, Elster, Flinsberg, Franzensbad, Kissingen, Kösen, Kreuznach, Nauheim, Norderney, Salzbrunn, Reinerz, Soden, Suderode, Wiesbaden und anderen Bädern. Nachdem die Herren Dr. Thilenius-Soden und Dr. Fromm-Norderney zu Vorsitzenden, Dr. Brock-Berlin zum Schriftführer ernannt waren, wurden die auf der Tagesordnung stehenden Vorträge gehalten, von welchen der von Dr. Jacob-Cudowa zur Wirkung des Soolbades schliesslich zu der Annahme folgender von Professor Liebreich beantragten Resolution führte:

„Die 6. Versammlung der Balneologen erklärt einstimmig, dass nach den klinischen Erfahrungen das Soolbad ein ungemein wichtiges therapeutisches Hilfsmittel ist, welches heutzutage nicht mehr entbehrt werden kann, wenn auch zur Zeit, wie bei anderen Heilmethoden, die physiologische Wirkung noch nicht ganz klar gestellt ist.“

Der zweite Sitzungstag war hauptsächlich der Besprechung der badeärztlichen Standesangelegenheiten gewidmet und endete mit dem, dem Vorstande ertheilten Auftrage, sich mit den Directionen der Bäder in Verbindung zu setzen, um eine Gleichmässigkeit der Vergünstigungen herbeizuführen, welche den eine Badekur gebrauchenden practischen Aerzten oder deren Familien bezüglich der Kurtaxe, Bäder und sonstigen Kurmittel gewährt zu werden pflegen. Ein Diner schloss sich den Sitzungen an.

— Hygienisch-Medicinisches für den Sommer. Gestützt auf eigene Anschauung und Kenntnissnahme bin ich in der Lage, ein Sommerpensionat in dem prächtigen klimatischen Kurorte Friedrichroda in Thüringen dringend empfehlen zu können. Es ist das seit 1876 unter der Leitung von Frl. Auguste Weisse stehende Sommer-Pensionat für 14—18jährige Töchter höherer Stände daselbst. Das Institut ist keine Krankenanstalt, hat sich aber die Aufgabe gestellt, die Erhaltung, Förderung und Ausbildung körperlicher und geistiger Kräfte auf jede Weise zu begünstigen. Daher werden eigentliche Kranke allerdings in Rücksicht auf das Gemeinwohl der Anstalt nicht aufgenommen, wohl aber eignet sich das Pensionat, ausser für gesunde Zöglinge, für solche junge Mädchen, bei denen es sich um eine Gesammtkräftigung zarter Constitutionen, Heilung von Bleichsucht, Disposition zu leichten Katarrhen, Irritabilität des Nervensystems handelt. Die Lage des Hauses mit seinem grossen Garten, Spielplatz etc. und seine innere Einrichtung entsprechen den weitgehendsten Forderungen der Hygiene und unterstützen die Kurmittel Friedrichrodas mit seinem vortrefflichen Klima und seiner reinen Waldluft. Dass bezüglich des Unterrichts und der Erziehung auf das beste gesorgt ist, dafür bürgt der Ruf des Frl. Weisse[1]). — Hier sollten nur die hygienischen Vorzüge des von Mitte Mai bis Ende December geöffneten Institutes ärztlichen Kreisen dargelegt werden.

P. B.

[1]) Berlin, Köthenerstr. 44. Friedrichroda in Th., Hauptstr. 48.

XIII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich).

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht dem Sanitätsrath Dr. Wollner zu Breslau den Rothen Adler-Orden 4. Klasse und dem Botschaftsarzt Dr. Erhardt zu Rom den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen, sowie ferner die von der Kgl. Academie der Wissenschaften in Berlin vollzogene Wahl des ordentlichen Professors in der medicinischen Facultät der Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin Geheimen Medicinal-Raths Dr. Waldeyer zum ordentlichen Mitgliede der physikalisch-mathematischen Klasse der Academie zu bestätigen:

Ernennungen: Die bisherigen Privatdocenten Dr. Jacob Stilling in Strassburg und Dr. Hugo Magnus in Breslau sind zu ausserordentlichen Professoren der medicinischen Facultäten der Universitäten zu Strassburg bezw. zu Breslau ernannt worden. Der seitherige Kreiswundarzt Dr. Wilhelm Scheffer zu Homburg ist zum Kreisphysikus des Kreises Homburg ernannt, und der Kreiswundarzt Foerstner zu Argenau ist aus dem Kreise Inowraclaw in den Kreis Bomst mit vorläufiger Anweisung seines Wohnsitzes in Unruhstadt versetzt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Busch in Querfurt, Kollecker in Weissenfels, Dr. Rauschenbusch in Kirchen.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. Wiegand von Berlin nach Mansfeld, Dr. Hildebrand von Halle a. S. nach Hettstedt, Hoerig von Rothenburg nach Alsleben, Ob.-St.-A. Dr. Bode von Wittenberg nach Stettin, Dr. Jaeschke von Königshütte nach Nietleben, Dr. Braus von München nach Nietleben, Dr. Nolde von Neuwied nach Graudenz, Dr. Barinowski von Garnsee nach Hammerstein.

Verstorben: Kreisphysikus Prof. Dr. Friedberg in Breslau.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Beck in Teutschenthal ist gestorben, seine Apotheke wird durch den Apotheker Ulrich verwaltet. Der Apotheker Fromm hat die Sierck'sche Apotheke in Kraupischken gekauft.

Vacante Stellen: Kreisphysikat des Landeskreises Breslau. Kreiswundarztstelle des Kreises Kroeben.

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag **№ 13.** 27. März 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. An unsere Leser.

Die von der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin ins Leben gerufenen Vorträge haben seit dem von uns angezeigten Beginn derselben einen der Bedeutung der Sache entsprechenden guten Fortgang genommen. Wenn wir mit der Veröffentlichung derselben erst heute beginnen, so liegt der Grund dieser Verzögerung darin, dass der Vortrag des Herrn Professor Kronecker, der erste in der Reihe, auch den Beginn in dieser Wochenschrift machen sollte. Infolge der Nothwendigkeit, einige Theile desselben für ein grösseres ärztliches Publikum umzuarbeiten, eine Mühe, der sich Herr Kronecker mit dankenswerther Bereitwilligkeit unterzogen hat, und ferner des Umstandes, dass die zu dem Vortrage gehörenden Abbildungen einer Revision unterworfen werden mussten, hat sich die Fertigstellung etwas hingezogen. Unter diesen Umständen hielten wir es im Interesse unserer Leser für geboten, mit dem zweiten, von Herrn Grawitz gehaltenen Vortrage den Anfang zu machen. Wir bemerken, dass nunmehr in rascher Folge zuvörderst die Vorträge der Herren Kronecker, Adelmann, B. Fränkel, Miller erscheinen werden, denen sich die anderen ohne längere Zwischenräume anschliessen sollen.

Eine Wiedergabe der Vorträge ohne Zustimmung der Redaction ist im Interesse des Unternehmens und in Uebereinstimmung mit dem Vorsitzenden der Gesellschaft für Heilkunde, Herrn Professor Liebreich, untersagt und wird eventuell mit den dafür zu Gebote stehenden Mitteln verfolgt werden. Durch einen speciellen Vertrag hat allein die Wiener medicinische Wochenschrift die Befugniss erlangt, die Vorträge gleichzeitig mit der Deutschen medicinischen Wochenschrift zum Abdruck zu bringen, und damit das volle Eigenthumsrecht derselben, abgesehen von der für später in Aussicht genommenen Sammlung in einem Bande, innerhalb Oesterreich-Ungarns erworben.

Die Vorträge werden den Nummern der Deutschen medicinischen Wochenschrift als besondere Beilagen zugegeben und richten wir die Aufmerksamkeit unserer Leser auf diese, nach Ausdehnung und Inhalt bedeutende Vergrösserung der Wochenschrift in der Hoffnung, das dieselbe ihres Beifalles nicht unwürdig ist. D. Red.

II. Antisepsis in der Hebammenpraxis.

Von

F. Ahlfeld.

Die Ueberzeugung, dass ein complicirtes Desinfectionsverfahren, wie es zur Zeit noch in den meisten Entbindungsanstalten gehandhabt wird, in die Hebammenpraxis sich nicht einbügern wird, der Wunsch, eine Methode zu finden, die leicht von den Hebammen verstanden und ausgeführt werden kann, veranlasste mich im Laufe des Jahres 1883 unser Desinfectionsverfahren zu modificiren, indem wir die Ausspülungen während Geburt und Wochenbett schliesslich bis auf eine reducirten.

Dass es für das allgemeine Wohl wichtiger ist, die Frage zur Discussion zu bringen, mit welch' geringen Mitteln lässt sich das relativ beste Resultat erzielen, als die, welche jetzt an der Tagesordnung ist, wie lässt sich in Gebäranstalten mit Zuhilfenahme aller Mittel die Morbidität auf ein Minimum herabdrücken, wird nicht bestritten werden können. Die Zahl der in Anstalten untergebrachten Schwangeren ist verschwindend klein gegenüber der grossen Masse von Personen, welche nur durch Hebammen entbunden werden. Hier muss der Hebel angesetzt werden, soll die Zahl der Todesfälle und Erkrankungen im Wochenbette bemerkbar sinken.

Die Vorschläge, welche ich den Collegen zur Begutachtung, eventuell zur Prüfung übergebe, beruhen auf den Erfahrungen in der Zeit vom 1. Januar 1883 bis 12. Februar 1884. Die abwartende, so wenig wie möglich aggressive Methode, welche wir in der Nachgeburtsperiode befolgen, ist auch für Geburt und Wochenbett zur Anwendung gekommen, so dass, wie aus den Mittheilungen hervorgehen wird, man jede Hebamme ohne Anstand dasjenige machen lassen kann, was wir in diesem Jahre einzig zur Erhaltung der Gesundheit unserer Pflegebefohlenen gethan haben.

Das Endresultat war: Von 230 Personen, welche in der Entbindungsanstalt entbunden wurden, starb eine. Ausser zwei abscedirenden Parametritiden, drei mittelschweren Fällen dieser Erkrankung und zwei Erysipelfällen (ein Gesichtserysipel) kamen keine nennenswerthen Wochenbetterkrankungen vor. Sämmtliche schweren Fälle, Erysipel ausgenommen, fallen in die erste Hälfte der Beobachtungszeit, ehe die gleich zu berichtende Desinfectionsordnung zur Geltung kam. Von den letzten hundert Wöchnerinnen erkrankte nur eine an leichter Parametritis. Auch die leichteren Fieber waren seltener, als in den Jahren 1881 und 1882. Genaueres werde ich seiner Zeit in den Berichten über die Jahre 1883 und 1884 bringen.

Dieses Resultat haben wir mit sehr einfachen Mitteln erreicht. Während wir in der ersten Hälfte des Jahres im Laufe der Geburt noch mehrere Ausspülungen zu machen pflegten, im Wochenbette schon vom Beginne des Jahres 1883 an nur in Ausnahmefällen solche anordneten, schränkten wir dieselben auch in der Geburt ein, bis wir schliesslich nur eine machen liessen. Von Wichtigkeit schien uns die einmalige Beseitigung der in der Scheide und an den äusseren Genitalien befindlichen flüssigen und geformten Massen eventuell auch dort lagernder Infectionsstoffe und es wurde seit October vor der ersten Untersuchung der Gebärenden eine gründliche Reinigung der äusseren Genitalien, der Unterbauchgegend und der Oberschenkel vorgenommen, sowie eine einmalige Ausspülung des Scheidenrohrs, Anfangs mit einer 5procentigen Carbollösung, später mit einer 0,1procentigen Sublimatlösung. Ausser dieser einen Ausspülung wurde mit wenigen Ausnahmen weder in und nach der Geburt noch im Wochenbette eine Ausspülung gemacht. In allen übrigen Punkten blieb es bei dem Verfahren, wie es früher in der Anstalt üblich, welches sich auch durch die Einfachheit des Desinfectionsmodus empfiehlt, indem die Studirenden und Schülerinnen die Hände mit Wasser, Seife und Hand-Nagelbürste tüchtig reinigen, die Seife in reinem Wasser abspülen und die Hände dann eine kurze Zeit in der Carbol- resp. Sublimatlösung baden. Zur Einfettung der Finger verwendeten wir nur reines Vaselin.

Für die Hebammen in der Privatpraxis würde sich daher das Verfahren folgender Massen gestalten: Nach Ankunft bei der Kreissenden macht sich die Hebamme in einem reinen Gefässe eine 5procentige Carbollösung zurecht und wäscht mit Bürste und Seife die Schamhaare, mit einem Handtuche Unterbauch, Oberschenkel und äussere Genitalien. Darauf desinficirt sie sich selbst und reinigt durch eine Ausspülung den Genitalschlauch der Gebärenden, um die innere Untersuchung im Anschluss hieran vorzunehmen. Indem sie, wenn nöthig, der Gebärenden auch frische Leibwäsche anzieht, und für eine hinreichende Zahl sauberer Unterlagen Sorge trägt, hat sie jetzt weiter nichts zu thun, als ihre Aufmerksamkeit dem Gange der Geburt zu widmen und die nöthigen Handreichungen zu thun. — Beim Dammschutz füllt die Hebamme die Hohlhand mit Watte oder einem mehrfach zusammengelegten Leinwandstück, welches vorher in die Carbollösung getaucht und ausgedrückt worden war. — Nach Geburt des Kindes wird eine frische Unterlage untergelegt, die Frau, wenn sie nicht in Seitenlage entbunden wurde, auf die linke Seite gelagert[1]) und nur, wenn sichtbare Einrisse an den äusseren Schamtheilen vorhanden sind, wird eine Compresse auf dieselben gelegt. — Nach Ge-

[1]) Ueber die Vortheile der linken Seitenlage in der Nachgeburtsperiode werde ich später berichten.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

burt der Placenta bekommt die Frau nochmals eine frische Unterlage, nachdem die äusseren Theile und Schenkel abgewaschen wurden und bleibt nun die ersten Stunden auf dem Rücken liegen.

Es sind nur wenige Geburten, in denen die Hebamme zu weiteren Manipulationen, was die Desinfection anbetrifft zu schreiten nöthig hat. Im Wochenbette hat nur eine Abspülung der äusseren Genitalien, ohne dass dieselben auseinander genommen würden, zwei Mal am Tage stattzufinden.

Es wird nur wenige Fälle geben, wo hoher Grad von Armuth die Ausführung dieser Massregeln nicht erlaubt. Da nur zwei Schalen voll Carbollösung nothwendig werden, eine zur Reinigung und Ausspülung vor der Geburt, eine zur Desinfection der Hebamme während und zur Reinigung der Frau nach der Geburt, event. zum Eintauchen der Compressen, so erwächst hierdurch nur ein Kostenpunkt von ca. 12 Pfennigen. Die Leinwandcompressen und Unterlagen, wenn sie unter Aufsicht der Hebamme einige Zeit vor der Geburt durch gründliches Kochen für den Verbrauch vorbereitet wurden, können meist von der Hausfrau selbst geliefert werden.

Da in der Regel nur eine Ausspülung vorgenommen zu werden braucht, und zwar im Beginne der Geburt, so ist auch für die meisten Fälle ein Unterschieber entbehrlich, indem diese Ausspülung noch ausserhalb des Bettes vorgenommen werden kann. Das Mitsichführen eines Unterschiebers, wie es in Baden den Hebammen angeordnet ist, (Kehrer, Centralblatt für Gynäkologie, 1883, No. 50, S. 797), halte ich für nicht nöthig, auch für nicht durchführbar.

Das weit billigere Sublimat möchte ich aus dem Grunde noch nicht in die Hebammenpraxis eingeführt wissen, weil erst durch einen längeren Gebrauch festgestellt werden muss, ob nicht eventuell ein Schaden für die damit Behandelten erwächst. Das Quecksilber bleibt bekanntlich durch viele Jahre im Körper zurück und wird nur sehr langsam ausgeschieden. Seine Einwirkung auf die Gewebe des Körpers muss erst gründlicher erforscht werden, ehe man ein so eingreifendes Mittel zur allgemeinen Anwendung empfiehlt. Wenn wohl auch anzunehmen ist, bei der eben vorgeschlagenen Methode, wo nur eine Ausspülung in der Regel nothwendig wird, ist kaum eine Schädigung der Frau zu erwarten, so soll doch ein Desinficiens gewählt werden, welches ohne Bedenken auch in pathologischen Fällen, die zahlreiche Einspülungen oder gar Uterusirrigationen erheischen, Verwendung finden kann.

Bei der Einführung einer Desinfectionsordnung für Hebammen im Bereiche der preussischen Monarchie liegt eine Hauptschwierigkeit in dem verschiedenen Bildungsgrade der Hebammen der einzelnen Provinzen und in der abwehrenden Haltung des Volkes, besonders der östlichen Provinzen gegen Neuerungen, welche durch Hebammen eingeführt werden.

Die von mir vorgeschlagene und geprüfte Desinfectionsmethode würde auch in dieser Beziehung kaum auf Widerstand stossen können.

Marburg, den 15. Februar 1884.

Am Tage nach Fertigstellung dieses Artikels bekam ich den Aufsatz von A. Stadfeldt (Centralblatt für Gynäkologie, 1884, No. 7) in die Hand, in welchem der erfahrene Autor ebenfalls auf Gefahren von Seiten des Sublimat hinweist. Soweit die Gefahr durch Fehlen sinnlich wahrnehmbarer Kennzeichen der farblosen Lösung hervorgerufen wird, lässt sich dieser Nachtheil einmal durch Zusatz von Eosin beseitigen, welches in concentrirter Lösung (Sublimat 10,0, Spiritus 100,0, Eosin 0,01) der Flüssigkeit eine gelbrothe, in verdünnten Lösungen eine rosarothe Farbe giebt, und keine Flecken in der Wäsche hinterlässt, dann dadurch, dass die Sublimatlösung nur in Flaschen den Hebammen mitgegeben wird, die in irgend einer Weise auffallen. Wir benutzen auch für das concentrirte flüssige Carbol Flaschen mit Patent-Porzellan-Gummipfropf, deren weiterer Vortheil der ist, dass bei ausgezeichnetem Verschlusse die Hebamme im Stande ist, die Flasche zu öffnen, ohne die Finger mit der ätzenden Flüssigkeit in Berührung zu bringen.

Die Anschauungen Stadfeldt's, dass die Resultate mit diesem oder jenem Mittel in Entbindungsanstalten angestellt, stets weit besser sein werden, als wenn dasselbe Verfahren als Alltägliches in der Praxis angewendet wird, sind vollkommen zutreffend. Das Bestreben, während der Zeit solcher Versuche den denkbar besten Gesundheitszustand zu erreichen, veranlasst den Director, Augen und Ohren überall zu haben, seinen Anordnungen überall und stetig Geltung zu verschaffen. Je einfacher daher das Verfahren ist, je weniger Anforderungen an die Capacität der Hebamme gestellt werden, desto eher werden die Anstaltsresultate mit denen der alltäglichen Praxis congruent sein.

III. Zur Syphilis-Behandlung.

Vortrag, gehalten im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i/Pr., den 18. Februar 1884

von

Prof. J. Caspary.

M. H., vor einigen Wochen hatte Herr College Neisser in Breslau die Güte, mir einen Vortrag, den er über Syphilisbehandlung gehalten hatte, zuzuschicken. Den Inhalt des Vortrages, der in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift erschienen ist, darf ich vielleicht als bekannt voraussetzen: da Neisser nicht daran zweifelt dass ein bakterielles Gift die Ursache der Syphilis ist, so empfiehlt er einmal, sobald die Diagnose gesichert ist, sofort eine Mercurialtherapie einzuleiten und dieselbe nach der Methode Fournier's durch mehrere Jahre mit Pausen von 4, 6, 8 Wochen, die eventuell durch Jodkaliumgebrauch ausgefüllt werden, fortzuführen. So werde man am besten den schwersten Formen, der Syphilis der Nervencentren, die Fournier besonders nach leichtesten und darum am wenigsten behandelten Secundärzufällen beobachtete, vorbeugen; so auch die Gefahr der Vererbung in hohem Grade abschwächen. M. H., da ich die Ansichten Neisser's nicht theile, da ich die Methode Fournier's weder für ungefährlich noch für sichernd halte, da ich die Motivirung beider Autoren nicht für zwingend erachte, so erlaube ich mir meine Gründe dafür Ihnen vorzutragen.

Zunächst kann ich nicht beistimmen, wenn Neisser den Eingriff für gleichgültig, das Quecksilber — natürlich bei sorgsamster Ueberwachung — dem Organismus für unschädlich erklärt. Von vornherein ist es nicht wahrscheinlich, dass ein Arzneimittel, das so heroische Wirkungen zeigt, indifferent sein könnte. Dass das Quecksilber bei manifester Syphilis vertragen wird, das zeigt schon das oft unter seinem Gebrauche eintretende Wohlbefinden Schwer-Kranker, ihre Gewichtszunahme, ihr besseres Aussehen. Aber wird es von Latent-Syphilischen oder der Art Verdächtigen ebenso gut vertragen? Wir wissen, dass Deliranten, Neuralgische und viele andere Nervenkranke Narcotica in grossen Dosen vertragen; dass Malariakranke colossale Dosen Chinin nehmen dürfen; würden wir es wagen, Gesunde auch nur mit annähernd grossen Gaben starker Arzneimittel zu versehen? Nach Schwinden der Symptome erscheinen die Syphilitischen gesund, nach meiner Ueberzeugung sind Viele dann gesund. Aber die Dosen, die Fournier durch mindestens 3 bis 4 Jahre in allmählich grösseren Pausen zu geben räth, sind starke, etwa 5 Centigramm Protojoduret p. die. Die Ueberwachung des Mercurgebrauchs beschränkt sich doch nur auf Verhütung von Stomatitis, Enteritis, sichtlichem Herunterkommen des Organismus, aber schleichende Wirkungen, nicht augenfällige Umstimmungen der Gewebe und Säfte sind nicht controllirbar. Gewiss hat Fournier seine Kur vielfach gut vertragen gesehen. Ich kenne auch die günstigen Resultate von Keyes[1]), der bei mehrjärigem intermittirendem Quecksilbergegebrauch seine Syphilitiker blühend werden sah und bei ihnen Vermehrung der rothen Blutzellen als die Regel hinstellte (Meine eigenen Untersuchungen hierüber[2]) haben andere Resultate ergeben, was mit Anderen Binz[3]) ignorirt). Aber dass durchweg eine so massenhafte und möglichst continuirliche Einverleibung von Mercur unschädlich sein sollte, das vermag ich nicht zu glauben. Mich haben die Schriften der Antimercurialisten nicht zur Nachfolge verführt, aber wenn so hervorragende Beobachter, wie Boeck, Bärensprung, Zeissl sen. übereinstimmend berichten, nach Mercurgebrauch seien ihre Entziehungs-Holztrank-Syphilisationskuren unsicherer und langwieriger, so darf man daraus doch wohl ablesen, dass eine Umstimmung des Organismus stattgefunden hat. — Es müsste ja für jeden Mercurfreund, gleichviel wie er sich das Syphilisgift vorstellt, verlockend erscheinen, in jedem frischen Fall von Syphilis soviel des Gegengifts einzuverleiben, als der Organismus ohne Schädigung verträgt. Thatsächlich werden, wenigstens von einer Anzahl Kranker, weit grössere Dosen bei der Schmier- und Injectionskur vertragen, als gewöhnlich gebraucht werden und als zur Tilgung der Symptome nöthig sind. Ich habe das von jeher vermieden und, soweit ich mitzureden hatte, bekämpft; nicht aus theoretischen Gründen, sondern weil ich eine ganze Zahl schwerer erster Recidive, die immer spät auftraten, nach solchen Parforcekuren, die an sich anscheinend gut vertragen waren, erlebt habe. Erlauben Sie mir nur 2 Fälle kurz mitzutheilen. Es sind zugleich die beiden einzigen Fälle, in denen ich nach einer einzigen Kur resp. Kurzeit Gehirnsyphilis constatirt habe; bei allen anderen und ebenso bei 2 Fällen von Rückenmarksyphilis waren gegen viele Recidive viele Kuren vorangegangen. 1) Ein junger kräftiger Mann hatte gegen eine

[1]) Americ. Journal of the Medical Sciences 1876. January.
[2]) Diese Wochenschrift 1878 No. 24—26.
[3]) Grundzüge der Arzneimittellehre. Siebente Auflage 1881.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Primäraffection eine ganze Reihe von Quecksilberkuren gebraucht, ohne seine Wunde heilen zu sehen. Als ich hinzukam, fand ich nichts Charakteristisches mehr, sondern nur eine einfach erscheinende, auf Argentumsalbe sofort heilende Wunde. Heirath; Geburt vieler gesunder Kinder, die gleich der Mutter gesund geblieben sind. 8 Jahre nach jenen Mercurialkuren Cerebrallues, die in Aachen schwand und bis heute — 12 Jahre hindurch — nicht wiedergekehrt ist. — 2) Ein ebenfalls kräftiger gesunder Mann, 1880 inficirt, ging sofort bei Eintritt der Roseola nach Aachen, wo er trotz baldigsten Verschwindens aller Symptome in 3 Monaten 60 Inunctionen zu 5 und 6 gramm Ungt. cin. durchmachte; colossale Dosen, wenn man die Energie der dortigen Einverleibung kennt. Seit Monaten jetzt Heiserkeit, Husten, Dyspnoe. Vor ca. 4 Wochen fand ich Ulcerationen eines wahren Stimmbandes, der Epiglottis, der hinteren Rachenwand, sehr starkes systolisches Blasen an der Herzspitze, recentes Defluvium capillorum. Nach wenigen Inunctionen zu 3,0 plötzlich eintretende Parese des rechten Arms, etwas Benommenheit des Sensoriums, hochgradige Aphasie. Heute sind nach 15 Inunctionen zu 4,0 und 5,0 alle Geschwüre verheilt, Dyspnoe, Heiserkeit, Herzgeräusch geschwunden, die Aphasie in dauernder Besserung; die Parese war spontan in ca. 20 Stunden gehoben. — Für solche und ähnliche Fälle meiner Erfahrung fürchte ich einen Causalnexus annehmen zu müssen zwischen schwerem Recidiv und intensivster Kur, und für so unschätzbar ich den vorsichtig angewandten Mercur halte bei constatirten Symptomen, so unberechenbar halte ich seine Wirkung bei latentem Zustande der Lues. Dass es nicht der Mercurialismus in dem gewöhnlichen Sinne des Wortes ist, den ich fürchte oder vorhersehe, brauche ich wohl kaum zu sagen. — Wenn übrigens eine Quecksilberkur ein so gleichgültiges Ding ist, warum scheut sich dann Fournier anscheinend gesunde Frauen, die er von manifest Syphilitischen geschwängert weiss und die er alle gleich den Kindern bedroht glaubt, da er so viele später erkranken resp. die Kinder absterben sah, — warum scheut sich Fournier, diese Frauen mit Mercur zu behandeln? Warum fragt er Ricord in seiner Unschlüssigkeit, als weil er selbst einen solchen Eingriff für nicht gleichgültig hält bei Mangel an Symptomen, während er Schwangerschaft bei vorhandenen Zeichen der Lues gut verträglich findet mit specifischer Behandlung. Die Antwort Ricord's lautete: „So lange keine Symptome vorhanden seien, halte er es für das Klügste, Nichts zu thun; es widerstrebe ihm, aufs gerathewohl zu handeln, ins Blaue hinein zu schiessen, eventuell einen Kampf gegen Windmühlenflügel zu führen [1]."

Ist denn aber die chronische intermittirende oder successive Quecksilber-Jodbehandlung, die nach Fournier allermindestens drei oder vier Jahre energisch fortgesetzt werden muss, irgend sicher, dass es lohnen möchte, die Inficirten ihrem eventuellen Risico auszusetzen? Entscheiden kann nur die Erfahrung, und nur eine langjährige, da möglicherweise die Recidive nur hinausgeschoben sind. Aber einmal möchte man versucht sein zu glauben, dass das latente Luesgift schwer erreichbar ist, weil es ja nach unserer Vorstellung, die wir Virchow verdanken, gewissermassen abgekapselt, vor den dauernden Umsetzungen des Stoffwechsels irgendwo abgeschlossen liegt. Aber vor Allem wissen wir doch, dass zur gehörigen Wirkung meist eine ganz bestimmte Dosis gehört. Wie oft habe ich selbst es erlebt, dass Mercur gegen Syphilis, Arsenik gegen Lichen ruber, universelles Eczem sich machtlos erwies, bis das Mittel in der richtigen Gabe gereicht wurde und nun zauberähnliche Wirkungen hervorbrachte. Vor Jahren habe ich über Fälle von schwerer Lues in unserem Verein berichtet [2]) in denen unter vielfachen Mercurialkuren Nasendefecte und Hautgeschwüre immer zunahmen, bis eine energischere Kur eintrat und zu der — allem Anschein nach — definitiven Heilung führte. Dasselbe erleben wir oft genug mit Chinin, Salicylsäure. So gleichgültig kleine Dosen Kali chloricum, wenn auch noch so lange gegeben, bei Diphtheritis faucium sind, so wunderbar wirken grosse Dosen, die ich nur leider ebenfalls als gefährlich erprobt habe. Ein besonders instructiver Fall ist neulich von Köbner [3]) beschrieben worden. Gegen multiple Hautsarkome war von einem früheren Arzte Sol. Fowleri nutzlos gegeben; ebenso nutzlos erwiesen sich Köbner' viele Injectionen mit demselben Mittel, während bei Erhöhung der Injectionsdosen schnelle und dauernde Heilung eintrat. Bei der Fournier'schen Kur scheint mir eine Individualisirung, eine Anpassung an ein vorhandenes Bedürfniss, eine Controlle der Wirkung schwer erreichbar; und die Wahl einer möglichst maximalen Dosis habe ich schon vorher zu bekämpfen versucht.

Wenn ich mich so nicht entschliessen kann, eine Methode der Luesbehandlung zu befolgen, die ich für nicht ungefährlich und für nicht sichernd halte, so wende ich mich nun zu den Gründen, die für dieselbe geltend gemacht werden. Dass die Gefahr der Vererbung danach sehr veringert sei, unterschreibe ich ohne Weiteres. Aber wir haben uns in erster Linie mit der Gesundheit unseres Patienten, und erst in zweiter mit der seiner etwaigen Nachkommen zu beschäftigen. Ich wiederhole überdies aus früheren Mittheilungen und Publicationen mein Bekenntniss, dass ich — zu meiner Freude, aber zum Nachtheil meiner Erfahrungen — nur verschwindend selten hereditär-syphilitische Kinder von den durch mich Behandelten habe zeugen sehen. Ich bin ebenso entschiedener (Dualist und) Mercurialist wie Herr College Neisser, aber ich habe stets nach den entgegengesetzten Grundsätzen gehandelt als dieser: Beginn der specifischen Behandlung bei Auftreten der Secundärzufälle, Wiederholung nie (s. u.) in der Latenz, sondern nur bei Eintritt von Recidiven. Ich habe eine ganze Zahl früher Syphilitischer heirathen sehen und bin der Arzt ihrer Familien geblieben. Dass ich die natürlich sehr kleinen Zahlen hier nicht anführe, geschieht, weil ich Neisser ganz zustimme in seiner geringen Werthschätzung selbst grosser statistischer Reihen. Aber ich habe aus genauer Controlle meines Materials mir die Ansicht gebildet, dass bei geeigneter Behandlung der vorhandenen Symptome ein kräftig und gesund gebliebenes Individuum bei mehrjährigem Freibleiben von Recidiven kaum Gefahr laufen wird, syphilitische Kinder zu zeugen. Ich habe übrigens ängstlichen Patienten eine prophylactische Kur dicht vor der Ehe nicht versagt, sie aber auch doppelt streng in Bezug auf eventuellen Nachtheil controllirt; ich glaube, das sind die einzigen Ausnahmen gewesen, die ich von der Regel, nur symptomatisch vorzugehen, gemacht habe.

Neisser ist zu dem Fournier'schen Verfahren bekehrt worden durch seine gewiss gut gestützte Ansicht, dass Bakterien die Träger des Syphilisgiftes seien. Das Verfahren ist erdacht und ausgeführt worden, als die parasitäre Natur der Lues noch garnicht discutirt wurde, und als Fournier wol ebenso wie fast allen Anderen eine solche Vorstellung unfassbar erschien. Nun könnte ja ein gescheuter Mann vorahnend geschaffen haben, was erst die spätere Zeit theoretisch zu begründen vermag. Aber ich glaube nicht, dass es für uns Mercurfreunde von so wesentlichem Belange ist, ob ein chemisch oder corpusculär wirkendes Agens die Symptome der Lues hervorruft. Wir kennen und gebrauchen den Mercur als Antidot; wir wissen, dass das Schwinden der Symptome nicht gleichbedeutend ist mit Genesung; wir nehmen Alle oder nahezu Alle mit Virchow die Latenz giftiger Substanz in Drüsen oder anderen Verstecken an. Ob diese Substanz bacillär ist oder nicht, ihre Erreichbarkeit und günstige Beeinflussung scheint mir darum nicht mehr geklärt zu sein, und ich denke, Fournier's Kur passt gleichmässig auf jede theoretische Vorstellung von der Natur des latenten Giftes.

Entscheiden muss schliesslich die Erfahrung, und dass diese uns bisher nicht genügend aufgeklärt hat, da das Material immer unvergleichbar ist, habe ich schon zugeben müssen. Fournier sagt selbst gelegentlich, er habe syphilitische Kinder zeugen sehen von gewissenhaft und energisch durch mehrere Jahre Behandelten, die nach Jahren des Freibleibens erst heiratheten und Aehnliches. Jedenfalls sieht er sehr schwarz: Die nicht oder nicht ausreichend behandelten Syphilisfälle führen fataler Weise stets in einer mehrweniger vorgeschrittenen Phase der Krankheit zu schweren Tertiärläsionen [1]). Mit solcher Prognose würde ich seine Therapie auch acceptiren; es ist dieselbe, die Zeissl sen. vor 20 Jahren in der 1. Auflage seines Lehrbuchs [2]) aussprach und worauf hin er für jeden Fall Quecksilberbehandlung als absolut nothwendig empfahl. Heute, nach 20 Jahren weiterer reicher Erfahrung, urtheilt Zeissl ganz anders [3]); er vermeidet den Mercur nach Möglichkeit, nicht auf Grund theoretischer Erwägungen, sondern weil ihn die Erfahrung belehrt hat, er sei zu schwarzsichtig gewesen in der Prognose der Lues. — M. H. Schon die Reinfectionen, die manchmal schon wenige Jahre nach der Infection eintreten, beweisen, dass die Prognose Fournier's zu trübe ist. Aber vor Allem stehen ihm die Erfahrungen des viel älteren Sigmund entgegen, der als Siebziger [4]), nach so viel Jahren specialistischer Praxis in und ausser dem Hospital aus seiner colossalen Erfahrung heraus räth, nur 2 Fünftel aller Syphilitischen specifisch zu behandeln, weil nur soviel der Behandlung bedürftig seien. Mag man Sigmund's wissenschaftliche Bedeutung noch so abfällig beurtheilen, Jeder, der seine Schriften gelesen und besonders wer ihn in seiner klinischen Thätigkeit kennen gelernt hat, wird zugeben, dass Sigmund alle therapeutischen Fragen sorgsamst erwogen, und dass er gerade die Recidivfolgen und ihre Beeinflussung durchweg besonders im Auge behalten hat. Wenn man bedenkt, dass Sigmund's Hauptruhmestitel die Einführung milder Schmierkuren bei Schonung der

[1]) Fournier, übers. v. Michelson, Syphilis und Ehe, S. 170.
[2]) Diese Wochenschrift 1877. No. 51 u. 52.
[3]) Berl. Klin. Woch. 1883 No. 2.

[1]) Fournier l. c. f. 133.
[2]) 1864.
[3]) Vierte Auflage 1882.
[4]) Wiener med. Woch. 1879. No. 10.

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Resistenz des Organismus ist, und wenn man nun findet, dass Siegmund selbst diese Kur, die er früher sofort bei Eintritt secundärer Symptome anzuwenden rieth, für entbehrlich erklärt in 60 Proc. aller Fälle, so sehen Sie, wie verschieden seine Erfahrung lautet von der Fournier's in Prognose und Behandlung der Syphilis. — Der Hauptgrund, warum Fournier seine Kur ersonnen, ist seine Beobachtung gewesen, dass nach leichtesten und darum am wenigsten behandelten Anfangssymptomen so oft Gehirnlues nachfolgte. M. H., ist das wirklich so allgemein zutreffend? Ich werde mich hüten, meine verschwindend kleinen Erfahrungen neben denen Fournier's geltend zu machen, ich habe sie schon vorhin angeführt, aber aus meiner Kenntniss der unzähligen veröffentlichten Krankengeschichten habe ich keineswegs den Schluss ziehen können, es seien die Angaben Fournier's auch nur häufig wiederzufinden. Wie in den Fällen, die ich sah, handelte es sich meist um vielfach recidivirende und vielen Merkurialkuren unterworfene Fälle, die schliesslich zu Erkrankung der Nervencentren führten.

Fournier sagt, gegen eine chronische Krankheit müsse man eine chronische Behandlung einleiten; gegen Syphilis so gut, wie gegen Scrophulose und Gicht. Gewiss; so lange man nicht im Stande ist durch eine acute Kur das förmlich sichtbare Eindringen des Luesgiftes zu hindern — und man braucht ja an solcher Möglichkeit nicht zu verzweifeln — so lange wird man chronische Behandlung anrathen müssen. Aber nicht mit heroischen Mitteln, wenn man den Mercur für ein solches hält, so wenig wie man Leberanschoppungen, Diabetes, Gicht mit Karlsbader Kuren coup sur coup angreifen wird; sondern mit den von Sigmund bis zum Ueberdruss betonten hygienisch-diätetischen Vorschriften: Reinhaltung und Abhärtung der disponirten Haut und Schleimhäute, gute Diät, gesunde Lebensweise, Abstinenz von allen schwächenden Einflüssen. Tritt dazu bei Erscheinen von Symptomen wirksame und doch nicht angreifende Mercurialkur, so glaube ich die Prognose der Syphilis am besten beeinflusst, besser als durch die chronische intermittirende Quecksilber-Jodkur.

IV. Zur Operation des eingewachsenen Nagels.

Von

Professor **Ferd. Petersen**
in Kiel.

Der Artikel Hildebrandt's in Nr. 6 dieser Wochenschrift vom 7. Februar 1884 „Ueber das Einwachsen des Grosszehennagels" veranlasst mich wegen der grossen Häufigkeit des Leidens und der leichten Wiederkehr desselben, selbst nach Operationen, auf ein Operationsverfahren aufmerksam zu machen, welches mit vollkommener Sicherheit Recidive verhütet.

Bei dem eingewachsenen Nagel kommen bekanntlich zwei Factoren in Betracht, der Nagel und der seitliche Nagelwall. Schafft man einen dieser Factoren fort, dann kommt das Leiden zur Heilung. Nun sind aber diese beiden Factoren nicht gleichwerthig, denn der eine, der Nagel, wächst wieder, wenn man nicht das Nagelbett exstirpirt oder zerstört, es sind also nach einiger Zeit die Verhältnisse wieder ganz dieselben wie früher, und wenn der Zeh denselben Schädlichkeiten, welche zur Incarnation Veranlassung gaben, zum zweiten Male ausgesetzt wird, so wird selbstverständlich ein Recidiv des Uebels unausbleiblich sein. Ganz anders steht die Sache, wenn man den entzündeten, seitlichen Nagelwall entfernt; dieser bildet sich nicht wieder, vorausgesetzt, dass ein hinlänglich grosses Stück entfernt wird, auf welchen Umstand Gewicht zu legen ist. Als ich zuerst anfing diese, übrigens von Emmert angegebene, Methode zu üben, scheute ich mich so viel wegzuschneiden, wie ich es jetzt zur sicheren Vermeidung eines Recidivs für nöthig erachte, einmal weil ich glaubte, die Entfernung des Walles allein würde genügen, dann weil ich fürchtete, die Heilung würde sich sehr in die Länge ziehen. Beides war ein Irrthum, einem Recidiv wurde nicht mit Sicherheit vorgebeugt, und die vollständige Heilung liess in einigen Fällen ungebührlich lange auf sich warten.

Seit längerer Zeit verfahre ich in folgender Weise:

In der Chloroformnarkose oder (im Nothfalle) nachdem der Zeh durch Aetherspray oder Kältemischung anästhetisch gemacht worden ist, wird zunächst der Zeh gründlich gereinigt und desinfizirt. Alsdann steche ich ein spitzes Messer an der Stelle ungefähr, wo der hintere Theil des Nagelwalles in den seitlichen übergeht, zwischen Nagel und Wall senkrecht vom Dorsum nach der Vola durch, so dass die Spitze an der Vola hervortritt, wo diese in die Seitenfläche übergeht. Die Schneide ist dabei nach der Zehenspitze gekehrt. Das Messer wird jetzt, immer platt am Nagel gehalten, mit sägenden Zügen gerade nach vorne geführt, so dass ein die ganze Seite des Zehs einnehmender und die ganze entzündete Partie enthaltender Hautlappen gebildet wird. Dieser wird jetzt abgeschnitten. Auf diese Weise ist die ganze Seite des nageltragenden Zehentheils eine, relativ grosse Wunde geworden, die man aber nicht zu scheuen braucht, zumal die Grösse zum Theil auf entzündlicher Schwellung beruht, und deshalb nach der Operation sehr bald bedeutend kleiner wird. — Damit würde man sich wohl begnügen können, allein es ist ausserordentlich schwer, so lange der Nagel vorhanden ist, den Zeh aseptisch zu machen, und nur aus diesem Grunde entferne ich nachträglich den ganzen Nagel, nachdem ich ihn in der Mitte mit einer starken Scheere gespalten habe. Jetzt wird nochmals der ganze Zeh einschliesslich der Wunde gründlich mit Seife und Bürste behandelt und darauf mit 1‰ Sublimatlösung abgespült. Zur Stillung der Blutung wird eine Zeitlang ein Tupfer aufgedrückt, darauf rasch eine dicke Lage Zinkoxyd aufgestreut, ein Watte- oder Moospolster (wegen zu befürchtender Einschnürung nicht rundherum) aufgelegt und mittelst einer Binde befestigt. Der Patient muss mit hochgelagertem Fusse 14 Tage zu Bett liegen. Wenn man dann den Verband behutsam entfernt, ist die Wunde geheilt, und der Patient kann mit einem Schutzverband versehen, seinen Geschäften nachgehen.

Schmerzen waren bei den von mir auf diese Weise behandelten Kranken, auch unmittelbar nach der Operation, so gut wie garnicht vorhanden. — Ein Recidiv kann nicht auftreten, da die zum Entstehen desselben nöthigen Weichtheile nicht mehr vorhanden resp. durch die Narbencontraction bei Seite gezogen sind. Von einer Verstümmelung kann trotzdem nicht die Rede sein, der Zeh sieht ähnlich aus wie bei so vielen Leuten, die vorne kaum einen Nagelwall besitzen.

Bemerken will ich noch, dass ich in diesem Falle nicht gern künstliche Blutleere und locale Anästhesie anwende, weil durch die nachfolgende stärkere Blutung die Heilung unter dem Zinkoxydschorf, wie mir scheint, weniger rasch zu Stande kommt.

V. Kleine Beiträge zur Kenntniss der Tuberkelbacillen.

Von

Dr. B. Lachmann,
pract. Arzt in Frankfurt a. M.

Die wenigen Gegner der Koch'schen Tuberkelbacillenlehre scheinen von ihren Zweifeln befreit zu sein, selbst Spina schweigt. Zahlreiche Einzelbefunde werden jetzt zusammengetragen, die die geniale Entdeckung Koch's nach allen Seiten hin zu verwerthen suchen und noch fehlende Verbindungen in der Kette der krankhaften Erscheinungen knüpfen.

Auch die folgenden kurzen Bemerkungen enthalten nur Einzelheiten, die aber zum Theil unbekannt, dem Verfasser der Veröffentlichung werth erschienen.

Als wesentlich Neues ist der Nachweis der Tuberkelbacillen in dem Eiter einer Mastdarmfistel zu erwähnen. Man bringt ja schon seit sehr langer Zeit das häufige Zusammentreffen der Mastdarmfisteln mit tuberculösen Lungenprocessen in Verbindung; der mir gelungene Nachweis, wenn auch spärlicher Bacillen im Eiter der Fistel ist eine neue Stütze für die Identität beider Krankheitsprocesse. —

Einen sehr interessanten Befund ergab die Untersuchung des Eiters in einem Fall von Gesichtslupus. Die betreffende Patientin, schon seit 3 Jahren mit Lupus behaftet, hatte alle möglichen unnöthigen Salben zur Heilung der vermeintlichen Flechte angewandt; die ganze erkrankte Partie von etwa 5 Markstückgrösse war mit Krusten bedeckt, unter denen reichliche Eitermengen sich angehäuft zeigten; dieser Eiter enthielt ganz enorme Massen Bacillen, die zum Theil in regellosen Haufen aneinander gekittet dalagen, zum grösseren Theil aber eine sehr sonderbare Configuration zeigten, die ich mir damals absolut nicht zu erklären wusste; die Figur, in der die Bacillen sich angeordnet zeigten, entsprach etwa dem Bilde des Zeichens für ähnlich (∾) nur länglicher gestreckt.

Nach dem Erscheinen des zweiten Bandes der Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes fand ich sofort die Erklärung; es handelte sich um Culturen der Tuberkelbacillen auf der Haut, die wohl durch die Borkenbildung, vielleicht auch durch die schützende Salbendecke ungestört fortschreiten konnten. (Auch Koch und Benda haben derartige Culturen in necrotischen Heerden beobachtet.) Für die Behandlung des lupösen Processes wird dieser Befund, der wohl kaum vereinzelt bleiben wird, nicht ohne Bedeutung sein; wenn man bedenkt, wie oft gerade die lupösen Processe in der Nähe der Nasen- und Mundhöhle sich vorfinden, und wie oft dieselben entweder nicht erkannt werden, oder zu spät in Behandlung kommen, so dass längere Zeit hindurch eine recht floride Eiterung bestehen kann, wäre es

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht zu verwundern, wenn theils durch Inhalation, theils aber auch durch Verschlucken von Eiter eine schwere Allgemeininfection stattfinden würde. Es wäre demnach immer empfehlenswerth, zunächst, falls nicht sofort operativ vorgegangen wird, eine sehr energische Desinfection der Geschwürsfläche mit 5 procentiger Carbollösung (nach den neuen Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamt das am meisten zu empfehlende Desinfectionsmittel) vorzunehmen. —

In neuerer Zeit ist von Fräntzel abermals an der Hand eines grösseren Beobachtungsmaterials die Behauptung aufgestellt worden, dass die Zahl der Bacillen in einem bestimmten Verhältniss zur Floridität des tuberculösen Lungenprocesses stehe. Schon seine erste ähnlich lautende Veröffentlichung wurde von fast Allen, die Fr. nacharbeiteten, angegriffen. Nach meinen seit dem Erscheinen der ersten Koch'schen Publication an dem sehr reichen Material der Sprechstunde des Herrn Collegen Moritz Schmidt fortgesetzten Untersuchungen, die ich freilich, wie es in einer consultativen Praxis nicht anders möglich ist, bei demselben Individuum nicht sehr oft vornehmen konnte, findet ein derartiges Verhältniss, wie es Fräntzel behauptet, absolut nicht statt.

Da ich gerade in der Lage bin, positive Befunde anzuführen d. h. Befunde ausserordentlicher Mengen Bacillen bei Individuen, die sich eines relativ brillanten Zustandes erfreuen, bin ich vielleicht berechtigt, an der Discussion dieser Frage theilzunehmen. Ich will keine einzelnen Fälle anführen, ich hebe eine Gruppe von vier besonders prägnanten Beobachtungen hervor; bei allen handelte es sich um Personen aus besseren Ständen; bei denselben konnte man ein Zurückgehen aller krankhaften Erscheinungen unter dem therapeutischen Regime constatiren; eine Vermehrung des Körpergewichts trat ein, die besonders in einem Falle bei einem jungen Mädchen eine geradezu enorme war; trotzdem ergab bei allen vier Kranken die Untersuchung des Sputums stets reichliche Mengen Bacillen. Gerade die Beobachtung eines dieser Fälle giebt vielleicht eine Erklärung dafür, die aber dann zugleich zeigt, wie wenig berechtigt wir bis jetzt sind aus der Menge der Bacillen irgend welche Schlüsse auf die Progression des Krankheitsprocesses zu ziehen. Ich bezweifle keineswegs, dass es Fälle geben mag, in denen die Bacillen allmählich im Sputum verschwinden, zugleich mit der Besserung des Gesundheitszustandes, meine Beobachtungen zeigen aber auch, dass gar nicht selten die Besserung erfolgt, ohne irgend welche Aenderung im Verhalten der Bacillen im Sputum. Eine Dame aus besseren Ständen, die schon öfters die Sprechstunde aufgesucht hatte und in deren Sputum Bacillen mit reichlicher Sporenbildung constatirt waren, brachte wieder einmal, am Morgen ausgehustetes Sputum mit, in dem ihr selbst kleine bis stecknadelkopfgrosse ziemlich resistente Körnchen aufgefallen waren. Diese Körnchen (die übrigens auch Koch beschreibt) bestanden blos aus Bacillen; man kann sich eine Vorstellung davon machen, wenn ich sage, dass ein derartiges Körnchen zwischen Deckgläschen zerdrückt den Raum eines 20 Pfennigstücks einnahm und nur aus Bacillen zusammengesetzt war. Der betreffenden Dame ging es damals und geht es jetzt (seit 1 Jahr) ganz vorzüglich, sie hustet nur wenig, aber das Sputum enthält immer noch massenhaft Bacillen, aber keine Körnchen mehr. — Dieser Befund ist wohl nicht anders zu erklären, als dass in Cavernen, besonders in solchen, die frei von andern Bakterienarten, den Bacillen ein ruhiges Wuchern gestatten, sich wie in necrotischen Heerden der Tuberkelpilz culturartig vermehren kann und dann mit dem andern Secret fortgeschwemmt und ausgehustet wird. Derartige Culturen haben ja auf das Fortschreiten des tuberculösen Processes gar keine Einwirkung, so lange sie nicht an andere Orte verschleppt (durch Aspiration) sich festsetzen, oder wenn sie in die Lymph- oder Blutbahn gerathen; jedenfalls erlaubt ihr Erscheinen im Sputum gewiss keinen Schluss auf das Fortschreiten des Krankheitsprocesses, so lange nicht auch noch andere Symptome dafür auftreten. —

Zum Schluss ist es mir eine besonders angenehme Pflicht, Herrn Collegen Dr. Moritz Schmidt, dessen Praxis alle diese Beobachtungen entstammen, für das liebenswürdige Ueberlassen des betreffenden Materials zu danken.

Mitte März 1884.

VI. Ueber ärztliche Praxis im Auslande unter Bezugnahme auf die Verhältnisse in Manila.

Von

Dr. Koeniger in Lippspringe.

(Schluss aus No. 12.)

Die meisten der einheimischen Aerzte nehmen freilich den Kampf mit den europäischen in Manila nicht auf, sondern gehen in die Provinzen des Archipels, wo sie sogar gewöhnlich bald Staatsanstellung finden, da die Physikatsstellen, wenn auch mit 1000 Dollar dotirt, von den Spaniern aus dem Mutterlande nicht immer sehr gesucht sind. Indess auch ohnedem existirt eine grosse Zahl europäischer Aerzte in Manila, etwa 60 einschliesslich der Militärärzte. Die meisten von diesen betreiben die Privatpraxis nicht allzu eifrig, der Spanier zieht es vor, sich um ein Aemtchen mit fixem Gehalt zu bemühen, sodass etwa ein dutzend Aerzte mit ausgedehnter practischer Thätigkeit vorhanden sind, davon mehrere Fremde, Deutsche, Engländer, Franzosen, u. A. m. Homöopathen gab es nicht, erst kurz vor meiner Abreise liess sich ein Portugiese als solcher nieder; nach dem Verkauf homöopathischer Medicinen in den Apotheken zu urtheilen scheint die Lehre Hahnemann's indess auf dem Lande besonders unter den Geistlichen manchen Anhänger zu haben, auch prangt seine Büste in einer der kleinen Apotheken, wenigstens nach der Unterschrift zu urtheilen; in Wirklichkeit ist es ein gipsener Kopf Schiller's.

Nach dem Gesagten scheint kein Mangel an Aerzten zu sein und in der That ist die Concurrenz lebhaft genug, doch hat der deutsche Arzt in Manila wie anderswo einen grossen Vortheil auf seiner Seite, den allgemein guten Ruf, in welchem die deutsche Medicin überall steht, wie ich schon oben erwähnte. So wird in Manila ein deutscher Arzt mit einiger Assimilirungsgabe ebenso wie an vielen andern Orten des Auslandes rascher ein fruchtbares Feld für seine Thätigkeit finden, als meist zu Hause. Freilich aber auch nur einer. An den meisten Orten ist nicht genug Platz für mehrere.

Ein wenig von der Gabe und dem Willen, sich zu accomodiren muss man wie gesagt haben. Hiervon nur ein Beispiel. Im Anfang meiner Thätigkeit in Manila hatte ich die unsern heimischen Verhältnissen entlehnte Gewohnheit, nur dann etwas zu verschreiben, wenn es mir wirklich nothwendig schien, während die spanischen Aerzte noch heute keinen Besuch bei ihren Kranken machen, ohne zum mindesten drei bis vier arzneiliche Verordnungen dabei zu treffen. Ich lernte aber sehr bald einsehen, dass ich damit das Vertrauen der Leute keineswegs gewann. Nach ihrer bisherigen Erziehung und ihren Gewohnheiten können sie die Trefflichkeit eines ärztlichen Rathes nur dann anerkennen und begreifen, wenn ihnen derselbe in Verbindung mit irgend einer Medicin geboten wird. Diese Auffassung geht soweit, dass ein reicher Indier, den ich längere Zeit mit Erfolg behandelt hatte und der mir, als ich ihm im Laufe der Kur vorschlug, einige Tage ohne Medicin vorübergehen zu lassen, schriftlich den Laufpass gab, auf meine Frage, was ihn hierzu bewogen, ganz einfach antwortete, er habe geglaubt, ich wüsste nun nichts mehr mit ihm anzufangen, da ich ihm keine Medicin weiter verschrieben habe. Mann lernt übrigens bald, sich in die Anschauungen der Leute hineinzufinden und ihnen, da man ihnen doch helfen will, soweit es nöthig ist, nachzugeben. Es ist leicht, dabei die richtige Mitte einzuhalten.

Während in diesen und überhaupt den bei weitem häufigsten Fällen die Kranken von dem europäischen Arzt wirklich mit Vertrauen und oft mit einer ganz rührenden Zuversicht Hülfe erwarten, gibt es nun allerdings auch Indier, welche denselben nur aus einem ähnlichen Grunde consultiren, aus dem sie sich einen andern Luxusgegenstand genehmigen. Sie lassen sich für gewöhnlich von ihren mediquillos behandeln, rufen bei feierlichen Gelegenheiten den señor medico oder noch besser mehrere, durchaus nicht mit der Absicht ihren Rathschlägen zu folgen, sondern nur zum grösseren Glanz des Hauses.

Zur Illustration möge der mir vorgekommene Fall dienen, dass ich zu einem sehr reichen Indier gerufen wurde, dessen Kind in den letzten Zügen lag. Dasselbe war durch die Hände verschiedener chinesischer und einheimischer Aerzte gegangen und schliesslich hatte man an einem und demselben Tage hintereinander sieben europäische Aerzte gerufen, Spanier, Portugiesen, Engländer, Franzosen und mich. Jeder hatte verschrieben und war wieder gegangen. Die sämmtlichen Medicinen waren gewissenhaft aus der Apotheke geholt und unberührt zusammen auf einen Tisch gestellt worden. Als ich erklärte, das Kind sei am Sterben, ich wolle nichts mehr verschreiben, da ehe das Rezept gemacht sei, alles vorüber sein werde, bat man mich dringend, es doch ja auch noch zu thun, damit man nichts versäumt hätte.

Solche Erlebnisse sind einem ehrlichen Menschen, der nicht wünscht seine Thätigkeit als blossen Handelsartikel betrachtet zu wissen, stets peinlich und man muss sich damit trösten, dass man selbst in diesen Fällen mitunter Gutes wirken kann. Dass ähnliche Anschauungen unter den eingeborenen Nationen auch anderer Länder gewöhnlich sind, habe ich oft erfahren. So erzählte mir in Kalkutta ein surgeon-general der indischen Armee, dass einst ein reicher Hindu in seine Sprechstunde gekommen sei, um für seine hochgradig presbyopischen Augen sich eine passende Brille aussuchen zu lassen. Er erlegte ohne weiteres das mehrere Pfund Sterling betragende Honorar für die Untersuchung und ging vergnügt von dannen, um sich in einem Krämerladen für wenige Annas eine schöne grosse Hornbrille von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fensterglas zu kaufen. Als ihm der Arzt zufällig darauf begegnete und ihn fragte, warum er sich denn nicht die für ihn ausgesuchten Gläser angeschafft, meinte der Patient, die Hornbrille sei schöner, auch bedürfe er der anderen nicht, da er nicht zu arbeiten brauche, er habe nur einen so berühmten Arzt auch einmal consultiren wollen.

Ganz eigenthümlich ist das Verhalten der Chinesen den europäischen Aerzten gegenüber. Da dieselben von ihrer eigenen Heilkunde eine grosse Meinung haben, so rufen sie, bei inneren Krankheiten wenigstens, den europäischen Arzt, höchstens wenn sie alles verloren glauben. Vor der europäischen Chirurgie haben sie eine etwas grössere Hochachtung. Doch entwickeln sie hierbei oft die drolligsten Ansichten. Ein mir bekannter reicher Chinese war bei einem Hahnenkampf, der in Manila mit grosser Leidenschaft betrieben wird, und wobei gewöhnlich sehr hohe Wetten zum Austrag kommen, durch eines der scharfen Messer, welche den Hähnen angeschnallt werden, bei einem Streit derart verwundet worden, dass ihm der ganze Ober- und ein Theil des Unterarms aufgeschlitzt war. Der Blutverlust war sehr gross und die chinesischen Aerzte gaben ihren Landsmann auf, so dass ich sofort als ultima ratio gerufen wurde. Da nichts Ernstliches verletzt war, nähte ich die Wunde zu und sie heilte vollkommen per primam intentionem. Als die Nähte bereits entfernt waren, bildete sich an einer Stichstelle eine minimale Entzündung. Ich schlug vor, dieselbe zu incidiren, oder da ich wusste, wie messerscheu alle Chinesen sind, erweichende Umschläge zu machen. Doch hatte ich kein Glück damit. Mein Patient, der sonst ein hohes Vertrauen in mich setzte, mich auch später noch oft consultirte, erklärte mir, das vorliegende Leiden sei, da es unter der Haut liege, kein äusseres, müsse mit inneren Mitteln behandelt werden, und darin traue er den Aerzten seines Stammes doch mehr zu als uns.

Einem anderen Chinesen, einem reichen Kaufmann, blutete die Nase fünf Tage lang trotz aller Bemühungen seiner Aerzte. Als diese ihn schliesslich für verloren erklärten und er sich wirklich in recht bedenklichem Zustand befand, rief man mich. Mit dem Bellocqschen Röhrchen brachte ich ihn wieder in Ordnung. Er war und bezeigte sich sehr dankbar, pries mich als seinen Lebensretter u. s. w. Zwei Jahre später passirte ihm dasselbe Missgeschick. Man sollte denken, er hätte sofort einen europäischen Arzt holen lassen. Gott bewahre, er machte dieselben Proceduren der chinesischen Aerzte abermals durch, wieder ohne Erfolg, und das einzige Zeichen statthabender Sinnesänderung war, dass er diesmal schon nach dreitägigem Bluten zu mir schickte.

In hygienischer Hinsicht ist für die Stadt Manila bisher noch nicht sehr viel geschehen. Die Wasserversorgung war früher sehr mangelhaft, da die Brunnen alle brakisches Wasser liefern. Es wurde daher nur Regenwasser, das in Cisternen aufbewahrt wird, getrunken. Kurz vor Beginn der Regenzeit war daher mitunter Mangel. Seit 1882 ist aber eine grossartige Wasserleitung vollendet, die aus dem mehrere Meilen entfernten Fluss von S. Mateo kommt. Um das Wasser möglichst kühl zu halten, sind die ausgedehnten Hochreservoirs, in die dasselbe gepumpt wird, in den Felsen gesprengt, ein System von Gängen und Sälen bildend, das lebhaft an ähnliche Arbeiten der alten Römer, an die bekannten sogenannten Fischteiche beim Kap. Misenum erinnert. Diese für Manila sehr wohlthätige Schöpfung hat eine interessante Geschichte; sie verdankt ihr Dasein einem vor mehr als 150 Jahren verstorbenen spanischen General Carriedo, der, um dem damals schon gefühlten Wassermangel abzuhelfen, 10000 Dollars in seinem Testament bestimmte, damit sie zinsbar angelegt, und wenn sie sich in genügender Weise vermehrt hätten, zum Bau eines Wasserwerks verwendet werden sollten. Schon war ziemlich viel Kapital vorhanden, als die Engländer im siebenjährigen Krieg Manila einnahmen und die öffentlichen Gelder, soweit erhältlich, mit sich führten. Nach dem Friedensschluss fand sich eine ganz kleine ausgeliehen gewesene Summe wieder an, die sich trotz schlechter Verwaltung und anderem Missgeschick im Laufe der Zeit bis zu mehreren Millionen Mark vermehrt hat, welche endlich vor einigen Jahren für ausreichend befunden wurden, um damit das geplante Werk auszuführen. Dasselbe ist auch sehr gut geworden; um der eingeborenen Bevölkerung möglichst zu nützen, in deren leichtgebaute Hütten man das Wasser nicht leiten kann, sind auf den Strassen alle 100 Meter grosse Brunnen angebracht, die eine weitgehende Wasserverschwendung ermöglichen. Mit der Anführung dieses Werks ist aber auch ziemlich alles erwähnt, was von dauernden gesundheitlichen Einrichtungen in Manila vorhanden ist. Die Strassen werden zwar gereinigt, auch gesprengt, aber die Fortschaffung alles anderen Schmutzes überlässt man der Natur. Die Stadt ist von einem ausgedehnten System theils offener, theils überbauter Kanäle durchzogen, in welche die Latrinen ihren Inhalt entleeren und auch alle sonstigen Gebrauchswasser abfliessen. Die Kanäle münden in den Fluss Pasig und mit diesem sofort ins Meer. Glücklicherweise hat dieses eine ausgesprochene Ebbe und Flut von mehreren Fuss Höhendifferenz, und da ganz Manila eben liegt, so findet hierdurch allein eine wirksame Spülung statt, die zwar nicht vollkommen ist, aber doch erklärt, warum die Stadt verhältnissmässig so gesund ist, was man sonst kaum begreifen könnte. Nur gegen Ende der trockenen heissen Zeit werden lästige Zersetzungsproducte bemerkbar, und in dieser Zeit und dem danach folgenden Anfang der Regenzeit, wenn die Umgebung der Stadt vorübergehend unter Wasser gesetzt und von der Sonne wieder ausgetrocknet wird, also in den Monaten April bis Juni, kommen Fieber, darunter auch perniciöse in grösserer Anzahl vor. Doch kann man Manila in Hinsicht auf Häufigkeit dieser Fieber durchaus nicht mit den berüchtigten Plätzen Ostasiens, besonders Javas, Sumatras oder Vorderindiens, oder auch mit anderen Orten der Philippinen, wie z. B. Sulu vergleichen, auch nicht annähernd; ja in Europa und auch in Deutschland haben wir Orte, denen Manila hierin weit nachsteht. Im Verständniss dieser Fieber und besonders in ihrer Classification sind wir noch weit zurück. Wir reihen alles unter Sumpffieber ein, was von unserer Neigung kommt, den Erfordernissen der pathologischen Anatomie entsprechend, keine acuten Krankheiten und besonders keine Fieber ohne nachweisbare Organveränderungen anzuerkennen. Indess bläst ja neuerdings der Wind etwas anders, und wir müssen vielleicht zugeben, dass die Engländer, wenn sie unter Verzichtung auf pathologisch-anatomische Classificirung von simple fever, continued fever u. s. w. sprechen, practisch richtiger verfahren. Jeder Arzt, der in den Tropen war, hat ausser den tödtlich verlaufenden Fieberfällen perniciöser Art schwere, wochenlang dauernde Remittenten gesehen, bei denen weder im Leben, noch nach dem Tode sich Organveränderungen auffinden liessen, welche an die bei Sumpffiebern stets vorhandenen erinnerten, und bei welchen das Fieber überhaupt das wesentliche und einzige Symptom war und blieb, Fieber von unregelmässigem Typus, wochenlang zwischen 39 und 41° wechselnd und auch seiner Entstehung nach durchaus nicht auf Malaria zurückzuführen. Voraussichtlich wird uns die Erforschung der Mikroorganismen hierin mehr Klarheit schaffen.

Auch von anderen in Manila endemisch mit Regelmässigkeit herrschenden Infectionskrankheiten verdient kaum eine der Erwähnung, da sie weder häufig sind, noch für gewöhnlich heftig auftreten. Eine besonders grosse Annehmlichkeit für den Arzt ist, dass in Manila, wenigstens zur Zeit meiner Anwesenheit, kein Puerperalfieber vorkam. Ich hatte den Eindruck, als ob die schwersten Entbindungen ausserordentlich glatt und glücklich verliefen.

In jedem Winter herrscht eine Pockenepidemie, besonders unter den Eingeborenen, und wäre dieses Feld den Impfgegnern ebenso wie Britisch Indien zum Studium zu empfehlen. Auf den Philippinen herrscht zwar der Impfzwang, er wird aber mit spanischer Laxheit gehandhabt. Die Schutzpockenimpfung ist übrigens dort schon seit den ersten Jahren des Jahrhunderts eingeführt und mit welchem Enthusiasmus dieselbe damals aufgenommen wurde, und wie sehr das Volk an ihre segensreichen Folgen glaubte, das geht noch heute aus dem Umstand hervor, dass vor der Kathedrale in Manila ein über lebensgrosses ehernes Standbild des Königs Karl IV. von Spanien sich befindet, jenes Monarchen, der sich der Liebe seines Volkes als der schlechteste der spanischen Bourbonen in keiner Weise erfreute, dem aber dieses Denkmal errichtet wurde, wie die Inschrift ausdrücklich besagt, für die Einführung der segensreichen Vaccination auf den Philippinen.

Was gelegentlich auf den Philippinen herrschende Krankheiten betrifft, so wurde Manila während meiner Anwesenheit nur von der Cholera heimgesucht, die auf dem ganzen Inselreich im Jahre 1882 bösartige Verwüstungen anrichtete. Auch Manila litt sehr; die Krankheit hatte seit 1865 nicht geherrscht und verschonte auch die Europäer keineswegs. Besonderheiten bot übrigens die Epidemie, welche aus den südlichen Provinzen und weiter aus Niederländisch Indien eingeschleppt war, wahrscheinlich durch den Seeverkehr trotz Quarantäne, nicht. In Manila erlagen der Seuche etwa 4—5 Proc. der Bevölkerung, nach den officiellen Berichten allerdings nur die Hälfte, doch waren genaue Zählungen während der Höhe der Epidemie nicht durchzuführen gewesen. Die Regierung that ebenso wie die Aerzte alles mögliche zur Belehrung und zum Schutz der Bevölkerung; in jedem Stadtviertel wurden Choleralazarethe eröffnet, und ausserdem eine grosse Anzahl von Wachstationen mit stets bereiter ärztlicher Hülfe und grossen Depots der nothwendigen Hülfsmittel zur Krankenpflege errichtet. Häuser die sich als Seuchenheerde erwiesen, wurden verbrannt und nach Kräften desinficirt; auch hätte man glauben sollen, dass die Krankheitskeime keinen besondern Boden zu ihrer Entwicklung finden würden, da die Epidemie in die volle Regenzeit fiel; sie machten sich aber nichts daraus, und die Krankheit erreichte genau dieselbe Verbreitung, wie in andern Provinzen, die sie zu einer andern Jahreszeit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heimsuchte. Bei der Behandlung der Cholera ist in Manila wie auch noch im vorigen Jahr in Egypten, wohl am meisten Opium, Strychnin und Kampher und verwandtes angewandt worden, daneben Steigerung der Blutcirculation in der Haut durch die bekannten Methoden. Dass wir mit unsern Erfolgen zufrieden gewesen wären, möchte ich nicht behaupten. Ob auch je ein Mittel gefunden werden wird, das im Stande ist, die Krankheit in den ausgesprochenen Fällen, welche innerhalb einiger Stunden verlaufen, zu hemmen? Ob der kürzlich wieder vom Prof. Samuel in Königsberg gemachte Vorschlag, durch subcutane Einspritzungen verdünnter Kochsalzlösung der Eindickung des Blutes entgegen zu wirken, viel Erfolg haben wird? Neu ist derselbe nicht und auch bereits lange practisch ausgeführt. Ich selbst habe als Unterarzt auf der Traube'schen Abtheilung in der Charité im Sommer 1873, als die ersten Cholerafälle zur Behandlung kamen, auf Traube's Anordnung mehreren Kranken grössere Mengen einer verdünnten Kochsalzlösung viele Stunden lang in kurzen Zwischenräumen subcutan in beide Arme injicirt. Die damit Behandelten starben; doch habe ich noch jetzt den Eindruck, als ob die Wadenkrämpfe, sowie die Athemnoth unter der Behandlung nachgelassen hätten. In Manila hatte ich leider bei der grossen Ueberhäufung mit Arbeit, dem Mangel an Hülfspersonal und der Indolenz der Eingebornen keine Gelegenheit, diese Versuche mit Consequenz wieder aufzunehmen.

Im Herbst 1882 nach dem Schwächerwerden der Cholera brach unter der eingeborenen Bevölkerung Manilas eine äusserst heftige Epidemie von Beriberi aus, einer dort bis dahin ganz unbekannter Krankheit. Ich gehe auf diese Epidemie hier nicht ein, da ich über dieselbe bereits im jüngsten Band des Deutschen Archivs für klinische Medicin berichtet habe.

Zum Studium der Hautkrankheiten bietet Manila, wie die meisten tropischen Orte, reiche Gelegenheit. So hatte ich eine ganze Anzahl von Fällen von Lichen ruber zu behandeln und das Glück, alle zu heilen, seit mir die Behandlungsweise mit subcutanen Einspritzungen von Arsen bekannt geworden war. Auffallend war mir, dass einige Hautkrankheiten, die an andern Orten Ostasiens und der Südseeinseln sehr häufig sind, in Manila kaum oder nicht vorkommen. So ist Elephantiasis in Manila zum mindesten sehr selten, wenn auch in Hirsch's geogr. Path. eine Angabe von Mallet enthalten ist, wonach die Krankheit auf den Philippinen sehr häufig sei; es mus sich dies auf andere Orte beziehen. Dieser Umstand ist gewiss auffallend, da auf den meisten umliegenden Ländern und besonders auf den polynesischen Inseln Elephantiasis eine enorme Verbreitung erlangt hat (siehe meinen Aufsatz über Elephantiasis auf Samoa in v. Langenbeck's Archiv, Bd. XXIII). Auch andere auf diesen Inseln häufige Hautkrankheiten habe ich in Manila vergeblich gesucht, so z. B. die polynesische Abart des Ringwurm (über die ich Virchow's Archiv 72. Band berichtete), während der gewöhnliche Ringwurm sehr häufig ist; und ebenso Frambösia, wenn man dieselbe als Hautkrankheit bezeichnen darf (s. Virchow's Archiv 72. Band).

Ehe ich diese Bemerkungen beende, seien mir noch zwei Worte über das Verhalten von Syphilis nnd Phthise in den Tropen verstattet. Syphilis ist in Manila unter den Eingeborenen und Europäern etwa in demselben Maasse verbreitet, wie in unsern Seestädten, eher vielleicht weniger. Gewöhnlich verläuft die Krankheit im Ganzen genau wie bei uns und ich kann weder für Manila noch für die vielen andern tropischen Orte, die ich besuchte und in welchen ich mir genügend zuverlässige Nachrichten über diesen Punkt verschaffen konnte, der landläufigen Ansicht beitreten, dass die Krankheit in den Tropen durchschnittlich bösartiger sei; sie ist das nicht, weder mit Behandlung noch ohne solche; nur eine Einschränkung muss ich machen; man sieht hin und wieder Fälle von Syphilis, die in rapider Weise, und trotz zweckmässiger Behandlung, zerstörend vorschreiten, und bei welchen schon wenige Monate nach der Ansteckung tertiäre Formen, wie Knochenerkrankungen, Ecthyma, Gehirnsyphilis u. s. w. auftraten. Indessen diese Fälle kommen bei uns, wenngleich selten, doch auch vor, und es ist unmöglich nach der Erfahrung eines Einzelnen zu sagen, ob sie hier oder dort weniger rar sind. In der Behandlung der Syphilis in den Tropen habe ich für manche Fälle hartnäckiger Natur, die bei uns allgemein ausser Gebrauch gekommenen Calomelräucherungen, die sogenannte persische Methode, wieder anwenden und schätzen gelernt.

Die Lungenschwindsucht tritt unter den Eingeborenen der Philippinen wie vieler anderer tropischer Gegenden recht häufig auf und unterscheidet sich in ihrem Verlauf nicht von der unsrigen. Bei Europäern, welche mit Prädisposition oder schon mit beginnenden Infiltraten dorthin kamen, kommt es vor, dass sich dieselben sehr wohl unter den Einflüssen des tropischen Klimas befinden. Dies ist aber weder in Manila noch in den meisten anderen tropischen Orten mit geringer Elevation die Regel, meist erweisen sich dieselben für Phthisis incipiens im Gegentheil sehr verderblich; die Kankheit entwickelt sich sehr rasch und nimmt in kürzester Frist einen übeln Verlauf. Diese Thatsache ist so allgemein bekannt und angenommen, dass es kaum glaublich erscheint, was gleichwohl oft vorkommt, dass junge Leute, besonders Kaufleute, welche an den Anfangsstadien der Krankheit leiden, den ärztlichen Rath erhalten, eine Stelle in den Tropen anzunehmen. Ich habe mehrfach mit grossem Bedauern begabte Menschen an Phthisis zu Grunde gehen sehen, für welche bei richtiger Wahl ihres Aufenthaltsortes kaum Lebensgefahr vorhanden gewesen wäre. Wo es möglich war, habe ich solche Patienten umgehend zurückgeschickt, wodurch sie für die grosse Geldausgabe der doppelten Seereise wenigstens den Nutzen hatten, den ihnen diese, die Seefahrt, in den meisten Fällen brachte.

VII. Ueber Tuberkelbacillen im Blut bei allgemeiner acuter Miliartuberculose von Dr. A. Weichselbaum. Vortrag gehalten am 29. Februar 1884 in der k. k. Ges. der Aerzte (W. Med. W.) Ref. P. Boerner.

Vortr. betont, dass das Wesen der Tuberculose nicht in einer krankhaften Blutmischung, in einer Dyskrasie zu suchen sei, sie sei vielmehr zuerst stets eine locale Krankheit, die Anfangs nicht selten auf ein ausserordentlich kleines Gebiet, wie etwa auf eine Lymphdrüse, eine Lungenspitze, eine umschriebene Stelle der Haut oder des Knochens u. s. w. eingeschränkt sein könne. Daraus folgt auch, dass die allgemeine acute Miliartuberculose niemals primär auftreten kann, sondern immer mit einer localen tuberculösen Erkrankung in irgend einem Zusammenhange stehen muss. Buhl stellte sich, und zwar ziemlich richtig vor, dass die allgemeine acute Miliartuberculose durch Resorption von Bestandtheilen eines erweichten Käseherdes entstünde. Wie und unter welchen Verhältnissen aber diese Resorption stattfinden soll, warum ferner dieser Vorgang blos in einigen wenigen Fällen eintritt, während in der Mehrzahl der Fälle die käsigen Herde keine allgemeine Miliartuberculose veranlassen, darüber herrschte nach wie vor das gleiche Dunkel.

Ein bedeutsamer Schritt nach vorwärts geschah aber mit der Entdeckung der Tuberculose des Ductus thoracicus durch Ponfick, und besonders mit der Entdeckung der Venentuberculose durch Weigert[1]), über dessen einschlägige Arbeiten in dieser Wochenschrift ausführlich Bericht erstattet ist. Nach seinen Befunden lag wohl nichts näher, als die zugleich vorhandene allgemeine Miliartuberculose in einen ursächlichen Zusammenhang mit den Venentuberkeln zu bringen, da ja der Augenschein deutlich lehrte, dass von dem ulcerirten Venentuberkel Partikelchen sich abgelöst und dem Blutstrome beigemengt haben mussten, und es gewiss Niemandem einfallen dürfte, die zwei Processe als blos zufällig neben einander bestehende Veränderungen anzusehen. Gestützt auf diese Beobachtungen, betonte daher Weigert, dass die allgemeine acute Miliartuberculose immer — wenigstens bei Erwachsenen — durch tuberculöse Herde in einer Vene oder im Ductus thoracicus bedingt sei; nur mag es nicht immer gelingen, die Eintrittsstelle des Giftes in die Blutbahn zu finden, da es bei den Sectionen, abgesehen von gewissen technischen Schwierigkeiten, kaum möglich sein dürfte, alle Körpervenen genau abzusuchen. Jene Formen von Allgemeintuberculose, bei denen nur wenige Knötchen oder nur in einzelnen Organen gefunden werden, erklärte er durch den Zerfall eines kleinen Venentuberkels. Ebenso nimmt er an, dass bei der chronischen Allgemeintuberculose, wo nebst Lungenphthise in der Milz, den Nieren oder anderen Organen Knötchen von verschiedener Grösse und meist nur in spärlicher Zahl vorkommen, auch nur geringe Mengen von Tuberkelgift in spärlichen Schüben ins Blut eintreten.

Die letzte Arbeit W.'s entstand bekanntlich vor Koch's Entdeckung, harmonirt aber vollkommen mit derselben. Es fehlte nur noch das letzte Glied in der Beweiskette für die Richtigkeit der Anschauung Weigert's, nämlich der factische Nachweis des Tuberkelgiftes, i. e. der Tuberkelbacillen im Blute bei der allgemeinen acuten Miliartuberculose.

Diesen Nachweis hat der Vortr. in drei von ihm untersuchten Fällen von allgemeiner acuter Miliartuberculose geliefert, da es ihm in jedem dieser Fälle gelang, Tuberkelbacillen im Blute aufzufinden.

[1]) Die von Mügge (Virchow's Archiv, 76. Bd.) bei der acuten Miliartuberculose in kleinen Aesten der Vena und Art. pulmonalis gefundenen miliaren Knötchen sind natürlich nicht die Ursache, sondern Producte der allgemeinen Miliartuberculose, sprechen aber auch zu Gunsten der Auffassung, dass bei diesem Processe das tuberculöse Agens im Blute kreist.

(Schluss folgt.)

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

VIII. J. Schreiber, Practische Anleitung zur Behandlung durch Massage und methodische Muskelübung. Mit 117 Holzschnitten. 272 S. — Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1883. Referent Beely-Berlin.

Verf. hat sich, wie er in seinem Vorworte sagt, die Aufgabe gestellt, dem practischen Arzte bei der mechanischen Behandlung verschiedener Erkrankungen ein treuer Führer zu werden; sein Streben ging dahin, dem Practiker die mechanische Behandlung durch ausführlich geschilderte, der eigenen Beobachtung entlehnte Krankenfälle klar zu legen, seine Aufmerksamkeit auf die einzelnen Zwischenfälle zu lenken und ihm andererseits kleine Winke und Vortheile bei Ausführung der Methode an die Hand zu geben.

Wo Sch. diesem Streben treu geblieben ist, wo er nur aus seinen eigenen Erfahrungen schöpft, sich auf die Mittheilung seiner eigenen Beobachtungen beschränkt, dürfte ihm seine Absicht gelungen sein, und er die sich selbst gestellte Aufgabe gelöst haben, die betreffenden Capitel wird der practische Arzt und auch der Specialist nicht ohne Nutzen lesen, wo er aber über diese Grenzen hinausgegangen ist, wo er z. B. Erklärungen über die Wirkungen der Massage auf sogenannter physiologischer Basis zu geben versucht, wird es dem Leser mitunter schwer, sich durchzuarbeiten. Manches hätte fortgelassen werden können, ohne dem Ganzen dadurch Eintrag zu thun.

Die Bezeichnung „Mechanotherapie", „mechanische Behandlung" scheint Ref. nicht glücklich gewählt. Nach der urspünglichen Bedeutung des Wortes ἡ μηχανή würde Mechanotherapie „Maschinentherapie" heissen. Das bereits vorhandene Wort „Kinesitherapie" würde dem Begriff „Bewegungscur" (ἡ κίνησις — Bewegung, Erschütterung) mehr entsprechen.

Practisch ist die grosse Anzahl von Zeichnungen, um die Beschreibung technischer Handgriffe zu erläutern, doch lassen manche Abbildungen zu wünschen übrig: dass z. B. Fig. 5 die Fläche der vereinigten ersten Phalangen, Fig. 6 die Capitula der Mittelhandknochen wirken, springt nicht sofort in die Augen, ebenso liesse sich Fig. 8 und 9 mehr hervorheben, dass bei Fig. 8 die Schneide der Finger, Fig. 9 die Schneide der Hand eingreift; Fig. 55 stimmt ebenfalls nicht mit der Beschreibung überein, bei Fig. 33, wie Fig. 53 und 54, liegen wohl nur Druckfehler vor.

S. 49 ist die Erklärung für duplicirt-concentrisch und duplicirt-excentrisch nicht ganz richtig: nach Neumann (Lehrbuch der Leibesübungen 1856, p. 17) wird die thätige Verlängerung der Muskelsubstanz durch den Zusatz excentrisch, die thätige Verkürzung durch den Zusatz concentrisch bezeichnet. Dieselbe Bewegung, z. B. Ueberführung des gestreckten Vorderarms in Beugestellung kann je nach dem Widerstand des Gymnasten duplicirt-concentrisch für den Biceps, duplicirt-excentrisch für den Triceps sein.

Flüchtigkeitsfehler, wie S. 62, wo von „elastischen Muskelfasern" der Lunge, S. 226, wo von dem zur Verdauung gehörigen „organischen und unorganischen Muskelapparat", und S. 225, wo von theilweiser „Oxydation des Blutes in den Muskeln" die Rede ist, würden sich bei nochmaliger Durchsicht leicht haben vermeiden lassen.

IX. M. Schüller. Ein Beitrag zur Anatomie der weiblichen Harnröhre. (Festschrift zum 25. Jubil. von B. Schultze, Berlin 1883, 26. S. u. 2 Tafel-Abbildungen.) Ref. A. Bidder (Berlin).

Die in neuester Zeit von Skene, Kocks und Kleinwächter beobachteten, „dicht an der hinteren Peripherie der Harnröhrenmündung des Weibes ausmündenden Kanälchen," hat Verfasser einer sehr sorgfältigen Untersuchung unterzogen, und ist, die makroskopischen Befunde anlangend, mit den genannten Beobachtern zu übereinstimmenden Resultaten gelangt. Verf. hat aber unser Wissen über diese, in der hinteren Wand der Harnröhre zwischen Schleimhaut und Muscularis gelegenen, von ihm Urethralgänge genannten Canäle, dadurch noch in dankenswerther Weise gefördert, dass er nicht nur ihr ausnahmsloses Vorhandensein in allen Lebensstadien vom neugeborenen Kinde bis zur 80jährigen Frau constatirte, sondern auch genaue mikroskopische Untersuchungen an langen Serien von Quer- und Längsschnitten anstellte. Diese circa 1—2 Ctm. langen, einige Ctm. breiten, in der Mitte oft ampullenartig erweiterten und mit kleiner oft erhabener Mündung versehenen Gänge, scheinen keine näheren Beziehungen zu den Lacunen der Harnröhre zu haben, sind mit dreischichtigem, verschiedengestaltetem Epithel ausgekleidet und zeigen an ihrem tiefsten Grunde kleine Löchelchen, durch welche eine Communication zwischen daselbst in der Umgebung befindlichen kleinen Drüsenknäueln hergestellt wird. Am auffallendsten entwickelt findet man die beiden Urethralgänge (ein mittlerer dritter Urethralgang ist nur ausnahmsweise vorhanden) in der Pubertätszeit, namentlich aber während der Schwangerschaft. Bei menschlichen Embryonen bis auf 28 Ctm. Länge herab konnte Sch. die Anlage der Gänge verfolgen; hier stellen sie nichts Anderes dar, „als schlauchförmige mit blinddarmartigen Anhängen besetzte Drüsen". Bei jüngeren Foeten, deren welche von 20 bis zu 10,5 Ctm. Länge herab untersucht wurden, waren Anlagen dieser Gänge mit Sicherheit nicht nachweisbar; ebenso wenig sind aber in diesen Foetalstadien in jener Gegend Reste der Wolf'schen Gänge zu erkennen. Dieser Umstand und noch manche andere Gründe führen Verf. zu der Ansicht, dass die beschriebenen Gebilde mit den sog. Gartner'schen (resp. Wolf'schen) Gängen nicht in genetischen Zusammenhang stehen, sondern Anlagen sui generis sind, über deren Beziehungen und Verrichtungen etwas Sicheres noch nicht ausgesagt werden kann.

Zahlreiche vortreffliche Abbildungen illustriren die Arbeit, deren näheres Studium hiermit aufs Angelegentlichste empfohlen sei. —

X. Zur Statistik der primären Tumoren der Harnblase. Inaugural-Dissertation 1883 von Dr. Arthur Sperling. Referent Dr. Pauly (Posen).

Die planvolle operative Inangriffnahme primärer Blasentumoren, welche die moderne Chirurgie erst seit Civiale's Polypenoperationen bewusst anstrebt, verlangt noch eine Reihe Vorarbeiten. Eine solche, und zwar eine sehr werthvolle, ist obige unter Prof. Schüller's Aegide gelieferte Dissertation, welche die gesammte deutsche[1]) Literatur seit Soemmering (1809) die neuere[2]) englische (dort zu Lande scheint eine Disposition zu Blasentumoren zu bestehen) und die weniger ergiebige und durch Mangel an Sachregister unbequeme französische verwerthet.

Acht genaue übersichtliche Tabellen sammeln das vorhandene Material: 10 Fälle von Schleimpolypen, 6 von Myo- und Fibromyomen, 7 von Sarkomen, 6 von Fibrosarkomen, 1 von Myxom[3]) und die wichtigsten und häufigsten Blasentumoren: Papillome und Krebse. Da wir seit Rokitansky's Arbeit wissen, dass gewisse Krebsformen in Zottenform wuchern, dass gutartige Papillome gelegentlich krebsig degeneriren können, so ist es trotz Klebs' Auffassung für den Chirurgen unerlässlich, mit Virchow gutartige und bösartige Zottengewächse anzunehmen, deren Differentialdiagnose allerdings intra vitam auch noch heute ihre Schwierigkeiten[4]) hat. Da aber verschiedene Krebsformen in der Blase beobachtet sind, so stellt der Autor ausser den Zotten (Medullar) Krebsen (Tab. III.) noch zwei Tabellen auf: Scirrhen (Tab. V. in Summa 6) und nicht zu rubrizirende Krebse (Tab. IV. in Summa 24); während sämmtliche gutartigen Zotten-Gewächse als Zottenfibrome und Papillome in Tab. I. und II. rubrizirt sind in der stattlichen Zahl von 42. Die hallische Dissertation[5]) stellt gegengentlich des glücklichen Falles aus Volkmann's Klinik nur 21 Fälle zusammen. S. giebt eine kurze Uebersicht über obige 42 Fälle, $^4/_5$ sind Männer, $^1/_5$ Frauen; der jüngste Patient ist ein 18jähriges Mädchen, zwischen 30—60 Jahren liegt $^3/_5$ aller Fälle. Unter dem Vorbehalte späterer, hoffentlich bald zu erwartender Arbeiten über die anderen Blasentumoren geht diesmal der Autor zur klinischen Schilderung des primären Blasenkrebses über (49 Fälle in Summa), der nicht so selten scheint, als es in der neulichen Darstellung eines gut beobachteten Falles (Posner-Fürstenheim) zu lesen war. Unter den 39 Männern und 10 Frauen prävalirt das höhere Alter. Die Aetiologie ist dunkel; Soemmering's Herbeiziehung der Syphilis ist ohne zureichenden Grund; zuweilen sind Lithiasis und Stricturen früher vorhanden gewesen. Was den Sitz betrifft, so ist es meist der Fundus, resp. das Trigonum; auch die Hinterwand ist eine Prädilectionsstelle. Der Zottenkrebs, von dem 19 Fälle zusammengestellt sind, sitzt meist hühnereigross breitbasig auf infiltrirtem Mutterboden auf und scheint einstweilen kein Object zur operativen Entfernung; er neigt an und für sich wenig zum Zerfall, während die zweite grosse Gruppe (24 Fälle nicht zu rubricirende Carcinome, worunter auch Epitheliome etc.) leicht ulcerirt und in Nachbarorgane perforirt; und die kleine Gruppe der Scirrhen, die durch ein neues Beispiel aus Hr. Prof. Schüller's Praxis (bei einer 54jährigen Wärterin nach blutiger Dilatation der Urethra diagnosticirt) vermehrt wurde, zuweilen mit ausgedehnter Infiltration des Beckenbindegewebes einhergeht. Eine vollständige kritische Aufzählung unserer heutigen Hilfsmittel zur Diagnose des primären Blasenkrebses schliesst die Arbeit; selbstverständlich kann nur die vollständige klinische Untersuchung nach allen Richtungen hin die Diagnose sichern. Auf Ultzman's Arbeit (über Hämaturie 1878) wird hingewiesen. Die Vermuthung eines gelegentlich viele Jahre dauernden Verlaufes wird ausgesprochen. Was die Todesursachen betrifft, so handelt es sich selten

[1]) Darunter 3 Dissertationen neuester Zeit: Heilborn (Berlin), Hasenclever (Berlin), Rauschenbusch (Halle).
[2]) Die ältere war nicht zugänglich.
[3]) Mein Bruder Dr. Julius Pauly (Berlin) sah noch einen Fall von Blasen-Myxom, der durch Section erhärtet ist.
[4]) pag. 9 steht die hübsche Aeusserung Hudson's: zuweilen ist das Mikroskop mehr ein Hinderniss, als eine Hülfe.
[5]) Refer. kennt sie nur aus Centralbl. f. Chir. 1883, pag. 8.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

um Verblutung, öfter um Urämie durch Hydronephrose, oder infectiöse pyelonephritische Processe. Nur ein Mal scheint eine erfolgreiche Operation versucht (Braxton Hicks Lancet May 30; welches Jahr? A. d. Ref.), nach 6 Monaten erfolgte der Tod. Der Autor schliesst mit dem Wunsche, dass bald eine Operationsmethode sich Eingang verschaffe, welche eine radicale Heilung auch des bösartigen Carcinoms erwarten lässt. Ref. theilt den frommen Wunsch, glaubt aber, dass die vortreffliche Dissertation viel mehr Anlass giebt, die Grenzen unseres chirurgischen Könnens wehmüthig zu erwägen.

XI. Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Aerzte und Studirende. Bd. III. Berlin, Theodor Fischer. Referent: Rumpf-Bonn.

Mit dem vor einiger Zeit erfolgten Erscheinen des III. Bandes hat Wernicke's Lehrbuch der Gehirnkrankheiten seinen Abschluss erhalten.

Ein Werk, welches die reichen Fortschritte der letzten Jahre auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems für die Pathologie und Therapie der Gehirnkrankheiten verwerthbar machte, konnte entschieden als ein Bedürfniss gelten. Dass diesem Bedürfnisse das Buch von W. entsprach, haben wir schon bei den ersten Bänden betont, und von diesem III. Bande können wir sagen, dass er sich den vorangegangenen würdig anreiht. Derselbe umfasst im Anschlusse an den Schlussabschnitt in Bd. II. den Hirntumor, die suppurative Encephalitis, die sklerotischen Processe und schliesst mit den Allgemeinerkrankungen des Gehirns, der Meningitis und der progressiven Paralyse.

Zunächst begrüssen wir im III. Abschnitt die Auffassung Wernicke's mit Freuden, dass alle im Schädelraum zur Entwicklung kommenden Neubildungen dem Hirntumor zuzurechnen sind, soweit sie das Gehirn in Mitleidenschaft ziehen. Dadurch wird die Casuistik natürlich beträchtlich vermehrt und bei genügender Skepsis auch in ihrem Werthe nicht vermindert. Es werden sonach die verschiedensten von den Knochen sowohl als dem Schädelinhalt ausgehenden Geschwülste mit Einschluss der Aneurysmen behandelt, und im Anschluss daran die consecutiven Veränderungen des Schädelinhaltes besprochen. Auf alle diese einzugehen würde zu weit führen, und so will ich nur den Hydrops ventriculorum erwähnen, der, wenn auch nicht immer in die Augen springend, eine häufige Begleiterscheinung des Hirntumors ausmacht. Der Verf. führt diesen mit Recht auf die Drucksteigerung des Schädel-Innenraums zurück, der sich auf die mit schlaffen und nachgiebigen Wandungen versehenen Nervenstämme des Gehirns geltend macht und diese comprimirt. In acuterer Weise macht sich dieser Einfluss noch bei den pulsirenden unter dem Arteriendruck stehenden Geschwülsten bemerkbar. Auf diese Ueberfüllung des Gehirns mit Lymphe ist auch die Stauungspapille zurückzuführen, für die W. die Untersuchungen von Manz und Leber über den Hydrops vaginae opticae verwerthet, wobei ich nur der einen Ansicht des Verf. entgegentreten möchte, dass die Schwellung der Papille auf eine Quellung der Bindesubstanzen zurückzuführen ist.

Nach Eingehen auf die übrigen Allgemeinerscheinungen folgen die Herdsymptome, unter denen zunächst die Fälle von ungekreuzter Hemiplegie eine entsprechende Erklärung finden. Dann folgen die einzelnen Gehirnprovinzen mit ihren Symptomengruppen, veranschaulicht durch eine Auswahl von Krankengeschichten und Sectionsbefunden. Dass dabei gegen manche Verwerthung physiologischer Angaben noch Einwendungen erhoben werden können, wird bei einem durchgängig so neuen Werk Niemand in Erstaunen setzen.

Es folgt dann die suppurative Encephalitis. Verf. warnt bei der allgemeinen Pathologie dieser mit Recht davor, den Hirnabscess als etwas ganz besonderes den Abscessen anderer Organe nicht vergleichbares zu betrachten. Natürlich ist der Einfluss des Organes von grosser Bedeutung, insbesondere die Tendenz dieses zum Zerfall, die wohl zum grossen Theil in der Einwirkung der Lymphe auf die nervösen Theile ihren Grund hat. Es folgen dann wieder die Herdsymptome sowie Prognose und Therapie. Auf die letztern möchte ich lieber einheitlich zurückkommen.

Der nächste Abschnitt umfasst die sklerotischen Processe, die in Bezug auf kleinere Entzündungsherde und ihre Folgen sicher mit dem vorhergehenden Krankheitsbild eng verwandt sind. Vielleicht lässt uns die weitere Ausbildung der allgemeinen Pathologie hier noch manches vereinen. Es fallen in diesen Abschnitt die multiplen und Strangsklerosen sowie die Sklerosen ganzer Hirnlappen und den Beschluss macht die Polioencephalitis, deren Verwandtschaft mit der Poliomyelitis, soweit es die acuten Formen betrifft, schon in dem zweiten Theile eine Besprechung gefunden hat.

In dem letzten Abschnitt bringt Verf. die Meningitis und die progressive Paralyse. Erstere erfährt eine ausführliche Schilderung, und insbesondere dürfte die vom Verf. betonte Möglichkeit der Ausheilung der verschiedensten Formen allseitig auf Beistimmung zählen können. Allerdings bleibt vielfach Schwachsinn verschiedenen Grades zurück. Ohne oder mit diesen finden sich aber dabei, wie Ref. betonen möchte, vielfach noch andere Symptome, wie spastische Erscheinungen, Ataxie etc.

In der progressiven Paralyse ist die mögliche Entstehung auf luetischer Basis ganz ausser Acht gelassen. Wir können das nicht billigen. Gerade bei dem Psychiater müssen die anamnestischen Erhebungen in Bezug auf Lues den grössten Schwierigkeiten begegnen. Ich habe nach dieser Richtung selbst Beispiele erlebt.

Zum Schluss möchte ich noch auf die Therapie in dem Werke eingehen. Gerade nach dieser Seite zeichnet sich der letzte Band vor den beiden ersten aus. Dass Verf. für operative Eingriffe bei manchen Hirnabscessen und Tumoren warm eintritt, ist selbstverständlich. Hoffentlich tragen diese Vorschläge bald reichere Früchte. Die antiluetische Behandlung lässt, wie Verf. richtig bemerkt, auch bei manchen syphilitischen Erkrankungen des Gehirns im Stich. Doch empfiehlt sich auch für andere Tumoren ein consequenter Versuch mit hohen Dosen Jodkali. Das letztere giebt Verf. auch bei der progressiven Paralyse $1\frac{1}{2}$—2gr täglich, sei es allein, sei es mit anderweitiger Behandlung. Vielleicht hätte hier auch die Behandlung mit kühlen Halbbädern erwähnt werden können.

XII. Der 12. deutsche Aerztetag wird in Eisenach am 22. und 23. September abgehalten werden, was der Geschäftsausschuss mit dem Bemerken bekannt macht, dass die Naturforscherversammlung in Magdeburg vom 18.—21. September tagt, während der deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege sich dieses Jahr in Hannover vom 15.—17. September versammelt.

Als vorläufige Tagesordnung für den Aerztetag ist Seitens des Ausschusses, der am 9. März 1884 in Berlin tagte, festgesetzt worden:

I. Das Schreiben des Reichskanzlers an die Bundesregierungen vom 24. December 1883, über die Grundzüge einer zu erlassenden deutschen Aerzteordnung. (Diese W. Nr. 9.)

Referent: Kr.-Phys. San.-Rath Dr. Wallichs-Altona.

II. Bericht der von dem XI. Aerztetage eingesetzten Commission zur Frage der Säuglingsernährung.

In seiner Sitzung vom 4. März 1883 hatte der Ausschuss beschlossen: dass die von dem Aerztetage angenommenen Thesen der Referenten einer Commission überwiesen werden sollten, welche unter Zugrundelegung derselben eine von den Standesämtern an die Mütter zu vertheilende Instruction über Säuglingsernährung auszuarbeiten habe.

Der XI. Aerztetag beschloss eine solche Commission einzusetzen, mit der Aufgabe, auf Grund der erstatteten Referate und der eingereichten und einzureichenden Amendirungen dem nächsten Aerztetage Bericht zu erstatten.

Der Ausschuss hat in die Commission gewählt die Herren Pfeiffer-Weimar, von Dusch, Hoffmann-Regensburg, Baginsky, Hüllmann und Biedert.

III. Stellung der Aerzte zum Reichsgesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeiter, sowie zum Unfallversicherungsgesetz.

Referent: Bez.-Arzt Dr. Dörfler-Weissenburg.

IV. eventuell, Stellung der Aerzte in der Gesetzgebung über das Concurs- und Subhastations- (Vollstreckungs-) verfahren.

XIII. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am Montag den 17. März 1884.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Schriftführer: Herr A. Fraenkel.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

Herr Leyden berichtet vor der Tagesordnung über die vorläufigen Berathungen des Berliner Comité's für die Vorbereitung des Congresses für innere Medicin, und die bereits in Aussicht genommenen Schritte. Er ersucht namentlich die jüngeren Mitglieder des Vereins, sich ihm nach Kräften zur Verfügung zu stellen bei der Durchführung der Aufgabe, für die auswärtigen Gäste den Aufenthalt in Berlin so angenehm wie möglich zu machen.

Herr Boerner schliesst daran die Aufforderung an die Mitglieder des Vereins, auch durch eine recht rege Theilnahme an den Verhandlungen des Congresses, die Zwecke desselben zu fördern.

Zur Tagesordnung erhält das Wort:

1. Herr Fritz Strassmann: Demonstration von mikroskopischen Präparaten.

Die Präparate, die ich Ihnen vorzulegen mir gestatten wollte, sind Rückenmarksschnitte, die nach der neuesten Weigert'schen Färbungsmethode behandelt sind, und zwar von dem Entdecker selbst, mit dessen Erlaubniss ich dieselben hier demonstrire. Diese Methode ist genau beschrieben in den Fortschritten der Medicin. Dieselbe beruht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

darauf, dass eine Lösung von Hämatoxylin in Wasser und Alkohol aufgekocht wird, dass die Schnitte eine Stunde bei einer Temperatur von 40—45° in dieser Lösung gefärbt werden, und dann ausgewaschen werden etwa 1—3 Stunden in alkalischer rother Blutlaugensalzlösung. Die weitere Behandlung in Alkohol, Xylol und Canadabalsam ist die gewöhnliche. Man erhält auf diese Weise die markhaltigen Nervenfasern des Rückenmarks tief blau gefärbt, die Grundsubstanz hellgelb, die Ganglienzellen bräunlich.

Der Vorzug der Methode beruht in der ausserordentlich feinen Art, in der die markhaltigen Nervenfasern auf sie reagiren. Sie sehen in dem hier aufgestellten Präparat ein so dicht und reich verzweigtes Netz von markhaltigen Nervenfasern innerhalb der grauen Substanz, wie wohl keine andere Methode es zur Veranschaulichung zu bringen vermag.

Die beiden anderen Präparate sollen als Beispiel dienen für eine kürzlich von Lissauer und Weigert beschriebene pathologisch-anatomische Veränderung bei Tabes, nämlich die Degeneration der Clarke-schen Säulenfasern, also derjenigen Partie der grauen Hinterhörner, die besonders im Brustmark stark entwickelt ist, und im vordersten Abschnitt dicht an den Hintersträngen liegt. Sie sehen in dem einen Präparat, das einer absteigenden Degeneration bei Wirbelsäulecaries entspricht, diese Clarke'schen Säulen als dunkle Kreise auf hellem Grunde und finden mikroskopisch ein sehr dichtes Netz von Nervenfasern mit eingestreuten Ganglienzellen, das viel dichter ist, als in den übrigen Partien der Hinterhörner. Umgekehrt sehen Sie in dem anderen, einer Tabes angehörigen Präparat die Clarke'schen Säulen als helle Kreise auf dunklem Grunde und mikroskopisch einen ausserordentlichen Schwund der markhaltigen Nervenfasern, so dass das Netz derselben in den Clarkschen Säulen viel schwächer ist als in den übrigen Partien der Hinterhörner, während die Zellen wohl erhalten sind.

Ich möchte hervorheben, dass diese Veränderung in allen Fällen von Tabes, die mit dieser Methode untersucht sind, gefunden worden ist, und dass es sich anscheinend um eine ganz constante, wohl charakterisirte Affection der grauen Rückenmarkssubstanz handelt.

Herr Leyden: Die Herren Collegen werden die so eben durch Herrn Strassmann im Auftrage von Herrn Professor Weigert in Leipzig demonstrirten Rückenmarkspräparate mit besonderm Interesse angesehen haben. Herr Weigert ist, wie Ihnen bekannt, auf dem Gebiete der Färbung nicht nur Meister, sondern äusserst erfinderisch, und hat gerade für die Substanz des Nervensystems Färbungsmethoden angegeben, welche die bisher bewährten bedeutend übertreffen. Dies muss namentlich von der gegenwärtig demonstrirten gesagt werden, welche ausserordentlich schöne Präparate giebt. — Ich selbst habe bei meinen früheren Untersuchungen mich nur der Clarke-Gerlach'schen Methode bedient, welche hinter dieser Weigert'schen bedeutend zurückbleibt. Indessen das Verhältniss der Clarke'schen Säulen zu der grauen Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge ist mir doch auch bei jener Präparationsmethode schon aufgefallen. In meiner Klinik der Rückenmarkskrankheiten habe ich darüber eine kurze Notiz gegeben. (Bd. II, Abth. 2, p. 329) „Die hintere graue Substanz bis zum Eintritt der hintern Wurzeln nimmt fast immer Theil, die Clarke'schen Säulen sind atrophisch und an markhaltigen Fasern verarmt (Taf. II, Fig. 3 u. 4). Dagegen erhalten sich die Zellen derselben sehr gut, ich habe eine deutliche Atrophie derselben bisher niemals constatiren können." —

Ich kann also die Angaben des Herrn Weigert als eine sehr willkommene Bestätigung dessen, was ich mit den früheren Methoden gesehen habe, betrachten. Natürlich ist seine Färbung viel exquisiter und markanter, und demonstrirt die Thatsache in weit vollkommenerer Weise. —

Herr Bernhardt: Ich habe mir erlaubt, um das Wort zu bitten, um anschliessend an die Demonstration des Herrn Strassmann und das, was wir von dem Herrn Vorsitzenden gehört haben, noch auf einige Punkte aufmerksam zu machen. Es ist uns Allen bekannt, dass eins der frühesten Symptome der Tabes das Aufhören des Patellarsehnen-Reflexes oder des sogenannten Kniephänomens ist. Westphal nun hat zuerst Fälle beschrieben, in denen er den Verlust dieses Phänomens gefunden hat da, wo post mortem nur eine mässige Degeneration der Hinterstränge in deren äussersten Partien d. h. in der Nähe der Hinterhörner vorhanden war. Von der Erkrankung dieser Regionen (der bandelettes externes der Franzosen) wurde von ihm das Verschwinden des Kniephänomens abhängig gemacht. Es scheint nun heute bewiesen zu sein, dass das Kniephänomen als ein reflectorischer Vorgang aufgefasst werden muss. Wie soll man sich nun Fälle erklären, wie z. B. folgenden, der in der vortrefflichen Arbeit von Jendrássik (im D. Arch. f. klin. Med. 1883) in seinen Beiträgen zur Lehre von den Sehnenreflexen beschrieben worden ist. Es handelte sich da um einen 40jährigen, früher syphilitischen Mann, der ausser über Athembeschwerden noch über lancinirende Schmerzen in den Unterextremitäten klagte und bei dem das Kniephänomen beiderseits fehlte. Sonst waren keine weiteren auf Tabes deutenden Symptome da, namentlich fehlten auch Sensibilitätsstörungen. — Bei der Obduction des an einer Herzaffection zu Grunde gegangenen Patienten fand man im Rückenmarke nur leichte Veränderungen der Goll'schen Stränge im Hals- und oberen Brusttheil, sonst waren alle Partien des Rückenmarks intact, am Lendentheil auch die Hinterstränge. Der Autor selbst stellt es als fraglich hin, ob die Läsion, auf welche der Verlust des Kniephänomens bezogen werden soll, auf histologischem Wege überhaupt nicht erkannt werden kann, oder ob nur die jetzigen Untersuchungsmethoden an der Nichtauffindung solcher Veränderungen Schuld wären. Und so bin ich bei dem Punkt angelangt, den ich im Anschluss an die Demonstration des Herrn Strassmann hervorheben wollte: ich glaube man hat durch die neue ausgezeichnete Färbemethode Weigert's jetzt ein Mittel gefunden um etwaige recht früh bei der Tabes eintretende Degenerationen von Nervenfasern auch innerhalb der grauen Substanz erkennen zu können, und es kann wohl sein, dass noch vor der Erkrankung der in den weissen Hintersträngen in der Nähe der Hinterhörner liegenden Nervenfasern (der bandelettes externes) man eine Erkrankung der innerhalb der Hinterhörner liegenden, mit den hinteren Wurzeln zusammenhängenden Nervenfasern wird klar legen können. Denn dass auch in frühen Stadien der Tabes bei nur mässiger Entartung der Hinterstränge eine Erkrankung der Fasermengen in den Clarke'schen Säulen gefunden werden kann, hat schon Lissauer in seiner von Herrn Strassmann erwähnten Mittheilung beschrieben. Uebrigens wäre wohl heute neben der Untersuchung jener eben genannten Partien in den Hintersträngen und den Hinterhörnern auch noch eine Untersuchung der peripherischen sensiblen Nerven an den unteren Extremitäten zu fordern, nicht allein weil man durch Westphal's Untersuchungen schon seit Jahren von der Erkrankung derselben bei Tabes weiss, sondern weil in neuester Zeit von Déjérine, welcher die Funde Westphal's bestätigte, eine ganz der Tabes ähnliche Erkrankung beschrieben worden ist, welche von ihm, da das R. M. ganz intact gefunden wurde, nur auf eine Läsion der peripherischen sensiblen Nerven zurückgeführt und als Nervotabes peripherica beschrieben wird. Natürlich könnte auch durch eine solche Erkrankung des Reflexbogens in den Anfangsabschnitten seines sensiblen Antheils das Fehlen des Kniephänomens als eines Reflexvorganges seine Erklärung finden. —

2. Herr Stadthagen: Vorstellung eines Falles von Quecksilberintoxication.

M. H.! Die constitutionelle Quecksilbervergiftung hat von jeher das Interesse nicht nur der Toxicologen sondern auch speciell der Syphilidologen erregt, Letzterer weil sie ein Urtheil darüber gestattet, was etwa von den nach einer syphilitischen Infection auftretenden Erscheinungen auf Rechnung von Schmier- und anderen Quecksilberkuren gesetzt werden kann. Ich wollte mir deshalb gestatten, Ihnen hier einen Patienten vorzustellen, der eine schwere Form dieser bei uns selten mehr vorkommenden Intoxication durchgemacht hat, an deren Nachwirkungen er noch laborirt. Unser Patient, zur Zeit 27 Jahre alt, hat von seinem 12.—23. Lebensjahre als Hutmacher in Galizien gearbeitet. Als solcher hatte er das Geschäft Hg. in Königswasser zu lösen, und damit die Haasenfelle einzureiben. Ich komme auf die Anamnese noch zurück und will vorläufig nur bemerken, dass Patient aus gesunder Familie stammt, dass er Excesse in Baccho et Venere leugnet und Lues nie gehabt hat. Seit 4 Jahren hat er mit Hg. nicht mehr zu thun gehabt. Indess ist es ja, wie Kussmaul angiebt, in schweren Fällen nicht ungewöhnlich, dass die Erscheinungen auf einer gewissen Stufe stabil bleiben oder recidiviren, auch nachdem die Kranken allen Schädlichkeiten längst entzogen sind. Das was hier bei unseren Patienten zur Zeit vorhanden ist, sind hauptsächlich eine Reihe nervöser Störungen, die ja allerdings zu dem von Kussmaul und nach ihm von Anderen gezeichneten Bilde der chronischen Quecksilbervergiftung einen der wesentlichsten Züge liefern. Es fehlt dagegen jene in frischen Fällen immer vorhandene tiefe Ernährungsstörung, die Quecksilberkachexie. Unser Patient hat sogar einen gut entwickelten Panniculus; seine Haut und Schleimhäute sind etwas, doch nicht auffallend blass. Auch das Zahnfleisch zeigt sich nicht verändert, wenngleich eine gelegentliche Neigung zu Stomatitis vorhanden ist. Die Zähne fehlen zum grossen Theil, die noch vorhandenen sind schwarz und cariös. Speichelsecretion nicht vermehrt. Am meisten auffallend ist, wie Sie sehen, ein ausserordentlich starker und sehr ausgebreiteter Tremor. Sämmtliche 4 Extremitäten und ein Theil der Rumpfmuskeln sind von einem beständigen Zittern und Schütteln befallen, am stärksten Arm und Fuss der rechten Seite. An den Gesichtsmuskeln sieht man häufig zuckende Bewegungen besonders um die Mundwinkel. Das Zittern ist, wie gesagt, anhaltend und unabhängig von allen Bewegungsintentionen vorhanden, sobald Patient physisch irgendwie erregt ist. Wenn er sich gänzlich unbeobachtet glaubt, und hierin stimmen seine Angaben mit denen der Wärter des

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

jüdischen Krankenhauses überein. — Patient befindet sich zur Zeit auf der inneren Abtheilung desselben und ich verdanke es der Güte des Herrn Prof. Jacobson, dass ich ihn hier vorstellen kann — wenn also Patient nicht durch äussere Eindrücke irgendwie erregt ist, so sistirt das Zittern in der Muskelruhe vollständig, tritt aber wieder in die Erscheinung, sobald er irgendwelche Bewegungen macht. Andrerseits genügt auch der Eintritt einer fremden, dem Kranken selbst gleichgiltigen Person, in das Zimmer, um ihn psychisch so zu erregen, dass er sofort zu zittern beginnt. Im Schlafe ist kein Zittern vorhanden. Bisweilen, wenn Patient stärker erregt ist, wie z. B. jetzt, steigert sich das Zittern zu vollkommen convulsivischen Zuckungen, die namentlich dann eintreten, wenn Patient eine Bewegung auszuführen beabsichtigt, und welche sich über die ganze bewegte Extremität und auch über weiter entfernte Muskelgruppen ausbreiten.

Dazwischen kommt es auch selbst zu schmerzhaften tonischen Contractionen, wobei Finger, Hand und Unterarm in starker Beugestellung der Fuss in Pes equinusstellung verharren, während in den anderen Gelenken starke Streckstellung besteht. Nach einigen Minuten Dauer werden die tonischen wieder von klonischen Krämpfen oder dem Tremor abgelöst.

Die Zunge wird stark zitternd hervorgestreckt; beim Sprechen stottert Patient häufig und ich bemerke, dass nach seiner Behauptung er vor dem Jahre 1880 nicht daran gelitten hat.

Die grobe Kraft ist am rechten Arm und Bein ein Wenig, — jedenfalls nicht erheblich — herabgesetzt, dagegen findet sich eine entschiedene Verlangsamung bei Ausführung intendirter Bewegungen, auch ermüdet Patient ausserordentlich schnell.

Die elektrische Erregbarkeit, soweit ich sie untersucht habe, zeigte sich wohl erhalten.

Die Reflexe, und zwar sowohl Haut- als besonders Sehnenreflexe, sind deutlich, z. Th. sogar bedeutend erhöht. Klopfen auf der Patella erzeugt lebhaften, einige Sekunden währenden Klonus, das sogenannte Fussphänomen ist beiderseits in ziemlich starkem Grade ausgebildet, Triceps- und Bicepsreflexe vorhanden, Kremasterenreflexe ebenfalls lebhaft.

Bei passiven Bewegungen ist ein besonderer Widerstand nicht fühlbar.

Die Pupillen sind weit, beiderseits gleich, reagiren bei Lichteinfall gut. Die Sensibilität ist nachweislich nicht gestört.

Besonders hervorgehoben zu werden verdient die schon berührte ausserordentlich hohe psychische Erregbarkeit durch äussere Eindrücke. Ein Wort an den Pat. gerichtet, genügt, ihn ganz ausser Fassung zu bringen. Sofort ist das Gesicht wie mit Blut übergossen, und der Kranke schwitzt am ganzen Körper. Ueberhaupt besteht ein grosser Erethismus der Gefässe und starke Neigung zum Schwitzen. Ferner zeigt sich eine leichte psychische Depression, umgekehrt auch eine nicht immer motivirte Heiterkeit. Urtheil und Gedächtniss haben nicht gelitten. Die Untersuchung der einzelnen Organe hat nichts Besonderes ergeben, speciell auch nicht am Herzen. Patient hat ca. 90 regelmässige Pulse, Arterienrohr ist von mittlerer Weite und Spannung.

Sonst wäre nur noch einer ziemlich schwer zu überwindenden Obstipation zu erwähnen.

Die Klagen des Kranken bilden zeitweilig auftretender Kopfschmerz und besonders heftige rheumatoide Schmerzen in der rechten Schulter. Das Gelenk und seine Umgebung zeigen Nichts, was die Schmerzen erklären könnte. Während der letzten Wochen litt Patient auch mehrere Tage hintereinander an typischen Neuralgien im 2. und 3. Ast des rechten Trigeminus. Nach mehrmaliger periodischer Wiederkehr der Anfälle endete der letzte mit einer Blutung aus dem Zahnfleisch. Schlaf gut. Kein Oppressionsgefühl. Wie Sie sehen, hat das Gesammtbild eine grosse Aehnlichkeit mit dem Bilde der Paralysis agitans, — seine wesentlichen Züge bilden der Tremor und eine grosse psychische Erregbarkeit, — eine Aehnlichkeit, auf welche ja auch bei den Schilderungen beider Krankheiten immer hingewiesen wird. Nur ist die Paralysis agitans eine vorzugsweise dem höheren Lebensalter zukommende Affection. Ich hatte deshalb als ich den noch jugendlichen Kranken zum ersten Mal in der Universitäts-Poliklinik des Herrn Prof. Meyer sah, sofort die Vermuthung ausgesprochen, dass es sich um eine chronische Hg-intoxication handle, die dann auch durch die Anamnese Bestätigung erhielt.

Ich will die Anamnese, soweit sie von Interesse erscheint, hier noch nachtragen. Pat., wie gesagt, von 1868—1880 Hutmacher, war bis zum Jahre 1869 ganz gesund. Um diese Zeit fiel es ihm auf, dass seine Finger zitterten, bald konnte er auch feinere Bewegungen nur schwierig ausführen. Trotz des ärztlichen Rathes, seine Beschäftigung aufzugeben, arbeitete Pat. fort. Das Zittern verbreitete sich allmählich weiter, zunächst auf beide Hände und Arme, dann auch auf die Unterextremitäten. Auch litt Patient häufig an Kopfschmerz, Schwindelanfällen und an Zahnfleischaffectionen und Speichelfluss, öfter auch an Durchfällen. Die Arbeit gab er jedoch immer noch nicht auf. Im Februar 1880 zeigten sich die ersten convulsivischen Zuckungen und zwar anfänglich nur im rechten Arm, doch verbreiteten sie sich dann rasch über alle Körpertheile. Bewusstseinsverlust hat Pat. nie gehabt.

Er sah sich nun genöthigt sein Gewerbe definitiv aufzugeben und Hilfe in der Krakauer Klinik zu suchen. Der Schlaf fehlte ihm ganz, er hatte Schwindel, Unruhe, Herzklopfen und heftiges Oppressionsgefühl. Das Zahnfleisch war so geschwollen, dass er durch die Sonde ernährt werden musste, der Schüttelkrampf des ganzen Körpers so heftig, dass sein Bett in fortwährender Bewegung war. Im Harn wurde reichlich Hg gefunden. Nach mehrmonatlicher Behandlung wurde er wesentlich gebessert entlassen. Nachdem er mehrere Bäder besucht hatte, fand er Anfang 1881 Aufnahme in Krankenhäusern in Pest und Wien. Im Winter 1882 war er soweit hergestellt, dass er eine Stelle als Hausdiener annehmen konnte. Wohl unter dem Einfluss der körperlichen Anstrengungen stellte sich jedoch das Zittern bald wieder ein.

Im Januar 1883 suchte der Kranke wieder die Klinik des Herrn Prof. Kortschinski in Krakau auf, die er nach längerem Aufenthalt wesentlich gebessert oder geheilt, wie er sagt, verliess. Die „Besserung“ schreibt er dem Gebrauch von Amylnitrit zu.

Wohl wieder unter dem Einfluss körperlicher Anstrengungen und ungeordneter Lebensweise trat abermals ein Rückfall, wenn ich so sagen darf, ein, und so ist der Zustand seit einigen Monaten im Wesentlichen derselbe geblieben.

Für die Erklärung dieser Recidive muss man wohl annehmen, dass die durch die Hg-Vergiftung herbeigeführte Erkrankung der nervösen Organe auch nach Beseitigung der Schädlichkeit als sozusagen selbstständiges Leiden fortbestehe, und mit Remissionen und Exacerbationen verlaufe.

In der Anamnese fiel mir besonders die sehr bestimmte Behauptung des sonst glaubwürdigen Kranken auf, dass noch im Mai 1883, also 3 Jahre nach Aufhören jeder Zufuhr, Hg im Harn, von Herrn Prof. Kortschinski, wenn auch nur spurweise, gefunden sei. Durchschnittlich wird die Grenze, bis zu welcher die Ausscheidung durch den Harn längstens andauere, von Gorup, Kussmaul, Oberländer u. A. auf etwa 190 Tage bis 1 Jahr angegeben. Freilich kann das Hg nach den Angaben der Autoren weit über jene Zeit hinaus in den Organen des Körpers, insbesondere in Knochen, Leber und Nieren retinirt bleiben. Auch sind Fälle beobachtet wo die Ausscheidung im Urin oder Speichel (Kussmaul Fall 26) noch Jahre lang nach stattgehabter Einfuhr erfolgte. So hat Vajda (Fall 106) 13 Jahre nach beendigter Kur 4 Tage lang Hg im Harn nachweisen können.

Jedenfalls war mir die Angabe auffallend genug, und ich habe Herrn Prof. Kortschinski um Auskunft gebeten, jedoch noch keine Antwort erhalten.

Durch gütige Vermittlung des Herrn Dr. Zadek war es mir selbst möglich, mehreremale den Harn, sowie Schweiss und Speichel des Kranken zu untersuchen. Letztere beiden wurden in grösserer Quantität durch Einspritzung von Pilocarpin erhalten. Die Faeces habe ich nicht untersucht. Die Untersuchung auf Hg-Gehalt habe ich in dem Laboratorium des Herrn Dr. Herter ausgeführt, das betreffende Untersuchungsobject wurde mit HCl und chlorsaurem Kali auf dem Wasserbade zerkocht, bis zur gänzlichen Entfärbung und dem Verschwinden jedes Chlorgeruchs, auf kleines Volumen eingedampft, die ganze Masse mit heisser Schwefelsäure ausgezogen, filtrirt, und das Filtrat durch 24 Stunden der Elektrolyse unterworfen. Das Goldplättchen, das den elektronegativen Pol gebildet hatte, wurde dann in einem Glasröhrchen erwärmt, um etwa vorhandenes Amalgam zu zerstören und das Hg zu sublimiren, und das Röhrchen, nachdem ein Körnchen Jod zugesetzt war, zugeschmolzen. Während alle anderen Untersuchungen negativ ausfielen, ergab eine aus etwa 5 Litern Harn bestehende Probe eine eben erkennbare Spur von Jodquecksilber. Dieser Harn stammte aus einer Zeit, in der Patient grössere Dosen Jodkali nahm. Der fragliche Harn war leicht getrübt und zeigte minimale Spuren von Eiweiss, während er sonst klar und gänzlich eiweissfrei war. Ich theile den Fund mit, möchte aber bemerken, dass ich eine gewisse Skepsis gegen die Beweiskraft nicht unterdrücken kann, so lange nicht ähnliche Befunde in grösserer Zahl vorliegen. Freilich halte ich es andrerseits nicht für wahrscheinlich, dass dies Hg von Verunreinigungen der Gefässe oder Reagentien herrühre, da ich den gebrauchten Apparat und Flüssigkeiten vor ihrer Verwendung mittelst Elektrolyse geprüft habe.

3. Discussion über den Vortrag des Herrn P. Guttmann über Hernia diaphragmatica. Herr P. Guttmann legt ein Präparat von totalem Situs inversus vor. Herr Waldeyer giebt eine eingehende Darstellung der Entstehung der Hernia diaphragmatica. Ferner betheiligten sich an der Discussion ausser ihm die Herren Leyden und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Litten. Dieser Theil der Verhandlungen wird demnächst im Anschluss an den in extenso zu veröffentlichenden Vortrag des Herrn P. Guttmann in dieser Wochenschrift veröffentlicht werden.

XIV. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 19. März 1884.

Vorsitzender: Herr Bardeleben.

1. Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr J. Israel einen Fall von Actinomycose der Rinderzunge. Die ganze Zunge ist durchsetzt von groben Knoten von Kirsch- bis Nussgrösse. Hier und da durchbrechen diese Knoten die Oberfläche in Gestalt von pilzartigen Granulationswucherungen.

2. Herr B. Fraenkel demonstrirt ebenfalls vor der Tagesordnung die von ihm in der Sitzung vom 5. März (s. diese Wochenschr. No. 11, S. 173) beschribene Modification der Ehrlich'schen Färbungsmethode der Tuberkelbacillen.

Herr P. Guttmann hat ebenfalls mikroskopische Präparate von Tuberkelbacillen aufgestellt und hält die von ihm in der Discussion in der Sitzung vom 13. März (s. diese Wochenschr. No. 12, S. 188) gegen die Fraenkel'sche Methode erhobenen Bedenken aufrecht.

Eine Anfrage des Herrn A. Kalischer, wie lange man die Sputa aufbewahren kann, um noch Bacillen darin nachweisen zu können, beantwortet Herr P. Guttmann dahin, dass, wie schon Koch hervorgehoben, in getrocknetem Sputum die Bacillen lange Zeit deutlich nachweisbar bleiben, dass aber das Sputum auch in wässriger Flüssigkeit 8—14 Tage aufbewahrt werden kann, ohne dass der Nachweis der Bacillen misslingt. Er bemerkt ferner, dass die eigenthümliche Farbstoffreaction selbst durch tagelanges Einwirken stark concentrirter desinficirender Lösungen nicht zerstört wird.

3. Herr Karewski: Weitere Erfahrungen über die Behandlung maligner Lymphome mit Arsen. Vortr. fasst mit Winiwarter als malignes Lymphom jene Form von Drüsentumoren auf, welche als sehr schnell wachsende und sich sehr schnell generalisirende Geschwülste die Lymphdrüsen an bestimmten Körperregionen befallen, meistens am Hals, schnell auf die benachbarten Gegenden übergehen, sich auf die Achselhöhlen, die Inguinalgegend erstrecken, schliesslich auch die Drüsen der Körperhöhlen ergreifen und zum Ende Metastasen der inneren Organe setzen.

Man kann zwei Formen maligner Lymphome unterscheiden: die weiche und die harte Form. Die erste Form stellt mikroskopisch nichts dar als eine excessive Hyperplasie aller die normalen Drüsen zusammensetzenden Theile und unterscheidet sich von geschwollenen Lymphdrüsen nur durch die Vergrösserung der einzelnen Theile. Bei der anderen Form ist dagegen die Drüsenstructur ersetzt durch fibrilläres Bindegewebe. Von grösster Wichtigkeit für die differentielle Diagnose ist es, dass maligne Lymphome niemals die Neigung haben, heteroplastisch zu werden, noch haben sie Neigung zu entzündlichen Processen. Dies unterscheidet sie von den Sarkomen, welche sich der Arsenikbehandlung gegenüber refractär verhalten.

Die 4 Fälle, welche Vortr. im jüd. Krankenh. beobachtet hat, zeigen in ausserordentlich charakteristischer Weise den klinischen Verlauf des malignen Lymphoms. Der erste Fall betraf eine 65j. Frau, die im Oct. 1880 der Gesellschaft als geheilt durch Herrn J. Israel vorgestellt wurde. Als sie zur Beobachtung kam, stellte sie sich vor als ein ausserordentlich kachectisches Individuum, von aschgrauer Hautfarbe, fast taub, weil die Tuba Eustachii verlegt war, unfähig, deutlich zu sprechen. Die Tumoren hatten wesentlich nur den Hals und die Achselhöhlen ergriffen, die Inguinaldrüsen und die inneren Organe waren frei.

Der zweite Fall betraf eine 62j. Frau, welche im Sept. 1881 zur Behandlung kam. Die Tumoren erstreckten sich auf die Tonsillen, Unterkiefer, Cervical-, Axillar- und Inguinal-Drüsen; die inneren Organe waren gesund.

Der dritte Patient war ein 65j. Mann, der den Beginn der Erkrankung von einem halben Jahre vorher datirte. Es sollte sich ganz allmählich und ohne besonders unbequeme Symptome die Drüsenanschwellung am ganzen Körper gezeigt haben. Dieselbe wuchs schnell, es stellte sich Husten ein. Bei der Aufnahme war der Mann kachectisch, von blasser Hautfarbe. Die Haut war spröde, schilferte ab und zeigte Neigung zur Bildung von kleinen Furunkeln. Die Drüsen des ganzen Körpers waren intumescirt, besonders am Hals. Ferner waren sie in diesem Falle von theils weicher, theils harter Consistenz. Der Kranke zeigte die Symptome eines Bronchialkatarrhs und ausserordentliche Vergrösserung der Leber und der Milz.

Am höchsten war eine Patientin afficirt, die der Vortr. im April vor. J. in der Poliklinik des jüd. Krankenh. sah. Sie war 48 Jahre alt, kachectisch, erblich belastet mit Phthise. Im Aug. 1881 bemerkte sie zuerst eine Anschwellung der Drüsen am Hals. Dieselben wuchsen langsam und sollen vorübergehend bei Gelegenheit einer Herniotomie geschwunden sein. Dann wuchsen sie aber schnell wieder und führten die Kranke in die Charité, wo Herr Geh.-Rath Bardeleben die beiderseitige Exstirpation vornahm. Es stellte sich bald ein Recidiv ein und die Kranke verweigerte eine nochmalige Exstirpation. 1883 stellte sich ein sehr quälender Husten ein, und die Kranke suchte das jüd. Krankenh. auf. Sie war ausserordentlich herabgekommen, mager und von heftigem Husten gequält. Sie hatte kein Fieber. Die Tumoren erstreckten sich auf den Hals, desgl. waren die Tonsillen intumescirt; Choanen und Rachentonsillen frei. Weitere Tumoren wurden in den Achselhöhlen und in der Inguinalgegend constatirt. Im übrigen konnte man fast alle Lymphdrüsen als intumescirt feststellen, besonders die retroperitonealen Lymphdrüsen, welche sich als einen mannskopfgrossen Tumor präsentirten. Milz und Leber waren erheblich vergrössert.

Bei allen 4 Patienten war die Haut über den Tumoren frei verschieblich, die Tumoren selbst nicht schmerzhaft, weder mit den Nachbarorganen noch mit einander verwachsen. Von jedem grösseren Paquet erstreckten sich Stränge kleinerer nach unten herab, besonders an den Axillardrüsen. Es konnte also kein Zweifel an der Diagnose bestehen. Auch der hartnäckige Brochialkatarrh im 3. und 4. Falle muss zurückgeführt werden auf Anschwellung der Bronchialdrüsen und Stauung in den Bronchien.

Alle 4 Fälle wurden mit Arsenik behandelt, und zwar alle vier mit günstigem Erfolg.

Fall 1 und 3 bekamen Injectionen und gleichzeitig innerlich Sol. Fowleri, Fall 2 Sol. Fowleri allein und Fall 4 aus verschiedenen Ursachen Acidum arsenicosum in verschiedener Form. — Drei Fälle wurden insofern geheilt entlassen, als eine Verkleinerung der Drüsen bis auf eine geringe Intumescenz eingetreten war; ein Fall entzog sich wesentlich gebessert der Behandlung.

Die Sol. Fowleri wurde innerlich zu gleichen Theilen mit Tct. Rhei vinos. gemischt von 6—20 Tropfen pro dosi gereicht, die Injectionen parenchymatös in progressiver Dose gegeben. Das Präparat wurde stets frisch bereitet, zu gleichen Theilen mit Aqu. dest. versetzt, und etwas Carbolsäure zugesetzt. Bei der parenchymatösen Injection klagten die Patienten in der Regel momentan nicht über Schmerzen, erst einige Stunden später stellten sich häufig Neuralgien ein. Entzündliche Erscheinungen oder gar Verjauchungen von Tumoren wurden nicht beobachtet. Was den Ort der Einspritzung betrifft, so wurden in der Regel als nächstliegend die Halsdrüsen gewählt. Hin und wieder wurden, wo man ein schnelles Schwinden der Tumoren wünschte, auch an anderen Stellen Injectionen gemacht, besonders in die Tonsillen. Die Drüsen werden, wo man auch einspritzt, in gleicher Weise beeinflusst, nur findet an den Einspritzungsstelle theils durch den localen Entzündungsreiz, theils durch die intensivere Einwirkung eines grösseren Depôts von Arsenik schnelleres Schwinden statt.

Intoxicationserscheinungen traten in der Regel bei parenchymatösen Injectionen erst sehr spät auf und sind gewöhnlich auf gleichzeitige innere Darreichung zurückzuführen. Fall 4 bekam nach etwa 4—5 wöchentlicher Dauer der Kur einen Ausschlag über den ganzen Körper; derselbe war klein, maculös, von gelblich rother Farbe und juckte sehr stark. Das Exanthem wurde nicht hervorgerufen durch innere Darreichung von Arsen. Da die Patientin Sol. Fowleri per os nicht vertrug, wurde Acid. arsenicos. in Pillenform mit Chinin gegeben und später Buchner'sche Lösung. Arsenikfieber trat ebenfalls bei Fall 4 nach dreiwöchentlicher Kur in hohem Grade auf. Beim Aussetzen des As fiel das Fieber, beim Wiederbeginn trat es nach einigen Wochen wieder ein. Solange das Fieber bestand, schwanden die Tumoren weiter. Als sie gänzlich geschwunden waren, wurde die Kur ausgesetzt, weil sich sehr hohes hectisches Fieber eingestellt hatte; die Tumoren wuchsen darauf nicht wieder. Eine Erklärung dieses Fiebers zu geben, ist sehr schwer; am nächsten liegt es, es als ein Resorptionsfieber aufzufassen.

Der Schwund der Tumoren wird schon nach wenigen Tagen sichtbar. In den ersten Wochen geht derselbe mit ausserordentlicher Rapidität vor sich, später langsamer. Voran gehen die Halsdrüsen, weil hier der As einen intensiveren Einfluss entfalten kann; gleichzeitig schwinden aber auch alle anderen Drüsen, zuletzt die tonsilläre Hyperplasie, besonders konnte auch eine Verkleinerung der retroperitonealen Drüsen nachgewiesen werden. Von fühlbaren Veränderungen in den Tumoren ist nur eine Induration derselben festzustellen. Die Unabhängigkeit der einzelnen Tumoren von einander, die überall besteht, wird ausgesprochener. Schmerz trat nur hin und wieder in den Tumoren auf. In den Fällen, wo auch Milz und Leber intumescirt sind, werden auch diese kleiner, ebenso offenbar die Bronchialdrüsen, denn der lästige Husten wird erleichtert. Eine gleichzeitige Besserung des Befindens braucht nicht mit dem Schwund der Tumoren einherzugehen. Erst wenn die Tumoren vollständig resorbirt sind und die Kur ausgesetzt wird, erholen sich die Kranken.

Genaue Beobachtungen über Recidive wurden nur in einem Falle gemacht. Die betreffende Patientin bekam 8 Monate nach der ersten Kur das erste Recidiv; die Arsenikkur wurde sofort von neuem be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gonnen. Die Tumoren schwanden schnell, wachsen aber von Zeit zu Zeit wieder, sodass die Patientin unter regelmässigem Arsenikgebrauch gehalten wird. Auffällig ist, dass die Recidive zuerst an den Tonsillen auftreten, wie auch aus anderen Beobachtungen hervorgeht.

Wodurch die Heilung der Tumoren durch Arsenik zu Stande kommt, ist schwer zu sagen. Es kann nur festgestellt werden, dass es sich nicht um eine locale entzündliche Involution der Tumoren handelt, denn auch innerliche Darreichung macht sie schwinden, und die Injection an nur einer Stelle beeinflusst alle Tumoren. Ob ein gesteigerter Stoffwechsel die Tumoren zum Schwinden bringt, ob eine Art antiseptischer Wirkung statt hat oder eine Art specifischen Antagonismus zwischen dem Arsen und den Lymphomen besteht, lässt Vortr. unentschieden.

Zum Schluss berührt Vortr. noch kurz die Frage der Arsenwirkung auf die Phthise, welche durch den einen der mitgetheilten Fälle in seinem weiteren Verlauf tangirt wird. Wir können bezüglich desselben auf die s. Z. veröffentlichten Verhandlungen des Vereins für innere Medicin (s. diese Wochenschr. No. 8, S. 122) verweisen.

Die Discussion über den Vortrag des Herrn Karewski wird auf die nächste Sitzung vertagt.

XV. Journal-Revue.

Chirurgie.

2.

Mikulicz, Zur Gussenbauer'schen Operationsmethode bei fibrösen Nasenrachenpolypen. Prager med. Wochenschrift 1883, 42.

Gussenbauer's Methode, die Einpflanzungsstelle der Nasenrachenfibroide durch Spaltung des Gaumens sich zugänglich zu machen, verdient nach M. den Vorzug vor allen anderen und selbst vor der Langenbeck'schen temporären Oberkieferresection, weil bei jener die Oeffnung im Gaumen wochen- oder sogar Monate lang offen gehalten werden kann, so dass nicht leicht ein etwa sich bildendes Recidiv unbemerkt bleiben kann, während es doch durch eine verhältnissmässig kleine Nachoperation gelingen wird, völligen Verschluss zu erzielen. Ausserdem aber kann man bei der Gussenbauer'schen Methode oft bald im Anfange der Operation ein Stück des Tumors abkappen und so die häufig so quälenden Respirationsbeschwerden erleichtern, ohne dass man zur Tracheotomie als Voroperation zu greifen braucht. M. selbst hat 2 Fälle in dieser Art operirt und ist nur noch insofern abgewichen, als er noch die Spaltung des weichen Gaumens zufügte. Im ersten Falle war einem Knaben bereits vorher mit der temporären Oberkieferresection ein Nasenrachenpolyp exstirpirt worden, bereits nach einem Jahre aber hatte sich ein grosses Recidiv gebildet, das zu den quälendsten Symptomen, besonders starker Blutung, geführt hatte. An ihm machte nun M. die Operation in Narcose mit herabhängendem Kopfe nach Rose und hielt die mit Jodoformgaze tamponirte Wunde 24 Tage lang offen. Eine dann erst vorgenommene typische Uranoplastik und Staphylorrhaphie führte zu völliger Heilung. In einem zweiten Falle nahm M. sogar, weil er nicht sicher war, wirklich alles Krankhafte entfernt zu haben, die Uranoplastik erst 5 Wochen nach der ersten Operation vor.

Zucker.

Geburtshülfe und Gynäkologie.

1.

Der Einfluss des Lebensalters auf die Geburt Erstgeschwängerter. Von Prof. Dr. Ludwig Kleinwächter. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, X. Bd. Heft I.

Kleinwächter schliesst aus seinen Untersuchungen Folgendes:

Je höher im Mittel das Alter der Erstgeschwängerten ist, desto später trat bei ihr die erste Menstruation ein. Da, je höher das Alter der Erstgeschwängerten ist, desto häufiger von einer früheren unregelmässigen Menstruation berichtet wird, so liegt die Annahme nahe, dass der Grund davon theilweise auf vorangegangene Störungen im Ovulationsprocesse zurückzuführen sei. Die mit den späten Eintritt der ersten Conception bedingten Leiden angeborener oder früh erworbener Art, welche häufig den späten Eintritt der ersten Menstruation, sowie eine unregelmässige Menstruation nach sich ziehen, ebenso wie angeborene oder erworbene Leiden, welche für den Mann die Ausübung des Coitus psychisch oder materiell erschweren, und dadurch für das Weib den Eintritt der Conception erschweren, kommen überwiegend bei alten, seltener bei den Primigraviden mittleren Alters und nur ausnahmsweise bei den jungen vor und sind daher zweifellos mit Ursache der häufig erst spät erfolgenden ersten Conception. Zufällige krankhafte Complicationen, die mit der Gravidität nichts zu thun haben, treten bei den jüngsten Erstgeschwängerten am seltensten, bei den alten am häufigsten auf. Die durch die Gravidität bedingten Leiden dagegen beobachtet man am häufigsten bei den Alten und demnächst häufigst bei den Jungen. Blutungen im Verlaufe der Schwangerschaft treten bei den Jungen am häufigsten, bei den Alten am seltensten auf. Die Häufigkeit des Vorkommens der relativ oder absolut vermehrten Fruchtwassermenge scheint durch das Alter der Erstgeschwängerten nicht beeinflusst zu werden. Am häufigsten ist die Geburtsdauer bei den Alten über die Norm verzögert, in dieser Beziehung stehen den Alten zunächst die Jungen. Unausgiebige Wehen, durch welche die Geburtsdauer abnorm verlängert wird, sind bei Erstgebärenden in der Blüthe des Geschlechtslebens am seltensten, bei den Alten am häufigsten anzutreffen. Damit übereinstimmend muss die Geburt bei den Alten am häufigsten mittelst der Zange beendet werden, am seltensten dagegen kommt die Zange bei den 20—29 Primiparen in Anwendung. Die Dauer der Geburt steigt bei den Erstgebärenden mit Zunahme ihres Alters, doch nicht in so bedeutendem Grade, dass sie bei den Alten wesentlich verlängert wäre. Die Verlängerung der Geburtsdauer der Erstgebärenden mit Ansteigen des Lebensalters derselben entfällt namentlich auf die s. g. I. Geburtsperiode, die s. g. II. Geburtsperiode wird durch die Verschiedenheit des Alters der Primipara kaum, die s. g. III. gar nicht alterirt. Das Mortalitätsprocent scheint bei Erstgebärenden nach vorgenommenen Zangenoperationen parallel der Alterszunahme anzusteigen. Je älter die Primipara ist, desto eher läuft ihr Damm Gefahr zu zerreissen. Je älter die Primipara ist, desto eher tritt post partum eine Blutung ein, doch ist die Häufigkeit dieser letzteren bei weitem keine so hohe, als man bisher meint. Mit Zunahme der Lebensjahre steigt bei der Erstgeschwängerten die Disposition zu Erkrankung der Nieren. Ebenso steigt mit den Jahren die Häufigkeit der Oedeme ohne Nierenerkrankungen. Je älter die Erstgebärende ist, desto seltener entzündet sich ihre Mamma, desto seltener aber kann sie auch stillen. An Febris puerperalis erkranken und sterben am häufigsten alte, am seltensten 20—29jährige Erstentbundene. Ebenso wie mit der Erkrankung an Febris puerperalis verhält es sich mit der Mania puerperalis. Das Morbiditäts- und Mortalitätsprocent, betreffend Erkrankungen im Puerperium überhaupt, ist bei alten Primiparen am höchsten, bei solchen im Alter von 20—29 Jahren am niedrigsten. Die spontane vorzeitige Schwangerschaftsunterbrechung tritt bei allen Primigraviden sehr häufig ein, am seltensten tritt die vorzeitige Geburt bei Primigraviden im Alter von 20—29 Jahren ein. Mit Ansteigen des Lebensalters der Erstgebärenden nimmt die Frequenz mancher abnormen Fruchtlagen zu. Diese abnormen Fruchtlagen sind die Beckenendlagen und jene Kopflagen, bei denen sich im Geburtsverlaufe das Os occiput nicht gehörig vom Rücken entfernt. Das enge Becken steht mit dem Lebensalter, in dem die erste Conception erfolgt, in keinem Connexe. Je älter die Primipara ist, desto eher gebärt sie einen Knaben, ausgenommen nur sind die 20—21jährigen, welche mehr Mädchen als Knaben gebären. Entsprechend der von Hecker gemachten und von Wernich sowie Anderen bestätigten Entdeckung, dass die Erstgeborenen desto schwerer und länger sind, je älter die Mütter sind, fällt der Nabelstrang Erstgeborener alter Mütter am frühesten und der Nabelstrang Erstgeborener jüngster Mütter am spätesten ab. Mit Zunahme des Alters Erstgebärender nimmt deren Zwillingsfertilität zu. Mit Zunahme des Alters der Erstgebärenden nimmt die Häufigkeit der Geburt missgebildeter Kinder ab. Die Mortalität der Kinder Erstgebärender nimmt mit dem Alter der letzteren zu und erreicht bei den Aeltesten eine nicht unbedeutende Höhe.

S. Guttmann.

Zur Kenntniss der Uterusschleimhaut von J. Düvelius (Assistent von A. Martin). Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. X, Heft 1.

Düvelius begegnet dem Einwande, dass es nicht möglich sei, eine Diagnose mittelst des mit dem scharfen Löffel aus dem Uterus hervorgeholten Schleimhautmaterials über den Krankheitsprocess der Schleimhaut zu stellen, durch exacte Beobachtungen, welche zur Evidenz ergeben, dass man aus dem durch energische Curettirung des Uterus gewonnenen Material wohl in der Lage sei, sich über die in der Schleimhaut sich abspielenden Krankheitsprocesse ein klares Bild zu verschaffen. In gleicher Weise widerlegt er die bestrittene Möglichkeit, mit der Cürette die Schleimhaut derart zu entfernen, dass man für die spätere Zeit des Erfolges sicher sein könne. Er hebt hervor, dass es zur Bildung einer Narbe in der Schleimhaut nicht komme und hält der bestrittenen Möglichkeit eines normalen Schwangerschaftsverlaufes eine grosse Anzahl von Schwangerschaften entgegen, die nach Auskratzungen der Uterusschleimhaut auftraten — und glaubt er nach den aus den Martin'schen Journalen entnommenen Beobachtungen berechtigt zu sein, zu sagen, dass durch die Ausschabung der Uterusinnenfläche nicht Sterilität verursacht, sondern dass dieselbe sogar in vielen Fällen gehoben wird.

S. Guttmann.

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Hautkrankheiten.

2.

Weitere Beiträge zur Lehre vom Herpes zoster von Dr. Lesser-Leipzig. Virchow's Archiv, Bd. 93, 1883.

Verf. berichtet über einen Fall von Herpes zoster des 5. und theilweis 4. Intercostalnerven, der 13 Wochen nachher zur Section kam. Die obere Hälfte des 5. Intercostalganglions war bindegewebig degenerirt und enthielt nur wenige Zellen mit spindelförmigen Kernen; die Blutgefässe an der Grenze des normalen Nervengewebes erschienen erweitert; der Uebergang der im Ganglion neugebildeten Bindegewebszüge in das verdickte umhüllende Bindegewebe liess sich deutlich verfolgen. Im 5. Intercostalnerven waren zahlreiche Nervenfasern degenerirt, die erhaltenen durch grosse mit kernigem Gewebe erfüllte Zwischenräume getrennt. Aehnliche Veränderungen zeigte das 4. Ganglion, während der 4. Intercostalnerv normal schien. Nach einer kurzen Kritik der verschiedenen Erklärungen der Entstehungsweise des Herpes zoster glaubt sich Verf. für die schon durch Neisser und Weigert ausgesprochene Vermuthung aussprechen zu sollen: „dass es nämlich durch Reizung oder Zerstörung des betreffenden Nerven im entsprechenden Hautgebiet zum Absterben einzelner Gewebstheile kommt, die entweder sehr klein und oberflächlich, oder sehr gross und mächtig sein können. Im ersteren Fall wird es nur zur Bläschenbildung, im andern zur wirklichen Gangrän kommen." Die Function der Nerven kann entweder vom Ganglion aus, oder auch durch directe äussere Einwirkungen gestört werden. Für die letztere Entstehungsart führt Verf. einen Fall an, wo sich das successive rückläufige Fortschreiten des Processes im Nerven in Folge eines Traumas sicher constatiren liess. Appenrodt.

Zur Therapie der Hautkrankheiten. Von Prof. Auspitz. Wiener med. Wochenschr. 1883, No. 30 u. 31.

Die bekannten Nachtheile der bisher üblichen Applicationsweisen von Arzneistoffen auf die Haut, haben bis jetzt trotz aller Bemühungen der Dermatologen noch nicht beseitigt werden können. Verf. glaubt in der Verbindung der Arzneimittel mit Traumaticin (1 Theil gereinigte Guttapercha, 10 Theil Chloroform) eine Methode gefunden zu haben, welche reinlich, bequem und billig ist und die Vortheile des Collodiums und der Gelatine verbindet, ohne deren störende Eigenschaften zu besitzen. Bei Psoriasis wird, nach Entfernung der Schuppen mittels Seifenbädern, die Auflösung von Chrysarobin in Traumaticin täglich oder jeden 2. oder 3. Tag mit einem festen Pinsel eingerieben; nach höchstens 12 Einpinselungen pflegen Schuppen und Infiltrate verschwunden zu sein. Auch bei Herpes tonsurans und Eczema marginatum wurden die besten Erfolge erzielt. Bei Prurigo sogar liess das Jucken sofort nach, und die Knötchen schwanden in einigen Fällen schon nach 2—6 Einpinselungen (bei Erwachsenen wurde hierbei 10 Chrysarobin : 100 Traumaticin, bei Kindern 5 : 100 verwandt). Appenrodt.

Augenheilkunde.

3.

De Gouvea. Beiträge zur Kenntniss der Hemeralopie und Xerophthalmie aus Ernährungsstörungen. v. Graefe's Arch. für Ophthalm. XXIX. 1. p. 167.

Nach den Beobachtungen von de Gouvea ist die Xerophthalmie stets eine Folge von Ernährungsstörungen. Die Hemeralopie geht jeder xerotischen Veränderung der Conjunctiva voraus, begleitet diese Augenkrankheit und verwandelt diese selbst in den vorgeschrittenen Stadien in eine wirkliche Amblyopie. Die Hemeralopie beruht immer auf einer mehr oder minder vorgeschrittenen Anämie der Netzhaut, welche eine Folge von ungenügender Ernährung ist; mit der Abstumpfung der Sensibilität erscheinen die ersten Zeichen der Xerophthalmie. Die Conjunctiva, welche seit dem ersten Beginn der Hemeralopie beinahe blutleer war, nimmt in der Nähe der Cornea eine dunklere Farbe an, verliert ihren Glanz und ihre Schlüpfrigkeit, es treten schaumartige Massen im Lidspaltenbezirk auf, die Schleimhaut wird immer trockner und zeigt endlich ein Cutis ähnliches Aussehen. In diesem Zustande vermindert sich die Sensibilität der Cornea und jetzt entsteht eine subconjunctivale und pericorneale Injection, welche von Thränenfluss begleitet ist, und der eine diffuse Trübung folgt, die langsam wachsend sich allmälig über die ganze Cornea verbreitet, dann bemerkt man an der Conjunctiva der unteren Lider, besonders neben dem Fornix conjunctivae die Entwickelung eines blassrothen abgeplatteten Follikels; die schaumartige Substanz vermehrt sich in der Weise, dass sie wirkliche Platten zu beiden Seiten der Cornea und selbst über diese Membran hinaus bildet. In der Hornhaut selbst bildet sich ein entzündliches Infiltrat begleitet von Photophobie, Thränenfluss und Absonderung eines rahmartigen Schleimes, der ausser einigen Eiterkörperchen die gleichen Elemente enthält, wie die schaumige Substanz, welche im Lidspaltenbezirk abgelagert ist, nämlich Pflasterepithelien und freie Fettzellen in grosser Zahl. Danach überstürzen sich die Erscheinungen und die Hornhaut verfällt in wenigen Stunden. Horstmann.

Th. Leber. Ueber die Xerosis der Bindehaut und die infantile Hornhautverschwärung nebst Bemerkungen über die Entstehung des Xerophthalmus. v. Graefe's Arch. f. Ophthalmologie XXIX. 3. p. 225.

Verfasser untersuchte einen Fall von infantiler Xerosis mit Hornhautvereiterung, welcher letal endete; derselbe betraf ein kleines Kind. Die Zellplatten des desquamirten Conjunctivalepithels waren in reichlicher Menge bedeckt, oft vollkommen überzogen von eigenthümlichen, theils stäbchen-, theils kokkenförmigen Spaltpilzen. Dieselben fanden sich auch im Belag des Hornhautgeschwürs und im Innern des total vereiterten Bulbus. Die Einfuhr reichlicher Mengen des auf geeigneter Nährgelatine gezüchteten Pilzes in den Conjunctivalsack vom Kaninchen bewirkte ulceröse Keratitis, welche einige Tage fortschritt, dann aber heilte. — Im vorliegenden Falle konnte mangelhafte Ernährung nicht die Ursache der Krankheit sein, weil das Kind erst mit dem Auftreten des Augenleidens anfing in der Ernährung zurückzugehen. Der Tod desselben erfolgte durch Bronchopneumonie. Das Gehirn erwies sich bei der Section als vollkommen normal, dagegen fand sich im Nierenbecken eine desquamirende Epithelaffection, die ganz mit der Xerosis der Conjunctiva übereinstimmte und auch genau dieselben Spaltpilze enthielt. Hieraus folgt, dass die Xerosis der Conjunctiva und Cornea nicht auf ein Gehirnleiden, wie bisher angenommen wurde, zurückzuführen ist, sondern dass es sich um eine Krankheit parasitärer Natur handelt. Bei der sogenannten secundären Xerosis wird durch einen vorhergehenden entzündlichen Process eine Epithelveränderung bewirkt, welche den Boden für eine locale Mykosis vorbereitet, worauf dann wieder die letztere eine stärkere desquamirende Epithelaffection nach sich zieht. Diese wieder giebt Anlass zur Ablagerung von fettigem Secret der Liddrüsen, eventuell begünstigt durch fettige Degeneration des Epithels.

Der Xerophthalmus kann im wesentlichen aufgefasst werden als eine Trockenheit der Bulbusoberfläche, welche vorzugsweise durch Versiegen der Absonderung von Conjunctiva und Thränendrüse, nebenher auch durch mangelhaften Schutz seitens der Lider bedingt ist und wobei es zur Entwickelung von mehr oder minder ausgesprochener secundärer Xerosis kommt. Horstmann.

H. Alker. Ueber den therapeutischen Werth des Jodoform bei Erkrankungen des Auges. v. Graefe's Arch. f. Ophtalmologie XXIX. 4. p. 89—100.

Das Jodoform wurde in der Regel in Pulverform, seltener in Salbenform 1 : 15 angewandt und von der Mehrzahl der Kranken gut vertragen. Von besonderem Werthe erwies sich das Mittel bei allen Geschwürsprocessen der Cornea, besonders bei den auf infectiöser Basis beruhenden Formen der Hypopyonkeratitis. Es leistete vorzügliche Dienste nicht nur als Antisepticum, sondern auch als Asepticum bei allen frischen Verletzungen, mögen sie zufällig oder auf operativem Wege entstanden sein. Es besitzt ohne Zweifel entschieden aufhellende Eigenschaften bei Pannus scrophulosus und tiefer liegenden Infiltraten. Bei einfachen Bindehautkatarrhen, bei Granulationen und der Blennorrhoe waren die Jodoformeinstäubungen unwirksam. Horstmann.

M. Tscherning. Studien über die Aetiologie der Myopie v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie XXIX. 1. p. 201.

Tscherning untersuchte 9567 Individuen, darunter 7523 von dem Militärersatzgeschäft und 2044 aus der Hansen'schen Klinik in Kopenhagen. Er kam zu dem Resultate, dass es drei verschiedene Formen von Myopie giebt. Die erste betrifft die schwächsten Grade, welche entweder angeboren oder bis zum 25. Lebensjahre erworben ist. Derselben liegt keine bekannte Ursache zu Grunde, weder Nahearbeit noch Krankheiten im Auge, vielleicht aber hereditäre Disposition. Die Sehschärfe ist hierbei immer eine gute; der Augenhintergrund ist entweder vollständig normal oder es findet sich nur ein ganz schmaler Conus. Die zweite Form entsteht in Folge von Nahearbeit und findet sich besonders bei den besseren Ständen. Dieselbe erreicht nicht 9 D; durchschnittlich beträgt sie 4 D. Die dritte Form, welche glücklicherweise die seltenste ist, muss als eine wahre Krankheit aufgefasst werden. Es sind dies die hohen Grade der Myopie, mehr als 9 D, welche sich nahezu gleichmässig unter allen Schichten der Bevölkerung ohne Rücksicht auf ihre Beschäftigung findet. Dieselben machen höchstens 1 Proc. der Bevölkerung aus. Diese Form beruht ohne Zweifel immer auf Axenverlängerung; die sehr grossen myopischen Augen, welche bei Sectionen gefunden werden, gehören hierhin. Hier ist auch die Heredität von Einfluss, wenn vielleicht auch etwas weniger, als bei den anderen Formen der Myopie. In der Regel erscheint sie sehr früh und ihr Fortschreiten ist so schnell, dass im Alter von 22 Jahren meistens 9 D überschritten sind. Dieselbe ist häufig mit anderweitigen Augenerkrankungen, besonders Chorioiditis complicirt. Wahrscheinlich beruht diese Myopieform auf einer schleichend verlaufenden Aderhauterkrankung, welche zuerst durch das Hervorrufen einer starken Transsudation im Glaskörper die Dilatation des Bulbus verursacht und sich später mit

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Chorioiditis, Remotio retinae etc. complicirt. Dieselbe ist eine Krankheit sui generis, welche in scharfem Gegensatz zu den andern Formen steht. Die Schulkurzsichtigkeit dagegen ist als gutartig aufzufassen und nichts anderes, als die Anpassung des Auges an seine Arbeit. Ob sich die deletäre Form daraus entwickeln kann, ist bis jetzt noch nicht bewiesen.

Horstmann.

XVI. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Aus dem Gutachten der Königlich Preussischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, betreffend die Ueberbürdung der Schüler in den höheren Lehranstalten, am 19. December 1883 erstattet an Seine Excellenz den Königlichen Staatsminister und Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten Herrn Dr. von Gossler.

Das Gutachten begrenzt die der Deputation gestellte Aufgabe dahin, dass sie vom wissenschaftlich medicinischen Standpunkte aus die Frage der Ueberbürdung der Schüler nur so fassen könne, als untersucht werden soll, ob die von den Schülern geforderte Gehirnarbeit sei es dem Maasse, sei es der Dauer nach zu gross sei? Zur Zeit fehlen nach der Ansicht der Deputation noch zumeist die Voraussetzungen und Grundlagen für ein wissenschaftliches Gutachten über die Ausdehnung einer Ueberbürdung der Schüler der höheren Unterrichtsanstalten. Es müsste, wenn statistisch aus gewissen äusseren Folgezuständen ermittelt werden soll, ob in einer bestimmten Klasse oder in einer bestimmten Anstalt oder ganz allgemein in allen höheren Schulen eine Ueberbürdung stattfände, festgestellt werden, ein wie grosser Antheil von der Zahl der Schüler mittlerer Befähigung Zeichen der Ueberbürdung darbietet. Eine besondere Schwierigkeit würde ein solcher Versuch nicht haben; und es ist auch keineswegs erforderlich, derartige Untersuchungen an allen Schulen vorzunehmen; eine kleinere Anzahl zweckmässig ausgewählter Anstalten würde vollständig ausreichen, um ein Urtheil zu gewinnen. Indessen weiss die Deputation nicht, ob der Versuch jemals practisch gemacht ist. Jeder Einzelne von uns, fährt die Deputation fort, hat eine gewisse Zahl individueller Erfahrungen, aber wir alle zusammengenommen vermögen daraus kein allgemeines Urtheil über eine factisch bestehende Ueberbürdung zusammenzusetzen. Die Dep. beschränkt sich daher auf diese individuellen Erfahrungen wie auf die anderweit zugänglich gewordenen thatsächlichen Erhebungen.

Was zuvörderst das Verhältniss der zum Militärdienst untauglichen Schüler anlangt, so bezieht sich das Gutachten unter Anderem auf Geh. Med.-R. Dr. Weber in Darmstadt, der die Statistik des Kgl. preuss. statist. Büreaus in dieser Frage für sehr anfechtbar erachtet. Jedenfalls vermag auch die Deputation aus dem vorliegenden Stoff nicht zu ersehen, dass die Abiturienten und die mit dem Berechtigungszeugniss für den einjährigen Militärdienst von höheren Schulen abgehenden jungen Männer eine bedenklich hohe Zahl von Schwächlichen einschliessen. Im Gegentheil, das Ergebniss der erwähnten Feststellungen erinnert stark an dasjenige, was die ihr vorgelegte Denkschrift aus einem Immediatbericht vom 28. November 1867 citirt, dass „bezüglich der Tauglichkeit für den Militärdienst die aus den Gymnasien hervorgegangenen Jünglinge und die Studirenden ungleich günstiger stehen, als die Handels- und Kunstbeflissenen". — In der Frage des Selbstmordes unter Schülern stand der Deputation ein Bericht des Kgl. preussischen statistischen Büreaus vom 4. Mai 1883 zur Verfügung. Irgend ein greifbares Resultat für die Beurtheilung der Ueberbürdungsfrage lässt sich aus dieser Uebersicht aber nicht ableiten, da jede nähere Beziehung auf die Schüler der höheren Lehranstalten fehlt. Immerhin glaubt die Dep. bestätigen zu sollen, dass sie in den bisherigen Zusammenstellungen nicht die mindeste Andeutung für die vielfach vermuthete Zunahme der Selbstmorde unter den Schülern der höheren Lehranstalten zu entdecken vermocht hat. — Sehr ausführlich geht das Gutachten auf die bekannten Behauptungen Dr. Hasse's ein, der bekanntlich die Erfahrung gemacht haben wollte, dass Schüler der obersten Gymnasialklassen, bei welchen der Anlass der Geistesstörung nur in den übertriebenen Anforderungen der Schule gesucht werden könne, gegenwärtig einen unverhältnissmässig hohen Procentsatz in der Anzahl der Geisteskranken bildeten. Die Deputation kommt dem gegenüber zu dem Schlusse, dass auf Grund des bis jetzt vorliegenden Materials weder als erwiesen noch als wahrscheinlich anzusehen ist, dass Ueberbürdung durch die Ansprüche der Schule mit ausreichender Sicherheit als die alleinige oder die wesentliche Ursache für Geistesstörungen der Schüler zu betrachten oder dass in der Häufigkeit solcher Fälle neuerdings eine Zunahme zu bemerken ist. — Dagegen steht es bezüglich der Kurzsichtigkeit der Schüler fest, dass, so lückenhaft auch das vorliegende Material ist, an der Thatsache doch nicht zu zweifeln ist, dass die Zahl der myopischen Schüler der höheren Lehranstalten grösser ist und schneller anwächst, als in den parallelen Altersklassen derselben Bevölkerung. Wie viel dazu die Schule im engeren Sinne beiträgt, wie viel auch ausserhalb der Schule gesündigt wird, das liess sich bisher nicht genau ermitteln. Die Ueberbürdung mit Arbeiten kann in einer doppelten Richtung das Entstehen von Myopie begünstigen. In Folge von Ueberanstrengung, namentlich von häufig wiederholter Ueberanstrengung kann der Accommodationsmuskel krampfhaft gereizt oder geschwächt werden; in Folge von prolongirter und forcirter Thätigkeit der äusseren Muskeln kann der Druck auf den Augapfel in gewissen Richtungen übermässig verstärkt und seine Gestalt nach und nach geändert werden. Indess möchte das Gutachten sofort eine Beschränkung dieses Satzes hinzufügen. Manche Gewerbe, z. B. das Uhrmacher-Gewerbe, erfordern ein anhaltendes und angestrengtes Fixiren sehr kleiner und sehr naher Gegenstände, und doch hat die Statistik ergeben, dass die Zahl der Myopien unter den Uhrmachern keineswegs eine hohe ist. Offenbar kommt es wesentlich darauf an, in welcher Zeit des Lebens zuerst dem Auge so grosse Anstrengungen zugemuthet werden, und es ist keineswegs gleichgiltig, ob etwa sehr junge, noch nicht ausgewachsene Augen mit schwacher Musculatur betroffen werden, oder Augen, welche sich völlig entwickelt und consolidirt und deren Muskeln sich genügend gekräftigt haben. Von allen Seiten ertönen jetzt die Klagen der Augenärzte über die Kindergärten und die Beschäftigung der Kinder in denselben mit Stickereien und anderen Beschäftigungen, welche eine längere Fixirung sehr naher und durch ihre Form, z. B. die Netzform, schwerer zu unterscheidender Gegenstände herbeiführen. Das Gleiche gilt von dem Lesen in den Schulen, zumal bei der Anwendung verschiedener Alphabete und ganz besonders der deutschen Lettern, von dem Schreiben, von gewissen Arten des Zeichnens und des Rechnens auf besonders liniirtem oder gegittertem Papier. Werden alle diese Arten der Beschäftigung gleichzeitig oder kurz hintereinander bei zu zarten Kindern in Anwendung gebracht, so liegt die Gefahr nahe, dass alle mit erblicher Disposition oder anderswie erworbener Schwäche behafteten Kinder an ihren Augen geschädigt werden. Was speciell das Gaslicht anlangt, so hält die Deputation gegenüber den Normativ-Bestimmungen, welche der Herr Kriegsminister für die Kadetten-Anstalten und andere verwandte Schul- und Erziehungs-Institute erlassen hat, um die Kurzsichtigkeit unter den Zöglingen derselben zu verhüten, in denen sich eine findet, welche das Gaslicht in den Schul- und Arbeitsstuben ausschliesst, daran fest, dass seit einem früheren, am 27. Juni 1871 von ihr erstatteten Gutachten keine massgebenden Erfahrungen über die Schädlichkeit des Gaslichtes in Schulen veröffentlicht worden sind; alle Klagen beziehen sich auf ungehörige Placirung und unzweckmässige Construction oder auf ungenügende Zahl der Gaslampen, zuweilen auch auf das Brennen ganz freier Gasflammen. In Betreff des Gebrauchs gegitterter Tafeln und Hefte, sowie die Anwendung der Stuhlmann'schen Zeichenmethode, kann sich die Deputation den von den verschiedensten Seiten geäusserten Bedenken nur anschliessen. Der gegen diese Art von Lehrmitteln und Schulgeräthen gerichtete Erlass des Königlich Bayerischen Staatsministeriums vom 22. Juli v. J. erscheint ihr durchaus zweckentsprechend. Auf eine Besprechung aller derjenigen Momente, welche bei der Erörterung der Ursachen der Kurzsichtigkeit in Betracht kommen können, verzichtet die Deputation, um nicht genöthigt zu sein, über den Bau der Schulzimmer, die Einrichtung der Subsellien und die Placirung der Schüler, die Beschaffenheit der Lehrmittel, namentlich der Lehrbücher, kurz über die Mehrzahl der in der Ordnung der Schulen zu berücksichtigenden Verhältnisse zu sprechen. Hat man erst allseitig erkannt, dass, wie es in dem Referat des Dr. Adolf Weber über die Augen-Untersuchungen in den höheren Schulen zu Darmstadt S. 11 heisst, „in dem Unterricht die ersten und meisten Bedingungen für Ausbildung und Ausbreitung der Kurzsichtigkeit liegen", so wird man sich auch der Verpflichtung nicht entziehen können, den einzelnen Momenten nachzugehen, welche die Schüler zwingen oder wenigstens verleiten, zu nahe Gegenstände anhaltend zu fixiren.

(Schluss folgt.)

2. Allgemeine Gesundheitspflege.

— Im Städtchen Winniza in Russland bestehen nach russischen Zeitungen trotz der das verbietenden Gesetze, gemeinsame Badestuben für Männer und Weiber. Der „Wratsch" bemerkt dazu, dass solche Badstuben vor 30—35 Jahren in Russland ziemlich allgemein waren, obschon auch damals verboten, und ich kann hinzufügen, dass sie bis auf den heutigen Tag in den esthnischen Dörfern keine Seltenheit sind und auch bei den Finnen noch gebräuchlich sein sollen. Buch-Helsingfors.

— In der Stanize Kamenskapa bei Nowotscherkask in Südrussland ist eine kleine Trichinen-Epidemie beobachtet worden, veranlasst durch einen in gen. Stadt gekauften Schinken. („Wratsch" No. 8.) Buch-Helsingfors.

— Im Kasan'schen Gubernium werden Centnerweis die Blätter von Epilobium angustifolium gesammelt, getrocknet und an die Theehändler verkauft, welche mit diesem schädlichen Kraut den Thee verfälschen („Wratsch" nach der „Wolgazeitung"). Buch-Helsingfors.

3. Amtliches.

Preussen.

Berlin, den 28. Februar 1884.

Die Epidemie von Trichinosis, welche vom September bis December v. J. in Emersleben und Umgegend, im Regierungs-Bezirk Magdeburg, geherrscht hat, giebt mir Veranlassung —, die zwar bekannte, aber noch immer nicht allseitig gewürdigte Erfahrung von den gesundheits- und oft lebensgefährlichen Folgen des Genusses rohen Schweinefleisches in Erinnerung zu bringen.

Alle Erkrankungen in dieser Epidemie hängen mit der in der Provinz Sachsen eingewurzelten Gewohnheit, rohes gehacktes Schweinefleisch zu geniessen, zusammen und liefern von Neuem Beläge dazu, wie die durch sanitäre Rücksichten gebotenen Vorsichtsmassregeln der Macht der Gewohnheit gegenüber oft gänzlich unbeachtet bleiben.

Die angestellten Ermittelungen haben ergeben, dass die Epidemie sich von Emersleben aus verbreitet hat, indem das Fleisch eines dort am 12. September v. J. geschlachteten Schweines theils an Ort und Stelle bereits am 13. und 14. September, theils in den benachbarten Ortschaften mehr oder minder mit gesundem Fleisch vermengt verkauft worden ist. Der grösste Theil dieses gemischten Fleisches ist nach Deesdorf und Nienhagen gelangt. Demgemäss waren auch die Erkrankungen nach Zahl und Heftigkeit in den betreffenden Ortschaften verschieden. So erkrankten in Emersleben 270 Personen, von denen 53 starben; in Deesdorf kamen 45 Erkrankungen mit 10 Todesfällen vor, während in Nienhagen unter 80 Erkrankungen sich nur 1 Todesfall ereignete. Ausserdem sind in der Stadt Groeningen 4 Erkrankungsfälle mit 2 Todesfällen, in Kloster Groeningen 3 Erkrankungsfälle und in Schwanebeck 1 Erkrankungsfall gemeldet worden.

Die Summe der Erkrankungen beziffert sich hiernach auf 403 Personen mit 66 Todesfällen. Das Procentverhältniss stellt sich für die ganze Epidemie auf 13,9 Procent, für Emersleben auf 19,6 Procent und für Deesdorf auf 22,2 Procent.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Drei in Emersleben Erkrankte erlagen schon 18, resp. 20 und 21 Tage nach dem Genuss des rohen Fleisches der Trichinose. In der vierten und fünften Woche starben je 8, in der 6. Woche 11, in der 7. Woche 9, in der 8. Woche 5, in der 9. Woche 2, in der 10. Woche 4, in der 11. Woche 2 und in der 13. Woche 1. Von den vielen erkrankten Kindern starb nur ein zwölfjähriger Knabe. In sechs Leichen Erwachsener aus Emersleben wurden ausser den Muskeltrichinen auch eine grosse Menge von Darmtrichinen, in jedem Präparat 14 bis 16 Stück aufgefunden. In einer Leiche, welche einem auffallend fetten Manne angehörte, wurden sehr wenige, in vielen Präparaten keine Muskeltrichinen, aber desto mehr Darmtrichinen aufgefunden.

Offenbar hing die Heftigkeit der Krankheitserscheinungen und der Grad der Mortalität von der Zahl der im Schweinefleisch aufgefundenen Trichinen und der Menge des genossenen Fleisches ab. In dieser Beziehung ist bemerkenswerth, dass sämmtliche Personen, welche 125 grm und noch mehr von dem trichinösen Fleische genossen haben, gestorben sind. Ebenso ist auch von sämmtlichen Gestorbenen ohne Ausnahme nachgewiesen worden, dass sie das Fleisch in rohem, ungekochtem Zustande genossen haben. Ob und inwiefern den betreffenden Fleischbeschauer eine Schuld trifft, hat die gerichtliche Untersuchung noch nicht festgestellt.

Leichte Erkrankungen sollen auch nach dem Genusse von Bratwurst, gebratenen Fleischklössen und Leberwurst vorgekommen sein, wenn das trichinöse Fleisch beim Braten und Kochen nicht einer solchen Hitze ausgesetzt gewesen ist, dass es durch und durch gar war, sondern noch mehr oder weniger rohe Partien enthielt.

Angesichts dieser beklagenswerthen Ereignisse erscheint es dringend geboten, das Publikum vor dem Genuss des rohen Fleisches wiederholt und nachdrücklich zu warnen.

Desgleichen wird darauf aufmerksam zu machen sein, dass auch bei der Zubereitung des Schweinefleisches zu häuslichen Zwecken durch Kochen und Braten dasselbe in einen vollkommen garen Zustand überzuführen ist, um hierdurch jede Gefahr von Gesundheitsbeschädigung auszuschliessen.

Ew. Hochwohlgeboren ersuche ich hiernach ergebenst, die geeigneten Massregeln in der Sache zu treffen.

(Unterschrift.)

An die Königlichen Regierungs-Präsidenten der Provinzen Ost-, Westpreussen, Brandenburg, Pommern, Schlesien, Sachsen (excl. den zu Magdeburg) und zu Sigmaringen, den Königl. Polizei-Präsidenten hier, die Königl. Regierungen in den Provinzen Posen, Schleswig, Westfalen, Hessen-Nassau und der Rheinprovinz und die Königlichen Landdrosteien der Provinz Hannover.

Abschrift vorstehenden Erlasses erhalten Ew. Hochwohlgeboren auf den Bericht vom 11. Februar d. J. (No. 397. I. Pr. D.) zur gefälligen Kenntnissnahme und Nachachtung.

(Unterschrift.)

An den Königlichen Regierungs-Präsidenten Herrn von Wedell, Hochwohlgeboren in Magdeburg.

Militär. Med.-Wesen.

Zusammensetzung

der Prüfungs-Commission für die obermilitärärztlichen Prüfungen auf das Jahr 1884.[1])

Vorsitzender:

Seine Excellenz der Herr Generalstabsarzt der Armee.

Examinatoren:

Für specielle Kriegschirurgie und Operationen.

Generalarzt 1. Klasse à la suite, Geheimer Ober-Medicinal-Rath Professor Dr. Bardeleben. Königl. Bayerischer Generalarzt 1. Klasse à la suite, Geheimer Medicinal-Rath Professor Dr. v. Bergmann.

Für Militärhygiene und Sanitätspolizei.

Generalarzt 1. Klasse à la suite, ärztlicher Director des Charité-Krankenhauses Geheimer Ober-Medicinal-Rath Dr. Mehlhausen.

Für die Verwaltung des Militär-Sanitätswesens, sowie für Militärverwaltung im Allgemeinen.

Generalarzt 1. Klasse und Subdirector des medicinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Instituts Dr. Schubert, Oberstabsarzt 1. Klasse von der Militär-Turnanstalt Dr. Burchardt, Oberstabsarzt 2. Klasse, commandirt zum Kriegsministerium Dr. Rabl-Rueckhard, sowie für die Prüfung der Marineärzte, Generalarzt 1. Klasse der Marine Dr. Wenzel.

Für allgemeine Kriegsheilkunde (Chirurgie, Innere Militärmedicin, Epidemiologie etc.)

Oberstabsarzt 1. Klasse und Regimentsarzt des 2. Garde-Ulanen-Regiments Dr. Wolff. Oberstabsarzt 1. Klasse und Regimentsarzt des 2. Garde-Regiments zu Fuss Dr. Starcke, Oberstabsarzt 1. Klasse und Regimentsarzt des 2. Garde-Feld-Artillerie-Regiments Professor Dr. Fraentzel, Oberstabsarzt 2. Klasse und Regimentsarzt des 3. Garde-Grenadier-Regiments Königin Elisabeth Dr. Karpinski.

Kriegsministerielle Verfügung vom 7. December 1883.
588. 12. M. M. A.

XVII. Kleinere Mittheilungen.

— In der Festsitzung der Academie der Wissenschaften zu Berlin am 22. März berichtete Herr Anwers über die Forschungsreise des Herrn Dr. Arning, Schüler und früherer Assistent Professor Dr. A. Neisser's zum Studium der Lepra auf Grund eines so eben eingegangenen vorläufigen Berichts vom 17. November vor. Jahres. Herr Arning stellte zuvörderst fest, dass es sich auf den hawaijschen Inseln um eine wahre Seuche handle, die schon bei Weitem länger dort herrsche, als bisher angenommen sei, so dass die behauptete Einschleppung nicht neueren Datums sein könne. Dr. Arning steht ein Material von über 200 Leprosen zur Verfügung, und sind eingehende weitere Berichte demnächst zu erwarten.

— Sammelforschung über Krankheiten des Vereins für innere Medicin. Die von dem Dirigenten der Maison de santé in Schöneberg, Herrn Dr. Jastrowitz, geleitete Organisation der Sammelforschung, betreffend die Tuberculose in den Irrenanstalten, hat schon erfreuliche Resultate gezeitigt, indem von mehreren Anstalten wie Andernach, Ueckermünde u. s. w. zahlreiche und interessante Beiträge eingegangen sind.

— Geheimrath Professor Dr. v. Frerichs begann am 24. März unter der lebhaften Theilnahme seiner Freunde und Collegen das 66. Lebensjahr in unveränderter geistiger und körperlicher Frische. — Die Würdigung der Thätigkeit unseres berühmten Klinikers als Mann der Wissenschaft, des medicinischen Unterrichts und der ärztlichen Praxis behalten wir uns für seine Ehrentage während des Congresses der inneren Medicin vor. Eine für weitere Kreise bestimmte Skizze seines Lebensganges aus der Feder des Redacteurs dieser Wochenschrift, erscheint zu gleicher Zeit in dem Maiheft der von Paul Lindau herausgegebenen Monatsschrift Nord und Süd.

— In Kiew hat unter Leitung von Prof. Chódin ein neues Journal zu erscheinen begonnen unter dem Titel: Westnik Ophthalmologii (Zeitschrift f. Ophthalmologie) in zweimonatlichen Heften zu 6 Bogen. Das erste Heft, das uns zugegangen, enthält 110 Seiten 8⁰, ist sehr reichhaltig mit vorzüglicher Ausstattung. Es ist dies das erste Specialorgan für Augenheilkunde in Russland. Buch.

XVIII. Literatur.

Dr. Paul Bruns-Tübingen, Mittheilungen aus der Chirurgischen Klinik zu Tübingen. Tübingen 1883. H. Laupp'sche Buchhandlung. — Dr. Emil Kammerer und die städtischen Aerzte Dr. Gregor Schmidt und Dr. Adolf Löffler, Jahresbericht des Wiener Stadtphysicates über seine Amtsthätigkeit. Wien 1883. Wilhelm Braumüller. — Dr. Freiherr v. Massenbach, Das öffentliche Gesundheitswesen, im Reg.-Bez. Cöslin. Colberg 1884. Rud. Knobloch. — Dr. Schneller, Ueber Lesen und Schreiben. Danzig 1884. Adolf Schreinert. — Dr. Ernst Ewe, Bad Nenndorf, ein Führer für Kurgäste Berlin 1883. Gutmann'sche Buchhandlung (O. Enslin), — Geheimer Hofrath Professor Dr. B. Schultze, Lehrbuch der Hebammenkunst 7. Auflage. Leipzig 1884. Wilhelm Engelmann. — Prof. Dr. A. v. Rozsahegyi, Hygienische Grundsätze bei der Reconstruction von Städten. Berlin 1884. Th. Fischer, Medic. Buchhandlung. — Dr. S. Kolaczek, Grundriss der Chirurgie, 1. Allgemeiner Theil, ibid. 1884. — Dr. Isenschmidt, Weitere Skizzen aus der chirurgischen Klinik des Herrn Geheimrath v. Nussbaum. München 1883. Jos. Ant. Finsterlin. — Prof. Dr. Ad. Strümpell, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. II, 1. Leipzig 1884. F. C. W. Vogel. —

XIX. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Director der provinzial-ständischen Irren-Anstalt Sanitätsrath Dr. Meyer zu Osnabrück und dem Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. Beckhaus in Bielefeld den Charakter als Geheimer Sanitätsrath sowie dem Kreisphysikus Dr. Schulz zu Coblenz und dem Badearzt Dr. Richard Schmitz zu Neuenahr den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen.

Ernennungen: Der Kreiswundarzt Dr. Kant zu Beuthen a. O. ist aus dem Kreise Freistadt in den Kreis Aschersleben versetzt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte: Dr. Gaertner in Breslau, Dr. Rother in Reichthal, Dr. Huedepohl in Riemsloh, Dr. Rittershausen in Osnabrück, Dr. Jens in Bochum, Ritz in Inden, Dr. Klinkenberg in Aachen, Dr. Callmeyer in Hausberge und der Zahnarzt Ahland in Osnabrück.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. Georg Schulz von Hammerstein nach Tempelburg, Dr. Muehle von Hannover nach Dannenberg, Dr. Müller von Arnsberg nach Hasselünne, Dr. Thisquen von Sossenheim nach Stolberg bei Aachen und der Zahnarzt Bruhn von Neu-Ruppin nach Kottbus.

Verstorben: Dr. Fabricius in Bernstadt, Dr. Schoenert in Wattenscheid, Dr. Joh. Bapt. Weiler in Schweich, Stabsarzt Dr. Berndt in Berlin, Dr. Altmann in Hittfeld und Prof. Dr. Zwenger in Marburg.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Behschnitt hat die Thiele'sche Apotheke in Reichenbach i. Schl., der Apotheker Reichardt die Stender'sche in Salzdetfurth, der Apotheker Eichhorn die Sarter'sche in Berncastel und der Apotheker Schramm die Linn'sche in Hermeskeil gekauft.

2. Bayern. (Aerztl. Intelligenz-Blatt No. 11, 1884.)

Anstellung. Die Stelle des Hausarztes bei dem Zuchthause Kaisheim wurde dem k. Stabsarzte im Beurlaubtenstande Dr. Friedrich Schäfer, practischem Arzte zu Mittenwald, ü[illegible]n.

Bemerkung.

Wie schon aus dem Wortlaute der Mittheilungen des Herrn R. Emmerich in der vor. Nr. über „die Auffindung der Pneumoniecoccen in der Zwischendeckenfüllung siechhafter Wohnräume" hervorgeht, handelt es sich um ein Autorreferat seines Vortrages nicht um einen selbstständigen Originalartikel. D. Red.

[1]) Mehrfachen an uns gerichteten Wünschen geben wir durch diese nachträgliche Publication Folge. D. Red.

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Besondere Beilage.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

I. Ueber die Entstehung krankhafter Geschwülste.

Von

Dr. Paul Grawitz.

Meine Herren. Wenn ich ein so umfassendes, überaus schwieriges, in so vielen Punkten noch unaufgeklärtes Gebiet der Pathologie, wie es die Entstehungsgeschichte der Geschwülste ist, zum Gegenstande eines Vortrags wähle, dessen wesentlicher Zweck Orientirung der praktischen Collegen sein soll, so darf ich weder den Anspruch erheben, etwas Vollständiges oder Abgeschlossenes zu bringen, noch darf ich unter Voraussetzung der specielleren Literatur allzu tief auf die Erörterung einzelner Fragen eingehen. Ein Vortrag dieser Art kann nur einen Ueberblick gewähren, ein Bild im Lichte der gerade herrschenden Auffassung, und ich werde mich bemühen, dies Bild so zu malen, wie es Lessing im Laokoon verlangt, dass es dem Beschauer einzelne Momente deutlich darstellt, und ihm im Uebrigen einen möglichst grossen Spielraum zum eigenen Denken überlässt.

Sie wissen, m. H., dass das Gebiet der Geschwülste bis heute noch nicht fest abgegrenzt ist, dass eine genaue und erschöpfende Definition des Begriffes Geschwulst überhaupt nicht wohl zu geben ist, und dass jeder Autor nach seiner Weise denselben innerhalb eines grossen Spielraums weiter oder enger fassen kann. Dieser Unsicherheit gegenüber ist es gewiss eine merkwürdige Erscheinung, dass zu allen Zeiten über die Entstehung der Geschwülste Deutungen und Theorien aufgestellt worden sind, welche die Geschwülste stillschweigend als einheitliche Gruppe krankhafter Bildung betrachteten, und demnach einen einzigen gemeinsamen ursächlichen Factor zur Erklärung aller der verschiedenen Tumoren für ausreichend hielten. Ich verweise Sie bezüglich der älteren Theorien, welche die Geschwülste als fremdartige Gebilde sui generis, als Parasiten betrachteten, oder sie auf allgemeine Dyskrasien bezogen, oder sie einfach als Inflammationes auffassten, auf die Darstellung in Virchow's Geschwulstwerk. Dieses Werk bildet den hervorragendsten Markstein auf dem Wege der Geschwulstkenntniss im Allgemeinen und der Entstehungsursachen im Besonderen. Sie finden hier zum ersten Male allen voraufgegangenen Theorien Rechnung getragen. Sowohl die dyskrasische Grundlage, wie die örtliche Prädisposition wird unter den Ursachen aufgeführt, die causae proximae, Traumen und Läsionen kommen ebenso zu ihrem Rechte, wie die Inflammationes von Broussais, und Reize nervöser Art, aber der wesentliche Fortschritt, der Virchow's Werk weit über Alles hinaushebt, was je über diesen Gegenstand geschrieben worden ist, beruht in der kritischen und objektiven Behandlung jedes einzelnen Falles, beruht darin, dass er zwar eine Fülle von Theorien anerkennt, aber keine einzige als dominirende über die andere erhebt, und als Universaltheorie zur Erklärung aller Geschwülste ausruft.

Wer die Ansichten Virchow's über die Ursachen von Geschwulstbildungen aus seinem Werke studiren will, der wird vergebens am Anfang oder Ende nach einem Glaubensbekenntnisse suchen, oder nach einem Recept, nach welchem wohl oder übel die Tumoren entstehen müssen, sondern er wird bei jedem einzelnen Capitel mehrfache Möglichkeiten erwogen finden, und in jedem Falle aufs Schärfste die Grenze gezogen sehen, zwischen dem, was der Autor als feststehend betrachtet, und dem, was er als mehr oder weniger wahrscheinlich der Speculation offen lässt. — Man wird hier einwerfen, dass gerade Virchow die Grenzen der Geschwülste sehr weit gesteckt hat, und dass sein Werk, das an dem Wendepunkt zwischen der älteren humoralen und der neuen Medicin steht, nothwendig auch solchen Tumores und solchen Ideen Rechnung tragen musste, über welche wir Jüngeren die geklärten Anschauungen schon von unsern Lehrern überkommen haben. Man wird es also für weniger verdienstlich halten, dass Virchow für die Syphilis andere Ursachen als für die Sarcome, für die Cysten, Hydrocelen etc., andere als für Fibrome und Myome aufführt, allein, wenn man das Gebiet auch noch so sehr eingeengt, wenn man nicht nur, wie Lücke, die hydropischen Geschwülste und ähnliche Capitel kürzt, sondern so streng wie Klebs, Cohnheim u. A. alle diejenigen Gewebsneubildungen ausmerzt, deren Ursachen in übertragbarem Virus bestehen oder doch mit Wahrscheinlichkeit zu vermuthen sind (Tuberkeln, Syphilis, Lupus, Rotz), so bleiben dennoch die grossen Capitel der Neoplasmen im engsten Sinne übrig, welche derart im Einzelnen, man möchte sagen als Individuum gewürdigt werden, dass Virchow nicht einmal über die Pathogenese der Lipome ein einziges für jede Fettgeschwulst gültiges Urtheil abzugeben wagt.

Diese Methode, m. H., ist das bleibend Werthvolle an der Onkologie, und ich muss hierauf einen doppelten Nachdruck legen, einmal, weil die neueren Abhandlungen auf diesem Gebiete allesammt auf dem Werke Virchow's fussen, und jede neue und davon abweichende Mittheilung sich leicht den Anschein giebt, oder dem ferner stehenden Leser leicht den Eindruck macht, als sei die ganze Lehre erschüttert; zum Zweiten aber deshalb, weil selbst eingeweihte Autoren, wie mein Freund Formad in Philadelphia, die Sache so darstellen, als liesse sich der Standpunkt, den Virchow zur Aetiologie der Geschwulst einnimmt, ebenso mit drei Worten, z. B. „Prädisposition und Entzündungstheorie" formuliren, wie ihr eigener.

In der langen Zeit nun, welche seit dem Erscheinen von Virchow's Werk verflossen ist, ist keine ähnlich zusammenfassende Arbeit über Geschwülste geschrieben worden, und keiner der späteren Autoren hat für die Pathogenese der Tumoren neue Gesichtspunkte gewonnen, welche nicht in dem einen oder andern Abschnitte bei Virchow bereits erwähnt und gewürdigt worden wären. Das Eigenartige einzelner der neueren Arbeiten beruht wesentlich in der einseitigen Hervorkehrung und Generalisirung eines Factors, welcher seit langer Zeit bekannt und in der Discussion gewürdigt ist, dem aber auf ein Mal eine Wichtigkeit beigelegt wird, dass alle andern, vielleicht ebenso oft zutreffenden und ebenso bedeutenden Factoren neben ihm vollständig verschwinden müssen.

Am nächsten steht der Lehre Virchow's die Auffassung, welche Formad und sein Schüler Henry Wile vertreten, wenngleich ihre Schlussfolgerung, dass alle Tumoren entzündlichen Ursprungs seien, auf den ersten Blick etwas radikal erscheinen mag. Wollte man hierüber streiten, so müssten wir zuerst den Begriff „Entzündung" in die knappe Form einer Definition fassen, welche alles erschöpfte und doch überall strenge Grenzen zöge. Will man alsdann soweit gehen, die Gewächse mit in diese Definition einzuschliessen, so darf man sich doch nicht verhehlen, dass die Geschwülste eben Bildungen sind, welche sich wesentlich von den Produkten einer Entzündung im gebräuchlichen Sinne unterscheiden, und die man deshalb aus guten Gründen stets von ihnen gesondert hat. Meint man aber mit dem „entzündlichen Ursprung" nur, dass ein Reiz ein Irritamentum beiden Processen, der Geschwulstbildung wie der Entzündung zu Grunde liegen müsse, so ist diese Annahme zwar gewiss richtig, allein sie fördert die Frage nach der Entstehung der Geschwülste ganz und gar nicht, weil man nun doch fragen muss, worin sich die Reize, welchen eine Entzündung folgt, von denen, welche eine Geschwulst entstehen lassen, unterscheiden? Dieser Unterschied ist eben der schwierige Punkt, der das eine Mal in localen, das andere Mal in allgemeinen Ursachen zu suchen ist, den man für die Gesammtheit der Geschwülste mit dem Namen „Prädisposition" belegt hat. Sobald eine Prädisposition an einer Stelle eines Gewebes gegeben ist, so kann ein Reiz, der sonst entzündungserregend zu wirken pflegt, eine Geschwulst erzeugen, aber mehr thatsächlicher Werth ist in der Theorie von dem entzündlichen Anfange der Tumoren einstweilen nicht wohl aufzufinden. —

Wenn Klebs in einem kürzlich in Zürich gehaltenen Vortrag über die Entstehung der Geschwülste an einen Fall von Riesenwuchs anknüpft, und die Hypothese aufstellt, dass bei beiden Processen das Primäre der anomalen Wucherung in einer gesteigerten Blutzufuhr durch Gefässerweiterung und Neubildung zu suchen sei, so liegt hierin mehr eine Umschreibung als eine Erklärung. Die Ursache des Riesenwuchses ist unbekannt, und sie wird um nichts verständlicher, wenn man sie als gleichwerthig den organoiden Geschwülsten betrachtet, und aus der Fülle unerklärter Wucherungsvorgänge diejenigen der Arterienwände heraushebt und als den Anfang der ganzen Störung hinstellt. Die Veränderungen der Arterien und die Regelung der Blutzufuhr einer Geschwulst sind ebenso, wie die entzündlichen Anfänge von Virchow eingehend behandelt worden, sie sind unzweifelhaft von hoher Bedeutung, aber auch sie liefern allein durchaus nicht den Schlüssel zum Verständniss der so vielfach complicirten Vorgänge. —

Wiederum von einem ganz andern Gesichtspunkte erscheint die Entstehung der Geschwülste als einheitlicher Process in der Allgemeinen Pathologie Cohnheim's, in welcher die spontane Entwicklung ano-

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

maler, bei der frühesten embryonalen Bildung versprengter Gewebskeime als die einzige und universelle Aetiologie hingestellt wird [1]).

Die Lehre Conheim's ist jedenfalls in Ansehung der vollendeten Form, in welcher sie alle Neoplasmen, sowohl die homologen als die heterologen, die relativ gutartigen wie die bösartigen Geschwülste von dem Weiterwachsen bei der Bildung versprengter oder unverbraucht gebliebener embryonaler Keime ableitet, ein Meisterwerk zu nennen. Cohnheim selbst betont mehrfach, dass er seine Lehre als Hypothese angesehen wissen will, und wenn er nicht an gar so vielen Stellen eine dieser Hypothesen als beweiskräftige Stütze für eine neue Hypothese anführte, d. h. sie thatsächlich behandelte, als wenn sie erwiesene Beobachtung wäre, so liesse sich gegen die geistreiche und anregende Darstellung der Geschwülste nicht viel einwenden. Die Leichtigkeit mit welcher Conheim sich mit allen voraufgegangenen Theorien abfindet, mit welcher er namentlich mit den traditionellen traumatischen Gelegenheitsursachen tabula rasa macht, contrastirt zwar lebhaft mit der vorsichtigen Behandlung, welche diese ältere Weisheit in Virchow's Werk erfahren hat; allein unter der Voraussetzung, dass alle seine Ideen im Uebrigen richtig wären, könnte man diejenigen Factoren, welche ausser den embryonalen Keimen etwa noch an der Entstehung eines Gewächses betheiligt sind, allenfalls entbehren, sie sinken jedenfalls in Cohnheim's System zur Bedeutung unwesentlicher Nebenumstände herab.

Lassen wir indessen die Polemik, welche diese neue Lehre gegen die ältere führt, bei Seite, so liegt der Kern der Gedanken Cohnheim's in folgenden zwei Sätzen: 1) wo eine Geschwulst sich entwickelt, da muss ein Rest von embryonalem, d. h. unentwickeltem Keimgewebe vorhanden sein, 2) diesem Gewebe wohnt die Fähigkeit inne, „wegen der embryonalen Natur seiner Zellen“ auch ohne locale Irritation im späteren Leben zu einer Geschwulst heranzuwachsen.

ad 1) Wer die Ausführungen Cohnheim's zum ersten Male und ganz unbefangen liest, wird erstaunt sein, dass die thatsächlichen Beobachtungen, welche diesen beiden Sätzen als Grundlage dienen, ohne Ausnahme vor Cohnheim bekannt waren, und dass gerade die sichersten Angaben darüber sich in Virchow's Geschwulstwerk vorfinden, in welchem sowohl angeborene fertige Geschwülste, wie Erblichkeit und congenitale örtliche Anomalien erwähnt werden. Es giebt bekanntlich ausser den angeborenen Geschwülsten im engern Sinne eine Reihe von Stellen des Körpers, an welchen von der Geburt an kleine Bildungsstörungen bemerkt werden, welche sich erst später zuweilen zu wirklichen Tumoren entwickeln. Wenn nun Cohnheim diese Fälle in dem Sinne verallgemeinert, dass sich an allen diesen Stellen embryonales, unfertiges Keimgewebe erhalte, welches sich später als seine normale, in der Entwickelung regelmässig fortgeschrittene Umgebung entwickeln könnte, so sollte man doch mindestens erwarten, dass Cohnheim an den bisher bekannten Stellen derartige Keime untersucht und beschrieben, und ihren Charakter als embryonal legitimirt hätte. Da dies nicht geschehen ist, so werde ich hier über Untersuchung derartiger Anomalien auf welche Cohnheim's Theorie aufgebaut ist, berichten, und hoffe Ihnen zu beweisen, erstens, dass die Zahl der hierher gehörigen Fälle sehr gering ist, und zweitens, dass Niemand bei einem Menschen nach der Geburt eine Geschwulst aus einem Gewebe hat hervorgehen sehen, welches man mit Recht als embryonales bezeichnen könnte.

Am bekanntesten ist das Beispiel der Mäler und Warzen, welche angeboren sind, dann manche Jahre lang ohne Schaden getragen werden, bis sie später einmal zu bösartigen Sarcomen oder Krebsen werden. Dieser Hergang ist seit Langem bekannt, die Naevi sind congenital, allein ich bestreite, dass das Gewebe eines Naevus nach der Geburt noch die Bezeichnung als embryonales verdiente. Das Gewebe eines Naevus ist nach der Geburt des damit behafteten Individuums ebensowenig embryonal zu nennen, wie die Haut in der Umgebung; die Oberfläche enthält verhornte Epidermis wie die Nachbarschaft, im Innern findet sich reguläres Fett- und Bindegewebe, Haarbälge mit oft sehr üppiger Haarbildung, welche im Gesichte der Bartbildung sogar voraus-eilt, und es giebt kein mir bekanntes Merkmal, an welchem man histologisch einer Warze ansehen könnte, ob sie congenital ist, oder ob sie sich später erst entwickelt hat. Wenn aber die einzelnen Bestandtheile eines Naevus in ihrer Ausbildung gleichen Schritt halten mit den analogen Bestandtheilen der übrigen Haut, so kann man hier von einer embryonalen Natur der Zellen doch füglich nicht sprechen [2]).

[1]) Ich lege hier die I. Aufl. von 1877 zu Grunde, welche die Theorie entschieden präciser formulirt, als die zweite, wenngleich der wesentliche Gedanke in beiden derselbe ist.

[2]) Der „Mysticismus“, welcher mit der Bezeichnung embryonal getrieben wird, findet eine höchst treffende Beleuchtung in der Schrift von Th. Ackermann „Die Histogenese und Histologie der Sarcome“ Volkmann's klin. Vorträge No. 233. 234.

In noch weit grösserem Massstabe kennen wir angeborene Versprengung von Keimen in den Sakraltumoren und denjenigen angeborenen Bildungsanomalien, bei welchen fötale Gewebe in die Schädelkapsel, in den Bauchraum, die Rachenhöhle etc. abgesprengt worden sind. So wenig hier ein Zweifel obwalten kann, dass der Vorgang der Absprengung als solcher dem intrauterinen Leben angehört, so wenig darf man doch die transplantirten Theile nach der Geburt und beliebige Jahre lang embryonal, also unreifes Keimgewebe nennen. Wir sehen bei einer späteren Untersuchung, dass aus dem Schleimgewebe Fettgewebe geworden ist, dass Knorpel sich zu Knochen entwickelt, dass epidermoidale Theile Hautschmeer und Haare liefern, kurz, dass jede Anlage sich nach ihren Gesetzen entwickelt so gut es geht, dass aber keine indifferente Masse von Keimgewebe sich hier als Dauergewebe erhält.

Dasselbe gilt von den Dermoidgeschwülsten. Obwohl hier noch Niemand die abgesprengten Keime selbst gesehen hat, wie es bei den Naevi und den Steissgeschwülsten möglich ist, so ist dieser Ursprung aus der Lage und sonstigen Beschaffenheit der Geschwülste mit hoher Wahrscheinlichkeit zu schliessen. (Heusinger u. A.) Ich habe eine Anzahl solcher Bildungen, die als tiefe Atherome vom Halse exstirpirt waren, gesehen, Herr Dr. Dessauer hat dieselben untersucht und 1879 in seiner Dissertation beschrieben, ich stimme ihm bei, dass sie aus unvollständigem Verschluss einer Kiemenspalte entstanden sind. Dass aber die Wand aus embryonalem Gewebe zusammengesetzt sei, kann ich ebenso wenig zugeben, wie ich die Producte andrer Dermoide, als da sind Talg, lange Haarbüschel und Backzähne für besondere Merkmale fötaler Gewebsproduction halten kann.

Ich habe vor einiger Zeit blasige Cysten der Bronchien beschrieben, welche ich sowohl an Präparaten von unreifen Früchten, als auch bei einem Kinde und bei einem Manne in höherem Alter untersuchen konnte. Die Präparate vom Fötus zeigten fötales, zellenreiches Keimgewebe in der Wand der bronchiektatischen Cysten; bei dem Kinde fand sich wuchernder Knorpel und fertiges Bindegewebe, bei dem Manne bestand die Wand aus dickem, derbem Bindegewebe, alten Knorpelstücken und Fettgewebe. Die Cysten waren zwar allesammt congenital, aber nur die Cystenwand des Fötus war embryonal.

In einer Abhandlung über die sogenannten Lipome der Niere habe ich im vorigen Jahre ausgeführt, dass diese Geschwülste als Matrix nicht die Nierenrinde haben, sondern dass sie von kleineren oder grösseren bei der fötalen Bildung abgesprengten Stückchen der Nebenniere ausgehen. Es ist dies gewiss ein Befund, der mehr thatsächliches Material für Cohnheim's Theorie liefert, als die Experimente, welche seine Schüler zur Erhärtung derselben angestellt haben, aber diese Keime, welche man sehen und greifen kann, sind durchaus nicht embryonal, es sind kleinere Stückchen, aber deutliche Nebennieren, wie Sie an den mitgebrachten Präparaten und an den mikroskopischen Schnitten ohne Weiteres sehen werden.

Endlich ist unter den einschlägigen Beobachtungen von abgesprengten Keimen, aus welchen sich Geschwülste entwickeln können, hervorzuheben, dass Virchow mitten in der Epiphyse eines Humerus Cysten und Enchondrome aus abgesprengten Knorpelinseln gefunden hat, welche bei unregelmässiger Ossification liegen geblieben waren. Aber hier handelte es sich weder um congenitale Vorgänge, noch um embryonale Keime, sondern um Residuen einer extrauterinen rachitischen Wachsthumsstörung.

Ebenso zu beurtheilen sind die Fälle, in denen Zahnkeime, welche bei dem Zahnwechsel durch andere Zähne mechanisch in ihrer Entwicklung gehemmt werden, cystisch degeneriren und Geschwülste bilden, welche ihrem Inhalt nach den Dermoiden nahe stehen. Auch hier handelt es sich um wachsthumsfähige Anlagen, welche an ihrer normalen Ausbildung gehemmt sind, da sich aber die Zahnbildung erst im sechsten Lebensjahre zu vollziehen beginnt, so kann man derartige Cysten weder als congenital, noch etwa als embryonal bezeichnen.

Eine eigenartige Stellung nimmt die Thymusdrüse ein, welche nicht ganz selten Ausgang sarcomatöser Neubildungen wird, wie Virchow zuerst nachgewiesen hat. Hier handelt es sich um ein Gewebe, welches seiner Bestimmung nach im Kindesalter verschwinden sollte, und wenn es persistirt, so könnte man es allenfalls als fötal bezeichnen, weil es keine höhere Entwicklung im extrauterinen Leben erfährt.

Von dieser einen Ausnahme abgesehen, sind alle bekannten fötalen Transplantationen, welche nachweislich zum Ausgang krankhafter Geschwülste werden können, nicht embryonaler Textur. Keime von histioiden Geschwülsten (Lipom, Fibrom, Myom etc.) hat noch Niemand demonstriren können, und es lässt sich daher nicht sagen, ob sie embryonal sind oder nicht. Wo eine directe Untersuchung möglich ist, da gilt der Satz: Gewebe von embryonaler Structur erhalten sich nicht nach der Geburt.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag № 14. 3. April 1884.

DEUTSCHE
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.
Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.
Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Aus dem städtischen Krankenhause Moabit in Berlin.

Ueber einen Fall von Hernia diaphragmatica.

Vortrag mit Demonstration, gehalten im Verein für innere Medicin am 3. März 1884

von

Paul Guttmann.

Unter Hernia diaphragmatica versteht man Lücken, Defecte im Zwerchfell, durch welche Unterleibsorgane, bezw. Theile derselben in die Brusthöhle eintreten. Die meisten dieser Zwerchfellsdefecte sind vollständige, sodass also eine freie Communication zwischen Brust- und Bauchhöhle besteht. Nun kommen aber, und zwar, wie die Literatur zeigt, etwa im zehnten Theil aller Fälle von Zwerchfellshernien auch unvollständige Defecte im Zwerchfell vor, d. h. es besteht keine wirkliche Lücke im ganzen Zwerchfell, sondern nur ein Defect im musculösen Theile desselben, während die serösen Ueberzüge des Zwerchfells, die Pleura parietalis und das Peritoneum erhalten sind. Eine solche, durch den Defect im Muskel verdünnte Zwerchfellspartie wird durch die andrängenden Unterleibsorgane allmählich emporgedrängt, und es bilden Pleura und Peritoneum den Bruchsack für die nach der Brusthöhle hin dislocirten Unterleibsorgane, während in den erstgenannten Fällen von vollständigen Zwerchfellsdefecten, die etwa 90 Proc. der in der Literatur mitgetheilten Zwerchfellshernien bilden, ein Bruchsack an den dislocirten Unterleibsorganen nicht besteht.

Was nun das Vorkommen der Zwerchfellshernien betrifft, so ist es keineswegs ein exceptionell seltenes. Wir haben gerade aus den letzten Jahren hierüber sehr ausführliche Zusammenstellungen, die eine von Lacher im Deutschen Archiv für klinische Medicin[1]) v. J. 1880, welcher über 276 Fälle berichtet, von denen jeder in seinen wichtigsten Einzelheiten angeführt ist, und die zweite von Thoma in Virchow's Archiv[2]) v. J. 1882, wonach deren Zahl 290 beträgt.[3])

Die Zwerchfellshernien kommen, wie die Statistik zeigt, in der kleineren Hälfte der Fälle angeboren vor, in der grösseren Hälfte sind sie erworben. Unter den Ursachen für die erworbenen Zwerchfellshernien ist die häufigste eine directe Verletzung des Zwerchfells durch Stich, doch kommen auch durch andere traumatische Einwirkungen, durch Sturz u. A., Zerreissungen im Zwerchfell zu Stande. Wenn der Defect im Zwerchfell gross ist, so treten gewöhnlich mehrere Unterleibsorgane in die Brusthöhle hinein. Der Häufigkeit nach, in welcher man die einzelnen Unterleibsorgane in der Brusthöhle fand, steht in erster Linie der Magen, demnächst folgen das Colon transversum, die verschiedenen Abtheilungen des Dünndarms, die Leber und andere Unterleibsorgane.

Was nun meine eigene Beobachtung von Zwerchfellshernie betrifft, so erwähne ich im Voraus, dass ich sie während des Lebens nicht erkannt habe. Ich theile diesen Irrthum in der Diagnose mit den meisten Beobachtern dieser Anomalie, denn unter den 290 Fällen von Hernia diaphragmatica ist dieselbe nur 6 mal während des Lebens erkannt bezw. vermuthet worden; mit Sicherheit erkannt auf Grund physikalischer Symptome, wurde sie nur ein einziges Mal in dem Falle von Leichtenstern, der in der Berl. klin. Wochenschrift 1874 beschrieben ist, in den übrigen Fällen ist sie vermuthet worden auf Grund vorzugsweise von Einklemmungserscheinungen, die nach traumatischen Verletzungen des Zwerchfells an den in die Brusthöhle dislocirten Unterleibsorganen (Magen, Darm) aufgetreten waren.

[1]) 27. Band, S. 268.
[2]) 88. Band, S. 515.
[3]) In dem mir so eben zugesandten, in New York erscheinenden Monatsjournal, The Aesculapian, February, 1884, pag. 92 findet sich ein neuer, von Welsh mitgetheilter Fall von congenitaler linksseitiger Zwerchfellshernie.

Mein Fall betraf eine 42jährige (nicht verheirathete) Patientin, bei welcher sofort auffiel, dass das Herz in der rechten Brusthälfte pulsirte. Da diese Dextrocardie schon in der Kindheit der Patientin bemerkbar war, so musste sie als congenital angenommen werden. Nichts wies darauf hin, dass etwa pathologische Ursachen in der linken Brusthöhle (Empyem u. s. w.) in jener frühen Zeit eine Dislocation des Herzens nach rechts und Fixirung desselben an der abnormen Stelle erzeugt haben könnten. Ich nahm daher einen Situs inversus auf das Herz beschränkt an. Freilich war es mir bekannt, dass der Situs inversus, auf das Herz beschränkt, nur sehr selten vorkomme, sondern dass er fast immer alle Organe des Körpers betreffe; ein allgemeiner Situs inversus aber konnte in diesem Falle schon auf Grund der normalen Rechtslage der Leber ausgeschlossen werden. — Die Untersuchung des Herzens zeigte, dass es sehr stark hypertrophisch war, und dass als Ursache der Hypertrophie eine Insufficienz der Mitralklappe und Stenose des Ostium atrioventriculare sinistrum bestand.

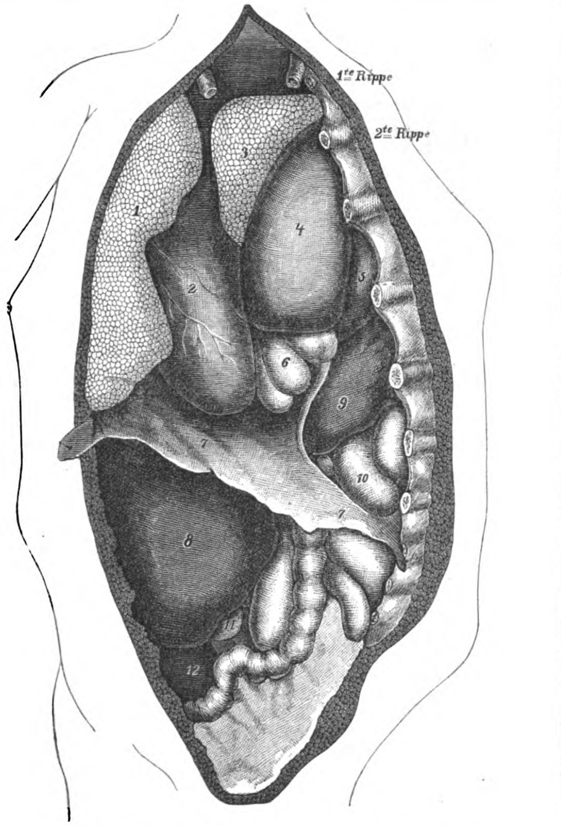
Ausserdem constatirte man eine Dislocation der rechten Niere, die unterhalb der Leber in einem kleinen Raum beweglich sich fand. Die Klagen der Patientin bezogen sich vorzugsweise auf Athemnoth, die in mässigem Grade eine dauernde war und zu Zeiten sich erheblich verstärkte. Man deutete sie als Folge des Herzklappenfehlers, der starken Hypertrophie, der bedeutenden Beschleunigung der Herzpulsationen. Es traten ferner häufig Schmerzen in der rechten Bauchseite auf, die als chronisch-peritonitische, hervorgerufen von Seiten der dislocirten Niere, gedeutet wurden — entsprechend den Erfahrungen aus anderen Fällen. Die Schmerzen irradiirten aber auch auf die benachbarten Körpergegenden, so dass die Untersuchung der Patientin stets erheblich gestört war. Nichts wies, abgesehen von der Herzhypertrophie und dem Klappenfehler, darauf hin, dass im Thorax noch eine andere Anomalie bestehe.

Unter den Folgen des Klappenfehlers, starken Oedemen, Herzschwäche, ging die Kranke zu Grunde. Bei der Section fand sich das überraschende Bild einer linksseitigen Hernia diaphragmatica[1]). Die nachfolgende Zeichnung, welche gleich nach der Section in situ entworfen wurde, zeigt die wichtigsten, in Betracht kommenden Verhältnisse[2]).

In der linken Brusthöhle, und zwar nur im obersten Theile bis etwa zur zweiten Rippe, liegt die ganz retrahirte linke Lunge, nur der vordere innere Rand derselben reicht etwas tiefer. Von etwa der zweiten Rippe bis zur vierten liegt der Magen, mit seiner kleinen Curvatur nach innen, mit seiner grossen Curvatur nach aussen. Nach hinten liegen ein Theil des Darms, und zwar vom Colon transversum, sowie einzelne Dünndarmschlingen, unter dem Magen ebenfalls einzelne Darmschlingen und endlich noch in der linken Brusthöhle der ganze linke Leberlappen, und unter diesem wieder einige Darmschlingen. Hindurchgetreten in die linke Brusthöhle waren alle diese Unterleibsorgane durch einen offenbar angeborenen Defect im Zwerchfell, der sich in dessen linker Hälfte nahe dem tendinösen Theile befindet und etwa vier Finger bequem einführen lässt. Der Rand, welcher die etwa halbmondförmig gestaltete Lücke begrenzt, ist ein vollkommen glatter; nirgends sieht man an diesem Rande auch nur Spuren eines pathologischen Processes, so dass hieraus ebenso, wie aus der Angabe, dass die Dextrocardie schon in der Kindheit bemerkt worden war, die congenitale Natur des Zwerchfellsdefectes hervorgeht. Der linke Leberlappen hebt sich von dem rechten sehr scharf ab durch eine schnür-

[1]) Das anatomische Präparat wurde nach Schluss der Sitzung demonstrirt.
[2]) Die Zeichnung musste für die Druckstellung des Vortrages sehr verkleinert werden; zur Demonstration war eine colorirte Zeichnung in nahezu natürlicher Grösse der Theile benutzt worden.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



1. Rechte Lunge. 2. Herz. 3. Linke Lunge. 4. Magen. 5. Dickdarm. 6. Dünndarm. 7. Zwerchfell. 8. Rechter Leberlappen. 9. Linker Leberlappen. 10. Darm. 11. Gallenblase. 12. Rechte Niere.

furchenähnliche verdünnte Stelle, welche sich unmittelbar unter dem die Zwerchfellslücke begrenzenden Rande befindet; mit der linken Thoraxwand ist der linke Leberlappen durch mehrere Bindegewebsstränge adhärent. Die anderen in der linken Brusthöhle liegenden Unterleibsorgane zeigen nirgends Adhäsionen, weder unter sich noch mit der Thoraxwand. Die Zwerchfellsursprünge zeigen keine Anomalie.

Das Herz liegt, verdrängt durch die in die linke Brusthöhle dislocirten Unterleibsorgane, in der rechten Brusthälfte, fast vertical, es ist ziemlich stark hypertrophisch, und es findet sich an ihm der im Leben diagnosticirte Klappenfehler, eine hochgradige Stenose des Ostium atrioventriculare sinistrum mit Insufficienz der Mitralis, bedingt durch vollkommen kalkige Degeneration der Mitralis und des Vorhofsostium. Die rechte Lunge ist in Folge der Herzhypertrophie etwas retrahirt. Ferner fand sich die diagnosticirte Dislocation der rechten Niere, welche unmittelbar unter der Leber liegt, sowie die bindegewebige, durch chronische partielle Peritonitis erzeugte Verwachsung der Niere mit der Leber und der Nachbarschaft.

Wie verhielten sich nun die Ergebnisse der physikalischen Untersuchung der linken Thoraxhälfte gegenüber der abnormen Lage der Organe? Was zunächst die Percussion betrifft, so war der Schall auf der linken vorderen Thoraxfläche von der ersten bis zur vierten Rippe in seiner Qualität durchaus gleich laut und tief, d. h. es unterschied sich der Schall der im oberen Theile dieses Raumes gelegenen retrahirten Lunge nicht vom Schall des unterhalb derselben gelegenen Magens — wenigstens nicht bei der gewöhnlichen Methode der Percussion. Das ist nicht so auffallend wie es vielleicht erscheint. Als Analogon kann hierfür das Beispiel des Pneumothorax herangezogen werden. Oft beobachten wir beim Pneumothorax, dass der Schall bei der gewöhnlichen Percussionsmethode durchaus nicht einen tympanitischen oder metallischen Klang hat, sondern dass er laut, tief, wie der Lungenschall ist, oder lauter als dieser, hypersonor. Und bei Pneumothorax liegen die Verhältnisse für tympanitischen oder metallischen Schall noch günstiger als beim Magen, vor allem weil sein Luftraum ein grösserer ist, demnächst auch, weil sich die Luft unmittelbar unter der Thoraxwand befindet, während sie bei der Lage des Magens in der Brusthöhle noch durch die Magenwand von der Thoraxwand getrennt ist. Anders freilich ist sehr oft — nicht immer — das Ergebniss der Percussion beim Pneumothorax, wenn der Percussionsschall in der Weise erzeugt wird, dass man mit dem Stiel des Hammers auf das Plessimeter schlägt und den Percussionsschlag mit dem Ohre an der Brust oder mit dem Stethoskope auscultirt. Man hört dann meist Metallklang, in gleicher Weise hört man ihn auch am herausgenommenen Magen. Diese Methode (Stäbchen-Plessimeter-Percussion und Auscultation) würde ich angewendet haben, wenn ich an die Möglichkeit gedacht hätte, dass der Magen in der linken Brusthöhle liegen könne. Ob aber diese Methode in jedem Falle, wo der Magen in der Thoraxhöhle liegt, zum Ziele führt, möchte ich noch für fraglich halten auf Grund von Leichenversuchen. Ich habe solche an Leichen von Kindern angestellt, wo die Verhältnisse für den Versuch günstiger sind als bei Erwachsenen, weil die Lunge gewöhnlich noch nicht oder höchstens ganz leicht verwachsen ist mit der Pleura costalis, und man also durch einen Einstich in das Zwerchfell den Magen in die linke Thoraxhöhle einführen kann und zwar so, dass er wandständig an einen Theil der vorderen und seitlichen Thoraxfläche angrenzt. Wenn ich dann, nach Vernähung des Einschnitts in das Zwerchfell, die Stäbchen-Plessimeter-Percussion auf die der Lage des Magens entsprechende Thoraxpartie anwandte, so hörte ich bald gar keinen, bald einen nur ganz undeutlichen Metallklang. Wesentlich hängt das Ergebniss des Versuches aber auch ab von der Menge des Luftgehaltes des Magens; wenn man den Magen vom Duodenum aus mit Luft aufgeblasen hat, dann wird der Metallklang deutlicher, während er bei geringem Luftgehalt des Magens ganz fehlen kann.

Aehnliche Verschiedenheiten kann man an dem Schall des Magens unter seinen normalen Lageverhältnissen wahrnehmen, bald ist er sehr deutlich tympanitisch, bald gedämpft tympanitisch, und ebenso ist der Ausdehnungsbezirk des Magenschalles nach den Füllungsverhältnissen des Magens verschieden.

Im unteren Theil der linken Thoraxhälfte und zwar vorn etwa von der 5ten Rippe an, in der Seitenfläche von der 6ten Rippe, hinten vom untern Winkel der Scapula an war der Schall gedämpft. Im Leben bezog ich diese Dämpfung auf Residuen eines älteren Pleuraexsudates, das nach Angabe der Patientin vor längerer Zeit auf der linken Seite bestanden haben sollte. Die Section zeigte, dass diese Dämpfung bedingt war durch den linken Leberlappen. Bis zum Beginn dieser Dämpfung bot der Schall auf der Seitenfläche und hinteren Fläche der linken Thoraxhälfte keine Abweichung von den normalen Eigenschaften.

Die Auscultation ergab auf der linken Thoraxhälfte von oben bis abwärts zu der erwähnten Dämpfung, also auch innerhalb der Magenregion, vesiculäres Athmungsgeräusch. Es war allerdings schwach, aber doch nicht merklich schwächer, als auf der rechten Brusthälfte, wo wegen des dortliegenden hypertrophischen Herzens die rechte Lunge ebenfalls etwas verdrängt, retrahirt war, also das Athmungsgeräusch nicht so laut erzeugt werden konnte. Dass man in der Magengegend vesiculäres Geräusch hörte, ist nicht auffallend, da ja bei jeder energischeren Athmung das Athmungsgeräusch sich von der Ursprungsstelle noch ziemlich weit fortpflanzt. Wir können z. B. bei etwas verstärkter Inspiration das vesiculäre Athmungsgeräusch noch ziemlich laut in der Lebergegend hören.

In den letzten Lebenstagen hingegen fielen dem Stationsarzte bei der Untersuchung Zeichen auf, die auf die Vermuthung hätten hinleiten können, es handle sich um eine Hernia diaphragmatica mit Dislocation des Magens in die linke Brusthöhle — Zeichen die nicht mehr zu meiner Kenntniss gekommen waren. Es trat nämlich in der Gegend, wo der Magen wirklich lag, ein tympanitischer Schall auf, vermuthlich war zur Zeit der Untersuchung der Magen gerade stärker mit Luft aufgebläht. Ferner war jetzt in diesem Bezirk die Athmung sehr abgeschwächt, offenbar wegen stärkerer Verdrängung der Lunge durch den ausgedehnten Magen. Endlich hörte man einige metallisch klingende Geräusche, die mit der Athmung nicht zusammenhingen, sondern offenbar im Magen entstanden waren — wie man ja so oft bei der Auscultation des Magens sie wahrzunehmen Gelegenheit hat. Diese eigenthümlichen, so charakteristischen Geräusche wären vor Allem geeignet gewesen, den Verdacht auf die abnorme Lage des Magens in der Brusthöhle zu erwecken. Man hätte dann verschiedene Fragen an die Kranke richten können, die für die Begründung der Vermuthung von Wichtigkeit gewesen wären, insbesondere die Frage wo beim Schlucken von sehr kaltem Wasser das Kältegefühl auftritt, das wir Gesunden bekanntlich im Epigastrium haben (allerdings fast immer nur beim ersten Schluck), und welches bei dieser Kranken im mittleren Theil der Brusthöhle hätte auftreten müssen. Man hätte ferner den Ort der stärksten Intensität des Schluckgeräusches untersuchen können, welches viel höher als normal wahrnehmbar gewesen wäre.

Am Schlusse meiner Mittheilung möchte ich nochmals auf die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

abnorme Lage des Herzens die Aufmerksamkeit lenken, insofern sie in später vorkommenden Fällen von Hernia diaphragmatica von vornherein schon den Verdacht auf diese Anomalie lenken kann, und zwar natürlich nur auf eine linksseitige. Aber die linksseitigen Zwerchfellshernien kommen auch vorzugsweise in Betracht, weil sie, wie die Literatur zeigt, viel häufiger sind als die rechtsseitigen, und zwar in dem Verhältniss, dass 6 linksseitige vorkommen gegenüber einer rechtsseitigen, und weil die an sich schon seltenen rechtsseitigen nur hier und da zur Dislocation von Unterleibsorganen in die rechte Brusthöhle führen wegen des Schutzes, welchen die grosse Oberfläche der Leber gegen dieses Eindringen bietet, daher exceptionell seltene diagnostische Objecte bilden.

Die abnorme Lage des Herzens bildet nun einen Wegweiser für die Diagnose der linksseitigen Zwerchfellshernie auf Grund folgender Erwägungen:

Es giebt nur drei Ursachen von Dislocation des Herzens nach rechts: entweder sie ist durch pathologische Processe im linken Pleurasack bedingt (Empyem, Pyopneumothorax), oder sie ist ein congenitaler Situs inversus oder endlich sie ist durch Verdrängung von Seiten abdominaler, durch einen Zwerchfellsdefect in die linke Brusthöhle eingedrungener Organe erzeugt. Die erstgenannte Ursache ist sehr leicht erkennbar, auch dann, wenn der pathologische Process längst abgelaufen und das damals dislocirte Herz durch Verwachsung an der abnormen Stelle fixirt sein sollte — was übrigens verhältnissmässig selten vorkommt —, weil diese abgelaufenen Processe Residuen zurücklassen (Einsinken der betreffenden Thoraxhälfte u. s. w.). Wenn man also diese Ursache ausschliessen kann, so bleiben nur die zwei anderen, Situs inversus des Herzens und Hernia diaphragmatica sinistra. Nun ist der Situs inversus des Herzens fast immer nur Theilerscheinung eines allgemeinen Situs inversus und dieser letztere durch physikalische Untersuchung sofort nachweisbar. Der auf das Herz (bezw. die Brustorgane) beschränkte Situs inversus ist dagegen ungemein selten. In einer Zusammenstellung von W. Gruber (Reichert's und du Bois-Reymond's Archiv 1865, S. 589) über etwa 100 Fälle von Situs inversus der Organe wird erwähnt, dass in der alten Literatur nur 7 Fälle und in der neueren auch nur vereinzelte mitgetheilt sind, wo die Brustorgane allein dislocirt waren.

Man wird daher bei Vorkommen von Dextrocardie, nach Ausschluss eines allgemeinen Situs inversus, nicht blos denken dürfen an den so seltenen, auf das Herz beschränkten Situs inversus, sondern auch gleichzeitig an eine etwaige linksseitige Zwerchfellshernie. Ist aber erst die Vermuthung auf diese Anomalie gerichtet, dann wird, wenigstens in einer gewissen Zahl von Fällen, keine erhebliche Schwierigkeit bestehen, sie durch die Untersuchung zu erkennen.

II. Ueber die Beziehungen der Hernia diaphragmatica congenita zur Entwicklungsweise des Zwerchfells.

Von

Geh. Med.-Rath Professor **Dr. Waldeyer.**

(Im Anschlusse an den Vortrag des Herrn P. Guttmann nahm in der folgenden Sitzung des Vereins Geh. Med.-Rath Professor Dr. Waldeyer das Wort.)

Das Zwerchfell entwickelt sich (vgl. die Untersuchungen von N. Uskow, Archiv f. mikrosk. Anat., 22. Bd., pag. 143) im Zusammenhange mit dem Herzbeutel, den grossen venösen Gefässstämmen und der Leber. Zu Anfang besteht nur ein einziger grosser seröser Körperraum, das primäre Cölom, welches das spätere Pericardialcölom, das Pleuracölom und Peritonealcölom umfasst, und dessen Form am passendsten wohl mit der eines Beinkleides verglichen werden kann, wenn man sich dieses sowohl am unpaaren Stücke, wie unten an beiden Beinschenkeln geschlossen denkt. Es besteht nämlich das primäre Cölom aus einem proximalen (kopfwärts gelegenen) unpaaren Stücke und zwei distalen, davon fusswärts ausgehenden Schenkeln. Das unpaare Stück wird im wesentlichen zur Pericardialhöhle, die paarigen Schenkel, welche sich freilich nachher auch zu einem unpaaren Raume vereinigen, zur Pleurahöhle und Peritonealhöhle. Zuerst vollzieht sich der Abschluss der Pericardialhöhle vom Reste des primären Cöloms; diesen Rest, welcher dann noch die Pleura- und Peritonealhöhle umfasst, kann man passend als „secundäres Cölom" bezeichnen. Das Diaphragma wird also später fertig gestellt als das Pericardium.

Die Anlage des Zwerchfells ist sowohl morphologisch wie histologisch eine doppelte. Morphologisch muss ein ventraler Theil von einem dorsalen unterschieden werden, histologisch die bindegewebige Primäranlage von einer erst später in diese hineinwachsenden musculösen.

Das ventrale wie das dorsale Diaphragma legen sich schon sehr früh an, zugleich mit der ersten Anlage des Herzens. Der ventrale Theil ist unpaarig und ist in seinen ersten Anfängen repräsentirt durch das von His sogen. „Septum transversum". Wenn wir auf den oben angezogenen Vergleich mit dem Beinkleide zurückkommen, so würde das Septum transversum dem Peritonealstücke des Beinkleides, dem sogenannten „Schritte" entsprechen. Das Herz ruht diesem Septum transversum auf, ungefähr wie das Scrotum dem Schritte des Beinkleides und besteht Anfangs ebenfalls aus zwei getrennten paarigen Hälften.

Wenn wir die durch den angezogenen Vergleich gegebenen Raumverhältnisse näher erwägen, so ergiebt sich unmittelbar, dass das Septum transversum in der Mitte bis zur hinteren Körperwand reichen muss, dort die Anlage des Vorderarms (Oesophagus) umschliessend, rechts und links wird sich je eine Oeffnung befinden, welche in die Schenkelräume des Beinkleides hinabführt. Es ist dieses die (doppelte) Communication der primären Pericardialhöhle mit dem secundären Cölom (Pleuroperitonealhöhle). Wenn sich nun das Septum transversum vergrössert und nach beiden Seiten hin verbreitert, so wird die in Rede stehende Communicationsöffnung immer mehr nach hinten rücken und kleiner werden, bis sie sich endlich ganz schliesst, womit dann die vorher angegebene Trennung zwischen Pericardial- und Pleuroperitonealhöhle gegeben ist.

Hinter der Leberanlage, welche an der unteren Fläche des Septum transversum gefunden wird und mit dieser anfangs fest verbunden ist, erstreckt sich, nach Verschluss der genannten Communicationsöffnung, ein kleiner Blindsack der gemeinsamen Pleuroperitonealhöhle nach aufwärts, dieser Blindsack, Recessus pleuralis, wie man ihn nennen könnte, stellt die primäre Pleurahöhle dar und ist anfangs nur eine kleine dorsale, obere und paarige Abtheilung des nach Absperrung des Herzbeutels verbleibenden Cölomrestes. Nach unten geht er natürlich in den Bauchhöhlentheil des Cöloms über, nach oben hatte er früher die Communication mit dem Herzbeutel, die ja aber nunmehr verschlossen ist.

Paarig erscheint die primäre Pleurahöhle auch nach der Vereinigung der beiden Schenkel des Beinkleides einfach deshalb, weil in der Mittellinie die Anlage der Wirbelsäule sammt der davor liegenden Eingeweide, Oesophagus etc., bis an die Leber heranreicht.

Somit ist der linke Recessus pleuralis vom rechten abgesperrt, und um von einem zum andern zu gelangen, muss man erst nach abwärts zur Peritonealhöhle gehen, welche ja nach oben in die beiden Recessus, wie in zwei Zipfel ausläuft.

Kommen wir zur Anlage des Diaphragma zurück. Wie gesagt, ist im Septum transversum dessen ventraler (vorderer) Theil gegeben. Der hintere und laterale hat einen anderen Ursprung. Ein Stück des dorsalen Diaphragmas schliesst sich unmittelbar an den ventralen an, indem letzterer sich an der Rückenfläche der Leberanlage nach abwärts umbiegt; dies abwärts umgebogene Stück ist der mittlere Theil der dorsalen Diaphragma-Anlage, die hinteren und lateralen Stücke, welche sich nach rechts und links ergänzend an das dorsale Mittelstück anlegen, stammen von dem Gewebe her, welches die Vv. omphalomesentericae begleitet. Diese Venen ziehen von rechts und links, indem sie zugleich von unten her in den Herzbeutel treten, zum Herzen und das sie umgebende Gewebe springt dabei sichelförmig von der Seite her in den gemeinsamen Pleuroperitonealraum vor. Nach vorn (ventralwärts) legt sich diese Sichel an das Septum transversum an, geht dann an der seitlichen Wand herum fast bis zum medianen Septum beider Recessus pleurales. Jeder Recessus pleuralis wird also nunmehr begrenzt: medianwärts vom Septum longitudinale (i. e. dem in der Gegend der Wirbelsäule vorhandenen Vorsprunge) nach vorn von demjenigen Theile des dorsalen Diaphragmas, welchen wir vorhin als den mittleren bezeichneten und der mit der hinteren Leberfläche verwachsen ist, seitlich und hinten von der eben beschriebenen Sichel.

Letztere Sichel wächst nun nach abwärts abermals in 2 Pfeiler aus, die man sich unter der Gestalt der beiden Gaumenbögen vorstellen kann. Die unteren Enden dieser beiden Bögen verwachsen mit dem an der hinteren Leberfläche gelegenen mittleren Theile des dorsalen Diaphragmas, und so bereitet sich der Abschluss der anfangs sehr kleinen Pleurahöhle von der Peritonealhöhle vor. Zur Zeit besteht noch eine Communication zwischen den beiden den Gaumenbögen vergleichbaren Pfeilern hindurch. Der Verschluss erfolgt nun durch einfaches Zusammenwachsen der beiden Pfeiler oder Bögen.

Vergegenwärtigt man sich alles dies, so ist klar, dass also, wie vorhin für die Herzbeutel-Communication geschildert wurde, auch die Pleuro-peritonealcommunication eine doppelte ist und schlitzförmig zu beiden Seiten neben der Wirbelsäule liegen muss. Die primitive Pleurahöhle entsteht aus dem abgeschlossenen Recessus pleuralis und ist anfangs sehr klein, die kleinste der 3 serösen Körperhöhlen. Sie liegt ganz nach hinten in dem Winkel zwischen Leber und Wirbel-

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

säule versteckt und ragt nach unten beutelförmig in die Peritonealhöhle vor, so aber, dass diese hinten und seitlich höher kopfwärts sich erstreckt als die Pleurahöhle. Es ist dies bekanntlich ganz abweichend von dem späteren Verhalten beim Erwachsenen; hier ragt ja hinten und seitlich die Pleurahöhle tiefer hinab. Somit entspricht weder die primäre Pleurahöhle noch das primäre Diaphragma nach Lage, Grösse und Form den definitiven Zuständen. Diese werden erst durch die ausserordentliche Entwickelung der Lungen herbeigeführt, wobei die primäre Pleurahöhle sowohl nach oben, wie nach abwärts und nach vorn vergrössert wird und dabei den Herzbeutel nahezu von allen Seiten her umfasst und von der Thoraxwand gleichsam abspaltet. In Folge der hierbei eingetretenen Lageverschiebungen wird dann auch das Zwerchfell seiner definitiven Lage und Form zugeführt.[1])

Finden wir, wie im vorliegenden Falle, eine Hernia diaphragmatica spuria, d. h. eine solche, die eines Bruchsackes entbehrt, so muss dieselbe — Traumatismen ausgeschlossen — zu einer Zeit entstehen, wo noch die Pleuro-peritonealcommunicationen bestehen. Am günstigsten ist der Zeitpunkt, in welchem dieselben noch nicht zu sehr verengt sind, also in dem Stadium der einfachen halbmondförmigen Diaphragmaanlage, wenn sich die erwähnten beiden den Gaumenbögen ähnlich sehenden Pfeiler noch nicht gebildet haben. Erfolgt um diese Zeit eine Dislocation der Baucheingeweide zur Pleurahöhle hin, so wird man aber immer vor der Bruchpforte ein Stück des Diaphragma, die ja zu dieser Zeit schon vorhandene Ventralpartie desselben, entwickelt finden müssen, wie das auch im vorliegenden Falle sich zeigt. Auch kann das dorsale Diaphragma, i. e., dessen Pars lumbalis entwickelt sein, da ja dessen Anlage schon sehr früh vorhanden ist, und ihre Weiterentwicklung durch die Hernie kaum gehemmt werden dürfte.

Wir können schliesslich auch die Thatsache verstehen, warum die Bruchpforte meist an einer Seite und vorzugsweise links liegt, denn erstens haben wir ja eine paarige Communication, zweitens hängt rechts die sich rasch entwickelnde Leber anfangs mit dem Diaphragma innig zusammen und hindert hier den Durchtritt der Baucheingeweide zur Pleurahöhle.

[1]) Man kann auch durch die Heranziehung eines anderen Vergleiches eine Vorstellung vom Entwicklungsgange der drei serösen Körperhöhlen sammt der sie trennenden Membranen gewinnen. Ihre Lage zu einander entspricht ungefähr der der Nasenhöhle zum Rachen- und Pharynxraume. Man muss sich nur den vorderen Theil des Septum narium fortdenken und dafür an der hinteren Pharynxwand ein longitudinales Septum annehmen, was sich oben ins Septum narium fortsetzt. Der vordere somit einfach gedachte Nasenraum entspricht der Herzbeutelhöhle, und läge darin das Herz hinten an dem longitudinalen Septum, dem Mesocardium posterius, befestigt. Rechts und links von diesem Mesocardium posterius bestände durch die beiden Choanen hindurch die Communication mit dem pleuró-peritonealen Abschnitte des Cöloms. Denkt man sich ferner die Zunge am harten Gaumen festgewachsen, so entspräche dann der bleibende Rest des Mund-Rachenraumes dem Recessus pleuralis, wäre aber, wegen des hier bis zum weichen Gaumen, resp. Zungenrücken vorspringend gedachten Septums doppelseitig. Nach abwärts im Pharynx spränge das longitudinale Septum nicht mehr so weit vor, und wir hätten dann im Pharynx-Raume das Bild der (später einfachen) Bauchhöhle. Die Lagebeziehungen dieser drei Abtheilungen des Pharyngo-nasalgebietes entsprechen ziemlich genau denen des primären Cöloms, nur muss man sich natürlich die Bauchhöhle nach den Seiten und nach vorn hin vergrössert vorstellen. Der Gaumen, die Zungenschleimhaut und die Zungenmusculatur repräsentirten das sich später mächtig entwickelnde Septum transversum und gäben auch ein ziemlich treues Bild der embryonalen Zusammensetzung desselben. Der Gaumen nämlich wäre als die von **Schmidt** und **Uskow** sogenannte Membrana pleuropericardiaca, die zum Herzbeutel wird, zu deuten, die Zungenmusculatur als Leber und die zwischen beiden gelegene Zungenschleimhaut als ventrales Diaphragma, welches sich ja der Leber entlang nach abwärts krümmt wie die Zungenschleimhaut dem Rücken der Zunge entlang. Dieses rückwärts gewendete Gebiet der Zungenschleimhaut entspräche dem mittleren dorsalen Theile des Diaphragma und hätte eine freie Fläche zum Rachenraume, i. e. zum Recessus pleuralis hin. In der That sind ebenso wie es hier im Bilde Gaumen, Zungenschleimhaut und Zungenfleisch sein sollen, beim Embryo die Membrana pleuro-pericardiaca und ventrales Diaphragma und Leberanlage im Septum transversum verwachsen.

Zunächst schliesst sich nun die paarige Verbindung zwischen Pericardialhöhle und Recessus pleuralis ab; im Bilde geschieht das, wenn wir uns den weichen Gaumen etwas aufwärts und nach hinten gegen die hintere Rachenwand wachsen lassen, die Uvula verschmilzt dabei ja mit dem angenommenen medianen Septum.

Um nun die Vervollständigung des Diaphragmas und den Abschluss des Recessus pleuralis richtig zu verstehen, nehme man an, der Arcus pharyngopalatinus sei unten an seiner Pharynxinsertion abgelöst, und an der hinteren Pharynxwand bis an das hier supponirte mediane Septum im Halbkreise herum geschoben worden, so dass er den Zungenrücken, da wo das Septum auf diesen trifft, berührt. Man denke sich nun an Stelle der Tonsille einen Spalt zwischen beiden Arcus, so hat man die nöthigen Daten. Es ist nämlich auf diese Weise der Recessus pleuralis bis auf die der Tonsille entsprechende Oeffnung, wie früher von der Pericardialhöhle, so jetzt von der Peritonealhöhle abgesperrt, die letztere ragt noch nach oben hinter der Pleuralhöhle spaltförmig aufwärts, und wenn man durch Zusammenwachsen der beiden Arcus sich die gedachte Oeffnung verschlossen denkt, sind jetzt alle 3 Höhlen getrennt. Die primitive Pleurahöhle ist aber noch sehr klein; ihre Gestalt und Lage entsprechen nicht dem definitiven Verhalten.

Wie vorhin schon bemerkt, wird nun das definitive Verhalten des primären Diaphragmas und der primären Pleurahöhle durch das Wachsthum der Lunge herbeigeführt.

Was wir vorhin als seitlichen dorsalen Theil des Diaphragmas aufführten, wird in diesem Bilde durch die obere Vereinigung der beiden Arcus glosso- und pharyngopalatinus sowie die seitliche Befestigung des weichen Gaumens an der Wand des Rachenraumes repräsentirt.

III. Ueber puerperale Peritonitis.

Von

Dr. A. Fraenkel.

(Protocoll seines in der Sitzung des Vereins für innere Medicin am 24. März 1884 gehaltenen Vortrages.)

M. H! Die Untersuchungen, über welche ich mir Ihnen in Kürze zu berichten erlaube, beziehen sich auf einige Fälle von Puerperalerkrankung, die in den letzten Monaten auf der II. medicinischen Klinik zur Beobachtung gelangten. In zweien dieser Fälle, bei denen eine diffuse Peritonitis die hervorstechendste Krankheitserscheinung bildete, ist es uns gelungen, Reinkulturen der im Exsudat in Massen vorhandenen Mikrococcen zu gewinnen. Dies ist ja an und für sich kein besonderes Verdienst, da die neueren Methoden der Pilzuntersuchung einen solchen Grad der Vollkommenheit erlangt haben, dass selbst verhältnissmässig wenig Geübte sich ihrer mit Vortheil bedienen können. Wir haben aber mit den Culturen Uebertragungsversuche auf Thiere vorgenommen, deren Ergebniss, wie uns scheint, für die klinische Auffassung dieser speciellen Art des puerperalen Virus nicht ohne Interesse ist. Gestatten Sie mir, dem Bericht über die Versuche einige allgemeine Bemerkungen über das Vorkommen von Mikroparasiten beim Puerperalfieber überhaupt und deren Natur, soweit sie uns jetzt bekannt ist, vorauszuschicken.

Da nach der heute herrschenden und wohl allseitig als richtig anerkannten Vorstellung, das Puerperalfieber zu den Wundinfectionskrankheiten gehört, so wird man von vornherein nicht erwarten dürfen, in allen Fällen von Puerperalinfection denselben kleinsten Organismen als Krankheitserreger zu begegnen. Diese Voraussetzung wird durch die Erfahrung bestätigt und damit zunächst das Verständniss des vielgestaltigen Krankheitsbildes vom rein aetiologischen Standpunkte eröffnet. Es ist Ihnen bekannt, dass wir bereits heute eine grosse Zahl wohl charakterisirter Mikroorganismen kennen, welche zu der Erzeugung der Wundinfectionskrankheiten in einem unmittelbaren ursächlichen Verhältniss stehen. Ein Theil derselben ist im menschlichen Körper gefunden und mittelst der jetzt gebräuchlichen Untersuchungsmethoden aus den erkrankten Organen, sowie aus pathologischen Gewebssäften isolirt worden. Es gehören hierhin die Erysipelasmikrococcen, die Mikroben der Diphtherie, die gewöhnlichen Eitercoccen und die Bacillen des malignen Oedems. Andere, wie die Bacillen der sogen. Mäusesepticämie, die Coccen der progressiven Gewebsnekrose und der fortschreitenden Abscessbildung, die Septicaemiebakterien **Davaine**'s sind vorerst im Thierkörper aufgefunden worden. Ueber ihr Vorkommen beim Menschen besitzen wir zum Theil noch keine sicheren Angaben; aber es ist nicht unwahrscheinlich, dass wenigstens einzelne von ihnen gelegentlich auch in ihm sich anzusiedeln und zu verbreiten vermögen. Jeder dieser verschiedenen Mikroben erzeugt, wenn er allein den betreffenden Organismus, sei es Mensch oder Thier, befällt, ein ganz einheitliches typisches Krankheitsbild, welches nur getrübt wird, wenn gleichzeitig eine Invasion von zwei oder sogar mehreren dieser Arten stattfindet. In letzterem Falle sprechen wir von einer sogen. Mischinfection. Es liegt auf der Hand, dass durch eine solche Mischinfection nicht nur die Analyse des Krankheitsbildes zu Lebzeiten der Patienten sehr erschwert, sondern auch unter Umständen, der Versuch vereitelt werden kann, post mortem auf dem Wege mikroskopischer Untersuchung oder durch Isolirung über die Natur der sich in den Geweben und Gewebsflüssigkeiten vorfindenden Keime ins Klare zu kommen. Gerade dieser Fall ereignet sich bei den puerperalen Affectionen ausserordentlich häufig.

Sehen wir von den noch gar nicht genauer untersuchten localen Erkrankungen der Oberfläche des Genitalapparates hier ganz ab, bei deren Zustandekommen aller Wahrscheinlichkeit nach gleichfalls oft mehrere Krankheitserreger concurriren, und ziehen wir nur diejenigen Fälle in Betracht, wo es sich zugleich um eine Mitbetheiligung der inneren Organe handelt, so kann man den Satz nahezu als Regel aufstellen, dass die Mischinfection jedesmal dann erfolgt, wenn die Invasion direct in das Blutgefässsystem hinein stattfindet. Das begreift sich, da in

Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

diesem Falle gewöhnlich zerfallende Thromben es sind, welche das Virus im Körper verbreiten. Gelangen diese mit den verschiedensten Bakterien und Coccen imprägnirten Thromben an irgend einen entfernten Punkt des Körpers, so erzeugen sie dort eine Heerderkrankung, in welcher sich dieselben verschiedenen Mikroben vorfinden können, deren Träger sie gewesen sind. Man kann das am evidentesten in denjenigen Fällen von Puerperalerkrankung verfolgen, in denen es zur Entwicklung einer sogen. putriden Pleuritis kommt. Das Exsudat erweist sich hier oft schon bei ganz frühzeitig angestellter Probepunction, und zu einer Zeit, wo das Sputum durchaus geruchlos ist, mithin von einer secundären Infection des embolischen Heerdes auf dem Wege der Respiration nicht die Rede sein kann, von aashaftem Gestank. Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man in ihm regellos durcheinander die mannichfachsten Bakterienformen, Stäbchen sowohl wie Coccen.

Natürlich kommt diese Form der Mischinfection auch in vielen anderen Fällen vor in denen nicht eine Puerperalerkrankung vorliegt. Ein ganz eclatantes Beispiel davon haben wir erst jüngst auf der Klinik zu beobachten Gelegenheit gehabt. Es handelte sich um einen 52jährigen an Gangraena pneumonum leidenden Manne, welcher plötzlich einen fluktuirenden Abscess an der Volarfläche des linken Ellbogengelenkes bekam. Die Haut über dem Abscess war durchaus unverletzt, und nicht einmal geröthet. Als derselbe unter allen antiseptischen Cautelen — es war ursprünglich beabsichtigt, eine Reincultur der im Eiter eventuell enthaltenen Organismen anzuztellen — geöffnet wurde, zeigte sich, dass der entleerte Eiter einen höchst stinkenden fäulnissartigen Geruch verbreitete, und bei der mikroskopischen Untersuchung wurden in ihm dieselben verschiedensten Bakterienformen, wie bei den soeben erwähnten putriden Pleuraexsudaten gefunden.

Uebrigens hat Herr College Ehrlich in einem vor 2 Jahren in den Charité-Annalen mitgetheilten Aufsatze darauf aufmerksam gemacht, dass noch andere Arten der Mischinfection mit Betheiligung entfernt gelegener innerer Organe vorkommen. Bei einer Puerpera, welche an der embolischen Form des Wochenbettfiebers, verbunden mit eitriger Parametritis zu Grunde ging, fanden sich in dem kurze Zeit nach der Constatirung punktirten rechtsseitigen Pleuraexsudat eine zahllose Menge feinster Bacillen und zwar neben den Eiterkörperchen ausschliesslich diese, so dass das Exsudat gewissermassen eine Reincultur derselben darstellte. Post mortem aber zeigten sich, dass ausserdem in der — leider all ein hierauf untersuchten — Milz noch eine bestimmte Coccenart vorhanden war, welche aus sehr kleinen paarweis geordneten Elementen bestand, die vorwiegend in gewissen Zellen des Milzparenchyms enthalten waren. Für solche und ähnliche Fälle wird man wohl annehmen müssen, dass wenigstens einer oder eventuell mehrere der inficirten Emboli Träger je einer besonderen Bakterienart waren, wodurch so zu sagen eine Reininfection verschiedener Organe mit entsprechend verschiedenen Pilzen zu Stande kommt.

Wesentlich anders gestalten sich die Verhältnisse in einer Reihe von Puerperalerkrankungen, bei welchen die Invasion des Gesammtorganismus nicht auf dem Wege der Blutbahn, sondern durch das Lymphgefässsystem erfolgt.

Diese Verbreitungsweise findet, wie bekannt, bei derjenigen Form des Puerperalfiebers statt, welche man zweckmässig als die phlegmonöse oder lymphangoitische Form bezeichnet. Der Process ist dadurch ausgezeichnet, dass er von den an der Oberfläche des Genitalapparates befindlichen Geschwüren seinen Ausgang nehmend, sich zunächst auf das zum Theil subperitoneale Beckenzellgewebe ausbreitet. In Gestalt eines serös purulenten Oedems kriecht er anfänglich in dem die Scheide umgebenden lockern Bindegewebe nach aufwärts, greift alsdann zu den Seiten des Uterus auf das subseröse Zellengewebe der Ligamenta lata über, um sich entweder hier ausschliesslich zu localisiren oder auf das Peritonäum selbst überzuspringen, von wo alsdann die Weiterverbreitung durch das Diaphragma auf die Pleurae stattfindet. Mit vollem Recht hat Virchow die malignesten Fälle dieser Art, welche eben durch ihre Neigung zu fortdauerndem Weiterkriechen der Entzündung und Eiterung ausgezeichnet sind, mit einem phlegmonösen Erysipel verglichen und für sie direct die Bezeichnung des Erysipelas malignum internum vorgeschlagen.

Untersucht man den Inhalt der Peritonealhöhle in einem derartigen tödtlich abgelaufenen Falle unmittelbar post mortem, so findet man in ihm unter Umständen ebenso wie in den mit puriformen Massen ausgefüllten Lymphgefässen der breiten Mutterbänder, abgesehen von den vorhandenen zelligen Elementen, eine oft wahrhaft erstaunliche Menge von Kugelbakterien und zwar zeigen dieselben ausschliesslich ein und dieselbe Form und nahezu gleiche Grösse, so dass man wohl sagen kann, man habe es auch hier wiederum mit einer Art Reincultur dieser Elemente im menschlichen Körper zu thun. Die Coccen bilden längere oder kürzere Ketten von 2—10 cm resp. mehr aneinander gereihten Kugeln, welche bisweilen die zierlichsten Windungen darbieten. Der erste, welcher dieselben beschrieb und auch darauf hinwies, dass der Inhalt der erweiterten Lymphgefässe in den Lig. latis weniger aus erweichten Trombenmassen, wie man früher annahm, als ausschliesslich aus diesen Gebilden in Verbindung mit Eiterzellen bestände, war Herr Waldeyer. Später ist dann eine ausführliche Arbeit von Orth über denselben Gegenstand erschienen, welche insbesondere dadurch ausgezeichnet ist, dass es dem Verfasser gelang, durch Injection derartiger peritonealer Flüssigkeiten in die Bauchhöhle bei Kaninchen die gleiche Affection mit bedeutender Vermehrung der Coccen in dem entzündlichen Exsudat zu erzeugen, wobei sich zugleich herausstellte, dass unter Umständen die Kugelelemente auch in das Blut der Thiere, und zwar ziemlich massenhaft, einzuwandern vermögen.

Ich habe ferner anzuführen, dass Herr Waldeyer die Coccen in die Lymphgefässe des Diaphragma hineinverfolgt hat, wodurch sich in ungezwungener Weise die Verbreitung der Entzündung von der Bauchauf die Brusthöhle erklärt. Man kann dieselben auch — allerdings meist nur in geringeren Mengen — mittelst der Färbemethode im Blute nachweisen und findet sie endlich regelmässig in den bei diesen Kranken öfter vorhandenen eitrigen Gelenkentzündungen. Aus alledem geht also hervor, dass ein grosser Theil der Krankheitserscheinungen hier durch die Invasion eines einzigen, wohl charakterisirten und dabei höchst virulenten Mikroorganismus bedingt wird, welcher von den inficirten Wunden am Genitalapparat aus zunächst in das Lymphgefässsystem dringt, von da aus in das Blut gelangt und nun auf dem Wege der Circulation metastatische Entzündungen entfernter Organe, z. B. der Gelenke u. s. w. erzeugt. So einheitlich gestaltet sich aber, wie ich noch besonders hervorheben möchte, nicht in allen Fällen von lymphangoitischer Erkrankung das Bild. Vielmehr lehrt die Erfahrung, dass auch bei ausschliesslicher Verbreitung durch die Lymphgefässe bisweilen mehrere Arten von Wundinfectionskeimen zugleich in den Organismus einzudringen vermögen, wofür ich als Beispiel nur diejenigen Fälle anzuführen brauche, in denen es zu ausgedehnter Nekrose und Verjauchung des Beckenzellgewebes kommt. Bei diesen handelt es sich immer um Mischinfectionen; aber dieselben sind doch verhältnissmässig selten und die Infection der innern Organe durch einen einzigen Organismus kann für die rein lymphatische Erkrankungsform als die Regel gelten. Wenn vorhin von mir gesagt wurde, dass die Coccen im letzteren Falle sich als kugelförmige Gebilde präsentiren, so ist diese Angabe nicht für alle Fälle zutreffend. Bisweilen stellen dieselben nur Segmente einer Kugel dar, gewissermassen eine Halbkugel, wobei je 2 Coccen sich immer als zusammengehörig erweisen, indem dieselben nicht nur näher an einander liegen, als die übrigen Glieder der Kette, sondern auch die Schnittfläche des Kugelsegments gegen einander kehren. Der Einzelcoccus präsentirt sich dabei also als ein Glied, dessen grösster Durchmesser in der Quere liegt und es ist klar, dass es sich dabei um eine Theilung des ursprünglich runden Coccus handelt.

Die Reincultur dieser Puerperalcoccen aus der Peritonealflüssigkeit gelingt ohne Schwierigkeit. Man braucht nur an der noch frischen Leiche unter den üblichen Kautelen die Bauchdecken bis zum Peritonäum zu spalten, welches letztere zunächst nicht mit eröffnet wird, hierauf mit einer ausgeglühten Koch'schen Spritze einzustechen und etwas von der Flüssigkeit aufzusaugen, von welcher man alsdann auf Nährgelatine kleine Partien überträgt. Um sicher in das Exsudat zu gelangen, empfiehlt es sich, den Schnitt in die Bauchdecken möglichst tief in der L. alba, wo möglich dicht über der Blase zu machen. Statt der Koch'schen Spritze bedient man sich übrigens mit mehr Vortheil für diese Fälle der sog. Pasteur'schen Pipette. Es ist das eine lange Glasröhre, welche an ihrem einen Ende in eine etwa 3″ lange zugeschmolzene Spitze ausgezogen ist, während in dem entgegengesetzten oberen Theile sich etwa in der Entfernung eines Zolles vom Ende ein Pfropf von Glaswolle befindet. Vor dem Gebrauch wird diese Pipette über der Gebläseflamme behufs Sterilisirung bis zu beginnender Rothgluth ausgeglüht. Soll die Flüssigkeit entnommen werden, so wird die an der Spitze angefeilte Röhre zuerst nochmals durch die Flamme gezogen, alsdann die Spitze mittelst einer geglühten Pincette abgebrochen und nun die Röhre durch die Bauchwunde bis an die tiefste Stelle des Exsudates geführt. Durch Saugen an einem über das freie Ende gezogenen Gummischlauch kann man ohne Schwierigkeit eine genügende Flüssigkeitsmenge aspiriren.

Die Culturen in der Nährgelatine, von denen ich Ihnen hier einige herumreiche, präsentiren sich als weissliche bandartige Streifen, welche, wie die Betrachtung bei schwacher Vergrösserung ergiebt, aus leicht gelbgefärbten Kugeln bestehen. Die einzelnen Kugeln zeigen ein feinkörniges Chagrin, welches sich bei stärkerer Vergrösserung in die natürlichen Coccenformen auflöst. Untersucht man diese Culturen in einer Glaszelle mit planparallelen Wänden, so sieht man dieselben da, wo sie bis zu der Glasoberfläche vorgedrungen sind, sich in Form eines wirklichen Rasens ausbreiten, aus dessen Peripherie eine Unzahl von Schlingen in zierlichsten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Windungen hervorwächst. An jeder Schlinge kann man deutlich bei 400facher Vergrösserung die Zusammensetzung aus kleinen, mit ihrem Hauptdurchmesser quergestellten Coccen erkennen. Bei den Culturen, welche unserem ersten Falle entstammten, beobachteten wir eine mit der fortschreitenden Entwicklung derselben parallel gehende Schmelzung der Gelatine, die sich langsam von der Oberfläche längs der Impfstiche in die Tiefe hinein erstreckte, bis jene gänzlich verflüssigt war. Diese Eigenschaft, welche offenbar auf einer Fermentwirkung der Coccen beruht, verlor sich aber bei weiterer Fortsetzung der Culturen. Es ist dies nicht befremdlich, da es mir neuerdings bei einer Bakterienart, welche ursprünglich nicht das Schmelzungsvermögen besass, gelungen ist, dasselbe künstlich herbeizuführen, dadurch, dass ich sie längere Zeit bei erhöhter Temperatur (42°) wachsen liess.

Schon vor einigen Jahren hat Pasteur Culturen dieser Mikroben auf flüssigem Nährboden angestellt. Wenngleich es mir nicht zweifelhaft erscheint, dass Pasteur die ächten Puerperalcoccen in Reincultur vor sich gehabt hat, so hat er doch nicht den stricten Beweis hierfür geliefert, indem er keine Impfversuche mit denselben angestellt hat oder wenigstens nicht von solchen berichtet. Auch in dem im vorigen Jahre erschienenen Werkchen von Duclaux, einem Schüler Pasteur's, findet sich die Angabe, dass erfolgreiche Uebertragungen noch nicht gemacht sind. Vielleicht ist dieser Mangel in der Beweisführung darauf zurückzuführen, dass die Ueberimpfung auf Thiere nicht immer gelingt. Selbst bei directer Injection der Reinculturen in die Bauchhöhle haben wir öfters Fehlresultate zu verzeichnen gehabt. Nichts desto weniger gelangt man zum Ziel, wenn man eine genügende Anzahl von Experimenten anstellt. Unsere Uebertragungsversuche wurden an Kaninchen, Meerschweinchen und weissen Mäusen ausgeführt. Am unempfindlichsten erwiesen sich von diesen 3 Thierspecies Meerschweinchen, die weder auf Injection unter die Haut, noch auf solche in die Bauchhöhle reagirten; doch soll damit nicht behauptet werden, dass nicht gelegentlich auch einmal die Uebertragung auf diese Thiere gelingen könnte. Mäuse erlagen den Impfungen unter die Haut, wenn die Quantität des eingeführten Culturmaterials einigermaassen beträchtlich war, ausnahmslos nach 24—48 Stunden Es fanden sich im Blute spärliche Mengen der Coccen; dagegen enthielt die sehr geschwollene Milz eine grosse Anzahl von ihnen. Die serösen Häute waren nicht afficirt. Kaninchen reagirten auf Injection in das subcutane Zellgewebe des Bauches, resp. der Rückenhaut gar nicht oder nur mit geringfügiger und bald vorübergehender Temperatursteigerung. Wird ihnen von der durch Erwärmen verflüssigten Gelatinecultur eine halbe Pravaz'sche Spritze in die Vena jugularis eingespritzt, so stellt sich ziemlich hohes Fieber ein, welches mehrere Tage zu dauern vermag; entweder erliegen hierbei schliesslich die Thiere oder es erfolgt Genesung. Post mortem findet man im Blut wenig Coccen, reichlichere Mengen dagegen in der geschwollenen Milz; die serösen Häute sind auch dabei gewöhnlich frei. Am sichersten gelingt bei diesen Thieren die Infection, wenn man von der verflüssigten Cultur 2—3 Theilstriche in die Lunge resp. die Pleura injicirt. Alsdann sterben die Thiere gewöhnlich nach voraufgegangenem lebhaften Fieber im Verlaufe von wenigen Tagen und als Todesursache ergiebt sich eine mehr oder weniger intensive serös fibröse Pleuritis und Pericarditis. Im Exsudate finden sich massenhaft vermehrt die eingespritzten Coccen in genau der gleichen Kettenform, welche sie im peritonitischen Exsudat des Menschen zeigen. Es hat sich nun herausgestellt, dass diese Flüssigkeiten resp. das Blut, wenn man sie direct weiter auf Kaninchen überträgt, eine weit grössere Virulenz zeigen, als die ursprünglichen, aus dem menschlichen Körper gewonnenen Culturen. Ganz besonders interessant sind in dieser Beziehung die Hautimpfungen. Bringt man einem Kaninchen mittelst Scalpells eine kleine, wenige Linien breite lineäre Wunde auf der Innenfläche des Ohres bei und bestreicht dieselbe mit einem Tröpfchen Blut oder Exsudat eines an puerperaler Septicämie gestorbenen Thieres, so constatirt man bereits nach 24 Stunden eine von dieser Wunde ausgehende lebhafte Injection und Röthung, welche nach weiteren 24 Stunden erheblich an Ausdehnung zunimmt und sich schliesslich bis zu einer intensiven Entzündung und Schwellung des ganzen Ohres steigert. Dabei bietet der Process eine unverkennbare Aehnlichkeit mit der Ausbreitungsweise und dem Verlaufe des phlegmonösen Erysipels, insofern die Entzündung, nachdem sie sich über das zuerst befallene Ohr ausgebreitet hat, nunmehr über die Kopf- und Gesichtshaut auf das andere Ohr überzugehen vermag, während zugleich an dem geimpften Ohr die Schwellung abnimmt und eine ziemlich energische Desquamation erfolgt. Andere Male bleibt zwar die Entzündung auf die eine Seite beschränkt, aber es bilden sich auf der Innenfläche, genau wie bei dem bullösen Erysipel grosse Blasen mit blauschwarzem Inhalt und es kann schliesslich zu partieller Gangrän kommen. Bei einem Thiere endlich, welchem eine Reincultur in die Vena jugularis injicirt worden war, entwickelte sich, offenbar in Folge einer beim Herausziehen der Canüle aus der Vene stattgehabten Infection der Wunde, eine erysipelatöse Entzündung, die vom Halse aus in die Höhe kriechend schliesslich das Ohr der betreffenden Seite genau in der gleichen Weise mit ergriff, wie in den soeben angeführten Fällen directer Impfung am Ohr. Als Ursache dieser Entzündung ergiebt die mikroskopische Untersuchung gefärbter Schnitte aus den erkrankten Partien des Ohres neben der Anhäufung zelliger Elemente die Anwesenheit einer überraschenden Menge der charakteristischen Coccen im Unterhautbindegewebe und zwar auch hier in den mehrfach erwähnten zierlichen gewundenen Streptoformen.

Dieser Befund erscheint uns insofern von Wichtigkeit, als nicht nur die puerperalen Coccen eine unverkennbare morphologische Aehnlichkeit mit den Coccen darbieten, welche man bei phlegmonösem Erysipel in dem serös purulenten Infiltrat des Unterhautbindegewebes findet, sondern auch nach den Erfahrungen, welche man bei Wochenbettepidemien gemacht hat, zweiffellos ein Zusammenhang zwischen der hier in Rede stehenden Form des puerperalen Virus und dem Infectionsstoff des phlegmonösen Erysipels besteht. Schon bei der grob anatomischen Betrachtung der lymphangoitischen Form des Puerperalfiebers springt, wie ich vorhin angeführt habe, die grosse Aehnlichkeit in dem Verlaufe beider Processe in die Augen, welche sich namentlich in der schleichenden, aber progredienten Ausbreitung der Entzündung im lockeren Zellgewebe documentirt, nur dass die letztere das eine Mal sich mehr an die Oberfläche des Körpers, das Unterhautzellgewebe hält, während sie im anderen Falle, entsprechend dem Sitz der inficirten Wunde, vorwiegend im Bindegewebe der Beckenorgane fortkriecht. Hierzu kommen die klinischen Erfahrungen. Es steht fest, dass von Personen, welche entweder selbst mit einem phlegmonösen Erysipel behaftet oder mit Patienten in Berührung gekommen waren, die von einem solchen ergriffen waren, Wöchnerinnen inficirt und auf solche Weise schwere Puerperalerkrankungen, ja selbst vollkommene Epidemien herbeigeführt worden sind. Andererseits ist es nicht unbekannt, dass Hebammen oder Aerzte, welche zufällig eine Wunde am Finger oder Arm hatten, durch erkrankte Wöchnerinnen angesteckt wurden und ein Erysipel acquirirten. Nur beiläufig erwähne ich endlich, dass auch die Neugeborenen von derartigen Patientinnen an erysipelatösen Phlegmonen gar nicht selten erkranken, welche ihren Ausgang von der Nabelwunde nehmen. Aus diesen Thatsachen in Verbindung mit dem Ergebniss unserer Impfversuche, sind wir geneigt zu folgern, dass es sich hier um zwei identische oder wenigstens sehr nahe verwandte Virus handelt.[1]) Es wäre interessant, wenn die Herren Collegen, denen jedenfalls grössere Erfahrung als mir über diesen Gegenstand zu Gebote stehen, durch Anführung derselben weitere Beiträge zur Bestätigung dieses Zusammenhanges lieferten.

Schliesslich habe ich noch mit ein paar Worten auf die Frage einzugehen, warum gerade in denjenigen Fällen, in denen die Infection des Körpers auf dem Wege durch das Lymphgefässsystem erfolgt, die mikroskopische Untersuchung der inneren Organe, so weit sie sich auf das Vorhandensein von Mikroorganismen bezieht, verhältnissmässig so häufig einen einheitlichen Befund liefert, der, wie ich hervorgehoben habe, bei gleichzeitiger oder ausschliesslicher Invasion ins Blutgefässsystem meist vermisst wird. Die Ursache hiervon liegt zum Theil eben in der Verbreitungsweise der im ersteren Falle sich vorfindenden Keime, zum Theil in ihrer bedeutenden Virulenz. Sobald dieselben einmal in die Lymphwege eingedrungen sind, vermehren sie sich in so energischer Weise, dass etwaige andere, anfänglich neben ihnen vorhandene Bakterienarten auf dem zunächst begrenzten Gebiete ihrer Weiterverbreitung alsbald von ihnen erdrückt werden. Der Vorgang hat eine gewisse Aehnlichkeit mit dem, welchen wir bei der experimentellen Erzeugung mancher Wundinfectionskrankheiten beobachten. Bringen wir in das Unterhautbindegewebe eines Thieres eine aus den verschiedensten Bakterienarten zusammengesetzte Faulflüssigkeit, so constatiren wir gewöhnlich am Orte der Infection beträchtliche Vermehrung dieser mannichfachen Keime mit schweren localen Folgesymptomen. Die allgemeine Invasion der inneren Organe aber erfolgt häufig nur durch einen einzigen wohlcharakterisirten Mikroorganismus, der mit jenem zusammen eingeführt wurde. Als Beispiel hierfür brauche ich nur auf die durch den Bacillus des malignen Oedems und die Davaine'schen Septicämiebakterien erzeugten Krankheitsbilder hinzuweisen.

[1]) Nachträgliche Bemerkung. Es braucht wohl kaum besonders hervorgehoben zu werden, dass hiermit nicht die Behauptung verbunden ist, ein jedes Erysipel vermöge Puerperalfieber zu erzeugen oder umgekehrt die in Rede stehende Form der puerperalen Infection sei immer im Stande Erysipel hervorzurufen. Schon das Erysipel bietet zwei so differente Formen der Erscheinung und des Verlaufes dar, nämlich die mehr oberflächlich, verhältnissmässig leichte und die mehr in der Tiefe sich ausbreitende schwere phlegmonöse Form, dass man zu der Annahme veranlasst ist, es handle sich hier entweder um zwei differente Infectionskeime oder, was uns das Wahrscheinlichere ist, um eine und dieselbe Coccenart, welche aber eine sehr verschiedene Virulenz besitzt.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Beitrag zur Casuistik der Lungenchirurgie.

Von

Ludwig Rohden-Lippspringe.

Der folgende Fall ist von mir schon im vorletzten Jahre beobachtet und notirt worden. Mündliche Mittheilung desselben an Hospitalsärzte fand wenig Gegenliebe, ich müsste den darauf folgenden Aeusserungen nach annehmen, dass solche Sachen jetzt zum täglichen Brode eines anständigen Krankenhauses gehörten. Erst in diesem Winter, nachdem es mir möglich geworden ist, die seit vorigem Frühjahre angesammelte Literatur durchzusehen, komme ich auf den Gedanken, dass auch nach Mosler, W. Koch, Leyden und Kaczorowski meine Beobachtung ihre Meriten haben kann, und gebe sie deswegen, und zwar absichtlich in der nüchternen Form meiner damaligen Notizen. In nuce lässt sich der Fall folgendermassen charakterisiren: Pneumonie, Pleuritis, (fraglich, welche von beiden die Priorität hatte), chronisches Verhalten und Schwanken hin und her lange Zeit, dann acute Pleuritis, jauchiges Empyem, Operation desselben, danach Eröffnung eines Lungenabscesses, Drainage, Heilung.

Fräulein Amalie T. aus Gummersbach wurde mir am 4. Juni 1882 von den Collegen Nohl-Gummersbach und Dissmann-Wiehl zugesandt. Die gut gebaute 20jährige Dame stammt aus durchaus gesunder Familie. Sie erinnert sich, im Herbste 1878 zuerst Schmerzen L. U. H. geklagt zu haben, welche als Rheumatismus gedeutet wurden. Im Sommer 1881 begann sie von Husten geplagt zu werden, der aber in den Hintergrund trat, als sie im Februar 1882 eine Pleuritis sinistra bekam. Einige Wochen nachher stetige Zunahme des Auswurfs, derselbe ist erst in den letzten Tagen vor ihrer Hierherkunft weniger geworden. Gewichtsabnahme seit 3 Jahren 14 Pfund. Appetit schlecht, Menses gut. L. auffallende Dämpfung, besonders U. wo laute Rhonchophonie zu hören ist, vergesellschaftet mit grossen Rhonchis und Knattergeräuschen.

Am 30. Juni: Nur noch H. die Columna entlang an der classischen Stelle der Katarrhalpneumonie bronchiales hochtimbrirtes Athmen mit Rhonchis. Pleuritisreste ganz geschwunden. Befinden tadellos, Gewichtszunahme erheblich, Aussehen vortrefflich. Drei Wochen danach, am 20. Juli: hat einige Tage vor den Menses Blutspeien und Nasenbluten, vielleicht auch nur letzteres gehabt; vorher war gar kein Husten und Sputum mehr dagewesen. Heute bei schwüler Hitze deutlich pleurogener Schmerz. Papier Fayard, dünne Chlorallösung mit Morphin.

24. Juli: Pleuritische Schmerzen zunehmend, Fieber. Eisblase.

25. Juli: Constatirung eines Exsudates, welches am 27. bis Oben hin absolute Dämpfung des Schalles bewirkt, H. durchweg ist lautes hochtimbrirtes Bronchialathmen zu hören, der Fremitus ist unterdrückt; dabei auch R. H. U. feines dichtes Knisterrasseln. Das Herz nach dem Scrobiculus hin dislocirt. Ordination: Auf den Thorax R. H. 20 trockene Schröpfköpfe.

1. August: Zustand subjectiv besser. Remittirendes Fieber mit abendlicher Acme von ca. 40,0. Objective Besserung insofern, als der Schall nur U. absolut, O. nur relativ gedämpft klingt, also eine leichte Abnahme des Ergusses anzunehmen ist. Respiration 44, oberflächlich wegen Schmerzen des vorderen Zwerchfellsansatzes. Husten, aber ohne Sputum. Einige dünnbreiige Stühle. Ordination: Abends Pulv. Doweri 0,6.

4. August: Heute einige leichte Fröste, Temperatur hoch mit geringen Remissionen.

5. August: Fröste dauern an, Fieberacme hoch, nur geringe Remissionen, Allgemeinbefinden viel schlechter. Nach Consilium mit Collegen Frey Beschluss zu punctiren. Ausführung verschob sich bis zum 6., weil ein der Kranken nahe verwandter Arzt erwartet wurde. Also am Nachmittage des

6. Punction, Entleerung von 1100 Gramm stinkenden Eiters vermittelst der Tuczek'schen Hohlnadelspritze. Auf Andringen des Verwandten noch keine Schnittoperation, sondern Ausspritzung mit $^1/_3$ procentiger Salicylsäurelösung. Die letztere blieb grösstentheils zurück. Temperatur Morgens und Abends gleichmässig 40°.

7. August: Temperatur constant 39,5. Fröste mehrfach. Beschluss am anderen Tage die Schnittoperation zu machen. Dieselbe wird aber am

8. Morgens vertagt, weil die Temperatur in den Morgenstunden eine Remission auf 38,5 macht und von schönem Schweisse gefolgt wird. Im Laufe des Tages erhebt sich jedoch die Temperatur unter häufigen Frösten wieder auf 40°. Abends sieht der Zustand höchst bedrohlich aus, Puls 140, Schwäche sehr gross. Deswegen 9 Uhr Abends mit Collegen Frey und einer Franciskanessenschwester Operation. Nach Eröffnung des Thorax in Narkose kam zuvörderst $^1/_2$ Liter einer hell chocoladenfarbigen Flüssigkeit (blutiger Eiter durch Salicylsäure verändert?), darauf trat eine Pause ein. Ich ging also mit dem kleinen Finger senkrecht auf die Längsachse des Körpers ein und traf in Länge des Fingers auf einen Widerstand, welchen ich mit der Fingerspitze ziemlich derb abtastete. Als ich den Finger wieder herausnahm, folgte ein Strom eines schwach bräunlichgelben dicken Eiters, welcher ein kleines Eiterbecken füllte. Der Geruch dieser Flüssigkeit hatte nur eine entfernte Aehnlichkeit mit dem der zuerst und Tags vorher abgeflossenen Jauche, liess sich als der eines mässig schlechten Eiters bezeichnen. Ich führte dann einen ziemlich langen Drain ein und spülte mit $^1/_3$ procentiger Salicylsäurelösung. Nach Beendigung der Operation trotz der Narkose relatives Wohlbefinden, $^1/_2$ Stunde nachher ein kurzer Schüttelfrost.

9. August: Die Nacht war gut gewesen, zweimal hatte Pat. tüchtig geschwitzt. Heute Morgen Temperatur = 36,8. Der Verband hatte stark genässt. Erneuert, nicht ausgespült. Abends 8 Uhr: Pat. hat wiederholt geschwitzt. Puls gut, Temperatur = 38,3; Ausspülung mit Salicylsäure.

26. August: Die Absonderung hat stetig nachgelassen, es wird jetzt etwas über einen Esslöffel voll eines dicken rahmigen Eiters entleert. Pat. fährt in einem Rollstuhl aus.

30. August: Entfernung des Drains wegen der Schmerzen, die seine Anwesenheit erregte. Danach am

2. September schon wieder hohes Fieber. Gürtelschmerzen um den Leib. Exploration der Wirbel ergab Schmerzhaftigkeit des 2. Lendenwirbeldornfortsatzes. Dadurch entstand eine gewisse Unsicherheit in der Diagnose, bis am

3. Abends und 4. Morgens das Athmen L. H. U. wieder weniger deutlich zu hören war und die Dämpfung des Schalles dort wieder zunahm. Also blutige Wiedereröffnung der Narbe. Der kleine Finger, eingeführt bis zum Mittelhandknochen, fühlte dicke Schwarten, brachte jedoch keine Flüssigkeit. Endlich nach einigem Graben mit dem Scalpellstiel kam etwas übelriechender Eiter. Durch einen dicken Drain, welcher soweit geschoben wurde, als mein Finger gereicht hatte, wurde Salicylsäurelösung eingespritzt. Sofort Husten und entsetztes Klagen über zusammenziehenden — Salicylsäure- — Geschmack im Halse. Nach Beendigung des Verbandes kam ein blutig schleimiges Sputum. $2^1/_2$ Stunden nachher gelinder Frost.

5. September: Die Nacht war nur mässig gewesen. Im Thorax L. werden zerstreute Schmerzen geklagt. Gelindes Fieber. Sputum rostfarben. Bei Husten deutlicher Geschmack von schlechtem Eiter.

6. September: Fieberfrei, weniges aber deutlich pneumonisches Sputum.

Einige Tage danach hörten Husten und Sputum auf bis zum 20., wo wieder leichter Husten aber ohne Sputum auftrat. Das Befinden war inzwischen dauernd vorzüglich gewesen, die Kräfte erlaubten Gänge nach dem Kurgarten und in demselben. Ueberall war gutes Athemgeräusch zu hören. Die Eiterentleerung betrug binnen 24 Stunden 1—2 Theelöffel voll, der Drain wuchs immer mehr heraus. Pat. reiste dann mit ihrer Pflegerin, der vortrefflichen Mutter, in die Heimath.

Ich habe die Pat. nicht wieder gesehen; sie schrieb mir von Zeit zu Zeit über ihr gutes Befinden dankbare Worte, konnte aber immer nicht von dem Schluss der Fistel berichten. Auch eine locale energische Behandlung in der Bonner Universitäts-Klinik wär ausser Stande gewesen, denselben zu bewirken. Endlich im vorigen Herbst nach mehr als einjährigem Bestande schloss sie sich, nachdem Pat. mehrere Monate lang Arsenik genommen hatte. Pat. betrachtet sich jetzt als ganz gesund.

V. Mittheilungen des Kaiserlichen Reichsgesundheitsamtes. Zweiter Band. Berlin, Hirschwald 1884.

Referent Ribbert.

IV.

Gaffky, Zur Aetiologie des Abdominaltyphus.

Durch eine Reihe von Arbeiten (Eberth, Klebs, Koch, Meyer etc.) haben wir als mehr oder weniger constanten Befund bei Typhus kurze stäbchenförmige Organismen kennen gelernt. Gaffky hat weitere 28 Fälle untersucht und die Bacillen in 26 Fällen wiedergefunden und zwar in Uebereinstimmung mit den Resultaten Eberth's vorwiegend in jüngeren Stadien, besonders in den markig geschwellten, noch nicht exulcerirten Plaques und solitären Follikeln. Sind einmal Geschwüre und Schorfe vorhanden, so werden die Bacillen unter den massenhaften anderweitigen Mikroorganismen nur schwer aufgefunden. Fast constant wurden die Stäbchen auch in den inneren Organen angetroffen, vorwiegend der Leber und Milz, dann den Mesenterialdrüsen und den Nieren. Die Züchtung geschah auf Fleischinfuspeptongela-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tine und gelang leicht. Es entstanden ohne Verflüssigung der Gelatine graue Colonien, zusammengesetzt aus den bekannten Stäbchen, die eine lebhafte Eigenbewegung zeigten. Auf Kartoffelscheiben trat ebenfalls eine Entwicklung ein in Gestalt eines hautartigen Ueberzuges der Oberfläche. Bei gewöhnlicher Temperatur wurde Sporenbildung nicht wahrgenommen, eine solche zeigte sich aber, wenn die Züchtung bei Körpertemperatur vorgenommen wurde. Aus dem Blut konnten die Bacillen nicht gezüchtet werden, ebenso gelang es nicht, reine Culturen aus den Typhusstühlen zu erhalten.

Die Uebertragung auf Thiere ist Gaffky ebensowenig gelungen wie einem der früheren Forscher. Es scheinen die Thiere, auch Affen, gegen die Bacillen immun zu sein, und wurden letztere auch in keinem Falle im Organismus wiedergefunden. Trotz dieser negativen Uebertragungsversuche ist Verf. wegen der Constanz des Befundes, wegen der charakteristischen Entwicklung der Culturen etc. überzeugt, die specifischen Bacillen des Typhus vor sich zu haben, und zwar specifisch in dem Sinne, dass sie nicht etwa zu den Fäulnisspilzen gehören oder aus solchen sich entwickeln könnten, sondern dass sie eine eigene Species pathogener Organismen darstellen. Nur wenn diese Keime in den Körper des Menschen gelangen, entsteht Typhus. Und zwar hält Verf. mit Virchow, nicht die Bodenluft, sondern das Trinkwasser für den Träger des Giftes, zumal für die Uebertragung auf dem Wege des Verdauungskanals der anatomische Verlauf der Erkrankung spricht. Das Grundwasser, dessen Einfluss auf die Entstehung der Epidemien unzweifelhaft ist (Pettenkofer, Buhl), in dem Sinne, dass bei seinem Sinken ein durchfeuchteter für die Entwicklung des Virus günstiger Boden zurückbleibt, hält Gaffky nur in soweit für maassgebend, als beim Fallen desselben die Brunnen die im umgebenden Erdreich vorhandene Feuchtigkeit und damit auch die in ihr enthaltenen Keime an sich saugen. Letztere gelangen aber in den Boden durch Verunreinigungen mit den Dejectionen Typhuskranker. Wenn Verf. erklärt mit der erwähnten Vorstellung der Brunnenverunreinigung bei fallendem Grundwasser keine neue Theorie aufstellen zu wollen, so ist das schon deshalb plausibel, weil solche Anschauungen schon früher geltend gemacht wurden von Buchanan und in ähnlicher Weise von Liebermeister.

Gaffky beschreibt schliesslich eine ganz umschriebene Typhusepidemie aus Wittenberg, welche die Mannschaften von 3 Compagnien Infanterie betraf, die grösstentheils in einer Kaserne, zum Theil in nahe gelegenen Bürgerquartieren untergebracht waren. Hier trat plötzlich bei tiefem Grundwasserstand eine Epidemie auf. Eine Besichtigung der Kaserne, die, neuerbaut, anfangs sehr feucht gewesen sein soll, ergab ausser einer etwas grösseren als normalen Feuchtigkeit der Grundmauern keine Abnormitäten. Dagegen fand sich die auf dem Hofe befindliche cementirte Latrine an einer Stelle undicht, und hier hatte das umgebende Erdreich deutlichen Kothgeruch. In der Nähe dieser Latrine lag der Brunnen, an welchem Zeichen von nicht völliger Dichtigkeit der Wandung aufgefunden wurden. Das Wasser dieses Brunnens war von den Mannschaften zum Trinken etc. benutzt worden. Verf. erklärt die Entstehung der Epidemie nach seiner erwähnten Auffassung auf Grund des Defectes der Latrinenwand.

Loeffler, Ueber die Bedeutung der Mikroorganismen für die Entstehung der Diphtherie beim Menschen, bei der Taube und beim Kalbe.

Vorliegende Arbeit ist bezüglich der Auffindung eines für die Diphtheritis des Menschen specifischen Organismus negativ ausgefallen. In dieser Hinsicht steht sie also auf einer Stufe mit den Arbeiten so vieler anderer Forscher, die gerade deshalb zum Theil eine anerkennendere Besprechung verdient hätten, als Verf. ihnen angedeihen lässt, so insbesondere die Arbeit von Heubner, die, wenn auch in ätiologischer Hinsicht, wie die hier zu besprechende Arbeit negativ, doch auf pathologisch-anatomischem Gebiete sehr schöne Resultate verzeichnet. Die Schwierigkeit der Untersuchungen des diphtheritischen Virus liegt zum Theil in dem Umstand, dass in den erkrankten Rachen- und Larynxpartien alle in der Mundhöhle normal vorkommenden Mikroorganismen sich ansiedeln, und unter ihnen der etwa vorhandene specifische Pilz schwer aufzufinden ist.

Verf. beobachtete nun bei seinen Untersuchungen 2 Formen, die nach Art und Häufigkeit ihres Auftretens in Beziehung zur Diphtheritis gesetzt werden könnten. Einmal kettenbildende Mikrokokken, deren Eindringen Nekrose bedingt. Sie werden in den inneren Organen wiedergefunden, kommen aber vorwiegend in solchen Fällen vor, welche anatomisch nicht durch besonders charakteristische Rachen- und Kehlkopferkrankung ausgezeichnet sind. Ferner aber Stäbchen, wie sie zuerst von Klebs beschrieben wurden, die sich nur in einer Reihe von Fällen innerhalb der Membranen, niemals in inneren Organen finden. Beide Formen wurden nun gezüchtet. Die Kokken auf Fleischwasserpeptongelatine übertragen, bilden klare, graue Colonien. Ihre Impfung, nach verschiedenen Methoden und an den verschiedensten Körpertheilen vorgenommen, ergab zwar Abscesse, eitrige Gelenkentzündung, aber keinerlei diphtheritische Processe. Sie können danach nicht als das specifische Virus angesehen werden.

Die zweite Form der Organismen, die Stäbchen, wurde auf Serumgallerte gezüchtet und nach mehrfachen Uebertragungen auf neue Gallerte schliesslich von allen anfänglich beigemengten Verunreinigungen rein erhalten. Sie stellten sich dar als Bacillen von der Länge der Tuberkelbacillen, aber etwa doppelter Dicke, färben sich leicht mit Methylenblau und gedeihen nur bei einer Temperatur von über 20° C. Impfungen gaben zunächst Immunität von Mäusen und Ratten, Meerschweinchen bekamen hämorrhagische Oedeme in der Umgebung des Impfheerdes, bei Kaninchen, Hühnern und Tauben erzeugte die Impfung in die eröffnete Trachea und auf die Conjunctiva fibrinöse Membranen. Viele der erkrankten Thiere starben, ohne dass die Bacillen in inneren Organen aufzufinden waren, woraus vielleicht auf die Erzeugung eines Giftes an der Impfstelle geschlossen werden kann. Diese Resultate sprechen auf den ersten Blick für die specifischen Eigenschaften der Bacillen. Andere Umstände aber widerlegen diese Auffassung: Die Stäbchen fanden sich in den erzeugten diphtheritischen Membranen nur vereinzelt, keineswegs in der beim Menschen gekannten Anordnung, sie wurden auch beim Menschen nur in einer Reihe von Fällen angetroffen, sie erwiesen sich bei Uebertragung auf die unverletzte Trachealschleimhaut auch bei den Thieren unwirksam, bei welchen die Impfung anschlug, endlich gelang es in einem Falle aus der Mundhöhle eines gesunden Kindes Stäbchen zu züchten, die ganz mit den beschriebenen übereinstimmen.

Weiterhin werden noch Versuche bezüglich der Diphtheritis bei Tauben und Kälbern beschrieben, es wird erwähnt, dass Uebertragungen mit frischem diphtheritischem Material gelangen, und dass stäbchenförmige Bacillen in den Verdacht gekommen sind, das specifische Virus zu sein. Beweisende Experimente sind aber auch hier noch nicht gelungen.

VI. M. v. Pettenkofer über den Stand der Cholerafrage nach der Entdeckung des Cholerapilzes durch R. Koch.

(Münchener Neueste Nachrichten Nr. 87, 88, 89.)

Ref. P. Boerner.

Vor allem mag hervorgehoben werden, dass der Münchener Hygieniker Koch's Entdeckung als eine durchaus sichere annimmt und ihr als einer „wissenschaftlichen Eroberung" alle Anerkennung zollt. v. P. selbst kommt sie weder unerwartet noch unerwünscht. Hatte er doch schon 1867 (Zeitschrift für Biologie Bd. V. S. 274) wörtlich gesagt: „Bezüglich der specifischen Ursache drängt sich uns immer mehr die Ueberzeugung auf, dass sie etwas Organisirtes sei, von einer Feinheit und Kleinheit, dass sie bisher unserer directen Wahrnehmung noch entgangen ist, gleich den Gährungskeimen, welche unsichtbar die atmosphärische Luft trägt, die wir auch nur in ihren Wirkungen und weiteren Entwicklungsstadien als Hefe wahrnehmen, wenn sie ein für ihre Entwicklung und Vermehrung geeignetes Substrat finden."

Jetzt habe aber auch für das grosse Publikum und (setzen wir hinzu gerade auch für die Aerzte) die Besprechung der Fragen auf ein allgemeines Interesse Anspruch: wo diese gefährlichen Mikroorganismen vorkommen, unter welchen Umständen sie gedeihen, wie sie in den Menschen gelangen und ihn inficiren, was man dagegen thun kann, überhaupt, ob sich durch diese Entdeckung etwas in unseren practisch gegen die Cholera gerichteten Massregeln ändern wird. v. P. sieht vorher, dass nun, da die Cholerabakterien von ihrem Entdecker bisher nur im Darme von Cholerakranken und namentlich in deren Stuhlentleerungen, in den farblosen sogenannten Reiswasserstühlen in grösster Menge gefunden werden, die Contagionisten, welche die Ausleerungen des Cholerakranken als Ausgangspunkt für alle Choleramassregeln festhalten, ausrufen würden: „Damit ist ja bewiesen, dass die Cholerastühle anstecken und dass deren Entgiftung oder Desinfection und die Desinfection aller Aborte die Hauptsache ist!" Sie würden den Localisten, welche die Cholerainfection von der Oertlichkeit ableiten, zu denen v. P. bekanntlich gehört, den Vorwurf machen, dass sie die Desinfection der Choleraausleerungen und der Abtritte für werthlos erklärt haben, und sie würden vorschlagen, auf die Entdeckung Koch's hin, diese Desinfection nun erst recht gründlich wieder aufzunehmen.

v. P. weist dies betreffend darauf hin, dass er vor 30 Jahren seine Cholerabeobachtungen noch unter der Voraussetzung begonnen habe, dass die Cholerastühle den Cholerakeim enthielten. Daher hielt auch er noch 1866 den Gedanken, die Desinfection derselben sei eine prophylaktisch wirksame Massregel, fest und gab ihn erst auf, als ihm bei fortgesetztem Studium der Thatsachen sowohl die Nutzlosigkeit der Desinfectionsmassregeln, als auch die Unschädlichkeit der nicht desinficirten Choleraausleerungen immer augenscheinlicher entgegentrat.

In der Zeit der letzten Cholerajahre in Europa (1870 bis 1875) trat v. P. bereits mit dem vollsten Unglauben an die Wirksamkeit der Desinfection der Ausleerungen Cholerakranker heran und wurde durch den Verlauf der Epidemien in München, in der Gefangenenanstalt Laufen und durch die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erhebungen der Choleracommission für das deutsche Reich vollends darin bestärkt.

An diesem Standpunkt ändere die Entdeckung Koch's nichts, ja er könne sich sogar auf diese stützen. So lange man den Cholerapilz nicht kannte, dürfte man immer noch annehmen, dass die bisherige Desinfection deshalb nichts genützt habe, weil die angewandten Desinfectionsmittel, wesentlich Lösungen von Eisenvitriol und Carbolsäure, den Cholerapilz nicht getödtet haben. Dies musste von v. P. umsomehr zugegeben werden, als gefunden wurde, dass manche Pilze weit kräftiger wirkenden Mitteln hartnäckigen Widerstand leisten. Der Cholerapilz konnte ja ein so widerstandsfähiger sein. Bekanntlich haben die Forschungen Koch's das Gegentheil erwiesen. Die Pilze starben „nach dem Eintrocknen so rasch ab wie kaum eine andere Bakterienart. Gewöhnlich ist schon nach dreistündigem Trocknen alles Leben in ihnen erloschen. — Es hat sich ferner noch ergeben, dass ihr Wachsthum nur in alkalisch reagirenden Nährsubstanzen regelrecht erfolgt. Schon eine sehr geringe Menge Säure, welche das Wachsthum anderer Bakterien noch nicht merklich beeinflusst, hält sie in der Entwickelung auffallend zurück."

Letztere Eigenschaft stimmt mit der Ansicht sogar wörtlich überein, die v. P. früher in seinem mit Griesinger und Wunderlich verfassten Choleraregulativ anerkennt. Er betonte damals, dass der Cholerapilz sich wahrscheinlich nur in alkalischen Medien fortpflanze, und schlug aus diesem Grunde vor, Excremente und Alles, was von Cholerakranken kommt, bis zur sauren Reaction mit Eisenvitriol und theilweise auch mit Carbolsäure zu versetzen. Auch die Anwendung der gasförmigen schwefligen Säure, das Ausschwefeln, beruht auf diesem Principe.

Die Erfahrung zeigte bald, dass diese Anschauung, der noch die Choleraconferenz in Weimar 1867 zustimmte, auf irrigen Voraussetzungen beruhte. v. P. führt zum Beweise die Choleraepidemien im Sommer 1873 und Winter 1873/74 in München und vor allem die wohlcontrolirten Fälle aus Kasernen und Gefängnissen an.

Oberstabsarzt Dr. Port hat in seinem Berichte über den Verlauf der Cholera 1873/74 in der Garnison München nach v. P. unwiderleglich nachgewiesen, dass die Choleraverbreitung unter den verschiedenen Truppentheilen wohl von der Lage der Kasernen, aber nicht von den Abtritten und auch nicht von den Ausleerungen der Cholerakranken abhing, indem gerade dort, wo aus den sieben Kasernen alle Cholerakranken zusammengehäuft wurden, im Militärkrankenhause Oberwiesenfeld, wo Wärter mit Cholerastühlen oft förmlich übergossen wurden, keine Infectionen erfolgten.

Für nicht minder beweiskräftig gilt v. P. die aus den Berichten der deutschen Cholera-Commission bekannte Cholera-Explosion in der Gefangen-Anstalt zu Laufen, die von den Excrementen in den Gruben absolut nicht ausgegangen sein konnte.

Wo man den Verlauf der Choleraepidemien genauer verfolgt hatte, trat überall ihre locale und zeitliche Begrenzung ganz auffallend in den Vordergrund. Die verschiedenen Erklärungen dafür widerständen selbst einer mässigen Kritik und die Entdeckung des Cholerabacillus werde ihnen bald ihr letztes Ende bereiten, weil man bald werde nachweisen können, dass die Bacillen dort wo sie vorausgesetzt werden, nicht vorhanden sind. Selbst wenn sie sich im Trinkwasser fänden, so wäre damit noch nicht nachgewiesen, dass die Infection vom Trinkwasser ausgehe, da der Magensaft den Pilz zerstören würde.

v. P. geht dann ein auf die dauernde oder zeitweise Immunität vieler Orte der Cholera gegenüber und unterwirft besonders eine Einschleppung von München nach Stuttgart 1854, die als eine directe vom Kranken und zwar durch die Wäsche desselben ausgehende Ansteckung aufgefasst wurde, einer widerlegenden Kritik. In Stuttgart entwickelte sich bekanntlich keine Epidemie, es blieb bei den wenigen Fällen. Die Cholerawäsche von München also nur war giftig, die von Stuttgart nicht mehr. Muss man da nicht annehmen, dass in der Münchener Cholerawäsche neben den in den Cholerastühlen des Kranken enthaltenen, sonst unschädlichen Bacillen noch etwas specifisch Münchnerisches, was sich in Stuttgart nicht mehr beigesellte, ein locales Moment steckte, was erst die Ansteckung oder Infection zu Stande brachte? Nach v. P.'s Dafürhalten hatte der aus München kommende Stuttgarter auch noch etwas von dem vom Münchener Boden stammenden epidemischen Etwas, vielleicht eine Dauerform des Bacillus, die nur unter gewissen localen Verhältnissen entsteht, mitgebracht, und gerade so viel, dass es noch zu den drei Infectionen ausreichte. Den drei Stuttgarter Fällen fehlte dieses lokale Münchener Moment und deshalb steckten sie auch nicht weiter an.

Auch das Vorkommen der Cholera auf Schiffen erwähnt v. P. und verweist darauf, dass die Cholera sich auf denselben genau so verhält, wie in cholera-immunen Orten, und die äusserst selten, ganz ausnahmsweise auf Schiffen vorkommenden grösseren Choleraausbrüche nie davon abhängen, ob einer oder mehrere Cholerakranke an Bord sind, sondern lediglich von dem vorausgegangenen Verkehr der Eingeschifften mit einem cholerainficirten Orte auf dem festen Lande.

Eingehend discutirt v. P. die bekannte Abhängigkeit der Cholera-Epidemien von zeitlichen Momenten sowohl nach Jahren als nach Jahreszeiten. Wäre weiter nichts nothwendig, als dass ein gewisser Spaltpilz von einem Menschen, der ihn hat, auf einen anderen übergeht, der ihn noch nicht gehabt hat, so müssten die Erkrankungen zeitlich viel gleichmässiger vertheilt sein. Dass die Jahreszeit als solche nicht auf die individuelle Disposition für Cholera wirkt, zeigt sich darin, dass bei uns sowohl Sommer- als Winter-Epidemien möglich sind. Die Bedingungen für den Spaltpilz im Leibe des Menschen sind zu allen Zeiten ziemlich gleichmässig, stets gleiche Temperatur, gleiche Feuchtigkeit, gleiche Zusammensetzung des Nährbodens, gleichviel ob's aussen kalt oder warm ist, ob's schneit oder regnet, nass oder trocken ist. Impfbare Infectionsstoffe (Blattern, Milzbrand etc.) schlagen zu jeder Jahreszeit an, aber die Cholera nicht, zum sicheren Zeichen, dass man sie ebensowenig, wie das Wechselfieber, welches auch eine Infectionskrankheit ist und einen Spaltpilz als specifische Ursache hat, als contagiös bezeichnen darf. Als Beweis für die Existenz eines mächtigen zeitlichen Momentes bei der Cholera kennt v. P. kein lehrreicheres Beispiel, als das zeitliche Auftreten der Krankheit während der Jahre 1848 bis 1860 im Königreiche Preussen. In Preussen kamen damals jedes Jahr Cholerafälle vor, wenn auch in verschiedener Stärke und in verschiedenen Provinzen. Brauser[1]) hat alle während dieser Zeit zur Anzeige gekommenen Cholerafälle nach Monaten zusammengestellt. Von den Todesfällen in diesen 13 Jahren kamen auf die Monate

April	112	October	35271
Mai	446	November	17630
Juni	4392	December	7254
Juli	8480	Januar	2317
August	33640	Februar	842
September	56561	März	214

Gegenüber einer solchen Thatsache, die unabhängig von jeder theoretischen Anschauung ist, bei dieser erstaunlichen Regelmässigkeit der Zu- und Abnahme der Fälle nach Monaten wird man sich wohl gezwungen sehen, mit der zeitlichen Disposition zu rechnen und neben der Abhängigkeit der Cholera und des inficirenden Cholerapilzes von der Oertlichkeit auch eine Abhängigkeit von einem zeitlichen Momente anzunehmen.

Für die weitere Entwickelung der Choleraforschung und der Cholera-prophylaxe sei die Thatsache des Vorhandenseins einer örtlichen und zeitlichen Disposition ebenso wichtig und massgebend, wie der Nachweis der Existenz des specifischen Infectionsstoffes. Nun ist der Zusammenhang zwischen Cholerapilz und örtlicher und zeitlicher Disposition aufzusuchen. Vorläufig lassen sich darüber nur Vermuthungen anstellen.

Experimentelle Forschungen darüber stiessen aber auf grosse Schwierigkeiten, weil es ein trauriges Vorrecht des Menschengeschlechtes zu sein scheine, an Cholera zu erkranken. Und so werde man wie bisher auf die epidemiologische Beobachtung beschränkt bleiben, bei der man aber auch mitunter Thatsachen begegnen werde, die den Werth eines Experimentes hätten.

v. P. möchte bezweifeln, dass die Einwanderung des Cholerapilzes durch die Luftröhre wirklich ausgeschlossen ist, obschon Koch den Pilz nie im Blute und in den Organen von Choleraleichen, sondern immer nur im Darme gefunden hat. Da der Cholerapilz so, wie er sich im Darme findet, Menschen nicht inficiren kann, sondern erst unter dem Einflusse der örtlichen und zeitlichen Disposition in einen noch unbekannten Zustand, in eine sogenannte Dauerform übergehen muss, die noch Niemand gesehen hat, so scheint ihm die Einwanderung auf dem Luftwege durch's Blut nach dem Darme, wo er erst zur Koch'schen Bakterie sich entwickelt, doch noch nicht ausgeschlossen zu sein.

Ferner könne man vielleicht auch denken, dass örtliche und zeitliche Disposition etwas produciren, was dem Cholerapilze als Herberge oder Wirth dient, in welchem und mit welchem er sich erst in einen Infectionsstoff umbildet, in welchem Zustande ihm weder das Austrocknen, noch die Magensäure etwas schadet, in welchem Zustande er dann auch erst transportfähig würde.

Dem sei nun wie ihm wolle, der nächst liegende Gedanke bleibe immer der, dass der postulirte inficirende Zustand des Pilzes nur mit Hilfe dessen zu Stande komme, was unter örtlicher und zeitlicher Disposition zusammenzufassen ist. Dass örtliche und zeitliche Disposition beim Choleraprocesse eine Hauptrolle spiele, sei keine Theorie, sondern einfach eine Thatsache, die nun nach 30 Jahren endlich constatirt sein dürfte. Ein weiteres Studium habe den Zusammenhang des Cholerapilzes damit zu erklären.

Bis es den Mykologen aber gelingen werde, den Zusammenhang des Cholerapilzes mit Boden und Grundwasser zu ermitteln, werde es mit unseren practischen, prophylaktischen Massregeln wohl beim Alten bleiben müssen. „Als wirksame Mittel haben sich bisher nur hygienische Massregeln erwiesen, welche auf örtliche und zeitliche Disposition gerichtet sind, welche die Reinhaltung des Bodens unserer Wohnstätten bezwecken, namentlich gute Haus- und Ortsentwässerung, welche die Schmutzwässer, diese Nährlösungen für niedrige Organismen im Boden und im Hause, aus unserer Nähe entfernen." Allbekannt seien die durch solche hygienische Massregeln Infectionskrankheiten gegenüber auch in Indien selbst erreichten Resultate. Auch Koch habe während seines Aufenthaltes in Indien von diesen localistischen Massregeln Kenntniss genommen und wir dürften seinem Berichte auch darüber mit gespanntem Interesse entgegensehen.

VII. Die Mikrokokken der Pneumonie des Menschen und der Lungenseuche der Rinder von J. Poels, Thierarzt und Dr. med. W. Nolen in Rotterdam. — Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften No. 9. 1884. Ref. Dr. Becker.

Bei den Untersuchungen des Exsudats, welches sich in den Lungen von an Lungenseuche erkrankten und deswegen getödteten Rindern fand, wurden von den Verfassern Mikrokokken nachgewiesen, die den Friedländer'schen Pneumoniemikrokokken in allen ihren Eigenschaften glichen. Dieselben liessen bei der Anilin-Gentianaviolett-Färbung Kapseln erkennen, waren Einzel- und Doppelkokken und lagen bisweilen in Ketten aneinander. Von diesen Mikrokokken wurden Culturen auf Blutserum angelegt, die ebenfalls zu den von Friedländer als charakteristisch hingestellten sogenannten „Nagelculturen" auswuchsen (!). Sowohl Culturen von menschlicher Pneumonie, als auch solche von der Lungenseuche benutzten die Verfasser zu Infectionsversuchen durch Injection bei Thieren und erhielten „vollkommen gleiche positive Resultate".

[1]) Statistische Mittheilungen über den Verlauf der Cholera in Preussen. Berlin, 1862, bei Hirschwald.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hiernach glauben die Verfasser berechtigt zu sein zu dem Schlusse, dass die Mikrokokken der Pneumonie des Menschen und die der Lungenseuche der Rinder identische Gebilde seien. Eine ausführliche Mittheilung wird zugesagt, jedoch wäre es wohl recht wünschenswerth gewesen, bereits bei der ersten Veröffentlichung über manche sehr wichtige Punkte nicht nur Andeutungen sondern kurze Versuchsergebnisse zu erfahren. Für den objectiven Beurtheiler ist es geradezu unmöglich, aus diesen wenigen Worten, die ganz subjective Urtheile ohne Beweise enthalten, den wirklichen Werth der Arbeit zu schätzen.

Von alledem aber noch abgesehen, erscheint die ganze Beweisführung hauptsächlich aus zwei Gründen nicht ausreichend. Fürs erste setzt sie, wie es auch bei der in No. 12 dieser Wochenschrift als Autoreferat erschienenen Emmerich'schen Arbeit über Pneumoniekokken in den Zwischendeckenfüllungen der Fall ist, die unbedingte Richtigkeit der Friedländer'schen Entdeckung des Pneumonie-Erregers voraus. Es ist nicht hier der Ort des näheren auf die Friedländer'sche Arbeit einzugehen, es mag genügen, die Erörterungsbedürftigkeit derselben anzudeuten durch einen Hinweis auf die Unzulänglichkeit des für den Beweis beigebrachten Materiales (ein Fall!), sowie auf den Mangel geeigneter Controlversuche, ferner auf das anderweitige Vorkommen der für die Pneumonie-Mikrokokken als charakteristisch bezeichneten Kapseln und zuletzt auf das Wachsthum vieler anderer Bakterienarten in der „Nagelform". Und gerade diese letztgenannten Eigenschaften dienen Poels und Nolen als Grundlagen für ihre Arbeiten. Dasselbe gilt für die jetzt vielbesprochene Emmerich'sche Entdeckung.

Hierzu kommt aber noch zweitens, dass, die Richtigkeit der Friedländer'schen Funde, selbst angenommen damit, dass bei der Menschenpneumonie ein Kapselmikrokokkus und ein solcher auch bei der Lungenseuche der Rinder gefunden worden ist, noch gar nicht der Beweis für die Identität dieser beiden Gebilde erbracht worden ist. Warum soll denn nicht der eine Kapselmikrokokkus die Pneumonie des Menschen erregen und der andere die Lungenseuche der Rinder? Müssen deswegen diese beiden Mikroorganismen dieselben Gebilde sein? Uebrigens sei bemerkt, dass Mikrokokken mit Kapseln gar nicht so selten in allen möglichen Substraten gefunden werden und längst bekannt sind.

Zum Schluss ist es wohl noch gestattet, darauf aufmerksam zu machen, dass wenn die menschliche Pneumonie und die Lungenseuche der Rinder durch denselben Mikroorganismus verursacht würden, gewiss schon unter den Leuten, denen die Wartung solcher Rinder oblag, Erkrankungen durch directe Uebertragung vorgekommen sein würden. Dies ist bis jetzt wohl noch niemals constatirt worden.

VIII. Die Curmittel Oeynhausens (Rehme's), ihre Anwendungsweise und ihr Nutzen in den verschiedenen mit ihnen behandelten Krankheiten. Von Dr. W. Voigt, pract. Arzt in Oeynhausen. Braunschweig, Wreden, 1883. 172 Seiten. Referent Strümpell-Leipzig.

Das Büchlein enthält in knapper Form, aber in guter, übersichtlicher Darstellung eine Beschreibung der Curmittel Oeynhausens und eine Erörterung der Grundsätze, nach welchen der Verf. dieselben zur Behandlung der verschiedenen Krankheiten anwendet. — In einem einleitenden Capitel werden zunächst die wichtigsten Gesichtspunkte erwähnt, nach welchen die Wirkungen der Bäder im Allgemeinen beurtheilt werden können. Dann folgt die Aufzählung der einzelnen Erkrankungsformen, bei welchen der Gebrauch der Thermalsoolen und der kohlensäurefreien Soolen sich bewährt hat. Dass hierbei die Krankheiten des Nervensystems am ausführlichsten berücksichtigt sind, versteht sich bei dem wohlbegründeten Rufe, welchen sich Rehme gerade in dieser Hinsicht erworben hat, von selbst. Doch erfährt auch eine Reihe anderer Erkrankungen (Scrophulose, Rheumatismen, Herzfehler u. a.) eine Besprechung. Ziemlich zahlreiche kurze, gut abgefasste Krankengeschichten dienen als Belege für die vom Verf. angegebenen Heilwirkungen. In einem Anhange ist das Wichtigste über die Geschichte, die Lage und die Einrichtungen des Bades mitgetheilt.

Das Werkchen ist in einer anerkennenswerthen wissenschaftlichen Weise abgefasst. Obgleich natürlich für die Vorzüge seines Wirkungsortes eingenommen, hält sich der Verf. doch von allen Uebertreibungen frei, so dass die kleine, gut ausgestattete Schrift allen Aerzten empfohlen werden kann, welche sich über die Curmittel und die Indicationen Rehme's genauer unterrichten wollen.

IX. Ueber Tuberkelbacillen im Blut bei allgemeiner acuter Miliartuberculose von Dr. A. Weichselbaum. Vortrag gehalten am 29. Februar 1884 in der k. k. Ges. der Aerzte (W. Med. W.) Ref. P. Boerner. (Schluss.)

Jeder der drei Fälle bot ein besonderes Interesse, jedoch muss in Betreff der Einzelheiten auf das Original verwiesen werden. Die Untersuchungen lehren trotz ihrer geringen Zahl aber das eine, dass bei der allgemeinen acuten Miliartuberculose des Menschen wirklich Tuberkelbacillen im Blute circuliren[1]); hiedurch ist gewissermassen das Mittelglied zwischen der Ursache und der Wirkung, d. i. zwischen dem Einbruche eines tuberculösen Heerdes in die Blutbahn und der Bildung der Miliartuberkeln aufgefunden und der thatsächliche Beweis für die Richtigkeit der Behauptung Weigert's von der Anwesenheit des „Tuberkelgiftes" im Blute bei der allgemeinen acuten Miliartuberculose geliefert. — Herr W. wendete seine Aufmerksamkeit auch der acuten Miliartuberculose bezüglich der Gegenwart der Tuberkel-Bacillen zu und untersuchte demnach eine grosse Zahl von Miliartuberkeln der verschiedensten Organe, nicht nur der Lungen, sondern auch solcher Organe und Gewebe, die mit der äusseren Luft in keinerlei Verbindung stehen, so der inneren Hirnhäute, der Schilddrüse, des Endocard, der Leber, Milz, Nieren, des Peritoneum einschliesslich des Omentum majus, und in keinem dieser zahlreichen Fälle konnte er je die Koch'schen Bacillen vermissen. Der Gehalt an Bacillen ist dabei in ähnlicher Weise wie bei der chronischen Tuberculose sehr wechselnd.

Wenn man nun bedenkt, dass bei der allgemeinen acuten Miliartuberculose einerseits ein in die Blutbahn durchgebrochener, älterer bacillenreicher tuberculöser Heerd besteht, andererseits im Blute und in den Miliartuberkeln Bacillen nachzuweisen sind, so drängt sich doch von selbst die Annahme auf, dass wirklich das Hineingelangen und zwar das massenhafte Hineingelangen der Tuberkelbacillen ins Blut die Ursache der allgemeinen Miliartuberculose ist, und Weigert hatte schon seinerzeit Recht, als er behauptete, dass die infectiöse Kraft des Tuberkelagens, auch wenn über dieselbe keine anderen Thatsachen vorlägen, schon aus dem zuvor geschilderten Verhältnisse der Venentuberkel zur allgemeinen Miliartuberculose erschlossen werden könne.

Dagegen glaubt W. aus den verschiedensten Gründen es jetzt schon als einen ganz ausserordentlichen Zufall bezeichnen zu müssen, wenn man bei der chronischen Allgemeintuberculose einmal Bacillen im Blute finden sollte. Dies ist sowohl bezüglich der Heredität der Tuberculose als auch bezüglich der Vaccination von Wichtigkeit. Wenn nämlich, wie W. glaubt annehmen zu müssen, bei der chronischen Tuberculose nur sehr selten Bacillen im Blute auftreten und auch dann nur in ganz geringer Menge, so ist es nicht wahrscheinlich, dass dieselben sich in die Blutbahn des Fötus verirren. Sie werden ja viel leichter in den Organen der Mutter, besonders Milz, Leber, Nieren, zurückgehalten, als dass sie den etwas complicirten Weg aus den Uterinalvenen durch die Substanz der Placentarzotten in die Blutgefässe der letzteren finden. Hierdurch ist aber auch der eine Vererbungsmodus der Tuberculose, nämlich vom mütterlichen Blute aus, sehr unwahrscheinlich gemacht und es bliebe nur noch der andere Modus übrig, nämlich die Uebertragung der Bacillen durch das Sperma auf das Ei, auf welchen W. aber hier nicht näher eingehen kann.

Was die Vaccinationsfrage betrifft, so ist es bekannt, dass die Gegner der Impfung behaupten, durch die Vaccine könne auch die Tuberculose und Scrophulose übertragen werden. Würden nun wirklich im Blute Tuberculöser constant oder wenigstens häufig Tuberkelbacillen vorkommen, so hätte diese Anschauung eine reelle Basis; so aber ist sie kaum mit Erfolg zu vertheidigen.

Zum Schluss glaubt W. noch hervorheben zu sollen, dass die Blutuntersuchung auf Tuberkelbacillen auch als diagnostisches Hilfsmittel verwerthet werden könne, da er kaum daran zweifelt, dass man bei der allgemeinen acuten Miliartuberculose auch intra vitam im Blute Tuberkelbacillen wird finden können. Da man sich jedenfalls auf die Untersuchung einer grösseren Zahl von Präparaten gefasst machen muss, so darf man sich nicht mit der Entnahme eines Blutstropfens begnügen, sondern es wird am gerathensten sein, einen Schröpfkopf zu setzen, das hierdurch gewonnene Blut gerinnen zu lassen und erst die Gerinnsel zu untersuchen.

X. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 26. März 1884.

Vorsitzender: Herr Bardeleben.

Als Gast war anwesend der Ehrenpräsident der Gesellschaft, Excellenz von Langenbeck, dessen Erscheinen mit lebhaften Sympathiebezeugungen Seitens der Mitglieder begrüsst wurde.

[1]) Baumgarten hat kürzlich (Centralblatt f. d. medic. Wissensch., 1883, No. 42) angegeben, dass er bei Impftuberculose von Kaninchen in den Glomerulis der Nieren Tuberkelbacillen gefunden habe. Hiebei erinnert er zugleich an seine früher (Centralbl. f. d. medic. Wissensch., 1881, No. 15) mitgetheilten Versuche, bei denen es ihm gelungen war, durch Einspritzung von Blut, das an hochgradiger, allgemeiner Impftuberculose leidenden Thieren entnommen worden war, in die vordere Augenkammer von Kaninchen eine typische Augen- und nachfolgende Allgemeintuberculose zu erzeugen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Herr James Israel. Vorstellung eines Falles von operativ geheilter Radialislähmung.

Der Fall betrifft einen 17jährigen jungen Mann, der am 27. Sept. vor. J. mit dem rechten Arm in ein Maschinengetriebe gerieth und eine dreifache Fractur desselben erlitt. Unmittelbar nach der Fractur wurde Anästhesie im Bereiche des Handrückens und der Finger wahrgenommen und Lähmung der Extensoren constatirt. Unter einem Pappschienenverband heilten die Fracturen, aber die Lähmung blieb, auch die elektrische Behandlung war erfolglos. Zwei Monate darauf kam Pat. in die Behandlung des Vortr. Es zeigte sich vollständige Lähmung aller, vom Nervus radialis auf der rechten Seite versorgten Muskeln, soweit dieselben sich am Unterarm und der Hand befinden. Die Hand hing schlaff herunter, weder eine Streckung des Handrückens noch der Finger war möglich. Ebenso war eine unvollständige Lähmung des M. Triceps vorhanden; der Unterarm konnte zum Oberarm nicht gestreckt, sondern nur in einem leichten stumpfen Winkel geführt werden. Die betroffenen Muskeln waren atrophisch. Erregbarkeit für den Inductionsstrom war nicht vorhanden, für den constanten Strom aber bei Kathodenschliessung und Anodenschliessung, es bestand also Entartungsreaction. Die Sensibilität war nicht erloschen aber herabgesetzt.

Die Untersuchung des Humerus ergab eine spindelförmige Auftreibung desselben, welche von der Mitte der Diaphyse begann und bis zur Grenze des mittleren und untern Drittels reichte. Der N. radialis war als runder Strang durch die atrophische Streckmusculatur des Oberarmes durchzufühlen sowohl unterhalb wie oberhalb der Fracturstelle, auf derselben entschwand er dem tastenden Finger. Es war evident, dass eine Läsion des Nerven in seinem Verlaufe am Humerus stattgefunden haben musste. Eine Läsion durch Druck von Callusmassen konnte ausgeschlossen werden, es konnte sich also nur um eine Zerreissung oder Quetschung gehandelt haben, oder um einen Druck auf den Nerven durch ein dislocirtes Fragment.

Vortr. beschloss, den Nerv in seinem Verlauf am Humerus freizulegen. Die Operation wurde am 29. Nov. ausgeführt. Zunächst legte er den Nerv unterhalb der Fracturstelle frei zwischen dem äusseren Kopf des Triceps und dem Supinator longus und verfolgte ihn bis an die Fracturstelle. Hier erschien derselbe bandartig platt und zeigte sich winklig abgeknickt durch die nach hinten vorspringende Kante des untern Fragmentes des Humerus. An der Knickungsstelle war er unverschieblich festgewachsen durch ein straffes Bindegewebe. Der oberhalb der Fracturstelle normal gefärbte Nerv zeigte im Verlauf unterhalb derselben ein mattes, fast citronengelbes Aussehen. Vortr. machte nun den Nerv mobil, indem er die Scheide spaltete und ihn von seiner Verwachsungsstelle abpräparirte. Dann spaltete er das Periost, legte es zu beiden Seiten zurück und meisselte soviel von der prominenten Knochenkante ab, dass der Nerv in seine normale Lage zurückgebracht werden konnte. Unter einem Jodoformverband erfolgte die Heilung per primam intentionem.

Nach der Heilung hatte sich die Function in nichts verändert; es war das selbstverständlich, da es sich um ein Zugrundegehen der gequetschten Nervenfasern handelte und nicht erwartet werden konnte, dass mit Beseitigung des Druckes sofort die Function wiederkehren werde. Die Operation sollte eben nur die Bedingungen für eine Nervenregeneration schaffen. Der Patient ging dann in die Behandlung des Herrn Remak über. Unter der elektrischen Behandlung besserte sich die Function stetig und es ist allmählich restitutio ad integrum eingetreten.

Herr Remak bestätigt, dass es sich bei dem Patienten, als er am 27. December, also 4 Wochen nach der Operation in seine Behandlung trat, wie Herr Israel angegeben, um eine schwere degenerative Lähmung handelte. Die Erregbarkeit war sowohl vom Nerven aus für beide Stromarten als an den Muskeln, soweit sie vom Radialis versorgt werden, für den inducirten Strom verschwunden. Die Restitution ist ausserordentlich rasch eingetreten. Mitte Januar d. J. begann zuerst der Supinator longus geringe active Contractionen zu zeigen. In Folge der Operation war der Nerv in viel weiterer Ausdehnung der elektrischen Prüfung zugänglich als in normalem Zustande. Indem nun im Supinator longus sich eine gewisse Beweglichkeit wieder herstellte, gelang es gleichzeitig, von einer Stelle oberhalb der präsumtiven Druckstelle eine entsprechende Contraction des Supinator longus zu erzeugen, und nun ging gradatim die Restitution in der Weise weiter, dass zuerst, etwa 14 Tage später, auch die Extensoren des Handgelenkes, dann seit Mitte Februar die der Finger beweglich wurden. Gleichzeitig ging die Entartungs-Reaction in den Muskeln zurück. Während jetzt oberhalb der Narbe die Erregbarkeit des Nerven relativ gut ist, ist, wenn man mit der Elektrode unterhalb kommt, ein um mindestens 10 mm geringerer Rollenabstand und eine entsprechend grössere Zahl von Elementen des galvanischen Stromes erforderlich, um Zuckungen zu erzielen, dagegen sind die Muskeln selbst für den inducirten Strom nicht erregbar. Es ist dies eine ganz constante Erscheinung bei der Restitution solcher schweren traumatischen Lähmungen.

2. Herr E. Küster. Demonstration eines myelogenen Sarkoms vom Oberarm. Das Präparat stammt von einem 40jährigen Manne, der im Frühling vorigen Jahres Schmerzen im Oberarm bekam und bald darauf eine Geschwulst bemerkte, welche sich unterhalb des Humeruskopfes zu entwickeln schien. Im October v. J. brach er nach einem leichten Fall den Oberarm unterhalb der Anschwellung und war 7 Wochen in ärztlicher Behandlung. Der Knochen heilte zusammen, die Geschwulst wuchs aber immer weiter, ohne dass Schmerzen bestanden. Als Pat. sich am 13. d. M. im Augustahospital vorstellte, zeigte sich eine Geschwulst von der Grösse eines Eidamer Käses, welche das obere Ende des Humerus einnahm, bei vollständiger Unbeweglichkeit des Schultergelenkes. Die Geschwulst bot eine weiche Consistenz dar, an einzelnen Stellen fluctuirte sie und war dem Knochen fest adhärent. Eine Probepunction ergab dunkeles Blut. Vortr. glaubte mit einer Resection des oberen Endes des Humerus auskommen zu können, freilich mit der Rücksicht, dass ein Schlottergelenk eintreten, aber Vorderarm und Hand functionell zu erhalten sein würden. Demgemäss wurde die Operation angelegt. Vortr. machte einen grossen äusseren Lappen und präparirte die Haut bis zur Schulter hinauf. Es ergab sich, dass die Geschwulst bereits angefangen hatte in den M. deltoideus überzugreifen. Nunmehr wurde am unteren Ende der Knochen blossgelegt und mit der Kettensäge durchsägt. Es zeigte sich, dass auch in der Markhöhle des unteren Endes bereits ein Geschwulstknoten steckte, sodass Vortr. es für rathsam erachtete, von der Resection abzusehen und zur Exarticulation überzugehen. Die ganze Operation konnte mit geringem Blutverlust ausgeführt werden. Der Verlauf der Wundheilung war ein durchaus normaler, und der Kranke ist unter zwei Verbänden geheilt.

Das durchsägte Präparat zeigt, dass die Geschwulstmasse ausgegangen ist von dem Knochenmark unterhalb des Humeruskopfes und nach oben derart gewachsen, dass vom Humeruskopf nur noch eine ganz dünne Knochenlamelle stehen geblieben ist, während sie nach unten sich nur um ein Geringes über die ursprünglich beabsichtigte Resectionsstelle hinaus verbreitet. Die Geschwulst ist in die Weichtheile hineingewachsen. Von besonderem Interesse ist das Verhalten des Gelenkes. Nur ein kleiner Theil der knorpeligen Gelenkfläche ist ganz intact geblieben, während die übrige Gelenkfläche mit der Gelenkkapsel verklebt ist. Dies Verhalten giebt vielleicht eine Erklärung für das sonst sehr auffällige Verhalten von Geschwülsten im Gelenkkopf. Man sieht nicht selten, ohne dass der gegenüberliegende Knochen die geringste Deformität aufweist, dass sich kleine Knoten in demselben etablirt haben. Wenn man glaubt, dass die Verschleppung von körperlichen Elementen für die Ausbreitung der Geschwülste maassgebend ist, wird man annehmen müssen, dass auf dem Wege der in einem anchylotisch gewordenen Gelenk neugebildeten Saft- und Blutbahnen die Verschleppung stattfindet.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Hauptmasse der Geschwulst aus Spindelzellen besteht, in welche, zum Theil in geringer Menge, an einzelnen Stellen dichter, vielkernige Riesenzellen eingestreut sind, sodass die Geschwulst als myelogenes Riesenzellen-Sarkom aufzufassen ist.

3. Discussion über den Vortrag des Herrn Karewski: Weitere Erfahrungen über die Behandlung maligner Lymphome mit Arsen.

Herr G. Lewin theilt zwei Fälle mit, in denen er bei warzenähnlichen Hauttumoren ebenfalls mit der Arsenbehandlung sehr günstige Erfolge erzielt hat. Er schliesst daran allgemeine Bemerkungen über die Wirkungsweise des Arsen und warnt auf Grund seiner Erfahrungen vor einem unvorsichtigen Gebrauch desselben wegen der oft beobachteten plötzlichen Vergiftungserscheinungen.

Herr Grunmach hat in einem Falle von malignem Lymphom gute Wirkungen vom Arsen gesehen. Das Gleiche berichtet Herr Lewandowski von einem Falle von Sarkom. Herr Gueterbock theilt seine Erfahrungen über fünf Fälle von malignem Lymphom mit, die er erfolgreich mit Arsen behandelt hat. Herr Heimann giebt zu diesen Fällen einige Ergänzungen. Herr E. Küster macht darauf aufmerksam, dass bezüglich der Arsenindication von den malignen Lymphomen die Lymphosarcome zu unterscheiden sind, welch' letztere sich gegen Arsenik refractär verhalten. In drei Fällen von malignem Lymphom hat auch er eine exquisite Wirkung der Arsenbehandlung gesehen. Herr Karewski fasst in seinem Schlusswort das Resultat der Discussion zusammen, die eine allseitige principielle Uebereinstimmung mit seinen Ausführungen ergeben hat und erwidert auf Einwände betreffend einige Einzelheiten, die gegen ihn erhoben worden sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XI. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 24. März 1884.

Vorsitzender: Herr Fraentzel.
Schriftführer: Herr A. Fraenkel.

Die Sitzung wurde vollständig ausgefüllt durch die beiden Vorträge der Herren Leyden und A. Fraenkel. Der letztere ist in dieser Nummer, S. 212ff. abgedruckt, der Vortrag des Herrn Leyden wird in extenso demnächst ebenfalls in dieser Wochenschrift erscheinen.

Die Discussion über beide Vorträge wurde auf die nächste Sitzung vertagt.

XII. Journal-Revue.

Innere Medicin.

2.

Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. VI. Heft 6. Referent O. Rosenbach.

1. Fr. Mosler, Ueber Vorkommen von Zooparasiten im Larynx. giebt im Anschlusse an einen Fall eigener Beobachtung, in welchem durch das Hineingelangen eines Ascaris in den Kehlkopf schwere Erstickungsanfälle und Aphonie hervorgerufen wurden, die natürlich nach der glücklichen Entfernung des Parasiten schnell verschwanden, eine Zusammenstellung der ähnlichen bis jetzt beobachteten Fälle und erörtert die Symptome und Folgezustände, sowie die etwaige Therapie derartiger Vorkommnisse.

2. A. Baer, Ueber das Vorkommen von Phthisis in den Gefängnissen.

Diese auf eingehenden statistischen Untersuchungen und einer reichen Erfahrung basirende Arbeit kommt nach specieller Würdigung der einzelnen die grosse Phthisismortalität unter den Gefangenen bedingenden Factoren, zu dem Schlusse, dass man nach zwei Richtungen in präventiver Beziehung vorgehen müsse: Erstens müsse man die Erkrankten von den Gesunden sondern, die Sputa, Kleider und Zellen sorgsam desinficiren, dann aber müsse man in allgemein prophylactischer Beziehung der Ueberfüllung in den Anstalten vorbeugen, die mit Staubentwickelung verbundenen Arbeiten aus den geschlossenen Räumen der Anstalten verbannen, die Bewegung der Gefangenen in freier Luft soviel als möglich befördern und durch bessere Beköstigung der Gefangenen der Inanition vorbeugen.

3. Rossbach, Physiologische und therapeutische Wirkungen des Papayotin, giebt eine ausführliche Studie über diese Substanz nach eigenen und fremden Beobachtungen. Nach botanischen Vorbemerkungen werden die Beschaffenheit des Milchsaftes, die verdauende Wirkung des Papayasaftes, des Papayotins und Papains, sowie deren physiologische Wirkungen am lebenden Thiere und am Menschen bei Einverleibung durch den Magen, bei directer Einspritzung in's Blut und bei subcutaner Injection eingehend erörtert. Der letzte Abschnitt der Arbeit beschäftigt sich mit der therapeutischen Anwendung der Droguen a) bei Hautausschlägen, b) zur Auflösung von Krebsknoten in der Haut, c) bei Behandlung diphtherischer Membranen, (wobei R. darauf hinweist, dass die von einigen Beobachtern erhaltenen ungünstigen Ergebnisse wahrscheinlich auf die Anwendung eines schlechten, unwirksamen Präparats zurückzuführen sind), d) zur Unterstützung der Fleischverdauung im lebenden Magen und Darm bei Dyspepsie und bei anderen Krankheiten der Verdauungswege, e) bei Magencarcinomen, f) bei Eingeweidewürmern, die das P. tödten soll.

4. H. Seiler, Digitalis als Heilmittel bei chronischen Erkrankungen des Herzmuskels (fettige Degeneration).

S. theilt gegenüber den Ausführungen A. Fränkel's, der sich gegen die von Seiler geübte Medication mit grossen, lang fortgesetzten Digitalisdosen ausgesprochen hatte, einen neuen, wie dem Ref. scheint, sehr beweisenden Fall mit, in welchem die erwähnte Behandlungsweise von vortrefflichem Erfolge begleitet war. Pat. hatte u. a. vom 8. Februar bis 7. Mai 22 Dosen Infus. digit. aa 2,0 Fol. digit., dann 30 Gramm Tinct. digit., dann vom 2. Juni bis 18. Juli 10 Gramm Fol. digit. in Pulverform verbraucht. — Beiläufig bemerkt S., dass Adonis vernalis (im Infus von 8,0 pro die) das einzige sogenannte Diureticum ist, welches seiner Ueberzeugung nach der Digitalis analog wirkt.

Zeitschrift für klinische Medicin. Band VII. Heft 1 u. 2. Referent O. Rosenbach.

M. Kassowitz. Die Phosphorbehandlung der Rhachitis.

Nachdem K. auf Grund eingehender Studien über den normalen und pathologischen Ossificationsprocess festgestellt hatte, dass bei der Verknöcherung und auch beim Resorptionsvorgange am Knochen die Rückbildung und Neubildung von Blutgefässen und die damit verbundene Verminderung oder Steigerung der Strömungs- und Diffusionsenergie im Gewebe von grösster Bedeutung sei, gelangte er zu der Ansicht, dass auch beim rhachitischen Process nicht die bisher zwar supponirte, aber noch nicht überzeugend nachgewiesene, primäre Verarmung des Blutes an organischen Bestandtheilen, sondern die von ihm selbst constatirte entzündliche Hyperämie und gesteigerte Blutgefässbildung im osteogenen Gewebe, durch welche die Praecipitation der immerhin im Ueberschusse in den Säften circulirenden Kalkmassen in die krankhaft afficirten Gewebe erschwert oder verhindert wird, die Hauptrolle spiele, und hielt es demgemäss für wahrscheinlich, dass der Phosphor, dessen knochenbildende Macht von Wegner so genau studirt war, in der Dosirung, in der er seine Einwirkung auf normale Gewebe ausübt, auch dem krankhaften Process im rhachitischen Knochen entgegenzuwirken vermöge. Er wiederholte also am jungen Kaninchen und Hühnern die Wegners'schen Versuche, und gelangte auf Grund zahlreicher experimenteller und mikroskopischer Forschungen, deren Details im Original nachgelesen werden mögen, zu folgenden wichtigen Ergebnissen:

1) Es gelingt einzig und allein durch grössere Dosen von Phosphor sowohl bei Kaninchen, als auch ganz besonders leicht bei Hühnern einen entzündlichen Process im Knochen, im ossificirenden Knorpel, im Periost und im Knochenmark hervorzurufen, welcher in seiner mässigen Entwickelung die frappanteste Aehnlichkeit mit der rhachitischen Affection darbietet, während bei einer Steigerung dieses entzündlichen Vorganges die Einschmelzungserscheinungen, insbesondere an der Stelle des appositionellen Längenwachsthums, so sehr überwiegen, dass es bis zu einer Ablösung der Chondroepiphysen von den Diaphysen kommen kann.

2) Sehr geringe Dosen desselben Mittels schränken in sehr auffälliger Weise die normalmässige Einschmelzung des verkalkten Knorpels und der jüngsten Knochentheile ein, und bedingen eine Verminderung der Zahl der primären Markräume, sowie eine Verschmälerung der letzteren, lauter Erscheinungen, welche nothwendiger Weise auf eine Hemmung in der Entwickelung der jüngsten Blutgefässe, und höchst wahrscheinlich auf eine Contraction ihrer Wände zurückgeführt werden müssen. —

Diesen Ansichten entsprechend behandelte Verfasser innerhalb von 4 Jahren 560 im Alter von 2 Monaten — 8 Jahren stehende Kinder und glaubt auf Grund seiner Erfahrungen den Phosphor als ein direktes, um nicht zu sagen, specifisches Heilmittel der Rhachitis bezeichnen zu können, wie er auch mit Recht in diesen Erfolgen der Phosphortherapie, die sich mit den bisherigen Theorien der Rhachitis nicht in Einklang bringen lassen, eine Bestätigung seiner eigenen Theorie sieht. Die Besserung unter der Phosphorbehandlung betraf alle Symptome der Rhachitis, und zwar in besonders hervorragender Weise die Rhachitis des Schädels mit ihren Consequenzen, dann in gleichfalls sehr auffälliger und prompter Weise die rhachitischen Erscheinungen an den Gelenkenden der Extremitätenknochen und die mit denselben zusammenhängende Behinderung der Stütz- und Locomotionsfunctionen der letzteren; auch die Rhachitis des Thorax und der Wirbelsäule wurde einer sicheren und raschen Heilung entgegengeführt und der schlechte Ernährungszustand des Gesammtorganismus erfuhr eine auffallend günstige Aenderung.

Was die Darreichungsweise des Phosphors anbetrifft, so erwies sich die Dosis von $^1/_2$ Milligr. pro die als die zweckmässigste bei den verschiedenen Altersstufen, obwohl auch Dosen von 1 Milligr. bei Jüngeren und von 2 Milligr. bei Aelteren gut vertragen wurden. Verabreicht wurde der Phosphor in öliger Lösung in folgenden Formen:

Phosphori 0,01,
Solve in olei amygdalarum dulcium (oder olei olivarum) 10,0.
Pulv. gummi arab.
Syr. simpl. ana 5,0.
Aquae destill. 80,0. D. S. täglich 1—4 Kaffeelöffel (gleich 0,0005 bis 0,002 Phosphor).

Oder Olei jecoris aselli 100,0, Phosphori 0,01. D. S. täglich 1—2 Kaffeelöffel; oder Olei amygdalarum dulcium 70,0, Phosphori 0,01. Pulv. sacch. albi 20,0. Atetheris fragarum guttas 20. D. S. 1—2 Kaffeelöffel pro die. Oder Olei amygdalarum 30,0, Phosphori 0,01. Pulv. gummi arabici. Sachari albi ana 15,0. Aquae destill. 40,0. D. S. täglich 1—2 Kaffeelöffel.

2. F. Zimmerlin, Ueber hereditäre (familiäre) progressive Muskelatrophie. Verf. theilt Fälle von atrophischer Muskelerkrankung mit, die sich auf die Angehörigen zweier verschiedener Familien beziehen und die sowohl im Rahmen der progressiven Muskelatrophie eine Sonderstellung einnehmen, als auch geeignet erscheinen, unsere Kenntnisse von den hereditären (familiären) Formen jener Krankheitsspecies zu erweitern. Das von dem Verf. gezeichnete Krankheitsbild weicht von dem bekannten Duchenne-Aron'schen in folgenden Punkten ab:

Erstens liegt eine familiäre Disposition vor — die eine Gruppe bezieht sich auf 2 weibliche und 2 männliche, die andere auf 3 männliche Individuen — zweitens ist die Localisation eine andere, indem in Z.'s Fällen die Muskulatur des Daumenballens, Kleinfingerballens und der Interossei völlig verschont ist, während gewisse grosse Muskeln des Schultergürtels und des Oberarmes und Vorderarmes beiderseits befallen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sind; endlich bestehen keine fibrillären Zuckungen. Dieses mit dem von Erb als juvenile Form der progressiven Muskelatrophie beschriebenen Symptomencomplex fast identische Bild unterscheidet sich von den von Leyden, Moebius und Anderen mitgetheilten Fällen von hereditärer, progressiver Muskelatrophie durch die Art der Localisation der Atrophie, so dass in Z.'s Beobachtungen die untere, dort die obere Körperhälfte betroffen ist, dass hier die Lipomatosis luxurians fehlt, dass wenigstens in der einen Krankheitsgruppe die Prävalenz des männlichen Geschlechts nicht nachgewiesen werden kann und dass das Leiden mit Ausnahme von 2 Fällen der zweiten Gruppe nicht schon in der Kindheit, sondern erst nach der Pubertätszeit begonnen hat. Ein Fall der zweiten Gruppe nähert sich dagegen sehr dem gewöhnlichen Typus der hereritären progressiven Muskelatrophie.

3. H. Nothnagel, Zur Klinik der Darmkrankheiten, vierte Abtheilung. Das Verhältniss der Stuhlentleerungen beim chronischen Katarrh. Bei ausschliesslicher Betheiligung des Dickdarms findet sich meist und als physiologische Regel Stuhlträgheit, nur selten tritt eine tägliche Entleerung ein. Bei ausschliesslicher Betheiligung des Dünndarmes findet sich ebenfalls Stuhlträgheit, bei Betheiligung des Dünn- und Dickdarms kann anhaltender Durchfall bestehen, beim Dickdarmkatarrh kann die Stuhlträgheit von Diarrhoe unterbrochen werden, und zwar entweder in ganz regelmässigen, täglich wiederkehrenden Zwischenräumen oder in ganz unregelmässigen Pausen. Neben diesen Formen kommen andere Bilder vor, so z. B. der Fall, dass eine pathologische Entleerung an eine bestimmte Mahlzeit sich anschliesst oder dass die Stuhlentleerungen nie bei Tage, sondern nur in der Zeit von spät Abends bis früh Morgens erfolgen.

Alle diese Verhältnisse lassen darauf schliessen, dass die nervösen Einflüsse bei den Bedingungen der Peristaltik wie unter physiologischen Verhältnissen, so auch im Zustand des chronischen Darmkatarrhs eine sehr bedeutende Rolle spielen und dass sie in überwiegendem Maasse die Gestaltung der Entleerung bedingen. Auch die Ursache der Stuhlträgheit bei den venösen Stauungen im Darm ist nicht in einem Katarrh, sondern in der durch die chronische, venöse Hyperämie als solche bedingten Veränderung der Nerventhätigkeit zu suchen.

XIII. Am 14. v. Mts. feierte Geheimrath, Prof. Dr. Heidenhain die 25jährige Wiederkehr seiner Ernennung zum ordentlichen Professor der Physiologie an der Universität Breslau. — Er selbst war auf eine Ovation gar nicht vorbereitet, da er in seiner bekannten Anspruchslosigkeit keinen Werth auf dies Jubiläum legte. — In aller Stille hatte aber die Facultät die Vorbereitungen zu einer Feier getroffen, und die Mitglieder derselben überraschten ihren hochverehrten Collegen mit einem, von Meisterhand aus edlem Metall gefertigten Tafelaufsatz. — Der Decan, Medicinalrath Professor Fischer (ebenso wie der Schreiber dieser Zeilen, ein alter Studiengenosse Heidenhain's) hielt die warm und innig empfundene Ansprache, in der er dem Jubilar dankte für seine gute Cameradschaft, seine treue, aufopferungsvolle und erfolgreiche Thätigkeit als Lehrer und Forscher, und die Freundlichkeit und Bereitwilligkeit, mit der er jede Arbeit unterstützt habe.

Heidenhain deutete in seiner Erwiderung darauf hin, dass für ihn gerade der Boden der Breslauer Universität ein besonders günstiger gewesen sei. Seine Vorgänger Siebold und Reichert hätten der Experimentalphysiologie wenig Raum gegönnt, und so sei ihm, einem Schüler Volkmann's und Dubois-Reymond's, ein grosses Thätigkeitsfeld eröffnet gewesen, dessen Bearbeitung ihn auf jedem Schritte mit innerer Freude erfüllt habe. Seinen Dank drückte er in dem Versprechen aus, auch fernerhin seine ganze Lebensaufgabe in dem Unterrichte und der wissenschaftlichen Forschung zu suchen. Am folgenden Tage beging der physiologische Verein zu Breslau sein 15. Stiftungsfest, bei dem auch Heidenhain als Ehrenpräsident des Vereins sich einfand. — In dem späteren Verlauf der Sitzung gaben die Vorsitzenden Professor Gscheidlen, Dr. Kayser und Professor Ponfick ihrer aufrichtigen Verehrung für den Jubilar Worte. Ein Festspiel, von dem wir hoffentlich noch mehr hören werden, rief die freudigste Stimmung, ebenso wie die Bierzeitung, hervor.

Von ganzem Herzen schliessen wir uns diesen Glückwünschen an. Sie gelten ebenso einem der vortrefflichsten und berufensten Vertreter des ärztlichen Standes, als dem hervorragenden Forscher und vor Allem, einem academischen Lehrer, der mit seltener Treue und Unermüdlichkeit, voll Liebe vor Allem für diesen Theil seines Berufes, in demselben Erfolge erzielt hat, wie wenige seiner Zeitgenossen.

Möge ihm noch lange vergönnt sein zu wirken zum Besten nicht nur der Facultät welcher er angehört, sondern des ärztlichen Nachwuchses überhaupt, dem er stets ein leuchtendes Vorbild bleiben möge. P. B.

XIV. Balneologisches. Herr Dr. Kaatzer, der seit 6 Jahren als zweiter Arzt des Königlichen Bades Rehburg dort in den Sommermonaten fungirte, theilt den Aerzten mit, dass er von Ostern d. J. an seinen dauernden Aufenthalt nach Bad Rehburg verlegt hat. In diesem Rundschreiben weist Herr Kaatzer darauf hin, dass Bad Rehburg mit Recht hauptsächlich als Sanatorium für Lungen- und Brustkranke gelte, und charakterisirt kurz seine Heilmethode, die darauf verzichte, den Bacillus direct zu vernichten, was unmöglich sei. Er gebe daher die medicamentösen Inhalationen bei der Tuberculose gänzlich auf. Dagegen vermöge man den Boden, auf dem der Bacillus wuchert, in günstiger Weise umzugestalten so dass er demselben nicht mehr als Pflanzstätte diene, oder ihm die Quellen seines Wachsthums verschliessen kann. Es kann hier nicht der Ort sein, auf die von Herrn Kaatzer betonten Eigenschaften Rehburgs und seine Heilmittel einzugehen, nur heben wir hervor, dass er den frühzeitigen Transport der Patienten nach Bad Rehburg, ohne Rücksicht auf die Jahreszeit glaubt empfehlen zu können, als besonders wichtig für den allerersten Beginn der Krankheit oder bei Verdacht auf Phthisis schon vor Ausbruch derselben. —

XV. Congress für innere Medicin 1884. Wir haben das vorläufige Programm der Vorträge, welche zu den Sitzungen des diesjährigen Congresses angemeldet sind, in Nr. 7 abgedruckt. Das definitive soeben verschickte Programm bringt darüber nichts Neues, als dass auch Herr Unna einen Vortrag angemeldet hat „über Dünndarmpillen". Am 20. April von Abends 9 Uhr ab findet die Begrüssung im Hôtel Kaiserhof statt. Von Montag den 21. April bis Donnerstag den 24. April sind die Stunden 10—1 Uhr den festgestellten Vorträgen und Discussionen, die Stunden von 3—5 Uhr Vorträgen und Demonstrationen gewidmet. Bis zur Eröffnung des Bureau's im Architektenhause ist Dr. P. Boerner, Berlin W. Burggrafenstr. 8, zu jeder Auskunft bereit.

XVI. Chirurgen-Congress 1884.

a. Vorträge in der Aula.

1. Hr. Dr. Zesas (Glarus): a) Ueber den physiologischen Zusammenhang zwischen Milz und Schilddrüse; b) Ueber die Behandlung der Paraplegie bei Spondylitis. — 2. Hr. Cramer (Wiesbaden): Ueber Fermentintoxication, veranlasst durch eine Blutcyste. — 3. Hr. Zabludowsky (Berlin): Ueber Massage. — 4. Hr. Dr. F. Neelsen (Rostock): Wie lassen sich die klinischen Begriffe Sepsis, Septicämie und Pyämie den neueren Erfahrungen der Pathologie adaptiren? — 5. Hr. Küster (Berlin): Ueber Anwendung versenkter Nähte, insbesondere bei plastischen Operationen. — 6. Hr. von Lesser (Leipzig): Ueber den ersten Verband auf dem Schlachtfelde. — 7. Hr. Julius Wolff (Berlin): Ueber das Gesetz der Transformation der inneren Architectur der Knochen bei pathologischen Veränderungen der äusseren Knochenform.

b. Vorträge in den Morgensitzungen.

1. Hr. Wagner (Königshütte): Ueber Halswirbelluxationen (mit Krankenvorstellung). — 2. Hr. Küster (Berlin): a) Ein Fall von Bruch des Zahnfortsatzes des Epistropheus (mit Krankenvorstellung); b) Eine neue Art von Amputation im Mittelfuss (mit Krankenvorstellung). — 3. Hr. Dr. P. Grawitz (Berlin): Ueber die Entwickelung der Nierentumoren aus abgesprengtem Nebennierengewebe. — 4. Hr. A. Bidder (Berlin): a. Ueber das Verhalten eines extrahirten und wieder implantirten Schneidezahnes (mit Demonstration); b) Ueber eine Verbesserung seiner Kniextensionsmaschine (mit Demonstration). — 5. Hr. Paul Albrecht (Brüssel): Ueber die morphologische Bedeutung der Kiefer-, Lippen- und Gesichts-Spalten (mit Demonstration). — 6. Hr. Credé (Dresden): Vorstellung a) eines jungen Mannes, dem vor 2 Jahren ein circulärer Kropf entfernt worden, b) eines Mannes, dem vor $2^1/_2$ Jahren die Milz exstirpirt worden ist. — 7. Hr. Leisrink (Hamburg): Demonstration von Torfmoosfilzplatten.

Auszustellende Gegenstände:

1. J. D. Riedel (Chem. Fabrik und Droguenhandlung, Gerichtsstr. 12/13, Berlin N.). E. H. Chloroform. Chloroformium purissimum. — 2. Moritz Boehme (Verbandstofffabrik, Burgstr. 29, Berlin C.). Verbandgegenstände.

XVII. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. VII. Bericht des Leiters der deutschen wissenschaftlichen Commission zur Erforschung der Cholera, Geheimen Regierungsrath Dr. Koch, aus Kalkutta, 4. März.

Eurer Excellenz beehre ich mich über die von der Choleracommission erreichten weiteren Resultate gehorsamst Bericht zu erstatten.

Es ist eine auffallende Thatsache, dass die Cholera auch in ihrem endemischen Gebiet sich sehr oft an bestimmte Localitäten gebunden zeigt und daselbst unverkennbare und deutlich abgegrenzte Epidemien bildet. Besonders häufig werden derartig localisirte kleine Epidemien in den Umgebungen der sogenannten Tanks beobachtet. Zur Erläuterung muss erwähnt werden, dass die über ganz Bengalen in unzähliger Menge verbreiteten Tanks kleine von Hütten umgebene Teiche und Sümpfe sind, welche den Anwohnern ihren sämmtlichen Wasserbedarf liefern und zu den verschiedensten Zwecken, wie Baden, Waschen der Kleidungsstücke, Reinigen der Hausgeräthe und auch zur Entnahme des Trinkwassers benutzt werden.

Dass bei so mannigfaltigem Gebrauch das Wasser im Tank verunreinigt wird und keine den hygienischen Anforderungen entsprechende Beschaffenheit haben kann, ist selbstverständlich. Sehr oft kommt aber hierzu noch, dass Latrinen, wenn Einrichtungen der primitivsten Art so genannt werden dürfen, sich am Rande des Tanks befinden und ihren Inhalt in den Tank ergiessen, und dass überhaupt das Tankufer als Ablagerungsstätte für allen Unrath und insbesondere für menschliche Fäcalien dient. Die Tanks enthalten deswegen in der Regel ein stark verunreinigtes Wasser, und es ist unter diesen Verhältnissen erklärlich, dass die hiesigen Aerzte solche um einen Tank gruppirte Choleraepidemien mit der schlechten Beschaffenheit des Tankwassers in Zusammenhang bringen. Diese Tankepidemien sind keineswegs selten, und fast jeder Arzt, welcher eine grosse Erfahrung über Cholera hat, kennt eine mehr oder weniger grosse Zahl von Beispielen. Ich habe deswegen schon von Anfang an meine Aufmerksamkeit auf diesen Punkt gerichtet und den Sanitary Commissioner with the Government gebeten, mich davon in Kenntniss zu setzen, wenn eine solche Epidemie in leicht erreichbarer Entfernung von Calcutta vorkommen würde. Dieser Fall ist

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nun in den letzten Wochen eingetreten. Aus Saheb Bagau, zu Baliaghatta, einer der Vorstädte von Kalkutta, gehörig, wurden während weniger Tage ungewöhnlich viele Cholerafälle gemeldet. Die Erkrankungen beschränkten sich ausschliesslich auf die rings um einen Tank gelegenen, von einigen hundert Personen bewohnten Hütten, und es starben von dieser Bevölkerung 17 Personen an Cholera, während in einiger Entfernung vom Tank und im ganzen zugehörigen Polizeidistrict die Cholera zur selben Zeit nicht herrschte. Bemerkenswerth ist, dass derselbe Platz in den letzten Jahren wiederholt von Cholera heimgesucht ist. — Ueber den Beginn und Verlauf der Epidemie wurden nun von der Commission sorgfältige Untersuchungen angestellt, wobei sich herausstellte, dass der Tank in der gewöhnlichen Weise von den Anwohnern zum Baden, Waschen und Trinken benutzt wird, und dass auch die mit Choleradejectionen beschmutzten Kleider des ersten tödtlich verlaufenen Cholerafalles im Tank gereinigt waren. Es wurde dann ferner eine Anzahl Wasserproben von verschiedenen Stellen des Tanks und zu verschiedenen Zeiten entnommen, mit Hülfe der Nährgelatinecultur untersucht und die Cholerabacillen in mehreren der ersten Wasserproben ziemlich reichlich gefunden. Unter den späteren Proben, welche am Ende der Epidemie geschöpft waren, enthielt nur noch eine, welche von einer besonders stark verunreinigten Stelle des Tanks herstammte, die Cholerabacillen und zwar auch nur in sehr geringer Zahl. Wenn man berücksichtigt, dass bis dahin vergeblich in zahlreichen Proben von Tankwasser, Sewage, Flusswasser und sonstigem allen Verunreinigungen ausgesetzten Wasser nach den Cholerabacillen gesucht wurde, und dass sie zum ersten Male mit allen ihren charakteristischen Eigenschaften in einem von einer Cholera-Epidemie umschlossenen Tank gefunden sind, dann muss dies Resultat als ein höchst wichtiges angesehen werden. Es steht fest, dass das Wasser im Tank inficirt wurde durch Cholerawäsche, welche nach den früheren Beobachtungen die Cholerabacillen besonders reichlich zu enthalten pflegt; ferner ist constatirt, dass die Anwohner des Tanks dieses inficirte Wasser zu häuslichen Zwecken und namentlich zum Trinken benutzt haben. Es handelt sich hier also gewissermassen um ein durch den Zufall herbeigeführtes Experiment am Menschen, welches den Mangel des Thierexperimentes in diesem Falle ersetzt und als eine weitere Bestätigung für die Richtigkeit der Annahme dienen kann, dass die specifischen Cholerabacillen in der That die Krankheitsursache bilden.

Bis jetzt steht dieses Factum allerdings noch vereinzelt da, aber immerhin zeigt uns dasselbe einen der Wege, auf welchen das Choleragift in den menschlichen Körper gelangen kann, und ich zweifle nicht, dass auch in anderen ähnlichen Fällen der Nachweis der Cholerabacillen im Wasser oder sonstigen Vehikeln des Infectionsstoffes gelingen muss.

Seit meinem letzten gehorsamsten Berichte sind ferner 20 Choleraleichen und die Dejectionen von 11 Cholerakranken untersucht, und es beträgt somit die Gesammtzahl der in Indien zur Untersuchung verwertheten Fälle: 42 Choleraleichen und 28 Cholerakranke. Neue Resultate haben diese letzten Fälle allerdings nicht ergeben. Sie glichen den früheren in jeder Beziehung, namentlich auch in Bezug auf das Verhalten der Cholerabacillen.

Ausserdem sind noch eingehende Untersuchungen über den Einfluss verschiedener Substanzen, wie Sublimat, Carbolsäure und anderer desinficirender Stoffe auf die Entwickelung der Cholerabacillen in Nährflüssigkeiten, ferner über das Verhalten derselben in Kohlensäure und beim Abschluss von Luft angestellt. Auch wurden die Versuche, welche dazu dienen sollten, eine Dauerform der Cholerabacillen aufzufinden, unermüdlich fortgesetzt. Doch ist bis jetzt nichts Derartiges aufgefunden. Die einzige Möglichkeit, die Cholerabacillen längere Zeit lebensfähig zu erhalten, besteht darin, dass man sie vor dem Eintrocknen bewahrt. In Flüssigkeiten bleiben sie wochenlang entwicklungsfähig und es scheint Alles darauf hinzuweisen, dass sie nur in feuchtem Zustande verschleppt und dem menschlichen Körper wirksam einverleibt werden können.

Leider mussten die weiteren Untersuchungen über diesen Gegenstand wegen der in diesem Jahre schon frühzeitig eingetretenen heissen Witterung aufgegeben werden. In den letzten Wochen war die Temperatur schon so hoch, dass nur unter grossen Schwierigkeiten im Laboratorium gearbeitet werden konnte. Aber seit einigen Tagen ist es fast unerträglich heiss geworden und es bleibt nichts Anderes übrig, als die Arbeiten vorläufig abzubrechen.

gez.: Dr. Koch, Geheimer Regierungsrath.

An den Staatssecretair des Innern, Herrn Staatsminister v. Boetticher, Excellenz.

---

2. Aus dem Gutachten der Königlich Preussischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, betreffend die Ueberbürdung der Schüler in den höheren Lehranstalten, am 19. December 1883 erstattet an Seine Excellenz den Königlichen Staatsminister und Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten Herrn Dr. von Gossler.

(Schluss aus No. 13.)

Bezüglich der allgemeinen Schwächezustände betont das Gutachten, dass bei prädisponirten Kindern ein gewisses Maass von körperlicher und geistiger Schwäche, insbesondere in der früheren Schulperiode, unvermeidlich ist. Aber gerade daraus folgt die Verpflichtung, dass die Lehrer in höherem Maasse individualisiren müssen, als es anerkanntermassen in der Regel geschieht. Sie müssen die Kräfte ihrer Schüler nicht nach gleichem Maasse messen. Sie müssen ein offenes Auge für das Wohlbefinden der einzelnen Schüler gewinnen. Sie müssen das Recht und die Pflicht haben, sowohl das Maass der Belastung, als auch das Maass der Erholung innerhalb gewisser Grenzen nach ihrem gewissenhaften Ermessen zu regeln und zu ändern, denn es giebt kein constantes Maass, wonach die Grenze zwischen Ueberbürdung und zulässiger Belastung bestimmt werden kann. Was in gewissen Fällen oder Zeiten zulässige Belastung ist, wird in anderen Ueberbürdung. Die Zeichen, dass letztere eingetreten ist, ergeben sich erst nachträglich aus der Beobachtung.

Ob eine solche Beobachtung sich durch die eigenen Organe der Schule in genügender Weise und ohne ärztliche Mitwirkung ausführen lässt, das ist freilich eine sehr zweifelhafte Sache. Wenn man weiss, wie schwer es hält, die active und bewusste Thätigkeit der Lehrer selbst für die Regulirung mechanischer Einrichtungen, sogar solcher, von denen der Lehrer ebensowohl, als der Schüler betroffen wird, z. B. für Ventilation und Heizung, mit Erfolg in Anspruch zu nehmen, dann wird man keine grosse Hoffnung darauf setzen, dass es überall gelingen wird, die schon durch den Unterricht als solchen angespannte Aufmerksamkeit der Lehrer auch noch für die Observirung der körperlichen Zustände der Schüler in Bewegung zu setzen. Wir folgern also, dass selbst für die Sammlung eines genügend sicheren Beobachtungsmaterials über die Wirkung der einzelnen belastenden Momente die Mitwirkung von tüchtigen und zuverlässigen Aerzten nicht wird entbehrt werden können.

Unter den ursächlichen Momenten einer Ueberbürdung wird zuvörderst die Ueberfüllung der einzelnen Schulklassen genannt. Die in Preussen geltenden Bestimmungen, wonach in den höheren Lehranstalten die Maximalzahl der Schüler in VI und V auf 50, in IV und III auf 40, in II und I auf 30 festgesetzt ist, dürfen an sich schon als weitgehende bezeichnet werden. Indess ergiebt sich aus den der Deputation vorgelegten Frequenzlisten für die Jahre 1879—1881, dass an einer grossen Zahl von Schulen diese Maximalzahlen, und zwar zum Theil erheblich, überschritten werden, so dass für sämmtliche höhere Lehranstalten Preussens der Procentsatz der mit überfüllten Klassen versehenen im 3jährigen Mittel 24,1 Procent betrug.

Die hauptsächlichste Ueberfüllung findet sich überdies in den mittleren und unteren Schulklassen, also gerade in denjenigen, wo die Schüler der Hülfe des Lehrers am meisten benöthigt sind, wo ihre Unselbständigkeit am grössten, ihre Fähigkeit, sich durch eigene Arbeit weiter zu bringen, am geringsten ist. Der Lehrer, ausser Stande in der Schule selbst allen Einzelnen seine Aufmerksamkeit zuzuwenden, wird ganz von selbst in die Versuchung geführt, durch häusliche Arbeiten das nachholen zu lassen, was in der Schule nicht geleistet werden kann. Hier führt ein Fehler den andern herbei. Die Deputation kann daher nicht dringend genug empfehlen, dass hier Abhülfe geschaffen werde. Wie es scheint, würde dieselbe wirksam nur dadurch herbeigeführt werden können, wenn, wie das im Königreich Sachsen und in Württemberg der Fall ist, schon in den unteren Klassen die Maximalzahl auf 40 herabgesetzt würde; jedenfalls aber sollte es eine der ersten Aufgaben der Unterrichtsverwaltung sein, in den nach Obigem überaus zahlreich vorhandenen im Verhältniss zu den jetzigen Normalzahlen überfüllten Klassen durch Beschaffung neuer Räume die dringlichsten Gefahren für die Gesundheit der den Anstalten anvertrauten Schüler zu beseitigen. Sehr gewichtige Gründe sprechen ferner dafür, dass die Aufnahme in die Elementarschule erst nach vollendetem 7., die in die Sexta eines Gymnasiums erst nach vollendetem 10. Lebensjahre erfolgen sollte. Wenn gegen letztere Vorschrift pädagogische Bedenken sprechen, so ist um so dringlicher die besonders vorsichtige Handhabung des Vorschulunterrichts und die Schonung der Kinder in dem zarten Alter während desselben. Das Skelet ist auch nach dem 7. Lebensjahre noch längere Zeit sehr unvollkommen, aber es hat doch mit diesem Jahre in seinen Haupttheilen eine gewisse Festigkeit gewonnen. Damit steht in einem Parallelismus der Ausbildungsgang der Weichtheile. Insbesondere auch das Gehirn und die Augen werden mit jedem Jahre vorwärts leistungs- und widerstandsfähiger. Alle schwächenden Einwirkungen, welche gerade in der früheren Entwickelungsperiode den kindlichen Körper treffen, haben daher eine weit mehr nachhaltige Bedeutung: sie treffen die Organe in der Zeit, wo sie erst ihre spätere Gestalt erlangen oder gar erst vorbereiten, und sie bedingen daher Störungen, welche den Aufbau und die Einrichtung der Organe selbst betreffen. Gerade die Zeit bis zum 10. oder 11. Lebensjahre ist es auch, wo jene Veränderung des Augapfels, welche die Kurzsichtigkeit hervorbringt, am häufigsten angelegt oder entwickelt wird. Die Fürsorge der Staatsregierung und der Schulbehörden sollte also gerade auf diese Zeit mit besonderer Sorgfalt sich richten, und alle Vorsichtsmassregeln sollten für dieselbe mit besonderer Sorgfalt gewählt und streng überwacht werden.

Ueber die Erholungspausen zwischen den Lehrstunden spricht sich die Deputation dahin aus, dass es sich empfehle, einen Unterschied zwischen den oberen und mittleren Klassen einerseits und den unteren und Vorschulklassen andererseits zu machen, und den letzteren ein höheres Maass von Zwischenpausen zu gewähren, als den ersteren. Insbesondere in den Städten, wo nur Vormittagsunterricht eingeführt ist, erscheint eine höhere Berücksichtigung der unteren Klassen dringend wünschenswerth. Schon in ihrem Gutachten vom 18. August 1869 über den Wegfall oder die Beschränkung des Nachmittagsunterrichts hatte die Deputation sich dahin ausgesprochen, dass sie in der Zahl von 5 auf einander folgenden Unterrichtsstunden das Maximalmaass der überhaupt zu stellenden Forderungen erblicke, welches höchstens von den Schülern der höheren Klassen ohne Nachtheil ertragen werden könne, und hatte die Nothwendigkeit, für die Schüler der niederen Klassen ein anderes Maass zu wählen in den Vordergrund unserer Betrachtungen gestellt. Leider hat die von der Deputation angeregte Beobachtung durch ärztliche Sachverständige nicht stattgefunden, so dass ein ausreichendes Material nicht vorliegt. Die Deputation hält es für sehr richtig, dass die Königliche Staatsregierung, ganz im Einklange mit der zurückhaltenden und nur theilweise empfehlenden Haltung unseres Gutachtens, die Genehmigung zum Wegfall des Nachmittagsunterrichts nur unter besonderen Umständen für grosse Städte ertheilt hat. Sie empfiehlt aber, dass für den Fall der Genehmigung auch regelmässig vorgeschrieben würde, dass bei einer fünfstündigen Dauer des Unterrichts in den unteren Klassen mindestens Erholungspausen von im Ganzen 30 bis 40 Minuten täglich eingelegt würden. Für die höheren Klassen scheint uns eine Gesammtdauer der Pausen von 25—30 Minuten ausreichend.

Wo dagegen der Nachmittagsunterricht fortbesteht und der Vormittagsunterricht sich auf 3—4 Stunden beschränkt, werden für den Nachmittag je 5 Minuten ausreichen, für den Vormittag je eine längere Pause zu 15

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei vierstündigem, zu 10 Minuten bei dreistündigem Unterricht, während zwischen die anderen Sitzstunden nur Pausen von je 5 Minuten einzulegen wären.

Die Abmessung der Pausen hängt aber auch von der Art der Ventilations-Einrichtungen ab, denn jene zur Lüftung zu benutzen, ist im Winter nur in sehr beschränktem Masse ausführbar. Die Schulverwaltung wird daher mehr und mehr, wie es erfreulicher Weise ja schon der Fall ist, dafür Sorge tragen müssen, wirksame Ventilations-Einrichtungen in den Schulen einzuführen. Bei gutem Wetter wird es gewiss nützlich sein, sämmtliche Schüler zum Verlassen der Zimmer zu veranlassen, und im Sommer wird man in der Zwischenzeit auch Fenster und Thüren öffnen können. Wo aber die Ventilation unzureichend oder gar schlecht ist, da wird es wohl überhaupt aufgegeben werden müssen, im Winter oder bei schlechtem Wetter den Versuch zu machen, „die alte verdorbene Zimmerluft durch frische gute Luft zu ersetzen“. In solchen Anstalten hat man nur die Möglichkeit, die Schüler von Zeit zu Zeit in die äussere frische Luft zu führen, und da tritt denn auch die Forderung einer Verlängerung der Pausen in ihr volles Recht.

Was die Dauer der Schul- und Arbeitszeit anlangt, so glaubt die Deputation, dass der Gedanke festgehalten werden müsse, die häusliche Arbeit als eine wesentliche Ergänzung des Schulunterrichts vornehmlich in den mittleren und höheren Klassen anzuerkennen, woraus sich für den Lehrplan überhaupt und für jeden einzelnen Lehrer insbesondere sofort ergiebt, dass das Mass der geistigen Belastung der Schüler unter gleichzeitiger Berücksichtigung beider Seiten der Thätigkeit aufgestellt werden muss. Die Deputation exemplificirt vielfach auf die Verordnungen der grossherzoglich-hessischen Regierung, ohne sie durchweg zu billigen. Sie hält aber den Boden, auf welchem sich derartige Anordnungen bewegen, und der Wunsch, dass es gelingen möge, bei sorgfältiger Sammlung der gemachten Erfahrungen zu einer grösseren Sicherheit der Präcisirung zu gelangen, für gewiss berechtigt. Denn gerade dieser Boden ist es, auf dem sich auch die Untersuchung über Arbeitsüberbürdung am ausgiebigsten zu verbreiten hätte; gerade über die Häufung der häuslichen Arbeiten klagen die Eltern am meisten.

Die Hessische Verordnung bestimmt nun die Dauer der häuslichen Arbeitszeit für die Vorschulen auf 30—40 Minuten den Tag oder 3—4 Stunden die Woche. Das Urtheil über das zulässige Mass der Arbeitsstunden muss sich aber nach der Zahl der eigentlichen Schulstunden richten und hier ist zunächst zu bemerken, dass in Hessen die Zeit für den Schulunterricht in der Vorschule auf 16—20 Stunden wöchentlich bemessen ist, so dass mit Zurechnung von 3—4 Arbeitsstunden als tägliche maximale Stundenzahl 4 herauskommen. Das Elsass-Lothringische Gutachten gelangt zu ungefähr ähnlichen Forderungen, und die Deputation kann sich dem anschliessen.

In der preussischen Sexta der Gymnasien und Realgymnasien steigt die Zahl der Lehrstunden incl. des Singens, ganz abgesehen von den Turnstunden, auf 30, in den Ober-Real- und höheren Bürgerschulen auf 31 wöchentlich, also incl. der häuslichen Arbeitsstunden der Hessischen Verordnung auf 36 bez. 37, d. h. auf täglich 6 Stunden, ein für so zarte Kinder recht hohes und nicht mehr zu überschreitendes Mass der Belastung.

In der Prima erhielt man incl. der 18 Arbeitsstunden der hessischen Verordnung 52 Stunden wöchentlich oder fast 9 Stunden täglich. Dies scheint der Deputation mit Recht zu viel zu sein. Sie beklagt die daraus folgende Concession, dass der Zeichen-Unterricht für die drei oberen Klassen facultativ gemacht ist, andererseits die Thatsache, dass die Befreiung vom Singen erfahrungsmässig leicht erlangt wird und glaubt als das allgemein zulässige Mass für die höheren Klassen eine Arbeitszeit von 8 Stunden täglich oder 48 Stunden wöchentlich fixiren zu sollen.

Sie hebt zugleich hervor, dass 2 Turnstunden wöchentlich im hygienischen Sinne zu wenig sind. Sie erkennt daher namentlich den Erlass vom 27. October 1882, die Turnspiele betreffend, als einen wahren Fortschritt an, glaubt aber auch mit Zuversicht erwarten zu dürfen, dass dafür die genügende Zeit gewonnen werden wird. Gerade für die Schüler der höheren Klassen sollte die jedesmalige Turnzeit auf mindestens $1^{1}/_{2}$ Stunden, also auf 3 Stunden wöchentlich bemessen werden. In dem Schlussergebniss betont die Deputation noch ein Mal, dass es nicht auf die Lehrstunden allein, sondern auf die gesammte seitens der Schule in Anspruch genommene Zeit in Unterricht und Hausarbeit, auf eine verständige Individualisirung in der Behandlung der Schüler und zu diesem Zweck vor Allem darauf ankommt, dass die Zahl der von dem Lehrer zu unterrichtenden Schüler Einer Klasse nicht zu gross sei. Was in Bezug auf die Ueberbürdungsfrage sonst noch zu sagen wäre, das fällt wesentlich in das eigentlich pädagogische Gebiet: es betrifft die Methode des Unterrichts. Mit ihr hängt auch in der That die Frage der häuslichen Arbeiten, insbesondere die Erklärung, warum manche derselben die Schüler ungebührlich belasten, auf das Innigste zusammen. Indess fällt diese Beurtheilung nicht in die technisch-ärztliche Competenz, und die Deputation verzichtet darauf, dieselbe irgendwie zu überschreiten.

Endlich kommt die Deputation noch auf einen Punkt zurück, den sie schon mehrmals gestreift habe, die Betheiligung der Aerzte an der Beaufsichtigung der Schule. Sie sei zur wissenschaftlichen Aufklärung der hier einschlagenden Verhältnisse dringend geboten. Das einzige zu einer einigermassen befriedigenden Darstellung gekommene Verhältniss, das der Kurzsichtigkeit, sei fast ausschliesslich durch Aerzte, und zwar durch Privat-Aerzte, ergründet worden. Aehnliche Aufklärungen könnten auch über die meisten anderen Verhältnisse gewonnen werden, wenn amtliche Ermittelungen darüber durch sachverständige Aerzte angestellt würden und auch in anderen Richtungen lasse die Schulhygiene noch recht viel zu wünschen übrig. Trotzdem eine gewisse Eifersucht gegen die Einmischung der Aerzte in die Angelegenheiten der Schule unverkennbar überall hervortrete, breche sich doch das Anerkenntniss Bahn, dass ohne die Mithülfe von Aerzten die Schulhygiene zu einer befriedigenden Gestaltung nicht gelangen könne. Es sei daher an der Zeit, endlich einmal einen practischen Anfang zu machen, und wenn nicht sofort im ganzen Staate, so doch an einzelnen, besonders geeigneten Orten die Hauptfragen durch Aerzte in Angriff nehmen zu lassen. So, um ein Beispiel zu nennen, biete Berlin für alle Arten von höheren Schulen ein so reiches Feld, dass recht wohl ein voll durchgeführter Versuch gemacht werden könnte, durch die ärztlichen Organe die nöthigen Untersuchungen vornehmen zu lassen. Auf diese Weise würde nicht blos ein sofort zu verwerthendes Material gewonnen werden, sondern die Königliche Staatsregierung würde sich auch überzeugen können, ob in der That die Mitwirkung der Aerzte einen erheblichen Nutzen gewährt. Je nach dem Ausfalle eines solchen localen Versuchs oder auch vielleicht mehrerer, gleichzeitig an verschiedenen Orten unternommenen, würde dann entschieden werden können, ob im ganzen Staate organische Einrichtungen zu treffen seien, welche die regelmässige Betheiligung von Aerzten an der Beaufsichtigung der Schulen sicher stellen.

---

3. Die Impfungen mit animaler Lymphe in der städtischen Impfanstalt zu Dresden im Jahre 1883.

Von

Dr. Chalybäus.

Für die öffentlichen Impfungen der städtischen Impfanstalt habe ich zuerst im Jahre 1877 21 Kälber und im Jahre 1878 20 Kälber geimpft. Diese Thiere waren durchgängig 2 Wochen alt, sie wurden in einem eigens zu diesem Zweck erbauten hölzernen Sommerstall eingestellt und aus der Ziehflasche mit Milch, Eiern, bez. auch Mehlsuppe ernährt. Die Lymphe wurde in der Regel sofort vom Kalb aufs Kind übertragen, seltener trocken zwischen Glasplättchen oder flüssig mit Glycerinzusatz im Glasröhrchen aufbewahrt und an den nächstfolgenden 2 Tagen verimpft. Bei den ersten 105 Impfungen wurde nur die über der Quetschpincette aus der Impfpocke des Kalbes hervorquellende Lymphflüssigkeit verwendet, wobei sich in 43,8 Proc. der Impfungen (erste Vaccinationen) ein Misserfolg zeigte; bei allen weiteren Impfungen wurde die mit ihrem ganzen Inhalt abgetragene Pustel als Impfstoff benutzt, wobei nur in 3,4 Proc. der Impfungen ein Fehlerfolg eintrat. Trotz dieser nicht ungünstigen Erfolge hat sich jedoch die animale Vaccination in dieser ersten Einrichtung für die Dauer nicht halten lassen. Es stellte sich im Verlauf dieser 2 Jahre heraus, was vorher nicht bekannt war und nicht vorausgesetzt wurde, dass zu Impfzwecken solche junge Schlachtkälber von $1^{1}/_{2}$ bis 2 Wochen, wie sie hier ausschliesslich zur Verfügung standen, nicht tauglich sind, dass diese insonderheit zur Erzeugung einer einigermassen haltbaren, ihre Wirksamkeit auch länger als ein paar Tage bewahrenden Lymphe nicht geeignet sind. Diese jungen Thiere vertragen den Transport und den Nahrungswechsel schlecht, bekommen leicht Fieber, Darmkatarrh und Metrorismus; dann entwickeln sich aber die Pocken nur kümmerlich und sind zur Fortpflanzung unbrauchbar. Im Jahre 1878 erkrankten nicht weniger als 6 Thiere an Durchfall und Tympanitis, 2 davon starben.

In den Jahren 1879 und 1880 habe ich Impfungen mit Thierlymphe nur in beschränkterem Umfange ausgeführt, und hierzu Lymphe benutzt, die ich durch Impfung von Milchkühen im Stall benachbarter Gehöfte gewonnen habe. Die Fehlimpfungen betrugen 2,1 Proc., bez. 4,1 Proc. aller Impfungen (erste Vaccinationen). Seit dem Jahre 1881 habe ich die Impfthiere von ihren Ställen herein in die Stadt transportiren lassen, dieselben in den Räumen der königl. Thierarzneischule eingestellt und sie daselbst geimpft und abgeimpft. Ich habe junge Kühe und Bullen, im Alter von $^{1}/_{2}$—$1^{1}/_{2}$ Jahr benutzt, die mir durch Vermittlung eines Thierarztes überlassen wurden. Dieser Thierarzt hat sich verpflichtet, die Impfthiere nur aus ihm bekannten Ställen gesunder Zucht zu entnehmen, in denen eine gute Fütterung besteht; im Stalle der Thierarzneischule werden die Thiere nochmals genau untersucht und während der ganzen Impfperiode thierärztlich überwacht. Seit dem Jahre 1883 entnehme ich auch, so oft sich Gelegenheit bietet, die Impfthiere aus dem Schlachthof und warte vor der Verwendung der Lymphe den thierärztlichen Schlachtbefund ab. Ich habe für die Zwecke der städtischen Impfanstalt und der königl. Lymphversendungsanstalt auf diese Weise im Jahre 1881 13, 1882 16, 1883 18 Thiere geimpft. Im ersten Jahre wurden die Thiere zur Impfung und Abimpfung gefesselt und geworfen oder mit der Nasenzange festgehalten; die Bullen wurden am Scrotum, die Kühe am rasirten Milchspiegel geimpft, bei ruhigen Thieren wurde auch ein Theil des Bauches rasirt. Seit 1882 benutze ich zur Impfung der Thiere eine mit Angeln in einer Wand befestigte hängende Tischplatte, auf welcher das Thier angeschnallt wird, und welche dann mittelst eines Flaschenzuges zur Wagrechten aufgezogen wird. Die Impfung geschieht auf der rasirten linken Bauchseite; bei der Abimpfung wird nach Anlegung der Quetschpincette die ganze Pocke abgeschabt, der Inhalt sämmtlicher Pocken in einer Achatreibschale gut vermischt, und nach Zusatz einer sehr geringen Menge mit einer Spur Thymol versetzten Glycerins (etwa 1 Tropfen auf je 2—3 Pocken zur Verhütung des Anklebens in den Capillaren) in weite Glasröhrchen gefüllt. Die Erfolge der Impfungen mit dieser Lymphe waren:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Jahre	bei den ersten Vaccinationen				bei den ersten Revaccinationen			
	reichlicher Erfolg.	spärlicher Erfolg.	ohne Erfolg.	zusammen.	vollständiger Erfolg.	rudimentärer Erfolg.	ohne Erfolg.	zusammen.
1881	510	51	3	564	531	125	178	834
	90,4	9.1	0.5		63.7	15.0	21.3	
1882	956	206	55	1217	1149	564	534	2247
	78.6	16.9	4.5		51.1	25.1	23.8	
1883	2435	57	1	2493	2249	168	136	2553
	97,7	2,3	(0,025)		88,1	6,6	5,3	

Zu den reichlichen Erfolgen der Vaccinationen sind die Fälle gezählt, in denen mehr als die Hälfte der Impfstellen Pocken zeigten, zu den vollständigen Erfolgen der Revaccinationen die Fälle, in welchen sich Pusteln (nicht blos Knötchen) ausbildeten. Der etwas ungünstigere Erfolg der animalen Impfungen des Jahres 1882 hat jedenfalls darin seinen Grund, dass ich (nach Pissin's Vorgang) damals dem Impfstoff eine grössere Menge Glycerin zugesetzt hatte.

Ich berichte hier im Einzelnen über die Erfolge der animalen Impfungen im Jahre 1883. Ich impfte 1 Thier Ende Februar, je 2 im März, April, Mai, 4 im Juni, je 1 im Juli und August, 3 im September, je 1 im October und November; hierzu kommen noch 2 im Juli und December von mir privatim geimpfte Thiere. Die Impfungen des 1. und 5. Thieres geschahen mit Lymphe aus der Hamburger Staatsimpfanstalt (aus auf das Kalb inoculirter Variola gezogen), die übrigen mit Lymphe des vorhergehenden, bez. auch des zweitvorhergehenden Thieres; meist wurden nebenbei in einer Ecke der rasirten Fläche auch ein paar Pocken mit humanisirter Lymphe geimpft. Die Abimpfung wurde 8 Mal am 5. Tage, 9 Mal am 6., 1 Mal am 5. und 6., 1 Mal am 6. und 7., 1 Mal am 5., 6. und 7. Tage vorgenommen. Der Erfolg war 16 Mal ein vollkommener, 3 Mal ein lückenhafter. 1 Mal (30. November bis 5. December bei sehr kalter Witterung) ein ungenügender, indem die Pocken vorzeitig vertrockneten.

Als Vorstand der königl. Lymphregenerations- und der Lympfversendungsanstalt Dresden habe ich an 92 Impfärzte und mehrere Privatärzte des Regierungsbezirks diese animale Lymphe in dicken Glasröhrchen versendet. Die Empfänger haben mit derselben fast durchgehends erfolgreiche Vaccinationen ausgeführt, 14 derselben haben sogar mir ihren Entschluss kundgegeben, künftig ihre sämmtlichen Impfungen nur noch mit animaler Lymphe vornehmen zu wollen. Nur von einem Impfarzt wurde mir Mittheilungen über mangelhaften, und von einem über fehlenden Erfolg gemacht. Ich habe jeder Sendung die Vorschrift beigefügt, die Lymphe kalt (im Eisschrank oder Keller) aufzubewahren und längstens binnen 4 Wochen zu verwenden.

(Schluss folgt.)

4. Allgemeine Gesundheitspflege.

— Zur Leichenverbrennung. In der letzten Sitzung des Gesundheits-Rathes des Seine-Departements erstattete Professor Brouardel Bericht über die Autorisation zur Verbrennung der Leichen, welche in den Secir-Sälen dem Unterrichte gedient haben. — Der Bericht legt dar, dass die öffentliche Gesundheits-Pflege von der Einäscherung dieser Cadaver nicht zu fürchten habe, wenn sie in zweckmässig eingerichteten Apparaten stattfinde, die keinen Geruch verbreiteten, und zweitens dass auch den Forderungen der gerichtlichen Medicin dabei durchaus genügt werde.

Der Gesundheits-Rath nahm die Beschlüsse der Commission einstimmig an.

XVIII. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Prag, Dr. H. Kisch ist der Titel eines ausserordentlichen Professors verliehen worden. Prof. Dr. Eilhard Schulze wurde bei seinem Abgange nach Berlin, wo er als Professor der Zoologie und der vergleichenden Anatomie fungiren wird, die allerhöchste Anerkennung für seine ausgezeichnete Wirksamkeit auf dem Gebiete des Unterrichts und der Wissenschaft ausgesprochen.

— Wien. Die Gesellschaft der Aerzte zu Wien hat auf den Antrag des Stadthaltereirathes von Karajan zur Begrüssung der aus Indien heimkehrenden deutschen Choleracommission ein aus den Herren Arlt, v. Bamberger, Ludwig, Drasche, Kundrat, v. Karajan, v. Frisch nd Weichselbaum bestehendes Vorbereitungscomité gewählt.

XIX. Literatur.

Geh. Med.-Rath Dr. A. Wernher, Zur Impffrage, Resultate der Vaccination und Revaccination. Mainz 1883. Victor v. Zabern. — Dr. J. Bockendahl, Generalbericht über das öffentliche Gesundheitswesen der Provinz Schleswig-Holstein für das Jahr 1882. Kiel 1883. Schmidt u. Klaunig. — Dr. Fr. Stecher-München, Zum Schutze wider die Diphtherie. Berlin 1884. Theodor Fischer. — M. v. Pettenkofer, Vergiftung mit Leuchtgas. Breslau. S. Schottländer. — Prof. Dr. Demme, Thätigkeit des Jennerschen Kinderspitals im Laufe des Jahres 1882. Bern. J. Dalp'sche Buchhandlung. — Dr. Wilh. Löwy-Wien, Die Bewegung der Bevölkerung in Wien. Wien 1883. Wiener Magistrat. — Dr. M. Schumann, Die Sexualproportion der Geborenen. Oldenburg 1883. Schulze'sche Hofbuchhandlung und Hofbuchdruckerei. — Dr. Hermann Kuhnt, Beiträge zur operativen Augenheilkunde. Jena 1883. Gustav Fischer. — Otto Küstner, Beiträge zur Lehre von der Endometritis. Jena 1883. Gustav Fischer. — C. Flügge-Göttingen, Fermente und Mikroparasiten. Handbuch der Hygiene und der Gewerbekrankheiten. Herausgegeben von H. v. Ziemssen und M. v. Pettenkofer. 1. Theil. Leipzig 1883. F. C. W. Vogel. — Dr. P. Miniat, Wegweiser zu klimatischen Curen. Bern. Max Fiala's Buchhandlung (Otto Kaeser). — Dr. Severin Robinski, Zur Kenntniss der Augenlinie und deren Untersuchungsmethoden. Berlin 1883. Eugen Grosser. — Dr. H. Karsten, Prof. der Botanik, Deutsche Flora. Pharmaceutisch-medicinische Botanik. Berlin 1883. J. M. Spaeth. — XIII. Jahresbericht des Landes-Medicinal-Collegiums über das Medicinalwesen im Königreich Sachsen auf das Jahr 1881. Leipzig 1883. F. C. W. Vogel. — Dr. Herm. Hettich, pract. Arzt in Stuttgart. Sterblichkeits-Statistik der Aerzte in Württemberg. Stuttgart. W. Kohlhammer, 1883. — C. Kanzow. Bericht über das Sanitätswesen des Reg.-Bez. Potsdam in den Jahren 1881 u. 1882, Potsdam 1884. W. O. Link. — E. Egger. Erster Rechenschaftsbericht d. Chemisch. Untersuchungsamtes f. d. Provinz Rheinhessen nebst Beiträgen zu einer Hydrologie für die Provinz Rheinhessen, Mainz 1884. Victor v. Zabern. — Alb. Weiss. Das öffentliche Gesundheitswesen d. Reg.-Bez. Stettin im Jahre 1884. IV. Verwalt. Bericht. Rudolstadt 1884. Fürstl. priv. Hofbuchdruckerei F. Mitzlaff.

XX. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Staatsminister und Minister des geistlichen Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten Dr. von Gossler, den Rothen Adler-Orden I. Klasse mit Eichenlaub und dem Oberstabsarzt I. Klasse und Regimentsarzt des Herzogl. Braunschweigischen Husaren-Regts. No. 17 Dr. Lippelt zu Braunschweig den Kögl. Kronen-Orden III. Klasse zu verleihen, sowie Allerhöchst Ihrem ersten Leibarzt, General-Stabsarzt der Armee z. D. Dr. Grimm hierselbst, die Erlaubniss zur Anlegung des von des Königs von Rumänien Majestät ihm verliehenen Grosskreuzes des Ordens der Rumänischen Krone zu ertheilen; ferner dem Geh. Sanitäts.-Rath Dr. Mooren zu Düsseldorf den Charakter als Geheimer Medicinal-Rath, sowie dem practischen Arzt Dr. med. Hermann Heinrich Johann Staub zu Trier, dem Kreis-Physikus Dr. med. Friedrich Wilhelm Liedke zu Neustettin, dem gerichtlichen Stadt-Physikus Dr. med. Reinhold Long zu Breslau und dem practischen Arzt Dr. med. Julius Karl Stuller zu Kloster Leubus den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen.

Ernennungen: Der seitherige Kreiswundarzt des Kreises Kalau Dr. Schleussner zu Alt-Döbern ist zum Kreisphysicus des Kreises Beeskow-Storkow, der practische Arzt Dr. Broll zu Gr.-Strehlitz zum Kreiswundarzt des Kreises Gross-Strehlitz, der practische Arzt Dr. Boronow zu Königshütte unter einstweiliger Belassung in seinem Wohnsitz zum Kreiswundarzt des Kreises Kattowitz und der practische Arzt Dr. van Gulik zu Kevelaer unter Belassung in seinem Wohnsitz zum Kreiswundarzt des Kreises Geldern ernannt worden. Die Ernennung des practischen Arztes Dr. Schilling in Schweinitz zum Kreiswundarzt des Kreises Rotenberg (Stade) ist auf seinen Wunsch zurückgenommen worden.

Niederlassungen: Die Aerzte: Dr. Fronzig in Filehne, Dr. Aron und Dr. Doerr in Bonn und Dr. Grahlmann in Esens.

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. Zabrocki von Mrotschen nach Krone a. d. Brahe und Jürgens von Berlin nach Königswinter.

Verstorben: Kreisphysicus San.-Rath Dr. Kalt in Wipperfürth und Kreiswundarzt Stellmacher in Rothenburg a. Bober, sowie der Zahnarzt Kaestner in Koeln.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Brevis hat die Apotheke des verstorbenen Apothekers Schneider in Koeln übernommen.

Vacante Stellen: Kreisphysicat des Kreises Wipperfürth. Kreiswundarztstellen der Kreise Templin, Zauch-Belzig, Osthavelland und Westpriegnitz.

2. Bayern (Aerztl. Intelligenzblatt Nr. 13).

Todesfälle. Dr. Emil Glasser, pract. und Bahnarzt in Brannenburg und Dr. Carl Robl, pract. und Bahnarzt in Kelheim.

Berichtigung.

In Nr. 12 findet sich in den Mittheilungen über das Sommerpensionat von Frl. Auguste Weisse zu Friedrichroda der Druckfehler, dasselbe sei bis Ende December geöffnet, es muss heissen September.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besondere Beilage

zu

No. 14 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

I. Ueber die Entstehung krankhafter Geschwülste.

Von

Dr. Paul Grawitz.

(Schluss aus No. 13.)

ad 2) Wir kommen jetzt zu dem zweiten Satz, dass diese abgesprengten Gewebsstücke an sich, vermöge immanenter embryonaler Fähigkeit, Geschwülste erzeugen können.

Dass abgesprengtes Gewebe sich zu einer Geschwulst entwickeln kann, ist bestimmt zu bejahen; dass es diess ohne Weiteres kann, ist höchst zweifelhaft; dass es mit grosser Häufigkeit oder annähernder Regelmässigkeit geschieht, ist durchaus zu verneinen.

Es ist mir nicht verständlich geworden, weshalb Cohnheim durch Herrn Leopold die Transplantationsversuche hat anstellen lassen, welche Zahn mit so schönen Resultaten vorher gemacht hatte, da derartige Versuche von Ueberpflanzung verschiedener Gewebe von einem Individuum auf ein anderes der gleichen Art so reichlich von der Natur selbst hervorgebracht werden. Die Sacralgewächse und Inclusionen aller Art bieten hier ein weites Feld, und sie sind den Thierexperimenten um so mehr vorzuziehen, als sie von Fötus auf Fötus, also mit wirklich embryonalem Gewebe angestellt werden. Diese Naturversuche sprechen ebenso bestimmt gegen die Theorie Cohnheim's wie die Ergebnisse, welche Leopold an Thieren erzielt hat. Der Sacraltumor oder includirte Fötus bringt nur Skelettheile, namentlich wenn sie frei nach aussen liegen, zu einer Entwicklung, welche den normalen Formen annähernd gleicht; alle drüsigen Organanlagen verkümmern, die Haut sondert zuweilen Massen ab, wie in Dermoidcysten, aber es besteht nicht die mindeste Neigung, dieser abgesprengten Theile irgend eine reguläre Geschwulst, etwa ein Fibrom, Myom, Chondrom etc. zu bilden. In der Zusammenstellung seltener Missbildungen von Ahlfeld finden sich zahlreiche Notizen über Sacraltumoren bei Neugeborenen, dann bei Kindern der ersten Lebensjahre, aus der Zeit nach der Pubertät bis zum 50. Jahre, ohne dass sich auch nur ein einziger zu einer Geschwulst im gewöhnlichen Sinne entwickelt hätte. Der zweite verkümmerte Fötus wächst neben den Nachbargeweben her, ohne ihnen ernstliche Concurrenz zu bereiten. — Ebenso ging es bei den Transplantationen Leopold's. Der Knorpel, der ohne Nerveneinfluss und ohne eigne Gefässe zu wachsen vermag, dessen Zellen in Proliferation begriffen sind, setzt auch in der Augenkammer sein Wachsthum fort, während Leber, Herz und andere Organe in der Bauchhöhle losgelöst von ihren Nerven und Gefässen eingekapselt werden, wie Stücke von Schwamm oder Korken. Die einzigen Zellen ausser Knorpel und Knochenmark, welche, transplantirt, sich leicht weiter entwickeln, sind bekanntlich die Epithelien der Haut und Haarbälge, und diese Bildungen sind eben die Hauptgruppe, auf welche Cohnheim's Theorie passt, die Dermoide. Aber auch diese Dermoide oder die cystischen Zahnkeime haben keine besondere Neigung etwa zu einem Krebs auszuarten, so dass man die Dislocation oder Transplantation von Geweben allein durchaus nicht als hinreichende Erklärung für die Entwicklung einer Geschwulst ansehen kann.

Sehr schwer ist die Frage zu entscheiden für Naevi. Zunächst sei bemerkt, dass die überwiegende Mehrzahl der angeborenen Mäler, wenn sie nicht von Geburt an im Wachsen begriffen sind, ohne Schaden bis in hohes Alter getragen werden, so dass eine hervorragende Neigung zur Sarcom- oder Krebsbildung bei ihnen jedenfalls nicht besteht.

Unter denjenigen, welche später entarten, ist bei einem Theil zweifellos der Anlass in chronischer Reizung zu suchen. Einen ausgezeichneten Fall dieser Art secirte ich kürzlich bei einer Frau, welche einen Naevus melas am linken Fuss trug. Dieser, dem fortdauernden Drucke des Schuhwerks ausgesetzte Knoten wurde zu einem Carcinom, dessen Bösartigkeit sich in einer höchst seltsamen melanotischen Infiltration der ganzen Pia mater cerebralis und spinalis äusserte, welche in eine schwarzbraune dicke glänzende Haut verwandelt war!

Bei andern Fällen liegt eine erbliche Disposition vor, und bei einer letzten Gruppe scheue ich mich nicht, einzugestehen, dass wir weder eine erbliche Anlage noch eine eigentliche directe Veranlassung des Wachsthums nachweisen können, woraus aber durchaus nicht folgt, dass nichts davon vorhanden gewesen ist.

Die von mir als Strumae suprarenales aberratae bezeichneten, in der Literatur als Lipome, oder Adenome geführten Tumoren der Niere lassen jedenfalls die Verhältnisse am reinsten erkennen. Sie sehen hier an den Nieren eines Kindes und denen eines ca. 30jährigen Mannes die abgesprengten Nebennierenstücke ganz intact. Beide Nieren sind durchaus normal. In den andern Präparaten sind die abgesprengten Stückchen zu erbsengrossen Tumoren umgewandelt, die Structur der Nebenniere ist verschwunden, die Präparate gleichen Sarcomen, aber sie sind local geblieben. Die Nieren sind mehr oder weniger schwer von interstitieller Nephritis befallen. Wie häufig dies Zusammentreffen ist, geht daraus hervor, dass Sabourin, der diese Knoten bearbeitet hat, sie direct als Theilerscheinung der chronischen Nephritis aufgefasst hat. In meiner Abhandlung findet sich dann ein Fall von schwerer parenchymatöser Nephritis mit Amyloid, bei welchem in einer Niere eine grosse gleichfalls amyloide Struma vorlag, welche schon soweit maligne Eigenschaften besass, dass die halbe Niere in die Geschwulstmasse aufgegangen war. Ein andrer Fall l. c. betrifft dann einen kräftigen gesunden Herrn, welcher 1868 an catarrhalischer Pyelitis erkrankte. Sieben Jahre später traten schwere Symptome von Haematurie ein, im Jahre 1878 bemerkte Pat. einen Tumor in der linken Nierengegend, der unter zunehmenden Beschwerden Ende 1880 zum Tode führte. Die Section ergab ein grosses Liposarcom der linken Niere, und mehrere ganz den Strumen entsprechende Knoten der rechten Niere und eine Metastase in der Lunge. Im Verlaufe einer sehr chronischen schweren Nephritis hat sich demnach hier aus einem abgestprengten Stück Nebenniere in der linken Niere ein malignes Sarcom entwickelt, mit allen Zeichen der Bösartigkeit, aber einer Structur, welche durchaus derjenigen in den vorliegenden kleinen Strumen ähnlich ist. Daraus folgt, dass für verirrte Nebennieren, welche innerhalb der Nierenrinde sitzen, eine Entzündung des Nierenparenchyms einen Reiz zur Geschwulstbildung setzt, dass aber ohne diesen das fremde Gewebe bis in höheres Alter unverändert bleibt.

Es wird demnach die fötale Entwicklungsstörung nicht als die nächste und einzige Ursache der Geschwulstbildung, sondern als eine zuweilen vorkommende prädisponirende Ursache gelten können, und die Forschung wird sich darauf richten müssen, 1. wieweit das einschlägige, bisher sehr enge Gebiet, für welches der genannte Modus der Entstehung bewiesen ist, einer Erweiterung fähig ist, und 2. welcherlei die causae occasionales sind, welche hinzukommen müssen, damit sich der abgesprengte Theil zu einem Tumor entwickelt.

Was den ersten Punkt betrifft, so liegt hier ein grosses Verdienst, welches sich Cohnheim mit der Aufstellung seiner Theorie erworben hat, denn es steht zu hoffen, dass noch bei manchen heterologen Geschwülsten, deren Structur ohne die Annahme fötaler Störungen einstweilen durchaus unverständlich ist, die erste prädisponirende Ursache in einer congenitalen Dislocation wirklich gefunden werden wird. So lange wir über die pathologischen Verhältnisse innerhalb der Entwicklungsgeschichte noch so wenig geordnete Kenntnisse besitzen, wie heute, lässt sich garnicht a priori urtheilen, wie weit Transplantationen dieser Art vorkommen können, und noch weit weniger, unter welchen speciellen Bedingungen sie vorkommen. Je mehr wir aber auf diesem schwierigen und dunklen Gebiet Vorsicht bei der Beurtheilung walten lassen müssen, um so mehr müssen wir uns an die bis jetzt gewonnenen festen Thatsachen halten, und da diese übereinstimmend lehren, dass sich abgesprengte Gewebe nach der Geburt weiter entwickeln, jedes in seinem Typus, so können wir uns schlechterdings keine Vorstellung davon machen, wie die Cohnheim'sche Theorie auf die homologen Geschwülste die

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fibrome, Lipome, Myome etc. Anwendung finden soll. Es giebt zwar, wie oben ausgeführt worden, Beispiele dafür, das abgesprengte Partikel in einer fremdartigen Umgebung angetroffen werden, aber dafür, dass Aulagen von Muskelsubstanz, oder Fettgewebe, oder Bindegewebe „unverbraucht und unentwickelt" durch Jahre mitten in gleichartiger Matrix liegen bleiben könnten, dafür fehlen in der That alle Analogien. So verlockend demnach die Theorie auch erscheint, so dürfte doch gerade auf dem Gebiete der homologen Geschwülste die äusserste Vorsicht am Platze sein.

Wir kommen nunmehr zu dem zweiten Punkte, der Causae proximae, und dass dieser der wichtigste ist, geht schon daraus hervor, dass wir einen localen Anstoss sogar in solchen Fällen nicht entbehren können, wo eine fötale Transplantation anatomisch nachgewiesen werden kann; um wie viel mehr müssen wir uns aber nach directen localen oder allgemeinen Ursachen umsehen bei den Lipomen, Myomen, etc. bei denen noch niemals verirrte Keime im Sinne Cohnheim's gesehen worden sind.

Die Transplantation, wo sie vorkommt, ist die Grundlage zur Tumorbildung, das transplantirte Stück bedarf aber einer Erregung, d. h. im Sinne Virchow's eines Reizes, um wirklich zur Geschwulst zu werden. Bei den congenitalen Geschwülsten wirkt dieser Reiz schon intrauterin, man darf die congenitalen Geschwülste aber nicht mit solchen transplantirten Gewebsstücken verwechseln, bei denen der Wachsthumsanstoss erst später hinzukommt. Wenn ein Kind mit Angiom zur Welt kommt, so ist dies eine congenitale Geschwulst, und nicht eine fötale Anlage, denn weder im Fötus noch später ist ein Angiomgewebe normaler Bestandtheil des Körpers.

Einen Fall dieser Art hat Maass beschrieben. Ein Student trägt eine Teleangiektasie an der Stirn, welche angeboren ist, sich aber seit frühster Kindheit nicht mehr vergrössert hat. Auf einer Schlägermensur wird dieses Angiom getroffen, und bildet sich während der Heilung zurück. In der Narbe kommt später ein Aneurysma cirsoides zur Entwicklung. Dies Verhalten spricht doch entschieden gegen Cohnheim, da nach ihm der Reiz völlig entbehrlich ist. — Dass congenitale Geschwülste keines weiteren Reizes bedürfen um sich extrauterin zu vergrössern, versteht sich von selbst, aber der Fall von Maass zeigt, dass sie, einmal zum Stillstand gekommen, sich ganz wie fötal transplantirte Gewebe verhalten, und wie diese eines neuen Anstosses bedürfen, um weitere Fortschritte zu machen.

Welcher Art sind nun diese Reize? Sie wissen, m. H., Cohnheim kämpft beinahe ausschliesslich gegen die Traumen als Entstehungsursache von Tumoren. Er führt an, dass von Boll bei einer Statistik der Carcinome nur in **14** pCt. der Fälle Traumen nachgewiesen worden seien, und da ihm diese Ziffer zu gering ist, so bestreitet er die Möglichkeit einer traumatischen Wirkung ganz und gar. Dies ist meiner Meinung nach zu weit gegangen, denn wenn wir bei **14** pCt. einen engen Zusammenhang zwischen Traumen und Geschwülsten auffinden, so ist dies nicht so sehr wenig, denn Jedermann weiss, wie schwer anamnestische Daten bei den Patienten einer Berliner Poliklinik zu eruiren sind, und wenn wir so streng wie Cohnheim argumentiren wollten, so könnten wir auch behaupten, dass die acute gelbe Leberatrophie spontan entstehe, weil wir fast gar keine anamnestischen Daten dafür besitzen. Ich möchte hier zum Theil mit Cohnheim's eignen Worten sagen, „so lange man nicht die spontane Entstehung der Carcinome, welche allen Gesetzen von Ursache und Wirkung widerspricht, beweisen kann, da denke ich, dass wir den gesicherten Erwerb der pathologischen Erfahrung nicht ohne Weiteres darangeben, sondern vielmehr daran festhalten, dass in zahlreichen Fällen sich in unmittelbarem Anschluss an Traumen wirkliche Geschwülste entwickelt haben". — Wie diese Wirkung zu Stande kommt, ist ja eine fernere Frage. Seit wir wissen, dass schon schwache Essigsäure Hornhautzellen tödtet, wird man von einem Säbelhieb oder einem Fall auf das Schienbein nicht annehmen, dass die hier betroffenen Zellen direct wuchern und Tumoren bilden. Aber wie die Essigsäure auf der Hornhaut die Umgebung zur Reaction bringt, und eine starke Zellenanhäufung ausserhalb des Aetzbezirks zu Wege bringt, so kann auch das Trauma nicht direct, sondern durch die Reaction, welche erfolgt, um seine Wirkung auszugleichen, eine excessive Wucherung, eine Geschwulst hervorbringen.

Von dem Trauma, der einmal wirkenden Gewalt, sind nun aber wohl zu unterscheiden die chronischen Reizungen, welche zuerst einfache irritative Zellenwucherung, und schliesslich wirkliche Tumoren erzeugen. Das klassische Beispiel hierfür ist der Lippenkrebs, welcher bei alten Männern so häufig in demjenigen Mundwinkel beobachtet ist, in welchem jahrelang die Tabakspfeife getragen wurde; hierher gehört der Schornsteinfegerkrebs am Scrotum; hierher diejenigen Leberkrebse, bei welchen die Geschwulst ihren Anfang in der Gallenblase nimmt, nachdem diese durch Steine in einen Zustand chronischer Entzündung versetzt ist; hierher ein Fall, den O. Israel kürzlich im hiesigen pathologischen Institut secirt hat, bei welchem in einem Nierenbecken in der Umgebung eines Nierensteines eine chronische Pyelitis und schliesslich ein Krebs entstanden war; hierher die Lipome und Osteome, welche an Stellen, wo dauernde Druckwirkung bestand, zur Entwicklung kommen, und andre Fälle mehr, wie sie die Onkologie Virchow's so reichlich aufzuweisen hat. Wenn man hier den Einwurf erhebt, dass ähnliche chronische Irritationen nicht immer, sondern nur ausnahmsweise Geschwülste produciren, so ist dies richtig, und man sollte deshalb jeden einzelnen Fall darauf prüfen, welcherlei andre Bedingungen ausser der chronischen Reizung noch herbeigezogen werden könnten, um zu erklären, warum gerade im gegebenen Falle die Wirkung des Reizes so excessive Grade erreicht hat; wie man aber die chronischen Irritationen ganz und gar läugnen, und sie durch embryonale Anlagen, die Niemand an den oben aufgeführten Stellen jemals gesehen hat, ersetzen will, das erscheint mir wenigstens unberechtigt.

Ich komme demnach zu der Schlussfolgerung, dass eine grosse Reihe wohlbeglaubigter Mittheilungen in der Geschwulstlehre existirt, aus denen hervorgeht, dass sowohl Traumen als auch chronische Irritationen zum Ausgang von Geschwulstbildungen werden können und zwar auch an solchen Stellen, wo nach allen bisherigen Erfahrungen noch nie abgesprengte Gewebspartikel beobachtet worden, oder auch nur wahrscheinlich gemacht worden sind.

Dennoch bin ich weit entfernt, diesen Satz etwa dahin zu verallgemeinern, dass überall, wo eine Geschwulst entsteht, ein traumatischer oder mechanisch irritativer Anlass eingewirkt haben muss. Schon das oben erwähnte Beispiel Virchow's zeigt, dass ein bei rachitischer Knochenerkrankung abgesprengtes also in Wucherung begriffenes Knorpelstück fortwuchern kann, ohne dass es dazu eines äussern mechanischen Insults bedürfte. Das ebenfalls oben citirte Beispiel der Nierentumoren ist hier in gleichem Maasse lehrreich, da es ergiebt, dass die abgesprengten Inseln von Nebennierensubstanz zum Wachsen zwar eines Reizes bedürfen, dass dieser aber durchaus nicht mechanischer Natur zu sein braucht, sondern auf Schädlichkeiten beruhen kann, welche speciell auf die Niere entzündungserregend einwirken. Gerade für die Primärgeschwülste der Drüsen wird ein ähnlicher Modus gewiss häufig zu erwarten sein, und man wird schwerlich zu einer befriedigenden Erklärung kommen, wenn man einfach nur nach traumatischen Läsionen forscht, und die nervösen Einflüsse ganz bei Seite schiebt, weil sie begreiflicherweise ungleich schwieriger zu controliren sind. So lange wir über die Function grosser Organe, wie Thymusdrüse, Schilddrüse, Nebennieren noch so tief im Unklaren stecken, wie zur Zeit, da lässt sich über die muthmaasslich für diese Organe adäquaten Reize eben nichts Bestimmtes aussagen, und ich glaube, es ist besser, diese Unkenntniss einzugestehen, als der Forschung einfach einen Riegel vorzuschieben, dadurch dass wir an dieser Stelle eine Theorie einsetzen, welche alles weitere Suchen als ganz überflüssig und verfehlt erscheinen lässt.

Fassen wir nun noch einmal kurz die Thatsachen zusammen, welche über das Verhalten und das immanente Wachsthumsvermögen von „natürlich transplantirten" Gewebe bekannt sind, so ergiebt sich:

Gewebe, welches im Wachsthum begriffen ist, (gleichviel ob intra- oder extrauterin) und von seiner Stelle auf einen fremden Mutterboden abgesprengt wird, kann dort a) fortwuchern und eine (congenitale) Geschwulst bilden, oder b) sich in seinem Typus entwickeln, und dann sich verhalten, als ob es an seiner richtigen Stelle läge, oder c) auf Grund eines besonderen Reizes oder Vererbung aus diesem Ruhestand in eine Geschwulstproliferation übergehen.

Ihre Popularität verdankt nun aber die Cohnheim'sche Theorie weit weniger einer strengen sachlichen Begründung, denn, wie oben ausgeführt, ist die Zahl der Fälle, in welchen sie mit einiger Modification zutrifft, noch gering, sondern sie verdankt dieselbe dem Umstande, dass sich mit ihrer Hülfe die schwierigsten Probleme ohne grosse Mühe erledigen lassen. Wenn man ohne Skrupel an jeder Stelle des Körpers ungezählte verirrte und schlummernde Gewebskeime annimmt, und diesen die Fähigkeit zuerkennt, in jedweder Zeit ohne äusseren Anlass zu einer Geschwulst zu werden, so ist man aller weiteren Arbeit allerdings überhoben, und kann selbst solche Beobachtungen sofort erklären, welche ohne diese Hypothese kaum verständlich erscheinen.

Unter den Fällen letzterer Art möchte ich hier nur die Gruppe der zuweilen multipel in einem System vorkommenden Geschwülste erwähnen, welche in der That auf den ersten Anschein einer andern Erklärung kaum zugänglich scheinen, und welche deshalb auch von Cohnheim als besonders starke Pfeiler seiner Lehre hingestellt sind. Man beobachtet zuweilen multiple Myome im Uterus, Ovarien, oder Darm, multiple Neurome an mehreren Nervenstämmen, ferner multiple Lipome, welche an verschiedenen Stellen im Panniculus adiposus auftreten, und zwar nicht als Theilerscheinung allgemeiner Fettsucht, sondern im Gegentheil gerade bei Personen, deren

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fettpolster bereits atrophisch geworden ist; endlich multiple Sarcome im Skelett, die alle von einander unabhängig entstanden sind. Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese multiplen Tumoren ebenso aus verschiedenen Ursachen entstehen können, wie die einzelnen, es kommt mir daher nur darauf an, Analogien beizubringen, welche zwar noch mancher Aufklärung bedürfen, aber vor den Lipom- und Sarcomkeimen doch den Vorzug haben, dass sie wenigstens wirklich existiren. Hierhin rechne ich zunächst die zuweilen einzeln, meistens aber in sehr grosser Zahl neben einander in der Leber auftretenden sogen. Adenomknoten. Die Geschichte dieser Bildungen war vor cr. 20 Jahren Gegenstand lebhafter Debatten, an welchen Rokitansky, Rindfleisch, Friedreich, Hoffmann, Eberth, Klob u. A. theilnahmen, und aus welchen hervorgeht, dass diese Knötchen und Knoten der Leber bald als einfache Hyperplasien mit irregulärer, oder wie man heute sagen würde, atypischer Anordnung der Leberzellenreihen, bald als Adenome, d. h. als echte Geschwülste angesehen wurden, und dass zuweilen eine grosse Annäherung dieser Adenome an das Bild wirklicher Krebse bemerkt wurde. Auch diese Knoten sind damals von einem Autor (Klob) für congenital gehalten worden, doch ist von Friedreich, Hoffmann und Eberth ganz bestimmt das spätere Entstehen dieser Adenome gegenüber der congenitalen Natur kleiner Nebenlebern im Ligamentum suspensorium erwiesen worden. Forscht man nun nach den Ursachen der multiplen Knoten, so ergiebt sich in allen Fällen, welche genau genug beschrieben sind, dass die Lebern vorher schweren degenerativen Processen unterlegen sind. Entweder war starke braune Atrophie voraufgegangen, oder acute gelbe Erweichung, oder Stauungsatrophie (Biermer) oder Schnüratrophie (Hoffmann); ich selbst habe mehrere Fälle der Art gesehen, bei denen noch die exquisiteste braune Atrophie bestand, und andere, welche mit Lebercirrhose verbunden waren. Der Fall, den Friedreich beschreibt, betraf einen Mann, der lange Jahre unter den dürftigsten Verhältnissen in Amerika gelebt hatte, dann aber die letzten Jahre vor seinem Tode in bessere Lage gekommen war. Auch hier ist braune Atrophie hohen Grades als Sectionsbefund neben den Adenomen verzeichnet, und ich glaube, es ist hier am meisten naheliegend, die Deutung Försters zu acceptiren, dass die multiplen Knoten als compensatorische Hyperplasien derjenigen Leberzellen zu deuten sind, welche bei dem Untergang der übrigen (zur Zeit der schlechten Ernährung) sich intact erhalten haben. Der Umstand, dass die Knoten stets im Bau von den Leberacinis abweichen, gleichviel, ob ihre Zellen ganz den Leberzellen gleichen, oder Transformationen eingehen (Eberth), beweist, dass ein principieller Gegensatz zwischen (typischen) Hyperplasien und (atypischen) Geschwülsten nicht durchzuführen ist.

Betrachtet man von diesem Gesichtspunkt aus die multiplen *Lipome*, welche sich in einem vorher atrophisch gewordenen Panniculus entwickeln, so kann man in ihnen ebenfalls compensatorische Hyperplasien erblicken, die nicht mehr und nicht weniger „atypisch" sind, wie die multiplen Hyperplasien oder Adenome der Leber und deren Entstehung ebenfalls durch gesteigerte Ernährung nach voraufgegangener Atrophie zu erklären wäre.

Aehnlich liegen jedenfalls die Fälle multipler Sarkome des Knochensystems. Ich habe in Virchow's Archiv einen Fall dieser Art beschrieben, in welchem im Verlauf einer schweren, perniciösen Anämie an vielen Stellen im Knochenmark sarcomatöse Geschwülste zur Entwicklung gekommen waren. Da wir wissen, dass das Fettmark älterer Personen bei solchen Anämien sich regelmässig wieder in jugendliches rothes, zellenreiches Markgewebe umwandelt, so habe ich damals in den Sarcomknoten, deren Zellen denen des Knochenmarks glichen, Hyperplasien gesehen, welche durch die Anämie angeregt waren, die aber über das gewöhnliche Maass der rothen Markbildung hinausgegangen waren. Fasst man den Hergang teleologisch auf, so handelt es sich bei der gewöhnlichen nach Anämien auftretenden Bildung zellenreichen Markes um eine compensatorische Hyperplasie des blutbildenden Systems und demnach hier um eine Sarcombildung, welche als eine excessive compensatorische Hyperplasie aufzufassen ist, die sich nicht an einer Stelle localisirt, sondern in dem ganzen erkrankten System gleichzeitig auftritt. Die Reizung würde in diesen Fällen demnach weder eine traumatische, noch eine mechanische sein, sondern durch das Blut vermittelt werden, entsprechend der älteren Theorie der Geschwulstbildung auf dyskrasischer Grundlage.

Wir kommen also zu dem Schlusse, dass auch diese Gruppe multipler Tumoren in einem System sehr wohl ohne die Theorie der embryonalen Anlage gedeutet werden kann, und dass gerade die multiple Sarcombildung im Knochenmark dieser Theorie nur dann zugänglich ist, wenn man annimmt, dass die Keime im Knochenmark die Periode der Fettmarkbildung überdauert haben, und dass sie ganz zufällig bei einem Individuum, welches an perniciöser Anämie litt, zur „spontanen" Entwickelung gekommen seien. Wer dies behaupten will, müsste doch wohl zunächst das Vorhandensein solcher Keime im Ruhezustande nachweisen, und dann jede andere Möglichkeit einer Erklärung vollständig ausschliessen.

Sie werden mir nun den Vorwurf machen, m. H., dass ich Ihnen dies Capitel der Entstehung der Geschwülste, welches Sie vielleicht im Lichte der Cohnheim'schen Doctrin als eines der Bestgekannten in der Pathologie angesehen haben, als ein Feld voller Dornen dargestellt habe. In der That giebt es keinen einheitlichen Gedanken und kein Schema, welches auch nur entfernt die Fülle aller hier vorkommenden Erscheinungen umfassen könnte, und ich gehe soweit, zu behaupten, dass es eine zutreffende einheitliche Theorie der Genese der Geschwülste niemals geben wird und geben kann. Je weniger aber diese Einheit zu erreichen ist, desto lohnender ist es, dem mannichfaltigen Wechsel nachzuforschen, jeden einzelnen Fall als eine Aufgabe für sich zu behandeln, und den Ursachen nachzugehen, selbst wenn sie nicht so offen am Tage liegen wie traumatische Läsionen und chronische mechanische Irritationen.

II. Der jetzige Stand und Ausdehnung der Chirurgischen Plastik.

Von
Prof. emer. Dr. G. v. Adelmann.

Wenn ich versuche Ihnen heute eine rasche Uebersicht über den Stand zu geben, welchen die Chirurgische Plastik zur Zeit bei uns einnimmt, sehe ich mich doch genöthigt, hier und da auf ältere Erfahrungen zurückzugreifen, deren Unkenntniss den Fortschritt des Faches verlangsamt und nur die Selbstberäucherung begünstigt. Auch halte ich es für unmöglich, in einem Vortrage auf alle speciellen Erörterungen der plastischen Operationen einzelner Organe einzugehen, sondern muss mich begnügen nur einzelne mir wichtig scheinende Punkte zu berühren, und manche Operationen competenteren Richtern zu überlassen und andere Capitel der Chirurgischen Plastik wegen ihres schon erlangten bedeutenden Umfanges auf eine andere Zeit zu verschieben.

Im weitesten Sinne besteht die Chirurgische Plastik in dem Wiederersatze eines Substanzverlustes hinsichtlich der Form mit Hintergedanken hinsichtlich der Function.

Im engeren Sinne ist eine Operation nur plastisch, durch welche das Ersatzstück von seinem Mutterboden fortbewegt wird (Ammon und Baumgarten). Daher ist das von A. C. Celsus beschriebene Verfahren nicht rein plastisch, eben so wenig wie der Polyp, der seine Arme ausstreckt, deshalb beweglich ist; doch geht dieses Verfahren in wahre Plastik über, wenn der angespannte Hautlappen durch Unterminirung (Roux St. Maximin) oder Hauteinschnitte hinter seiner Basis beweglich wird (Szymanowsky). Auch ist das Celsus'sche Verfahren unphysiologisch, weil jede Spannung der Verwachsung von Wundrändern hinderlich ist.

Die vielfachen Benennungen der in Rede stehenden Operation bezeichnen ihr Wesen alle ungenau, weshalb ich als allgemeinsten Ausdruck: „Chirurgische Plastik" gewählt habe.

Die Benennung der Chirurgischen Plastik nach Ländern oder Nationen ist nicht wissenschaftlich, zuweilen nur ein Symptom der Eitelkeit der Chirurgen, ist auch mit Ausnahme der „indischen und italischen Methode" kaum durchgedrungen. Selten hört man in England von der Carpue'schen Operation; die sogenannte deutsche (v. Gräfesche) Rhinoplastik ist nur eine verkürzte italische, von Dieffenbach noch mehr vereinfacht und ihre Benennung „deutsch" nicht gebräuchlich. Der Grundzug der sogenannten „französischen Methode" ist nur das Celsus'sche Verfahren weiter ausgeführt und trägt also den Namen mit Unrecht.

Ob der Ursprung der Plastik aus den Proceduren der orientalischen Criminaljustiz herzuleiten, ist nicht endgültig festgesetzt, sondern mehr Legende; es wäre wenigstens auffallend, dass aus den übrigen Ländern des Orients, in welchen das Nasenabschneiden ebenfalls in den Criminalcodex aufgenommen war (China, Japan, Persien, Tartarei u. s. w.) und bei den alten Culturvölkern mehr westlich, (Griechen, Römern, Israeliten) Nichts über den Wiederersatz von Substanzverlusten auf uns gekommen ist. Bei so alten Culturvölkern wie den indischen war ein solcher Wiederersatz ein Bedürfniss, wo aus irgend einem Grunde Verstümmelungen entstellten, gleichgültig aus welcher Veranlassung.

Lange bevor über England die Autoplastik der Indier dem Westen mitgetheilt wurde, lassen sich Spuren Chirurgischer Plastik daselbst aufweisen, so bei Celus (10 n. Chr.), bei Galen (200 n. Chr.) auch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Andeutungen aus Aegypten, aber erst am Anfange des 15. Jahrhunderts ging von Sicilien aus die Hautplastik nach Italien, wo sie Tagliacozza wissenschaftlich bearbeitete und ausführte (1546—1599). Doch nur sehr langsam verbreitete sich die Chirurgische Plastik in Europa, sie wurde ignorirt, verlästert und verhöhnt, bis 1815 Carpue die sogenannte indische im Occidente bekannt machte und v. Gräfe sen. die italische Methode vereinfachte und beide Männer durch Wort und That der Chirurgischen Plastik eine nicht mehr erlahmende Verbreitung und Ansehen verschafften.

Die unausgesetzte Verbreitung der Plastik wurde besonders von Chirurgen Deutschlands angestrebt, seidem der geniale Dieffenbach dieselbe auf die verschiedensten Gegenden des Körpers ausdehnte und dazu vorzüglich die seitliche Verschiebung der Ersatzlappen erfand und Zeis das erste Handbuch der plastischen Chirurgie schrieb (1838), welchem er später ein überreiches Literaturverzeichniss aller Länder über Plastische Chirurgie folgen liess. Beide Werke sind mit seltener Minutiosität abgefasst und immer noch zum Nachschlagen unentbehrlich. Dieffenbach's Capitel in seiner Operationslehre über Plastik wird ein viele Decennien überlebendes Vademecum bleiben, die Kritik der Plastischen Chirurgie von v. Ammon und Baumgarten jüngere Chirurgen zum Nachdenken auffordern.

Dass seit dieser Zeit keine grösseren Specialwerke über Plastische Chirurgie in Deutschland erschienen, ist kein Beweis, dass dieser Zweig beginnt vernachlässigt zu werden, sondern im Gegentheile: dass er das Gemeingut der Wundärzte geworden, von welchem man nicht mehr so grosses Aufsehen macht, ähnlich wie es der Tenotomie ergeht. Dafür erscheinen kürzere Aufsätze, Vorträge, Dissertationen, welche zum Fortschritte beitragen und dadurch beweisen, dass die Chirurgische Plastik noch nicht vollkommen dasteht, sondern immer noch der Weiterbildung und Vervollkommnung bedürftig und fähig ist.

Dass das Taschenbuch über Plastische Chirurgie von Fritze und Reiche (1845) viel zur Ausbreitung der Chirurgischen Plastik beigetragen, werden Manche von Ihnen dankbar anerkennen, denen es in Ihrer Jugend ein bequemer Führer war, wie dies auch von englischer Seite geschieht. Eine vermehrte Auflage desselben auf der jetzigen Höhe des Faches würde kein unfruchtbares Unternehmen sein.

Aus den übrigen Culturländern besitzen wir ebenfalls Beweise genug für die eifrige Pflege der Chirurgischen Plastik.

In Frankreich wurde sie von Serre (1842), Blandin (1839), Rigaud (1841), Jobert (1849) durch eigene Werke eingeführt. Die französischen Chirurgen gehen indessen von anderen Grundzügen aus als die deutschen, indem sie meistens auf der Dehnung der Ersatzlappen basiren; allein der gelehrte Velpeau hat in seiner Médecine opératoire die Chirurgische Plastik der Deutschen oft erwähnt, unterstützt von jüngeren deutschen Aerzten, welche ihrer weiteren Ausbildung halber Paris besuchten und mit V. bekannt wurden. Von neueren Chirurgen sind noch zu erwähnen Nélaton, Le Fort, Magitot, dann Reverdin und Ranvier, Duplay, Ollier u. A.; von denen später.

In England wird in den Hospitälern Chirurgische Plastik fleissig betrieben und besondere Fälle in Zeitschriften veröffentlicht. Von Mason erschien 1878 The Surgery of the face. London. Churchill.

Aus Nordamerika, dessen Med. Zeitschriften Einzelfälle der Chirurgischen Plastik genug enthalten, besitzen wir ein Werk von David Prince: Plastics, a new Classification and a brief exposition of plastic Surgery. Philadelphia 1868 mit instructiven Holzschnitten und Robert's J. B. Lecture on the principles of Plastik or reparative Surgery: with an attempt of classifying plastic operations. Philadelphia med. Times 1882. July I. 657.

In Russland sind als Pfleger der Chirurgischen Plastik bekannt: Pirogow durch seine Annalen der Dorpater Klinik, sein Schüler Jaesche (gest. in Nishny-Nowgorod), der die Dieffenbach'schen eckigen Lappen in ellyptische umwandelte, Prof. Auvert in Moskau, Prof. Vancetti (Charkow), Dr. Bojanus (Moskau), Julius Szymanowsky (gest. in Kiew), mein ehemaliger Schüler und Assistent, ein mechanisches Genie, dessen Werk über Dermatoplastik (1870) noch heute maassgebend ist und Ammon's Grundsätzen folgend stricte geometrische Grundsätze aufstellt. Die Möglichkeit derselben leugnete Linhard, daher auch die Chirurgische Plastik in seinem Handbuche der Operationslehre, erste Auflage, fehlt, in der zweiten nur kurz abgehandelt ist.

In Italien wird Chirurgische Plastik häufig ausgeführt, ich nenne hier nur aus neuerer Zeit Riberi, Fabrizi (Modena), Baroni (Florenz), Mazzoni (Rom), Bassini (Padua), von welchen letzteren Mazzoni mehr dem französischen, Bassini mehr dem deutschen Verfahren huldigt.

Nach Belgien ist die Chirurgische Plastik durch Phillips aus Deutschland verpflanzt worden und durch Burggraeve (Gent) erfolgreich ausgeführt. Gussenbauer in Lüttich. Bossche, Soupart.

Obgleich die Chirurgische Plastik ursprünglich ein Kind der Empyrie ist, hat sich ihre nähere wissenschaftliche Kenntniss durch physio-pathologische Untersuchungen an Menschen und Thieren, an Organen und Geweben wesentlich erweitert und vertieft, doch bleibt immer noch ein weites Feld durch weitere Untersuchungen und Erfahrungen zu bearbeiten übrig. — Ueber die Entwickelung des Kreislaufes zwischen dem eingepflanzten Ersatzlappen und dem Nachbargewebe besitzen wir mittels der Einspritzungen der Gefässe schon ziemlich endgiltige Erfahrungen, aber die Nervenphysiologie (Aesthesiometrie)[1]), sowie die Temperaturverhältnisse der Ersatzstücke sind einer exacten langjährigen Untersuchung noch nicht unterworfen. — Die Neuroplastik selbst ist noch zu jung, um auf Dogmen Anspruch machen zu können und die betreffenden Bearbeiter derselben noch zu sehr getheilter Meinung. Am weitesten ist die Osteoplastik gedrungen, nicht nur durch die physiologischen Versuche ad hoc an Thieren, sondern auch durch die dieselben ergänzenden Erfahrungen nach Resectionen an Menschen selbst.

Uebte somit die Physiologie einen günstigen Einfluss auf die Chirurgische Plastik, so hat diese wiederum einen ebenso günstigen auf manche andere chirurgische Operationen gehabt, namentlich den Drang: Wunden prima intentione zu heilen, geweckt, welche eine Capitalforderung der Chirurgischen Plastik ist. War dieser Drang vielleicht auch ein mehr unbewusster, so ist doch nicht zu leugnen, dass z. B. die Amputationen mittels Lappenschnitte, ihre schnelle Vernähung und Heilung, die sogenannte conservative Chirurgie, Decapitationen der Gelenke, Resectionen der Knochen von der chirurgisch-plastischen Atmosphäre angehaucht sind; ja man ging in ihr so weit, manche Operationen öfter plastische zu benennen, denen das Criterium des formähnlichen Ersatzes abging, z. B. die sogenannten osteoplastischen Operationen von Pirogow (Fersenbein), Gritti (Kniescheibe) u. dgl. bis auf den lebendigen Stelzfuss von Mikulicz. Höchstens kann man solche Operationen osteoplastoide taufen; sie machen eine annähernde Function möglich, geben aber die frühere Form nicht zurück.

Ueber die Nachbehandlung bemerke ich kurz, dass das frühere reizende Verfahren namentlich nach Dieffenbach's Vorgang durch das antiphlogistische bis zur Arterientrennung ersetzt wurde, welches nun wieder durch das längst ersehnte Postulat einer jeden eiterlosen Vereinigung: die Antiseptik verdrängt worden ist. Aus ihr entspringt eine unendlich grössere Sicherheit unseres Handelns und aus ihr haben wir gelernt, dass eine mässige Temperaturerhaltung schneller und sicherer Heilung am ehesten entspricht.

Die Modalitäten der Chirurgischen Plastik lassen sich unschwer in folgendem Schema zusammenfassen:

I. Der organische Ersatz wird genommen:
  A. Von demselben Individuum
    1. Aus der Nähe mit Brücke
    2. aus der Ferne a) mit Brücke b) ohne Brücke
    3. durch schubweises Fortbewegen des Ersatzes in die Nähe[2]).
  B. Von einem anderen Individuum, menschlichen oder thierischen
    a) mit Brücke,
    b) ohne Brücke.

II. Anorganischer Ersatz aus dem Thier-, Pflanzen- oder Mineralreiche gewonnen: Prothese genannt.

Diesen Modalitäten sind zur Zeit folgende Organe und Gewebe unterworfen worden.

I. Athmungsorgane: Rhinoplastik, Bronchoplastik.

II. Ernährungsorgane: Cheiloplastie, Stomapoësis, Meloplastie, Uranoplastie, Odontoplastik, Buccoplastie, Pharyngoplastik, Peritoneoplastik, Gastro-Enteroplastik, Keloplastie, Proctoplastik.

III. Geschlechtsorgane: (Posthioplastik) Urethroplastik, Cystoplastik, Oscheoplastik, Perineoplastik, Elythroplastik.

IV. Bewegungsorgane: Myoplastik, Tenoplastik, Osteoplastik.

V. Nervensystem: Neuroplastik; der Sinne: Otoplastie, Blepharoplastik, Keratoplastik.

VI. Geschwüre: Helkoplastik, Syringoplastik.

VII. Narben: Keliplastie.

Ehe ich nun diese verschiedenen Operationen mit Ihnen rhapsodisch durchgehe, bemerke ich, dass ich nach dem Vorschlage von Guerin jeden Ersatz mit Brücke autoplastisch, ohne dieselbe anaplastisch nennen werde.

[1]) Bennet: The physiologie of plastic surgery. Restoration of a lost nose. (Dublin Journ. of med. science. 1883. p. 97.) Er findet die Sensibilitätserscheinungen der neuen Hautnase mit Billroth bis jetzt unerklärlich. Die einzige Nervenuntersuchung giebt W. Busch. (Virchow's Archiv. Bd. XVI.) Kapeller (Aerztliche Mitth. aus Baden 1871 No. 16) über anaplastische Lappen, und manche Andere.

[2]) (Dieffenbach). — Restauration de la peau de la lèvre inférieure, du bas des joues, du menton et du cou au moyen de la peau des épaules par Burggraeve à Gand. Encyclographie méd. 1841, Novbr. p. 297.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 15.** 10. April 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Aus der chirurgischen Klinik des Herrn Professor Dr. Kraske in Freiburg i. B.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Actinomykose des Menschen.

Von

Dr. K. Middeldorpf,

Assistenzarzt der Klinik.

Wenn auch besonders durch die Ponfick'sche[1]) Arbeit über die Actinomykose des Menschen unsere Kenntnisse auf dem Gebiete dieser neuen Infectionskrankheit ziemlich umfassende geworden sind, und wenn gleich seit dem Erscheinen der genannten Arbeit die Casuistik über die Actinomykose noch durch Mittheilung einer Reihe weiterer Beobachtungen bereichert wurde, so ist dieselbe doch noch nicht so reichhaltig, dass die Mittheilung des nachstehenden Falles[2]) werthlos erschiene, zumal er manches Besondere bietet, auch die Diagnose bei demselben schon in vivo gestellt und derselbe noch längere Zeit hindurch beobachtet werden konnte. Derselbe betrifft die 32jährige ledige Franziska S., die der chirurgischen Klinik am 2. Juni 1883 mit der Diagnose Kothfistel zuging. Wir erhoben von ihr folgende Anamnese: Der Vater der Pat. ist gestorben, ihrer Schilderung nach an einem acuten Lungenleiden, die Mutter lebt noch, soll jedoch kränklich sein. Ein Bruder der Pat. starb in jungen Jahren, woran, ist zweifelhaft, 4 Schwestern sollen gesund sein. Pat. selbst will mit 8 oder 10 Jahren eine Lungenentzündung durchgemacht und vor- wie nachher viel an den Augen gelitten haben; einige Zeit darauf habe sich eine Geschwulst an der rechten Backe eingestellt, die vom Arzt incidirt wurde, wobei er „fast bis auf die Zähne" gekommen sei. Das ganze Leiden habe über ein Jahr gedauert, bald darauf sei eine ähnliche Affection in der Gegend des rechten Ohres aufgetreten. Von da an bis zum Ausbruche ihres jetzigen Leidens habe sie sich gesund gefühlt. Pat. ist, seitdem sie erwachsen ist, Dienstmagd und als solche mit Feldarbeit beschäftigt; mit Vieh speciell Rindvieh will sie gar nichts zu thun gehabt haben. An Zahnschmerzen hat Pat. angeblich nur einmal vor ca. 4 Jahren gelitten und sich damals einen kranken Zahn ausziehen lassen, ein anderer sei vor einiger Zeit von selbst ausgefallen. Menstr. wurde Pat. mit 19 Jahren, die Periode sei meist unregelmässig gewesen, mit Intervallen von 6—12 Wochen, seit vorigem Herbst sei dieselbe ganz ausgeblieben.

Das jetzige Leiden der Pat. datirt angeblich seit dem 26. Juli 1882, wo sie ihrer Angabe nach in Folge eines Diätfehlers mit heftigem Leibschmerz und andauerndem Erbrechen erkrankte. Daneben bestand Stuhlverstopfung, die durch Clysmen gehoben werden musste. Das Leiden, das der Arzt als „Darmentzündung" bezeichnet haben soll, fesselte Pat. 5—6 Wochen lang ans Bett; nachdem dann einige Besserung erfolgt war, entstand im Herbst angeblich nach einer Erkältung ein Recidiv der Erkrankung mit ähnlichen Symptomen, zu denen sich noch Beschwerden bei der Urinentleerung gesellten; seit dieser Zeit ist Pat. andauernd bettlägerig, denn im Anschluss hieran entwickelte sich unter angeblich sehr starken Schmerzen eine ca. kindskopfgrosse Geschwulst in der rechten Unterleibsseite, welche im December unter reichlicher Eiterentleerung nach aussen durchbrach. Zu dieser Zeit stellten sich auch in der linken Seite des Leibes Schmerzen ein, und es bildete sich daselbst eine ähnliche doch mindergrosse Geschwulst. Da spontan keine Besserung eintrat, rieth der behandelnde Arzt der Pat., sich in die gynäkologische Klinik zu Freiburg i. B. aufnehmen zu lassen, was dieselbe auch im Laufe des April d. J. that. Am Tage ihrer Aufnahme ging auch die 2. Geschwulst auf und entleerte massenhaft Eiter. In der gynäkologischen Klinik glaubte man anfangs an einen Zusammenhang der Erkrankung mit den Beckenorganen, doch zeigte eine in Narkose vorgenommene Untersuchung, wobei die von den aufgebrochenen Abscessen herrührenden Fisteln blutig dilatirt und mit dem Finger untersucht wurden, die Grundlosigkeit dieser Annahme. Eines Tages nun wurde Kothabgang aus der auf der linken Seite des Leibes gelegenen Wunde constatirt und Pat. am 2. Juni wegen bestehender Kothfistel auf die chirurgische Klinik transferirt.

Status praes. Pat. sieht ausserordentlich anämisch aus, ihr Ernährungszustand ist sehr stark reducirt. Auf der rechten Wange bemerkt man, ungefähr dem Jochbein entsprechend, eine dem Knochen nicht adhärente, unregelmässig gestaltete Narbe, eine ähnliche befindet sich hinter dem rechten Kieferwinkel. Die Besichtigung der Mundhöhle ergiebt: Die Zähne hie und da leicht schwärzlich verfärbt, doch sonst anscheinend gesund; in der unteren Reihe eine Lücke entsprechend dem I. rechten Backzahn, in der oberen eine andere, vom Ausfallen des I. linken Backzahns herrührend. Die Mandeln sehr klein, sodass sie kaum zwischen den Gaumenbögen etwas hervorragen. Der Befund an den Lungen ergiebt ausser mässigem Emphysem eine geringe Dämpfung in der rechten Spitze, das Athmungsgeräusch daselbst abgeschwächt, das Exspirium etwas verlängert, hinten oben spärliches trockenes Rasseln. Herz von den Lungen etwas überlagert, Töne rein. An dem mässig aufgetriebenen Unterleib, ungefähr in der Mitte der Linea alba, eine bläulich gefärbte z. Th. oberflächlich exulcerirte Narbe, rechts und links von der Mittellinie grössere Geschwürsflächen, die rechte von der Grösse ca. eines Thalers, die linke von der eines 5 Markstückes. Die Granulationen überall äusserst schlaff und, was namentlich auffällt, von sehr trockener Beschaffenheit, die Hautränder sehr dünn, etwas unterminirt, bläulich verfärbt. Die Secretion sehr dünn, fast serös, sehr spärlich; vom lateralen Rande einer jeden dieser beiden Geschwürsflächen führt je ein Fistelgang, links nur wenig weit, rechts mehrere cm. lang unter der Haut nach aussen, der Darmbeinschaufel zu; die Sonde gelangt nicht auf Knochen. In der Umgebung der Geschwüre ist geringe Infiltration zu fühlen, doch kein Tumor, der Percussionsschall ist überall hell tympanitisch; von fäculentem Geruch keine Spur, die vorher constatirte Communication mit dem Darm musste sich bereits wieder verlegt haben. Pat. klagt hie und da über heftige Schmerzen im Leib und hat starke Diarrhöen.

Eine bestimmte Diagnose wurde vorläufig nicht gestellt, doch schien es wahrscheinlich, dass man es mit einem tuberculösen Process zu thun habe. Einige Tage darauf wurde die Kranke behufs genauerer Untersuchung und event. therapeutischen Eingriffs narkotisirt, die Fisteln dilatirt und die Geschwürsflächen abgekratzt; es entleerten sich dabei aus dem nach rechts gelegenen Fistelgange mit dem äusserst dünnen Eiter eine ziemliche Menge ca. hanfkorngrosser gelblicher Körner, die alsbald den Verdacht erweckten, dass man es hier mit Actinomykose zu thun habe. Die mikroskopische Untersuchung sicherte die Diagnose, denn wir fanden die charakteristischen maulbeerförmigen Pilzdrusen, bestehend aus innig verfilzten Fäden mit den keulenförmigen Ausläufern. —

Die Behandlung bestand in roborirender Diät, Morphium gegen die Schmerzanfälle, Opium gegen die Diarrhöen; die Geschwürsflächen wurden mit feuchten antiseptischen Umschlägen verbunden. —

Die Pat. blieb bis zu ihrem am 11. Oct. erfolgenden Tode in der Klinik, und entnehme ich ihrer Krankengeschichte folgende Daten:

Die Geschwürsflächen auf dem Abdomen zeigten trotz oben erwähnter gründlicher Abkratzung keinerlei Tendenz zum Verheilen, doch war auch andererseits ihre Neigung sich auszubreiten nicht sehr bedeutend, so dass eine Vergrösserung derselben nur sehr langsam statthatte. Die Granulationen blieben nach wie vor äusserst schlaff und trocken,

[1]) Die Actinomykose des Menschen. Berlin 1882.

[2]) Die Pat. wurde bei Gelegenheit der 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in der chirurgischen Section vorgestellt.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Secretion sehr dünn und spärlich. Der erwähnte, nach dem rechten Darmbeinkamme zu führende Fistelgang schien sich einige Male schliessen zu wollen, doch entleerten sich ab und zu immer wieder einige, doch nicht sehr reichliche gelbe Pilzkörner; hie und da wurden auch an der links gelegenen Geschwürsfläche spärliche gelbe Körner beobachtet. Während anfangs (Juni, Juli) nie fäculenter Eiter an der links gelegenen Geschwürsfläche constatirt werden konnte (wie dies auf der gynäkologischen Klinik der Fall gewesen war), so änderte sich dies doch Ende August, indem damals die augenscheinlich früher schon bestandene Communication mit dem Darm sich wiederherstellte und geringe Mengen dünnen Kothes mit dem Wundsecret vermischt aus der vom lateralen Umfang der links gelegenen Geschwürsfläche nach aussen führenden Fistel entleert wurden. Die Communication erhielt sich nur einige Tage, um dann wieder unterbrochen zu werden, stellte sich jedoch am 10. September wieder her und erhielt sich dann dauernd bis zum Ende. Einige Male wurden auch Obst- und Traubenkerne aus der Fistel entleert. Der Urin, der schon früher (im Winter) trüb gewesen sein soll, zeigte dies Verhalten seit dem Monat August in sehr ausgedehntem Masse; er konnte nur kurze Zeit gehalten werden, wurde unter brennenden Schmerzen entleert und roch stets sehr unangenehm. Die Reaction war schwach sauer; sein Aussehen trübe, welche Eigenschaft in den letzten Lebenswochen der Pat. immer mehr hervortrat. Geringer Eiweissgehalt. Beim Stehen erschien ein im Verlaufe der Zeit immer bedeutender werdendes Sediment, in dem schon die makroskopische Untersuchung jene gelben Körner entdeckte, deren actinomykotische Natur das Mikroskop nachher bestätigte. Der Urin enthielt ausserdem zahlreiche Eiterkörperchen, Körnchenkugeln, Blasenepithelien, quergestreifte Muskelfasern, Conglomerate von Pflanzenzellen und viel körnigen Detritus, endlich eine Menge von Spaltpilzen, kurz und gut einen Befund, der für einen Durchbruch der Erkrankung nach dem Harnapparat, Blasenkatarrh und Communication zwischen Harnapparat und Darmtractus (wegen des Gehaltes an Muskelfasern und Pflanzenzellen) sprach. Um jede Irrung auszuschliessen, wurde die Untersuchung mit gleichem Resultat auch an per Catheter entnommenem Harn angestellt.

Die bei der Aufnahme der Pat. bestehenden kolikartigen Leibschmerzen und Diarrhöen verschwanden unter Opium- und Morphiumgebrauch nach etwa 14tägigem Aufenthalt in der Klinik, kehrten jedoch bald darauf wieder und blieben dann in excessiver aller Medication trotzender Weise bis zum Ende der Pat. bestehen. In dem Stuhlgang der Pat. sollen Ende August nach Aussage der sie pflegenden Schwester einige Male bald grössere bald geringere Eitermengen vorhanden gewesen sein, leider wurde derselbe aus Versehen entfernt, ehe eine Untersuchung stattfinden konnte. In den letzten Lebenswochen der Pat. wurde Stuhl und Urin immer zusammen entleert und bildete eine dicke gelbliche Brühe; eine isolirte Untersuchung des ersteren war daher unmöglich. Aus diesem Grunde gelang der objective Nachweis der Pilzkörner im Stuhl nicht, für so wahrscheinlich das Vorkommen derselben daselbst auch gehalten werden musste. Schon seit dem Juli begann Pat. über sehr heftige Schmerzen im Kreuz zu klagen, die Kreuzbein- und die linke Glutaealgegend wurde auf Druck sehr empfindlich, es bildete sich daselbst eine Infiltration aus, die allmählich weicher wurde und Anfang September deutliches Fluctuationsgefühl darbot; nach einigen Tagen begann die Spannung in der Abscesshöhle etwas abzunehmen und zugleich constatirte der palpirende Finger deutliches Knistern von Gasblasen, was wohl als Durchbruch nach dem Mastdarm zu deuten war. Von einer Eröffnung des Abscesses wurde Abstand genommen, da die Affection fieberlos verlief, ferner durch eben diese Perforation eine Entleerung stattfand und durch eine Incisionswunde eine völlige Entfernung alles Kranken doch nicht hätte geschehen können, dieselbe vielmehr durch ihre Lage an so ungünstiger Stelle der sich oft beschmutzenden Pat. nur mehr Beschwerden gemacht hätte. So liess man vielmehr den Eiter z. Th. sich durch den Mastdarm entleeren und wartete im Uebrigen den eventuellen spontanen Durchbruch nach aussen ab. Derselbe zog sich trotz schon lange bestehender Verdünnung der bedeckenden Haut sehr hin und erfolgte erst in den letzten Lebenstagen der Pat. (Anfang October), als dieselbe Stuhl und Urin unter sich gehen liess, welcher Umstand auch die isolirte Untersuchung des bei der Hautperforation entleerten Eiters verhinderte.

Seit Anfang September klagte Pat. ausser über sehr heftige Schmerzen im Leib und im Rücken, speciell im Kreuz, auch noch über Schmerzen in den Beinen namentlich im rechten; die Schmerzen entsprachen im Allgemeinen dem Verlauf des Ischiadicus; einige Tage darauf stellte sich auch Oedem an beiden Beinen, bis zum Knie und noch darüber, ein (letzteres war links stärker als rechts). Verursacht wurden beide Erscheinungen zweifelsohne durch Druck auf die Nerven bez. Gefässe; eine vorsichtige Exploration des Beckens per vaginam ergab, dass dasselbe allseitig mit mässig festen Massen ausgefüllt war. Die Oedeme besserten sich gegen Ende September etwas, hingegen hielten die Schmerzen fortdauernd an. Das Allgemeinbefinden der Pat., das schon bei der Aufnahme ziemlich stark beeinträchtigt erschien, wurde entsprechend dem wenn auch nur langsamen Fortschreiten des Uebels successive schlechter, so dass die Abmagerung und Cachexie der Pat. schliesslich einen Grad erreichte, wie er bei anderen Krankheiten nur selten zu sehen ist. Vergrösserungen der Leber und Milz waren nicht zu constatiren, so dass eine amyloide Degeneration der Unterleibsorgane, welche man nach dem freilich geringen Eiweissgehalt des Harns und den Diarrhöen um so mehr befürchten musste, als diese Complication bei Aktinomykose bekanntlich nicht selten, ausgeschlossen erschien. Die im Aufnahmestatus notirte geringfügige Affection der rechten Lungenspitze machte während der ganzen Zeit keine besonderen Symptome oder Fortschritte. Husten war nur in sehr geringem Grade vorhanden, der Auswurf nicht sehr reichlich, schleimigeitrig; Pilzkörner konnten in demselben nicht nachgewiesen werden. Fieber war im Allgemeinen nicht und wenn einmal ausnahmsweise, so nur in mässigeren Graden vorhanden. Nur gegen Ende (26. September bis 3. October) waren etwas höhere Temperaturen zu notiren (39,0° und darüber); von da an bis zum Ende blieb die Temperatur normal, resp. sogar subnormal. Die höheren Temperaturen kamen jedenfalls auf Rechnung einer unter den Erscheinungen einer Pneumonie verlaufenden rechtsseitigen Lungenerkrankung, welche die unsäglichen schmerzhaften Qualen der Pat. etwas abgekürzt haben mag. Der Exitus erfolgte am 11. October, nachdem sich in den letzten Tagen nach erfolgter Perforation des Abscesses am Kreuzbein dort rapide ein sehr ausgedehnter und tiefgreifender Decubitus entwickelt hatte.

Die Therapie musste sich während der ganzen Zeit in Anbetracht der Unmöglichkeit einer gründlichen Entfernung alles Krankhaften auf oben erwähnte symptomatische Mittel beschränken.

Dem Sectionsprotokoll (Prof. Boström) entnehme ich Folgendes: Weibliche Leiche, sehr abgemagert, die Haut enorm schlaff, sehr trocken und äusserst blass, mit geringen blassen Todtenflecken. An der Haut der rechten Gesichtshälfte einige weisslich glänzende, etwas eingezogene alte Narben. Am Kreuzbein ein sehr ausgedehnter Decubitus von über Handtellergrösse, der Knochen des Kreuzbeins daselbst vollkommen freigelegt, mit äusserst übelriechender, dünner, jauchiger, bräunlicher und bräunlich schwärzlicher Masse bedeckt. Die Ränder des Decubitusgeschwürs unterminirt und mit sphacelösen Massen bedeckt; drückt man auf die Ränder, so entleert sich eine reichliche flüssige Jauche mit wenig ziemlich grossen Fettaugen gemischt und dazwischen kleine rauhe Knochenpartikelchen. Die Ränder des Geschwürs sehr weit unterminirt, so dass man nach allen Richtungen, besonders aber links und rechts mit der Sonde ohne alle Schwierigkeit in grosse sinuöse Räume hineingelangen kann; dieser ausgedehnten Unterminirung entsprechend findet sich die äussere Haut darüber in der gleichen Ausdehnung bläulich verfärbt, gangränös. Die Innenfläche der Höhlen allenthalben mit reichlichen gangränösen Gewebsmassen bedeckt. Von diesen Höhlen gelangt man mit der Sonde an einzelnen Stellen ziemlich weit in die Tiefe, mit Wahrscheinlichkeit in das kleine Becken. An der mässig straff gespannten Bauchhaut findet sich rechts gegen die Spina eine 12 cm lange und bis 6 cm breite oberflächliche, ziemlich trockene, wenig granulirende Wunde, die am unteren Pol eine kleine fistulöse Oeffnung zeigt, durch welche die Sonde aber nicht in die Tiefe gelangt, und aus der sich bei Druck nur wenige Tropfen Eiter entleeren lassen. Der untere Rand etwas unterminirt, am oberen Pol der Wundfläche gegen die Spina zu der Rand theils etwas eingezogen, theils nicht sehr tiefgreifend unterminirt und hier gelangt die Sonde durch mehrfache kleine Oeffnungen eine Strecke weit in die Tiefe, wo sie sehr bald auf cariösen Knochen trifft. Nach Dilatation der kleinen Oeffnungen entleert sich bei Druck reichlicher dicker gelblicher Eiter, in dem sich zahlreiche kleine gelbliche und gelblich-graue Körnchen finden. Nach weiterer Spaltung dieser Gänge erstrecken sich äusserst zahlreiche schmale vielfach communicirende alle mit Eiter gefüllte Gänge in die Tiefe theils auf den rauhen cariösen Knochen der Darmbeinschaufel, theils aber unter- und oberhalb der Fascie ins kleine Becken, besonders nach hinten zum Kreuzbein hin. In der Gegend des linken Darmbeins findet sich an der Haut eine kleinere 6 cm lange und bis 3 cm breite, ganz gleiche, oberflächlich granulirende, meist ziemlich trockene Hautwunde mit nicht unterminirten Rändern; am unteren Pol derselben zeigen sich 2 kleinere, neben einander gelegene, fistulöse Oeffnungen, aus denen sich bei Druck etwas Eiter entleert. Nach Spaltung dieser Hautstelle gelangt man in eine ca. kirschkerngrosse mit Eiter und gangränösen Gewebsfetzen ausgefüllte Höhle, mit der durch 2—3 kleine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Oeffnungen das Lumen einer angelötheten Dünndarmschlinge (etwa der achtobersten) communicirt.

Das Unterhautgewebe fettarm, die Musculatur schlecht entwickelt, sehr blass, gelblichbraun mit äusserst schlaffer Faser.

Das Zwerchfell steht beiderseits zwischen 4. und 5. Rippe.

Brust: Beide Lungen an der Spitze, hinten und an der Basis ziemlich fest adhärent, beide Pleurahöhlen enthalten eine geringe Menge Flüssigkeit, die rechts etwas getrübt und mit Fibrinflocken vermischt, links aber klar ist.

Herz normal gross, Coronararterien etwas geschlängelt, an der Spitze des rechten Herzens, an dem rechten Herzohr und an der hinteren Fläche des linken Ventrikels scharf umschriebene, nicht sehr erhabene Sehnenflecke. Die Musculatur des rechten Ventrikels von normaler Dicke, ziemlich schlaff und blass und im Conus von streifiger und punktförmiger gelblich opaker Zeichnung. Tricuspidalzipfel an einem Rande ganz leicht wulstig verdickt, am hinteren Zipfel findet sich am Rande desselben ein kleines anomales Tricuspidalostium mit Sehnenfäden; Klappen im übrigen normal. An der Spitze des rechten Herzens zwischen den Trabekeln kleine knopfförmig vorspringende weisse globulöse Thromben.

Die Musculatur des linken Ventrikels von normaler Dicke, blassbraun und schlaff, Klappen normal, For. ovale für eine feine Sonde offen. Das Lumen der Aorta enger als normal, dieselbe ist aufgeschnitten 5 cm breit, die Wand derselben äusserst dünn und zart, an der Innenfläche mit kleinen gelblichfettigen Streifen und Punkten besetzt.

Linke Lunge: Oberlappen an den Rändern etwas emphysematös gebläht; in den hinteren und unteren Partien ziemlich stark ödematös. Die Pleura des Unterlappens zeigt am unteren hinteren Rand einen ganz kleinen zarten fibrinösen Beschlag; die Substanz besonders in den hinteren unteren Partien sehr blutreich und enorm ödematös, gegen den hinteren unteren Rand hin eine Anzahl kleiner Infiltrate, die bis an die Pleura heranreichen und auf dem Durchschnitt theils gleichmässig bräunlich, theils grob granulirt, grauröthlich gefärbt sind. In einem kleinen Pulmonalarterienaste findet sich ein locker der Innenfläche anhaftender gelblichweisser Embolus. Die kleinen Bronchien mit etwas zähem Schleime gefüllt und die darunterliegende Schleimhaut sehr stark dunkelroth injicirt.

Rechte Lunge: An der Spitze eine flache auf dem Durchschnitt schwarze Schwiele, an die das darunterliegende Gewebe strahlig herangezogen ist und in der Tiefe eine Anzahl derber verkalkter schwarz und graugefleckter Knötchen, durchaus alten Datums. Der übrige *Theil* des Oberlappens in den vorderen Partien leicht emphysematös, in den hinteren und unteren ziemlich stark ödematös; in einem kleinen Pulmonalarterienaste ein grau- und weissgefleckter Embolus, der der Wand nicht fester anhaftet. Die Pleura des Unterlappens mit einem dickeren fein gerippten fibrinösem Beschlage bedeckt, darunter die Pleura etwas getrübt. In der oberen Hälfte mässiges Oedem, in der unteren das Parenchym luftleer, auf dem Durchschnitte grauröthlich und röthlich gefärbt mit grobgranulirter Schnittfläche, brüchig; die Bronchien enthalten etwas schleimartiges Secret, die Schleimhaut derselben stark injicirt.

Schilddrüse, Schlund und Speiseröhre, Zunge, Kehlkopf ohne Veränderungen von Interesse.

Zähne cariös. Tonsillen lacunär zerklüftet, mit kleinen grauen Pfröpfen und Bröckeln belegt, die sich auch aus denselben herausdrücken lassen. (Epithelien, Fäulnissbakterien und Leptothrix.)

Bauch, Milz, Nieren, Nebennieren, Leber, Gallenblase, Magen, Pancreas ohne hier interessirende Veränderungen.

Das Mesenterium fettarm, die Mesenterialdrüsen klein, blassgrau normal.

Die Dünndarmschlingen mehrfach mit einander verwachsen. Die zweitunterste Dünndarmschlinge ist an der rechten Seite der Symphyse an einer umschriebenen Stelle angewachsen, und die viertunterste Dünndarmschlinge ebenfalls aber mehr medianwärts an einer sich vorwölbenden Stelle hinter der Symphyse, welche Stelle zunächst für die Harnblase gehalten wird. Nach Spaltung der hier angewachsenen Dünndarmschlingen zeigen sich dieselben mit spärlichem grau und graugelblich gefärbtem Chymus gefüllt, die Schleimhaut blass; an keiner Stelle jedoch im Bereiche der Verwachsung sind sie perforirt. Nach Spaltung des hinter der Symphyse gelegenen Hohlraumes zeigt sich, dass derselbe nicht die Harnblase ist, sondern ein mit dünnem Eiter, der eine grosse Anzahl kleiner gelblicher Körnchen und einige Fruchtkerne enthält, nur wenig gefüllter, abgekapselter Abscess, dessen Wandung derb und sclerosirt ist, und dessen Innenfläche mit dicken, grauen, eitrig-bindegewebigen Massen bedeckt ist. Dieser abgekapselte Raum erstreckt sich mehr in die Tiefe nach rechts und hier in dieser Gegend findet sich eine Oeffnung, durch die man in einen unter diesem Abscess gelegenen Hohlraum kommt, der sich aufgeschnitten als die eigentliche Harnblase erweist. Dieselbe ist ziemlich eng contrahirt, mit trübem übelriechendem Urin gefüllt, der ausser stark sedimentirenden dicken Massen einige Fruchtkerne enthält.

Die Schleimhaut ist verdickt und mit bräunlichgrau und grauröthlich missfarbigen an der Oberfläche kleienartigen, diphtheritischen Plaques belegt, dazwischen die Schleimhaut noch stark injicirt. Neben der kleinen Perforationsstelle rechts unten findet sich noch eine solche mehr in der Tiefe, die ebenfalls in den oben erwähnten abgekapselten Herd hereinführt. Alle Organe des kleinen Beckens sind in demselben allenthalben fest verwachsen und wie eingemauert, sodass dieselben nur mit dem Messer gelöst werden können, und wo man beim Herausnehmen den Inhalt des kleinen Beckens anschneidet, gelangt man stets auf zahlreiche mit Eiter gefüllte Fistelgänge, die in derbem Schwielengewebe verlaufen und alle mit dem Knochen des Kreuzbeins und der rechten Darmbeinschaufel in Verbindung stehen. Nach der Herausnahme des Inhaltes des kleinen Beckens zeigt sich, dass zunächst der Mastdarm ebenfalls fast allseitig umgeben ist von derben schwieligen bindegewebigen Massen; derselbe enthält nicht sehr reichliche bröcklige Fäcalmassen, seine Schleimhaut ist mässig injicirt. Die vordere Wand desselben ist an einer Stelle perforirt, die Oeffnung über stecknadelkopfgross und lässt sich in grössere sinuöse Eiterherde verfolgen, die aber alle wieder mit dem oben über und hinter der Symphyse gelegenen abgekapselten Herde in Verbindung stehen.

Der Uterus ist vollkommen mit der Umgebung verwachsen und sieht man zunächst von oben garnichts von ihm; erst wenn man von hinten durch das sclerosirte Bindegewebe, das allenthalben mit Eiter gefüllte Fistelgänge enthält, durchschneidet, kommt man auf denselben; er liegt ganz in diesen schwieligen Massen eingebettet und ist von etwa normaler Grösse, etwas anteflectirt. Seine Substanz ist von normaler Dicke, ziemlich derb und blass. Die Höhle eng, Schleimhaut blass. Die Ovarien ebenfalls überall in derbes Bindegewebe eingebettet, sehr klein und geschrumpft, mit derber gerunzelter Albuginea, sonst normal. Die Tuben verschlossen und comprimirt verlaufen innerhalb von derbem Bindegewebe. Das letztere an einzelnen Stellen sehr derb sclerosirt, zum Theil aber lockerer und zwar besonders in den seitlichen Partien des Uterus, so dass dieser letztere leichter aus den Adhäsionen herausgelöst werden kann. In dem lockeren Zellgewebe mehr nach oben finden sich grössere spaltförmige Räume, dem vor und über der Symphyse ähnelnd, mit dicker derber Wand und graueitrig verdickter Innenfläche, die alle spärlichen missfarbigen Eiter und vereinzelte kleine gelbliche Körnchen enthalten. Ferner aber auf der linken Seite ein wallnussgrosser festerer Knoten, der auf dem Durchschnitt gleichmässig gelblich käsig erscheint, mit zahlreichen streifigen und punktförmig eitrig erweichten Herden, in denen sich kleine Körnchen befinden. Der übrige Dünndarm enthält nur geringe Mengen dicklicher Chymusmassen, die Schleimhaut ist wenig injicirt. Im Dickdarm spärlich meist geballte Fäcalmassen, Schleimhaut blass; im Coecum einige Oxyuren und Trichocephalen.

Becken, Kreuzbein mit unterstem Lendenwirbel werden herausgenommen und macerirt; eine Untersuchung der macerirten Knochen ergiebt Folgendes: das Kreuzbein ist in ein sehr feines schwammartiges Gitter- und Balkenwerk verwandelt; die Zerstörung betrifft besonders die rechte Seite, auch ist der Process daselbst im Begriff auf die Symphysis sacroiliaca überzugehen, während die linke Symphysis sacroiliaca, der daranstossende linke Kreuzbeinflügel und auch der Körper des 1. Kreuzbeinwirbels noch frei sind; neben diesen rareficirenden Processen finden sich jedoch auch sehr ausgesprochene reactive Vorgänge (namentlich auf der linken Hälfte) in Gestalt sehr feiner blättriger Osteophyten. Die hintere Kreuzbeinfläche unterscheidet sich nicht von der vorderen, nur sind die Processe daselbst noch nicht soweit vorgeschritten. Der unterste Lendenwirbel beginnt gerade zu erkranken; auch er zeigt, neben an einigen Stellen beginnender Destruction, sehr zarte Osteophyten-Auflagerungen.

Das Becken zeigt beiderseits in der Gegend der Symphysis sacroiliaca vorn sehr unbedeutende Rauhigkeiten von geringem Umfang; hinten an der Tuberositas ossis ilei neben kleinen höckrig-warzigen Osteophyten beginnende schwammartige Zerstörung.

Die mikroskopische Untersuchung der in den Fistelgängen etc. vorgefundenen gelben Körner ergab die für die Actinomykose charakteristischen Pilzdrusen.

(Schluss folgt.)

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

II. Zur Casuistik der bindegewebigen Neubildungen der Bauchdecken.

Von

Dr. R. Bruntzel - Posen.

(Nach einem im „Verein Posener Aerzte“ gehaltenen Vortrage.)

Die relative Seltenheit der in der Literatur vorhandenen Mittheilungen über Neubildungen im Bereiche der Bauchdecken giebt mir Veranlassung, nachstehenden von mir operirten Fall einer kurzen Mittheilung für würdig zu erachten.

Frau Pauline Winiecka, 28 Jahre alte Böttchersfrau aus Posen, stammt aus gesunder Familie, in welcher Tumorenbildung niemals beobachtet worden ist; sie hat sich stets des besten Wohlbefindens erfreut und ist in Intervallen von 2 Jahren zweimal entbunden worden; die erste Entbindung: Querlage mit Vorfall eines Arms: wurde durch Wendung und Extraction eines todten Knaben beendet, die zweite verlief vor 2 Jahren spontan; im Wochenbett überstand sie eine leichte Parametritis, von der sie sich jedoch rasch erholte. Sie wurde in regelmässigen vierwöchentlichen Intervallen mit mässig starker Blutung menstruirt. Im Anfang dieses Jahres bemerkte Pat. eine flache schmerzlose Geschwulst von Hühnereigrösse in der linken Seite des Abdomens, die allmählich an Wachsthum zunahm, ohne besondere Beschwerden hervorzurufen. Erst im Laufe des Juni als die Geschwulst die ungefähre Grösse einer starken Mannsfaust erreicht hatte, traten besonders Nachts bohrende Schmerzen in der Geschwulstgegend auf, zumal wenn Patientin auf der mit der Geschwulst behafteten Seite lag.

Als sich Patientin Ende August in meiner gynäkologischen Poliklinik vorstellte, hatte der Tumor fast Kindskopfgrösse erreicht, seine obere Peripherie reichte hart bis zum Rande der linken falschen Rippen, in der Mittellinie stand sein innerer Rand fingerbreit von der Linea alba ab, nach unten ragte sein etwas spitzeres unteres Segment ca. 6 cm unter den Nabel herab, ungefähr bis zur Mitte der letzteren und der Spin. ant. sup. sin. Die Consistenz des Tumors war überall eine äusserst feste, isolirte Vorsprünge waren nicht vorhanden. Die äusserst fetten Bauchdecken waren nur schwer von der Geschwulst abhebbar, deren Beweglichkeit nach rechts und links eine gleichmässig ausgiebige und völlig schmerzlose war, doch schnappte der Tumor, wenn man ihn nach der rechten Seite hinüberdrängte, sofort wieder nach links hinüber. Irgend welche Beschwerden, ausser des oben erwähnten Bohrens in der Rückenlage, waren bei der robusten, mit reichlichem Fettpolster ausgestatteten Person nicht vorhanden, Urin eiweissfrei, in reichlichen Mengen gelassen; Herz und Lunge normal functionirend; die Exploration der Genitalorgane ergab eine leichte Retroposition des Uterus, der nebst Ovarien in keinerlei Zusammenhang mit dem Tumor stand. Bei so günstiger Sachlage war ja die Zusicherung des günstigen Ausganges des operativen Eingriffes eine selbstverständliche, doch konnte sich Patientin erst in der zweiten Hälfte des Octobers zur Operation entschliessen, nachdem der Tumor den Umfang eines Manneskopfes erreicht hatte und jetzt durch seine Grösse Unbequemlichkeiten und Beschwerden, sowohl bei Bewegungen als in der Rückenlage hervorrief.

Die am 25. October d. J. unternommene Operation wurde in der hiesigen Diakonissen - Krankenanstalt von mir ausgeführt, deren mit allem Comfort der Neuzeit ausgestatteten Räume von der Oberin der Anstalt mit zuvorkommendster Bereitwilligkeit mir zur Ausführung gynäkologischer Operationen stets zur Disposition gestellt werden; die dirigirenden Aerzte der Anstalt, Herr Medicinal-Rath Dr. Rehfeld und Dr. H. Gemmel, sowie die Herren Collegen Friedländer, Koch, Kunau, Mäder und Pauly hatten die Güte, mich bei Ausführung der Operation in collegialster Weise zu unterstützen.

Bei der Exstirpation, die unter penibelster Anwendung aller antiseptischen Cautelen in combinirter Morphium-Chloralchloroformnarcose ausgeführt wurde, wurde der Schnitt etwas seitlich und parallel der Linea alba direct auf die innere Kante des Tumors, vom Processus xyphoideus bis zur unteren Grenze des Tumors ca. 25 cm lang geführt und nach Durchtrennung der fetten Bauchdecken der mit der hinteren Scheide des l. Musc. rect. abdom. aufs innigste verfilzte Tumor lospräparirt; dabei erfolgte eine starke arterielle Blutung aus zahlreichen der Mammaria externa und Epigastrica entstammenden Muskelarterien, deren Unterbindung geraume Zeit in Anspruch nahm; allmählich gelang es das untere spitzere Segment des Tumors und die seitlichen Bedeckungen blosszulegen unter stetiger starker Blutung der durchtrennten Muskelpartien. Die Consistenz des direct dem Peritoneum aufliegenden unteren Tumorpoles war eine so feste, dass die stärksten Muzeux'schen Hakenzangen sich verbogen, und es wurde daher eine starke geöhrte Stahlsonde durch die Tumormasse gestossen, mit einem kräftigen Doppelfaden armirt und vermittelst dessen durch einen Assistenten in die Höhe gehoben, während ich mit Scalpell und Scheere den Tumor allmählich von seiner Unterlage dem Peritoneum, mit dem er fast überall aufs innigste verwachsen war, ablöste. Nur in der Nabelgegend platzte das Peritoneum ca. 8 cm lang ein, der entstandene Riss wurde sofort mit einem passenden Schwamm zugestopft und so jedes Hineinbluten in die eröffnete Peritonealhöhle zur Unmöglichkeit gemacht. Auch die Musculatur der Transversi und Obliqui abdominis war aufs innigste mit der Kapsel des Tumors verwachsen, und blutete reichlich bei jedem Schnitte. Der breiteste, obere, den Rippen direct aufliegende Theil der Geschwulst machte zum Schluss noch beträchtliche Schwierigkeiten: einen Querschnitt dem Längsschnitt in seiner oberen Partie aufzusetzen, vermied ich, theils weil eine erneute starke Blutung aus den zu durchtrennenden starken Muskelschichten zu befürchten war, besonders aber weil ich die späteren unangenehmen Folgen derartig quergeführter Bauchdeckenschnitte zur Genüge kannte. Ich verlängerte in Folge dessen den Schnitt noch etwas nach oben und während die seitlichen Hautränder mit Haken stark nach aussen gezogen wurden, gelang es unter starkem Emporheben des Tumors denselben aus seiner Unterlage völlig zu enucleiren.

Nach sorgfältiger Stillung der in der über mannskopfgrossen Höhle noch blutenden Gefässe, wurde dieselbe gründlich desinficirt und hierauf der Schwamm aus dem geplatzten Risse des Peritoneums entfernt, in welchen sich das fettreiche Netz hervorblähte; der Riss wurde durch eine Catgut-Kürschnernaht geschlossen, die Höhle an der tiefsten Stelle ca. 2 Finger breit über der linken Spin. ant. sup. durchlocht und ein ca. 25 cm langer daumendicker Drain hindurchgeführt, dessen oberes auf dem Processus xyphoideus liegendes Ende durch eine Catgutsutur unterhalb der Bauchdecken befestigt wurde. Die Hautdecken wurden durch reichliche, tiefe, die ganze Musculatur durchdringende Nähte und eine Anzahl oberflächlicher Knopfnähte geschlossen und nach sorgfältiger nochmaliger Durchspülung der Höhle mit 5 proc. warmer Carbollösung ein Jodoform-Watte-Verband angelegt, der durch appretirte Gazebinden fest angezogen wurde.

Die Operation hatte in Folge der schwierigen Herausschälung und der dabei eingetretenen überaus reichlichen Blutung aus den kleinen Muskelästen, fast zwei Stunden in Anspruch genommen; der Tumor hatte ein Gewicht von 5 Pfund, seine Dimensionen waren 26, 18 und 15 cm, die Oberfläche überall glatt, nur in der Mitte der vorderen Peripherie zeigte sich eine leichte wellenförmige Einschnürung (vielleicht Effect des Schnürens?). Die mikroskopische Untersuchung ergab überall reine fibröse Structur.

Der Wundverlauf war in jeder Beziehung ein vorzüglicher. Patientin erholte sich sehr rasch aus der Narcose und hatte nur am 2. und 3. Tage über kolikartige Beschwerden zu klagen, die entschieden mit der ca. 8 Tage zu früh eingetretenen Periode im Zusammenhang standen. Die ohne jede Temperatursteigerung auftretende starke Secretion aus der Wundhöhle erforderte einen täglich zu erneuernden Verbandwechsel, am 10. Tage konnten die Nähte aus der verheilten Bauchwunde entfernt werden, der Drain wurde allmählich, mit Verringerung der Secretion gekürzt und schliesslich ganz entfernt und Patientin am 12. November aus der Diakonissen-Anstalt geheilt entlassen; sie steht den Pflichten ihrer Häuslichkeit ungestört vor, alle Körperfunctionen sind normal, das Aussehen lässt nichts zu wünschen übrig. Die Periode ist seitdem wieder regelmässig eingetreten, die Operationswunde linear verheilt, die abgelösten Bauchdeckenpartien haben sich glatt der Unterlage angelegt, Palpation derselben ist nirgends schmerzhaft, Bewegungen oder Hustenstösse lösen an dieser Stelle nicht die geringste Schmerzempfindung aus. —

Wie in den meisten bisher beobachteten Fällen, war auch in dem unsrigen, die hintere Scheide des Musc. rect. abdomin. die Ausgangsstelle des Fibroms, das sowohl nach vorn gewachsen war und eine starke Hervorwölbung der Bauchdecken bewirkt hatte, als auch mit seiner grössten Circumferenz dem Peritoneum auflag, theilweise mit demselben aufs innigste verwachsen, so dass bei der Exstirpation die Eröffnung der Peritonealhöhle nicht vermieden werden konnte.

Dies Ereigniss, in der vorantiseptischen Zeit so gefürchtet, war der Grund, dass die Exstirpation dieser Tumoren zu den gefährlichsten chirurgischen Eingriffen gerechnet wurde: in der Gegenwart wird die Eröffnung der Peritonealhöhle so häufig ausgeführt und ist Dank der Kenntniss und der Beherrschung aller antiseptischen Cautelen eine so ungefährliche, dass dieser Grund keinerlei Hinderniss gegen die operative Entfernung der Bauchdeckentumoren geben kann. Wir müssen bei jeder derartigen Operation von vornherein uns auf die Möglichkeit der Eröffnung eventuell Entfernung eines mehr oder weniger grossen Stückes Peritoneum gefasst machen, da die Palpation exacte Zeichen, ob der Tumor mit dem Peritoneum verwachsen ist oder dasselbe gar durchbrochen hat, nicht liefert; ja bei einer Reihe von der-

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

artigen Tumoren, die sich durch excessive Beweglichkeit auszeichneten, waren „manchettenknopfartige“ Fortsätze an der unteren Fläche vorhanden, die das Peritoneum durchbrochen hatten und frei in die Bauchhöhle hineinragten. In diesen Fällen sind mehrfach sehr bedeutende Partien des Peritoneum entfernt worden, ohne dass der Heilverlauf gestört worden ist: exacte Naht und Drainage sichern in allen Fällen den günstigen Ausgang der Operation.

Eine ganz eigenthümliche Erscheinung ist das weitaus häufigere Vorkommen von Bauchdeckentumoren bei Frauen, und zwar bei solchen, die wiederholte Entbindungen überstanden haben. Bei ihnen wird auch die Existenz der Geschwulst eher diagnosticirt, die schlaffen Bauchdecken gestatten ein baldigeres Bemerken des Tumors und demgemäss eine rasche Aufsuchung ärztlicher Hilfe; die straffere Bauchmusculatur bei Nulliparen und bei Männern verzögert nicht nur die frühere Constatirung der Geschwulst, sondern setzt auch dem Weiterwachsen derselben ein wesentliches Hinderniss entgegen. Gravidität oder periodale Vorgänge scheinen keinerlei Einfluss auf das Wachsthum der Geschwulst zu haben.

So bekannt auch diese Verhältnisse der Bauchdeckentumoren zu ihrer Umgebung sind, so sicher auch die durch die Exstirpation erzielten Resultate in Folge der Antisepsis geworden sind, so wenig wussten wir bisher etwas über die Aetiologie dieser Geschwülste. S. Grätzer (cfr. Dissertation: Breslau 1879, die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand) hat bei Veröffentlichung eines von meinem verstorbenen Chef, Herrn Geh. Medicinalrath Prof. Spiegelberg operirten Falles von doppelseitigem Fibroid der Bauchdecken, die Cohnheim'sche Theorie der embryonalen Anlagen für diese Tumoren herangezogen und in sehr geschickter Weise das häufige Auftreten bei Multiparis erklärt, bei denen die schlaffen Bauchdecken insofern zur raschen sichtbaren Entwickelung des Geschwulstkeimes beitragen, als dadurch die physiologische Widerstandsfähigkeit verringert und das Wachsthum der embryonalen Anlagen erleichtert wird. Auch der Ausgangspunkt von der hinteren Scheide des Musc. rectus abdom. würde durch diese Theorie plausibel. Im Embryo wird der motorische Apparat und das Darmrohr anfänglich nur durch ein Blatt, das Mesoderm, repräsentirt, aus welchem sich am Abdomen einerseits die Muskeln mit ihren Fascien, andrerseits der Darmtractus mit seiner Serosa entwickelt. Da eine strenge Scheidung der Keimblätter nicht existirt, so kann eine in irgend einem Stadium der embryonalen Entwicklung an der Grenze zwischen fibrotendinösem und serösem System entstandene Complication zur Ueberproduction oder zur Verirrung von Keimen Veranlassung geben, die durch gewisse Ursachen zum Wachsthum angeregt werden und zur Bildung von Tumoren führen.

Gegen diese Ansicht, die jedes mechanische ätiologische Moment leugnet, wendet sich W. Herzog (Ueber Fibrome der Bauchdecken, München 1883) und erklärt die Genese dieser Tumoren als aus partiellen oder totalen Rupturen des Musc. rect. abdom. hervorgegangen. Bei diesen Rupturen bilden sich Blutextravasate, sog. Muskelhämatome, wie sie von Virchow zuerst näher beschrieben sind; oft dauert es Jahre ehe sie völlig zur Resorption kommen, in gewissen Fällen kann sich direct ein Fibrom daraus entwickeln.

Diese Ansicht erhält durch genau beobachtete Fälle von Volkmann (cfr. Herzog, Seite 7) und Ebner (Berl. klin. Wochenschrift 1880 No. 37) eine wesentliche Stütze; das häufigere Vorkommen dieser Tumoren bei Multiparis erklären die öfteren Rupturen, zu denen die schlaffere Beschaffenheit der Bauchmusculatur bei Ausdehnungen und Anspannungen prädisponirt.

Aber auch bei ganz gesunden Personen kann bei grösseren Muskelanstrengungen eine derartige Ruptur eintreten und spricht ein Vorkommen dieser Tumoren bei Männern und Nulliparen nicht gegen die Herzog'sche Ansicht.

Auffällig ist es, dass die im M. rect. abdom. auftretenden Hämatome Jahre lang stationär bleiben: selbst vielfach sich wiederholende Schädlichkeiten, die die Veranlassung zur Entstehung waren, tragen nicht einmal zu einer Vergrösserung (durch erneutes Hineinbluten) bei, noch geben sie Veranlassung zur Entwicklung einer Neubildung. In einem Falle, den ich kurz nach Exstirpation des oben skizzirten Fibroms mit Herrn Dr. Gemmel im hiesigen Diakonissenhause zu beobachten Gelegenheit hatte, war bei einer in den 40er Jahren befindlichen Frau ein faustgrosser Knoten in der rechten Seite des Leibes seit mehreren Jahren ohne besondere Beschwerden ertragen worden, dessen Entstehung nicht auf eine plötzliche starke Muskelanstrengung zurückzuführen war, sondern als eine ganz allmähliche während der Zeit einer Kartoffelerndte unter mässigen Schmerzen constatirte, geschildert wurde. Trotz der fortgesetzten Traumen, denen die Frau bei ihrer andauernden schweren ländlichen Beschäftigung (Heben von schweren Gefässen bei Fütterung des Viehes) ausgesetzt war, hatte weder Consistenz noch Grösse des Tumors eine Veränderung erlitten, der im ersten Augenblicke wegen seiner Härte als Fibroid imponirte, nur eine seitliche Stelle, die etwas fluctuirte und die Unverschiebbarkeit des Tumors in der Richtung von oben nach unten, erwies das Bestehen eines Hämatoms. Die Incision entleerte reichliche Mengen eingedickten Blutes aus der im M. rectus abd. dext. befindlichen Höhle, deren wenig callösverdickte Umgebung mit dem scharfen Löffel leicht entfernt werden konnte.

Auch der von Spiegelberg (cfr. S. Grätzer) operirte Fall spricht gegen die Herzog'sche Ansicht. Gesetzt beide völlig symmetrisch gelagerte Tumoren wären in Folge von Rupturen beider Mm. rect. abdom. entstanden, so würde die Annahme doch eine äusserst gewagte sein, dass aus dem „Muskelcallus“ der einen Rupturstelle ein Fibromyom, aus dem der anderen ein Fibroma myxomatoides entstanden sein sollte.

Weit geneigter bin ich, auch der Ansicht der Referenten der Herzog'schen Arbeit im Centralblatt für Gynäkologie 1884. No. 3, Herrn Bockelmann, anzuschliessen, der darauf aufmerksam macht, dass eine Ruptur der M. rect. abdom. sehr leicht eintreten könne durch ein bereits im Wachsthum begriffenes aber noch unbemerkt gebliebenes Fibroid, das die Widerstandsfähigkeit des Muskels geschwächt habe. Aber auch hierbei können wir die Frage aufwerfen, woher stammt das Fibroid? und sehen somit, dass nach wie vor die Aetiologie der Tumoren der Bauchdecken ebenso wenig genügend aufgeklärt ist, wie die der Tumoren anderer Organe.

So günstig die Prognose der reinen Fibrome der Bauchdecken ist, so ungünstig ist die derjenigen Formen, in denen Mischgeschwülste auftreten. Sie neigen nicht nur zu rasch auftretenden localen Recidiven, sondern führen auch zu Metastasen: die wie im Spiegelberg'schen Falle der Patientin ein qualvolles Ende bereiteten. Bei der Section zeigten sich die ganzen Beckenorgane mit Sarcommassen erfüllt, die zu einer Perforation nach Scheide und Mastdarm geführt hatten.

Da wir weder durch den palpatorischen Befund, noch durch das Aussehen resp. Befinden der Patienten eine endgültige Entscheidung der Benignität oder Malignität dieser Tumoren feststellen können, sondern erst durch das Mikroskop diese Frage entscheiden können, so ist es unsere Aufgabe bei Constatirung eines Bauchdeckentumors auf eine möglichst sofortige Exstirpation zu dringen, damit der Erfolg ein radicaler werde.

III. Aus dem städtischen Krankenhause Moabit in Berlin.

Ein Fall von totalem Situs viscerum inversus.

(Demonstration des anatomischen Präparates in der Sitzung des Vereins für innere Medicin[1]) am 17. März 1884.)

Von

Paul Guttmann.

M. H. In der jüngsten Sitzung habe ich bei Besprechung eines Falles von congenitaler Hernia diaphragmatica auch des Situs viscerum inversus Erwähnung gethan. Ich habe nun heute ein Präparat von totalem Situs inversus aus der pathologisch-anatomischen Sammlung des Krankenhauses Moabit hierher gebracht und erlaube mir, es Ihnen zu demonstriren[2]).

Das Präparat stammt von einem 62jährigen Manne, bei dem ich Gelegenheit hatte, schon während des Lebens den Situs viscerum inversus zu untersuchen. Der Mann, von kleiner Figur, durch Krankheit später noch abgemagert, so dass sein Körpergewicht in der letzten Lebenszeit nur 39,5 Kilo betrug, starb an Phthisis pulmonum. Herr Dr. W. Salomon, damals Assistenzarzt im Krankenhause, hat die anatomische Präparation der Brust- und Bauchhöhle (Lage der Organe, Verlauf der Gefässe und Nerven) ausgeführt.

Bekanntlich besteht bei totalem Situs inversus nicht blos eine Verkehrung der grossen Organe, sondern ebenso der Gefässe, Nerven u. s. w., kurz es besteht eine vollständige Verkehrung aller anatomischen Verhältnisse bis in die feinsten Einzelheiten ihrer Anordnung hinein. Man sieht also an diesem Präparat, dass die rechte Lunge 3 Lappen hat,

[1]) Die Redaction hielt es für zweckmässig, diesen Vortrag, welcher sich an den in voriger Nummer abgedruckten über Hernia diaphragmatica anschloss, ebenfalls aus den Sitzungsprotokollen des Vereins für innere Medicin herauszunehmen und gesondert abzudrucken.

[2]) Wie mir nachträglich zur Kenntniss gekommen, ist das Präparat auch von Herrn Curschmann vor 5 Jahren in der Berl. med. Gesellschaft demonstrirt worden, jedoch findet sich in dem Sitzungsberichte (Berl. klin. Wochenschrift 1879, S. 424) keine Beschreibung desselben, sondern nur die kurze Bemerkung: „Herr Curschmann demonstrirt ein Präparat von Situs viscerum perversus totalis“.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die linke 2, dass das Herz rechts liegt, und zwar mit der Spitze am meisten nach aussen, dass der Aortenbogen nach rechts sich krümmt, dass rechts aus dem Aortenbogen die Art. subclavia dextra und die Art. carotis dextra gesondert entspringen, während dagegen links aus dem Aortenbogen der Truncus anonymus entspringt und aus ihm die Carotis sin. und Subclavia sin. hervorgehen. Man sieht ferner, dass der Nervus recurrens dexter sich um den Aortenbogen, der N. recurrens sinister um die Art. subclavia herumschlingt. Oesophagus, Magen und Milz liegen rechts, die Leber links, die Aorta descendens verläuft rechts von der Wirbelsäule, die Vena cava links, das Colon ascendens liegt links, das Rectum rechts, die linke Niere liegt etwas tiefer als die rechte.

Dies sind nur Beispiele. So geht es weiter in allen Einzelheiten der Invertirung, von denen noch verschiedene in der Präparation der Gefässe und Nerven dargestellt sind.

Was die Diagnose des Situs inversus während des Lebens betrifft, so leitet ja die Rechtslage des pulsirenden Herzens sofort auf die percutorische Untersuchung der Lage der Leber hin, und mit dem Nachweise, dass sie links liegt, ist schon die Diagnose des vollständigen Situs inversus gegeben. Die Rechtslage der Milz ist ebenfalls leicht nachweisbar. Die Rechtslage des Magens erkennt man aus der Auscultation, nämlich aus der Maximalintensität des Schluckgeräusches über dem rechten Hypochondrium, ebenso die Rechtslage des Oesophagus aus der Maximalintensität des Schluckgeräusches auf der rechten Halsseite. Auch die Transposition der Lungen kann man, wie ich schon vor längerer Zeit bei Gelegenheit der Demonstration eines Mannes mit Situs inversus in der Berliner Medicinischen Gesellschaft[1]) bemerkt habe, aus der Auscultation diagnosticiren. Während man nämlich an der Bifurcationsstelle der Trachea, in der Gegend des 4. Rückenwirbels, normal nur rechts von der Wirbelsäule das Bronchialathmen hört und zwar wegen der grösseren Weite des rechten Hauptbronchus, links nicht oder sehr schwach, ist es bei Situs viscerum inversus umgekehrt, man hört wegen der grösseren Weite des linken Hauptbronchus das Bronchialathmen an der Bifurcationsstelle der Trachea nur links, beziehungsweise links viel lauter als rechts.

Schliesslich möchte ich noch bemerken, dass, wenn hin und wieder in der Literatur erwähnt ist, es komme bei Menschen mit Situs inversus Linkshändigkeit vor, sich diese Angabe doch nur auf vereinzelte Fälle bezieht. In den meisten Fällen besteht bei dieser Anomalie Rechtshändigkeit. So war der von mir früher vorgestellte Mann (Schlossermeister) rechtshändig, ebenso der 62jährige Kranke (Barbier), von dem ich heute das anatomische Präparat demonstrirt habe.

Herr Waldeyer: Das eben von Herrn Guttmann demonstrirte Präparat bietet noch eine interessante Seite, auf welche ich hier aufmerksam machen möchte. Durch die schönen Untersuchungen Aeby's in Bern ist gezeigt worden, dass der obere Lappen der rechten Lunge links keinen Repräsentanten hat, dass vielmehr der obere Lappen links dem mittleren rechts homolog ist. Es ergiebt sich dies aus dem genaueren Verhalten der Bronchialverästelung. Jeder Bronchus geht als „Stammbronchus" Aeby in einem langen Bogenzuge durch die betreffende Lunge hindurch; von ihm entspringen Seitenbronchen, die theils oberhalb, theils unterhalb der sich um den Stammbronchus herumschlagenden Art. pulmonalis liegen können, eparterielle und hyparterielle Seitenbronchen, wie Aeby sie genannt hat. Eparterielle Seitenbronchen finden sich weit seltener; der obere rechte Lungenlappen entspricht einem eparteriellen Bronchus, der links fehlt, wo wir nur hyparterielle Bronchen haben.

In den wenigen Fällen, wo man bisher diese Verhältnisse beim Situs inversus hat untersuchen können, bestätigte sich das nach Aeby's Fund zu Postulirende: die linke dreilappige Lunge hatte auch den eparteriellen Bronchus als Grundlage für ihre oberen Lappen. Es war nicht ohne Interesse auch an diesem Objecte die bezüglichen Verhältnisse nachzusehen.

[1]) Sitzungsbericht in der Berliner klinischen Wochenschrift, 1876, No. 11, S. 150.

IV. Aus dem Diaconissenhause Stift Betlehem zu Ludwigslust.

Einige Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der Wanderniere.

Von

Dr. H. Lindner,
dirigirender Arzt.

Die chirurgische Behandlung der Krankheiten der Abdominalorgane, speciell der Nieren, hat in neuerer Zeit solche Fortschritte gemacht, die Sicherheit der Operationen und die Aussichten auf reactionslose Heilungen haben so zugenommen, dass es als berechtigt bezeichnet werden muss, wenn die Indicationen für operative Inangriffnahme von Nierenkrankheiten immer vermehrt, die Grenzen für das chirurgische Handeln immer weiter gesteckt werden. Aber wie bei allen neuen und überraschenden Fortschritten liegt auch auf diesem Gebiete die Versuchung nahe, über die Grenzen des Erlaubten hinauszugehen und bedeutende (angeblich gefahrlose) Eingriffe zu unternehmen, ohne dass die Grösse des Leidens dergleichen rechtfertigt, oder vielleicht in majorem chirurgiae (chirurgi?!) gloriam Bilder von den Schrecknissen gewisser Leiden auszumalen, welche zwar der Phantasie des betreffenden Beobachters alle Ehre machen, aber doch den Beobachtungen nüchterner und erfahrener Beobachter durchaus nicht entsprechen. —

Im 3. Heft XXXIII. Bandes des Arch. für klin. Chirurgie findet sich eine Arbeit von Keppler, in welcher derselbe eine Reihe von Fällen beschreibt, welche die Wanderniere, und zwar, wie ausdrücklich bemerkt ist, die uncomplicirte Wanderniere, als ein im höchsten Grade lebensgefährliches Leiden darstellen sollen. Die angeführten Krankengeschichten sind indessen in keiner Weise beweiskräftig und lassen die verschiedensten Deutungen zu, auch bei den Sectionsberichten vermisst man jede rationelle Erklärung für den deletären Einfluss der beweglichen Niere, da man doch unmöglich eine an einer falschen Stelle liegende Niere für den Eintritt des Todes verantwortlich machen kann, wenn nicht an ihr oder an sonstigen Organen Veränderungen nachgewiesen werden, welche ihren Grund in der Lageveränderung haben und eine Ursache des Todes bilden können. Ich glaube kaum, dass ein Chirurg den Keppler'schen Ausführungen zustimmen wird, ich für meine Person muss nach meinen Erfahrungen den betreffenden Behauptungen von der Lebensgefährlichkeit der uncomplicirten Wanderniere auf das Entschiedenste entgegentreten[1]). Damit soll natürlich nicht gesagt sein, dass nicht in einzelnen Fällen durch Beschwerden, welche die Wanderniere verursacht, das Leben derartig verbittert, die Arbeitsfähigkeit so bedeutend herabgesetzt werden kann, dass auch ein grösserer operativer Eingriff gerechtfertigt erscheint, ich verwahre mich nur gegen die Begründung durch Keppler'sche Krankengeschichten und gegen die gefährliche Lehre, dass die Existenz einer Wanderniere an sich schon unbedingt die Indication für Exstirpation derselben abgiebt, stimme Landau (Die Wanderniere der Frauen. Berlin 1881) darin vollkommen bei, dass wir für die gewöhnlichen Fälle Mittel und Wege gefahrloser Art genug haben, um nicht unsere Patienten einer bisher nach Ausweis der Statistik nicht gerade glänzend in ihren Erfolgen dastehenden Operation aussetzen zu müssen. Indess geht Landau entschieden zu weit, wenn er operative Eingriffe bei Wanderniere absolut verwirft; Fälle, welche, wie oben gesagt, das Leben hochgradig verbittern oder die Patienten erwerbsunfähig machen, müssen, wenn auch eine Lebensgefahr durch das Leiden nicht gesetzt wird, mit demselben Rechte mittelst operativen Eingriffs behandelt werden wie etwa eine anderweitig nicht zu beseitigende die Erwerbsthätigkeit störende Kniegelenkscontractur mittelst Amputation oder Resection, wollten wir für solche Fälle die Operation perhorresciren, so würden wir uns in Widerspruch setzen zu allen in der modernen Chirurgie geltenden Grundsätzen; unsere Aufgabe wird es vielmehr sein, durch Vervollkommnung der Technik etc. die Lebensgefährlichkeit der betreffenden therapeutischen Eingriffe immer mehr herabzusetzen. —

Am dringendsten wird natürlich der Wunsch nach Beseitigung der Wanderniere dann sein, wenn irgend welche Complicationen durch dieselbe herbeigeführt werden, welche als neue ernste Krankheit auftreten und an ihrem Theile Leben und Wohlbefinden des betroffenen

[1]) Einen geradezu komischen Eindruck muss es, wie auch Landau bemerkt, auf jeden Chirurgen machen, wenn K. als besonderen Beweis für seine Anschauung anführt, dass seine operirten Patientinnen von ihren Beschwerden befreit worden seien. Ganz abgesehen davon, dass eine solche Befreiung von Beschwerden durch Entfernung des schuldigen Organs natürlich von Niemandem bezweifelt werden kann, kommt ein solches Resultat, wie Landau bemerkt und ich durch den nachstehend angeführten Fall bestätigen kann, häufig schon durch die blosse probatorische Incision zu Stande, beweist also durchaus nichts für die Exstirpation. Mein Fall ist folgender: Im Januar 1881 machte ich bei einer ca. 45jährigen Dame die Laparotomie, mit der Absicht, die Exstirpation der Gallenblase vorzunehmen. Die betreffende Pat. hatte schon seit langer Zeit über heftige Schmerzen in der Lebergegend und über das Gefühl, als ob ihr in dieser Gegend ein runder Körper hin- und herfalle, geklagt, dabei waren häufiger Koliken aufgetreten, welche auf das Täuschendste Gallensteinkoliken glichen, die Untersuchung ergab in der Gegend der Gallenblase einen etwa Gänseei-grossen harten birnförmigen Tumor mit ziemlich glatter Oberfläche, der scheinbar mit der Leber fest verbunden war und sich nur mit dem vorderen Leberrande verschieben liess, dagegen ergab die Laparotomie, dass es sich um eine ausgedehnte Gallenblase und eine dahinterliegende sehr kleine und sehr bewegliche Wanderniere, in deren Becken mehrere Steine lagen, handelte; bei der Untersuchung war die Niere gegen die Gallenblase geschoben und mit dieser zusammen als ein Tumor gefühlt worden. Da ich (wie sich später zeigte, mit Recht) fürchtete, dass die linke Niere auch nicht mehr frei sein möchte, unterliess ich die Exstirpation und schloss die Bauchhöhle. Die Beschwerden waren spurlos verschwunden und sind bis heute nie wiedergekehrt.

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Individuums erheblich gefährden, und ich glaube kaum, dass ein Zweifel darüber bestehen kann, dass dergleichen krankhafte Erscheinungen, wenn sie mit Sicherheit auf den Einfluss der Wanderniere zurückzuführen sind, zu operativen Eingriffen Veranlassung geben müssen, wenn auf mildere Art ihre Beseitigung nicht gelingt. — Zu den krankhaften Erscheinungen der erwähnten Art, welche von einzelnen Beobachtern dem Einflusse der Wanderniere, und zwar der rechtsseitigen, zugeschrieben worden sind, gehört der Icterus. Litten[1]) hat in einem Falle bei einer 37jährigen Frau, welche in Folge einer rechtsseitigen Wanderniere an häufigen Schmerzanfällen im rechten Hypochondrium litt, einen vorübergehenden intensiven Icterus beobachtet, welcher zweimal innerhalb 2 Wochen auftrat und das erste Mal etwa 4, das zweite Mal 8 Tage anhielt, er bezog diesen Icterus auf temporäre Compression des Ductus choledochus, da andere Ursachen für die betreffende pathologische Erscheinung nicht nachweisbar waren. Die qu. Niere war ausserordentlich beweglich, die näheren Verhältnisse waren nach Litten's eigenen Worten folgende: „Der Tumor liess sich seiner ganzen Beschaffenheit wegen sofort als Niere erkennen, auch gelang es während des Aufenthaltes der Kranken auf der Klinik wiederholt, die Arterie pulsiren zu fühlen. Bei der grossen Beweglichkeit des Tumors schlüpfte derselbe sehr leicht fort, wenn man nur mit einer Hand palpirte, dagegen konnte man ihn bei der bimanuellen Untersuchung vortrefflich fixiren. Da derselbe vom Darm bedeckt war, ergab die Percussion vorn über dem Tumor tympanitischen Schall, während die Percussion in der Lumbalgegend bei wiederholter Untersuchung das Fehlen der Nierendämpfung nachwies. Bei tiefer Inspiration wurde das Organ durch die Leber deutlich nach abwärts gedrängt; bei gewöhnlicher oberflächlicher Athmung und ruhiger Lage fühlten wir seinen unteren Rand in der rechten Mamillarlinie oder etwas nach aussen von dieser 2—3 Finger unterhalb des Rippenbogens. Wenn wir die Kranke ein wenig auf die linke Seite lagerten und auf die Gegend des unteren rechten Rippenbogens einen Druck ausübten, so konnten wir das Organ aus seiner bisherigen Lage verdrängen und bis in die Gegend des Nabels fortdrücken."

Es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass ein länger andauernder Icterus, der aller Behandlung trotzt, auf den Organismus den ungünstigsten Einfluss ausüben muss, und sogar das Leben ernstlich gefährden kann, und dass ein solcher Fall unter Umständen sehr wohl eine Indication zu operativem Vorgehen geben könnte, wenn man hoffen dürfte, durch ein solches die Ursache des Icterus beseitigen zu können, es wird also eine gewisse Wichtigkeit haben, die Möglichkeit einer Compression der Galleabführenden Wege durch rechtsseitige Wanderniere zu bestätigen oder zu widerlegen. Landau (l. c.) greift die Litten'sche Auffassung aus anatomischen Gründen an und weist nach, dass die Niere unmöglich eine derartige Compression des Duodenums oder des Duct. choledochus verursachen könne, dass der Gallenabfluss wesentlich beeinflusst wird. Eine Beobachtung, welche ich neuerdings zu machen Gelegenheit hatte, dient den Landau'schen Ausführungen zur Stütze und scheint mir wichtig und interessant genug zu sein, um sie in Kürze hier wiederzugeben. Am 11. Jan. cr. wurde die 41jährige Frau B. aus L. in das hiesige Diaconissenkrankenhaus aufgenommen. Dieselbe gab an, sie sei, bis auf eine vor langer Zeit überstandene Typhuserkrankung, immer gesund und arbeitsfähig gewesen, im September a. pr. sei sie zuerst erkrankt und seitdem fortdauernd in ärztlicher Behandlung geblieben. Ihre Beschwerden bestanden in grosser Mattigkeit und Hinfälligkeit und häufigen Schwindelanfällen, gleich von Beginn der Erkrankung an war sie deutlich gelb. Appetit und Stuhlgang normal, letzterer häufig von sehr heller Farbe, aber nie ganz ungefärbt. Ab und zu bekam Pat. beim Essen Uebelkeit und musste sich auch einige Male übergeben, doch traten diese Erscheinungen durchaus nicht besonders hervor. Ueber Schmerzen in der Magengegend wird nicht geklagt, auch nicht über das Gefühl von Druck daselbst. Pat. giebt an, dass sie nicht auffallend abgemagert sei und es wird diese Angabe durch ihr Aussehen nicht widerlegt. — Trotz fortgesetzter ärztlicher Behandlung nahmen alle Beschwerden, und besonders auch der Icterus stetig zu, so dass Pat. schliesslich von dem behandelnden Arzte in's Krankenhaus geschickt wurde.

Die Behandlung ergab folgendes Resultat: Pat. hat ein intensiv icterisches Aussehen, und zwar ist die Haut des ganzen Körpers fast gleichmässig hellgelb, nur das Gesicht zeigt eine etwas dunklere Färbung. Der Puls ist verlangsamt, wenn auch nicht erheblich und constant, Zunge wenig belegt. Die Untersuchung des Abdomens ergiebt ausser einem sehr beweglichen Tumor im r. Hypochondrium keine erheblichen Abnormitäten. Leber mässig vergrössert, lässt keine nachweisbaren Veränderungen ihrer Oberfläche, keine Unebenheiten oder Knoten erkennen, ist nicht empfindlich auf Druck. Magengegend nicht aufgetrieben, kaum empfindlich, Dickdarm lässt bei Druck starkes Gurren fühlen. Der erwähnte Tumor ist ca. Gänseei-gross, nierenförmig, bei Betastung nicht empfindlich, das untere abgerundete Ende liegt von Darm bedeckt etwa in der rechten Mamillarlinie, ca. 3 Querfinger breit unter dem Rippenrand; bei leichtem Druck entweicht der Tumor sofort nach hinten und oben, kann dann aber durch Eindrücken der linken Hand von der Lumbalgegend her der auf den Bauchdecken liegenden rechten ohne grosse Mühe entgegengeführt werden. Nimmt man den Tumor zwischen die beiden Hände, so kann man denselben mit Leichtigkeit eine ganze Strecke über die Mittellinie nach links hinüberschieben, doch geht er nach dem Aufhören des Zuges auf seinen alten Standort zurück.[1]) Die Diagnose wurde auf rechtsseitige Wanderniere gestellt, die Frage, ob der Icterus durch die Wanderniere verursacht sei, zunächst noch als offene betrachtet. Bei dem Mangel jeder nachweisbaren Affection, welcher den Icterus zugeschrieben werden konnte, war die Entscheidung über dessen Actiologie nicht leicht. Die Beschwerden, über welche Pat. klagte, liessen sich alle auf den Einfluss der im Blute kreisenden Gallenbestandtheile zurückführen, irgend eine krankhafte Veränderung im Verlaufe oder am Ausgange der Gallenausführungsgänge, durch welche ein partieller Verschluss der letzteren herbeigeführt sein konnte, war nicht zu constatiren, es lag also die Annahme nahe, dass ein Druck von Seiten eines dislocirten Nachbarorgans den Grund für den Icterus abgeben möchte. — In der Folge konnte die Beobachtung gemacht werden, dass bei ganz ruhiger Rückenlage der Pat. der Icterus bedeutend geringer wurde, während er sofort ganz erheblich zunahm, sobald Pat. auch nur für ganz kurze Zeit aufstand oder im Bette aufsass; und es lässt sich ja gewiss nicht verkennen, dass in dieser Beobachtung scheinbar eine gewisse Bestätigung lag für die Abhängigkeit des Icterus von der Einwirkung eines Organs, welches einem von stärkeren Körperbewegungen abhängigen Lagewechsel unterworfen sein musste. — Der Urin war stets reich an Gallenfarbstoffen, enthielt nie Eiweiss. Fieber war niemals vorhanden, die Temperatur dauernd normal oder subnormal. Erbrechen wurde im Hospital nur am ersten Tage nach dem Transport und später einmal nach einem groben Diätfehler beobachtet. Ab und zu klagte Pat. über Schmerzen in der rechten Seite, im Ganzen und Grossen war sie jedoch frei von erheblicheren Schmerzen. —

Bei dem noch verhältnissmässig jugendlichen Alter der Pat., bei dem Mangel an nachweisbaren Veränderungen, auf welche die Krankheit derselben hätte bezogen werden können, bei der Möglichkeit einer falschen oder wenigstens ungenügenden Diagnose, die ja bei Abdominaltumoren nie ganz auszuschliessen ist, und besonders bei der absoluten Erfolglosigkeit der bisherigen Behandlung schien es gerechtfertigt, einen Versuch operativer Art zur Beseitigung der Beschwerden zu machen, und so proponirte ich der Pat. eine probatorische Laparotomie, der eventuell, wenn die Wanderniere als der schuldige Theil erkannt werden sollte, die Exstirpation derselben folgen sollte. Ich trennte die Bauchdecken durch einen ca. 12 cm langen Schnitt, welcher quer unter dem r. unteren Rippenrande, 3—4 Querfinger breit unter demselben verlief. Es zeigte sich, dass die Diagnose richtig war, die Niere lag an der vor der Operation bezeichneten Stelle. Die Leber zeigte auf ihrer Oberfläche zahlreiche alte Trübungen der Kapsel, fühlte sich hart an und hatte etwas verdickte aufgeworfene Ränder, ihre Farbe war dunkelblauroth. Gallenblase nicht vergrössert, mässig gefüllt, an den Gallenausführungsgängen kein palpables Hinderniss. Weder die Niere selbst noch ihr Stiel kamen in die Nähe der Gallenausführungsgänge, bei den verschiedensten Bewegungen, die mit ersterer ausgeführt wurden. Die Niere ging auf leisen Druck des Fingers ohne jede Nachhülfe nach hinten und oben nach ihrem physiologischen Standort zu, ohne die Leber zu berühren. Auch das Duodenum wurde von derselben in keiner Richtung so berührt, dass von einer Compression die Rede sein konnte. Der Lagewechsel der Niere in aufrechter Stellung der Kranken würde unter den beschriebenen Verhältnissen nur in einem Tiefer- resp. Nachinnentreten der Niere bestehen können, dadurch würde sich die letztere noch weiter von den zu comprimirenden Theilen entfernen, man müsste also vielmehr erwarten, dass im Gegensatz zu der oben mitgetheilten Beobachtung, in der Rückenlage, wenn die Niere mehr nach oben und hinten tritt, eher eine Compression verursacht werden würde, aber auch dann ist, wie gesagt, eine Compression der Gallenausführungsgänge nicht möglich. Ob die Ansicht von Landau richtig ist, wonach „das hintere parietale Blatt des Peritoneum gleichzeitig das vordere Blatt der Nierenkapsel und die Nierengefässe bedeckend, über den Zwölffingerdarm hinwegeht, so dass bei einer Dislocation der Niere

[1]) Charité-Annalen. Jahrgang 1880. pg. 193. Cfr. auch Stiller in der Berl. klin. Wochenschrift 1880. pg. 543.

[1]) Die Verhältnisse lagen also ganz analog denen in dem Litten'schen Falle.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach vorn, innen und unten, es sowohl links als rechts um so leichter zu Verziehungen und Abknickungen der Duodenumschenkel kommen muss, als diese, besonders aber die Flexura duodeno-jejunalis durch ziemlich straffes Bindegewebe an die Wirbelsäule fixirt und verhältnissmässig unnachgiebig sind", liess sich nicht entscheiden, da sich bei der Operation die betr. Verhältnisse ohne grösseren Eingriff natürlich nicht zur Anschauung hätten bringen lassen. In dem oben geschilderten Falle wurde unter den gegebenen Verhältnissen natürlich von der Exstirpation der Niere abgesehen und die Bauchwunde geschlossen. Der Verlauf nach der Operation war ungemein lehrreich. Abgesehen von einem sehr starken Chloroformkatzenjammer traten Abnormitäten nicht auf; der Icterus, welcher in den beiden ersten Tagen p. o. noch sehr stark war, nahm sehr rasch ab und war am 5. Tage p. o. an Rumpf und Extremitäten ganz, im Gesichte bis auf geringe Spuren verschwunden. In den nächsten Tagen verschwanden auch diese letzten Spuren und traten später nur in den ersten Tagen, nachdem Pat. das Bett verlassen hatte, vorübergehend wieder auf. Alle sonstigen Beschwerden der Pat. waren und blieben verschwunden. Welche Schlussfolgerungen hätten sich an diesen auffallenden Erfolg der Operation geknüpft, wenn die Niere exstirpirt worden wäre! Wenige Wochen nach dieser Beobachtung hatte ich Gelegenheit bei einer an Pneumonie gestorbenen Frau mit doppelseitiger sehr beweglicher Wanderniere die Section zu machen. Durch den Sectionsbefund wurde nun in sehr vollkommener Weise eine Bestätigung resp. Ergänzung der bei der oben erwähnten Operation erhaltenen Resultate gegeben. Die intra vitam vorgenommenen Untersuchungen hatten für die rechte Niere ganz analoge Verhältnisse erkennen lassen wie in Litten's und in dem von mir operirten Falle, die Versuche, durch die verschiedensten Bewegungen die Niere in eine Lage zu bringen, in der sie möglicherweise eine Verschliessung der Gallenwege hervorbringen könnte, misslangen ebenso wie bei der Operation, die Niere wie ihr Stiel blieben nach allen Richtungen von den Gallengängen und ihrer Ausmündung im Duodenum so weit entfernt, dass von einer Compression nicht die Rede sein konnte. Da nun der Weg, den die bewegliche Niere einschlägt, um dahin zu gelangen, wo sie fast ausschliesslich gefunden wird, durch feststehende und überall, wo nicht abnorme Verhältnisse durch complicirende Krankheiten geschaffen werden, sich gleichbleibende Bedingungen bestimmt, daher immer annähernd der gleiche sein wird wie in meinen beiden genau untersuchten Fällen, so wird durch diese Autopsien zur Evidenz erwiesen, dass die Annahme, als ob die einfache rechtsseitige Wanderniere durch Compression der Gallenausführungsgänge zu Icterus führen könne, hinfällig ist. Ganz andere Ergebnisse erhielten wir in Bezug auf die von Landau aufgestellte, weiter oben referirte, Hypothese über das Zustandekommen von Störungen der Verdauung durch Wanderniere. Zunächst konnten wir constatiren, dass die anatomischen Verhältnisse der von Landau gegebenen Beschreibung genau entsprechen. Wurde an der rechtsseitigen Wanderniere ein vorsichtiger Zug in der Richtung nach vorn, innen und unten ausgeübt, so knickte sich das Duodenum regelmässig an einer Stelle ein, welche etwa 2—3 cm unterhalb der Einmündung des Gallengangs lag. Die Einknickung liess sich durch eine Kraft, die etwa als dem Gewichte der Niere gleichkommend betrachtet werden konnte, nie bis zur Verlegung des Lumens treiben, doch war sie immerhin hochgradig genug, um der Weiterbewegung des Darminhaltes ernstliche Hindernisse zu bereiten. Dass aus dieser Einknickung im Duodenum eine sehr üble Einwirkung auf die Verdauung resultiren wird, bedarf wohl kaum der besonderen Erwähnung, ebenso erscheint es mir unzweifelhaft, dass ein durch localen Duodenalkatarrh hervorgerufener Icterus bei vorübergehender Einknickung des Duodenum durch die die Schleimhaut treffende Reizung in Folge des stauenden Darminhaltes gesteigert werden kann und dass sich so die oben erwähnte Beobachtung, wonach meine Pat. schon nach ganz kurzdauerndem Aufstehen eine bedeutende Zunahme des Icterus erlitt, ganz leicht erklärt. Den günstigen Einfluss, den die unvollendet gebliebene Operation auf den Zustand der Pat. ausübte, darf man wohl daraus erklären, dass die Niere durch Adhäsionen einen Theil ihrer Beweglichkeit eingebüsst hat. Man wird Angesichts dieser Erfahrungen meiner Ansicht nach in Zukunft sich kaum bedenken dürfen, hartnäckige Verdauungsstörungen, die man dem Einfluss der Wanderniere zuschreiben darf, operativ anzugreifen, sobald das Wohlbefinden die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigen und milderen Mitteln nicht weichen. Eine Einwirkung auf Lage und Beschaffenheit des Duodenum durch Bewegungen der linken Wanderniere habe ich nicht constatiren können.

Schliesslich möchte ich mir noch einige Bemerkungen gestatten über die Wahl der Operationsmethode, für den Fall, dass ein operativer Eingriff für nöthig erkannt werden sollte. Bekanntlich hat Hahn vor einiger Zeit (Centralblatt f. Chir. 1881. pg. 449) vorgeschlagen, um die Gefahr der Exstirpation zu umgehen, die bewegliche Niere durch einen Lumbalschnitt hervorzuziehen und ihre Kapsel in der Wunde festzunähen; er veröffentlicht 2 Fälle zum Beweise, dass die Methode leistungsfähig sei. Ausser diesen 2 Fällen sind auf den XI. Chirurgencongress (cfr. Verhandlungen pg. 103) in der Discussion über Hahn's Vortrag noch einige weitere Erfahrungen von Küster, Esmarch und Delhaes mitgetheilt worden. Für sämmtliche Fälle gilt das, was Landau über Hahn's Fälle bemerkt, dass sie nämlich noch zu kurze Zeit beobachtet sind, um schon ein definitives Urtheil zu gestatten; dass, wie Landau will, eine Gegenanzeige gegen die Hahn'sche Operation darin liege, dass die Nieren tiefer als ihr physiologischer Standort ist, fixirt werden, halte ich für falsch, wohl aber scheint mir das Bedenken doch recht erheblich zu sein, ob nicht die rein bindegewebige Anheftung, welche durch die Operation im besten Falle erzielt wird, eine sehr starke Neigung zur Dehnung haben und dadurch die Gefahr bleiben wird, dass sich im Laufe der Zeit das alte Leiden wiederherstellt. Die Erfahrungen, die wir täglich über die geringe Festigkeit und Widerstandsfähigkeit bindegewebiger Narben gegenüber Zug und Druck machen, lassen keine grossen Hoffnungen für die Beständigkeit der künstlichen Nierenbefestigung aufkommen. Auf der anderen Seite ist die Exstirpation ein um Vieles lebensgefährlicherer Eingriff, weniger wegen der Gefahr, welche von Seiten der Operation und deren directen Folgen zu fürchten ist, als derjenigen, welche entsteht, wenn die 2. Niere nicht soweit intact ist, dass sie die Function der exstirpirten mit übernehmen kann, eine Gefahr, die um so leichter eintreten kann als die Wanderniere meist solche Personen heimsucht, welche über die erste Jugend hinaus und vielfach bereits durch vorhergegangene Krankheiten, mehrfache Schwangerschaften u. dergl. Gelegenheitsursachen genug für Nierenerkrankungen ausgesetzt gewesen sind. Wie leicht man sich trotz äusserster Vorsicht über den Zustand der anderen Niere täuschen kann, zeigte mir sehr eclatant ein vor Kurzem von mir beobachteter Fall: Eine Frau in mittleren Jahren wurde mit rechtsseitiger Wanderniere in das Krankenhaus aufgenommen. Dieselbe hatte von dieser Abnormität so hochgradige Beschwerden, dass sie dringend die Beseitigung derselben durch eine Operation forderte. Da die betr. Pat. der arbeitenden Classe angehörte, beschloss ich, die Exstirpation zu machen, nachdem ich mich durch sorgfältige häufig wiederholte Untersuchungen überzeugt hielt, dass die linke Niere gesund sei. Zwei Tage vor dem zur Vornahme der Operation bestimmten Tage klagte die Pat. nach einer etwas stärkeren Bewegung plötzlich über heftige Schmerzen in der linken Seite, die Untersuchung ergab, dass auch links eine sehr bewegliche Wanderniere bestand, von der früher trotz wiederholter Untersuchung keine Spur zu finden gewesen war. Trotzdem aber glaube ich, dass man besser thun wird, bei solchen Patienten, welche durch ihre Lebensstellung zu schwerer Arbeit gezwungen sind oder sich stärkeren Körperbewegungen nicht entziehen können, wenn irgend die 2. Niere als gesund angenommen werden kann, die Exstirpation zu machen, und zwar die Exstirpation von einem Lumbalschnitt aus,[1]) die Annähung der Wanderniere dagegen für solche Fälle auch weiterhin zu versuchen, bei denen entweder Verdacht auf Erkrankung der andern Niere besteht oder die Lebensstellung der Patienten eine grosse Schonung im weiteren Leben nach der Operation gestattet. Sollte sich dann aus dieser grösseren Anzahl von Beobachtungen, die sich auch auf eine genügend lange Zeit nach der Operation erstrecken, herausstellen, dass die Hahn'sche Operation allen Ansprüchen in Bezug auf dauernde Fixirung der Niere gerecht wird, so müsste natürlich in Zukunft nur diese letztere Operation als allein berechtigt anerkannt, die Exstirpation der Wanderniere aber aus der Zahl der berechtigten Eingriffe gestrichen werden.

V. Zur Tabes-Luesfrage.

Von

Th. Rumpf in Bonn.

In der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Sitzung vom 10. März 1884 (vergl. deutsche med. Wochenschr. 1884. No. 12) hat Herr Lewin im Anschluss an die Tabes-Luesfrage einige Bemerkungen gemacht, die einer Correctur bedürfen.

Herr Lewin sagt: „Therapeutisch hat bei allen Fällen die antisyphilitische Kur keine Erfolge. Die Quecksilberkur schadet nur."

Demgegenüber ist zunächst zu bemerken:

[1]) Die kleine Verletzung des Peritoneums bei dem Lumbalschnitt ist jedenfalls doch nicht in Parallele zu setzen mit der Verletzung derselben bei der Laparotomie. Wie ich an meinem Falle nachweisen konnte, gelingt das Vorziehen einer sehr beweglichen Niere durch einen verhältnissmässig kleinen Schnitt mit grosser Leichtigkeit und lässt sich die Unterbindung der Gefässe ganz ausserhalb der Wunde ausserordentlich leicht und sicher besorgen.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn auch ein grosser Theil der von Reumont mitgetheilten Fälle nicht als reine Fälle von Tabes bezeichnet werden können, so ist doch von mir[1]) ein ziemlich typischer Fall von Tabes mit lanzinirenden Schmerzen, Gürtelgefühl, Ataxie, fehlenden Sehnenreflexen und reflectorischer Pupillenstarre mitgetheilt worden, der unter einer consequenten antisyphilitischen Behandlung vollständig wiederhergestellt wurde. Zu erwähnen ist dabei, dass nach dem Aussetzen der antisyphilitischen Behandlung nach 25 Einreibungen Verschlechterung eintrat, die erst der Wiederaufnahme der Schmierkur wich. Nach im ganzen 85 Einreibungen war von der schwereren Affection nichts mehr nachweisbar und der frühere Patient functionirt seit Jahren als Locomotivführer. Im Anschluss daran will ich erwähnen, dass auch sonstige Symptome von Syphilis bei der Tabes nicht gar allzuselten sind. Abgesehen von Mund- und Rachengeschwüren specifischer Natur, die ich schon früher beobachtet habe, hatte ich in letzter Zeit Gelegenheit einen Fall von Tabes mit Syphilid der Stirn und einen weiteren mit breiten Condylomen am After zu sehen. Ferner aber muss ich betonen, dass bei der Quecksilberbehandlung der Tabes, und ich behandle alle Fälle mit luetischer Vorgeschichte gleichzeitig antiluetisch, irgend ein Schaden von mir nicht beobachtet ist, wohl aber hochgradige Besserung, die selbst an Heilung grenzte. —

Was die Einwendungen gegen die anamnestischen Erhebungen betrifft, so ist es doch selbstverständlich, dass nur solche in Rechnung gezogen werden können, bei welchen dieselben mit aller Sorgfalt angestellt sind. Gegenüber dem Bedenken Lewin's, dass Personen für syphilitisch gelten, die nie Syphilis gehabt haben, möchte ich eher glauben, dass häufiger das umgekehrte der Fall ist. In einer der grösseren rheinischen Städte hat erst vor kurzem in einer Kleinkinderbewahranstalt durch ein frisch aufgenommenes Kind eine Infection mit Syphilis bei einer grösseren Anzahl von Kindern stattgefunden. Wer ist nach 20 bis 30 Jahren im Stande bei diesen vielleicht in alle Welt zerstreuten Individuen mit Sicherheit eine luetische Vorgeschichte zu eruiren? Dass aber eine vorausgegangene Syphilis häufig genug nicht frühzeitig als Ursache einer späteren Erkrankung erkannt wird, kann wohl keinem Zweifel unterliegen. Ein Moment für diese Thatsache liegt vielleicht in der Natur des Deutschen begründet, der bei einer luetischen Affection mit Umgehung des Hausarztes einen Specialisten oder vielfach jüngere Aerzte aufsucht, bei einer späteren Affection des Nervensystems aber seinen Hausarzt consultirt und diesem eine derartige „Kinderkrankheit" nicht mittheilen zu müssen glaubt.

Wenn Herr Lewin ferner anführt, dass er von 800 genau beobachteten und demgemäss wohl auch sorgfältig behandelten Fällen von Syphilis nur 5 beobachtet hat, die in späterer Zeit auf die Nervenabtheilung gekommen sind, so spricht das eben dafür, dass bei sorgfältig behandelter Syphilis Nervenkrankheiten selten sind; es stimmt dieses ja auch mit den Beobachtungen von Fournier und mir[2]), dass in sämmtlichen Fällen von Tabes mit luetischer Vorgeschichte die Behandlung der Syphilis eine ausserordentlich kurze und wenig durchgreifende war. Es ist das ein Punkt, der in mancher Beziehung, insonderheit auch gegenüber theoretischen Erwägungen sehr der Beachtung bedarf.

Zum Schluss kann ich die Bemerkung nicht unterdrücken, dass mit derartigen theoretischen Einwänden, wie sie Herr Lewin vorgebracht hat, die Frage nach der luetischen Aetiologie der Tabes in keiner Weise gelöst werden kann. Nur genaue anamnestische und objective Erhebungen, die mit Rücksicht auf die vorliegende Frage an einem grossen Material angestellt sind, können uns weiter bringen — falls nicht doch eines Tages die pathologische Anatomie uns in gewohnter Weise überrascht.

VI. Mittheilungen des Kaiserlichen Reichsgesundheitsamtes. Zweiter Band. Berlin, Hirschwald 1884.

Referent Ribbert.

V.

Fischer und Proskauer, Ueber die Desinfection mit Chlor und Brom.

Sichere Desinfection unserer Wohnräume ist eine wesentliche Aufgabe der Hygiene. Die bisher vorwiegend benutzte schweflige Säure hat sich exacten Versuchen gegenüber unbrauchbar erwiesen. Verff. stellten Experimente mit Chlor und Brom an in der Weise, dass sie beide Substanzen in Flaschen entwickelten, in welchen die verschiedenartigsten pathogenen Organismen aus der Reihe der Spalt- und Schimmelpilze untergebracht waren und so den Procentgehalt der Gase ermittelten, der zur sicheren Abtödtung jener Keime genügte. Darauf wurden entsprechende Versuche in fest abgeschlossenen Kellerräumen angestellt. Die zu tödtenden Pilze befanden sich auf Kartoffelscheiben, oder Seidenfäden waren mit ihnen imprägnirt und um möglichst practische Verhältnisse nachzunahmen, wurden die Präparate zum Theil mehr oder weniger versteckt aufgestellt, z. B. in Rocktaschen untergebracht. Die ausserordentlich zahlreichen Einzelheiten können im Referat unmöglich besprochen werden. Zunächst wurde Chlor angewandt. Es stellte sich im Gesensatz zu anderseitigen Angaben heraus, dass ein möglichst hoher Feuchtigkeitsgehalt der Luft die Sicherheit des Erfolges erhöht. Das Gas wurde entwickelt durch Eingiessen von Salzsäure in Chlorkalk, eine Methode, die der Sicherheit und Bequemlichkeit wegen den Vorzug vor den vielen anderen verdient. Als mindestens erforderlicher Chlorgehalt der Luft muss ein solcher von 0,5 Volumprocent bezeichnet werden und dieser wird hergestellt durch Benutzung von 0,25 kg Clorkalk und 0,35 kg reiner Salzsäure per Cbm Rauminhalt. Freilich genügt auch ein derartig hoher Gehalt nicht zur Abtödtung aller Keime, jedoch werden die oberflächlich und nicht allzu versteckt gelegenen Pilze, auch die widerstandsfähigsten, mit Sicherheit vernichtet, während bei den anderen der Erfolg nur ein theilweiser war. Sind so die Resultate als völlig befriedigend nicht anzusehen, so wird sich doch in sehr vielen practischen Fällen die Desinfection mit Chlor schon einfach deshalb empfehlen, weil wir eine bessere Methode bis jetzt nicht kennen. Es wird bei ihrer Anwendung darauf geachtet werden müssen, dass vor Beginn der Chlorentwicklung ein möglichst hoher Feuchtigkeitsgehalt der Luft hergestellt wird, dass Kleidungsstücke, Oelanstriche etc. leicht unter der Einwirkung des Chlors leiden, und dass bei der Gefährlichkeit der Chloreinathmung für den Menschen das Einfliessen der Salzsäure in den Chlorkalk erst bewirkt wird, wenn die Menschen den Raum verlassen haben. Die Dichtigkeit des Luftabschlusses ist für die Wirkung in hohem Maasse erforderlich, da andernfalls die ohnehin schon beträchtliche Abnahme des Procentgehaltes an Chlor zu hochgradig wird. Die Räume müssen mindestens 8 Stunden der Chlorentwicklung ausgesetzt sein.

Das Brom erwies sich als weniger brauchbar. Gelang es auch, in Flaschen eine Abtödtung der Keime zu erzielen, so waren doch die Resultate in den Kellerräumen nicht ganz befriedigend, indem einmal ein genügender Bromgehalt der Luft sich nur schwer herstellen liess und andererseits auch oberflächlich gelegene Pilze nicht immer sicher getödtet wurden. Und da auch die Bromentwicklung theurer ist als die Darstellung des Chlors, so wird letzteres für die Praxis den Vorzug verdienen.

Hueppe, Untersuchungen über die Zusetzungen der Milch durch Mikroorganismen.

Die Zahl der Arbeiten, die zur Klärung der Gährungsvorgänge der Milch unternommen wurden, und die in der Einleitung zu vorliegender Arbeit besprochen werden, ist eine ausserordentlich grosse, unsere Kenntniss jener Vorgänge aber nicht dementsprechend und war besonders eine Untersuchung des Verhaltens der Fermentorganismen angezeigt. Letztere wurden zu dem Zweck gezüchtet und auf Milch übertragen, welche entweder durch Erhitzen auf 100° C. oder durch discontinuirliches Erwärmen auf 75° C. sterilisirt worden war. Temperaturen über 100° durften dabei nicht angewandt werden, weil die Milch sonst eine wesentliche Veränderung der Zusammensetzung erleidet und auch schon bei 100° treten leichte Umsetzungen ein. — Zunächst wurde die Milchsäuregährung untersucht und die bekannten Mikroorganismen auf Nährgelatine rein dargestellt. Die Ueberimpfung der entstehenden weisslichen Culturen auf sterilisirte Milch ergab typische Milchsäuregährung, bei welcher neben Milchsäure auch Kohlensäure zur Entwirkung kam.

Wie die Wirkung zu denken ist, ob es ein durch die Lebensvorgänge der Organismen direct bedingter Process ist, oder ob dieselben ein Enzym bereiten, welches seinerseits erst die Vorgänge einleitet, konnte nicht festgesetzt werden, da eine Isolirung einer derartigen chemischen Substanz nicht gelang. Jedenfalls ist die Gährung an das Vorkommen der Pilze gebunden, die ihrerseits, wie durch exacte Versuche dargethan sind, den Sauerstoff zu ihrer Entwicklung nicht entbehren können, ebensowenig, wie andere Gährungspilze. Es wird dies im Gegensatz zu Pasteur, der gerade auf die Abwesenheit des Sauerstoffs seine Vorstellungen über der Gährung basirte, des Längeren ausgeführt. Die Menge des nöthigen Sauerstoffs ist freilich sehr wechselnd und könnten für die an den beiden Endpunkten des

[1]) Rumpf, ein Beitrag zur Tabes-Syphilisfrage. Berlin. kin. Wochenschr. 1881. No. 36.
[2]) Rumpf, zur Pathol. u. Ther. d. Tab. dors. Berl. klin. Wochenschr. 1883. No. 4.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sauerstoffbedürfnisses stehenden Pilze die Bezeichnungen Pasteur's: Aerobion und Anaerobion beibehalten werden.

Zweitens wird die Buttersäuregährung besprochen und gezeigt, dass die gezüchteten Pilze, die durch Fitz und Prazmowski genügend bekannt sind, auf Milch übertragen das Casein zur Gerinnung bringen, dann lösen und in Pepton und andere Spaltungsproducte zerlegen. Die Sporen der fraglichen Pilze sind durch Hitze viel schwerer zu vernichten als die der Milchsäurepilze und daraus wird die Thatsache erklärt, dass Naegeli eine Modification der letzteren durch Hitze annahm, wodurch sie nunmehr Buttersäuregährung bewirken sollten.

Weiterhin werden die Organismen der blauen Milch untersucht. Mit ihnen hat sich Neelsen ausführlicher beschäftigt, seine Resultate aber werden in vorliegender Arbeit vielfach als unrichtig hingestellt. So bewirken die gezüchteten und auf sterilisirte Milch übertragenen Pilze niemals Gährung, machen auch die Milch nie sauer. Die Mittheilungen Neelsen's über solche Vorgänge werden daher auf Verunreinigung mit Entwicklungsformen der Milchsäurebacillen bezogen. Als solche sieht Verf. wegen morphologischer Uebereinstimmung die von Neelsen beschriebenen aus „Gonidien" zusammengesetzten Torulaketten an, zumal diese als bewegungslos bezeichnet werden und auch darin also mit den Pilzen der Milchsäuregährung übereinstimmen. Die Verunreinigung wird dadurch erklärt, dass Neelsen nicht mit Reinculturen, sondern mit Wasserculturen arbeitete, und nicht sterilisirte Milch benutzte. So wird die Mannichfaltigkeit der von ihm beschriebenen Formen wesentlich beschränkt. Von der Beimischung der Milchsäurebacillen hängt auch die Intensität der Blaufärbung ab, insofern der Farbenton der alkalischen Milch ein mattblauer oder schiefergrauer ist und erst mit dem Auftreten der Säure intensiv blau erscheint. Als Substrat für die Farbstoffbildung ist das Casein anzusehen.

Hieran schliessen sich kürzere Auseinandersetzungen über andere pigmentbildende Bakterien, die sich streng gegen die Pilze der blauen Milch abgrenzen lassen, über schleimige Milch und über das Oidium lactis, über dessen Identität mit den Pilzen des Favus, des Herpes und der Pityriasis Verf. keine neuen Thatsachen beibringen kann.

VII. P. Vogt. Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik in Greifswald. (Wien, Urban und Schwarzenberg, 1884. 198 S., 28 Holzschn.) Ref. A. Bidder in Berlin.

In vorliegendem Werke bietet V. im Verein mit seinen Assistenten eine Reihe kleinerer Abhandlungen dar, welche sich auf interessantere, in den beiden letzten Jahren gemachte Beobachtungen beziehen. Ausführliche Berichte über die gesammte Thätigkeit der Klinik sollen erst alle fünf Jahre erscheinen, wenn die Ansammlung grösseren Materiales ausgedehntere, namentlich statistische Verwerthung gestattet. Die in der Programmrede niedergelegten Ansichten V.'s über das Verhältniss der Krankenbehandlung zur Bedeutung der Klinik als Lehrmittel wird jeder vorurtheilslose Leser mit Genugthuung entgegennehmen und dem Verf. beistimmen, wenn er das übereifrige Experimentiren mit neuen Antisepticis und Verbandmitteln verwirft und gegen das wilde Operiren heutiger Tage Stellung nimmt, welches allerdings mit neuen, früher ungeahnten Eingriffen sich beschäftigte, den Beweis aber noch nicht geliefert habe, dass dadurch den Kranken in der That immer genützt, dass nicht vielmehr öfters die Operation um ihrer selbst willen gemacht werde. Auf strenge Indicationsstellung und gewissenhafte Erwägung der Folgen sei daher ganz besonders Bedacht zu nehmen.

Der Inhalt der sodann folgenden Abhandlungen kann hier ebenfalls nur ganz kurz angedeutet werden. Zunächst bespricht Löbker, anknüpfend an einen selbst beobachteten Fall, die Luxation des Talus nach vorn und aussen, und schliesst sich denjenigen an, welche eine gewaltsame Dorsalflexion im Fussgelenk, verbunden mit Adduction als ursächliches Ereigniss ansehen. Weiterhin berichtet er über 6 Fälle veralteter Luxation des Radiusköpfchens (2 mit Fractur desselben complicirt). In allen Fällen wurde die Resection des letzteren mit bestem Erfolge ausgeführt. Es folgt die Beschreibung dreier Fälle von penetrirenden Thoraxverletzungen, von denen einer durch Brustschnitt, zwei bei exspectativer Behandlung geheilt wurden. In einem vierten Artikel werden 3 Lipome besprochen, von denen eins am Kopfe eines alten Mannes sass, ein zweites, subfasciales, an der Planta pedis eines dreijährigen Kindes und das dritte hinter der linken Mamma eines Knaben gefunden wurde. Ein interessanter Fall von symmetrischer Brachydactylie, durch das Fehlen der Mittelphalangen des zweiten bis fünften Fingers der linken Hand bedingt, dient zur Bestätigung der Annahme, dass das Os metacarpi pollicis keine Phalanx ist.

Vier Fälle von Spina bifida (Myelocele spinalis) gaben zweimal Veranlassung zur Behandlung mit Jodinjection (einer geheilt); zweimal wurde die Ablation des Sackes vorgenommen (einer geheilt). Hieran schliesst L. einen Fall von Meningocele frontalis, welcher durch Jodinjectionen geheilt werden konnte. In Artikel 7 schildert L. zunächst eine Resection des Schultergelenkes wegen Caries sicca und dann eine solche wegen habitueller Schulterluxation; das durch die letztere Resection erhaltene und ein zufällig an der Leiche gefundenes Präparat liefern eine Bestätigung der Befunde von Küster und Cramer, nach welchen die Defecte sich am Gelenkkopf und der Pfanne fanden. Während aber als Ursache derselben bisher Knochenabsprengung angenommen wurde, ist Vogt der Meinung, dass die Defecte erst langsam, durch allmähliche Ausschleifung der gegenüberliegenden, mehr und mehr in Subluxationsstellung übergehenden Gelenkenden zu Stande kämen.

Endlich bringt L. noch „herniologische Beiträge," in denen er die Grundsätze schildert, nach denen in dem Greifswalder Klinikum bei Hernien verfahren wird. Taxisversuche werden sehr vorsichtig angestellt; bei der Herniotomie wird der Bruchsack stets eröffnet; in Bezug auf die sogenannte Radicaloperation ist grösste Zurückhaltung beobachtet worden. Die Epiplocelen aber wurden stets radical operirt. Die Resultate der Herniotomien sind seit Einführung strenger Antisepsis ganz vorzügliche. Ausführlicher beschrieben werden: eine Ovarialhernie, eine Hernia inguino-properitonealis incarcerata (mit unglücklichem Ausgange operirt), eine Hernie des Proc. vermiformis, und ein Darmwandbruch. Im Anschluss an einige Fälle von Darmresection schliesslich, verwirft L. diese Operation bei gangränösen Hernien aus bekannten Gründen, hält zunächst die Anlegung eines künstlichen Afters für indicirt. Späterhin kann zur Heilung des letzteren die Resection gemacht werden; und in solchen Fällen ist es auch durchaus erlaubt, den frisch vernähten Darm sofort in die Bauchhöhle zu reponiren.

Hoffmann skizzirt einige Fälle von Nervenlähmungen und Nervennaht. In letzterer Beziehung ist ein erfolgloser Versuch interessant, durch Einheilung eines Stückes des Ischiadicus vom Hunde in einen 10 Ctm. langen Defect des Nervus radialis die Leitung wieder herzustellen.

In einem Falle von Ectopia vesicae wurde versucht die Blasenschleimhaut abzulösen und die Ränder direct zu vernähen und die Möglichkeit hierdurch zum Ziele zu kommen, erwiesen, obgleich Pat. an Pyelonephritis zu Grunde ging.

Schmidt berichtet über eine Kehlkopfexstirpation, bei der sich ein mit Jodoformgaze umwickelter Schwammstöpsel als Ersatz der Tamponcanüle für die Nachbehandlung sehr bewährte. Indessen starb der Operirte am 7. Tage in Folge von Entkräftung. Nach weiterer Mittheilung zweier Fälle von Kropfexstirpation, von denen einer „an der durch die Innervationsstörung bedingten Bronchitis" zu Grunde ging, geben Hoffmann und Schmidt eine Uebersicht der Amputationen, Exarticulationen und Resectionen, und schildern dabei die Art der antiseptischen Vorbereitung zur Operation und der benutzten Verbandmittel (fast ausschliesslich Carbol-, Sublimat- und Jodoformgaze etc.). Ref. muss aber wegen Raumbeschränkung darauf verzichten, auf die Einzelheiten hier näher einzugehen.

Es folgt nun ein Artikel von Vogt über angeborene Belastungsdeformitäten, in welchen weitere Beweise für die Entstehung des Pes valgus und varus congenitus durch abnormen intrauterinen Druck beigebracht werden, woran sich eine lebhafte Empfehlung der zum Zwecke der Heilung dieser Leiden auszuführenden Exstirpatio tali schliesst.

In einem Nachtrage lobt Vogt die örtliche (in Form parenchymatöser, intraarticulärer Injection benutzte) und allgemeine Anwendung des Sublimates gegen Arthritis gonorrhoica, tuberculosa etc.; während er von der Arsenikbehandlung in dieser Hinsicht nichts Gutes beobachten konnte. Schliesslich unterwirft er seine Ansichten und Erfahrungen über die Behandlung maligner Tumoren mit Injectionen von reinem Terpentinöl oder einer Mischung desselben mit Alcohol, und über die eigenthümliche, phlegmonöse Entzündung resp. Eiterung und stets auffallende Allgemeinerscheinungen hervorrufende Wirkungsweise dieses Mittels einer Besprechung, welche weitere Versuche in dieser Richtung wünschenswerth erscheinen lässt.

VIII. Ueber die isolirte Färbung der Schizomyceten in Schnitt- und Trockenpräparaten von Dr. Gram, Kopenhagen. — Fortschritte der Medicin 1884 No. 6. Ref. Dr. Becker.

Nach dem Bekanntwerden der isolirten Färbung der Tuberkelbacillen wurde das Verlangen nach einer ähnlichen Methode für die übrigen Schizomyceten mehr und mehr rege. Gram hatte nun gelegentlich der Untersuchungen Friedländer's über Mikrokokken bei der Pneumonie durch Zufall beobachtet, wie auch von Friedländer früher kurz erwähnt worden ist, dass sich Anilin-Gentianaviolett-Präparate nach Behandlung mit Jod-Jodkaliumlösung in Alcohol vollständig entfärben. Auf Grund dieser Erfahrung stellte er Versuche mit einer grossen Zahl von Bakterienarten an und fand diese Methode für sehr viele brauchbar.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dieselbe besteht darin, dass Schnitt- wie auch Deckgläschenpräparate aus absolutem Alkohol in die bekannte Ehrlich'sche Anilin-Gentianaviolett-Lösung gebracht werden, darin 1—3 Minuten — nur Tuberkelschnitte 12—24 Stunden — liegen bleiben, darauf nach Abspülung in Alkohol (nicht unbedingt nothwendig) einer Jod-Jodkalium-Lösung (Jod 1,0 Jodkalium 2,0 Wasser 300,0) für 1—3 Minuten übergeben werden, um dann zuletzt, nachdem sie in absolutem Alkohol sich gänzlich entfärbt haben, in Nelkenöl aufgehellt zu werden. Dauerpräparate legt man in Canadabalsam-Xylol und sollen sich dieselben darin Monate lang unverändert erhalten. Zur Contrastfärbung kann man auch nach der gänzlichen Entfärbung die Präparate mit Bismarckbraun behandeln. Es sind dann in den Präparaten allein nur die Schizomyceten noch intensiv blau gefärbt, während die Kerne und das Grundgewebe nur noch gelblich oder bei Nachfärbung braun erscheinen.

Ein grosser Vortheil dieser Methode liegt in der schnellen und bequemen Ausführbarkeit der Färbung, dieselbe erfordert ungefähr eine Viertelstunde. Der Versuch, das Gentiana durch andere Anilinfarben und die Jod-Jodkalium-Lösung durch andere Jodpräparate zu ersetzen, misslang.

Gram hat eine grosse Anzahl von Schizomyceten, die bei den verschiedenartigsten Krankheiten gefunden werden, mit Erfolg dieser Färbungs- und Entfärbungsmethode unterworfen und fand, dass nach Jodbehandlung in Alkohol gefärbt bleiben: die Mikrokokken bei der croupösen Pneumonie, bei Leberabscessen nach Perityphlitis, bei Osteomyelitis, bei Arthritis suppurativa nach Scarlatina, bei Nephritis suppurativa nach cystitis, bei multiplen Gehirnabscessen nach Empyem, bei Erysipelas, die Bacillen der Tuberculose und des Milzbrandes, die Fäulniss-Bacillen und -Kokken, die Pyämie-Bacillen und -Kokken, die Bacillen und Kokken bei circumscripten Infiltrationen der Lungen; und dass sich nach Jodbehandlung in Alkohol entfärben: die Typhusbacillen und zuweilen die Mikrokokken mit und ohne Kapseln bei der croupösen Pneumonie.

Es ist nicht zu leugnen, dass mit dieser Methode, die Referent nur zur allgemeinen Verwendung empfehlen kann, einem bestehenden Bedürfniss abgeholfen und durch sie die Bakterienuntersuchung wesentlich erleichtert worden ist.

IX. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Original-Bericht.)

Sitzung vom 2. April 1884.

Vorsitzender Herr Senator, später Herr Virchow.

1. Herr v. Langenbeck: Mittheilungen über den Einfluss der Arsenikbehandlung auf Gelenktuberculose. Herr v. Langenbeck hat im Verlaufe des letzten Jahres Gelegenheit gehabt, in 6 Fällen von Knochen- und Gelenkentzündungen die Arsenikbehandlung in Anwendung zu ziehen. Es handelte sich in diesen Fällen um die Nachbehandlung jener langwierigen Eiterungen, die so häufig nach Gelenkresectionen die Heilung ausserordentlich verzögern und die Patienten oft in Lebensgefahr bringen. Herr v. L. geht des Näheren auf den einen dieser Fälle ein, in welchem seiner Ansicht nach die Arsenikbehandlung lebensrettend gewesen ist. Dieselbe betraf einen 6jährigen Knaben, der Anfangs December v. J. mit einer ungefähr $1\frac{1}{2}$ Jahr bestehenden linksseitigen Hüftgelenks-Entzündung in die Behandlung des Herrn v. L. kam. Der Knabe war sehr heruntergekommen, fieberte, die Extremität stand in Flexion und Rotation nach einwärts und war um einige Centimeter verkürzt, die ganze Umgegend des Hüftgelenkes war ausserordentlich geschwollen und fluctuirend, die Empfindlichkeit so gross, dass zur Untersuchung Chloroform angewandt werden musste. Es wurde sofort die Resection des Hüftgelenkes gemacht durch den äusseren Gelenkschnitt. Sobald der Schnitt in das Gelenk drang, stürzte eine grosse Menge stinkender Jauche hervor. Der Oberschenkelkopf war zum Theil zerstört. Die Resection wurde unterhalb des Trochanter gemacht, und der Knochen zeigte sich sehr dünn, die Medullarsubstanz krank, sodass der Schaft des Oberschenkels in einer Ausdehnung von 5—6 cm ausgelöffelt werden musste. Sodann zeigte sich eine Perforation der Pfanne, die in eine grosse Eiterhöhle nach der Beckenhöhle zu führte. Es wurden die Granulationen der Synovialis-Kapsel mit Sorgfalt ausgekratzt, sodann die grosse Wundhöhle mit Sublimatlösung 1 : 1000 desinficirt, die Wunde genäht, zwei Drainröhren eingelassen und ein Jodoformmull-Verband angelegt. Die Extremität wurde mit Gewichts-Extension behandelt.

In den ersten Tagen schien der Wundverlauf recht günstig werden zu wollen; das Fieber fiel sofort ab, die Temperatur sank auf 38 Abends, 37 Morgens. Der Knabe hatte keine Schmerzen; die Wundsecretion war sehr gering. Aber schon nach acht Tagen änderte sich das Bild. Der Knabe fing an zu fiebern, die Wunde begann sehr profus zu eitern, die Eiterung ging weiter, und die schon verklebte Wunde musste wieder getrennt werden. Eine äusserst copiöse Eiterung erschöpfte die Kräfte des Kranken sehr schnell; die Abendtemperaturen stiegen regelmässig auf 40—41, die Morgentemperaturen sanken nicht unter 39,5. Darreichung von Chinin und Decoct. Chinae veranlasste Magenkatarrh mit Appetitlosigkeit. Anfangs Januar war der Zustand des Kranken derart, dass an dem Exitus lethalis nicht gezweifelt werden konnte.

Unter diesen Verhältnissen begann Herr v. L. mit der Darreichung von Tinct. Fowleri, Anfangs zu einem, dann zu zwei Tropfen pro die. Daneben erhielt der Knabe Leberthran, der auch vorher bereits, aber ohne Erfolg gegeben war. Nach 14tägiger Behandlung änderte sich der Zustand in erfreulicher Weise. Das Fieber nahm ab, der Appetit steigerte sich, die Eiterung wurde besser, die zahlreichen Senkungen, welche zu Incisionen Veranlassung gegeben hatten, traten nicht wieder ein, und als Herr v. L. vor Kurzem Wiesbaden verliess, war die Wunde bis auf einen kleinen Granulationsstreifen geheilt.

Ganz ähnliche Wirkung hat Herr v. L. bei einer Ellenbogen-Resection gesehen, wo ebenfalls eine ausserordentlich reichliche und langandauernde Eiterung, die durch nichts beseitigt werden konnte, nach der Darreichung von Arsenik abnahm und rasch in Heilung überging. Herr v. L. sieht in diesen Resultaten die Aufforderung in ähnlichen Fällen die Arsenikbehandlung in Anwendung zu ziehen.

2. Herr Mendel: Ueber Hysterie beim männlichen Geschlecht. (Der Vortrag wird in extenso in der folgenden Nummer publicirt werden. Die Discussion, deren Schluss auf die nächste Sitzung vertagt wurde, lassen wir im Zusammenhang mit dem nächsten Bericht folgen.)

X. Aus dem ärztlichen Vereine München.

Sitzung vom 6. Februar 1884.

Herr Prof. Bollinger hielt einen Vortrag: Ueber die Ursachen und Häufigkeit der idiopathischen Herzhypertrophie in München. (Derselbe ist in No. 12 der D. Med. Wochensch. in extenso abgedruckt.)

An der diesem Vortrage folgenden Discussion betheiligt sich vor Allem Dr. Felix Beetz: Dass in München der Gelenkrheumatismus viel häufiger ist als in Berlin, möchte ich mir nicht nehmen lassen und dass ein inniger Zusammenhang zwischen Rheumatismus acutus und Klappenfehlern besteht, entspricht jedenfalls der allgemeinen Annahme. Dass übermässiger Biergenuss zur Herzhypertrophie führen könne, habe ich nicht geleugnet. Das ätiologische Moment ist aber jedenfalls nicht dem Alkohol allein zuzuschreiben. Hr. Prof. Bollinger nimmt als concurrirendes wesentliches Moment selbst die chronische Plethora an.

Obermedicinalrath v. Ziemssen: Ich möchte mir nur erlauben, einige Punkte zu ergänzen. Vor Allem möchte ich hervorheben, dass Traube besonders in den letzten Jahren ganz entschieden der Annahme einer Plethora zuneigte. Schon in den 50er Jahren betonte er, dass die Trias: reichliche Nahrung, Alkohol und wenig Bewegung Plethora hervorrufe. Für mich steht es als Thatsache fest, dass es eine Plethora chronica giebt. Die immer wiederkehrende Ueberladung des Gefässsystems bildet schliesslich eine permanente Ausdehnung desselben aus. Dies ist von Bedeutung deshalb, weil von gewichtigen Autoren die Plethora vollständig geleugnet wird. Auf Grund experimenteller Untersuchungen hat z. B. Ludwig dieselbe geleugnet. Das geht entschieden zu weit. Recklinghausen betont dagegen mit aller Sicherheit, dass Plethora wirklich vorkomme. Es ist zwar der Begriff Plethora schwer zu begründen, weil die Blutmenge zu schwer zu bestimmen ist, wenn man jedoch wie bei uns in München Gegelenheit hat, viele Herzleidende zu seciren, so trifft man oft ganz enorme Blutmengen. Cohnheim ist ebenfalls geneigt, die Plethora im Allgemeinen zu leugnen und stützt sich auf das Thierexperiment bestehend in Injectionen in die Blutbahn. Solche Versuche sind jedoch nicht zu vergleichen mit einem chronischen Zustande, der sich in Jahrzehnten entwickelt. Wie man die Fettsucht langsam heranbilden kann, so ist es auch mit der Plethora. Alle Menschen mit Plethoraherzen haben ein viel grösseres Körpergewicht. Dazu kommt noch, dass wir bei unseren Untersuchungen die eigentliche Plethora gar nicht so zu Händen haben wie in der Privatpraxis. Cohnheim giebt zwar auch zu, dass eine vorübergehende Plethora vorkomme bei Menschen mit der Gewohnheit copiöser Mahlzeiten; daraus aber sollte ich meinen, müsste sich doch auch eine chronische Plethora entwickeln können und zwar durch den Verlust der regulirenden Fähigkeit der Vasomotoren. Eine einmalige Ueberfüllung der Blutbahn wird durch sie zwar sofort wieder ausgeglichen: aber allmälich erlahmt eben ihre ausgleichende Thätigkeit. Ein fernerer Punkt, den ich berühren möchte, ist die unrichtige Annahme, das Bier könne höchstens auf das Herz einwirken. Im Uebermaasse genossen wirkt es nicht blos auf das Herz, sondern auch auf die Nieren, Leber u. s. f. und selbst das Gehirn; ein ganz häufiger Folgezustand ist die Arteriosclerose. Daraus schliesse ich, dass der Einfluss des Bieres noch eine viel schädlichere ist als Schmidtbauer in seiner Dissertation angenommen hat. Ferner wollte ich hinzufügen, dass das, was man in der Aetiologie der idiopathischen Herzhypertrophie als nervöses Element bezeichnet hat, sicher existirt. Dieses Moment ist ganz besonders gut zu studiren bei der Basedow'schen Erkrankung, was schon von Traube angedeutet wurde. Zum Troste für solche, welche bereits an beginnender Herzhypertrophie leiden, möchte ich mit allem Nachdrucke hervorheben, dass mässige Grade sich zurückbilden und selbst ziemlich bedeutende Grade auf gleichem Standpunkte erhalten werden können. Gerade bei dieser Affection können wir sehr viel Erspriessliches leisten durch Regelung der Lebensweise des Verhältnisses zwischen Einnahme und Verbrauch, ferner durch Anwendung von

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Mineralcuren. Ich habe mich mit aller Bestimmtheit überzeugt, dass Herzhypertrophien rückgängig werden können, hauptsächlich jedoch die Dilatation. Wenn wir im Stande sind, den Innendruck dauernd zu mässigen, so wird entsprechend der Abnahme der Dilatation nicht blos das Gesammtvolumen abnehmen, sondern auch die Muskelhypertrophie wieder etwas zurückgehen. Das Schlimmste, was bei einem Cor bovinum passiren kann, ist eine Pericarditis. Wenn alle Therapie nichts nützt, dann ist immer eine Verwachsung des Herzbeutels daran Schuld.

Obermedicinal-Rath Buchner: Man hat gegen unser Nationalgetränk schwere Vorwürfe erhoben und es ist nicht zu leugnen, dass es in München in colossaler Menge consumirt wird. Ich glaube jedoch ziffermässig beweisen zu können, dass der Bierverbrauch trotz Zunahme der Bevölkerung und trotz vermehrter Fabrikation ein geringerer ist als früher angenommen wurde, v. Voit hat seine Erhebungen im Jahre 1874 gemacht und nimmt an, dass in München pro Jahr 566 Liter pro Kopf treffen, in Oesterreich 37 Liter, im übrigen Deutschland 98 Liter. Ich habe mir nun ganz authentische Erhebungen verschafft bei der hiesigen Firma Sedelmair und im statistischen Bureau. Sie umfassen die 3 Jahrgänge: 1879 — 1880 — 1881.

1879 betrug die Fabrikation:	1238152	Hectoliter
die Einfuhr:	30279	„
	1268431	„
die Ausfuhr:	254450	„
also jährl. Consum =	1013981	„
1880 betrug die Fabrikation:	1187536	Hectoliter
die Einfuhr:	24119	„
	1211655	„
die Ausfuhr:	284979	„
also jährl. Consum =	926676	„
1881 betrug die Fabrikation:	1343538	Hectoliter
die Einfuhr:	20619	„
	1364157	„
die Ausfuhr:	369906	„
also jährl. Consum =	994251	Hectoliter.

Wir gehen also nicht weit fehl, wenn wir für den jetzigen jährlichen Consum in runder Summe 1 Million Hectoliter setzen. Nun hat aber auch die Bevölkerung zugenommen. Während sie zur Zeit als Voit seine Erhebungen pflog 230000 betrug, beträgt sie gegenwärtig über 240000 und die Zahl der Fremden ist auch nicht unbedeutend. Selbst wenn man die frühere Bevölkerung als Grundlage annehmen wollte, so träfen auf das Jahr 432 Liter pro Kopf und 1.18 Liter pro Tag. Bei einer Bevölkerung von 240000 Hectoliter treffen nun pro Jahr und Kopf 416 Liter, also pro Tag 1.14 Liter. Der Verbrauch ist also kein so hoher als man gewöhnlich annimmt. Dazu kommt noch der Umstand, dass man den Alkoholgehalt des Münchener-Bieres immer überschätzt hat. Wir müssen einen Unterschied machen zwischen Gewichts- und Volumprocenten. Unsere Münchener-Biere enthalten gewöhnlich 3.37 Gewichts-Procent Alkohol, dem Volumen nach nahezu 4 Procent. Nun hat Rosenthal, um den Biersäufer mit dem Schnapssäufer in Zusammenhang zu bringen, angenommen, dass im Biere 5 Proc. Alkohol enthalten seien; aber selbst unsere schwersten Biere: Bock, Salvator etc. haben nicht ganz 5 Proc. Gerade der Vorzug unserer Münchener-Biere ist der geringe Alkoholgehalt, während der Gehalt an Bierwürze ziemlich hoch ist 13—15 Proc. Aber von diesem Würzegehalt wird nur ein kleiner Theil in Alkohol verwandelt; ein grösserer Theil bleibt Malzextract; nur ein kleiner Theil wird Zucker, der sich bei der Gährung in Alkohol umwandelt. Gerade der hohe Gehalt an Malzen ist es, welcher gegenwärtig, namentlich auch in Wien, das Bayerische, speciell das Münchener-Bier so gesucht macht. Darum meine ich, sollen wir die Münchener Bevölkerung nicht schlechter machen als sie ist.

Obermedicinalrath v. Kerschensteiner: Die bisherige Debatte hat mich nicht zur vollen Ueberzeugung geführt, dass der habituelle Biergenuss ein so hervorragendes Moment für die Herzhypertrophie abgebe. Darum wäre es sehr wünschenswerth, dass das Todtenmaterial ergänzt würde durch lebendes Material. Vor Allem wäre eine vergleichende Statistik von Interesse, d. h. die Nachforschung, ob in anderen Städten, die relativ ebensoviel Bier trinken wie München, ebensoviel Herzkrankheiten vorkommen. Ich glaube, dass wohl die Erhebung lebendigen Materials die Frage der Entscheidung näher führen kann.

Prof. Bollinger weist bezüglich der Entwicklung der Plethora noch kurz darauf hin, dass das Münchener-Bier sehr reich an Dextrin und Zucker ist, was ja schon Liebig hervorgehoben hat. Der habituelle Biertrinker bekommt dadurch allein schon so viele Kohlehydrate als er überhaupt braucht. Nebenbei hat München den höchsten Fleischconsum.

Hierauf berichtet Privatdocent Dr. Rudolf Emmerich über „die Auffindung von Pneumoniekokken in der Zwischendeckenfüllung siechhafter Wohnräume“. (Derselbe ist in No. 12 der D. Med. Wochenschr. in extenso abgedruckt.)

XI. Journal-Revue.

Innere Medicin.

2.

V. Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. VII. Heft 3. Referent O. Rosenbach.

1. H. Senator, Ueber Selbstinfection durch abnorme Zersetzungsvorgänge und ein dadurch bedingtes (dyscrasisches) Coma, Kussmaul'scher Symptomencomplex des diabetischen Coma.

Der Verf. gelangt in seinen Untersuchungen zu folgenden Schlussergebnissen:

1. Acute und chronische Dyskrasien können nicht blos durch Zurückhaltung normaler Ausscheidungsstoffe zu Stande kommen, sondern auch durch Resorption von im Körper selbst gebildeten abnormen (giftigen) Umsetzungsproducten, sowie durch abnorm grosse Zufuhr sonst normaler Substanzen.

2. Die hauptsächlichste Quelle solcher im Körper selbst entstehender (autochthoner) Dyskrasien liegt in Anomalien des Verdauungsapparates, sodann in Erkrankungen der Blase und in schweren Anämien.

3. Die Folgen solcher (autochthon entstandener) Dyskrasien machen sich vorzugsweise im Nervensystem und in den Nieren geltend.

4. Unter diesen acuten nervösen Affectionen ist ausser der Urämie besonders charakteristisch der von Kussmaul beschriebene Symptomencomplex des „diabetischen Comas“, dessen Ursache in verschiedenen toxischen Einflüssen zu suchen ist.

5. Der Kussmaul'sche Symptomencomplex kann ausser bei Diabetes mellitus noch bei anderen schweren Erkrankungen, namentlich bei perniciösen Anämien, sich ausbilden, und ist nicht an das Auftreten der (fälschlich) sogenannten „Acetonreaction“ (Rothfärbung mit Eisenchlorid) im Harn gebunden.

2. Fr. Riegel, Veränderungen des Herzens und des Gefässsystems bei acuter Nephritis. Nach zahlreichen, sphygmographischen Untersuchungen bei Kranken mit Scharlach-Nephritis und acuter Nephritis (sowohl bei Kindern als Erwachsenen), die eine Erweiterung und Bestätigung seiner früheren Versuche geliefert haben, kommt Riegel zu folgenden Resultaten:

1) In den meisten, wenn nicht in allen Fällen von Scharlach-Nephritis sind bereits im Beginn der Erkrankung, fast synchron mit dem Auftreten der Albuminurie, auch die Zeichen erhöhter Spannung des arteriellen Gefässsytems nachweisbar.

2) Diese erhöhte Spannung des Aortensystems ist in ausgeprägteren Graden stets mit einer Verlangsamung der Herzaction verbunden. Häufig besteht dabei zugleich ein leichter Grad von Herzirregularität. Je hochgradiger die arterielle Drucksteigerung, um so beträchtlicher ist auch im Allgemeinen die Pulsverlangsamung.

3) Mit der Abnahme der Nephritis steigt in dem Maasse, als die Druckerhöhung abnimmt, auch die Pulsfrequenz wieder.

4) Die Herzvergrösserung ist eine secundäre Folge des erhöhten Druckes; sie tritt stets erst, nachdem der Druck einige Zeit erhöht war, auf. Eine klinisch nachweisbare Vergrösserung des Herzens findet sich nur in Fällen einer sehr hochgradigen arteriellen Drucksteigerung. In manchen Fällen ist eine solche bereits wenige Tage nach Beginn der Nephritis nachweisbar.

Die Schwere der Nephritis lässt sich viel sicherer nach dem Grade der Erhöhung der Gefässspannung, als nach der Menge des ausgeschiedenen Eiweisses beurtheilen. Es kann ferner eine Theorie, die aus der directen Einwirkung zurückgehaltener, harnfähiger Stoffe auf das Herz die Herzveränderung zu erklären sucht, für die acute Nephritis nicht gültig sein, da hier zunächst eine Druckerhöhung und erst secundär die Herzvergrösserung eintritt. (Hierzu möchte Ref. bemerken, dass, so wichtig auch das von Riegel constatirte frühzeitige Auftreten der Gefässspannung bei der Nephritis ist, damit doch nicht der stringente Beweis geliefert ist, dass die beobachtete Druckerhöhung eine primäre ist und vom Herzen ganz unabhängig zu Stande kommt; es kann, wie die experimentellen Versuche des Referenten gezeigt haben [Archiv für experimentelle Pathologie Band 9], der Herzmuskel lange Zeit hindurch eine erhöhte Arbeit leisten, ohne dass eine Herzhypertrophie zu constatiren ist, und Ref. behält sich deshalb vor, auf diesen Punkt ausführlich zurückzukommen. Dagegen spricht die so früh eintretende Erhöhung der Gefässspannung, wie Riegel mit Recht bemerkt, gegen die bekannte Theorie Traube's von der Entstehung der Herzhypertrophie in Folge mechanischer Verlegung von Nierengefässen, wie auch Ref. bereits auf die Unmöglichkeit hingewiesen hat, aus der genannten Theorie die bei der Nierenschrumpfung zu beobachtenden Erscheinungen abzuleiten.)

3. L. Lichtheim. Ueber pathogene Mukorineen und die durch sie erzeugten Mykosen des Kaninchens.

In der vorliegenden Abhandlung, die sich an eine früher gemachte Mittheilung L.'s über pathogene Aspergillusarten anschliesst, bringt der Verf. eine ausführliche Schilderung der morphologischen und pathogenen Eigenschaften der von ihm gefundenen zwei Arten von Mukorineen, welche in die Blutbahn der Kaninchen eingeführt, dort Krankheitsprocesse erzeugen. Bezüglich der genaueren Daten in Betreff der Culturversuche und der biologischen Eigenthümlichkeiten der Pilze, verweisen wir auf das Original, dem auch eine botanische Beschreibung der Pilze durch Ferd. Cohn beigefügt ist, welcher den ersten Pilz wegen seiner Aehnlichkeit mit Mucor stolonifer (Rhizopus) Mucor rhizopodiformis, den zweiten wegen seiner doldenförmigen Sporangienträger Mucor corymbifer

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

genannt hat. Die Sporen der beschriebenen pathogenen Mucoren in die Blutbahn des Kaninchens eingeführt, erzeugen eine ausnahmslos tödtliche Krankheit, deren Verlauf nur von der Menge des eingeführten Sporenmaterials modificirt wird. Ein principieller Unterschied in der Wirkung beider Mucorarten existirt nicht. Von dem durch die eben genannten Pilze erzeugten Krankheitsbilde, welches nichts Besonderes darbietet, differirt der Symptomencomplex der Aspergillus-Mycose, indem hier dem Tode fast immer eigenthümliche Gleichgewichtsstörungen voraufgehen. Die Thiere liegen auf einer Seite mit schief gestelltem Kopf; die Bulbi sind nach derselben Seite gerichtet und werden durch kurze, gleichförmige Oscillationen nach der entgegengesetzten Seite gezogen. Durch Veränderung der Lage der Thiere und auch durch andere Eingriffe werden heftige Rollbewegungen um die Längsaxe hervorgerufen, nach welchen das Thier die alte Lage wieder einnimmt. Die eben beschriebenen Erscheinungen, welche den durch Verletzungen des Labyrinthes und durch intracranielle Durchschneidung der Acustici erzielten ähnlich sind, werden, wie L. gefunden hat, nicht durch eine Gehirnaffection, sondern durch eine Localisation der Pilze im häutigen Labyrinth ausgelöst. Die anatomischen Veränderungen bei beiden Mycosen zeigen ebenso bedeutende Differenzen, wie die klinischen Krankheitsbilder; es differirt die Localisation der Herde in den verschiedenen Organen und auch das Aussehen der befallenen Organe zeigt in beiden Krankheiten eine durchaus charakteristische Differenz. Wir übergehen die ausserordentlich genaue pathologisch-anatomische Beschreibung der von der Mycose hervorgerufenen Veränderungen, und wollen nur bemerken, dass das Verhalten der Organe den Mucoren gegenüber ein viel gesetzmässigeres ist, als gegenüber den Aspergillen; bei jenen ist die Reihenfolge der afficirten Theile Nieren, Darmplaques, Mesenterialdrüsen, Milz, Knochenmark, Leber, während bei diesen auch die Körpermusculatur, das Herz, die Lunge etc. befallen sind. Die einzelnen Species der Pilze weichen bei beiden erwähnten Gattungen, bei den Mucoren und Aspergillen, in ihrer Wirkung nicht erheblich von einander ab, nur scheint der Mucor corymbifer weniger bösartig zu sein, als der M. rhizopodiformis. Bemerkenswerth sind gewisse Analogien zwischen der Mucorkrankheit und dem Typhus abdominalis: „Die Mucorkrankheit ist für uns von besonderem Interesse, weil der Kreis der Organe, welcher sie ergreift, im Grossen und Ganzen ähnlich ist dem, welcher bei einer unserer häufigsten Spaltpilzinfectionen, beim Unterleibstyphus, erkrankt. Sie zeigt, dass die schwere Affection der untersten Darmplaques auch von der Blutbahn her erzeugt werden kann, während sie keineswegs beweist, dass die krankmachende Ursache vom Darmlumen aus einwirkt. Hätten wir keine gewichtigeren Gründe für die Annahme, dass der Typhuspilz vom Darmtract her seinen Einzug in den Körper hält, so stände es schlecht mit ihr.“ Schliesslich erörtert L. die Frage, warum die Pilzerkrankungen immer dieselben Organe befallen. Da sie sich gleichmässig in der Blutbahn vertheilen und in allen Organen sitzen bleiben, und da nur ihr Auskeimen auf bestimmte, für die verschiedenen Pilze verschiedene Organgruppen beschränkt bleibt, so müssen in den Organen, in denen sie nicht zur Entwickelung kommen, bestimmte Bedingungen vorhanden sein, welche diese Keimung verhindern und dadurch eine gewisse Immunität der Organe schaffen. Welcher Art diese Bedingungen sind, lässt Lichtheim unentschieden, und weist nur darauf hin, dass diese positiven Bedingungen einzig und allein dem lebenden Organe eigen sind, denn in den todten Organen gelangen die Sporen sofort zur Keimung, und aus einem mycelfreien Organe eines, einer Mucorinvasion erlegenen, Kaninchens wachsen, sobald man es unter geeigneten Bedingungen in den Brütofen bringt, binnen 24 Stunden die Fruchtträger hervor. So grosse Differenzen in manchen Punkten zwischen den Schimmelpilzmykosen und den Spaltpilzinfectionen bestehen, eine so grosse Uebereinstimmung findet sich, wie schon aus dem vorher Mitgetheilten ersichtlich ist, nach anderen Richtungen hin zwischen beiden Erkrankungen. Einer der wichtigsten Berührungspunkte beider Affectionen ist das Verhalten der Schimmelpilze bei den verschiedenen Thierspecies; so zeigt sich speciell bei den pathogenen Mucoren, dass der Hund gegenüber dem für die Kaninchen so überaus bösartigen Mucor rhizopodiformis absolut immun ist.

4. Feinberg, Ueber das Verhalten der vasomotorischen Centren des Gehirns und Rückenmarks gegen elektrische, auf Schädel, Wirbelsäule und Cutis gerichtete Ströme.

Nach seinen Versuchen an Thieren findet Verf., dass galvanische Ströme den Schädel durchdringen, im Gehirn primäre Gefässcontraction mit darauf folgender Dilatation hervorrufen und dass sie die Existenz vasomotorischer Bahnen in die Gehirnrinde mit der grössten Evidenz nachweisen, indem Application der Ströme auf den Schädel constant contralaterale Gefässerregung mit daraus resultirender Temperaturherabsetzung hervorruft, die 3—4 Grad betragen und 10—20 Minuten andauern kann. Beim Menschen bringt fronto-parietale einseitige Gefässgalvanisation vorwiegend Gefässdilatation, sowohl im Gehirn als auch in den Extremitäten; doch keine contralaterale Beeinflussung der Circulation in den Extremitäten hervor. Einen gleichen Effect erzielen beim Menschen elektrische Cutispinselungen.

5. Lazarus und Schimunski, Wirkung des Aufenthaltes in verdünnter Luft auf den Blutdruck.

Vermittelst des Basch'schen Sphygmomanometers und des Sphygmographen stellten die Verff. in einwurfsfreier Weise am Menschen fest, dass bei relativ geringer Herabsetzung des atmosphärischen Drucks sich eine deutliche Verminderung des Blutdrucks und der arteriellen Spannung einstellte. Dabei besteht Cyanose, Dyspnoe, auch Dicrotie des Pulses, meist schon im Anfange, sicher aber auf der Höhe der Luftverdünnung. Auch bei manometrischen Versuchen an Thieren (Hammeln) zeigte sich das Sinken der Blutdruckscurve gleich von Anfang des Versuchs an und überdauerte mehr oder weniger lange das Stadium der constanten Luftverdünnung, erst zum Schlusse des Versuches pflegte die Curve wieder zu steigen. Verff. weisen darauf hin, dass ihre Untersuchungen im Stande sind, manches Vorkommniss auf dem Gebiete der Klimatologie zu erklären; so z. B. die von ärztlicher Seite oft gemachte Beobachtung, dass Individuen mit nicht ganz intactem Circulationsapparate z. B. Herzkranken der Aufenthalt an sehr hochgelegenen (also niedrigen Luftdruck bietenden Orten) nicht recht zuträglich ist.

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

4.

Ein Fall von multipler halbseitiger Hirnnervenlähmung. Von Prof. Dr. Bamberger. Wiener med. Wochenschr. 5. 1883.

Vor drei Jahren hatte sich bei einer 53jährigen, bis dahin stets gesunden, Frau ein ziemlich heftiger Schmerz in der rechten Seite des Schädels, vom Seitenwandbein gegen das Hinterhaupt und Ohr ausstrahlend, in der rechten Kieferhälfte, der gleichnamigen Zungenhälfte, sowie den rechtss. Zahnreihen eingestellt. Etwa $^1/_4$ Jahr später war eine rechtss. Facialis-Parese, weiterhin Strabismus des rechten Auges nach einwärts, im nächsten Jahre eine entzündliche Affection des betreffenden Bulbus aufgetreten. Syphilis, Tuberculose, Carcinom oder sonst eine dyscrasische Ursache war auszuschliessen. Die Untersuchung ergiebt vollständige Facialis-Parese, einschliesslich des Velum, mit Entartungsreaction, Parese der Chorda und des Glossopharyngeus (Geschmacksstörung auf der ganzen Zungenhälfte bis an die Pap. circumv.), vollständige Lähmung des Oculomotorius, Abducens und Trochlearis (Ptosis und völlige Unbeweglichkeit des Bulbus), Conjunctivitis, Narbe und ausgebreitete Macula der Cornea, Synechieen, nahezu völlige Unempfindlichkeit des Bulbus. Anästhesie im ganzen Trigeminus-Gebiet, hochgradige Atrophie der von demselben Nerven versorgten Muskeln. Endlich ist noch der Accessorius in erheblichem Masse mit seinen beiden Aesten an dem Processe betheiligt (Atrophie und Entartungsreaction des Cucullaris und Sternocleidom. bei noch ziemlich erhaltener Functionsfähigkeit, Anästhesie der Kehlkopfschleimhaut und Stimmbandlähmung) und in eigenartiger Weise der Acusticus: die Hörfähigkeit durch die Schädelknochen erheblich abgeschwächt, die vor das Ohr gehaltene Uhr wird aber auf derselben Seite 4—5 cm weiter gehört als auf der anderen. (Zur Deutung dieser paradoxen Erscheinung zieht Verfasser die von Lucae in Frankfurt für die bei Facialis-Paresen hin und wieder beobachtete Hyperacusis heran: durch Lähmung des M. stapedius functionirt sein Antagonist, der M. tensor tymp. stärker, das Trommelfell wird stärker gespannt und die Hörfähigkeit besser. In obigem Falle müsste allerdings dadurch der Defect am Acusticus nicht blos gedeckt, sondern sogar übercompensirt werden). Opticus anscheinend, (soweit es sich bei der Beschaffenheit der Cornea feststellen lässt) intact, ebenso der Hypoglossus und der Olfactorius.

Alle die genannten Störungen finden sich nur rechts, links ist alles normal (keine Stauungspapille). Die Untersuchung der übrigen Organe ergiebt gleichfalls nichts Abnormes.

Was die Erklärung des Falles betrifft, so bleibt nach Ausschluss einer Knochenaffection, eines Tumors, sowie einer entzündlichen Affection an der Schädelbasis, nur die Annahme einer Erkrankung der Nervenkerne an der Basis des Gehirns übrig, und zwar entscheidet sich Verf. für eine degenerative Atrophie dieser Kerne, analog dem Befunde bei der Bulbär-Paralyse, von der dieser Fall jedoch durch die anatomische Localisation (Einseitigkeit des Processes, Freibleiben des Hypoglossus u. s. w.) wesentlich abweicht. Kron.

XII. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Die Impfungen mit animaler Lymphe in der städtischen Impfanstalt zu Dresden im Jahre 1883.

Von

Dr. Chalybäus.

(Schluss aus No. 14.)

Eine genaue und detaillirte Controlle über die Erfolge der animalen Lymphe, habe ich bei den von mir selbst ausgeführten öffentlichen

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Impfungen in der städtischen Impfanstalt ausüben können. Ich stelle hier die Resultate der ersten Vaccinationen und ersten Revaccinationen zusammen, insbesondere mit Rücksichtnahme auf die Abstammung der Lymphe von dem einzelnen Thier und auf das Alter, d. h. die Dauer der Aufbewahrung der Lymphe.

1. Vaccinationen.

Lymphe. Abstammung.	Alter.	Erfolg reichlich.	Erfolg spärlich.	Erfolg mangelnd.
Thier I	1. Tag	5	—	—
	8. „	1	—	—
	15. „	7	—	—
	22. „	8	—	—
	29. „	9	—	—
	58. „	11	—	—
		41	—	—
Thier III	12. Tag	8	—	—
	33. „	8	—	—
		16	—	—
Thier IV	6. Tag	7	—	—
Thier V	6. Tag	11	—	—
	14. „	4	—	—
		15	—	—
Thier VI	1. Tag	45	—	—
	2. „	45	—	—
	25. „	20	7	—
		110	7	—
Thier VII	1. Tag	77	—	—
	2. „	62	—	—
	4. „	5	—	—
	5. „	22	—	—
	8. „	79	1	—
	9. „	62	1	—
		307	2	—
Thier VIII	1. Tag	19	—	—
	2. „	27	1	—
	5. „	47	2	—
	6. „	56	3	—
		149	6	—
Thier IX	1. Tag	33	3	—
	3. „	15	2	—
		48	5	—
Thier X	2. Tag	51	3	—
	4. „	20	—	—
	9. „	28	—	—
		99	3	—
Thier IX	1. Tag	13	—	—
	4. „	36	—	—
	5. „	38	—	—
	6. „	21	—	—
	7. „	15	1	—
	8. „	13	—	—
(nur links)	55. „	32	2	—
	58. „	40	—	—
(nur links)	102. „	42	—	—
	136. „	62	—	—
		312	3	—
Thier XII	9. Tag	22	—	—
	10. „	30	—	—
	12. „	15	—	—
	13. „	17	—	—
	16. „	31	—	—
	17. „	24	—	—
	19. „	10	—	—
	20. „	4	—	—
	23. „	10	—	—
		163	—	—
Thier XIII	3. Tag	35	—	—
	4. „	79	—	—
	6. „	50	—	—
	7. „	40	1	—
	10. „	87	1	—
	11. „	113	—	—
	13. „	46	—	—
	14. „	43	—	—
	17. „	39	1	—
	18. „	40	2	—
		572	5	—
Thier XIV	1. Tag	16	4	—
	2. „	49	7	—
	4. „	48	5	—
	8. „	53	—	—
	9. „	51	4	—
	11. „	25	2	1
		242	22	1
Thier XV	1. Tag	11	—	—
	5. „	27	—	—
		38	—	—
Thier XVI	4. Tag	48	—	—
	60. „	41	—	—
	67. „	29	—	—
		118	—	—
Thier XVII	1. Tag	41	1	—
	8. „	31	2	—
	15. „	32	—	—
	21. „	55	1	—
	28. „	34	1	—
	42. „	51	—	—
	63. „	8	—	—
		252	5	—
Thier XIIb.	101. Tag	18	1	—
Thier XIX	8. Tag	1	—	—
Zusammen		2508	59	1

(davon 76 nur am linken Arme)

2. Revaccinationen.

Lymphe. Abstammung.	Alter.	Erfolge vollständig.	Erfolge rudimentär.	Erfolge fehlend.
Thier IV	12. Tag	38	2	1
	13. „	37	4	—
	14. „	47	5	2
	16. „	48	7	4
	33. „	26	4	6
	34. „	75	6	6
		271	28	19
Thier V	5. Tag	28	1	—
	6. „	20	2	—
	7. „	47	1	—
	9. „	62	8	—
		157	12	—
Thier VI	1. Tag	21	1	—
	2. „	75	2	—
	3. „	94	2	2
	5. „	67	3	4
	7. „	108	3	6
	27. „	6	2	4
		371	13	16
Thier VII	1. Tag	57	1	1
	2. „	34	2	—
	3. „	76	11	4
	4. „	97	15	13
	5. „	94	10	4
	7. „	132	11	12
	8. „	43	4	2
	9. „	80	5	7
		613	59	43
Thier VIII	1. Tag	43	3	3
	2. „	38	2	4
	4. „	54	2	—
	5. „	37	1	1
	6. „	64	2	7
	7. „	21	2	4
	8. „	49	11	6
		306	23	25
Thier IX	1. Tag	72	2	6
	3. „	82	9	6
	4. „	21	5	1
	5. „	74	5	14
	6. „	5	—	—
	10. „	21	4	1
	11. „	24	—	1
		299	25	29
Thier X	1. Tag	92	3	2
	2. „	27	1	—
	4. „	94	4	2
	7. „	19	—	—
		232	8	4
Zusammen		2249	168	136

Es zeigt sich hiernach, dass die Lymphe der einzelnen Kälber nicht gleichwerthig war. Bei den Vaccinationen hatte die Lymphe des 8., 9. und 14. Thieres, bei den Revaccinationen, die des 4., 7., 8. und 9. Thieres etwas geringere Erfolge, als die Lymphe der anderen Thiere. Das 8. (am 5. u. 6. Tag abgeimpfte), 9. (am 6.) und 14. (am 5. Tag abgeimpfte) Thier waren aber gerade diejenigen, bei denen selbst der Impferfolg ein lückenhafter und ungleichmässiger war. Das 4. und 7. Thier lieferten eine durchaus gute Pockenerte, jedoch ist zu beachten, dass die Lymphe des 4. Thieres für die Revacationen erst vom 12. Tage an verwendet wurde.

Der Einfluss, welchen die Dauer der Aufbewahrung der Lymphe im Allgemeinen auf ihre Wirksamkeit hat, ist ein unregelmässiger und unbestimmter.

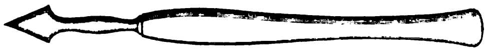
Vaccinationen. Alter der Lymphe.	Erfolg reichlich.	Erfolg spärlich.	Vaccinationen. Alter der Lymphe.	Erfolg reichlich.	Erfolg spärlich.	Revaccinationen. Alter der Lymphe.	Erfolg vollständig.	Erfolg rudimentär.	Erfolg fehlend.
1. Tag	260	8	20. Tag	4	—	1. Tag	285	10	12
2. „	234	11	21. „	55	1	2. „	174	7	4
3. „	50	2	22. „	8	—	3. „	252	22	12
4. „	236	5	23. „	10	—	4. „	266	26	16
5. „	134	2	25. „	20	7	5. „	300	20	23
6. „	145	3	28. „	34	1	6. „	89	4	7
7. „	55	2	29. „	9	—	7. „	327	17	22
8. „	178	3	33. „	8	—	8. „	92	15	8
9. „	163	5	42. „	51	—	9. „	142	13	7
10. „	117	1	55. „	32	2	10. „	21	4	1
11. „	138	3	58. „	51	—	11. „	24	—	1
12. „	23	—	60. „	41	—	12. „	38	2	1
13. „	63	—	63. „	8	—	13. „	37	4	—
14. „	47	—	67. „	29	—	14. „	47	5	2
15. „	39	—	101. „	18	1	16. „	48	7	4
16. „	31	—	102. „	42	—	27. „	6	2	4
17. „	63	1	136. „	62	—	33. „	26	4	6
18. „	40	2	zusammen	2508	60	34. „	75	6	6
19. „	10	—				zusammen	2249	168	136

Nach den vorstehenden Tabellen ist bei den öffentlichen Impfungen des Jahres 1883 unter 2560 Vaccinationen nur 1 erfolglos geblieben, und unter 2553 Revaccinationen nur 135 oder 5,3 Proc. Es hat sich gezeigt, dass die flüssig in Röhrchen conservirte animale Lymphe bei den Vaccinationen noch in der 20. Woche vollkommen intact war; ebenso war sie bei den Revaccinationen in der 5. Woche noch völlig wirksam. Seitdem habe ich noch 250 Tage alte Lymphe zu Vaccinationen mit gutem Erfolge verwendet. Es ist somit möglich, die animale Lymphe in flüssiger Form ebenso gut haltbar aufzubewahren als in trockner, auf Spateln oder als Pulver. Die Lymphe in flüssiger Form ist für den practischen Impfarzt aber bei weitem handlicher und bequemer, als die in trockner Form, weil sie nicht, wie diese, erst aufgeweicht und gelöst zu werden braucht; sie ist zur sofortigen Verwendung bereit und kann aus dem Röhrchen in den kleinsten Portionen ausgeblasen und dieses mit dem Rest ohne Nachtheil zu weiterer Conservirung wieder geschlossen werden.

Um günstige Erfolge bei den Impfungen mit animaler Lymphe zu erzielen, und insbesondere einen längere Zeit haltbaren Impfstoff zu erhalten, ist es nöthig bei der Cultur der Lymphe nicht zu junge Thiere zu wählen, und bei der Abimpfung nur die vollständig schön entwickelten Pocken zu benutzen, wobei etwaige Krusten nicht mit zu verwenden sind. Es ist ferner aber auch eine gewisse Sorgfalt bei der Ausführung der Impfung am Kinde nöthig. Bei den öffentlichen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Impfungen ist ja, bei grossem Zudrang im Termine, eine Beschleunigung der Ausführung oft geboten, und diese erklärt wohl zum Theil die kleineren Unregelmässigkeiten in den Resultaten der Impfung mit derselben Lymphe. Indessen muss man sich bei der animalen Impfung doch etwas mehr Zeit nehmen, als bei der mit humanisirter Lymphe, bei welcher man ohne Nachtheil ziemlich flüchtig verfahren kann. Ich impfe mit 1 cm langen Schnittchen, und habe diese früher immer mit 2 oder 3 Mal auf derselben Linie reïterirter Schnittführung angelegt; jetzt halte ich einfach ausgeführte Schnittchen für genügend sicher, nur müssen dieselben etwas klaffen. Ich bediene mich zu diesem Zwecke der hier abgebildeten ganz glatten Impflanze,[1]) welche eine besonders dicke, nicht zu



scharfe Klinge hat; der Schnitt mit derselben blutet auch bei starkem Druck fast nie und klafft leicht, auch ohne dass man die Haut allzustark aus-einander spannt. Auf die kleine Wunde braucht nur wenig Lymphe aufgetragen zu werden — was auf die unverletzte Epidermis kommt, nutzt ja doch nichts —, dieselbe muss aber durch reibenden Druck mit der Fläche der Impflanze in die Wunde hineingedrängt und gepresst werden, dass die Wundfläche gut damit durchtränkt wird. Darnach kann man den übrigen aufliegenden Impfstoff sofort mit der Impflanze selbst von den Impfstellen vollständig abstreifen. Es wird oft vergessen, dass die Erzielung guter Impfresultate nicht allein von der wirksamen Beschaffenheit der Lymphe abhängt, sondern dass auch die aufmerksame technische Ausführung der Impfung sehr viel zum Gelingen beiträgt.

2. Epidemiologie.

1) Cholera.

Eine Depesche aus Saigon meldet, dass einige Cholerafälle sich in Cochinchina ereignet haben. Obwohl keine beunruhigenden Umstände vorhanden sind — bisher sind drei Europäer an der Cholera gestorben —, so wurden doch alle Vorsichtsmaassregeln getroffen, um die Einschleppung nach Tonkin zu verhindern. Bekanntlich kommen vereinzelte Cholerafälle in Cochinchina und in Indo-China überhaupt zur Zeit der Passatwinde und im Monat April, zu Beginn der Regenperiode, alle Jahr vor. Im Allgemeinen richten diese Epidemien unter den Europäern keine grossen Verheerungen an, nehmen aber die Eingeborenen oft recht hart mit.

— Eine gemischte Commission von türkischen und auswärtigen Seeofficieren einerseits und Delegirten des internationalen Gesundheitsrathes in Constantinopel hat sich nach dem Archipelagus begeben um unter den kleinen Inseln desselben eine auszuwählen, welche zu einer Central-Quarantäne-*Anstalt* dienen soll, in Aussicht fernerer Choleraepidemien in Aegypten.

2) Rückfalltyphus.

Eckernförde. Am 11. März wurde im hiesigen Krankenhause ein Wandergeselle aufgenommen, welcher über Malchow-Lübeck-Kiel aus Brandenburg kam und sich am Ende des ersten Anfalles befand. Die Temperatur betrug über 41° — nach 7tägigem Intervall — Relaps von 5 Tagen. Die Temperatur erreichte nicht die Höhe des ersten Anfalls. Bis jetzt kein dritter Anfall erfolgt. P. Holm.

Braunschweig. Im hiesigen städtischen Krankenhause ist am 25. Febr. ein Mann mit Typhus recurrens aufgenommen Er hat zwei Rückfälle gehabt. Spirillen nicht gefunden, vielleicht weil das Blut kurz vor dem letzten Abfall genommen war. Seit dem 16. Febr. waren die Nachtquartiere folgende: Oschersleben, Neu Haldensleben, Seehausen, Supplingen, Helmstädt, Dahlum(?), Braunschweig. Dr. Praël.

3. Allgemeine Gesundheitspflege.

Köln. Die hiesige königliche Regierung hat in Folge der bisher gemachten Erfahrungen den Polizeibehörden neuerdings die grösste Sorgfalt bei der Auswahl der anzustellenden Fleischbeschauer anempfohlen. Es sollen fernerhin nur solche Personen hierzu ausgewählt werden, welche in jeder Beziehung unbescholten, durchaus zuverlässig, beim Fleischhandel nicht betheiligt, nicht über 45 Jahre alt und im unbehinderten Gebrauche normal gebildeter Augen und Hände sind. Zugleich sind die technischen Beamten — Kreisphysikus, Kreisthierarzt u. s. w. —, welche sich mit Unterricht und Prüfung neu anzustellender oder mit der seit einigen Jahren schon angeordneten periodischen Nachprüfung bereits angestellter Fleischbeschauer befassen, angewiesen worden, von jeder hervortretenden Berufsunfähigkeit eines Examinanden sofort der zuständigen Polizeibehörde zur weiteren Veranlassung Anzeige zu machen. Ein besonderer Werth wird noch darauf gelegt, dass keine Personen mit für die mikroskopische Untersuchung unzureichender Sehkraft oder sonstigen Gebrechen, wie solche im vorgerückten Alter einzutreten pflegen, als Fleischbeschauer im Amte belassen werden. Mit Rücksicht auf die wichtigen Dienstobliegenheiten der Fleischbeschauer, von deren hinreichender Berufsfähigkeit das Wohl und Wehe Tausender abhängt, können wir diese Anordnungen nur freudig begrüssen.

[1]) Verfertigt nach meiner Angabe vom Instrumentenmacher Deicke, kögl. Hoflieferant in Dresden, Johannesstrasse 6. Preis $2^1/_2$ M.

4. Amtliches.

I. Deutsches Reich.

Uebereinkunft zwischen Deutschland und Luxemburg, betreffend die gegenseitige Zulassung der in den Grenzgemeinden wohnhaften Medicinalpersonen zur Ausübung der Praxis. (R.-Ges.-Bl. No. 9.)

Nachdem Seine Majestät der Deutsche Kaiser, König von Preussen, und Seine Majestät der König der Niederlande, Grossherzog von Luxemburg, es für nützlich befunden haben, gegenseitig die in den deutschen und beziehungsweise in den luxemburgischen Grenzgemeinden wohnhaften Aerzte, Wundärzte und Hebammen zur Ausübung ihrer Berufsthätigkeit zu ermächtigen, haben Allerhöchstdieselben den Abschluss einer diesfälligen Uebereinkunft beschlossen und zu diesem Behufe zu Bevollmächtigten ernannt: (folgen die Namen) welche auf Grund der ihnen ertheilten Vollmachten über folgende Artikel übereingekommen sind:

Art. 1. Die deutschen Aerzte, Wundärzte und Hebammen, welche in den an Luxemburg grenzenden deutschen Gemeinden wohnhaft sind, sollen das Recht haben, ihre Berufsthätigkeit in den luxemburgischen Grenzgemeinden in gleichem Maasse, wie ihnen dies in der Heimath gestattet ist, auszuüben, vorbehaltlich der im Art. 2 enthaltenen Beschränkung; und umgekehrt sollen unter gleichen Bedingungen die luxemburgischen Aerzte, Wundärzte und Hebammen, welche in den an Deutschland grenzenden luxemburgischen Gemeinden wohnen, zur Ausübung ihrer Berufsthätigkeit in den deutschen Grenzgemeinden befugt sein.

Art. 2. Die vorstehend bezeichneten Personen sollen bei der Ausübung ihres Berufes in dem anderen Lande zur Selbstverabreichung von Arzneimitteln an die Kranken, abgesehen von dem Falle drohender Lebensgefahr, nicht befugt sein.

Art. 3. Die Personen, welche in Gemässheit des Art. 1 in den Gemeinden des Nachbarlandes ihren Beruf ausüben, sollen nicht befugt sein, sich dort dauernd niederzulassen oder ein Domicil zu begründen, es sei denn, dass sie sich der in diesem Lande geltenden Gesetzgebung und namentlich nochmaliger Prüfung unterwerfen.

Art. 4. Es gilt als selbstverständlich, dass die Aerzte, Wundärzte und Hebammen eines der beiden Länder, wenn sie von der ihnen im Art. 1 dieser Uebereinkunft zugestandenen Befugniss Gebrauch machen wollen, sich bei Ausübung ihres Berufes in den Grenzgemeinden des anderen Landes den dort in dieser Beziehung geltenden Gesetzen zu unterwerfen haben.

Ausserdem wird jede der beiden Regierungen ihren Medicinalpersonen anempfehlen, bei den in Rede stehenden Anlässen die in dem anderen Lande bezüglich der Ausübung der betreffenden Berufsthätigkeit erlassenen Administrativ-Vorschriften zu befolgen.

Art. 5. Die gegenwärtige Uebereinkunft soll zwanzig Tage nach beiderseits erfolgter Publication derselben in Kraft treten, und sechs Monate nach etwa erfolgter Kündigung seitens einer der beiden Regierungen ihre Wirksamkeit verlieren. Sie soll ratificirt und die Ratificationen sollen so bald als möglich in Berlin ausgewechselt werden.

Zu Urkund dessen haben die Bevollmächtigten dieselbe unterzeichnet und ihr Siegel beigedrückt.

In zweifacher Ausfertigung vollzogen zu Berlin am 4. Juni 1883.

(L. S.) Dr. Busch. (L. S.) Dr. Paul Eyschen.

Vorstehende Uebereinkunft ist ratificirt worden, und die Auswechslung der Ratifications-Urkunden hat stattgefunden.

II. Hamburg.

Warnung. In letzterer Zeit sind hier mehrfach Erkrankungen an Trichinosis, jedoch nur bei Personen, welche rohes Hackfleisch genossen hatten, vorgekommen. Das Medicinal-Collegium sieht sich deshalb in Verfolg seiner Bekanntmachung vom 27. Januar 1866 veranlasst, vor dem Genuss jeglichen rohen Schweinefleisches wiederholt und dringend zu warnen und darauf hinzuweisen, dass lediglich Braten oder Kochen des Schweinefleisches bis zum Garwerden sicheren Schutz gegen Infection gewährt.

Hamburg, den 29. März 1884.

Das Medicinal-Collegium.

III. Hessen.

Darmstadt, am 15. März 1884.

Betreffend: Den Etat des Sanitätspersonals.

An die Grossherzoglichen Kreisgesundheitsämter.

Aus Anlass einer neuen Verhandlung hat das Königlich Preussische Kriegsministerium, Militär-Medicinal-Abtheilung, durch Verfügung an den Königl. Generalarzt des XI. Armee-Corps vom 3. Januar l. J. ausgesprochen, dass gegen die Ausdehnung der unterm 8. Januar 1876 (Armee-Verordn.-Bl. Seite 11) und 18. November 1882 (Armee-Verordn.-Bl. Seite 210) getroffenen Anordnung, wonach Militär-Aerzte und Rossärzte, welche Civil-Praxis ausüben wollen, sich vor dem Beginn der letzteren bei den dazu geordneten Landesbehörden anzumelden haben, auch auf solche neu anziehende Militär-Aerzte und Rossärzte, welche Civil-Praxis nicht ausüben wollen, Nichts zu erinnern sei.

Hiernach werden sich fortan sämmtliche Militär-Aerzte, die einjährig-freiwilligen Aerzte und Rossärzte bei ihrer Niederlassung bei Ihnen anzumelden haben.

Weber. Fuhr.

XIII. In der Generalversammlung des Berliner Rechtschutzvereins am 14. März d. J. stand ausser rein geschäftlichen Angelegenheiten nur noch ein Punkt auf der Tagesordnung, der ein allgemeines Interesse beanspruchen darf, nämlich die Reformbestrebungen der Berliner Aerzte zur Wahrung der Standesinteressen. Ueber diesen Punkt ist jedoch nicht weiter verhandelt, vielmehr beschlossen worden, zu diesem Zwecke eine neue ausserordentliche Generalversammlung einzuberufen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dem Geschäftsbericht des Vereins für das Jahr 1883 entnehmen wir, dass die Ausgaben (Hauptposten: Gehälter incl. Diäten 6335,20 Mark) 8418,77 M. betrug. Die Einnahmen (Hauptposten: Jahresbeiträge 1083 M., Tantième 5640,89 M., Schreibgebühren 1175,97 M.) stellten sich auf 8994,19 M., so dass ein Gewinn von 575,42 M. erzielt wurde. Die Activa betragen 19887,99 M., die Passiva (Guthaben der Mitglieder 9860,88 M.). Was die Geschäftsthätigkeit des Vereins anlangt, so waren aus dem vorigen Jahr in geschäftlicher Behandlung verblieben

1516 Liquidationen im Betrage von	M.	35929,28		
Im Jahre 1883 wurden dem Verein zur Einziehung übergeben 6073 Liquidationen im Betrage von	„	108635,19	144564	47
Davon sind 645 Liquidationen erlassen gewesen im Betrage von	„	15485,98		
und 916 Liquidationen uneinziehbar gewesen im Betrage von	„	18548,67	34034	65
			110529	82
Eingegangen sind für 3941 Liquidationen an das Bureau	„	55523,19		
direct an die Mitglieder	„	15579,90	71103	09
In geschäftlicher Behandlung verbleiben daher 2087 Liquidationen im Betrage von . .	„		39426	73

XIV. Kleinere Mittheilungen.

— Vielfachen Anfragen gegenüber wollen wir noch einmal darauf hinweisen, dass, vor Allem im Interesse der Berliner Collegen, Seitens des Congresses für innere Medicin Fürsorge getroffen ist, dass sie, ohne Theilnehmer oder Mitglieder desselben sein zu müssen, den Verhandlungen als Zuhörer beiwohnen können. Kosten erwachsen ihnen daraus demnach in keiner Weise.

— Wir freuen uns ganz besonders einige so eben der vortrefflichen Medicinischen Facultät der Universität Halle gewordenen Auszeichnungen. Geh. Med.-Rath Weber ist der Kronen-Orden 2. Kl., den Geh. Med.-Räthen Volkmann und Olshausen der Rothe Adler-Orden 3. Kl. m. Schl. verliehen worden.

— Aus Wien. Die drei uns zugehenden Wiener Medicinischen Zeitschriften bringen Berichte aus dem Medicinischen Professoren-Collegium, denen zufolge Prof. Eulenburg, unser verehrter Mitarbeiter, an das österreichische Unterrichts-Ministerium das Ersuchen gerichtet habe, dass er, da er demnächst nach Wien übersiedeln wolle, unter Nostrification seines Diploms und ohne die vorgeschriebenen Prüfungen zur Praxis in Oesterreich zugelassen werde, und dass ihm die venia legenda an der Wiener Universität, und zwar ebenfalls ohne Habilitation u. dgl. zuerkannt werden möge. Das Professoren-Collegium der Wiener medicinischen Facultät hat in seiner am 29. v. M. abgehaltenen Sitzung über dieses Gesuch auf Grund eines Referates von Prof. C. Braun v. Fernwald berathen, das Gesuch abgewiesen und den Antrag Prof. v. Brücke's einstimmig angenommen: „Die Nostrificationen in Oesterreich seien principiell abzuweisen insolange, bis ein internationaler Vertrag die Reciprocität in der Zulassung der Diplome geregelt haben wird", mit dem Amendement Hofrath Langer's, „das Ministerium sei zu ersuchen, auch an den anderen Universitäten die Nostrification zu sistiren." Wir würden diesem Vorgange keine grosse Bedeutung beilegen, hätten nicht unsere Colleginnen zum Theil Erörterungen an ihn geknüpft, die uns bei all' unserer Friedfertigkeit zwingen, demnächst auf dieselben zurückzukommen und sie nach authentischer Feststellung der Thatsachen zu beleuchten.

P. B.

— Balneologisches. Homburg wurde 1883 von 12951 eingetragenen Fremden besucht, und zwar von 6784 Deutschen, 3840 Engländern, 1231 Amerikanern, 263 Franzosen, 153 Russen, 134 Niederländern und 546 anderer Nationen. Der Besuch der Engländer und Amerikaner hat im letzten Jahr fast um ein Drittel zugenommen. Die Kurtaxe hat im Jahre 1883 46772 Mk. ergeben, also 3356 Mk. mehr wie 1882, auch die Zahl der Bäder hat sich um 1344 vermehrt.

— Dr. Pulzner in dem Seebadeort Stolpmünde nimmt junge Mädchen in Pension, die nach schwerer Krankheit oder wegen ihrer abnorm schwachen Constitution der Erholung und Kräftigung bedürfen. Durch die in Stolpmünde befindliche Mädchenschule ist Gelegenheit gegeben, den Unterricht fortzusetzen, während für den Klavierunterricht durch eine Schülerin des verstorbenen Kullak gesorgt ist. Der Pensionspreis beträgt 50 M., das Schulgeld 9 M., der Klavierunterricht (2 St. w.) 7,50 M. monatlich. Das Seebad Stolpmünde zeichnet sich aus durch Reinheit der Luft und des Bodens und sind Epidemien daselbst seit längerer Zeit nicht beobachtet worden. Die Saison dauert vom 1. Juli bis Ende September, je nach dem Wetter auch länger; während der letzten wurden circa 21000 Seebäder, die Mehrzahl von Kindern, gegen nur 1000 warme genommen. —

— Posen. Am 2.—5. Juni cr. findet hierselbst die vierte Versammlung polnischer Aerzte, Naturforscher und wissenschaftlicher Agronomen statt. Nach einer Bekanntmachung des Localcomités sind bereits 52 Vorträge angemeldet. Zu den Vortragenden werden u. A. gehören 4 Aerzte aus Warschau, 2 aus Petersburg, 7 aus Galizien, 6 aus Böhmen.

— British Medical Journal. Das Organ der British medical Association, die durch ihre Organisation und ihre zielbewusste Thätigkeit, wie durch ihre Freiheit von jedem Cliquenwesen einen maassgebenden Einfluss in England errungen hat, dürfte jetzt wohl die verbreitetste medicinische Zeitschrift sein. Das Blatt erscheint in diesem Jahre in einer Auflage von über 12.000 Exemplaren, während dasselbe im Jahre 1867 nur 2000 Abonnenten hatte. Die grosse Reineinnahme, welche die „British medical Association", der dieses Journal gehört, aus den Abonnementsbeträgen sowohl als aus den Zahlungen für die zahlreichen Inserate erzielt, gestatteten der Gesellschaft denn auch im vorigen Jahre die liberale Verwendung eines grossen Betrages, nämlich 1200 Pfd. St. (24000 Mk.), zu wissenschaftlichen Zwecken. Unter Anderem wurden der Collective Investigation Committee 600 Pfd. St. und für eine „Untersuchung über die Beziehungen zwischen Wundinfectionskrankheifen und Tuberculose" 50 Pfd. St. angewiesen. Möglich ist dieser Erfolg nur dadurch geworden, dass die Brit. med. Assoc. dem vortrefflichen Redacteur des Blattes Ernest Hart völlig freie Hand lässt. In England verlangt Niemand blinden Autoritätsglauben oder gar, wie bei uns in Deutschland so oft, das sacrificium intellectus und fürchtet sich nicht vor dem erfrischenden Luftzuge einer freimüthigen Kritik. Attentate auf die Freiheit der Meinungsäusserung sind dort unmöglich, daher auch in den ärztlichen Kreisen Englands jetzt das frisch pulsirende Leben, von dem der Aufschwung der British Medical Journal nur eines der vielen Symptome bildet.

— Universitäten. Edinburgh. Die Universität, welche am 17. April ihr 300jähriges Jubiläum feiert, hat die Herren Donders und Stockvis zu Ehrendoctoren der Rechte ernannt, ebenso von amerikanischen Aerzten Prof. S. D. Gross in Philadelphia, Dr. Fordyce Barker in New-York und Dr. J. S. Billings. Letztere Beide wollten sich am 2. April nach Europa einschiffen. Aus Berlin haben sich die Herren v. Helmholtz und Virchow nach Edinburgh begeben. — Glasgow. Dr. Allen Thomson 1848—1871 Professor der Anatomie, ist gestorben.

XV. Personalien.

1. Preussen.

([illegible]nach.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den nachbenannten Militairärzten die Erlaubniss zur Anlegung der ihnen verliehenen nichtpreussischen Ordensinsignien zu ertheilen und zwar: Des Ritterkreuzes 1. Klasse des Grossherzoglich Badischen Ordens vom Zähringer Löwen den Oberstabsärzten 2. Klasse Dr. Hibsch, Regimentsarzt des Kürassier-Regts. Königin (Pommerschen) No. 2 in Pasewalk, Dr. Marquardt, Regimentsarzt des Husaren-Regts. Kaiser Franz Josef von Oesterreich, König von Ungarn (Schleswig-Holsteinschen) No. 16 in Schleswig und Dr. Guttmann, Regimentsarzt des 8. Ostpreussischen Infanterie-Regts. No. 45 früher in Metz jetzt in Lötzen — des Ritterkreuzes des Kaiserlich Oesterreichischen Franz-Josef-Ordens: dem Stabs- und Bataillonsarzt beim Eisenbahn-Regts. Dr. Sommerbrodt in Berlin.

Ernennungen: Der Kreisphysicus Dr. Nadrowski in Rosenberg ist aus dem Kreise Rosenberg in den Kreis Kulm versetzt. Die Versetzung des Kreiswundarztes Foerster zu Argenau aus dem Kreise Inowraclaw in den Kreis Bomst ist auf seinen Wunsch zurückgenommen.

Niederlassungen: Die practischen Aerzte Dr. Delhougne, Dr. Pletzer und Dr. Cajetan in Bonn.

Verzogen sind: Die practischen Aerzte Dr. Hollweg von Priebus nach M. Gladbach, Dr. Neuhaus von Eichberg nach Düsseldorf, Dr. Verwegen von Calcar nach Emmerich, Dr. Lurz von Elberfeld nach Australien, Dr. Potjan von Marienheide nach Ründeroth und der Zahnarzt Bernstein von Rheydt nach M. Gladbach.

Verstorben sind: Die Aerzte Dr. Lexis in Bonn und Kr.-Wundarzt Dr. Neuhausen in Kamp.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Goedecke in Graefrath ist gestorben und dem Apotheker Meine die Verwaltung der Apotheke übertragen worden. Der Apotheker Hülsebusch hat die Mewes'sche Apotheke in Düsseldorf, und der Apotheker Maas die Schwabe'sche Apotheke in Ruhrort gekauft.

Vacante Stellen: Kreiswundarztstelle des Kreises Moers.

2. Elsass-Lothringen (1. Quartal).

Angestellt: Dr. Sorgius in Schiltigheim als Kantonalarzt. Dr. Emil Meyer in Schiltigheim als Kreisarzt des Landkreises Strassburg. Dr. Anacker als Kreisarzt des Kreises Château-Salins mit dem Amtssitze in Château-Salins.

Verzogen: Dr. Steinmetz von Château-Salins nach Colmar.

Niedergelassen: Dr. Thorn in Niedersept (Ober-Elsass). Dr. Drumm in Ingweiler.

Gestorben: Dr. E. Heberle in Habstein (Ober-Elsass). Dr. Eckert in Avricourt.

3. Württemberg (Med. Corr.-Blatt No. 10).

Seine Majestät der König haben vermöge Höchster Entschliessung vom 28. Februar dem Hofrath Dr. Flamm in Pfullingen, Inhaber der dortigen Privatirrenanstalt, das Ritterkreuz I. Klasse Höchst Ihres Friedrichsordens und aus Anlass der Feier des fünfzigjährigen Bestandes der Heil- und Pflegeanstalt in Winnenthal dem Director Dr. Zeller in Winnenthal das Ritterkreuz II. Klasse des Ordens der Württembergischen Krone in Gnaden verliehen.

Im Vollmachtsnamen Seiner Majestät des Königs haben Seine Königliche Hoheit der Prinz Wilhelm am 5. März dem Prosector und Privatdocenten Dr. Froriep an der medicinischen Facultät der Universität Tübingen den Titel und Rang eines ausserordentlichen Professors gnädigst verliehen.

Die Wahl des approbirten Arztes Dr. Friedrich Eppler von Derendingen, Oberamts Tübingen zum Districtsarzt in Eschenbach, Oberamts Göppingen, ist bestätigt worden.

Dr. Max Gaupp, bisher. Orts- und Districtsarzt in Beutelsbach, hat am 15. Februar seinen Wohnsitz nach Schorndorf verlegt; an dessen Stelle in Beutelsbach gewählt und am 15. September dort aufgezogen: Wilhem Bundschuh, seither in Brettheim und Söflingen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besondere Beilage

zu

No. 15 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Der jetzige Stand und Ausdehnung der Chirurgischen Plastik.

Von

Prof. emer. **Dr. G. v. Adelmann.**

(Fortsetzung aus No. 14.)

I. Athmungsorgane.

Rhinoplastik. Um nicht nur die Operation in ihren Resultaten zu sichern, sondern auch die Nachwehen zu verhüten, über welche von mancher Seite berichtet wird, können folgende Regeln zu deren Ausführung empfohlen werden.

1. Man suche bei dem indischen Verfahren dem Stirnlappen die möglichste Grösse zu geben, was erreicht werden kann, wenn man den Ersatzlappen schräg bildet und sich nicht durch die behaarte Kopfhaut abschrecken lässt.

Der eine Schnitt zur Lappenbildung dringe bis in den Substanzverlust, der gedeckt werden soll, wobei die Art. frontalis zerschnitten und unterbunden wird. Hier[illegible] [illegible] der späteren Blutüberfüllung des Lappens vorgebeugt und die Dre[illegible] des Lappens bedeutend lockerer.

2. Eine spätere Verwachsung der Nasenlöcher ist nicht möglich, wenn die Ränder um dieselben eingeklappt und durch eine Plattensutur befestigt werden; die Ränder des breit ausgeschnittenen Septum werden in der Mitte seiner Länge durch Suturen an einander gefügt. — Das Einführen von Erweiterungsmitteln der durch die Narbenzusammenziehung sich verengenden Löcher nützt momentan, wird aber oft schädlich dadurch, dass durch den concentrischen Druck, welchem das Septum ausgesetzt wird Atrophie desselben entsteht und es verschwindet.

3. Der Defect an der Stirne, welcher durch das indische Verfahren entsteht, schreckt viele Leidende davon ab, sich dieser Operation zu unterwerfen; sie wähnen durch ihn erst das Publikum auf ihren früheren Nasenverlust aufmerksam zu machen und von demselben der Syphilis geziehen zu werden. Dieses Vorurtheil ist jedoch ungegründet, denn durch statistische Untersuchungen Szymanowsky's ist erwiesen, dass ungefähr der dritte Theil der Nasenverstümmelungen dieser Infection zuzuschreiben, die übrigen zwei Dritttheile tuberculösen Zerstörungen, dem Lupus oder Traumen, oder Herpes exedens angehören. Die zurückbleibende Narbe ist jedoch bedeutend kleiner als die Grösse des ausgeschnittenen Lappens betrug, kann bei schräger Lappenbildung theilweise von dem Haare, der Haube unsichtbar gemacht werden, wird verkleinert durch Ausschneiden mehrfältiger kleiner Keile aus der umgebenden Stirnhaut und Zusammennähen der entsprechenden Wundränder, durch Spicatouren der deckenden Bänder, durch Wiedereinlegen der Brücke, nachdem die neue Nase von derselben abgetrennt und endlich durch Einpflanzen von einer Anzahl Hautstückchen auf die granulirende Knochenfläche nach dem anaplastischen Verfahren von Reverdin.

Die Dermanaplastie ist gerade kein neues Verfahren und wahrscheinlich aus den Versuchen entstanden, abgehauene Finger und Nasen wieder anzuheilen, was zuweilen gelang. Bekannt ist die gelungene Operation Prof. Bünger's in Marburg 1820 bei einer Dame, den Nasendefect durch ein aus der Glutäalgegend ausgeschnittenes Hautstück zu ersetzen. Bünger fand kaum Nachahmer, da man an dem öfteren Anheilen brückenloser Hautstücke zweifelte, und selbst Dieffenbach's Versuche: getrennte Stücke bei Thieren einheilen zu lassen, weckte nur wenig Nachfolger bei Menschen, bis 1869—70 zwei Mediciner Walther Hauff[1]) in Heidelberg und Berlin und A. Reverdin[2]) in Paris unabhängig von einander fast das gleiche Thema bearbeiteten — mit dem Unterschiede, dass ersterer seine Transplantationsversuche getrennter Hautlappen auf frische Wunden an kalt- und warmblütigen Thieren anstellte, während R. Hautstückchen auf Granulationsflächen einpflanzte. In Frankreich fand das Reverdin'sche Verfahren anfänglich nur sehr wenig Anhang, als es jedoch in England bekannt geworden war, wurde es von Pollock, Henry Lee, Holmes 1870[3]) in London, sowie von Young Cumberbatch und Page[4]) schnell eingeführt; ersterer nahm kleinere Stücke aus der Haut eines vier Stunden vorher amputirten Armes und setzte sie mit Erfolg in ein Geschwür. Dass Vorsicht bei der Wahl von Läppchen nöthig, beweist ein Beispiel von Variolaübertragung durch Läppchen, erzählt vom Dr. Nehse[1]) aus der hiesigen Charité: Einer anscheinend gesunden Frau wurde der von einer Wollreissmaschine zerfetzte rechte Arm amputirt; am zweiten Tage nach der Amputation brach bei ihr Variolaexanthem aus. Die Haut des amputirten Armes war bei vier Patienten zur Transplantation benutzt. Am sechsten Tage nach dieser Operation brach bei dem ersten Variola aus mit tödtlichem Ausgange. Der zweite Patient zeigte am siebenten Tage nach der Transplantation Erbrechen, Frost mit nachfolgender Hitze, Appetitlosigkeit und fortdauernde Uebelkeit, welche Erscheinungen am achten Tage noch zunahmen und dann allmählich wieder verschwanden. Der dritte Patient erkrankte am neunten Tage unter denselben Erscheinungen wie der zweite; nur bei dem vierten trat keine weitere Reaction ein. Deubel[2]) veröffentlicht einen Fall von gleichzeitig implantirter Syphilis. — In Deutschland wurde ausser von Hauff diese Implantation von Dr. Jacenko aus Kiew eingeführt und weiter gebildet von Czerny[3]), Heiberg und H. Schulz[4]), Ranke[5]), Lindenbaum[6]). — Die Eigenschaft der zu transplantirenden Läppchen brachte manche dissentirende Meinungen zu Tage: die Einen begnügten sich nur mit der Epidermisschicht (Fiddes), die Mehrzahl will den Papillarkörper nicht missen; Monod[7]) hat für die Transplantation grösserer Hautstücke auf frische Wunden folgende Gesetze aufgestellt: 1) Lappen nur von Menschen. 2) Ober- oder Unterarm. 3) Ersatzlappen grösser als der Defect. 4) Unterhautfettgewebe radical auf warmer Unterlage entfernt. 5) Höchstens zwei grosse Nähte. 6) Ueberdeckung mit Goldschlägerhaut, desinficirter Watte, leicht comprimirender Binde. 7) Der erste Verband bleibt vier bis fünf Tage liegen; das Goldschlägerhäutchen 14 Tage, wo es sich abstösst.

Wolfe[8]). J. R., in England hat die ursprünglich nur geringe Grösse der zu implantirenden Hautläppchen bedeutend vermehrt, so dass in Albion diese Methode schon unter dem Namen des Wolfe'schen Verfahrens ausgeübt wird, wovon bei Besprechung einzelner Organe noch die Rede sein wird.

Um nun auf unseren Stirnhautdefect wieder zurückzukommen, will ich darauf aufmerksam machen, dass Thiersch[9]) Armhautstückchen auf die Stirne gepflanzt hat, dass jedoch Billroth[10]) diesem Verfahren keinen Beifall spendet, weil die Narbe ein schachbrettähnliches Ansehen erhalten soll.

Auch bei der Verengerung der Nasenlöcher ist dieses Wolfe'sche Verfahren von Mayo Robson[11]) bei einem Patienten angewendet worden, bei welchem nach Pocken spaltartige Coarctationen eingetreten waren. Nach blutiger Trennung der Verengerungen nahm er den anaplastischen Lappen aus dem Arme.

Dieses anaplastische Verfahren ist bereits so sehr Gemeingut der Chirurgen geworden, dass wir es für selbstverständlich finden, wenn noch fortwährend neue Versuche, neue Erfahrungen, neues Material zu Tage kommt und dadurch ein oder die andere Monod'sche Norm modificirt werden muss. So versuchte Lücke, Reverdin[12]) verschiedenes Gewebematerial zur Füllung eines Defectes der Kopfhaut, doch ohne Erfolg, zu verwenden, bis ein Dermoidkysten-Lappen anheilte, Czerny die Schleimhaut eines Nasenpolypen einheilte.

Hüter[13]) hat behaarte Hautläppchen zur Refection von Augenbrauen benutzt.

[1]) Ueber Wiederanheilung vollständig vom Körper getrennter Hautstücke 1870, Berlin.
[2]) Reverdin: Sur la greffe epidermique. Comptes rendus 1871. T. LXXIII. p. 1280.
[3]) Holmes: Surgery. Bd. V, 591.
[4]) Observations on the true nature of the so called Skin-grafting. British med. Journal, 1870, No. 520.

[1]) Ueber Transplantation. Berlin 1872. Diss.
[2]) Gazette méd. de Paris 1881, No. 35.
[3]) Medic. Centralblatt 1870, No. 56. 1871, No. 17.
[4]) Berliner Klin. Wochenschrift 1871, No. 10.
[5]) Bayer. ärztl. Intelligenzblatt 1871, No. 8.
[6]) Berl. klin. Wochenschrift 1871, No. 11.
[7]) Bulletin et Mémoires de la Soc. d. Chirurgie de Paris. T. VII, 647.
[8]) On transplantation of skin-flaps from distant parts without pedicle Practitioner 1883. p. 331.
[9]) Verhandlungen d. Deutsch. Gesellschaft f. Chirurg. 1879. VIII. Bd. S. 68.
[10]) Ebend. S. 71.
[11]) Lancet 1882. I. p. 140 flg.
[12]) Centralblatt f. Chirurgie 1876. S. 557.
[13]) Verhandl. d. Ges. für Chir. 1879. VIII. 72.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hahn[1]) kratzte Lupusstellen an Schulter, Nase und Gesicht aus und belegte sie erfolgreich durch Hauttransplantation.

An Statt des Goldschlägerhäutchens zur Bedeckung der Läppchen ist das Eihäutchen vorgeschlagen worden.

Sollten solche Läppchen in manchen Fällen abgespült oder aufgesogen werden, sie mithin als Krystallisationspunkte der Narbenepidermis nichts beigetragen haben, so ist doch beobachtet worden, dass nach ihrem Abgange eine regere Narbenbildung in dem Granulationsgewebe eintrat, welches zur Heilung führte. Sie waren daher als Fremdkörper Erreger, ähnlich den Erbsen, durch welche man früher atonische Geschwüre in Fontanellen umwandelte und oft den Heilzweck erreichte.

Schliesslich erlaube ich mir noch, Sie an zwei Verfahren, Nasen aus der Stirnhaut zu bilden zu erinnern, welche als Curiosa angesehen werden können. Das erste Verfahren von Dr. Heuser in Hombrechtikon besteht darin, dass er das Septum und die beiden Nasenflügel aus der Gegend der Glabella herzustellen beginnt und von da in zwei parallelen Schnitten bis tief in die behaarte Kopfhaut hinein eine Art von Hautriemen bildet, durch dessen Herabziehen die neue Nase bis zu dem Defecte gelangt und durch Suturen allda befestigt wird, so dass ein Stirndefect nicht entsteht. — Das Verfahren von Dr. Neumann besteht darin, dass bei Verlust der Nasenspitze längs der beiden Seiten der übriggebliebenen Nase Parallelschnitte nach aufwärts bis ungefähr in die Mitte der Stirne geführt und allda durch einen Querschnitt vereinigt werden. Nun wird das Septum cartilaginium von dem Septum osseum so weit von oben nach unten abgetrennt, dass dies zurückgebliebene Nasenstück nach abwärts gezogen werden kann, bis die horizontale Lage des Septum wieder hergestellt ist. Bei dieser Herabziehung rückt der an der Stirne gebildete Lappen abwärts und wird durch Suturen in seiner neuen Lage bezüglich als Nasenwurzel befestigt und an der Stirne zeigt sich ein viereckiger Substanzverlust, welcher nach Celsus'scher Methode gedeckt werden kann.

4. Obgleich der Stirnlappen jetzt wohl fast allgemein auch das Periost enthält, welches der neuen Nase selbst eine grössere Härte verleihen soll, ja selbst die Hoffnung auf eine, wenn auch nur punktweise Ossification nicht ausschliesst, so ist doch die Klage über das allmähliche Einsinken der neuen Nase bis jetzt noch nicht verstummt. Um diesem Uebelstande zu entgehen, sind von vielen Seiten Vorschläge und Ausführungen von sogenannten Nasenstützen gemacht worden, welche zwanglos in autoplastische und anaplastische eingetheilt werden können. Zu den autoplastischen gehört das Verfahren von Thiersch mit zwei aus der Wange genommenen und aufgerollten Lappen, deren weitere Präparirung wir bei der Posthioplastik näher kennen lernen werden. Ferner die ingeniöse Operation Bernhard von Langenbeck's, aus abgesprengten Knochenstückchen des Oberkiefers Sparren zur Erhaltung der Nasengestalt zu bilden, — ferner die Proceduren Dr. Hahns[2]): das Septum aus dem Boden der Nasenhöhle, enthaltend Reste des Vomer, der Schleimhaut, des Periostes und Knochens als Stütze zu benutzen, so wie sein zweites Verfahren: als Stütze die Nasenknochen anzusägen, nach oben zu drängen und sie durch das Zusammennähen der Wangen in der Mitte in dieser Lage zu erhalten, nachdem er durch einen Schnitt zwischen den Augenhöhlen einen Lappen mit Periost von dem eingesunkenen knöchernen Theile so gebildet, dass die Brücke an der Apertura pyriformis liegt. — Weiter folgen dann die bekannten schon von Dieffenbach und später von B. von Langenbeck erweiterten Verfahren: aus den Trümmern der alten Nase, welche aus dem Antrum hervorgeholt und umgeklappt werden, Stützen zu bilden und das Verfahren von Nicoladini: die Sparren aus den Nasenmuscheln herzustellen. Das originellste Verfahren ist jedoch das von S.(ayre?) in dem Bellevuehospital zu Newyork 1880, welcher einem Patienten einen von dessen eigenen Fingern, nachdem er seines Nagels beraubt und auf der Volarseite aufgeschlitzt worden war, in den Nasendefect einheilte um ihn als Stütze für einen neuen Nasenlappen zu benutzen. Da jedoch diese Nachricht mir nicht aus einer medicinischen Zeitschrift bekannt ist, so theile ich sie unter aller Reserve mit.

Die Prothesen, welche bis jetzt als Stütze der neuen Nase erfunden, empfohlen und auch ausgeführt worden sind, zeigen schon durch ihre Menge, dass keine von ihnen den Wünschen der Chirurgen allgemein entsprochen hat, was sich aus der Druckgangrän, welche sie während der Narbencontractur der neuen Nase veranlassen, unschwer erklären lässt. Zu ihrer Herstellung benutzte man das verschiedenartigste Material, Papier maché, Holz, Aluminium, Gold, Platin, Bernstein [Dr. Leisring[3]) 1870], Kaoutschuck [Sauer[4]]. Mikulicz hat kürzlich ein Drahtgestell, was früher auch schon v. Gräfe empfohlen hatte, angewendet, doch bleibt ein dauernder Erfolg bei allen diesen Fremdkörpern problematisch. — Eine Zusammenstellung ähnlicher Vorrichtungen findet sich bei Bruck: Die angeborenen und erworbenen Defecte des Gesichtes, Breslau 1870. — Bei Patienten, welche sich keiner rhinoplastischen Operation unterwerfen wollen, bleibt nichts übrig als sich eine künstliche Nase, vorzugsweise aus Aluminium, zu verschaffen, welche mittelst eines Brillengestelles an dem Gesichte befestigt wird und bei uns auffallend künstlerisch hergestellt werden kann.

[1]) Centralb. f. Chir. 1883. 225.
[2]) Verhandl. d. deutschen Ges. f. Chirurgie Bd. XI. 1882. I. S. 102.
[3]) Centralblatt f. Chir. 1877. p. 257.
[4]) Deutsche Vierteljahrsch. f. Zahnheilkde. 1881. Jahrg. XXI. Heft 4.

5. Manche Chirurgen haben sich so weit verstiegen, dem Patienten die Wahl der Form ihrer neu zu kreirenden Nase anheim zu stellen. Seien wir hierin nicht zu kühn, denn die chirurgischen Nasen nehmen sehr häufig eine dem Chirurgen sowohl als dem Besitzer unliebsame Gestalt an. Freilich lässt sich in späterer Zeit durch kleine Operationen eine unangenehme Gestalt noch verbessern, was man ciseliren nennt; doch sollte man darin nicht so weit gehen wie Pirogoff[1]), dem es auffiel, dass manche der von ihm gemachten Nasen auf einem finnischen Antlitze eine römische Form annahm. Diese Ciselirungen nahm er auch bei einem estnischen Bauern vor, der seinen Nasendefect in Dorpat ersetzen liess, weil ihn seine Braut nur unter dieser Bedingung heirathen wollte. Nach vielen Monaten kehrte er endlich stolz und hoffnungsvoll mit seiner ciselirten Nase in sein Dorf zurück und erfuhr dort zu seinem Schrecken, dass seine Braut unterdessen einen anderen geheirathet habe, weil sie die Geduld des Wartens verloren hatte.

Bronchoplastik.

Nur selten tritt an den Chirurgen die Nothwendigkeit Substanzverluste, welche an dem Kehlkopfe oder der Trachea zurückgeblieben sind, durch ein plastisches Verfahren zu schliessen, denn die Oeffnungen, welche wir durch die Tracheotomie in diesen Theilen bewirken, heilen bekanntlich oft viel schneller zu, als uns lieb ist. Grössere Substanzverluste dieser Röhren kommen meistens nur nach Schusswunden, und bei Selbstmordversuchen vor, die manchmal sehr ungeschickt ausgeführt werden. Es sind daher auch der Verfahren solche Substanzverluste zu decken nur wenige. Velpeau versuchte 1832 durch einen zusammengerollten Hautpfropf, welchen er mit Belassung einer Brücke aus der Nachbarschaft des Substanzverlustes genommen hatte, denselben zu verstopfen und Balassa ist ihm hierin gefolgt; allein es müssen die Resultate hinsichtlich der Anheilung der gerollten Zellgewebefläche des Pfropfes nicht befriedigend gewesen sein, denn diese Operation ist als verlassen anzusehen. Wenn auch eine vollständige Anheilung oder Verwachsung der Bindehautfläche mit dem angefrischten circulären Rande der theilweis knorpeligen Röhre eingetreten sein sollte, so wird doch das Lumen durch das Hineinragen des Pfropfes vermindert und hierdurch eine Art von künstlicher Strictur bewirkt. Aus diesem Grunde ist die Operation von Prof. Ried[2]) in Jena vorzuziehen, welcher einen Lappen von der Form des Substanzverlustes aus der nächsten Umgebung desselben, also aus der sehr beweglichen Halshaut ausschneidet und durch seitliche Verschiebung mit den Wundrändern vereinigt. Der Erfolg war ein sehr günstiger, und belehrt uns überdies, dass der Trachealschleim keinen schädlichen Einfluss auf die Bindegewebsfläche des Ersatzlappens ausübt. Die undulirende Bewegung, welche ein solcher Lappen während starker Athemversuche darbietet, schwindet mit seiner Schrumpfung.

Nach Exstirpation des Kehlkopfes ist bislang nur Prothese möglich.

II. Ernährungsorgane.

Mund. Die Operationen, welche an dem Eingange des Ernährungsschlauches ausgeführt werden, umfasst man fast allgemein mit dem Ausdrucke Cheiloplastik.

Diese Bezeichnung ist jedoch etymologisch eine zu enge, da wir bei den verschiedenen Ausführungen derselben meistens viel öfter die Supramentalgegend als den Schwellkörper der Lippe selbst zu ersetzen suchen oder vielmehr zu ersetzen vermögen. Der Ausdruck Stomatoplastik ist daher bezeichnender.

Der Zweck der Stomatoplastik ist: an Stelle der mit Substanzverlust verloren gegangenen Oeffnung in dem Gesichte eine der normalen Oeffnung ähnliche zu setzen. Diejenige Operation, welche nicht nur Haut, sondern auch rothen Lippensaum mit einem Male herstellt, muss als die vollkommenste angesehen werden.

Die Formen, welche die Substanzverluste darbieten, seien sie traumatischen Ursprungs oder angeboren, sind so mannichfaltig, dass schon aus diesem Grunde eine erkleckliche Menge von Ersatzverfahren (ein Chirurg hat deren 44 gezählt) erfunden werden mussten. Zur Form gesellt sich noch die Grösse des Substanzverlustes sowie die Verhältnisse der umgebenden Weichtheile, drei Factoren, welche im Vereine erst über die Wahl eines Operationsverfahrens bestimmen können. Und als vierter Factor tritt zuweilen noch der Wille des zu operirenden Individuums hinzu.

[1]) Klinische Chirurgie, Leipzig 1854, III. Heft S. 75. — Karsten's: De correctionibus nasi restituti. Dorpat 1836. Diss.
[2]) Keller: Ein Fall von Bronchoplastik. Jena 1864. Abbild. Ried: Jenaische Zeitschrift für Medicin und Naturwissenschaften — 1864. Bd. I. Seite 370. Tafel IX.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Form, welche der Substanzverlust am Munde darbietet, oder in welche derselbe zur Aufnahme des Ersatzes vorbereitet wird, ist entweder dreieckig oder viereckig, herzförmig oder ellyptisch, wenigstens denken wir uns diese Formen als Paradigmata im Allgemeinen und wenden sie auch bei vielgestaltigen Verlusten mehr oder weniger strict an.

Für dreieckige Verluste passt am besten die Wange (seitliche Verschiebung), bei viereckigen das Kinn, die vordere Halsseite, am besten mit Belassung der beiden Seitenbrücken; eigentlich ein Celsus'sches Verfahren mit einem lockernden Schnitte hinter der Basis des Lappens und Unterminirung desselben. Dieses letztere Verfahren ist im Stande sehr bedeutende Substanzverluste zu decken, Ober- und Unterlippe zugleich abzugeben (Mazzoni's Unternasenmaske), muss aber für sich auf die Bildung des Lippensaumes verzichten.

Wenn es also nicht möglich war mit der neuen Hautlippe zugleich auch den Lippensaum zu gestalten, so tritt die Indication ein, entweder sogleich oder später ein neues Lippenroth zu gewinnen und dieses Verfahren bildet die Cheiloplastik im engern Sinne.

Einige Versuche zur Bildung des Lippensaumes: Schleimhaut aus der Mundhöhle zu nehmen, haben nicht den erwünschten Erfolg gehabt und wurde v. Langenbeck's Verfahren: den fehlenden Saum der Unterlippe aus der Oberlippe und vice versa zu beschaffen, als bahnbrechend und erfolgreich anerkannt. Nachdem sind noch zwei Verfahren veröffentlicht worden, das eine von Professor Estlander in Helsingfors [1]) durch welches zugleich mit dem Lippensaume ein entsprechender Hautlappen gebildet wird, mit welchem der dreieckige Hautverlust gedeckt wird und die in ihm befindlichen Fasern des Orbicularis oris in dieselbe Lage und Richtung der exstirpirten Fasern gelangen. Das andere Verfahren ist von Professor Maas [2]) in Würzburg und bildet aus dem vorhandenen Lippensaume ein Cyclostoma, welches später zum normalen Munde ausgearbeitet wird.

Diese letztere Operation führt unwillkürlich zu denjenigen operativen Verfahren, durch welche Verengerungen des Mundes, seien sie angeboren, seien sie durch Narbenzusammenziehungen entstanden, sowie Formfehler desselben: Verziehungen, Schiefstellungen reparirt werden können. Wir begreifen diese Abtheilung unserer Thätigkeit unter dem Namen der Stomapoësis. Das ältere Operationsverfahren nach blutiger Erweiterung der Mundatresie mit Umnähung der buckalen Schleimhaut ist so befriedigend, dass ich mich keiner anderen neueren Operation dieser Krankheit erinnere und mache nur darauf aufmerksam, dass in denjenigen Fällen, welche durch Vernarbung vom Lupus oder Herpes exedens entstanden, die Operation womöglich längere Zeit nach der Vernarbung aufgeschoben werden muss, wenn man sich nicht genöthigt sehen will, dieselbe Operation, wie dies Carl von Textor widerfuhr, wegen Recidive dreimal wiederholen zu müssen. Ueber die Geradestellung des durch Narben verzogenen Mundes verweise ich auf die sinnreichen plastischen Operationen von B. von Langenbeck.

Es giebt indessen noch ein operatives Feld, in welchem die bisher angeführten allgemeinen Gesetze nicht durchaus anwendbar sind, sondern je nach der verschiedenartigen Form der Defecte auf verschiedenste Weise modificirt werden müssen. Es begreift dieses Feld die Hasenscharte und den Wolfsrachen mit seinen so unendlichen Formen und Complicationen. Diese allein würden eine sehr lange Auseinandersetzung erfordern, wozu mir die Zeit heute nicht vergönnt ist. Wir haben indess die Hoffnung, dieses Capitel der Plastik von einem Meister in diesem Fache uns vorführen zu lassen, zugleich mit Uranoplastik und Staphyloraphie und den zuweilen verbundenen Gesichtsspalten.

Ich würde Ihnen die Thätigkeit der chirurgischen Plastik am Munde nicht vollständig geben, wenn ich hier nicht noch auf zwei interessante Operationen aufmerksam machte; die erste besteht in der Bekleidung im inneren Munde mit Haut nach Zerstörung der Verwachsungen zwischen der Wange und den Kiefern, durch welche die narbige Kieferklemme herbeigeführt wird. Wir besitzen über die Refection der Mundhöhle drei interessante Abhandlungen, die eine von Jäsche-Bojanus [3]), die andere von Professor Gussenbauer [4]), die dritte von Bassini (Oberarm) [5]), deren Detail ich hier unmöglich concis geben kann (Buccaplastie).

Die zweite ist die Odontoplastik, von Dr. Mitscherlich [6]) wissenschaftlich bearbeitet, jedoch, wie mir scheint, noch nicht so, als es nützlich wäre, in der Praxis verbreitet. Auch hierüber würden wir wohl mit Interesse weitere Ausführungen von einem unter uns anwesenden competenteren Mitgliede entgegennehmen.

Meloplastik.

Die Substanzverluste der Wangengegend, namentlich diejenigen, welche ihre Entstehung gangränösen Processen (Noma, Typhus) verdanken, haben, da sie meistens erst nach einer schon stattgehabten Vernarbung dem Chirurgen zukommen, ein so sehr verändertes umgebendes Hautgewebe, so dass die Prognose für den Erfolg einer plastischen Operation oft recht zweifelhaft ist; aber auch die Form der Substanzverluste ist so unendlich verschieden, dass es kaum möglich ist allgemeine Normen für die Form der Ersatzlappen und den Ort, von welchem sie geholt werden, anzugeben. Deshalb existiren auch in einzelnen Veröffentlichungen und in den Handbüchern die mannigfachsten Verfahren, welche entweder der Lappenverschiebung, oder dem Celsus'schen Verfahren ähnlich sind, und welche ich speciell hier anzugeben nicht nöthig habe. Ich will nur darauf aufmerksam machen, dass Scarenzio [1]) jüngstens eine Genioplastik mit einem zweibrückigen Lappen ausgeführt hat, welchen wir bei der Plastik an dem Unterleibe noch näher kennen lernen werden und dass Professor v. Bergmann [2]), gestützt auf drei von ihm operirte Fälle, den Grundsatz aufgestellt hat: Nach Resection einer Oberkieferhälfte nicht erst den Vernarbungsprocess der ausgedehnten Wunde abzuwarten, sondern sogleich nach vollendeter Exstirpation einen hinreichend grossen plastischen Lappen aus der Schläfegegend bis zu dem Unterkiefer herab abzupräpariren, und mit ihm die Mucosa des harten, sowie des weichen Gaumens zu vereinen, wenn erstere abgehoben werden konnte. Auf diese Weise wird zugleich die Mundhöhle von der Nasenhöhle geschieden und die Heilung schnell gefördert, weil eben die Gesichtshaut in diesem Falle noch nicht geschrumpft und verspeckt, vielmehr durch das zu entfernende Uebel ausgedehnt ist.

Einen interessanten Fall von Melo-Blepharoplastik in drei Zeiten wegen angeborener Gesichts- und Augenlidspalte hat Dr. Hasselmann veröffentlicht. [3])

Pharyngoplastik.

Obgleich in den jüngst verwichenen Jahren eine Reihe von schweren Operationen an dem Halse, wie z. B. die Exstirpation des Kehlkopfes, die Oesophagotomie und Oesophagectomie ausgeübt worden sind, habe ich doch nur bis jetzt einen Fall gefunden, in welchem der Substanzverlust der Pharynxwand durch einen Ersatzlappen gedeckt wurde. Dr. Novaro [4]) exstirpirte ein Krebsrecidiv, nachdem früher der Larynx wegen derselben Krankheit fortgenommen worden war. Dabei musste auch die rechtsseitige Pharynxwand zum Theil mit entfernt werden. Den Ersatz bildete Novaro durch einen Celsus'schen Lappen mit der wunden Fläche nach aussen gerichtet. Dieser Lappen starb ab und es entstand Eiterung. Der Patient starb bald an Verblutung aus der Art. thyriod. sup. Der Nichterfolg der Plastik ist hier auf die Unzulänglichkeit des Lappens zu schieben.

Peritoneoplastik.

Selten wohl wird die Ch. Pl. bei Substanzverlusten der serösen Haut der Unterleibshöhle in Anspruch genommen werden, es sei denn, dass dieselbe mit anderen Krankheiten, namentlich mit Geschwülsten so verwachsen ist, um eine gleichzeitige Wegnahme eines Stückes der Serosa zu veranlassen. Einen solchen Fall beschreibt Mangiagalli [5]), in welchem er bei Exstirpation eines Fibro-myxo-sarcoms ein Stück des Peritoneum parietale mit entfernen musste. Zur Deckung dieses Verlustes nähte er das grosse Netz in die Ränder des Peritoneal-Defectes ein und legte dann weitere Nähte der Muskeln und Haut an. Der Operirte genas.

Gastro- u. Enteroplastik.

So angenehm dem Physiologen die Magenfisteln sind, weil sie ihm Gelegenheit zum Studium der Verdauung geben, mit desto grösserer Bedenklichkeit werden sie von dem Chirurgen in Angriff genommen, dem es obliegt sie zum Verschlusse zu bringen.

Ueber die Schliessung der Magenfisteln besitzen wir eine didactische Abhandlung von Prof. Middeldorpf, in welcher er nach der Aufzählung der verschiedenen Behandlungsmethoden einen Fall beschreibt und abbildet, in welchem er eine plastische Operation mittelst eines zweibrückigen Lappens nach Dieffenbach's Angabe ausführte, jedoch nicht verhindern konnte, dass trotz schneller Anheilung des verschobenen Lappens noch nach $^7/_4$ Jahren eine kleine Fistel zurückblieb, an deren Heilung denn Patientin und Aerzte verzweifelten, besonders da bei oft tagelangem Schlusse derselben Unterleibsbeschwerden eintraten, die nach dem Wiederaufbruche und nach Entleerung einer geringen Menge schaumigen Chymus verschwanden. Es war in diesem Falle die Fistel durch Eiterung von Innen heraus entstanden, nachdem der Krankheitsprocess Jahre lang sich entwickelt. Neuere Operationen sind von Professor Billroth [6]) mitgetheilt worden, welche ebenfalls die Schwierigkeit der Heilungen bestätigen. In einem Falle war eine Magenbauchfistel wieder vollständig aufgebrochen, wo dann B. durch Loslösung, Vorziehung

[1]) Archiv f. kl. Chirurgie Bd. XIV. Berlin 1872. (Abbildung.)
[2]) Zeitschrift für Chirurgie Bd. X. S. 185. Taf. IV. Leipzig 1878. (Abbildung.)
[3]) Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 9. S. 226.
[4]) Verhandl. d. Deutschen Ges. f. Chirurgie. Bd. 6. S. 11. Taf. I. Berlin 1877. Bd. VII. S. 77 fig.
[5]) Sul serramento delle mascelle. Milano 1879. S. 109. Tav. V. fig. 30.
[6]) Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. IV. S. 375. Abbldg. Berlin 1863.

[1]) Annali. univ. di Medicina e Chir. 1883. p. 261.
[2]) Petersburger Med. Zeitschrift Bd. XIII. H. 8. 1867.
[3]) Archiv f. klin. Chirurgie Bd. XVI. S. 681. Tab. XX. Fig. 1—4. Berlin 1874.
[4]) Giornale della R. Academia di medic. d. Torino. 1881. I.
[5]) Gazetta degli ospitali. 1881. 13. 14. 15.
[6]) Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XX. p. 577.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Nähte durch die Bauchwandungen dieselbe schloss und den Hautdefect durch einen Lappen aus der Umgebung mit vollständigem Erfolge deckte. In einem anderen Falle[1]) legte er einen Nélaton-schen Katheter in den Magen, spülte letzteren vollständig aus, excidirte die Wundränder durch elliptische Schnitte und bildete einen zweibrückigen Lappen, welchen er an dem oberen Rande des Defectes annähte. Der Katheter wurde erst am vierten Tage entfernt, wonach kein Magensaft mehr ausfloss und Heilung erfolgte. — Aus anderen ähnlichen Operationen geht die grosse Schwierigkeit einer solchen Heilung hervor und ist dieselbe durch zwei Ursachen zu erklären: 1) durch die sehr häufige Verspeckung des umliegenden Hautgewebes, wodurch der zu transplantirende oder zu verschiebende Lappen selbst nicht mehr vollkommen gesund ist oder keinen gesunden Untergrund findet und 2) durch die Verdauungskraft des Magensaftes, welcher auch auf die der Magenhöhle zugewandte Bindegewebsfläche zerstörend einwirkt und so den plastischen Lappen absterben macht. Wir ersehen daraus, dass eine permanente Drainirung bis zur Verwachsung des Lappens unbedingt nöthig ist, ganz abgesehen von den diätetischen und pharmaceutischen Maassregeln zur Verminderung der Säure des Magensaftes. Dieser Punkt führt auch auf die Frage, ob es nicht möglich ist, die Thiersch'sche Maxime der Lappenbildung auch auf die Magenbauchwandfistel anzuwenden, weil durch sie Epidermisschicht der Magenhöhle zugewendet werden würde.

Zuletzt will ich noch hier bemerken, dass namentlich unter den Militärärzten sich die Maxime gebildet hat: bei Magenverletzungen, welche zu Fisteln führen, mit dem operativen Verfahren sich nicht zu beeilen.

Bei weitem häufiger als die Schliessung der Magenfisteln kommen die Operationen an den Därmen vor, namentlich die Behandlung des Anus praeternaturalis, nachdem derselbe in eine Fistula intestinalis umgeformt worden ist. Collier hat 1835 die erste Hauttransplantation bei diesem Leiden gemacht, Velpeau, Dupuytren, Reybard, haben erfolgreich operirt, ebenso Wilm's[2]) obgleich auch öfter kleine rebellische Fisteln zurückgeblieben sind, auch Misserfolg eintrat. Jakson deckte ebenfalls bei einem Anus praeternaturalis mit einem Lappen, dieser wurde jedoch gangränös, hatte indessen einen solchen heilsamen Reiz der Fistelränder hervorgebracht, dass nach seiner Abscedirung vollständige Heilung erfolgte[3]).

Dass der gerollte Velpeau'sche Lappen in einem solchen Falle nicht rationell ist, erklärt sich daraus, weil er das Lumen des Darmes wieder verengt, welches wir oft mit grosser Mühe und Gefahr durch die Dupuytren'sche Scheere hergestellt haben, um eben den Anus praeternaturalis in eine Fistula intestinalis umzuwandeln. Ob nicht auch hier das Verfahren von Thiersch in Anwendung gebracht werden kann, müssen weitere Versuche lehren.

Auch zur Radicalheilung der Brüche ist die chirurgische Plastik herbeigezogen worden und auch hier hat Velpeau seinen umgerollten Hautlappen eingepfropft. Alle ähnlichen Versuche haben jedoch keine günstigen Resultate gehabt und sind durch die neueren Operationsmethoden z. B. von Czerny u. A., weil weit rationeller, überflüssig geworden.

Ueber **Proctoplastik** sind die Vorschriften von Dieffenbach so practisch und vollkommen zur Operation von narbigen Stricturen des Mastdarmes, dass sie kaum einer weiteren Verbesserung bedürftig erscheinen. — Nur in den Fällen gleichzeitiger Narbenbildung in der die Afteröffnung umgebenden Haut könnte die Rede von der Anwendung der Reverdin'schen anaplastischen Methode sein, wie sie z. B. Robson bei stricturirten Nasenöffnungen anwendete. In diesem Falle würde die Sicherheit der Heilung durch die Anlegung einer zeitweiligen Colonfistel garantirt werden.

Das Verfahren C. Hueter's vor der Exstirpation des krankhaften Mastdarmes einen viereckigen Hautlappen aus der umgebenden Haut concentrisch zu bilden, dessen Brücke am Kreuzbeine liegt, ist insofern plastisch, als durch spätere Narbenschrumpfung an der Stelle, an welcher die herabgezogene Mastdarmschleimhaut mit der Analöffnung des Hautlappens vernäht wurde, dieser letztere in die Mastdarmhöhle emporgezogen wird und dadurch einen gewissen Ersatz für das verloren gegangene Mastdarmstück bildet.

III. Uro-Genital-Organe.

Die Posthioplastik hat schon durch Dieffenbach eine Ausdehnung und Ausbildung erhalten, dass zur Zeit wegen Nichthäufigkeit der Fälle viel Neues nicht zu melden ist, es sei denn die Veröffentlichung von Czerny[4]) über Heilung der Penisfisteln, welche indessen nicht ganz in das Gebiet der Chirurgischen Plastik gehören. Bedeutendes ist hingegen geleistet worden in der Behandlung der angeborenen Spalten der männlichen Harnröhre, bei Epi- und Hypospadäismus. —

[1]) Wölfler: Wiener Med. Wochenschrift 1879 No. 16.
[2]) Koerte: Ueber die Behandlung des widernatürl. Afters. B. l. klin. Wochenschr. 1883. No. 51. Sep.-Abdr. S. 7. 9. 13.
[3]) Rizzoli: Clinique chirurgicale, traduit de l'Italien. Paris 1872. p. 294.
[4]) Centralbl. f. Chir. 1876. S. 634.

Posthioplastik.

Schon Dolbeau und Nélaton hatten bei ihren plastischen Operationen dieser Penisspalten die Maxime verfolgt, den fehlenden Canaltheil durch die Epidermisfläche der Haut herzustellen, und nahmen zu diesem Behufe die Decklappen sowohl aus dem Scrotum als aus der Basis des Penis. Die Resultate dieser Verfahren waren jedoch so wenig schön und relativ brauchbar, dass die Operation nur wenig Nachfolger fand. Erst Thiersch war es vorbehalten, ein physiologisch-rationelles Verfahren zu erfinden und auszuführen, welches an Vollkommenheit kaum etwas zu wünschen übrig lässt. Nachdem er eine künstliche Urinfistel im Perineum angelegt, um während der Verheilung der Operationswunden durch den Urin nicht gestört zu werden, bildet er aus der Penishaut selbst zwei Lappen von der Form eines länglichen Vierecks, die Basis des einen liegt an dem Rande des Canaldefectes, die des zweiten entfernt von ihm. Das eine dieser Läppchen wird nun so über den Canal umgeschlagen, dass es mit seinem freien Rande die gegenüberliegende Canalgrenze erreicht und hier durch feine Suturen befestigt. Das zweite Läppchen wird abgelöst und mit seinem freien Rande auf der entgegengesetzten Seite des Canales ebenfalls befestigt. Auf diese Weise liegt die Epidermisfläche des unteren Läppchens in dem Lumen des so neugebildeten Canales, die Epidermisfläche des zweiten Läppchens bildet hingegen die äussere Decke und beide Läppchen liegen mit ihrer Zellgewebefläche übereinander. Diese Operation wird minutiös in mehreren Zeiten ausgeführt, bis bei weitgestreckter Epispadie die letzte Lücke durch einen Lappen aus der Schamgegend gedeckt wird. Diese Operation fand allgemeinen Beifall und Lücke,[1]) Esmarch[2]) und Lossen[3]) haben dieselbe mit sehr günstigem Erfolge ausgeführt. Merkel[4]) heilte einen Defect der Harnröhre aus dem Scrotallappen, wendete keinen Weilkatheter an und bildete auch keine künstliche Urinfistel, weil er frischen Urin für vollkommen unschädlich hält; dies darf jedoch wohl nicht in allen Fällen angenommen werden, weil sowohl bei Epials Hypospadie sehr häufig chronischer Katarrh zugegen ist, über dessen Fortsetzung in die Harnblase, ja bis zu den Nieren wir uns erst genau durch physikalische und chemische Untersuchungen vergewissern müssen.

Duplay[5]) hat seine frühere Operationsweise mannichfach modificirt; er ist gegen die Bildung einer vorhergehenden künstlichen Urinfistel, obgleich bis jetzt nach dem Vorgange von Segalas in Frankreich dieselbe so ziemlich im Gebrauche war. Sein Operationsverfahren ist von dem Thiersch'schen darin verschieden, dass sowohl bei Hypo- als Epispadie der neue Canal vielleicht nicht ganz aus Epidermisfläche gebildet wird, eine kleine Strecke aus Zellgewebfläche der herbeigezogenen Penislappen durch eine eigenthümliche Art von Sutura clavata (Galli) vereinigt wird und über einem Katheter liegt. — Bei Epispadie liegen nach D.'s Beobachtung die beiden Corpora cavernosa weiter als normal auseinander, so dass man einen Katheter zwischen sie eindrücken kann, was durch eine feine, wenn nothwendige Nachhilfeincision noch vermehrt wird; über den Katheter werden dann die Penislappen gezogen und durch Silberdraht nach der soeben angegebenen Weise vernäht. Der Katheter lag in einem Falle längstens vier Tage. Zur Ableitung des Urines legt er in die an der Basis des Penis zurückbleibende kleine Oeffnung eine Sonde bis in die Blase; diese Oeffnung wird nach vollständiger Verwachsung der vorliegenden Theile leicht geschlossen. Die Resultate dieser mehrfach ausgeführten Operationen werden von dem Verfasser als recht befriedigend angegeben. Kleine nachbleibende Fisteln wurden leicht durch Aetzen zum Schlusse gebracht. Duplay giebt indessen den Rath solche Operationen nur bei Erwachsenen, also vernünftigen! Patienten auszuführen.

Ueber die Deckung der angeborenen Defecte der vorderen Blasenwand (Cystoplastik) ist das Thiersch'sche Verfahren bis jetzt mustergiltig, wenn es auch noch nicht den Gipfel der Vollkommenheit erreicht hat, welche man theoretisch an dieselbe stellen könnte. Die Enurese, welche bei dem männlichen Geschlechte mittelst eines Compressoriums aufgehalten werden kann, hat bei dem weiblichen Geschlechte durch ein ähnliches Instrument noch nicht zum Schweigen gebracht werden können und die Hoffnung, einst einen Sphincter vesicae herzustellen, steht auf gleicher Höhe mit derjenigen des Orbicularis oris bei Stomaplastie.

Das Bedenken, dass nach der Cystoplasie in der Pubertätszeit innerhalb des Blasenraumes sich Haare entwickeln würden, welche zu Incrustationen Veranlassung geben, ist dasselbe, wie es auch der Buccoplastik gemacht wurde, doch bis jetzt noch nicht durch Erfahrung begründet, auch nicht wahrscheinlich wegen der Veränderung der Epidermisfläche in Höhlen.

[1]) Verhandlungen d. Ges. f. Chir. 1877, S. 142.
[2]) Ebendas. S. 145.
[3]) Zeitschrift f. Chir. Bd. X, S. 487, Taf. 12 u. 13, 1878,
[4]) Centralbl. f. Chir. 1882, S. 803.
[5]) Archives génér. d. Médecine. Paris 1880, Vol. I, p. 257, Fig.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag — № 16. — 17. April 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. — Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Ueber Hysterie beim männlichen Geschlecht.

Nach einem Vortrage in der med. Gesellschaft zu Berlin

von

E. Mendel.

Versteht man unter Hysterie dem Wortlaute nach eine Krankheit, die ihren Ursprung in der ὑστέρα, dem Uterus, hat, so ist das Vorkommen der Hysterie beim männlichen Geschlecht selbstverständlich ein Unding, der Ausdruck „Hysterie bei Männern" eine „Geschmacklosigkeit" (Eulenburg).

Aber die alte Lehre, dass der Complex von Symptomen, den wir mit dem Namen Hysterie bezeichnen, in irgend welch besonderer Beziehung zum Uterus stünde, hat, nachdem sie weit über 2000 Jahre ohne Widerspruch geherrscht, in den letzten Decennien eine so gründliche Erschütterung erfahren, dass die Ueberzeugung mehr und mehr sich geltend macht, dass die Hysterie gerade so viel und gerade so wenig mit dem Uterus, wie mit irgend einem anderen Organ zu thun hat. Jedes Organ des Körpers kann durch seine Erkrankung bei vorhandener Prädisposition zur Hysterie gelegentlich den Ausbruch derselben hervorrufen oder beschleunigen, eine besonders hervorragende oder gar allein bestimmende Rolle dem Uterus nach dieser Richtung hin zuzuerkennen, dafür fehlt es an beweisenden Thatsachen. Im Gegentheil sprechen Fälle, dass Frauen ohne Uterus hysterisch sein können und dass bei $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ der Hysterischen absolut jede Läsion des Uterus vermisst wird, entschieden dagegen. Ganz dasselbe gilt, beiläufig bemerkt, für das Ovarium, dem man (Négrier, Schützenberger u. a.), als der Uterus in seiner Bedeutung erschüttert worden war, die Rolle desselben bei der Hervorbringung der Hysterie zuertheilte.

In höchst erfreulicher Weise haben diese Anschauungen entsprechende Berücksichtigung in der Therapie der hysterischen Zustände gefunden. Es ist noch nicht allzulange her und die älteren Collegen haben ja diese Zeit alle mit durchgemacht, in der nach dem Spruche des Mephistopheles jede nervenkranke Frau dem Speculum, der monatelang dauernden Touchirung einer unschuldigen Erosion am Orificium uteri, der Uterussonde zur Aufrichtung des ante- oder retroflectirten Uterus anheimfiel. Die Psychiater können am besten darüber Auskunft geben, welcher Schaden dadurch in einer nicht kleinen Zahl von Fällen herbeigeführt worden ist. Sie haben längst vor dem Missbrauch gewarnt, und es muss dankbar anerkannt werden, dass die hervorragenden Gynäkologen der hiesigen geburtshilflichen Gesellschaft sich im vorigen Jahre in entschiedener Weise in dem angedeuteten Sinne aussprachen. Es muss aber dies ganz besonders noch hervorgehoben werden, als leider neuerdings noch viel gewaltigere Eingriffe, als jene örtliche Behandlung des Uterus, gegen Hysterie in Gestalt der Ovariotomie mehrfach angewendet worden sind.

Ist demnach die Bezeichnung Hysterie in ihrer etymologischen Bedeutung, ebenso wie viele andere, wie z. B. Hypochondrie, Melancholie u. s. w., verlassen, dann steht kein Bedenken mehr dem entgegen, das Wort auch für einen Symptomencomplex beim Manne zu gebrauchen, wenn jener völlige Uebereinstimmung mit dem bei der Frau zeigt. Viel grösser, ja zur Zeit unlösbar, ist die Schwierigkeit, den Symptomencomplex selbst zu definiren, oder gar ihm eine bestimmte Krankheit zu substituiren. Ich werde mich auf eine Erörterung hierüber heute nicht einlassen; es würde dies in eine allgemeine Besprechung über Hysterie, nicht in die specielle der Hysteria virilis gehören. Wir begnügen uns hier, die Hysterie als eine sogenannte functionelle Krankheit des Nervensystems zu bezeichnen, deren Symptome, wie schon Sydenham sagte, einen wahren Proteus bilden, der sich unter ebenso vielen Farben als das Chamäleon darstellt.

Sie zu localisiren, wie noch neuerdings Liebermeister versucht hat, als „functionelle Krankheit der grauen Hirnrinde", scheint mir zur Zeit unmöglich. Wäre die Sache so einfach, dann würde Melancholie, Manie, Paranoia primaria, die ebenfalls Krankheiten der grauen Hirnrinde sind, bei denen wir Veränderungen in derselben nicht finden, die demnach als functionelle bezeichnet werden, wesentlich dasselbe sein wie Hysterie.

Dass eine functionelle Krankheit des Nervensystems mit vielfach wechselndem Bilde, wie es von Alters her als Hysterie bei Frauen beschrieben wurde, auch beim männlichen Geschlecht vorkommt, haben erst die letzten Decennien in genügender Weise erkannt. Als ich bei Frerichs in Breslau specielle Pathologie hörte, erklärte er, er erinnere sich nur eines Falles von Hysterie beim Manne, der einen jungen Theologen mit zu engem Präputium betraf.

Romberg (Nervenkrankheiten 1857 p. 563) erörtert die Frage des Vorkommens der Hysterie beim männlichen Geschlecht, bejaht sie, und spricht sich besonders gegen das Zusammenwerfen derselben mit der Hypochondrie aus, wie es von Vielen geschieht. Er scheint aber nur Fälle von Knaben in der Pubertätszeit im Auge zu haben und urgirt den transitorischen Charakter der Affection beim männlichen Geschlecht im Gegensatz zu dem perennirenden bei dem weiblichen. Keine von diesen beiden Einschränkungen kann jedoch aufrecht erhalten werden.

Den Franzosen gebührt das Verdienst, wie überhaupt über die Hysterie, auch über die specielle Frage des Vorkommens derselben beim männlichen Geschlecht, unsere Kenntnisse in der wesentlichsten Weise gefördert zu haben. Nach Lepois war es vor Allem Briquet (1859), der die Frage der männlichen Hysterie behandelte. Neben 1000 eigenen und fremden Beobachtungen über Hysterie beim Weibe führt er 50 Beispiele an von männlicher Hysterie, und kommt demgemäss zu den Schluss, dass auf 20 hysterische Frauen 1 hysterischer Mann kommt. Nach Briquet hat sich nun eine reiche Litteratur, besonders in Frankreich entwickelt, Petit stellte in seiner These 1875 61 Beobachtungen von Hysteria virilis zusammen, Féré 77 Fälle; seitdem wächst die Zahl der veröffentlichten Beobachtungen fortwährend, aber es darf wohl hervorgehoben werden, dass trotz der grossen Zahl von Beobachtungen in Frankreich noch jeder Fall von Hysteria virilis ausführlich mitgetheilt wird, und dass ganz besonders auch Charcot in seinen Leçons sich eingehend mit jedem einzelnen Fall beschäftigt. Auch in England, Russland, Scandinavien hat man, wie die einzelnen Veröffentlichungen zeigen, der Frage grössere Beachtung geschenkt, am spärlichsten sind die Publicationen noch aus Deutschland, und auch anderweitige Erfahrungen zeigten mir, dass, wenn es auch nicht am Beobachtungsmaterial fehlt, die entsprechende Auffassung desselben noch durch das Festhalten an älteren Anschauungen grade in Deutschland erschwert wird. — Durch Bezeichnungen wie Chorea magna, Katalepsie u. a. für jene Erkrankungen wird die Sachlage unnöthig complicirt. In Bezug auf die Hysteria major bei Knaben haben wir allerdings durch Henoch (Vorlesungen über Kinderkrankheiten) und Riegel neuerdings werthvolle Beiträge erhalten.

Es würde weit über die Grenzen eines Vortrages hinausgehen, hier nun ausführlich auf all die einzelnen Symptome der Hysterie bei dem männlichen Geschlecht einzugehen; es genügt im Allgemeinen festzustellen, dass die Hysterie in ihren mildesten Formen bis zu den schwersten Attaquen der sog. Hystero-Epilepsie beim männlichen Geschlecht ganz ebenso, wie beim weiblichen beobachtet worden ist. Es sei mir aber gestattet, zwei hochgradig ausgebildete Fälle von Hysterie beim männlichen Geschlecht hier mitzutheilen, und daran einige Bemerkungen anzureihen, die sich im Wesentlichen auf den Vergleich der Erscheinungen bei Mann und Frau beschränken sollen.

Der eine jener Fälle betrifft einen Knaben mit Anfällen von jener Form von Hysterie, die man als Hysteria gravis s. major bezeichnet hat; der andere einen erwachsenen Mann, bei dem jene Anfälle vollständig

Digitized by Google — Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fehlten, der aber einen sehr vollständigen Symptomencomplex einer klassischen Hysterie zeigt.

Krankengeschichte 1.

O. M., 10 Jahre alt, hereditär zu Nervenkrankheiten prädisponirt, (Grossmutter väterlicher Seits epileptisch), hat in den ersten Lebensjahren vielfach an Störungen im Tract. gastro-intest. gelitten. Er ist aus der Clientel des Herrn Geheimrath Siegmund.

Er war lebhaft, geistig gut veranlagt und lernte leicht. Der Schlaf war immer unruhig, er wälzte sich viel im Bett umher; und bei geringen Anlässen zeigte er hohes Fieber. Nachdem er 1879 wieder einen heftigen Darmcatarrh durchgemacht, erkrankte er im Winter 1880/81 an einer Neurose, die sich in schmerzhaften Empfindungen im Gebiete des Trigeminus, später auch in den übrigen Theilen des Körpers ohne genauere Localisation kundgab. Bei den heftigeren Schmerzanfällen traten neben Kältegefühl und Zittern auch leichte Zuckungen in den oberen Extremitäten ein. Diese Neurose dauerte ca. 6 Wochen, so dass Pat. dann wieder die Schule besuchen konnte. Doch wurde jetzt eine gewisse Muskelunruhe beobachtet, bei der weder Füsse noch Hände zur Ruhe kamen. Dieselbe Unruhe machte sich auch in seiner Psyche bemerkbar; er war im Gegensatz zu der Zeit vor der Krankheit ohne Ausdauer, sprang leicht von einem Gegenstand zum andern; endlich trat bei ihm am Tage, niemals in der Nacht, während lebhaften Spielens unwillkürliche Urinentleerung ein, ein Symptom, das seitdem bestehen blieb. Im Uebrigen blieb der Knabe die nächsten $1^3/_4$ Jahre gesund, bis im November 1882 sich Kopfschmerzen, besonders in der Scheitelgegend, Erbrechen und im weiteren Verlauf Amblyopie auf dem rechten Auge und Flimmern bei Fixirung eines Gegenstandes einstellte. (Krampf des Accommodationsapparats.) Dabei ging die Ernährung sehr herunter.

Diese Erscheinungen schwanden im Sommer 1883 alle, nur war das Kind reizbar, launenhaft, es wurde ihm das Lernen schwerer.

Am 7. August 1883 trat, ohne dass unmittelbar vorher irgend etwas Besonderes vorgefallen wäre, ein Anfall ein, der folgenden Verlauf nahm:

Zuerst Trommeln mit den Füssen während des Sitzens. Klagen über Schwanken fixer Gegenstände bei deren Betrachtung, dann zeigte der Knabe hingelegt einen Emprosthotonus, wobei der Körper emporgeschnellt wurde. Der Körper ruhte mit concav gebogenem Rücken und im Knie gebogenen Beinen auf dem Hinterhaupt und den Hacken. Das Sensorium war dabei frei.

Beinahe täglich wiederholten sich und zwar mehrmals an einem Tage diese Anfälle 12 Tage lang, in der Regel des Abends 7 Uhr.

Reiben auf der rechten Brust zwischen Warze und Achsel schien die Anfälle häufig zu bessern, selbst zu unterdrücken. Pat. klagte über ausstrahlende Schmerzen vom Scheitel durch die rechte Körperhälfte bis zur kleinen Zehe und über Stiche von Ohr zu Ohr.

Am 19. August veränderte sich der Charakter der Anfälle: Kein tonischer Krampf, dagegen krampfhaftes Schütteln, Lach- und Weinkrämpfe. Hallucinationen: er hält Personen und Gegenstände für Thiere, die ihm Entsetzen einflössen. Dieser Anfall mit beinahe vollständig aufgehobenem Bewusstsein (erkannte noch die Eltern) dauerte ca. 4 Stunden.

Die nächsten Tage wiederholte Anfälle mit vollständig aufgehobenem Bewusstsein, beisst und schlägt, delirirt. Amaurosis dextra. Am 21. August Paresis brach. dextr.

24. August. Starker, 2 Stunden lang dauernder Anfall; während desselben sieht Pat. mit dem rechten Auge; Anästhesie der rechten Vola manus.

25. August. Das rechte Auge ist völlig functionsfähig, ebenso ist die Parese des rechten Arms geschwunden, Nachmittag $1^1/_2$ stündiger Anfall mit Wechsel von Zuckungen, Schüttelkrämpfen, heiteren und trüben Delirien. Hyperästhesie des rechten Beines, welche später in allgemeine Hyperästhesie des ganzen Körpers übergeht der Art, dass jede Berührung Schüttelkrämpfe auslöst.

26. August. Keine Rückerinnerung an die Anfälle, dagegen während des Anfalls Erinnerung an Begebenheiten in früheren Anfällen, Fortsetzung der Reden und Handlungen im neuen Anfall im Anschluss an die in den früheren. Hüpft und tanzt im Anfall.

27. August. Kriecht im Zimmer, unterm Bett umher während des Anfalls.

30. August. Nachdem der 29. und 30. August frei von Anfällen, der Pat. psychisch nahezu normal war, Amaurosis sinistra.

31. August. Die Amaurosis ist verschwunden. Auch in den nächsten 14 Tagen kehren die Anfälle, die vielfach ihre äussere Gestalt wechseln (bald heftige Zuckungen, bald wieder Umherkriechen, bald unaufhörliches Schreien von aia, bald Citiren langer Gedichte mit scandirender Sprache) wieder. In der Zwischenzeit zwischen den Anfällen, die 1—2 Stunden dauern und in der letzten Zeit, ohne an eine bestimmte Stunde, wie im Anfang gebunden zu sein, 1—3 Mal täglich wiederkehrten, ist der Pat. bis auf grosse Reizbarkeit psychisch normal. Er klagt öfter über Schmerzen in den Hüften, auch in den Zehen des linken Fusses, dann über Schmerzen im Scrotum und darüber, dass er wegen Steifigkeit des Penis nicht ordentlich uriniren könne.

Die beschriebenen Anfälle konnten weder durch Anwendung des faradischen Pinsels im Gesicht bei stärksten Strömen, noch durch kalte Einwicklungen, noch durch die Douche, noch durch Compression der Hoden unterdrückt werden.

Die innern Organe ergeben im Uebrigen keine Abnormität.

In diesem Zustande bei täglichen Anfällen wurde der kleine Pat. Mitte September in eine Anstalt gebracht, hier kehrte nach 3 Tagen noch ein leichter Anfall, aber mit all den geschilderten Symptomen, zurück. Seitdem ist kein Anfall wiedergekommen. In der ersten Zeit zeigten sich allerdings noch Andeutungen, eine Aura, die der Knabe als ein gewisses eigenthümliches Gefühl im Kopfe bezeichnete, aber auch diese verschwand. So kann man sagen, dass mit der Transferirung aus dem Hause die Heilung der Anfälle eingeleitet wurde und jetzt nach 7 Monaten ist nur noch eine gewisse leichte Wandelbarkeit der Stimmung, eine gewisse leichte Erregbarkeit vorhanden, im Uebrigen der Knabe gesund.

Krankengeschichte 2.

Der zweite Fall betrifft einen Damenschneider:

W., 33 Jahre alt, verheirathet, aber kinderlos. Geisteskrankheiten wie ausgesprochene Nervenkrankheiten sollen in der Familie nicht vorgekommen sein; dagegen giebt die Frau des Pat. an, dass die ganze Familie ihres Mannes etwas Eigenthümliches, Sonderbares hätte. Pat. selbst war immer von etwas launischem Charakter, wechselte vielfach in seinen Stimmungen und war ungemein energielos. Sein ganzer Charakter war ein „weibischer". Er ist im Uebrigen bis vor 8 Jahren angeblich immer gesund gewesen, hat weder in Venere noch in Baccho excedirt, ist speciell nie syphilitisch erkrankt gewesen. Zu jener Zeit trat angeblich ohne nachweisbare Veranlassung eine Lähmung an Armen und Beinen ein, in Folge deren er 4 Monate ohne sich rühren zu können, im Bett liegen musste. Die Sphincteren waren bei der Lähmung nicht betheiligt. $^1/_2$ Jahr vom Beginn der Krankheit an gerechnet konnte er wieder arbeiten, doch ist er seit jener Zeit nie völlig gesund gewesen. Die oben geschilderten Charaktereigenschaften haben sich in beträchtlicher Weise seitdem gesteigert. Er selbst giebt an, dass er sehr reizbar wäre, leicht zum Weinen geneigt sei, und dass ihn besonders oft ein Gefühl von Druck im Halse (Globus) gepeinigt hätte. 1880 trat eine neue Lähmung, vorzugsweise an den Beinen auf, die Arme konnte er ein wenig bewegen. Dieselbe schwand nach 5—6 Wochen.

Im August 1882 wurde er mir durch Herrn Sanitätsrath Marcuse zur Behandlung überwiesen, da neue schwere Symptome einer Nervenerkrankung eingetreten waren. Die Untersuchung ergab bei gutem Ernährungszustand, bei normalem Verhalten der Respirations-, Circulations- und Digestionsorgane von Seiten des Nervensystems folgende Erscheinungen:

Exquisit spastischer Gang, Muskeln rigide, Sehnenreflexe hochgradig erhöht, am linken Fuss Klonus, Hautreflexe nicht verändert; an den Armen die Muskeln ebenfalls rigide, an den Fingern der rechten Hand leichte Contracturen. Sphincteren, Potenz normal. Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule auf Druck vom 4. Rückenwirbel abwärts, im Uebrigen Sensibilität normal; keine trophischen Störungen.

Die elektrische Untersuchung ergab keine wesentliche Abweichung von der Norm. Unter diesen Umständen stellte ich damals die Diagnose auf spastische Spinalparalyse. Bei der Behandlung mit dem constanten Strom besserten sich allmählich die Symptome, und im November war weder von den spastischen Erscheinungen, noch von der Steigerung der Reflexe etwas nachzuweisen.

Da trat im November 1882 ganz plötzlich bei einem Ausgang auf der Strasse ohne jede nachweisbare Ursache ein heftiger Schmerz im linken Fussgelenk ein. Er musste auf der Strasse stehen bleiben, wurde erst in einen Laden, dann nach Hause gebracht. Pat. schrie Tag und Nacht über diesen Schmerz. Die oft wiederholten Untersuchungen, die ich z. Th. mit Herrn Collegen Marcuse zusammen anstellte, liessen absolut nichts Objectives nachweisen, alle angewandten Mittel blieben erfolglos, nur grosse Dosen Morphium verschafften Schlaf.

Allmählich liess der Schmerz nach, aber es dauerte $^3/_4$ Jahr, ehe er vollständig geschwunden war. Während der ganzen Zeit war äusserlich nicht die geringste Veränderung wahrnehmbar. Kaum war dies überwunden, da begann ein Husten, der ca. 3 Monate währte. Dieser Husten bestand in einem lauten, fast unaufhörlichen Bellen, das seine Nähe unerträglich machte. In der Nacht liess dieser Husten nach. In

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

den Luftwegen war eine Veränderung nicht nachweisbar. Augenblicklich ist auch dieser Husten beseitigt, und der Pat. bietet nur noch folgende Symptome:

1. Schmerzen im Rücken, besonders zwischen den Schulterblättern. 2. Schmerzen auf Druck in der Regio iliaca, besonders rechts, Schmerzen auf Druck in der Regio epigastrica, und beim Klopfen neben der Sutura sagittalis am Schädel. 3. Zeitweise auftretendes Gefühl von Zusammengeschnürtsein am Halse. Der Schlaf ist in den ersten Stunden der Nacht gut, dann aber schlecht. Die Stimmung ist wechselnd, leichte Neigung zum Weinen vorhanden. Im Uebrigen sind alle Functionen in Ordnung.

Gehörte das geschilderte Krankheitsbild einer Frau an, so würde man über die Rubricirung desselben unter „Hysterie" keinen Augenblick zweifeln; das Auftreten jener Erscheinungen beim Manne liess, zuerst wenig, die Diagnose zweifelhaft und schwierig erscheinen, und ich habe in den von mir durchgesehenen Beobachtungen von Hysterie beim Manne, die veröffentlicht worden sind, kein Analogon gefunden.

Es sei gestattet, mit Rücksicht auf die beschriebenen Fälle nun auf einige Symptome hier näher einzugehen.

Was zuerst die Anfälle betrifft, die der Knabe gehabt, so werden manche geneigt sein, sie als Chorea magna zu bezeichnen. Sie stimmen aber so vollständig in ihren Symptomen mit dem überein, was wir beim weiblichen Geschlecht als hysterische Attaque bezeichnen, dass sicher kein Grund vorliegt, nur deshalb einen andern Namen zu wählen, weil der Symptomencomplex bei einem Knaben auftrat. Man könnte die Anfälle auch wegen des vollständigen Verlustes des Bewusstseins für epileptische halten. Doch das Criterium des Bewusstseinsverlustes hat seine früher entscheidende Bedeutung für die Diagnose der Epilepsie verloren, seitdem man gesehen, dass bei unzweifelhaft hysterischen Attaquen Bewusstseinsverlust vorkommt, wie andererseits wahre epileptische Anfälle beobachtet werden, in denen das Bewusstsein nicht vollständig aufgehoben ist. In unserm Fall spricht das wechselnde Bild der einzelnen Anfälle, die vielfach auftretenden und wieder schwindenden Störungen im Bereiche der Motilität und Sensibilität (Amaurosis fugax), vielleicht auch die absolute Einflusslosigkeit des Kal. bromat. gegen die epileptische Natur, vor Allem aber die Thatsache, dass fast unmittelbar mit dem Wechsel des Aufenthalts die Anfälle schwinden und jetzt also, während sie vorher wiederholt täglich Wochen lang vorhanden waren, seit ca. 7 Monaten nicht zurückgekehrt sind. Von Interesse ist die Erscheinung des sogenannten doppelten Bewusstseins; bei dem Pat. steht das psychische Leben mit seinen Delirien und Hallucinationen in den Anfällen in einer Continuität, ebenso wie das annähernd normale psychische Leben in der Zwischenzeit in den Anfällen. Solche Zustände sieht man bei Geisteskranken zuweilen, oft sind sie beschrieben worden in den Fällen von Somnambulismus, die zum grossen Theil wohl ebenfalls der Hysterie angehören.

Ich habe diese hysterischen Attaquen wiederholt unter den verschiedensten Formen im Alter von 15—17 Jahren gesehen, sie kommen nur noch selten in einem spätern Lebensalter beim Manne vor, während beim weiblichen Geschlecht sie in allen Lebensaltern beobachtet werden.

Zu den häufigsten Erscheinungen in der Hysterie beim weiblichen Geschlecht gehört bekanntlich: 1. der Schmerz auf Druck in der Regio iliaca, der als Ovarie bezeichnet wird, 2. der epigastrische Schmerz, 3. der Krampf im Oesophagus, der Globus genannt wird, 4. der Clavus, am häufigsten neben der Parietalnaht.

Alle diese Symptome finden sich bei dem von mir geschilderten Manne. Speciell möchte ich darauf aufmerksam machen, dass sich weitaus in der grössten Mehrzahl der Fälle von Hysterie bei Männern, auch in Fällen geringen Grades, jener Schmerz in der Regio iliaca, die Ovarie, und zwar, wie es scheint, vorzugsweise rechts sich findet, so dass ich demselben einen gewissen diagnostischen Werth beilege. Dass die Ovarie nicht von einer Empfindlichkeit des Ovarium herrührt, ist durch die Gynäkologen hinreichend festgestellt; bei der gewöhnlichen Art des Druckes, um die Ovarie festzustellen, trifft man überhaupt das Ovarium nicht. Am wahrscheinlichsten ist es, dass der Schmerz myalgischer Natur ist, also vom Musc. obliquus abdominis herrührt (Briquet) und demnach den Schmerzen in dem Rücken, den Brustmuskeln u. s. w. bei Hysterischen entspricht.

Auch Charcot erwähnt eines Falles bei einem Knaben von 13 Jahren, der einen hysterogenen Punkt in der linken Weichengegend hatte. Druck auf diesen Punkt liess die convulsivischen Bewegungen erscheinen; im Allgemeinen aber ist er der Ansicht, dass für die Ovarie der Frauen beim männlichen Geschlecht die Reizbarkeit des Hodens auftritt und Druck auf denselben die hysterischen Anfälle hervorruft oder aufhält. Ich kann nach meinen Erfahrungen dies nicht bestätigen; nur selten konnte ich eine gewisse Schmerzhaftigkeit der Hoden nachweisen, die aber ohne Einfluss auf die Anfälle war; speciell fehlte jeder Einfluss in dem obenerwähnten Falle bei jenem Knaben mit hysterischen Krämpfen, wenn er auch nach den Anfällen über Schmerzen im Scrotum klagte. In Bezug auf den Globus bemerke ich, dass eine ähnliche Sensation auch bei reiner Epilepsie, wie bei Convulsionen auf organischer Grundlage (Tumor im Pons) sich findet (Gowers).

Von schmerzhaften und hysterogenen Punkten möchte ich noch für den Mann aufmerksam machen auf die Stellen zwischen Mamilla und Achsel, wie sie auch bei jenem Knaben hervortraten.

Seltener wie die bezeichneten Symptome sind Anästhesien und speciell Hemianästhesien in der Hysteria virilis, während wir jene so oft bei Frauen sehen. Bei dem Knaben wurde vorübergehend eine Anästhesie der Hand beobachtet.

Auch die Fälle von Anästhesie des Opticus, Amaurose, von denen bereits die Litteratur eine grössere Anzahl bei Hysterischen aufweist, ich selbst auch vor einer Reihe von Jahren hier einen solchen Fall mittheilte, scheinen bei Männern ungemein selten zu sein. Dagegen scheint es, als ob die Hyperästhesien, besonders jene allgemeine Hyperästhesie, durch die leicht partielle oder allgemeine Krämpfe ausgelöst werden, wie oben bei dem Knaben erwähnt, beim männlichen Geschlecht verhältnissmässig öfter vorkämen.

Was die Paraplegie anbetrifft, so sind derartige Zustände bei Hysterischen ja häufig, ich brauche dabei nur an die Heilungen derselben durch Reliquien u. s. w. zu erinnern. Fälle der Art bei Männern sind auch bereits wiederholt erwähnt z. B. bei Potain. Gerade hier ist die Kenntniss derartiger Zustände von grosser practischer Wichtigkeit, um sich nicht über die Prognose zu täuschen und um die richtigen therapeutischen Maassnahmen einzuschlagen.

Von grossem Interesse ist die geheilte spastische Spinalparalyse bei jenem Manne. Dass bei wirklicher Hysterie der Symptomencomplex, den man unter diesem Namen versteht, vorkommt, wurde bereits von Charcot in seltenen Fällen constatirt; ich kann jedoch keinen Fall unter den veröffentlichten Beobachtungen von Hysteria virilis finden. Vielleicht aber gehört einer oder der andere jener Fälle von geheilter spastischer Spinalparalyse hierher (z. B. der Fall von v. der Velden, klin. Woch. 1878, No. 38; wenigstens wird hier die psychische Abnormität, der Wechsel der Stimmung u. s. w. besonders hervorgehoben).

Auf die Arthralgie brauche ich hier kaum näher einzugehen; sie ist ein so häufiger Begleiter der Hysterie, wenn auch das Vorkommen dieser Affection bei Männern bisher nur äusserst selten beobachtet wurde. Interessant ist die ganz acute Entstehung in dem vorstehenden Falle ohne irgend welches ätiologisches Moment, während das Verschwinden ein allmähliches war im Gegensatz zu der Mehrzahl der Fälle, in denen Entstehung und Aufhören allmählich sich einstellte. Ganz plötzliches Verschwinden der Arthralgie nach einer psychischen Erschütterung wurde von Brodie beobachtet.

Contracturen scheinen bei der Hysteria virilis verhältnissmässig nicht so häufig, wie bei der der Frauen vorzukommen.

Der hysterische Husten, wie er oben erwähnt, ist schon von Sydenham beschrieben; er findet sich öfter bei jungen Mädchen, als bei Frauen; bei Männern gehört er jedenfalls zu den Seltenheiten.

Was die Aetiologie der Hysteria virilis betrifft, so spielt hier ebenso wie bei der Hysterie beim weiblichen Geschlecht, die Heredität eine hervorragende Rolle, und zwar ist es vor Allem die von der hysterischen Mutter überkommene erbliche Anlage. Klein konnte eine solche hereditäre Anlage in 23 von 30 Fällen männlicher Hysterie nachweisen. Doch möchte ich glauben, und dies erscheint besonders für die Therapie von Bedeutung, dass in einer Anzahl von Fällen nicht die im Keime gegebene Anlage der wesentliche Punkt für die schliessliche Hervorbringung der Hysterie ist, sondern die directe Nachahmung. In einer Zahl von Fällen tritt die bei der Ascendenz als Epilepsie sich zeigende Neurose, bei der Descendenz als Hysterie auf, wie ja auch Fälle von umgekehrter Reihenfolge beobachtet werden.

Die Onanie, die bei einer grossen Zahl der in der Pubertätszeit an Hysterie erkrankenden Knaben gefunden wird, scheint mir vielmehr ein Zeichen der neuropathischen Disposition, als ein ätiologisches Moment zu sein, wobei nicht geleugnet werden soll, dass sie ihrerseits wieder durch den allgemein schwächenden Einfluss nachtheilig auf Verlauf und Dauer der hysterischen Neurose wirkt.

Am häufigsten ist die Hysterie unzweifelhaft in der Pubertätszeit bei Knaben, im Alter von 14—16 Jahren, doch kommt sie auch in viel früherem und auch in späterem Alter vor, wie die vorhin mitgetheilten Fälle zeigen. Reynolds meint, dass die Hysterie am häufigsten zwischen 20 und 30 Jahren ist, doch auch im Alter von 5 bis 14 Jahren vorkomme. Nicht selten habe ich sie bei Studirenden, besonders in den ersten Semestern gesehen. Die geistige Spannkraft war mit den Anstrengungen des Abiturientenexamens erschöpft, und die

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Symptome, die in der Regel schon früher angedeutet waren, traten nun in vollem Maasse hervor.

Dass die Hysterie übrigens nicht etwa blos bei anämischen, schwächlichen Männern auftritt, beweist am besten ihr relativ häufiges Vorkommen bei Matrosen, wie es besonders von englischen Autoren und unter den deutschen von Arndt (Greifswald) hervorgehoben wird.

Als direct hervorrufendes Moment ist auch hier, wie bei Frauen, zuweilen ein heftiger psychischer Eindruck zu erwähnen. In dieser Beziehung darf erwähnt werden, dass neuerdings in Amerika auf Grund zahlreicher Beobachtungen sich die Anschauung geltend macht, dass ein Theil der Fälle der s. g. Railway spine (unser Beobachtungsmaterial über diese Krankheit ist in Deutschland im Verhältniss zu Amerika und England glücklicher Weise ein beschränktes) zur Hysterie gehören.

Die Diagnose der Hysteria virilis ist nicht selten schwierig, zuweilen nur nach längerer Beobachtung möglich; öfter wird dieselbe erst gestellt, nachdem eine zuweilen plötzliche Heilung den anscheinend durch schwere anatomische und irreparable Veränderungen bedingten Symptomencomplex beseitigt hat.

Aber auch nach der entgegengesetzten Richtung sind die diagnostischen Fehler nicht allzu selten (vorzugsweise allerdings bei Frauen), indem die anscheinend functionelle Neurose, die man durch moralische Mittel zu beseitigen dachte, unter schweren Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems zu einem ganz unerwarteten Exitus durch den Tod führt, und dann die Section recht erhebliche palpable Veränderungen nachweist.

Von diagnostischem Werth dürfte vor Allem sein:

1. Der Nachweis in der Anamnese, dass wechselnde Zustände von Krankheiten des Nervensystems vorhanden gewesen sind, deren Zusammenfügung in die gewöhnlichen Bilder der organischen Erkrankungen des Nervensystems nicht möglich erscheint.
2. Der Nachweis jener schmerzhaften Punkte und des Globus.
3. Der bunte Wechsel der Erscheinungen während der Beobachtung.

Für die Unterscheidung der hysterischen Anfälle von den epileptischen gilt vor Allem auch das eigenthümliche Bild, das vielmehr den Anschein der gewollten, complicirten Bewegungen, als das einfacher automatischer Vorgänge zeigt.

Im Uebrigen kommen auch Combinationen von Epilepsie und Hysterie vor.

Mit einigen Worten möchte ich noch auf die häufige Verwechselung der Hysterie mit der Hypochondrie eingehen. Practisch ist diese Unterscheidung allerdings nicht von so hervorragender Bedeutung, immerhin aber muss doch vom wissenschaftlichen Standpunkt die Hypochondrie von der Hysterie getrennt werden. Jetzt wird eine nicht kleine Zahl hypochondrischer Frauen als hysterisch, und eine gewisse Zahl hysterischer Männer als Hypochonder bezeichnet.

Romberg hat bereits in treffender Weise den Gegensatz zwischen der Hypochondrie und der Hysterie gezeichnet, bei der ersteren ist der Geist productiv, schafft körperliche Empfindungen und Veränderungen und fixirt sie in bestimmten Organen, in der Regel in den Abdominalorganen, bei letzterer ist die Willenlosigkeit das psychische Gepräge; die Reflexerregbarkeit ist das herrschende Moment, und Mitempfindungen in den allerverschiedensten Nervenbahnen compliciren das Krankheitsbild.

Dem entspricht die Stabilität der Furcht vor den Folgen der Krankheit, dem tödtlichen Ende derselben bei dem Hypochonder, während der Hysterische nur von dem gegenwärtigen Uebel gequält, und bei schnellem Wechsel von der Verzweiflung zur regsten, ja frohen Theilnahme an seiner Umgebung übergeht.

Wenn es nun auch in den wenig ausgebildeten Krankheitsfällen zahlreiche Uebergänge zwischen beiden Zuständen giebt, so kommen doch die oben geschilderten Krampfanfälle, die hochgradigen Lähmungssymptome in der motorischen und sensiblen Sphäre, der Hypochondrie nicht zu.

Sie dürften endlich wohl noch fragen, wie ich die Neurasthenie von der Hysterie unterscheide. Ich bin der Ansicht, dass die Einführung dieses Namens einem gefühlten Bedürfniss nicht entsprochen hat. Im Gegentheil scheint er nur Veranlassung zu werden, Krankheitserscheinungen, die wir sondern sollten und gesondert haben, in einen Topf zu werfen. Ein Theil der Neurastheniker sind Hypochonder, ein anderer Theil hysterische Personen; in einer grösseren Zahl von Fällen endlich stellt die sog. Neurasthenie ein Prodromalstadium einer Psychose dar, eine nicht kleine Zahl endlich, die als Neurastheniker bezeichnet werden, sind unzweifelhaft Geisteskranke, z. Th. recht vorgeschrittene Fälle. In Bezug auf die Dauer und die Ausgänge der Hysteria virilis wäre zu bemerken, dass erstere so unbestimmt ist, dass wir gar keine sicheren Anhaltspunkte für die Bestimmung der einzelnen hysterischen Perioden haben. Die Ausgänge sind verhältnissmässig selten dauernde Heilung, in der Regel giebt es Recidive.

Dem entsprechend sei man auch mit der Prognose vorsichtig. Speciell gilt dies für Knaben, die an hysterischen Erscheinungen leiden. Es tritt hier zuweilen, nachdem dieselben schon lange geschwiegen haben, ausgebildete Epilepsie ein; in anderen Fällen tritt bei ihnen in dem dritten Lebensdecennium eine Psychose ein, die zuweilen unheilbar wird. Im Allgemeinen halte ich die Hysterie beim männlichen Geschlecht für eine schwerere Affection als die beim weiblichen Geschlecht.

Was schliesslich die Therapie betrifft, so ist es nicht meine Absicht, auf die grosse Zahl der anempfohlenen Medicamente hier einzugehen. Sie leisten ebenso viel d. h. ebenso wenig wie bei der Hysterie der Frauen. Ich möchte nur erwähnen, dass Bromkalium, dessen Verordnung jetzt fast regelmässig der Diagnose einer Erkrankung des Nervenapparats folgt, einen besonderen therapeutischen Werth meiner Ansicht nach bei der Hysterie nicht beanspruchen kann. Erfolge von Pillen aus Mica panis, Blitzpillen aus Dynamit, wie von vielen anderen indifferenten Mitteln oder gelegentlicher plötzlicher psychischer Einwirkung sind bekannt. Auch die von mehreren Seiten behauptete Einwirkung der localen Behandluug der Hoden [Compression derselben, kalte Umschläge auf dieselben u. s. w. (Foët, Aussilloux)] konnte ich in meinen Fällen nicht nachweisen. Immerhin wird man aber eine solche Behandlung versuchen können, nachdem Dreyfouss noch neuerdings durch Compression des linken Testikels den Anfall bei einem jungen hysterischen Mann, der gleichzeichtig linksseitige Hemianästhesie hatte, coupiren konnte.

Das Wichtigste bei der Behandlung wird ganz besonders bei jugendlichen Individuen immer die Entfernung aus dem Hause, Versetzung in eine entsprechende Anstalt oder eine Pension, sofern der Leiter der letzteren das nöthige Verständniss für die Krankheit hat, sein. Durch Milde gepaart mit Ernst wird hier unzweifelhaft viel erreicht werden können.

Man gebe sich aber ja nicht der Illusion hin, dass die Strenge allein, die Intimidation das beste Heilmittel, dass das Ignoriren der Krankheit, wie es Gaedeken vorgeschlagen, etwas helfe. Auch bei Erwachsenen wird in der Mehrzahl der Fälle eine geregelte Disciplin in einer Anstalt mit entsprechender körperlicher Beschäftigung von Vortheil sein, wenn auch im Ganzen die Erfolge in der Regel hier nur vorübergehender Natur sind.

II. Aus der chirurgischen Klinik des Herrn Professor Dr. Kraske in Freiburg i. B.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Actinomykose des Menschen.

Von

Dr. K. Middeldorpf,
Assistenzarzt der Klinik.

(Schluss aus No. 15.)

Ich knüpfe an den geschilderten Fall noch einige epikritische Bemerkungen. Wie in sehr vielen sonstigen Fällen von Actinomykose haben wir auch in dem unsrigen eine auffallende Coincidenz mit Zahncaries; Pat. hat laut Anamnese 2 cariöse Zähne gehabt, und mehrere ihrer Zähne zeigten noch ein verdächtiges schwarzes Aussehen; doch dürfte dies, da keinerlei sonstige locale Anhaltspunkte vorhanden sind, für den Ausgangspunkt der Affection nicht von Belang sein; ebensowenig können wir, obgleich Pat. einmal eine nicht unverdächtige Geschwulst an der rechten Wange und dem rechten Ohr gehabt hat, auf diese recurriren, da hiergegen die Länge der seitdem verflossenen Zeit (ca. 20 Jahre) sprechen dürfte, auch die von daher rührenden Narben sich ganz so ausnehmen, als ob sie von scrophulösen Processen herrührten.

Wir finden endlich bei der Autopsie in den Tonsillen gelbliche Pfröpfe, die wir in ihrer Beziehung zum eventuellen Ausgang der Actinomykose würdigen müssen; allein die mikroskopische Untersuchung ergiebt nichts, was mit Actinomykose in Zusammenhang zu bringen wäre.

Wenn wir den anamnestischen Daten trauen wollen, und es liegt, da sie sehr präcis angegeben werden, kein Grund vor dies nicht zu thun, so begann die Erkrankung bei unserer Pat. im Juli 1882. Das Leiden begann mit peritonitischen Erscheinungen, die nach 5—6 Wochen recidivirten, und an welche anschliessend sich die an den Bauchdecken perforirenden Tumoren entwickelten, in denen die Actinomyceskörner nachgewiesen wurden. Es war sonach das Wahrscheinlichste, bei Lebzeiten der Pat. anzunehmen, dass die Pilze vom Darm-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tractus aus invadirt wären, unter peritonitischen Erscheinungen sich ausgebreitet und nach Verlöthung mit der vorderen Bauchwand zu den daselbst durchbrechenden Tumoren die Veranlassung gegeben hätten. Im ferneren Verlauf hätte dann die Actinomykose zu jener prävertebralen Phlegmone geführt, die allmählich am Kreuzbein durchbrach, und wären ferner nach mannigfachen Verwachsungen jene Kothfistel an der linken Seite des Leibes und Communicationen der actinomykotischen Herde mit dem Harnapparat und dem Darm, endlich auch eine Verbindung zwischen Darm und Harnapparat entstanden. Die Autopsie bestätigte im Wesentlichen unsere diagnostische Annahmen. Die Infection erfolgte in der That vom Darmkanal aus, das Leiden breitete sich dann unter peritonitischen Erscheinungen aus und localisirte sich an verschiedenen Stellen; eine derartige stellte der Herd an der linken Bauchseite dar, wo es zu einer Anlöthung einer Dünndarmschlinge und Kothfistelbildung kam; vielleicht erfolgte auch von anderen Dünndarmschlingen her (den in der Symphysengegend angewachsenen) eine Einwanderung von Strahlenpilzen, obgleich hiergegen der Mangel einer daselbst vorhandenen Perforation spricht. Die Hauptausbreitung geschah jedenfalls vom Dick- resp. Mastdarm aus, der Vorliebe der Actinomykose für prävertebrale Processe entsprechend zunächst retroperitoneal am Kreuzbein und der Verbindung desselben mit dem rechten Darmbein; sie führte von hier aus zum Durchbruch an der rechten Seite des Leibes und kam da zuerst zu Tage. Im weiteren Verlaufe wurde das Kreuzbein immer mehr zerstört, es kam zu einem Durchbruch nach hinten, das kleine Becken wurde gänzlich mit schwieligen bindegewebigen Massen ausgefüllt, die von körnerhaltigen Fistelgängen durchzogen waren und z. Th. auch grössere Eiter- und Körner-haltende Spalträume begrenzten. Gemäss dem Fortkriechen des Processes unter der Serosa reagirte diese mit Reizerscheinungen; falls nicht vorher schon (wie oben angedeutet) durch directe Invasion der Strahlenpilze Anlöthung der beiden Dünndarmschlingen in der Symphysengegend stattfand, so geschah dies im Verlaufe solcher circumscripten Peritonitiden, die auch zur Bildung jenes über der Blase gelegenen Abscesses führten, der im weiteren Verlaufe nach dieser perforirte.

Es liesse sich gegen diese Art der Erklärung des Krankheitsverlaufes einwenden, dass die Affection ja auch primär als Wirbel- resp. prävertebrale Erkrankung bestanden haben könnte, und müsste man für diesen Fall eine Infection durchs Blut annehmen; doch lässt sich hiergegen geltend machen, dass der Anamnese nach ursprünglich peritonitische Erscheinungen bestanden, was doch auf eine primäre Darmerkrankung deutet. Auch würde es schwer sein den isolirten actinomykotischen Krankheitsherd an der linken Seite des Abdomen als auf andere Art entstanden zu erklären und so scheint es mir angemessen obigen Entstehungsmodus für unseren Fall anzunehmen.

Trotz des fast gänzlich fieberlosen Verlaufes der Affection brachten die fortgesetzte Eiterung, die chronischen Diarrhoen, endlich der nach der Perforation in die Blase entstandene sehr heftige Katarrh derselben die Pat. sehr herunter, so dass sich sub finem bei derselben ein ausserordentlicher Marasmus einstellte. Amyloide Degenerationen, deren eventuelle Anwesenheit bei Lebzeiten für nicht unwahrscheinlich gelten musste, wurden merkwürdiger Weise nicht gefunden. Metastatische Erkrankungen waren nicht vorhanden; eine bezüglich der im rechten Herzen vorgefundenen Thromben von Herrn Prof. Boström angestellte Untersuchung (wir dachten natürlich an den bekannten Ponfick'schen Fall)[1]) ergab ein negatives Resultat, so dass wir diese jedenfalls als marantische Thromben anzusehen haben, von denen aus auch die Embolie der Lungenarterie erfolgt ist.

Die eigentliche Todesursache bildete endlich die terminale Pneumonie, welcher der so entkräftete Organismus der Pat. nicht Widerstand zu leisten vermochte.

Dem vorstehend beschriebenen Fall möchte ich noch folgende Beobachtung anschliessen, die mir in Bezug auf die Diagnostik der Actinomykose von Bedeutung zu sein scheint:

Gastwirth Adolf B., 38 Jahre alt, ledig, giebt an, dass er früher immer gesund gewesen sei, vor ungefähr drei Monaten habe er ein „Geschwür“ im Munde an der rechten Seite des Unterkiefers bemerkt, — Entstehungsursache unbekannt — aus demselben habe sich im weiteren Verlauf etwas Eiter entleert, und dann habe sich die Wunde im Munde geschlossen; allmählich sei nun unterhalb des Unterkiefers eine Geschwulst entstanden, wegen welcher Pat. am 9. October 1883 in die Klinik kommt.

Status praes.: Pat. ist von kräftigem Körperbau, Musculatur gut entwickelt. In der Regio inframaxillaris bemerkt man eine ca. mannsfaustgrosse, gegen das Zungenbein zu sich besonders hervorwölbende Geschwulst; die Haut ist an der prominentesten Stelle geröthet, und zeigt der Tumor daselbst Fluctuationsgefühl, während die Consistenz nach dem Kinnrande und den Kieferwinkeln hin allmählich eine fast knorpelharte wird.

[1]) l. c. p. 16.

Es wurde natürlich sofort an die Möglichkeit einer actinomykotischen Erkrankung gedacht, und schien sich diese Annahme auch zu bestätigen, als sich bei der alsbald ausgeführten Incision mit dem übrigens nicht sehr reichlichen Eiter eine Anzahl ca. hirsekorngrosser gelblicher Körnchen entleerte, welche besonders auch in der Abcesswand zu sitzen schienen. Eine sogleich angestellte mikroskopische Untersuchung der leicht mit dem Deckglas zerdrückbaren Körnchen ergab indessen, dass dieselben zwar aus drusigen Körpern bestanden, die sich aus innig verfilzten strahlen- und büschelförmig angeordneten Fäden zusammensetzten, dass denselben aber die kolbenförmigen Anschwellungen, wie sie die Enden der actinomykotischen Fäden charakterisiren, völlig fehlten.

Für Actinomyceskörner konnten also die kleinen Gebilde, so naheliegend diese Diagnose auch gewesen wäre, nicht ohne Weiteres gehalten werden, am ehesten erweckte ihr mikroskopisches Bild die Vermuthung, dass es sich um Ballen dicht verfilzter Leptothrixfäden handele. Leider konnte der Fall nicht genauer verfolgt werden, da der Pat. schon am nächsten Tage die Klinik verliess. Es sollen sich nach brieflicher Angabe desselben im Laufe der nächsten Wochen noch ab und zu Körnchen mit dem Eiter entleert haben; allmählich sei unter Abnahme der Eiterung und Zurückgehen der Anschwellung die Wunde geheilt, und will Pat. sich zur Zeit vollkommen wohl befinden.

Obgleich der Fall nur flüchtig beobachtet wurde, habe ich doch geglaubt, denselben mittheilen zu sollen, da mir aus demselben hervorzugehen scheint, dass manchmal offenbar in Folge einer Infection vom Munde aus chronisch verlaufende Affectionen in der Kiefergegend sich entwickeln können, denen wegen ihres klinischen Verlaufes, des Körnchenbefundes im Eiter und endlich des mikroskopisch nicht unähnlichen Baues der Körnchen eine beträchtliche Aehnlichkeit mit Actinomykose nicht abzusprechen ist und deren Kenntniss daher behufs differentieller Diagnose nicht unwichtig erscheint. Die mikroskopische Diagnose lautete in unserem Falle: Leptothrix, ein bei der Nähe der Mundhöhle und der angenommenen Entstehung durch Infection von dieser aus, nicht gerade überraschender Befund, doch dürften immerhin Fälle, wo Leptothrix in Strahlenbüschelform angeordnet und zu drusenartigen Gebilden formirt chronische Entzündung verursacht, ungewöhnlich sein. — Vielleicht steht auch die Affection in unserem Falle der Actinomykose gar nicht einmal so fern. Ponfick erwähnt in seiner Monographie über die Actinomykose[1]), dass er zwischen den in Thränencanalconcrementen aufgefundenen von F. Cohn Streptothrix Försteri genannten Pilzen und dem Actinomyces, sowie ferner zwischen dem letzteren und den in den Tonsillen mancher Menschen vorkommenden gelbliche Pfröpfe darstellenden Pilzbildungen bedeutende Aehnlichkeit gefunden habe, nur scheinen bei beiden die kolbenförmigen Anschwellungen an den freien Enden der Pilzfäden nicht immer vorhanden gewesen zu sein. Ponfick hält es seinen Befunden nach sogar nicht für unmöglich, „dass die Actinomyces-Drusen Abkömmlinge einer Schistomycetenform sind, welche der Leptothrix-Streptothrix-Gruppe nahe stehen, vielleicht sogar angehören: Abkömmlinge freilich, die durch besondere Einflüsse eigenartige Modificationen erfahren haben würden[2])“. Wenn gleich mir Präparate von Streptothrix Försteri und jenen anderen in den Tonsillen vorkommenden drusenartigen Pilzbildungen nicht zum Vergleich zur Verfügung standen, so scheint mir doch der Beschreibung nach eine gewisse Aehnlichkeit beider mit der in unserem Fall vorhandenen Pilzform vorhanden zu sein, und es wäre die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass wir es vielleicht auch mit Streptothrix Försteri oder dergl. zu thun gehabt hätten, was, wenn wir Ponfick's Deductionen weiter folgen wollen, unseren Fall der echten Actinomykose sehr nahe bringen würde. —

III. Zur Therapie der chronischen Metritis.

Von

Dr. Marek Arnsztein aus Lublin.

Die grosse Verbreitung der chronischen Metritis sowie die ungemeine Verschiedenheit, welche die Therapie dieser Uterusaffection bei verschiedenen Autoren aufweist, so dass sie als ein Beweis der geringen Sicherheit dienen kann, die bis jetzt auf diesem Gebiete herrscht, veranlassen mich einige Beobachtungen zu veröffentlichen, die ich die Gelegenheit hatte, in der ambulatorischen Klinik des Herrn Dr. Massari zu machen. Dieselben betreffen ein Verfahren, das in früherer Zeit viel angewandt, letztens beträchtlich vernachlässigt worden ist. Meine

[1]) l. c. p. 69 ff.
[2]) l. c. p. 71.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufmerksamkeit auf den Porte caustique wurde hauptsächlich gelenkt durch die Abhandlung[1]) des Herrn Prof. Dr. Mayrhofer „Ueber Entzündungen des Uterus“.

Ueber die Natur der chronischen Metritis war man bis in die neuere Zeit nicht recht im klaren, wie der jetzt wohl noch manchmal gebrauchte Name „Infarctus uteri“ zeugt, denn in Wirklichkeit haben wir es nicht mit einer begrenzten Wucherung des Bindegewebes zu thun, sondern die Vergrösserung findet nach verschiedenen Richtungen statt. Der Uterus scheint nach allen Richtungen vergrössert, alle Schichten haben daran Antheil, die Mucosa, die Muscularis und selbst das Peritoneum. Nach Klob ist[2]) „der Peritonealüberzug des Uterus meistens verdickt und in den verschiedensten Formen pseudomembranös ausgewachsen“. Die Entzündung erstreckt sich gewöhnlich auf den ganzen Uterus, sowohl das Collum als der Uteruskörper sind ergriffen; trotzdem gewahrt man öfters nur eine überwiegende Affection des Collum und zwar in Folge einer rascher eintretenden Heilung des Uteruskörpers. Diese Erscheinung lässt sich folgendermaassen begründen; die Uteruskörpermusculatur ist an und für sich kräftiger entwickelt, als die des Cervix; der Cervix nimmt entweder nur wenig oder gar keinen Antheil an der Menstruation, die unbedingt auf die Beseitigung der venösen Stasen Einfluss übt, ferner secernirt, wie Mayrhofer annimmt der Uteruskörper weniger als der Cervix. Alsdann wirkt hier der fortwährende Wechsel des Epithels der Körperschleimhaut nach jeder stattgefundenen Menstruation günstig ein; endlich könnte man noch den Umstand in Betracht ziehen, dass der Uteruscervix und die Vaginalportion vielfachen Veränderungen als Folge des stattgehabten Coitus unterliegen. Hierzu könnte ich einen Fall anführen von dem ungünstigen Einflusse des Coitus auf die nach der Amputation des Colli entstandene Wunde, welche mit einem schönen Epithel überzogen war. Nachdem die Kranke aus der Klinik des Herrn Prof. Spaeth als geheilt entlassen worden, verschwand das Epithel, ohne dass ein anderer Grund hätte geltend gemacht werden können. —

Die Entstehung einer chronischen Metritis wird von Mayrhofer auf folgende Weise charakterisirt:[3]) „die Frauen fühlen sich zumeist nach einem Wochenbette nicht mehr ganz wohl; es tritt ein ganz ungewöhntes, unbehagliches Gefühl von Vollsein und Schmerz im Unterleibe auf; öfters stellen sich mehr und mehr anhaltende, oft nahezu permanente Schmerzen im Kreuze, ab und zu Schmerzen im ganzen Bauche ein.“ Ferner sagt er: „Es tritt eine Vermehrung der Schleimsecretion aus den Genitalien ein, oder es bleibt eine solche nach dem Wochenbette zurück; die Periode ist profuser, wird aber bei längerer Dauer des Leidens und sich nun entwickelndem zweiten Stadium der Metritis schwächer.“ — Aehnliche Anamnesen sind auch uns oft vorgekommen. Die ambulatorischen Patientinnen des Herrn Dr. Massari haben zum grössten Theil den Ursprung ihrer Krankheit auf das schwer durchgemachte Wochenbett, auf das allzufrühe Verlassen des Bettes nach der Entbindung oder auf Anstrengungen zurückgeführt. —

Andere Kranke gaben an, dass sie (acute) Uterusentzündungen durchgemacht hätten und in Folge unbekannter Ursachen oder in Folge des unachtsamen Verhaltens seit der Zeit sich beständig leidend fühlten. — Dass acute Uterusentzündungen, sei es specifischer, sei es nicht specifischer Natur, in chronische übergehen, finden wir häufig angegeben. Scanzoni sagt:[4]) „Es unterliegt keinem Zweifel, dass es acute Metritiden giebt, bei welchen das gesetzte Exsudat nicht resorbirt wird, es liegt uns eine nicht geringe Zahl von Beobachtungen vor, wo die Anamnese mit Sicherheit auf einen acuten Entzündungsprocess schliessen liess, ja mehrmals waren wir selbst Zeugen des Ueberganges der acuten in die sogenannte chronische Entzündungsform.“ —

Eine dritte Entstehungsursache findet Herr Dr. Massari im Missbrauch der kalten Irrigationen zur Reinigung der Genitalien, worauf schon Mayer im Jahre 1860 in der Versammlung deutscher Naturforscher zu Königsberg die Aufmerksamkeit gelenkt hat. Ferner liefern auch die klimacterischen Jahre ein grosses Contingent von Kranken, bei welchen sich das Uebel durch Blutungen zu äussern pflegt. Die eigentliche Ursache ist hier in dem Verschwinden eines der wichtigsten unter den der Stauung entgegenwirkenden Momenten und zwar der Menstruation zu suchen. Darauf ist besonders von Ruge[5]) in der 52. Versammlung Deutscher Naturforscher in Baden-Baden hingewiesen worden, der auch das häufige Vorkommen dieser Ursache der Metritis betont hat: über 50 Proc. der an Endometritis leidenden und zur Behandlnng kommenden Frauen sind nach ihm über 40 Jahre alt. Die chronische Metritis kann endlich durch Chlorose oder Anämie bewirkt werden und nicht selten muss man auf den allgemeinen Gesundheitszustand die Aufmerksamkeit lenken, eine Methode, welche von den alten Aerzten als die einzig wirksame angesehen ward. Gegen dieses Verfahren hat Scanzoni in dem von ihm im Jahre 1859 herausgegebenen Buche lebhaft protestirt, indem er für die locale Therapie eintrat. Diese locale Behandlungsweise hat dann in der letzten Zeit trotz mancher entgegenstehender Stimmen, [unter denen namentlich der Amerikaner Maddens[1]) und der Franzose Ménière zu nennen sind], durchaus das Uebergewicht erlangt. Sie stützt sich hauptsächlich auf eine genauere Kenntniss der anatomischen und physiologischen Verhältnisse des Uterus. Nach Mayrhofer[2]) besitzen die Uterusgefässe ihre eigenthümlichen Eigenschaften: die Arteriae uterinae, welche in der Virginität gerade verlaufen, bilden in der Schwangerschaftsperiode dagegen Spiralwindungen, welche auch später bestehen und eine Verminderung des arteriellen Blutdruckes bewirken. Indem er ferner die grosse Menge des venösen Blutes im Uterus, die geringe Anzahl von Klappen in den Venen, die zum Theil wie das zum Beispiel bei den Venen des Uterusparenchyms der Fall ist — derselben sogar ganz ermangeln, die extraperitoneale Lage der Venen, endlich die Hindernisse, welche ihrer Entleerung durch die Bauchpresse entgegengesetzt werden, berücksichtigt, gelangt Mayrhofer zur Ueberzeugung, dass der mit venösem Blute getränkte Uterus nicht im Stande ist sich zu entleeren, wenn irgend ein Hinderniss in der Circulation, sei es allgemeiner oder was öfters der Fall ist, localer Natur vorkommt. Die Unmöglichkeit, in der sich dann der Uterus befindet, sich seines Inhaltes zu entledigen, bildet das erste Moment der chronischen Metritis, die wiederum besonders auf ihn in seiner Eigenschaft als Muskel[3]) zurückwirken muss. Diese vorwiegende Einwirkung auf die Musculatur setzt Cohnheim folgendermaassen auseinander:[4]) „Nicht selten ereignet es sich nun, dass die Involution früher unterbrochen wird, ehe der Uterus wieder die normale Grösse des vorbefruchteten Zustandes erreicht hat. Was davon resultirt, ist ein nach allen Dimensionen zuweilen sehr bedeutend vergrösserter Uterus, dessen Hauptmasse aus hypertrophischen und abnorm zahlreichen Muskelfasern, sehr reichlichem intermusculären Bindegewebe und auffällig dickwandigen Gefässen besteht; kurz der den Gynäkologen nur zu wohl bekannte Zustand, der als chronische Metritis, chronische Hyperplasie oder chronischer Uterusinfarct bezeichnet zu werden pflegt. Dass dabei gewöhnlich auch chronisch entzündliche Vorgänge besonders seitens der Uterusschleimhaut concurriren mögen, leugne ich nicht, aber das Wesentliche, dasjenige, was dem ganzen Process seinen Charakter aufdrückt, die Vergrösserung“ kann er nur auf die Muscularis zurückführen. — Ausgehend von der Ansicht über die vorwiegende Muskelnatur des Uterus hat man in der neueren Zeit eine Reihe von Versuchen vorgenommen, die, wenn auch nicht in allen, so doch in vielen Fällen befriedigende Resultate gegeben haben. So möchte ich vorübergehend erwähnen die Experimente mit Ergotin, Massage, Electricität u. s. w. Ergotininjectionen bei chronischer Metritis hat zum ersten Male Swiderski in Posen angewandt. Leopold[5]) äussert sich folgendermaassen über dieselben: „Den Ergotininjectionen glaube ich eine entschiedene Wirksamkeit gegen eine andere Gebärmutterkrankheit vindiciren zu können, namentlich gegen die chronische Metritis. Bekanntlich hat schon der innere Gebrauch des Extr. secalis in der fraglichen warme Empfehlungen gefunden und ich selbst kann mich dem nur anschliessen; so schnelle und günstige Einwirkung aber, wie die Injectionen, hat mir jene Darreichungsweise niemals gewährt.“ Ein Fall radicaler Heilung eines Infarctus uteri, der mit Blutungen verbunden war, mit Hilfe von Ergotininjectionen, beschrieb dann im Jahre 1878 J. Kraus.[6])

Was die Massage anbelangt, finden wir in Centr. für Gyn.[7]), dass Jackson dieselbe in Fällen, wo der Uterus subinvolvirt ist, d. h. tief liegt, vergrössert und empfindlich ist, sich matsch und teigig anfühlt, kurz bei chronischer Metritis empfiehlt. —

Im Jahre 1882 hat Jackson in der Versammlung der Gynäcologen in Amerika Fälle erwähnt, wo das Cavum uteri von einer Länge von $3^1/_2$ Zoll durch Massage auf eine Länge von $2^1/_2$ Zoll verkleinert wurde und wo die Erscheinungen der chr. Metritis verschwanden. Auch in dem von Schreiber herausgegebenen Buche über Massage wird das Verfahren bei chron. Metritis gelobt.

Bei der Electricität haben die bisjetzt vorgenommenen Expe-

[1]) Vide: Handbuch der Frauenkrankheiten, redigirt von Billroth. Stuttgart 1882.
[2]) Mayrhofer p. 158.
[3]) Mayrhofer p. 170.
[4]) Lehrbuch der Krankh. der weibl. Sexualorg. 1875.
[5]) Archiv für Gynäcologie No. 15.

[1]) Hirsch's Jahresbericht über die Abhandlung Madden's „der Uterinalkatarrh“ vom Jahre 1873.
[2]) Mayrhofer p. 98 und 99.
[3]) „Der Uterus ist ja ein Muskel,“ Mayrhofer p. 99.
[4]) Vorlesungen über Allg. Pathologie von Cohnheim.
[5]) Archiv f. Gynäc. No. 13.
[7]) Zur Therapie des Uterusinfarctes, Wien. Med. Pr. No. 33, Jahrg. 1878.
[6]) Centr. f. Gynäcologie 1881. No. 8,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rimente noch zu keinem positiven Resultate geführt. Es sind in dieser Hinsicht nur die Anschauungen Apostoli's[1]) von Wichtigkeit, welcher erklärt, dass die Electricität auf die Involution des Uterus einwirkt und zwar noch prompter als Ergotin. — In ähnlicher Weise wie die bisjetzt genannten Mittel soll auf die Contractilität des Uterusmuskels der Porte-caustique einwirken. Schon frühe wurden intrauterine Aetzungen, manchmal sogar bis in die Uterushöhle hinein, aber mit Hülfe von weniger verwendbaren Instrumenten vorgenommen. Im Jahre 1848 hat Chassaignac in seiner Arbeit[2]) mit den Resultaten seiner Vorgänger unzufrieden die Ansicht ausgesprochen, dass die Cauterisationen bis zum Fundus Uteri vorgenommen werden müssen. Er wandte einen Porte-caustique seiner Erfindung an, aber nur in solchen Fällen, die mit Blutungen verbunden waren, wo er Granulationen voraussetzte; gleichzeitig brachte Thury seinen „Porte-caustique objectiv du col uterin“ vor. Er wendete dieses Verfahren ebenfalls bei Granulationen des Uterus und, wie man aus der Benennung des Instrumentes sieht, führte er dasselbe nur in das Collum ein, da er annahm, dass die Granulationen keine grossen Dimensionen hätten. — Im Jahre 1855 hat Chiari[3]) mittelst seines verbesserten Porte-caustique die Cauterisationen bei inveterirten Blenorrhoen ausgeführt. — Er führt denselben wie eine gewöhnliche Sonde ein, taucht ihn aber in Wasser, damit der Lapis leichter sich löse. Er lässt den Aetzmittelträger einige Minuten im Uterus und nach stattgehabter Lösung nimmt er denselben heraus und um die Wirkung zu vergrössern und um die Entleerung der Flüssigkeit zu verhindern, schiebt er Charpie hinein. Er wiederholte dies Verfahren je 5—6 Tage, und auf diese Weise gelang es ihm Blenorrhoen zu heilen, die mehrere Jahre hindurch angehalten hatten.

Im Jahre 1859 cauterisirte Scanzoni[4]) sowohl den Uteruscervix, als auch den Fundus; er construirte ein sondenförmiges Instrument mit auseinandergehenden Branchen. Im Jahre 1866 beschrieb Fuerst[5]) neben der Einwirkung der Sonde auf Menstruatio retardata, auf temporäre Amenorrhoe auch ausführlich den Einfluss der Sonde in Bezug auf chr. Metritis. Er führt die Sonde 3—4 Mal wöchentlich ein auf einige Minuten. Bei in dieser Weise behandelter chronischer Metritis ergab sich nach 6—8 Wochen eine Verkürzung der Uterushöhle. Er erklärt dies in der Weise, dass die Uteruscontractionen eine Verkleinerung des Lumens der Gefässe nach sich ziehen und in Folge dessen eine fettige Degeneration noch nicht ganz organisirten Bindegewebes entsteht. Wir finden also eine Erklärung der Wirkung der Sonde respective des Porte-caustique bei Fuerst, obgleich dieselbe von der Mayrhofer'schen Anschauung vielfach abweicht. — Eine Zeit hindurch hat dann ein jeder Autor es für nothwendig gehalten eine eigene Art von porte-caustique zu intrauteriner Cauterisation zu construiren, von denen die Uteruspistole und Spiegelberg's Hartgummiröhre von der Form der Uterussonde, in der ein dünner Fischbeinstab enthalten war, erwähnt werden mögen. Spätere Autoren wenden den Porte-caustique aber nur in einzelnen Fällen an, z. B. bei Endometritis fungosa. Manche z. B. Chrobak[6]) sagen sogar, dass nur diejenigen sich des Porte-caustique bedienten, die die Einführung der Flüssigkeiten scheuen und darum gerne in die Uterushöhle harte Substanzen einführen. — Andere unterlassen die Einführung des Porte-caustique aus dem Grunde, weil ein solches Verfahren eine Uterusperforation herbeiführen könnte. Noch andere werfen dem Porte-caustique vor, dass er durch Zerstörungen der Schleimhaut eine spätere Befruchtung verhindere. — Aus unserer eigenen Praxis können wir in dieser Hinsicht entscheidende Fälle nicht mittheilen, hingegen hat uns Hr. Dr. Massari allerdings einen Fall von nach Cauterisation eingetretener Schwangerschaft mitgetheilt. Immerhin haben diese Befürchtungen, sowenig sie uns auch begründet scheinen, in der letzten Zeit eine Vernachlässigung des Porte-caustique verursacht. Statt seiner hat man sich meistens des Fritsch-Bozeman'schen Verfahrens bedient. Indessen sind auch für den Porte-caustique wieder Autoritäten laut geworden und genüge es uns hier nur die Meinung des Hr. Prof. Carl Braun mitzugeben. Derselbe sagt im „Lehrbuche der gesammten Gynäkologie[7])“ bei der Beschreibung des von ihm verbesserten Aetzmittelträgers: „Diese Aetzungen werden von mir beim chronischen Katarrh, Menorrhagien, Mucosa catamenialis, mangelhafter Involution des Uterus, Vegetationen der Uterusschleimhaut bei Emmetritis fungosa sehr häufig mit dem besten Erfolge angewandt.“ —

Die Wirkung des Porte-caustique lässt sich folgendermaassen erklären: Es ist bekannt, dass bei chronischer Metritis die Menstruation gewöhnlich eine unregelmässige ist: Die Frau menstruirt entweder zu heftig, oder zu wenig, besonders in der sogenannten Indurationsperiode der chr. Metritis, oder sie menstruirt eine gewisse Zeit ganz und gar nicht. Wenn hingegen diese wichtige Uterusfunction in den normalen Stand gebracht wird, dann müssen wir annehmen, dass das Organ dabei auch gesund werden wird und in der That finden wir bei der Untersuchung nach wieder regelmässig gewordener Menstruation, dass der Umfang des vergrösserten Uterus sich verringert hat, dass er eine normale Empfindlichkeit besitzt und dass der Ausfluss geringer geworden, wenn er auch nicht ganz geschwunden ist. Die Aufgabe des Arztes ist also, eine regelmässige Menstruation herbeizuführen, denn nur der regelmässige Blutzufluss kann die venösen Stasen, wozu der Uterus besonders hinneigt, verhindern. Die Befürchtigung hingegen eines Theiles der Gynakologen, dass die Menstruation bei vorhandener Entzündung im Uterus schaden könnte, ist nach Mayrhofer[1]) bei chronischer Metritis grundlos. — Die Aufgabe des Porte-caustique ist es demnach, diese „active Congestion“ [2]) herbeizuführen. — Derselbe veranlasst durch seine Einführung in den Uterus nach einiger Zeit eine Contraction, er ruft einen Zufluss des arteriellen Blutes hervor, welcher demnächst das im Uterus aufgespeicherte venöse Blut ausstösst; auf diese Weise wird der Uterus von einer der unangenehmsten Erscheinungen der chronischen Metritis frei; zugleich wirkt der Porte-caustique auf die Muskelfasern ein, welche, zur Contraction angeregt, fest werden und ihre eigentliche Contractilität wieder erhalten. Den Muskelfasern muss man besondere Aufmerksamkeit schenken, denn diese sind einer grösseren Beschädigung ausgesetzt, als das Bindegewebe, welches im Entzündungsstadium sogar auf Kosten des benachbarten Gewebes prosperirt. — In Folge der Contraction drücken ferner die Muskeln auf die Gefässe, verringern das Lumen derselben, so dass die Blutungen aufhören. Vielleicht könnte man auch meinen, dass die Wirkung des eingeführten Aetzmittelträgers sich nicht auf die der Operation unmittelbar folgende Zeit beschränkt. — Durch die Berührung mit dem Stifte bedeckt sich nämlich die Schleimhaut mit einem Schorfe, der dann sich loslöst und nothwendigerweise ausgestossen werden muss. Um dies zu erreichen, bedarf der Uterusmuskel sicherlich einer ganzen Reihe von Contractionen, welche Stunden und wohl auch Tage lang sich fortsetzen können. Diese secundären Contractionen wirken aber sicherlich wie die ursprüngliche günstig ein durch die Einführung einer grossen Menge arteriellen Blutes. Unser Verfahren ist folgendes: Eine Frau, die wir einer Cauterisation unterziehen wollen, sondiren wir zunächst, um uns, sei es von der Passirbarkeit der Uterushöhle, sei es von der Lage des Uterus, sei es von der Reaction der Frau auf die Sonde zu überzeugen. Bemerken wir, dass die Reaction eine starke ist, so cauterisiren wir nur den Cervix uteri, denn während der Fundus nach Lazarewitsch für sehr empfindlich gilt, ist es das Collum viel weniger; bei einer Cauterisation desselben reagirt der Fundus nur sehr schwach. Nach der Aetzung des Cervix gehen wir allmählich zur Cauterisation der Uterushöhle über; wir nehmen dieselbe gewöhnlich sofort nach der Sondirung vor. Den Aetzmittelträger führen wir kreuz und quer durch die Uterushöhle; wir beabsichtigen nicht gewisse Punkte oder auch nur Theile des Uterus vorzugsweise zu berühren. Nach stattgefundener Cauterisation bleibt die Patientin gewöhnlich $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde im Zimmer und beim Abgehen wird ihr Ruhe zu Hause empfohlen. Die grössere Zahl der Gynäcologen geht von der Ansicht aus, dass die Cauterisation im Hause der Patientin vorgenommen werden muss. Nun giebt es in der That Fälle, wo bei ausserordentlicher Empfindlichkeit der Patientin die Cauterisationen nur in der Wohnung vorzunehmen als rathsam erscheint; der grössere Theil der Leidenden indessen kann auch ohne Nachtheile, wie dies die Erfahrungen bei Hr. Dr. Massari lehrten, die Cauterisationen im Ambulatorium ertragen. — Was die Einführung des Porte-caustique betrifft, so kann ich behaupten, dass uns niemals Fälle vorgekommen sind, wo wir nicht mit demselben bis in die Uterushöhle einzudringen vermochten, ungeachtet der vorhergegangenen Sondirung. Gleicherweise sind uns Fälle von Uterusperforation, wie sie Emmet anführt, oder von Peritonitis, welche nach Geo J. Engelmann in St. Louis in Folge der Sondirung entstehen soll, nie aufgestossen. Ebensowenig sahen wir je einen Fall von Stenose, wie sie nach Anwendung anderer Aetzmittel, wie z. B. Ac. nitricum wohl vorkommen. — Die Cauterisationen nehmen wir anfangs in Intervallen von 8 zu 8 Tagen vor, dann jeden 4.—5. Tag, schliesslich 2 mal wöchentlich, denn im Laufe von 3 Tagen schwindet der schleimig-eitrige und blutige Ausfluss, der von Einigen als Cauterisationsblutung bezeichnet wird; eine

[1]) Apostoli G. Nouvelle application de l'electricité aux accouchements Journ. de therap. No. 12. 1881.
[2]) Bull. de Thér. 1848 Dcbr.
[3]) Klinik f. d. Geburtsh. u. Gyn. 3. Lieferung p. 692 von Chiari, Braun und Späth.
[4]) Lehrbuch d. Krankh. d. weibl. Sexualorgane 1859.
[5]) Wiener med. Wochenschrift No. 21 bis 25. „Ueber die therapeutische Bedeutung der Gebärmuttersonde“.
[6]) Ueber Therapie des Uteruskatarrhs. Wien. Med. Woch. No. 15—16. Jahrg. 1881.
[7]) Lehrb. der gesam. Gyn. Wien 1881. p. 385.

[1]) u. [2]) Mayrhofer p. 99.

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

kurze Zeit vor und nach der Menstruation wird die Cauterisation nicht vorgenommen. Die Erosionen der Vaginalportion unterliegen demnach bei uns keiner speciellen Behandlung und zwar weil wir dieselben nicht als einen Process sui generis betrachten. Aehnliche Veränderungen können ja auch auf der Schleimhaut des Cervix beobachtet werden und im letzteren Falle haben sie ihren Grund im Katarrhe des Cervix. Ob wir uns nun der Theorie von Ruge und Veit anschliessen, nach der der Process von dem Rete Malpighii ausgeht und keine Abrasion des Epithels stattfindet, oder, ob wir der Theorie von Fischel folgen, nach welcher das Leiden aus dem Stroma ausgeht, jedenfalls müssen wir annehmen, dass die Erosionen kein ursprüngliches Leiden sind und dass sie hervorgerufen worden sind durch die Reizung der Vaginalportion in Folge des Katarrhs.

Ein solcher Katarrh lässt sich aber bei Erosionen durch genauere Untersuchung jedesmal nachweisen, dass er nicht sofort sichtbar ist, liegt an der Schwierigkeit des Eindringens in die Uterushöhle, sowie an der beschränkten Anzahl von Untersuchungsmitteln die uns zur Verfügung stehen. — Meistens genügt schon eine flüchtige Untersuchung des Hemdes der Patientin; wenn wir aber bei der ersten Untersuchung keinen Fluor finden, so können wir doch nicht behaupten, dass kein Ausfluss vorhanden ist, denn wir müssen in Betracht ziehen, dass die Kranken zum Arzte kommen, nachdem sie sich die Genitalien gereinigt, und nachdem sie bereits adstringirende Mittel angewandt haben, die für eine kurze Zeit den Ausfluss verringern. In solchen Fällen giebt der Probetampon von Schultze Auskunft; endlich aber kann man wohl auch, wo dieser versagt, zur Dilatation seine Zuflucht nehmen. Fast in jedem Falle gelingt dann der Beweis, dass die Erosionen in enger Verbindung mit dem Uterusleiden stehen, so hat z. B. Bennet unter 243 Cervix- oder Uterusleiden 222 Fälle mit Erosionen verbunden gefunden. —

Als Contraindicationen sind folgende zu erwähnen.

1) Frauen, die stark auf Cauterisationen reagiren, können diesem Heilverfahren nicht unterzogen werden, übrigens haben wir bis jetzt noch keine Frau gesehen, bei der die Cauterisationen nicht hätten angewendet werden können, der Unterschied liegt nur darin, dass einige Frauen bei der ersten Berührung mit der Sonde heftige Schmerzen empfinden, dass vorläufig von der Cauterisation Abstand genommen werden muss; allmählich aber gewöhnen sie sich dieselbe zu ertragen; andere Frauen geben an, dass sie nach der Cauterisation meistens nicht sehr starke Schmerzen empfanden, die höchstens eine $^1/_2$ Stunde währten. Es giebt endlich Individuen, denen die Cauterisation nicht die geringsten Schmerzen verursacht. Bei ihnen handelt es sich in der Regel um veraltete Leiden. Wenn überhaupt bei ihnen von einer Heilung die Rede sein kann, so tritt dieselbe erst nach langer Zeit ein —, denn hier fehlt das günstige Moment, nämlich die Uteruscontraction. — 2) Eine deutliche Contraindication geben ferner die Exsudate des Parametriums, denn frische Exsudate vergrössern sich manchmal nach Cauterisationen derart, dass sie die Patientin in Lebensgefahr versetzen und auch alte parametrane Processe können sich steigern. Dort, wo wir direct ein Exsudat constatiren können, oder wo wir dasselbe zu vermuthen Grund haben, unterlassen wir das Verfahren mit dem Porte-caustique. Wenn wir auch in der Folge keine acute Parametritis befürchten sollten, so würden nach Mayrhofer's Anschauung bei vorhandenen parametranen Exsudaten die Cauterisationen zu keinem günstigen Resultate führen, denn wir können uns nur dann einen Erfolg versprechen, wenn der Uterus eine Contractilität besitzt; zur Zeit der Parametritis kann der Uterus aber selbstverständlich sich nicht contrahiren. — 3) Veränderungen in den Ovarien, Tuben, entstanden in Folge von Entzündungen dieser Organe, mahnen, wie die Erfahrung lehrt, zu grosser Vorsicht. — 4) Bei Uterus infantilis und bei Adenomen des Uteruskörpers ist es ebenfalls rathsam, die Cauterisationen zu vermeiden. — 5) Eine Contraindication ist, wie ich schon früher erwähnt habe, die Menstruation, eine kurze Zeit vor und nach ihr muss die Aetzung unterlassen werden. — 6) Fibrome endlich, die im Uterusparenchym ihren Sitz haben und denen sich Katarrhe anschliessen, geben ebenfalls eine Contraindication, denn der Uterus contrahirt sich dann nicht und dasselbe können wir von den bösartigen Neoplasmen des Uterus sagen. — Hingegen geben die Lageveränderungen des Uterus keine Contraindication; wir betrachten in den weitaus meisten Fällen die Lageveränderungen als Folge der Uterusentzündung und nicht etwa umgekehrt; wir cauterisiren dann, indem wir das Organ manuell oder mittelst einer Sonde aufrichten und in dieser Lage mittelst eines Hebels erhalten.

(Schluss folgt.)

IV. Zwei medicinische Congresse in Berlin.

Berlin, 15. April. Morgen beginnt die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ihren dreizehnten Congress, und wird es ihm zweifellos an reger Theilnahme nicht fehlen. Seit Wochen weilt der hochverehrte Senior der deutschen Chirurgie v. Langenbeck in unserer Mitte und hat in seiner Theilnahme an den Verhandlungen der Berliner Medicinischen Gesellschaft von Neuem den Beweis erbracht der unverwüstlichen Kraft und Frische seines Geistes. Allerdings wird die Chirurgie gegenwärtig nicht bewegt von grossen Kardinalfragen, aber um so regsamer ist die Détailarbeit auf den verschiedensten Gebieten, und schon bereiten sich, irren wir nicht, weitere Wandlungen vor im Anschluss an Semmelweis' novum inventum, welches die deutsche Chirurgie wie einst die innere Klinik das gleichwerthige Geschenk Auenbrugger's, erst von der Hand eines Fremden wieder empfangen sollte.

Die unzerstörbare Einheit aller Zweige der Medicin und besonders der Chirurgie und der inneren Medicin ist übrigens wohl selten so eclatant bei uns hervorgetreten, als grade jetzt, da die Frage der Infectionskrankheiten, durch deutsche Forschung vor Allem, so mächtig gefördert worden ist. An den Mikroorganismen der Tuberculose, des Erysipel, der Osteomyelitis, des Milzbrandes haben innere Medicin und Chirurgie fast das gleiche Interesse und noch mehr sind sie betheiligt an der Ausbildung der genial ersonnenen exacten Methoden, die wir vorzugsweise dem Kaiserlichen Gesundheitsamte verdanken, und die uns allein den stetigen Fortschritt auf einem Gebiete garantiren, auf welchem das zu „früh!" schon so viel Unheil angerichtet hat. Ja man darf weiter gehen und behaupten, dass dieser Fortschritt nur möglich ist durch die gemeinschaftliche Arbeit der Chirurgen und der inneren Medicin, wie wir es ja gerade an der Tuberculose erfahren haben.

Um so bedeutungsvoller will es uns erscheinen, dass die Congresse, welche die zwei grössten Gebiete der Medicin vertreten, an demselben Orte und zeitlich schnell hintereinander tagen, so dass es Vielen leichter als sonst gemacht wird, an beiden Theil zu nehmen. Wenn wir darin ein gutes Augurium für die Zukunft erblicken, einen weiteren Schritt zur Wiederherstellung einer Gesammtmedicin, so wollen wir uns nicht verhehlen, dass er kaum möglich gewesen wäre, so lange die innere Medicin nicht nur die Anerkennung ihrer Ebenbürtigkeit sich noch nicht erkämpft hatte, sondern noch weniger ihrem gerechten Anspruch darauf, dass sie der Medicin überhaupt das Fundament bereite, Rechnung getragen sah. Mag man es beklagen, die Thatsache stand einmal fest, dass die medicinischen Sectionen der deutschen Naturforscherversammlungen in dem letzten Jahrzehnt eher trennend als einigend gewirkt haben. Aus diesem Grunde sind die Congresse für Chirurgie wie für innere Medicin keine Schöpfungen der Willkür, der persönlichen Eingebung gewesen, sondern naturgemässe nothwendige Ergebnisse der ganzen Entwickelung der modernen Medicin überhaupt. Chirurgie und innere Medicin, jede der Disciplinen für sich, mussten sich aber erst sammeln, hatten sie doch auch in ihrer Zerrissenheit, wie Bismarck von Deutschland sagte, keine Ahnung davon, wie stark sie seien. Die innere Medicin kam später, und, wie wir es prophezeihten, hat ihr Sichwiederfinden die viel beklagte Zersplitterung nicht gefördert, sondern zurückgedrängt. Wie viele Aerzte Berlins danken es jetzt nicht schon Leyden und denen, welche ihm zur Seite standen, dass er in dem Verein für innere Medicin einen Sammelpunkt geschaffen hat für die besten Bestrebungen der medicinischen Praxis in Berlin. Dieser Verein nahm dann die Sammelforschung in sein Programm auf, und ihm vor Allem gebührt auch das Verdienst, den Congress der inneren Medicin in's Leben gerufen zu haben.

Möchten die Verhandlungen des letzteren belebend und befruchtend auch auf das medicinische Leben Berlins selbst wirken. Das was die Sitzungen versprechen, ist von kaum erwarteter Reichhaltigkeit. Ausser den von uns schon mitgetheilten Referaten, die auf die Vormittagsstunden vertheilt sind, sind auch die Vorträge der Nachmittage schon in erfreulichster Weise meistens festgestellt. Am Montag wird Herr Rosenthal-Erlangen sprechen, am Dienstag Herr Loeffler vom Reichsgesundheitsamt und am Mittwoch Herr F. Goltz-Strassburg den mit Spannung erwarteten Vortrag „Ueber Lokalisation im Gehirn" halten.

Die Herren Professoren Geh. Räthe Schroeder und v. Bergmann, die dirigirenden Aerzte HHr. DDr. Riess, P. Guttmann und Ideler haben bereitwilligst die Besichtigung der von ihnen geleiteten Anstalten zu bestimmten Stunden gestattet, ebenso Director Hausburg die des Centralviehhofes, während Herr Stadtrath Marggraff, der Decernent der Berliner Kanalisation, dafür gesorgt hat, dass die Rieselfelder in Osdorf eingehend studirt werden können.

So erwarten wir denn unsere fremden Gäste mit froher Genugthuung — sie sollen den guten Willen wenigstens nicht vermissen.

P. B.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

V. Wirkl. Geh. Ober Med.-Rath Prof. Dr. Fr. Th. v. Frerichs feiert bekanntlich am 20. d. Mts. die 25jährige Wiederkehr des Tages, an welchem er seine klinische Thätigkeit in Berlin begonnen hat. Der eigentliche Festtag wird indessen unserer Ansicht nach der 23. April sein, an welchem Tage der Gefeierte als Vorsitzender des Congresses für innere Medicin im Kreise seiner Freunde und Schüler auch dem ihm dargebotenen Festmahle präsidiren wird.

Zu diesem Tage werden wir dem Vertreter der Deutschen Klinik unsere Glückwünsche in der Weise darzubringen suchen, dass wir an dieser Stelle seine Thätigkeit als Forscher, wie als Lehrer charakterisiren.

Für heute begnügen wir uns mit dem Wunsche, dass Frerichs noch lange in seiner jetzigen Stellung der Wissenschaft wie der Universität erhalten bleiben möge.

VI. Mittheilungen des Kaiserlichen Reichsgesundheitsamtes. Zweiter Band. Berlin, Hirschwald 1884.

Referent Ribbert.

VI.

Die nunmehr abgeschlossenen Referate dürften gezeigt haben, dass auch der zweite Band der Mittheilungen des Reichsgesundheitsamtes neben dem hygienischen unser allgemeinpathologisches Wissen in vielen Punkten bereichert hat. Geben wir uns davon kurz noch einmal Rechenschaft. Die wichtigste Arbeit ist zweifellos die von Koch über die Tuberculose, von welcher allerdings gesagt wurde, dass sie im Wesentlichen nur die genaueren Ausführungen des früher Gegebenen enthält. Aber unter den neu hinzugefügten Thatsachen ist eine doch von höchster Bedeutung, die nämlich, dass es gelungen ist, durch Inhalation zerstäubter Reinculturen phthisische Processe der Lungen zu erzeugen. Denn an den Zusammenhang zwischen Phthise und Tuberculose setzten die erheblichsten Einwände der Gegner ein. Sie behaupteten, es sei nicht bewiesen, dass die Lungenphthise primär tuberculöser Natur sei, man habe eben bei Uebertragung von Reinculturen auf Thiere stets nur Miliartuberculose, nicht primäre Heerde erzeugt.

Nicht so günstig sind die Resultate für die beiden anderen in Angriff genommenen Infectionskrankheiten ausgefallen. Ist es Gaffky auch gelungen, für den Typhus den Eberth'schen Bacillus mit höchster Wahrscheinlichkeit als den specifischen Erreger darzustellen, so konnte Löffler für die Diphtheritis einen bestimmten Pilz auch nicht einmal als wahrscheinlichen pathogenen Mikroorganismus erweisen.

Leicht gelang es dagegen, das infectiöse Gebiet des Aspergillus fumigatus zu erweitern durch die von Schütz angestellten Untersuchungen, wonach dieser Pilz in den Lungen von Vögeln necrotisirende Pneumonien bedingt.

Sind nun diese, theils sicher nachgewiesenen, theils wahrscheinlich gemachten pathogenen Eigenschaften bestimmter Spalt- und Schimmelpilze von grösster Wichtigkeit, so ist hier vielleicht der Ort, darauf aufmerksam zu machen, dass solche Entdeckungen im ärztlichen und besonders im Laienpublikum in gewisser Beziehung vielfach überschätzt worden sind, und dass man oft genug übertriebene Hoffnungen daran knüpfte.

Bezüglich der Tuberculose kann verwiesen werden auf die Darlegung, welche Marchand in dieser Wochenschrift (Jahrg. 1883 No. 15) gegeben hat. Mit Recht hob er hervor, dass durch die Entdeckung des Tuberkelbacillus nicht etwa erst erwiesen wurde, die Tuberculose sei eine Infectionskrankheit, was wir wissen, seitdem erfolgreiche Impfungen mit Tuberculose gemacht sind, ebenso wie wir dies bezüglich der Diphtheritis wissen, trotzdem der Nachweis ihres pathogenen Organismus noch nicht gelungen ist. Mit der durch Koch erlangten Kenntniss des die Infection bewirkenden Virus der Tuberculose glaubten ferner Viele, dass nunmehr auch die Frage der Tuberculose vollständig gelöst sei, dass es sich jetzt etwa nur noch darum handeln könne, die besten Methoden zur Vernichtung des Pilzes kennen zu lernen. Man übersah, wie viele und wie wichtige Fragen trotzdem noch zu lösen sind, die sich freilich jetzt besser angreifen lassen, immerhin aber der Erledigung noch harren. Man denke nur an die Erblichkeit der Tuberculose, an ihre Localisation im Körper, an die individuelle Disposition etc., Fragen, ausnahmslos von grösster Wichtigkeit, über die man auch jetzt nach Kenntniss der Bacillen nur Vermuthungen aussprechen kann, Fragen dazu, ohne deren Lösung an eine wirksame Bekämpfung der Tuberculose trotz sorgfältigster Vernichtung der phthisischen Sputa nicht gedacht werden kann. Und nicht anders steht es mit den übrigen Infectionskrankheiten. Es soll mit diesen Bemerkungen nicht entfernt die Bedeutung der auf die Entdeckung specifischer Organismen gerichteten Untersuchungen herabgesetzt werden, es soll nur betont werden, dass trotz ihrer Entdeckung noch sehr viel zu thun übrig bleibt.

Bei der Erforschung der Infectionskrankheiten spielt die Frage nach der Constanz der Spaltpilze eine wesentliche Rolle. Koch und viele andere Forscher haben die Ansicht, es könnten verschiedene Species der Spaltpilze ineinander, pathogene Organismen in unschädliche übergehen und umgekehrt, mit Energie bekämpft, und auch die besprochenen Arbeiten sind von der entgegengesetzten Anschauung durchdrungen. Koch behauptet die Constanz der Tuberkelbacillen und Gaffky weist die Auffassung bestimmt zurück, als ob die Typhusbacillen sich von Fäulnisspilzen ableiten liessen. Im Anschlusse daran widerlegt Hueppe die Umwandlung der Milchsäurebacillen in Buttersäurepilze und weist nach, dass die mannichfaltigen Formen, die Neelsen für den Pilz der blauen Milch beschrieb, zum Theil in Verunreinigung durch andere Organismen ihren Grund haben. Dadurch wurden der Transmutationslehre wichtige Stützen entzogen. Aber in gewissen wenn auch engen Grenzen hat eine morphologische und physiologische Modification zugegeben werden müssen. Einmal kommen Grössenschwankungen bei den Gährungspilzen und den Bacillen der blauen Milch vor, und andererseits haben die Untersuchungen von Koch, Gaffky, Loeffler über die Möglichkeit der Abschwächung der Milzbrandbacillen die Angaben Pasteur's im Princip bestätigt, da es gelingt, durch bestimmt modificirte Züchtungsmethoden die Virulenz der Pilze herabzusetzen, resp. aufzuheben. Diese Thatsachen sind für die Prophylaxis, für die Schutzimpfung, von grösster Wichtigkeit, wie in unserem Referate genauer ausgeführt wurde.

So sind unsere Anschauungen über die pathogenen und anderweitigen physiologischen Eigenschaften unserer Spaltpilze wesentlich ergänzt worden. Aber auch die Hygiene zieht aus den besprochenen Arbeiten reichen Nutzen.

An dem Beispiel der Milch zeigte Hueppe, dass Gährungsvorgänge ohne die Gegenwart von Mikroorganismen nicht wahrscheinlich, jedenfalls aber bis jetzt nicht nachgewiesen sind. Für die practischen Zwecke der Desinfection unserer Wohnräume konnte das Chlor als das beste Mittel empfohlen werden (Fischer-Proskauer) und die Vernichtung phthisischer Sputa gelingt am leichtesten mit 5proc. Carbolsäure (Schill). Zur Untersuchung des Keimgehaltes der Luft wurde von Hesse ein brauchbarer Apparat vorgeschlagen.

Alles in Allem schliesst sich nach Mannichfaltigkeit und Bedeutung der Ergebnisse der vorliegende Band dem ersten würdig an.

VII. Geh. Rath Dr. Robert Koch darf in den ersten Tagen des Mai in Berlin erwartet werden, und schon rüstet man sich in weiten Kreisen, dem ebenso genialen als opferfreudigen Forscher wie seinen Begleitern die verdienten Ehren zu bereiten. Zu einem grossen Comité, an dessen Spitze Geh. Rath v. Bergmann steht, haben sich die Vertreter der medicinischen Wissenschaft und Praxis aus den verschiedensten Kreisen Berlins zusammengefunden. Während dies Comité lediglich einen privaten Charakter trägt, hat sich der Central-Ausschuss der Berliner Aerzte in mehr officieller Weise ebenfalls mit der Angelegenheit beschäftigt. — Wie wir hören, gedenkt der Central-Ausschuss durch Entsendung einer Deputation und durch Ueberreichung einer Adresse selbständig vorzugehen, es darf aber wohl erwartet werden, dass er sich im Uebrigen jenem Central-Comité anschliessen wird.

Es liegt natürlich die Frage nahe, ob nicht im Schoosse der medicinischen Facultät der Universität Berlin und in der Academie der Wissenschaften Erwägungen stattgefunden haben, in welcher Weise diese beiden Körperschaften den unvergleichlichen Verdiensten, die sich R. Koch erworben hat, nicht nur jetzt durch seine Forschungen über die Cholera, sondern schon seit dem Jahre 1876 durch eine Reihe der glänzendsten Entdeckungen in rascher Folge und durch die Ausbildung einer Methode, die auch den weitgehendsten Anforderungen der exacten Naturwissenschaft genügt, die hier allein in Frage kommenden Anerkennungen gewähren solle, denn es ist wohl einleuchtend, dass die Aufnahme eines Mannes wie Robert Koch, zur Academie der Wissenschaften, wie der medicinischen Facultät zur höchsten Ehre gereichen würde. Ob Vorbereitungen besonders in der Academie der Wissenschaften stattgefunden haben, um dies zu ermöglichen, darüber ist freilich bisher nichts bekannt geworden.

VIII. Schwabach, Taubstummenstatistik — Taubstummheit. Sep.-Abdr. aus Eulenburg's Realencyclopädie. Besprochen von Dr. Zucker in Berlin.

In 16 höchst ausführlichen Tabellen giebt S. in dem ersten Artikel einen Ueberblick zunächst über das Vorkommen der Taubstummheit überhaupt, aus welchem hervorgeht, dass nach Mayr im Jahre 1871 auf rund 246 Millionen Menschen etwa 191000 Taubstumme, d. h. 7,7 auf 10000 kamen, während sich für Deutschland ein Ver-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hältniss von 9,6 auf 10000 ergab. Dieser Procentsatz schwankt natürlich nicht nur in den verschiedenen Ländern zwischen weiten Grenzen, sondern selbst in den einzelnen Theilen kommen oft — namentlich auf gebirgigem Boden — Striche mit sehr starker Verbreitung der Taubstummheit in Ländern, die im Uebrigen eine geringe Quote aufweisen, vor. Nur Deutschland macht eine Ausnahme, indem hier gerade die Niederungen im Nordosten — nach Hartmann in Folge der Meningitisepidemie 1864/65 — so hohe Procentsätze zeigen, wie sonst nur Bergländer. Schwabach schliesst sich der allgemeinen Ansicht an, dass die Bodenbeschaffenheit einen zwar hohen aber nicht den alleinigen Einfluss auf die Häufigkeit der Taubstummheit hat. Ebenso bestätigt er durch tabellarische Zusammenstellungen das seltenere Vorkommen des Gebrechens beim weiblichen Geschlecht (9,1 gegen 11,3 auf 10000), während er aus den Angaben über das Alter der Taubstummen keine definitiven Schlüsse zu ziehen wagt. Ueber die Verbreitung der Taubstummheit in der städtischen im Gegensatz zur ländlichen Bevölkerung liegen zu wenige Beobachtungen vor, ebenso differiren die Angaben über die Confession, nur für die Juden ergiebt sich aus allen Zusammenstellungen eine ausserordentlich hohe Quote. Das Verhältniss zwischen angeborener und erworbener Taubstummheit ist ziemlich kurz abgehandelt, auch S. verlangt ärztliche Sondererhebungen zu diesem Zwecke und zur Eruirung der Ursachen erworbener Taubstummheit. Recht günstig gestaltet sich das Verhältniss der Beruftreibenden unter den Taubstummen, auf welche nach den verschiedenen Zusammenstellungen bis zu 43,9 Proc. kommen, ein Resultat, das gewiss einen vortheilhaften Rückschluss auf die Taubstummenbildung gestattet. Ueber diese selbst, namentlich über die steigende Verbreitung des Unterrichts in der Lautsprache giebt S. noch eine sehr sorgfältige Tabelle, deren Resultate sich kaum zusammenfassend wiedergeben lassen und die daher im Original einzusehen ist.

Unter den Ursachen der Taubstummheit bespricht S. nochmals den Einfluss hygienischer und terrestrischer Verhältnisse und der Erblichkeit auf die von Geburt an bestehenden Fälle und geht dann genauer auf die Ursachen der erworbenen Taubstummheit ein. Die meisten Fälle verdanken natürlich Gehirnkrankheiten ihre Entstehung, namentlich der Meningitis, wobei sich freilich viele Fälle jener abortiven Form, die Voltolini u. a. als Otitis labyrinthica auffassen, finden. Diese Taubheit sowie die nach Typhus und Pocken beruht nach S. meist auf Labyrinthaffectionen, während er bei Scharlach und Masern mehr Entzündungsprocesse im Mittelohr als Ursache bezichtigt. In den Fällen von Taubheit nach Kopfverletzung oder nach Mumps handelt es sich wohl ebenfalls meist um die Einwirkung auf das Labyrinth. Der pathologisch-anatomische Befund bei den von Geburt an bestehenden Fällen erweist sich meist als Missbildung oder als das Product intrauteriner Entzündungsvorgänge, während für die Erklärung der Taubstummheit nach Meningitis der von Lucae mitgetheilte Sectionsbefund von Wichtigkeit ist, wo in einem Falle deutlich die Fortleitung der Entzündung durch einen unter dem oberen Bogengang in das Felsenbein eindringenden, dicken, rothen, gefässreichen Strang der Dura constatirt werden konnte. Leider sind allerdings überhaupt wenig Sectionsresultate von im Leben genau beobachteten Fällen bekannt.

Betreffs der Diagnose der vollkommenen Taubstummheit macht S. darauf aufmerksam, dass ein nicht kleiner Theil der Taubstummen noch Schall- oder Vokalgehör habe; freilich sei auch für diese die Prognose schlecht, obwohl nicht zu läugnen sei, dass in manchen sicher constatirten Fällen im Verlaufe der Jahre eine beträchtliche Besserung der Hörfähigkeit eingetreten sei, und dass in vielen Fällen eine erst kurze Zeit bestehende Taubheit durch eine rechtzeitige Behandlung noch einigermaassen rückgängig gemacht werden konnte.

Vf. bespricht dann nach einem Ueberblick über die Geschichte des Taubstummenunterrichts die Vorzüge der bei uns in Deutschland üblichen Lautsprache vor der Geberden- resp. Finger- und Handsprache, die auch in der That durch jene immer mehr zurückgedrängt werden, und befürwortet lebhaft eine Zeitdauer von 7—8 Jahren für den Unterricht der Taubstummen, weil ja bei den besonderen Schwierigkeiten des Articulationsunterrichtes allein durch den mechanischen Theil desselben die ersten Jahre angefüllt werden.

IX. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 7. April 1884.

Vorsitzender: Herr Leyden.
Schriftführer: Herr A. Fraenkel.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

Discussion über die Vorträge der Herren Leyden und A. Fraenkel über Peritonitis.

Herr Liman kann über 53 Fälle von Peritonitis berichten. Unter diesen 53 Fällen betrafen 17 Männer und 36 Weiber. Werden von diesen 36 Fällen 20 Fälle abgezogen, welche wegen provocirten Abortus zur Section gekommen sind, so bleiben nur 16 Fälle bei Weibern. Unter den 17 Fällen bei Männern war die Peritonitis veranlasst 2 mal durch Sturz aus der Höhe; beide Male war das Ileum durchrissen, in dem einen Falle bestand gleichzeitig eine Fractur des Hinterhauptbeines ohne Gehirnverletzung; am Bauch war äusserlich nichts zu sehen. 9 mal hatte auf den Bauch mechanische Gewalt eingewirkt (Stichwunden; Wurf mit Mauersteinen, Hammern, Fusstritte gegen den Bauch); 5 Fälle waren durch Krankheiten bedingt (Perforation etc.). Bei Weibern kam Perforations-Peritonitis 6 mal vor. Nur einmal hatte eine äussere Gewalt den Bauch betroffen, und zwar bei einem 4jährigen Mädchen, dem ein Balken auf den Bauch gefallen war. Was die 20 Fälle betrifft, welche nach Abortus secirt worden sind, so sind sich alle sehr ähnlich. Es sind keineswegs häufig Perforationen oder Verletzungen der Geschlechtstheile, welche eine Peritonitis veranlasst haben, vielmehr handelt es sich um Fortpflanzungen des Entzündungsprocesses von den Geschlechtstheilen her. Zumeist sind diese Peritonitiden septischer Natur und sie sind verbunden mit septischer Entzündung in der Gebärmutter, entstanden durch die verschiedenen Manipulationen, welche die Abtreibung bewirkt haben. Vaginaleinspritzungen, Einspritzungen in die Gebärmutter, resp. Einführung fremder Körper in den Uterus selbst. Herr L. ist nach seinen Erfahrungen geneigt zu der Annahme, dass diese Erkrankungen, wenn sie sich nach einem Abortus einfinden, eine Provocation des Abortus voraussetzen, mindestens den Verdacht erregen, dass eine solche stattgefunden hat, und möchte die Erfahrungen der Herren Collegen darüber provociren, ob dieselben Fälle aufführen können, wo ohne manuelle Untersuchung und nach spontanem Abort Peritonitis und Metritis septica entstanden ist. In 8 Fällen von Peritonitis konnte durch die Section eine Veranlassung nicht nachgewiesen werden. Diese Fälle sind sehr geeignet, die von Herrn Leyden vorgetragenen Mittheilungen zu bestätigen. Auch Herr L. war sehr geneigt, als er seine Praxis begann, die Existenz der spontanen Peritonitis zu bezweifeln, hat aber im Laufe seiner Erfahrungen seine Ansicht modificiren müssen. Es giebt spontane Peritonitis. Die angeführten 8 Fälle kamen alle wegen Verdachts der Vergiftung zur Section. Ausser der Peritonitis war an der Leiche nichts aufzufinden, was die Veranlassung zu derselben hätte geben können. Der Verdacht der Vergiftung musste nach der Section zurückgewiesen werden. Die 8 Fälle betrafen 1 Mann und 7 Weiber. Ersterer war noch ein jugendlicher Lehrling, von den letzteren, zwei noch junge Kinder von 10 und 11 Jahren. Untersuchungen auf Bakterien hat Herr L. nicht angestellt, sein Institut, wie die Leichen eignen sich wenig hierzu, er wird aber auch hierauf in Zukunft sein Augenmerk zu richten bemüht sein. Herr Landau hat unter c. 40 Fällen von diffuser Peritonitis, die zu seiner Beobachtung kamen, zwei Fälle gesehen, in denen ein Abort vorausgegangen war, bei welchem nicht der geringste Verdacht existirte, dass er etwa provocirt worden wäre, und bei denen vor der Erkrankung nicht untersucht worden war. Es ist dies Ereigniss gewiss selten, aber nicht wunderbar, da ja Peritonitis auch in Folge von jauchigen Placentarresten entstehen kann. Herr Landau geht sodann auf die Frage des Zusammenhanges des Erysipels mit dem Puerperalfieber ein. Er kann aus seiner Erfahrung in dieser Beziehung mehrere sehr eclatante Fälle anführen, den einen, welchen er s. Z. publicirt hat, wo bei Gelegenheit einer Puerperalfieber Epidemie in der Breslauer gynäkologischen Klinik eine Hebamme an einem sehr schweren Erysipel erkrankte, und während von den Müttern einige an Peritonitis starben, die Kinder erysipelas-ähnliche Affectation hatten. Im Uebrigen ist das Zusammentreffen von Erysipel und Puerperalfieber ein so häufiges, dass schon die Statistik einen inneren Zusammenhang wahrscheinlich macht, umsomehr als die neuesten Versuche von Koch und Fehleisen und des weiteren die vorgetragenen Untersuchungen von Herrn A. Fraenkel die Wahrscheinlichkeit dieses Zusammenhanges sehr erhöht haben. Fraglich jedoch erscheint es, ob die Identität der Coccen des Erysipels und der puerperalen Peritonitis durch die Untersuchungen des Herrn A. Fraenkel bewiesen ist; dieser selbst hat dies, wenn ich nicht irre; auch nicht fest behauptet. Er konnte dies um so weniger, als ja die von ihm angestellten Impfungen mit dem puerperalen Peritonitis-Coccus auf Kaninchen ziemlich inconstant waren, insofern als nach Injection von Coccen in die Venen, die Kaninchen meist gesund blieben, und nur wenn die Coccen in das Ohr eingeimpft wurden, eine Affection durchaus localer Natur entstand, welche einem Erysipel ungemein ähnlich sah. Man kann um so weniger diese Versuche für beweisend halten, als bereits durch Koch 1878 eine verschiedene Entstehungsweise des Erysipels des Kaninchenohres einmal durch Coccen, ein anderes Mal durch Bacillen nachgewiesen ist, und ferner das experimentum crucis fehlt, dass man mit einem Coccus, der von einer puerperalen Peritonitis auf ein Kaninchen überimpft und weiter gezüchtet wird, bei Wiederimpfung wieder eine erysipelatöse oder puerperale Erkrankung beim Menschen erzeugt, zu welchem Versuche sich wohl Keiner verstehen dürfte. Unter den 40 Fällen von Peritonitis, welche Herr Landau bei Frauen beobachtet hat, haben sich auch einige Fälle gefunden, in denen trotz

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

genauester Untersuchung der Nachweis einer Ursache für die Peritonitis nicht erbracht werden konnte. Indessen glaubt Herr L., dass in diesen Fällen nur eine sogenannte spontane Peritonitis vorlag, und dass es nur aus zufälligen Gründen oder bis jetzt noch nicht hinlänglich ausgebildeten Methoden noch nicht gelingt, das ursächliche Agens aufzufinden. Unter makroskopischen Ursachen, die früher öfter als jetzt eine Peritonitis spontanea vortäuschten, und auch jetzt noch schwer aufgedeckt werden können, sind alle diejenigen Perforations-Peritonitiden zu rechnen, in denen das Perforationsloch z. B. des Proc. vermiformis während des Verlaufs der Peritonitis verheilt, so dass man trotz genauester Obduction nicht im Stande ist, eine Continuitätstrennung zu entdecken. Auch eine blosse Erosion in der Darmschleimhaut bei Dünn- und Dickdarm-Katarrh oder eine Abschilferung der Darmschleimhaut in Folge zufälligen Hinunterschluckens von rauhen Knochenstückchen u. dgl., kann seines Erachtens wohl die Eingangspforte für die Peritonitis erzeugenden Infectionsträger darstellen, ohne dass man bei sorgfältigster Obduction im Stande wäre, dieselbe nachzuweisen. Ferner können eine spontane Peritonitis noch die gonorrhoischen Affectionen desselben vortäuschen, welche entweder entstehen per continuitatem durch die Tuben oder durch die Vermittlung der Lymphgefässe durch das parametrale Gewebe. Nicht immer bleiben gonorrhoische Para- und Perimetritiden und Pelveo- Peritonitiden local. Es ist durchaus kein Zufall, dass besonders bei Frauen die sogenannte spontane Peritonitis bei weitem häufiger beobachtet wird, als bei Männern. Auch die ulceröse Endocarditis wird, wiewohl die Eingangspforte des Virus nicht immer klar ist, für keine spontane Krankheit gehalten. Ausdrücklich verwahrt sich Herr Landau gegen die Ansicht, dass die Peritonitis bewirkende Ursache immer dieselbe sei. Eine ganze Reihe differenter Coccen oder Bacillen, vermuthlich auch die Producte von Fäulnissbakterien mögen im Stande sein Peritonitis zu erzeugen. Es wird eine weitere Aufgabe sein nach dem Vorgange der Herren Leyden und Fränkel dieselben zu erforschen. Dass das Gift nicht immer dasselbe ist, könne man auch aus dem verschiedenen Verlaufe der Erkrankung erkennen. Besonders fielen Herrn Landau hier zwei Arten der Peritonitis auf, solche welche von Anfang bis zu Ende mit hoher Temperatur, äusserster Schmerzhaftigkeit, benommenem Sensorium einhergehen, und solche mit niedriger Temperatur, freiem Sensorium und dabei bis zur Agonie, selbst wenn dann zuletzt excessiv hohe Temperatur eintreten, vollkommener Euphorie. Die Prognose muss leider bisher als ungünstig betrachtet werden; Herr Landau erinnert sich nur an drei Genesungsfälle. Bei einem seiner Fälle wurde der Versuch gemacht, den eitrigen Inhalt zu entleeren, aber ohne Effect. Es erscheinen überhaupt blosse Incisionen völlig ungenügend, da wir es bei der diffusen Peritonitis nicht so wie bei der Pleura mit einer Höhle zu thun haben, indem sich eine Menge Höhlen durch Verklebung der Därme untereinander und mit dem Peritoneum parietale durch die fibrinösen Beläge, bilden. Im Uebrigen ist sicher, wie Herr Leyden hervorgehoben, nur durch operatives Einschreiten eine Besserung in den Heilungsresultaten zu erwarten. Nur dürfe man sich hierbei nicht auf Incisionen beschränken, sondern müsse energisch die Höhlen ausspülen, drainiren u. s. w. Ferner hat Herr Landau beobachtet, dass bei manchen Peritoniden die antiphlogistische Behandlung schlecht vertragen, und durch warme Kataplasmen eher Erleichterung gebracht wird. Schliesslich weist Herr Landau noch darauf hin, dass für die Prophylaxe und die Behandlung der Kindbettfieber die Annahme des Entstehens einer spontanen Peritonitis ebenso wie die von Herrn Ahlfeld in jüngster Zeit behauptete Möglichkeit einer „Selbstinfection" im Wochenbett leicht schädliche Consequenzen für die Praxis im Gefolge haben könne. Herr Landau will hier nicht näher auf diese Annahme eingehen, und spricht seine Ueberzeugung dahin aus, dass es nur eine Infection von aussen giebt.

Herr P. Guttmann hat unter 2533 Leichen-Sectionen im Krankenhause Moabit (in dem Zeitraum vom 1. October 1879 bis 1. April 1884), deren Befunde er grösstentheils selbst zu Protokoll gegeben, 82 Fälle von Peritonitis exsudativa beobachtet. Fälle, bei denen es sich nur um eine circumscripte Peritonitis oder nur um die Anfänge einer Peritonitis (Injection der Serosa einzelner Darmschlingen) handelte, sind von dieser Zahl ausgeschlossen, ebenso alle Fälle von chronischer Peritonitis, welche zu Adhäsionen der Darmschlingen führten, und bei denen später kein Exsudat mehr bestand; es würde sonst bei Einschliessung auch aller dieser Fälle in die Statistik die Zahl der Peritonitiden erheblich grösser ausgefallen sein. Unter diesen 82 Fällen von Peritonitis recens exsudativa diffusa finden sich 8 Fälle von idiopathischer oder spontaner Peritonitis — wenn man den Begriff der spontanen Peritonitis so definirt, dass sie der einzige wesentliche pathologisch-anatomische Befund sein muss, dass also bei der Obduction keine Erkrankung eines Organes zu finden ist, welche erfahrungsgemäss zu einer secundären Peritonitis führen kann, resp. führt. Von den 8 Fällen betrafen 4 männliche, 4 weibliche Individuen. Der Obductionsbefund in den 8 Fällen ist in möglichster Kürze folgender:

1. Bianka Balke, 16 Jahre alt, unter Schüttelfrost erkrankt; Sensorium hochgradig benommen, Abdomen äusserst schmerzhaft, grünliches Erbrechen. Nach 4tägiger Krankheit Tod.

Obduction: Die vorliegenden Darmschlingen rosa injicirt, überall durch frische Fibrinflocken verklebt, eben solche Fibrinflocken auf den peritonealen Ueberzügen der Leber und Milz. In der Bauchhöhle eine ziemlich grosse Menge von sero-fibrinösem, leicht purulent gefärbtem Exsudat. Schleimhaut des Darms blass, nirgends Schwellung der Follikel. Im Uterus die Reste einer stattgehabten Menstruation (etwas Blutgerinnsel). Im linken Ovarium ein frisches Corpus luteum. Geschlechtsorgane virginal, Hymen erhalten. Alle übrigen Organe normal.

2. Fritz Schreifel, 13 Jahre alt. Nach 18tägiger Dauer der Krankheit, deren Erscheinungen wesentlich in Schmerzhaftigkeit des Abdomen und Erbrechen bestanden, Tod.

Obduction: Sämmtliche Darmschlingen mit einander ziemlich fest zu einem einzigen Convolut verwachsen. Innerhalb dieses Convolutes finden sich eitrige Exsudatmassen, ebenso im Bauchraum. Die Oberfläche des entwirrten Darmes ist vielfach rosaroth injicirt, die Schleimhaut normal. Alle übrigen Organe bieten nichts Besonderes.

3. Bertha Brennecke, 16 Jahre alt. Nach kurzer Krankheitsdauer aufgenommen unter den bekannten Erscheinungen der Peritonitis. Nach 2 Tagen Tod.

Obduction: Die Darmschlingen mit frischen fibrinösen Massen belegt. Die Darmserosa an vielen Stellen stark injicirt. Im Bauchraum ein trübes Exsudat, Darmschleimhaut normal, ebenso alle übrigen Organe.

4. Julius Jacobi, 53 Jahre alt. Die Krankheits-Erscheinungen waren die für Peritonitis charakteristischen, Schmerzen im Abdomen, Erbrechen, Meteorismus. Nach 4tägiger Krankheit Tod.

Obduction: In der Bauchhöhle eine mässige Menge etwas missfarbigen Exsudates. Auf der Schleimhaut des Darmes nichts Besonderes. Ebenso finden sich alle anderen Organe normal.

5. Friederike Zierke, 37 Jahre alt. Unter Frost- und Hitzegefühl und heftigen Schmerzen im Leibe erkrankt, die seitdem andauern. Nach 12tägiger Krankheit Tod.

Obduction: Im Bauchfellsack über 1 Liter missfarbiger eitriger Flüssigkeit. Darmschlingen durch Fibrinmassen frisch mit einander verklebt. Darmserosa hellroth injicirt. An den Genitalien nichts Abnormes. Ebenso finden sich alle übrigen Organe normal.

6. Christian Zehm, 38 Jahre alt, zuerst etwas chronisch verlaufende Peritonitis (6wöchige Dauer), dann acute Exacerbation, Tod.

Obduction: Im Abdomen eine grosse Menge weingelber Flüssigkeit. Darmschlingen mit Fibrinauflagerungen bedeckt, unter einander verwachsen, ebenso mit dem Netz. Auch der Magen mit dem benachbarten Darm verwachsen. Alle übrigen Organe normal.

7. Heinrich Schwarz, 49 Jahre. Nur ein Tag im Krankenhause gewesen. Erscheinungen für Peritonitis charakteristisch.

Obduction: Im Bauchraum etwas fibrino-purulentes Exsudat. Darmschlingen sämmtlich durch fibrinöse Massen verklebt. Netz durch Fibrinauflagerung stark verdickt. Darmschleimhaut zeigt nichts Besonderes, die übrigen Organe ebenfalls normal. Nur die Leber ist stark vergrössert, Färbung auf dem Durchschnitt gleichmässig buttergelb (Fettleber der Potatoren).

8. Luise Jaecke, 36 Jahre alt, Krankheitserscheinungen für Peritonitis charakteristisch.

Obduction: Im Peritonealsack fibrino-purulentes Exsudat. Darmschlingen theils durch frisches, theils durch älteres Exsudat verklebt. Serosa des Darms frischroth injicirt. Schlingen des Dickdarms mit der Bauchwand verwachsen. Uterus von normaler Grösse. Schleimhaut des Uterus enthält Reste von menstrualer Blutung. In der Vagina alter Katarrh (schiefrige Verfärbung).

Was die von Herrn A. Fraenkel cultivirten Coccen betrifft, so erinnert Herr P. Guttmann daran, dass das Wachsen dieser Culturen nagelförmig nach unten erfolgt sei, analog den seiner Zeit von Herrn Friedlaender demonstrirten Pneumoniecoccenculturen. Da nun die verschiedenen Mikroorganismenformen auch schon makroskopisch ein verschiedenes Wachsthum in ihren Reinculturen zeigen sollen, und hier eine Uebereinstimmung im Wachsthum vorzuliegen scheint, so möchte Herr P. Guttmann an den Vortragenden die Frage richten, ob in dem Wachsthum seiner Coccen Unterschiede gegenüber dem Wachsthum der Pneumoniecoccen beobachtet sind; ihm scheine es, als ob dieses Wachsen nach unten ein rein physikalischer Vorgang sein dürfte.

Herr Max Wolff. In Bezug auf die mikroskopischen Angaben bei Peritonitis puerperalis bemerke ich, dass ich ganz dieselben Organismen bei dieser Erkrankung ziemlich frühzeitig gesehen und in Virchow's Archiv Bd. 81 beschrieben habe, wie der Herr Vorsitzende. Im Jahre 1874 wurden in dem unter allen Cautelen aus dem Peritonäum entleerten Eiter, bei sofort angestellter und vielfach wiederholter mikroskopischer Untersuchung ausschliesslich nur Mikrococcen und zwar einfach,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in Dumbbelform, in Ketten zu 3—4 Gliedern und in Zooglöaform gefunden.

In gleicher Weise wurden aber bei einer anderen, hier nicht bisher erwähnten Peritonitis, die ätiologisch ebenfalls hierher gehört, wiewohl von Puerperium nicht die Rede ist, bei der Peritonitis pyaemica dieselben Organismen-Formen constatirt. Im Jahre 1873 (s. l. c.) wurden zum ersten Male bei einem Individuum, das nach einer Ellenbogengelenksresection pyämisch geworden war, in dem peritonealen Eiter ausschliesslich nur sehr schöne lange Ketten von Kugelbakterien bis zu 8 Gliedern und zwar in ganz ausserordentlicher Menge gefunden.

Ganz dieselben Formen habe ich später wiederholt sowohl bei Peritonitis puerperalis als noch einmal bei Peritonitis pyaemica zu sehen Gelegenheit gehabt. —

Ich möchte hier gleich hinzufügen, dass mit dem Eiter der Peritonitis pyaemica damals vier Meerschweinchen injicirt worden sind und zwar nach vorhergehender sorgfältigster Reinigung der bisher ungebrauchten Pravaz'schen Spritze mit absolutem Alkohol. Das erste Meerschweinchen starb im Laufe des zweiten Tages nach der Injection und zwar mit einem weitverbreiteten blutig serösen subcutanen Oedem, wie man letzteres bei Thieren, die schnell zu Grunde gehen, als Vorläufer der eitrigen Entzündung oft zu sehen Gelegenheit hat. Der Eiter von einer puerperalen Peritonitis, der nur Ketten von Kugelbakterien in grösster Menge enthielt, wurde einer älteren Katze zu 5 Theilstrichen einer Prav. Spritze injicirt; die Katze bekam hohes Fieber, starken Collaps und wallnussgrossen jauchigen Abscess an der Injectionsstelle.

Es handelt sich also bei den hier in Rede stehenden Peritonitis-Formen, ebenso wie bei den mit dem Eiter derselben injicirten Thieren fast immer um manifeste und meist sehr diffuse Eiterungen und schon aus diesem anatomischen Grunde kann ich mich mit der hier mehrfach hervorgehobenen Identität von Erysipel und diesen pyämischen Processen nicht einverstanden erklären. Denn Sie wissen ja, dass beim genuinen, uncomplicirten Erysipel der Process sich sehr rasch ausgleicht, dass es sich hier um sehr rasch vorübergehende exsudative Vorgänge handelt. Am 3.—5. Tage, nach Beginn des Erysipels, wenn die Hautröthe abblasst, verschwindet bereits die kleinzellige Infiltration der Cutis; und wenn man nach dieser Zeit die erysipelatös gewesene Haut untersucht, so sind oft keine Veränderungen mehr zu constatiren. Das ist doch ein sehr wesentlicher Unterschied gegenüber der diffusen Eiterung bei den puerperalen Processen, unter deren Einfluss die Gewebe zu Grunde gehen.

Es ist mir nun nicht unbekannt, dass man auch schon früher mehrfach die puerperalen Processe mit dem Erysipel in Verbindung gebracht hat und noch früher als die puerperalen Vorgänge hat man von chirurgischer Seite die Pyämie, von der ja die puerperalen Processe nur eine durch ihre Localisirung bedingte Unterart sind, mit Erysipel in Verbindung gebracht.

Roser hat schon vor langer Zeit die Annahme für zulässig erklärt, dass es ein durch Pyämie bedingtes Erysipel giebt. Von anderer Seite hat man das Erysipel auch noch mit anderen Processen mit Septicämie und mit Phlegmone in Verbindung gesetzt.

Ich selbst habe früher, zu einer Zeit als die Lister'sche Verbandmethode noch nicht in Anwendung war, als Assistent an der chirurgischen Klinik bei König, wiederholt Erysipel und Pyämie zu sehen Gelegenheit gehabt. Eine solche von König beschriebene Erysipelepidemie beobachteten wir im Jahre 1869 und es liess sich allerdings auch hier die mehrfach gemachte chirurgische Erfahrung bestätigen, dass die meisten Fälle von Pyämie in der Zeit vorkamen, in der auch die meisten Erkrankungsfälle an Erysipel vorhanden waren. Wir haben damals auch bei demselben Individuum gleichzeitiges Vorkommen von Erysipel und Pyämie beobachtet und auch später habe ich dasselbe wiederholt gesehen. Sogar wiederholte Schüttelfröste, also ein Symptom, das bei Pyämikern so häufig zur Beobachtung gelangt, konnten wir damals bei einzelnen Erysipelatösen constatiren: allein diese hier und da einmal ähnlichen Symptome und die übrigen erwähnten Verhältnisse beweisen bei der grossen Differenz anderer Erscheinungen doch immer noch nicht die Identität beider Processe. Man kann daraus doch nur auf eine Coincidenz von Erysipel sowie von Pyämie und puerperalen Processen schliessen. Ja man kann sogar zugeben, dass diese Coincidenz beider Processe keine zufällige ist, und doch ist man nicht genöthigt, einer Identität beider ätiologischer Noxen zuzustimmen. Aus der alten Erfahrung, dass in schlecht ventilirten und stark belegten chirurgischen und geburtshilflichen Kliniken Pyämie, Puerperalfieber und Erysipel die vorherrschenden Krankheiten sind, ist der Schluss zulässig, dass der Coccus pyaemicus wesentlich in denselben Verhältnissen einen günstigen Nährboden findet, wie der Erysipelcoccus. Daraus erklärt sich sowohl das gleichzeitige Vorkommen von Erysipel und Pyämie an demselben Orte, sowie bei demselben Individuum.

Ich wiederhole also, eine Zwangslage existirt keinenfalls beide Processe zu identificiren; ich bin im Gegentheil mit anderen Autoren der Meinung, dass sowohl vom klinischen, wie anatomischen Standpunkt das genuine Erysipel und die puerperalen und pyämischen Processe wesentlich zu trennen sind.

Was nun die Impfversuche mit Erysipel bei Thieren anbetrifft, so darf ich wohl zunächst daran erinnern, dass mir ziemlich alte Erfahrungen über Erysipel-Impfung zu Gebote stehen. Bei der vorher erwähnten Erysipel-Epidemie vom Jahre 1869 ergaben die von Professor König angestellten Nachforschungen mit grösster Wahrscheinlichkeit, dass der Ansteckungsstoff am Operationstische hafte und zwar mussten die von eingetrocknetem Blute früherer Operationen verunreinigten Kissen als Keimstätte der Erkrankung angesprochen werden; denn nach Entfernung dieser Kissen bekam keiner von den auf dem Lager operirten Patienten in diesem Semester mehr Erysipel.

Ich habe nun damals den Ueberzug dieser mit Blut getränkten Lagerkissen mit Wasser ausgezogen und die extrahirte Flüssigkeit auf verschiedene Kaninchen nach Anlegung flacher Impfschnitte übertragen. Zunächst bekam eins von den geimpften Kaninchen ein deutliches Erysipelas migrans mit allen klinischen Erscheinungen des menschlichen Erysipels. Die Impfstellen am Rücken und ihre Umgebung rötheten sich bereits am Tage nach der Application der Flüssigkeit und die Hautröthung wanderte allmählich einerseits über den Rücken in grosser Ausdehnung, andrerseits vom Rücken nach der Bauchhaut und den Genitalien des Thieres hin; die letzteren schwollen stark an, am Präputium entstanden Blasen, die später zum Theil eintrockneten. Analog dem menschlichen Erysipel trat an den zuerst befallenen Stellen am Rücken Abblassung der Cutis und Abschuppung ein. Der ganze Process bis zum Aufhören der Hautaffection dauerte etwa 12 Tage. Das Thier fieberte während dieser Zeit ziemlich stark (häufig Temperatur über 41° C.) und zeigte verminderte Fresslust. Nach Aufhören der beschriebenen Hauterkrankung erholte sich das Thier bald wieder. Eine stärkere Betheiligung des subcutanen Gewebes (Abscesse, Phlegmone) kam nicht zur Beobachtung.

Es liegt also in diesem Falle zweifellos ein Impf-Erysipel vor. Mehrere andere Kaninchen, die mit der aus dem Operationslager damals extrahirten Flüssigkeit inficirt worden waren, bekamen ebenfalls Hautröthungen, die jedoch bald rückgängig wurden und keinen erysipelatösen Charakter an sich trugen.

Ich habe sodann einige Jahre später, im Jahre 1873 mehrfach Impfversuche direct mit erysipelatösem Material angestellt, und über diese Versuche in Virchow's Archiv Bd. 81 referirt. Das Resultat in Bezug auf Erzeugung von genuinem Erysipel war nicht so günstig, wie in dem eben beschriebenen Falle. Wohl bekamen die Thiere Abscesse und subcutane Phlegmonen im Bereiche der Injectionsstelle und weit darüber hinaus, über denen sich die Cutis röthete, allein diese Hautröthungen, die man oft sieht, wenn cutane Eiterungen sich der Haut nähern, sind selbstverständlich von einem Erysipelas migrans wohl zu unterscheiden. Es sind diese Affectionen Pseudoerysipele und viele von den in der Litteratur als gelungen verzeichneten Impferysipelen sind nachweislich auf derartige Combinationen von Eiterung mit Hautröthe zurückzuführen. Durch die Versuche von Fehleisen ist alsdann bekanntlich die Impffrage bei Erysipel zu einem endgiltigen Abschluss geführt.

Was nun die Impfversuche bei Thieren von Herrn Fränkel mit puerperaler Septicämie anbetrifft, so möchte ich Herrn Fränkel fragen, ob er der Ansicht ist, dass der bei seinen Thieren erhaltene Process genuines Erysipel ist oder Pseudoerysipel, d. h. kein Erysipel, sondern ein Process, der die Neigung hat, als eine oft zur Eiterung führende Entzündung namentlich in den lockeren Schichten der Haut, dem subcutanen Gewebe und noch tiefer sich auszubreiten und der sich nur mit cutaner Hautröthung combinirt, wie dies auch andere subcutan verlaufende Processe gelegentlich thun. Herr Fränkel hat einerseits bei seinen Thieren auf die wandernde Hautröthung, Desquamation und Blasenbildung, also auf Verhältnisse, wie bei dem genuinen Erysipel hingewiesen, andererseits aber wiederholt mit Bezug auf diese Thierversuche von phlegmonösem Erysipel gesprochen und auch mikroskopisch führte er aus, dass die erkrankten Partien neben der Anhäufung zelliger Elemente die Anwesenheit einer überraschenden Menge von Coccen im Unterhautbindegewebe ergab, während beim genuinen Erysipel zwar auch im subcutanen Gewebe Coccen angetroffen werden, dieselben aber vorwiegend ihren Sitz in den Lymphgefässen der oberflächlichsten Cutisschicht haben.

Es ist die Deutung der Versuche aber in dem einen oder anderen Sinne der entscheidende Punkt, um den es sich handelt.

Wenn Herr Fränkel seine Ergebnisse als Phlegmone betrachtet und dieselben, sowie seine sich an diese Thierversuche anschliessenden Bemerkungen über die grosse Aehnlichkeit in dem anatomischen Verlaufe der lymphangoitischen Form des Puerperalfiebers einerseits und der pro-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gredienten serös purulenten Entzündung des subcutanen Gewebes andererseits benutzen will, um auf die Identität oder sehr nahe Verwandtschaft des puerperalen Virus und des Virus der Phlegmone zu schliessen, so werden wir das sehr gern zugeben. Es ist aber das nur ein Beitrag zu der alten chirurgischen Erfahrung, dass wenige Krankheiten mehr gefürchtet werden für das Zustandekommen der Pyämie, als das Pseudoerysipel, die progrediente Phlegmone mit ihrer Neigung zu Lymphgefässentzündungen und Phlebitiden.

Wenn aber, wie viele Herren diese Versuche als neu aufgefasst haben, eine Identität von genuinem Erysipel und puerperaler Infection damit bewiesen werden soll, so muss ich mich aus den früher erörterten Gründen dagegen aussprechen.

Will man in diesem Falle nicht eine zufällige Infection mit Erysipel annehmen, wie man oft genug zu Incisionen Erysipel hinzutreten sieht, ohne sich bewusst zu sein, direct erysipelatöses Material eingeimpft zu haben, so liegt auch bei diesen Versuchen die Möglichkeit einer Mischinfection vor. Ich wiederhole das reine Erysipelas migrans ist eine klinisch und anatomisch so charakteristische und von pyämischen sowie phlegmonösen Processen so differente Krankheit, dass schon aus diesem Grunde der Erysipelcoccus und die Organismen der letzteren Processe ganz differente Species sein müssen, wenn nicht das verschiedene Wachsthum der in Rede stehenden Organismen ebenfalls schon auf die Verschiedenheit dieser Organismen hinwiese. Ich stehe in Bezug auf diese Frage völlig auf dem Standpunkt derer, die das Erysipel von den pyämisch-puerperalen Processen trennen und nur eine Coincidenz beider zulassen.

In Bezug auf die Bemerkung schliesslich von Herrn Fränkel, dass die embolischen Formen immer Mischinfectionen sind, so möchte ich hier auf die Endocarditis ulcerosa hinweisen, bei der weitaus in den meisten Fällen nur eine, nämlich die runde Form gefunden wird.

Herr Liman betont den Aeusserungen des Herrn Landau gegenüber nochmals, dass er zu wissen wünschte, ob ein spontan verlaufener Abortus, bei welchem keine spätere manuelle Untersuchung stattgefunden, eine Metritis und Peritonitis septica zur Folge gehabt habe, denn nur solche Fälle vermöchten seine These zu entkräften.

Herr Israel glaubt den Beweis für die Möglichkeit der operativen Heilung einer diffusen Peritonitis bereits durch die Erfahrungen von Keith, Spencer Wells, Peaslee erbracht. Aus seiner eigenen Erfahrung kann er zwei hierher gehörige Fälle beibringen. Vor einer Reihe von Jahren kam eine Frau mit den bekannten Erscheinungen einer diffusen Peritonitis in seine Behandlung. Dieselbe zeigte in der rechten Inguinalgegend eine immobile Hernie. In der Vorstellung, dass es sich um eine Brucheinklemmung und consecutive Peritonitis handle, wurde zur Herniotomie geschritten. Hierbei zeigte sich, dass die vorliegende Bruchschlinge keine Zeichen einer Einschnürung aufzuweisen hatte. Infolge dessen wurde der Leistenkanal höher hinauf gespalten, um eine etwa höher befindliche Einklemmung zu suchen. Nach Durchtrennung der Bauchdecke stürzte ein grosses Quantum übel riechender, eitriger Flüssigkeit heraus. Der Schnitt wurde erweitert und die Bauchhöhle mit Thymollösung ausgespült, und nun entleerte sich eine grosse Menge von Flocken mit der zurückströmenden Flüssigkeit. Nach Entleerung der Flüssigkeit konnte man durch die weich gewordene Bauchdecke eine stärkere Resistenz in der rechten Seite wahrnehmen, sodass wohl die Präsumption richtig war, dass es sich um eine Perforation des Processus vermiformis gehandelt hatte. Die Kranke wurde geheilt.

In einem anderen Falle erkrankte ein Mädchen an Haematoma retrouterinum mit den bekannten Erscheinungen protrahirter Blutung, Tumorbildung, aber ohne diffuse peritonitische Symptome. Plötzlich traten die Erscheinungen einer diffusen Peritonitis hinzu mit äusserster Prostration der Kräfte. Herr Israel punctirte von der Vagina aus mit einem dicken Troicar den Douglas'schen Raum und es entleerte sich ein grosses Quantum einer bräunlich zersetzten Flüssigkeit mit unmittelbarem Nachlassen der Erscheinungen; auch diese Kranke genas.

Herr Israel glaubt, dass man, wenn man sich zu einem operativen Vorgehen entschliesst, nicht davor zurückschrecken darf, die Bauchdecke in grosser Ausdehnung zu spalten, um die peritonitischen Entzündungsproducte, so weit sie irgend erreichbar sind, mit Schwämmen auszuwischen. Selbst, wenn es nicht gelingt, alle Recessus zwischen den Därmen blosszulegen, so ist doch schon mit der Entfernung der grössten Quantität des infectiösen Materials dem Körper oft Gelegenheit gegeben, den Rest aus eigener Kraft zu überwinden.

Herr Israel hat ferner einen Fall von tödtlicher Peritonitis infolge acuten Gelenkrheumatismus zur Section bekommen. Derselbe betraf ein junges Mädchen, die neben acutem Gelenkrheumatismus eine Pericarditis und eine ungemein schmerzhafte diffuse Peritonitis hatte. Es gelang nicht ein Exsudat nachzuweisen. Bei der Section war im Peritoneum nichts von nachweisbaren Entzündungserscheinungen zu finden, ebenso wenig wie es gelang, in den Gelenken makroskopisch irgend etwas von der Norm Abweichendes nachzuweisen.

Herr Litten erwähnt gegenüber der letzten Bemerkung des Herrn Israel, dass er bei acutem Gelenkrheumatismus nicht selten Gelegenheit gehabt habe, zu beobachten, dass kurze Zeit vor dem Tode sehr bedeutende Schmerzhaftigkeit und Empfindlichkeit der Gelenke bestand mit ziemlich erheblicher Schwellung, während bei der Section theils keine Veränderungen gefunden wurden, theils nur ein ganz geringfügiges endoarticuläres Exsudat, welches die Erscheinungen intra vitam keineswegs erklärte, oder eine leichte periarticuläre Schwellung. — Was die Frage von dem Vorkommen einer spontanen Peritonitis, d. h. einer solchen, bei welcher man trotz sorgfältigster Untersuchung keine Eingangspforte für das Virus fände, anbetrifft, so hat Herr Litten unzweifelhaft einige, wenn auch seltene Fälle von diffuser, tödtlich verlaufender Peritonitis gesehen, bei denen sich kein ätiologisches Moment nachweisen liess.

Was ferner den Zusammenhang des Erysipels mit der septischen diffusen Peritonitis und andern septischen Affectionen anbetrifft, so wird man schon aus klinischen Gründen auf einen solchen hingeführt, doch dürfen diese beiden Affectionen vom ätiologischen Standpunkt aus keineswegs identificirt werden, wenn auch häufig klinische Gründe für einen bestehenden innern Zusammenhang zu sprechen scheinen. So z. B. ist die Thatsache bekannt, welche Herr Litten nicht selten beobachtet hat, dass bei diffuser septischer Peritonitis und andern Aeusserungen der septischen Allgemeininfection diffuse Hautröthungen über den grössten Theil des Körpers auftreten, wobei die Haut ödematös geschwollen und infiltrirt erscheint, die Eindrücke mit dem Finger bestehen bleiben, und die Röthe sich nicht sprungweise, sondern per continuitatem ausbreitet und den Körper überzieht, ohne dass, abgesehen von dieser nicht wegzuleugnenden äusseren Aehnlichkeit, eine Spur von Erysipel vorhanden ist. Man hat zwar von verschiedenen Seiten in diesem Erythem ein Erysipel, von anderer Seite sogar eine echte Scarlatina erblicken wollen, während es sich lediglich um eine Hautaffection handelt, die ausschliesslich septischen Ursprungs, weder die Charaktere der einen noch der anderen der zuletzt genannten Dermatosen darbietet.

Was schliesslich die Therapie anlangt, so hat Herr Litten zwei Fälle von diffuser Peritonitis auf der von ihm verwalteten Abtheilung der Frerichs'schen Klinik durch Schnitt behandeln sehen, wobei Herr Prof. Schroeder die Güte hatte, die Operationen auszuführen. Bei dem einen handelte es sich um eine Perforation des Darms mit massenhaftem Erguss von Flüssigkeit und Kothmassen in die Bauchhöhle, wobei es zu jauchiger Peritonitis kam. Die Bauchhöhle wurde mit einem sehr grossen Schnitt eröffnet; es fand sich eine der schwersten Formen von Peritonitis mit zahllosen Verklebungen und Höhlen, die mit Koth und Jauche bis tief in das Becken hinunter angefüllt waren. Die Peritonealhöhle wurde ausgespült, die Höhlen eröffnet, die Flüssigkeit herausgelassen. Die Patientin wurde nach langem schwerem Krankenlager schliesslich geheilt.

Der zweite Fall betraf eine grosse Dermoidcyste des Ovarium, welche ebenfalls Herr Prof. Schroeder operirt hatte. Einige Tage darauf bekam die Patientin eine diffuse Peritonitis. Die Operation wurde auch in diesem Fall trotz der extremen Schwäche der Kranken ausgeführt, da man von dem Grundsatz ausging: remedium anceps melius quam nullum. Das Exsudat wurde ebenfalls herausgelassen, das Peritoneum gesäubert und die Wunde durch Naht vereinigt. Trotz sorgfältigster und aufopferndster Behandlung seitens des Herrn Stabsarzt Dr. Buch ging die Kranke schliesslich zu Grunde, aber wahrscheinlich nicht so sehr an den Folgen der Operation als an extremer Körperschwäche. — Zum Schluss weist der Redner auf den principiellen Unterschied in der operativen Behandlung derartiger, gewissermaassen traumatischer Peritonitiden und der septischen hin, wobei der Erguss in die Bauchhöhle nur ein Symptom der allgemeinen septischen Infection des Körpers bildet, welche auch dann bestehen bleibt, wenn der peritoneale Erguss auf operativem Wege entfernt ist.

Herr A. Fraenkel legt Verwahrung dagegen ein, er habe behauptet, die Identität des Krankheitserregers, welcher dem phlegmonösen Erysipel zu Grunde liegt und desjenigen, welcher puerperale Peritonitis erzeugt, sei bereits bewiesen. Er hat vielmehr nur die Vermuthung ausgesprochen. Entscheidend nach dieser Richtung würden nur erfolgreiche Impfungen mit den puerperalen Culturen auf die Haut des Menschen sein. Die experimentell erzeugte Erysipelas-artige Entzündung an dem Ohr der Kaninchen kann schon deshalb nicht als ein genügender Beweis für eine nähere Beziehung zwischen dem puerperalen Infectionstoff und demjenigen, welcher das Erysipel des Menschen hervorbringt, angesehen werden, weil eine fortschreitende Entzündung gleichen Charakters auch durch andre Bakterienarten bei Kaninchen erzeugt wird, so z. B. durch den Bacillus der Mäusesepticämie. Auch hat Herr Fraenkel nicht behauptet, dass jeder puerperale Coccus im Stande sei, Erysipel zu erzeugen und umgekehrt, dass von jedem Erysipel aus puerperale

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Infection entstehen könne. Schon das Erysipel tritt unter zwei so verschiedenen Krankheitsbildern auf, dass man gezwungen ist, anzunehmen, es handle sich entweder um zwei differente Mikroorganismen, oder was nach Ansicht des Vortr. das Richtigere ist, um einen und denselben Coccus von verschiedener Virulenz.

Was die Aeusserung des Herrn Guttmann in Betreff des nagelförmigen Aussehens der in der vorigen Sitzung demonstrirten Culturen betrifft, so scheint es sich hier um ein Missverständniss Seitens desselben zu handeln. Von einer Ausbreitung der Cultur an der Oberfläche der Gelatine, in Gestalt einer nagelförmigen Erhebung wie dies in manchen Fällen von Pneumonie zu Tage tritt, ist bei den puerperalen Coccen nichts zu bemerken. — Anlangend endlich die Schlussbemerkung des Herrn Wolf über die embolische Form der Mischinfection, so ist es dem Vortr. selbstredend nicht eingefallen, zu behaupten, dass jedesmal, wo eine Verbreitung von Keimen durch Embolie im Körper stattfinde, auch eine Mischinfection vorliegen müsse. Letzre findet nur statt, wenn die inficirten Emboli mit verschiedenen Bakterienarten imprägnirt sind, wie dies gewöhnlich der Fall ist bei den in der Uterushöhle frei zu Tage liegenden Thromben der Placentarstelle.

Herr Schuster (Aachen) hat im Anschluss an seine im vorigen Jahre im Verein vorgetragenen Mittheilungen über den Quecksilbernachweis im Harn dem Verein eine schriftliche Mittheilung gemacht. Der vorgeschrittenen Zeit wegen wird von der Verlesung Abstand genommen und die Mittheilung zu Protokoll gegeben.

X. Dreizehnter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

I.

Am Abend des 15. April fand wie gewöhnlich die Begrüssung der fremden Gäste in den Räumen des Hôtel du Nord statt. Allerdings zeigte die Versammlung noch manche Lücke, und unter ihnen solche, welche nicht ausgefüllt werden, da z. B. Thiersch-Leipzig, Billroth-Wien, Gussenbauer-Prag, Lücke-Strassburg und Bardeleben-Berlin, letzterer durch eine Reise nach Italien, verhindert sind, den Sitzungen beizuwohnen. Indessen scheint die Theilnahme an dem Congresse doch eine sehr rege zu sein. Unter den Anwesenden befanden sich: Geh. Rath Esmarch-Kiel, Geheimräthe Volkmann und Olshausen-Halle, Prof. Bruns-Tübingen, Prof. Kraske-Freiburg, Prof. Miculicz-Krakau, Geh. Rath König-Göttingen, Geh. Rath Czerny-Heidelberg, Geh. Rath Credé und Prof. Benno Schmidt-Leipzig, Geh. Rath Hagedorn-Magdeburg, Prof. Ranke-Groningen, Prof. Ogston-Aberdeen und sein Assistent Davidson, Schede-Hamburg, Generalarzt des sächsischen Armeecorps Roth, Docent Gies-Rostock, Heusner-Barmen, Credé jr.-Dresden, Prof. Neelsen-Rostock, Wagner-Königshütte, Prof. Fialla-Bukarest, Prof. Fricker-Odessa, Prof. Emil Albrecht-Brüssel, Prof. Osler-Montreal. Die Berliner Chirurgie war natürlich fast vollständig vertreten.

Die erste Sitzung wurde durch Herrn v. Langenbeck am 16. April Mittags 12½ Uhr in der Aula der Königlichen Universität eröffnet und war zahlreich besucht. Von den in ihr Anwesenden nennen wir noch in Ergänzung der obigen Mittheilungen: Lauenstein und Leisrink-Hamburg, Paul Rupprecht-Dresden, Bartscher-Osnabrück, Deetz-Homburg, Prof. Petersen-Kiel, F. Lange-New-York, Rydygier-Kulm, Prof. Socin-Basel, Prof. Schoenborn-Königsberg, Prof. Winiwarter und Dr. Liebrecht Lüttich.

Zum ersten Vorsitzenden wurde auf Volkmann's Vorschlag Herr v. Langenbeck gewählt, zum zweiten resp. dritten, da die Herren Thiersch und Bardeleben nicht zugegen, Volkmann und v. Bergmann. Kassenführer bleibt Prof. E. Küster, Schriftführer die Prof. Gurlt und Schoenborn.

Ehrend gedachte Hr. v. Langenbeck der verstorbenen Milglieder W. Baum, Oberst.-Arzt Frentzel und Stephani-Mannheim.

Zahlreich sind auch bei diesem Congresse wieder die Neuaufnahmen und als glänzend erweist sich die finanzielle Lage, die bald das Ziel des Congresses, ein eigenes Haus zu besitzen erreichen lassen wird.

Der Ausschuss hat über einige Fragen berathen, über die der Congress am Freitag entscheiden wird. Es sollen Ehrenmitglieder in fest bestimmter Zahl (10—15) künftig ernannt und der Congress selbst auf die Pfingstferien vertagt werden. Vor dem Beginn der Verhandlungen endlich stellte v. Bergmann den Antrag, der Vorsitzende möge die Reihenfolge der Vorträge nach ihrer Werthigkeit bestimmen, resp. wie Koenig will, der Vorstand. Auch hierüber wird principiell erst der Vorstand berathen, zuvörderst sprach sich die Versammlung augenblicklich für diesen Modus aus und es erhielt das Wort Herr Neelsen-Kiel, dem Herr Julius Wolff und Herr Koenig folgen sollen.

XI. Realschule und Studium der Medicin. Directoren und Lehrer der Realschulen erster Ordnung halten trotz aller Widerlegungen daran fest, dass sie besser wissen, was der Ausbildung der künftigen Aerzte frommt, als diese selbst. Am 8. und 9. April tagte in Düsseldorf die Delegirten-Versammlung des allgemeinen deutschen Realschulmänner-Vereins. Director Steinbart-Duisburg wies darauf hin, dass sich zwei Ereignisse wichtigster Art seit der letzten Versammlung von Vertretern rheinisch-westphälischer Curatorien in denselben Räumen im Februar 1882 vollzogen hätten, der Erlass neuer Lehrpläne und die Festellung der Medicinalprüfungsordnung. Erstere hätten die Unmöglichkeit der Einheitsschule und die der versprochenen Gymnasialreform amtlich bestätigt; sie hätten den Realschulen erster Ordnung den correcteren Namen Realgymnasien, eine Verstärkung des Lateins und bei dem Schlussexamen eine Schiebung des Schwerpunktes nach der sprachlichen Seite gebracht. (Dass sich eine Gymnasialreform in der Art, wie sie vielfach in den Vordergrund gestellt wurde, als unmöglich erwiesen haben soll, können wir nicht beklagen, sie hätte dem Gymnasium den humanistischen Charakter genommen, ohne etwas Besseres an seine Stelle zu setzen und hätte aus ihm wahrscheinlich eine ähnliche amphibische Species gemacht wie das jetzige Realgymnasium im Gegensatz zur lateinlosen Realschule erster Ordnung sie darstellt.) Das zweite Ereigniss, die Feststellung der Medicinalprüfungsordnung ohne Zulassung der Realschul-Abiturienten zum Studium der Medicin sei ein harter Schlag gewesen. — Die Folge müsse natürlich ein Niedergang der Realgymnasien sein. Mehrere seien schon umgewandelt, andere hätten Gymnasialklassen angesetzt, andere schwebten in steter Unruhe. Zwar seien in den letzten 2 Jahren fünf neue Realgymnasien entstanden, aber die Frequenzen gingen zurück oder ständen still, während die der Gymnasien zunähmen. Die Lage sei also eine sehr kritische. Dennoch glaubt der Redner Grund zu der Hoffnung zu haben, dass die Frage bald in günstigem Sinne werde gelöst werden.

Herr St. rechnet besonders auf den jetzigen Herrn Cultusminister! Mit schwärzester Farbe malt er den Teufel an die Wand und lässt sich zu der Denunciation herbei, durch das Monopol des Gymnasiums würden Schaaren von jungen Leuten auf falsche Bahnen geleitet und eine socialgefährliche Ueberproduction von Leuten geschaffen, die, da ihr Kopf mit den weit abliegenden Ideen der Klassiker gefüllt wäre, der Gefahr eines gänzlichen Umschlags ausgesetzt seien. Der Herr Minister habe den Schaden richtig erkannt, er werde sicher bald genöthigt sein, das allein in seiner Hand liegende Hilfsmittel, die Abschaffung des Monopols des Gymnasiums, zu ergreifen. (Wir glauben dies keineswegs!)

Folgende Thesen wurden auf solche und ähnliche Gründe hin mit Stimmeneinhelligkeit angenommen:

1) Die Feststellung der neuen deutschen Medicinalprüfungsordnung ohne Zulassung der Realgymnasialabiturienten zum medicinischen Studium bedauern wir auf das Lebhafteste.

2) Sachliche Gründe waren für diese Ausschliessung um so weniger vorhanden, als der Beweis erbracht ist, dass die Realgymnasialabiturienten sich in den ihnen bisher eröffneten Studiengebieten, insbesondere in den mathematisch-naturwissenschaftlichen Fächern, gut bewährt haben.

3) Durch diese Ausschliessung ist die weitere gedeihliche Entwicklung der Realgymnasien empfindlich geschädigt worden, welche durch die Opferwilligkeit der Städte ins Leben gerufen sind, um die für unsere Zeit nothwendige Vermittelung zwischen der bürgerlichen und gelehrten Bildung zu schaffen; und wenn jetzt in manchen Fällen ein Rückgang der Realgymnasien wahrzunehmen sein sollte, so ist dieses lediglich der Vorenthaltung weiterer Berechtigungen zuzuschreiben.

4) Die den humanistischen Gymnasien gewährte Alleinberechtigung, für alle Studiengebiete und höheren Berufszweige vorzubereiten, hat nachtheilige sociale Wirkungen, die insbesondere in der Ueberproduction an „Studirten" und in der Abwendung tüchtiger Kräfte von industriellen und commerciellen Berufszweigen zu Tage getreten sind.

5) Wir hegen die feste Ueberzeugung, dass die Realgymnasien trotz gegenwärtiger Hemmungen gedeihen werden und dass ihnen die völlige Gleichstellung mit den Gymnasien aus den angeführten Gründen auf die Dauer nicht versagt werden kann.

XII. Hygiene-Ausstellung und Militär-Sanitätswesen.

In Folge der Anregung Ihrer Majestät der Kaiserin werden am Montage Conferenzen beginnen, welche für die Entwicklung des deutschen Militär-Sanitätswesens von nachhaltiger Bedeutung werden dürften. Es handelt sich darum, festzustellen, welche Ergebnisse die Hygiene-Ausstellung für dasselbe gehabt hat, und welche Aenderungen in den bisherigen Einrichtungen durch die Fortschritte bedingt werden, von denen die Ausstellung Zeugniss gab. Es handelt sich, wie wir hören, um die Beantwortung sehr glücklich und vor Allem sehr bestimmt formulirter Fragen bezüglich z. B. des Transports der Verwundeten, der dem Soldaten mitzugebenden antiseptischen Verband- und Heilmittel, der neueren Apparate zur Ernährung der Truppen im Felde etc. Der aus 21 Mitgliedern bestehenden Commission gehören mehrere Vertreter des Kriegsministeriums, ein Vertreter des Cultusministeriums, die Corps-Generalärzte Wegner, Roth, v. Fichte, Friedrich und die Professoren Geh.-Räthe v. Langenbeck, Esmarch, Volkmann, v. Bergmann an.

XIII. Georg Reimer. Es ist zum Glück kein Nekrolog, den wir schreiben, denn der, dem diese Zeilen gelten, wird, so hoffen wir, noch lange das otium cum dignitate geniessen, welches er so wohl verdient hat, aber ein Markstein war es doch, wenn vor wenigen Tagen in der gewohnten Weise Herr Georg Ernst Reimer den Geschäftsfreunden mittheilt, dass er im November vorigen Jahres in sein achtzigstes Lebensjahr eingetreten, „aus dem Buchhandel scheide und diejenigen, bei denen er sich persönlicher Bekanntschaft erfreut habe, bittet, ihm ein freundliches Andenken zu bewahren". Er habe sich entschlossen, die unter der Firma Georg Reimer bestehende Buchhandlung und Buchdruckerei mit allen Activis und Passivis seinem ältesten Sohne Ernst Heinrich Reimer zu übergeben, der sie unter der bisherigen Firma weiterführen wird. „Derselbe war schon seit 1876 Theilhaber an dem Geschäft und hat mir seit länger als zwanzig Jahren als Mitarbeiter treu zur Seite gestanden." Zwei

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

und vierzig Jahre fast lag in Georg Reimer's Händen die selbständige Leitung des grossen Geschäftes, welches einen ebenso weit- als tiefgehenden Einfluss auf die verschiedensten Zweige der deutschen Wissenschaft ausgeübt hat. Wir können hier nur des medicinischen Verlages gedenken, aber auch dieser ist in hohem Grade interessant. Als Georg Reimer die Leitung des Geschäftes übernahm, fand er die Medicin durch nicht sehr zahlreiche Werke aber durch damals hochstehende Autoritäten repräsentirt, ausser Hufeland, Brandis, Damerow und F. A. v. Ammon (Klinische Darstellungen der Augenkrankheiten) sind z. B. die für jene Zeit höchst wichtigen Zeitschriften zu nennen, das Archiv für medicinische Erfahrung von Horn, Nasse, Henke und Wagner und v. Graefe und v. Walther's Journal für Chirurgie und Augenheilkunde. C. H. Schultz, der Blutschultz, erscheint 1823 mit seinem „Der Lebensprocess im Blute, eine auf mikroskopische Entdeckungen gegründete Untersuchung", damals hochberühmt, jetzt eine seltsame Curiosität.

An der Schwelle der neuen Zeit steht schon Johannes Müller, dessen bahnbrechendes Werk „Ueber den feineren Bau und die Formen der krankhaften Geschwülste", 1838 verlegt wurde. Es ist ein Torso geblieben, aber von welcher Bedeutung.

Seine Schule schien indessen in Georg Reimer ihr buchhändlerisches Centrum gefunden zu haben. Der Bruder, Siegfried Reimer, selbst ein ausgezeichneter Arzt und den Männern jenes Kreises eng befreundet, der für die Entwicklung der deutschen Medicin so maassgebend geworden ist, vermittelte die Verbindung. Im Jahre 1847 erschien das erste grüne Heft des ersten Bandes von Virchow's Archiv, während das erste seines sechs und neunzigsten Bandes vor wenigen Tagen ausgegeben wurde. Gleichzeitig fast begann die Publikation von du Bois Reymond's grossartigem Werke. An Virchow und du Bois Reymond schlossen sich an Schriften von Helmholtz, Leubuscher, Hallmann, Führer (einem Manne von seltener Begabung), Carl Mayer, dem Gynäkologen, Laehr, später die Werke der Chirurgen A. Bardeleben, Billroth, Gurlt. Die Balneologie wurde vertreten durch Valentiner's Sammelwerk und H. Reimer's „klimatische Kurorte". Noch später erscheint Ernst Haeckel mit seinen ersten wissenschaftlichen Publicationen und seiner Schöpfungsgeschichte in dem Verlags-Cataloge, während in letzter Zeit auch die Hygiene in denselben Eingang gefunden hat durch meine deutsche Ausgabe des George Wilson und durch Uffelmann's preisgekröntes Werk. In diesem medicinischen Verlage finden sich nur zwei eigentliche Haus- und Handbücher für den Arzt, wie sie jeder Verleger sich ersehnt, aber sie sind ersten Ranges. Ich meine A. Bardeleben's „Lehrbuch der Chirurgie" und Th. Billroth's „Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie". Von dem ersteren liegt die achte, von dem anderen die zehnte Auflage vor. Aus jener Zeit muss aber noch besonders hervorgehoben werden, dass Georg Reimer damals den Muth hatte, die ersten Werke der schon genannten Forscher zu verlegen. Im vierten Bande seines Archivs betont Virchow mit dankbarer Anerkennung, dass ihm und Reinhardt, den damals unbekannten jungen Leuten ein so grosssinniger Verleger zur Seite gestanden habe, als Traube's „Beiträge" aufgehört hatten, und seine eigenen Arbeiten von hervorragender Stelle herbe zurückgewiesen wurden. Mit Virchow's „Medicinischer Reform" war auch die medicinische Publicistik in den Reimer'schen Verlag glänzend eingeführt worden. Ihr folgte noch 1849 Göschen's Deutsche Klinik unter den verheissungsvollsten Auspicien, mit einem Kreise zum Theil hochbedeutender Mitarbeiter. Sie schien das leitende Organ werden zu sollen, hat aber nicht gehalten, was sie in den ersten Jahren ihres Bestehens versprach. Ihre Schwächen traten nur zu bald hervor und es erwuchs ihr eine höchst intelligente Concurrenz rührigster, ja rücksichtslosester Natur. Letztere soll um desswillen nicht etwa getadelt werden, aber merkwürdig ist es allerdings, dass man später, auf jener Seite jeden Versuch, das siegreich errungene Monopol zu brechen, als ein geradezu tadelnswerthes Beginnen zu verdammen pflegte. Die Geschichte des Auf- und Niederganges der Deutschen Klinik und die Ursachen des letzteren zu schreiben, ist heute nicht die Zeit, sie bleibt aber vorbehalten, denn sie ist kein unwichtiger Beitrag zur Culturgeschichte unserer Zeit.

Nach kurzer Pause führte ich die Deutsche Medicinische Wochenschrift ein. Sie befindet sich im Beginne des zehnten Jahres, und wer sich ein Mal die Mühe giebt die Bände vergleichend zu durchblättern, dem wird nicht entgehen, dass ich — ein Redacteur dem es ernsthaft um die Sache zu thun ist wird stets unbequem sein — immer neue Opfer verlangt habe, um diejenigen Fortschritte des Blattes zu ermöglichen, welche ich im Interesse desselben für nothwendig hielt. Dass sie diesem jeder Zeit gebracht worden sind, werde ich stets in dankbarer Erinnerung behalten, aber eins schätze ich noch höher. Niemals hat Georg Reimer auch nur den Versuch gemacht, meine redactionelle Thätigkeit zu beeinflussen. Es scheint dies so selbstverständlich zu sein, und wie viel „berühmte Muster" beweisen doch das Gegentheil! P. B.

XIV. Journal-Revue.

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

5.

Ueber eine besondere Form allgemeiner Atrophie nach Diphtherie, wahrscheinlich nervöser (trophoneurotischer) Natur. Mittheilung aus der Kussmaul'schen Klinik. Von Dr. A. Cahn, Assistenzarzt. Berl. Klin. Wochenschr. 1. 1883.

Bei einem 14jährigen Knaben hatte sich acht Tage nach Ablauf einer mässigen Rachendiphtherie Schlucklähmung, dann nach Besserung derselben Schlinglähmung eingestellt. Pat. fühlte, wenn er die Speisen hinabgebracht zu haben glaubte, einen zunehmenden Druck in der Gegend des unteren Sternalrandes, und nach 2—4 Minuten regurgitirte das Genossene. Auch dieses Symptom verschwand nach einiger Zeit, so dass Pat. nunmehr reichlich Nahrung zu sich nehmen konnte (täglich etwa 4 Liter Milch, Eier, Beefsteak, Kuchen etc.). Nichtsdestoweniger bildete sich eine zunehmende Magerkeit aus, bis der Knabe einem mit Haut überzogenen Skelett glich. Bei strenger Bettruhe, Galvanisation des Rückens, kräftiger Kost langsame Besserung. Es handelte sich also im vorliegenden Falle um eine schwere Oesophaguslähmung (auch der glatten Musculatur), die sich neben einer leichteren Pharynx-Parese ausgebildet hatte, ferner um eine merkwürdige Störung der Assimilation. Die Nahrung wurde gut verdaut, verbrannt, die Producte im normalen Verhältniss ausgeschieden, zu einem Fleisch- und Fettansatz kam es aber lange Zeit nicht. Verf. möchte diese Erscheinung in der in der Ueberschrift angegebenen Weise deuten. Kron.

Ueber aufsteigende atrophische Paralyse mit tödtlichem Ausgange von Prof. Schultze in Heidelberg. Berl. Klin. Wochensch. 39. 1883.

Die Grundlage zu den Ausführungen des Verf.'s bilden 2 Fälle von progressiver aufsteigender Lähmung (44 j. resp. 30 j. Mann) mit Muskelatrophie, partieller Entartungsreaction, fibrillären Zuckungen, aber ohne sensible Störungen etc. Kniephänomen in dem ersten Falle erhalten, in dem zweiten auf einer Seite schwach, auf der andern garnicht hervorzurufen. In beiden Fällen trat nach 6, resp. 11 Monaten der Tod in Folge von Lähmung der Athemmusculatur ein. Section konnte nicht gemacht werden. Verf. nimmt eine centrale Affection (der vorderen grauen Substanz allein oder zugleich mit symptomloser Betheiligung anderer Rückenmarkspartien, bes. der Seitenstränge) an, weil bei multipler Neuritis, die hier noch in Frage kommen könnte, Schmerzen und Parästhesien eine viel grössere Rolle spielen, und weil die fibrillären Zuckungen hier in einer Weise in den Vordergrund getreten waren, wie es gewöhnlich nur bei der amyotrophischen Lateralsklerose beobachtet wird. —

Die beiden Fälle bestätigen, dass es ausser der acuten und subacuten aufsteigenden (Landry'schen) Paralyse eine subacute, aufsteigende atrophische Lähmung giebt, die ebenfalls progressiv ist und durch Betheiligung der Respirationsnerven zum Tode führen kann. Verf. hält es danach in Rücksicht auf den verschwommenen Symptomencomplex der Landry'schen Paralyse für zweckmässig, provisorisch vielmehr eine acute und subacute aufsteigende motorische Paralyse, eine ebensolche gemischte Paralyse und eine aufsteigende, acute und subacute atrophische Paralyse, wiederum mit und ohne Sensibilitätsstörungen, zu unterscheiden. Bei allen 4 Formen würde zuletzt der Respirations- resp. Schlingapparat ergriffen werden. Stärkere Veränderung der electrischen Erregbarkeit würde nur den atrophischen Formen zugerechnet werden können. Das Verhalten der Sehnenreflexe, des Fiebers etc. bedürfe noch einer genaueren Bestimmung.

Die Prognose ist in den ersten Stadien dieser aufsteigenden Paralysen nicht mit Sicherheit zu stellen. Frühes Auftreten starker fibrillärer Zuckungen scheine von übler Vorbedeutung zu sein.

Die Therapie ist diesen progressiven Formen gegenüber noch völlig machtlos. Kron.

XV. Oeffentliches Sanitätswesen.

Amtliches.

Preussen.

Bekanntmachung.

Im 1. Quartal 1884 haben nach abgelegter Prüfung nachbenannte practische Aerzte das Fähigkeitszeugniss zur Verwaltung einer Physikatsstelle erhalten:

Dr. Karl Friedrich Hugo Betz zu Schönau Reg.-Bez. Liegnitz, Dr. Ernst Otto Heinrich Jaeckel zu Berlin, Dr. Ernst Georg Edwin Koch zu Magdeburg, Dr. Gustav August Wilhelm Richter zu Gartz Reg.-Bez. Stettin, Dr. Karl Rump zu Rheine Reg.-Bez. Münster, Dr. Wilhelm Rusack zu Achim Landdr. Bez. Stade, Dr. Josef Schlecht zu Münstereifel Reg.-Bez. Cöln, Dr. Otto Voigt zu Gollnow Reg.-Bez. Stettin.

2. Hessen.

Darmstadt, am 18. März 1884.

Betreffend: Die Schulhygiene.

An die Grossherzoglichen Kreisgesundheitsämter.

Wie Ihnen aus den Ihnen mitgetheilten Verhandlungen der Commission, welche die Frage der Ueberbürdung der Schüler an höheren Lehranstalten zu prüfen hatte, bekannt ist, hat diese Commission in Uebereinstimmung mit dem ärztlichen Centralausschuss sich dahin ausgesprochen, dass die Schulen in hygienischer Beziehung einer fortlaufenden bis ins Einzelne gehenden staatsärztlichen Controle unterzogen werden sollen. Diese Anträge haben die Billigung des Grossherzoglichen Ministeriums des Innern und der Justiz gefunden, und wir weisen Sie demzufolge im Einverständniss mit der Ministerialabtheilung für Schulangelegenheiten nunmehr an, den gesundheitlichen Verhältnissen der Schulen nach allen Richtungen fortwährend Ihre eingehende Aufmerksamkeit zu widmen, keine passende Gelegenheit vorübergehen zu lassen, ohne sich mit jenen Verhältnissen bekannt zu machen, und auch ohne Requisitionen der zuständigen Behörden die Schulen aus eigener Initiative so oft zu besuchen, als es zur Erfüllung Ihrer Aufgaben erforderlich ist.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sie werden sich zu diesem Behufe bezüglich der höheren Lehranstalten mit deren Directoren, rücksichtlich der Volksschulen mit den Grossh. Kreisschulcommissionen ins Einvernehmen setzen, und es wird besonderer Werth darauf zu legen sein, dass Sie mit den letzteren gemeinschaftlich die Schulen besuchen. Ueber die von Ihnen gefundenen Anstände haben Sie selbstverständlich jenen Behörden Mittheilung zu machen.

Eine Uebersicht über die Ergebnisse Ihrer Thätigkeit in den Schulen werden Sie, unbeschadet der Verpflichtung, in geeigneten Fällen Specialbericht zu erstatten, zukünftig jedesmal im Jahresbericht in umfassender Weise vorlegen. Der Abschnitt III., 8 dieses Berichts hat in Zukunft als gesonderte Anlage zu erscheinen.

Als hauptsächliche Gegenstände, welche Sie Ihrer Beobachtung zu unterziehen haben, ergeben sich folgende:

1) Die baulichen Verhältnisse der Schullocale.

Wir empfehlen Ihnen von jedem einzelnen Schullocale einen einfachen Handriss unter Einzeichnung der in Betracht kommenden Maasse anzufertigen, damit Sie jederzeit ersehen können, in welchen Beziehungen die Locale den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege genügen, in welch anderen sie einer Abänderung und Verbesserung fähig und bedürftig sind. Die Verordnung vom 23. Juli 1876, sowie die in den Beiträgen zur Statistik des Grossherzogthums Hessen, Bd. XVIII, veröffentlichten Zusammenstellungen geben Ihnen hierüber genügende Anhaltspunkte. In Ihrem nächsten Jahresberichte wünschen wir ausführliche Auskunft darüber, wieviele und welche der von ihnen untersuchten Schullocale Ihres Bezirks in Bezug auf räumliche Dimensionen, Beleuchtung, Heizung und Ventilation, Abtrittsanlagen, Trinkwasserversorgung, Turn- und Spielplätze den hygienischen Anforderungen entsprechen, wie viele und welche nicht.

Wenn sie in dieser Weise vorgehen, werden sie voraussichtlich eine grosse Menge von mangelhaften Einrichtungen kennen lernen. Es versteht sich von selbst, dass diese nicht überall mit einem Schlage beseitigt werden können. Schon wegen der finanziellen Lage vieler Gemeinden ist hier jede Ueberstürzung zu vermeiden, und wir setzen voraus, dass Sie in der Kritik des Gefundenen und den Vorschlägen zur Abhülfe namentlich den Localbehörden gegenüber das richtige Maass einhalten werden.

2) Die Schulbänke.

Auch hier wird es sich empfehlen, das vorhandene Material in Form von Skizzen aufzunehmen, und eine Zusammenstellung der Aufnahmen in in der sub. 1 erwähnten Weise anzufertigen. Namentlich ist auch darauf Rüchsicht zu nehmen, ob in den einzelnen Classen Subsellien in verschiedenen Grössenstufen vorhanden sind und richtig benutzt werden.

Die Directionen der höheren Lehranstalten und die Kreisschulcommission sind angewiesen worden, bei Neuanschaffungen über das in Aussicht genommene Modell Ihr Gutachten einzuholen. Sie werden dafür wirken, dass wenn irgend thunlich nur Schulbänke mit beweglicher Sitzplatte und Minusdistanz angeschafft werden.

3) Die Gesundheitsverhältnisse der Schüler.

Sie haben hierbei auf herrschende contagiöse Krankheiten Ihr Augenmerk zu richten, die gegen deren Weiterverbreitung in den Schulen erforderlichen Maassregeln wie seither zu beantragen, namentlich auch da, wo es noch nicht geschehen sein sollte, die Regelung der Anzeigepflicht solcher Krankheiten durch Localpolizeireglements zu betreiben. Sie haben ferner sich in genauer Kenntniss über die Sehstörungen der Schüler zu erhalten, und endlich dem allgemeinen Gesundheitszustand derselben, namentlich in Bezug auf Ernährungsstörungen, Abspannung, Nervosität, Ihre ernste Aufmerksamkeit zu widmen. Wir erwarten von Ihnen, dass Sie hierbei einerseits möglichst auf Einzelheiten eingehen, andererseits die einschlägigen Verhältnisse und Ihre Vorschläge zur Abhülfe in Besprechungen mit dem Lehrer, den Eltern und den behandelnden Aerzten der Schüler auch hier mit demjenigen Tacte zu erörtern wissen werden, der allein ein günstiges Resultat herbeizuführen im Stande ist.

Den Directionen der höheren Lehranstalten und den Kreisschulcommissionen ist von dem vorstehenden Ausschreiben Mittheilung gemacht worden.

Weber. Fuhr.

XVI. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Berlin. Prof. Gluck, bisher erster Assistenzarzt der v. Bergmann'schen Klinik und Leiter der chirurgischen Poliklinik, ist nach Bukarest zur Uebernahme einer ordentlichen Professur der Chirurgie berufen worden, er ist ein geborener Rumäne. — Bonn. Dr. Prior, Assistenzarzt der medicinischen Klinik hat sich am 13. März als Privatdocent für innere Medicin habilitirt. Thema der Rede war: „Ueber die Ernährung bei Erkrankungen des Magens.“ — Freiburg. Die badischen Kammern haben am 26. März nach längerer Debatte die Forderung der Regierung von 700,000 M. für Errichtung einer psychiatrischen Klinik an der Universität Freiburg sowie die Herstellung einer Irrenpflegeanstalt in Verbindung mit der Ackerbaucolonie Emmendingen genehmigt. — München. Geheimer Rath Dr. v. Pettenkofer wurde von der Universität Edinburgh anlässlich der am 17. April d. J. stattfindenden dreihundertjährigen Stiftungsfeier zum doctor juris ernannt. Derselbe wird der Einladung, persönlich zur Promotion zu erscheinen, in den nächsten Tagen Folge leisten, um zugleich als Vertreter der Universität München und der k. b. Akademie der Wissenschaften deren Glückwünsche zu überbringen. — Am 2. d. starb plötzlich und unerwartet der Director der k. Thierarzneischule, Professor Dr. L. J. Frank im 49. Lebensjahre. Der Verlebte war wegen seiner hervorragend wissenschaftlichen Thätigkeit und seiner grossen Humanität ein in allen Kreisen hochgeachteter Mann, dessen Hingang eine schwer zu ersetzende Lücke hinterlassen hat. — Wien. Dem Professor der gerichtlichen Medicin, Regierungsrath Dr. Maschka in Prag wurde der Ritterstand verliehen.

— Die IX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte findet in Baden-Baden am 14. u. 15. Juni statt und sind Anmeldungen von Vorträgen an die Geschäftsführer Professor Erb in Heidelberg sowie an Herrn Dr. Franz Fischer Arzt an der Irren-Anstalt zu Pforzheim zu richten.

— Wie die W. Med. W. mittheilt ist die Errichtung von Lehrkanzeln für Hygiene an den medicinischen Facultäten der deutschen Universität in Prag und der Universität in Graz genehmigt und sind gleichzeitig zu Professoren Soyka für Prag und Gruber für Graz ernannt worden. Beide, hervorragende Schüler Pettenkofer's und des hygienischen Institutes zu München, sind unsern Lesern zur Genüge bekannt und mit der österreichischen Collegin begrüssen wir die Errichtung selbstständiger Lehrkanzeln für Hygiene in Prag und Graz als einen bedeutenden Fortschritt auf dem Gebiete der Hygiene und ihrer Lehre, und in den neuernannten Professoren die geeignetsten Persönlichkeiten für diesen Zweig des medicin. Unterrichtes.

XVII. Personalien.

1. Preussen.
(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den practischen Aerzten Sanitätsrath Dr. Bernhard Zielenziger in Potsdam und Sanitätsrath Dr. Carl von den Steinen in Düsseldorf den Charakter als Geheimer Sanitätsrath, sowie dem Kreiswundarzt Dr. Christian Rudolf Hausmann zu Niesky und dem practischen Arzt Dr. Carl Andreas Siering in Düsseldorf den Charakter als Sanitätsrath, ferner Allerhöchstihrem stellvertretenden Leibarzt, Generalarzt 2. Klasse und Regimentsarzt des Garde-Kürassier-Regiments Dr. Leuthold in Berlin den Königlichen Kronen-Orden zweiter Klasse und dem Sanitätsrath Dr. Neussel in Rodenburg den Rothen Adler-Orden vierter Klasse zu verleihen.

Ernennungen: Der Amtsphysicus a. D. Dr. Carl Heinrich Knatz ist zum Kreis-Wundarzt des Kreises Gelnhausen ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte: Ortmann und Dr. Szag in Königsberg i. Pr., Vanhoeffen in Passenheim, Dr. Eichler und Dr. Rumpf in Berlin, Dr. Harttung in Frankfurt a. O., Dr. Moses in Gr. Baudiss, Dr. Hoffmann in Köppering, Dr. Brandt in Gleiwitz und Dr. Grahlmann in Esens. Der Zahnarzt Luethke in Berlin.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. Freytag von Sternberg nach Uderwagen, Dr. Horst von Königsberg i. Pr. nach Graudenz, Schwarz von Lupow nach Cumehnen, Dr. Strassmann von Leipzig nach Berlin, Meissner von Striesen nach Spremberg, Dr. Schaeffer von Blesen nach Landsberg a. W., Dr. Heusinger von Sonnewalde nach Tegel, Hoenich von Walschleben unbekannt wohin.

Verstorbene: Dr. Borgien und Dr. Zeissing in Königsberg i. Pr., Leupold in Lissewo, Loehr und Dr. J. Behrend in Berlin, Corps- und Generalarzt Dr. Scholler in Coblenz, Stabsarzt Dr. Ulrich in Rastatt und Sanitätsrath Dr. Ruhbaum in Rathenow.

Apotheken-Angelegenheiten: Verkauft sind die Apotheken von Augsburg in Pillau an den Apotheker Lutze, von Glaser in Berlin an Apotheker Herholz, von Thamm in Berlin an Apotheker Pilger, von Lüdecke in Sellnow an Apotheker Frost, von Schlesinger in Grünberg an Apotheker Schramm. — Der Apotheker Grote hat die väterliche Apotheke in Peine und der Apotheker Roth die seither vom Apotheker Apel verwaltete väterliche Apotheke in Echte übernommen. Der Apotheker Schmidt hat die Rathsapotheke in Hildesheim an den Apotheker Bohlmann verpachtet.

Vacante Stellen: Kreisphysicat der Kreise Ziegenrück, und Rosenberg; Kreiswundarztstelle der Kreise Calau, Grünberg i. Schl., Freystadt, Rotenburg Landr. Stade.

2. Aerztliche Mittheilungen aus Baden.
No. 2, 3, 4, 5.

Dienstnachrichten. Der bisherige Bezirksassistenzarzt in Mannheim, Bezirksarzt Emil Fischer, wurde unter dem 16. Januar zum Bezirksarzt daselbst ernannt.

Niederlassungen und Wohnortswechsel. Arzt K. E. Wolf ist von Ueberlingen resp. Konstanz nach Freiburg gezogen, Arzt Mackle von Boxberg nach Hardheim, Amt Bretten. Arzt Ed. Gnirs, bisher in Liptingen, Amt Stockach, hat sich in Aglasterhausen, Amt Mosbach, niedergelassen; Arzt Dr. Karl August Kramer, approb. 1883 in Würzburg, in Sindolsheim, Amt Adelsheim. Arzt See ist von Appenweier nach Waldshut gezogen, Arzt Josef Woerner, approb. 1883, hat sich in Rickenbach, Amt Säckingen, niedergelassen. Arzt Bruno Krämer hat sich von Steisslingen, Amt Stockach, nach Appenweier, Amt Offenburg, begeben.

Todesfälle. Bezirksassistenzarzt Heim in Waldshut, Stabsarzt a. D. Walz in Villingen, Dr. Koch, Arzt in Sindolsheim, Amt Adelsheim, Dr. Karl Alt in Neckarau.

3. Sachsen-Meiningen.

Dem Physicus Med.-R. Dr. Wagner in Salzungen ist das Prädicat Geh. Med.-R. verliehen worden.

Militair-Medicinal-Wesen.

Dr. Klönne, Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Garn.-Arzt in Münster, zum Ober-Stabsarzt 1. Kl., Dr. Metzler, Stabs- und Bats.-Arzt vom 2. Bat. 1. Grossherzogl. Hess.-Inf.- (Leibgarde-) Regts. No. 115, zum Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Regts.-Arzt des Inf.-Regts. No. 98, Dr. Jaeckel, Assist.-Arzt 1. Kl. in der etatsmäss. Stelle bei dem Gen.- und Corpsarzt des 3. Armeecorps, zum Stabs- und Bats.-Arzt des Füs.-Bats. Inf.-Regts. No. 129, Dr. Reger, Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Regts.-Arzt vom Brandenburg. Füs.-Regt. No. 35, zum Magdeburg. Füs.-Regt. No. 36, Dr. Richter, Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Regts.-Arzt vom Inf.-Regt No. 98, zum Brandenburg. Inf.-Regt. No. 35 versetzt. Dr. Vahl, Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Regts.-Arzt vom 4. Garde-Regt. z. F., zum 1. Garde-Feld-Art.-Regt., Dr. Martin, Stabs- und Bats.-Arzt vom Füs.-Bat. 7. Brandenburg. Inf.-Regts. No. 60, zum 2. Bat. 1. Grossherzogl. Hess.-Inf.- (Leibgarde-) Regts. No. 115, Dr. Schondorff, Stabs- und Bats.-Arzt vom Pomm. Jäger-Bat. No. 2, zum 1. Bat. 3. Pomm. Inf.-Regts. No. 14, Dr. Moriz, Stabs- und Bats.-Arzt vom 1. Bat. 3 Pomm. Inf.-Regts. No. 14, zum Pomm. Jäger-Bat. No. 2 versetzt.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besondere Beilage

zu

No. 16 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Der jetzige Stand und Ausdehnung der Chirurgischen Plastik.

Von

Prof. emer. **Dr. G. v. Adelmann.**

(Schluss aus No. 15.)

Oscheoplastik.

Ob diese Operation im strengsten Sinne des Wortes zu den plastischen Operationen gehört, kann bezweifelt werden, weil durch dieselbe ja eigentlich kein Substanzverlust gedeckt wird, sondern nur die aus der Geschwulst enucleirten Hoden und der erst wieder an das Tageslicht gebrachte Penis mit Haut umhüllt werden, welche diesen drei Organen wieder das alte Aussehen giebt. Diese Operation ist schon ziemlich alt, von Delpech ausführlich beschrieben und ausgeführt, von Clot-Bey in Aegypten durch seine Schriften in der chirurgischen Literatur sehr bekannt geworden. Von Bünger in Marburg, von Auvert in Moskau, von Salzmann[1]) in Helsingfors ist sie ebenfalls veröffentlicht, also das Gemeingut der Chirurgen im Süden und Norden. Ich will diese Operation hier auch nur erwähnen, weil der deutsche Marinearzt Königer[2]) auf den Samoa-Inseln die Elephantiasis scroti daselbst häufig beobachtet und von Turner hat operiren sehen und instructive Abbildungen darüber gegeben hat.

Turner[3]) selbst hat 148 Operationsfälle beschrieben und das ältere Verfahren dahin verändert und verbessert, dass er den abzutragenden Theil vorerst der künstlichen Blutleere unterwirft und an der Schamsymphisis eine Klammer anlegt, wodurch die Wegnahme selbst bedeutend erleichtert wird. Schliesslich kann ich dabei nicht unterlassen auf eine Abhandlung Dr. Scheube's[4]) aufmerksam zu machen, welcher die Elephantiasis in den Tropengegenden auf die Anwesenheit einer Filariaspecies (Bancroftii) zurückführt.

Perioneoplastik.

Diese Abtheilung der Plastik hat seit von Langenbeck's Perineosynthese eine solche Reihe berühmter Bearbeiter und so viele Modalitäten der Ausführung erhalten, dass die Aufzählung derselben ungefähr dieselbe Zeit in Anspruch nehmen würde, als der Bericht über die Lippen- und Gaumenspalten. Aus diesem Grunde sehe ich mich genöthigt auf einen Coriphäen in unserer Gesellschaft hinzuweisen, der sich dieser Arbeit gewiss freundlich collegialisch unterziehen wird.

IV. Bewegungsorgane.

Myoplastik. Nachdem in der neuesten Zeit von Dr. Gluck[5]) Versuche über Muskelverpflanzungen mit zufriedenstellendem Erfolge angestellt worden sind, hörten wir in dem chirurgischen Congresse von 1882 einen Vortrag von Dr. Helfrich[6]) aus München, der an einer Dame den grössten Theil des Biceps brachii wegen eines eingebetteten Fibrosarcoms exstirpirte und die Lücke zwischen den beiden Muskelenden durch ein entsprechendes Stück des Biceps femoris eines Hundes ersetzte. Die Wunde heilte, nachdem sich nach kurzer Zeit ein Fleischfetzen ausgestossen hatte. Active und passive Bewegungen gingen vor sich, electrische Reize schienen normal, nur nicht am motorischen Punkte des N. musculo-cutaneus. Gegen dieses Experiment am lebenden Menschen sind jedoch mannichfache Bedenken erhoben worden: — ob nicht einige Fasern des B. humanus zurückgeblieben, — ob die electrischen Reizerscheinungen nicht auf die beiden genuinen Muskelenden zurückzuführen sind und — aus was eigentlich das ausgestossene Fleischstückchen bestand? Es lässt sich also noch kein Schluss aus diesem einzelnen Falle ziehen, er fordert indessen zur Wiederholung auf.

Sehnenplastik.

Doctor Heuck[7]) berichtet aus der Czerny'schen Klinik über einen Fall von Sehnenzerreissung an der Hand, in welchem es nicht gelang die beiden auseinanderstehenden Sehnenstümpfe einander so weit zu nähern, dass eine Naht an denselben hätte angelegt werden können. Desshalb wurde von dem oberen Stumpfe durch Spaltung desselben in seiner Mitte ein hinlängliches Stück bis nahe an sein Ende abgetrennt, umgeschlagen und mittelst Naht an den unteren Stumpf befestigt. Der Erfolg war ein sehr günstiger und muss dieses ingeniöse Verfahren als ein Fortschritt der chirurgischen Plastik angesehen werden, welchem wir indessen sogleich noch einmal begegnen werden (Nussbaum).

Am 15. Jan. d. J. zeigte Prof. Gluck eine Patientin, an welcher er die beiden 8 cm von einander stehenden Enden der Sehne des Extensor dig. indicis durch einen sogenannten Catgutzopf von 8 Faden vereinigt hatte. Das Catgut wurde nicht resorbirt und vermittelt eine beinahe vollkommene Function. Dieses anaplastische Material bildet den Uebergang zur Prothese.

Osteoplastik.

Die physiologischen Versuche, welche über die Anheilungsfähigkeit anaplastisch eingesetzter Knochenstücke in das Knochengewebe gemacht worden sind, haben in vielen Fällen die Möglichkeit einer solchen vollkommenen Verwachsung der Knochenflächen, besonders mit Hülfe des Periostes ergeben, sind jedoch practisch am Menschen noch wenig zur Anwendung gekommen. Den Stand dieser Frage hat Julius Wolff[1]) erschöpfend auseinandergesetzt und dadurch allgemeine Anregung zu weiteren Arbeiten gegeben. Jakimowitsch[2]) hat sich neuerdings ebenfalls mit diesem Gegenstande beschäftigt und bewiesen, dass auch periostlose Knochenstücke einheilen, und Becker[3]), dass anaplastische Periostlappen aus amputirten Gliedern ebenfalls Knochengewebe erzeugen. Einen weiteren Schritt hat dieses Heilverfahren durch Paul Bruns[4]) und Koelliker's Transplantation des Knochenmarkes vorwärts gethan, indem sie bewiesen, dass das Knochenmark osteoblastenhaltig ist und in verschiedenen Höhlen des Körpers Knochen zu produciren vermag, jedoch ist diese Eigenschaft meines Wissens bis jetzt noch nicht als Heilmittel bei dem Menschen verwendet worden.

Eine practische Anwendung der Knochenproduction auf anaplastischem Wege machte Mac' Even[5]) dadurch, dass er bei dem Substanzverluste eines Humerus eine Zahl menschlicher Knochenkeile nebst ihrem Perioste in den Substanzverlust einlegte und mit Nachhülfe von Langenbeck'schen Stiften den Humerus restaurirte.

Dr. Julius Wolff[6]) hatte in seinen Versuchen an einer Taube ein Stück Röhrenknochen ausgeschnitten und die von einanderstehenden Stümpfe desselben durch eine Scheibe, welche er dem einen Stumpfe bis zu dem Perioste entnahm, umschlug und autoplastisch vereinigte. Der Versuch gelang wegen äusserer Ungunst nicht, hat jedoch Oberstabsarzt Baum[7]) in Danzig Veranlassung gegeben, zur Heilung eines widernatürlichen Gelenkes der Tibia dieses Verfahren und zwar mit vollkommenem Erfolge anzuwenden.

Schon früher als Baum hatte indessen Nussbaum[8]) wegen eines widernatürlichen Gelenkes der Ulna nach Schussfractur ein Verfahren angewendet, welches darin bestand, dass er aus dem oberen Röhrenstumpfe ein Stück von der Länge des Substanzverlustes bis auf eine Wenigkeit Periost, durch das es verbunden blieb, aussägte, dasselbe

1) Nord. med. Archiv Bd. XIV, Aft I, und Centralblatt für Chir. 1882 p. 661.
2) Archiv für kl. Chirurg. Bd. XXIII.
3) Glasgow med. Journ. Vol. XVII. N. 6. 1882.
4) Scheube: die Filariakrankheit. Sammlung klinischer Vorträge No. 232. Leipzig 1883. Serie 8. Heft 22.
5) Arch. f. klin. Chirurg. Bd. XXVI, I. 1881.
6) Verh. d. deutschen Ges. f. Chirurg. 1882, p. 212. Abbild. T. V, f. 8. 9.
7) Centralblatt f. Chirurg. 1882, p. 289.

1) Langenbeck's Archiv Bd. IV. 1863.
2) Zur Frage von der Anheilung abgelöster Knochenstücke der grossen Röhrenknochen. Centralbl. f. Chirurgie 1880, VII. p. 715. Wratsch 1880, No. 29.
2) Ueber Periosttransplantation. Berlin 1881. Dissertation.
4) Verhandl. d. deutschen Gesellsch. für Chir. 1881. I. p. 51. II. p. 17.
5) Gazette Médicale de Paris 1881. Centralbl. f. Chir. 1881. P. 500.
6) Langenbeck's Archiv. Bd. IV. Tafel II. Fig. VIII.
7) Verh. d. Ges. f. Chirurg. 1881. Bd. X. I. S. 51.
8) Ueber die Behandlung unglücklicher Vorkommnisse nach einfachen und complicirten Beinbrüchen, insbesondere über Knochen-Transplantation. München 1875. Abb.

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

umklappte und mit dem unteren Röhrenstumpfe vernähte. Der Erfolg war ebenfalls ein sehr günstiger.

In Bezug der plastischen Verfahren verwachsener Finger und Zehen ist nach meinem Wissen keine Veränderung eingetreten.

Als Anhang dieser plastischen Knochenoperationen erlaube ich mir Sie noch auf ein Verfahren aufmerksam zu machen, welches eigentlich das Gegentheil von dem bezweckt, was der Zweck der plastischen Chirurgie ist, nämlich getrennte Knochentheile an ihrem Wiederverwachsen zu verhindern, ähnlich wie wir dies bei der Stomapoesis thun, wenn wir zur Vervollkommnung der neugebildeten Mundöffnung Schleimhaut überziehen, um einer Wiederverwachsung vorzubeugen. Professor Bassini[1]) in Padua resecirte ein Stück aus dem Unterkiefer, nachdem er das Zahnfleisch sowohl auf der vorderen als hinteren Seite desselben zurückgeschlagen hatte und umkleidete mit den so gewonnenen beiden Schleimhautperiostläppchen die beiden Sägeflächen des Knochens. Auf diese Weise wurde der Zweck des künstlichen Kiefergelenkes bei narbiger Kieferklemme vollständig erreicht. Dieses eclatante Resultat an Hunden fordert zu ähnlichem Verfahren bei Menschen auf.

V. Nervensystem und Sinnesorgane.

Neuroplastik. Die Restituirung zerstörter Nervenstücke ist sowohl auf autoplastischem als auf anaplastischem Wege versucht worden. In ersterer Beziehung ist Letiévant's Autoplastie nerveuse à lambeaux anzuführen, ähnlich der Sehnenplastik, welche indessen von Prof. Glück abfällig beurtheilt wird, weil nur ein geringer Theil von Nervenfasern in dem Läppchen enthalten ist. — Gluck[2]) selbst hat auf anaplastische Weise an verschiedenen Thieren operirt und die Resultate seiner Versuche dem IX. Chirurgen-Congresse vorgestellt.[3]) Gleich gute Folgen hat indessen Johnson in Stockholm[4]) nicht gefunden, seine implantirten Nervenstücke waren degenerirt. Es sind mithin die Resultate des physiologischen Experimentes noch nicht zu der allgemein gültigen Sicherheit gelangt, als dass wir dieselben schon am Menschen verwerthen dürften. Prof. Gluck hat auch auseinanderstehende Nervenenden durch einen Catgutzopf vereinigt und dadurch die Continuität des Stranges hergestellt, nicht aber die Functionen.

Ophtalmoplastik.

Die Domäne der plastischen Chirurgie hat sich an dem Auge in der letzten Zeit bedeutend erweitert. Die Blepharoplastik auf autoplastischem Wege sowohl mit gestielten als seitlich verschobenen Lappen ist zu einer Vervollkommnung gediehen, dass nur in einzelnen Fällen noch Modificationen der stabilirten Verfahrungsweisen auftreten. Der anaplastische Weg hat sich seit mehr denn zehn Jahren zur Heilung des Ectropium cicatricosum verallgemeinert. In den Jahren 1870 bis 1872 hat Le Fort und 1875 Sichel Transplantationen mit mehreren kleinen Läppchen auf das vorbereitete ectropirte Augenlid gemacht und ebenso Lawson[5]) mit zwei Läppchen. In den meisten Fällen musste aber die gleichzeitig ausgeführte blutige Occlusion der beiden Augenlider lange, bis zur vollständigen Vernarbung der Wundfläche beibehalten werden. Diese Operation, wenn auch grösstentheils zur Zufriedenheit gelungen, trat in eine neue Phase durch den Wolfe'schen[6]) Versuch (Hauff'sches Verfahren): einen grösseren Lappen zur Deckung des getrennten Narbenlides zu verwenden. Sie wurde in dem Congresse der deutschen Chirurgen im Jahre 1877 von Professor von Zehender [Rostock][7]) in einem gelungenen Exemplare vorgestellt und dann mit eben so guten Erfolgen von Robson und Simeon Snell[8]) u. A. ausgeführt. Robson giebt als Haupterforderniss des Gelingens an, dass der zu implantirende Lappen vollständig von seinem Bindegewebe durch Abschaben befreit und während desssen durch Aufenthalt in feuchtwarmen Lappen in einer nicht zu tiefen Temperatur erhalten wird. Snell reducirte die früheren vielfachen Nähte auf zwei. Auf diese Weise wird die Nachbehandlung bedeutend verkürzt. Wicherkiewicz[9]) modificirte das übliche Verfahren dahin, dass er den Lappen erst auf die granulirende Fläche befestigte, wodurch derselbe weniger schrumpfen soll.

Das anaplastische Verfahren ist von Professor Schöler[10]) auf die Behandlung des Symblepharon angewendet worden, indem er ein Stück Kaninchenconjunctiva auf das vorher getrennte symblephaetische Augenlid auflegte und einheilte. Wolfe hatte dieselbe Operation mit Kaninchenconjunctiva bereits 1873 gemacht. — Die Schrumpfung der Conjunctiva des Kaninchens und Meerschweinchens ist jedoch so bedeutend, dass manche Ophthalmologen die Schleimhaut des menschlichen Mundes und der Vagina vorziehen [Hirschberg, Stellwag].[1])

Professor Schöler[2]) verdanken wir ausserdem die Benutzung der Conjunctiva bulbi auf autoplastischem Wege zur Heilung von geschwürigen Processen des Bulbus selbst — und hat er auf diesem Wege versucht dieses Verfahren, welches er Conjunctivaldeckung nennt, bei drohendem Durchbruche der Cornea, bei schon vollendetem Durchbruche derselben, bei klaffenden Risswunden der Hornhaut mit oder ohne Irisvorfall, bei Hornhautfisteln (nach ausgeführter Anfrischung der Fistelränder), nach Abtragung sowohl partieller als totaler Staphylome, bei perforirenden Scleralwunden[3]) und Geschwüren und nach cystoider Vernarbung anzuwenden, wovon er eine Reihe von Krankheitsgeschichten anführt.

Auch einen neuen Weg der Keratoplastik[4]) hat derselbe Operateur vorbereitet, indem er einem Patienten die Cornea eines Pudels einlegte und dieselbe durch seine gewöhnlichen Conjunctivaläppchen in ihrer Lage befestigte. Das Resultat dieser ana-autoplastischen Operation könnte uns auffordern, in geeigneten Fällen dieselbe zu wiederholen. Prof. Hirschberg heilt Symblepharon autoplastisch durch einen zweibrückigen Lappen aus der Conjunctiva des oberen Segmentes der Sclera.

Die Canthoplastik ist eine Operation so vielfach angewendet, dass bei der kleinen Ausdehnung der Operationsfläche kaum noch weitere Verfahren werden erfunden werden. Die Schleimhautstücke, welche zu dem Ueberzuge der gebildeten Wundränder verwendet werden können, stammen entweder aus der Conjunctiva palpebrarum, namentlich in denjenigen Fällen, in welchen das Ankyloblepharon partiale durch einen entzündlichen Process der Augenlidränder entstand, oder aus der Conjunctiva bulbi in denjenigen Fällen von Blepharophimosis, welche die Folge von Rückbildung, d. h. Narbenschrumpfung des trachomatösen Processes ist. In diesem letzteren Falle ist es gerathen, den Canthus sehr weit und tief zu verlängern, weil auch bei vollständiger Einheilung des in den Spalt verzogenen und an seinen Rändern eingenähten Lappens derselbe sich häufig zurückzieht, oder aber durch fernere Schrumpfung die Augenlidspalte wieder kleiner wird als erwünscht ist. Selbstverständlich wird man nie die beiden entsprechenden Canthi zu gleicher Zeit operiren und als Nachcur einige Tage beide Augen durch Verband verschliessen, um die Bewegung der Augäpfel ad minimum zu reduciren.[5])

Die

Otoplastik

ist ebenfalls keiner sehr grossen Veränderung und Ausdehnung mehr fähig, weil, wenn auch die bindegewebreicheren Theile des Ohres bekanntlich sehr geneigt zu schneller Verheilung von Wunden sind, die knorpeligen Theile hingegen solchen Verheilungen sehr ungünstig gegenüber stehen. Wir haben daher ausser den Erfahrungen von Dieffenbach, O. Weber noch einen Fall von Lang[6]) in Innsbruck zu verzeichnen, in welchem letzteren das Ohr durch einen Biss verstümmelt worden war und durch den Operateur wieder mühsam restaurirt wurde. Bestimmte Verfahren lassen sich für die verschiedenartigen Fälle von Substanzverlusten an den Ohren kaum angeben.

Haben wir bis jetzt die plastischen Operationen an den verschiedenen Organen und anatomischen Geweben angegeben, so gelangen wir zum Schlusse zu einer Reihe pathologischer Bildungen, welchen an allen Theilen des menschlichen Körpers vorkommen können und sich daher unter die früheren Abtheilungen nicht einordnen liessen.

Die erste Art dieser Processe bilden die Geschwüre

Helkoplastik,

welche von jeher das Crux chirurgorum abgegeben haben und eine Reihe von Heilungsverfahren hervorriefen, welche von den Erfindern überschwänglich gelobt, von der Mehrzahl der Wundärzte als nicht allen Anforderungen entsprechend wieder verlassen worden sind, um neuen ebenso ephemeren Versuchen Platz zu machen. Ich erinnere nur an die Behandlung der Geschwüre der unteren Extremitäten durch die Baynton'schen Heftpflasterstreifen, nach zwanzig Jahren modificirt von Boyer.

[1]) A. W. S. 139. Tab. V. Fig. 33. 34.
[2]) Centralbl. f. Chir. 1880.
[3]) Verhandl. d. d. Ges. f. Chir. 1880. Berlin 1881. S. 22.
[4]) Nord. med. Ark. Bd. XIV. No. 27. Centralbl. f. Chirg. 1883. No. 10.
[5]) Klinische Wochenschrift 1871. S. 23.
[6]) S. S. 7. Anm. 8.
[7]) Verhandl. d. Deutschen Ges. f. Chirurgie. Bd. VI. Berlin 1877. I. S. 75.
[8]) Lancet 1882. II. S. 102. Fig.
[9]) Klinische Monatsblätter f. Augenheilk. 1882. Decemb.
[10]) Jahresbericht über die Wirksamkeit der Augenklinik. 1875. Berlin 1876. S. 32.

[1]) Bock E. Die Pfropfung von Haut und Schleimhaut auf oculistischem Gebiete. Wien 1884 (Reiche Literatur der ophtalmologischen Anaplastie).
[2]) Jahresbericht f. 1876. Berlin 1877. S. 15. 49.
[3]) Jahresbericht f. 1877 — f. 1878. S. 31.
[4]) Jahresbericht f. 1877. S. 5.
[5]) Adelmann. Aus dem chirurg. Klinikum der Kaiserl. Universität zu Dorpat. Erlangen 1845. Organoplastische Versuche S. 258. — Med. Zeitung Russlands 1846 No. 49.
[6]) Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. XIV. S. 406. Berlin 1872.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Martin'schen Gummibinden; an die Luftstromtherapie von Bouisson mittelst eines Blasebalges, an die Parallelschnitte längs des Geschwüres (Gay), welche aber häufig zu neuen Geschwüren Veranlassung gaben, an die Longitudinalresection der den Geschwüren unterlegenen Knochen, an die beiden seitlichen Lappen nach Art der Uranoplastik von Schneider [1]) und an den Circulärschnitt von Nussbaum [2]), welcher letzterer ein sehr rationelles Verfahren ist, wenn es auf nur einigermaassen gesundem Darme ausgeführt wird. In diesen Wettkampf der Geschwürtherapie hat sich also auch die chirurgische Autoplastik gemischt. Da von vornherein zu fürchten war, dass aus der Nähe des Geschwüres ein Lappen zur Deckung desselben nicht möglich sei, so versuchte man die Haut der anderen Extremität zu dem autoplastischen Verfahren zu verwenden, ja man verstieg sich sogar ein Bein einer zweiten Person für kurze Zeit leihweise zu gebrauchen; wir kennen die dahin einschlagenden Versuche von Wutzer, von Billroth [3]), Szymanowsky, Hamilton [4]) und Lexte, welche jedoch den gehegten Erwartungen kaum entsprochen haben und daher eigentlich grösstentheils geschichtlich geworden sind [5]).

Einer bei weitem grösseren Zustimmung erfreut sich hingegen die anaplastische, respective Reverdin'sche Methode der Einpflanzung von kleinen Haut-, ja sogar Epidermisstückchen und wird dieselbe zur Zeit so häufig in allen Hospitälern angewendet, dass es keiner weiteren Ausführung über dieselbe bedarf. Ob aber die Heilungen durch dieses Verfahren von längerer Dauer sind, ist bei der pathologischen Beschaffenheit der die Geschwüre tragenden Gewebe auch nicht sicher zu erwarten. Nussbaum behauptet, dass Geschwürrecidive nur an denjenigen Stellen stattfinden, wo Läppchen nicht eingeheilt waren. Ausser den schon früher angegebenen Monod'schen Cautelen säe man die Hautstückchen nicht zu dicht, weil sonst viele zu Grunde gehen. Dies hindert jedoch nicht bei ausgedehnten Granulationsflächen in Zeiträumen bis zu 795 Stückchen von verschiedenen Personen entnommen bis zur vollständigen Heilung zu überpflanzen (Bradley) [6]).

Nahe verwandt mit der Helkoplastik ist das Verfahren bei prominirenden Amputationsstümpfen, nach Exarticulationen der Zehen oder Finger, bei den Erfrierungen, durch welche dieselben von selbst abscedirten, Hautdecken zu schaffen, um weitere Knochenresectionen zu vermeiden. Zeis war meines Wissens der erste, welcher bei zu kurzem Lappen nach einer Amputation ein plastisches Verfahren anwandte, welches jedoch wegen seiner Complicirtheit keinen Eingang fand. Dieffenbach hat dafür weit practischere Verfahren angegeben, welche in der Ueberdeckung der sogenannten Ulcera prominentia durch einen zweibrückigen Lappen mit Verschiebung auf die Wund- und Geschwürfläche bestehen. Ich habe ebenfalls bei Stumpfprominenz von beiden Seiten des Gliedes 2 Lappen gelöst und dieselben durch Verschiebung in der Mitte des Substanzverlustes mit Erfolg vernäht. Berger [7]) bildete aus dem linken Unterschenkel einen Lappen für den Amputationsstumpf des rechten Beines. Nach dreiundzwanzig Tagen erfolgte die Trennung des eingeheilten Lappens, aber die Wunde des linken Schenkels verheilte so langsam, dass der Operateur das Reverdin'sche Verfahren bei ihr in Anwendung brachte. Diesem Verfahren reiht sich der Vorschlag von v. Bergmann an: bei grossen Substanzverlusten der Weichtheile des Schädels und selbst der Knochen sofort zu einer plastischen Deckung durch Transplantation zu schreiten.

[1]) Archiv f. Chirurg. Bd. IX. p. 919. 1868.
[2]) Bayer. Aerztliches Intelligenzblatt 1873. No. 14.
[3]) Deutsche Med. Wochenschr. 1875 (Frese).
[4]) New-York Journ. 1855. Sept.
[5]) Annales et Bulletin d. l. Soc. d. Méd. de Gand. 1841. Mai.
[6]) New-York Med. Record 1881. Febr. 26. p. 231.
[7]) Bulletin d. la Soc. d. Chir. 1882. févr. Paris.

Vor wenigen Jahren hat Hamilton [1]) (Aberdeen) versucht, entkalkte oder mit Carbol präparirte Badeschwammstücke in fistulöse Geschwüre einzupflanzen (Implantation). In manchen dieser Fälle entwickelte sich Erysipel, in anderen wurde das Schwammstück ausgestossen und wieder in anderen vollständig eingeheilt. Aus den bis jetzt vorliegenden Fällen geht also hervor, dass, wenn ein Eiter producirender Herd das fistulöse Geschwür unterhält, dasselbe wenigstens zuerst vollkommen aseptisch gemacht werden müsste, wenn man nicht die Erscheinungen des gehinderten Ausflusses des Eiters gewärtigen will, z. B. wenn der fistulöse Gang durch Caries eines Knochens verursacht wird. Fergusson muss zu ähnlichen Bedenken gekommen sein, da er die Schwammimplantation nur als temporäres Mittel anwendete, vielleicht als Reiz zu einer schnelleren Verheilung, wie wir dies in der Enteroplastie durch einen Fall angedeutet haben. Fernere Versuche werden die Modalitäten noch finden lassen, unter welchen eine solche Syringoplastik Nutzen verspricht.

Die zweite pathologische Bildung geben die Narben ab, welche in die Domäne der chirurgischen Plastik fallen

Keliplastik.

Als erster Grundsatz muss dabei aufgestellt werden, dass je langwieriger die Verheilung von Wunden, Geschwüren, desto grösser die Narbencontractur wird, dass also sobald als möglich operirt werden sollte. Der zweite Grundsatz ist: Nachbehandlung womöglich durch Extension längere Zeit fortgesetzt. Belehrende Beispiele giebt Gussenbauer über eine plastische Operation bei Achselnarbe, Fabrizi [2]) durch Wiederersatz der inneren Handfläche aus der Brusthaut, Wood [3]) durch Autoplastie bei einer Verbrennungswunde des Daumens, v. Langenbeck bei Narben der Mundgegend, welche alle einen erwünschten Erfolg hatten. Girdner [4]) behandelte eine Brandwunde des Oberarmes und der Scapulargegend durch anaplastische Transplantation von Hautstückchen aus einer sechs Stunden alten Leiche; drei Viertel derselben heilten an.

Meine Herren! In fliegender Eile haben wir nun dreissig Stationen in der Domäne der chirurgischen Plastik durchmessen, an manchen Stationen uns länger, an anderen uns kürzere Zeit aufgehalten, wieder andere ohne Rast durchsaust. Mögen Sie aus dieser chirurgischen Reise die Ueberzeugung gewonnen haben, dass die chirurgische Plastik, wenn sie auch Todesgefahr nicht abwendet, doch aber das Leben verlängert und verschönert.

[1]) Edinburg Med. Journ. 1881. Novbr. p. 385.
[2]) Schmidt's Jahrbücher 1844. X. 68.
[3]) Medical Times and Gaz. 1864. Oct.
[4]) The Medical Record 1881. Centralbl. f. Chir. 1881. p. 656.

Die Schluckbewegung.

Von

H. Kronecker.

Das Verständniss der Schluckbewegung ist so wenig verbreitet, weil die so ungemein complicirten Vorgänge, welche jeden Schluck begleiten, immer gleichwerthig mit dem Hauptacte beschrieben worden sind. Die neue Erkenntniss, welche die in diesem Institute ausgeführten Untersuchungen von Falk und die mehrjährigen Versuchsreihen von S. J. Meltzer in der Physiologie des Schluckens geschaffen haben, vereinfachte unsere Vorstellungen von diesen Bewegungen und ermöglicht eine Beschreibung der wichtigsten Vorgänge beim Schlucken im engen Rahmen eines Vortrags, so dass der Leser auch ohne tiefere Kenntniss dieses speciellen physiologischen Gebietes den normalen Verlauf der Schluckbewegungen sich wird vorstellen können. — Demzufolge wird auch der Arzt bei Berücksichtigung einiger präciser Zeichen die Abweichungen von der Norm beurtheilen können. Die historischen Notizen setzen den Wissensdurstigen in den Stand, an den Quellen sich vollkommener zu sättigen.

Georg Heuermann, der dänische Prosector und Arzt, hat in seinem Lehrbuche der Physiologie [1]) 11 Jahre bevor der 6. Theil der Elemente der Physiologie von Haller erschienen ist (1764), eine lebendige Beschreibung dieses Vorganges gegeben, welchen Haller „difficillima particula physiologiae“ nennt. Heuermann leitet seine Beschreibung: „Von der Niederschluckung der Speisen“ mit den Worten ein:

„Die vielfältigen Theile, so hierzu etwas beitragen, die verborgene Wirkung derselbigen, so wegen ihrer Lage fast gar nicht in die Augen fället, und vielleicht auch die Geschwindigkeit, wie solche es ausüben, hat verursachet, dass man sowol in Beschreibung derer hiezu dienlichen Werkzeuge, als auch in der Art und Weise, wie selbige die Niederschluckung verrichten, sich vielfältig geirret gehabt, und weswegen die mehrsten diese Wirkung so beschrieben, dass sich Anfänger, ja selbst Erfahrne hieraus kaum einen gehörigen Begriff machen können. Damit wir aber nicht so leichte in ihre Fusstapfen treten mögen, so will ich vorhero diesen Weg und die Instrumenten kurz betrachten, wodurch solches hervorgebracht wird und hierauf selbsten die Art und Weise untersuchen, wie man sie natürlicher Weise ausübet.“ — Diesen Plan der Darstellung wie der Untersuchung des Schluckactes haben seitdem alle Physiologen beibehalten. Man betrachtete die Organe, welche auf der Schluckbahn gelegen sind und versuchte, deren Function für den Vorgang zu verwerthen. Man baute auf anatomischer Grundlage die physiologische Vorstellung und war zufrieden, wenn die Beobachtung an manchen Orten des Schluckweges die vorausgesetzten Bewegungen erken-

[1]) Physiologie Bd. III, Copenhagen und Leipzig 1753, S. 364.

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nen liess. Hierdurch voreingenommen haben die Forscher, welche sich mit dem Studium der Schluckbewegung beschäftigen, ihre Unbefangenheit verloren. Man studirte die sehr mannichfachen Functionen der am Wege liegenden Muskelgruppen und verlor das Ziel aus den Augen: die Bewegung der Ingesta mit Bezug auf Geschwindigkeit und Energie zu messen. Im Grunde war die alte Anschauung von Hippokrates und Plato, dass die Lunge die Aspiration besorge, oder von Galen, dass der Magen die Speisen ansauge, in ähnlicher Weise begründet, denn die Lage dieser Organe ist sicherlich im nahen Zusammenhange mit der Schluckbahn. Die Meinung der griechischen Philosophen ist nicht unbegründeter, als eine Reihe von Anschauungen, die sich auch bei den modernen Schriftstellern über den Schluckact findet. So betrachtet z. B. Herr Arloing[1]): „la dilatation et l'aspiration pharyngiennes comme une force adjuvante qui attire le bol, règle sa descente et ajoute à la rapidité de sa marche. C'était donc avec raison, que nous prétendions que le bol disparaît sous l'influence de deux d'agents: l'un mécanique (contraction des muscles); l'autre physique (diminution de la pression au-devant du bol).“ „A côté de ces agents, nous citerons comme auxiliaire, une certaine aspiration thoracique, qui, au début de la déglutition, peut contribuer à raréfier l'air de la cavité pharyngienne en même temps qu'à fixer la partie inférieure de l'arrière-bouche.“ Da viele Zeichen dafür sprechen, dass die Foeten im Uterus schlucken, so kann man wohl schwerlich die Aspiration als integrirenden Theil des Mechanismus ansehen. Uebrigens werden wir später auf diese Anschauung zurückkommen.

Die anatomische Betrachtung liess drei grob unterschiedene Abtheilungen der Schluckbahn erkennen: die vordere Mundhöhle (Zunge), den Nasenrachenraum und die Speiseröhre; und hiernach wurden drei Acte angenommen, welche nach einander auf diesen drei Schauplätzen verliefen. Diese Eintheilung rührt nicht, wie die meisten Lehrbücher angeben, von Magendie her, welcher sie allerdings in seinem Précis élémentaire de physiologie (II, 1825, S. 63) wohl aus eignem Antriebe so ausführt, sondern findet sich bereits in dem genannten Werke von Heuermann S. 392; er sagt: „Man kann die Niederschluckung gar füglich in drei verschiedene Hauptstücke abtheilen, nämlich einmal, wann die Speisen aus dem Munde in den Schlund gebracht werden, 2) da sie ferner aus dem Schlunde in den Magenhals getrieben, und durch diesen 3) in den Magen selbst geführet werden.“

Milne Edwards[2]) macht darauf aufmerksam, dass diese Eintheilung willkürlich ist, und dass in Wirklichkeit die Bewegungen sich ununterbrochen folgen. Sandiford (fils) nennt diese Unterscheidungen Spitzfindigkeiten. Moura[3]) und ihm folgend Arloing[4]) unterscheiden 2 Abschnitte: „le temps bucco-pharygien et le temps oesophagien“.

Als ich mit Herrn Falk[5]) die Schluckbewegungen untersuchte, kamen wir zu der Anschauung, dass die Schluckbewegung in einem Acte erfolgte, indem ein Schluck (Flüssigkeit oder breiige Masse) beliebig lange in der Mundhöhle an der Zungenwurzel gehalten werden kann und nach Auslösung der Bewegung mit grosser Geschwindigkeit, unter relativ hohem Drucke, zum Magen geschleudert wird.

Im Anschluss an diese Untersuchung hat Herr Meltzer[6]) die Muskeln zu bestimmen gesucht, welche das Hinabspritzen der schluckgerechten Ingesta vom Munde bis zum Magen vermitteln, und hat gefunden, dass dies wesentlich die Musculi mylohyoidei sind. Diesem Muskelpaare weist, soweit ich gesehen habe, Magendie zuerst wesentliche Bedeutung für den Schluckact zu, indem er sagt[7]): „Les muscles, qui déterminent plus particulièrement l'application de la langue à la voûte palatine et au voile du palais, sont les muscles propres de l'organe, aidés parles milohyoidiens.“ C. Ludwig theilt in seinem Lehrbuche[8]) der Physiologie des Menschen dem Mylohyoideus gleichfalls die wichtige Rolle beim Schluckacte zu, dass er das Zungenbein nach vorn ziehe (zusammen mit dem Geniohyoideus und Digastricus anterior) und zugleich „die Zunge gegen den harten Gaumen hinhebt, indem er den nach unten bauchig herabhängenden Kehlraum abflacht.“

Trotz dieser von den gewichtigsten Stimmen vorgetragenen Ansicht, dass der Mylohyoideus beim Schluckacte neben andern Muskelgruppen von Bedeutung sei, ist in den allermeisten Lehrbüchern der Physiologie der Mylohyoideus beim Schluckacte gar nicht erwähnt, ja sogar nach der Veröffentlichung der Meltzer'schen Beobachtung hat Sigmund Mayer in seiner Lehre von den „Bewegungen der Verdauungs-, Absonderungs- und Fortpflanzungsapparate“ in Hermann's Handbuch[1]) der Physiologie unsere Anschauung sowie die erwähnten Notizen mit Stillschweigen übergangen, obwohl er die von Falk und mir veröffentlichten Beobachtungen mittheilt. Ebensowenig hat Arloing dem Mylohyoideus[2]) seine Function zugewiesen; sondern meint, dass die Musculi glosso-staphylini (die vordern Gaumenbögen) die Basis der Zunge nach hinten und oben heben, indem als fixer Punkt das zuvor erhobene Velum dient. — Nach der Beschreibung von Milne Edwards[3]) bildet „die Gruppe des Mylohyoideus einen Fleischboden von Muskelfasern, welche von einer aponeurotischen Mittellinie ausgehen und sich jederseits an der Innenfläche des Unterkiefers inseriren. Sie tragen dazu bei, das Zungenbein zu heben, im Falle sie sich bis dahin erstrecken, wie man dies beim Menschen und bei vielen anderen Säugethieren beobachtet, bei einigen Species dieser Klasse aber reicht dieser Muskel nicht so weit und verdient daher nicht den Namen Mylohyoideus.“ „In allen Fällen nähert er die Zunge dem Gaumengewölbe und bringt bei einigen das Zungenbein ein wenig nach vorn infolge des schiefen Verlaufes der Muskelfasern.“

Die Muskelgruppe der Mylohyoidei bildet also ein hängemattenförmiges Diaphragma, auf dem die Zunge sammt ihrer Wurzel ruht. Bei Wiederkäuern sind zwei solcher Muskelpaare vorhanden: ein äusseres vorderes und ein hinteres inneres, die sich theilweise decken, zusammen für die lange Wiederkäuerzunge ein Bett bildend. Da die Zunge auch im Ruhezustande mit dem Rücken den Gaumen berührt, so wird sie durch Verkürzung[4]) der Mylohyoidei an den Gaumen angedrückt, und da zuvor die Zunge den Ausgang nach vorn abgesperrt hat, so werden die unter hohem Drucke befindlichen Contenta nach der Oeffnung des von Zunge und Gaumen eingeschlossenen Winkels, d. h. nach hinten, verdrängt. Die Mylohyoidei können also den ersten Schluckact ausführen. Dass sie wirklich zu dieser Zeit thätig sind, ist schon durch die blosse Beobachtung leicht zu constatiren. Wenn man die Mylohyoideus-Gegend beim Menschen während des Schluckanfanges aufmerksam beobachtet, so sieht man, wie diese Gegend zunächst sich hebt, abflacht, darauf erst sich nach unten wölbt. Deutlicher wird die Abflachung, wenn man bei offnem Munde zu schlucken versucht; man sieht sie dann und fühlt sie auch deutlich mit dem aufgelegten Finger. Ebenso und noch überzeugender fühlt man die Contraction und Hebung der Mylo-hyoidei, wenn man mit dem Finger von der Mundhöhle aus hinter den letzten Backenzahn unterhalb der deutlich fühlbaren Linea mylohyoidea hinuntergeht, wo der Finger unmittelbar dem Muskel aufliegt. Bei dieser Manipulation wird man zugleich gewahr, dass auch die Zungenwurzel beim ersten Schluckact sich betheiligt: man fühlt, dass sie ein klein wenig später, als der Mylohyoideus hart wird. Welch wesentliche Rolle aber der Mylohyoideus beim Schlucken spielt, ist von Meltzer auf folgende Weise festgestellt worden. Es ist ziemlich leicht, bei Hunden die Nn. mylohyoidei zu durchtrennen mit Schonung der Aeste für die digastrici. Solche Hunde haben am ersten Tage nach der Operation auch feste Speisen schlecht verschlucken können; sie wussten sich aber bald dadurch zu helfen, dass sie bei offnem Maule den Kopf rasch nach vorn warfen (schnappten), wodurch der Bissen in den Rachen fiel; von dort aus konnte er, vermuthlich mittels der Constrictoren, verschlungen werden. Wesentlicher war die Veränderung beim Schlucken von Flüssigkeiten, da solche die Hunde mehrere Tage lang fast gar nicht herunterbringen konnten, und zwar um so weniger, je gieriger sie tranken. Wenn man diesen Thieren die Flüssigkeit hoch hielt, sodass sie den Kopf zur Flüssigkeit nur wenig zu senken brauchten, so wurde ihnen das Saufen bedeutend erleichtert. Bei Hunden, die ohne Gier frassen und soffen, war der Erfolg schon deshalb weniger deutlich, weil sie nach jedem Schlucke den Kopf hoben und so die Schwere zu Hilfe nahmen.

Aber auch Muskeln, welche durch den Hypoglossus innervirt werden, sind für den Schluckact wesentlich. Dies ist bereits durch die Versuche von Falk und mir gezeigt, denen zufolge Durchtrennen oder Abbinden des Hypoglossus das Schlucken wesentlich beeinträchtigt. Von den Muskeln, die vom Hypoglossus innervirt werden, kommen die Genio- und Styloglossi, sowie der Transversus linguae als Schluckvermittler nicht in Betracht. Neben dem Longitudinalis linguae, der durch das Andrücken der Zunge für den Schlussact wesentlich ist, würde demnach der M. hyoglossus, den man beim Schlucken sich contrahiren fühlt, agiren.

1) Déglutition im Dictionaire encyclopédique des sciences médicales. Paris 1881. S. 245.
2) Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée. VI., 274.
3) Journal de l'anat. et de la physiol. 1867.
4) l. c. p. 237.
5) Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin. 1880. No. 13: Ueber den Mechanismus der Schluckbewegung; du Bois-Reymond's Arch. 1880, S. 296.
6) Im Anschluss an die Mittheilung v. Falk-Kronecker veröffentlicht. l. c. 298.
7) l. c. S. 65.
8) Bd. II. 1861. S. 604.

1) V., 1881. S. 408.
2) l. c. 242.
3) l. c. 84.
4) Cf. die Abbildung von Henle. Handbuch der syst. Anatomie des Menschen, II. S. 84.

(Fortsetzung folgt.)

Generated on 2018-08-12 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag — № 17. — 24. April 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. — Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Fr. Th. v. Frerichs mit besonderer Berücksichtigung seiner wissenschaftlich-literarischen Thätigkeit.

1. Lebensgang und klinische Thätigkeit.

Die äusseren Umrisse des Lebensganges unseres Klinikers sind in ihren Grundzügen den weitesten Kreisen ebenso bekannt, wie seine Persönlichkeit. Geboren am 24. März 1819 in Aurich, Student im Jahre 1839 zu Göttingen, ebendaselbst promovirt 1841, kurze Zeit practischer Arzt in seiner Vaterstadt, dann zurückgekehrt nach Göttingen zu freier academischer Thätigkeit, Privatdocent und bald darauf ausserordentlicher Professor unterbrach er diese Jahre im übrigen nur durch Studienreisen.

Vom Jahre 1849 an, dem seiner Berufung nach Kiel, beginnt die Laufbahn des Klinikers und auch sie, der Frerichs sich jetzt also 35 Jahre hindurch gewidmet hat, steht, nicht am wenigsten, weil es ihm gelang, überaus zahlreiche Schüler zu bilden, vor Aller Augen. Fast keiner unserer Leser wird mit der Methode und der ganzen Art und Weise, welche Frerichs bei dem klinischen Unterrichte in Breslau und Berlin leiteten, ganz unbekannt sein. Die Meisten werden, längere oder kürzere Zeit, seiner Klinik beigewohnt haben, und die Anderen wissen von ihr durch Hörensagen. Nur das Zeugniss eines alten Breslauer Collegen Geh.-Rath. Grätzer, welches ich für meinen in Nord und Süd soeben erschienenen biographischen Versuch benutzen konnte, will ich auch hier wiedergeben, da es sich auszeichnet ebensowohl durch Prägnanz, wie durch lebendige Anschaulichkeit und zudem herrührt von einem Manne, der damals schon auf eine 18jährige Praxis zurückblicken konnte, so dass diese Erinnerungen davon Kunde geben, wie nicht etwa ein jüngerer Schüler Frerichs beurtheilte, sondern ein hervorragender, längst fertiger, erfahrener und älterer Arzt.

Mit der medicinischen Facultät in Breslau war es 1851, dem Jahre der Berufung Frerichs' sehr mässig bestellt. Der einzige Mann von Bedeutung, schreibt Herr Grätzer, den die medicinische Facultät in Breslau ausser v. Siebold besass, und der die Anderen nach Leyden's Ausspruch um Haupteslänge überragte, Purkinje war längst nach Prag übergesiedelt, und als Frerichs seine Berufung erhielt, gehörten von den b[illegible]en Alten auch Remer sen. und Otto der Breslauer medicini[illegible] Facultät nicht mehr an. Ihre Ordinarien waren Benedict, Betschler, Barkow, Henschel. In ein wahres Pulverfass fiel nun Frerichs' Feuerfunke. Es handelte sich aber bei ihm nicht um eine nur zerstörende Explosion, sondern mehr noch als in Göttingen wurde im höchsten Grade neues, jugendliches, kräftiges wissenschaftliches Leben geschaffen. Als damals stellvertrender Stadtverordneten-Vorsteher und Curator des Allerheiligen-Hospitals brachte Herr Grätzer selbst den längst vorbereiteten Vertrag zu Stande, nach welchem die innere Klinik in das Hospital aufgenommen wurde. In diesem begann jetzt Frerichs seine Thätigkeit damit, dass er neben seiner Professur thatsächlich auch das Amt eines Prosectors übernahm. Er führte alle Sectionen selbst aus, eine nicht geringe Arbeit, da dieselben schon damals auf 6—700 jährlich gestiegen waren. Frerichs dictirte dabei die Protocolle der Leichenöffnungen und demonstrirte den um ihn versammelten Aerzten und Studirenden den Befund auf das Genaueste. Erst im dritten Jahre überliess er die Sectionen seinem vortrefflichen Secundär-Arzte Rühle, dem späteren Kliniker in Greifswald und Bonn. Frerichs Art und Weise die pathologische Anatomie zu verwerthen, war natürlich etwas ganz Neues für Breslau, und noch mehr als durch seine klinischen Vorträge öffnete er einer anderen Auffassung der Medicin auch in solchen ärztlichen Kreisen die Wege, welche sich gegen die modernen Methoden bisher abwehrend verhalten hatten.

Eines darf hier nicht unerwähnt bleiben, vor Allem um deswillen nicht, weil neuerlichst irrthümlich das Entgegengesetzte berichtet wurde. Uebereinstimmend haben mir zahlreiche competente Zeugen mitgetheilt, dass bei den von ihm selbst ausgeführten Sectionen der Kliniker Frerichs dem pathologischen Anatomen Frerichs durchaus unbefangen gegenüber stand, und niemals versuchte, letzteren zu falschen Deutungen zu bewegen. Keiner von Beiden lief Gefahr, an gefährlicher Klippe zu scheitern.

Wie Frerichs seine Klinik hielt, schreibt Herr Grätzer ferner, brauche ich nicht zu schildern. An die genaueste Untersuchung des Kranken unter Zuhilfenahme der chemischen und physikalischen Methoden, die er sämmtlich mit vollendeter Meisterschaft beherrschte, schloss sich eine Diagnose, die von einem fast divinatorischen Scharfblicke Kunde gab. Von Beginn seiner academischen Thätigkeit an war Frerichs zudem berühmt wegen seines durchaus klaren, durchsichtigen und dabei stylistisch fast fehlerlosen Vortrags, und so darf es nicht Wunder nehmen, dass sich sein Auditorium stets mit Zuhörern aus jedem Lebensalter füllte; ein in Breslau noch nie dagewesener Fall.

Aber Frerichs hat sich auch persönlich über seine klinische Thätigkeit in Breslau in so klarer und formvollendeter Weise ausgesprochen, dass wir seine eigenen Worte den Mittheilungen Grätzer's ergänzend an die Seite stellen wollen.

„Mit wenigen Worten" so schloss er seinen Rückblick am Schlusse des Sommer-Semesters 1853 (Wiener medicinische Wochenschrift) „werde ich Ihnen noch einmal die pathologischen Processe vorführen, welche die Gegenstände unserer Studien, die Aufgabe für unsere practische Thätigkeit im Erkennen und Behandeln der Kranken bildeten. Wir werden an den Resultaten prüfen, in wieweit es uns gelungen den Anforderungen zu genügen, welche in Beziehung auf Diagnostik, Therapie etc. an uns gestellt werden können, wir wollen gewissenhaft nachsehen, wo wir etwa irrten, oder wo die Therapie billigen Erwartungen nicht entsprach, wir wollen endlich die Ausbeute sammeln, welche für die Wissenschaft und das practische Leben aus unserer Arbeit sich ergeben hat.

Was zunächst die Diagnostik betrifft, so hatten wir keinen Missgriff zu beklagen: wir hatten das Glück, sämmtliche am Krankenbett gestellten Diagnosen, wo der lethale Ausgang eintrat, am Leichentische bestätigt zu finden.

Ich habe es versucht, Ihnen die Wege zu zeigen, auf welchen wir zu der Erkenntniss schwieriger Krankheitsfälle gelangen können: die Art und Weise, wie dies aus den beim Krankenexamen sich ergebenden Elementen zu combiniren und ihre anatomische und physiologische Grundlage zurückzuführen, wie die einzelnen Möglichkeiten des Irrthums Schritt für Schritt zu eliminiren seien, haben Sie vielfältig gesehen.

Sie werden die Ueberzeugung gewonnen haben, dass das Wesentliche der Diagnostik nicht, wie man gegenwärtig vielfach zu glauben scheint, in der technischen Fertigkeit der physikalischen Exploration oder der chemischen Untersuchung liegt, sondern dass der Schwerpunkt derselben zu suchen ist in der gründlichen anatomischen und physiologischen Bildung des Arztes, die allein geeignet ist, ihm die Principien an die Hand zu geben, nach welchen die durch das Krankenexamen gewonnenen Resultate combinirt, in ihrer gegenseitigen Verknüpfung erkannt und abgewogen werden können.

Was die wissenschaftlichen Ergebnisse anlangt, so wurden zahlreiche pathologische und therapeutische Fragen am Krankenbette, am Leichentische, im Laboratorium und durch die Experimente an Thieren einer Prüfung unterzogen.

Die Therapie hat uns in einzelnen wie in den allgemeinen principiellen Fragen während des abgelaufenen Semesters vielfach beschäftigt; ich war dazu genöthigt, weil Ihre Bildungsperiode in eine Zeit fällt, die für diese Seite Ihrer Studien gefährlich werden kann, in eine Zeit, wo auf dem Felde der Therapie eine vollständige Auflösung alles Bestehenden hereinzubrechen droht.

Während auf der einen Seite aus dem Boden krass anatomischer Anschauungen ein therapeutischer Nihilismus immer üppiger emporwuchert, und durch den Glanz exacter Diagnostik bestechend, sich zahlreiche Anhänger schafft, wirbt auf der anderen Seite unter Verläugnung jeglichen Erwerbs wissenschaftlicher Forschung, rohe Empirie, bald im armseligen Flitterstaat paracelsischer Phrasen, bald als hydropathischer Schwindel, bald endlich als die Weisheit kleinster Gaben, nicht vergeblich für ihre Fahnen.

Neben beiden ringt die mit emsigem Forschergeist arbeitende physiologische Arzneimittellehre umsonst um die Annerkennung der Aerzte.

Digitized by Google — Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir haben wiederholt die Ueberzeugung ausgesprochen, dass keine von diesen drei Richtungen dauernden Bestand haben wird.

Die anatomische Schule wird Dinge anerkennen lernen, die neben und zum Theil über der örtlichen Läsion, der Form und der hypothetischen Blutkrase stehen: die Empirie wird des Tappens im Finstern müde werden, die Epidemien von Salpeter-Eisen-Kupfer- und Brechnusskrankheiten, von Hydromanie werden wie andere Seuchen vorübergehen; die physiologische Forschung wird inne werden, dass sie nur Bausteine liefern kann, welche erst am Krankenbette in den Händen der Kliniker und der denkenden Aerzte practische Verwerthung finden können.

Mit der Therapie im Grossen und Ganzen wird es besser werden, wenn die pathologische Forschung von dem ausschliesslichen Studium der örtlichen Läsionen und von der Construction hypothetischer Krasen sich auf das wendet, was der Therapie Anhaltspunkte bietet, wenn die Diagnostik nicht blos auf das gerichtet ist, was der Leichentisch zeigen wird, sondern auch auf das, was behandelt werden soll.

Ich habe es versucht, am Krankenbette Ihnen beide Seiten der pathologischen Processe zu erörtern, wir haben überall neben der örtlichen anatomischen Läsion die functionellen Störungen der einzelnen Organe und die aus deren Zusammenwirken sich ergebende, je nach den individuellen Verhältnissen wechselnde Störung und Gefährdung des Gesammtorganismus berücksichtigt, wir haben uns dann gefragt, was in dem einzelnen Falle behandelt werden müsse und auf welche Weise. Es konnte uns hierbei nicht entgehen, dass die Alten, so unvollkommen ihre Diagnostik in Bezug auf das Localleiden auch sein mochte, am Krankenbette diejenigen Momente, welche für das therapeutische Eingreifen maassgebend werden, weit schärfer auffassten und umsichtiger in Erwägung zogen, als es in vielen modernen Schulen der Fall ist.

Wir folgten daher in vielen Stücken der Behandlungsweise der alten Meister unserer Kunst, aus deren klassischen Werken die Neuzeit gerade in Bezug auf ärztliches Handeln viel, sehr viel zu lernen hat: mag sich der Radicalismus mancher Schulen dagegen sträuben, so viel er will.

Von den Erfahrungen der Vorzeit ausgehend, und auf historischem Boden weiter bauend, wird unsere Zeit die Aufgabe haben, das lange stiefmütterlich behandelte und deshalb von Unkraut überwucherte Feld der Therapie zu reinigen und neu zu beackern.

Sie wird hierzu Werkzeuge und Mittel bereit finden, welche der Vorzeit fehlten, die schärfere Diagnostik, die klarere Einsicht in die verwickelten Vorgänge der Entstehung und Zurückbildung pathologischer Processe, in die Gesetze, nach welchen locale Störungen über den Gesammtorganismus ihre Folgen ausbreiten, ferner Alles das, was die Chemie und die Physik für den Heilapparat leisteten, was die physiologischen Pharmakologen durch das Experiment der Wissenschaft erwarben u. s. w. Dieses Rüstzeug wird uns am Krankenbette zu neuen Eroberungen führen, wird uns helfen das therapeutische Erbtheil der Vorzeit mit reichen Zinsen unsern Nachkommen zu überantworten."

Es ist in der That nicht möglich, die Ziele der medicinischen Klinik in klarerer und dabei klassischerer Weise festzustellen, und da Frerichs durchaus nach diesen Principien handelte und lehrte, so empfand man es nicht allein in den medicinischen Kreisen Breslaus, sondern allgemein als einen schweren Verlust, als er vor nunmehr 25 Jahren die erste medicinische Klinik in Berlin übernahm. Damit wurden an ihn den Nachfolger Schoenlein's freilich neue umfassende Ansprüche gestellt. Wie er denselben während des einviertel Jahrhunderts genügt hat, wissen wir, seine Zeitgenossen, am besten. Noch immer steht Frerichs auf der Höhe des klinischen Unterrichts in Deutschland, und von Jahr zu Jahr mehrt sich die Zahl der von ihm ausgebildeten Schüler.

Neben seiner Thätigkeit als Universitäts-Lehrer und Arzt, wie als hochstehender Rath des Cultus-Ministeriums, hat sich Frerichs auch einer an Ausdehnung und Inhalt reichen und bedeutsamen literarischen Thätigkeit besonders bis zu seiner Berufung nach Berlin hingegeben. Die Hauptwerke dieser Thätigkeit, die in verhältnissmässig wenigen Jahren rastloser Arbeit vollendet wurden, sind allerdings bekannt, viel weniger aber die zum Theil sehr wichtigen Schriften von geringerem Umfange. Es ist belehrend und interessant, sie zu analysiren, denn erst dadurch wird man Frerichs vollkommen gerecht.

Während seiner klinischen Thätigkeit standen Frerichs eine Reihe von Assistenten nahe, von denen nicht Wenige jetzt selbst an der Spitze von Kliniken sich befinden. Seine ersten Assistenten waren Bartels in Kiel und Rühle in Breslau; zu ihnen traten in Breslau Nega, Valentiner und der durch seine Arbeit über Embolie bekannte Cohn. In Berlin ging Joseph Meyer von Schoenlein zu Frerichs über. Es folgten Mannkopf, Naunyn, Schultzen, Riess, Quincke, Ewald, Eichhorst, v. Mering, Litten, G. Salomon, B. Heidenhain und augenblicklich fungiren auf der Klinik die Professoren Ehrlich und Brieger.

Von einem Zweige der exacten Naturwissenschaft der Chemie ging Frerichs zur Physiologie über und widmete sich dann, halb wider Willen, der Klinik. Dadurch hatte er aber, wie er selbst in der Vorrede zu seinem neuesten Werk über Diabetes betont, den Weg gefunden, auf dem er zu der fortan unumstösslichen Ueberzeugung gelangte, dass die naturwissenschaftliche Art der Auffassung der krankhaften Lebensvorgänge in der Medicin allein maassgebend bleiben müsse für alle Zeit.' Auch bei dem Abschlusse dieser seiner mehr physiologisch-chemischen Periode hat er, was in ihm durch sie an überzeugungsvollen Gedanken hervorgerufen wurde, in einer seiner kleineren Schriften niedergelegt auf die wir wie auf die wissenschaftlich-literarische Thätigkeit Frerichs überhaupt in einem zweiten Artikel zurückkommen werden.

In solchem Sinne wirkt er noch jetzt, und sein Jubiläum bedeutet ebenso eine neue Periode seiner gesammten Thätigkeit, als den Abschluss der früheren. Dass es ihm vergönnt sei, auch in ihr der Medicin neue und werthvolle Errungenschaften zu gewinnen, das wünschen wir, und mit uns die Deutschen Aerzte aus aufrichtigem Herzen.

II. Der Congress für innere Medicin

hat, wie sein bisheriger Verlauf in den ersten beiden Sitzungstagen vollständig erwies, die Erwartungen selbst seiner besten und daher vertrauensvollsten Freunde desselben hegten, bei Weitem noch übertroffen.

Die Zahl der Anwesenden betrug mehr als 450, und unter ihnen befanden sich, um nur die Auswärtigen zu nennen: die Professoren Liebermeister-Tübingen, Nothnagel-Wien, Jaffé-Königsberg, Edlefsen-Kiel, Rühle-Bonn, Mannkopf-Marburg, Riegel-Giessen, Finkler-Bonn, Krabler-Greifswald, Gerhardt-Würzburg, Mosler-Greifswald, Fürbringer-Jena, Weber-Halle, Schreiber-Königsberg, Kisch-Prag, Hirt-Breslau, Quincke-Kiel, Rosenstein-Leiden, Külz-Marburg, Lichtheim-Bern, Jürgensen-Tübingen, v. Ziemssen-München, Fritsch-Breslau, Heubner-Leipzig, Bäumler-Freiburg i./B., Pribram-Prag, Winckel-München, Rossbach-Jena, Leube-Erlangen, Schultze-Heidelberg, Ott-Prag, Thierfelder-Rostock.

Ferner an Docenten und anderen Aerzten: Stintzing-München, Märklin-Wiesbaden, Polak-Wien, Rumpf-Bonn, Biedermann-Prag, Veraguth-St. Moritz (Schweiz), v. Jaksch-Wien, Frerichs-Marburg, Gottstein-Breslau, H. Weber-London, Ungar-Bonn, Althaus-London, Löwit-Prag, Voigt-Hamburg, Pletzer-Bremen, Strübing-Greifswald, Thilenius-Soden, Prior-Bonn.

An Ehrengästen wohnten den Verhandlungen bisher bei und zeigten für dieselben das lebhafteste Interesse Se. Excellenz der Staats-Secretär des Innern v. Boetticher, der Unterstaats-Secretär Lucanus, die Herren Geheimen Räthe Dr. Kersandt, Professor Westphal und Schröder, sowie die Generalärzte Wegner, Schubert und Leuthold.

Wir werden den ausführlichen Bericht über die Verhandlungen in möglichst kurzen Zwischenräumen bringen und glauben dadurch den Wünschen unserer Leser am besten zu entsprechen.

Die Begründer des Congresses für innere Medicin können jetzt mit Befriedigung und gerechtem Stolz auf ihr Werk blicken, welches gerade in Berlin einer Feuerprobe entgegensah und diese glänzend bestanden hat nach jeder Richtung hin.

Eines aber schätzen wir besonders hoch als eine der schönsten Früchte der unermüdlichen Thätigkeit, welche Leyden von jeher, besonders aber in den letzten Jahren, ganz in dem Sinne seines Collegen Frerichs und in Gemeinschaft mit ihm für die Förderung der Interessen der inneren Medicin, für ihre Emancipirung und ihre Erhebung auf dem ihr gebührenden Rang entwickelt hat.

Wie die Präsenz-Liste zeigt, sind in dem Congresse nämlich die deutschen medicinischen Kliniken fast ausnahmslos vertreten, und wo einer ihrer Repräsentanten fehlt, liegt die Ursache in äusserlicher Behinderung. Diese Einheit und Einmüthigkeit der Deutschen Kliniker ist eines der verheissungsvollsten Symptome unserer Zeit und giebt für die Zukunft die Gewähr, dass die Resultate, welche in Berlin zu einem so bedeutsamen Ausdrucke gelangten, dauernde sein werden.

III. Ueber spontane Peritonitis.[1])

Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin am 24. März 1884.

Von

E. Leyden.

M. H. Der Gegenstand, über welchen ich heute die Ehre habe vor Ihnen zu sprechen, betrifft nicht die Peritonitis im Allgemeinen, sondern nur die vielfach in Frage gestellte Form der spontanen oder idiopathischen Peritonitis.

Wenn ich mir, bevor ich auf einen Gegenstand speciell eingehe, erlaube einen historischen Rückblick darauf zu werfen, wie und seit wann sich unsere Kenntnisse von der Peritonitis entwickelt haben, so erinnere ich daran, dass diese Kenntnisse erst ziemlich neuen Datums sind. Die ältere Medicin, vor der Aera der pathologischen Anatomie — kannte nur die Unterleibsentzündung im Allgemeinen und konnte die Entzündungen der Därme, ja selbst der Bauchdecken nicht von der des Bauchfells unterscheiden. Erst durch Laennec und Broussais ist die pathologische Anatomie und die Klinik der Bauchfellentzündung begrün-

[1]) Hierzu beiliegende Tafel.

Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

det worden. Die Erfahrung der Autopsien lehrte aber auch alsbald erkennen, dass die Mehrzahl der Fälle von Peritonitis secundäre Erkrankungen waren, d. h. hervorgerufen durch vorhergehende Erkrankungen der vom Bauchfell umfassten Unterleibsorgane. Insbesondere lenkten die Perforationen der Därme und des Magens und die daraus hervorgehende rapide tödtliche Peritonitis die Aufmerksamkeit auf sich, auch andere Erkrankungen der Därme, des Magens, der Leber und Milz, der weiblichen Geschlechtsapparate, ja selbst der Mesenterialdrüsen erwiesen sich als mehr oder minder häufige Ursache der Peritonitis. Ja, man erkannte, dass selbst in solchen Fällen, wo bei Lebzeiten weder die Anamnese noch die Symptome einen früheren Process als Ursache der Peritonitis erkennen liessen, diese also als primär oder idiopathisch erschienen war, — die Autopsie dennoch in der Regel eine latent bestandene Ursache nachwies. Diese Erfahrungen hatte bereits Louis gemacht und hatte hervorgehoben, dass eine wirklich idiopathische Entzündung des Bauchfells eine sehr seltene Erscheinung sei, während die Mehrzahl der Fälle im Zusammenhang stehen mit pathologischen Veränderungen der Organe, welche vom Bauchfell umkleidet sind.

So kam es, dass mit dem Fortschritt der Erfahrungen am Leichentische das Vorkommen einer primären idiopathischen Peritonitis sehr problematisch wurde, und gerade bei uns in Deutschland ist die Berechtigung dieser Form am meisten in Zweifel gezogen. Die Hand- und Lehrbücher haben diesem Standpunkt Ausdruck gegeben, indem sie das Vorkommen einer primären Peritonitis entweder in Zweifel zogen oder auf äusserst seltene Fälle beschränkten.

Ich will Sie nicht mit allen Citaten aufhalten, welche ich gesammelt habe, und welche sich von Peter Frank bis zu den neusten Handbüchern erstrecken. In allen findet sich ziemlich der gleiche Standpunkt verbreitet. In Ziemssen's Handbuch ist dieser Gegenstand von Bauer (Bd. VIII, p. 321) behandelt, welcher sich sehr reservirt ausdrückt und nur zögernd das Vorkommen einer idiopathischen Peritonitis anerkennt. Er sagt: „Es giebt Fälle von Peritonitis, bei welcher auch die minutiöseste Untersuchung keinen Zusammenhang mit einer Veränderung der Unterleibsorgane oder der Nachbarorgane herzustellen vermag. Wir sind gezwungen derartige Fälle vorläufig als idiopathische Bauchfellentzündungen anzuerkennen." Eichhorst in seinem Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie drückt sich sogar noch bestimmter zu Gunsten einer spontanen Peritonitis aus: „Jedem beschäftigten Arzt, sagt er, werden Fälle vorgekommen sein, in welchen sich keine andere Ursache als Durchnässung bei erhitztem Körper oder vielleicht längeres Liegen oder Schlafen auf kaltem feuchtem Erdboden nachweisen lässt. Fraglich bleibt es freilich, ob dabei die Erkältung an sich im Stande ist, entzündliche Vorgänge zu erregen, oder ob sie nur günstige Umstände für das Gedeihen gewisser niederer pflanzlicher Organismen setzt, welche die eigentlichen Entzündungserreger darstellen. Unzweifelhaft übt die Erkältung dann einen unverkennbaren Einfluss, wenn bereits gewisse Abdominalorgane sich im Zustande der Blutüberfüllung befinden. Bei Frauen beispielsweise beobachtet man nicht selten, dass Durchnässung und Erkältung zur Zeit der Menstruation Ursache der Peritonitis werden kann." [1])

Ein Durchsuchen der Literatur im Einzelnen, genauer als es in diesen Lehrbüchern geschehen kann, ergiebt freilich, dass Fälle von spontaner Peritonitis nicht gar so selten beobachtet und auch in der Literatur niedergelegt sind. Aber diese Publication liegt etwas weit zurück; die neuste Zeit hat, wie es scheint, wenig davon geliefert, wenigstens habe ich keine entscheidenden Beobachtungen darüber finden können. Die meisten Beobachtungen stammen aus der französischen Literatur, und liegen hier eine ganze Anzahl von Aufsätzen vor aus den Jahren 1866 und 1867 und noch weiter zurück.

Ich will Einiges davon anführen, was mir von Interesse zu sein scheint.

Im Jahree 1866 theilte Dr. Heymann in der Gazette des Hôpitaux (No. 62 p. 246. De la peritonite spontanée) eine einschlägige Beobachtung mit, welche die Zahl der schon in der Literatur vorhandenen analogen Beobachtungen um einen Fall vermehren und die Existenz dieser Krankheit auf unwiderlegliche Weise darthun, gleichzeitig auch die Möglichkeit eines plötzlichen Ausganges durch Suppuration erwähnen sollte. Es handelt sich um eine 46jährige Dame, welche im Besitz ihrer vollkommenen Gesundheit nach einem Diner von Durst befallen wird, welchem alsbald Erbrechen und heftige Schmerzen im Abdomen folgen, die geringste Bewegung, die leiseste Berührung steigert die Schmerzen zum Unerträglichen. Der Puls ist klein, contrahirt, sehr frequent (100—115), das Gesicht eingefallen. Nach den Symptomen kann es nicht zweifelhaft sein, dass es sich um eine acute, spontan entstandene Peritonitis handelt. Nachdem die entzündlichen Erscheinungen durch Blutegel und Inunction von grauer Salbe ermässigt sind, zieht sich in der rechten Seite des Abdomen eine Eiterung zusammen, welche sich allmählich durch das Rectum den Weg nach aussen bahnt. Hierauf geht der Fall in vollkommene Genesung über.

Ein Jahr später 1867 trug Blachez in der Academie de Médecine 2 Fälle von letal endender spontaner Peritonitis bei Männern vor. Duparsque schloss daran die Bemerkung, dass er bereits i. J. 1829 Fälle von spontaner Peritonitis bei Frauen beschrieben habe, die sich ganz unabhängig vom Puerperium entwickelt hatten. Sodann hat er i. J. 1842 ein Mémoire über die spontane Peritonitis junger Mädchen geschrieben und über 5 Fälle berichtet, von denen 2 genasen, 3 starben und wurde die Diagnose durch die Autopsie bestätigt. Auch seit jener Zeit hatte D. öfters Gelegenheit neue analoge Beobachtungen zu machen und zwar 3 mal bei Männern (davon 2 geheilt, 1 gest.), 4 bei Frauen (2 geh. 2 gest.), 3 bei jungen Mädchen (alle letal ohne Autopsie) und 1 bei einem Knaben mit Ausgang und Heilung. Hierzu fügt D. 2 neue Beobachtungen, 1 geheilt, 1 letal durch die Autopsie bestätigt. Im Ganzen stellt D. 17 Fälle spontaner Peritonitis zusammen, davon 10 geheilt, 7 letal (5 mit Autopsie). Diese Beobachtungen beweisen, dass die acute Peritonitis spontan (essentiell) auftreten kann, dass sie nahezu gleichmässig beide Geschlechter ergreift und auch Kinder befällt (hierbei überwiegen die Mädchen wie 5 zu 1). Als Ursachen ergeben sich Erkältungen, besonders nach starken körperlichen Ermüdungen, sowie lebhafte psychische Erregungen. Die ersten Symptome bestehen in Frieren, Unbehaglichkeit, Blässe des Gesichts, dann folgt Nausea, Erbrechen, lebhafte Schmerzen im Abdomen, die sich bei Bewegungen und auf Druck steigern. Unbewegliche Rückenlage, Thorax-Athmen, äusserste Empfindlichkeit, selbst der Druck der Bettdecke wird nicht ertragen. Noch am 3. oder 4. Tage ist das Exsudat nachweisbar. Entweder gelingt es die Heftigkeit der Entzündung zu bekämpfen, oder es erfolgt mehr weniger schneller Collaps und Exitus letalis.

Ich erwähne noch zwei Thesen, welche die vorliegende Frage eingehend behandeln, ohne gerade Neues hinzuzufügen. D. die Masius: Da la péritonite aigue, principalement au point de vue de son traitement par l'extrait thébeique. Strassbourg 1867 und Leroy: De la péritonite spontanée. Thèse de Paris 1869.

Von weiterem Interesse sind diejenigen Beobachtungen, wo sich die spontane Peritonitis im Verlaufe eines Gelenkrheumatismus durch Metastase von den Gelenken auf das Peritoneum entwickelt hat. Solche Fälle theilen Morin und Desplats mit. Ersterer (Gaz. des hôpit. 1873 No. 53) giebt die kurze Mittheilung einer tödtlich verlaufenen Peritonitis, die sich während eines acuten Gelenkrheumatismus entwickelte. Desplats (De la péritonite rheumatisme, Union méd. No. 89. 1873) hat mehrere theils eigene theils fremde Beobachtungen zusammengestellt und findet, dass sich das Peritoneum beim acuten Gelenkrheumatismus ganz ebenso verhält, wie die Pleura und das Pericardium d. h. dass es von metastatischer Entzündung ergriffen werden kann. In einem Falle traten die Symptome der Peritonitis auf, verschwanden nach einer antiphlogistischen Behandlung und nach 6 Tagen erschien wieder der Gelenkrheumatismus. Einen ähnlichen Fall berichtet Andral von einem Knaben, bei welchem mit dem Zurücktreten der Gelenksymptome Peritonitis auftrat. Diese rheumatische Peritonitis sagt Desplats, setzt ein serös-fibrinöses oder auch ein eitriges Exsudat, sie kann local oder allgemein sein, schnell vorübergehend oder zum Tode führen. Ja D. meint, dass zuweilen die spontane Peritonitis rheumatica allein auftreten und der Ausdruck einer Krankheit sein könne, welche sonst unter dem Bilde einer multiplen Gelenkaffection auftritt.

Von Englischen resp. Amerikanischen Schriftstellern erwähne ich John Bigelow: Rheumatic peritonitis Philad. Med. Time 1873. Mai 31, welche eine kurze Abhandlung über Erkältungs-Peritonitis giebt, für

[1]) Weniger zurückhaltend sind die alten Aerzte, wie Peter Frank, welcher in seiner spec. Path. und Therapie 1849, nicht nur die durch Erkältung entstandene Peritonitis beschreibt, sondern auch angiebt, dass die Krankheit in Italien epidemisch aufgetreten sei. Er führt ferner an, dass im Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus zuweilen Peritonitis entstehe, durch Ueberspringen des Processes von den Gelenken auf das Peritoneum. — Unter den französischen Autoren sei noch Grisolle erwähnt, welcher in seiner Traité de pathologie interne 1844 in dem Kapitel der Peritonitis auch die spontane Form derselben anerkennt. Sie kommt, sagt er, in allen Lebensaltern vor. Zahlreiche Beobachtungen, welche Dugés und Bouillaud in Frankreich gemacht haben, ebenso die Erfahrungen von Prof. Simpson in Edinburgh beweisen, dass die Peritonitis nicht selten sogar schon während des intrauterinen Lebens vorkommt. Simpson ist sogar der Ansicht, dass die Peritonitis eine der häufigsten Ursachen für das Absterben des Fötus in den letzten Monaten der Schwangerschaft darstellt. Dagegen über die Ursachen der einfachen Peritonitis bei Erwachsenen wissen wir nichts Positives. Fast immer tritt die Krankheit spontan ohne Mitwirkung anderer beachtungswerther Ursachen auf. Die Einwirkung von Kälte, Contusion des Bauches, Suppression der Menses, rheumatische Metastasen, sind die Umstände, welche am häufigsten als bestimmende Ursachen genannt werden. Einige Male hat man ein epidemisches Auftreten der Peritonitis besonders in den Armeen beobachtet (Pujol)."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deren Existenz er eintritt. Ferner Meade: On some forms of idiopathic peritonitis. Brit. med. Journ. 1876. Septbr. 23 und G. Johnson: Remarks on Cases of effusion in the peritoneum, analogous to cases of latent pleuresy. Erwähnt sei noch Gilet: Gonorrhoes and peritonitis; Brit. med. J. 1871 Ap. 39, und die Beobachtungen von Driant 1877 (Observations de péritonite aigue spontanée. Rec. d. med. milit. Janv. und Févr.), welcher 3 Fälle von spontaner rheumatischer Peritonitis bei Soldaten berichtete. In einem Falle wurde kalter Trunk bei erhitztem Körper, in den beiden anderen Erkältung nachgewiesen. Der Verlauf war sehr rapide und letal. Die Diagnose wurde durch die Section controllirt.

Ich selbst hatte nun Gelegenheit auf der Klinik ein Paar Fälle von Peritonitis zu beobachten, welche letal verliefen, und bei welchen die Autopsie erwies, dass es sich um die spontane Form handelte. Bei beiden ist natürlich die Autopsie mit der grössten Sorgfalt ausgeführt und nachgewiesen, dass keine früheren Ursachen vorlagen. Beide betrafen weibliche Individuen, und die Autopsie ergab, dass die Geschlechtsapparate ganz gesund waren, namentlich sich weder an den Tuben noch an den Ovarien etwas Abnormes vorfand.

I.

Meine eignen Beobachtungen sind folgende:

1. Anna Grenzig, 20 Jahre alt, Nähterin wird am 23. Juni 1883 auf die II. med. Kl. aufgenommen, † am 28. März.

Diagnose. Diffuse Peritonitis.

Anamnese. Patientin, deren Eltern an der Schwindsucht gestorben sind, ist seit ihrem 14. Jahre regelmässig menstruirt, in der Regel mit starkem Blutverlust, zum letzten Mal vor fünf Tagen. Pat. welche sich bisher einer vollkommnen Gesundheit erfreute, erkrankte am 17. M., mit Schwindel und Halzschmerz, zugleich stellte sich Fieber ein, seit gestern gesellten sich lebhafte Schmerzen im Unterleibe hinzu mit einer beträchtlichen Verschlimmerung des Allgemeinbefindens, deswegen sie in die Charité gebracht wurde.

Stat. praes. Pat. ist eine mittelgrosse, gut und mässig kräftig gebaute Person, mit normaler Färbung der sichtbaren Schleimhäute. Temperatur dem Gefühle nach nicht erhöht. Pat. klagt über Halsschmerzen, Leibschmerzen. Im Halse sind die Tonsillen geröthet und geschwollen, aber ohne Belag. Das Abdomen ist nur wenig aufgetrieben, in den unteren Partien auf Druck sehr empfindlich. Die Untersuchung der Lungen, sowie des Herzens ergiebt nichts Abnormes.

Temp. 36,9 P. 116.

Ord. Eisblase auf das Abdomen; Opium.

24. Juni. Nachts hat Pat. nur wenig geschlafen, war ziemlich unruhig. Um 9 Uhr Vormittags trat lebhafter Schüttelfrost ein, mit Zähneklappern, Cyanose der Lippenhaut, worauf starke Hitze folgte. — Temp. Morg. 39,8 Ab. 39,2 P. 182. Im Laufe des Tages zweimal grünes Erbrechen.

25. Juni. T. 39,2 P. 152.

Pat. war Nachts sehr unruhig, hat mehrmals erbrochen, fast gar nicht geschlafen. Sie sieht heut sehr collabirt aus. Zusammengesunkene Rückenlage.

Pat. wirft den Kopf vielfach hin und her, die Gesichtszüge sind eingefallen, blass, Lippen bläulich, Gesichtsausdruck schmerzhaft. Die Augen tiefliegend, halb geschlossen. Pat. spricht mit matter Stimme, sie klagt über Schmerzen im Leibe, Erbrechen und Diarrhöen, welche gestern so stark gewesen sein sollen, dass Pat. fast beständig auf dem Stechbecken sitzen musste. Das im Speiglase befindliche Erbrechen beträgt 400 Ccm. und ist exquisit grün gallig.

Die Temperatur der Haut ist dem Gefühle nach nur wenig erhöht, die Extremitäten sowie die Nasenspitze sind eher kühl, P. 128 von sehr geringer Fülle und Spannung. Zunge trocken, roth, wenig belegt. Respiration frequent, rein costal.

Das Abdomen ist aufgetrieben zum Niveau des Thorax, ziemlich stark gespannt, auf Berührung und Druck äusserst empfindlich, besonders in seiner rechten Hälfte. Von gestern Abend bis heute kein Stuhlgang. Nahrungsaufnahme sehr gering, da Pat. fast nach allem, was sie zu sich nimmt, sogleich erbricht. — Herzstoss kaum fühlbar, Herztöne schwach.

Ord. Eispillen, Eisblase auf das Abdomen, Einreibung von grauer Salbe. Opiumpulver, 0,03 2stündl. — Urin 200 Ccm., dunkel ohne Eiweiss. Ab. Tempt. M. 38,1 P. 128.

26. Juni. Temp. M. 37,3 P. 136 und Ab. 38,8 P. 182.

Pat. befindet sich heute anscheinend etwas besser, hat seit gestern nicht gebrochen, Nachts etwas geschlafen. Die Klagen über Schmerzen im Leibe sind nicht verändert. Zunge feucht, Puls klein aber fühlbar.

Urin 500/1029. Kein Stuhlgang.

27. Juni. M. Temp. 38,8 P. 152. Ab. 39,4 P. 152.

Pat. hat Nachts ziemlich viel geschlafen, dabei viel gestöhnt und sich hin und her geworfen. Sie sieht heute Morgen sehr matt aus, Gesichtszüge spitz, collabirt, Lippen cyanotisch, Gesichtsausdruck entstellt, Blick ängstlich, hohl, verstört. Jactatio. Oefteres Aufschreien und Stöhnen. Oefters schnappt Pat. nach Luft. Puls kaum fühlbar, Haut kühl, etwas feucht. Respiration unregelmässig, mühsam, stöhnend. — Zunge kühl, feucht. Nahrungsaufnahme äusserst gering. Uebelkeit, seit gestern 1 Liter grasgrünes Erbrechen. — Abdomen mässig aufgetrieben, auf Druck überall äusserst empfindlich. Percussion voll und tympanitisch, Leberdämpfung nicht nachweisbar; an den abhängigen Theilen des Abdomens nur geringe Dämpfung.

Ord. Continuatur Opium, Ungt. einer. und Eis.

Analeptica. Injection von Ol. camphorat.

28. Juni. M. Temp. 39,1 P. 160.

Die Nacht war sehr schlecht, nur wenig Schlaf, grosse Unruhe und Jactatio, viel Stöhnen. Sensorium auch jetzt ziemlich frei. Höchster Verfall. Facies Hippocratica. Kühle Extremitäten.

Nachmittags 4 Uhr erfolgt der Tod.

Epikrise. Die Diagnose einer diffusen Peritonitis war nicht schwer, dagegen der Grund derselben nicht zu eruiren. Wollte man nicht eine spontane (rheumatische) Peritonitis annehmen, so musste bei dem rapid tödtlichen Verlauf an eine Perforationsperitonitis gedacht werden, obwohl sich weder in der Anamnese noch in den Symptomen während des ganzen Verlaufes ein bestimmter Grund dafür finden liess.

Die Autopsie erwies eine spontane Peritonitis.

Autopsie am 29. Juni.

Grosse kräftig gebaute, weibliche Leiche, kräftige Musculatur, gutes Fettpolster. Abdomen etwas aufgetrieben. Bei der Eröffnung desselben sieht man das eitrig infiltrirte Netz vorliegend, ausserdem befindet sich ca. 1 Liter rein eitrigen Exsudates in der Bauchhöhle. Das Zwerchfell steht beiderseits in der Höhe der 4. R. Das Herz von mittlerer Grösse, etwas schlaffer Musculatur, Klappen gesund. —

Beide Lungen lufthaltig, etwas ödematös, sonst unverändert, Pleuraoberfläche glatt. — Milz ziemlich gross, angeschwollen, sehr weich. Beide Nieren gross, die Rindensubstanz leicht getrübt.

Am Introitus Vaginae befindet sich ein wohlerhaltenes, ringförmiges Hymen, Vagina in völlig virginalem Zustande, Uterus selbst anteflectirt, seine Schleimhaut zeigt eine pseudomembranöse Wucherung von grauweisser Farbe und in dem trichterförmig erweiterten Cervix zäher Schleim. Tuben eng, ihre Innenfläche blassgrau, die Abdominalenden geschwollen, leicht geröthet. Ovarien geschwollen, etwas ödematös. — Der ganze Darm unverändert, anämisch und namentlich auch Coecum und Process. vermiform. intact. Leber von mittlerer Grösse, ebenso wie das Pancreas normal.

Anatomische Diagnose: Peritonitis purulent. universalis (rheumatica).

Epikrise. Als Ursache der diffusen eitrigen Peritonitis ist kein Grund aufzufinden, in specie keine Perforation, keine tiefere Erkrankung des Darms oder der Geschlechtstheile.

Die letztern sind virginal. Die Schwellung der Ovarien kann als Folge der Peritonitis angesehen werden, die Tuben sind intact. Bemerkenswerth dagegen die pseudomembranöse Auflagerung im Uterus.

Die Krankheit begann zur Zeit der Menstruation, entwickelte sich allmählich mit Leibschmerzen und geringem Fieber. Erst am 4. Tage Schüttelfrost mit Entwicklung der heftigen Erscheinungen, dieselben entwickeln sich zu einer allgemeinen Peritonitis mit schnellem Collaps. Ziemlich starke Temperatursteigerung bis zu 39,7, zuletzt noch 39,4, hohe Pulsfrequenz. Dauer der Krankheit im Ganzen 8 Tage.

II.

Pauline Richter. Wäscherin, 27 J. alt, rpt. 31. Jan. 1884, gest. 2. Feb. e. a.

Diagnose. Diffuse Peritonitis.

Anamnese. Pat. aus gesunder Familie stammend, ist seit dem 12. Lebensjahr stets regelmässig und ohne Beschwerden, wenn auch nur sparsam menstruirt gewesen; sie hat nie geboren noch abortirt. Sie war stets gesund und hat nicht einmal die Kinderkrankheiten, Scharlach und Masern durchgemacht. Seit ca. 6 Jahren beschäftigt sie sich mit Waschen und muss sich dabei fast täglich in feuchten Kellerräumen aufhalten. Auf diese Schädlichkeit bezieht sie eine im Sommer 1879 aufgetretene Schwellung der Füsse, welche sich bis an die Kniee heraufzog und mit Sehmerzhaftigkeit im rechten Oberschenkel verbunden war. Ob der Urin damals Veränderungen dargeboten, in specie ob er Albumen enthalten habe, weiss sie nicht anzugeben. Auf Anrathen eines Arztes legte Pat. nun die geschwollenen Beine in Leinen und Guttapercha-Binden, setzte aber trotz grosser Mattigkeit ihre Arbeit fast ohne Unterbrechung fort. Erst im Herbst 1879 verschwanden die Oedeme und wurde Pat. wieder vollkommen gesund und kräftig. Sie erkrankte erst wieder mit dem Beginn der gegenwärtigen Krankheit, am 28. Januar d. J., wo sie nach vorausgegangener Stuhlverstopfung und starken Diarrhoen Schmerzen in allen Gliedern bekam und unter Schüttelfrost und Hitze erkrankte. Es trat wiederholtes Erbrechen grüner Massen, sowie stechende Schmerzen an verschiedenen Stellen des Abdomen hinzu (in beiden Lumbalgegenden, in der Milz und der Ileocoecalgegend) sowie ein dumpfes Gefühl im Kopfe.

Einen besonderen Anlass zu dieser Erkrankung weiss Pat. nicht anzuschuldigen, zumal sie seit 1882 nicht mehr in feuchten Kellerräumen arbeitet, sondern in trockenen Räumen mit Stärken der Wäsche beschäftigt ist und ihres Wissens sich in letzter Zeit gar keine Erkältung zugezogen hat. Am 31. Januar wurde Pat. auf Veranlassung ihres Dienstherrn zur Charité gebracht. Sie erbrach hier zu wiederholten Malen trübe grüne, bitterschmeckende Flüssigkeit; der am ersten Tage erfolgte Stuhlgang enthält glasig schleimige Massen mit gelbbräunlich gefärbten Flocken. Fieber bisher gering.

Stat. praesens. Pat. ist mittelgross, gut und kräftig gebaut, gut genährt. Sie nimmt die Rückenlage ein. Gesicht natürlich gefärbt, Gesichtsausdruck matt, niedergeschlagen. Sensorium frei, doch ist Pat. träge zu antworten und Auskunft zu geben. Sie klagt nur über Mattigkeit und lebhaften Durst. Die Stimme der Pat. ist matt, tonlos (doch ist im Halse nichts Abnormes zu entdecken). Die Athmung der Pat. ist oberflächlich, frequent, zeitweise mit Stöhnen verbunden. Percussion und Auscultation ergeben nichts Abnormes. Herzdämpfung klein, schwacher Herzstoss, Herztöne dumpf, aber rein. Puls 124, regelmässig, Arterie eng, von geringer Spannung. Die Leberdämpfung beginnt v. r. an der 4. R. und überragt den Rippenrand nur um 1—2 Querfingerbreite. — Milzdämpfung nicht vergrössert. — Bei dieser Untersuchung klagt Pat. über Schmerzen in beiden Hypochondrien, auf Druck zeigt sich besonders die Ileocoecalgegend empfindlich. Das Abdomen ist mässig aufgetrieben, zum Niveau des Thorax. Der Percussionsschall voll, tympanitisch, nirgens ausgesprochene Dämpfung.

Zunge wenig belegt, zur Trockenheit neigend, Pat. klagt über Uebelkeit; in der Nacht hat sie 300 Ccm grüner Massen ausgebrochen. Stuhl-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gang diarrhöisch, von braunem Aussehen mit beigemengten schleimigen Massen.

Urin von ziemlich reichlicher Menge, bräunlicher Farbe, etwas trübe, enthält ziemlich viel Albumen. Das Sediment enthält relativ reichlich Cylinder von grünlich und bräunlich imbibirter Färbung, mässig reichliche Epithelzellen und Blutkörperchen.

Abds. T. 38,0 P. 124.

Ord. Eisblase. Ungt. ciner. Innerlich Mixtur mit Acrid. muriat.

1. Febr. Morg. T. 37,2, P. 116.

Ab. „ 38,2, „ 112. Resp. 42.

Nachts hat Pat. zu wiederholten Malen erbrochen, im Ganzen 400 Ccm einer dunkel grasgrünen Flüssigkeit. Sie ist heut weniger collabirt, doch das Gesicht spitz, die Augen eingefallen, Hände kühl, Puls sehr klein. Das Abdomen ist stärker aufgetrieben als gestern und auf Druck überall sehr empfindlich. Pat. klagt über lebhafte Schmerzen im Abdomen. Sie geniesst fast garnichts, da sie nach jedem Genuss selbst von Flüssigkeit Uebelkeit und Erbrechen bekommt. Die Respiration ist sehr frequent (40) oberflächlich, mühsam mit ausgesprochener Dyspnoë. Seit gestern 1 Stuhlgang, dünnbreiig, schleimig. Urin mit dem Katheter entleert, 900 Ccm schmutzig bräunlich, stark eiweisshaltig, Cylinder und Epithelien enthaltend, sp. G. 1016. —

2. Februar. Morgen-Temperatur 38,3, P. 144, Resp. 44. (Die Temperatur im Rectum gemessen, zeigt 40,5° C.) Trotz Morphium war die Nacht sehr unruhig, Pat. hat viel gestöhnt, sich viel umhergeworfen, auch im Schlaf gesprochen. Heute Morgen äusserster Collaps, Puls kaum fühlbar, Extremitäten kühl, Flockenlesen, Sensorium nicht frei. Gesicht verfallen, Abdomen aufgetrieben, sehr empfindlich. Erbrechen seit gestern nicht dagewesen. Um 11 Uhr ist der Puls nicht mehr fühlbar, die Temperatur im Rectum beträgt 40,6° C. — Der Tod erfolgt um 7 Uhr Nachmittags. —

Die Diagnose lautete: diffuse Peritonitis. Bei dem Fortbestehen der Diarrhöen wurde an einen Typhus abdominalis mit Perforation gedacht. Auch hier ergab die Autopsie keinen weiteren Grund für die Peritonitis, sie erscheint als eine primäre oder spontane.

Die Autopsie wurde am 3. Februar von Herrn Dr. Israel gemacht.

Mittelgrosse, kräftig gebaute weibliche Leiche. Abdomen mässig aufgetrieben. Die normal gelagerten, vom Netz bedeckten Därme zeigen ebenso wie dieses eitrig-fibrinöse Auflagerungen. Herz sehr schlaff. Lungen im untern Theil atelectatisch und ödematös. Zwerchfell in der Höhe der 4. Rippe.

In der Bauchhöhle findet sich eine grosse Menge eitriger, mit Fibrinflocken gemischter, nicht übelriechender Flüssigkeit. — Die Dünndärme sind aufgetrieben. — Milz vergrössert, schlaff, mit weicher Pulpa. — Nieren gross, sehr schlaff, das Parenchym durchweg getrübt, die Rinde verbreitert. An den Papillenspitzen weissliche Streifung.

Die Ovarien zeigen dicke eitrige Beläge bei starker Röthung des Parenchyms. Im rechten O. eine kirschgrosse Cyste mit gelatinösem Inhalt (kein frisches Corp. luteum).

Der Process. vermiformis überall frei und intact, ebenso die Wandung des Colons. Magen und Darm ergeben nichts Bemerkenswerthes.

Diagnose. Peritonitis universalis purulenta spontanea (rheumatica). —

Von Interesse war die weitere mikroskopische Untersuchung des Exsudates. Der Gedanke war naheliegend, dass sich, wie bei andern eitrigen Exsudaten, auch hier Mikroparasiten vorfinden möchten. Diese Untersuchung, welche im ersten Falle versäumt war, wurde hier angestellt und ergab ein vollkommen bestätigendes Resultat. Von verschiedenen Proben des Exsudates wurden in der bekannten Weise Trockenpräparate angefertigt und mit Gentiana-Anilin gefärbt. Besonders wurden solche Stellen gewählt, wo das Exsudat in Falten abgeschlossen gelegen hatte, wo also nicht nach der Eröffnung der Bauchhöhle Verunreinigungen hatten eindringen können, namentlich wurde aus diesem Grunde ein kleines zwischen Leber und Zwerchfell abgeschlossenes Exsudat untersucht. Ueberall, jedoch an letztgenannter Stelle am reichlichsten fanden sich in dem Exsudat neben den Eiterkörperchen zahlreiche Diplococcen und Streptococcen u. zw. alle in derselben bestimmten Form (vergl. d. Zeichnung). Die einzelnen Coccen sind im Ganzen von runder, kugelförmiger Gestalt, zeigen zuweilen, wenn sie zusammenliegen, eine Applattung, so dass sie mit der breiten Seite an einander liegen. Zuweilen sieht man einen kugelförmigen Coccus zu einem Semmel-artig eingeschnürten Gebilde auswachsen, alsdann trägt er gewöhnlich in der Mitte einen hellen doch nicht scharf contourirten Punkt (Sporenbildung?). In den Ketten, welche gerade oder S-förmig oder wirklich geknickt liegen, ist die Anordnung zu je zwei Gliedern meist, aber nicht immer ersichtlich. Die meisten Ketten enthalten nicht mehr als 3—4 Doppelglieder. Diese Coccen färben sich äusserst leicht und prompt mit Gentiana und Fuchsin; hier und da zeigen sie einen schönen hellgefärbten Hof.

Diese selben Coccen liessen sich nun auch aus der Substanz des Zwerchfells nachweisen, doch drangen sie nicht tief in dasselbe ein. Von der Abdominalfläche her begleiteten sie die Züge von zelliger Infiltration bis in die Muskelschicht hinein, namentlich in der gewucherten Adventitia der kleinen Gefässe konnte man sie in reichlicher Anzahl nachweisen und zwar immer nur in der gleichen charakteristischen Form.

Diese Coccen entsprechen dem Ansehen nach denjenigen, welche man auch bei puerperaler Peritonitis in anderen eitrigen Exsudaten (Pleuritis), in den Gelenken bei malignem Gelenk-Rheumatismus, in phlegmonösen Entzündungen u. dgl. m. vorfindet.

Eine Cultur derselben war unmöglich, da die Section nicht früh genug gemacht werden konnte.

In der Milzpulpa gelang es nicht Coccen mit Sicherheit nachzuweisen, eben so wenig in den Nieren. In denselben finden sich viele mit Cylindern erfüllte Harnkanälchen, sonst kaum merklichen mikroskopischen Veränderungen.

III.

Zur spontan diffusen Peritonitis rechne ich auch den folgenden Fall, obgleich er nicht zur Section kam, sondern geheilt wurde. Dennoch rechtfertigt der Verlauf die Diagnose. Der Fall möge illustriren, dass die spontane Peritonitis nicht nur bei Frauen, sondern auch bei Männern vorkommt, und durchaus nicht immer tödtlich verläuft.

Goering, Schneidermeister, 28 J., rpt. 26. October 1883, geheilt entlassen den 23. November e. a.

Anamnese. Pat. aus gesunder Familie stammend, stets gesund, bekam vor 5 Tagen, am 22. October ohne besondere Veranlassung Leibschmerzen mit Erbrechen. Das Erbrechen hörte bald wieder auf, die Leibschmerzen aber bestanden in unverminderter Heftigkeit bis heute fort. Besonders schmerzhaft war die Ileocoecalgegend. Pat., der stets an trägem Stuhlgang gelitten, hatte vom 22. bis 28. October gar keinen Stuhlgang gehabt. Bei seiner Aufnahme erhielt er 1 Esslöffel Ol. Ricini, darnach 1 Opiumpulver.

Stat. praes. Temp. 37,8, P. 116. Pat. ein mittelgrosser Mann von gracilem Knochenbau, eher schwächlicher Musculatur, mager, nimmt die active Rückenlage ein. Gesicht mager, gut gefärbt, Gesichtsausdruck leidend. Pat. klagt über Schmerzen im Leibe und über Uebelkeit. Die Zunge ist stark belegt. Abdomen zum Niveau des Thorax aufgetrieben, sehr gespannt, überall, besonders aber in der rechten Hälfte der Regio epigastrica bei Berührung sehr empfindlich. Percussionsschall laut, tympanitisch, nirgend ein Exsudat durchzufühlen. — Respiration beschleunigt, costal, kein Husten, kein Auswurf. Percussion und Auscultation am Thorax normal. Herzdämpfung in normalen Grenzen, Herzstoss deutlich, Herztöne rein. Radialarterie von guter Spannung.

Ord.: Ol. Ricini. Hydropathischer Umschlag auf das Abdomen.

28. October. Morg.-Temp. 38,9, P. 104, Abend-Temp. 38,4, P. 116. Die Klagen des Pat. sind noch die gleichen über Schmerzhaftigkeit des Leibes. Ein spärlicher dünner Stuhl ist erfolgt. Kein Erbrechen, doch viel Uebelkeit. — Urin 800.

Ord.: Eisblase. — Ungt. ciner. Opium.

29. October. Morg.-Temp. 37,1, P. 96, Abend-Temp. 37,9, P. 98. Seit gestern 3 dünne Stühle. Aussehen und Befinden des Pat. besser, doch klagt er noch über Schmerzhaftigkeit des Leibes und der Ileocoecal- und der epigastrischen Gegend. Appetit nicht ganz fehlend, die verordnete flüssige Nahrung wird genommen. Urin 1200.

30. October. Morg.-Temp. 37,0, P. 96, Abend-Temp. 37,5, P. 100. Pat. hat gestern Abend reichliches grünes Erbrechen gehabt, klagt heute über mehr Schmerzen in der Regio ileo-coecalis (Ord.: 4 Blutegel an diese Stelle). Im Uebrigen ist das Befinden nicht verschlechtert. Auch die Empfindlichkeit des Abdomen auf Druck ist vermindert, ein Exsudat nirgend zu fühlen.

4. November. Morg.-Temp. 38,0, P. 102, Abend-Temp. 37,9, P. 104. Die Leibschmerzen haben entschieden abgenommen und das Befinden des Pat. ist erheblich gebessert. Nur in der Regio iliaca besteht noch Empfindlichkeit auf Druck und eine mässige Resistenz.

10. November. Morg.-Temp. 37,0, P. 84, Abend-Temp. 37,6, P. 80. Fortschreitendes Besserbefinden. Das Abdomen im Ganzen weich und schmerzlos, auch die Regio ileo-coecalis nur wenig empfindlich auf Druck, nur an einer kleinen Stelle bei tiefem Druck noch Empfindlichkeit und Resistenz. — Fortschreitende Besserung.

Pat. wird am 23. November also nach kaum 4 wöchentlichem Aufenthalt geheilt entlassen. —

Epikrise. Die Diagnose der spontanen Peritonitis basirt hier darauf, dass der Pat. (nach vorhergehender Verstopfung und Diarrhoe) plötzlich, sogleich mit Zeichen diffuser Peritonitis erkrankt (mit diffuser Schmerzhaftigkeit und Meteorismus) und dass diese diffuse Peritonitis trotzdem verhältnissmässig leicht verlief. Dass die Ileocoecalgegend stärker empfindlich ist, als das übrige Abdomen und dass hier sich eine grössere Resistenz bildete, widerspricht nicht, da das Exsudat gar nicht scharf umschrieben und eingeengt erscheint, sich überdies schnell mit dem Rückgang der allgemeinen Peritonitis resorbirte.

Die vorstehenden drei Beobachtungen lassen darüber keinen Zweifel, dass es in der That eine spontan, d. h. von vorhergehender Erkrankung des Darms und seiner Nachbarorgane unabhängige Peritonitis giebt, vielleicht nicht einmal so selten, als man bisher angenommen hat. Diese spontane Peritonitis scheint, wie auch die vorstehenden Beobachtungen es zeigen, seltener beim männlichen, häufiger beim weiblichen Geschlechte vorzukommen, und hier gewöhnlich mit der Menstruation in Zusammenhang zu stehen. Doch ist zu bemerken, dass in unsern Fällen, wie es die Autopsie bewiesen hat, perimetritische Entzündungen und Exsudate nicht vorangegangen; Ovarium und Tuben waren ganz intact. Andere Ursachen, wie Darmreizungen, Erkältungen, Indigestion mögen ebenfalls mitgewirkt haben. Endlich sind Erkältungen zu nennen, wie solche in unserm Falle 2.

Den Verlauf betreffend, so zeigen unsere Fälle 1 und 2, dass dieselben ebenso rapide zum Tode führen können, wie die schwerste Perforationsperitonitis und zwar unter ganz gleichen Symptomen des Collapses. In der Literatur fehlt es nicht an Beispielen eines ähnlichen rapiden Verlaufes, doch scheint dies nicht einmal die Regel zu sein. Manche Fälle, wie unser Fall 3, zeigen einen milden und protrahirten Verlauf, mit schnellem Ausgang und Genesung und Resorption des Exsudates oder es kommt, wie in dem von Kaiser (aus Kussmaul's Klinik 1876) mitgetheilten Falle, zu circumscripten, der Operation zugänglichen Exsudaten.

Wenn es bisher auffällig erscheinen musste, dass das Peritoneum sich in Betreff der spontanen Entzündungen trotz der anatomischen Analogie so verschieden verhält von der Pleura und dem Pericardium, so ist diese Differenz durch die mitgetheilten Beobachtungen einiger-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

maassen ausgeglichen, obgleich ja immer noch die grössere Seltenheit der idiopathischen Peritonitis bestehen bleibt. Ihrer Natur nach erweist sich die spontan eitrige Peritonitis ebenfalls analog der eitrigen Pleuritis, d. h. sie zeigt sich als eine infectiöse Entzündung, bedingt durch die Entwicklung eigenthümlicher Mikroparasiten. Ohne darüber ein definitives Urtheil abgeben zu wollen, ob alle Fälle eitriger Peritonitis dieselben Mikroparasiten enthalten — im Gegentheil haben die Untersuchungen uns mehrere anscheinend verschiedene Formen ergeben — so fanden wir doch in mehreren Fällen die wenigstens dem mikroskopischen Ansehen und der Färbung nach gleichen Bildungen. Herr A. Fraenkel hat von einem Falle eitriger Peritontis Culturen vorgelegt und Experimente angestellt, über welche er selbst berichten wird.

Auch andere Peritonitisformen haben wir untersucht, insbesondere mehrere bösartig verlaufende puerperale Formen. Das eitrige Exsudat, frisch der Leiche entnommen, zeigt zahllose Coccen von durchaus derselben Gestalt und Färbung. Sie waren vielleicht zahlreicher, die Fäden länger, aber übrigens ganz analog, und stellten eine vollständige Reininfection dar, durchaus nur ein und dieselbe Form. Obgleich auch jene primären Fälle der Peritonitis letal verlaufen waren, so schienen doch die puerperalen in ihrem ganzen Verlaufe maligner und mit einer tiefen Alteration des Allgemeinbefindens verbunden zu sein. Dies sprach sich anatomisch dadurch aus, dass die Coccen in viel intensiverer Lebhaftigkeit und Anzahl das Zwerchfell durchsetzten durch die Muskelschicht hindurch bis an die Pleura diaphragmatica und sie hatten hier ebenfalls Entzündung erregt. In wie weit die grössere Virulenz von den Verhältnissen des Puerperiums, resp. der Wundfläche herrührt, vermag ich nicht zu entscheiden, indessen kann ich hierin allein einen principiellen Unterschied von den Coccen der spontanen Peritonitis nicht erkennen (nur einen gradweisen).

Auch mit den puerperalen Coccen hat Herr A. Fraenkel Untersuchungen angestellt, über welche er selbst berichten will.

Alle bisher genannten eitrigen peritonealen Exsudate waren vollkommen geruchlos, man kann sie also nicht wohl als septische bezeichnen, ebenso wenig wie der von ihnen erregte allgemeine Krankheitsprocess mit Recht als Sepsis oder Septicämie bezeichnet werden sollte. Die fauligen oder putriden Exsudate, wovon ich ebenfalls mehrere Fälle untersuchen konnte, unterschieden sich sehr wesentlich von den gewöhnlichen dadurch, dass sie keine Reincultur von Mikroparasiten darstellen, sondern Mischformen, namentlich findet man neben Diplococcen in grosser Anzahl Bacillen (Fäulniss-Bacillen), welche zum Theil zu langen Fäden und Ketten ausgewachsen sind. Uebrigens verhalten sich putride Pleura-Exsudate ebenso.

Endlich möchte ich noch hervorheben, dass die eitrige spontane Peritonitis nicht ohne Weiteres der rheumatischen Form, welche einige Male im Verlaufe des acuten Gelenkrheumatismus beobachtet ist, gleichgesetzt werden darf. Die Exsudate des acuten Gelenkrheumatismus sind, wie bekannt, fast niemals eitrig, sondern serös und ist also auch eine Differenz der hier erregenden Keime anzunehmen.

Wenn wir noch die Frage aufwerfen, auf welchem Wege bei der spontanen Peritonitis die Krankheitserreger in den Körper eindringen und warum sie sich im Peritoneum ansiedeln, so können wir diese Frage nicht besser und nicht schlechter beantworten, wie für andere infectiöse Krankheiten. Gelegenheitsursachen, wie Indigestion, Verstopfung, Stoss, scheinen einen Grund abgeben zu können, dass sich die in den Körper eingedrungenen parasitären Krankheitskeime im Peritoneum ansiedeln. Nur daran mag erinnert werden, dass die Menstruation am ehesten geeignet erscheint, um unter der Mitwirkung von Gelegenheitsursachen, zur spontanen Peritonitis zu führen. Sie setzt eine Wundfläche und eine Blutung, welche sich nur langsam entleert und in den restirenden Partikeln wohl geeignet erscheint zur Ansiedelung von Parasiten; da nun ferner vom Uterus aus durch die Tuben eine freie Communication mit der Bauchhöhle haben, so erscheint hier der Mechanismus der Infection, auch ohne dass es zu entzündlichen Processen an den Tuben oder Ovarien kommt, ziemlich gut verständlich.

Ich erlaube mir noch einige Bemerkungen über die Therapie der eitrigen Peritonitis anzuschliessen. Ebensowenig wie bei den andern infectiösen Krankheiten, gebieten wir auch bei der Pertonitis nicht über Mittel, welche direct die Parasiten zu tödten oder wenigstens in ihrer Malignität abzuschwächen im Stande sind. Auch von dem Quecksilber kann man jedenfalls nicht mit Bestimmtheit eine solche Wirkung rühmen, obgleich wir es heutzutage wieder als eines der wirksamsten antiparasitären Mittel ansehen dürfen. Bei der Peritonitis (gerade der puerperalen) hat bereits Traube in ausgedehnter und consequenter Weise therapeutische Versuche mit Hg-Einreibungen gemacht, ohne zu entscheidenden Resultaten zu kommen, ich habe dieselbe Methode, in Ermangelung einer besseren fortgesetzt, kann aber auch nicht die Ueberzeugung aussprechen, dass ich einen unzweifelhaften Effect davon gesehen habe. Wir sind daher angewiesen auf die entzündungswidrigen Methoden, Eis, Blutegel, die Anwendung von Opium, dabei Analeptica, allgemeine Pflege etc. neben den Hg-Einreibungen. Dass wir dabei manchen Kranken retten, ist ja unzweifelhaft, und die spontane Peritonitis giebt keineswegs eine absolut ungünstige Prognose. Indessen befriedigend sind diese Resultate nicht, noch viel weniger bei der Perforations-Peritonitis oder bei der puerperalen Peritonitis.

Ich kann daher nicht umhin, auszusprechen, dass mir seit geraumer Zeit der Gedanke im Kopfe herumgeht, ob es nicht möglich ist, der Peritonitis auf operativem Wege beizukommen. Der Gedanke ist ja nahe liegend genug, wenn man berücksichtigt, dass sich die eitrige Peritonitis genau so verhält wie die eitrige Pleuritis. Gelänge es, die eitrige Peritonitis durch Entleerung des Exsudates zu behandeln, so würde der Patient in nahezu gerade so günstige Lage kommen, wie der Patient mit eitriger Pleuritis, dem man das Empyem entleert hat. Da es sich meistens um sonst gesunde Menschen handelt, da der Process entweder ganz local ist, oder doch lange local bleibt, so wären an sich die Bedingungen zur Heilung nicht ungünstig. Mir ist namentlich dieser Gedanke nahe getreten, als wir auf der Klinik vor ca. einem Jahre einen blühenden jungen Mann an einer Peritonitis verloren, welche sich von der linken Seite aus entwickelt hatte. Es war ein Milz-Abscess in das Abdomen geborsten: wenn es möglich gewesen wäre, den Abscess nach aussen zu entleeren, so wäre der Patient höchst wahrscheinlich erhalten geblieben. Uebrigens hat die Aehnlichkeit der Verhältnisse bei der eitrigen Peritonitis und Pleuritis schon vor geraumer Zeit den Gedanken an eine ähnliche Operation nahe gelegt. Zuerst ist diese Idee zu Ende des vorigen Jahrhunderts von A. G. Richter in bestimmter Weise ausgesprochen worden. (Anfangsgründe der Wundarzneikunst, Wien 1762, Band V). Sodann hat van Vrecken (Dissert. de Peritonitide, Parisiis 1816) den Rath wiederholt, bei eitrigen Exsudaten der Bauchhöhle die Paracenthese zu versuchen. Später ist die Operation öfters gemacht worden. Eine treffliche Bearbeitung dieser Frage hat Dr. F. F. Kaiser gegeben in einer unter Kussmaul's Auspicien geschriebenen Dissertation (Freiburg 1876), welche auch im Deutschen Archiv für klin. Medicin abgedruckt ist (Band XVII p. 79—107. Ueber die operative Behandlung des Bauchempyems). Kaiser berichtet im Ganzen über 15 operativ behandelte Fälle, fast alle betrafen weibliche Individuen, 7 waren Puerperae. In diesen Fällen handelte es sich freilich entweder um abgekapselte Exsudate und Abcessbildung oder wie in Kaiser's eigenem Falle um einen protrahirten Verlauf mit reichlichen Exsudaten. Kaiser's Kranke — eine Puerpera — wurde im Ganzen sechs Mal punctirt, das erste Mal am 21. das letzte Mal am 39. Tage der Krankheit. Schliesslich wurde 2½ Monat nach Beginn der Krankheit die Incision gemacht, die Bauchfistel blieb 10 Wochen offen, bis endlich Reconvalescenz und Heilung erfolgte.

Die operative Aufgabe einer acuten mit rapidem Exitus drohenden Peritonitis ist ohne Zweifel viel schwieriger.

Die Schwierigkeit liegt einmal in der Ausspülung der Höhle, die bekanntlich bei der Pleura leicht, beim Abdomen sehr schwer zu erreichen sein würde. Ferner ist die Diagnose sehr schwierig im Anfang der Peritonitis zu einer Zeit, wo der operative Eingriff indicirt wäre. Bei der Pleura haben wir die Probepunction als wesentliches Hilfsmittel der Diagnose: auch hierfür ist das Peritoneum sehr ungünstig, bei der in der Regel sehr geringen Menge des peritonitischen Exsudates, bei den bestehenden Meteorismen ist die Probepunction äussert schwierig auszuführen. Noch kürzlich ist es uns an der Leiche passirt, als wir etwas Exsudat zur Untersuchung mittelst der Pravaz'schen Spritze entziehen wollten, dass wir statt Exsudat Darminhalt herausbrachten. Wenn man aber wartet, bis die Diagnose über allen Zweifel sicher ist, so dürfte der günstige Moment zur Operation meist schon vorüber sein. Ich muss es den Herren Chirurgen überlassen, zu entscheiden, ob es möglich sein wird, in diesem Sinne operativ etwas zu leisten, das aber scheint mir, kann nicht zweifelhaft sein, dass hier ein bedeutsames Problem vorliegt. Ich erwähne noch, dass vor 2 Jahren Herr Professor E. Rose einmal auf meine Veranlassung sich zur Operation einer diffusen Peritonitis verstand. Die Diagnose bestätigte sich auch, indem eine Menge jauchigen Exsudats entleert wurde, allein es war zu spät, der Patient verstarb bald nach der Operation. In einem zweiten Falle, den ich mit Herrn Collegen Rothmann behandelte und der einen jungen Mann betraf, schlug ich die Operation rechtzeitig vor, sie wurde aber von den Eltern abgelehnt, da ich natürlich für den Ausgang nicht einstehen konnte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Ueber die Bedeutung des sogenannten Ovarial- oder Iliacalschmerzes bei Hysterischen

von

Dr. Leopold Landau,

Docent an der Universität Berlin.

Quälende Schmerzempfindungen an den verschiedensten Körperstellen, vornehmlich im Bereiche der Genitalien und deren Umgebung, charakterisiren vorzüglich die „Hysterie". Aus diagnostischen und therapeutischen Rücksichten beansprucht die Deutung und Localisation der Schmerzen unsere ganz besondere Aufmerksamkeit, ist aber im Bereiche der weiblichen Genitalien darum mit besonderen Schwierigkeiten verbunden, weil eine grosse Zahl von concurrirenden Organerkrankungen (Lageveränderungen des Uterus, Entzündungen der Gebärmutter und ihrer Adnexe) mit ähnlichen Schmerzempfindungen einhergeht, und namentlich von denen, welche die Kunst gut zu palpiren beherrschen, leicht pathologisch-anatomische Veränderungen entdeckt werden, die ja nach dem medicinischen Standpunkte der Untersucher leicht für die Quelle der vorliegenden Krankheit aufgefasst werden. Denn es liegt in der Natur der Sache, dass man da, wo über Schmerzen geklagt, leicht pathologische Veränderungen an diesen Stellen als die Ursache der schmerzlichen Empfindungen ansieht, und dann die nämliche Erkrankung auf Grund von Analogieschlüssen überall da annimmt, wo nur eine Uebereinstimmung der Schmerzempfindungen mit den Schmerzempfindungen bei Organerkrankungen existirt. Eine Zeit lang hatte der Uterus und sein Hals die Führerrolle in der Pathologie und Therapie der Hysterie übernommen, in unseren Tagen ist das Ovarium an seine Stelle getreten. Wie steht es nun mit der Bedeutung der Schmerzempfindungen in der Ovarialgegend und wie verhalten sich diese zu dem Gesammtbilde der Hysterie?

Seit Piorry und Schuetzenberger den Begriff der Ovarie oder Ovaralgie als eine Bezeichnung für die localen Schmerzempfindungen in die Pathologie eingeführt haben, ist derselbe nicht mehr aus derselben geschwunden, hat vielmehr durch Charcot eine treffende und bedeutungsvolle Erweiterung insofern erfahren, als dieser aus dem scheinbar regellosen Gesammtbild der Hysterie, das Vorhandensein eines ganz typischen Symptomencomplexes erhob, welcher darin besteht, dass neben einer circumscripten Schmerzempfindung in der Ovarialgegend Anästhesie der betreffenden Körperhälfte, von der Ovarialgegend ausgehende Aura vorhanden ist und die Möglichkeit existirt, hysterische Reflexerscheinungen wie hystero-epileptische Krämpfe oder Schmerzempfindungen in entfernten Regionen durch plötzlichen oder allmählichen Druck auszulösen oder zu coupiren. Charakteristisch ist ferner das plötzliche und spontane Wandern dieser Erscheinungen von einer Seite auf die andere. An dem Vorhandensein dieses Symptomencomplexes dürfen nunmehr auch diejenigen nicht zweifeln, welche ihn nie zu Gesicht bekommen haben, da derselbe mehrfach von den verschiedensten und durchaus zuverlässigen Autoren beobachtet worden ist.

Fraglich erscheint es nur, ob die Annahme begründet ist, dass die genannten Erscheinungen vom Ovarium ausgehen, so dass nunmehr eine besondere nicht vom Uterus, sondern vom Ovarium stammende ovarielle Hysterie bewiesen wäre.

Gegen die Richtigkeit der Charcot'schen Ansicht wurden zwei Gründe geltend gemacht. Zunächst die alte Ansicht Briquet's, welcher den Schmerz in der Ovarialgegend nicht dem Ovarium sondern der Bauchmusculatur, speciell dem M. obliq. int. eigenthümlich erklärte, und zweitens hob man hervor, dass Charcot die anatomische Lage des Ovarium nicht richtig bezeichnet und bei seiner durch Druck erzeugten „Ovarie" niemals das Ovarium selbst getroffen habe.

Es liegt auf der Hand, dass eine Entscheidung über den Ausgangspunkt von Schmerzen eine ausserordentlich schwierig zu treffende ist, da wir wohl Schmerzen an Theilen unserer Hautoberfläche mehr oder minder genau bezeichnen können, völlig aber ausser Stande sind, Schmerzen in der Musculatur oder gar im Innern der Körperhöhlen zu localisiren; Thierexperimente andrerseits in einer Frage, wo es sich um subjective Empfindungen handelt, nur schwer herangezogen werden dürften. Da bot sich Gelegenheit[1]), mit der Genauigkeit eines Experimentes diese Streitpunkte in einem Falle zu entscheiden, bei welchem das von Charcot gezeichnete Bild der Ovarie in exquisiter Weise sich präsentirte: intensive Schmerzhaftigkeit in der Eierstocksgegend bei vollkommener Anästhesie der Seite, zufälligerweise ein Ovarialtumor, der als solcher in keinerlei Weise das Krankheitsbild beeinflusste. Während vor der Operation gezeigt wurde, dass der Iliacalschmerz kein Muskelschmerz sein konnte, weil man die Muskeln sammt der Haut stechen, kneifen oder sonst wie reizen konnte, ohne dass die geringste Reaction eintrat, während schon die leiseste Berührung der Eierstocksgeschwulst per vaginam oder rectum und natürlich auch durch die Bauchdecken die heftigsten Schmerzen auslöste, konnte nach der Exstirpation der in keinerlei Beziehung entzündeten oder etwa adhärenten Dermoidcyste in Nichts ein Aufhören des Schmerzes in der Ovarialgegend beobachtet werden. Hieraus zu folgern, dass auch eine Hyperästhesie des Ovarium nicht vorliege, wäre thöricht gewesen, weil die Schmerzhaftigkeit des Ovarium unbestreitbar war, sondern es blieb allein der Schluss, dass der Schmerz nicht einer dem Ovarium immanenten Ursache, etwa der zufälliger Weise vorliegenden Organerkrankung zuzuschreiben sei, vielmehr dass hier eine centrale Ursache, speciell eine neuralgische Erkrankung der die Generationsdrüsen versorgenden empfindenden Nerven vorlag. Aus dieser Auffassung heraus ist es denn allein erklärlich, dass die nach dem Gesetze der excentrischen Projection nach der Peripherie, hier nach dem Ovarium verlegte Schmerzempfindung, auch nach der Entfernung derselben constant bleibt, wie bei einer Trigeminusneuralgie die sonst intacten Zähne auch nach ihrer Entfernung schmerzen, wie der Schmerz bei einer Ischias auch nach der Amputation der Extremität anhalten würde. Daraus folgt unmittelbar, dass derjenige, welcher aus Gründen der Schmerzhaftigkeit mit Hyperäthesie u. s. w. Eierstöcke exstirpiren wollte, einen wissenschaftlichen Fehler begeht — eine Erkenntniss, die mich schon vor der Beobachtung dieses so schlagenden Falles abgehalten, die Entfernung path.-anatomisch nicht veränderter schmerzhafter Ovarien bei Hysterischen vorzunehmen.

Der zweite Einwand, dass man die Ovarien an der von Charcot bezeichneten Stelle in den meisten Fällen nicht fühlt, ist ein völlig zutreffender, wie das ein jeder mit den Untersuchungsmethoden Vertrauter leicht feststellen kann; indessen ist es durchaus sicher, dass ein an dieser Stelle ausgeübter Druck nicht mittel-, sondern unmittelbar auf das hyperästhetische Ovarium trifft. Dazu gelingt es in einer grossen Reihe von Fällen überraschend leicht, das normale Ovarium durch bimanuelle Untersuchung völlig abzutasten und ebenso wie in Fällen pathologischer Vergrösserungen derselben direct zu zeigen, dass Druck die von Charcot geschilderten Erscheinungen auslöst; und in der Regel pflegt das Ovarium durchaus normal zu sein, wie auch meine Beobachtungen lehrten. Dass in dem oben citirten Fall das Ovarium vergrössert war, spricht fortiore ratione für die Richtigkeit der Ansicht, dass wir bei der Ovaralgie keinen dem Ovarium immanenten Schmerz vor uns haben, sondern eine Affection der Nerven. Bisher sind wir freilich noch nicht in der Lage, den oder jenen afficirten Nerven namentlich anzugeben; wir vermögen nicht einmal mit Sicherheit auszusagen, ob die sensiblen Nervenfasern des Eierstocks dem cerebrospinalen oder sympathischen System angehören. Sicher erscheint nur, dass auch gleichzeitig die grösseren Aeste des Plex. lumbal. afficirt sind, etwa der N. genito-crural., ileo-nguinal., ileo-lumbal., wie wir an Schmerzpunkten in der Musculatur, am Knochen (an der Crista), an den äussern Genitalien erkennen, welche ich in andern Fällen von Ovarie häufig feststellen konnte.

Die Art des Schmerzes bei der Ovarie ist sehr charakteristisch und von den entzündlichen Schmerzempfindungen vom Untersucher leicht zu unterscheiden. Schon Holst hat darauf hingewiesen, dass ein Kranker bei Druck auf eine entzündliche Partie Schmerz äussert, den Mund verzieht, aber die gedrückte Stelle durch ruhige Lage vor weiterem Druck möglichst zu schützen sucht. Bei der hysterischen Ovarie hingegen machen die Kranken eigenthümliche zappelnde Bewegungen mit den Extremitäten der gedrückten Seite, rotiren den Körper, kurz benehmen sich in einer ausgesprochen barocken Weise.

Bei Männern hat Mendel in jüngster Zeit in der Iliacalgegend dieselbe Art von Schmerzen constatiren können, wie bei Frauen, ihn mit diesem Schmerz verglichen und als Muskelschmerz gedeutet. Ob letzteres zutrifft, dürfte schwer zu beweisen sein, vielmehr liegt die Annahme näher, als läge hier eine Hyperästhesie im Bereiche eines oder mehrerer dem Plex. lumb. angehörigen Nerven zu Grunde. Was aber den Vergleich mit den analogen Schmerzen bei hysterischen Männern anlangt, so kann nach den vorstehenden Auseinandersetzungen für diesen Vergleich nur die Generationsdrüse herangezogen werden. In dieser Hinsicht fand ich in der That, dass bei Männern eine Affection zuerst durch Astley Cooper bekannt geworden ist, welche viel Aehnlichkeit mit der Ovarie darbietet, ich meine den sog. irritable testis. Auch hier excessive Hyperästhesie des anatomisch normalen Hodens, die meist zu einer Neuralgie ausartet, ebenso vom Hoden nach dem Epigastrium zu aufsteigende Schmerzen, Uebelkeit, Erbrechen. Hier wie dort hat sich die Auffassung, dass der locale Schmerz eine locale periphere Ursache habe, in der Mehrzahl der Fälle als irrig erwiesen und auch beim irritable testis gewinnt die Anschauung, dass es sich nur um eine Theilerscheinung einer Neur-

[1]) Landau und Remak, Ein Fall von Ovariotomie bei hysterischer Hemianästhesie. Klinischer Beitrag zur Ovarie und Castrationsfrage. Ztschrft. f. kl. Medic. Bd. VI. H. 5.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

algie eines grossen Nerven handelt, mehr und mehr an Boden, wenngleich es wiederum zweifelhaft ist, ob es sich um das sympathische oder cerebrospinale Nervensystem handelt. Ueberhaupt ist das Leiden der Hoden-Neuralgie noch wenig erforscht und, soviel ich sehe, auch speciell darauf das Augenmerk noch nicht gerichtet, wie sich der irritable testis zur Hysterie der Männer verhält. Für die längst ventilirte Frage nach dem Zusammenhang der Erkrankung der Genitalien mit der Hysterie wäre es daher von grösstem Interesse, wenn sowohl diejenigen, welche hysterische Männer beobachtet haben, über Hyperästhesien und Neuralgien der Genitalien, natürlich der anatomisch intacten, als diejenigen, welche diese nervöse Affection gesehen haben, darüber berichten wollten, ob die Träger hysterisch gewesen sind. —

V. Zur Therapie der chronischen Metritis.

Von

Dr. Marek Arnsztein aus Lublin.

(Schluss aus No. 16.)

Den vielen Fällen, die auf geschilderte Weise von Herrn Dr. Massari behandelt waren, entnehmen wir folgende:

1\. Fall: 22. Februar 1879 kam in das Ambulatorium M. A., 42 Jahre alt, die über Blutungen, Fluss, zeitweise Schlaflosigkeit, Schmerzen im Unterleibe klagte. Aus der Anamnese ergab sich, dass sie 6mal geboren und 2mal abortirt hatte. Letzter Abortus im vergangenen October. Die erste Menstruation mit 19 Jahren; in den Monaten September, October, November 1878 keine Menstruation, während dieselbe bis September regelmässig gewesen war. Im Februar d. J. stellten sich 14 Tage dauernde heftige Butungen ein. Bei der Untersuchung fand sich der Uterus gross, leicht anteflectirt; Diagnose: Metritis chronica. — Behandlung: Cauterisationen, interne Tinct. Bestuscheffi.

1\. März. Befund derselbe — Behandlung: Cauterisationen.

8\. März. Beschwerden: Blutung; Behandlung dieselbe.

11\. März. Blutabgang hat aufgehört; Therapie: Cauterisation.

14\. März. Beschwerden: leichte Blutung; Therapie: Cauterisation.

18\. März. Abgang blutigen Serums; Therapie: Cauterisation.

26\. März. Blutung sistirt. Befinden gut. Geheilt entlassen.

Resumé: 6 Cauterisationen binnen 24 Tagen: Patientin geheilt von Metritis chronica in Folge Abortus.

2\. Fall: Am 31. Mai 1883 wurde ambulatorisch behandelt S. F., 44 Jahre alt. Beschwerden: Stuhlverstopfung, Schmerz im Unterleibe und Ausfluss. Sie hat vor 17 Jahren eine Geburt durchgemacht; die Menstruation erschien im Alter von 13 Jahren, seit 10 Monaten cessirt. Diagnose: Metritis chronica; Therapie: Cauterisation; gegen Stuhlverstopfung: Rheum.

9\. Juni. Status idem. Cauterisation.

17\. Juni. Kein Fluss. Behandlung dieselbe.

21\. Juli. Ausfluss gebessert. Patientin erschien nicht mehr.

Resumé: Metritis chronica im Climacterium; 4 Cauterisationen, nach 2 Cauterisationen verschwand der Ausfluss.

3\. Fall: 7. Juli 1879 wurde durch Cauterisationen behandelt W. A., 37 Jahre alt, die seit stattgefundenem Abortus schon 5 Wochen hindurch blutete; sie abortirte im 3. Monate der Schwangerschaft. Diagnose: Mangelhafte Involution des Uterus. Es wurden Cauterisationen mittelst Porte-caustique von Chiari angewendet. Pat. kam am 12. Juli gebessert und wurde noch einmal cauterisirt. Seit dieser Zeit erschien Patientin nicht mehr.

4\. Fall: Aehnlicher Fall, Sistirung der Blutung nach Abortus durch einmalige Cauterisation am 6. Mai 1881. Pat., 27 Jahre alt, angeblich Gravida, klagte über Blutungen seit 2 Monaten. Die letzte Entbindung fand vor einem Jahre statt. Die Untersuchung erwies einen stattgefundenen Abortus. Die Uterushöhle wurde cauterisirt.

Am 9. Mai erschien sie wieder, die Blutung war sistirt, sie klagte nur über starken Ausfluss. — Behandlung: Cauterisation.

5\. Fall: 1879, 24. Juli, erschien F. M., 20 Jahre alt. Sie erzählte, dass die Menstruation sich in ihrem 12. Lebensjahre eingestellt habe. In letzter Zeit war sie unregelmässig, namentlich seit December 1878, wo sich Blutungen einstellten 6—7 Tage lang, dann 2—3 Tage Pause, dann wieder Blutungen und Ausfluss. Keine Geburt überstanden. Untersuchung: Uterus von normaler Grösse, nicht empfindlich, wenig Schleim. Bei Sondirung Blutabgang. Granulationen im Cervix nachweisbar. Behandlung: Cauterisationen.

31\. Juli klagte Pat. über zeitweisen Blutabgang. Cauterisation.

5\. August klagte Pat. über Blutabgang. Cauterisation.

Pat. erschien wieder 3. December und erzählte, dass die letzte Menstruation vom 20. November bis 28. November gedauert habe. Behandlung dieselbe.

10\. December. Bei Sondirung keine Granulationen mehr zu finden.

Resumé: Nach 4 Cauterisationen in sehr langen Intervallen Verschwinden der Granulationen.

6\. Fall: 15. Mai 1883. C. J., 32 Jahre alt, klagte über Blutungen aus den Genitalien, Stuhlverstopfung und Hüftschmerzen. Sie hat 5 Geburten durchgemacht; die erste mit 25 Jahren, die letzte vor 10 Monaten. Sie blutet schon seit 3 Wochen, früher war die Periode regelmässig, bisweilen etwas später gekommen, sie war nicht stark, dauerte 5—8 Tage. — Diagnose: Uterus anteflectirt, schlaff, Erosionen der Vaginalportion; Therapie: Cauterisation.

17\. Mai. Die Blutung dauert an. Therapie: Cauterisation.

19\. Mai. Die Blutung hat abgenommen. Therapie: Cauterisation.

Res.: Nach 2maliger Cauterisation hat die Blutung abgenommen und Pat. erschien nicht mehr.

Es wird diesem Verfahren der Vorwurf gemacht, dass in Folge desselben die Menstruation sich früher einstelle als gewöhnlich und dass sie profuser sei. Zur Widerlegung dieser Ansicht erlaube ich mir Fälle zu bringen, die entschieden zeigen, dass dass Verfahren nur eine regelmässige Periode herbeiführt.

1\. Fall: 4. Juli 1880 T. M., 31 Jahre alt, hat 4 Geburten überstanden, die letzte vor vier Jahren; sie hat regelmässig menstruirt, die Menstruation dauerte 5 Tage. — Diagnose: Retroflexio uteri, Metritis chronica. Behandlung: Pessarium.

11\. Juli. Uterus gut gelagert.

15\. Juli. Uterus gut gelagert; wegen der Schmerzen Pessarium entfernt.

29\. Juli. Uterus retroflectirt. Aufrichtung des Uterus, Hebelpessarium.

16\. August. Verdacht auf Graviditas.

5\. September. Periode stärker, dauert vom 23. August bis 28. August. Uterus in guter Stellung, Orificium externum mit Granulationen umgeben.

7\. September. Pat. hat das Pessarium selbst herausgezogen. Uterus gut gelagert.

30\. September. Menstruation dauert vom 20. September bis zum 23. September. Uterus retroflectirt, Pessarium No. 7 eingelegt.

8\. October. Uterus in guter Stellung. Orificium externum wegen Erosionen cauterisirt.

28\. October. Die Menstruation dauert vom 21. October bis 26. October. Behandlung mit Porte-caustique.

11\. November. Uterus liegt gut.

Die nächsten Perioden vom 18. November bis 22. November. 16. December bis 20. December, 14 Januar bis 18. Januar. Die Kranke befindet sich wohl. Es ist noch Ausfluss nachzuweisen. Pat. wurde bis 20. Januar noch 2 mal cauterisirt.

2\. Fall: 14. März 1883. 44 Jahre alte Frau, bei welcher die Menstruation schon vom 4. März bis 14. März dauert und sehr stark war. Sie hat 3 Geburten durchgemacht, die letzte vor 10 Jahren. Diagnose: Metritis chronica, Therapie: Cauterisation.

19\. März. Blutung sistirt seit 17. März. Cauterisation.

30\. März. Cauterisation.

16\. April. Menstruation vom 6. April bis 12. April aber nicht stark. Behandlung dieselbe.

23\. April. Uterus leicht retrovertirt, gross. Die Höhle wird durch die Sonde erweitert, Rauhigkeiten nachzuweisen. Cauterisation.

2\. Mai. Cauterisation.

21\. Mai. Die Menstruation dauert vom 4. Mai bis 9. Mai, ist aber schwach. Cauterisation.

25\. Mai. Cauterisation. Patientin erschien nicht mehr.

VI. Der Strahlenpilz.

Actinomyces *Harz* und seine Entwicklungsformen.

Von

H. Karsten.

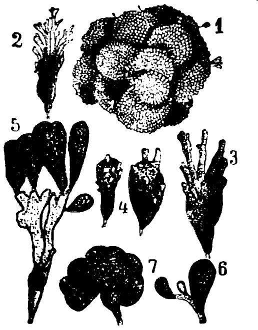
Dieser die Gesundheit und das Leben des menschlichen und thierischen Organismus aufs Höchste gefährdende Parasit wurde erst vor wenig Jahren (Harz: Jahresbericht der königl. Thierarzneischule in München 1877) als neue Pilzart erkannt, nachdem er von practischen Aerzten schon lange als ein eigenthümliches pathologisches Gebilde beobachtet, von Bollinger zuerst als pflanzlicher Organismus angesprochen worden war. Da Harz den Pilz zuerst in der sogenannten „Holzzunge, Lederzunge" des Rindes sah, nannte er ihn Actinomyces [1])

[1]) Piretta (Vergl. Harz: Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin Bd. V.) macht darauf aufmerksam, dass der Name Actinomyces schon von Reichenbach vergeben sei. Reichenbach jedoch nannte so, (Conspectus 1828.) ganz willkürlich und unberechtigt, die von Meyen (Linnaea II. 1827) Actinomyce benannte, unzureichend nach einem faulenden Individuum beschriebene, unkenntliche und jetzt verschollene

Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

bovis. — Bald wurde dieser Parasit auch beim Menschen von Israël (Virchow's Archiv Bd. 74, 1878 und Bd. 78, 1879. Centralblatt f. med. Wissensch. 1883) Rosenbach (Centralblatt für Chirurgie 1880), und Anderen gefunden und auch beim Schweine von Johne beschrieben („Bericht über Veterinärwesen des Königreich Sachsen 1879“ und „Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin 1882“); eine monographische Bearbeitung desselben brachte, vereint mit mehreren, am Menschen selbst beobachteten, meist lethal endenden Krankengeschichten bekanntlich Ponfick. (Die Actinomycose des Menschen 1882.)

Dieser in den meisten Organen der von ihm befallenen Nährorganismen aufgefundene, die Structur derselben durch theilweise Resorption und krankhafte Neubildung verändernde, bis hirsekorngrosse, weisslich-gelbe bis goldgelbe Pilz kommt in eiterige Lymphe gebettet (beim Menschen) oder auch als Kern senfkorn- bis erbsengrosser Granulations-Knötchen pathologischer, aus meist schwammig maschigem Bindegewebe bestehender Geschwülste vor. Bei Thieren meistens in letzterer, zuweilen auch in erstbezeichneter Form. Eine den Kenner der Pilznatur bekundende Beschreibung und Abbildung gab zuerst Harz (a. a. O.); andere hie und da etwas abweichende gaben die oben genannten Forscher, gleichfalls von Abbildungen begleitet. Die von mir veröffentlichte, alle bis 1880 bekannten pflanzlichen Thier- und Pflanzenparasiten enthaltende „Deutsche Flora und med. Botanik 1880—1883“ giebt S. 75 auch die Diagnose der Gattung und Art nebst nebenstehender Abbildung: 1 eines 100 mal vergrösserten Individuums und 2—4 keimende, 6 und 7 nicht keimende Gonidien desselben.



Das grosse medicinische Interesse dieses contagiösen, verschiedene chronische Krankheitsformen, Abscesse, Geschwülste, Phlegmone, Entzündungen etc. erzeugenden Pilzes einerseits, so wie die unzulängliche Kenntniss der, vielleicht verschiedene Arten repräsentirenden Formen die derselbe auf verschiedenen Nährorganismen zeigt und ferner der Umstand, dass er — meine medic. Flora ausgenommen — bisher von der botanischen Systematik übergangen wurde, rechtfertigt wohl eine nähere botanische Betrachtung der bisher beobachteten Formen.

Der in der Zunge und den Kiefern des Rindes vorkommende Strahlenpilz erscheint nach Harz in der Form als blassgelber, kugeliger Rasen, bei schwacher Vergrösserung als strahlig-faserige Krystalldrusen. In der Regel sind viele Verzweigungen zu maulbeerförmigen Körpern vereinigt, deren Durchmesser bis zu 1 mm und darüber anwächst so dass sie meistens schon mit unbewaffnetem Auge als hirsekorngrosse Körnchen zu erkennen sind. Unter geringem Drucke zerfallen diese Kugelrasen in zahlreiche, ungleich grosse, keilförmige Stücke, deren spitzes Ende nach dem, bei grösseren Individuen oft hohlen Centrum derselben gerichtet ist, und aus einer das Mycel repräsentirenden Stielzelle besteht, welche 2—9 kurze, am Ende schwach gewölbte Aeste trägt, die zusammen eine After-Dolde oder -Traube darstellen. An den Enden dieser Hyphenzweige finden sich meist einzeln, theils zu 2—3 nebeneinander stehende, von Harz Gonidien genannte Organe (die wie es scheint, richtiger Gonidienbehälter zu nennen sind.) Diese bestehen aus einer farblosen, ziemlich dicken Haut und stark lichtbrechendem, meist scheinbar homogenem, zuweilen fein granulirtem und kleine Bläschen (sogen. Vacuolen) enthaltenden Eiweiss-Inhalte; sie sind meistens verkehrteiförmig auch oval, kugelig oder länglich, nicht selten auch zu 2—3 rosenkranzförmig vereinigt. Die gewöhnlich kurzen Mycelzweige werden hie und da länger, so dass ihre endständigen Gonidien über die allgemeine Oberfläche des sphärischen Rasens mehr oder minder weit hervorragen. Neben diesen aus kurzen Mycelästen bestehenden Kugelrasen fand Harz in den Kieferknochen des Rindes auch solche, welche aus viel längeren und zarteren Hyphen bestehen, dagegen viel kleinere, kaum halb so grosse Gonidien tragen; diese Form betrachtet derselbe als das Product unvollkommener Ernährung.

Dergleichen „Hungerformen“[1]) bilden nun den Typus des beim Schweine und beim Menschen beobachteten, für Actinomyces gehaltenen Pilzes. Bei dieser langflockigen Form bezeichnet Israël, als drittes Element stark lichtbrechende, „mikrococcusartige Körnchen“, die sich zwischen den, das Centrum des Rasens einnehmenden Mycelflocken eingestreuet finden. Israël fand diese körnchengleichen Zellchen zuweilen in Haufen beisammen und von ihnen feine Mycelfäden ausstrahlen, welche — wie bei den Harz'schen Hungerformen, hie und da in birnförmige Anschwellungen enden, weshalb er diese kleinen kugeligen Zellchen für die eigentlichen Saamen (sogen. Sporen) dieses Pilzes hält. Die von Harz beim Rinde, von Israël beim Menschen häufiger beobachteten rosenkranzförmigen Aneinanderreihungen von Gonidien wurden von Johne beim Schweine, von Ponfick beim Menschen nur selten gefunden. Bisweilen finden sich die sonst weichen Kugelrasen verkalkt und dann beim Zerdrücken knirschend.

Johne (Centralblatt für medic. Wissensch. 1880. Bd. VII. No. 48) wies zuerst durch gelungene Impfversuche die Uebertragbarkeit des Pilzes von Rind zu Rind nach, was von Ponfick bestätigt wurde. Eine Uebertragbarkeit von Thier auf Mensch wurde noch nicht beobachtet, vom Menschen auf Kaninchen einmal von Israël ausgeführt (Centralblatt 1883).

Harz versuchte durch Cultur in verschiedenen Nährstofflösungen die Gonidien zur Entwickelung anzuregen; dieselben trieben auch 3—7, meist kurze Keimschläuche, die kräftigeren an den abgerundeten Enden der Gonidien, weiter abwärts, dem spitzen Ende näher, papillenförmige. Johne (Deutsche Zeitschrift etc. 1882 S. 155) glaubte bei Culturen der eiförmigen Gonidien und der mikrococcusartigen Körnchen in frischem Rindsblutserum, bei + 35°C. eines Brütofens, mycelartige Verlängerungen bemerkt zu haben; er hielt sich überzeugt, dass aus grösseren Körnerhaufen bei solcher Behandlung nach 6—10 Tagen ein büschelförmiges Mycel entwickelt wird. Präparate, die zwei Jahre lang in Gummi-Glycerinlösung aufbewahrt waren, zeigten eine derartige Entwickelung noch deutlicher.

Ueber die systematische Stellung des Strahlenpilzes äussert Ponfick, in Folge der oben erwähnten Cohn'schen Benennung, die Ansicht, derselben möge vielleicht zu den — von ihm noch als Schizomyceten bezeichneten — Hysterophymen gehören. Der complicirte Bau von Actinomyces würde allerdings nicht als genügender Beweis gegen die Richtigkeit eines solchen Verhältnisses dienen, nachdem wir Oïdium lactis Fres. und Oidiastrum Krst. (H. Karsten, Chemismus der Pflanzenzelle. 1869 S. 18 Fig. III.) als solche Hysterophymen erkannten.

In der That lässt sich eine Grenzlinie zwischen Hysterophymen- und Gonidiomyceten-Formen nicht ziehen, so lange ein Befruchtungsact bei Letzteren nicht beobachtet wurde; ich muss K. Müller von Halle beistimmen, dass vielleicht eine noch grössere Anzahl von Formen, welche jetzt zu letzterer Abtheilung gezogen werden, zu ersterer gehören, als ich schon (Chemismus der Pflanzenzelle S. 18) in diesem Sinne aufführte. Nur durch vollständige Kenntniss des Entwickelungsganges der hierhergehörenden Organismen kann diese Frage entscheidend beantwortet werden; ohne eine solche Kenntniss bleibt die Classification dem auf Analogien gestützten Urtheile eines Jeden überlassen und je nach der grösseren Erfahrung des Beobachters wird ein richtigeres Urtheil zu erwarten sein. Ich bin der Meinung, dass die nächsten Verwandten von Actinomyces die Gattungen Entomophthora und das von Woronin entdeckte aber mangelhaft beschriebene Exobasidium (Deutsche medic. Flora S. 75 Fig. 17.b und Fig. 18) sind und erwarte, dass ein Befruchtungsact bei denselben — vielleicht mit Zygomyceten-Saamenbildung (a. a. O. S. 85 und 115) — gefunden werden wird.

Einige Getreidegrannenstückchen die Johne in den Taschen der Mandeln beim Schweine fand, die mit Actinomyces-ähnlichen, mycellosen Vegetationen besetzt waren, welche an Echinobotryum Crd. (Karsten, Deutsche med. Flora Fig. 15. 4 u. 5) erinnerten, liessen diesen Forscher eine Verwandtschaft beider Pflanzenformen und eine Infection durch dieselben mittelst vegetabilischer Nahrungsmittel um so mehr vermuthen als Actinomyces bisher nur bei Herbi- und Omnivoren (Rind, Schwein, Mensch) nicht bei Carnivoren beobachtet wurde. Uebrigens ist die Aehnlichkeit der beiden von Johne zusammengestellten Pflanzengattungen eine sehr geringe. Für die Infection mit Actinomyces durch Pflanzennahrung spricht auch die Beobachtung Jensen's (Bang, Tideskrift for Veterin. 1883. XIII. S. 95) einer Strahlenpilzepidemie unter einer Rinderheerde an der Nordküste von Seeland. Hier war ein Landstrich durch Eindeichung und Trockenlegung eines Meerbusens für die Cultur gewonnen. Sobald die Kühe Gemeng-Futter, besonders Gerstengemenge, erhielten, welches auf neu in Cultur genommenen Feldern dieses Seebodens geerntet war, erkrankten sie fast alle an Actinomycose.

Möge diese Mittheilung über unsere Kenntnisse der Vegetations-

Vegetation, die nach v. Heyden (Linnaea 1839 Litteraturbericht S. 51) Froscheingeweide, Eierstock, Tremella meteorica Pers. — Rivolto (Clinica veterinaria etc. 1878) fand den Pilz nicht kugel- sondern scheibenförmig, weshalb er für gut hält, den Namen Actinomyces in Discomyces umzuändern!?

[1]) Solche flockigen, ziemlich unfruchtbaren, hie und da mit verkümmerten Gonidien besetzten Rasen waren es wahrscheinlich, die von Israël (1878) an Cohn geschickt und von diesem für Streptothrix Crd. erklärt wurden. So würde der Widerspruch dieser Mittheilung Israël's zu der Angabe Ponfick's (1882) dass ihm nicht nur Bary, und Pringsheim sondern auch Cohn eine Bestimmung des Pilzes und seiner Verwandtschaft auszuführen nicht vermocht hätten, z. Th. aufgeklärt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verhältnisse dieser medicinisch wichtigen, scheinbar seltenen Pflanze diejenigen, die in den Besitz derselben zu gelangen das Glück haben, anregen auf deren Befruchtung und Saamenentwickelung besonders ihr Augenmerk zu richten.

VII. Die Jubiläumsfeier für F. Th. v. Frerichs.

In dem schönen stylvollen und dazu, den Anschauungen und Erfahrungen des Bauherrn entsprechend, hygienisch musterhaft eingerichteten Hause, welches sich Frerichs erbaut hat (hoc erat in vobis möchten wir ihm als Inschrift zueignen) versammelten sich am Sonntag den 20. April von 11 Uhr an zahlreiche Deputationen, um sich des ihnen gewordenen Auftrages zu entledigen, der dahin ging, dem Jubilar die aufrichtigen Glückwünsche weiter Kreise zu überbringen. Es war ein schönes Bild, den Gefeierten zu sehen, straff und hoch aufgerichtet im Kreise der Seinen. Das ernste Antlitz machte den Eindruck tiefer Ergriffenheit, man erkannte, wie sehr die Weihe dieser Stunde vollinhaltlich von dem sonst so eisernen Manne empfunden wurde. Die Einzelheiten der Feier, die um 12 Uhr begann, sind in den politischen Zeitschriften so ausführlich wiedergegeben worden, dass wir uns begnügen können, nur das zu berichten, was für ärztliche Kreise ein besonderes Interesse besitzt.

An erster Stelle nahm Geh.-Rath Prof. Dr. Leyden das Wort, der seit seiner Berufung nach Berlin an Stelle Traube's dem älteren Kliniker als Freund und College treu zur Seite gestanden hat.

Er sprach im Namen zahlreicher Freunde, Collegen und Verehrer, die ein Comité gewählt hatten, dessen gewissermaassen geborener Vorsitzender Leyden war. Dieser wies zuvörderst darauf hin, dass heute 25 Jahre verflossen seien, seit Frerichs als Nachfolger Schönlein's an die Spitze der ersten deutschen Klinik in Berlin und damit an die der deutschen Aerzte getreten sei. Er habe damals bereits auf der Höhe seines Ruhmes gestanden, und besonders durch den vielgerühmten Artikel über „Verdauung" in Wagner's Handwörterbuch, die Werke über die Bright'sche Nierenkrankheit, und über die Krankheit der Leber, sowie durch die Entdeckung über Leucin und Tyrosin bei der acuten Leberatrophie bewiesen, dass er einer der berufensten und auserlesensten Mediciner sei. Seine klinische Thätigkeit in Breslau habe gleichzeitig überall die Ueberzeugung hervorgerufen, dass er der hervorragendsten Kliniker einer sei, und diesen Ruf habe er auch durch seine Berliner Thätigkeit gerechtfertigt. Heute nach 25 jähriger Wirksamkeit habe er nun mit ungeschwächter Jugendkraft ein Werk über Diabetes vollendet, welches die Erfahrungen vieler Jahre abschliessen und der ärztlichen Wissenschaft einverleiben solle. Mit bewundernswerther Energie habe er es inmitten gehäufter Berufsgeschäfte vollendet und uns wie sich selbst als Gabe zum Jubelfeste gewidmet.

Herr Leyden rühmte ferner die Lehrthätigkeit des Gefeierten, dessen Vorträge nach Form und Inhalt vollendet genannt werden müssten. Von Nah und Fern über die Grenzen Deutschlands hinaus hätten hier während dieses Vierteljahrhunderts tausende von Schülern in seinem Auditorium Platz genommen, aber auch die Zahl derer sei gross, welche von ihm angeregt, sich der wissenschaftlichen Laufbahn gewidmet und es in derselben zu Ansehn und Ruf gebracht hätten. Ebenso sei Frerichs während dieser Zeit einer der hervorragendsten Aerzte Berlins gewesen, stets seiner Collegen Berather und in den schwierigsten Fällen, wo kein Anderer Hülfe und Rath wusste, oft noch ein Helfer.

Die zahlreichen und hohen Auszeichnungen, die Frerichs schon vor diesem Tage geworden seien, ehrten den ärztlichen Stand selbst. Ausserdem hätten aber seine Collegen zum Ausdrucke der Huldigung und Verehrung von der Meisterhand Schaper's seine Marmorbüste ausführen lassen, als bleibendes Denkmal für ihn, seine Familie und die Gesammtheit der Aerzte.

Herr Leyden ging endlich in bewegten Worten auf das stets ungetrübte Verhältniss, welches seit seiner Berufung nach Berlin zwischen ihm und dem Gefeierten bestanden habe ein, mit dem er ausserdem verbunden sei durch die gemeinschaftliche Herausgabe der Zeitschrift für klinische Medicin und die Gründung des Vereins, wie des Congresses der inneren Medicin und fügte seine eigenen persönlichen Glückwünsche denen zu, welche er im Namen Vieler beauftragt war, dem Jubilar auszusprechen. Letzterem würde dieser Tag die wahre und ungetrübte Freude bringen, dass wenn er Grosses geleistet, seine Arbeit auch eine allseitige Anerkennung gefunden habe. Möge dieser Abschluss, so schloss Leyden, gleichzeitig der Anfang neuer frischer Wirksamkeit sein. Das sei der aufrichtige Wunsch aller seiner Freunde, in deren Namen er zu sprechen die Ehre habe.

(Schaper's Büste, schreibt ein bewährter Kunstkenner, ist ein hervorragendes Kunstwerk; die vergeistigten Züge des grossen Arztes und Gelehrten gelangen zu glücklichstem Ausdruck, wenn auch das geboten gewesene Fehlen der Brille, welche Frerichs zu tragen pflegt, freilich dem Kopfe für den ersten Anblick etwas Fremdartiges verleiht).

Nachdem Leyden geendet hatte, trat die Deputation ehemaliger Schüler und Assistenten aus dem Halbkreis und brachte durch den Mund des Professors Dr. Mannkopff in Marburg ihre Wünsche dar. „Wir Alle," sagte er, „möge die Zeit unserer Assistentenstellung auch noch so lange hinter uns liegen, wir Alle, welchem Bereich des Wirkens wir auch vorzugsweise unsere Thätigkeit gewidmet haben, haben niemals vergessen, wo die Wurzeln unseres Wirkens und Schaffens liegen, und allezeit haben wir mit wärmstem Dankgefühl des Gärtners gedacht, der mit kundiger Hand die jungen Stämme gepflegt und gezogen hat." Die von ihm überreichte Adresse hat folgenden Wortlaut:

„Hochzuverehrender Herr Geheimer Rath,
Hochgeehrter Herr Professor und Lehrer!

Am heutigen 25. Jahrestage des Beginns Ihrer Wirksamkeit an der hiesigen I. medicinischen Universitäts-Klinik, einem Tage, an dem Ihnen von allen Seiten die Huldigungen eines hocherfreuten Kreises von Collegen, Schülern, Freunden und Verehrern dargebracht werden, dürfen diejenigen, denen es vergönnt war, im Laufe des verflossenen Vierteljahrhunderts unmittelbar an Ihrer Seite zu wirken, Ihre klinischen Assistenten, wohl in erster Linie dem Gefühle ihrer Freude und Dankbarkeit Ausdruck geben.

Als Sie nach einer überaus glänzenden academischen und wissenschaftlichen Laufbahn als der berufenste Nachfolger Schoenlein's die Stelle des ersten Klinikers an der Berliner Universität einnahmen, war es eine Ihrer vornehmlichsten Sorgen, sich mit einem Kreise wissenschaftlich strebender Aerzte als Schülern zu umgeben, welche sich nicht als stumme Gehülfen, sondern als selbständige Mitarbeiter des Lehrers betrachten durften. Sie würdigten dieselben, an Ihrem wissenschaftlichen Denken Theil zu nehmen, ihre Kraft an den von Ihnen gestellten Problemen zu erproben; und indem Sie ihnen einen weiten Spielraum eigener Thätigkeit erlaubten, haben Sie es in ausgezeichnetem Maasse verstanden, den Geist unbefangener Beobachtung und scharfer Kritik in ihnen zu wecken, durch den Sie in so glänzender Weise hervorleuchten. Und wenn es Ihren Assistenten vergönnt war, eigene Leistungen von Werth bekannt zu geben, so hatte daran nicht den kleinsten Antheil die ausserordentliche Liberalität und Bereitwilligkeit, mit der Sie das klinische Material und Ihre wissenschaftliche Erfahrung denselben jeder Zeit zur Verfügung stellten.

So ist es gekommen, dass es dem wissenschaftlichen Mediciner stets als eine im hohen Maasse wünschenswerthe Gunst und als ein ganz besonderes Glück gegolten hat, von Ihnen in die Stelle eines Ihrer klinischen Assistenten berufen zu werden. Sehen Sie auf die Reihe Ihrer Schüler zurück, so dürfen Sie, hochverehrter Herr Professor, mit Stolz und Befriedigung sagen, dass nicht wenige der Männer, welche unter Ihnen den Grund ihrer klinischen Bildung gelegt haben, theils heute deutsche Lehrkanzeln einnehmen, theils andere bedeutende und geachtete Stellungen errungen haben.

Für Alle aber, in welcher Lebensstellung sie sich auch befinden, wird einer der schönsten und glücklichsten Abschnitte ihres Lebens die Zeit bleiben, in der sie sich unbesorgt dem Dienst der Wissenschaft mit jugendlicher Begeisterung widmen, die Zeit unausgesetzten Lernens und Strebens, die sie in Ihrer Umgebung zubringen durften.

So gestatten Sie denn, dass auch wir, Ihre klinischen Assistenten, Ihnen heute den Ausdruck unseres tiefgefühlten Dankes und unserer Verehrung darbringen, und die Hoffnung aussprechen, dass nach uns noch einer langen Folge von Assistenten vergönnt sein möge, sich Ihrer Unterweisung und Lehre an der von Ihnen geleiteten ersten medicinischen Klinik der grössten deutschen Hochschule zu erfreuen, den späteren Geschlechtern ein Zeugniss für die aufrichtigsten Gesinnungen des innigsten Dankes, welche diejenigen beseelten, die Sie mit Stolz ihren Lehrer nennen." Zwei andere der früheren Assistenten und Schüler, Prof. Ewald und Dr. Litten, überbrachten gleichzeitig ein zu Ehren des Tages herausgegebenes Jubiläums-Heft der Zeitschrift für klinische Medicin. — Geh. Medicinalrath Prof. Dr. A. Hirsch sprach dann im Namen der Berliner medicinischen Facultät die wärmsten Wünsche derselben aus. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Rühle aus Bonn, schloss sich ihm mit der ihm eigenthümlichen kernigen Sprache im Namen der auswärtigen Universitäten an. — Professor Mosler vertrat die medicinische Facultät Greifswald. „Sie verehrt in Ihnen nicht nur den ersten Kliniker der deutschen Reichshauptstadt, sie feiert gleichzeitig den bedeutendsten Arzt des In- und Auslandes, und wünscht sehnlichst, dass Sie viele Jahre noch bleiben mögen, was Sie uns Allen bisher gewesen sind, ein weithin leuchtendes Vorbild als Lehrer und Forscher. Wollen Sie, verehrter Herr Geheimrath, als Ausdruck besonderer Verehrung und Dankbarkeit diese Widmung geneigtest entgegennehmen." Die Facultät hatte gleichzeitig eine Festschrift „Ueber den Milzechinococcus und seine Behandlung" übersandt. — Generalarzt Dr. Schubert sprach mit den Glückwünschen des königlichen militärischen Friedrich-Wilhelms-Institutes den Dank dieser grossen Anstalt aus für die von Frerichs auch dort entwickelte fruchtbringende Thätigkeit. — Sanitätsrath Dr. Orthmann von hier und Geh. Sanitätsrath Dr. Märklin aus Wiesbaden gratulirten für den „Verein für innere Medicin", sowie für den „Congress für innere Medicin". Herr Märklin wies auf den feierlichen Eid hin, mit dem sich der Jüngling aus dem Geschlechte der Asklepiaden der Heilkunst weihte, forderte neben den Verpflichtungen, die auch heute noch gelten, das Gelübde: „Ich schwöre beim heilenden Apollo, meinen Lehrer in dieser Kunst den Erzeugern gleich zu achten." Noch heute gelte dies. Die Lehrzeit des Arztes dürfe nie als eine abgeschlossene angesehen werden, und jeder ernste Forscher, jeder, der neue Gebiete unserer Wissenschaft erschliesse, der Zweifel hebe und Wahrheiten finde, ein Lehrer sei — der Alten nicht minder, als der Jungen. — Die Studirenden der Medicin der hiesigen Universität entsandten eine aus drei Mitgliedern bestehende Deputation in vollem Wichs. — Für das hiesige Physikat sprach Geheimrath Dr. Liman, für die Schüler aus der Breslauer Zeit in herzlichen Worten Privatdocent Dr. Zuelzer. — Dr. Paul Boerner würdigte Frerichs als medicinischen „Schriftsteller und Journalisten", der stets goldene Früchte in silberner Schaale dargeboten habe. — Dr. Grosser dankte im Namen der „Provinzärzte" für die Fülle der ihnen von Frerichs gewordenen Anregungen. Sanitätsrath Dr. Fromm aus Norderney sagte, dass auch die friesische Heimath des Jubilars seiner nie vergessen habe, und überbrachte als Zeichen dessen die Ernennung zum Ehrenbürger der Stadt Aurich, des Geburtsortes von Frerichs.

Nach Schluss der Begrüssungsfeier erschien auch noch, irrthümlich für eine spätere Stunde bestellt, eine Deputation der Berliner Medicinischen Gesellschaft, für welche Herr Senator das Wort führte. Er hob zuvörderst die Umgestaltung hervor, welche die Heilkunde seit der Zeit, als der Jubilar in die Oeffentlichkeit trat, bis heute erfahren habe. Damals hatten in Folge des gewaltigen Aufschwungs, den die Hülfswissenschaften der Heilkunde genommen hatten, die Vertreter dieser letzteren auch in der Medicin einen solchen Einfluss gewonnen, dass sie geradezu als Wortführer auf deren Gebiet galten. Die Aerzte hörten mehr und mehr auf (das sind die Worte, die Frerichs selbst in der Vorrede zu seiner klassischen Monographie über die Bright'sche Nierenkrankheit gebraucht hat), Herren und Meister auf ihren eigenen Feldern zu sein. Wie sich das unter der Mitwirkung des Gefeierten selbst in seiner Thätigkeit als wissenschaftlicher Forscher, wie als klinischer Lehrer, geändert

Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

habe, wurde durch Herrn Senator in beredten Worten ausgeführt und zum Schluss noch besonders darauf hingewiesen, dass der Gefeierte in seiner amtlichen Stellung als vortragender Rath des Kultus-Ministeriums eine zwar nach aussen hin wenig geräuschvolle, aber eben deswegen an diesem Tage um so lauter anzuerkennende segensreiche Thätigkeit zu Gunsten der ärztlichen Standesinteressen entfaltet und namentlich die Freiheit der ärztlichen Forschung und Lehre gegen allen Angriffe vertheidigt habe.

Auf jede Ansprache fand Herr Frerichs einfache aber tief empfundene Antworten, so dass die ganze Feier in würdigster Weise verlief. Sie hinterliess vor Allem auch den Eindruck, dass die geistige Frische und die nachhaltige Kraft, von der Frerichs Haltung während dieser ihn mächtig erregenden Stunden Zeugniss gab, noch eine lange Zeit fernerer Thätigkeit für ihn voraussehen lässt.

VIII. Heinrich Haeser, Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der epidemischen Krankheiten. Dritte Bearbeitung. 3 Bände. Jena 1875—1882. gr. 8. XXVIII. und 875, XIV. und 1120, XVI. und 995 S. Referent Max Salomon.

Es ist ein nicht allein an Umfang, sondern auch an innerem Gehalte gewaltiges Werk, das Ref. die Ehre hat seinen Berufsgenossen anzuzeigen, ein Werk, dem keine Nation etwas Ebenartiges an die Seite zu stellen vermag. Und wenn der Herr Verf. in dem Vorworte seiner Freude Ausdruck verleiht, das Werk in dritter Bearbeitung vorlegen zu können, so muss Ref. und werden mit ihm alle Mediciner, die ein Herz für die Geschichte ihrer Wissenschaft haben, laut und aufrichtig ihre Freude bezeugen, dass es dem Nestor und unbestrittenem Haupte der medicinischen Historiker, nicht nur Deutschlands, vergönnt war, diese Riesenarbeit zu vollenden. Denn nicht eigentlich um eine neue Auflage mit eingestreuten Ergänzungen und Verbesserungen, mit nothwendig gewordenen Erweiterungen und Kürzungen handelt es sich hier, sondern um eine fundamentale Umarbeitung, um ein ganz neues Werk. Hierzu fühlte sich Verf. mit Recht im Hinblick darauf verpflichtet, dass ja in dem grossen Zwischenraume zwischen der zweiten und jetzigen dritten Auflage (die erste war 1845, die zweite 1853 erschienen) mit der Medicin selbst auch die Darstellung ihrer Geschichte durch die Erweiterung ihres Inhalts, durch die Vervollkommnung der historischen Methode grosse Fortschritte und durchgreifende Umgestaltungen erfahren hat.

In den beiden ersten Bänden giebt Verf. eine Darstellung der Schicksale der Medicin in den verschiedenen Epochen und bei den verschiedenen Völkern, zugleich verbunden mit einer ausführlichen Bio- und Bibliographie. Es würde weit über den Rahmen dieses Referates hinausgehen, in eine Detailbesprechung des Werkes einzutreten, wir können daher nur ganz summarisch hervorheben, dass Verf. überall Zeugniss ablegt von eigenen grossartigen Quellenstudien, einer umfassenden Kenntniss der geschichtlichen Literatur und vor Allem von seinem philosophisch gebildeten historisch denkenden, kritischen Geiste. Besonders rühmlich ist anzuerkennen, dass Verf. die Beziehungen unserer Wissenschaft zu der allgemeinen Culturgeschichte hervorzuheben bemüht war, so besonders in den Abschnitten über die äusseren Verhältnisse des ärztlichen Standes bei den Griechen, den Römern, im Mittelalter, über öffentliche Krankenpflege u. A. Der dritte Band, die Geschichte der epidemischen Krankheiten enthaltend, ein Thema, in dessen Bearbeitung der Herr Verf. schon 1839 und 1841 durch seine „historisch-pathologischen Untersuchungen" Ausgezeichnetes leistete, sei der Beachtung noch ganz speciell empfohlen.

Es ist selbstverständlich, aber um Missverständnissen vorzubeugen, will Ref. dies ausdrücklich hervorheben, dass wir unser die höchste Anerkennung aussprechendes Gesammturtheil abgegeben haben, ohne darum in allen Dingen einerlei Meinung mit dem Verf. zu sein, ohne darum die Richtigkeit aller Ansichten, aller Anführungen, aller Daten zustimmend unterschreiben zu wollen. Gewiss nicht! Wir und mit uns sicher auch andere Collegen, welche historisch-medicinische Specialstudien getrieben haben, entdecken in vorliegendem Werke dann und wann schiefe Urtheile und Auffassungen, unrichtige Zeitangaben u. dergl. Sie aber dem Verf. aufmutzen zu wollen, wäre denn doch ein zu billiges Vergnügen, ein zu billiges Ruhmhaschen. Von dem Verf. einer allgemeinen Geschichte ist es ja durchaus nicht zu verlangen, dass er jede einzelne Angabe selbstständig aus der Quelle geschöpft habe — das übersteigt absolut das Können eines Sterblichen. Es genügt jedem Anspruche, in allem Wichtigen, Hauptsächlichen selbst geforscht zu haben, wie wir es Verf. nachrühmen können, in mehr Nebensächlichem der Leitung möglichst zuverlässiger anderer Forscher sich anvertraut zu haben.

Diese Erwägungen geben Ref. zu einigen Bemerkungen Anlass, die er dem Urtheile der Fachgenossen unterbreiten möchte. Uns scheint jetzt für eine längere Zeit mit der Abfassung allgemeiner Geschichten der Medicin abgeschlossen zu sein, jetzt gilt's, unserer Ansicht nach, der Detailarbeit. Was in allgemeiner Geschichte durch Geist und Fleiss erreicht werden konnte, hat Verf. vorliegenden Werkes erreicht, wir haben einen guten Rohbau, sogar schon mit ziemlich weit vorgeschrittenem Façadenputz. Allein der innere Ausbau ist noch zurückgeblieben, und es fehlt noch das Stylvolle der Façade, durch welches das Gebäude sich einfügt als harmonischer Theil in die äussere Umgebung, in die umgebenden Baulichkeiten. Hier muss nun ernste Detailarbeit eintreten, um Correctheit, specielle Kenntniss zu erreichen und um die Geschichte der Medicin durchaus und bedingungslos in die Geschichte der allgemeinen Cultur einzufügen. Wir müssen biographisch, bibliographisch arbeiten, müssen einzelne specielle Epochen quellenmässig durchforschen, müssen stets den Gesichtspunkt festhalten, die Geschichte der Medicin nur als Theilerscheinung der allgemeinen Weltgeschichte aufzufassen. Dies ist unsere Aufgabe jetzt, nachdem Haeser die seinige so mustergültig gelöst.

IX. Manuel de Pathologie interne par G. Dieulafoy. Tome I, 1880. G. Masson, Paris. Tome II, 1884 ebenda. Ref. Dr. O. Cahnheim, Dresden.

Das kleine, sehr fleissig ausgearbeitete Werk von Professor G. Dieulafoy, welcher auch in Deutschland durch die Construction seines Aspirators zur Punction mit nachfolgender Ausspülung der serösen Körperhöhlen bereits rühmlichst bekannt ist, bietet unter bescheidenem Titel soviel, dass der junge Mediciner wohl im Stande ist nach streng wissenschaftlicher Methode auf allen Gebieten das Wissenswerthe kennen zu lernen; auch dem bereits erfahrenen Arzte bietet es Gelegenheit, einen schnellen Ueberblick über die verschiedenen Disciplinen zu erhalten. Es giebt in concisester Form eine Uebersicht über die Aetiologie, pathologische Anatomie, über die Symptome, Diagnose, Verlauf und Behandlung der einzelnen Krankheiten, wobei von Aufzeichnung vieler Receptformeln Abstand genommen ist und sich der Verfasser in dieser Beziehung meist nur auf eine Andeutung der Therapie im Allgemeinen bechränkt hat; daran hat er auch wohl Recht gethan, denn es ist zweifellos besser, die specielle Therapie nach individuellen Gesichtspunkten einzuschlagen, als nach der Schablone von Lehrbüchern zu verschreiben. Freilich wäre eine grössere Beachtung unserer deutschen so überaus wichtigen und so vielen Kranken Heilung bringenden Mineralquellen wünschenswerth gewesen. — Besonders ausführlich und gründlich verweilt der Verfasser bei den Krankheiten der Respirationsorgane im ersten Theile; in dem Kapitel über die Affectionen der Harnorgane sind einzelne Abweichungen von unseren Anschauungen bemerkbar. Im Ganzen kann das Werk demjenigen Theile des ärztlichen Publicums, welches sich für fremde Litteratur interessirt, bestens empfohlen werden.

X. III. Congress für innere Medicin — Berlin 21.—24. April 1884.

1. Tag. — 1. Sitzung, Montag den 21. April, Vormittags 11 Uhr.

Der Vorsitzende Herr v. Frerichs eröffnet die Sitzung mit folgender Ansprache.

M. H.! Zum dritten Mal versammelt sich der deutsche Congress für innere Heilkunde zur Bearbeitung von Angaben und von Fragen, welche unsere rüstig und unverändert fortschreitende Wissenschaft uns stets von Neuem stellt.

Ich bitte Sie zunächst, meinen herzlichen Willkommengruss entgegen zu nehmen und sodann den innigen Dank für Ihr Erscheinen hier in der Reichshauptstadt, entlegen von der Mitte des deutschen Vaterlandes, vor Allem richte ich diesen Dank an Diejenigen, welche aus weiter Ferne zu uns kamen, um getreulich unsere ernste Arbeit zu theilen.

Was der vorjährige Congress in Wiesbaden gefördert und geschaffen hat, wurde nicht blos in der Heimath, sondern auch in der Fremde, selbst in Frankreich, mit grosser Anerkennung besprochen und wir dürfen mit voller Befriedigung auf das geleistete Werk zurückblicken.

Wir haben im verflossenen Jahre grosse und gewichtige Fragen verhandelt, Gegenstände, die uns Tag für Tag beschäftigen, welche unsere Gedanken, unsere Sorgen unausgesetzt in Anspruch nehmen.

Wenn diese Fragen auch nicht gelöst wurden, denn das stand nicht zu erwarten: es können noch Jahrhunderte darüber verlaufen, so haben wir doch die brennenden Punkte klar gestellt und für die weitere Arbeit neue Gesichtspunkte eröffnet, welche die Aussicht auf neue Fortschritte in diesen dornenvollen Feldern frei legen. Viel Gestrüpp musste beseitigt werden, um das Arbeitsfeld zu neuer Bestellung verzubereiten.

Es war in erster Reihe das Gebiet der Tuberculose, auf welchem nach der Entdeckung der Bacillen eine Reform nothwendig geworden war; wir mussten uns darüber verständigen, was von den bisherigen Ansichten über diese vielleicht bedeutungsvollste aller Krankheiten noch haltbar geblieben, was dagegen hinfällig geworden sei, welche neue Aufgaben sich etwa daraus ergeben könnten.

Eine nicht minder wichtige die ganze gebildete Welt lebhaft beschäftigende Lehre, die von der Diphtheritis, bildete den zweiten Gegenstand der Verhandlungen.

Die parasitäre Natur, die Ansteckungsfähigkeit, die von örtlicher Entstehung aus über den ganzen Organismus sich verbreitende Infection, ihre Behandlung und ihre Verhütung wurden nach allen Seiten erörtert. Wir haben über diese Krankheit klar gestellt, was wir wissen und was wir können. Wir haben sodann neue Fragen angeregt, deren Beantwortung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unsere Einsicht und unser Können auf eine höhere Stufe heben durfte.

Die abortive Behandlung der Infectionskrankheiten war der dritte umfangreiche Theil unserer Verhandlung. Sie ist eine Frage, welche seit vielen Jahrzehnten stets von Neuem erörtert wurde, ohne zu einem befriedigenden Abschluss zu gelangen. Wir haben auch hier so viel Licht und Klarheit geschaffen, als der gegenwärtige Stand der Wissenschaft es gestattet.

Ich übergehe hier die kleineren Verhandlungen, nicht weil ich sie unterschätze, sondern weil sie gedruckt in Ihren Händen sich befinden.

Der gegenwärtige dritte Congress wird zunächst eine uns täglich beschäftigende Krankheit, die Lungenentzündung, deren Ursache und deren Behandlung erörtern.

Sodann die Entzündung der grauen Substanz des Rückenmarks.

Endlich die von Innervation abhängigen Verdauungsstörungen neben vielen anderen Gegenständen, von denen ich nur die über Localisation der Functionen des Grosshirns, über Schulhygiene in England, über Reflexe, Vaccination, Diabetes etc. hervorhebe: an fruchtbringender Arbeit wird es uns also auch dies Mal nicht fehlen.

Auf Vorschlag des Präsidenten wird sodann durch Acclamation das Bureau, bestehend aus folgenden Herren, gewählt: Leyden (Berlin), Rühle (Bonn), Nothnagel (Wien) Vicepräsidenten; Senator, Brieger, Ehrlich, S. Guttmann (sämmtlich in Berlin) Schriftführer.

Zur Tagesordnung

Ueber genuine Pneumonie

erhält sodann das Wort als Referent

Herr Jürgensen (Tübingen). Derselbe nimmt als Ausgangspunkt seiner Betrachtungen den Satz an: Die Pneumonie ist eine Infectionskrankheit, und wir kennen den Mikroorganismus, der sie erzeugt. Wohl halten noch einzelne Autoren daran fest, dass die Erkältung die alleinige Ursache der Pneumonie ist. Andere nehmen dieselbe in 20 Proc. der Fälle als Ursache an. Jürgensen selbst fand bei genauer Nachforschung als Ursache Erkältung nur in 4,1 Proc. seiner Fälle. Bedeutungsvoll ist, dass die Pneumonie nicht vorwiegend die Zeit der männlichen Vollkraft heimsucht, und dass dauernd oder vorübergehend Geschwächte leichter befallen werden als Gesunde. Was den Einfluss metereologischer Verhältnisse betrifft, so hat Keller in Tübingen gefunden, dass geringe Mengen der Niederschläge die Morbilität steigert, grössere Mengen die Entwicklung der Pneumonie hemmen. Daraus kann geschlossen werden, dass relative Nässe des Bodens die Entwicklung hindert, relative Feuchtigkeit sie fördert. Auf diesem Wege kommt Jürgensen zu dem weiteren Schluss: Die Pneumonie ist eine Hauskrankheit (neuere Untersuchungen Emmerich's). Damit sind aber noch nicht alle Bedingungen erklärt. Die regelmässige Vertheilung über das Jahr, die Häufigkeit der Erkrankungen der Einzeljahre, das Auftreten von örtlich beschränkten Pneumonien sind noch unverstandene Thatsachen. Was die Möglichkeit einer unmittelbaren Uebertragung des Giftes der Pneumonie von einem Menschen auf den anderen betrifft, so ist die Möglichkeit eine nicht zu läugnende, doch dürfte sie äusserst selten sein. Was die unmittelbare Uebertragung betrifft, so ist Flinsch zu dem Resultat gelangt, dass in der Regel eine Verbindung zwischen den Einzelerkrankungen besteht. Doch dürften diese letzteren Verhältnisse nur mit Vorsicht aufzunehmen sein. Auf Grund aller bis jetzt vorliegenden Untersuchungen glaubt Herr Jürgensen eine Einheit des pneumonischen Giftes annehmen zu dürfen. Jürgensen ist ferner der Ansicht, dass die Localisation des Giftes in den Lungen nicht die einzige ist, dass dasselbe vielmehr mit dem kreisenden Blut auch in die anderen, und zwar gelegentlich in alle Organe gelangt. Er hält daher das, was als frühe Complicationen bezeichnet wurde, in vielen Fällen für an anderen Orten entwickelte Localisationen des Giftes. Hiermit hängt vielleicht zum Theil die discontinuirliche Entwicklung des pneumonischen Giftes zusammen.

Nehmen wir dies Alles zusammen: die individuelle Disposition, die multiple Localisation, die discontinuirliche Einwirkung des Infectionsstoffes, dem eine verschiedene Intensität nicht abgesprochen werden kann, so genügt das, um die typischen und atypischen Formen der Pneumonie mit einander in Einklang zu bringen.

Für die rasche Orientirung am Krankenbette hält Herr Jürgensen die Eintheilung in drei Gruppen für zweckmässig, welche das im jeweiligen Krankheitsbilde am stärksten Hervortretende zum Ausgang nimmt: die allgemeine Infection, die Beeinträchtigung des Herzens und endlich der Lunge.

Die gewonnenen Grundanschauungen sind für die Therapie maassgebend. Zunächst führen sie zu einer prophylaktischen Behandlung, in der auf die Wohnungshygiene ein Hauptgewicht zu legen ist. Ein specifisches Mittel gegen die Pneumonie giebt es nicht. Für die symptomatische Behandlung ist zu bedenken, dass nie um eines vorübergehenden Nutzens willen ein in letzter Linie das Herz schwächender Eingriff stattfinde. Herr Jürgensen schreibt seine Erfolge der Behandlung mit Bädern und reichlichen Weinmengen zu. Die Antiphlogose im Sinne unserer Vorfahren ist zu verwerfen.

Herr A. Fraenkel (Berlin) vertritt als Referent den mehr bakteriologischen Theil der Frage. Zunächst skizzirt er in kurzen Zügen den gegenwärtigen Stand der Kenntniss von dem Verhalten der Pneumonie-Mikroben und die bekannten Resultate C. Friedländer's. Herr Fraenkel selbst hat bereits 1883 den Versuch gemacht den Pneumoniecoccus zu züchten. Es gelang, aus dem pneumonischen Infiltrat eines Patienten Culturen auf erstarrtem Rinderblutserum zu gewinnen, welche aus den spindelförmigen Coccen bestanden. Die Ueberimpfung auf Thiere mässige Ergüsse in beiden Pleurahöhlen, Coccen in Pleuraexsudat und Blut. Die durch eine Reihe von Generationen gezüchteten Coccen wurden auf Fleischinfus-Gelatine übertragen. Auch auf diesem Boden gediehen die Culturen, zeigten jedoch so grosse Abweichungen von den inzwischen veröffentlichten Friedländer'schen Resultaten, dass weitere Versuche gemacht wurden, ehe Herr Fraenkel die ersteren veröffentlichte. Es gelang aus zwei weiteren Pneumoniefällen Culturen zu gewinnen. Die hiermit angestellten Impfungen wurden ergänzt mit abgestrichenem Exsudat von Schnittflächen pneumonischer Lungen. Die Culturen des Herrn Fraenkel wichen darin von den Friedländer'schen ab, dass bei der Uebertragung auf Fleischinfus-Gelatine sich kein Nagelwachsthum zeigte, ausser in einem Falle, wo das selbe aber nach einigen Tagen wieder verschwand. Die Friedländer-schen Hüllen hat Herr Fraenkel in keinem Falle vermisst. Dieselben kommen jedoch nicht einzig dem Pneumoniecoccus zu, sondern fanden sich gleichfalls bei einem der Coccen der Mundhöhle vor.

Das Ergebniss der Untersuchungen des Herrn Fraenkel war folgendes: der Coccus der Pneumonie, welchen man auf dem Wege der Cultur aus der menschlichen Lunge isoliren kann, zeigt, auf verschiedene Thiere übertragen, die Eigenschaft, dass je nach dem Falle, aus dem das beuutzte Material stammt, Kaninchen sich entweder refractär verhalten, oder unter den Erscheinungen schwerer Allgemeininfection, verbunden eventuell mit besonderer Localisation erliegen. Einer späteren Untersuchung muss es vorbehalten bleiben, worauf dieses verschiedene Verhalten beruht, jedenfalls scheint dieselbe auf die verschiedene Virulenz des Krankheitserregers bezogen werden zu müssen. Die Hüllenbildung der Coccen sowie das nagelförmige Wachsthum der Pneumonie-Culturen, sind keine constanten Erscheinungen. Was speciell die sogenannten Kapseln anlangt, so kommen sie auch bei anderen Spaltpilzen vor, und finden wir sie besonders in auffälliger Weise bei dem Mikrokokkus der Sputum-Septicaemie. Die Nagelcultur ist nur als der Ausdruck einer besonderen Wachsthumsenergie und eine Vegetationserscheinung aufzufassen, welche aller Wahrscheinlichkeit nach auch von anderen Spaltpilzen erwartet werden kann. Aus diesen Gründen ist es nicht möglich, aus dem Vorhandensein der beiden zuletzt erwähnten Erscheinungen den Pneumonie-Coccus als solchen zu charakterisiren.

An diese Referate schloss sich eine lebhafte Discussion, an der sich die Herren Friedländer (Berlin), Gerhardt (Würzburg), Fraentzel (Berlin), Rühle (Bonn), Nothnagel (Wien), Rosenstein (Leiden), Bäumler (Freiburg), Edlefsen (Kiel) und in einem Schlusswort die beiden Referenten betheiligten, worauf der Vorsitzende die Sitzung schloss.

In der Nachmittagssitzung sprach Herr Rosenthal (Erlangen) über Reflexe und Herr Pfeiffer (Weimar) über Vaccination.

XI. Dreizehnter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

II.

Erste Sitzung.

Mittwoch den 16. April, Nachmittags 1 Uhr.

F. Neelsen (Rostock). Wie lassen sich die klinischen Begriffe Sepsis, Septichämie und Pyämie den neueren Erfahrungen der Pathologie adaptiren?

Bezüglich der Sepsis ist durch die von Koch experimentell erzeugte Mäusesepsis festgestellt, dass dieselbe ihren Grund wesentlich in einer Anfüllung der capillaren Blutgefässe mit Bakterien (Pilzthrombose) hat, während das Stroma ganz frei von diesen Organismen bleibt, und dass Allgemeinerscheinungen, wie Fieber und vasomotorische Störungen (Katarrhe, Exantheme), fehlen. Hierbei spielt die Art des Pilzes so gut wie gar keine Rolle; so ist die Pasteur'sche Kaninchensepsis sehr wohl auf die Maus übertragbar und bewirkt, trotzdem der entsprechende Pilz ein ganz anderer ist (8förmig), keine Aenderung im Gesammtbilde der Krankheit. — Am Menschen sind reine Formen der Sepsis nur ganz vereinzelt beobachtet (Milzbrand und Intestinalmycose), weil die Infection fast niemals einer Reinimpfung entspricht, vielmehr die Pilze der Luft und des Schmutzes gleichzeitig zur Wirkung gelangen. Daher erzeugt die Milzbrandinfection beim Menschen schon local eine Pustula maligna als Effect eines solchen combinirten Einflusses. — Die reine Septichämie ist eine putride Intoxication, bewirkt durch ein von den Pilzen abgesondertes lösliches Gift (v. Bergmann, Panum, Hiller). Es giebt verschiedene Arten solcher Gifte (Sepsin, Ptomaine, Hiller'sches Ferment). Wenn auch die chemische Darstellung derselben auf die grössten Schwierigkeiten stösst, so steht doch soviel fest, dass ihre Wirkung unabhängig von den nur spärlich nachweisbaren Bakterien ist. Im Gegensatze zur Mäusesepsis sind zur Ueberimpfung der Septichämie mehrere Tropfen Blutes erforderlich, und an der Impfstelle selbst entsteht keine Jauchung, sondern nur Oedem (Koch). — Beim Menschen wieder stellt die Septichämie eine Combination verschiedener Processe vor, welche alle nur das Fieber gemein haben, nämlich der putriden Intoxication, Entzündung und Allgemeininfection durch Wucherung der Bakterien im Blute. Immerhin aber ist die Menge der Organismen im Blutstrome so gering, dass ihr Nachweis erst in Organstücken, die im Brutofen gelegen haben, gelingt (Rindfleisch). — Ueber das Wesen der die Pyämie veranlassenden Organismen ist wenig bekannt. Doch sind sie im Stande einmal lebende Gewebe zur Necrose zu bringen und sich auf weite Strecken hin zu verbreiten und zwar auf dem Wege der Lymphbahnen und Venen (Metastasen). Aber nicht alle metastatischen Eiterungen lassen eine solche anatomische Erklärung zu. Zum Verständniss der pyämischen Gelenkentzündungen ist die Annahme von Organismen nothwendig, welche dem zerstörenden Einflusse des circulirenden Blutes zu widerstehen, ja zu wuchern vermögen und aus den Gefässen auswandern können, um in der Umgebung Entzündungen zu erregen. Die spontanen Pyämien sprechen dafür, dass solche Organismen einer Wunde zum Eintritt in die Säftemasse nicht benöthigen, andrerseits aber können sie durch eine Wunde in den Körper einziehen, ohne locale Entzündungen an derselben zu bewirken.

König (Göttingen): Ueber die Frage, ob eine Indication zur Gelenkresection bei Tuberculose durch die aus der Gelenkkrankheit erwachsende Gefahr allgemeiner Tuberculose begründet wird?

In Abweichung von der Koch'schen Ansicht hält K. die Infection eines Gelenkes mit Tuberkelbakterien vom Blute aus für möglich. Denn bei 70 infolge von tuberculösen Knochen- und Gelenkaffectionen Gestorbenen konnte er 14 Mal einen anderen Herd im Körper nirgendwo finden. Dabei aber giebt er die grosse Schwierigkeit einer solchen Autopsie zu, da unscheinbare Drüsenherde leicht übersehen werden können. Für ebenso schwierig

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hält er die Beantwortung der Frage, wie oft allgemeine Tuberculose von gleichartigen localen Affectionen in Knochen und Gelenken entsteht, da es sich einem Herde häufig schwer ansehen lässt, ob er secundär ist. Daher lässt es sich nur auf rein empirischem Wege entscheiden, ob man bestrebt sein soll, eine tuberculöse Knochen- oder Gelenkaffection durch eine Resection zu beseitigen, um einer Allgemeininfection vorzubeugen. K. ist vornehmlich auf Grund früherer Erfahrungen überzeugt, dass der operative Eingriff zur Beschleunigung des Ausbruches einer Metastase vielfach sogar beigetragen hat, indem die Bacillen in die frisch verwundeten Gewebe hineingeimpft wurden. Einen solchen Vorgang hielt K. für durchaus möglich und setzt ihn dem Thierexperimente an die Seite. So beobachtete er nach operativen Eingriffen 16 Mal das Auftreten allgemeiner Tuberculose, aber nur 2 Mal bei conservativer Behandlung. Besonders nach Hüftgelenksresectionen sah K. früher sogar sehr acute metastatische Tuberculose sich entwickeln (in 5 Fällen), und auch die langsamer ablaufenden Fälle betrafen meist das Hüftgelenk. — Seitdem aber K. in der Ausführung der Hüftgelenksresection eine grössere Uebung erlangt und des Jodoforms zur Nachbehandlung sich bedient hat, erzielte er weit bessere Resultate; es tritt sogar häufig prima intentio ein, ohne Fistelbildung.

Cramer (Wiesbaden). Ueber Fermentintoxication, veranlasst durch eine Blutcyste.

Eine junge Frau erkrankte im Anschlusse an eine Entbindung anscheinend an einer rasch sich entwickelnden Lungenaffection, die etwa einer acuten Broncho-Pneumonie entsprach. Von Mittag ab stellte sich täglich bis zum Abend auf 40° ansteigendes Fieber ein; es bestand trockener Husten; bald traten Diarrhöen, eine grosse Reizbarkeit und sichtliche Abnahme der Kräfte ein, schliesslich auch Athemnoth, so dass die Kranke dauernd bettlägrig wurde. Da entdeckte sie am linken Oberschenkel dicht über der Kniekehle eine Geschwulst, derentwegen Herr v. Langenbeck zugezogen wurde. Er constatirte einen über ganseigrossen Tumor von mittelweicher, stellenweise fluctuirender Consistenz, der mit der Musculatur verwachsen erschien. In der Folgezeit wuchs er so rasch, dass ein operativer Eingriff nöthig erschien. Bei diesem zeigte es sich, dass die Geschwulst eine derbe Kapsel hatte, flüssiges Blut enthielt, das beim Anschneiden derselben im Strahle hervorsprang, nur im Sartorius unmittelbar in diesen überging, so dass eine Schicht dieses Muskels mit entfernt werden musste. Weiterhin stellte es sich heraus, dass die Cystenwand einen fein cavernösen Bau hatte. Die Heilung erfolgte rasch. Ueberraschender Weise schwand sofort nach der Operation das Fieber, und auch die übrigen Erscheinungen der vorher bestandenen Lungenaffection gingen zurück, so dass späterhin nichts Abnormes mehr in den Lungen nachgewiesen werden konnte. Die Frau wurde wieder ganz gesund. — C. führt nun das oben beschriebene Krankheitsbild auf eine Fibrinfermentintoxication von der Blutcyste zurück. Der Erfolg der Operation spricht für die Richtigkeit dieser Annahme. Andererseits aber ist es schwer begreiflich, wie in einem cavernösen Kystom, das flüssiges Blut enthielt, eine Blutzersetzung eintreten kann, in ähnlicher Weise wie bei Extravasaten, die erwiesenermaassen zu einer solchen Intoxication führen. (Angerer). Kolaczek.

XII. Zur Lungenchirurgie. Die Lancet (März 1884 Bd. I. No. X p. 435) wendet in einem Leitartikel ihre Aufmerksamkeit dem besonders in den letzten Jahren hervortretenden Interesse zu, welches Aerzte wie Laien in gleich hohem Maasse der Lungenchirurgie widmen. Schon lange sind gewisse Erkrankungen der Pleura, so beginnt der interessante Artikel, einer chirurgischen Behandlung unterzogen worden. Lassen sich aber auch Eingriffe in das Lungenparenchym selbst rechtfertigen und sind die Erfolge, welche mit dieser Behandlung erzielt wurden, derartige, dass die mit dem operativen Vorgehen verbundenen Gefahren im Vergleich mit der Erleichterung der Leiden oder der gebotenen Aussicht auf eine Verlängerung des Lebens von Bedeutung erachtet werden müssen? Das ist die wichtige Frage, welche am besten durch eine Appellation an das bisher schon in der Lungenchirurgie Geleistete beantwortet werden kann.

Die einfachste Operationsmethode ist der Einschnitt in die Lunge, um Abscesse und Cavernen zu entleeren. Gowall und Lyell berichteten, dass schon im Jahre 1743 von Barry die Eröffnung von Lungenabscessen vorgenommen worden sei. Gottlieb Richter berichtet, dass von Bell derartige Operationen ebenfalls ausgeführt wurden. Später beschäftigte man sich aber nur mit der operativen Behandlung von Empyemen; erst in jüngster Zeit ist von Neuem auf die Bedeutung der Lungenchirurgie durch Mosler, Gepper, Gowall, Lyell und Williams hingewiesen worden. Die Formirung der Indication für einen derartigen Eingriff ist aber nicht so leicht. Es erscheint zweifelhaft, ob es empfehlenswerth ist, cavernöse Hohlräume in den Lungenspitzen, welche wegen ihrer Lage für eine Drainage ungeeignet sind, zu operiren. Obwohl die Oeffnung für den Eiterabfluss ungünstig gelegen ist, der freie Abfluss des Cavernensecretes behindert zu sein scheint, so lehrt doch die Erfahrung, dass die künstliche Drainage mit grossem Erfolg in den Lungenspitzen zur Ausführung gekommen ist.

Noch gerechtfertigter erscheint die Operation bei Cavernenbildung im Gefolge chronischer Pneumonien und Bronchiectasien, wo die vollständige Entleerung der Cavernen durch den Hustenact erschwert und häufig unmöglich ist, Fälle, in denen die angehäuften Secretmassen in Fäulniss übergehen und secundäre lobuläre Entzündungen anderweitig hervorrufen können. Einen derartigen Fall theilt Lyell im 63. Bande der Med. Chirurg. Transact. 1880 mit; über einen ähnlichen nur mit Empyem complicirten berichtetete C. F. Williams. In allen solchen Fällen sprach die Chronicität der Erkrankungen gegen die Hoffnung auf einen andauernden Vortheil. Die Besserung der augenblicklichen Beschwerden war aber eine ganz bedeutende.

Eine dritte Indication geben frische Abscesse ab, besonders diejenigen, welche einen gangränösen Ursprung haben. Zwar tritt hier zuweilen Spontanheilung ein, aber gerade die Natur der Krankheit, der putride Charakter derselben bedingen so drohende Gefahren, dass die Aussicht auf Genesung eine sehr geringe ist. Der operative Eingriff scheint demnach dringend geboten zu sein, um das bedrohte Leben zu schützen. Solche Fälle wurden von Cayley und Smith operirt. Obgleich in keinem Falle dauernde Heilung eintrat, so wurde doch eine wesentliche Besserung erzielt. Dass die Operation noch mehr als eine Besserung des Zustandes herbeiführen würde, war von vornherein nicht zu erwarten.

Ein kühneres Vorgehen besteht in der Entfernung des Erkrankungsprocesses selbst. Dieser Schritt ist zweimal gethan worden. Mit einer nicht zu rechtfertigenden Uebereilung wurde der grösste Theil einer phthisischen Lunge exstirpirt. Der eine Patient starb schon wenige Stunden nach der Operation, der andere überlebte dieselbe neun Tage. Krönlein spricht sich gegen diese Art der Operation bei phthisischen Lungenprocessen aus. Der genannte Autor sah sich aber gezwungen bei einem mehrfach recidivirendem Rippensarcom, welches zuerst die Pleura dann schliesslich auch einen secundären, wallnussgrossen Knoten in der Lunge erzeugt hatte, gegen dieses operativ vorzugehen. Er zog die bei der Eröffnung der Pleurahöhle collabirende Lunge in die Operationswunde und excidirte mit der Scheere den Knoten. Die Blutung war ganz unbedeutend. Die Pleurahöhle wurde mit Salicyllösung ausgespült und die Wunde geschlossen, nachdem ein Drainrohr eingeführt war. Nach 3 Wochen war die Wunde geheilt. Allmählich schwanden die Symptome des Pneumothorax, die Patientin wurde nach einiger Zeit geheilt entlassen.

Dieser Fall zeigt die Richtung an, nach welcher die Lungenchirurgie vorgehen soll, denn er beweist, dass Rippentumoren, selbst Lungengeschwülste ungestraft excidirt werden können. Unzweifelhaft hat Krönlein, wenn auch das Leben der Patientin vielleicht nicht für lange Jahre gerettet, so doch durch seine Kühnheit das Leben derselben verlängert. Fälle, wie diese, sind wahrscheinlich die einzigen, in denen eine Resection der Lunge zu rechtfertigen ist.

Peiper.

XIII. Journal-Revue.

Chirurgie.

3.

Karg, die Behandlung des Tetanus mit Curare (Arch. f. klin. Chir. Bd. 19).

K. hat an vier Fällen von acutem Tetanus in der Leipziger chirurgischen Klinik von Neuem die Wirkung des Curare auf diese furchtbare Krankheit zu erproben gesucht. Er kam zur Ueberzeugung, dass Curare ebensowenig wie andere übliche Mittel den cyklischen Verlauf der Krankheit zu ändern, insbesondere aber ihr einen subacuten oder chronischen Charakter zu geben vermag, dafür aber die Heftigkeit der Krampfanfälle zu mässigen, ja Remissionen zu bewirken im Stande ist, zumal wenn es gleichzeitig mit Morphium gereicht wird. Doch müsse es in grosser Dosis (0,05) gegeben werden, manchmal einigemal hinter einander (0,15 in 20 Min.) auf die Gefahr einer Lähmung der Athmungsmusculatur hin. Aber diese Gefahr lasse sich durch eine selbst stundenlang unterhaltene künstliche Respiration fernhalten. Nur eine auffallende Pulsbeschleunigung (Lähmung des Vagus) sei eine Contraindication gegen weitere Darreichung von Curare. Kolaczek.

Sonnenburg, Sitz und Behandlung der Ranula. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 29.)

S. sucht durch eine ganze Reihe klinischer Beobachtungen die Ansicht v. Recklinghausen's, dass die wahre Ranula der Blandin-Nuhn'schen Zungendrüse den Ursprung verdanke, zu stützen. Die Richtigkeit der v. Recklinghausen'schen Anschauung erschien S. bewiesen zunächst durch einen sehr charakteristischen Fall, wobei der ganze vordere Abschnitt der Zunge bis über die Mittellinie hinaus in eine Cyste umgewandelt war. Unter 50 weiteren Fällen von Ranula sassen 3 an der Zungenspitze selbst und zwar an ihrer untern Fläche; nur in 5 Fällen mussten die Cysten auf eine zum Theil durch Steinbildung hervorgerufene Dilatation des Duct. Whartonianus zurückgeführt werden. S. konnte, auch abgesehen von den schon erwähnten

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3 Cysten in der Zungenspitze, den Nachweis führen, dass ein Theil der übrigen Cysten tief in die Zungensubstanz hineinragte, Schleim enthielt und mit Epithel ausgekleidet war, also dem Fleischmann'schen Schleimbeutel nicht angehören konnte, dass die excidirten Wandstücke Reste von Muskelfasern enthielten, die Cyste manchmal medial zu beiden Seiten des Zungenbändchens sass und der Duct. Wharton. und Bartolinianus dabei für eine Sonde durchgängig waren. Auch der Umstand, dass manche Cysten multiloculär waren, spricht für ihre Abstammung von einem Drüsenaggregate. — Zur Behandlung empfiehlt S. eine breite Excision der vordern Wand der Ranula, nachdem dieselbe dicht oberhalb des Duct. Whartonianus und dicht an der Zungensubstanz durch eine Nahtschlinge fixirt worden ist.

Kolaczek.

Maurer, Beiträge zur Chirurgie des Magens. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 30.)

Czerny entschloss sich bei einem 41jährigen Manne mit Magendilatation wahrscheinlich infolge eines den Pylorusabschnitt stenosirenden Geschwüres zur Resection des Magens. Nach vorgängiger gründlicher Auswaschung desselben drang er von einem dicht unter dem Brustbeinende beginnenden Medianschnitte in der Linea alba in die Bauchhöhle. Bald entdeckte er an der kleinen Curvatur 2—3 Querfinger vom Pylorus entfernt, eine harte, in's Magenlumen vorspringende Partie, die durch Pseudomembranen mit dem kleinen Netze verbunden war. Bei Trennung derselben brauchte nur ein dickerer Strang doppelt unterbunden zu werden. Jetzt zeigte es sich, dass der Pylorus mit dem Duodenum durch das harte Infiltrat der kleinen Curvatur stark nach aufwärts abgeknickt und die hintere Magenwand der Härte entsprechend mit der Unterlage fest verwachsen war. Auch die grosse Curvatur hatte an der gegenüberliegenden Stelle eine leichte Einkerbung. Wegen der festen Verlöthung des Magens beschloss Czerny von der Resection abzusehen und dafür die Gastroenterostomie auszuführen. Nachdem er aber die vordere Magenwand quer incidirt hatte, überzeugte er sich, dass nicht ein Krebs, sondern ein einfaches, scharfrandiges, fast ganz an der hinteren Magenwand sich ausdehnendes, schmales Geschwür vorlag. Seine geringe Tiefe schien eine Excision desselben möglich zu machen, ohne Perforation der angewachsenen hinteren Magenwand. Deshalb umschnitt Czerny das Geschwür im Bereiche der Verlöthung und konnte es aus der hypertrophischen Muscularis ohne nennenswerthe Blutung auslösen. Den oberen, an der kleinen Curvatur gelegenen und bis an die vordere Magenwand auslaufenden Abschnitt des Geschwüres entfernte er durch Excision aller Schichten der Wandung. Den ersten Defect schloss er vom Magen aus durch 26 tiefgehende Nähte, den zweiten durch 15 solcher Nähte von aussen her. Schliesslich wurde die Incision an der vorderen Magenwand zum Schluss gebracht. Jetzt stellte es sich heraus, dass die Einziehung an der kleinen Curvatur in leichtem Grade noch immer bestand sowie eine mässige blindsackförmige Ausbuchtung rechts von der leichten Einkerbung an der grossen. Die Länge des Geschwürs betrug 6,5 cm, die Breite 1,5 cm; mikroskopisch erwies es sich als Ulcus simplex. — Es erfolgte fast ungestörte Heilung, und der Kranke vertrug darauf alle Speisen, so dass er in Kürze sich erholte und erheblich an Körpergewicht zunahm.

Dieses Czerny'sche Verfahren stellt somit einen neuen Fortschritt in der Magenchirurgie vor. Kolaczek.

Karg, Zur Behandlung von Oberschenkelfracturen bei alten Leuten. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 19) gab dem Gipsverbande, um mit seiner Hilfe die durch die Mojsisowisc'sche Suspension erreichte Extensionswirkung zu erhalten, eine zweckmässige Modification. Er wurde dazu veranlasst durch eine bedrohliche Bronchitis, die sich bei einem alten Manne mit Bruch des Oberschenkels an der Grenze des oberen und mittleren Drittels während der üblichen Extension entwickelt hatte. Nachdem nämlich der Mojsisowisc'sche Apparat einen Tag lang gewirkt, legte K. in der so gegebenen Stellung der Extremität einen Gipsverband an dieselbe, vom Fusse an bis über das Becken hinauf. Verstärkt wurde die dünne Gipsschale durch vier den Oberschenkel umgebende Lederschienen und durch Verstärkungsstreifen an der Vorderfläche zwischen Becken und Oberschenkel. Nach Eintritt der Erstarrung des Verbandes wurde der Kranke sofort aufgesetzt, so dass er nur mit der Ferse der verletzten Extremität die Bettunterlage berührte. In dieser Körperstellung bildete sich die Bronchitis rasch zurück, alle erforderlichen Manipulationen waren für den Kranken nunmehr ganz schmerzlos und derselbe ertrug den Verband bis zu Ende der Heilungsdauer ganz gut. — Doch empfiehlt K., mit Rücksicht auf die drohende Versteifung der Gelenke in dieser zum Gehen so unzweckmässigen Stellung den Gipsverband einigemal zu wechseln und jedesmal durch Vornahme passiver und activer Bewegungen der Rigidität entgegenzuarbeiten. Kolaczek.

Arzneimittel.

5.

1) Ueber das Hydrobromäthyl als Anästheticum am Kreissbett. Vorläufige Mittheilung von Dr. C. Wiedemann. (St. Petersburger Med. Wochenschr. No. 11. 1883.)

In Folge einer kurzen, empfehlenden Mittheilung des Franzosen Lebert wurde W. darauf hingeführt das Hydrobromäthyl beim Geburtsact zu versuchen. Das Hydrobromäthyl oder Aethylbromid ($C_2H_5Br.$) ist eine klare, leicht verdunstende Flüssigkeit von nicht unangenehmem ätherischen Geruch. Seine physiologische Wirkung ist von Rabuteau studirt worden. Derselbe fand, dass Aethylbromid (inhalirt) schneller aber weniger anhaltend anaesthesire als Chloroform, dass es fast vollständig durch die Exspirationsluft aus dem Körper entfernt und auch besser als Chloroform vertragen würde, weil es nicht irritirend wirkt. In Bezug auf Anwendungsweise, Dosirung und Contraindicationen besteht zwischen beiden Mitteln keine nennenswerthe Differenz. Verf. hat seine Beobachtungen im Petersburger Entbindungshause gemacht und überraschend günstige Resultate erzielt. Indem er einige hierher gehörige Fälle anführt, glaubt er auf Grund dieses allerdings noch sehr geringen Beobachtungsmaterials schon zu dem Schluss berechtigt zu sein: „dass das Bromäthyl als schmerzstillendes Mittel nicht allein bei normalen Geburten einer Zukunft entgegensehen muss, sondern auch bei pathologischen Geburten Anwendung finden kann, da es die Schmerzen absolut aufhebt und nicht wie Lustgas blos sehr vorübergehend schwinden macht.“ Die Vorzüge der Bromäthylanästhesie am Kreissbett werden vom Verf. in folgende Sätze zusammengefasst:

1. „Völlige Ungefährlichkeit für Mutter und Kind und leichte Controle der Narcose, da Kreissende die Besinnung nicht verlieren darf.

2. Schneller Eintritt voller Anästhesie.

3. Die Geburt wird nicht verzögert, eher beschleunigt, im Gegensatz zum Chloroform, das die Geburt verlangsamt.

4. Soweit Ungetrübtheit des Bewusstseins bei vollkommener Anästhesie, dass Kreissende auf alle Fragen antwortet und allen Befehlen des Arztes Folge leistet, wenn sie sich auch in manchen Fällen nach Schluss der Narcose dessen nicht erinnert.

5. Post partum Blutungen ex atonia uteri scheinen nach Bromäthyl nicht zu fürchten zu sein.“

2) Dujardin-Beaumetz berichtete in der Societé de Thèrapeutique (Le Progrès méd. No. 7. 1884) über seine Untersuchungen, die er hinsichtlich des Antagonismus von Paraldehyd und Strychnin angestellt hat. Er hat an Kaninchen experimentirt. Wenn er denselben vorher Paraldehyd beigebracht, konnte er ihnen die sonst tödtliche Dosis Strychnin 25 Mal so stark reichen, ohne andre Folgeerscheinungen als einige schwache Convulsionen eintreten zu sehen. Auf die Bemerkung von Blondeau, dass derartige Beobachtungen am Kaninchen noch nicht gestatten, an ein gleiches Verhalten beim Menschen zu denken, erwidert Dujardin-Beaumetz, dass schon lange vor ihm Murselli in Italien ähnliche Untersuchungen an Hunden angestellt und ebenfalls den in Rede stehenden Antagonismus constatirt habe. Wegen des seltenen Vorkommens der Strychninvergiftungen beim Menschen fehlten noch die diesbezüglichen Erfahrungen über die Wirkung des Paraldehyd. Rabow.

XIV. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Professor Dr. Leo Liebermann. „Die chemische Praxis auf dem Gebiete der Gesundheitspflege und gerichtlichen Medicin.“ 2. Auflage 1883. Stuttgart, F. Enke. Referent Egger-Mainz.

Der Verfasser hat in dieser zweiten Auflage seines 1877 erschienenen Werkes: „Anleitung zur chemischen Untersuchung auf dem Gebiete der Medicinalpolizei, Hygiene und forensischen Praxis“ ein neues Gewand gegeben. Die Aenderung des Titels motivirt er damit, dass sich zwischen medicinalpolizeilichen und hygienisch-chemischen Untersuchungen keine scharfe Grenze ziehen lasse und dass das Buch in seiner Bestimmung eine Erweiterung erfahren habe; denn während die erste Auflage für Aerzte, Medicinalbeamte und Physikatscandidaten bestimmt war, soll die zweite auch zum Gebrauche in Laboratorien dienen.

Wie in der ersten Auflage, so ist auch in der zweiten der Inhalt in 3 Hauptabschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt behandelt den allgemeinen analytischen Theil, welcher die hauptsächlichsten chemischen Operationen und Manipulationen, den Gang der einfachen und zusammengesetzten qualitativen Analyse, einige maassanalytische Methoden, die Zuckerbestimmung, den Nachweis und die Bestimmung des Arsen etc. umfasst. Der zweite betrifft die Prüfung der Nahrungs- und Genussmittel, der Küchengeräthe, Farben, Toilletengegenstände, Kleider-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stoffe, die Untersuchung von Luft, Boden und Wasser. Der dritte endlich erstreckt sich auf die gerichtlich chemischen Untersuchungen, auf Gifte im Allgemeinen; auf Blut, Samen, Kindspech etc. Der Inhalt des Buches ist vielumfassend, die Auswahl der Untersuchungsmethoden mit Sachkenntniss und Geschick getroffen.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass auch das neue Werk vielfach freundliche Aufnahme finden wird, umsomehr, als in demselben den Fortschritten, welche seit dem Erscheinen der ersten Auflage auf dem Gebiete der medicinalpolizeilichen und hygienisch-chemischen Untersuchungen gemacht worden sind, Rechnung getragen ist. Freilich ist die Zahl der Aerzte, welche in der Lage sind, wirklich practischen Nutzen aus dem Buche zu ziehen, eine beschränkte, da es sich bei den meisten der Medicin-Studirenden darum handelt, das an und für sich theure Studium möglichst bald zum Abschluss zu bringen. Chemie wird von den Aerzten in der Regel erst dann practisch betrieben, wenn sie sich auf das Physikatsexamen vorbereiten und diesem unterzieht sich bekanntermaassen nur ein kleiner Bruchtheil derselben.

Manchem beamteten Arzte wird — selbst wenn ihm die nothwendigen Vorkenntnisse zur Ausführung der in dem Buche beschriebenen exacteren Methoden fehlen — das Buch als Rathgeber dienen können, da in demselben viele einfache, ohne complicirtere Hilfsmittel ausführbare Prüfungsmethoden angegeben sind. Von diesem Gesichtspunkte aus hätten wir zuweilen gerne eine Mahnung zur Vorsicht angebracht gesehen.

Wenn wir dies aussprechen, haben wir vorzugsweise das Capitel „Milch" im Auge. Dort ist in dem Abschnitte „Untersuchungsmethoden, welche sich zur raschen Beurtheilung der Milch, und zur Marktcontrole eignen" bei der Beschreibung der Prüfung mit dem Lactodensimeter Folgendes angegeben:

„Ganze nicht abgerahmte Milch. Das specifische Gewicht derselben kann zwischen 29—33.5 (1.029—1.0335) schwanken. Findet man ein spec. Gew. zwischen 26—29, so kann man einen Zusatz von 10 Proc., findet man dasselbe zwischen 23—26, einen Zusatz von 20 Proc. Wasser annehmen."

„Abgerahmte Milch. Das spec. Gew. der reinen abgerahmten Milch schwankt zwischen 32—38 (1.032—1.038) liegt also, da ein Theil der leichteren Milchbestandtheile (die Butter) entfernt ist, höher. Ein spec. Gew., welches zwischen 29—32 liegt, würde also bei abgerahmter Milch einen Zusatz von 10, ein spec. Gew. zwischen 26 bis 29, einen solchen von 20 Proc. Wasser annehmen lassen. Es ist zu empfehlen, sowohl das spec. Gew. der ganzen, als auch der abgerahmten Milch zu bestimmen."

Wie leicht kann es vorkommen, dass die Milch in Folge der Fütterung, des Futterwechsels etc., ein geringeres spec. Gew. als 1.029 besitzt, und wie oft wird nicht Milch als abgerahmt verkauft, der das Fett nur theilweise entzogen ist und die darum ein niedrigeres spec. Gewicht als 1.032 aufweist?

Wir sind nicht berechtigt aus dem spec. Gewichte einer Milch allein auf einen Wasserzusatz in bestimmter Menge zu schliessen. Hier wäre es wünschenswerth gewesen hervorzuheben, dass in zweifelhaften Fällen nur die Stallprobe, beziehungsweise die chemische Analyse Aufschluss darüber geben kann, ob wirklich eine Verfälschung vorliegt oder nicht.

---

2. Allgemeine Gesundheitspflege.

Ueber den Nachweis und die Giftigkeit des Kohlenoxydes und sein Vorkommen in Wohnräumen. Von Dr. Max Gruber. Archiv f. Hygiene. Bd. I. Heft 2. Ref. V. Lehmann.

Obwohl die Kohlenoxydvergiftung ein sehr bekanntes und viel bearbeitetes Thema ist, so liegen doch über das Kohlenoxyd in seiner hygienischen Bedeutung noch wenige und nicht ganz ausreichende Untersuchungen vor. Die Hauptfrage für den Hygieniker ist die, inwiefern wir durch die Einrichtungen des täglichen Lebens mit toxischen Mengen des Gases in Berührung kommen. Zur Beantwortung dieser Frage müssen wir im Stande sein, die Anwesenheit des Kohlenoxyds in der Luft scharf zu erkennen.

Es handelte sich also bei den vorliegenden Untersuchungen des Verfassers zunächst um eine Methode, mit der man noch ganz geringe Mengen nachweisen kann, und Verfasser prüfte deshalb die verschiedenen vorhandenen Methoden, sowohl auf ihre Empfindlichkeit, als auf die Unzweideutigkeit des Resultates.

Das sehr gebräuchliche Verfahren, Kohlenoxyd durch Reduction des Palladiumchlorürs nachzuweisen, kann bei der Luftuntersuchung nicht in Betracht kommen, denn Palladiumchlorür wird auch durch Ammoniak, Schwefelwasserstoff und Kohlenwasserstoffe reducirt. Alle diese Stoffe aber (z. B. das Sumpfgas) vorher auszuschliessen, ist nicht gut möglich.

Einen sicheren Beweis für die Anwesenheit des Gases giebt die Vogel'sche Probe: verdünntes Blut wird mit der zu untersuchenden Luft geschüttelt, und das Kohlenoxyd-Hämoglobin spectroskopisch nachgewiesen. Diese Methode ist aber nicht empfindlich genug, denn Mengen, welche durch dieselbe nicht mehr erkannt werden (unter 2,5 Proc.) können noch giftige Wirkungen äussern, wie aus den Versuchen des Verfassers hervorgeht.

Als die beste Methode erwies sich schliesslich die von Fodor angegebene: verdünntes Blut wird mit der Luft geschüttelt, das Kohlenoxyd wird aus seiner Hämoglobinverbindung durch Erhitzen ausgetrieben und durch Bleizuckerlösung und verdünnte Schwefelsäure hindurch in eine Lösung von Palladiumchlorür geleitet. So kann, wie auch Fodor angiebt, noch 1 Theil des Gases in 20000 Theilen Luft gut erkannt werden, wahrscheinlich sogar noch geringere Quantitäten.

Die Versuche über die Giftigkeit des Kohlenoxyds wurden an Kaninchen und an Hühnern angestellt. Die Thiere befanden sich in dem kleinen Kasten des von Voit modificirten Pettenkofer'schen Respirationsapparates. Durch Verkleben aller Fugen war dafür gesorgt, dass die äussere Luft nur durch das Luftzufuhrrohr eintreten konnte. In dieses wurde durch ein Nebenrohr Kohlenoxyd, rein oder schon mit Luft gemischt eingeleitet. Das Glas gelangte nun in einer bestimmten Verdünnung in den Kasten. Im Uebrigen war die Versuchsanordnung derartig, dass die Thiere vor Sauerstoffmangel wie Kohlensäureanhäufung geschützt waren.

Betrachtet man nun die Mengen, in denen das Kohlenoxyd schädlich wirkt, so sieht man, dass dies schon bei sehr kleinen Quantitäten der Fall ist. Die Symptome steigern sich von etwas beschleunigter Respiration (bei einem Gehalt der Athemluft von 0,07—0,08 Proc.) bis zum Umfallen des Thieres, stundenlanger tiefster Betäubung und krampfartigen Zuckungen (0,2—0,4 Proc.). Aber auch noch die letztgenannten Mengen werden von den Thieren viele Stunden lang ertragen. Erst bei einem Kohlenoxydgehalt von über 0,4 Proc. tritt unter heftigen Erscheinungen in kurzer Zeit der Tod ein.

Als untere Grenze für die Giftigkeit des Kohlenoxyds kann sicher ein Gehalt von 0,02 Proc. betrachtet werden. Ein so verdünntes Gas übt nicht die geringsten schädlichen Wirkungen aus, was Verfasser auch durch zwei mehrere Stunden dauernde Versuche an sich selbst erwiesen hat.

Ferner ergiebt sich als sehr wichtiges Resultat, dass die Dauer der Einwirkung ganz ohne Belang für die Giftigkeit ist; diese hängt vielmehr nur von dem procentischen Gehalt der Athmungsluft an Kohlenoxyd ab. Der Organismus besitzt also Mittel, sich von dem eingeathmeten Gase fortwährend wieder zu befreien. Es wird dies dadurch erreicht, dass immer nur ein Theil des vorhandenen Gases vom Blute absorbirt wird, dass sich das Kohlenoxyd-Hämoglobin fortwährend dissociirt, und dass im Blute auch eine Oxydation zu Kohlensäure stattfindet.

In unseren Wohnräumen kommen wir bekanntlich täglich mit Kohlenoxyd in Berührung, da es einen Bestandtheil des Leuchtgases bildet. Die Beleuchtungseinrichtung ist also die eine Seite, von welcher Gefahr drohen kann. Andrerseits kann die Kohlenoxydvergiftung, wie allbekannt, durch die Heizung (zu frühes Schliessen der Ofenthür) vermittelt werden. Wie steht es nun aber mit der Gefährlichkeit der eisernen Oefen, welche deshalb meist als so gross geschildert wird, weil glühendes Eisen für Kohlenoxyd durchgängig ist? Verfasser hat hierüber Untersuchungen angestellt, ist aber stets zu einem negativen Resultat gelangt. Selbst wenn ein eiserner Ofen mehrere Stunden hindurch glühend erhalten wurde, war in der Zimmerluft keine Spur von Kohlenoxyd aufzufinden.

Der Nachweis von Leuchtgas in der Luft wird am allerschärfsten durch den Geruch geführt: bei einem Kohlenoxydgehalt von 0,03 Proc. konnte derselbe schon im Zimmer wahrgenommen werden, während erst bei 0,07 Proc. der chemische Nachweis gelang.

3. Amtliches.

Preussen.

Berlin, den 26. März 1884.

In dem Erlass vom 18. Februar d. J. — J. No. M. 922 — ad 2) befinden sich in der Aufzählung derjenigen Geräthschaften, welche als zur Ausführung von Maassanalysen für ausreichend erachtet werden können, mehre Schreibfehler, nach deren Berichtigung der bezügliche Passus folgendermaassen lauten muss:

1 Kolben zu 1 Liter
1 „ „ 500 gramm
1 „ „ 100 „

mit engem Halse und Marke,

4 Voll-Pipetten von 5, 10, 20, 25 CC.
2 Maass-Pipetten von 5 und 10 CC. in $^1/_{10}$ CC. getheilt,
2 Glashahn-Büretten zu 50—75 CC. in $^1/_{10}$ CC. getheilt,

nebst Stativ, von denen die eine auch durch eine Bürette zu 50—75 CC. in $^1/_{10}$ CC. getheilt mit Glasstab-Verschluss ersetzt werden kann; ferner 1 Glascylinder von 100 CC. mit Glasstöpsel ohne Tülle in 1 CC. getheilt,

2 Uhrgläser mit Klemme.

Ausserdem ist im Folgenden noch statt „Chlorkalium wie Bromkalium" zu lesen: „Chlorkalium im Bromkalium.

In Vertretung: Lucanus.

An die Königlichen Regierungs-Präsidenten bezw. Regierungen, Landdrosteien und den Königlichen Polizei-Präsidenten in Berlin.

Berlin, den 1. April 1884.

Im Hinblick auf die Thatsache, dass die Diphtherie häufig epidemisch auftritt und unzweifelhaft zu den ansteckenden Krankheiten gehört, halte ich es für geboten, dass, wenn bösartige und epidemisch sich verbreitende Fälle dieser Krankheit vorkommen, der Polizeibehörde hiervon Anzeige gemacht wird und rechtzeitig die erforderlichen sanitätspolizeilichen Maassregeln ergriffen werden.

Da die Diphtherie unter den im Regulativ vom 8. August 1835 sub II. aufgeführten ansteckenden Krankheiten, welche der Polizeibehörde anzuzeigen sind, nicht speciell verzeichnet ist, so empfiehlt es sich, wie dies bereits seitens einiger Regierungen geschehen ist, diese Angelegenheit im Wege der Polizei-Verordnung nach Anleitung des § 59 des vorbezeichneten Regulativs zu regeln.

Ew. Hochwohlgeboren ersuche ich daher ergebenst, demgemäss mit

Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

den geeigneten Maassnahmen vorzugehen, insofern solche noch nicht zur Durchführung gelangt sein sollten.

v. Gossler.

An die Königliche Regierung zu

XV. Dreiundfünfzigster Jahresbericht über die Hufeland'schen Stiftungen für nothleidende Aerzte und Arztwittwen, sowie über die bei denselben mitverwaltete Dr. Ignatz Braun'sche Stiftung.

Titel	Bezeichnung.	Summa. Mark	Pf.
	I. Auszug aus der Rechnung der Stiftungskasse zur Unterstützung von Aerzten.		
	A. Einnahme.		
I.	Bestand aus dem Jahre 1882, cfr. Bemerkung ad I unten	270,877	59
II.	Beiträge von Aerzten laut angehängter Nachweisung A	7,270	—
III.	Legate und Geschenke	—	—
IV.	Zinsen von Hypotheken und Werthpapieren	11,477	—
V.	Unvorhergesehene Einnahmen	—	—
VI.	Kapital-Umsetzungen	—	—
	Summa	289,624	59
	B. Ausgabe.		
I.	Pensionen und Unterstützungen laut angehängter Nachweisung B	7,550	—
II.	Verwaltungskosten als: Bureaukosten der Einsammlung der Beiträge, Druckkosten, Porto etc. etc.	1,628	96
III.	Zuschuss an die Wittwen-Unterstützungs-Kasse	7,028	50
IV.	Kapital-Umsetzungen	—	—
	Summa	16,207	46
	Abschluss.		
	Einnahme	289,624	59
	Ausgabe	16,207	46
	Mithin Bestand	273,417	13
	Bemerkung: Der Baarbestand am Jahresschluss wird durch die zum Januar halbjährlich praenumerando gewährten feststehenden Pensionen an Aerzte und Arztwittwen zu einem wesentlichen Theile absorbirt.		
	II. Auszug aus der Rechnung über die Dr. Ignatz Braun'sche Stiftung.		
	A. Einnahme.		
I.	Bestand aus dem Jahre 1882	10,414	58
II.	Zinsen von Hypotheken	445	50
	Summa	10,860	08
	B. Ausgabe.		
I.	Unterstützung an zwei Aerzte	700	—
	Summa per se.	—	—
	Abschluss.		
	Einnahme	10,860	08
	Ausgabe	700	—
	Mithin Bestand	10,160	08
	III. Auszug aus der Rechnung der Stiftungskasse zur Unterstützung bedürftiger Arztwittwen.		
	A. Einnahme.		
I.	Bestand aus dem Jahre 1882	111,800	—
II.	Beiträge von Aerzten laut angehängter Nachweisung C	6,362	—
III.	Legate und Geschenke	75	—
IV.	Zinsen von Hypotheken und Werthpapieren	4,937	—
V.	Zuschuss aus der ärztlichen Kasse	7,028	50
VI.	Kapital-Umsetzungen	—	—
	Summa	130,202	50
	B. Ausgabe.		
I.	Pensionen und Unterstützungen an Arztwittwen laut angehängter Nachweisung D	18,402	50
II.	Verwaltungskosten	—	—
III.	Kapital-Umsetzungen	—	—
	Summa	18,402	50
	Abschluss.		
	Einnahme	130,202	50
	Ausgaben	18,402	50
	Mithin Bestand	111,800	—

Directorium der Hufeland'schen Stiftungen

von Frerichs. Houselle. Kersandt. Klaatsch. Quincke.

XVI. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Breslau. Die Commissarien des Cultus-Ministeriums und des Finanz-Ministeriums haben die Verhältnisse der von der medicinischen Facultät ressortirenden Institute eingehend untersucht, und sollen sich, wie wir hören, von der Unhaltbarkeit der Breslauer Zustände überzeugt haben, so dass eine gründliche Reform zu erwarten steht. Man darf in der That nicht übersehen, dass die Bedeutung der Universität Breslau unter anderem auch darin gesucht werden muss, dass sie die einzige ist, an der nach alter Gewohnheit die Angehörigen der polnischen Landestheile Preussens zu studiren pflegen. Schon aus dieser Ursache ist hier eine einsichtige Förderung der Interessen der Universität und vor Allem der der medicinischen Facultät dringend geboten, wie wir sie nun wohl von Seiten unseres jetzigen Herrn Cultus-Ministers zu erwarten haben. — München. Im pathologischen Institute wurde dieser Tage, wie das bayrische Intelligenzblatt meldet, das neu eingerichtete Laboratorium für bakteriologische Untersuchungen seiner Bestimmung übergeben. Nachdem in Deutschland bekanntlich nur im Reichsgesundheitsamte jungen Aerzten eine durch den Raum und die anderweitigen Aufgaben des Amtes sehr beschränkte Gelegenheit geboten war, die daselbst durch Koch eingeführten Methoden der Untersuchung pathogener Pilze kennen zu lernen, hat sich immer dringender das Bedürfniss geltend gemacht, auch an den Lehrinstituten der Universitäten diese erprobten Methoden ätiologischer Forschung lehren und üben zu können. Von dieser Ueberzeugung durchdrungen hat der Vorstand des hiesigen pathologischen Institutes, Professor Bollinger, im Laufe des letzten Wintersemesters dahin abzielende Vorschläge der medicinischen Facultät und dem Senate unterbreitet. Dieselben erhielten in dankenswerthester Weise alsbald die Genehmigung des Cultusministeriums und wurde die Angelegenheit, nachdem die nothwendigen Mittel aus disponiblen der medicinischen Facultät zustehenden Fonds angewiesen waren, derart gefördert, dass der erste bakteriologische Cursus, der fast ausschliesslich von jüngeren Docenten der medicinischen Facultät frequentirt ist, unter specieller Leitung des Institutsassistenten Dr. Frobenius vor Kurzem begonnen wurde. Den schlagenden Beweis für die Nothwendigkeit derartiger Laboratorien und Curse liefert die Thatsache, dass für den zweiten Cursus, der in der ersten Hälfte des Monat Mai beginnen soll, schon eine Reihe von Anmeldungen vorliegt. — Wien. Hofrath Dr. Widerhofer ist zum ordentlichen Professor der Kinderheilkunde ernannt worden.

— Das dreihundertjährige Stiftungsfest der Universität Edinburgh hat die kühnsten Erwartungen Schottlands übertroffen. Nicht weniger als 75 Universitäten, berichtet die Kölnische Zeitung, und über 50 gelehrte Körperschaften aus allen Welttheilen haben das Fest beschickt, unter ihnen Diplomaten, Politiker, Staatsmänner, Dichter, Philosophen, Philologen, Aerzte und Naturforscher ersten Ranges. Edinburgh ist ein neutraler Boden und sein Ehrenbankett ein neutrales Fest, bei welchem Virchow und Pasteur, Helmholtz und Lesseps friedlich neben einander sitzen. Zu Ehrendoctoren der Rechte sind von deutschen Medicinern resp. Naturforschern ernannt: R. Bunsen, Helmholtz, Henle, Hyrtl, Pettenkofer, Schmiedeberg und Virchow.

XVII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem practischen Arzt, Badearzt Dr. med. Friedrich Wilhelm Voigt zu Oeynhausen den Charakter als Sanitätsrath, sowie dem practischen Arzt Dr. med. Wilhelm Hentschel zu Seehausen i. Altmark und dem Ass.-Arzt I. Kl. Schmidt am Kadettenhause zu Bensberg den Rothen Adler-Orden vierter Klasse zu verleihen.

Ernennungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den seitherigen Medicinal-Assessor, practischen Arzt und Privatdocenten Dr. med. Wilhelm Sander zu Dalldorf bei Berlin zum Medicinal-Rath und Mitglied des Medicinal-Collegiums der Provinz Brandenburg zu ernennen. Der practische Arzt und Privatdocent Dr. med. Paul Theoder Max Güterbock zu Berlin ist zum Medicinal-Assessor bei dem Medicinal-Collegium der Provinz Brandenburg ernannt worden. Dem Oberstabsarzt I. Kl. Dr. Paul Starcke zu Berlin ist das Prädikat Professor beigelegt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Wieger in Breslau und Dr. Simon in Obernigk.

Verzogen sind: Die Aerzte: Heine von Stadtgebiet Danzig nach Czechozin, Schwabbauer von Ernsdorf nach Diersdorf, Reg.-Med.-Rath a. D. Dr. Dedeck von Breslau nach Grünberg und Dr. Sanneg von Obernigk nach Goerbersdorf.

Verstorben: Med.-Rath Dr. von Bockelmann in Danzig.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Carl Rehefeld in Elbing hat seine Apotheke an den Apotheker Albin Rehefeld und der Apotheker Bruns in Danzig die seinige an den Apotheker Fritsch verkauft.

Vacante Stellen: Kreis-Wundarztstellen der Kreise Czarnikau, Belgard und Osterholz.

Berichtigung.

In dem Berichte über die Verhandlungen des Vereins für innere Medicin, Sitzung am 9. April 1884, hat bei dem Drucke ein Versehen stattgefunden, welches zu einem Missverständnisse Veranlassung geben könnte. Herr Landau hat nämlich bei der Discussion über die Vorträge des Herrn Leyden und A. Fränkel über Peritonitis das Wort zu einer längeren Darlegung genommen. Letztere ist aber irrthümlicher Weise nicht durch einen Absatz getrennt worden von den Mittheilungen des Herrn Liman, dem Herr Landau folgte. Seite 250 der vorigen Nummer ist demnach zu notiren, dass Zeile 42 von unten mit den Worten „Herr Landau hat unter 40 Fällen" etc. die Darlegung desselben beginnt, während man jetzt den Eindruck erhalten kann, als gehöre sie zu dem von Herrn Liman Gesagten und sei von Letzterem über sie referirt worden, was natürlich nicht der Fall ist.

Wenn auch diese Nummer den Herren Abonnenten um einen Tag verspätet ausgegeben wird, so darf der Unterzeichnete wohl um Indemnität bitten. Die Fülle des Stoffes und die Behinderung mehrerer Autoren durch den Congress tragen die Schuld.

P. B.

Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag **№ 18.** **1. Mai 1884.**

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Ueber Abkühlung mittelst Wasserkissen.

von

H. Quincke in Kiel.

Unter den verschiedenen Methoden der Abkühlung Fieberkranker finde ich die Lagerung auf grossen Wasserkissen entweder gar nicht oder nur beiläufig erwähnt und nirgends empfohlen, während nach meinen Erfahrungen die Methode wirksam, bequem anwendbar und unter Umständen jedem anderen Verfahren überlegen ist.

Ich verwende die grossen Gummiwasserkissen, wie sie, gewöhnlich nur aus mechanischen Gründen für die Lagerung von Kranken angewendet werden, also z. B. eines von 95 cm Länge, 70 cm Breite und einer Capacität von etwa 5 Eimern = 50 Litern; je nach der Körpergrösse sind auch kleinere Kissen verwendbar. Dem Wasser wurde eine Temperatur von 7—13° C. gegeben; die Temperatur des aus den Kissen entleerten Wassers variirte zwischen 16 und 30° C. Für die gegebenen Verhältnisse schien auch bei mehrtägigem Liegen 30° C. die Gleichgewichtstemperatur für den Inhalt der Wasserkissen zu sein.

Die Wärmeentziehung durch das Wasserkissen ist natürlich im Anfang am stärksten und allmählich an Intensität abnehmend, entsprechend der Erwärmung des Wassers; immerhin ist die Wirkung eine lange dauernde und das Verfahren insofern den prolongirten von **Riess** empfohlenen lauwarmen Bädern oder den häufig gewechselten kalten Umschlägen ähnlich, unterscheidet sich aber von den ersteren durch die Stärke der Kältewirkung im Anfang, von den letzteren durch die grössere Continuität und das Fehlen des häufig wiederholten Kältereizes.

Das Sinken der Körpertemperatur pflegt bei Neufüllung des Kissens mit Wasser von 7—10° C. nicht so schroff und so ausgiebig zu sein wie nach einem kühlen Bade (je nach Umständen und Lagerzeit variirt es von einigen Zehnteln bis zu 2° C.), dafür steigt aber die Temperatur auch sehr viel langsamer an, so dass zur Niederhaltung derselben eine neue Füllung viel seltener (etwa halb so oft) wiederholt zu werden braucht als die Bäder, — eine Erfahrung, die an verschiedenen nach beiden Methoden abgekühlten Kranken gemacht werden konnte und die auch theoretisch verständlich ist, da eben bei dem einmaligen Kältereiz und der Continuität der Abkühlung die reflectorische Steigerung der Wärmeproduction geringer ist.

Durch Messung der Menge sowie der Anfangs- und Endtemperatur des Wassers im Kissen lässt sich annähernd die dem Körper entzogene Wärmemenge berechnen; die durch einmalige Füllung entzogene Wärmemenge betrug durchschnittlich 5—600 Kilo Kalorien; dieselbe vertheilte sich stets über eine Anzahl von Stunden; die in 24 Stunden entzogene Wärmemenge stieg an einzelnen Tagen auf 1000—1500 K. Kal. Es sind dies nicht unbedeutende Mengen, wenn man erwägt, dass die Wärmeproduction des gesunden Erwachsenen in 1 Stunde 100[1]) bis 132[2]) Kalorien beträgt und in einem Bade von 20° C. während 15 Minuten nach Liebermeister[3]) etwa 200—250 Kalorien abgegeben werden.

Die nebenstehende Tabelle giebt ein Beispiel für den Temperaturverlauf bei wiederholter Anwendung des Wasserkissens; die Temperaturen sind im Rectum gemessen.

[1]) nach Liebermeister Fieber S. 240.
[2]) nach Scharling (bei Rosenthal, Wärme in Hermann's Physiol. IV. 2. S. 368).
[3]) Ziemssen's Handb. d. allg. Therapie I. 2. S. 23.

Petersen I, 21 Jahr. Brauer. Typhus abdominalis.

	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21. Tag
2 Uhr Nachts		39,2	39,2	38,9	39,4	39,6	39,2	38,5	39,2	39,4	38,7	38,2	38,6	38,0	38,4	38,4
4 „ „		38,8	38,9	39,3	39,6 B. 20°	38,5	39,0	38,2	39,0 (712 Kal.)	39,2	38,2	38,9	38,0	38,0	38,1	38,5
6 „ Morgens		38,5	39,2	39,2	39,0	38,5 (?)	38,2 (617 Kal.)	38,0	39,1	39,2 (855 Kal.)	38,8 (760 Kal.)	38,9	37,8	37,9	38,2	38,0
8 „ „		38,4	40,3 B. 20°	39,5 B. 20°	39,4	38,9	38,3	38,3	38,7	38,5	38,4	37,4	37,2	37,8	38,0	37,3
10 „ „		39,4	38,6	39,3	40,0 B. 20°	38,8	38,8	38,4 (?)	39,0	39,2	38,7	37,0	38,2	37,6	37,9	37,4
12 „ Mittags		40,0 B. 22°	40,4 B. 20°	40,0 B. 20°	39,3	39,6 W.	39,9 W.	39,0	39,0 W.	39,4 W.	38,3	38,0	38,6	38,1	37,9	
2 „ „		39,4	40,0 B. 20°	39,8 B. 20°	39,8 W. 7°	39,0	39,6	39,2	38,8	39,3	38,2	37,8	38,2	38,2	38,2	37,9
4 „ „	40,0	39,8 B. 22°	39,0	39,9 B. 20°	39,0	38,9	39,4 (427 Kal.)	39,4	38,4	38,6 (807 Kal.)	40,0 W.	37,8 (855 Kal.)	39,6 W.	38,6	38,4	
6 „ Abends	40,3	39,2	39,9 B. 20°	39,4	39,4 (665 Kalorien)	39,1 (617 Kal.)	39,6 W.	39,5 W.	37,9	38,3	38,3	37,2	38,4	38,3	38,6	37,1
8 „ „	40,2 B.	39,8 B. 20°	39,0	40,0 B. 20°	39,4	39,2	39,2 (522 Kal.)	38,6	39,0 (855 Kal.)	39,5 W.	37,4	37,6	38,0	39,0	38,8	
10 „ „	38,4	38,8	39,2	39,8 B. 20°	39,4	39,2	39,1	38,2	39,2	38,8	38,0	38,0	38,2	38,6	38,6	37,4
12 „ Nachts	39,4	39,2	39,8 B. 20°	39,6 B. 20°	39,8 W. 7°	39,9 W.	39,5 W.	38,8	39,4	38,2	37,5	38,2	38,3	38,8	38,2	
	Calomel 4 × 0,3										Abds. 1,0 Chin.				Abds. 1,0 Ch.	

An den folgenden Tagen war die Temperatur normal; nachdem am 23. Tage das Wasserkissen gänzlich entfernt war, wurde sie subfebril (bis 38,6 Abds.), um erst vom 26. Tage ab dauernd normal zu bleiben.

B = Bad W = Füllung des Wasserkissens mit 40 Liter Wasser von 7° C.

Angewendet wurde die Wasserkissenkühlung bisher bei (etwa 24) Typhuskranken, bei einigen Pneumonie-, Phthisis- und Erysipelas- Fällen. Eine umfassendere und eingehendere Vergleichung zwischen der Wirkung der Wasserkissen und der Bäder, namentlich in Bezug auf den Grad und den Verlauf der Temperatur-Wirkung, würde nur an einer grösseren Zahl von Typhuskranken anzustellen sein, wie sie in Kiel seit einer Reihe von Jahren (man darf wohl sagen glücklicherweise) nicht mehr vorkommen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein wesentlicher Vorzug der Wasserkissen gegenüber anderen Methoden der Wärmeentziehung liegt in der geringeren Störung und Bewegung der Kranken, welche selbst durchgehends das Wasserkissen dem Bade vorziehen; sie werden dadurch nicht nur weniger, sondern auch seltener gestört und können daher besser schlafen. Ferner ist mit dem Wasserkissen die Möglichkeit der Abkühlung gegeben auch in solchen Zuständen, bei denen Bewegung vermieden werden muss, wie z. B. Peritonitis oder hochgradige Herzschwäche.

Mit dem permanenten lauwarmen Bade theilt das Wasserkissen die Continuität der Wärmeentziehung, hat aber den Vorzug grösserer Bequemlichkeit sowohl für den Kranken in Bezug auf Lagerung und Stuhlgang, wie bei der Temperaturmessung.

Nicht gering anzuschlagen ist die Leichtigkeit der Bedienung für das Wartpersonal, da die Neufüllung nur selten zu geschehen hat, auch ohne Heben des Kranken und ohne wesentliche Arbeit von einer Person besorgt werden kann, da endlich die erforderliche Wassermenge eine recht geringe ist.

Zur Füllung wird das Kissen leer unter den Kranken zwischen Matratze und Unterlage geschoben und der Füllungsschlauch mit einem etwa 1,3 Meter über den Fussboden stehenden wassergefüllten Eimer durch ein Heberrohr verbunden, welches aus Glasschlauch und einem eingeschalteten gebogenen Metallstück hergestellt ist. Wichtig ist gutes Anpassen der Verbindungsstücke, um das Mitreissen von Luft zu vermeiden, welche, oben im Kissen angesammelt, die abkühlende Wirkung hemmen würde. So wird das Kissen bequem gefüllt und wird nach geschehener Entleerung ebenso ohne den Kranken zu verrücken wieder gefüllt; man hat es in der Hand je nach den Umständen des Einzelfalles durch nur theilweise Entleerung die Anfangstemperatur des neugefüllten Kissens über die des eingefüllten Leitungswassers zu bringen. Im Sommer würde es eventuell nöthig sein, letzteres vor dem Füllen durch Eis etwas abzukühlen, doch würde schon eine sehr geringe Eismenge dazu genügen. Etwas hinderlich für die Anwendung ist der hohe Preis eines grossen Wasserkissens (30—40 Mark), doch wird bei der Einfachheit der Bedienung andererseits an Wassermenge und an Wartpersonal gespart.

Die nächste abkühlende Wirkung hat das Wasserkissen natürlich meist auf die Hinterfläche des Körpers, obwohl dasselbe auch Seitenlage zulässt; man könnte deshalb im Zweifel sein, ob unter diesen Umständen Temperaturmessungen im Rectum einen zuverlässigen Schluss auf die Allgemeintemperatur zulassen; doch haben vergleichende Messungen in der Achselhöhle gezeigt, dass die Rectaltemperatur nur ganz kurze Zeit nach der Neufüllung des Kissens unter die der Achselhöhle herabgeht, sehr bald aber sich das gewöhnliche Verhältniss beider herstellt.

Den Versuch, durch Lagerung auf einer Wassermatratze antipyretisch zu wirken, hat schon Riess[1]) gemacht und kurz beschrieben, doch ist er trotz Hinzufügung einer wasserdurchströmten Decke und Kopfkappe mit dem Erfolg dieses vielleicht nicht ganz treffend sogenannten „Luftbades" wenig zufrieden gewesen. Ich muss es dahingestellt sein lassen, worin die Ursache des geringen Erfolges gelegen hat; vielleicht waren die Kautschuckwandungen zu dick, um gehörig die Wärme zu leiten, und dem Körper sich anzuschmiegen.

Die von Leube[2]) angewendeten „Eiskissen", die mit Eis und Salz gefüllt wurden, haben, wie meine Wasserkissen, die Rückenfläche des Körpers zum Angriffspunkt der Wirkung, sie unterscheiden sich aber (bei einer Temperatur von —10° C.) durch die grössere Intensität der augenblicklichen Abkühlung und die dadurch gebotene nur vorübergehende Anwendung; auch ist ihr Gebrauch immerhin etwas complicirter als der der Wasserkissen. Eigne Erfahrungen über die Eissalzkissen habe ich nicht, habe auch Mittheilungen über dieselben, ausser der von Leube selbst, nicht finden können.

Es liegt mir fern, die Abkühlung mit Wasserkissen bei fieberhaften Krankheiten als ein Verfahren zu empfehlen, das allgemein anzuwenden und anderen Methoden durchaus überlegen wäre; denn eine beste hydriatische Methode giebt es bekanntlich nicht, jede hat ihre Vorzüge und ihre Nachtheile; unter den vorhandenen hat man zu wählen, nach den Umständen des speciellen Falles; die Zahl dieser Methoden aber wird durch die Wasserkissenkühlung um eine, wie ich glaube, recht brauchbare vermehrt. Namentlich für die Privatpraxis dürfte sie manche Vorzüge haben. —

Schliesslich bemerke ich, dass ich bei sehr heruntergekommenen Kranken, Collapszuständen u. dergl. mit subnormalen Temperaturen oft mit Vortheil Warmwasser-Füllung der Kissen (von 30—35° C.) angewendet habe.

[1]) Centralbl. f. d. med. Wiss. 1880. No. 30. u. deutsche med. Woch. 1881. No. 20. S. 290.

[2]) D. Arch. f. klin. Med. Bd. 8. 1871. S. 355.

II. Ein Beitrag zur Lehre von den Hyperplasien der Nasenmuschelbekleidung

von

Dr. Eug. Fraenkel.

Das Interesse, das seit dem Bekanntwerden der Hack'schen Publicationen gewissen sich an der Bekleidung der mittleren und unteren Nasenmuschel abspielenden Krankheitsprocessen zugewendet worden ist, hat zu einer Reihe von Veröffentlichungen Veranlassung gegeben, welche die in den Hack'schen Arbeiten niedergelegten Resultate mehrweniger vollständig bestätigen. Noch in jüngster Zeit ist von Sommerbrodt eine ausführlichere, casuistische Mittheilung über einige hierher gehörige, von Erkrankungen des Nasenmuschelüberzuges abhängig gewesene, interessante Reflexneurosen erfolgt, welche lediglich durch eine locale, gegen die Nasenaffection gerichtete, Therapie günstig beeinflusst, resp. geheilt worden sind. Ich selbst habe über meine, an der Hand eines verhältnissmässig grossen Beobachtungsmaterials gesammelten Erfahrungen vor einiger Zeit im hiesigen ärztlichen Verein Bericht erstattet und darf auf diesen, demnächst in der Volkmann'schen Sammlung in extenso erscheinenden Vortrag, so weit es sich um die Symptomatologie, Diagnose und Aetiologie des in der Ueberschrift genannten Leidens handelt, füglich verweisen; der Zweck der folgenden Zeilen ist es, auf einige in jenem Vortrag nur gestreifte, und auch von anderen Beobachtern entweder nur unvollständig oder gar nicht in den Kreis der Betrachtung gezogene, allgemeinere Gesichtspunkte aufmerksam zu machen.

Vom pathologisch-anatomischen Standpunkt haben wir es mit hyperplastischen Vorgängen an der Muschelbekleidung zu thun, welche bald die eigentlichen Schleimhautbestandtheile, bald das hier befindliche cavernöse Gewebe, bald den Ueberzug in seiner Totalität betreffend, entweder zu diffusen Verdickungen oder zu mehr circumscripten, tumorähnlichen Anschwellungen führen, wobei die Schneider'sche Membran, je nachdem das cavernöse oder eigentliche Schleimhautgewebe mehr an der Hyperplasie participirt, entweder ein dunkelrothes oder grau-opakes, durchscheinendes Aussehen und eine elastisch weiche, oft luftkissenartige Consistenz darbietet. Es erkranken in dieser Weise stets nur die mittleren und unteren Muscheln, entsprechend dem physiologisch auf diese beschränkten Vorkommen des von Kohlrausch hier entdeckten cavernösen Gewebes, das sich unter pathologischen Verhältnissen übrigens auch, freilich selten und stets gleichzeitig mit den beschriebenen Veränderungen an den genannten Muscheln, am hintersten Abschnitt des Septum jederseits symmetrisch vor der Mitte des freien Randes des Pflugschaarbeins vorfindet.

Ueber die Häufigkeit des Vorkommens dieser Erkrankung überhaupt bin ich vorläufig nicht im Stande, ein definitives Urtheil abzugeben und behalte mir weitere Mittheilungen über diesen Punkt vor, es kann indess wohl schon jetzt als feststehend betrachtet werden, dass das Leiden ein recht verbreitetes ist, wenigstens habe ich die in Rede stehenden Veränderungen sowohl bei klinischen, als auch nach der Schalle'schen Methode in anderer Absicht vorgenommenen, anatomischen Untersuchungen der Nasenhöhle überraschend oft angetroffen; zum Theil handelt es sich dabei entschieden um ganz zufällige Befunde, woraus sich logischer Weise der Schluss ergeben würde, dass die erwähnten Affectionen der Nasenschleimhaut bisweilen und unter uns bisher freilich noch unbekannten Umständen völlig symptomlos verlaufen können, und dass ein gewisser nicht zu hoher Grad von Hyperplasie der Muschelbekleidung in das Bereich der physiologischen Breite zu rechnen sein würde.

Es erkranken, wie das auch von Hack betont wird, in erster Linie die unteren Muscheln und so habe ich, unter den von mir im Laufe des letzten Jahres behandelten 77 hierhergehörigen Fällen 26 mal, also bei gut $^1/_3$ aller Patienten ein gleichzeitiges Afficirtsein des Ueberzuges beider unteren Muscheln constatiren können; in allen diesen Fällen erwiesen sich die mittleren Muscheln durchaus intact, dagegen wurden, wie ich das auch sonst vielfach in meinen diesbezüglichen Krankengeschichten notirt finde, Verbiegungen des Septum und cristaartige, von diesem ausgehende, meist im Niveau des freien Randes der unteren Muschel gelegene, knorpelharte Vorsprünge bemerkt, wodurch naturgemäss der durch die beschriebenen Veränderungen der Muschelbekleidung herbeigeführte mechanische Effect der Raumbeengung einer oder beider Nasenhöhlenhälften gesteigert wird.

Recht häufig ist weiter die Combination von Erkrankungen einer oder beider unteren Muscheln mit solchen der mittleren; bei meinen Patienten liessen sich derartige Befunde 24 mal erheben. Sehr viel seltener habe ich ein alleiniges Ergriffensein beider mittleren Muscheln von dem Krankheits-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

process beobachten können, die Zahl der mit auf diese Localitäten beschränkten Veränderungen behafteten Patienten beläuft sich auf 8; es folgen in der Häufigkeitsscala isolirte Erkrankungen der linken mittleren Muschel, welche 7 mal, solche der rechten, welche 6 mal nachgewiesen wurden, denen sich als noch seltener alleiniges Befallenwerden der rechten unteren (4 mal) und endlich der linken unteren Muschel (2 mal) anreihen. Zu irgend welchen Schlüssen berechtigen die ja immerhin auf keinem umfassenden Beobachtungsmaterial basirenden Zahlen vorderhand nicht, aber vielleicht ist durch dieselben Anregung zu weiteren Forschungen hinsichtlich der Localisation des uns beschäftigenden Leidens an den einzelnen Abschnitten der Nasenhöhle gegeben und damit Aussicht vorhanden, der meines Erachtens noch in vielen Punkten dunklen Aetiologie desselben, auf welche ich in meinem Vortrag ausführlicher eingegangen bin, näher zu treten.

Ein weiteres Moment, über das ich unter Verwerthung der von mir beobachteten Fälle Aufschluss erhalten habe, ist das Alter der Patienten; es erweist sich danach als am häufigsten erkrankt die Altersklasse zwischen 30 und 40 Jahren, welche ich unter meinen Patienten 24 mal vertreten finde, es folgt das vorhergehende Decennium, von 20—30 Jahren mit 18, das zweite Decennium mit 16 Kranken; 7 mal handelte es sich um Patienten die zwischen 50 und 60 Jahre alt waren, 6 meiner Kranken standen zwischen 40 und 50 Jahren, 4 der Erkrankungen betreffen das früheste Kindesalter, darunter 2 im Alter von 4 und 5 Jahren befindliche Knaben, welche beide schon seit ihrem ersten Lebensjahre an asthmatischen Anfällen litten; das Alter zwischen 60 und 70 Jahren habe ich bei 2 meiner Kranken notirt. Es besteht hinsichtlich dieses Punktes ein auffallender Gegensatz zwischen der uns beschäftigenden Erkrankung und adenoiden Vegetationen, welche ja, wie allgemein bekannt, fast ausschliesslich bei innerhalb des ersten, resp. im Anfang des zweiten Decenniums befindlichen Individuen angetroffen werden, während nach dem zurückgelegten 20sten Jahre Vergrösserungen der Rachentonsille nur äusserst selten nachzuweisen sein dürften; ich habe unter einer recht grossen Zahl solcher Kranker bei älteren als 18 jährigen Individuen adenoide Vegetationen nie beobachtet und kann auf Grund von in gleichem Sinne angestellten anatomischen Untersuchungen diese klinische Thatsache nur bestätigen. Es ist wünschenswerth, dass von anderen, über ein gleichgrosses Beobachtungsmaterial verfügenden Autoren, analoge statistische Zusammenstellungen bekannt gegeben werden, da nur auf diese Weise befriedigende, vielleicht für die Prophylaxe des Leidens verwerthbare Anhaltspunkte zu erlangen sein dürften.

Hinsichtlich des Geschlechts ist zu erwähnen, dass nur ein unwesentliches Ueberwiegen der männlichen über die weiblichen Individuen bei meinem Patienten constatirt werden konnte; es befinden sich unter denselben 42 Männer (incl. Knaben) und 35 Frauen (incl. Mädchen). Die Patienten gehören zum überwiegend grösseren Theil der wohlhabenderen Bevölkerung an und es finden sich unter denselben die verschiedensten Berufsarten vertreten; in der unter meiner Leitung befindlichen, durchweg von den ärmsten Schichten des Publikums frequentirten Abtheilung für Hals-, Ohren- und Nasenkranke der hiesigen „Allgemeinen Poliklinik" bin ich der uns beschäftigenden Erkrankung sogar verhältnissmässig selten begegnet, eine Thatsache, auf die hingewiesen und zu deren weiterer Prüfung Anlass gegeben zu haben ich nicht unterlassen wollte. Interessant wäre es ferner, darauf zu achten, ob solche Berufsklassen, deren Beschäftigung häufigeren und längeren Aufenthalt in mit Staub oder gasförmigen, die Nasenschleimhaut treffenden Substanzen erfüllten Räumen mit sich bringt, besonders oft die erwähnten Veränderungen der Nasenschleimhaut darbieten; mir selbst fehlt die Gelegenheit zu derartigen Untersuchungen, die ja auch dazu angethan sein durften, unsere Kenntnisse in Betreff die Aetiologie des Leidens zu fördern.

Recht instructiv sind die Ergebnisse, welche eine Analyse meiner Fälle hinsichtlich der Häufigkeit des Vorkommens der einzelnen, die in Rede stehende Affection begleitenden Symptome geliefert hat. Wenn man die letzteren in locale, durch das mechanische Moment der Verstopfung der Nasenhöhle bedingte und allgemeine sämmtlich in das Gebiet der Reflexneurosen gehörende, sich an verschiedenen, von dem eigentlichen Ort der Erkrankung mitunter weit abliegenden Körpergebieten abspielende, eintheilt, so lässt sich Folgendes constatiren. Es boten von meinen 77 Patienten nur 18 rein locale, d. h. ausschliesslich die Nase, resp. die mit dieser anatomisch, wie das Ohr durch die Tube, oder das Auge durch den Duct. naso-lacrym., in directem Connex stehenden Organe betreffende Symptome, während der ganze übrige, $^3/_4$ der Gesammtheit repräsentirende, Theil an Zuständen litt, welche wir als Reflexneurosen zu bezeichnen gewohnt sind, und auf deren Zusammenhang mit Nasenerkrankungen nachdrücklich hingewiesen zu haben das besondere Verdienst von Hack ist.

Was die localen Symptome anlangt, so rechne ich zu denselben häufig auftretende Anfälle von Schnupfen, die sich in nichts von einer, sonst gesunde Individuen betreffenden, Coryza unterscheiden und zuweilen in die mehr chronische Form der unter dem Publikum als Stockschnupfen bekannten Erkrankung übergehen. An diesem Symptom litten 12 meiner Patienten, also $^2/_3$ aller derer, bei denen Localerscheinungen überhaupt vorlagen und es sind daran 8 mal männliche, 4 mal weibliche Individuen betheiligt; die Schwere sowohl als die Häufigkeit der Schnupfenanfälle entsprach dabei, was für die übrigen localen Symptome in gleicher Weise gilt, dem Gerade und der Ausdehnung der anatomischen Veränderung der Muschelbekleidung.

Ein weiteres, rein örtliches Phänomen besteht in Blutungen aus der erkrankten Nasenseite, wofür mir 3, ausschliesslich Männer betreffende Paradigmata zu Gebote stehen. — Bei den drei restirenden, in diese Kategorie gehörigen Patienten handelt es sich um entzündliche, mit und ohne Thränenträufeln einhergehende Erkrankungen der Conjunctiva, welche in dem einen, ein Dienstmädchen betreffenden Falle, in typischen, 2—3 Tage anhaltenden Anfällen auftraten, bei einem anderen Kranken, einem robusten Arbeiter, sich regelmässig mit dem Eintritt der kälteren Jahreszeit einstellten.

Isolirte Erkrankungen des Ohrs, ohne gleichzeitiges Bestehen des einen oder anderen der angeführten localen Symptome habe ich — ob zufällig oder nicht, soll zunächst dahingestellt bleiben — nicht gesehen, dagegen klagten einzelne der mit Schnupfen behafteten Patienten über Beschwerden von Seiten des Ohrs, welche objectiv in dem Vorhandensein von Tuben- oder Mittelohrkatarrhen ihre Erklärung fanden; jedenfalls traten derartige Complicationen im Gegensatz zu der ausserordentlichen Häufigkeit ihres Erscheinens bei mit adenoiden Vegetationen behafteten Patienten nach meinen Erfahrungen bei den uns beschäftigenden Erkrankungen des Muschelüberzuges nur ausnahmsweise auf.

Auch die den rein örtlichen Symptomen zuzuzählende Anosmie habe ich stets nur in Gemeinschaft mit der einen oder anderen der vorstehend aufgeführten localen oder gleich zu besprechenden allgemeinen Erscheinungen und jedenfalls viel seltener als man a priori erwarten sollte, gesehen; ich finde dieses Symptom nur bei 3 meiner Kranken notirt, bei einer 54 jährigen, seit 2 Jahren an Stockschnupfen, bedingt durch diffuse Hyperplasie der Bekleidung beider unteren und mittleren Muschel, leidenden Dame, bei einem 28jährigen, gleichfalls mit Stockschnupfen behafteten Gärtner, bei welchem eine diffuse Verdickung des Ueberzuges beider unteren und eine circumscripte am andern Ende der mittleren Muschel vorlag, endlich bei einem seit 3 Jahren von heftigen, asthmatischen Anfällen heimgesuchten Postbeamten in den 50er Jahren, bei dem ausser einer diffusen Erkrankung des Ueberzuges beider mittleren Muscheln, am anderen Ende derselben jederseits ein hahnenkammartig gelappter, fast bis an den Naseneingang herabreichender cavernöser Tumor zu constatiren war.

Wie aus dem eben Mitgetheilten hervorgeht, leidet an reinörtlichen Symptomen nur ein verhältnissmässig geringer Bruchtheil aller die geschilderten Läsionen der Muschelbekleidung darbietenden Patienten, das Gros derselben klagt, und das verleiht dieser Affection ein besonderes Interesse, über die verschiedensten schwereren und leichteren, insgesammt in das Gebiet der Reflexneurosen und zwar der spastischen, Sensibilitäts-vasomotorischen oder secretorischen Neurosen zuzuzählenden Krankheitserscheinungen, welche sich, wie erwähnt, oft an von dem eigentlichen Locus morbi weitabliegenden Körperbezirken abspielen und das Krankheitsbild so sehr beherrschen, dass es mitunter schwerfallen kann, den wahren Sachverhalt aufzudecken.

Die bei weitem häufigste dieser Reflexneuroren stellt nach meiner Erfahrung das Bronchialasthma dar, womit 28, also nahezu die Hälfte der, Allgemeinerscheinungen überhaupt aufweisenden, Patienten behaftet war und hier tritt ein prononcirtes Ueberwiegen des männlichen über das weibliche Geschlecht zu Tage, denn es participirt an dieser Zahl das erstere mit 18, das letztere nur mit 10 Kranken, und unter der Gesammtzahl befinden sich 6 Kinder (4 Knaben 2 Mädchen) im Alter von 4—12 Jahren. Von diesen Asthmathikern expectorirten 13 ein durchaus charakteristisches Sputum, in welchem ich die von Curschmann mit ausserordentlicher Klarheit beschriebenen und von ihm als Ausdruck des Bestehens einer als Bronchiolitis exsudativa bezeichneten Affection (von Ungar Bronchiolitis fibrinosa genannt) angesehenen spiraligen Gebilde, gleichzeitig mit den bekannten Charcot-Leyden'schen Crystallen, bald auch nur die letzteren oder nur die ersteren vorfand. Ich behalte mir vor auf diesen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

letzten Punkt, ich meine auf die Beziehungen zwischen Nasenaffectionen und Asthma im Allgemeinen und jener Bronchiolitis im Besonderen, den ich auch in meinem Vortrage nicht eingehend behandelt habe, in einer speciellen Arbeit zurückzukommen und meinen von dem der beiden genannten Autoren bezüglich des Wesens der Bronchiolitis abweichenden Standpunkt darzulegen.

Ein weiteres, gleichfalls verhältnissmässig häufiges, den spastischen Neurosen zu subsumirendes Symptom äussert sich in Anfällen von krampfhaftem Husten, die im Gegensatz zum Bronchialasthma fast ausschliesslich beim weiblichen Geschlecht vorzukommen scheinen; unter meinen 8 dieses Phänomen darbietenden Patienten befinden sich 7 weibliche Individuen und nur ein Mann. — In genau der gleichen Häufigkeit habe ich einen sich im Bereich der sensiblen, den Pharynx und Larynx versorgenden, Aeste des glossopharyngeus und vagus abspielenden, als Sensibilitätsneurose des Schlundes und Kehlkopfes[1]) bekannten Symptomencomplex beobachtet, an welchem 5 Männer und 3 Frauen litten, darunter ein in den 30er Jahren stehender Lehrer, bei dem dieser Zustand vor 10 Jahren aufgetreten und mit den verschiedensten Mitteln vergeblich behandelt worden war. 8 meiner Kranken zeigten Störungen, welche in das Gebiet der vasomotorischen Affectionen zu rechnen sind u. zw. wurden 3 mal erythematöse Processe an der Nase und Gesichtshaut, 1 mal Gesichtsödem, 2 mal rheumatische Beschwerden im Bereich der Nacken- und Schultermusculatur und 2 mal Schwindelanfälle, die letzteren bei weiblichen Individuen, beobachtet.

Bei den 6 noch restirenden Kranken, über welche zu berichten wäre, handelt es sich um secretorische Neurosen u. zw. litten an attaquenweise, oft täglich sich einstellendem meist mehrständigem, häufig von Störungen des Allgemeinbefindens eingeleitetem oder begleitetem serösem Ausfluss aus der Nase 4 (3 Männer und 1 Frau) und bei 2 gleichfalls weiblichen Individuen bestand Salivation, wobei grosse Mengen dünnen Speichels producirt wurden; in dem einen dieser Fälle trat die profuse Speichelsecretion regelmässig nur in den Morgenstunden, unmittelbar nach dem Erwachen, ein.

Ueber den Zusammenhang von Epilepsie, Hemicranie und Accomodationsstörungen mit den beregten krankhaften Veränderungen der Schneider'schen Membran habe ich bisher keinerlei einschlägige Beobachtungen machen können.

Es erübrigt, an der Hand des dieser Darstellung zu Grunde liegenden Krankenmaterials auf die Prognose des Leidens einzugehen, welche auch ich in Uebereinstimmung mit anderen, dem Gegenstand näher getretenen Autoren, im Allgemeinen als durchaus günstige bezeichnen möchte. Im Speciellen ist, wenn wir den bei der Symptomatologie befolgten Eintheilungsplan auch hier innehalten, dieselbe hinsichtlich der localen Erscheinungen absolut gut zu stellen. Mit der Zerstörung des erkrankten Schleimhautgewebes schwinden die als örtlich bezeichneten Symptome sehr prompt, selbst nach noch so langem Bestehen des Leidens, die von meinen 18 mit localen Symptomen behaftet gewesenen operirten 15 Patienten sind sämmtlich geheilt; nur bezüglich der Anosmie ist Vorsicht in der Prognose geboten, indess ist die Möglichkeit einer restitutio ad integrum auch hier nicht auszuschliessen.

Was die prognostische Beurtheilung der bei diesen Patienten auftretenden in das Gebiet der Reflexneurosen gehörenden Erscheinungen anlangt, so ist dieselbe nicht für all die genannten Zustände gleich günstig; am besten gestaltet sie sich nach meinen Erfahrungen hinsichtlich der Heilung der Schlundneurosen, 7 ausschliesslich örtlich behandelte Patienten, darunter auch jener oben erwähnte Lehrer, sind von ihren Beschwerden vollkommen befreit worden (der 8. der hierher gehörigen Fälle hat eine locale Therapie bisher nicht zugelassen). — Auch die Hustenattaquen scheinen sich nach Beseitigung des örtlichen Uebels meist rasch zu verlieren, von meinen 8 Patienten sind 7 operirt und 5 geheilt, 2 der Operirten habe ich nach dem Eingriff nicht wieder gesehen, kann daher über den schliesslich erreichten Erfolg leider keine Angabe machen.

Ausserordentlich vortheilhaft sind ferner die in das Bereich der secretorischen Neurosen gehörigen Fälle durch die Beseitigung des localen, die Nasenschleimhaut betreffenden Uebels beeinflusst worden, es trat bei allen 6 vollständige Heilung ein und das Gleiche gilt für die 6 operirten von 8 mit vasomotorischen Störungen behaftet gewesenen Patienten.

Verhältnissmässig ungünstig steht es mit der Heilung des Bronchialasthma, wenigstens kann ich hier nicht durchweg über so frappante Erfolge berichten wie Hack und Sommerbrodt; von meinen 28 Asthmapatienten sind operirt 18 und davon geheilt nur 8, ungeheilt 2, der Rest wesentlich gebessert; bei einigen Fällen war der Effect des operativen Eingriffs ein ausserordentlich eclatanter, bei anderen kehrten die Attaquen nach einiger Zeit wieder, hielten indess kürzere Zeit an und erreichten nie so hohe Grade, wie vor der Operation. Jedenfalls thut man gut, derartigen Kranken von vornherein nicht zuviel zu versprechen, weil es sonst zu argen Enttäuschungen auf beiden Seiten kommen kann. Immerhin, das lehren auch meine Zahlen, sind die Resultate der operativen Behandlung des Bronchialasthma durch keine andere der bisher gegen dieses Leiden in Anwendung gezogenen therapeutischen Maassnahmen, welcher Art dieselben auch gewesen sind, übertroffen worden und es gehört nicht zu den geringsten Verdiensten Voltolini's, zuerst auf den Zusammenhang zwischen Nasenerkrankungen und Brochialasthma hingewiesen und damit einen neuen Gesichtspunkt für die Beseitigung dieses qualvollen Leidens aufgedeckt zu haben.

In Bezug auf die Therapie der Erkrankung sei auch hier betont, dass die Galvanokaustik das souveraine Mittel ist; über die Art der Anwendung derselben habe ich mich in meinem Vortrag, auf den deshalb verwiesen sei, genauer ausgesprochen und ich möchte nur nochmals für Fälle, bei denen man aus irgend welchem Grunde während des Operirens sich der Narkose bedienen muss, dringend zur Benutzung des Bromäthyl rathen, zumal dieses Mittel, soweit ich bis jetzt beurtheilen kann, zu einem, unter Umständen sich auch spontan einstellendem, Collaps des bisweilen excessiv gewucherten und dann ausserordentlich prall gespannten, cavernösen Gewebes in der Muschelbekleidung führen zu können scheint, wodurch die bei der Anwendung der Galvanokaustik ohnehin geringe Gefahr einer stärkeren Blutung noch weiter vermindert wird.

Fürs Zweite liegt mir daran, darauf aufmerksam zu machen, dass, namentlich wo die Behandlung gewisser Reflexneurosen in Frage steht, auch die Gesammtconstitution sehr wesentlich und stets gleichzeitig mit dem direct erkrankten Organ berücksichtigt werden muss. Ganz speciell, wo man es mit Asthmapatienten zu thun hat, muss man dieser Indication in erster Linie nachzukommen bestrebt sein und hierbei leistet die systematische Ausführung gymnastischer, namentlich die Thoraxmusculatur in Anspruch nehmender Uebungen, der regelmässige Genuss der frischen Luft und eine gemässigte Kaltwassertherapie vorzügliche Dienste. Ich halte darauf, dass solche Kranke bei jeder Witterung in's Freie gebracht werden, nachdem ich die Ueberzeugung erlangt habe, dass durch das ängstliche, vielfach beliebte Fernhalten derartiger Patienten von der Luft bei nicht ganz ruhigem Wetter, das Gegentheil von dem, was man erstreben will, erreicht wird; wir müssen durch unser ärztliches Handeln darauf hinzuwirken suchen, den Körper dieser Kranken gegen Reize, wie sie für den sonst gesunden Menschen durchaus unschädlich sind, unempfänglich zu machen und dazu gehört eben unter Anderem eine Gewöhnung an atmosphärische Einflüsse, denen sie sich ja auf die Dauer nicht entziehen können. Ich habe dieses Regime in allen mir anvertraut gewesenen Fällen dieser Art aufs Energischste durchzuführen gesucht und kann versichern, dass dadurch die Reconvalescenz derartiger, oft in ihrer Ernährung recht heruntergekommener Patienten wesentlich gefördert worden ist. —

Hamburg, 26. März 1884.

III. Aus der Berliner Medicinischen Gesellschaft 9. April 1884.

Demonstration einer Kranken mit Ovarie und Nephralgie und zweier Kranken mit Ovarie.

Von

Dr. Leopold Landau (Berlin).

M. H. Bei Gelegenheit der vorigen Debatte war von einem Symptome die Rede, welches, wie Herr Mendel berichtet, ebensowohl bei hysterischen Männern als bei hysterischen Frauen gefunden wird, dem Iliacalschmerz. Ich erlaube mir nun, Ihnen hier einige Fälle vorzustellen, welche in sehr präciser Weise den obengenannten Schmerz illustriren. Der erste Fall betrifft eine Kranke, von der ich das vorige Mal schon sprach, und von der ich hier nur, da sie bereits häufig Gegenstand von genauen Untersuchungen, auch schon einmal (im J. 1869) einer Demonstration in der medicinischen Gesellschaft von Seiten des Herrn Paul Guttmann gewesen ist, nur dasjenige berichten will, was uns gerade im Moment interessirt. Die Frau leidet schon seit Jahren an einer vollständigen Hemianästhesie linkerseits und an einer exquisiten Hyperästhesie in der Iliacal- resp. Ovarialgegend. Es war ihr im November 1882 von mir ein hier vorhandener Tumor, eine Dermoidcyste des Ovarium exstirpirt worden. Nach der Operation zeigte sich, dass die früheren Beschwerden und

[1]) Im Bereich des Quintus habe ich nur einen Fall von Neuralgie im Gelenk des I. Astes beobachtet; auf der entsprechenden Seite (links) bestand eine circumscripte Hyperplasie am vordern Ende der mittleren Muschel, nach deren Zerstörung prompt Heilung eintrat.

Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Schmerzen in dieser Gegend, die fälschlich allein auf das Ovarium, auf eine Organerkrankung, bezogen waren, in Nichts vermindert waren: sowohl die Hemianästhesie war geblieben, als auch die Hyperästhesie in der Iliacalgegend. Wir glaubten durch genaue Untersuchungen — College Remak beobachtete den Fall schon lange vor mir, er stammt noch aus der Clientel seines Vaters — den Muskelschmerz darum ausschliessen zu müssen, weil, wenn man den Muskel kniff oder stach, die Kranke auf dieser Seite gar nicht reagirte. Nach der Operation zeigte sich nun, dass der Schmerz in ganz derselben Intensität geblieben war, obwohl das Ovarium entfernt war, und nunmehr hätte sich eigentlich der paradoxe Schluss ergeben müssen, dass der Schmerz doch nichts anderes sein könne als ein Muskelschmerz. Dieser Schluss ist aber nicht gerechtfertigt, vielmehr liegt hier, wie aus vielfachen genauen Untersuchungen des in dieser Hinsicht sehr frappanten Falles folgt, weder ein isolirter Muskelschmerz noch ein isolirter Ovarialschmerz vor, sondern eine centrale Erkrankung, für die jener Ovarialschmerz in ähnlicher Weise ein nach dem Ovarium zu projectirter Schmerz ist, wie der Schmerz in den gesunden Zähnen bei einer Trigeminus-Neuralgie. Insoweit, m. H., ist von diesem Falle in einer von Herrn Remak und mir verfassten Arbeit bereits berichtet worden, und ich hätte nicht Gelegenheit genommen, noch einmal auf denselben hier zurückzukommen, obwohl er in diese Discussion gehört, wenn sich nicht in der Zwischenzeit in diesem wechselvollen Krankheitsbilde ein anderes Ereigniss eingestellt hätte, das seinerseits die Aetiologie der Schmerzempfindungen bei Hysterischen illustrirt. Während die rechte Körperhälfte — in den letzten 3 Jahren untersuchte ich die Frau in regelmässigen Zwischenräumen — eine annähernd normale Sensibilität zeigte, ist nunmehr auch die obere Hälfte der rechten Rumpfseite anästhetisch geworden. Daselbst reagiren, wie Sie sehen, weder Haut noch Muskeln auf die Application auch noch so starker Reize. Trotzdem, und das ist das Bemerkenswerthe, klagt die Kranke über sehr heftige, den früheren ovariellen durchaus ähnliche Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend, und bei Druck auf dieselbe überzeugt man sich, dass in der That trotz Anästhesie der Haut und Muskeln, heftige Schmerzempfindung besteht. Auch hier reagirt die Kranke in jener barocken Weise, wie sie bereits von Holst ganz treffend geschildert worden ist. Sie liegt, wenn man sie drückt, wie Sie sich überzeugen können, nicht still wie sonst eine Frau mit entzündlichen Schmerzen, sondern zappelt mit beiden Extremitäten der gleichnamigen Seite, dreht den Körper schon bei leiser Berührung. Wir haben es demnach auch hier mit einer visceralen Neuralgie zu thun, nur wären wir in Verlegenheit, auf welches Organ wir diese Neuralgie zu beziehen haben, wenn wir nicht an der schmerzhaften Stelle mittels des bimanuellen Handgriffs im Stande wären, mit unverkennbarer Deutlichkeit nachzuweisen, dass die rechte beweglich gewordene Niere schmerzt. Die Niere ist bei der Kranken, welche auch in dieser Richtung von mir beobachtet wurde, erst in letzter Zeit beweglich geworden, und zwar liegt die Ursache der beweglichen Niere hier vorzüglich in einem 3 Monate hindurch währenden häufigen und intensiven Husten, abgesehen von der durch einen mässigen Hängebauch geschaffenen Disposition, worauf ich hier nicht näher eingehen will. Beiläufig bemerkt, sind Ovariotomirte, wie ich mich bei vielen von mir Operirten überzeugt habe, durch die meist längere Zeit dauernde Ausdehnung des Leibes besonders in Gefahr, bei heftigen Inspirationsstössen (Husten, schweres Arbeiten, Traumen) eine rechtsseitige bewegliche Niere zu acquiriren [1]).

Sie sehen also, m. H., indem ich eine Nadel in die einzelnen Körpertheile einsteche, ungefähr das Grenzgebiet der Anästhesie und gleichzeitig, wie schon ein leiser Druck auf die Niere dazu ausreicht, die vorhin beschriebene Schmerzempfindung auszulösen (Demonstration). Ich glaube, dass dieses Theilsymptom der Hysterie für unsere Behandlung von Wichtigkeit ist. Wenn ein Ovarium, oder eine Niere, oder ein anderes Organ in dieser schmerzhaften Weise reagirt, wie leicht ist man da geneigt, die Ursache der Erkrankung in diesen Organen zu suchen. Wie häufig sehen sich sonst zuverlässige Beobachter dadurch veranlasst, die betreffenden Theile zu exstirpiren, und doch wäre nichts verkehrter als etwa hier um den Schmerz zu beseitigen, die Niere herauszuschneiden. Bedürfte es noch eines Beweises für die Unrichtigkeit dieser Anschauung, so ist er in diesem Fall durch die bezüglich des sog. Ovarialschmerzes erfolglos ausgeführte Exstirpation des Ovarium schlagendgeliefert, und man kann mit Sicherheit behaupten, dass der Schmerz, der sich hier in der Niere äussert, auch nach Entfernung derselben persistiren würde.

In dem zweiten Falle, den ich mir erlaube Ihnen vorzuführen, habe ich gleichfalls wegen eines Ovarientumors die Ovariotomie gemacht. Die Kranke, Frau K., deren Schwester übrigens an Tabes leidet, ist eine exquisite Hysterica. Selten sieht man anderwärts das Krankheitsbild der Mastodynie und Coccygodynie, welche Leiden hier bald kommen, bald gehen, so ausgesprochen. Daneben aber hat sie, was uns hier interessirt, auch die Schmerzempfindungen in der Ovarialgegend, und zwar bemerkenswerther Weise, fast ausschliesslich gerade auf der Seite, auf welcher ich das Ovarium nebst Tumor exstirpirt habe. Zu dem Charcot'schen Bilde der Ovarie fehlt freilich hier die Anästhesie der Haut und Muskeln.

Ich gebiete über noch eine Reihe von analogen Fällen, begnüge mich aber heute mit der Demonstration eines dritten Falles. Diese Frau hat, wie man jetzt durch bimanuelle Untersuchung leicht nachweisen kann, nicht vergrösserte Ovarien und dabei den charakteristischen Ovarialschmerz linkerseits. Gleichzeitig ist auch jetzt die Sensibilität auf der linken Seite bedeutend herabgesetzt. Ich beobachte sie schon seit 3 Jahren, und kann constatiren, dass die Ovarie häufig wechselt, sich zeitweise auf beiden Seiten befindet. Gleichzeitig war ich im Verlaufe der letzten Schwangerschaft in der Lage, zu constatiren, dass ähnlich wie in einem Falle von Feré die Schmerzhaftigkeit zu beiden Seiten des Uterus während des Wachsthumes desselben einen immer höheren Platz einnahm; jedoch verlor sich diese Erscheinung etwa im fünften Monat. Sie sehen, m. H., dass das Krankheitsbild der Ovarie, wie es Charcot zeichnet, von denjenigen, die nach demselben suchen, auch gefunden wird.

[1]) Landau. Die Wanderniere der Frauen. Berlin, Hirschwaldt 1881.

IV. Ueber die Anwendung des Chinin in Form von Suppositorien.

Von

Dr. R. Pick in Coblenz.

Zwei Applicationsweisen des Chinin haben sich, wenn man von der weniger gebräuchlichen subcutanen Injection absieht, hauptsächlich in der Praxis eingebürgert: die Verabfolgung per os und per rectum. Letztere kommt da in Betracht, wo erstere nicht durchführbar ist, sei es, dass Reizzustände des Magens oder Darmkanals eine Contraindication bilden, sei es, dass äussere Verhältnisse die innere Anwendung unmöglich machen oder wenigstens sehr erschweren. Auf diese zuletzt erwähnten Hindernisse stossen wir vornehmlich in der Kinderpraxis. Thatsächlich vermögen Kinder unter 3—4 Jahren grössere, in Oblaten verpackte Dosen Chinin im Allgemeinen nicht herunterzuschlucken, während Lösungen vielfach entweder von der sehr empfindlichen Magenschleimhaut alsbald wieder ausgebrochen oder aber wegen des höchst unangenehmen bitteren Geschmacks sofort ausgespuckt werden. Dazu kommt noch, dass das durch die erste Chiningabe angeregte Erbrechen sich manchmal Tage lang wiederholt, oder dass die Kleinen, gewitzigt durch den einmal gehabten widerwärtigen Geschmack und in der Meinung, es würde ihnen stets wieder die bittere Arznei gereicht, die Aufnahme von Nahrung eine Zeit lang verweigern. Wer häufiger mit Chinin bei Kindern operirt hat, dem sind diese misslichen Erfahrungen wohl kaum erspart worden, der hat ganz gewiss die grossen Unannehmlichkeiten, die mit der internen Anwendung des genannten Medicamentes vielfach verknüpft sind, hinlänglich kennen gelernt.

In solchen Fällen nun, wo die Darreichung per os auf grössere Schwierigkeiten stösst, pflegt man zur Application per rectum und zwar in erster Linie zu Chinin-Klystieren seine Zuflucht zu nehmen, falls man es nicht vorzieht, zu anderen Antipyreticis resp. zu kalten Bädern überzugehn. Leider werden die Klystiere nicht lange genug gehalten, um eine ordentliche Wirkung zu erzielen; man mag als Vehikel eine schleimige Flüssigkeit wählen, Opium zusetzen, die Nates zusammenkneifen und die Kinder herumtragen lassen, kurz, man mag thun, was man will, in der Mehrzahl der Fälle werden — nach meiner Erfahrung — die injicirten Flüssigkeiten vor Ablauf einer Viertelstunde zum grössten Theil wieder herausgepresst.

Anders verhält sich die Sache bei Application des Chinin in Gestalt von Suppositorien; hier scheinen alle diese Schwierigkeiten nicht in Betracht zu kommen; wenigstens haben Versuche, die ich mit dieser Methode jüngst angestellt, mir die Ueberzeugung aufgedrängt, dass es keine einfachere und leichtere Weise, Kindern grössere Dosen Chinin in wirksamer Form beizubringen, giebt, als diese. Es sei mir gestattet, von mehreren einschlägigen Beobachtungen einige ausführlicher mitzutheilen:

1. M. S., 10 Monate alt, seit mehreren Tagen an catarrh. Pneumonie erkrankt, hat eine Abendtemperatur von 40,8° (R.). Nachdem der Mastdarm durch ein Wasserklystier gereinigt worden, wurde ein Chininsuppositorium (1,5 Chinin. muriat.: 2,0 Butyr. Cacao) eingeschoben, und das Kind mit zusammengedrückten Nates etwa ½ Stunde lang herumgetragen, um ein Herausdrängen des Zäpfchens möglichst zu verhüten. Am anderen Morgen war die Temperatur auf 38,4° (R.) herabgesunken.

2. H. P., 9 Monate alt, sei etwa drei Tagen an fieberhaftem Bronchial- und Darmcatarrh erkrankt, erhält Abends gegen 7 Uhr, nachdem die Messung eine Mastdarmtemperatur von 40,7° ergeben hatte, ein Chininsuppositorium

(1,2 Chinin. muriat.: 2,0 Butyr. Cacao). Am darauffolgenden Morgen betrug die Temperatur 38,2° (R.): dieselbe stieg zwar Abends wieder um ein Geringes, blieb aber von da an auf der normalen Höhe.

3. C. B., 6 Jahre alt, an Angina tonsillaris mit verdächtigen Belägen erkrankt, hat eine Nachmittagstemperatur von 40,9° (R.). Nach vorheriger Application eines Wasserklystiers wird ein Chininsuppositorium von 1,5 Chinin. muriat. eingeschoben. Anderen Morgens war die Temperatur auf 38,2° (R.) gesunken. In diesem Falle war bereits zwei Stunden nach Beibringung des Zäpfchens ein Temperaturabfall von über 1° zu constatiren. Auch wurde seitens dieses Patienten über geringe Schmerzen in den Ohren (Sausen?) geklagt.

4. A. B., 4jährige Schwester des letzteren, erkrankte drei Tage später an Rachendiphtheritis. Da die Mastdarmtemperatur 40,6° betrug, wurde ein ebenso starkes Chininsuppositorium eingelegt. Nach etwa drei Stunden war die Temperatur bereits um 1° gefallen: am folgenden Morgen zeigte das in den After gelegte Thermometer nur noch 38,1°. Zwei Tage später stieg die Temperatur zwar wieder bis gegen 39,7°, kehrte aber von da an unter Abnahme der Rachenaffection rasch zur Norm zurück.

5. M. G., 3 Jahre alt, an fieberhafter Bronchitis erkrankt, hat Abends 9½ Uhr eine Mastdarmtemperatur von 40,6°. Ein Chininzäpfchen (1,5 Chinin. muriat.) wird nur eine knappe Stunde lang gehalten. Am anderen Morgen betrug die Temperatur nur noch 38,8°.

Recht überzeugend für mich war folgende Beobachtung, die ich an meinem eigenen, damals fünf Jahre alten Kinde zu machen in der Lage war. Bei früheren Erkrankungen (mehrmalige croupöse Pneumonie) hatte ich gerade bei diesem Kinde die Schwierigkeit der Chinin-Beibringung kennen gelernt, indem das genannte Medicament in Oblaten sowohl, als auch in Lösung verabreicht, jedesmal sofort wieder ausgebrochen wurde. Ebensowenig blieben mit Schlauch und Trichter beigebrachte Chininklystiere, so dass ich zu kalten Bädern meine Zuflucht nehmen musste:

6. E. P. erkrankte unter starken Fiebererscheinungen an einer schmerzhaften Anschwellung der rechten Parotis (Mumps) mit gleichzeitiger Schwellung der Cervicaldrüsen. Zwei Tage später stellte sich eine gleiche Anschwellung linkerseits ein. Am Abend des dritten Tages glaubte ich mit der Bekämpfung des hohen Fiebers nicht länger warten zu dürfen. Um 5 Uhr erhielt das mässig somnolente Kind ein einfaches Wasserklystier, in Folge dessen eine ordentliche Entleerung eintrat. Zwei Stunden später betrug die Mastdarmtemperatur 40,7°. Es wurde nun ein Chininzäpfchen von 2,0 Chinin. muriat. eingeschoben. Schon um 9 Uhr war das Kind unter Ausbruch von Schweiss vollständig kühl, der vorher sehr beschleunigte Puls und die Athmung bedeutend langsamer geworden; auch hatte sich ein fester Schlaf eingestellt. Eine um 10½ Uhr ausgeführte Messung ergab, dass die Temperatur im Mastdarm nur mehr 37,6° betrug; letztere stieg bis anderen Morgens 10 Uhr auf 37,8° und blieb bei rasch fortschreitender Besserung des Allgemeinbefindens normal. Sausen in den Ohren will das Kind nicht verspürt haben; ebensowenig war Taubheit vorhanden. Dass hier die starke Herabsetzung der Temperatur eine Folge der Chininwirkung war, dürfte wohl nicht zu bezweifeln sein. Ueberraschend für mich war ausser der Grösse des Abfalls der rasche Eintritt der Entfieberung, der schneller erfolgte, als bei der Resorption vom Magen aus. Es scheint demnach die Ansicht, dass die Resorption des Chinin von der alcalisch reagirendes Secret liefernden Mastdarmschleimhaut nur sehr langsam erfolge, nicht für alle Fälle richtig zu sein. — Wenige Wochen später erkrankte dasselbe Kind an einer Broncho-Pneumonie des unteren rechten Lungenlappens. Temp. 41,8° (R.). Ein Chinin-Zäpfchen (1,5 Chin. mur.) bedingte wiederum einen Abfall auf 38,7°, der sich allerdings erst nach Verlauf von etwa 10 Stunden zeigte. Als in den folgenden Tagen die Temperatur von Neuem stieg, wurde abermals ein Zäpfchen mit ähnlichem Erfolg in Anwendung gebracht.

Angesichts solcher Resultate muss man sich thatsächlich wundern, dass eine Medicationsweise, die ausser dem Vorzug der einfachen und leichten Application noch die Eigenschaft der prompten und intensiven Wirkung besitzt, so wenig gebräuchlich ist, trotzdem sie schon lange bekannt und auch mit Erfolg versucht worden ist.

Da bei dieser Form der Anwendung ein nachtheiliger Einfluss auf die Magenschleimhaut, wie wir ihn beim innerlichen Gebrauche des Chinin bisweilen beobachten, absolut nicht zu befürchten ist, so dürfte sich dieselbe auch für Individuen, die an Magenkatarrh leiden, ganz besonders eignen.

Um die Resorption zu beschleunigen, erachte ich es, wenn auch nicht für unbedingt nothwendig, so doch für nützlich, der Einschiebung des Zäpfchens eine Ausspülung des Mastdarms vorauszuschicken. Man muss jedoch zwischen beiden Manipulationen eine gewisse Zeit, etwa eine Stunde verstreichen lassen, weil die Wassereingiessung Contractionen des Mastdarms veranlasst, und hierdurch das Zäpfchen vorzeitig herausgedrückt werden könnte. Ferner empfiehlt es sich, bei Anfertigung der Suppositorien eine kleine Quantität, etwa eine Erbse dick Ungt. cereum zuzusetzen, wodurch dieselben härter werden und sich leichter einschieben lassen. Dieser Zusatz ist vornehmlich im heissen Sommer nöthig.

Was die Dosirung anbetrifft, so glaube ich, dass man ohne Bedenken bei dieser Applicationsweise eine höhere Gabe wählen kann, als bei der Verabreichung per os, obschon die Mastdarmschleimhaut zu denjenigen Organen gehört, von welchen aus erfahrungsgemäss die Resorption mit besonderer Leichtigkeit erfolgt. Man darf eben nicht vergessen, dass die Zäpfchen vielfach nur eine, höchstens jedoch 2—3 Stunden gehalten werden, und mit der entleerten Cacaobutter sehr wahrscheinlich auch eine mehr oder minder grosse Quantität nicht resorbirten Chinin's wieder abgeht. Bei Kindern pflege ich mit 1 bis 1,5 Gramm zu beginnen, würde aber auch vor einer grösseren Gabe nicht zurückschrecken; bei Erwachsenen ist selbstverständlich eine höhere Dosis von vornherein indicirt.

Uebrigens will ich nicht unterlassen, hervorzuheben, dass in manchen Fällen die Chininsuppositorien einen Reiz auf die Mastdarmschleimhaut ausüben. Derselbe scheint allerdings nur gering zu sein, so dass Erwachsene und nach meiner Erfahrung auch Kinder über vier Jahre ihn leicht überwinden, während Kinder unter einem Jahr nur wenig auf denselben reagiren. Dagegen habe ich mehrfach beobachtet, dass in dem Alter von 1—3 Jahren in Folge dieses Reizes die Zäpfchen alsbald nach dem Einlegen wieder ausgepresst werden. Es ist dies freilich das Alter, in welchem mit den Kleinen überhaupt wenig anzufangen ist und in dem selbst der einfachsten Untersuchung Widerstand und Geschrei entgegengesetzt wird; kein Wunder also, wenn die ungeduldige kleine Generation den allerdings nur geringen, aber an einer höchst empfindlichen Stelle angebrachten Reiz sehr ungnädig aufnimmt und durch Drücken und Pressen zu entfernen sucht! Hier dürfte der Zusatz von Opium angezeigt sein; man thut ferner nicht blos in diesen Fällen, sondern überhaupt gut, die Zäpfchen ziemlich hoch, wenigstens mehrere Centimeter über die Sphincteren einzuschieben, um letztere so wenig als möglich zu incommodiren. Im Nothfall kann man diesen Act während des Schlafes vornehmen, in welchem Zustand der Reiz nicht so leicht zur Empfindung kommt.

Schliesslich wiederhole ich nochmals, dass ich mir, wie ich oben bereits andeutete, vollständig bewusst bin, mit vorstehender Mittheilung nichts Neues gebracht zu haben; findet man doch den genannten Modus der Chinin-Application in den Handbüchern der Arzneimittellehre, wenn auch nicht überall, so doch mehrfach erwähnt. Ebenso bestimmt weiss ich aber andrerseits, dass dieses Verfahren vielen practischen Aerzten vollständig unbekannt ist. Diese zu Versuchen mit einer Methode zu veranlassen, die unter Umständen über grosse Mühen und Sorgen schnell und leicht hinwegzubringen geeignet sein dürfte, das einzig und allein habe ich mit diesen Zeilen beabsichtigt.

V. Neue Aufschlüsse über die Ausscheidung des Quecksilbers.

Briefliche Mittheilung an den Verein für innere Medicin zu Berlin

von

Dr. Schuster-Aachen.

Aachen, den 21. März 1884.

Es ist nun gerade ein Jahr her (s. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VII. Heft 1), dass ich die Ehre hatte, dem Verein für innere Medicin Mittheilungen machen zu können über eine grosse Reihe von Untersuchungen des Harnes und der Fäces, die Ausscheidung des Quecksilbers betreffend bei Kranken, die mit Quecksilbereinreibungen, resp. solchen nebst Injectionen während 30 bis 45 Tage behandelt waren. Bei diesen von mir beauftragten Untersuchungen war das Fürbringer-Schridde'sche Verfahren von Letzterm angewendet worden. Das Ergebniss war: „Das Quecksilber wird in regelmässiger, beständiger Weise mit den Fäces ausgeschieden sowohl während wie längere Zeit nach der Cur; das Quecksilber wird auch im Harne häufig wärend und nach der Cur gefunden, aber fast in 50 Proc. der Fälle auch nicht gefunden. Bis zu 6 Monaten nach der Cur konnte das Quecksilber in regelmässigen Zwischenräumen in den Fäces nachgewiesen werden; 8 Monate nach der Cur, oder gar später, konnte das Quecksilber weder in den Fäces, noch in dem Harne aufgefunden werden. Man kann demnach im Allgemeinen 6 Monate nach genannter Cur die Ausscheidung des Quecksilbers als beendet ansehen.

Von dem leider verstorbenen Hrn. Dr. Steinauer wurde mir damals entgegnet, es erscheine physiologisch wohl nicht zulässig, dass, wenn die Quecksilberausscheidung durch die Fäces vor sich gehe, sie nicht auch durch den Harn stattfinden solle; vielleicht rühre das öftere negative Resultat der Harnuntersuchung daher, dass jedesmal zu wenig Harn untersucht worden sei. Mein Chemiker hatte indessen jedesmal einen Liter Harn, das ist fast die Tagesmenge des ausgeschiedenen Harnes, zur Untersuchung erhalten; zudem wurde im Vergleiche zum Harne nicht selten eine 10 mal geringere Gewichtsmenge Fäces untersucht.

Immerhin erschien mir der damalige Einwurf Steinauer's nicht ungerechtfertigt, und ich besprach mich hierüber wiederholt mit Herrn

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dr. Schridde. Zufällig bekam Letzterer gerichtlich einen Quecksilbervergiftungsfall, in dem es erforderlich war, homöopathische Mittel, und zwar Quecksilberverreibung mit Milchzucker zu untersuchen. Dabei ergab es sich, dass man nicht im Stande war, mittelst der Fürbringer'schen Methode das Quecksilber direct nachzuweisen. Es lag die Vermuthung nahe, dass die zu grosse Menge Milchzucker hinderlich sei, deshalb wurde eine andere Methode, beruhend auf der Trennung des Quecksilbers von der grossen Menge organischer Substanz, von Hrn. Dr. Schridde angewendet, die weiter unten angegeben werden soll. Nun aber entstand bei mir die Frage, ob nicht auch im Harne vielleicht durch organische Substanz die Amalgamirung des in demselben enthaltenen Quecksilbers mit der Lametta und so sein Nachweis verhindert werden kann; in welchem Falle dann eine Aufklärung gegeben war über den Widerspruch in den Ausscheidungsverhältnissen des Quecksilbers durch die Fäces und durch den Harn. Um hierüber Gewissheit zu erlangen, beauftragte ich Herrn Dr. Schridde, die hierzu nöthigen chemischen Versuche zu machen, und zwar wurde verabredet, in folgender Weise vorzugehen:

Zunächst sollen sehr kleine Mengen ($^{2}/_{10}$ Milligramm) Hg. einem Liter Wasser zugesetzt, nach dem Fürbringer'schen Verfahren nachgewiesen werden. Dieses ergab jedesmal (wie auch schon früher) ein positives Resultat.

(Alle folgenden Versuche werden gemacht mit einer Harnmenge von 1 Liter, dem $^{2}/_{10}$ Milligr. Hg. zugesetzt waren.) Es sollte nun

2) gewöhnlicher Harn, dem $^{2}/_{10}$ Milligr. Hg. zugesetzt sind, nach dem Fürbringer'schen Verfahren nachgewiesen werden. Hierbei ergab sich jedesmal ein negatives Resultat. Nun lag es am nächsten,

3) eine ähnliche Methode wie bei den Fäces anzuwenden, das heisst: den Harn einzudampfen und den Rückstand mit Königswasser zu behandeln, dann nach Beseitigung der No. 5 die Auflösung nach Fürbringer zu untersuchen.

Auch dieses Verfahren ergab ein negatives Resultat.

Es musste bei letzterm Verfahren Folgendes auffallen: Bei der Behandlung der Fäces mit Königswasser entsteht ein sehr grosser unlöslicher, und ein kleiner löslicher Theil; beim Harne aber entsteht durch Behandlung mit Königswasser das Gegentheil, das heisst: während man bei den Fäces weitaus den grössten Theil auf dem Filter hat und wenig in Lösung, geht beim Harne fast Alles in Lösung, und zwar das aus dem Harnstoffe gebildete Chlorammonium nebst den anorganischen Salzen (phosphorsaurer Kalk) Chlornatrium. Hierdurch entsteht eine Salzlauge, in der das Fehlschlagen der Fürbringer'schen Methode, d. h. des Amalgamirungsversuches mittelst der Lametta, wohl erklärlich ist.

Es wurde deshalb von Hrn. Dr. Schridde das bei der erwähnten gerichtlichen Untersuchung vorgenommene Verfahren zur Anwendung gebracht:

In den mit Salzsäure angesäuerten Harn wurde Schwefelwasserstoff eingeleitet und die Flüssigkeit während 24 Stunden stehen gelassen. Hierbei bildet sich ein geringer Bodensatz aus Harnsäure, Farbstoff, Schleim u. a., jedenfalls aber auch aus Schwefelquecksilber bestehend. Das Sediment wird nun abfiltrirt, und das Filter mitsammt dem ganzen Inhalt durch Königswasser zerstört (resp. zersetzt); zweckmässig benutzt man das Königswasser, mit dem man das grosse Gefäss, in dem der Harn mit SH. behandelt worden, nachgespült hat, um etwaiges SHg., das in der Flasche sass, noch gelöst zu erhalten. Das Filter wird mit dem Königswasser in einer Porzellanschale so lange auf dem Wasserbade erwärmt (zur Trockne verdampft), bis keine Salpetersäure mehr vorhanden ist. Dann wird der Rückstand in etwa 100 gramm Wasser gelöst und nun in schwach saurer Flüssigkeit in gewohnter Weise mittels der Lametta die Amalgamirung eingeleitet u. s. w. Hierdurch wurde das Hg. im Harne jedesmal deutlich nachgewiesen.

Solcher dreifacher Harnuntersuchungen liess ich je acht vornehmen; es wurden jedesmal dieselben Resultate erzielt.

Es wurde nun aber noch in derselben Weise ein Versuch gemacht mit 1 Liter Harn, dem $^{1}/_{10}$ Milligr. Hg. zugesetzt war; also Hg. im Verhältniss von 1 : 10,000,000! Das Hg. wurde nach dem Schridde'schen Verfahren sehr deutlich nachgewiesen.

Die Annahme liegt demnach sehr nahe, dass da, wo in den Fäces Hg. nachgewiesen wurde, es auch im Harne abgeschieden wird. Wenn das Hg. früher in solchen und anderen Fällen im Harn nicht gefunden wurde, so war dies höchstwahrscheinlich durch die, wie nachgewiesen wurde, nicht ausreichende Methode bedingt. Bestätigt wird diese Annahme durch die Untersuchung eines Harnes von einem mit Inunctionen behandelten Kranken, wo durch das Fürbringer'sche Verfahren kein Hg., durch das neue Schridde'sche das Hg. deutlich nachgewiesen wurde. Weitere bestätigende Versuche konnten bis jetzt nicht gemacht werden.

In der Sitzung des Vereins für innere Medicin vom 17. d. Mts. stellte Herr Dr. Stadthagen einen Kranken vor, der an den Folgen der Hydrargyrose litt. Seit 3 Jahren war derselbe aus dem Bereiche der (Handwerker-) Hydrargyrose entfernt. Herr Dr. Stadthagen glaubt bei der Untersuchung des Harnes dieses Kranken, wenn auch nicht durchaus sicher, Spuren von Hg. nachgewiesen zu haben. Obgleich bei sehr lange dauernder Einverleibung des Hg. in den Organismus die Ausscheidung des Hg. entsprechend länger vor sich gehen muss, weil die täglich ausgeschiedene Menge Hg. kleiner zu sein scheint, als die täglich aufgenommene, so musste mir doch der Nachweis von Hg. drei Jahre nach seiner Aufnahme mit Rücksicht auf meine vielen negativen Resultate acht Monate nach methodisch durchgeführten Hg-Curen auffällig erscheinen. Bei der Zuverlässigkeit des Schridde-schen Verfahrens erschien es mir wichtig, letzteres an dem Harn des erwähnten Kranken zu prüfen. Mit Erlaubniss des Herrn Professors Jacobson verschaffte ich mir durch die gütige Vermittelung des Herrn Dr. Zadek, Assistenten am jüdischen Krankenhause, einen Liter Harn von dem erwähnten Kranken, und liess denselben von Herrn Dr. Schridde nach dem erwähnten neuen Verfahren untersuchen. Dasselbe ergab ein vollständig negatives Resultat.[1])

VI. Fr. Th. v. Frerichs mit besonderer Berücksichtigung seiner wissenschaftlich-literarischen Thätigkeit.

2. Die wissenschaftliche literarische Thätigkeit.

Zum Theil sind es vergilbte von Wenigen noch gekannte, von noch Wenigeren gelesene Blätter, die wir hier darbieten. Und doch hat ihr Inhalt nicht nur ein persönliches, sondern auch ein allgemeines Interesse. Was jenes anlangt, so ist es niemals ohne Bedeutung die geistige Entwicklung einer so kraftvollen, so scharf denkenden und schliessenden Persönlichkeit zu beobachten, Einblick zu gewinnen in die Werkstätte des Geistes, der nicht ruhte, sich immer wieder Rechenschaft von den Principien zu geben, denen er folgen müsse, um vollenden zu können, was er von Beginn an erzielte.

Aber auch eine allgemeinere Aufmerksamkeit können die Worte schon des Privatdocenten wohl beanspruchen. Was er schrieb bringt uns nicht nur jene Sturm- und Drangperiode näher, sondern auch die Jahre, in denen der schäumende Most sich abgeklärt hatte zu klarem feurigem Weine. Und fast durchweg haben diese Worte noch heute vollinhaltlich Geltung. Sie enthalten keine neuen Mittel und Mittelchen, keine überfeinen Theorien, nicht eine Casuistik niederen Grades, wie sie jetzt den Markt beherrscht, dessen betriebsame Händler und Zwischenhändler nichts davon wissen, dass auch jene nur Werth hat, wenn sie sub specie aeterni bearbeitet wird. Gliche der „practische Arzt" (man operirt mit ihm wie mit dem „kleinen Mann" in der Politik) wirklich dem Bilde, welches von ihm geformt wird, so hätten die Charakteristiken, die Frerichs selbst von seinen Arbeiten giebt, nicht viel Aussicht, die ihnen gebührende Würdigung zu finden. Aber dem ist nicht so, jenes Bild, es trägt nur die Züge derer, die es zu ihrem Besten formen und dann als typisch ausgeben. Noch hält eine grosse Zahl der deutschen Aerzte wacker fest an der idealistischen Anschauung, die ihnen als ein unverlierbarer Erwerb geblieben ist, seit sie aufhörten, an den grossen Meistern sich auszubilden. Wohl macht nicht das Wissen allein den Arzt, sondern das Können und die Kunst ist ein individuelles Vermögen. Für beschränkte Geister aber bleibt diese, so verdienstvoll und nützlich sie sein mag, in der Schranke des Handwerks, unfähig die Wissenschaft zu erweitern und zu fördern. Der reicher begabte Geist erweitert auch als Künstler den Kreis des allgemeinen Wissens, und dem klassischen Geiste ist es gegeben, über diese Erweiterung hinaus den Stoff des allgemeinen und des Berufs-Lebens zu einer einheitlichen harmonischen Stimmung zu verarbeiten, zu einer fest gegründeten Individualität und persönlichen Verkörperung des Berufes. In der Verwirrung der von tausend Détails ausgefüllten Gegenwart sich zurecht zu finden und Andere zurecht zu weisen, ist daher nur dem klassischen Arzte gegeben. Als ein solcher aber erscheint uns Frerichs vor Allem in jenen Jahren, da er schon lehrend, doch selbst noch lernend zu der Klarheit durchdrang, deren er bedurfte, um seine Schüler vor allen Extremen warnen und zu zielbewusstem Handeln erziehen zu können.

Zuerst treffen wir auf eine kleine Schrift „De polyporum struc-

[1]) Wie mir Herr Dr. Stadthagen brieflich mittheilt, haben spätere von ihm vorgenommene Untersuchungen des Harnes von demselben Kranken nach dem Fürbringer-Nega'schen Verfahren negative Resultate ergeben. Dr. Schuster.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tura penitiori (1843)". In ihr finden wir schon angezogen das Wort Baco's: „Litius emergit veritas ex errore quam ex confusione" und weiterhin „Non tamen sola sedes et forma, sed imprimis structura penitiori et natura chemica respiciendae sunt, si certum nomen tumori cuidam imponere volumus."

Dann treten uns entgegen die „Untersuchungen über Galle in physiologischer und pathologischer Beziehung" (1845). Die Vorrede zu dieser Untersuchung giebt eine reiche Ausbeute. Es heisst dort:

Es hat sich in neuerer Zeit in den medicinischen Wissenschaften ein reges Treiben und Gähren kund gethan, in welchem der unbefangene Beobachter, mag er die einzelnen Erscheinungen deuten, wie er wolle, doch ein Ringen nach befriedigenderen Grundlagen der Wissenschaft anerkennen muss, ein Bestreben, an die Stelle unklarer Begriffe sichere, auf die Resultate anatomischer Untersuchung und exacter chemischer und physiologischer Experimente gestützte Sätze zu gewinnen. In Bezug auf die Pathologie repräsentiren diese Richtung insbesondere die Anatomie, die Neuropathologie und die Zoochemie, welche alle drei, sich gegenseitig ergänzend und fördernd, in engem Bunde stehen. Die meisten Reformen, welche die Krankheitslehre in unseren Tagen erfuhr, gingen von ihnen aus: durch sie wurden bedeutende Theile des ehrwürdigen zweitausendjährigen Baus eingerissen und wenigstens theilweise auf festerer Grundlage wieder aufgeführt.

So eifrig nun auch von der einen Seite in obigen drei Richtungen gearbeitet wird, so fehlt es doch auf der anderen Seite nicht an Solchen, die nur mit Kopfschütteln das Beginnen des alle Pietät und orthodoxen Glauben an das Herkömmliche verläugnenden jungen Geschlechts betrachten.

Am wenigsten trifft dieser Zweifel die pathologische Anatomie und die neuere Nervenpathologie. Denn klein wird in unseren Tagen die Zahl derer sein, welche in ersterer nicht die festeste Stütze alles unseres pathogischen Wissens, in letzterer wenigstens ein interessantes Supplement der dunklen Neurosen erblickten, wenn auch ihre practische Bedeutung bei weitem nicht immer gewürdigt wird und die Theilnahme an ihrer Bearbeitung allgemeiner sein könnte.

Der Chemie indess wird von vielen Seiten, ja ich möchte behaupten, von den meisten, Sitz und Stimme bei Entscheidung pathologischer Fragen entschieden verweigert. Bald werden die Versuche chemischer Theorien von Sylvius de le Boe, Baumes etc. als warnende Beispiele aufgestellt, bald wird eifrigst gegen die Wiedererweckung einer längst begrabenen Humoralpathologie protestirt, bald endlich wird zwar die Analyse thierischer Stoffe als dankenswerthe Bereicherung unserer naturhistorischen Kenntnisse aufgenommen, jedoch wegen der Unmöglichkeit der Synthese, wegen der Zersetzung alles Organischen durch Reagentien oder wegen anderer Gründe jeder Rückschluss auf lebende Vorgänge für trügerisch und unzulässig gehalten.

Hartnäckiges Zurückweisen auf etwas Veraltetes ohne Berücksichtigung neuerer Thatsachen kann die Wissenschaft nicht fördern, wer unverrückt nach Norden sieht, kann im Osten die Sonne nicht aufgehen sehen. Nur die Einwürfe, welche mit sorgfältiger Berücksichtigung des jetzigen Standpunktes der Chemie aus der Natur der Sache selbst entnommen sind, verdienen unsere aufmerksame Beachtung.

Ohne den regulirenden Einfluss der Lebenskraft fällt organische Materie den Gesetzen binärer Verwandtschaft anheim: die chemischen Kräfte treten erst nach dem Tode in Wirksamkeit.

Es ist Thatsache, dass mit dem Aufhören des Lebens ein Zerfallen der organischen Materie in einfache Verbindungen beginnt. Allein beweist dies, dass die chemischen Kräfte bis dahin unthätig waren und die Lebenskraft die Zusammensetzung der organischen Stoffe überwacht? Wir sehen nur, dass Lebenserscheinungen und eine bestimmte chemische Beschaffenheit der Materie in einem innigen Wechselverhältnisse stehen. Wir können daraus obigen Schluss ziehen, aber auch umgekehrt mit demselben Recht behaupten, dass das Leben aufhört, weil die chemische Constitution der Materie sich ändert, weil sie anderen Affinitätsgesetzen zu folgen anfängt. Wenn nach Unterbindung der Art. cruralis der Collateralkreislauf nicht zu Stande kommt und der Unterschenkel brandig wird, sollen wir dann sagen, dass die chemische Action in Folge gehemmter Zufuhr sauerstoffreichen arteriellen Bluts und mangelhaften Abflusses verbrauchter Stoffe durch die Venen modificirt werde, oder dass der Lebenskraft durch die Ligaturfäden der Weg abgeschnitten sei?

Die Phänomene des Stoffwechsels, die man ebenfalls als Argument gegen die Thätigkeit chemischer Kräfte bei vitalen Vorgängen gebraucht hat, möchten eher zu Gunsten derselben sprechen. Zwar sind die Producte des Stoffwechsels nicht die der Zersetzung nach dem Tode; allein dennoch folgt er denselben chemischen Gesetzen. Der Grund, weshalb wir nicht dieselben Producte erhalten, liegt grösstentheils in dem Mechanismus des Kreislaufs und der Secretionsorgane, welche die verbrauchten Stoffe entfernen, bevor die letzten Ergebnisse binärer Verwandtschaften vollendet sind. Ueber die hierher bezüglichen analytischen Grundlagen vergleiche man Liebig's organische Chemie in ihrer Anwendung auf Physiologie und Pathologie.

Diese wenigen Andeutungen mögen hier genügen. Die Medicin wird wohl niemals in die Reihe der exacten Wissenschaften treten. Allein was in dem verwickelten Gang des Lebensprozesses physikalischen und chemischen Gesetzen folgt, wird erkannt werden können und muss erkannt sein, bevor wir die vitalen Gesetze auffinden und bestimmen können. So lange es möglich ist, durch die überall geltenden Gesetze der Natur die Erscheinungen zu erklären, so lange dürfen wir nicht zu neuen transcendenten Principien unsere Zuflucht nehmen (Lotze, Allg. Path.).

Ueber viele Verrichtungen des lebenden Organismus ist Licht aufgegangen aus der Erkenntniss der unorganischen Welt. Der Zoochemie unserer Tage gebührt davon ein grosser Theil. Gering ist jedoch was geschah im Verhältniss zu dem, was noch geschehen muss. Es ist Arbeit für Viele. Möge daher der hier folgende kleine Beitrag geneigte Leser finden.

Nunmehr folgt 1846 die Commentatio de natura miasmatis palustris, geschrieben zur Erlangung der Venia legendi. In ihr erweist der junge Autor, effectus miasmatis palustris materiae cuidam palpabili — — tribuendos esse. Hanc materiam non esse gasa, sed substantiam quandam organicam.

Die Arbeit „Ueber Gallert- und Colloidgeschwülste" (1847) charakterisirt sich wesentlich als eine Détail-Untersuchung, während ein Originalartikel „Ueber den Begriff und die Diagnose der bösartigen Neubildungen" gerade wegen seiner allgemeinen Anschauungen sehr interessant ist. Aus ihm, der in den Hannoverschen Annalen für die gesammte Heilkunde 1847 erschien, möchten wir No. 5 des Resumés der Vergessenheit entreissen.

Der Tuberkel, heisst es dort, (das. S. 15) ist weder durch die Knotenform, noch in den meisten Fällen durch die histologische Beschaffenheit, noch durch die Erweichung hinreichend von andern Neubildungen unterschieden. Ein überall gültiges Unterscheidungsmerkmal giebt nur die Nachweisung der zu Grunde liegenden specifiken Dyskrasie.

Die letztere, welche allerdings daraus, wie Frerichs weiterhin sagt, nicht immer unmittelbar nachzuweisen war, ist jetzt kein Räthsel mehr.

Dann folgen Berichte über die Klinik Prof. Fuchs's 1847—1848 in Haeser's Archiv (Ueber Hirnsclerose, Concremente, die destruirenden Epithelialgeschwülste, Lamina ventriculi).

Hierauf erscheint 1849 die berühmte Abhandlung Ueber das Maass des Stoffwechsels, sowie über die Verwendung der stickstoffhaltigen und stickstofffreien Nahrungsstoffe in Müller's Archiv, publicirt als Frerichs schon ausserordentlicher Professor geworden war. Welche Wandlungen die Physiologie der Ernährung seitdem auch erfahren hat, immerhin bleibt es heut hochinteressant den jungen Göttinger Docenten zu hören.

Die Erscheinungen, durch welche sich das individuelle Leben kundgiebt, sind innig gebunden an Form und Mischungsveränderungen der organischen Materie, welche die Träger desselben ausmachen. Alle Thätigkeitsäusserungen in der nimmer rastenden Werkstatt des lebenden Körpers, sei es, dass sie durch den Impuls der Willensthätigkeit veranlasst werden oder willkürlich, als nothwendige Resultate des Ineinandergreifens der im Organismus thätigen Kräfte erfolgen, werden eingeleitet und begleitet, von manchen darf man wohl sagen bedingt, durch Umsetzungsprocesse der den thierischen Leib constituirenden Elemente.

Die Ursachen dieses stetigen Wandelns liegen, abgesehen von dem Einfluss der functionellen Umgebung, welcher uns in seinen einzelnen Momenten bislang völlig unklar blieb, einestheils in der chemischen Natur der organischen Substanz, anderentheils in dem Verhältniss derselben zur Aussenwelt. Vermöge der ersteren enthalten die thierischen Materien den Keim der Umwandlung in sich selber, indem die Verwandtschaft, welche den grossen Complex ihrer zahlreichen Elemente und Aequivalente zusammenhält, durch die Affinitäten, in welchen die einzelnen derselben unter sich stehen, stets gelockert erhalten, bei geringem Anstoss von aussen aber völlig aufgehoben wird, um einer anderen Ordnung zu weichen.

Das zweite die Umwandlung der organischen Körper vermittelnde Glied bietet die Aussenwelt, insbesondere die umgebende Atmosphäre, welche nicht allein mit der Oberfläche in beständigem Contact und Austausch ist, sondern auch ihren Sauerstoff an's Blut abgebend durch die Adern kreist und mit den geborgensten Theilen des Organismus in Wechselwirkung tritt.

Die Producte der durch jene Einflüsse eingeleiteten Umwandlungsprocesse werden unter Vermittelung der Lungen und der drüsigen Secretionsorgane aus dem Bereiche des Lebens entfernt, theils nachdem ihre Elemente die Gesetze der binären Verwandtschaft vollständig erfüllten, theils noch ehe dieses letzte Resultat der chemischen Anziehung erreicht wurde. Das Erstere ist der Fall mit dem grösseren Theil des Kohlenstoffs und Wasserstoffs der organischen Substanzen, welche als Kohlensäure und Wasser durch Lunge und Haut ausgeschieden werden, das Letztere dagegen mit dem Stickstoff, welcher nur ausnahmsweise als Ammoniak, in der Regel unter der Form von eigenthümlichen, gewissermaassen auf der Grenze der organischen und unorganischen Welt stehenden Verbindungen, theils durch die Nieren als Harnstoff und Harnsäure, theils dagegen durch die Leber als Gallenstoff u. s. w. zu Tage gefördert wird.

So klar und feststehend nun auch die Thatsache ist, dass die Substanz des thierischen Leibes auf die eben angedeutete Weise einen Verlust erleidet, welcher durch neue Zufuhr ersetzt werden muss, so bestimmt nachweislich der Wechsel der Materie im Allgemeinen erscheint, so schwierig und dunkel wird dieser Vorgang, wenn wir ihn in seinen einzelnen Momenten zu verfolgen und quantitativ festzustellen versuchen.

Vergleichen wir die grosse Menge Harnstoff, welche die Fleischfresser bei animalischer Nahrung ausscheiden, mit der, welche dieselben Thiere während des Fastens und bei stickstofffreier Kost entleeren (das Verhältniss stellt sich wie 6 zu 1), so kann uns über die Verwendung der überschüssig zugeführten eiweissartigen Verbindungen kein Zweifel bleiben. Sie werden schon im Blute durch den mittelst der Respirationsbewegungen herbeigeschafften Sauerstoff oxydirt und geben dabei als Nebenproduct eine grosse Menge Harnstoff. Dasselbe ist der Fall mit dem grösseren Theil der stickstofffreien Nahrungsstoffe, nur mit dem Unterschiede, dass hier jenes Nebenproduct fehlt und nur die Menge Harnstoff gebildet wird, welche dem für den Lebensprocess erforderlichen Umsatz entspricht. Die Rolle der Respirationsmittel im Liebig'schen Sinne können also ebenso gut die stickstoffhaltigen, wie die stickstofffreien Nahrungsstoffe übernehmen; sie den letzteren ausschliesslich zu vindiciren, ist also nicht statthaft.

Der Hauptsitz der den Stoffwandel einleitenden chemischen Metamorphosen ist nach dem eben Angegebenen im Blutplasma zu suchen. Die nächste Frage, welche sich uns hierbei aufdrängt, ist die, weshalb die überschüssigen Mengen eingeführter eiweissartiger Körper oxydirt werden, wäh-

Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

rend beim Fasten, wo das Blutserum noch immer reich an diesen Verbindungen ist, wo ferner die Sauerstoffzufuhr keine Beschränkung erleidet, der Umsatz viel kleiner wird und ein bestimmtes Maass nicht überschreitet. Hierauf können wir nur diese Antwort finden, das Blut ist vermöge des Baues der Gefässwandungen, des Drucks der Blutsäule, der Gesetze der Diffusion und anderer noch nicht genügend erkannter Verhältnisse auf einen bestimmten Concentrationsgrad angewiesen, welchen es nicht leicht für die Dauer überschreitet.

Aus diesem Grunde wird im Uebermaass eingeführtes Wasser sofort durch die Nieren- und Hautthätigkeit entfernt, vermehrt sich nach der Mahlzeit die Kohlensäureexhalation durch Lunge und Haut, aus demselben Grunde wird überschüssiges Eiweiss in metamorphirter Form ausgeschieden.

Der Stoffwechsel im Blute steht daher in Bezug auf seine Intensität in sehr naher Beziehung zu dem Concentrationsgrade des Blutplasmas. In demselben Maasse wie dieser sinkt, fällt auch die Quantität der Harnstoffausscheidung.

Den Abschluss dieser Göttinger Periode aber bildet die berühmte Arbeit über Verdauung in Wagner's Wörterbuch der Physiologie, wesentlich eine Erweiterung der in jener Abhandlung ausgesprochenen Beobachtungen und Anschauungen. Diese grössere Arbeit ist noch heute zugänglich, so dass wir ihr nur Weniges entnehmen wollen. Zuvörderst die geistvolle Charakteristik Liebig's:

Liebig befolgte den einfacheren Weg und gewann durch die Schärfe seiner Logik, durch die geistreichen Anwendungen und durch die lebendige Schilderung von Belegen zahlreiche Anhänger. Er nahm an, dass der Stoffwechsel bei Pflanzen- und Fleischfressern wesentlich verschieden sei, dass bei den letzteren alle Kohlensäure aus zersetzten Organtheilen sich bilde, bei den ersteren dagegen grösstentheils aus den stickstofflosen Nahrungsstoffen, welche ausschliesslich zu diesem Zwecke verwandt würden und die er deshalb Respirationsmittel nannte. Ein genügender Beweis für die kühne Annahme, dass der Stoffwechsel von der Art der Nahrung abhänge, wurde jedoch nicht geliefert; der einzige Grund von Bedeutung blieb der, dass die Mengenverhältnisse der Respirationsproducte, verglichen mit der Zufuhr, diese Annahme zu fordern schien. Die Physiologen konnten zahlreiche Einwendungen nicht unterdrücken; sie konnten sich nicht überzeugen, dass ein Vorgang der, wie der Wechsel der Materie, so tief und vielseitig bedingend und modificirend in alle Lebenserscheinungen eingreift, lediglich von der Zufuhr abhängen solle, dass dieser Vorgang sogar bei einem und demselben Individuum je nach dem grösseren oder geringeren Stickstoffgehalt der Nahrung ein anderer werde. Die Beläge, durch welche Liebig seine Theorie zu erläutern und zu stützen suchte, konnten vor einer unbefangenen Kritik grösstentheils nicht bestehen; den anstrengenden Bewegungen, welche die fleischfressenden Raubthiere, nach Liebig, instinctmässig zur Erzielung eines raschen Stoffumsatzes machen sollten, wurden mit Recht die noch grösseren Arbeiten mancher Pflanzenfresser, der Pferde z. B., die Fleischdiät des ein Stubenleben führenden Geschäftsmannes, und die Pflanzenkost, welche der Tagelöhner im Schweisse seines Angesichts geniesst, entgegengesetzt.

Einen positiven Gegenbeweis zu liefern, blieb indess unmöglich. Man beschränkte sich daher darauf, die schwachen Seiten dieser Annahme hervorzuheben und ihr eine zweite mögliche Theorie gegenüber zu stellen.

Nicht minder interessant sind die Ausführungen Frerich's über die anzuwendenden Untersuchungs-Methoden. Später kommt der Verfasser noch einmal auf Liebig's Theorie zurück:

In einer eigenthümlichen geistreichen Weise hat Liebig die Rollen, welche die organischen Stoffe nach ihrem Uebergange in den Organismus übernehmen, vertheilt: die stickstoffhaltigen sollen allein zum Wiederersatz verwandt werden, die stickstofflosen dagegen lediglich zur Unterhaltung der Respiration dienen. Die ersteren werden daher plastische Nahrungsmittel, die letzteren Respirationsmittel genannt. So allgemein hingestellt, ist diese Ansicht nicht haltbar, wenn auch nicht geleugnet werden kann, dass durch sie hauptsächlich eine schärfere Auffassung der Beziehungen zwischen Nahrung und Ernährung angebahnt wurde. Einestheils sind nämlich zur Bildung der Organe, zur Entwicklung von Zellen und den übrigen Vorgängen des plastischen Lebens die stickstofflosen Fette ebenso unerlässliche Desiderate wie die stickstoffhaltigen Körper, anderentheils werden die Materialien für den Athmungsprocess keineswegs ausschliesslich von den Respirationsmitteln geliefert, sondern je nach der Art der Zufuhr bald von diesen, bald von diesen und den stickstoffhaltigen Nahrungsstoffen, bald endlich von den letzteren allein.

Mit Recht sprach sich der Herausgeber Rudolf Wagner selbst in folgender Weise über Frerichs' Artikel aus, der übrigens zu dem Handwörterbuch ausser dieser grösseren Arbeit noch zwei kleinere beigesteuert hatte. Ueber Synovia und Ueber Thränensecretion:

Ohne der neueren Arbeiten in Frankreich über den pankreatischen Saft zu denken, worüber der Verfasser zu abweichenden Resultaten gelangt ist, verdient es bemerkt zu werden, dass der Verfasser in seinen Untersuchungen über den Speichel schon vor 1½ Jahren ähnliche Ergebnisse erhielt, wie die indess publicirte vortreffliche Dorpater Dissertation von Jacubowitsch de saliva, unter Bidder's und Schmidt's Mitwirkung, was natürlich der Priorität dieser letzten Abhandlung nicht zu nahe treten kann. Die Mittel des hiesigen physiologischen Instituts waren dem Verfasser in grösster Ausdehnung von dem Herausgeber zur Disposition gestellt. Nahe an 200 Thiere sind für die entsprechenden Versuche geopfert worden. Die grössere Ausdehnung des Artikels rechtfertigt sich durch den Umfang der Aufgabe, indem alle diejenigen Materien, wie z. B. Speichel, Magensaft, Bauchspeichel etc., welche sonst besondere Artikel erhalten haben würden, hier mit abgehandelt wurden; andere früher abgehandelte, wie z. B. Galle, bei dem fortgeschrittenen Zustande der Wissenschaft ebenfalls neu berücksichtigt werden mussten. Ich zweifle nicht, dass die ganze Abhandlung, wegen ihres reichen Inhalts und ihrer überaus klaren Darstellung, jedem Leser dasselbe Vergnügen machen wird, wie dem Herausgeber. Dass der Verfasser sich eigentlich als Pathologe ausdrücklich erklärt und betrachtet wissen will, mag hier nur deshalb erwähnt werden, um als Zeugniss der vielseitigen Bildung des Verfassers zu dienen, dessen hier niedergelegte pathologische Erfahrungen, zugleich mit den ausgezeichneten chemischen Kenntnissen, dem Artikel einen um so grösseren Werth verleihen. Es liegt hier die monographische Bearbeitung eines der zusammengesetztesten physiologischen Processe vor, wie dieselbe, seit Tiedemann's und Gmelin's klassischem Werke, nicht mehr versucht worden ist. Der grosse Werth derselben für die Diätetik, für die gesammte practische Arzneiwissenschaft, wird gewiss allgemein von den Fachgenossen dankbar anerkannt werden.

(Schluss folgt.)

VII. Der Congress für innere Medicin

hat in seinem weiteren Verlaufe bis zum Schlusse der Vorhersage entsprochen, der wir in der vorigen Nummer Ausdruck gegeben hatten. Aufs Neue bewährte sich die Einrichtung, den vornehmsten Theil der Sitzungen mehr principiellen und umstrittenen Fragen der Medicin zu widmen und die Nachmittagssitzungen kleineren Mittheilungen verschiedenen Charakters zu überlassen. Besonders die Referate und Verhandlungen über die Pneumonie und ihren infectiösen Charakter und über Poliomyelitis und Neuritis werden zweifellos Marksteine für die künftige Behandlung dieser wichtigen Materien bilden. Kaum minder hoch schätzen wir die thätige Theilnahme hervorragender Physiologen an dem Congresse wie Rosenthal und Goltz und die L. Pfeiffer's, des uns Allen seit lange so werth gewordenen Hygienikers. Nur durch die enge Verbindung mit den Grund legenden Disciplinen der Gesammtwissenschaft kann die deutsche Medicin die Höhe behaupten, welche sie jetzt erreicht hat.

Wenn wir in der vorigen Nummer darauf hinweisen konnten, dass fast alle medicinischen Kliniken nicht nur Deutschlands sondern auch Deutsch-Oesterreichs durch ihre Professoren und Privatdocenten vertreten waren, so ist dies im weiteren Verlaufe der Verhandlungen noch mehr hervorgetreten. Die von uns gegebene Liste der Mitglieder und Theilnehmer vervollständigte sich noch durch die Professoren Biermer und Sommerbrodt-Breslau, Flechsig-Leipzig und die Docenten Rosenbach-Breslau, Ewald-Strassburg u. A. m.

Ausser den schon genannten Ehrengästen wohnten den Verhandlungen noch bei, Minister v. Gossler und Geh.-Rath Prof. Dr. Dubois-Reymond.

Die grosse Theilnahme der Berliner Aerzte blieb dem Congresse fast bis zum Schlusse desselben gewahrt und alle gegentheiligen Prophezeiungen sind durch diese Thatsache widerlegt worden.

Der Herausgabe der Verhandlungen darf schon in einigen Wochen entgegengesehen werden. Wenn man sich erinnert, wie lange Zeit bei den meisten anderen Congressen vergeht ehe die Stenogramme derselben publicirt werden, wird man den Vortragenden, aber auch dem Verleger Herrn J. F. Bergmann in Wiesbaden, eine wohl verdiente Anerkennung nicht versagen können. Bei der Massenhaftigkeit des von dem Congresse erledigten und dazu höchst werthvollen Materiales muss die Berichterstattung der Fachzeitschriften unseres Erachtens darauf verzichten, ein vollständiges Bild der Verhandlungen zu geben und darf sich bescheiden, nur das Wichtigste, die springenden Punkte, hervorzuheben. Sind doch trotz alledem die von den beiden soeben beendeten grossen Congressen an den Raum unserer Wochenschrift gestellten Ansprüche naturgemäss so bedeutende, dass wir mehrere Artikel zurückstellen mussten, trotzdem wir uns bemühten, selbst diesen Congress-Nummern den gewohnten Charakter zu erhalten. Wir verweisen aber bescheidentlich darauf hin, dass die officielle Ausgabe selbst Allen unentbehrlich ist, die sich für die Fragen interessiren, über die der Congress verhandelte und dnrch vorläufige Referate, welcher Art sie auch sein mögen, nicht ersetzt werden kann.

Die glänzende Versammlung ist nun vorüber, aber hoffentlich noch lange werden ihre Wirkungen erkennbar sein. Wir theilen die Befriedigung, welcher Herr Leyden in seinem Schlussworte Ausdruck gab, aber auch in vollem Maasse die Anerkennung, die grade ihm die Versammlung einstimmig gezollt hat. Mit Recht kann man von ihm sagen, dass er sich um den Congress wohl verdient gemacht hat und damit nicht minder um die gute Sache der inneren Medicin.

VIII. Zu dem Frerichs Jubiläum tragen wir noch nach, dass der Kaiserl. russische Medicinalrath, die höchste medicinische Körperschaft des Reiches dem Jubilar durch ein längeres Glückwunschtelegramm ihre Verehrung bezeugt haben.

In demselben heisst es: „Sie haben wesentlich beigetragen zum Aufbau der Heilwissenschaft auf festem physiologischen Grunde. Stets war Ihnen klinische Erfahrung massgebend für ärztliches Handeln und stets hielten Sie an der durch die innere Medicin vertretenen Einheits-

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

idee des menschlichen Körpers fest gegenüber dem einseitigen Ausbau der Specialitäten. Denn, wie Sie selbst sagten, bleibt die innere Heilkunde der Segen spendende Strom, von welchem die Specialfächer wie Bäche gespeist werden, die aber versiegen, wenn sie sich abtrennen. Deshalb gründeten Ihre Jünger besondere Vereine und Zeitschriften, beschickten alljährlich Congresse zur Pflege der inneren Heilkunde und seit Jahren versammelt Ihre Klinik russische Aerzte, darunter viele von unserer Regierung zur Vollendung ärztlicher Ausbildung hinausgeschickt.

Von den 33 Unterzeichneten heben wir ausser dem Präsidenten Medicinalrath Dr. Zdekauer folgende hervor: Zagorsky, Koslow, Zigurin, Karell, Maydell, Lenz, Botkin, Gruber, Kade, Eichwald, Mendelejew, Pöhl."

Ausserdem haben wir zu berichten, dass das Festdiner des Congresses für innere Medicin, welches gleichzeitig zu Ehren seines Präsidenten stattfand, in allgemein befriedigender Weise verlaufen ist. In ebenso schwungvoll als tief empfundenen und kräftigen Worten leitete Minister von Boetticher das stürmisch aufgenommene Hoch auf dem Kaiser ein. In seiner Rede betonte er besonders, dass das Interesse nie aufhöre, welches der greise Monarch gerade auch der Medicin widmet, und theilte bei dieser Gelegenheit mit, dass auf jeden der Cholera-Berichte des genialen Koch der Kaiserliche Dank erfolgt sei. Der Jubilar selbst, dem der älteste seiner noch lebenden Assistenten Rühle-Bonn einen Toast voll begeisterter Anerkennung gewidmet hatte, gab ein Bild seines eigenen Lebens und Strebens zum Theil durch den trockenen Humor, den wir bei ihm kennen, characterisirt. Auch die bei ihm als Hannoveraner berechtigten Eigenthümlichkeiten vergass er nicht, noch die kleinen Schwächen, deren er sich schuldig fühle und für die ihm jedenfalls auch ferner Indemnität gewährt werden wird.

Aus der Fülle der weiteren Toaste heben wir den auf die anwesenden Vertreter der Reichsregierung (v. Boetticher) und des Cultusministeriums (Staatssecretär Lucanus) hervor. Dieser Toast gab dem Minister v. Boetticher Veranlassung, die stete Sorge der Regierung für die Förderung der Medicin und Gesundheitspflege hervorzuheben, indem er darauf hinwies, dass sie, die Minister, wohl wüssten, sie seien auf die Unterstützung der Männer der medicinischen Wissenschaft und Praxis angewiesen. Der Minister trank daher auf das Wohl des Congresses, während Herr Lucanus der Gattin des Gefeierten [illegible]

IX. Geheimrath Koch und seine Begleiter befinden sich nunmehr auf der Heimreise und dürfen in nächster Zeit erwartet werden. Es wird daher interessiren, wenn wir bez. der für den Führer der Cholera-Commission und seine Begleiter geplanten Ehrenbezeugungen Einiges mittheilen können. Der Centralausschuss hat die bereits in einer Vorberathung gefassten Beschlüsse bezüglich der Empfang der Cholera-Commission bestätigt. Es soll die Commission durch eine Deputation begrüsst und Herrn Koch eine Adresse überreicht werden. Ausserdem soll durch den Vorsitzenden darauf hingewirkt werden, dass die Festlichkeit, welche von einem unter dem Vorsitze von Herrn v. Bergmann gebildeten Comité in Aussicht genommen wurde eine möglichst solenne werde.

Dies Comité besteht ausser dem genannten Vorsitzenden, aus folgenden Herren:

P. Börner, Goltdammer, A. Fraenkel, Ewald, Klaatsch, Körte, Siegmund, C. Friedländer, Senator, Busch, H. Munk, C. Küster, E. Küster, Gusserow, Leyden, du Bois-Reymond, v. Frerichs, v. Bergmann, Bardeleben, Henoch, Ehrlich, Croner, Lehnerdt, Volmer, Mehlhausen, Leuthold, Schubert, Wegner, Jastrowitz, Riess, E. Hahn, J. Israel, Fehleisen, B. Fränkel, P. Guttmann, Pistor, Wernich, Lassar.

X. Entgegnung auf das Referat des Herrn Dr. Becker. „Die Mikrokokken der Pneumonie etc." betreffend.

In No. 14 pag. 218 der D. med. Wochenschr. wird in einem Referate Becker's über eine andere Arbeit, auch meine Mittheilung über „Pneumoniekokken in der Zwischendeckenfüllung als Ursache einer Pneumonie-Epidemie" (Fortschritte d. Med. No. 5) kurz abgefertigt.

Ich muss mich gegen die unrichtige Behauptung des Herrn Becker, dass die Grundlage meiner Arbeit auf der Kapselbildung der Pneumoniekokken und auf der Nagelform der Cultur beruhe, entschieden verwahren.

Herr Becker theilt zunächst durchaus keine Neuigkeit mit, wenn er sagt, dass Mikrokokken mit Kapseln gar nicht selten in allen möglichen Substraten gefunden werden.

Ich selbst bin im Besitze zahlreicher Präparate von Kokken, Bacillen, sowie Kokken- und Bacillen-Ketten, bei welchen, auch ohne Anwendung des Friedländer'schen Färbeverfahrens, noch grössere und ebenso scharf markirte Kapseln zu sehen sind, als bei den Kokken der croupösen Pneumonie.

Es ist mir deshalb auch nie eingefallen der Kapselbildung eine irgendwie wesentliche Bedeutung zuzuschreiben. Noch weniger aber habe ich die angebliche „Nagelform" der Gelatinecultur an und für sich als ein charakteristisches oder die Identität sicherstellendes Moment betrachtet.

Die Nagelform ist, da sie nur bei der Impfung durch Einstich mit dem Draht entsteht, zum Theil ein Kunstprodukt und die Bezeichnung nicht glücklich gewählt. So regelmässig, wie es nach der schematischen Zeichnung in Friedländer's Abhandlung scheinen könnte, wird dieselbe niemals oder nur selten beobachtet.

Die erhobene Form der Cultur, welche oft die Grösse einer halben Erbse oder Bohne erreicht, das Wachsthum en relief, ist immerhin von den Gelatineculturen der bis jetzt bekannten pathogenen Spaltpilze verschieden.

Da ich somit weder die „Nagelform" der Cultur, noch die Capselbildung als einen die Identität bedingenden Factor anerkenne, so wäre mein ganzes Beweisverfahren, wenn es keine anderen Grundlagen hätte, als die von Herrn Becker erwähnten, durchaus schwach und hinfällig.

Es giebt verschiedene Krankheiten, welche viele ganz gleiche Symptome haben, und doch sind die letzteren für jede einzelne dieser Krankheiten wieder charakteristisch, aber nur im Zusammenhang mit den übrigen Krankheitserscheinungen, auf welche sich die Diagnose stützt.

Das Gleiche gilt für die Pilzdiagnostik.

Ich habe gezeigt, dass nicht nur die Form und Grösse, das Fehlen spontaner Bewegung, die Capselbildung und Gelatinecultur, sondern alle bis jetzt bekannten Merkmale und Wirkungen der Pneumoniekokken mit jenen, welche die aus dem Füllboden gezüchteten Kokken zeigen, identisch sind. (Cf. meine Angaben über das Verhalten der Kokken und Capseln zu Reagentien, Blutserum- und Kartoffelcultur etc.)

Die Hepatisation der Lungen der inficirten Thiere (insbesondere auch die der linken nicht verletzten Lunge) war so evident, dass auch von Seite maassgebender Fachleute kein Zweifel in die specifische Wirkung der aus dem Füllboden gezüchteten Kokken gesetzt wurde.

Vielfache Controlversuche, welche durch Injection von Reinculturen anderer pathogener Pilze in die Lunge ausgeführt wurden, ergaben niemals ein ähnliches Resultat und endlich wurde durch Inhalationsversuche die gleiche Wirkung erzielt, wie nach Injection der Kokken in die Lunge.

Ferner wurden bis jetzt 14 Fehlbodenproben aus anderen Gebäuden, Kiesboden und Gartenerde auf das Vorkommen der Pneumoniekokken eingehend untersucht, aber ohne Erfolg.

Welche Controlversuche vermisst nun Herr Becker?

Allerdings sollten noch Versuche an Thieren, bei welchen notorisch Pneumonie vorzukommen pflegt (Kalb, Schwein) und insbesondere vergleichend histologische Untersuchungen über den Befund bei spontan an Pneumonie erkrankten und bei mit Reinculturen von Pneumoniekokken inficirten Thieren angestellt werden.

Es erschien mir jedoch, abgesehen von der pecuniären Seite, zur Verificirung der fraglichen Kokken ausreichend, die von Friedländer und Frobenius bis jetzt festgestellte Symptomatologie zu berücksichtigen.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass die Angabe von Poels und Nolen (deren Abhandlung ich übrigens noch nicht gelesen habe), welche sich auf die Nagelform der Pneumoniekokken-Culturen auf Blutserum bezieht, keineswegs befremdend ist, da man auch auf erstarrtem Blutserum beim Impfverfahren durch Einstich mit dem Drahte, nagelförmige Colonieen [illegible].

Das ! Zeichen, welches Herr Becker hinter die betreffende Angabe seines Referates setzt, dürfte daher nicht am richtigen Platze stehen. —

Was nun die Richtigkeit der Friedländer-Frobenius'schen Entdeckung anlangt, so ist dieselbe durch Herrn Becker's Kritik nicht im Mindesten erschüttert, wohl aber durch neue Untersuchungen bestätigt worden.

In dem massenhaften Vorhandensein von Pneumoniekokken (resp. Sporen) in der Zwischendeckenfüllung der von epidemischer Pneumonie wiederholt und schwer heimgesuchten Amberger Gefangenenanstalt sehe ich eine weitere Stütze für die Richtigkeit der von Friedländer und Frobenius constatirten Thatsachen.

Dass in den Schlafsälen des Gefängnisses, aus welchen die siechhafte Füllung im August 1883 entfernt wurde, im Verlaufe des letzten Winters zum erstenmal keine Pneumonie-Fälle vorkamen, ist vielleicht eine zufällige Erscheinung, aber jedenfalls eine interessante und beachtenswerthe.

Herr Becker hat meine Beweisführung zu verkleinern gesucht, indem er ihr eine falsche Grundlage unterschob und die wichtigsten Punkte des Beweisverfahrens unerwähnt liess.

XI. III. Congress für innere Medicin — Berlin 21.—24. April 1884.

I. Sitzung, Montag 21. April Vormittags 10 Uhr.

(Schluss aus No. 17.)

In der Discussion betont zuvörderst Herr C. Friedländer-Berlin, dass das Vorkommen der Pneumoniekokken im Blute und in verschiedenen Organen des Menschen von der höchsten Bedeutung sei, und dem entspreche, was Koch und er selbst schon früher nachgewiesen. Er habe diese Erfahrungen noch ergänzt, indem er unter allen Cautelen Blut von an acuter Pneumonie Leidenden zu Impfungen der Gelatine benutzte. Ein Fall unter 6 ergab ein positives Resultat, indem sich an einer Impfstelle Mikroorganismen entwickelten, deren Aussehen an die Nageleulturen der Pneumonie erinnerte, was auch durch Thierversuche bestätigt wurde, indem die betreffenden von ihnen inficirten Mäuse an typischer Pneumonie und Pleuritis zu Grunde gingen. Die Kapseln und die Nagelcultur der Kokken hält Fr. für sehr wichtige Kriterien, warnt aber davor, einen dieser Factoren allein zur Diagnose zu benutzen. Der geschlossene Kreis der Erscheinungen allein sei maassgebend, Kapselbildung, dann Nagelcultur bei ganz bestimmt zusammengesetzter Gelatine, inficirende Wirkung dieser rein gezüchteten Organismen u. s. w. Nicht immer seien alle Momente dieser geschlossenen Reihe vorhanden; vielleicht gebe es verschiedene Arten von Pneumonien, was mit der Anschauung vieler Kliniker zusammentreffen würde, und nur für eine derselben seien die beschriebenen Kokken maassgebend. Oder dieselben seien bei der Untersuchung nicht mehr vorhanden, resp. nicht mehr lebensfähig, denn es sei möglich, dass im Gegensatze zum

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tuberkelpilz die Pneumoniekokken noch mikroskopisch nachweisbar seien, während sie Lebensfähigkeit nicht mehr besässen. Der von ihm seiner Ansicht nach gelieferte geschlossene Beweis, dass in zahlreichen Fällen von Pneumonie Organismen gefunden werden, welche, auf künstlichem Nährboden gezüchtet, mit Erfolg auf Thiere übertragen werden können, bezw. durch Inhalation, werden durch Emmerich's bekannte Mittheilungen bestätigt. Herr Friedländer hält es für die nächste Aufgabe, die in dem Thierkörper vorhandenen Bedingungen festzustellen, unter denen der Pneumoniekokkus sein Wachsthum einstelle und absterbe. Ausserhalb des Thierkörpers scheine der Pneumoniekokkus ein längeres Leben zu haben.

Herr Gerhardt-Würzburg steht auch auf dem Standpunkte von Jürgensen, dass die Pneumonie eine Infectionskrankheit sei und durch ein einheitliches Virus hervorgerufen werde, das auch die Complicationen wie Meningitis, Pleuritis und Nephritis bewirke. Auch den von Jürgensen präcisirten Maximen der antiphebrilen Behandlung stimmt G. bei. Es handle sich wie bei den Infectionskrankheiten überhaupt um einen pathogenen Pilz, den wir nicht direct bekämpfen könnten und daher um eine je nach dem Falle verschiedene, symptomatische Behandlung. Auch G. hält das Eisen gegen die Pneumonie in einem sehr anämischen Körper, den Alkohol bei Erschöpfungszuständen und Herzschwäche für indicirt, während er in anderen Fällen das Fieber bekämpft. Veratrin, Digitalis, Kairin scheinen ihm aber wenig Anwendung zu verdienen. Er lobt das Nitrum, das Chinin für schwerere Fälle und die Bäder mit gleichzeitig gegebenen Stimulantien in sehr bedenklichen.

Herr Fraentzel-Berlin führt Beobachtungen an zum Beweise, dass die Pneumonie nicht lediglich eine Hauskrankheit sei, wahrscheinlich würden die Pneumoniekokken inhalirt.

Herr Rühle-Bonn glaubt nicht, dass durchweg der Charakter der Pneumonie als einer Infectionskrankheit unangreifbar fest stehe. Auch das Dogma von der Erkältung als Ursache der Pneumonie werde wiederkehren, vielleicht unter der Auffassung, dass sie den Kokken den Boden bereiten. Seine Therapie sei wesentlich eine exspectative.

Herr Nothnagel-Wien hält ebenfalls die exspectative Behandlung der Pneumonie für die z. Z. allein mögliche. Der Alkohol dürfe seiner Ansicht nach aber bei Pneumonie nur dann gereicht werden, wenn direct und unmittelbar auf das Herz eingewirkt werden solle.

Herr Rosenstein-Leyden möchte seinen Standpunkt dahin präcisiren, dass die croupöse Pneumonie eine Infectionskrankheit sein könne in vielen Fällen sogar sei, aber nicht in allen. Er hält ebenfalls die Einheit des Virus der Pneumonie nicht für erwiesen.

In ähnlicher Weise spricht sich Herr Baeumler-Freiburg aus, während Herr Edlefsen-Kiel die Mittheilung von Jürgensen über das Verhältniss der Anzahl der Erkrankungen zu den Niederschlägen bestätigt.

In seinem Schlussworte betont Herr Jürgensen, dass manche Differenzen, die hier zu Tage gekommen seien, sich wahrscheinlich erklärten durch die Verschiedenheit des dem Beobachter zu Gebote stehenden Materials. Es gelte dies auch von den Einwürfen Nothnagel's gegen den Alkoholgebrauch. Bei seinem Material mit starker Disposition zur Herzschwäche sei er genöthigt, auch in anscheinend leichten Fällen, besonders bei alten Leuten, frühzeitig zum Alkohol zu greifen.

Herr A. Fraenkel-Berlin meint, die Frage von der Einheit des Virus der Pneumonie sei bisher endgültig noch nicht gelöst worden. Die Verbreitung der Pneumoniekokken bedürfe eines ausgiebigen Studiums, ebenso die Frage von der ihn anhaftenden grösseren oder geringeren Virulenz.

II. Sitzung. Montag den 21. April, Nachmittag 3 Uhr.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Zuvörderst nimmt das Wort Herr Rosenthal-Erlangen über Reflexe und es knüpft sich an seinen Vortrag eine ausführliche Discussion, an der sich die Herren Remak-Berlin, Weber-Halle, Goltz-Strassburg und Rosenthal-Erlangen betheiligten. Der ganze Charakter des Vortrages wie der Discussion gestattet unserer Ansicht nach noch nicht ein sofortiges Referat in abgekürzter Form. Die Materie ist so schwierig und dabei so wichtig, dass der ausführliche officielle Bericht abgewartet werden muss.

2. Ueber Vaccination.

Herr Pfeiffer (Weimar). Redner giebt zuvörderst einen historischen Ueberblick über die allmähliche Entwicklung der Anschauung über das Variola-Gift. Die Anschauung, die Reproduction des Virus gehe ausschliesslich in einer oder mehreren Pusteln vor sich, und von hier aus vollziehe sich die Impfsättigung des betreffenden Individuums, bezeichnet er als eine irrige. Es sind schon früh Beobachtungen gemacht worden, dass die Vervielfältigung des Contagiums ohne Betheiligung der Haut verläuft. Die natürliche Ansteckung des Menschen durch Variola ist experimentell nachgeahmt beim Pferd, beim Schaf und beim Rind. Die Infectiosität des Blutes von Blatternkranken und kürzlich Vaccinirten ist wiederholt Gegenstand des Experimentes gewesen. Redner machte selbst eine Transfusion mit dem Blute eines geimpften Kalbes mit Erfolg. Die Infectiosität des Blutes geht auch aus der durch das Experiment nachgewiesenen intrauterinen Infection hervor. Alle diese Versuche ergeben, dass bei directer Intromission des Variola-Vaccinecontagiums auch ohne Betheiligung des Rete Malpighii Schutzwirkung statt haben kann. Die Betheiligung der Haut denkt sich der Redner so, dass der ins Blut gelangte Pilz mit dem Blute in die Haut gelangt.

Redner geht sodann über zu den Versuchen, den Variola-Pilz abzuschwächen. Der erste Schritt bestand in der künstlichen Verlegung der Infection in die Haut des Menschen, wie sie lange Zeit in England geübt wurde.

Die nächste Abschwächung der Variola gelingt durch Benutzung der Haut des Pferdes, einen stärkeren Grad der Abschwächung erleidet sie durch die Cultur in der Haut des Rindes. Von Beispielen des Verlaufes der Vaccine auf ungeeignetem Nährboden führt Redner die latente Vaccine und die generalisirte Vaccine an. Was man als Degeneration der Lymphe bezeichnet, hat mit der Abschwächung nichts zu thun. Eine Auffrischung des abgeschwächten Variola-Vaccine-Pilzes erhält man durch Zurückverpflanzung eines alten humanisirten Stoffes auf das Rind, ferner durch gleichzeitige Züchtung von Variola und Vaccine auf demselben Kalb.

Redner berührt sodann noch kurz die neueren Fortschritte, welche auf dem Gebiete der Impftechnik gemacht sind, namentlich in der Verwendung animalen Stoffes. Gegen Syphilisübertragung schützt die Kälberlymphe immer. Perlsucht kommt selten angeboren vor. Gegen Erysipelübertragung schützt nur vorsichtige Prüfung der Abimpflinge und ein möglichst aseptisches Impfverfahren. Die Gewinnungs- und Conservirungs-Methoden sind bekannt. Die Resultate sind ziemlich denen gleich, die mit humanisirten Conserven erhalten wurden. Um den Bedarf zu decken, empfiehlt sich die Anlage von zerstreuten Musteranstalten. Am leichtesten lässt sich für den Bedarfsfall die Herstellung von Retrovaccine ermöglichen.

Herr Voigt (Hamburg) hält ebenfalls die Gewinnung einer brauchbaren Retrovaccine für durchaus möglich und ist der Ansicht, dass man die Anwendung der humanisirten Lymphe nicht ganz wird ausschliessen können, um einem relativ sicheren Impfschutz zu erreichen.

XII. Dreizehnter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

III.

Erste Sitzung.

Mittwoch den 16. April, Nachmittags 1 Uhr.

(Fortsetzung.)

Küster (Berlin): Ueber Anwendung versenkter Nähte, insbesondere bei plastischen Operationen.

Küster glaubt auf Grund zahlreicher eigener Erfahrungen die Anwendung versenkter (Catgut-) Nähte angelegentlichst empfehlen zu können, wenn man bei tiefen Wunden eine breite und zuverlässige Vereinigung ohne die eine genügende Ernährung gefährdende tiefgreifende Naht erzielen und eine Drainage entbehren will. So gelang es ihm in 11 Fällen von Perineoplastik 9 Mal eine rasche Heilung per primam herbeizuführen, während Hofmeier von 10 solchen Operationen trotz Anwendung versenkter Nähte nur eine ohne Störung verlaufen sah. K. unterlässt es aber nie, bei der Anfrischung den Sphincter zu spalten, die Nahtlinie mit Jodoformcollodium zu überpinseln, in's Rectum und in die Scheide Jodoformgaze einzulegen. — Dann hat diese Naht K. in 8 Fällen von Operation des Prolapsus vaginae, bei Laparomyomotomien nach dem Vorgange von Schröder zum Verschlusse des Uterusstumpfes und bei Vereinigung der Bauchdeckenwunde nach Laparotomien sehr gute Dienste geleistet. Bekanntlich bringt Czerny bei Radicaloperation der Hernien die Bruchpforte durch eine mehrfache Nahtreihe zum Schluss, und Hahn erstrebt eine rasche Verödung des Bruchsackes durch zahlreiche, an demselben angelegte versenkte Nähte. Ihrem Beispiel ist auch K. gefolgt. Auch bei der Operation des Ectropion des oberen Lids nach Dieffenbach bedient sich K. zur Naht der Conjunctiva mit gutem Erfolge der versenkten Nähte. — Die Drainage der Höhlenwunden nach Operationen in der Nähe des Afters vermeidet er durch Anwendung derselben Naht, so z. B. jüngst nach Exstirpation einer Dermoidcyste.

Esmarch nimmt das Verdienst, die versenkte Naht zuerst methodisch in Gebrauch gezogen zu haben, für die chirurgische Klinik in Kiel in Anspruch, wo jetzt noch Neuber sie fortgesetzt anwende.

Schröder erklärt, dass er die versenkten Catgutnähte aufgegeben habe, weil Catgut unzuverlässig sei; dafür wende er jetzt die fortlaufende Catgutnaht an und sei im Ganzen damit zufrieden, wenn ihm auch dabei einmal eine perineoplastische Wunde am 4. Tage aufgegangen sei. Zum Schlusse der Bauchdeckenwunde halte er die versenkten Nähte für unnütz und zeitraubend. Er glaube nicht, dass versenkte Nähte einem Bauchbruche besser vorzubeugen im Stande seien. Bei Myomotomien halte er die Anwendung des Catgut für allzu riskirt. Mikulicz empfiehlt zu solchen Nähten Chromsäurecatgut, das 2—3 Wochen lang der Resorption widerstehe, und Küster das Juniperuscatgut aus gleichem Grunde.

Kolaczek.

Jul. Wolff. Das Gesetz der Transformation der inneren Architectur der Knochen bei pathologischen Veränderungen der äusseren Knochenform. (Autorreferat.)

In den Jahren 1870—72 hat der Vortragende den Nachweis zu führen gesucht, dass im Gefolge sämmtlicher aus beliebigem äusserem oder innerem Anlass entstehenden pathologischen Veränderungen der äusseren Form resp. der Belastung der Knochen gewisse Umwandlungen der inneren Architectur dieser Knochen vor sich gehen, und dass in gleichartigen Fällen stets dieselbe Form der Umwandlung wiederkehrt. Er suchte zugleich zu zeigen, dass diese Umwandlung in directer Beziehung zur Wiederherstellung der Function des pathologisch veränderten Knochens steht, dass sie demgemäss jedesmal im Sinne derjenigen Linien geschieht, welche die graphische Statik zur Darstellung der Vertheilung der Kräfte in belasteten Balken construirt, und dass mithin die innere Architectur pathologisch veränderter und trotzdem wieder functionirender Knochen ganz ebenso, wie diejenige normal gestalteter Knochen, unter dem Zwange mathematischer Regeln steht.

Die graphische Statik lehrt, dass bei jeder Formveränderung eines belasteten Balkens die Richtungen des maximalen Zugs und Drucks sich ändern. Auf den Knochen, der ja in Druck- und Zuglinien, nach dem Prinzip des geringsten Materialaufwandes bei grösstmöglicher Leistungsfähigkeit aufgebaut ist, übertragen, bedeutet dies so viel, dass ein in seiner Form veränderter Knochen erst dann wieder zu functioniren vermag, wenn seine ursprünglichen Bälkchen durch neue, für die veränderte Form und Inanspruchnahme statisch brauchbare Bälkchen ersetzt worden sind.

Erst jetzt ist der Vortr. seiner, auf Grund von ihm aufgestellten zahlreichen dem Congress vorliegenden Präparate, in der Lage, eine ausreichende objective Begründung des „Transformationsgesetzes" der Knochen liefern zu können. Aus dem sehr reichhaltigen Thema will er für die heutige Erörterung nur die sechs hauptsächlichsten Punkte herausgreifen:

1) Die Heilung der Knochenbrüche. Alle Autoren, seit Galen,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nahmen bisher an, dass die Bruchstelle der alleinige Sitz der Invalidität eines gebrochenen Knochens sei, und dass daher die Natur bei der Fracturenheilung nichts zu thun nöthig habe, als eine recht feste Vernietung, eine Art „Siegellackverklebung“ der Fragmente herzustellen.

Ein sehr einfaches Beispiel zeigt das Irrthümliche dieser Vorstellung. Eine mitten hindurch gebrochene Säule, die wieder tragfähig werden soll, muss nicht nur an der Bruchstelle fest vernietet sein; es müssen vielmehr offenbar die Bruchstücke auch noch in genau senkrechter Richtung an einander gefügt sein, widrigenfalls die Säule selbst erst noch gestützt werden müsste.

Nun wusste man ja aber jederzeit, dass die Fracturen niemals ohne alle Dislocation, dass sie vielmehr meistens mit recht erheblicher Dislocation heilen.

Es liegt demnach auf der Hand, dass die Vernietung der Bruchstelle nur der kleinere Theil der reparatorischen Thätigkeit der Natur sein kann, während der viel grössere Theil in der Restitution der verloren gegangenen Druck-, Zug- und Scheerfestigkeit aller Partikelchen des ganzen Knochens, auch der gar nicht direct von dem Trauma betroffenen bestehen muss.

In der That zeigt jedes einzige der vorliegenden Fracturenpräparate zweckentsprechende Umwandlungen an Stellen, die ganz fern von der Bruchstelle gelegen sind. Jedesmal bildet sich ein völlig neues orthogonales Trajectoriensystem, dessen Gebiet sich weit über die Bruchstelle hinaus erstreckt. Es entwickeln sich neue statische Markhöhlen mitten in der Spongiosa, sogar an den ganz weit von der Bruchstelle entlegenen Knochenenden. Die Lage der Markhöhle wird an der Spongiosagrenze excentrisch. Es entstehen statische Pfeiler, Stützen und Brücken, die man bisher als „Callusbrücken“ oder „fehlerhaft beschaffenen Callus“ betrachtet hat, die sich aber als streng physiologische Bildungen erweisen, da ihre innere Architectur vollkommen mit dem Gesammtbild der übrigen neu entstandenen Architectur harmonirt. Ja, es entwickelt sich sogar unter Umständen an den ganz gesunden Nachbarknochen eine mächtige compensatorische Hypertrophie, z. B. an der Fibula bei Pseudarthrose der Tibia.

Die Bruchstelle, an welcher ja ursprünglich sich der entzündliche Callus bildet, wird demnach natürlich später der Sitz derselben statischen Architecturneubildung, welche im ganzen Knochen vor sich geht. Trotz des zufälligen Zusammentreffens an der Bruchstelle walten indess gar keine Beziehungen zwischen der entzündlichen und der statischen Bildung ob. Das eine entsteht nicht aus dem anderen; es setzt sich nur, während der Callus vollkommen untergeht, das Product der statischen Bildung an seine Stelle.

Was also Dupuytren resp. andere Autoren „definitiven“, „zweiten“, „späteren“ oder „umgewandelten“ Callus genannt haben, das ist gar kein Callus. Es entsteht nicht, wie der Callus durch den Entzündungsreiz, sondern durch den „trophischen Reiz der Function“.

Das Product der statischen Bildung an der Bruchstelle hat ja nicht einmal irgend welche directe Beziehungen zu der Fractur. Denn es würde auch ganz ebenso entstanden sein, wenn der Knochen durch irgend eine andere, ohne Continuitätstrennung, und also auch ohne Callusbildung einhergehende Affection unter ähnlich veränderte Bedingungen der Form und Belastung, wie sie bei Fracturen vorkommen, versetzt worden wäre, und wenn er unter diesen veränderten Bedingungen hätte weiter functioniren sollen. Das beweisen vor Allem die vorliegenden Ankylosenpräparate mit ihren zierlichen, unter normalen Verhältnissen niemals vorkommenden, in gleichartigen Ankylosefällen aber stets in derselben Form wiederkehrenden Trajectoriensystemen.

Wenn man bisher gemeint hat, dass die Natur bei der Fracturheilung zu möglichst normalen Formen zurückzukehren, und namentlich stets, selbst bei den stärksten Dislocationen, eine neue Markhöhle an der Bruchstelle wieder herzustellen strebt, so konnte der Vortr. dem gegenüber schon 1872 zeigen, dass die Wiederherstellung der Markhöhle nur bei sehr geringer Dislocation eintritt. Bei stärkerer Dislocation würden die construirten Spannungstrajectorien mitten in die Markhöhle hineinfallen; es besteht also hier vielmehr das Streben der Natur, die alte Markhöhle mit einer neuen Spongiosa auszufüllen. So ergiebt es sich denn, — und zwar zugleich aus den neuentstehenden statischen Pfeilern, Stützen, Brücken und Markhöhlen — dass sich keineswegs die ursprüngliche Form wiederherstellt, sondern nur die Function, und eine ausschliesslich durch die Function bestimmte Form, mag diese neue Form von der ursprünglichen normalen so verschieden sein, wie sie wolle.

2) Die Rachitis. An rachitisch verbogenen Knochen machen sich die durch die veränderte Form und Belastung hervorgerufenen Transformationen einmal durch die Verengung oder Verschliessung der Markhöhle an Krümmungsstellen der Diaphysen, und zweitens durch die Bildung alternirend compacter und spongiöser Lagen der Corticalis an Krümmungsstellen der Knochenenden bemerklich.

Die schon Du Verney, Rufz und Virchow bekannt gewesene Verengung der Markhöhle erweist sich als statische Bildung, die auch hier wieder nicht direct durch die Rachitis, sondern nur indirect durch die in Folge der Rachitis resp. der rachitischen Infractionen oder Fracturen eingetretene Veränderung der Form und Belastung des Knochens bedingt ist.

Demgemäss hat die Ausfüllungsmasse stets eine typische Architectur. Auf Schnitten durch die „neutrale Faserschicht“ der Krümmungsstelle verlaufen ihre Bälkchen parallel und senkrecht zur Knochenaxe. Auf Schnitten dagegen, die von der convexen zur concaven Wand hinüber geführt werden, convergiren die Enden der Bälkchen gegen die concave Seite hin, und erzeugen so eine dreieckige Gestalt der Markhöhle nach oben und nach unten von der Ausfüllungsmasse.

Die gleichfalls schon von Virchow beschriebenen alternirenden Lagen der Corticalis sind ebenso eine statische Bildung. Sie finden sich immer nur an einer bestimmten Stelle, und zwar an der concaven Seite von Krümmungsstellen der Knochenenden. Hier stellen sie in ihrer Gesammtheit die senkrechte Fortsetzung des Mittelstücks der Corticalis dar, und ersetzen so das abgebogene und dadurch statisch unbrauchbar gewordene Endstück der Corticalis.

Für die histiologische Untersuchung wird es darauf ankommen, überall die beschriebene physiologische Bildung von der direct durch den pathologischen Process bedingten Bildung streng zu sondern. Beide Bildungen schreiten, bei dem chronischen Verlauf der Krankheit, oft Jahre lang neben einander her. Denn der rachitische Knochen functionirt ja, wenn auch in unvollkommener Weise, bereits wieder zu einer Zeit, in welcher der Krankheitsprocess noch lange nicht ganz abgelaufen ist.

3. Das Genu valgum. Bei Genu valgum bildet sich, namentlich im oberen Ende der meistens vorzugsweise betroffenen Tibia, ein vollkommen verändertes, der verbogenen Knochenform angepasstes Trajectoriensystem. An der mehrbelasteten lateralen Seite ist die Spongiosa viel dichter, und die Corticalis doppelt resp. dreimal so dick, wie an der medialen Seite. Ausserdem reicht die Markhöhle an der medialen Seite viel höher hinauf, und gewinnt so eine excentrische Lage.

In der Regel findet sich bei Genu valgum adolescentium nirgends etwas Krankhaftes an den Knochen. Es zeigt sich also, dass die bekannten Abänderungen der statischen Verhältnisse, wie sie z. B. bei Bäckerlehrlingen obwalten, den ganzen, gesunden Knochen zu verbiegen vermögen, als wäre er von Wachs.

Mit Recht hat Mikulicz gezeigt, dass die Gelenkoberflächen gar nicht erkrankt sind, und dass die Epiphysen ihre normale Breite sowohl an der medialen, wie an der lateralen Seite beibehalten. Die Ogston'sche Operation des Genu valgum entspricht demnach ganz und gar nicht den anatomischen Verhältnissen dieser Affection.

4. Das Knochenwachsthum. Das Transformationsgesetz widerlegt eine der hauptsächlichsten Lehren der Flourens'schen Theorie, die von der Passivität der fertigen Tela ossea. Während nach dieser Lehre „irgend welche gröberen oder auch nur moleculären Verschiebungen an der fest gewordenen Tela ossea unmöglich sind“, zeigt es sich vielmehr, dass selbst noch bei ausgewachsenen Individuen jedes kleinste Knochentheilchen der Spongiosa und der in statischer Beziehung mit ihr identischen Corticalis den statischen Verhältnissen derart unterthan ist, dass man die Lage und Richtung der Theilchen gleichsam als ein empfindliches Reagens auf die statischen Verhältnisse betrachten kann. Die Tela ossea ist also nicht passiv; sie steht vielmehr keinem der übrigen Gewebe des Organismus an Activität nach.

5) Die Regeneration der Gewebe. Bisher hat ein Theil der Autoren den gesammten Regenerationsprocess als einen entzündlichen Vorgang, ein anderer Theil den gesammten Process als eine Wiederholung der normalen Bildung angesehen.

Dem gegenüber lehrt das Transformationsgesetz, dass die Regeneration allerdings zwar eine Wiederholung des normalen Vorganges ist, dass aber ihre Bedingungen mit denen der Entzündung selbst dann nichts gemein haben, wenn die Producte beider zufällig an derselben Oertlichkeit zusammentreffen. — Das Transformationsgesetz lehrt ferner, dass die „histiogenetische Energie“ der Gewebe an sich nicht formbildend ist. Wie vielmehr unter normalen Verhältnissen das Streben der Natur, die Function zu erhalten, den Fortbestand oder das neue Entstehen diensttauglicher Formen bedingt, so ist unter pathologischen Verhältnissen das Streben der Natur, die Function wieder herzustellen, das einzig Formbildende. — Das zugleich bedingende und formgestaltende Princip aller Regenerationen ist also der „trophische Reiz der Function“, und die Regeneration ist nichts als die „functionelle Anpassung“ an neue, durch pathologische Störungen bedingte Verhältnisse.

6) Der Kampf der Theile im Organismus. Die Darwin'sche Theorie hatte gezeigt, wie das Zweckmässige durch Auslese aus freien Variationen entsteht; sie hatte aber keine Erklärung für die functionelle Anpassung, d. i. für die directe Selbstgestaltung des Zweckmässigen innerhalb des Organismus unter normalen und selbst unter ganz neuen Verhältnissen gegeben.

Wilhelm Roux in Breslau hat sich die Aufgabe gestellt, eine Ausfüllung dieser Lücke der Darwin'schen Theorie zu versuchen.

Roux suchte zu zeigen, dass bei dem fortwährenden Vorkommen von kleinen Variationen in den Qualitäten der Theile des Organismus ein Kampf der neuen Qualitäten mit den alten um Nahrung und Raum stattfinden müsse, und dass in diesem Kampf immer blos die unter den vorhandenen Verhältnissen lebenskräftigsten Qualitäten siegen und schliesslich allein übrig bleiben müssen.

Während also der Darwin'sche Kampf der Individuen, die „Individualauslese“, für die Ausbildung und Erhaltung der Art auf Kosten der Individuen sorgt, bewirkt der Kampf der Theile, die „Partialauslese“, die Ausbildung und Erhaltung der Individuen auf Kosten der Theile derselben.

Nach Roux's eigenen Deductionen kann durch den Nachweis des Vorhandenseins einer functionellen Structur der normalen Gewebe die Lehre vom Kampf der Theile im Organismus nur indirect bewiesen werden, während der directe, durch das Transformationsgesetz erbrachte Beweis, der der Entstehung solcher Structur unter functionell neuen Verhältnissen, bei Weitem überzeugender ist.

XIII. Beiträge zur operativen Augenheilkunde. Von Professor Dr. H. Kuhnt. Jena 1883. G. Fischer. Referent Dr. Horstmann.

Die vorliegende Schrift ist Professor B. J. Schultze zu seinem 25jährigen Professorenjubiläum gewidmet. Dieselbe enthält eine Reihe interessanter Beiträge zur operativen Augenheilkunde.

Im ersten Abschnitte theilt Verfasser seine Erfahrungen über Lidbildung durch Uebertragung grosser stielloser Hautlappen mit, im zweiten wird die Transplantation eines grossen stiellosen Hautlappens vom Oberarm herrührend in den Bindehautsack zur Bekämpfung der Symblepharon in Folge von Trachom beschrieben; der dritte Theil enthält die operative Behandlung des Entropium senile der nasalen Hälfte des unteren Lides und der vierte die Canthoplastik mit cutanem Lappen bei Blepharophimosis der Trachomatösen. Nachdem im 5. Kapitel über

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

zwei penetrirende Hornhaut- bez. Lederhautverletzungen, welche durch Anfrischung der Wundränder und Anlegung von Suturen zur Heilung gebracht waren, berichtet ist, bildet in Kapitel 6 die Deckung eines traumatischen Scleraldefects durch Spaltung und Verschiebung der Ränder den Schluss des Werkes.

XIV. Untersuchungen über die Semiologie des Harns. Ein Beitrag zur klinischen Diagnostik und zur Lehre vom Stoffwechsel. Von Dr. W. Zuelzer. Berlin 1884. Ref. Strübing-Greifswald.

Der Verfasser hat sich bekanntlich in den letzten Jahren in einer Reihe von Untersuchungen und Arbeiten mit der Lösung der Fragen beschäftigt, wie die Zusammensetzung des Harns sich bei den verschiedenen somatischen Zuständen verhält, wie weiter in dieser Zusammensetzung sich etwas Gesetzmässiges nachweisen lässt, und wie endlich dieses Gesetzmässige einen Einblick gestattet in die Veränderungen des Stoffwechsels, die entweder durch pathologische Processe im Organismus oder durch Veränderungen in seiner Ernährung bedingt sind.

Der Weg, auf dem Z. die Beantwortung dieser Fragen zu erreichen gesucht, ist schon aus seinen früheren Arbeiten bekannt. Ausser den Arbeiten von Zuelzer sind in den letzten Jahren eine Menge experimenteller und klinischer Untersuchungen über den gleichen Gegenstand erschienen; wir heben aus diesen namentlich die Arbeit von Edlefsen und Lépine hervor, welche mit ihren Resultaten die Semiotik des Harns sehr wesentlich bereichert haben.

Verf. hat sich in dem vorliegenden Werke der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, unter Zugrundelegung der Resultate seiner Arbeiten das vorliegende umfangreiche Material zu sichten, die Ergebnisse der einzelnen Arbeiten hervorzuheben und übersichtlich zusammenzustellen. Indem der Verf. das Thatsächliche in den Vordergrund treten lässt, den Stoff im Uebrigen zweckmässig gruppirt und klar darstellt, kann der Leser sich leicht orientiren über Dasjenige, was durch Z. und Andere in der Semiotik des Harns, namentlich in jüngster Zeit geleistet ist.

Den mit den seinigen differirenden Ansichten Anderer über die physiologische Deutung der vorliegenden Thatsachen begegnet der Verf. durchaus objectiv und sachlich. Bei der grossen Reichhaltigkeit des verarbeiteten Materials und bei dem objectiven Verhalten des Verfassers gegenüber den Arbeiten Anderer wird das Buch als „Beitrag zur klinischen Diagnostik und zur Lehre vom Stoffwechsel" Vielen willkommen sein.

XV. Das Naphthalin in der Heilkunde und in der Landwirthschaft. Mit besonderer Rücksicht auf seine Verwendung zur Vertilgung der Reblaus. Von Dr. Ernst Fischer. Strassburg 1883. Verlag von Karl J. Trübner. 8°. 98 S. Ref. Rabow.

Das im Jahre 1820 von Garden aus dem Steinkohlentheer dargestellte und 1842 von Rossignon als Heilmittel empfohlene Naphthalin hat erst in jüngster Zeit durch Fischer's verdienstvolle Untersuchungen beim ärztlichen Publikum Beachtung gefunden. Verf. hat in Anbetracht der, diesem ausgezeichneten Antisepticum zukommenden practischen Bedeutung es sich angelegen sein lassen, in der vorliegenden Monographie alles Wissenswerthe über die Eigenschaften des Naphthalin und über seine Verwendbarkeit zu medicinischen und landwirthschaftlichen Zwecken zusammenzufassen.

Das Naphthalin ist ein weisser, krystallinischer, in Wasser unlöslicher Körper von eigenthümlich penetrantem Geruch und brennendem Geschmack. Es bildet sich überall, wo organische Körper verbrennen. „Der Rauch der Schornsteine, der Qualm der Locomotive, der Rauch des Tabaks enthält beträchtliche Mengen Naphthalin. Die Conservirung des Fleisches beruht wenigstens zum Theil auf der antiseptischen Wirkung des Naphthalin." An der Luft verflüchtigt es sich. Beim Kochen mit Wasser wird es mit Wasserdämpfen unzersetzt verflüchtigt. — Das häufige Vorkommen dieses Mittels und seine Verwendbarkeit in der Grossindustrie ist Ursache seines ausserordentlich niedrigen Preises. — Während es bei höheren Thieren und Menschen niemals die geringsten Störungen verursacht, besitzt es für alle niederen Organismen pflanzlicher und thierischer Art höchst differente Eigenschaften. Schimmelpilze, Spaltpilze, Insecten u. s. w. können seiner Einwirkung nicht widerstehen. Es ist in der Strassburger chirurgischen Klinik seit 2 Jahren beim Wundverbande mit Erfolg angewendet worden. Die Vortheile des Naphthalin bestehen in Einfachheit der Application, der absoluten Nichtgiftigkeit und in dem sehr niedrigen Preise. — Man applicirt es in Form des trockenen Naphthalinpulvers, indem man 1) gut aussehende Wunden einfach damit bestreut, 2) Höhlenwunden mit schlechten Secreten damit ausstopft, 3) die Verbandmaterialien damit bestreut.

Bei der Behandlung der Scabies verwendete Verf. mit Erfolg eine Salbe von Naphthalin und Vaselin āā. Je nach der Intensität der erkrankten Körperoberfläche wechselte das Quantum der Salbe, das bei einem Erwachsenen bis 100,0 betragen kann. Tritt nach der ersten Anwendung keine Heilung ein, so wird nach einigen Tagen die Einreibung wiederholt. Herpes tonsurans heilte Wolff innerhalb 14 Tagen mit dieser Salbe in 2 Fällen. Mit ähnlich günstigem Erfolge wurden 2 Fälle von Eczema marginatum behandelt. Auch Favus bei Kindern wurde in dieser Weise günstig beeinflusst. — Da die Einathmung des Naphthalingases selbst in grossen Mengen keine schädlichen Folgen befürchten lässt, so wurde auch der Versuch gemacht, dasselbe bei Scharlach und Diphtheritis anzuwenden. Es wurde auf der Kohts'schen Abtheilung in grösserer Menge auf den Boden der Krankensäle und auf die Betten gestreut, so dass sich eine stark naphthalinhaltige Luft entwickelte. Auf den Verlauf der Diphtheritis hatte dies Verfahren keinen Einfluss, dagegen fiel es auf, dass seither keine Uebertragung von Scharlach und Diphtheritis mehr beobachtet wurde, was früher häufig vorkam.

F. hat auch in grösserem Maassstabe Untersuchungen mit dem Naphthalin behufs Vertilgung parasitärer Organismen an Pflanzen und besonders zur Ausrottung der Phylloxera angestellt. Er ist dabei zu überraschend günstigen Resultaten gelangt, in Betreff derer jedoch auf das Original verwiesen werden muss.

XVI. Michaelis, Dr. Eduard, Sanitätsrath in Berlin. Handwörterbuch der augenärztlichen Therapie, zum Gebrauch für practische Aerzte. (Abel's medicinische Compendien.) Leipzig, Ambr. Abel, 1883. XII u. 252 S., kl. 8°, geb. Mk. 6. — Ref. Hauptmann-Kassel.

Verfasser giebt in dieser für den practischen Arzt bestimmten Schrift eine Zusammenstellung der jetzt in der Augenheilkunde gebräuchlichen therapeutischen Maassnahmen. Ihr Zweck soll sein, „beim Nachschlagen zu belehren, ohne jedoch das eingehende Studium der gangbaren Werke über Augenheilkunde und Augenoperationen überflüssig zu machen." Unter Hinweis auf diese beschränkt sich Verfasser betreffs aller anatomischen, physiologischen und physikalischen Erläuterungen auf die zum Verständnisse der einschlägigen Therapie nöthigen Angaben. Desgleichen werden die Symptomatologie und die grösseren Augenoperationen in möglichster Kürze besprochen. — Es ist, wie der Titel schon andeutet, für die Darstellung die lexicalische Form gewählt; dieselbe aber nicht in einer Weise durchgeführt, welche das „Nachschlagen" besonders erleichtern dürfte. Um eine Erleichterung aber soll es sich doch hier handeln: denn wer einer solchen nicht bedarf, findet all' das hier Reproducirte in den Lehrbüchern, oder, so weit es die Encheiresen neuesten Datums betrifft, in den Fachblättern.

Die Therapie der verschiedenen Erkrankungsformen wird zusammengefasst unter Buchstabe B — nämlich „Behandlung". Auf diese Weise kommen aber der Hauptmaterie des ganzen Buches, welche weit über die Hälfte Raums desselben beansprucht, die lexicalischen Vortheile nicht zu gute. Daneben wählt Verfasser wiederum die Bezeichnungen „Abhilfe" (z. B. „Abhilfe bei Verletzungen des Auges" etc.) und „Beseitigung" (z. B. „Beseitigung des Thränträufelns"), die sich meistentheils mit „Behandlung" decken. Der Leser ist unter solchen Umständen genöthigt das Inhaltsverzeichniss, resp. das sehr mangelhafte alphabetische Register zu Hilfe zu nehmen, um das Gesuchte zu finden.

Inconsequent ist es, wenn der Autor mitten unter B („Behandlung") einen 26 Seiten umfassenden Abschnitt mit der Ueberschrift „Hornhautkrankheiten" einschaltet; oder wenn „Staaroperationen" und „Schieloperation" bei Behandlung der Erkrankungen der Linse, resp. des Muskelapparates, beschrieben werden, während die „Abratio corneae" und „Tätowirung" Artikel unter A und T bilden, die man nach dem eben erwähnten Vorgang unter Behandlung der Hornhauttrübungen suchen würde.

Dass die „Dauer der Wirkung" einzelner Medicamente (Atropin, Duboisin etc.) in besonderen Artikeln unter D, nicht aber gleich bei Erwähnung der betreffenden Alkaloïde selbst besprochen wird, ist eine unzweckmässige Versprengung des Stoffes. — Eine zweimalige, noch dazu sich widersprechende Angabe über die Zusammensetzung des Rommershausen'schen und des Stroinski'schen Augenwassers (pag. 31 und 239) war überflüssig.

Unter „Anwendung der Augenwässer ist die Solut. acid. bor. unerwähnt geblieben. Ebenso ist bei Aufzählung der zur Iridectomie und Staaroperation nöthigen Instrumente der Lidhalter zu

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vermissen. Wenn Verfasser denselben durch manuelle Assistenz ersetzt wissen will, so musste das ausgesprochen werden. Im Instrumentarium für Lidoperationen durfte die Desmarres'sche Pincette nicht fehlen. — Die „nachträglichen Bemerkungen“ (pag. 244—247) könnten demnach noch um ein Wesentliches vermehrt werden, wie auch das Druckfehlerverzeichniss bei genauerer Durchsicht mehr als den dreifachen Umfang bekommen haben würde.

Hinzugenommen noch eine grosse Anzahl typographischer Unzulässigkeiten (pag. 192 u. v. a.), mögen die obigen Ausstellungen genügen, um zu zeigen, dass das „Handwörterbuch“ in dieser Form nicht den an ein solches zu stellenden Anforderungen entspricht.

Dass trotzdem das Buch für Manchen eine Reihe willkommener therapeutischer Hinweise bringen wird, namentlich was die neuen und neuesten Errungenschaften auf ophthalmiatrischem Gebiete betrifft, ist gewiss; auch spricht sich überall eine reiche practische Erfahrung aus: um so störender wirkt der wenig practische Ueberblick, mit welchem die Anordnung des Materials von seiten des Verfassers geschehen ist. Bei einer weiteren Auflage, sofern das Bedürfniss eine solche nöthig machen sollte, wäre den erwähnten Mängeln leicht abzuhelfen.

XVII. Elektrotechnische Rundschau. Herausgegeben von Dr. Th. Stein. (Halle a. S., Verlag von Wilhelm Knapp.) No. 3—5, December 1883—Februar 1884. Ref. A. Eulenburg.

Die 3 letzterschienenen Hefte dieser vortrefflich redigirten und durch einen sehr reichen und vielseitigen Inhalt ausgezeichneten Zeitschrift enthalten wiederum auch mehrere speciell für ärztliche Kreise interessante und wichtige Originalien. Wir heben aus denselben hervor:

1) Verwendung des elektrischen Glühlichts zu physiologischen Untersuchungen. Vom Herausgeber (No. 3, p. 39). Beschreibung und Abbildung der vom Verfasser zum Mikroskopiren benutzten Glühlichtlämpchen, die mittelst geeigneter Stative zur Beleuchtung transparenter Gegenstände am Mikroskop angebracht werden. Die Speisung derselben geschieht durch eine kleine Bichromat-Tauchbatterie von 2 Bunsen'schen Elementen. Zur Concentrirung des Lichtes auf das Object können an den Lämpchen noch kleine, innen polirte Reflectoren angebracht werden. (Verfertiger C. H. F. Müller in Hamburg.) — Neuerdings hat Stein an seinen elektrotechnisch ausgestatteten Mikroskopen den heizbaren Objecttisch durch eine Vorrichtung ersetzt, wobei die Erwärmung durch eine Widerstandsspirale (einen in beliebiger Qualität und Intensität vom Strom durchflossenen langen Neusilberdraht) bewirkt und regulirt wird. Eine Stöpselschaltung und ein Spiral-Rheostat vermitteln die Zuleitung des Stromes in verschiedenen Richtungen und vervollständigen so das elektrische Armamentarium der Mikroskope.

2) Neue Chlorsilber-Elemente für häusliche und ärztliche Zwecke. Vom Herausgeber und Th. Schwartze. (No. 4, p. 59.) Verwendung der Clarke'schen Modification des Chlorsilberelementes für leicht transportable Inductionsapparate (Hartkautschukkästchen 11 Cm. lang, $7\frac{1}{2}$ Cm. breit und $2\frac{1}{2}$ Cm. tief, also bequem in der Tasche zu tragen). — Eine ähnliche Chlorsilberbatterie wird von Scriwanow in Paris neuerdings angefertigt.

3) Boudet's Doppelelektroden. (No. 5, p. 74.) Dieselben — im vorigen Jahre in Wien ausgestellt — sollen dazu dienen, eine kräftige örtliche Wärmewirkung in verhältnissmässig sehr kurzer Zeit, und unter Vermeidung der gleichzeitig auf die Nachbarorgane wirkenden Zweigströme, zu effectuiren. Das Instrument besteht aus einer Scheibe von vernickeltem Kupferblech, um welches concentrisch ein flacher, vernickelter, von der inneren Platte durch eine Hartkautschukisolation getrennter Kupferring führt. Der mit einem Stromunterbrecher versehene Griff steht mit dem negativen Batteriepol — der Kupferring dagegen mit dem positiven Pol in Verbindung. Die zugehörige Batterie muss eine bedeutende elektromotorische Kraft besitzen (Tauchbatterie von 30 Elementen Reiniger'scher Construction). — Von Interesse ist ferner Boudet's Ringelektrode zur Verwerthung elektrolytischer Stromwirkungen (Zerstörung von Geschwülsten): ein metallischer Ring steht mit dem positiven Pol in Verbindung, während die negative Strömung mit der über dem Ring durch eine Mikrometerschraube zu corrigirenden Nadel isolirt verbunden wird — und eine andere Ringelektrode zur „katalytischen“ Wirkung (Localisirung des Stromes von aussen auf Geschwülste, ohne vorheriges Einstechen von Nadeln); endlich die elektrischen Sonden für Blase und Mastdarm, mittelst deren weit stärkere Ströme als bisher diesen Organen ohne Reizwirkung auf die betreffenden Schleimhäute zugeführt werden können. Das Instrument besteht aus einer metallischen Rohrsonde, welche mit einer Gummisonde überzogen ist und durch einen Gummischlauch mit einem Gefäss von schwach salzhaltigem Wasser, andererseits mit dem negativen Batteriepol in Verbindung gebracht ist. Bei der Anwendung wird das lauwarme Salzwasser durch den Schlauch zugeführt und durch dieses der elektrische Strom der Darmschleimhaut, resp. der Harnröhre und Blase zugeleitet (mit der positiven Elektrode wird dabei an einer indifferenten Stelle von aussen geschlossen).

XVIII. Journal-Revue.

Pathologische Anatomie.

2.

Wesener, Beiträge zur Casuistik der Geschwülste. Virch. Arch. Bd. 93. S. 377.

1. Ueber ein teleangiectatisches Myom des Duodenum von ungewöhnlicher Grösse.

Ein 55jähriger Mann ging unter kachectischen Erscheinungen, Erbrechen und Abmagerung zu Grunde. Die Diagnose war unsicher, da zur Annahme eines Magenkrebses die charakteristische Beschaffenheit des Erbrochenen, ein fühlbarer Tumor fehlte. Die Section stellte 15 cm unterhalb des Pylorus eine Geschwulst in der Wand des Duodenums fest, welche pflaumengross an das Lumen vorragte, mit ihrem grösseren Abschnitte dagegen in die Bauchhöhle prominirte. Sie wurde auf der Schnittfläche von weiten Gefässen durchzogen und erwies sich histologisch als Myom, welches zweifellos von der Ringmuskelschicht ausgegangen war, da diese sich im Tumor verlor, während die Längsmusculatur sich eine Strecke weit auf denselben fortsetzte, offenbar also durch ihn nach aussen vorgewölbt und zerrissen war. Solche Myome sind in der bezeichneten Grösse am Darme sehr selten, während sie am Magen häufiger vorkommen.

2. Ein Fall von Pankreascarcinom mit Thrombose der Pfortader.

Wie im vorstehenden bestand auch in einem zweiten Falle bei einem 54jährigen Manne wegen Erbrechen kaffeesatzähnlicher Massen, Schmerzen in der Magengegend, Verdacht auf Magenkrebs, ohne dass die Diagnose sichergestellt werden konnte, da ein Tumor nicht durchzufühlen war. Patient war plötzlich mit einer Ohnmacht erkrankt und verlor darauf und auch weiterhin Blut beim Stuhlgang. Ein allmählich eintretender Ascit machte eine Punction nöthig und nach derselben stellte sich jenes Bluterbrechen ein. Unter zunehmender Anämie erfolgte der Tod. Die Section ergab ein etwas über hühnereigrosses Carcinom des Pankreaskörpers, grosse Blutungen im Dünndarm und als seltenen Befund eine Thrombose der durch die Geschwulstmasse hindurchtretenden Pfortader, deren Stamm nur noch auf etwa 4 cm erhalten war. Gegenüber den beiden einzigen bisher beschriebenen ähnlichen Fällen, in denen der Thrombus aus Krebsmasse bestand, war hier der Verschluss nur durch vascularisirtes faseriges Bindegewebe bewirkt. Wahrscheinlich ist die Obliteration allmählich zu Stande gekommen, sodass sich ein Collateralkreislauf herstellen konnte, der allerdings nicht genügte, das nach Entleerung der Ascitesflüssigkeiten massenhafter in die Gefässe des Abdomens einströmende Blut abzuführen. So kamen die Darmblutungen zu Stande, die eine tödtliche Anämie des Kranken zur Folge hatten.

3. Rosenstein. Carcinosarcoma uteri bei einem Kinde von 2 Jahren.

Bei einem zweijährigen Kinde, welches nach voraufgegangenen Beschwerden bei der Harnentleerung seit drei Tagen keinen Harn gelassen hatte, bestand eine Auftreibung des Bauches und es wurde nach Entleerung der Blase ein 3 Finger breit über die Symphyse hinaufragender Tumor nachgewiesen. Defäcation ging spontan von Statten. Schwellung der Leistendrüsen. Nach 14 Tagen trat der Tod ein. Es fand sich am Uterus rechts ein grösserer unversehrt in die Seitenwand desselben übergehender Tumor, links ein kleinerer, central erweichter. Schleimhaut des Uterus, Tuben, Ovarien intact. Die mikroskopische Untersuchung ergab Stellen von deutlich krebsigen und solche von ausgeprägt sarcomatösem Bau. Ribbert.

Breitner. Zur Casuistik der Hypophysistumoren. Virch. Arch. Bd. 93, S. 367.

Den neuerdings in der Literatur mehrfach beschriebenen Adenomen der Hypophysis wird ein weiteres angereiht, welches sich durch seine Grösse auszeichnete. Es hatte das Volumen eines Taubeneies, buchtete die Sella thoracica entsprechend aus und hatte einen Eindruck in das Gehirn gemacht. Das Mikroskop erwies eine Zusammensetzung aus follikelähnlich zusammenliegenden Drüsenzellen, die zum Theil in colloider Umwandlung begriffen waren, und einem jene Zellhaufen umgebenden gefässreichem Bindegewebe. Die Structur entspricht dem Vorderlappen der normalen Hypophysis und muss die Geschwulst daher als ein Adenom derselben bezeichnet werden. Wie in einer Reihe anderer Fälle waren auch hier Störungen des Centralnervensystems, u. A. Abnahme des Sehvermögens und des Gehörs, Unsicherheit beim Gehen vorhanden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bock. Ueber einen sarkomartigen Biliverdin enthaltenden Tumor der Chorioidea. Virch. Archiv. Bd. 91. S. 442.

Bei einem 40jährigen Manne nahm das Sehvermögen auf dem linken Auge rapide ab, es traten verschieden grosse Tumoren der Haut auf und ebensolche wurden an dem Leberrande durchgefühlt. Wegen heftiger Schmerzen im erkrankten Auge, welches beträchtliche intrabulbäre Druckerhöhung erkennen liess mit Verstreichung der vorderen Kammer etc., wurde die Enucleation vorgenommen, die der Patient aber nur 12 Tage überlebte. Im Innern des Auges schläfewärts sass der Sclera ein bohnengrosser serpentingrüner Tumor auf, der mikroskopisch aus Zellen von der Grösse und dem Aussehen der Leberzellen bestand. Diese waren zu schlauchförmigen Gebilden zusammengestellt, die auf dem Querschnitt eine rosettenförmige Anordnung der Zellen um eine centrale mit einem Gallentropfen ausgefüllte Oeffnung erkennen liessen. In den Schläuchen erschien das Gallenpigment fadenförmig. Die chemische Untersuchung wies reichliches Biliverdin nach. Die übrigen Tumoren der Haut und der Leber stimmten mit der Geschwulst des Auges überein. Die geschilderte Structur entspricht den Adenomen der Leber und es scheint keine andere Deutung möglich, als dass der seltene Fall einer Metastasirung von Adenomen hier vorliege. Ribbert.

Arzneimittel.

6.

Paraldehyd als Schlafmittel von Dr. v. Noorden. — Centralblatt für klinische Medicin 1884 No. 12[1]).

Auf Cervello's Empfehlung ward der Paraldehyd als Schlaf erzeugendes Mittel auch in der Riegel'schen Klinik in Giessen angewandt. Das Präparat wurde erst von Schering in Berlin, später von Merck in Darmstadt (20 M. pro kg) bezogen und zwar stellte man sich eine Mischung

Paraldehydi
Tae. Cort. Aur. āā

her und gab davon 6—12,0 in Zuckerwasser. Durchschnittlich genügten 9,0 der Mischung i. e. 4,5 Paraldehydi, um einen ruhigen und erquickenden Schlaf von 5—6 Stunden hervorzubringen. Bei den verschiedensten Krankheitsformen, die ein Narcoticum erfordern, wurde der Paraldehyd mit präcisem Erfolg angewandt und selbst grosse Mengen, wie 41,0 in 10 Abenden genommen, hatten keine üblen Nachwirkungen, nur manchmal wurde ein kurze Zeit andauernder Paraldehyd-Geschmack und -Geruch beobachtet.

Nicht geeignet erscheint seine Anwendung bei schweren Magenleiden und weit vorgeschrittenen Phthisen, vor allem wenn der Kehlkopf betheiligt ist.

Eine Einwirkung auf die Respiration konnte überhaupt nicht constatirt werden, während am arteriellen Gefässsystem nur eine geringfügige Herabsetzung der Spannung — beim Chloralhydrat wurde eine solche in erheblichem Maasse gefunden — eintrat.

Demnach kann der Paraldehyd dem Morphium für innerliche Anwendung als ebenso brauchbar an die Seite gestellt werden.

Becker.

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

6.

Journal of nervous and mental disease. Vol. X, October 1883, No. 4.

Enthält folgende Originalarbeiten: 1) Walton, Vernachlässigung der Ohrsymptome bei der Diagnose von Nervenkrankheiten; 2) Lloyd, Hysterie, eine psychologische Studie; 3) Miles, nutritive Veränderungen und Deformität der Finger in Folge von Nervendruck in der Axilla; 4) Morton, neurologischer Specialismus; 5) Leonhard Weber, über den neurotischen Ursprung der progressiven Arthritis deformans; 6) Isaac Ott, Wirkung gewisser Stoffe auf die Peristaltik.

Bemerkenswerth ist der von Miles (3) mitgetheilte Fall. Die Kranke bekam vor 2 Jahren nach einem Fall auf der Strasse (mit vorübergehender Bewusstlosigkeit) heftige Schmerzen im linken Arm, besonders in der Schulter. Im Juni 1883 wurde eine irreponible Luxatio humeri nach der Axilla bei ihr constatirt. In der linken Hand, besonders im 4. und 5. Finger dumpfes Gefühl; Beweglichkeit, namentlich im Handgelenk, sowie auch Flexion des Fingers in den letzten Phalangengelenken und Annäherung der Finger an einander sehr beschränkt; geringe Muskelatrophie in Schulter und Hand. Die nutritiven Störungen betrafen vorzugsweise die beiden letzten Finger; Haut derselben blass, glanzartig und wie gedehnt (weniger auch an der letzten Phalanx der übrigen Finger); Nägel seitlich und longitudinal verkrümmt, der des kleinen Fingers besonders stark verzogen und wie geschrumpft. Sensibilität (tactile Berührung, Temperatursinn, faradocutane Sensibilität) erhalten, nur abgestumpft; faradische und galvanische Reaction der Musculi interossei sowie des Kleinfingerballens stark vermindert. Nervenstämme auf Druck nicht empfindlich. — M. meint, dass die Symptome auf eine traumatische (durch Druck des luxirten Humerus-Kopfes bedingte) Neuritis zurückgeführt werden müssten, und dass hierbei die „trophischen“ Nerven wegen ihrer vielleicht grösseren Vulnerabilität mehr beeinträchtigt worden seien als die motorischen und sensitiven.

Weber (5) führt zur Stütze für einen vermeintlich neurotischen Ursprung der Arthritis deformans an: das häufige Auftreten der Krankheit nach Gemüthsbewegungen allerl Art, nach Erschöpfung der Nervencentren in Folge von Excessen und dissoluter Lebensweise; das symmetrische Befallenwerden der Gelenke, die begleitenden neuralgischen und trophoneurotischen Symptome (u. A. Muskelatrophie); endlich auch die Unwirksamkeit der gewöhnlichen „antirheumatischen“ Behandlung, dagegen andererseits die günstigen Erfolge einer galvanischen Behandlung an den Centralorganen in Verbindung mit tonisirender Diät, Leberthran und Eisen. Einige kurz mitgetheilte Krankengeschichten sollen hierfür den Beweis liefern. Insbesondere macht W. auch auf das Vorhandensein kleiner, härtlicher, beweglicher und zuweilen schmerzhafter Geschwülste im Unterhautzellgewebe und der Musculatur, an Ellenbogen und Vorderarm, aufmerksam, welche er nicht mit Remak als nodöse Bildungen an den Nervenstämmen, sondern einfach als hyperplastische Bindegewebsbildungen auffasst.

Ott (6) hatte früher — Newyork. med. Journal 1883 — gezeigt, dass die Arzneistoffe in solche getheilt werden können, welche die Darmbewegung hemmen, und solche, die sie befördern; zu den ersteren gehören Morphin und Atropin in kleinen Dosen, zu den letzteren Eserin, Nicotin und Muscarin. Er versuchte nun die Wirkung verschiedener Arzneistoffe auf den „Salzreflex“ (das Eintreten wellenförmiger Darmcontraction nach Application eines Salzkrystalls, auf- und abwärts von der Reizstelle) bei Kaninchen zu ermitteln. Chloral liess den Salzreflex immer bestehen, höchstens etwas abgeschwächt; die darmhemmende Wirkung der Splanchnici blieb unverändert. Ebenso verhielt sich Aloin, während nachträgliche (subcutane) Anwendung von 0,001 Atropin den Salzreflex sofort aufhob. Auch bei Pilocarpin bestand letzterer fort; nachträgliche Atropingabe vernichtete ihn in der Richtung abwärts, nicht aufwärts. Strychnin, Digitalis-Infus blieben ohne Einfluss; Aconitin machte den Salzreflex extensiver und nachträgliche Atropin-Injection liess denselben unverändert; die Reizung der Splanchnici war bei den mit Aconitin (0,0016 subcutan) vergifteten Kaninchen erfolglos.

A. Eulenburg.

Chirurgie.

4.

Die künstliche Gasaufblähung des Dickdarms zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken von Prof. v. Ziemssen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXXIII. 3 u. 4.

Mit obiger Methode übergiebt uns von Ziemssen eine vollkommen klinisch durchgearbeitete einfache diagnostische und therapeutische sehr werthvolle Methode. Mittels des gewöhnlichen Einlaufapparats (15 cent. lange kleinfingerdicke Aftercanüle) werden für einen Erwachsenen 20 gramm Natr. bic. und nachher 18 gramm Acid. tart. in Lösung und zwar am besten in 3—4 Absätzen mit Zwischenraum einiger Minuten eingegossen; das entspricht etwa 5 Liter Gasvolum. Auf diese Weise gelingt es Lage, Form, Ausdehnbarkeit des Dickdarms, Schlussfähigkeit der Valvula Bauhini für Gase, Communication des Colons oder Mastdarms mit Nachbarorganen (Magen, Dünndarm, Blase) oder mit der Körperoberfläche, ferner den Sitz von Verengerungen oder Verschliessungen des Darmlumens unter Umständen auch die Natur eines Hindernisses für die Kothbewegung festzustellen. Therapeutisch ist die Gasaufblähung von Werth, wenn es sich darum handelt die Peristaltik anzuregen, Stricturen zu durchbrechen oder zu erweitern, Lageveränderungen und Einklemmungen zu redressiren, Verwachsungen zu lockern. — Der Aufsatz von zahlreichen eindrucksvollen Fällen illustrirt muss durchaus von jedem Arzt gelesen werden.

Pauly (Posen).

XIX. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege.

Sitzung vom 11. December 1883.

Vorsitzender Herr Stadtrath Marggraff.
Schriftführer Herr Dr. A. Kalischer.

Herr Chemiker Dr. Frank, Charlottenburg, berichtete im Anschluss an einen früheren Vortrag über Fortschritte und Erfahrungen bei der von ihm eingeführten Verwendung des Broms als Desinfectionsmittel. Zur Herstellung des für diesen Zweck geeigneten Präparats — Bromum solidificatum — werden feste, poröse Massen von Kiesel-

[1]) Vergl. Professor Berger's Anwendungsweise. Diese W. No. 12.

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

guhr, die nach einem vom Vortragenden erfundenen Verfahren fabrizirt werden, mit Brom getränkt und letzteres so in eine völlig ungefährliche, leicht dosirbare und transportable Form gebracht. Die so bereitete Masse enthält genau 75 Procent ihres Gewichtes von reinem, freien, nur durch Flächenanziehung mechanisch gebundenem Brom, erleidet aber, wenn sie in gut verschlossenen Gefässen aufbewahrt wird, durch Licht, Wärme oder längste Zeitdauer keinerlei Veränderung oder Zersetzung. Mobilien oder Metallgegenstände sind gegen Einwirkung des Broms besser zu schützen, als gegen die für gleiche Wirkung erforderlichen Mengen Chlor oder schweflige Säure, ganz abgesehen davon, dass bei der Anwendung der letzteren die für Schläuche und Schiffe immerhin beachtenswerthe Feuersgefahr beim Brom völlig ausgeschlossen ist. Es haben diese Vorzüge trotz der mannigfachen Schwierigkeiten und Vorurtheile, welche sich jeder Neuerung entgegenstellen, bereits zu ausgedehnter Anwendung des festen Broms sowohl in Krankenzimmern und Lazarethen, als auch für Schiffsdesinfection geführt. Ein sehr bedeutendes und erfolgreich cultivirtes Feld bot auch die Desinfection von Wohnräumen, Kellern und Brunnen nach den vorjährigen grossen Ueberschwemmungen des Rheins und seiner Nebenflüsse. Nicht minder wichtig als die absolute Desinfection völlig evacuirter Räume ist aber nach des Vortragenden Ansicht auch die partielle Desinfection und Desodorisation von Räumen, die noch mit Kranken belegt sind, namentlich wenn, wie das ja bei den Wohnungsverhältnissen der unbemittelten Klassen leider unvermeidlich ist, Kranke und Gesunde dieselben Zimmer bewohnen. Bietet eine ausreichende Lüftung schon in grossen Hospitälern mannigfache Schwierigkeiten, die nur durch grösste Energie der Verwaltung und sehr complicirte maschinelle Anlagen einigermaassen bewältigt werden können, so weiss jeder practische Arzt, dass eine annähernd gleiche Ventilation und Luftreinigung in Privathäusern absolut nicht zu erreichen ist. In unsern Wohnungen benutzen wir neben meist recht mangelhafter Lüftung im günstigsten Falle nur noch Räuchermittel, welche die unangenehmen Gerüche überdecken, aber nicht zerstören oder unschädlich machen. Chlor und schweflige Säure sind für diesen Zweck nicht anwendbar, da sie selbst in kleinsten Mengen die Respirationsorgane belästigen und reizen und ausserdem nicht rasch und sicher herzustellen und zu vertheilen sind, dagegen leistet das Brom in fester Form nicht nur die geforderten Wirkungen ohne alle Schwierigkeiten, sondern wirkt, wie dies bereits in zahlreichen Fällen constatirt ist, wenn es in kleinen Mengen der Luft beigemischt und damit eingeathmet wird, zugleich nervenberuhigend und krampfstillend. Es hat diese Erfahrung bereits dazu geführt, das Brom bei Keuchhusten anzuwenden und so eine theilweise Desinfection mit einer günstigen medicinischen Einwirkung zu verbinden. Eine andere sehr wichtige Anwendung des festen Broms findet bei Diphtheritis statt. Auch zur raschen Desinfection übelriechender Wunden und Verbände, sowie zur Herstellung desinficirender Waschmassen bietet das feste Brom ein stets bereites, zuverlässiges Material. Der Vortragende legte das nach seiner Methode jetzt schon fabrikmässig dargestellte Präparat in den verschiedenen Formen vor und demonstrirte auch die von ihm construirten einfachen und in jedem Haushalte aus vorhandenen Wirthschaftsstücken zu combinirenden Apparate für Brominhalation und partielle Desinfection; ebenso erklärte er die für selbstthätig regulirende Desinfection von Sieldschächten und Abfallrohren, sowie die bei Verwendung des Broms für chirurgische und medicinische Zwecke dienenden Instrumente.

Bei der wichtigsten und hauptsächlichsten Verwendung des Broms, als Desinfectionsmittel nach ansteckenden Krankheiten, sind besondere Apparate überhaupt nicht erforderlich und ebenso ist hierbei die Controle betreffs der gewissenhaften Ausführung der Arbeit eine sehr einfache und von jedem Laien zu bewirkende. Schon die eigenthümlich dunkle Farbe der Bromdämpfe im Gegensatz zu der hellen Färbung der nach deren Verdunstung zurückbleibenden lichten gänzlich neutralen Kieselguhrmasse gewährt einen sicheren Anhalt für richtige Beendigung der Operation. In der dem Vortrag folgenden längeren Debatte wurden die vom Redner gemachten Angaben mehrfach bestätigt und weitere Versuche in Aussicht genommen.

XX. Kleinere Mittheilungen.

— Professor Dr. Eulenburg wird am 13. Mai einen practischen Cursus der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie für Aerzte in seiner Poliklinik, Elsasserstrase 27 hierselbst, beginnen.

— Universität. Wien. Dem eben erschienenen Lectionskataloge der Wiener Universität für das Sommersemester 1884 entnehmen wir: Die Universität wurde im abgelaufenen Wintersemester von 4477 ordentlichen und 744 ausserordentlichen, zusammen 5221 Hörern besucht. Die Zahl der Mediciner betrug 2013, u. z. 1892 ordentliche und 121 ausserordentliche. Im Sommersemester werden 185 Vorlesungen an der medicinischen Facultät gehalten werden. Die Professoren Wedl, Seegen, v. Zeissl, v. Mosetig, v. Basch und Max Pollitzer, ferner die Docenten Steinberger, Rollet, Feuer, Nedopil und Schlemmer haben keine Vorlesungen angekündigt. — Zum Primararzte der chirurgischen Abtheilung des Landes-Krankenhauses in Brünn wurde Dr. Moritz Nedopil, Docent für Chirurgie an der Wiener Universität, gewesener Assistent an Hofrath Billroth's Klinik und derzeit in Constantinopel thätig, ernannt.

— Am 11. April starb zu Cannes einer der grössten Chemiker nicht nur Frankreichs, sondern der Welt, J. B. Dumas, geboren am 14. Juli 1800. Ein nicht geringer Theil seiner ersten Arbeiten galt übrigens der Physiologie und Medicin. In Gemeinschaft mit J. L. Prevost veröffentlichte er in Genf die berühmten Untersuchungen über das Blut (1821—23), über die Contraction der Muskelfaser (1823), über die Anwendung der Säule in der Behandlung der Blasensteine (1823) und über die Generation (1824). Nach Paris übergesiedelt, wendete er sich nun vollständig der Chemie zu, in der er fortan eine der ersten Stellen einnahm.

— Sir William Gull hat für den internationalen medicinischen Congress in Kopenhagen zwei Vorträge zugesagt 1. über Pathologie der Nierenkrankheiten, 2. über Sammelforschung.

XXI. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem practischen Arzt Sanitätsrath Dr. Hermann Ring in Berlin den Charakter als Geheimer Sanitätsrath sowie den practischen Aerzten Dr. Max Barschall und Dr. Robert Koch in Berlin, Dr. Friedrich August Barkow in Spandau, Dr. Otto Meissner in Neuwarp und Dr. Eduard Salpius in Daber den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen, ferner dem Generalarzt I. Kl. Dr. Coler und dem Ober-Stabsarzt II. Kl. Dr. Grossheim beide beim Kriegs-Ministerium in Berlin die Erlaubniss zur Anlegung der ihnen von Sr. Majestät dem Könige von Rumänien verliehenen Orden und zwar des Commandeurkreuzes bezw. des Offizierkreuzes des Königlich Rumänischen Kronen-Ordens zu ertheilen.

Ernennungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den ordentlichen Professor der Medicin an der Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin, Geheimen Medicinal-Rath Dr. Leyden zum ordentlichen Mitglied der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinal-Wesen zu ernennen. Der practische Arzt Sanitätsrath Dr. Stolle zu Segeberg ist zum Kreis-Physicus des Kreises Segeberg, der seitherige Kreiswundarzt Dr. Klamroth zu Guben zum Kreis-Physicus des Kreises Guben, der seitherige Kreis-Wundarzt Dr. Lorentz zu Gummersbach zum Kreis-Physicus des Kreises Gummersbach und der practische Arzt Dr. Betz zu Schönau zum Kreis-Wundarzt des Kreises Schönau ernannt worden. Der Kreiswundarzt Herthel in Reichthal hat die Kreiswundarzt-Stelle des Kreises Namslau niedergelegt und ist aus dem Staatsdienst auf seinen Antrag entlassen.

Niederlassung: Die practischen Aerzte Colemann in Neuhof und Dr. Frerich in Dorstfeld.

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. Lazar von Eberswalde nach Berlin, Dr. Krug von Magdeburg nach Eberswalde, Stabsarzt Dr. Eckstein von Kolberg nach Berlin, Stabsarzt Dr. Pedell von Berlin nach Kolberg, Ob.-Stabsarzt Dr. Luehe von Belgard nach Bromberg, Ass.-Arzt Dr. Hensoldt von Körlin nach Bromberg, Dr. Meier von Dörverden nach Hittfeld, Dr. Jens von Bochum nach Hannover, Dr. Kraffert von Marburg nach Bierstein und der Zahnarzt Bruhn von Neu-Ruppin nach Kottbus.

Verstorbene: Der commissarische Kreis-Wundarzt Dr. Maass in Rummelsburg, der Arzt Dr. Debey in Aachen, Kreis-Wundarzt Luecke in Euskirchen und Dr. Prümers in Burgsteinfurt.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Gilbert in Wildberg i. Schl. hat verkauft an Apotheker Remper, der Apotheker Janowsky in Storkow an Apotheker Holtz, der Apotheker Hammann in Delbrück an Apotheker von Kunitzky, der seine bisherige Apotheke in Peckelsheim an den Apotheker Bormann verkauft hat. Der Apotheker Nagel hat die seither vom Apotheker Truppel verwaltete Vorlaender'sche Apotheke in Gadderbaum gekauft. Der Apotheker Raab hat die Weingarten'sche Apotheke in Lübbecke gepachtet und der Apotheker Freise ist zum Administrator der Apotheke des verstorbenen Apothekers Kiewitt in Neuhaus bestellt worden.

Vacante Stellen: Kreiswundarztstellen der Kreise Rummelsburg und Euskirchen.

2. Baden.

Aerztliche Mittheilungen. No. 6 und 7.

Dienstnachrichten: Der practische Arzt Fr. Kuenzer in Offenburg hat auf die Stelle eines Bezirksassistenzarztes daselbst verzichtet. Zu Bezirksassistenzärzten wurden ernannt: die approbirten Aerzte Rothmund in Offenburg, See in Waldshut und Dr. Franz Greiff, bisher Assistenzarzt an der Irrenklinik zu Heidelberg, in Mannheim.

Niederlassungen: Arzt. D. Th. Bloomental, approb. 1868 bisher in Metz, in Renchen; Arzt Dr. Wilhelm Kanzler, approb. 1883, in Steisslingen, A. Stockach; Arzt Ferd. Ersche ist von Thiengen nach Waldshut; Arzt Julius Kaiser ist von Eigeltingen, A. Stockach, nach Ueberlingen gezogen.

Ehrenbezeugungen: Medicinalrath Dr. Schenk zu Alzey, Grossherzogthum Hessen, Kreisarzt daselbst, erhielt das Ritterkreuz erster Klasse des Ordens vom Zähringer Löwen.

Todesfälle: Hilfsarzt Oskar Kretz in Illenau, Arzt Franz Mainhard zu Säckingen.

— Durch Erkenntniss der Disciplinarkammer der Aerzte vom 30. Januar d. J. wurde die dem Josef Lauterer in Freiburg am 29. August 1872 ertheilte Approbation als Arzt bis zum 27. August 1885 zurückgenommen.

Militär-Medicinal-Wesen.

Dr. Engler, Stabs- und Bat.-Arzt vom Füs.-Bat. Inf.-Regts. No. 129, mit Pens. nebst Aussicht auf Anstellung im Civildienst, Dr. Krüger, Stabsarzt der Res. vom 2. Bat. (Düsseldorf) 4. Westfäl. Landw.-Regts. No. 17, Dr. Langer, Ober-Stabsarzt 2. Kl. der Landw. vom Res.-Landw.-Regt. (1. Breslau) No. 38, diesem mit seiner bish. Unif. — der Abschied bewilligt.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besondere Beilage

zu

No. 18 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Die Schluckbewegung.

Von

H. Kronecker.

(Hierzu die Tafel.)

(Fortsetzung aus No. 16.)

Um die normalen Schutzvorrichtungen in Thätigkeit zu setzen, dienen sehr zahlreiche Muskeln. Um diese zu beseitigen, müsste man die Nervi hypoglossi durchtrennen, die motorische Wurzel des Trigeminus, Fäden des Facialis für den M. mylohyoideus und den Digastricus, den Pharyngealast des N. accessorius, endlich die 4 Kehlkopfnerven.

Nachdem wir uns jetzt im Allgemeinen über die Hülfsmittel orientirt haben, welche die Schluckbahn am Eingange und seitlich luftdicht abschliessen, wollen wir untersuchen, in welcher Weise der Bissen oder Schluck den Antrieben des beschriebenen Muskelsysstems folgt.

Die erste Frage welche wir durch unsere Experimente zu beantworten suchten war: Mit welcher Kraft und mit welcher Geschwindigkeit wird geschluckt? Oben ist schon erwähnt worden, dass Falk am Wassermanometer, welches mit seinem Rachenraume communicirte, bei jedem Schluck etwa 20 Cm Druckerhöhung wahrnahm. Dabei war aber der Weg zum Oesophagus frei, also das Manometer nur als Nebenschliessung eingefügt; daher muss der Druck, welcher auf den abgeschlossenen Trunk oder den Bissen ausgeübt wird, viel grösser sein. So ist es nicht erstaunlich, dass man nicht nur herunter sondern auch herauf schlucken kann. Heuermann[1]) sagt schon „dieserhalb ist man auch vermögend nieder (?) zu schlucken, wenn man auf dem Kopfe stehet und die Füsse in die Höhe gerichtet hat.“ Haller[2]) sagt ebenfalls: „Ad paret multa et composita vi musculorum cibum potumve descendre; neque simplici ponderis potentia ad ventriculum duci cum alioquin et pleraque quadrupeda contra ejus ponderis vim in deglutiendo cibum urgeant, et homo inverso corpore, et pedibus supra caput eminentibus libere queat. Quare intelligentur, cur a morte aqua in ventriculum animalium submersorum non facile descendat, etsi a vivis utique sub aquam datis bestiis deglutitur.“

Freilich sehen die genannten Physiologen, wie bisher alle Forscher, welche sich mit dem Schluckacte beschäftigt haben, als Triebkräfte für die Bewegung der Speisen durch den Oesophagus, die in dessen Wänden gelegenen Muskeln an.

Kein Physiologe hat Betrachtungen darüber angestellt, ob denn die Beobachtung im täglichen Leben sowie in der Physiologie und in der Pathologie gewonnenen Erfahrungen in dieser Sphäre mit unseren Kenntnissen von der Function der Oesophagusmusculatur übereinstimmen.

Die erforderliche Kraft konnte der Oesophagus liefern. Mosso[3]) hat gezeigt, dass die peristaltische Contraction des Oesophagus eines Hundes eine hölzerne Pflaume gegen den Zug eines Gewichtes von mehr als 250 gr in den Magen fördern konnte.

Ueber die Geschwindigkeit mit welcher geschluckt wird besitzen wir sehr verschiedene Angaben. Heuermann[4]) giebt folgende sehr anschauliche Schilderung: „Man muss aber nicht gedenken, dass es bei dem Niederschlucken mit den erzählten Bewegungen so langsam hergehe, als wie ich dieselben beschrieben habe, nein ihr Fortgang durch den Schlund wird fast in einem Augenblicke hervorgebracht und alle vorangeführten Wirkungen, die dieselbigen in den Schlund hinein treiben und verhindern, dass sie zu keinem andern Orte dringen können, werden fast auf einmal wahrgenommen, wie man nicht nur an einem Spiegel, sondern auch bei demjenigen Versuche, das man sich bemüht einen in den Hals gesteckten Finger niederzuschlucken wird gewahr werden“ . . . . „Sobald nun die Speisen in den Schlund hineindringen, so treiben sie dessen Theile auf einmal mit einer grossen Geschwindigkeit in den Magenschlund hinein und eben durch diese Geschwindigkeit, so von der Irritation der Nerven entsteht, wird zum Theil auch mit verhindert, dass nichts so leicht in die nach vorn gelegene Luftröhre oder auch in die Nasen-Höhlen hineintreten kann. Ist aber der Bissen gar zu gross, so bleibt er oftmals hinter dem oberen Theile des Kopfes der Luftröhre stecken, dringt in die Oeffnung derselbigen nach oben hinein und bringt alsdann zuweilen eine schleunige Erstickung zuwege“.

[1]) l. c. S. 406.
[2]) Elementa physiologiae T. VI. 1764 p. 93.
[3]) Moleschott's Unters. zur Naturlehre Bd. XI. Heft 4. Abhandl. 17. S. 11.
[4]) l. c. S. 406.

Magendie[1]) dagegen meint: „On s'abuserait si l'on croyait rapide la marche du bol alimentaire dans l'oesophage; j'ai été frappé, dans mes expériences de la lenteur de sa progression. Quelquefois il met deux ou trois minutes avant d'arriver dans l'estomac; d'autre fois il s'arrête à diverses reprises et fait un séjour assez long à chaque station. . . . Quand le bol alimentaire est très volumineux, sa progression est encore plus lente et plus difficile. Elle est accompagnée d'une douleur vive, produite par la distension des filets nerveux qui entourent la portion pectorale de canal. Quelquefois le bol s'arrête et peut donner lieu à des accident graves.“ Longet und Milne Edwards schliessen sich dieser Auffassung an. Burdach[2]) hält die Ansicht von Magendie nur für das Schlucken von grossen Bissen gültig und fügt hinzu: bei heissen Speisen fühlt man die Hitze schon nach wenigen Secunden im Magen. Getränke gehen noch schneller durch. Joh. Müller[3]) stimmt hiermit überein indem er sagt: die wellenförmig fortschreitende Contraction (des Oesophagus) erfolgt, wie man namentlich bei Pferden beim Trinken sieht, überaus schnell; nur bei grossen Bissen und zu häufigem Schlingen ist die Bewegung langsam und man fühlt das schmerzhafte Fortrücken. Der Bissen und das Getränk sind hierbei in jedem Moment von contractilen Wänden eingeschlossen, die sich an den Bissen anlegen. Dies fällt weg, wenn die Speiseröhre bei Sterbenden bereits gelähmt ist, wo das Getränk mit Kollern hindurchfällt.“ Donders[4]) sagt hiermit übereinstimmend: „Man fühlt an sich selbst die langsame Fortbewegung (eines Bissens) und kann sie bei Thieren (sehr deutlich z. B. beim Pferde) nach Bloslegung der Speiseröhre wahrnehmen. Die Bewegung des Bissens (im Oesophagus) wird sehr durch den Schleim befördert. In den meisten Lehrbüchern sind Angaben über die Dauer des Schluckvorganges überhaupt nicht gemacht.

Ranvier[5]) hat den oben erwähnten Versuch von Mosso so eingerichtet, dass die Bewegung der vom Oesophagus in den Magen geförderten Pflaume sich auf einen Kymographioncylinder schrieb. Er hat aber kein Resultat seiner Beobachtung mitgetheilt und auch seine Zeichen ohne Zeitmarken gelassen.

Die oben erwähnten Versuche von Mosso über die Bewegungen des Oesophagus enthalten zwar ebenfalls keine Zeitangaben, aber immerhin lässt die ganze Beschreibung auf eine lange Dauer jedes Schluckvorganges schliessen. So sagt Mosso:[6]) „Bei jeder Bewegung des Schlundes zeigt sich nicht augenblicklich eine correspondirende Bewegung der Speiseröhre, sondern fast immer stellt sich ein Verzug von 1—2 Secunden ein. Oft genügt das erste Schlucken gar nicht, sondern es muss ein zweites oder auch drittes folgen, bis dass die Kugel in den Magen gezogen werde.“

Da ich in Ludwig's physiologischer Anstalt zu Leipzig oftmals den Schluckversuchen meines Freundes Mosso beigewohnt habe, so habe ich eine deutliche Erinnerung von der Trägheit des Vorganges bei Hunden. Es vergingen immer 6 — 10 — 15 Secunden, bevor nach einem Schlucke die hölzerne Pflaume durch den Oesophagus in den Magen gelangte.

[1]) l. c. p. 69.
[2]) l. c. S. 167.
[3]) l. c. S. 411.
[4]) Physiologie d. Menschen übers. von Theile 1859 S. 296.
[5]) Leçons d'Anatomie générale. Année 1877—78, p. 395.
[6]) l. c. S. 6.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Durch die grundlegenden Versuche von Eduard Weber[1]) wissen wir, dass die Bewegung der elektrisch-tetanisirten Oesophagusmusculatur bei verschiedenen Thieren sehr verschieden schnell ist, entsprechend der verschiedenen Structur der Muskeln, so dass bei Nagethieren, z. B. bei Kaninchen, deren Oesophagus von quergestreiften Muskeln umschlossen ist, die Contraction viel schneller eintritt und aufhört, als bei Vögeln, deren Speiseröhre glatte Musculatur besitzt und bei Hunden wie Katzen, deren Oesophagus Schichten quergestreifter und solche glatter Musculatur neben einander enthält,[2]) eine gemischte Bewegungsform auftritt, indem an den Stellen, wo die quergestreifte Musculatur überwiegt, schnelle Contraction vorherrscht, da wo glatte (an den tieferen Theilen) langsame Zusammenziehung. Wir werden später sehen, dass sich beim menschlichen Oesophagus ähnlich ungleicher Contractionsmodus findet.

Nun verschlingen aber bekanntlich Hunde und Katzen viel schneller ihr Futter als Kaninchen.

Dieser Widerspruch zwischen den Erfahrungen des gewöhnlichen Lebens und den zergliedernden Experimenten reizte mich schon damals (1872) den Schluckact näher zu untersuchen. Zudem kam die Ueberlegung, dass ja beim schnellen Trinken in den 6 Secunden, welche eine Oesophaguscontraction braucht, um bis zum Magen zu gelangen, viel mehr Flüssigkeit aufgenommen werden kann als im Oesophagus Raum hat.

Schon damals kam mir der Gedanke, dass vielleicht beim Trinken der Oesophagus nicht thätig zu sein brauche. Mein Freund Froriep, damals Assistent an der Anatomie in Leipzig (jetzt Prosector in Tübingen), begann eine zergliedernde Untersuchung der Mundhöhlen-Musculatur beim Hunde, um Anhaltspunkte für die Erklärung des Schluckmechanismus zu gewinnen. Seine Fortberufung unterbrach diese Studien.

Als ich nach Berlin übergesiedelt war, lenkte eine interessante Mittheilung von Virchow in den Charité-Annalen[3]) meine Aufmerksamkeit wieder der verlassenen Frage zu.

Virchow theilt 6 Fälle von Schwefelsäure-Vergiftung mit, und knüpft daran folgende Betrachtung: „In keinem der Fälle ist eine nennenswerthe Veränderung der Mund- oder Rachenhöhle vorhanden. In mehreren ist auch der ganze obere Theil der Speiseröhre frei . . . . . Regelmässig wird das Getränk schneller durch Mund und Rachen befördert, als dass es hier tiefere Localwirkungen erzeugen könnte. Erst im Oesophagus entstehen, und zwar an drei natürlich engen Stellen desselben: am Introitus, an der Kreuzungsstelle des linken Bronchus und vor der Cardia, zuweilen längerdauernde Retentionen und in Folge davon tiefere Anätzungen. Im Magen selbst bleibt der Fundus am häufigsten frei, vielleicht weil er an sich gewöhnlich Ingesta enthält; die Hauptätzstellen sind die Cardia, der Pylorus, die kleine Curvatur und die Regio pylorica. Im Wesentlichen treffen wir demnach dieselben Prädilectionsstellen, wie ich sie früher für das Carcinom nachgewiesen habe."

„So schwer es nun auch sein mag, im Einzelfalle die Gründe darzulegen, warum gerade diese oder jene Stelle mehr getroffen wird, so ist es doch nicht ohne Werth, auch für die physiologische Betrachtung des Schluckens und der Magenbewegung, zu sehen, dass in manchen Fällen die eingebrachten Flüssigkeiten in kurzer Zeit bis zum Pylorus gelangen, ohne den grösseren Theil der Magenoberfläche auch nur zu berühren." Solch werthvolle Wegweiser versprachen günstigen Erfolg eines Entdeckungszuges durch die Schluckbahn.

Mit solchen Beobachtungen war die landläufige Lehre von den drei Arten des Schluckvorganges unvereinbar.

Es fügte sich günstig, dass mein geschätzter College Falk auf Grund seiner forensischen Erfahrungen für die heuristische Hypothese, dass der Oesophagus beim Trinken unwesentlich sei, sehr eingenommen war. So entstand die schon erwähnte Arbeit. In dieser wurde die Druckkraft gemessen, welche in der Rachenhöhle beim Schlucken in Wirksamkeit tritt, aber nicht die Geschwindigkeit der Bewegung bestimmt. Dies geschah in der erwähnten Meltzer'schen Untersuchungsreihe. Hierdurch wurde festgestellt, dass ein Schluck Wasser beim Menschen (Meltzer) in weniger als 0,1 Secunde vom Munde bis zur Cardia gelangt. Um die Geschwindigkeit der Schluckbewegung beim Menschen zu messen stellte Herr Meltzer mit vieler Selbstüberwindung die Versuche an sich selbst an. Auf das blinde Ende einer etwa $^1/_2$ Meter langen Schlundsonde war ein sehr dünnwandiger Kautschuckballon gebunden, welcher die Seitenfenster der Sonde umgab. Die Sonde war der Länge nach in Centimeter getheilt. Diese lange Sonde wurde in den Oesophagus geschoben und, wenn das Ballonende an der gewünschten Stelle lag, das Aussenende mit den Zähnen festgehalten. Die Entfernung von den Zähnen bis zum Oesophagusanfang beträgt etwa 15 Cm. Von da ab wurden von 2 zu 2 Cm. tieferer Einstellung Schluckmarken aufgenommen. Das offne Ende der Sonde wurde mittels Gummischläuchen und Glasröhren mit einer Marey'schen Luftkapsel (Tambour enrégistreur) verbunden, deren Schreibhebel die empfangenen Eindrücke auf einen (von links nach rechts) rotirenden mit berusstem Glanzpapier überzogenen Kymographioncylinder aufzeichnete. Es sind also die Curven von rechts nach links in der Richtung der Pfeile ← zu lesen. Es war nun geboten, den Ballon so weit aufzublasen, bis er der Wand des Oesophagus rings anlag, damit kein Schluck passiren konnte, ohne einen Eindruck auf den Ballon zu machen, oder keine auch noch so geringe Contraction der untersuchten Stelle des Oesophagus erfolgen konnte, ohne den Ballon zu schnüren. Da nun aber der Oesophagus in seinen verschiedenen Tiefen verschieden weit ist, so musste man den Ballon, wenn man verschiedene Stellen des Oesophagus sondirte, aufblasen können und auch ihn zusammenfallen lassen. Darum wurde zwischen Sonde und Marey'sche Kapsel ein T-Rohr eingeschaltet, dessen unpaariger Schenkel mittels Gummischlauches und Klemme nach Belieben geschlossen und geöffnet werden konnte. Ein zweiter Ballon, an einer kurzen Sonde befestigt, wurde in den Pharynx geschoben, wo er während des ganzen Versuchs liegen blieb. Dieser letzte Ballon darf nur sehr wenig aufgeblasen sein, um die Athmung nicht zu hindern. Auch diese Sonde wurde mittels Gummiröhre mit einer (zweiten) Marey'schen Schreibkapsel in Verbindung gebracht, deren Hebel auf demselben Cylinder, und möglichst genau vertical über dem ersten Hebel eingestellt, die Bewegung des Pharynxballon verzeichnete. Zwischen beiden Hebeln markirte ein von einer Secunden-Uhr jede Secunde kurz in Thätigkeit gesetzer Elektromagnet mit schreibendem Anker die Zeit.

Bei jedem Schluck wurde zuerst der Ballon des Pharynx comprimirt und, dem entsprechend die mit ihm verbundene Schreibkapsel aufgebläht, deren Hebel auf dem rotirenden Cylinder eine Curve zeichnete. Hierauf folgte eine Compression des Oesophagusballon und eine entsprechende Marke seitens seiner correspondirenden Schreibkapsel. Die Entfernung beider Marken lässt die Dauer der Fortbewegung des Schluckes vom Pharynx bis zur fraglichen Stelle im Oesophagus leicht messen.

Eine so gewonnene Figur bestätigte auf den ersten Blick unsere Vermuthung in Bezug auf die Geschwindigkeit des Herunterschluckens.

In jeder der Figuren 1—6 auf der beigegebenen Tafel[1]) sieht man ausser der gezahnten mittleren Zeitlinie je zwei zusammengehörige Curven, die während eines Schluckes gezeichnet sind. Die obere Curve rührt vom Pharynxballon her, die untere Curve giebt die Eindrücke des Oesophagusballon während eines Schluckes wieder. Die in diese Oesophaguscurven eingeschriebenen Zahlen (4, 12, 16) geben die Entfernung des untersuchten Ortes vom Oesophagusanfange in Centimetern an. An der von dem Oesophagusballon herrührenden (unteren) Curve unterscheidet man zwei Marken: eine erste kurze, die steil aufsteigt und eine sanfter auf und absteigende, die um so länger andauert und von der ersten Marke um so entfernter ist, je tiefer im Oesophagus der Ballon liegt. Diese letzte Marke ist offenbar durch Peristaltik verursacht (auf die Grösse und Latenzzeit dieser Marken werden wir im nächsten Abschnitte näher eingehen). Die erste Marke kann nicht anders als durch das Vorbeifliessen des Schluckes entstanden sein, was schon daraus ersichtlich ist, dass diese Marke an Höhe mit der Menge des Geschluckten wächst. Die Figuren 1—3 veranschaulichen diese Abhängigkeit. Fig. 1 entstand beim „leer" Schlucken — daher fehlt in dieser Figur die erste Marke der unteren Oesophagus-Curve — Fig. 2 notirte das Herunterschlucken einer kleinen Flüssigkeitsmenge, Fig. 3 rührt von einem grossen Schlucke her. Diese Anfangsschluckmarken beginnen fast gleichzeitig mit den darüber gezeichneten vom Schluckbeginne im Pharynx herrührenden Curve, unabhängig davon in welcher Tiefe der Oesophagusballon sich befindet. Wir haben auch bei der grössten Rotationsgeschwindigkeit des Kymographioncylinders, auch bei der tiefsten Lage des Oesophagusballon keine wesentliche Differenz der beiden Markenanfänge zu constatiren vermocht. Jedenfalls übersteigt die Dauer während welcher der Schluck vom Pharynx bis zu den tiefsten Stellen des Oesophagus gelangt, nicht 0,1 Secunde. Auch die Curve des Pharynxballon ist meist nicht einfach. Wir sehen an den meisten dieser Marken zunächst einen spitzen Gipfel, der sofort mehr oder weniger tief wieder abfällt, dem, meist deutlich abgegrenzt, eine sanft aufsteigende längere Erhebung folgt. Die beiden Wellen sind offenbar so zu deuten, dass die spitze Erhebung durch den schnell durchgespritzten Schluck veranlasst wird, worauf die später beginnende reflectorische Zusammenziehung der Constrictoren eine längere Erhebung veranlasst.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Art. Muskelbewegung in Wagner's Handwörterbuch der Physiologie 1846 Bd. III. Abth. 2. S. 30.

[2]) Nach Gillette's im Journal de l'Anatom. et Physiol. 1872 No. 6. veröffentlichten histol. Untersuchungen besteht beim Hunde die ganze Muscularis des Oesophagus aus quergestreiften Fasern.

[3]) V. Jahrgang (1878) Berlin 1880 S. 729.

[1]) Diese Tafel ist aus unserer oben citirten Abhandlung in du Bois-Reymond's Archiv mit freundlicher Erlaubniss des Herrn Verlegers für diesen Zweck vervielfältigt worden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 19.** 8. Mai 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Die Veränderung der Pulscurven in der pneumatischen Kammer.

Mitgetheilt im ärztlichen Verein zu München 2. April 1884.[1])

Von

G. v. Liebig in Reichenhall.

Das für die therapeutische Anwendung der pneumatischen Kammern wichtige physiologische Verhalten der Blutvertheilung und des Pulses unter dem erhöhten Luftdrucke würde nur unvollkommen dargestellt werden können, wenn wir allein die Veränderungen im erhöhten Drucke betrachten wollten, ohne zugleich die ihnen entgegengesetzten Erscheinungen unter vermindertem Luftdrucke ins Auge zu fassen.

Wenn bei der Erhebung in bedeutendere Höhen die Verminderung des Luftdruckes eine gewisse Grösse erreicht hat, so bemerkt man bekanntlich bei vielen, jedoch nicht bei allen Personen, eine unter Störung des Allgemeinbefindens sichtbar werdende Aenderung der Blutvertheilung, indem die oberflächlich gelegenen Venen sich stärker anfüllen, während zu gleicher Zeit die Capillargefässe der Haut und der Schleimhäute schon auf geringe Veranlassungen zu Blutungen geneigt sind.

Schon in viel geringeren Höhen und lange bevor dieser Grad von Druckverminderung erreicht ist, kann man eine Beschleunigung des Pulses beobachten, deren Grösse in der verschiedensten Weise angegeben wird. Man kann sagen, dass keine der seitherigen Angaben dem wirklichen Maasse der physiologischen Aenderung bei den betreffenden Personen entspricht, weil diese gewöhnlich zugleich unter dem Einflusse, entweder einer Störung des Allgemeinbefindens, oder der Bewegung und Ermüdung standen. Erst seit kurzem besitzen wir Beobachtungen, welche von diesen Einflüssen frei sind, von A. Mermod, der sie in einer 1877 in Strassburg eingereichten Dissertation[2]) mitgetheilt hat. Er beobachtete während einiger Studienjahre an Orten verschiedener Höhe, in Erlangen, Lausanne und St. Croix im Schweizer Jura und zuletzt wieder in Strassburg, jedesmal nach sechswöchentlichem Aufenhalt seine Pulszahlen. Die Zählungen, welche in grosser Menge, zu allen Stunden des Tages und der Nacht, und immer unter den gleichen Verhältnissen angestellt wurden, ergaben zwischen Erlangen und St. Croix einen mittleren Unterschied von etwa drei Pulsschlägen in der Minute. In Erlangen, dessen Höhe 343 M. beträgt, wurden 900 Beobachtungen, in St. Croix 1100 M., wurden 919 Zählungen gemacht, und der Unterschied im Luftdruck dieser beiden Orte betrug 6,3 cm Quecksilberhöhe.

Zu den Wirkungen der Verminderung des Luftdruckes im geraden Gegensatze stehen die Wirkungen seiner Erhöhung, denn wir finden, dass die Füllung der sichtbaren Venen und des Capillarsystems der Schleimhäute abnimmt, was sich denjenigen, welche die pneumatischen Kammern benützen, in der raschen Abnahme von frischen katarrhalischen Congestionen bemerklich macht, und dass der Puls verlangsamt wird. Beobachtungen über die Abnahme der Pulsfrequenz unter erhöhtem Drucke, die sich denen von Mermod an die Seite stellen, besitzen wir schon seit langer Zeit in der bekannten Arbeit von R. v. Vivenot.

Die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die Wirkung des erhöhten Druckes der pneumatischen Kammern auf den Puls wurde zuerst in Frankreich rege, als in den fünfziger Jahren die pneumatischen Kammern dort in Gebrauch kamen. Man hatte gefunden, dass der erhöhte Luftdruck zugleich auf den Puls, die Athmung und das Nervensystem beruhigend wirke, was besonders auch in Krankheitszuständen, die von Fieber begleitet waren, vortheilhaft hervortrat. Es wurden viele Zählungen gemacht, die später bei uns und in andern Ländern in grosser Menge wiederholt wurden, die aber alle für die Grösse der physiologischen Veränderung des Pulses nicht maassgebend sind, denn es ist bei ihnen der Einfluss der täglichen Periode der Pulsfrequenz nicht ausgeschlossen, welcher eine stärkere Erhöhung der Pulszahl durch das Frühstück und eine allmählige Abnahme bis zum Mittagsmahl bedingt. Um diese und andere störende Einflüsse zu vermeiden, verlegte v. Vivenot für eine Reihe von Sitzungen in der pneumatischen Kammer die tägliche Waschung und das Frühstück auf eine spätere Stunde, und verhielt sich auch im Uebrigen vor der Sitzung vollkommen ruhig. Jede Sitzung dauerte zwei Stunden, von welcher Zeit die ersten 20 Minuten zur allmählichen Steigerung des Druckes um 32 cm Quecksilberhöhe verwandt wurden, der dann diese Höhe eine Stunde lang beibehielt, und in den letzten 40 Minuten wurde der Druck wieder langsam auf die gewöhnliche Höhe herabgelassen. An die hierdurch bedingten Zeitabschnitte schlossen sich die Pulszählungen an. Eine erste wurde vor dem Beginn der Sitzung, eine zweite mit Erreichung des hohen Druckes, die dritte am Ende desselben und die vierte am Schlusse der Sitzung gemacht. Es zeigte sich als mittleres Ergebniss, dass die Pulsfrequenz in den zwei Stunden um etwa drei Schläge in der Minute abnahm und diese Abnahme brachte den Puls nahezu auf das Tagesmittel, während die tägliche Schwankung bei v. Vivenot auf und ab etwa 20 Schläge betrug.

Es ist bemerkeswerth, dass die von v. Vivenot gefundene Abnahme der Pulsfrequenz bei einem Ueberdrucke von 32 cm. Quecksilberhöhe die gleiche Grösse besitzt, wie die Zunahme, welche Mermod bei einer Druckverminderung von nur 6 cm gefunden hatte, und wir erblicken darin eine viel stärkere Wirkung der Druckverminderung auf den Puls, als sie einer gleich grossen Erhöhung zukommt. Ein ähnliches Verhältniss zeigt sich auch in dem Auftreten der oben erwähnten Störungen des Allgemeinbefindens, welche man schon bei einer Verminderung des Atmosphäredruckes um ein Drittheil, in 2500 M. Höhe, häufiger beobachtet, während eine Druckerhöhung noch bis zu $2\frac{1}{2}$ Atmosphären angenehm empfunden wird und anregend auf das Nervensystem und auf die Ernährung wirkt. Erst bei noch stärkerem Drucke pflegen dann Störungen aufzutreten.

v. Vivenot brachte nun mit der Verlangsamung des Pulses auch dessen übrige Beschaffenheit in Verbindung. Man hatte bei anderen Gelegenheiten unter zunehmend stärkeren Druckerhöhungen angegeben, dass der Puls zuerst dem Pulsus lentus ähnlich werde, also langsamer an- und abschwelle, dann aber fadenförmig und zuletzt unfühlbar werde. v. Vivenot glaubte ähnliche Veränderungen unter der Druckhöhe der pneumatischen Kammer zu finden, und indem er von dem Gedanken ausging, dass die Verstärkung des Luftdruckes, auf die Oberfläche des Körpers wirkend, „das Volum und Lumen der peripheren Gefässe“ verkleinere, nahm er an, dass der Abfluss des Blutes dadurch erschwert und der Widerstand der Gefässwandungen gegen die Blutwelle vermehrt werde, und dass die unter diesen Umständen eintretende „Zusammenziehung der Gefässe“ die Pulsverlangsamung bewirke. Vergl. „Zur Kenntniss etc. der verdichteten Luft“, Erlangen 1866, S. 352, 353.

Er fand nun mit dem Marey'schen Pulshebel, den er zu den gleichen Zeiten anlegte, zu welchen er die Zählungen gemacht hatte; Pulsformen, deren Mehrzahl eine allmähliche Zunahme der arteriellen Spannung während des bleibend hohen Druckes anzudeuten schienen und eine Rückkehr zu dem früheren Zustande nach demselben, während vorkommende Abweichungen sich durch zufällige Umstände

[1]) Die zahlreichen Curvenbilder, welche diese Mittheilung begleiteten, können an dieser Stelle keinen Platz finden, ich hoffe sie bei einer anderen Gelegenheit zu veröffentlichen.

[2]) Sur l'influence de la depression atmospherique. Lausanne 1877.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

scheinbar erklären liessen. Das Instrument, welches er benützte, gab nur undeutliche Zeichnungen, so dass man bei den flacheren Curven nicht unterscheiden kann, welcher Form sie angehören.

So wenig ich an diesen Ergebnissen zweifeln konnte, unternahm ich doch eine Wiederholung der Versuche, um dem Verständnisse der merkwürdigen Veränderung näher zu kommen.

Ich wählte den Sommerbrodt'schen Pulshebel, bei welchem die innige Berührung der Pelotte mit der Arterie nicht durch eine Feder, wie bei dem Marey'schen, sondern durch aufgelegte Gewichte hergestellt wird. Die Spannung der Feder nimmt, während sich die Arterie ausdehnt, etwas zu und beschränkt dadurch in demselben Maasse die Entwicklung der Form, die bei dem gleich bleibenden Druck des Gewichtes deutlicher hervortritt. Das Gewicht hat auch den Vorzug, dass seine Grösse immer genau bekannt ist, und so lässt es sich bei verschiedenen Personen der Kraft des Herzstosses mit Sicherheit anpassen. Dies ist nothwendig, um immer deutliche Curven zu erhalten und es giebt zu gleicher Zeit ein sicheres Urtheil über die Kraft des Herzstosses, deren Kenntniss eine umfassendere Einsicht in die Circulationsverhältnisse gewährt.

Während der Sitzungen in der Kammer nahm ich den Pulshebel nach einigen Aufnahmen jedesmal wieder ab, um die Arterie nicht zu ermüden. Die Zahl der Aufnahmen, die ich in einer Sitzung machte, war 15 bis 25 und die Zahl der Sitzungen belief sich nach und nach auf 48, so dass ich eine nicht unbedeutende Menge von Aufnahmen vergleichen konnte.

Die Ergebnisse schienen einigemal mit denen von Vivenot's übereinzustimmen, dann aber widersprachen sie ihnen wieder bei denselben Personen, und ich erhielt vielfach Pulsformen, deren Entstehung mir aus dem bis dahin bekannten dunkel war. Ehe ich darüber Aufschluss erhalten konnte, musste ich eine mehrjährige Arbeit vollenden, die den Zweck hatte, am elastischen Rohre die verschiedenen Pulsformen und deren Uebergänge unter einander darzustellen, was mir auch schliesslich gelang. Diese Arbeit ist in Du Bois Reymond's Archiv für Physiologie, 1882 und Supplementband 1883, veröffentlicht worden. Häufige Aufnahmen der Pulscurven an verschiedenen Personen unter dem gewöhnlichen Luftdrucke ergaben gleichzeitig, dass bei normal entwickeltem Gefässsysteme ein beständiger Wechsel, in kürzerer oder längerer zeitlicher Aufeinanderfolge zwischen Formen verschiedener Contractions- und Füllungszustände der Arterie stattfindet, und dass sich auch die Grösse der Curven ändert, so dass man innerhalb 20 Minuten den Formenwechsel, und unabhängig von diesem Curven sehr kleiner und auch normaler Grösse erhalten kann.

Die gleichen Veränderungen zeigen sich nun auch in der pneumatischen Kammer, und an denselben Personen, welche an dem einen Tage unter gewissen Umständen des körperlichen Befindens vorzugsweise die kleineren Curven stärkerer Elasticität (Contraction) gaben, konnte ein anderer Tag grössere Formen normaler oder geringerer Elasticität bringen. Einen Unterschied machte es auch, wann der Sitzung Bewegung vorausgegangen war, denn es waren dann die Curven Anfangs grösser und neigten zu den conischen (dikroten) Formen und ein längeres ruhiges Sitzen brachte später wieder kleinere Curven einer etwas stärkeren Elasticität zum Vorschein. Wenn ich alle diese Umstände in Betracht zog, so musste ich zu dem Schlusse kommen, dass die Ausdehnung oder Zusammenziehung der Arterien und der darauf beruhende Formenwechsel durch die Druckhöhe der pneumatischen Kammer in keiner Weise beeinflusst werde, und dass auch eine Stauung im arteriellen Systeme nicht auftrete. Dies ist, wenn man sich die Verhältnisse klar macht, auch kaum anders zu erwarten, da ja die elastischen Eigenschaften des Arterienrohres durch einen Druck bleibender Höhe eine Aenderung nicht erfahren, und da eine Stauung auf die Weise, wie es v. Vivenot annahm, nicht entstehen könnte. Unter der gleichbleibenden Druckhöhe unterliegen alle Theile des Gefässsystemes demselben Drucke, die Capillaren werden nicht stärker gedrückt als die Arterien, und so lange dies der Fall ist, kann eine Veränderung der Raumverhältnisse und eine Hemmung des Abflusses nicht eintreten. Nur die Reibung des Blutes an den Gefässwänden könnte durch den Druck verstärkt werden, was bei gleich bleibender Herzkraft ein etwas langsameres Fliessen und eine weniger rasche Fortpflanzung der Welle bedingen würde, und dies würde hinreichen, eine Verlangsamung des Pulses zu erklären. Bis aber die Reibung einen kenntlichen Einfluss auf die Form haben könnte, würde sie ausserordentlich stark zunehmen müssen und dann wäre nicht im voraus zu entscheiden, ob die Curven höher, oder ob sie flacher werden würden, weil dies von der relativen Herzkraft abhängig wäre.

Mir gereichte es zur wahren Beruhigung, das Verhalten des Pulses in dieser Weise aufgeklärt zu sehen, denn wären die Schlüsse v. Vivenot's richtig, und wäre die starke Verflachung bei einigen seiner Curven durch den Druck bedingt gewesen, so würde sich diese Wirkung gewissen pathologischen Zuständen an die Seite gestellt haben, was mit dem augenscheinlich guten Befinden in der Kammer im Widerspruche steht.

Bei v. Vivenot sowohl, als bei mir selbst musste der normale Formenwechsel der Curven das Urtheil erschweren, weil ein vorwiegendes Auftreten der niederen Formen starker Elasticität (Contraction) unter dem hohen Drucke immer die Meinung begünstigen musste, dass der Druck die Ursache ihres Auftretens sei. Es war mir deshalb willkommen, die Aufnahmen in einem Falle machen zu können, der diese Formen ausschloss, an einem jungen Mann, Herrn W. von 22 Jahren, dessen Puls die Eigenschaften, wie ich sie bei Anlage zur Schwindsucht häufig gefunden habe, in hohem Grade besass. Er war proportionirt, aber zart gebaut, nicht mager und hatte eine durchsichtige, blasse Haut. Seine Pulscurven zeigten niemals Formen einer stärkeren Elasticität, als derjenigen, welche der normalen Form der Curve entspricht und sein Herzstoss war so schwach, dass man die gewöhnliche Belastung des Pulshebels von 200 grm auf 30 grm erniedrigen musste, um gut entwickelte Curven normaler Grösse zu erhalten. Die in gewöhnlicher Weise gemachten Aufnahmen bestätigten auch in diesem Falle die Ergebnisse, welche ich aus den übrigen gezogen hatte.

Gewisse Unterschiede traten aber an den Curven hervor, nachdem ich die Methode geändert hatte, indem ich bei jeder Aufnahme einen tiefen Athemzug ausführen liess. Die Veranlassung zu dieser Aenderung gaben mir die Aufnahmen eines an ausgebreitetem Lungenemphysem leidenden Patienten, an welchen ich bemerkt hatte, dass unter dem leichter und tiefer werdenden Athmen des steigenden und hohen Druckes die Athemzüge sich in der Veränderung der Curven deutlicher ausprägten, was in fallendem Drucke noch stärker, aber in unregelmässigen Formen hervortrat.

Ich erwartete, dass die grösseren Blutmengen der auf die Ausathmung eines tiefen Athemzuges treffenden Pulse bei Herrn W. die etwa vorhandenen Unterschiede in der Bildung der Pulscurven deutlicher zum Ausdruck bringen würden.

Es ist seither noch nicht allgemein anerkannt, dass die Vergrösserung der Curven bei der Ausathmung tiefer Athemzüge auf dem Eintritte grösserer Blutmengen in die Arterie beruht, allein dies lässt sich durch Ausschliessung anderer Ursachen aus der Veränderung in der Form der Curven ohne Schwierigkeiten ableiten, und die Richtigkeit dieser Auffassung ist neuerdings in einer Arbeit von de Jager, über die Lungencirculation und den arteriellen Blutdruck (Pflüger's Archiv 27. 152) experimentell nachgewiesen worden.

Eine halbe Stunde vor jeder Sitzung wurde zuerst, des Vergleiches halber, eine Anzahl von Athmungen unter dem gewöhnlichen Luftdrucke aufgenommen. Nachdem einige Sitzungen unter der Einübung des gleichmässigen Athmens hingegangen waren, zeigten die gleichmässig ausgeführten Athmungen von drei Sitzungen übereinstimmende Unterschiede, welche nicht die Form, sondern die Grösse der Curven betrafen. Diese erreichten nämlich im ansteigenden Drucke eine grössere Höhe, als in dem gewöhnlichen und in dem bleibend erhöhten Drucke, wogegen die Curven des fallenden Druckes häufig eine geringere Höhe hatten. Die wie gewöhnlich abwechselnd auftretenden Grössenveränderungen waren deshalb im steigenden und fallendem Drucke nicht ausgeschlossen, es trafen aber die grössten Curven immer auf das Steigen, die durchschnittlich kleineren auf das Fallen des Druckes und bei den kleineren unter diesen erniedrigten sich bei gut ausgeführten Athemzügen die Curven der Einathmung bisweilen fast bis zum Verschwinden, so dass sie eine zusammenhängende, ziemlich gleichmässige Linie zu bilden schienen, während die Curven der Ausathmung zwar kleiner als normal, aber gut entwickelt waren.

Ich versuchte später, die Aufnahmen in derselben Weise bei einem jungen Mann von 17 Jahren zu wiederholen, der schmal gebaut war und die gleiche Beschaffenheit des Pulses, dabei einen etwas kräftigeren Herzschlag hatte, bekam aber hier kein deutliches Ergebniss; freilich muss ich dabei erwähnen, dass er eine sehr geringe Athemgrösse — 1600 Ccm — besass. Uebereinstimmende Grössenverhältnisse fand ich dagegen wieder in den Aufnahmen bei einer Dame von 40 Jahren, deren Puls vollkommen normal war und eine Belastung von 200 bis 250 grm gestattete. Für diese wurde die Druckerhöhung auf 40 Cm Quecksilberhöhe gebracht und es gelang mir in einer Sitzung so viele Curven aufzunehmen, dass ich solche, welche einer stärkeren Elasticität (Contraction) angehörten, sämmtlich ausscheiden konnte, und doch noch genug zum Vergleichen übrig behielt. Hier unterschieden sich die Aufnahmen unter dem fallenden Drucke zum Theile nicht, oder nur wenig von denen des bleibend hohen Druckes, jedoch schlossen sie die kleinsten Aufnahmen unter sich ein, während die Curven des steigenden Druckes höher waren, als alle übrigen.

Wie würden sich nun derartige Veränderungen mit den äusseren

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorgängen unter dem steigenden und fallenden Drucke in Verbindung bringen lassen.

Die Umstände, welche nach unseren Erfahrungen am Pulse und nach den Beobachtungen am elastischen Rohre die Curven vergrössern können, ohne wesentliche Formveränderungen zu bewirken, sind 1. eine geringe Verstärkung des Herzstosses, 2. eine geringe Vermehrung der Blutmenge der Pulswelle und 3. eine Verengung des Abflussweges. In unseren Fällen lässt sich nun eine während des ansteigenden Druckes durch Erregung oder auf andere Weise etwa eingetretene Verstärkung des Herzstosses ausschliessen, es blieb also, die Möglichkeit einer Vermehrung des während eines tiefen Athmenzuges in die Arterie eintretenden Blutes, und die Möglichkeit einer Verengung der Abflusswege für das Blut der Art. radialis näher zu erwägen.

Im Eingange wurde schon erwähnt, und es ist bekannt, dass während der Zunahme des Luftdruckes eine Veränderung in der Blutvertheilung entsteht, die eine geringere Anfüllung im venösen Systeme zur Folge hat, und welche bei der Rückkehr zum gewöhnlichen Drucke wieder in umgekehrter Weise vor sich gehen muss. Diese Veränderung ist aber nicht von dem Luftdrucke allein abhängig, sondern sie ist in ihrer Grösse bedingt, durch den Grad der Ausdehnbarkeit der Lungen und durch die Grösse der Erweiterung, welche die Ruhestellung der Lunge schliesslich im hohen Drucke annimmt. Ohne auf die allmähliche Ausbildung dieser Veränderung oder auf die dabei betheiligten Verhältnisse näher einzugehen, will ich nur hervorheben, dass während ihrer Entwicklung unter dem zunehmenden Drucke die Lungen bei jedem Athemzuge durchschnittlich etwas mehr Blut aus dem venösen System erhalten müssen, als unter dem gewöhnlichen und dem bleibend erhöhten Luftdrucke. Es wäre daher möglich, dass bei einem unter dem steigenden Drucke von Zeit zu Zeit ausgeführten tiefen Athemzuge auch etwas mehr Blut in die Arterien gelange, als unter anderen Druckverhältnissen. Bei gewöhnlichem Athmen geschieht dies jedoch nicht, und die Curven zeigen keine Veränderung, auch ist der Umfang eines Athemzuges bei ruhigem und unbefangenem Athmen im steigenden und hohen Drucke in der Regel nicht grösser als gewöhnlich.

Mit dem fallenden Drucke müssen die in die Lungen eintretenden Blutmengen wieder abnehmen, was in den schon erwähnten Pulscurven des Emphysematikers deutlich angezeigt erscheint. Für gewöhnlich dürfte man übrigens im fallenden Drucke keine sehr hervortretenden Erscheinungen erwarten, weil die darauf verwandte Zeit länger, die Uebergänge also allmälichere sind.

Indem ich die Umstände hervorhebe, welche unter dem steigenden Drucke, bei dem Einen mehr, bei dem Andern weniger, den Eintritt einer etwas grösseren Blutmenge in die Arterien herbeiführen könnten, bin ich nicht im Stande den Eintritt mit Sicherheit nachzuweisen.

Leichter schon gelingt es, die Wahrscheinlichkeit einer Verengung der Abflusswege des arteriellen Blutes der Radialis nachzuweisen. Jede neu eintretende Vermehrung des Luftdruckes in der Kammer trifft zuerst auf die Oberfläche des Körpers und bedarf immer einer, wenn auch kurzen Zeit, damit sie sich auf die tiefer gelegenen Theile fortpflanze. Bis dies geschehen sein kann, wird aber unter dem zunehmenden Drucke abermals eine Erhöhung des Luftdruckes eingetreten sein, und dies wird sich so lange wiederholen, bis die bleibende Druckhöhe erreicht ist. Während der Zeit des steigenden Druckes werden daher die Capillarnetze der Oberfläche immer etwas stärker gedrückt sein, als die zuführenden Gefässstämme und die Abflusswege für das der Oberfläche zugeführte Blut müssen bei diesem Vorgange etwas verengt werden.

Die Folge einer Verengung des Abflussweges ist immer eine Vergrösserung der Pulscurve, so lange der Inhalt einer Pulswelle bis zur Ankunft der nächsten Welle noch aus der Arterie austreten kann. Dieser Bedingung könnte sowohl durch eine entsprechende Verlangsamung des Pulses, als auch durch die stärkere Entleerung der Venen bei einer tiefen Einathmung genügt werden, und gerade die Hand wäre am besten geeignet, den Vorgang zum Ausdrucke zu bringen, weil sie von allen Körpertheilen die grösste Oberfläche besitzt. Die Vergrösserung der Curven durch Erschwerung des Abflusses lässt sich leicht darstellen, wenn man von den beiden Zweigen, in welche sich die Art. radialis über dem Handgelenke theilt, den einen, der bisweilen sehr oberflächlich liegt, unterdrücken kann: in demselben Augenblicke wann dies geschieht, werden die Pulscurven bedeutend grösser. Dieselbe Erscheinung tritt auf, wenn man während der Aufnahme die Hand vorsichtig zur Faust ballt und dadurch den Abfluss des Blutes erschwert. Diese Vorgänge sowie auch die Vergrösserung der Curven, welche man am elastischen Rohre erhält, wenn die Abflussmündung verengt wird, sind im Supplementband zu Du Bois-Reymond's Archiv 1883 in den Fig. 84, 86, 87 der Tafel IV. dargestellt.

Man könnte allerdings erwarten, dass das Grösserwerden der Curven während des steigenden Druckes auch unter dem gewöhnlichen ruhigen Athmen auftreten würde, allein die Verhältnisse liegen für das Hervortreten der Erscheinung offenbar günstiger, wenn zu gleicher Zeit der Inhalt der Pulswelle ein grösserer wird, so wie bei der Ausathmung eines tiefen Athemzuges.

v. Vivenot erwähnt einer ähnlichen Erscheinung bei ruhigem Athmen, die darin ihren Grund hatte, dass in der betreffenden Sitzung die Druckerhöhung in der kurzen Zeit von 10 Minuten bewirkt wurde, Ste. 388 Fig. 25 seines Werkes, und die er als Perturbationserscheinung hinstellt: das raschere Ansteigen des Luftdruckes musste hier die Wirkung verstärken.

Die in therapeutischer Beziehung werthvolle Verlangsamung des Pulses, die bei v. Vivenot etwas über 4 Proc. betrug, steht nach dessen zahlreichen und gewissenhaften Beobachtungen nicht im Verhältniss zu der gleichzeitigen Verlangsamung der Athemzüge unter dem erhöhten Luftdrucke, und die letztere ist also, wenn sie auch einen bestimmten Einfluss darauf besitzen dürfte, doch nicht die hauptsächlichste Veranlassung. In wie weit die Reibung an den Gefässwänden mitwirkt, dies näher zu bestimmen muss einer weiteren Untersuchung vorbehalten bleiben.

Die Ausschliessung einer durch den Druck in der pneumatischen Kammer bewirkten Zusammenziehung der Arterien, wie sie v. Vivenot annahm, giebt uns eine grössere Sicherheit in der Anwendung dieses Heilmittels, weil man eine nachtheilige Wirkung auf die arterielle Circulation nicht zu befürchten braucht. Zwar werden höhere Grade von Klappenfehlern wegen der Veränderung in der Blutvertheilung von der Behandlung in der pneumatischen Kammer ausgeschlossen bleiben, aber wir können nun bei leichteren, compensirten Klappenfehlern, die an sich keine Störung veranlassen, und bei schwachem Herzen die pneumatische Kammer ohne Bedenken anwenden, wenn sie im übrigen angezeigt ist, und dies ist in der That schon öfters mit Erfolg geschehen. Auch die beruhigende Wirkung des Druckes auf den Puls wird unter diesen Umständen in manchen Fällen als willkommene Beihülfe betrachtet werden können.

II. Ein Fall von multipler Neuritis,

vorgetragen in dem Congress für innere Medicin am 22. April 1884

von

Dr. S. Guttmann-Berlin.

Der Fall, welchen ich Gelegenheit hatte, in Gemeinschaft mit Herrn Wernicke zu beobachten, dürfte nach seinem Verlaufe und nach den bei demselben beobachteten Symptomen geeignet sein, zu zeigen, dass es sich gegenüber der herrschenden Lehre von dem spinalen Ursprung atrophischer Lähmung in vielen Fällen, wie das Leyden hervorgehoben, um multiple degenerative Processe peripherischer Nerven handle.

Der Fall betrifft eine, in guten Verhältnissen lebende, 42 Jahre alte Frau, welche nie geboren hat, regelmässig menstruirt ist, deren Genitalapparat sich normal verhält und welche sich einer kräftigen Constitution und normaler Ernährung erfreut. Sie erkrankte in den ersten Tagen des October vorigen Jahres unter Schmerzen im Kreuz, in den oberen und unteren Extremitäten, welchen bald eine derartige motorische Schwäche folgte, dass vom 8. October ab die Patientin das Bett nicht mehr verlassen konnte — und dass 4 Tage später, vom 13. October ab, eine fast totale motorische Lähmung der unteren Extremitäten, des Rumpfes und zum Theil der oberen Extremitäten constatirt werden konnte. Es ist von Interesse, dass die Patientin dabei folgende Angaben machte. Während sie einen Gang zu besorgen hatte, wurde sie plötzlich auf der Strasse von einem Gefühl befallen, als ob ihr die unteren Extremitäten und der untere Theil des Rumpfes fehlte, so dass sie nach einer Stütze suchen musste, um sich aufrecht zu erhalten und nur mit Mühe ihre Wohnung erreichen konnte. Unter grosser Müdigkeit konnte sie sich den Rest des Tages noch aufrecht erhalten und den nächsten Tag konnte sie das Bett nicht mehr verlassen. Die Schmerzen wurden intensiver, exacerbirten namentlich des Nachts in Paroxysmen, zeigten sich bald im Kreuz, in den Beinen, Armen und auf der Brust und waren begleitet von dem Gefühl der Formication und schmerzhaftem Eingeschlafensein.

Der Status, den die Kranke auf der Höhe des Krankheitsbildes bot, war folgender: Absolute Paraplegie, nur sehr minimale Zehenbewegungen, Unfähigkeit den Rumpf in sitzender Stellung zu erhalten, hochgradige Parese der oberen Extremitäten, stärker rechts als links; am besten waren noch die Fingerbewegungen erhalten. Nach den subjectiven Angaben stellt sich die Sensibilität kaum betheiligt;

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Kitzeln und Stiche an der Fusssohle werden mit nicht ganz normaler Stärke wahrgenommen; auf Druck zeigten sich die Muskeln empfindlich. Die Tastempfindung war überall gut, ebenso war gute Wahrnehmung der passiven Bewegungen vorhanden. Der Charakter der Lähmung war ein schlaffer. Die Sehnenreflexe waren vollständig aufgehoben. Die Temperatur war während des ganzen Verlaufs niemals merklich erhöht; der Puls hatte eine erhöhte Frequenz. Vollkommen intact war die Respiration und niemals war eine Andeutung von Bulbär-Symptomen vorhanden; intact verhielt sich auch Blase und Darm; der öfter untersuchte Urin verhielt sich normal. Sensorium und Allgemeinbefinden waren während des ganzen Verlaufs normal. Der weitere Krankheitsverlauf ergab Atrophien diffusen Charakters, jedoch von ungleichmässiger Localisation.

Unter der in Jod-Kali in grossen Dosen bis zum 13. November und von da ab noch ausserdem in methodischer Faradisation der gelähmten Muskeln bestehenden Behandlung gelangte der Fall Ende December vorigen Jahres, nahezu nach 3 Monaten, allmälig zur vollständigen Heilung. Von Interesse war dabei, dass der Puls trotz der grossen Jod-Kali-Dosen auf seine normale Frequenz zurückging.

Die Beantwortung der Frage, womit wir es in dem vorliegenden Fall zu thun hatten, war bei der Eigenartigkeit des geschilderten Krankheitbildes keine leichte. Man musste zunächst an eine Poliomyelitis denken. Sicher gehörte das Krankheitsbild in das Gebiet der atrophischen Lähmungen, wie durch die deutlich gewordenen Atrophien erwiesen wurde, die sich in genau constatirten Differenzen in dem Volumen der Wadenmuskeln sowohl, wie in Differenzen der Volumina der beiden Ober- und Vorderarme manifestirten. Dafür sprachen ferner die absolute Schlaffheit der Lähmung, wie die Aufhebung der Sehnenreflexe. Soweit konnte man, wie gesagt, an Poliomyelitis denken. Nun zeigt aber die Poliomyelitis doch wesentliche Abweichungen. Nahmen wir an, sie habe sich in unserem Falle aufsteigend zu einer so weit verbreiteten Lähmung entwickelt, so konnten wir mit Sicherheit in einem grossen Gebiete, und namentlich in dem zuerst befallenen der gelähmten Musculatur einen vollständigen Verlust der faradischen Erregbarkeit erwarten. Davon war in unserem Falle nicht die Rede, sondern die vorhandene partielle Herabsetzung der Erregbarkeit in einzelnen Muskeln konnte erst nach sorgfältigem Suchen constatirt werden. Es war deshalb die Frage berechtigt, ob die Lähmung nicht anderweitigen centralen Ursprungs sei. Man konnte vorläufig nur an spinale Vorgänge denken und zwar an eine gewöhnliche Myelitis mit zeitweilig progressivem Verlauf. Damit jedoch stimmte keineswegs das Erloschensein der Reflexe, vor Allem der Sehnenreflexe, die normale Sensibilität, die normale Function der Blase und des Mastdarms, das gewiss empfindlichste Reagens für Myelitis.

Unter diesen Umständen konnte man noch eher an zwei andere Processe denken und zwar an Tumor des Rückenmarkes und an die Landry'sche sogenannte acute aufsteigende Paralyse. An Tumoren deshalb, weil infiltrirte Tumoren nach vorliegenden Beobachtungen und nach Beobachtungen von Wernicke die Sensibilität verhältnissmässig sehr wenig zu beeinträchtigen brauchen, weil ferner die sich daran anschliessende centrale Myelitis oder auch das Oedem der unter dem Tumor befindlichen Rückenmarkspartien den Ausfall der Reflexe vielleicht erklären konnte. Der zunächst progressive Verlauf und die grossen Schmerzen konnten ebenfalls in diesem Sinne verwerthet werden.

Die acute aufsteigende Landry'sche Paralyse ist zwar ein pathologisch-anatomisch durchaus nicht genau begründetes und überhaupt verschwommenes Krankheitsbild, mit dessen Diagnose wenig gethan wäre, indessen hat ja Leyden auf die Möglichkeit hingewiesen, dass hier Herde in der Oblongata mitspielen, wofür auch von Anderen Belege erbracht sind.

Der weitere Verlauf und der Ausgang unseres Falles jedoch sind beweisend für die Annahme, dass wir es mit in den peripheren Nerven ablaufenden Processen zu thun hatten. Die electrische Erregbarkeit war, wie wir schon ausgeführt, im Allgemeinen wohl erhalten, doch mit einer Einschränkung, da sich in gewissen Gebieten eine deutliche Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit zeigte. Auch in der Beschaffenheit der Lähmung kam ein derartiger Unterschied zum Ausdruck. Es fanden sich Unterschiede in der electrischen Erregbarkeit an den Füssen der beiden Seiten. Links war keine isolirte Reaction des Extensor digitorum communis brevis zu bekommen. Wenn der Strom so stark applicirt wurde, dass der Muskel reagirte, so traten zugleich Wirkungen der Interossei auf, die die Extensorenwirkung vollständig verdeckten. Auf dem rechten Fussrücken dagegen bekam man leicht isolirte Extensoren-Wirkung. Die Stellung der Zehen war links in der Ruhelage eine abnorm gestreckte, was darauf hinwies, dass von den antagonistischen Muskelgruppen, deren Tonus die normale Stellung der Zehen bedingt, die einen mehr als die anderen in ihrem Tonus gelitten hatten. Nachweisbar war ja auch hier die Reaction des Extensor brevis deutlich herabgesetzt. Bei der Reizung des Nervus peroneus in der Kniekehle links bekam man, von schwachen Strömen allmählich zu stärkeren übergehend, zuerst stets Contraction des Tibialis anticus, dann kam der Extensor digitorum communis longus hinzu, schliesslich auch der Peroneus longus. Der letztere Muskel liess sich intramusculär nicht isolirt reizen, stets wurden durch Stromschleifen der Tibialis anticus und der Extensor longus mit beeinflusst. Demnach hatte der Peroneus longus eine stark herabgesetzte Erregbarkeit besonders bei intramusculärer Reizung. Auf der rechten Seite zeigte sich ebenfalls im Peroneusgebiet der Tibialis anticus am erregbarsten, wenn es hier auch möglich war bei intramusculärer Reizung im Musculus peroneus longus isolirte Contractionen zu erhalten. Der Tibialis anticus war auch mechanisch beiderseits am meisten erregbar. Ferner bestand in der Musculatur des Daumenballens rechts eine Herabsetzung der Erregbarkeit.

Fassen wir diese Befunde zusammen, so sehen wir, dass wir es mit einem weit ausgedehnten Gebiete der Lähmung zu thun haben, das unter Anderem die beiden unteren Extremitäten umfasst. In diesem Gebiete zeigen einzelne Muskeln ein verschiedenes Verhalten in ihrer electrischen Erregbarkeit und deutliche Differenzen in ihrem Tonus — und zwar geschieht dies nicht in einer bestimmten Gruppirung, wie es bei der Poliomyelitis gewöhnlich der Fall ist, worauf Remak der Jüngere hingewiesen hat.

Der Befund bei unserem Falle stimmt demnach am meisten mit der Vorstellung, dass es sich bei demselben um eine diffuse Erkrankung des peripherischen Nervensystems gehandelt hat, die in dem befallenen Gebiete eine Lähmung bewirkte, aber nur in einzelnen willkürlich herausgegriffenen Nervengebieten so hochgradig wurde, dass eine erhebliche Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit daraus resultirte. Bekanntlich kann der periphere Nerv in verschiedenem Grade erkranken. Unter Anderem ist bei gewissen Fällen von Radialis-Lähmung (Druck-Lähmung) die electrische Reaction immun erhalten. Das spricht also nicht gegen die periphere Lähmung überhaupt, sondern nur gegen den schweren Charakter der Lähmung — und thatsächlich ist bei unserem Falle der Verlauf ein günstiger gewesen, was also beweist, dass nicht die sogenannte schwere Form der peripheren Lähmung vorlag. Die Schmerzen, Hyperästhesie und der günstige Verlauf sprechen ebenfalls für die periphere Neuritis.

Aetiologisch hat sich etwas Thatsächliches in unserem Falle nicht feststellen lassen.

III. Der Oberbrunnen und die Kronenquelle zu Obersalzbrunnen in ihrer Eigenschaft als Lithionwässer.

Von

H. Reimer.

Chemische Analyse des Oberbrunnens zu Salzbrunn in Schlesien von Geh. Hofr. Prof. Dr. R. Fresenius. Wiesbaden 1882, 2. Aufl. 1883, 3. Aufl. 1884. — Chemische Analyse der Kronenquelle von Salzbrunn von Prof. Dr. Poleck. Breslau 1882. — Ueber die Kronenquelle zu Ober-Salzbrunn in ihrer Bedeutung als Natron-Lithionquelle von Prof. Dr. R. Gscheidlen. Guben 1882. — Die Kronenquelle zu Obersalzbrunn von Dr. Laucher. Münchner ärztl. Intelligenzbl. No. 17 1882. — Die Kronenquelle zu Ober-Salzbrunn und ihre wissenschaftliche Vertretung; Reclame od. Studium? Ein offenes Sendschreiben an Herrn Prof. Gscheidlen von San.-R. Dr. Valentiner. Wiesbaden 1884. — Die Kronenquelle zu Obersalzbrunn von Med.-R. Dr. Laucher. Straubing 1884. — In eigener Sache von Prof. Gescheidlen. Breslauer ärztl. Zeitschr. 1884 No. 2.

Unter den deutschen Mineralquellen haben die hochangesehenen, wie Kissingen und Homburg, auf einen Nebengehalt von doppelt kohlensaurem Lithion bisher noch wenig Gewicht gelegt. Andere Quellen setzen dagegen ihre Stärke gerade in der wenn auch minimalen Beimischung dieses Stoffes, in welchem sie das sicherste Heilmittel gegen die Folgezustände überschüssiger Harnsäure erblicken. An der Spitze derselben steht Salzschlirf mit 0,218‰ Lithion, sodann die Königsquelle von Elster mit 0,108 und die Quellen von Baden-Baden mit 0,045‰. Nun erst treten die alkalischen Quellen auf und zwar in folgender Reihe: Bilin mit 0,0299‰, dopp. kohlens. Lithion Assmannshausen mit 0,0278, Salzbrunner Oberbrunnen mit 0,0130, Salzbrunner Kronenquelle mit 0,0099, Weilbacher Natron-Lithionquelle mit 0,0094, Giesshübler König Ottoq. mit 0,0092. Dass der Salzbrunner Oberbrunnen etwas mehr Lithion hat als nach Poleck die dortige neue Kronenquelle hat schon Valentiner's Analyse von 1866 festgestellt, und Fresenius hat dies später bestätigt. Wesentlicher

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ist die Differenz zwischen den beiden genannten Quellen Salzbrunns bezüglich ihres Gehaltes an doppelt kohlensaurem Natron, von welchem der Oberbrunnen 2,152, die Kronenquelle aber nur 0,779 ‰ besitzt. Während doppelt kohlensaure Erden in beiden Quellen ziemlich in gleicher Menge vorhanden sind, ist es von Wichtigkeit, dass der Oberbrunnen mit 0,459 Glaubersalz und 0,176 Kochsalz hierin die Kronenquelle mit 0,180 Glaubersalz und 0,059 Kochsalz bedeutend übertrifft. Die Vermehrung der Peristaltik, wie sie eine Trinkkur mit dem Oberbrunnen häufig genug zur Folge hat, bildet einen bedeutsamen Factor bei dessen Verordnung in Fällen von chronischen Magen und Darmkatarrhen und auch überall, wo es darauf ankommt die Resorption anzuspornen. Bezüglich aller dieser Indicationen kann die Kronenquelle keinenfalls mit dem Oberbrunnen concurriren. Wenn man aber lediglich eine vermehrte Alkalescenz des Blutes und Vermehrung der Harnsäure-Ausscheidung im Auge hat, und diese durch Einführung von Natron und Lithion zu erreichen hofft, so halten wir dafür, dass das längere Verbleiben der Alkalien im Körper und der Einfluss des Lithion auf die Ausscheidung der Harnsäure durch den Fortfall der Glaubersalzwirkung befördert wird; dass also in dieser Beziehung die Kronenquelle (vorausgesetzt, dass das Quantum des eingeführten Natron und Lithion zu einer genügenden Wirkung ausreicht) vor dem Oberbrunnen den Vorzug verdiente.

Gscheidlen machte Versuche über die physiologische Wirkung der Kronenquelle und fand, dass der Harn dabei seine Acidität verliere, dass schon $1^1/_2$ Stunden nach dem Genuss einer Flasche dieses Wassers der Harn neutral, $^1/_2$ Stunde später alkalisch und nach einer weiteren Stunde wieder schwach sauer wurde. Die therapeutische Wirkung, welche sich auf den Abgang harnsaurer Concremente und auf die Beseitigung gichtischer Gelenkleiden erstrecken soll, folgert Gscheidlen theils aus den Angaben Cantani's über die Heilkraft des Lithion gegen die Gicht, theils aus der chemischen Uebereinstimmung der Salzbrunner Kronenquelle mit der gegen Gicht renomirten Weilbacher Natron-Lithionquelle. Hierzu ist zu bemerken, dass Cantani's Autorität von den Balneologen häufig mehr als billig zu Gunsten minimaler Lithionwässer in Anspruch genommen wird. Cantani sagt ausdrücklich bezüglich der Therapie der Gicht: „hätten viele unserer Kranken viel gewöhnliches Wasser nüchtern getrunken, und wären sie in den kühlen Morgenstunden viel spazieren gegangen, so würden sie nicht nöthig haben die wegen ihrer Zusammensetzung als wunderbar gefeierten Heilquellen aufzusuchen.“ Zwar werden weiterhin Salzschlirf, Elster und Baden-Baden als lithiumreiche Trinkquellen von ihm aufgeführt, aber C. besitzt darüber keine eigenen Erfahrungen, und ich glaube mich nicht zu täuschen, wenn wir hier mehr die Stimme des Uebersetzers (Badearzt in Elster) als die des Verf.'s vernehmen. Ein sehr tadelnswerthes und geradezu auf Täuschung berechnetes Verfahren ist es, wenn die Verwaltung der Kronenquelle einen Diätzettel ausgiebt, in welchem es heisst: „Prof. Cantani in Neapel verschreibt bei Gift neben dem Gebrauch der Kronenquelle und der alkalischen Pulver folgende Diät.“ Cantani empfiehlt in seinem Buche keine einzige Natron-Lithionquelle und von der Kronenquelle ist nirgends bei ihm die Rede. Wenn aber auch Gscheidlen die Cantani'schen Lithion-Recepte als Beweismittel für die Wirksamkeit der Kronenquelle anführt, so ist dabei zu erwägen, dass Cantani Lithii carbon. 0,05 pro die verordnet, d. h. gerade soviel als die $^1/_4$ Liter haltigen Flaschen des künstlichen Struve'schen Lithionwassers davon besitzen, und dass ein Patient täglich ca. 50 Liter Kronenquelle trinken müsste, um dieser Verordnung nachzukommen. Endlich ist die Parallele zwischen der Natron-Lithionquelle Weilbach's und der Salzbrunner Kronenquelle insofern nicht zutreffend, als diese Weilbacher Quelle fast den doppelten Gehalt an doppelt kohlensauren Natron und überdies eine beträchtliche Menge Kochsalz aufweist.

Dass die Kronenquelle zu Salzbrunn trotz ihrer nur geringen Menge Natrons und trotz ihrer nur minimalen Menge Lithions ein zuverlässiges Heilmittel gegen überschüssige Harnsäure sei, hat zuerst Laucher behauptet und zwar auf Grund einer an sich selbst vorgenommenen Kur. Er litt an Anästhesien und Hyperästhesien am Oberschenkel, an Brechreiz, Harndrang und schmerzhafter Entleerung eines trüben blutigen Urins, in welchem sich weiterhin erbsengrosse Steine harnsauren Natrons vorfanden. Als später ein ähnlicher Anfall sich zeigte trank Pat. Obersalzbrunner Kronenquelle, worauf viele Concremente sich entleerten und er nunmehr von jenen schmerzhaften Anfällen befreit blieb. Laucher hat dann in einer von der Administration der Kronenquelle verschickten Monographie seinem eigenen beifälligen Urtheil über den Werth der Quelle das einer Anzahl anderer Aerzte beigefügt. Wie einst Hufeland für Wildungen und J. Schmidt für Lippspringe ist damit L. der Schutzpatron der Kronenquelle geworden. Weitere Erfahrungen von anderer Seite werden bald die Frage entscheiden, ob die ausserordentlich hohen Erwartungen, welche an diese Veröffentlichungen sich knüpfen, gerechtfertigt sind. Auf die heftige Polemik, welche in einem Theil der oben angeführten Schriften zwischen Vertretern des Oberbrunnens und solchen der Kronenquelle, hervortritt, wollen wir hier nicht eingehen.

IV. Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen-, Mundrachen- und Kehlkopfskrankheiten für Aerzte und Studirende von Dr. Maximilian Bresgen in Frankfurt a/Main. Wien und Leipzig. Urban Schwarzenberg 1884. Mit 156 Holzschnitten. Ref. Dr. Max Schaeffer-Bremen.

Das Schwerste ist „Vieles mit wenigen Worten zu sagen“. Mit Vergnügen constatire ich, dass dem Verfasser dieses Schwerste vollkommen gelungen ist. Das grosse Gebiet obiger Krankheiten ist auf 272 Seiten, grossgedruckt, in einer so klaren, leicht verständlichen, kurzgefassten und dabei doch erschöpfenden Weise behandelt, dass ich fast anstehe, eine Kritik zu üben und meine meist nebensächlichen Ausstellungen anzubringen. Doch wünscht Verf. dies in seinem Vorworte selbst, um in späteren Auflagen, die nach meiner Ansicht jedenfalls nothwendig werden, die gemachten Einwürfe, geäusserten Wünsche eventuell berücksichtigen zu können.

Das Buch zerfällt in 4 Theile.

1. Theil. Anatomisches und Physiologisches.

Unter Benutzung der ältesten wie neuesten Arbeiten über diese Disciplinen der betr. Organe mit den ausgezeichneten Abbildungen aus den Werken von Luschka, Störk, Zuckerkandl u. A. hat Verf. diesen Gegenstand für den Lernenden wie den Repetirenden in wirklich ansprechender Kürze behandelt.

Ebenso kurz und gut ist im 2. Theile die Ausführung der Laryngoskopie, Rhinoskopie anterior und posterior mit den dazu nöthigen Apparaten und Instrumenten beschrieben.

Im 3. Theile bespricht Verf. die „allgemeine Therapie“. Er beschäftigt sich zuerst mit der Ernährung, Kleidung, den Wohn- und Schlafräumen von Gesunden und Kranken. Verf. ist Jaegerianer, nach der jetzt üblichen Bezeichnung für die Anhänger der reinwollenen Bekleidungs- und Bedeckungsgegenstände. — Es ist ja von Prof. Wilkens in Wien nachgewiesen, dass feuchtes Leinen dem Körper mehr Wärme entzieht als feuchte Wolle und dass dadurch erstere den Körper schädlich beeinflussen kann. Ob aber Theorie und Praxis hier Hand in Hand gehen, muss erst eine längere Erfahrung lehren. Bresgen plädirt für möglichst viel Bewegung in frischer Luft — auch für die nicht fiebernden Kranken, für eine mögliche Abhärtung des Körpers durch kalte Waschungen, Bäder etc.

Dann giebt Verf. die Dosen verschiedener Pulver und Lösungen an, wie er sie bei den später zu beschreibenden Krankheiten in Anwendung zieht und beschreibt die Instrumente, welche bei der localen Therapie, den Operationen, unumgänglich nothwendig sind. Verf. hat eine gute Auswahl unter den vielen zur Disposition stehenden getroffen.

Ueber Voltolini's Schwammmethode zur Ausrottung von Kehlkopfgeschwülsten hat Verf. mit Unrecht den Stab gebrochen. Ich selbst habe eine ziemliche Reihe von Kehlkopfpolypen bei sehr reizbaren Individuen in den ersten Sitzungen damit zerstört. Nach anderen Methoden hätte ich vielleicht Wochen gebraucht, um zum Ziele zu kommen. Ueber soviel Zeit und das dabei nöthige Geld verfügt eben oft der Patient nicht. Allerdings versuche auch ich zuerst immer mit anderen Instrumenten mein Glück.

4. Theil. Specielle Pathologie und Therapie.

A. Verf. fängt immer bei den Krankheiten der Nase an, um dann die weiter nach unten im Respirationstractus auftretenden in derselben Reihenfolge zu besprechen. Und mit Recht! Denn wie häufig ist der eigentliche Sitz, z. B. einer chron. Laryngitis in der Nase zu suchen! Es macht diese Eintheilung das Buch sehr übersichtlich, und vermeidet Verf. dadurch die sonst nicht zu umgehenden Wiederholungen.

Bei der Rhinitis chronica foetida stimme ich mit Verf. darin überein, dass bereits im hypertrophischen Studium sich der Foetor hinzugesellt. Bei der Therapie muss ich Verf. in Bezug auf den Werth der Gottstein'schen Tamponade widersprechen. Ich habe öfter absichtlich zuerst dieselbe nicht verordnet, bin aber immer wieder auf sie zurückgekommen, weil die Krankheit, als solche selbst, sich bei ihrer Anwendung rascher besserte und die Borkenbildung, der Foetor rascher verschwand. Die so lästige Borkenbildung hört bald ganz auf und sie erschwert gerade die Reinhaltung der Nasenschleimhaut und macht die Application der Arzneimittel leicht illusorisch.

Hier wäre der Abscessbildung welche ich öfter in den vorderen Enden der unteren und mittleren Muscheln sah, Ernähnung zu thun. Die Muschelenden werden oft bis zu Wallnussgrösse aufgetrieben. Mit

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Hohlmeissel oder Galvanokauter eröffnete ich sie und entleerte guten, rahmartigen oder dünnflüssigen, sehr stinkenden Eiter.

Warum Verf. unter der Rhinitis chronica die Schleimpolypen abhandelt, ist mir nicht recht einleuchtend; sie gehören nach meiner Ansicht in das Capitel „Neubildungen". — Zur Entfernung der Fremdkörper aus der Nase kann ich Verf. eine sehr lange neusilberne Löffelsonde empfehlen, mit welcher man möglichst hoch im mittleren Nasengange weit nach hinten vorgeht, sie hinten senkt und nun mit Leichtigkeit den Fremdkörper entfernt. Ohne gute Beleuchtung der Nasenhöhle wird mit Pincetten meist Unheil gestiftet.

Verf. verwendet zu stärkeren Schleimhautätzungen in der Nase immer den Galvanokauter, wie jetzt wohl alle Rhinologen.

Die sonstigen therapeutischen Maassnahmen werden überall genau angegeben und tragen dem heutigen Standpunkte der medicinischen Wissenschaft volle Rechnung.

B. Mund-Rachenhöhle.

Bei der in Abscessbildung übergehenden Pharyngitis acuta möchte ich als sicherstes Symptom bereits vorhandenenEiters die ödemartige Schwellung, rosenartige Röthe am vorderen Gaumenbogen bezeichnen, welche sich charakteristisch von der tiefen Röthe der übrigen entzündeten Partien abhebt.

Bei der Diphtherie unterscheidet Verf. mit Heubner die Oberflächen-Diphtherie, primäre oder genuine, welche beide Verf. als Krup gelten lassen und die ächte Diphtherie, wobei das Gewebe der Schleimhaut selbst mit der Submucosa in Plaques verwandelt wird. Bei der Therapie wird das von Rossbach als bestes Lösungsmittel für diphtheritische Membranen empfohlene Papayotin erwähnt, welches auch nach Andern die ihm vindicirte Eigenschaft besitzen soll. — Für die Entstehung der Pharyngitis granulosa nimmt Verf. die anatomischen Ausführungen Saalfeld's in Anspruch. Maassgebend für die Diagnose der Pharyngitis chronica sind nach Verf. nicht subjective Beschwerden, die sehr häufig bei indolenten Individuen fehlen, sondern der anatomische Nachweis geschwellter und geschwollener Schleimhaut. Verf. behandelt dieselbe mit dem Galvanokauter. Unter Hypertrophie der Mandeln beschreibt Verf. die der Gaumen- und Rachenmandel zusammen, die er meist als angeboren erachtet. Verf. spricht überhaupt bei verschiedenen Erkrankungen der Vererbung das Wort — und nach meiner Ansicht mit Recht. — Die Hypertrophie der Rachenmandel ist allerdings häufiger, als man früher annahm; ich habe bis jetzt über 200 Fälle operirt. Ich ziehe jetzt die Operation mit der Michael'schen Doppelhohlmeisselzange wegen der relativen Schmerzlosigkeit, Schnelligkeit und Gründlichkeit allen anderen Methoden vor. Uebrigens sind in Bresgen's Buch fast alle Methoden mit den dazu gehörigen Instrumenten angegeben. —

Tuberculose und Syphilis sind treffend beschrieben. Hier vermisse ich die Angina scorbutica.

Bei den Neubildungen im Nasenrachenraume folgt Verf. der Specialarbeit von Bensch.

Im Anhange „Mundhöhle" beschreibt Verf. die Stomatitis, Soor, denen mikroskopische Abbildungen beigefügt sind, die Stomacace, Noma, Themata welche besonders den practischen Arzt interessiren werden.

Für die Operation der Ranula empfiehlt jetzt Sonnenburg die vollständige Auslösung der Cyste.

C. Kehlkopf und Luftröhre.

Verf. zählt mit Recht die Laryngitis haemorrhagica zur Laryngitis acuta. Die Heiserkeit bei letzterer erklärt sich Verf. nicht nur durch Verminderung der Schwingungsfähigkeit der Stimmbänder, sondern viel häufiger durch Störung der Schwingungen der Stimmbänder, welche weniger durch die Schwellung als die Alteration der Secretion bedingt ist. Als bestes Mittel das zähe und spärliche Secret zu lösen und zu verflüssigen, empfiehlt Verf. nach Rossbach das Apomorphin muriaticum.

Das Vorkommen von wirklichen Geschwüren bei Laryng. acuta leugnet Verf. auch.

Bei Diphtherie und Krup möchte ich namentlich für die Behandlung des letzteren die von Green empfohlenen Durchpinselungen des Larynx mit leichten Argent. nitric.-Lösungen (s. Börner's Reichs-Medicinal-Kalender) in Erinnerung bringen, die mich und andere Collegen nie im Stiche liessen.

Die Laryngitis chronic. subglottica möchte auch ich nicht mit der sog. chron. Blennorrhoe der Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut Störk's in Verbindung bringen, wohl aber die von Gottstein u. A. beschriebene Laryngitis und Tracheitis sicca, welche ich in einer Reihe von Fällen im Gefolge einer Rhinitis chronica foetida und Pharyngitis sicca gesehen habe.

Die bei uns seltenen Erkrankungen Lupus und Lepra sind durch treffliche Abbildungen aus der Arbeit Chiari's und Riehl's dem Verständnisse näher gebracht.

Entsprechend dem häufigen Vorkommen der Tuberculose des Larynx ist diese Erkrankung sehr ausführlich und gründlich bearbeitet.

Bei der Syphilisbehandlung kann ich Verf. die subcutanen Injectionen einer 1 Proc. Hydrarg. formamidat.-Lösung empfehlen, welche äusserst rasch die localen Erscheinungen günstig beeinflusst.

Die Geschwülste des Larynx und ihre Entfernung sind dem Zwecke des Buches entsprechend kürzer behandelt.

Es folgen die Fremdkörper, nach denen Verf. das Vorkommen von Ascaris lumbricoides im Lar. hätte erwähnen können.

Den Wunden, bei deren Literatur ich Dr. Witte's Arbeit vermisse, Fracturen, reiht sich die seltene primäre Perichondritis, das Enchondrom, Osteom an.

Zuletzt kommt das wichtige Capitel der Neurosen.

Auf diesem Gebiete ist Manches bis jetzt noch Dunkle durch weitere Experimente und Beobachtung nach jeder Richtung hin aufzuklären. Verf. hat aber auch hier sein Talent durch eigene Beobachtungen die Anderer kritisch zu sichten und zu verwerthen, bewährt. Es liest sich Alles so einfach und selbstverständlich, dass gar kein Zweifel über die jeweilige Erkrankungsform aufkommen möchte, wenn Verf. nicht selbst die Differentialdiagnose durch das häufige Vorkommen von Mischformen für schwierig erklärte.

Bresgen hat sich der grössten Objectivität befleissigt, ohne dabei seine eigenen Anschauungen preiszugeben. Ich kann nicht umhin Verf. zu beglückwünschen, dass er das vorgesteckte Ziel so glänzend erreicht hat und kann daher das Buch jedem pract. Arzte und Studirenden auf's Angelegentlichste empfehlen. Er findet hier rasch Alles, was er sucht, in kurzer, treffender Weise beisammen, ohne dass er sich erst durch unnützen Ballast hindurchzuarbeitan hat.

So wünsche ich dem Verf., dass noch manche Auflage seines Werkes nöthig wird!

V. A. Lorenz. Die Lehre vom erworbenen Plattfusse. Neue Untersuchungen. Mit 8 lithographirten Tafeln. Stuttgart. Enke 1883. 197 Seiten. Ref. Beely.

Die auf zahlreiche und sorgfältige anatomische und pathologisch-anatomische Untersuchungen, zu denen das reiche Material der Wiener Krankenhäuser und Sammlungen dem Verfasser Gelegenheit gab, sich stützende Arbeit von Lorenz über den erworbenen Plattfuss ist hauptsächlich eine kritische Studie, die sich mit Henke's, Hueter's, v. Meyer's und Reismann's Plattfusstheorien beschäftigt.

Der Darlegung der Resultate seiner eigenen Untersuchungen wird daher von L. eine ziemlich ausführliche, zur Orientirung aber fast unumgänglich nothwendige Erörterung dieser verschiedenen Theorien vorausgeschickt.

L. selbst lässt den Fuss, etwas abweichend von den gewöhnlichen Anschauungen, aus zwei Gewölbbogen bestehen, einem äusseren und einem inneren Fussbogen. Den äusseren bilden Fersen-Würfelbein und die zwei letzten Metatarsen; derselbe ist ausserordentlich fest construirt und ruht mit dem Höcker des Fersenbeins und den Köpfchen der Mittelfussknochen dem Boden auf. Der tiefste Punkt der Gelenkspalte zwischen Fersen- und Würfelbein kann als Scheitel des äusseren Fussbogens gelten.

Der innere Fussbogen besteht aus den drei inneren Metatarsen, dem Naviculare, den Keilbeinen und dem Sprungbein. Derselbe ruht mit seinem vorderen Ende (Capit. metat.) auf dem Boden, mit seinem hinteren Ende (Talus) auf dem äusseren Gewölbbogen. Der äussere Fussbogen trägt also durch Vermittelung des Talus die ganze Körperlast. Der innere Bogen, „als zusammenhängendes Ganze" aufgefasst, wird direct von oben her nicht belastet, er wäre in Folge seiner reichen und relativ beweglichen Gliederung und der dadurch bedingten geringen Widerstandsfähigkeit auch nicht geeignet dazu.

Der äussere Fussbogen kann flach gelegt werden durch den von oben her auf die seitliche Gelenksfläche des Fersenbeins wirkenden Belastungsdruck nur durch den auf die Stützpunkte des Bogens von unten her wirkenden Gegendruck des Bodens. Diese Flachlegung wird ermöglicht durch Druckatrophie an den dorsalen Knochenrändern der Artic. calcan. cuboid. unter gleichzeitiger Dehnung des Lgt. calc. cuboid. plant. long.

Von einem inneren Fussbogen kann man nur insolange sprechen, als der äussere noch besteht, mit dem Einsinken des letzteren geht der Gewölbscharakter des Fusses vollständig verloren, der innere Bogen ist vom äusseren abhängig.

Der platte Fuss (Pes planus) und der Plattfuss (Pes valgus) sind streng auseinander zu halten; sie haben den Mangel der Fusswölbung mit einander gemein, bei beiden liegt die Tuberosität des Naviculare

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der stützenden Unterlage auf und bildet den tiefst gelegenen Punkt des inneren Fussrandes, während jedoch beim Pes planus das relative Lageverhältniss des Schiffbeins zum Sprungbeinkopf ein normales ist, überragt beim Pes valgus der Sprungbeinkopf das Schiffbein nach innen zu.

Der Fuss des Neugeborenen ist stets platt, der platte Fuss ist daher gewissermaassen als eine Entwickelungshemmung aufzufassen. Er ist eine Raceneigenthümlichkeit der Juden und Neger.

Den Pes valgus acquisitus kann man als diejenige Deformität des Fusses bezeichnen, welche unter gegebenen Umständen in Folge der Belastung desselben durch ein Einsinken (Reflexion) des äusseren Fussbogens und durch ein theilweises Abgleiten des inneren Fussbogens vom äusseren entsteht. Nicht selten beobachtet man an Plattfüssen eine auffallende Adductionscontractur der Mittelfussknochen, welche die Abduction der vorderen Fusswurzel gewissermaassen compensirt.

L. erklärt sie hypothetisch aus dem Widerstande, welchen die kurzen Sohlenmuskeln und ihre Fascie der mit dem Einsinken eines hohen d. h. gut gewölbten äusseren Fussbogens nothwendig verbundenen Verlängerung des Fusses entgegensetzen.

Die Therapie ist dem entwickelten Plattfusse gegenüber machtlos, ein abgeflachter Fussbogen kann in seiner Wölbung nicht wieder hergestellt werden, und die Aufgabe der Therapie kann nur in einer Verhinderung des weiteren Fortschreitens der Abflachung bestehen.

L. verwirft die gewöhnliche Einlage unter der inneren Fusshöhlung, ebenso v. Meyer's Modification (S. Deutsche med. Wochenschr. No. 36, S. 531, 1883), die Sohle muss in ihrer ganzen Länge von innen nach aussen mässig abfallen, der Schuh muss mit einem ziemlich hohen, breiten und nahe an das Fersenwürfelbein-Gelenk reichenden Absatz versehen werden, dessen Sohlenfläche sich von vorn nach hinten allmählich vertieft, so dass die äussere hintere Rundung den tiefstgelegenen Theil der ganzen Fersenfläche der Sohle bildet und der hintere Fortsatz des Fersenbeins auf dem Absatz eine tiefere Lage einnehmen muss als der Hals desselben. Die äussere Wand der Fersenkappe muss von grösserer Stärke hergestellt werden. Eine starke, bis über die Knöchel reichende Schnürung, und eine äussere Schiene, gegen welche mittelst einer Lederhalfter die innere Fläche der Fussgelenksgegend angezogen werden kann, oder noch besser zwei seitliche Schienen haben ausserdem die mässige Supinationslage des Fusses in ihrem Bestand zu sichern.

Die Hueter'sche Theorie, dass das Wesen des Plattfusses in einem durch die dauernde Pronationslage des Talotarsal-Gelenkes bedingten ungleichmässigen Knochenwachsthum (Wachsthumsbeschleunigung auf der entlasteten, Wachsthumshemmung auf der belasteten Seite) bestehe, und nur einen Excess analoger physiologischer Umbildungen vorstelle, welche angeblich der kindliche Fuss von dem Momente an erleidet, als er seine Function aufnimmt, ist endgiltig zu Gunsten der Henke'schen Theorie aufzugeben, die das Wesentliche der Plattfussbildung in einem Stellungswechsel der Gelenkscomplexe und davon abhängigen Oberflächenveränderungen an den betreffenden Knochen sieht. Pes flexus pronatus reflexus. Die Plattfusstheorie Hueter's ist, wie die anatomischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen L.'s ergeben, auf falscher Basis aufgebaut und kann einer eingehenden Kritik nach keiner Richtung hin genügend Stand halten.

Zwischen den Henke'schen Anschauungen und den Ausführungen v. Meyer's existirt nach L. kein principieller Unterschied, auch nach v. Meyer beruht das Wesen der Plattfussbildung in einem Stellungswechsel der Gelenkscomplexe, auch nach ihm ist der Pes valgus ein Pes flexus, pronatus, reflexus; „allein die gegenseitigen Beziehungen und das gegenseitige Abhängigkeitsverhältniss der einzelnen Stellungsveränderungen, deren eigenthümliche Combination der Pes valgus ausmacht, haben bei M. eine abweichende Darstellung erfahren".

Die Reismann'sche Theorie, nach der der Plattfuss ein durch Contractur vorerst der Extensoren und dann auch der Pronatoren bedingter Pes pronatus und flexus ist, ist nach L. eine theoretische Speculation ohne anatomische Basis; diese Speculation greift aus dem ganzen Entwickelungsgange des Plattfusses eine Phase heraus, nimmt also „einen Theil statt des Ganzen". Ein klinisches „Symptom" dieser Entwickelungsphase, die Muskelcontractur, wird mit Hülfe der längst widerlegten Lehre vom Muskelantagonismus zur primären Ursache der ganzen Difformität gestempelt.

VI. F. Elsner. Grundriss der pharmaceutischen Chemie. Ref. Dr. Langgaard. Ein Leitfaden für den Unterricht zugleich als Handbuch zum Repetiren für Pharmaceuten und Mediciner. Dritte gänzlich umgearbeitete Auflage. Berlin. Jul. Springer. 1883. p. 427.

Der Herr Vf. hat, trotzdem das Werk nach allen Seiten vermehrt ist, auch bei dieser neuen Auflage das Ziel im Auge behalten, einen Grundriss, nicht aber ein Lehrbuch zu schaffen und wünscht, dass man beim Anlegen des kritischen Maassstabes sich dieses Umstandes erinnere. Von diesem Standpunkte aus betrachtet mus der anorganische Theil des Werkes als in jeder Beziehung dem beabsichtigten Zwecke entsprechend bezeichnet werden und der junge Pharmaceut sowie der vor dem Physicum stehende Mediciner wird mit Nutzen von diesem Theile Gebrauch machen. Leider lässt sich dieses günstige Urtheil nicht in demselben Maasse von dem organischen Theil aussprechen. Der Herr Vf. hat in dem Bestreben, sich kurz zu fassen und nur das Nothwendigste zu bringen, des Guten zu viel gethan. Bei der immer wachsenden Bedeutung, welche gerade die organische Chemie für die Medicin und Pharmacie besitzt, wäre diesem Theile oder wenigstens einigen Gebieten desselben eine etwas weniger knappe Form zu wünschen. So ist das Kapitel „Harze" wenig mehr als eine Aufzählung der officinellen Harze und Balsame; bei Podophyllin, Balsamum Copaivae, Balsamum Peruvianum ist die von der Pharmakopoe vorgeschriebene Prüfung angegeben, die Zusammensetzung aber nicht erwähnt; Styrax liquidus ist nur mit der Bemerkung „aus Liquidambar orientale Miller" aufgeführt und so andere mehr. Ebenso sind Harn und Gallenstoffe zu kurz fortgekommen. Die Eiweissstoffe sind nicht in einer den heutigen Anschauungen entsprechenden Weise behandelt und ebenso hätten bei Atropin die neueren Untersuchungen wohl mehr Berücksichtigung verdient. Calabarin wird neben Eserin als Synonym für Physostigmin aufgeführt und Wachs wird, wenn auch mit richtiger Angabe der Zusammensetzung unter den „natürlich vorkommenden Fetten" abgehandelt. Eine andere dem Herrn Vf. allerdings nicht zur Last zu legende Ungenauigkeit ist die Bezeichnung von Unguentum Paraffini als Adeps mineralis und von Benzinum Petrolei als Petroleum depuratum. Diese Benennungen waren für die betreffenden officinellen Präparate im Entwurfe der neuen Pharmakopoe enthalten, welche dem Herrn Vf. offenbar bei seiner Bearbeitung vorgelegen haben wird.

Würde der Herr Vf. sich dazu verstehen bei einer vierten Auflage, welche Ref. dem Werke von ganzem Herzen möglichst bald wünscht, eine Umarbeitung des organischen Theiles nach der angedeuteten Richtung zu unternehmen, so würde das Buch sich bestimmt unter den Medicinern ebenso viele Freunde erwerben, wie es unter den Pharmaceuten schon besitzt.

VII. Ueber die neuesten Fortschritte in der Lehre vom antiseptischen Wundverbande. Vortrag geh. am 14. Nov. 1882 in der Versammlung der Aerzte des Regierungsbez. Breslau von Prof. E. Richter — Breslau. Ref. Pauly (Posen).

Kurze, klare Uebersicht über die nach — Lister'schen Bestrebungen, die besonders im letzten Jahre wesentliche Erfolge zu verzeichnen haben, speciell für den practischen Arzt. Die für einzelne Zwecke noch unersetzliche Carbolsäure (Desinfection der Instrumente), die selbst vom Sublimat nicht ganz verdrängt wird, die Bedeutung des letzteren, die stellenweise Brauchbarkeit der Salicylsäure, besonders der essigsauren Thonerde (während Thymol und Eukalyptol wohl entbehrlich sind), der mächtige und interessante Fortschritt durch die antiseptischen Pulververbände, unter denen das Jodoform für den Practiker (und hoffentlich für den Feldarzt. A. d. Ref.) als einstweilen unersetzlich bezeichnet werden muss, die Gefahren und Grenzen der einzelnen Mitteln, endlich die Bestrebungen Schede's, sowie vor Allem die neuesten Kocher's werden genügend gewürdigt. Juniperuscatgut konnte mehr hervorgehoben werden; ein sicheres Catgut zu schaffen, war ein Postulat. Auch resorbirbare Drains verdienen Erwähnung; wie angenehm und sicher für den practischen Arzt, wenn er nach einer Herniotomie auf dem Lande einen Dauerverband liegen lassen kann. — Der Vortrag verdient ein wenig erweitert in einem Separatabdruck Verbreitung; denn „unter dem reichen Schatze an antiseptischen Mitteln und Verbandverfahren verdient bald dieses, bald jenes den Vorzug", und vom practischen Arzte ist zu fordern, dass er mit diesen kostbaren Schätzen zu rechter Zeit und am rechten Orte zu wirthschaften verstehe.

VIII. v. Tröltsch, Gesammelte Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ohres und zur Geschichte der Ohrenheilkunde. Leipzig 1883. Ref. Zucker (Berlin).

Wenn das vorliegende Werk auch verhältnissmässig wenig neue Thatsachen bringt, so gewährt es doch schon vom historischen Standpunkt aus ein eigenes Interesse, zu sehen, wie so manche der Anschauungen, die Verf. seinerzeit als neu und der herrschenden Ansicht widersprechend vertheidigen musste, inzwischen sich Bahn gebrochen haben und allgemein als richtig anerkannt worden sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tröltsch, der jetzt auf eine ruhmvolle Lehrthätigkeit von 25 Jahren zurückblicken kann, stellt hier im Wesentlichen nur 77 Sectionsberichte und Krankengeschichten, die er schon vorher zum grössten Theile (72) in der Zeit von 1859—1871 in Virchow's Archiv, Betz's Memorabilien und im Archiv für Ohrenheilkunde veröffentlicht hatte, zusammen, ordnet sie nach gewissen allgemeinen Gesichtspunkten und erleichtert ausserdem noch die Uebersicht über das Gebotene durch ein ausführliches Register der wichtigeren anatomischen Befunde. Die ersten 12 dieser Sectionen behandeln pathologische Zustände des äusseren Gehörganges und des Trommelfells, Section XIII—XXXIII beziehen sich auf pathologische Befunde im Mittelohre ohne Eiterung, XXXIV—XXXVI auf die bei constitutioneller Syphilis. Das Gehörorgan beim Typhus wird in Sect. XXXVII—XL, bei Tuberculose in XLI—LVI geschildert, während eine ausführliche Besprechung der Otorrhöen mit den Berichten über Section LVII—LXXIII verbunden ist. Sectionen LXXIV—LXXVII schliesslich beschäftigen sich mit Abnormitäten der Rachenmündung der Tube und traumatischen Felsenbeinbrüchen.

An diesen pathologisch-anatomischen Theil schliesst sich ein zweiter historischer, bei Weitem weniger umfangreicher, darum aber nicht minder interessanter Abschnitt, in dem Tr. seine ebenfalls schon früher in Friedreich und Vogels medicinisch-chirurgischen Monatsheften 1857 veröffentlichte ausführliche Besprechung von Wilde's Practical observ. on aural surgery und den Nekrolog, den er Toynbee im Arch. f. Ohrhlk. Bd. III gewidmet hatte, wieder abdruckt, wozu er noch die bekannte „Vorstellung beim Reichskanzleramte, betr. die Berücksichtigung der Ohrenheilkunde bei Festsetzung der neuen Vorschriften für die ärztliche Schlussprüfung (1878)" und deren Schicksal im Reichstag (Sitzg. vom 9. März 1879) beifügt.

Es mag genügen, im Vorstehenden eine Inhaltsangabe des werthvollen Buches gegeben zu haben, da die Anführung von Einzelheiten die Grenzen eines Referates bei Weitem überschreiten würde und ausserdem, wie erwähnt, das Meiste schon anderweitig veröffentlicht ist.

In den noch nicht publicirten Fällen handelte es sich einmal um eine subacute Otorrhoe, die — wohl in Folge einer gleichzeitig bestehenden Lungentuberculose — sehr rasche Fortschritte machte und durch das cariöse runde Fenster auf das Labyrinth und die Dura des inneren Gehörganges gekrochen war und zu einer ausgebreiteten Convexitätsmeningitis geführt hatte. In einem anderen Falle bestand eine sehr langwierige Otorrhoe mit Caries des Tegmen tympani, die zu Sinusthrombose und Hirnabscess geführt hatte, während Sect. LXV ein Beispiel für jene Fälle bietet, wo bei einer chronischen Otorrhoe die Eiterung von der Paukenhöhle längs des N. facialis zur Basis cranii fortgeleitet wird. Es bestand hier schon seit Monaten vollkommene Facialislähmung, während der Tod durch eine eitrige Meningitis mit Metastasen in Lunge, Herz und Leber herbeigeführt wurde. Auch bei dem unter Sect. LXVIII beschriebenen Falle fanden sich neben einer, relativ früh behandelten, Otit. med. purul. pyämisch-metastatische Processe, denen Pat. auch erlag (multiple Leberabscesse und Pneumonie); doch ergab hier gerade die sorgfältig ausgeführte Nekroskopie (Recklinghausen), dass das Ohrenleiden nicht die Ursache der Metastasen war, sondern der ganze Process wahrscheinlich vom Magen ausging, in dem sich oberhalb des Pylorus eine langgezogene Narbe nachweisen liess.

IX. Fr. Th. v. Frerichs mit besonderer Berücksichtigung seiner wissenschaftlich-literarischen Thätigkeit.

2. Die wissenschaftliche literarische Thätigkeit.

(Schluss.)

Mit dem durch die Herren Leyden und Senator noch jüngst als klassisch bezeichneten Werke über die Bright'sche Nierenkrankheit und deren Behandlung beginnt die Klinik die Thätigkeit Frerich's zu beherrschen. In der Vorrede heisst es:

Man hat in neuester Zeit vielfach die Wege angedeutet, welche die medicinische Forschung zu betreten habe, um dauerndere Resultate zu gewinnen, als es bisher der Fall war. Die principiellen Fragen, soweit sie von einem allgemeineren Gesichtspunkte aus der Discussion unterworfen werden können, sind in den wesentlichen Punkten als erledigt zu betrachten. Es handelt sich gegenwärtig weniger um die Principien, als um deren reale Ausführung.

Wer mit offenem Auge den Bewegungen folgte, welche in den letzten Decennien auf dem Gebiete der theoretischen und practischen Medicin auftauchten und verliefen, wird sich ein Urtheil gebildet haben über das, was uns für die Zukunft noth thut. Die Heilkunde hat während dieses kurzen Zeitraums vielfache Erschütterungen erlitten; sie hat noch einmal in rascher Folge die Schicksale einseitiger Verarbeitungen durchleben müssen, welche wir längst in den historischen Erinnerungen abgelaufener Jahrhunderte begraben glaubten.

Seit man von der Beschreibung der an der Oberfläche des kranken Organismus zu Tage tretenden Symptome und der hierauf begründeten Krankheitssystematik sich vorzugsweise der Aufsuchung des inneren Zusammenhanges der Erscheinungen zuwandte, hörten die Aerzte mehr und mehr auf, die Herren und Meister auf ihren eigenen Feldern zu sein. Als Wortführer traten fortan fast ausschliesslich die Vertreter verwandter Disciplinen auf: Anatomen, Chemiker, Histologen und Physiologen gaben den Ton an und versuchten zum Theil mit grosser Zuversicht die Probleme zu lösen, an deren Bewältigung die Aerzte seit Jahrtausenden vergeblich sich abmühten.

Wie es gelang, haben wir gesehen.

Viel Schutt ist aufgeräumt worden, manche altersgraue Ruine, welche die Pietät der Aerzte nicht anzutasten wagte, ist zertrümmert, Neues, zum Theil von unvergänglichem Werthe, trat an die Stelle. Allein übereilte, von hitzigen Köpfen geschaffene Theorien fanden sich nebenher in grosser Anzahl ein, geistreiche Phrasen wurden keck für erfahrungsmässig begründete Ansichten unterschoben; der Missbrauch von Analogien und Allegorien, welchen man den älteren Autoren mit Recht zum Vorwurf gemacht hatte, erschien von Neuem, nur in einem anderen Gewande, hie und da mit wahrhaft staunenswerther Unbefangenheit. Der Therapie erging es unterdessen übel genug.

Der Glaube an therapeutisches Können schwand überall, wo einseitige anatomische Anschauungen feste Wurzel schlugen, auf der anderen Seite brachten missverstandene chemische Theorien nicht selten die wunderlichsten, an die Zeiten des Paracelsus und Sylvius erinnernde Vorschläge zu Markte; von den Practikern, welche sich nicht mehr zu orientiren vermochten, ging Mancher in das Lager der ausserhalb der Kritik stehenden Rademacher'schen Erfahrungsheilkunde über.

Nichts desto weniger trugen jene Bewegungen die heilsamsten Früchte. Sie liegen, wie ich glaube, nicht so sehr in den einzelnen thatsächlichen Bereicherungen unserer Wissenschaft, obgleich auch diese nicht unterschätzt werden durften, als in dem immer klarer hervortretenden Bewusstsein dessen, was der Heilkunde noth thut. Der Umfang der Aufgaben, welche die pathologische Forschung zu lösen hat, trat aus dem trüben Gewirr von vagen Ansichten und Glaubensartikeln niemals in so scharfen Contouren hervor, wie eben jetzt: die Ueberzeugung, dass für die Pathologie nur dann eine bessere Zukunft blühe, wenn bei ihrer Bearbeitung derselbe Weg nüchterner Beobachtung und streng logischer Induction, welcher die exacten Naturwissenschaften zu ihren Erfolgen führte, ängstlich eingehalten werde, dringt mehr und mehr durch und macht sich, wenigstens von manchen Seiten her, bereits in positiven Leistungen wie in der Kritik geltend. Die Aufgabe der Kritiker wird es sein, die Materialien, welche ihnen anvertraut sind, nach diesen Grundsätzen zu verarbeiten. Die Erscheinungen des modificirten Lebens, welche der Pathologie anheimfallen, wollen, um erkannt und begriffen zu werden, mit derselben Schärfe nach allen Seiten hin beobachtet sein, wie die des gesunden; von aussen her lassen sie sich nicht construiren, von fremden Gebieten kommt daher den Aerzten kein Mann der rettenden That.

Ich werde nicht zu entwickeln versuchen, auf welche Weise diese Anforderungen im Ganzen und Grossen, sowie im Einzelnen zu erfüllen sind. Programme dieser Art wurden oft geschrieben, mit ihnen geht es wie mit Versprechungen, sie gewinnen ihren Werth nur durch die Ausführung. Statt einer theoretischen Erörterung lege ich daher ein kleines Stück Arbeit dem ärztlichen Publicum vor.

Fr. wählte als Thema die Bright'sche Krankheit, einmal weil sie zu den verwickeltsten gehört, welche die pathologische Forschung beschäftigt, sodann aber, weil bei allem Reichthum gründlicher Detailstudien die Ansichten nirgend mehr auseinander laufen, als gerade hier. An leitenden Gesichtspunkten, durch welche die Masse des Materials beherrscht werden könnte, fehlt es hier gänzlich; die verschiedenartigsten Theorien stehen scheinbar gleichberechtigt neben einander: ein befriedigender Abschluss scheint hier um so weiter hinaus gerückt zu werden, je mehr die einzelnen Beobachtungen sich häufen.

Ein anderer Grund, diesen Krankheitsprocess zu wählen, lag für Fr. in der practischen Bedeutsamkeit des M. Brightii, welche wenigstens in Deutschland (in England ist es, wie Simon in London schreibt, nicht viel besser), noch lange nicht die Würdigung fand, welche derselbe verdient. Keine Krankheit wird häufiger übersehen und unrichtig behandelt, als gerade diese: über ihre Häufigkeit bestehen, wovon Fr. sich oft überzeugte, die irrigsten Ansichten.

Weiterhin resumirt Fr. die Resultate seiner historischen Forschung in folgender Weise:

Ueberblicken wir die Resultate dieser Arbeiten, zu deren Beschaffung alle Mittel, welche der wissenschaftlichen Beobachtung unserer Zeit zu Gebote stehen, verwandt wurden, so finden wir ein grosses werthvolles Material, wie kaum für irgend eine andere Krankheit; allein an einen befriedigenden Abschluss des Gegenstandes können wir nicht glauben, so lange über das Wesen des Processes die verschiedenartigsten Ansichten bald einzeln für sich als allgemein gültig, bald mehrere derselben neben einander behauptet und vertheidigt werden können, so lange es unmöglich ist, die einzelnen, den Krankheitsprocess begleitenden Erscheinungen mit grösserer Bestimmtheit auf feststehende physiologische Gesetze zurückzuführen, als es bisher der Fall war.

Fr. untersucht dann um eine sichere Grundlage für eine naturwissenschaftliche Betrachtung unseres Gegenstandes zu gewinnen, zunächst die materiellen Veränderungen, welche die Nieren und die übrigen Theile des Organismus bei der in Rede stehenden Krankheit erleiden. Die anatomischen Läsionen werden die zuverlässigsten Fährten abgeben, auf welchen wir den pathologischen Process in seinen verschiedenen Entwicklungsphasen zu verfolgen haben.

Er theilt die anatomischen Veränderungen der Nieren bei M. Brightii in drei Formen, welche zugleich als Stadien des zu Grunde liegenden Processes betrachtet werden können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

I. Das Stadium der Hyperämie und der beginnenden Exsudation.
II. Das Stadium der Exsudation und der beginnenden Umwandlung des Exsudats.
III. Das Stadium der Rückbildung, der Atrophie.

Von besonderer Bedeutung ist Fr.'s viel bestrittene Theorie der Urämie. Für wesentlich hält er bekanntlich

das chemische Verhalten des Bluts. Dasselbe enthält in allen Fällen, wo die Symptome der Urämie sich entwickelten, kohlensaures Ammoniak und nebenbei gewöhnlich noch Ueberreste unzersetzten Harnstoffs.

Die Menge des kohsensauren Ammoniaks ist im hohen Grade wechselnd, sie kann so bedeutend sein, dass sie den Geruchsorganen auf unangenehme Weise sich bemerklich macht: hier pflegt das Blut dünnflüssig zu bleiben, und auf Zusatz von Salzsäure aufzubrausen, meistens ist sie geringer, durch Annäherung von Salzsäure, durch vorsichtige Destillation des verdünnten Blutes etc. lässt sich jedoch die Gegenwart des Ammoniakcarbonats mit Sicherheit darthun.

Dies sind die wesentlichsten, durch Beobachtungen gewonnenen Materialien über Urämie. Sie gewähren, wenn wir einige Lücken auf experimentellem Wege ausfüllen, eine klare Einsicht in das Wesen dieses vielfach discutirten Vorganges, geben Aufschluss über das Zustandekommen der einzelnen, den Process begleitenden Symptome und liefern für die Therapie beachtenswerthe Fingerzeige.

Die Erscheinungen der urämischen Intoxication werden weder durch den Harnstoff noch durch irgend einen anderen Bestandtheil des Harns, noch durch die sämmtlichen Excretionsstoffe dieser Flüssigkeit als solche veranlasst, sondern sie entstehen lediglich dadurch, dass der im Blute angesammelte Harnstoff innerhalb des Gefässsystems sich unter Einwirkung eines geeigneten Fermentkörpers in kohlensaures Ammoniak umwandelt. Das Ammoniakcarbonat ist die schädliche Potenz, welche jene Functionsstörungen zu Wege bringt. Injection desselben ins Blut ruft alle Symptome hervor, welche wir als urämische kennen. Zum Eintreten der urämischen Intoxication sind also 2 Factoren erforderlich: 1. die Ansammlung von Harnstoff im Blute, 2. die Gegenwart eines Fermentkörpers, welcher die Zerlegung des Harnstoffes vermittelt. Fehlt der letztere, so kann das Blut lange Zeit mit Harnstoff geschwängert sein, ohne dass nachtheilige Folgen eintreten.

Von dem zweiten grossen der Klinik gewidmeten Werke, das über die Leberkrankheiten, gehört der erste Theil noch der Breslauer, der zweite der Berliner Zeit an. Seine Bedeutung als eine der wahrhaft klassischen Erscheinungen in der Medicin ist anerkannt und zwar nicht nur in Deutschland, sondern ebenso wohl im Auslande, wie die Thatsache schon erweist, dass eine Uebertragung in die Sprache fast aller Culturstaaten erfolgt ist. Wiederum spricht sich der Verfasser in seiner markigen Weise aus.

Unsere Zeit, sagt er in der Vorrede, ist darüber einig geworden, dass die Wissenschaft des Lebens eine ungetheilte sei, dass zwischen den verschiedenen Erscheinungsformen desselben im gesunden und kranken Zustande keine im Wesen begründete Grenzen bestehen, sondern dass dieselben Gesetze hier wie dort gelten. Man versucht es, die Bedingungen, unter welchen das kranke Leben sich gestaltet, in derselben streng empirischen Weise zu erforschen, wie die des allgemeinen Lebensprocesses, wovon ersteres nur ein Bruchstück darstellt. Neben der einfachen Beobachtung am Krankenbette benutzt man die Hülfsmittel der physikalischen, chemischen und mikroskopischen Forschungsweise, sowie das experimentelle Verfahren, um Materialien für den Aufbau einer wissenschaftlichen Medicin zu sammeln.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass durch diese Richtung, welche zwar nicht neu, jedoch zu keiner Zeit in solchem Umfange, mit solcher Consequenz und mit so reichen Mitteln, wie in den letzten Decennien verfolgt wurde, Grosses gefördert ist. Die allgemeinen Gesichtspunkte gestalten sich einfacher, seitdem man aufhörte, die Krankheit von der Summe der Lebenserscheinungen als etwas Fremdartiges, für sich Bestehendes und Selbstständiges abzutrennen; die einzelnen pathologischen Vorgänge wurden, indem man sie auf die physiologische Grundlage zurückführte, und ihre materiellen Substrate nach allen Seiten hin durchforschte, dem Verständniss näher gebracht. Die Theilung der Arbeit, welche hieraus hervorging, lieferte bereits reiche Schätze vereinzelter Thatsachen, schwer zu übersehen und zu ordnen, noch schwerer zu verwerthen. Dass sie hie und da zu Einseitigkeiten führte, dass man hier diese, dort jene Seite vorzugsweise bearbeitete und verwerthete, liegt in der menschlichen Natur: Suo quisque studio delectatus alterum contemnit. Dauernder Nachtheil erwuchs indessen daraus nicht.

Die medicinische Klinik und die ärztliche Praxis hatten diesen Erfolgen gegenüber einen schwierigen Stand. Die Vertreter derselben konnten, was die Richtung der Studien mit sich brachte, aus ihrem viel durchforschten Gebiete weniger zum Ausbau des Ganzen beitragen, als die Hülfswissenschaften; in der Literatur führten daher die letzteren fast ausschliesslich das Wort. Im Leben wurde das Feld ihrer Thätigkeit überwuchert von fremden Elementen, welche aus dem immer grösser werdenden Riss zwischen Wissenschaft und Praxis üppig emporschossen. Wie zu anderen Zeiten wissenschaftlichen Aufschwunges, wie namentlich zu Anfange des 17. Jahrhunderts, so wurde auch jetzt das Verhältniss der wissenschaftlichen zur practischen Medicin sehr verschiedenartig aufgefasst.

Ein grosser Theil der Aerzte hielt an der althergebrachten Therapie fest. Dieselbe habe allein empirisch ihren Weg zu suchen und mit der medicinischen Wissenschaft wenig gemein. Die letztere gilt ihnen als etwas Fremdes, sie wählen aus ihr das practisch Brauchbare, was zur Förderung der Diagnose, zur Deutung einzelner Symptome und anderen naheliegenden Zwecken dienen kann. Auf ihre Anschauungen im Grossen und Ganzen übt dieselbe keinen Einfluss.

Ein anderer Theil nahm die wissenschaftliche Medicin oder einzelne Gebiete derselben, wie die pathologische Anatomie für den Inhalt der Klinik; die Therapie trat in den Hintergrund, weil die traditionelle Form derselben der Kritik gegenüber unhaltbar erschien. Missverstandene pathologisch-anatomische Erfahrungen führten auf der einen Seite zur vollständigen Entmuthigung und zum therapeutischen Nihilismus, während auf der anderen Seite Ueberschätzung der wissenschaftlichen Errungenschaften aller historischen Warnungen ungeachtet zu der sogenannten rationellen Therapie als der allein berechtigten verleitete.

Neben diesen Hauptrichtungen, von welchen, je nachdem die anatomische, die chemische oder die physikalische Seite der Processe vorzugsweise bearbeitet und verwerthet wird, mehrfache Schattirungen bestehen, traten zahlreiche therapeutische Secten auf, welche von dem historischen Boden und der Wissenschaft sich lossagend auf eigene Hand die Therapie zu construiren suchten.

Der Standpunkt, von welchem in der vorliegenden Arbeit die Aufgabe der Klinik aufgefasst wurde, ist von den bisher berührten verschieden.

Diese Auffassung wird demnächst in ähnlicher Weise dargelegt wie bei Gelegenheit der Bright'schen Nierenkrankheit nur in noch reicherer nach Form und Inhalt.

Zwischen dem wissenschaftlichen Inhalt der klinischen Medicin, heisst es weiter, und der Praxis ihrer eigentlichen Aufgabe besteht eine Kluft, über welche nur an wenigen Stellen unsichere Stege führen. Zwar gewinnt das Handeln am Krankenbette um so festeren Boden, je mehr die Einsicht in die Vorgänge des kranken Lebens wächst, allein wir sind weit davon entfernt, die Therapie durch einfache Verstandesrechnung zu leiten, und Uebereilungen in diesem Punkte haben sich stets schwer gerächt. Der grössere Theil der Krankheitslehre ist rein descriptiver Art, eine wissenschaftliche Interpretation der Thatsachen, eine klare Einsicht in den inneren Zusammenhang derselben, welche das rationelle Heilverfahren voraussetzt, wurde erst an wenigen Punkten erreicht. Die Therapie bleibt daher im Wesentlichen auf die Empirie angewiesen wie bisher, aber nicht auf die sogenannten Erfahrungen, welche ohne klares Bewusstsein der Aufgabe, ohne feste Consequenz, ohne scharfe Sonderung der heterogenen Elemente gesammelt und von Geschlecht zu Geschlecht überliefert wurden. Die therapeutischen Studien sind nach derselben Methode zu regeln, wie die pathologischen. Die wissenschaftliche Medicin lieferte, wenn sie auch kein rationelles Verfahren ermöglichte, hierzu bereits wichtige Vorarbeiten. Die genauere Verfolgung des Verlaufs, die Einsicht in die Vor- und Rückbildung der Processe gestattet eine klarere Feststellung der Heilaufgaben als bisher; die schärfere Diagnose sichert die Verarbeitung gleichartiger Grössen, die pharmakologischen Studien lieferten die ersten Elemente zur Einsicht in die Wirkungsweise der Arzneikörper.

Zum Schluss geht Fr. dann auf die Pathologie der Leber selbst specieller ein.

Der feinere Bau und die physiologische Function dieser Drüse, sagt er, sind erst theilweise aufgeklärt, über die Beziehungen derselben zum Stoffwandel haben erst die letzten Jahre einiges Licht verbreitet. Ein grosser Theil der die Leber betreffenden Anomalien veranlasst keine auffallenden Störungen der offen zu Tage liegenden Vorgänge, sondern Abweichungen in der vegetativen Sphäre, welche erst, wenn sie eine gewisse Höhe erreichen, deutlicher sich kundgeben. Man erwarte daher nicht überall scharf gezeichnete Krankheitssymptome, wie sie bei Affectionen des Herzens, der Lunge, des Hirns etc. vorzukommen pflegen.

Die dritte der klinischen Hauptschriften, die wir Frerichs verdanken, ist bekanntlich so eben erschienen. Sie beschäftigt sich wiederum mit einer besonders schwierigen, viel umstrittenen Materie, dem Diabetes. Dies Werk bedarf indessen einer selbstständigen Analyse von sachverständiger Hand, eine Aufgabe, deren Erfüllung demnächst erfolgen wird.

X. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Original-Bericht.)

Sitzung vom 2. April 1884.

(Fortsetzung aus No. 15.)

Discussion über den Vortrag des Herrn Mendel über Hysterie beim männlichen Geschlecht.

Die von Herrn Landau zu diesem Gegenstande gemachten Ausführungen sind bereits in No. 17 d. Wochenschr. mitgetheilt.

Herr Ewald zieht als Analogie zu den Ausführungen des Herrn Mendel die nervöse Dyspepsie heran, bei der auch in der Regel eine Reihe schmerzhafter Druckpunkte vorkommen. Herr E. schliesst sich Herrn Landau darin an, dass in der Mehrzahl der Fälle von einem Muskelschmerz nicht die Rede sein kann. Eine Schmerzempfindlichkeit des Hodens hat Herr E. in den von ihm untersuchten, etwa 10 Fällen nicht constatiren können.

Herr Senator stimmt mit Herrn Mendel darin überein, dass viele von den Zuständen, welche man früher als reizbare Schwäche und Neurasthenie bezeichnete, unter den Begriff der Hysterie fallen dürften. Das was Herr Mendel über den Verlauf und die Behandlung in seinem ersten Falle mitgetheilt hat, findet eine auffallende Bestätigung in einem von Herrn S. beobachteten Falle der einen 11 jährigen Knaben betraf. Derselbe bekam nicht nur jeden Tag, sondern häufig mehrere Male am Tage Anfälle, in denen er das Bewusstsein verlor, Zuckungen zeigte, anfing zu bellen, zu heulen, umsichzuschlagen, Schiessen nachzuahmen u. dergl. Letztere Erscheinungen waren wohl darauf zurückzuführen, dass kurz vorher eine grosse Jagd auf der Besitzung der Eltern stattgefunden hatte. Ausserdem fanden sich zwei äusserst schmerzhafte Druckpunkte an zwei symmetrischen Stellen des Scheitelbeins. Nachdem das Kind von den Eltern getrennt und in geeignete Behandlung gegeben war, traten schon am zweiten Tage die Anfälle sowohl wie die schmerzhaften Punkte zurück.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herr Remak macht auf den von Charcot gezeichneten typischen Symptomencomplex aufmerksam, zu dem nicht allein das Vorhandensein des Druckschmerzes in der Iliacalgegend, sondern die Combination der typischen Hemianästhesie mit einer gleichseitigen Ovarie gehört. Herr R. hat Hysterie in diesem Sinne bei Männern nicht beobachtet.

Die weitere Discussion über diesen Gegenstand wird vertagt.

Sitzung vom 9. April 1884.

Vorsitzender: Herr Siegmund.

1. Herr Landau. Demonstration einer Kranken mit Ovarie und Nephralgie und zweier Kranken mit Ovarie. (Die Mittheilungen des Herrn Landau sind bereits in No. 18 der Wochenschr. veröffentlicht.)

2. Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn Mendel: Ueber Hysterie beim männlichen Geschlecht.

Herr Fürstenheim hat eine Reihe von Fällen beobachtet, in welchen neben Affectionen am Geschlechtsapparat Symptome auftraten, deren Gesammtheit dem entsprach, was Herr Mendel als Hysterie bezeichnet hat. Die Symptome am Geschlechtsapparat bestanden in grösserer oder geringerer Schmerzhaftigkeit im Hoden, Nebenhoden, Penis, Uretra u. s. w. Bei einzelnen Kranken war eine Organveränderung nicht nachzuweisen, wohl aber functionelle Störungen. Eine Entstehungsursache ergab sich fast immer aus dem geschlechtlichen Vorleben der Patienten. Was die Frage anbetrifft, ob die hysterischen Erscheinungen als Folgezustände der Abnormitäten am Geschlechtsapparat aufzufassen oder ob beide Arten von Symptomen gleichwerthig sind, so hat Herr F. in einer Anzahl von Fällen beide Symptomenreihen gleichzeitig auftreten sehen, und bezweifelt nicht, dass dieselben hier gleichwerthig seien. Er hat jedoch auch Fälle beobachtet, in welchen die rein hysterischen Erscheinungen erst lange Zeit nachher auftraten, nachdem die abnormen Empfindungen am Geschlechtsapparat sich eingestellt hatten. Herr F. kann nicht annehmen, dass die Empfindungsstörungen am Geschlechtsapparat ohne Einfluss auf die hysterischen Symptome gewesen sind. Vielleicht sind in den Fällen, wo Organerkrankungen nicht nachweisbar waren, nur solche minimale Veränderungen vorhanden gewesen, die wir mit den heutigen Hülfsmitteln der Untersuchung nicht aufzufinden im Stande sind. Nach Beseitigung der Organveränderungen am Geschlechtsapparat hat Herr F. auch die hysterischen Erscheinungen schwinden sehen. Für die practische Behandlung solcher Fälle hält Herr F. diese Beobachtungen nicht für unwesentlich.

Herr Nathansohn glaubt auf Grund eines von ihm seit neun Jahren beobachteten Falles annehmen zu müssen, dass der Iliacalschmerz neben den Erscheinungen der Hysterie direct von einer Erkrankung des Ovariums abhängig sein kann. Die Erscheinungen begannen mit Erbrechen, und noch während des Brechactes trat die ganze Reihe der hysterischen Erscheinungen ein. Es kann constatirt werden, dass das linke Ovarium nach rechts dislocirt ist, Neigung zum Prolaps hat und leicht vergrössert ist. Sowohl einfacher Druck auf die Ovarialgegend als die bimanuelle Untersuchung vermag die Anfälle auszulösen. Entsprechend der Gegend des linken Ovariums besteht eine Hautpartie, in welcher Hautreize nicht empfunden werden.

Herr A. Baginsky hat bei Kindern folgende Gruppen hysterischer Erscheinungen beobachtet. Zunächst kommen Gelenkneurosen vor, die ohne jede Ursache plötzlich einsetzen, eine Zeit lang andauern und ohne Behandlung wieder verschwinden. Eine zweite Gruppe gehört in das Gebiet der dyspeptischen Störungen und kann unter der Bezeichnung des nervösen Erbrechens zusammengefasst werden. Eine dritte Gruppe bezieht sich auf den Respirationstractus. Es treten Anfälle von schwerer Respirationsstörung plötzlich auf in Form von Krampfzuständen, die mitunter so heftig werden, dass die Kinder aus dem Bette springen und voll Angst um sich schlagen. Diese Anfälle gehen erst nach und nach wieder zurück. Herr B. hat diese Erscheinungen bei Mädchen etwas häufiger auftreten sehen als bei Knaben. Fast immer hat er erbliche Anlage vorgefunden. Therapeutisch hält er es für das Beste, die Kinder von den Eltern zu entfernen.

Herr Remak glaubt bereits früher nachgewiesen zu haben, dass Veränderungen am Ovarium mit den hysterischen Symptomen nichts zu thun haben, und warnt davor, auf Grund der Annahme eines solchen Zusammenhanges operativ vorzugehen.

Herr Mendel glaubt entgegen allen gemachten Einwänden daran festhalten zu müssen, dass der mehrfach erwähnte Schmerz in der Iliacalgegend am wahrscheinlichsten als Muskelschmerz zu erklären ist. In der grössten Zahl von Fällen von Hysterie bestehen Veränderungen am Ovarium nicht und trotzdem ist der Schmerz vorhanden. Auf den in einzelnen Fällen bei Männern gefundenen Schmerz in den Hoden legt Herr M. ebenso wenig Gewicht. In den Fällen des Herrn Fürstenheim glaubt Herr Mendel, dass es sich eher um Hypochondrie als um Hysterie gehandelt hat.

3. Herr F. Busch: Ueber die Exstirpation kleiner runder Geschwülste der Haut durch schnell rotirende Locheisen.

Unter den bisher gebräuchlichen Methoden der Entfernung kleiner Geschwülste der Haut, die Excision mit dem Messer und die Behandlung mit Aetzmitteln, erhebt Herr Busch gegen erstere den Einwand, dass man gezwungen ist, neben den erkrankten Hautstellen auch gesunde zu entfernen. Ferner ist eine Chloroformnarkose selten zu umgehen, und die Operation ist mit der Gefahr eines Erysipels verbunden. Die Aetzung betrifft ebenfalls häufig Stellen in der Umgebung, die Heilung schreitet sehr langsam fort und an manchen Stellen ist diese Methode überhaupt nicht in Anwendung zu bringen. Herr B. empfiehlt an Stelle dieser Methoden rotirende Locheisen und verwendet zu diesem Zwecke ein Instrument, welches als Heurteloup'scher künstlicher Blutegel in der chirurgischen Praxis bereits bekannt ist. Er erzielt damit die Vortheile einer ausserordentlich schnellen Operation ohne Narcose, einer vollständigen Intactheit der Umgebung und einer glatten Heilung ohne Gefahr von Erysipel und Entstellung durch die Naht.

Herr E. Küster erkennt die Einwände des Herrn Busch gegen die Aetzungs-Methode an, dagegen hält er die Excision mit dem Messer für vollkommen gefahrlos, wenn man die Wunde mit Catgut näht und mit einem Schorf von Salycil- oder Jodoform-Collodium bepinselt. Er hat diese Methode in 150 Fällen angewandt und niemals die geringste Unannehmlichkeit dabei gehabt. Die Methode des Herrn Busch giebt keine vollständige Sicherheit gegen Erysipel, und was die Entstellung durch die Naht anlangt, so hält er eine feine Naht für weniger entstellend als die runde Narbe, welche durch die Operation des Herrn Busch entstehen muss.

Sitzung vom 30. April 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr O. Israel: Demonstration von Präparaten eines Falles von Actinomycose. Der von Herrn Grawitz secirte Fall betraf eine 31jährige Arbeiterfrau, welche am 1. März in die Charité aufgenommen wurde wegen einer Multiplicität von Abscessen, von denen der zuerst bemerkte auf der Brust über dem Sternum sass. Patientin hatte während der ganzen Krankheit ein unregelmässiges, im ganzen geringes Fieber, welches 39,5° nicht überschritt. Sie befand sich subjectiv relativ gut, bis sie nach acht Wochen plötzlich nach einem Bade im Collaps zu Grunde ging. Von den Abscessen wurden während des Lebens mehrere incidirt und der Eiter wiederholt mikroskopisch untersucht, was jedoch zu keiner Diagnose führte. Herr Grawitz stellte an der Leiche prima vista die Diagnose auf Actinomycose. Die über den ganzen Körper zerstreuten Abscesse hatten die Grösse einer Wallnuss, eine Anzahl war zu grösseren Geschwülsten confluirt. Das Geschwür an der Haut der Brust hatte die Grösse eines Thalers und war ausserordentlich tief, sodass es das ganze subcutane Gewebe zerstört hatte. Zwei Fistelgänge führten durch die Musculatur der Intercostalräume direct nach dem Herzbeutel. Die Lunge war nicht wesentlich betheiligt. Die Milz zeigte beträchtliche Vergrösserung und eine Anzahl von Heerden, welche actinomycotische Heerde darstellten. Auch die Nieren zeigten eine Anzahl von Heerden mit dem typischen Eiter. Der Dünndarm zeigte eine echte actinomycotische Diphtherie, die Leber eine Anzahl kleinerer Abscesse in der Submucosa und tiefere Heerde, welche von aufgebrochenen actinomycotischen Abscessen herrührten. Der Magen war intact.

Mikroskopisch zeigte der Eiter aus allen diesen Abscessen alle die Eigenschaften, welche bei Actinomycose des Schweines gefunden wurden. Besonders hervorzuheben ist die ausserordentliche Hinfälligkeit der Pilze, welche die Herstellung von Trockenpräparaten zur mikroskopischen Untersuchung nicht gestattet.

2. Herr Lassar. Vorstellung eines Falles von Eczema rosaceum der Beine.

Patient, ein Weichensteller aus Oberschlesien, war vor einigen Jahren gezwungen, bei einem Wolkenbruch mehrere Stunden im Wasser stehend zu arbeiten. Von der Zeit datirt eine Venectasie an den unteren Extremitäten, welche immer weiter um sich griff. Zu gleicher Zeit stellte sich ausserordentliche Vulnerabilität der Haut ein und grosse Neigung zur Hautentzündung. Zu tiefgehenden Störungen ist es nicht gekommen, dagegen bildete sich an den unteren Extremitäten das Bild aus, welches als Eczema rosaceum im Gesicht verhältnissmässig häufig beobachtet wird. Die Hautentzündung wurde längere Zeit mit milder Salicylpaste behandelt. Um die Venectasie zu beseitigen, wurde der Versuch gemacht, die Venen in ihrer Continuität zu unterbinden. Nachdem 5 Venen unterbunden waren, musste leider wegen ungünstiger Narcose die Operation unterbrochen werden. Der Erfolg war ein günstiger. Inzwischen wurde eine Compression durch gutsitzende Gummibinden eingeleitet; die Haut ist vollkommen glatt und erheblich blasser geworden, und die Venen auf den vierten Theil ihres bisherigen Volumens zurückgegangen.

Herr Köbner macht darauf aufmerksam, dass Herr von Langenbeck auf dem Chirurgencongress Beobachtungen mitgetheilt hat, nach welchen, trotzdem ganze Stücken der Venen ausgeschnitten wurden, dennoch nach wenigen Jahren wiederum varicöse Venen entstanden; bei blosser Unterbindung dürften derartige Recidive um so eher zu erwarten sein.

Herr Lassar verwahrt sich dagegen, als wolle er für diese Operation mit besonderer Wärme eintreten, es ist aber das Verfahren, die Venen unwegsam zu machen, das einzige Mittel, derartige Ausschläge zum Verschwinden zu bringen. Als Beispiel müssen besonders die Scarificationen herangezogen werden, die durch Thrombosirung der Venen, namentlich bei E. r. des Gesichts und sog. rothen Nasen zu so eclatanten Erfolgen führen.

3. Herr Lassar: Vorstellung eines Falles von Spindelzellen-Sarcom.

Patientin, welche der Lassar'schen Klinik durch Herrn Dr. J. Boas zugeführt wurde, erlitt ein schmerzhaftes Trauma am rechten Oberschenkel, in dessen Gefolge sie eine Geschwulst sich ausbilden sah, welches Anfangs keine Unbequemlichkeiten verursachte. Allmählich traten mehr und mehr solcher Geschwülste auf, die in grosser Zahl über den ganzen Körper zerstreut waren. Der erste Tumor blieb bei weitem der grösste. Derselbe wurde operativ entfernt, und die Wunde heilte gut. Der Tumor stellte sich als Spindelzellen-Sarcom heraus. Es lag nahe, bei einem derartigen chronischen Fortwuchern einer bestimmten heterogenen Gewebeart auf einer Lymphbahn und auf Basis eines Gewebes an ein infectiöses Virus zu denken, doch gelang mit den bekannten Methoden der Nachweis eines solchen nicht. Der Fall ist weiter dadurch interessant, dass die Patientin gleichzeitig mit Lichen ruber behaftet ist, welche Affection jedoch wahrscheinlich nicht mit den erstgenannten Geschwülsten in Zusammenhang steht. Bei Arsenikgebrauch, der wegen des Allgemeinbefindens unterbrochen werden musste, sind die Lichen ruber Eruptionen bereits zurückgegangen.

4. Herr Scherk: Ueber Strabismus. Die bisherigen Operationsmethoden des Strabismus convergens, der häufigsten und wichtigsten Form des Schielens, sind in ihren Erfolgen, namentlich in der Dauer desselben so unvollkommene, dass Herr S. eine Verbesserung dieser Methoden für dringend nothwendig hielt. Während es sich bei der bisherigen Schieloperation mehr um eine Contraction des Internus, hervorgerufen durch den traumatischen Reiz der Operation selbst handelte, und der Muskel nach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufhören des Reizes wieder in seine frühere Lage zurückkehrte, schlug Herr S. den Weg ein, dass er den Muskel um ein Stück verkürzte und damit erreichte, dass er sich um die Länge dieses Stückes weiter rückwärts ansetzen musste. Herr S. hat mit dieser Methode in einer grösseren Zahl von Fällen gute Erfolge gehabt. Die von ihm gefürchtete Divergenz trat nicht ein, wenigstens nur ganz vorübergehend in den ersten Tagen. Schwerere Fälle hinterliessen ein gewisses Maass von Einwärtsablenkung, die noch eine zweite Operation erforderlich machte, deren Effect dann aber ein vollkommener war.

Die Discussion über den Vortrag des Herrn Scherk wird vertagt.

XI. III. Congress für innere Medicin — Berlin 21.—24. April 1884.

III. Sitzung. Dienstag den 22. April, Vormittags 10 Uhr.

(Ein ausführliches Referat über die III. Sitzung wird in der nächsten Nummer erscheinen.)

IV. Sitzung. Dienstag, den 22. April, Nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: Herr Nothnagel (Wien).

1. Ueber die Aetiologie der Diphtheritis.

Herr Loeffler macht unter Vorlegung einer grossen Zahl von Präparaten Mittheilungen über die von ihm im Kaiserlichen Gesundheitsamte angestellten Untersuchungen über die Aetiologie der Diphtheritis. Eine der Hauptschwierigkeiten, welche sich der bakteriellen Untersuchung gerade bei der Diphtherie entgegenstellt, ist die Mannigfaltigkeit der auf der Schleimhaut der Mundhöhle schon im normalen Zustande vorkommenden Mikroorganismen. Es ist dies auch wohl als der Grund anzusehen, dass die verschiedenen Forscher in ihren Ansichten über den charakteristischen Organismus der Diphtherie so weit von einander abweichen. Redner stellte sich nun die Aufgabe, möglichst viele von den bei Diphtherie gefundenen Organismen rein zu züchten und Uebertragungsversuche mit denselben anzustellen. Bei den Versuchen stellte sich heraus, dass nur zwei von den gefundenen Organismen als Erreger der Krankheit in Frage kommen können, das waren einmal kettenbildende Mikrokokken und Bacillen. Mit den ersteren liess sich bei Thieren kein der Diphtherie ähnlicher Zustand erzeugen, sie dürfen also von vornherein ausgeschlossen werden. Die Bacillen gelang es dem Redner auf Blutserum mit 1 Procent Pepton, 1 Procent Traubenzucker und $1/2$ Procent Kochsalz zu züchten und längere Zeit lebensfähig zu erhalten. Bei Impfversuchen erwiesen sich Ratten gegen dieselben immun, sehr empfindlich zeigten sich kleine Vögel; bei geimpften Meerschweinchen, die ausnahmslos starben, bildete sich an der Impfstelle eine grauweissliche Auflagerung unter der Haut, Oedem in der Umgebung, Schwellung der Drüsen, serös blutige Ergüsse in beiden Brusthöhlen. An der Impfstelle fanden sich die Bacillen, dagegen nicht in den inneren Organen. In einigen Fällen gingen die Thiere zu Grunde, in anderen Fällen stiessen sie die Membranen ab und genasen. Impfte man Kaninchen in der Trachea, so entstand in den meisten Fällen pseudomembranöse Trachitis. Gegen Inhalation waren die Thiere unempfindlich. Bringt man bei Meerschweinchen die Stäbchen auf die Uvula, so entsteht Diphtherie der Uvula. Bei gesunden Individuen konnte Redner den in Frage stehenden Bacillus unter 30 Fällen nur in einem einzigen Falle im Rachensecret nachweisen. Aus diesen Versuchsresultaten will Redner zwar nicht den Schluss ziehen, dass damit die Frage der Aetiologie der Diphtheritis gelöst sei, immerhin aber glaubt er dem gefundenen Pilz dabei eine gewisse Rolle zuschreiben zu dürfen.

Redner geht dann noch mit kurzen Worten auf die mit der Diphtherie der Tauben und der Kälber von ihm angestellten Versuche ein.

Herr Heubner (Leipzig) kann die Annahme des im diphtheritischen Secret gefundenen Pilzes als Krankheitserreger nicht mit dem Umstande in Einklang bringen, dass oft bei ganz geringen Localerscheinungen die Allgemeinerscheinungen so schwere sind und umgekehrt. Ferner macht er gegen den Organismus als Erreger der Diphtherie den Einwand, dass derselbe nach den Versuchen des Herrn Löffler ein Oberflächenorganismus ist.

2. Ueber Schulhygiene in England.

Herr Herm. Weber (London) giebt einen interessanten Ueberblick über die hygienischen Verhältnisse in den englischen Schulen. Er hebt in erster Linie den günstigen Einfluss der gemeinschaftlichen Spiele bei der Schuljugend hervor. Er bedauert, dass die englische Gesetzgebung in mancher Beziehung Lücken aufweist, was die Ueberwachung der Schulen durch Aerzte betrifft. Doch ist es andererseits den freiwillig fungirenden Gesundheitsärzten gelungen, die Ueberwachung der Schulen in der Weise zu gestalten, dass namentlich Epidemien von Infectionskrankheiten zu den Seltenheiten gehören.

3. Ueber Mikroorganismen der menschlichen Darmentleerungen.

Herr Stahl (Berlin) hat im Kaiserlichen Gesundheitsamt eine Reihe von Versuchen begonnen, um über die Mikroorganismen in den menschlichen Darmentleerungen Aufschluss zu erlangen. Es ist ihm bereits gelungen, 25 verschiedene Arten zu gewinnen, von denen er Culturen demonstrirt. Es befinden sich darunter Schimmelpilze, 5—6 verschiedene Hefepilze, Mikrokokken; die meisten sind Bacillen. Eine Bestimmung der Arten ist noch nicht gelungen. Die Untersuchungen sind noch nicht zum Abschluss gebracht, namentlich sollen noch weitere Versuche über etwaige pathogene Eigenschaften der Pilze angestellt werden.

Herr A. Baginsky (Berlin) schliesst hieran eine kurze Mittheilung über ebenfalls noch nicht abgeschlossene Untersuchungen über die bei Kinderdiarrhöen im Darm vorkommenden Mikroorganismen.

4. Ueber Papain.

Herr Finkler (Bonn) hat mit einem ganz reinen Papain Versuche angestellt, die sich wesentlich von den Resultaten anderer Beobachter unterscheiden, deren Misserfolge aller Wahrscheinlichkeit nach auf die schlechte Beschaffenheit des angewandten Stoffes zu beziehen sind. Das von ihm benutzte Papain äussert seine verdauende Wirkung bei alkalischer Reaction, in gewöhnlichem Wasser und bei saurer Reaction, am besten im Wasser. Es verdaut im Gegensatz zum Pepsin und Pancreatin bei sehr starker Concentration der Eiweisslösung. Es wirkt am besten bei einer Temperatur um 40° herum. Das Papain hat vor anderen Fermenten die Vortheile, dass man bei grösserer Concentration die Verdauungslösung erhält, und dieselbe ferner bei neutraler Reaction eintritt, ein wichtiger Factor für diejenigen Peptonlösungen, die zur Ernährung per Clysma gebraucht werden sollen. Was die Anwendung gegen Pseudomembranen anlangt, so gelang es in allen Fällen diphtherische Membranen in wenigen Stunden zu lösen.

Herr Rossbach (Jena) kann die letztere Erfahrung des Herrn Finkler bestätigen. Er hat weiter in einer grossen Zahl von Fällen beobachtet, dass der Erstickungsprocess bei Croup durch energische Anwendung des Papain sich in wenigen Stunden beseitigen lässt. Was die Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden betrifft, so hat Herr Rossbach beobachtet, dass in vielen Fällen durch die lösende Wirkung des Papain das Fieber herabsank.

5. Ueber eine neue Heilwirkung des Naphthalin.

Herr Rossbach (Jena). Für viele Diarrhöen, namentlich solche, die mit starken Fäulnissprocessen im Darm verbunden sind, verspricht ein desinficirendes Mittel Aussicht auf Erfolg. An ein solches muss die Anforderung gestellt werden, dass es bei genügend starker örtlicher Wirkung den Darmkanal zum grössten Theil durchwandern kann, ohne resorbirt zu werden. Ein solches Mittel glaubt Herr Rossbach in dem Naphthalin gefunden zu haben. Er hat dasselbe seit 3 Jahren eingehend geprüft und es von vorzüglicher Wirkung gefunden bei allen veralteten chronischen Darm- und Dickdarmkatarrhen, vorausgesetzt, dass dieselben nicht Folge unheilbarer Zustände, z. B. Carcinomatosen sind. Gegen Brechdurchfall der Kinder erwies es sich wirkungslos.

Eine weitere günstige Wirkung zeigte es auf den Urin. Die in denselben gelangenden Quantitäten genügen, ihn vor Fäulniss zu bewahren oder falls, wie bei Blasenkatarrhen Versetzung des Urins bereits in der Blase aufgetreten ist, diese zu sistiren. Vertragen wird das Naphthalin fast immer gut.

V. Sitzung. Mittwoch, den 23. April, Vormittags 10 Uhr.

Vorsitzender: Herr Rühle (Bonn).

Ueber nervöse Dyspepsie.

Referent: Herr Leube (Erlangen) giebt zunächst einen historischen Ueberblick über die Entwicklung der Lehre von der Dyspepsie und schildert sodann den Symptomencomplex des Krankheitsbildes, welches er als nervöse Dyspepsie bezeichnet. Es handelt sich gewöhnlich um zart constituirte magere Individuen; die Krankheit greift meistens allmählich um sich; zuweilen besteht Anämie, oft sind Morbus Brightii, Uteruskrankheiten oder ähnliche Vorgänge vorausgegangen, in anderen Fällen ein Magenkatarrh, der verheilte. Die Patienten fühlen sich durch die Verdauung in irgend einer Weise belästigt; es zeigen sich Congestionen zum Kopfe, Eingenommenheit, Kopfschmerz, Herzklopfen, banges Gefühl beim Athmen, Sensationen, welche direct auf den Digestionstractus hinweisen, besonders Aufstossen, Uebelkeit, ab und zu zum Erbrechen gesteigert, Fülle und Druckgefühl im Magen, ferner Globusgefühl und Sodbrennen. Häufig besteht Obstipation. Diese Erscheinungen treten in einem Theil der Fälle alle nebeneinander, in anderen einzeln auf.

Als eins der häufigsten Symptome ergab sich in 100 von Herrn Leube beobachteten Fällen das Aufstossen und zwar in 73 Proc. In gegen 60 Proc. der Fälle wurde über Druckgefühl im Magen geklagt. Dieses Druckgefühl ist nervöser Art und zwar der Ausdruck dessen, dass dem empfindlichen Magen die gewöhnliche Verdauungsarbeit eine schwere Last geworden ist. Demnächst kommen an Häufigkeit Sodbrennen, Uebelkeit und Appetitlosigkeit. Die beiden letzeren hängen, ohne dass anatomische Veränderungen der Magenwand anzunehmen sind, von der stärkeren Erregbarkeit der Magennerven ab. In 17 Proc. der Fälle wurde über Heisshunger und in ebensovielen über Globusgefühl geklagt. Neben diesen Erscheinungen treten andere auf, welche dem Gesammtnervensystem angehören. In 43 Proc. der Fälle bestand Verstopfung, in 9 Proc. Diarrhoe, in 11 Proc. gesellten sich Hämorrhoiden hinzu. Ueber den Grund der Obstipationserscheinungen wagt Redner kein Urtheil auszusprechen, weil bei der Häufigkeit dieser Erscheinung das Zufällige schwer von dem im causalen Zusammenhang Stehenden zu unterscheiden ist. In jedem 6. Falle wurden Schwindelerscheinungen beobachtet, deren Zusammenhang mit der Erkrankung als bewiesen anzunehmen ist.

Die Diagnose wird immer eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose sein, denn nur in 25 Proc. der Fälle folgten die gastrischen Beschwerden auf die Nervosität, während in den übrigen Fällen der umgekehrte Verlauf stattfand. Als einziges sicheres diagnostisches Mittel glaubt Herr Leube die Magenausspülung betrachten zu müssen. Erhält man etwa 7 Stunden nach dem Essen eine klare Spülflüssigkeit, so kann man daraus auf eine normale Verdauung schliessen. Dazu kommen andere differentialdiagnostische Mittel, welche z. B. ein bestehendes Carcinom, Ulcus ventriculi etc. erkennen lassen.

Was die Aetiologie anlangt, so ist der Charakter zu suchen in einer perversen Reaction der Nerven auf die Verdauung. Ob Veränderungen im Nervensystem stattfinden oder ob moleculare Veränderungen Platz gegriffen, steht nicht fest. Es wird darüber gestritten, ob die Erregung peripherer oder centraler Natur. Herr Leube glaubt in letzter Instanz den Anstoss immer peripher suchen zu müssen. Herr Leube subsumirt unter dem Begriff der nervösen Dyspepsie diejenigen Krankheitsbilder, bei welchen der durch in zeitlicher und wahrscheinlich auch chemischer Beziehung normale Verdauung hervorgerufene Symptomencomplex der Dyspepsie ausschliesslich dem Nervensystem mit specieller Betheiligung der Magennerven seine Entstehung

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

verdankt, und bei welchen anatomisch nichts als das Nervensystem als Basis anzunehmen ist.

Die Prognose hält Herr Leube nicht für günstig, vollkommene Heilung ist selten; quoad vitam ist die Prognose günstig. Die Therapie kann nur in einer Stärkung des Gesammtnervensystems bestehen.

Correferent Herr Ewald (Berlin) glaubt, dass man sich bei der Betrachtung des in Frage kommenden Gegenstandes nicht darauf beschränken darf, sein Augenmerk nur auf den Magen zu richten, sondern auch die Erscheinungen von Seiten des Darmes mit in das Bild hineinziehen muss. In manchen Fällen treten dieselben so in den Vordergrund, dass Scherschewsky daraus eine besondere Gruppe gebildet und diese als Neurosen des Intestinaltractus beschrieben hat. Herr Ewald möchte daher die dyspeptischen Erscheinungen nicht als den Ausgangspunkt der Bezeichnung des Krankheitsbildes wählen und dieselbe lieber Neurasthenia dyspeptica, resp. N. vago-sympathica nennen, je nachdem die Erscheinungen seitens des Magens resp. des Darmes mehr in den Vordergrund treten; zumal da die Dyspepsie ihm nun ein Symptom, nicht das Wesentliche der Krankheit zu sein scheint.

Sodann verbreitet sich Herr Ewald eingehend über die Diagnose der Krankheit. Der Befund eines leeren Magens spricht nicht immer für normale Verhältnisse; auch ist die Anwendung der Magensonde für den Fall eines Ulcus ventriculi gefährlich. Herr Ewald zieht es daher vor, den zweifelhaften Fall auf ein Ulcus ventriculi zu behandeln und aus dem Erfolg der auf ein solches gerichteten Diät Rückschlüsse zu ziehen. In anderen Fällen kommen andere differential-diagnostische Mittel zu Hilfe. Im Allgemeinen wird nur längere Beobachtung des Krankheitsverlaufes die Diagnose sicherstellen. Was Prognose und Therapie anlangt, so steht Herr Ewald auf demselben Standpunkt wie der Referent.

Herr Finkler (Bonn) bestätigt die Thatsache, dass der Befund eines leeren Magens nach 7—8 Stunden keineswegs in allen Fällen auf normale Verdauung schliessen lasse.

Herr Senator (Berlin) geht näher auf die Frage der Diagnose ein, und Herr Jürgens (Berlin) theilt anatomische Befunde eines zur Section gelangten Falles mit. Des Weiteren betheiligen sich die Herren Rossbach (Wien), Rühle (Bonn) und Meinert (Dresden) an der Discussion.

XII. Dreizehnter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

IV.

Zweiter Sitzungstag.

Zabludowsky (Berlin): Ueber Massage.

Z. hat in der von Herrn Prof. Kronecker geleiteten Abtheilung des hiesigen physiologischen Institutes seine früheren Untersuchungen fortgesetzt und kam zu folgenden, mit einer Reihe graphischer Tafeln veranschaulichten Resultaten:

Unter dem Einflusse der Massage erholen sich auch ermüdete Kaninchenmuskeln in vollkommenerer Weise, als durch blosse Ruhe. In manchen Fällen leistet der nach erschöpfender Arbeit massirte Muskel sogar bei Weitem mehr, als der frische zu leisten vermocht hat. Der krampfhafte Zustand, welcher sich bei stark ermüdeten oder sehr erregbaren Muskeln häufig einstellt und unter dem Namen Contractur auch den Physiologen bekannt ist, kann durch die Massage völlig gehoben werden. Die Massage lässt die Erregbarkeit des Rückenmarkes ungeändert; die Hauterregbarkeit setzt sie herab. Diejenigen Reize aber, welche überhaupt wirksam sind, lösen nach der Massage grössere Muskelzuckungen aus, als sie es vor derselben thaten. Bezüglich des Einflusses der Massage auf thierische Wärme fand er, dass massirte Kaninchen unter der Massage sich weniger schnell abkühlen.

Folgende Versuche sind am Menschen gemacht worden:

Die Feinheit der Wärmeunterscheidung nimmt unmittelbar nach der Massage zu, später ab. Die Tastempfindung und die Druckwahrnehmung sind zuweilen unverändert oder gemindert. Die Massage irgend eines Körpertheiles hebt die Hauttemperatur an derselben Stelle sowie auch an allen anderen Theilen des Rumpfes mit Ausnahme der Bauchoberfläche, deren Temperatur ungeändert bleibt oder auch sinkt. Schmerzhafte Massage zeigt entgegengesetzte Verhältnisse; die massirte Stelle ist nur wenig erwärmt, die Bauchhaut etwas mehr. Diese Untersuchungen sind mittelst elektrischer Säule und Spiegelboussole ausgeführt; es wurde also nur die Wärmestrahlung bestimmt. Der Blutdruck, mit dem Basch'schen Manometer gemessen, giebt eine Steigerung. Mittelst der plethysmographischen Methode ist eine die Blutgefässe erweiternde Wirkung constatirt worden.

v. Lesser (Leipzig). Ueber den ersten Verband auf dem Schlachtfelde.

v. L. benützt die Gelegenheit des Chirurgencongresses, um für die Vortrefflichkeit seiner ein antiseptisches Pulver (Jodoform und Borsäure ää 3 gr) enthaltenden Verbandpäckchen auf dem Schlachtfelde mit aller Wärme einzutreten. Da zum Aufbewahren des Pulvers eine Patronhülse benützt werden kann, so könnte die Munitionstasche zum Behälter desselben verwandt, andernfalls das ganze Päckchen in die linke hintere Rocktasche des Soldaten eingenäht werden. Dieses Päckchen vergrössere die Belastung des Soldaten nur um 103 gr und die Kosten für dasselbe stellen sich alles in allem auf 41 Pfg. Doch sei es wünschenswerth, dass die Soldaten, selbst in der Anwendung dieses Verbandmaterials instruirt würden.

Esmarch behauptet, der Vorschlag v. Lesser's, das Verbandzeug in der Patrontasche unterzubringen, würde militärischerseits auf den grössten Widerstand stossen, und hält seine sublimatisirte Sägespäne einschliessenden Päckchen für besser, die bei kleinen Wunden einfach auf dieselben aufzubinden, bei grösseren allerdings zum Zweck des Einstreuens der Späne zu zerstören seien. Diese Päckchen hätten sich den Engländern im Kriege gegen die Boërs sehr bewährt.

Nachdem Pauli den Vorschlägen v. Lesser's unbeschränktes Lob gespendet, wenden sich Roth und Starke mit aller Entschiedenheit gegen dieselben.

Schüller (Berlin). Ueber Bakterien bei metastatischen Gelenkentzündungen.

Seit alten Zeiten hat man an der Anschauung festgehalten, dass die metastatischen Gelenkentzündungen durch eine im Blute kreisende Schädlichkeit bedingt sind. Heutigen Tages liegt es um so näher anzunehmen, dass Bakterien diese secundären Gelenkentzündungen verursachen, als die neuere Forschung hier schon für manche acute Infectionskrankheiten nicht nur das Vorkommen von Mikroorganismen innerhalb der erkrankten Gewebe überhaupt nachgewiesen hat, sondern auch solche, welche durch eigenartige Formen oder durch specifische Wirkungen charakterisirt sind. Sch. hatte mehrfach Gelegenheit, metastatische Gelenkprocesse darauf hin zu untersuchen. Die Untersuchungen erstreckten sich wesentlich theils auf gefärbte Trockenpräparate vom flüssigen Inhalte geschlossener Gelenke bei ganz frischen Leichen, theils auf Schnittpräparate. Zur Untersuchung kamen Fälle von metastatischen Gelenkentzündungen bei Pneumonie, bei Scharlach, bei Diphtherie, bei Erysipelas, bei Typhus, bei Rotz, bei puerperalen Erkrankungen. Diesen schliesst er noch die Befunde an, welche sich bei den phlegmonöse Processe nicht selten begleitenden Gelenkentzündungen darboten, Gelenkentzündungen, welche zwar nicht zu den metastatischen gehören, aber auch für die hier berührten Fragen einige wichtige Aufschlüsse geben.

Die Mittheilung seiner Ergebnisse erscheint ihm nicht nur deshalb von Interesse, weil über Bakterien bei metastatischen Gelenkentzündungen überhaupt nicht viel bekannt geworden ist, sondern auch weil die Ergebnisse nicht den geläufigen Erwartungen entsprachen, dass sich in den Gelenken stets eine Bakterienform, nämlich nur die, welche man für die betreffende ursächliche Allgemeinerkrankung als specifisch anzusehen Grund hat oder doch anzusehen geneigt ist, finden würde.

Es ergab sich zunächst, dass die Bakterien im Allgemeinen reichlicher vorhanden waren bei frischen Ergüssen und einfachen Entzündungen, während sie bei starken Eitergüssen weit spärlicher waren, schlecht oder gar nicht gefärbt erschienen und demnach wohl als abgestorben anzusehen waren. Fast in allen Fällen waren mehrere verschiedene Bakterienformen neben einander zu bemerken. Von den als charakteristisch aufgefassten Bakterien fanden sich gewöhnlich nur sehr wenige. Zuweilen fehlten sie vollkommen, während andere Bakterien mehr weniger zahlreich vorhanden waren.

Es fanden sich im Gelenkinhalte:

Bei Pneumonie wesentlich runde Kokken, einzelne, zu zweien oder auch hin und wieder in Reihen; daneben ganz vereinzelt die grossen ellipsoiden von einem grossen hellen Hofe umgebenen Kokken, welche nach Friedländer als „Peumoniekokken" aufgefasst werden. In einem Falle fehlten letztere.

Bei Scharlach wieder runde Kokken, ähnlich wie vorher, jedoch kleinere, Diplokokken, Kokken in Reihen und kleinen Herden. Daneben sind in einigen Präparaten kurze gekrümmte Bacillen (wie bei Diphtheritis), in anderen (mit Pneumonie) viel grössere ovale Kokken aber ohne helle Höfe nachzuweisen.

Bei Diphtherie sind neben den gleichermaassen wie in den vorrigen Fällen beschaffenen kleineren runden Kokken dicke, zuweilen gegliederte Stäbchen mit Endanschwellungen zu bemerken, welche den von Löffler bei Diphtheritis beschriebenen ähneln, übrigens auch vom Vortr. in diphtheritischen Erkrankungsherden gefunden wurden.

Bei Typhus waren neben vereinzelten runden Kokken resp. Diplokokken nur hin und wieder einzelne schmale Stäbchen zu sehen, ähnlich denen, welche auch oft reichlich auf der Darmschleimhaut angehäuft sind. Dagegen waren „Typhusbacillen", wie sie Eberth, Koch, Gaffky beschrieben, nicht zu finden.

Bei Erysipelas faciei (1 Fall) fanden sich in dem noch relativ klaren Serum des Kniegelenkes feine Diplokokken ähnlich den von Koch (auf Taf. 1 und 2 der „Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamts" I. 1881) abgebildeten und von Fehleisen genauer erforschten „Erysipelaskokken".

In dem (1) Falle von Rotz fanden sich im Gelenkeiter wie innerhalb der entzündeten resp. von Rotzknoten durchsetzten Synovialis neben Kokken nur vereinzelte gefärbte, mehr ungefärbte Bacillen, ähnlich den „Rotzbacillen".

Bei den puerperalen Gelenkprocessen, welche in verhältnissmässig grosser Anzahl zur Untersuchung kamen, fanden sich vorzugsweise sehr zahlreiche Kokken zu zweien oder zu mehreren in Ketten aneinandergereiht. Die Streptokokken zeigen sehr verschiedene Grösse, sind meist von einem hellen schmalen Hofe umgeben. Sie liegen ebenso im Gelenkinhalte wie in fast sämmtlichen Gewebsbestandtheilen des Gelenkes (speciell in der Synovialis und im Knochenmarke), sowie in der Uterusmusculatur. Es kamen einige Fälle vor, in welchen ausschliesslich solche Kokkenreihen und runde Einzelkokken verschiedener Grösse gefunden wurden. In andern Fällen speciell in mehreren bei Endometritis diphtheritica waren gekrümmte Bacillen, zuweilen mit Endanschwellungen (ähnlich denen bei Diphtheritis) sowohl im Gelenkinhalte, wie im Safte von der Schnittfläche des Uterus nachzuweisen.

Bei den zahlreich untersuchten, nicht puerperalen phlegmonösen (von Decubitusstellen, von vereiterter Bursa praepatellaris, von Lymphgefäss- und Drüseneiterungen etc., ausgegangenen) Processen interessiren besonders die Fälle, welche noch nicht zu einer Eiterung, sondern nur zu einem geringen serösen Ergusse oder zu einer makroskopisch eben wahrnehmbaren höchst geringen Veränderung der Synovia im benachbarten Gelenke geführt hatten, aber gleichwohl schon eine sehr beträchtliche Anhäufung entweder nur von Diplokokken mit sehr dicht aneinander gerückten Kügelchen, oder häufiger von gewöhnlichen runden Kokken und Kokkenreihen (ähnlich denen bei puerperalen Processen) im Gelenkinhalte darboten. Hier kamen übrigens Fälle zur Beobachtung, in welchen daneben Bacillen (zuweilen ähnlich denen bei Diphtheritis), andere, in welchen grosse ellipsoide Diplokokken mit grossem hellem Hofe (ähnlich den „Pneu-

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

moniekokken") sowohl im Gelenkinhalte wie im Eiter der Phlegmone zu sehen waren.

Aus diesen Untersuchungen ergiebt sich, dass am seltensten ausschliesslich Formen der sozusagen specifischen Bakterien in den Gelenken gefunden wurden, dass mit wenigen Ausnahmen Kokken verschiedener Grösse zu zweien und zu mehreren in Reihen angeordnet in den Gelenken vorkommen, dass fast stets verschiedene Bakterien nebeneinander in den Gelenken vorhanden sind, wie sie nebeneinander auch in den Erkrankungsherden anzutreffen sind. Dass die in den geschlossenen Gelenken vorgefundenen Bakterien etwa von aussen (post mortem) eingedrungen seien, ist wohl zurückzuweisen. Dagegen muss zugegeben werden, dass die im Gelenke intra vitam vorhandenen Bakterien sich daselbst post mortem vermehrt haben mögen. — Welche Bedeutung den einzelnen verschiedenen Bakterien an der Entstehung der Gelenkprocesse zuzuweisen ist, müsste natürlich durch das Experiment mit Reinculturen dargethan werden. Wahrscheinlich betheiligen sie sich sämmtlich mehr weniger daran. Wie dem aber sei, so dürften nach diesen Untersuchungen diese metastatischen Gelenkentzündungen mit wenigen Ausnahmen wohl nicht als specifische i. e. nicht als ausschliesslich durch specifisch wirkende Bakterien hervorgerufen anzusehen sein.

Dritter Sitzungstag.

Baumgaertner (Baden-Baden). Ueber Cachexia strumipriva.

B. stützt seine Ansichten über die Kocher'sche Kachexie nach Kropfexstirpationen auf 19 Operationsfälle, von denen er drei (ein 11jähriges Kind an Asphyxie zufolge Säbelscheidenbildung der Luftröhren, einen Fall an Sepsis und einen an Bronchitis) verloren. Unter den übrigen 16 Fällen waren 5 partielle Exstirpationen, und von den 11 vollständigen zeigten nur 4 in der Folgezeit die bekannten Symptome der Kachexie. Bei einem 16jährigen Mädchen wurden ein Jahr nach der Operation Gedunsenheit des Gesichts, körperliche und geistige Trägheit beobachtet. Nach einem weiteren halben Jahre stellte sich auch schlürfende Respiration infolge einer vollständigen Parese des Stimmbandes ein. Eine auf das linke Stimmband beschränkte Lähmung hatte schon vor der Operation bestanden, war aber nach derselben wesentlich zurückgegangen. Die zweite Kranke mit den in Frage stehenden Erscheinungen war eine 31jährige Frau. Bald nach der Operation machte sich zunächst nur eine gewisse Gedankenschwere bemerklich. Aber schon ein halbes Jahr darauf trat Dyspnoë infolge Parese der Stimmbänder auf. Bei dieser sowie bei der vorigen Kranken musste deshalb tracheotomirt werden, worauf alle strumipriven Symptome verschwanden. Bei einem 23jährigen Mädchen stellte sich schon 8 Tage nach der Operation Stimmlosigkeit ein, die aber auf Faradisation in 40 Sitzungen wich. Ein halbes Jahr später zeigten sich die strumipriven Anzeichen. Schliesslich wurden noch bei einem 22jährigen Mädchen 3/4 J. nach der Strumaexstirpation die ersten Störungen beobachtet und noch ein Jahr später war eine Verengerung der Stimmritze nachweisbar. — Was zunächst die Parese der Stimmbänder anlangt, so constatirte B., dass sie verschiedene Muskeln nach einander befiel und sicher nicht Folge einer Verletzung des Recurrens, höchstens einer Blosslegung desselben oder eines Sympathicusastes war. Die Kachexie führt B. nicht wie Kocher auf eine Atrophie der Trachea, sondern auf die Verengerung im Kehlkopfe zurück. Allerdings hat B. bei der Operation sich gehütet, den Stamm der Art. thyreoidea, das Ernährungsgefäss der Trachea, zu unterbinden. B. verfuhr bei der Blutstillung so, dass er zunächst die Gefässe dicht an der Struma mit je zwei Ligaturpincetten fasste, darauf die Exstirpation der Struma besorgte und schliesslich jedes der gefassten Gefässe genau untersuchte und isolirt unterband. Weil er in den ersten Fällen nicht in solcher Weise vorgegangen ist, sah er Paresen der Stimmbänder entstehen.

König (Göttingen) erwähnt als Beispiel für die Schwierigkeit der Deutung der strumipriven Erscheinungen einen Fall, in dem er 4 Wochen nach der Exstirpatio strumae wegen Säbelscheidenform tracheotomiren und nach einem Jahre die Tracheotomie wegen Dyspnoë wiederholen musste, die strumipriven Erscheinungen aber, vor allem die zunehmende Verdummung, nicht schwanden.

Bruns (Tübingen). Ueber den Sublimatverband mit Holzwatte.

B. empfiehlt zur Nachbehandlung der Wunden seine aus Holzwolle hergestellten Verbände, weil denselben die grösste Imbibitionsenergie eigenthümlich ist. Auf die Wunde legt er zunächst eine dünne Schicht Glaswolle, weil sie besser als das Protective die Secrete ableitet, darauf das Holzwollekissen, um es mit einer straff angezogenen Binde zu befestigen. Durch Zusatz von etwas Baumwolle zur Holzwolle lasse sich eine Masse herstellen, die sich für die Bereitung von Kissen sehr eignet. Ein solcher Verband kann wenigsten 8 Tage lang liegen gelassen werden. Darunter heilt die Wunde so trocken, dass nach Abnahme desselben die Glaswolle wie Staub abgewischt werden kann. B. will bei Anwendung dieser Verbandmethode die Zahl der primären Heilungen grösser gefunden haben, als beim Lister'schen Verbande. — Seinem Verband liege gleichwie dem Torf, Torfmoosverbande das Princip des Trockenverbandes zu Grunde und darin sei seine bedeutende antiseptische Kraft zu suchen. Er lasse eine Art Heilung unter dem Schorfe zu Stande kommen; nur bilde sich der Schorf im Verbandmaterial unter dem austrocknenden Einflusse der frei hinzutretenden Luft, nicht an der Wunde, sodass nie eine Verhaltung des Secrets eintreten könne. Natürlich sei hierbei zur Imbibition der Wolle ein fixes Antisepticum, also Sublimat, zu benützen. — Seit 15 Monaten hat B. 557 Operationsfälle in dieser Weise nachbehandelt und dabei nur 10 letale Ausgänge, die aber nicht im Zusammenhange mit der Behandlung standen, beobachtet. Obgleich fünf Mal Erysipel unabhängig von Wunden in seiner Klinik aufgetreten ist, sei keiner seiner Operirten davon befallen worden, sodass B. seinem Verbande eine besondere Schutzkraft gegen Erysipel zuspricht.

Unter 48 Amputationen der Extremitäten heilten 32 prima intentione, und von 30 Mammaexstirpationen 25, während 5, darunter 3 wegen zu grosser Defecte, mit Eiterung zur Heilung kamen. Bei 20 Resectionen des Kniegelenks trat unter 24 derartigen Operationen (22 fungöse Kniegelenke) prima intentio ein.

Schede hebt ganz besonders die Schutzkraft des Sublimat gegen Erysipel hervor.

Mikulicz (Krakau). Ueber einige Modificationen der antiseptischen Wundbehandlung.

Nachdem M. betont, dass Zweck aller auch heute noch fortgesetzten Bemühungen um die Modification der Wundbehandlung nur die Vereinfachung derselben sein könne, geht er zum Beweise für die hohe Leistungsfähigkeit eines solchen vereinfachten Wundverfahrens auf die Operationsresultate ein, die er selbst in einer in hygienischer Beziehung so überaus unzweckmässigen Klinik, wie es die Krakauer chirurgische ist, erzielt hat. Selbst von Spray hat er Abstand genommen. Trotzdem haben von 123 im letzten Jahre ausgeführten grösseren Operationen nur 2 tödtlich geendet (Collaps und Sublimatvergiftung) und nur 8 Mal wurde der Wundverlauf gestört. Einmal nur geschah dies nach den zahlreichen, in Schleimhauthöhlen ausgeführten Operationen. Erysipel kam nur ein einziges Mal vor. — Zum Verbande benützt M. Kissen, die mit 30 Proc. Theer enthaltenden Sägespänen gefüllt sind. Sublimat hält er für ein gutes prophylactisches Antisepticum, da es nach seinen Experimenten die Fäulniss einer Mischung von Blut und Wasser zu gleichen Theilen erst bei 20procentiger Concentration verhindert und das Tuberkelsputum (nach Fischer) erst durch eine 0,2procentige Lösung unschädlich macht, während dies schon eine 5procentige Carbollösung thut. Eine 0,1procentige Sublimatlösung ist jene Fäulniss nur etwas aufzuhalten im Stande. Carbol erscheint deshalb als Desinficiens besser.

Die 4. Nachmittagssitzung wurde durch Vorstellungen aus dem Morgen-Programm ausgefüllt.

XIII. Journal-Revue.

Chirurgie.

5.

G. Julliard. De l'incision antiseptique de l'hydrocèle. (Revue de chirurgie, Februar 1884, No. 2. Paris.)

Seit einer Reihe von Jahren hat Verf. zur Behandlung der Hydrocele ausschliesslich die antiseptische Incision benutzt. Sein Verfahren ist von dem Volkmann'schen in vieler Beziehung abweichend. Die Vorbereitungen anlangend, so operirt J. stets ohne Narcose, weil ten die Gefahren des Chloroforms und anderer ähnlicher Mittel fürchtet; auch die locale Anästhesie durch Aetherzerstäubung verwirft er, wegen der contrahirenden Wirkung der Kälte und der dadurch begünstigten Nachblutung. Zu dem sei der Schmerz der Incision so gering, dass Erwachsene denselben leicht aushalten. Zur Desinfection des Operationsfeldes benutzt er, um unliebsame Reizungen zu vermeiden, eine sehr schwache Carbolsäurelösung (1,25:100), welche jedes Mal völlig genügte. Dieselbe Lösung, in erwärmtem Zustande, benutzte er in der Regel auch zum Ausspülen nach der Incision, welche stets durch einen langen Schnitt durch Haut und Tunica vaginalis propria ausgeführt wird. Von der letzteren excidirt er so viel, dass gerade genug übrig bleibt, um den Hoden zu decken, über welchem die Schnittränder der Tunica vaginalis besonders für sich durch feines Catgut sorgfältig vernäht werden ohne Einschaltung eines Drainrohres. Diese Naht wird aber erst nach sorgfältiger Blutstillung angelegt, zu welcher J. mit Vorliebe die Torsion anwendet. Es folgt sodann unter Spray die Naht der äusseren Haut mit Seide; am untersten Ende wird hier ein kleines Drainrohr in's Zellgewebe geschoben. Nach Bedeckung der Wunde mit Protectiv belegt J. das Scrotum mit feuchten Carbolschwämmen und überdeckt endlich das Ganze mit einem Lister'schen Verbande, welcher durch Binden (meist elastische) fest angedrückt erhalten wird. In der Regel, namentlich bei jungen Leuten, entfernt er die Nähte und das Drainrohr am folgenden Tage.

Von den 54 Operirten heilten 51 prima intentione meist in 7—10 Tagen; in den 3 Fällen, welche nach mässiger Eiterung genasen, handelte es sich um schwartige Verdickungen, blutige Niederschläge etc. innerhalb der Tunica vaginalis propria; in solchen Fällen, in denen eben Ausschabungen, Aetzungen mit Chlorzink vorgenommen werden müssen, kann natürlich die Drainage nicht entbehrt werden.

Die Vorzüge seines Verfahrens erblickt J. in der allseitigen primären Verklebung der Blätter der Tunica, und konnte er sich vom Eintritt derselben in einem Falle durch die Autopsie überzeugen, in welchem 10 Tage nach der Operation der Tod in Folge innerer Einklemmung schnell erfolgt war. Die Drainröhren hindern eben da, wo sie liegen, die Verklebung; zur Drainage sind Gummiröhren zu benutzen. Ein Mal nur hatte J. ein Knochendrain angewendet (seitdem nie wieder), welches eingeheilt war, aber zu einem Recidiv Veranlassung gegeben hatte.

Vor der Punction mit nachfolgender Jodinjection, welche J. garnicht mehr anwendet, hat die allerdings umständlichere antiseptische Incision — neben vielen anderen kleineren — den grossen Vortheil, dass sie einen vollen Einblick in den Sack der Tunica vaginalis und Besichtigung des Hodens gestattet und es erlaubt, die in den meisten

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Fällen vorhandenen pathologischen Producte (Cysten etc.) gleichzeitig zu entfernen, wodurch ein sicherer Schutz vor Recidiven gewährt wird. Mit den meisten Ansichten dieses klar geschriebenen und lesenswerthen Aufsatzes, an dessen Schluss sich die Krankengeschichten einzeln mitgetheilt finden, kann man sich einverstanden erklären und erscheint es nicht unwahrscheinlich, dass sich die Julliard'sche Operations- und Behandlungsweise zahlreiche Anhänger erwerben wird.

A. Bidder.

Ueber die Verwendung der osteoplastischen Fussresection nach Mikulicz bei Caries. Von Dr. Carl Lauenstein, Oberarzt des Seemannskrankenhauses zu Hamburg. Centralblatt für Chirurgie No. 1. 1884.

Die sinnreiche Operationsmethode von Mikulicz besteht bekanntlich in der Auslösung von Talus und Calcaneus von zwei hinteren Horizontalabschnitten, der Absägung von Os cuboid. und naviculare und der Unterschenkelknochen etc. und ist vom Refer. in diesen Blättern gelegentlich des 10. Chir.-Congr. besprochen worden; der Geheilte ist kein „Sohlen-", sondern ein „Zehengänger". Die Indication sind 1) ausgedehnte Substanzverluste der Fersenhaut (in M.'s Fall handelte es sich um ein colossales luetisches Geschwür), 2) Verletzungen, durch welche Ferse und Umgebung zerstört ist und 3) Caries. Die bisherigen Mittheilungen beschränken sich auf 1 Fall Socin's und 2 neuerdings von M. im Przegląd lekarski publicirten Fälle, zu denen nun die obigen beiden Lauenstein's kommen. — Eine 32j. Pat., die bereits Hämoptoë gehabt, und vergeblich wegen fungöser fistulöser Fussgelenkentzündung resecirt worden war, verweigerte die Amputation, und so entschloss sich L. zu obiger Methode, wobei der obere Verbindungsschnitt 7 cm oberhalb des Fussgelenks zu liegen kam. Daher bildete die dorsale Weichtheilsbrücke, an der der Vorderfuss hing, einen beträchtlichen Querwulst, der die schon von M. empfohlenen Plattennähte erforderte; ebenso mussten behufs der nothwendigen Dorsalflexion der Zehen sämmtliche Beugesehnen subcutan durchschnitten werden. Pat. erlag nach der Heiluug ihrem Lungenleiden.

Glücklicher war der 2. Fall, ein 25j. Mann mit Gelenkfungus nach Distorsio pedis vor $1\frac{1}{2}$ Jahren, Fisteln am inneren Knöchel, pseudofluctuirenden Wülsten neben Tendo Achillis. Das Evidement des hinteren Talo-Calcaneo-Gelenks und Sinus tarsi war vergeblich; da auch das Tibio-Tarsal-Gelenk crepitirte, wurde nach Mikulicz resecirt. Von Tibia und Fibula wurde nur 1 cm entfernt, die Gelenkkapsel wurde sorgfältig entfernt und konnte Pat. nach 2 Monaten im Gipsverbande entlassen werden. Nach 8 Monaten ist die Knochenverbindung ganz fest; unter den gesunden Fuss, welcher 3 cm kürzer ist, wird eine hohe Sohle gelegt. Pat. geht 4 Stunden hintereinander und tritt auch ohne Fussbekleidung fest auf seinen „Mikulicz" auf. — L. betont die Vorzüge des Stumpfes vor dem „Syme", selbstverständlich vor dem Stelzfusse, hält es für wünschenswerth, wenn die Unterschenkelknochen möglichst dicht über dem Fussgelenk abgesägt werden, und erinnert gelegentlich seines zweiten trotz ausgedehnten Sehnenscheidenfungus vortrefflich geheilten Falles an Walzberg's Bedenken. W. hatte bei dem Referat (Centralbl. f. Chir. 1881 p. 190) gemeint, dass die Operationsmethode bei dem häufigen begleitenden Fungus in den Peronäalsehnen und um Tendo Achillis doch schliesslich der Amputation weichen würde; aber grade diese Gebiete legt die Schnittführung M.'s vollkommen frei. Für die ersten Gehversuche empfiehlt L. den Gipsverband mit einer Sohle als Gehfläche.

Pauly (Posen).

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

7.

Journal of nervous and mental disease. (New Series, vol. VIII No. 3, July 1883.)

An Originalaufsätzen enthält das vorliegende Heft: 1) Pathologisch-anatomischer Befund der Cerebrospinalaxe in einem Falle seit 19 Jahren bestehender chronischer Myelitis, von H. D. Schmidt; 2) Bemerkungen über spanische Irrenasyle, von Seguin; 3) locomotorische Ataxie mit schliesslichem Ausgang in allgemeine Irrenparalyse, von Charles K. Mills; 4) über den Gebrauch von Bromwasserstoffsäure bei Nervenaffectionen von Dana; 5) Fälle von locomotorischer Ataxie von S. G. Webber.

Der von Schmidt erzählte Fall (1) betraf einen zur Zeit des Todes 51jährigen Irländer, der während des Unabhängigkeitskrieges 1863 eine Flintenschusswunde im Nacken erhalten hatte. Die Kugel war von rechts nach links zwischen 5. und 6. Halswirbel durchgegangen. Es blieb Paralyse der Arme mit Hyperästhesie und neuralgischen Schmerzen, Aufhebung der Reflexaction, später Krämpfe und Contracturen in den gelähmten Gliedmaassen und hochgradige Muskelatrophie derselben. Tod schliesslich unter allgemeiner Paralyse und Bewusstlosigkeit. — Im Gehirn fand sich ausser einer starken venösen Hyperämie makroskopisch nichts Besonderes. Dura des Rückenmarks entsprechend der alten Verletzungsstelle etwas verdickt, im Uebrigen normal; die Pia dagegen durchgängig verdickt, ihre Gefässe erweitert und stark mit Blut gefüllt (bes. im Cervical- und oberen Dorsaltheil); das Rückenmark selbst von verkleinertem Volumen, in der Cervicalregion besonders im sagittalen Durchmesser verkleinert, abgeflacht, von verringerter Consistenz; auf frischen Schnittten betraf die Erweichung namentlich die hintere Commissur und die angrenzenden Theile der grauen Substanz, während einzelne Partien weisser Substanz ein gelblich-graues Aussehen zeigten (Hinterstränge und hintere Partie der Seitenstränge; Randzone des übrigen Theiles der weissen Substanz in der Cervicalgegend; graue Fleckenjedoch auchhierund da in Vordersträngen und dem Rest der Seitenstränge). Die Verfärbung ging durch das ganze Mark, im Dorsal- und noch mehr im Lumbaltheil an Intensität abnehmend. — Mikroskopische Untersuchung der gehärteten und theilweise (mit Picrocarmin und Hämatoxylin) gefärbten Präparate ergab: ausgedehnte Compression und Degeneration der Blutgefässe; Erguss eines fibrinösen Exsudats in die grösseren und kleinern Septa der betroffenen Rückenmarksabschnitte; und (als Folge des dadurch auf die Nervenelemente geübten Druckes) Atrophie der Nervenfasern, sowie Degeneration der Ganglienzellen der grauen Substanz: letztere Degeneration betrachtet F. als eine eigenthümliche Art von Fettmetamorphose, mit parenchymatöser Entzündung („trüber Schwellung" Virchow's) beginnend und zur Ablagerung stark brechender, krystallinischer Massen in den Ganglien führend. Diese Veränderungen liessen sich in den Ganglienzellen der Med. oblong. (bes. der Substantia reticularis) gleichfalls verfolgen.

Dana (4) wandte Bromwasserstoffsäure an Stelle der gewöhnlichen Bromide in der Hoffnung an, dadurch die therapeutischen Wirkungen bei Epilepsie u. s. w. ohne begleitende Depression zu erzielen. Der Bromgehalt ist sehr gross (100 Theile H Br enthalten dem Gewichte nach 99 Brom; 4 Gramm von dieser Säure entsprechen an Bromgehalt 6 Gramm Bromkalium, beinahe 12 Bromnatrium, beinahe 5 Bromcalcium und Bromammonium). Durchschnittliche Dosis 10—20 Tropfen; da eine (officinelle) 10 Proc. Verdünnung der Säure in Anwendung kommt, etwa 4—10 Gramm. — D. wandte das Mittel in 52 Fällen an, worunter Epilepsie, Alkoholismus, Kopfweh aus verschiedenen Ursachen, Nervosität und Neurasthenie, Chorea, Hysterie, sowie Melancholie, Paralysis agitans u. s. w. Die Erfolge sprechen im Ganzen nicht sehr zu Gunsten des Mittels. Bei Epilepsie kann es im Allgemeinen die Bromalkalien nicht ersetzen und ist höchstens da zu empfehlen, wo ein mildes Sedans für längere Zeit am Platze ist; zu gleichem Zwecke kann es auch bei Chorea dem Gebrauche von Arsenik oder Nux vomica substituirt werden, auch kann man arsenige Säure und Bromwasserstoffsäure verbinden. Bei Alkoholismus leistet das Mittel nichts; dagegen empfiehlt es D. bei nervöser Irritabilität, congestivem Kopfschmerz, posthemiplegischen Circulationsstörungen, irritable heart, Magenschwindel, „wo ein allgemeines nervöses und vasculäres Sedans indicirt ist", sowie auch bei Schlaflosigkeit. Am besten bewährte sich folgende Formel:

Rp. Acidi hydrobromici dil. (10%) 60,0
Tinct. nucis vomicae 1,0
Aq. Cinnamomi q. s. ad 120,0

S. 3—6 mal täglich ein halber Theelöffel (mit viel Wasser verdünnt).

Exanthematische Eruptionen und Symptome von Bromismus sollen dabei nicht beobachtet werden.

Webber (5) beschreibt ziemlich kurz 8 klinisch interessante oder „ungewöhnliche" Fälle von locomotorischer Ataxie (Tabes dorsalis). Die meisten derselben bieten jedoch nach unserem Dafürhalten kaum etwas Bemerkenswerthes dar. Heftige crises gastriques in Fall 1; laryngeale Crisen? (Constrictionsgefühl; eine Art von dislocirten Gürtelgefühl?) bei 2; Complication mit Diabetes und Occipitalschmerz bei 3, mit hochgradiger Schwerhörigkeit bei 4. Bemerkenswerther sind die 2 folgenden Fälle, in denen der Patellarreflex trotz ausgesprochener tabischer Symptome vorhanden war, das sog. „Westphal'sche Zeichen" also auch nach mehrjährigem Bestehen der Krankheit vermisst wurde. — Fall 7 wurde durch Arg. nitr. und constanten Strom wesentlich gebessert, auch der vorher fehlende Patellarreflex wiederhergestellt; ähnlich verhielt es sich auch in Fall 8, der übrigens einen normalen (öfters von mehrmonatlichen Intermissionen unterbrochenen) Verlauf zeigte. — Im Ganzen wurden 3 der beschriebenen Fälle erheblich gebessert, einer konnte als geheilt betrachtet werden. Dem Silbernitrat, bei innerem Gebrauche, wird von W. eine curative Wirkung in manchen Fällen zugeschrieben.

A. Eulenburg.

Féré: La douleur dite ovarienne des hysteriques a pour siège l'ovaire. Progrès méd. 1882. 3.

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Eine von Hemianästhesie und hysterischen Convulsionen hergestellte Person wurde nach einigen Monaten beim Beginne einer Schwangerschaft wieder hemianästhetisch und während sie in der freien Zeit nicht hypnotisirbar war, war sie jetzt wieder leicht in den Zustand künstlicher Katalepsie zu bringen. Druck auf den schmerzhaften Abdominalpunkt hob prompt die Hypnose auf. Nur wechselte dieser jederseitige Punkt — dessen Pression übrigens in wachem Zustand keine Convulsionen, wohl aber Globusgefühl erzeugte — mit dem Anwachsen des schwangern Uterus und dessen späterer Rückbildung seinen Platz und befand sich immer da, wo mit der Gestaltveränderung des Uterus die Ovarien vermuthet werden mussten und auch thatsächlich durch Palpation bestimmt werden konnten.

Freusberg.

XIV. Aus dem Verein für innere Medicin.

Am Montag den 5. Mai hielt der Verein für innere Medicin seine ordnungsmässige Generalversammlung ab. Es wurden zunächst vom Schriftführer und Bibliothekar die Jahresberichte erstattet, alsdann wurde auf Antrag der Rechnungsrevisoren dem Cassirer Decharge ertheilt. Nach Berathung und Annahme einer Reihe vom Vorstande vorgeschlagener Statutenänderungen wurde die Neuwahl des Vorstandes vorgenommen. An Stelle des zum Ehren-Präsidenten des Vereins ernannten bisherigen Vorsitzenden, Herrn v. Frerichs wurde Herr Leyden durch Acclamation einstimmig zum Vorsitzenden gewählt, ebenso durch Acclamation die Herren Fraentzel und Klaatsch zum I. resp. II. stellvertretenden Vorsitzenden. Von den drei Schriftführern, den Herren Ewald, A. Fraenkel und Litten wurde der letztere nach dreijähriger Amtsführung ausgeloost; an seiner Stelle wurde Herr P. Guttmann gewählt. Der Vorsitzende der Geschäftscommission, Herr Ohrtmann, der Cassenführer, Herr Marcuse und der Bibliothekar, Herr Wernich wurden in ihren Aemtern bestätigt. Zu Kassenrevisoren wurden Herr Reich wieder- und an Stelle des Herrn Klaatsch Herr Werner neugewählt. Die bisherigen Mitglieder der Geschäftscommission, die Herren Bernhardt, Boas, Goltdammer, Riess, R. Ruge, Becher, S. Guttmann, Ebell und H. Strassmann wurden bestätigt, und, den nunmehr geltenden Bestimmungen entsprechend, die Herren Litten, Jastrowitz, Croner, Waldeyer, Loewenstein und Landau neugewählt.

Zum Schluss hielt Herr Waldeyer einen äusserst interessanten Vortrag über den lymphatischen Apparat des Pharynx, an den sich eine kurze Discussion anschloss.

XV. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Epidemiologie.

— Cholera. Aus Portsmouth wird telegraphirt, dass durch die ärztliche Untersuchung des Transportdampfers „Krokodil" festgestellt wurde, dass an Bord des Dampfers seit der Abfahrt von Suez sechs Cholerafälle vorgekommen sind. Von den an der Cholera erkrankten Personen sind 3 gestorben, die übrigen sind in der Genesung begriffen. Von Seiten der Behörden wurden umfassende Vorsichtsmassregeln angeordnet, um einen Verkehr zwischen dem „Krokodile" und dem Lande zu verhindern. Nach einem späteren Telegramm indessen vom 29. April sollten die Truppen am 30. April landen, nachdem die medicinischen Autoritäten in einem von ihnen erstatteten Berichte erklärt hatten, dass eine Ansteckungsgefahr nicht bestehe. Weitere Nachrichten des Brit. Med. Journal vom 3. Mai ergeben Folgendes. Der „Krokodil" verliess Bombay am 3. April mit 1558 Passagiren am Bord. Am 29. April in Spithead angekommen hisste das Schiff die gelbe Fahne auf, erklärte aber, es sei seit dem 20. kein Cholerafall vorgekommen. Der erste Fall kam 3 Tage nach der Abfahrt vor, im Ganzen 6 Erkrankungen mit 4 Todesfällen, der letzte Todesfall erfolgte am 24. April am Cholera-typhoid. Am Bord befanden sich bei der Ankunft in Spithead noch zwei Reconvalescenten, die sofort in die Isolir-Abtheilung des Garnison-Hospitals des Hafens gebracht wurden. Alle inficirten Gegenstände wurden zerstört und das ganze Schiff desinficirt. Der im Suezkanal erfolgte Todesfall ist nicht durch Cholera sondern durch Leber-Entzündung verursacht worden.

— Internationaler Gesundheitsrath in Aegypten. Die Kölnische Zeitung schreibt: Die Engländer haben es verstanden, ihren Einfluss auf die Entscheidungen des internationalen Gesundheitsraths in Aegypten in einem solchen Maase geltend zu machen, dass derselbe seinen internationalen Character vollständig verloren hat und die ursprünglich beabsichtigten Garantien für die öffentliche Gesundheit Europas in keiner Weise mehr bietet. Er erscheint heute einfach als eine Englische Behörde, welche alle auf die öffentliche Gesundheitspflege bezüglichen Maassregeln lediglich vom Standpunkte der Interessen des Englischen Handels aus entscheidet. Einen sprechenden Beweis, wozu dies schliesslich führt, und welch grossen Gefahren die Gesundheit Europas dem Englischen Handel zu Liebe ausgesetzt wird, bildet der neuerdings aus Kairo telegraphirte Fall, wonach an Bord des aus Bombay kommenden Englischen Kriegstransportschiffes „Krocodil", das in Suez Frei-Practica erhalten hatte, während der Fahrt durch den Suezcanal ein Choleraerkrankungsfall vorgekommen ist. Das Schiff ist zwar nach seinem Eintreffen in Port Said dort isolirt worden, hat aber bereits 24 Stunden später die Reise nach Malta fortgesetzt. Um zu erklären, wie es kommt, dass England in Bezug auf die allgemeine öffentliche Gesundheitspflege einen so nachtheiligen Einfluss ausüben kann, möge in Erinnerung gebracht werden, dass in dem internationalen Gesundheitsrath Aegypten neun, die übrigen Mächte je eine Stimme haben, und dass England in der jetzigen Lage über die Aegyptischen Stimmen nicht nur unbedingt verfügen kann, sondern auch durchgesetzt hat, dass ein junger Engländer zum Präsidenten des Gesundheitsraths ernannt worden ist. Dem gegenüber protestiren die englischen Sanitäts-Offficiere sehr lebhaft gegen den Vorwurf, ihre hygienischen Grundsätze seien durch politische Motive beeinflusst. Englische Gesundheitspflege nehme einen hohen Rang in der Welt ein. Die Sterblichkeit der grossen Städte Englands sei von Dekade zu Dekade verringert worden, ebenso die von Englisch-Indien. Kein Land könne sich dieser Erfolge rühmen, je vollständiger die Reinheit von Luft, Wasser und Boden erzielt werden, um so weniger habe man die Gholera zu fürchten. (Sehr schön — aber weshalb denn die strengen Quarantänen in Cypern, Malta und Giberaltar?)

2. Amtliches.

Hessen.

Verordnung, die Vorbereitung zum Staatsdienst im Medicinalfach betreffend.

Vom 29. December 1883.

Ludwig IV. von Gottes Gnaden Grossherzog von Hessen und bei Rhein etc. etc.

Nachdem Wir es für nothwendig erkannt haben, in den Vorschriften über die Prüfungen für den Staatsdienst im Medicinalfach Abänderungen eintreten zu lassen, haben Wir verordnet und verordnen unter Aufhebung Unserer Verordnung vom 10. Februar 1860, wie folgt:

§ 1. Die Befähigung zur Anstellung im Medicinalfache, insbesondere als ärztliches Mitglied der Abtheilung für öffentliche Gesundheitspflege, als Kreisarzt oder Kreisassistenzarzt, Director oder Assisstenzarzt an einer Irrenanstalt, Director einer Entbindungsanstalt, als Arzt am Landeszuchthause oder an einem Gefängnisse, ist durch das Bestehen einer besonderen Staatsprüfung nach Maassgabe der gegenwärtigen Verordnung nachzuweisen.

Dem Bestehen dieser Prüfung kann durch Entschliessung Unseres Ministeriums des Innern und der Justiz bei Aerzten, welche Angehörige eines anderen Deutschen Bundesstaates sind, die Erfüllung der dort für die Bekleidung ähnlicher Stellen erforderlichen Vorbedingungen als gleichwerthig erachtet werden, wobei es dem Ermessen des Ministeriums anheimgegeben bleibt, im einzelnen Falle noch das Gutachten der Prüfungs-Commission einzuholen. In dem letzteren kann die Prüfungs-Commission ihre Information durch ein mit dem Nachsuchenden abzuhaltendes Colloquium ergänzen.

§ 2. Zur Prüfung werden nur Solche zugelassen, welche

1) die Approbation als Arzt innerhalb des Deutschen Reichsgebiets erlangt,
2) mindestens 2 Jahre lang, nach erfolgter Approbation, die Heilkunde in der Privatpraxis, in einem Krankenhause oder im Militärdienst practisch ausgeübt,
3) die Doctorwürde bei der medicinischen Facultät einer Deutschen Universität auf Grund einer besonderen, von der ärztlichen getrennten mündlichen Prüfung und einer gedruckten Dissertation erworben haben.

Von dem Erforderniss ad 3 kann Unser Ministerium des Innern und der Justiz dispensiren, wenn der Candidat durch anderweite fachliche Publicationen den Nachweis geliefert hat, dass er sich selbstständig wissenschaftlich beschäftigt habe.

§ 3. Die Prüfungen finden vor der von Unserem Ministerium des Innern und der Justiz hierzu bestellten Prüfungs-Commission und zwar alljährlich einmal in den Herbstmonaten statt. Ausserordentliche Prüfungen können im Bedürfnissfalle durch Unser Ministerium des Innern und der Justiz ausgeschrieben werden.

§ 4. Die Gesuche der Candidaten um Zulassung zur Prüfung sind längstens bis zum 1. September bei Unserem Ministerium einzureichen.

Den Gesuchen sind beizulegen:

1) ein von dem Candidaten selbst geschriebener Lebenslauf;
2) der Approbationsschein;
3) beglaubigte Zeugnisse über die Erfordernisse des § 2 Ziff. 2;
4) das Doctordiplom und die Inaugural-Dissertation, eventuell andere fachwissenschaftliche Publicationen.

Die Zulassung zur Prüfung und der Termin derselben werden den Candidaten durch den Vorsitzenden der Commission mitgetheilt.

§ 5. Die Prüfung erstreckt sich auf das ganze Gebiet der Heilkunde, einschliesslich ihrer Hülfswissenschaften, in ihren steten Beziehungen zur Gesundheitspflege und gerichtlichen Medicin.

Der zu Prüfende soll erweisen, dass er neben seiner allgemein fachlichen Bildung und Geschicklichkeit auch die dem Sanitätsbeamten und Gerichtsarzte nothwendigen besonderen Kenntnisse und Fertigkeiten sich erworben habe, und dass er namentlich auch mit den einschlägigen organischen Gesetzen und den besonderen Gesetzen, Verordnungen und Vorschriften des deutschen Reichs und des Grossherzogthums bekannt sei.

Die Prüfung zerfällt in eine schriftliche, practische und mündliche.

§ 6. In der schriftlichen Prüfung haben die Candidaten unter Clausur

I. auf eines ihnen mitgetheilten Sections-Protokolls und bestimmter Fragestellung ein gerichtsärztliches Gutachten ausarbeiten;
II. eine Anzahl von Fragen aus dem gesammten Prüfungsgebiet zu beantworten. Die Fragen werden jedesmal einer von der Commission angelegten Sammlung durch das Loos entnommen und umfassen im Wesentlichen folgende Fächer:
   1) allgemeine Hygiene (Boden, Wasser, Luft, Licht und Wärme):
   2) specielle Hygiene (Nahrungsmittel, Wohnräume, Gewerbe und Verkehr, Schulen, Krankenhäuser, Gefängnisse);
   3) Medicinal-Statistik;

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

4) Seuchen und vorherrschende Krankheitsformen;
5) Organisation des Sanitäts- und Medicinalwesens, sanitäts- und medicinal-polizeiliche Vorschriften und Einrichtungen;
6) Veterinärpolizei und Thierseuchen;
7) gerichtliche Medicin im Allgemeinen und in ihren speciellen Beziehungen zur inneren Medicin und Toxikologie, Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie und Psychiatrie, unter ständiger Berücksichtigung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen.

Jede Frage ist in zusammenhängender Darstellung und durchschnittlich in zwei Stunden zu bearbeiten.

§ 7. In der practischen Prüfung, deren einzelne Abschnitte unter der Leitung und in Gegenwart von wenigstens je zwei Mitgliedern der Prüfungs-Commission absolvirt werden, soll der Candidat

1) an einer Leiche eine ihm aufgegebene Obduction verrichten und den Befund nebst vorläufigem Gutachten in vorschriftsmässiger Form zu Protokoll dictiren;
2) zwei Personen auf Verletzung oder Krankheit untersuchen, die Befunde mündlich angeben und erläutern und über jeden Fall gutächtliche Aeusserung auf Grund gestellter besonderer Fragen schriftlich abgeben;
3) einen Geisteskranken untersuchen, den Befund mündlich angeben und erläutern und ein schriftliches Gutachten je nach Lage des Falls entweder über die Zurechnungs- bezw. Dispositionsfähigkeit des Untersuchten oder über dessen Aufnahme in eine Irrenanstalt ausfertigen;
4) seine Kenntnisse und Fertigkeiten darthun:
   a. im Gebrauch des Mikroskops insbesondere für sanitätspolizeiliche und gerichtsärztliche Zwecke, unter Anfertigung und Demonstration einer Anzahl von Präparaten;
   b. in der Anwendung der gewöhnlichen, zu den eben gedachten Zwecken gebräuchlichen, chemischen Untersuchungsmethoden, unter Ausführung einiger einfachen Reactionen;
5) nachweisen, dass er
   a. die hauptsächlichsten officinellen Gift- und Nutzpflanzen,
   b. die wichtigsten Droguen, Arzneikörper und Gifte und
   c. die in den Gewerben der Industrie und Technik zur Verwendung kommenden Stoffe von sanitätspolizeilicher Bedeutung kenne. Zu diesem Zwecke wird dem Candidaten eine Folge von je 25 den einzelnen Kategorien zugehörigen Objecten zur Diagnose mit kurzer Angabe der Erkennungszeichen, ihres Vorkommens, der Verwendungsweise etc. und ihrer sanitären Bedeutung vorgelegt.

§ 8. Die mündliche Prüfung findet vor sämmtlichen Mitgliedern der Prüfungs-Commission statt und umfasst sämmtliche Fächer, auf welche die schriftliche Prüfung sich erstrecken soll. (§ 6.) In derselben soll Gelegenheit gegeben werden, über solche Gegenstände zu prüfen, über welche nicht bereits schriftlich abgehandelt worden ist, oder welche gelegentlich der practischen Prüfungen Berücksichtigung nicht gefunden haben.

§ 9. Die Beurtheilung der Censur der einzelnen schriftlichen Arbeiten, ferner der Leistungen in den einzelnen Abschnitten der practischen und in der mündlichen Prüfung wird durch die Examinatoren der betreffenden Fächer schriftlich vorgeschlagen.

§ 10. Nach beendigter Prüfung hat die Commission in collegialischer Beschlussfassung über das Ergebniss der Prüfung eines jeden Candidaten ein motivirtes Urtheil abzugeben und sowohl über das Resultat der Prüfung in den einzelnen Fächern, als auch der Prüfung im Ganzen die Censurnoten nach den fünf Classen:

I. ausgezeichnet,
II. sehr gut,
III. gut,
IV. genügend,
V. ungenügend,

festzustellen, ferner zu beurtheilen, in welcher Reihenfolge die gleichzeitig bestandenen Candidaten nach Maassgabe ihrer Leistungen gegeneinander zu ordnen sind.

Die Prüfungs-Commission hat dieses Gutachten unter Beifügung der Acten Unserem Ministerium des Innern und der Justiz vorzulegen, welches den Candidaten über das Ergebniss der Prüfung Entschliessung zugehen lassen wird. In diesem Berichte hat sich die Prüfungs-Commission zugleich darüber zu äussern, ob sie den Candidaten nach dem jetzigen Stande seiner Qualification für sämmtliche oder nur für bestimmt namhaft zu machende einzelne Stellen im Medicinalfache geeignet erachtet.

§ 11. Ein Candidat, welcher ungenügend bestanden oder aus der Prüfung vor Beendigung derselben zurückgetreten ist, kann nur noch einmal zur Prüfung zugelassen werden.

§ 12. Inwieweit bei ungenügenden Leistungen in einzelnen Fächern die Wiederholung der Prüfung in diesen Fächern gefordert werden soll, bleibt der Entscheidung der Prüfungs-Commission überlassen, welch letztere in solchem Falle auch den Termin für die Nachprüfung festsetzt. Hält der Candidat diesen Termin nicht ein, so gilt die ganze Prüfung als nicht bestanden. Besteht der Candidat in der Nachprüfung nicht, so wird er nicht mehr zur Prüfung zugelassen.

§ 13. Diejenigen Aerzte, welche die Befähigung zur Anstellung im Medicinalfach nach Maassgabe Unserer Verordnung vom 10. Februar 1860 erlangt haben, gelten auch fortan als hierzu qualificirt.

§ 14. Unser Ministerium des Innern und der Justiz ist mit der Vollziehung gegenwärtiger Verordnung beauftragt.

Darmstadt, den 29. December 1883.

(L. S.) Ludwig. v. Starck.

XVI. Kleinere Mittheilungen.

— Die Herren R. Koch, Gaffky und Fischer sind nach Berlin zurückgekehrt, mit aufrichtigster Theilnahme begrüsst nicht nur von ihren Freunden sondern von Allen, die noch ein Herz besitzen, welches höher schlägt, wenn der Wissenschaft und der Humanität, Erfolge errungen werden, wie unsere Landsleute sie einer unvergleichlichen, muthigen Ausdauer und der genialen Methode ihres berühmten Führers verdanken. Die klassischen Berichte des Letzteren haben unseren Lesern von Anfang an vorgelegen, sie bilden eine Geschichte dieser Expedition, die schmuckloser und doch klarer und schöner nicht geschrieben werden konnte. Für heute begnügen wir uns mit diesem herzlichen Willkommen, Eingehenderes mag den nächsten Wochen vorbehalten bleiben.

— Halle. Prof. Dr. Ackermann ist zum Rector der Universität gewählt worden.

— Zum Ehrendoctor der Rechte wurde von der Edinburgher Universität noch Prof. Haeckel ernannt.

— Im Februar richtete der Director des öffentlichen Beistandes an die Directoren, Aerzte, Wundärzte und Apotheker der Pariser Spitäler Rundschreiben, worin er sie auf die ungeheure Zunahme des Verbrauchs von Speisen, Getränken und Arzneien in den Spitälern aufmerksam machte. Dem Schreiben war eine statistische Tafel angehängt, aus welcher der Temps Auszüge giebt. Wir heben ein Pröbchen aus: Im Jahre 1855 wurde in den Pariser Spitälern verbraucht 1256 Liter Alkohol, im Jahre 1870 schon 41256 und 1882 sogar 77755 Liter. Zwei Liter Rum reichten 1855 aus, 1880 wurden 20287 und 1882 sogar 32298 verbraucht. In Bordeauxwein ist die Steigung von 13000 auf 103000 Liter, in Wein von Banyuls von 17000 auf 128000 Liter. Dieselbe Zunahme in den Mengen von Zucker, Kaffee, Milch und andren Lebensmitteln. „Angesichts dieser Zahlen,“ bemerkt der Temps dazu, „kann unmöglich in Abrede gestellt werden, dass seit geraumer Zeit in dieser Hinsicht schreiende Missbräuche und Veruntreuungen vorkommen.“

XVII. Literatur.

Gernet. Geschichte des Hamburgischen Landphysicates von 1818 bis 1871. Hamburg 1884. L. Friederichsen u. Co. — Arthur Würzburg. Medicinische Bibliographie und Anzeiger zum Centralblatt f. d. gesammte Medicin. Leipzig 1883. Breitkopf u. Härtel. — Mengke. Kriegschirurgische Hülfe unter freiem Himmel. Berlin 1884. Th. Ch. Fr. Enslin. — Schuster. Diagnostick d. Rückenmarks-Krankheiten. 2. Auflage. Berlin 1884. Th. Ch. Fr. Enslin. — P. Dengler. Der zwölfte schlesische Badertag. Reinerz 1884. Verlag d. schlessischen Badertages. — Otto Roth. Klinische Terminologie. Erlangen 1884. Eduard Besold. — Ad. Kehrer. Beiträge zur klinischen u. experimentellen Geburtskunde u. Gynäkologie. Giessen 1884. Emil Roth. — Heiberg. Ueber die Drehungen der Hand. Wien u. Leipzig 1884. Urban u. Schwarzenberg. — Urbantschitsch. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wien und Leipzig 1884. Urban u. Schwarzenberg. — Dietsch. Die wichtigsten Nahrungsmittel und Getränke, deren Verunreinigungen und Verfälschungen. Zürich 1884. 4. Auflage. Orel Füssli u. Cie. — Heineke. Compendium d. chirurgischen Operations- und Verbandlehre, mit Berücksichtigung d. Orthopädie. Erlangen 1884. Eduard Besold. —

XVIII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät haben Allergnädigst geruht, dem practischen Arzt Dr. Adolf Maeurer zu Koblenz den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen, sowie dem Generalarzt II. Kl. Dr. Sommer, Corpsarzt des IV. Armeecorps in Magdeburg die Erlaubniss zur Anlegung des von des Königs von Rumänien Majestät ihm verliehenen Commandeurkreuzes des Ordens der Rumänischen Krone zu ertheilen.

Niederlassungen: Die Aerzte: Dr. Caspari in Brüssow, Dr. Josephsohn in Runkel und Dudenhoeffer in Saarbrücken.

Verzogen sind: Stabsarzt Dr. Noeldechen von Brandenburg a. H. als Oberstabsarzt unbekannt wohin, Oberstabsarzt Dr. Reger von Brandenburg a. H. nach Halle a. S., die Stabsärzte Dr. Schuchardt und Dr. Schuster von Brandenburg a. H. nach Metz, der Oberstabsarzt Dr. Thurn, die Stabsärzte Dr. Edler und Dr. Scholz, der Ass.-Arzt Dr. Haberstolz sämmtlich von Trier nach Metz, der Stabsarzt Dr. Matthaei von Pless nach Saarlouis und der bisherige Stabsarzt Dr. Plum von Saarlouis nach Wien; die Aerzte: Dr. Jannes von Riegelsberg nach Eschweiler, Dr. Kuehner von Eisfeld nach Frankfurt a. M., Dr. Müller von Battenberg nach Italien, Dr. Juengst von Runkel nach Eisensheim, Dr. Prengel von Nassau nach Hamburg, Dr. Poensgen von Eberswalde nach Nassau und der Zahnarzt Peters von Limburg nach Berlin.

Verstorbene: Die Aerzte: Dr. Jastrow in Stadtgebiet Danzig, Dr. Schulz in Perleberg, Dr. Rinkhausen in Rheinboellen, Ober-Medicinalrath Dr. Seebold in Schierstein, Ober-Medicinalrath Dr. Goebell in Limburg, Kreiswundarzt Schmikaly in Militsch, Sanitätsrath Dr. Loescher, Director der Hebammenlehranstalt in Lübben und Amtswundarzt a. D. Schedtler in Abterode.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Burchartz hat an Stelle des bisherigen Administrators Rittel die Verwaltung der Filialapotheke zu Mengerskirchen übernommen.

Vacante Stellen: Kreiswundarztstellen der Kreise Guben und Gummersbach.

2. Württemberg.

Medicinisches Correspondenz-Blatt No. 18.

Niederlassungen im Amtsoberamt Stuttgart: Dr. Otto Mögling, Districtsarzt in Möhringen, lic. 1880, Unterarzt der Reserve, Dr. Philipp Paulus, Stadt- und Districtsarzt in Waldenbuch seit 1882, lic. 1879, Dr. Otto Zeller, Ortsarzt in Feuerbach, lic. 1876, Dr. Josef Fauler, approbirt 1880, Assistenzarzt in Balingen, Dr. Gustav Wild, approbirt 1880, in Heilbronn, Dr. Theodor Martel, approbirt 1883, als Assistenzarzt des Herrn Dr. Fischer im Wilhelmsbad in Cannstatt, August Fauser, approbirt 1882, Arzt in Untertürkheim.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besondere Beilage

zu

No. 19 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Die Schluckbewegung.

Von

H. Kronecker.

(Fortsetzung aus No. 18.)

War es nun aber auch gewiss, dass die erste Marke in der (unteren) Oesophaguscurve vom Wasser des Schlucks selbst gedrückt worden? Konnte nicht ein anderer Vorgang, z. B. der Zug des Oesophagus beim Schluckbeginne oder der Luftdruck das Zeichen veranlasst haben? Die Peristaltik hätte dann noch separat den Schluck magenwärts befördern können. Dies zu entscheiden hat Herr Meltzer noch folgenden Demonstrations-Versuch ersonnen und angestellt:

Ein Stückchen blaues Lackmus-Papier am Ende eines Fadens befestigt, wurde mittels eines Drahtes in eine hohle Schlundsonde eingeführt, bis es an den Seitenfenstern des Sondenendes sichtbar wurde. Das andere Ende des Fadens hing zum offenen Ende der Sonde heraus. Eine so armirte Sonde wurde in den Oesophagus geschoben, bis die Seitenfenster mit dem Lackmus-Papier im untersten Theile des Oesophagus 4 Centimeter über der Kardia gelagert waren. Dorthin gelangt, nach unseren Erfahrungen, die peristaltische Welle etwa 6 Secunden nach dem Schluckbeginne. Noch tiefere Stellen wurden vermieden, damit nicht befürchtet zu werden brauchte, dass das Lackmus-Papier von der Magensäure erreicht würde. Uebrigens haben wir uns vor jedem Versuche davon überzeugt, dass weder beim blossen Liegen in den tiefsten Stellen der Speiseröhre, noch beim Herunterschlucken von Speichel das Lackmus-Papier geröthet wurde, was zu erwarten war, da normaler Speichel, wie auch der Oesophagusschleim alkalisch reagiren. Wenn man nun einen Schluck einer verdünnten Säure (Essig- oder Citronensaft) genommen und sogleich nach dem Schluckbeginne (jedenfalls nicht später als eine halbe Secunde danach) das Lackmus-Papier an dem Faden rasch aus der Sonde herauszog, so war das Reagens-Papier bereits deutlich geröthet. Sobald das Lackmus-Papier von den Seitenöffnungen der Sonde weggezogen war, so war es vor fernerer Berührung mit dem Oesophagus und den darin vorhandenen oder passirenden Massen durch den Sondenmantel geschützt. Es musste also die saure Flüssigkeit noch vor dem Herausziehen des Fadens d. h. jedenfalls in weniger als einer halben Secunde nach dem Schluckanfange diese tiefe Stelle bereits passirt haben. Dieser Versuch gelang ebenso, wenn man mit vertical von einem Tische herabhängendem Oberkörper schluckte, also entgegen der Richtung der Schwere. Es bedarf aber nicht so unbequemer Zurüstungen, um zu zeigen, dass in Bruchtheilen einer Secunde die Getränke durch die Schluckbahn gespritzt werden. Herr Meltzer[1]) hat hierfür die schon von Hamburger und Anderen zu diagnostischen Zwecken geübte Auscultation des Oesophagus empfohlen. Auscultirt man am Rücken seitlich von der Wirbelsäule etwa bis zum 8. Brustwirbel, so kann man in den meisten Fällen, sobald der Untersuchte einen Schluck genommen, ein Geräusch wahrnehmen, welches durch das Vorbeispritzen der Flüssigkeit verursacht wird. Berührt man gleichzeitig mit dem Finger den Kehlkopf, so überzeugt man sich, dass die Zeit, welche zwischen der Kehlkopfhebung und dem Rauschen in den tiefsten Partien des Thorax vergeht, unmerklich kurz ist. Hamburger[2]) schloss aus seiner Auscultation des Oesophagus: „Zwischen dem Momente, wo der Schlingact im Pharynx beginnt, bis der Bissen im Niveau des 8. Rippenwirbels das Ohr des Horchenden trifft, ist eine Differenz, wenn auch verschwindend klein, wahrnehmbar. Ein Beweis, dass die Deglutition nicht so schnell vor sich geht, als der Körper von der Schwere eines Bissens in einer Röhre von der Länge einer menschlichen Speiseröhre, nur dem Gesetze der Schwere überlassen, niederfallen würde. Denn die Schnelligkeit dieses Falls wäre eine total unmessbare. Man erkennt hieraus, dass die Adhäsion des Bissens an den Wänden des Oesophagus eine sehr bedeutende sein müsse."

Als Bewegungsmittel nimmt Hamburger dessenungeachtet die Contractionen des Pharynx und des Oesophagus an. Des letzteren Function erklärt er in folgendem höchst seltsamen Satze[3]) „von grosser Wichtigkeit": „Der Bissen (mit diesem Worte werde ich von nun an die Menge Wassers bezeichnen, die mit einmaligem Schlingen in den Oesophagus getrieben wird) wird durch die circuläre Contraction der Muskelfasern der Speiseröhre in einen festen Körper zusammengepresst. Das horchende Ohr erlangt die deutliche Vorstellung, dass dieser Bissen eine spindelförmige Gestalt habe, das heisst, der Bissen hat in der Mitte den stärksten Durchmesser, und läuft an beiden Enden in Spitzen aus, von denen die eine am oberen Ende besonders deutlich markirt ist. Ich sage, diese Vorstellung oder dieses Bild, das das Ohr von der Gestalt des Bissens erhält, ist vollkommen deutlich und über jeden Zweifel. Wodurch aber diese Vorstellung wahrnehmbar wird, ist mir selbst nicht ganz klar. Ist es das Geräusch, das die Bewegung des Bissens begleitet, oder ist es, — was mir annehmbarer scheint, — der Stoss, den der geformte Bissen den Brustwandungen mittheilt, welcher Impuls von diesen durch Oscillation dem Ohre zugeleitet wird?"

„Das Schlingen scheint durch die circulären fasrigen Elemente allein bewirkt zu werden."

In neuester Zeit hat, durch eine Discussion über Schluckgeräusche in der hiesigen med. Gesellschaft auf Meltzer's ein Jahr früher hierüber veröffentlichte Beobachtungen aufmerksam gemacht, Herr Dr. W. Zenker[1]) seine im Jahre 1869 angestellten Versuche in Erinnerung gebracht und darauf seine Priorität gegenüber Herrn Dr. Meltzer begründet. Zenker unterscheidet ein erstes Geräusch, das man „am untern Theil der Halswirbelsäule" „als ein nach der Dick- oder Dünnflüssigkeit des Verschluckten mehr crepitirendes oder mehr rauschendes Reibungsgeräusch" wahrnimmt, ein zweites an der Brustwirbelsäule bis zum 9. Wirbel hörbares Geräusch, welches „den Eindruck des blossen rauschenden Vorbeiströmens, Vorbeischüttens" macht, endlich „eine dritte Klangerscheinung mit dem Charakter raschen Ausgiessens oder besser rauschenden Ausspritzens, welche freilich nicht constant vernehmbar und darum weniger verwerthbar den Eintritt verschluckter Flüssigkeit in die Magenhöhle begleitet". Dieses letzte Geräusch hört man an den Dornen des achten und neunten Brustwirbels, wenn man Jemanden einen starken Schluck Wasser kräftig abschlucken lässt. „Es wird sodann jenes Geräusch nicht eine volle Secunde nach dem Momente beginnender Schlingaction — von diesem kann sich der Auscultirende genau durch den auf den Kehlkopf des Schluckenden aufgesetzten Zeigefinger vergewissern — unser Ohr erreichen". — „Das letzte der Schluckgeräusche, das Kardialgeräusch wird am obersten Theile des linken Unterrippenrandes im Mittel 7 Secunden nach dem Momente des Abschluckens hörbar". „Demnach stellt sich der auf rein auscultatorischem Wege erlangte Eindruck von dem Schlingvorgange kurz so dar: die auf einmal verschluckte Flüssigkeit langt nach einer Reise durch den Oesophagus von nicht einer vollen Secunde an der Kardia an. Hier wird der Uebergang sofort in das Werk gesetzt, doch gelangt die Masse des Verschluckten nicht mit einem Male in den Magen, vielmehr sorgt zuerst im Interesse der Gesundheit — die Bewegung der Cardia-Musculatur für allmähliche, portionenweise Einverleibung derselben; zum Schlusse kommt die mit dem Bissen verschluckte Gasmenge, sie beschliesst mit ihrem Gurgelgeräusche den gesammten Schlingact. Diese Anschauung, nach welcher der untere Theil der Speiseröhre während des Schlingactes einer Art Vorhof für die dem Magen zuzuführende Speise bildete, möchte zugleich eine fassliche Erklärung für die Genese jener Anomalie, des von Arnold sogen. Antrum cardiacum — ampullenartige Erweiterung des Oesophagus oberhalb des Zwerchfells — abgeben."

Diese vieles Richtige und Bemerkenswerthe enthaltende Darstellung der Schluckgeräusche hat aber die Kenntnisse von den Schluckvorgängen nicht gefördert.

Nach Zenker würde der tiefere und stärkere, oft selbst als

[1]) Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1883. S. 1.
[2]) Dr. W. Hamburger, Bezirksarzt zu Gabel in Böhmen, die Auscultation des Oesophagus. Med. Jahrbücher Bd. XV. 1868 S. 145.
[3]) a. a. O. S. 143.

[1]) Ueber die Schlinggeräusche. Berliner klinische Wochenschrift 1884. No. 3 S. 38.
[2]) Klinische Bedeutung der Dysphagien gestörter und gelähmter Kranken. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. XXVI. 1859 S. 467.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kurzes Klappen gehörte Anfangsschall dem Momente entsprechen, in dem sich die Pharynxwände um den Bissen zusammenschnüren, während die zweite Phase, mit abnehmender Tonstärke und aufsteigender Tonhöhe bereits auf die Fortbewegung der fertigen Bissen zu beziehen ist. Im Oesophagus „ziehen die successive nach unten wellenartig fortschreitenden Contractionen der Ring- und Längenmusculatur die Speiseröhre Stück für Stück über den hier als Hypomochlion anzusehenden Bissen hinüber". Die Geschwindigkeit der Bewegung steht annähernd im graden Verhältnisse zum Aggregatzustande des Schlingobjectes. Flüssige Bissen — unter Bissen verstehen wir die durch einen Schluckact verschlungene Masse, einerlei welcher Qualität — bedürfen nicht einer vollen Secunde, um den Weg vom Schlundkopf bis zur Cardia zurückzulegen; starke, compacte Bissen hingegen fordern aus rein mechanischen Gründen erheblich längere Zeit, um ihr Ziel zu erreichen. „Die Kardia wird durch Kreismusculatur in constantem, freilich nicht immer gleich festem Verschlusse gehalten, widerstrebend lässt sie daher den Bissen sowohl wie die ihm adnexe Gasmenge durch. Während des ersteren fehlen die Bedingungen zur Entstehung des Geräusches, dieses kann erst gemacht werden, wenn die letzte an die Reihe kommt. Also diese im Rachen mit verpackte und dem Bissen nach — wiederum als leichter Körper auf demselben schwimmend — in den Magenraum übertretende Luftmenge ist es, welche das Kardialgeräusch verursacht. Der Beweis dafür lässt sich unschwer daraus ableiten, dass, wenn man den Rumpf umkehrt und jetzt (also aufwärts —) schlucken lässt, sofort nach dem Abschlucken das auscultirende Ohr trifft; hier langt zuerst die Luft, bei gewöhnlicher Körperstellung zuerst der feste und flüssige Theil des Bissens an der Kardia an".

Diese seltsame Anschauung, dass die mit Luft geschluckte und im Pharynx gemischte Flüssigkeit im Oesophagus in einen tieferen flüssigen und einen höheren gasförmigen Theil sich sondere und so 7 Secunden lang durch die Kardia gedrängt werde, wird wohl schon a priori wenig Anhänger finden, zumal man sich ja leicht überzeugen kann, dass man auch ohne Luft aufzunehmen (saugend) ganz gut trinkt und Schluckgeräusche erzeugt.

Meltzer hat aber durch das auf dem Magen auscultirte „Durchspritzgeräusch" nachgewiesen, dass, ohne sich auf den Kopf zu stellen, viele Menschen in Bruchtheilen einer Secunde nach dem Schluckbeginne das „Kardialgeräusch" erzeugen

Es hat also Herr Zenker ebenso wie Herr Hamburger einen Theil der Schluckgeräusche gehört, er hat auch die Verzögerung des „Kardialgeräusches" ziemlich richtig gemessen, seine physiologische Deutung der Auscultationsergebnisse waren aber ganz unrichtig.

Während die zuletzt genannten Autoren Hamburger und Zenker ebenso wie die früher erwähnten Physiologen dem Pharynx und dem Oesophagus den Transport der flüssigen wie der festen Nahrung übertragen und wenn sie fanden, dass Schlucke schneller als Bissen befördert wurden, stillschweigend oder ausdrücklich annahmen, dass dieselben Vehikel je nach Bedürfniss schnell oder langsam befördern können, so weist Arloing[1]) diese Unterscheidung zurück, indem er meint „que la déglutition de la salive ou d'une gorgée de liquide s'opère de la même manière que celle d'un bol de poin, tandisque le mécanisme est différent, lorsque les gorgées de boissons son abondantes et se succèdent sans interruption. Pour ce motif nous décrirons des déglutitions isolées et des déglutitions associées et successives, au lieu des déglutitions de solides et des déglutitions de liquides".

Er weist beim schnellen Trinken von Flüssigkeiten dem Pharynx die Rolle zu, welche nach Meltzer's Untersuchung auch beim einzelnen Schlucke die Mylohyoideus-Gruppe mit dem Hyoglossus übernimmt. Arloing sagt: L'impétuosité avec laquelle les boissons sont poussées témoignent assez de l'activité du pharynx. Mais il est rationnel de supposer que, dans ce cas, la contraction du pharynx n'est pas une contraction péristaltique comme dans les déglutitions isolées. Ce fait montrer que la nature de l'excitation des nerfs sensitifs de la déglution exerce une influence sur la forme et l'étendue des mouvements qui lui succèdent."[2]) „Généralement le passage des boissons dans le pharynx se fait en deux temps, ou mieux le liquide éprouve dans cet organe deux impulsions successives. Les graphiques témoignent que la première impulsion résulte du resserement de l'isthme sur le bol et que la seconde est imputable à l'action des constricteurs du pharynx. Ce mode de progressions du bol appartient aussi aux déglutitions isolées; mais il est incomparablement plus accusée dans les déglutitions associées."[3])

Arloing hält also den ersten Gipfel der Pharynxcurve, von dem wir oben schon gezeigt haben, dass er durch den vom Zungengrunde zur Cardia gespritzten Schluck verursacht wird, für ein Stück der Pharynxcontratraction. Unsere Curven, wie Fig. 2 und 3 auf beifolgender Tafel, beweisen, dass der erste Impuls sich auch noch in den tiefsten Theilen des Oesophagus geltend macht, während die spätere Pharynxcontraction nur in dem Falle am Oesophagus sich bemerkbar macht, wenn anstatt Flüssigkeit breiige Masse verschluckt wird. In diesem Falle treten, wie aus den Figuren 7 und 8 der Tafel ersichtlich ist, an den Oesophaguscurven (12 und 14) vor dem langen Berge zwei Anfangserhebungen anstatt einer auf. Der erste Gipfel (der rechte) wird wie bei flüssigen Schlucken, durch die vom Zungengrund herabgeschleuderten Massen erzeugt, der zweite durch den Impuls der Pharynxmusculatur. Es werden die Speisereste, welche an den Pharynxwänden hängen geblieben sind, durch die nachfolgende Zusammenziehung der Constrictoren nachgespritzt: langsamer als die von den Mundmuskeln geschleuderte Hauptschluckmasse, weil die Constrictoren obwohl ebenfalls quergestreift sich nicht so schnell contrahiren, wie die Zungenmuskeln. — Dass die Pharynxmuskeln für den Schluckact entbehrlich sind, hat Herr Meltzer direct nachgewiesen. Er hat die Mm. Constrictores pharyngis medii et infriores beiderseits, unter gehöriger Schonung der Nn. laryng. superiores, vollständig durchschnitten und gefunden, dass so operirte Hunde ganz unbeeinträchtigt flüssige wie feste Speisen schlucken.

Die dritte (in den Figuren links gelegene) Erhebung wird durch die Contraction des Oesophagus veranlasst, was wir näher besprechen wollen.

Ich hoffe Sie nunmehr durch allgemeine Betrachtungen, wie auch besonders durch die Ergebnisse von Meltzer's Versuchen überzeugt zu haben, dass der normale Schluck (leicht verschieblicher Massen) ohne Mitwirkung des Pharynx und des Oesophagus bis an die Kardia gefördert wird. Hier will ich nur noch erwähnen, dass der Oesophagus in der Gegend seines Einganges im Momente des Schluckanfanges sich bedeutend erweitert, so dass der an dieser Stelle wegen der Luftwege schwach aufgeblasene Gummi-Ballon, welcher den Druck auf die Schreibkapsel übertragen soll, sich ausdehnen kann, anstatt vom Schlucke zusammengedrückt zu werden. Den Oesophagus öffnen die Mm. geniohyoidei, deren Wirkung dadurch ausgiebiger wird, dass die thätigen Mm. thyreoidei den Oesophagus mit heraufziehen und spannen. Die Zusammenziehung der Geniohyoidei wird auch äusserlich kenntlich, indem die Gegend des Mylohyoideus, nachdem sie kurz zuvor beim Schluckanfange sich gehoben und abgeflacht hat, sich sofort noch stärker senkt und nach unten wölbt, wobei der aufsteigende Kehlkopf nach vorn gezogen wird.

Ob auch der ganze übrige Oesophagus normaler Weise aus demselben Anlass geöffnet wird, vermochten wir nicht zu entscheiden, da eine etwaige Eröffnung jedenfalls die Compression des stets aufgeblasenen Ballon nur zu vermindern, nicht aber überzucompensiren vermöchte. Nur bei solchen Hunden, deren Oesophagus aus anderen, hier nicht zu erwähnenden Innervationsursachen krampfhaft contrahirt blieb, waren die ersten Schluckmassen auch aus tieferen Theilen des Oesophagus öfter im negativen Sinne gezeichnet.

So wird also der Weg für jeden Schluck geöffnet: ein Vorgang, welchen Arloing nur für die Schluckreihen angenommen hat.

Derartige Nebenvorgänge haben aber einige Physiologen unter ihnen auch Arloing (s. oben) als wesentliche Hilfsmittel des Schluckvorganges angesehen.

Maissiat[1]) stellt die These auf, dass der Bissen angesaugt werde: Une conséquence évidente du transport en avant de l'os hyoïde et du larynx, c'est l'ampliation du pharynx derrière eux: il devra dans s'y faire ventouse." . . . Ainsi l'athmosphère me suffit et je ne puis accepter plus grande force, force active de contraction des piliers postérieurs du voile." Arloing[2]) meint, dass Maissiat hiermit nur eine Meinung von Haller wieder aufgenommen habe.

Ich habe bei Haller an der betreffenden Stelle[3]) eine ganz andere, rationelle Anschauung gefunden. Haller giebt an, dass durch den nach oben und vorn gehobenen Kehlkopf die Pharynxhöhle erweitert wird. „In hunc dilatatum pharyngum cibus premitur a lingua" . . . „Has ob causas adparet, magis esse in deglutiendo partes linguae." . . . „Sed cum ea linguae elevatione ita concurrit ad depulsionem cibi veli palatini descensus." Haller theilt auch keineswegs die Ansicht der ältesten wie der neuesten französischen Schluckphysiologen, welche, wie ich im Beginne dieses Vortrags angeführt habe, die Einathmungsbewegung als wesentliche oder selbst ausschliessliche Ursache des Schluckens betrachteten. „Creditum est" sagt Haller[4]) „non alio modo neque absque inspiratione deglutiri posse et ob hanc potissimam causam negant Cl. Viri, fetum per os ali, ut qui respiratione careat. Sed quisque facile percipiet, quiescente pectore, neque inspirante, et clauso ore naribusque adstrictis, bene nos deglutire et rarissime una inspirare."

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Article Déglutition im Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales 1881. S. 237.
[2]) l. c. S. 263.
[3]) l. c. S. 252.

[1]) Quel est le mécanisme de la déglutition? Thèse de doctorat. Paris 1838.
[2]) l. c. 244.
[3]) Elem. physiol. T. VI. pag. 90.
[4]) l. c. pag. 87.

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag **№ 20.** **15. Mai 1884.**

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Beitrag zur Casuistik der Kali chloricum-Vergiftung.

Von

Otto Leichtenstern in Köln a. Rh.

Den in der Sitzung des ärztlichen Vereines zu Köln (25. Juni 1883, diese Wochenschrift No. 4. 1884) von mir beschriebenen Fällen von Kali chloricum-Vergiftung reihe ich hiermit den folgenden an. Derselbe scheint mir der Veröffentlichung deshalb werth zu sein, weil er zeigt, dass eine unter Collapserscheinungen, Milz- und Leber-Schwellung einhergehende Kaliumchlorat-Vergiftung vorkommt, ohne dass der Harn während des ganzen Verlaufes der Vergiftung auch nur die geringsten Veränderungen darböte.

Meine Beobachtung ist kurz folgende: Ein 7jähriges, kräftiges Mädchen erkrankte an einer unbedeutenden, mässig fieberhaften Angina faucium mit geringer Röthung und Schwellung der Rachenschleimhaut. In den beiden ersten Tagen sollen auch kleine Beläge vorhanden gewesen sein. Als ich das Kind am dritten Krankheitstage untersuchte, fand ich die Rachenorgane fast normal, das Kind fieberfrei, munter und kaum im Bette zu halten. Die trotzdem vorgenommene Untersuchung aller Organe, insbesondere auch der Leber und Milz bot durchaus normale Verhältnisse dar. Der Harn war eiweissfrei.

Um so mehr war ich überrascht, als ich zwei Tage später nochmals eiligst in's Consilium gerufen wurde. Das Bild, das sich nun darbot, war folgendes: Das Kind war collabirt, die Gesichtsfarbe sehr blass, nicht icterisch, die Lippen bleich, etwas bläulich. Der Puls klein und frequent. Die Temperatur normal. Die Untersuchung der Leber und Milz ergab deutliche Vergrösserung beider Organe. Die Leber überschritt den Rippenbogenrand in der rechten Mamillarlinie um drei Querfingerbreiten, der scharfe Rand war leicht palpabel, die Consistenz des Organes entschieden vermehrt. Die Milz überragte den Rippenbogenrand um Daumenbreite und war sehr leicht zu palpiren. Die Rachenorgane waren vollkommen normal. Die Harnsecretion sistirte seit 12 Stunden, die Harnblase war leer. Der späterhin, noch am gleichen Tage, gelassene Harn war spärlich, hellgelb, klar; er war und blieb auch fernerhin frei von jeder Spur von Albumin. Durch kräftige Reizmittel gelang es, die Gefahr zu beseitigen und nach wenigen Tagen war das Kind vollkommen gesund. Die Leber kehrte schon am folgenden Tage zur normalen Grösse zurück, die Milz blieb noch längere Zeit palpabel, mässig vergrössert.

Ich war nicht im Stande, von den Ursachen, welche die plötzliche Veränderung im Bilde der Kranken hervorgerufen hatten, mir sofort eine klare Vorstellung zu machen. Mein erster Gedanke war, dass es sich um einen der nach schweren, zuweilen aber auch nach leichten Diphtherien vorkommenden Collapse in Folge diphtheritischer Herzlähmung handle. Ich erinnerte mich mehrerer von mir beobachteter schwerer Collapse und plötzlicher Todesfälle nach Diphtherie. Mit dieser Annahme war auch die acute Milz- und Leberanschwellung vereinbar. Der durch Herzschwäche bedingte Collaps geht mit extremer Anämie der Haut, mit Contraction der Gefässe der gesammten Peripherie einher. Dadurch entsteht eine ungleiche Blutvertheilung im Körper. Das aus der Peripherie verdrängte Blut sammelt sich z. Th. in den grossen Unterleibsdrüsen an und führt zu Milz- und Leberschwellung. Ich würde diese Erklärung nicht abgeben, wenn ich mich nicht von deren Richtigkeit in diversen, durch acute Herzschwäche bedingten plötzlichen Collapszuständen — besonders oft bei Kindern — wiederholt überzeugt hätte.

Sodann dachte ich, dass es sich möglicherweise um eine acute Nephritis handeln könne, welche, besonders bei Kindern, oft mit bedeutender Schwellung der Leber und Milz einhergeht, ein wichtiger Umstand, auf den ich bei einer früheren Gelegenheit aufmerksam gemacht habe [1]). Man untersucht nicht leicht eines der an Scharlach-Nephritis leidenden Kinder, wo nicht neben der oft erschreckenden Blässe der Haut eine mehr minder beträchtliche Vergrösserung und Consistenzzunahme der Leber und Milz nachweisbar wäre. Ich habe in meinem Krankenhause fast das ganze Jahr hindurch solche Beispiele vor Augen.

Indess die Lösung des Räthsels ergab sich erst später. Es stellte sich nämlich heraus, dass das Kind am Tage vor dem Eintritt des Collapses, als es immer noch „etwas über Halsschmerzen" klagte, auf den Rath eines gerne medicinirenden Angehörigen hin, und „weil ärztlicherseits keine Ordination mehr gemacht worden war", chlorsaures Kali in reichlicher Menge in warmem Wasser aufgelöst gegurgelt hatte, wobei, wie die Wärterin sagte, immerhin auch ein Theil des Gargarismas verschluckt wurde, da sich das Kind ungeschickt beim Gurgeln benahm. Ueber die Menge des verabreichten oder aufgenommenen Kali chloricum konnten genauere Daten nicht mehr gewonnen werden, sie betrug mindestens 20—30 Gramm.

Ich halte es für zweifellos, dass der im unmittelbaren Anschluss an die Kali chloricum-Gurgelungen erfolgte Collaps mit Milz- und Leberschwellung als eine Folge der Intoxication mit diesem Salze anzusehen ist.

Bekanntlich hat Ponfick in seinem interessanten Vortrage über Hämoglobinämie [2]) hervorgehoben, dass die Mittel und Wege, deren sich der Organismus bedient, um sich des bei der Auflösung der rothen Blutkörper in's Plasma übergetretenen Giftes, des Hämoglobins, zu entledigen, verschiedene sind, und dass bei dieser Purgation des Blutes Milz, Leber und Nieren in der angeführten Reihenfolge in Function treten.

„Die aus der Zerbröckelung der farbigen Elemente hervorgegangenen Schlacken, lauter geformte Partikel" nimmt die Milz in Empfang, welche in Folge dessen in kürzester Zeit bedeutend anschwillt („spodogener Milztumor"). Das im Plasma gelöste Hämoglobin wird nach Ponfick zuerst von der Leber in Beschlag genommen, „welche in dieser Hinsicht ganz Ausserordentliches leistet. Sie secernirt nämlich eine Galle, welche unvergleichlich reich an Farbstoff ist". Daneben besteht Hypercholie. (Leider wurde in unserem obigen Falle auf die Färbung der Fäces vor und nach der Kali chloricum-Einwirkung nicht geachtet.) „Man kann sagen, fährt Ponfick fort, dass alle Hämoglobinmengen, welche $^1/_{60}$ der Gesammtsumme des Körperhämoglobins nicht überschreiten, in der Leber in Gestalt von überschüssigem Gallenfarbstoff zum Vorschein kommen. Die genannte Quantität, aber auch nur diese vermag das Organ festzuhalten und zu einem integrirenden Bestandtheil seines Secretes zu verarbeiten. Erst von dem Augenblicke an, wo jene Grenze überschritten wird, gesellt sich zu der Hypercholie Hämoglobinurie." Alle jene Hämoglobinmengen, welche über das von der Leber verarbeitete Sechzigstel des Gesammtblutes hinausgehen, fallen der Niere zur Ausscheidung anheim. Sie rufen hier — je nach der Quantität — eine mehr minder ausgiebige Verlegung der Tubuli hervor, welche so beträchtlich werden kann, dass alsbald totale Anurie eintritt. Dann kann unter dem doppelten Einflusse der Retention des freien Blutfarbestoffes und der sich allmählich ansammelnden nierenfähigen Stoffwechselproducte der Tod erfolgen. „Je nach der applicirten Dosis, sagt Ponfick, beobachtet man denselben schon am Ende des 1. oder erst am 2., 3., ja 4. Tage." Dass aber selbst nach siebentägiger completer Anurie noch Genesung erfolgen kann, lehrt der von mir beobachtete und in dieser Wochenschrift [3]) jüngst mitgetheilte Fall von Kali chloricum-Vergiftung. In

[1]) Deutsch. med. Wochenschr. 1882. S. 310.

[2]) Verhandl. d. Congresses f. innere Med. II. Congr. 1883; II. Abth. S. 205 ff.

[3]) 1884. No. 4. S. 59.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

demselben haben, so stelle ich mir vor, während der siebentägigen Anurie Leber und vielleicht auch Milz fortgefahren, die im Plasma circulirenden Mengen gelösten Hämoglobins allmählich aus dem Blute zu entfernen, denn es ist nicht einzusehen, warum die Leber, nachdem sie das ihr von Ponfick zuertheilte Pensum ($^1/_{60}$ der Gesammt-Hämoglobin-Menge) absolvirt hatte, nicht auch fernerhin ihre blutreinigende Function fortsetzen konnte.

Ich gestehe, dass mir die von Ponfick mit so grosser Entschiedenheit aufgestellte Reihenfolge der bei der Hämoglobin-Ausscheidung successive in Function tretenden Organe seiner Zeit äusserst gezwungen und sehr unwahrscheinlich vorkam. Ich vermochte nicht einzusehen, warum die Niere, welcher doch der aufgelöste Blutfarbstoff zu gleicher Zeit wie der Leber und Milz durch den Kreislauf zugeführt wird, mit der Ausscheidung des Hämoglobins erst dann anfangen sollte, wenn die Leber ihre diesbezügliche Function gewissermaassen beendigt hatte. Ich hielt weit eher dafür, dass die Niere, dieses Secretionsorgan κατ' ἐξοχήν für alle harnfähigen Stoffe, in allererster Linie in Betracht kommen würde, wie dies auch in der Discussion Ponfick entgegen von Afanassiew hervorgehoben wurde[1]).

Indess der im Vorhergehenden geschilderte Fall, der einer anderen Auslegung als der einer Kaliumchlorat-Intoxication kaum zugänglich ist, spricht doch sehr zu Gunsten der von Ponfick aufgestellten Reihenfolge, spricht dafür, dass in gewissen leichteren Fällen von Hämoglobinämie die Leber das im Plasma gelöste Gift allein, d. h. mit völliger Umgehung der Nieren, zu bewältigen im Stande ist. Möglicherweise hängt dieses Verhalten davon ab, dass zur Ausscheidung des gelösten Hämoglobins durch die Nieren eine gewisse Grösse des Blutdruckes in den Glomerulis unumgänglich nothwendig ist, und dass der primäre Herz-Shock, welcher bei der Kali chloricum-Vergiftung durch den Herz-lähmenden Einfluss des plötzlich ins Plasma diffundirten Blutfarbestoffes hervorgerufen wird, ein so beträchtliches Absinken des Blutdruckes zur Folge hat, dass die Hämoglobinausscheidung durch die Nieren zunächst nicht in Frage kommen kann. Wenn während dieser Zeit tief gesunkenen Blutdruckes die Leber und, was die geformten Blutschlacken anlangt, die Milz ihre purgatorische Function auszuüben im Stande sind, so kann bis zum Termin der Wiedererholung des Herzens und des damit verbundenen Wiederansteigens des Blutdruckes sämmtliches oder der grösste Theil des gelösten Hämoglobins bereits durch Leber und Milz wieder aus dem Kreislaufe entfernt worden sein.

Es ist dies' eine Hypothese, für welche sowohl, wie auch gegen welche gewisse klinische Erfahrungen der Kali chloricum-Vergiftung ins Feld geführt werden können.

Ich will auf dieses Pro und Contra nicht weiter eingehen, dagegen noch hinzufügen, dass bei der Vergiftung mit Kali chloricum — das Natronsalz wirkt ja bekanntlich auch giftig, weil kythämolytisch — über der eminent giftigen Wirkung des ins Plasma übergetretenen Blutfarbestoffes doch auch die giftige Wirkung des Kali nicht übersehen werden darf, und dass die Erscheinungen schwerer Herzschwäche, welche mitunter bei Intoxication mit relativ geringfügigen Dosen von Kaliumchlorat beobachtet wurden, zum Theil wohl auch auf das Kalisalz zu beziehen sind.

[1]) l. c. S. 215. „In dieser Hinsicht muss man die Nieren zuerst und dann die Leber erwähnen."

II. Ein Fall von Dehnung der Intercostal-Nerven.

Von
Dr. L. v. Lesser,
Privatdocent in Leipzig.

Die Hebeamme Frau M. aus D. . . . kam Ende October 1883 zu mir, um sich Rath und Hilfe gegen ihre qualvollen Leiden zu erholen. Das fein geschnittene Gesicht der 61jährigen Greisin war schmerzlich verzerrt, der Blick ermattet, wild und unstät. In meinem Sprechzimmer sank sie auf einen Stuhl nieder und presste während einer ängstlichen lang andauernden Exspiration ihre Hände krampfhaft bald gegen die Seiten des Brustkastens, bald gegen die Hypochondrien, zuletzt mit verbissener Heftigkeit ihre Brüste und die Brustwarzen zwischen den Fingern quetschend.

Mit 21 Jahren hatte Pat. die ersten Menses bekommen. Bald darauf cessirten dieselben während 15 Monaten, um nach Wiedereintritt immer nur spärlich zu erscheinen. Mit 28 Jahren heirathete die Pat. und gebar in den folgenden vierzehn Jahren acht Kinder, die sie selber stillte. Während der vierzehnjährigen Ehe waren die Menses nie wieder aufgetreten und auch dann, seit dem 42. Lebensjahre der Pat. (nach Trennung der Ehe) fand eine Menstruation nie mehr statt.

Seit nunmehr sieben Jahren stellte sich ein Gefühl von Zusammenpressen in der rechten Thoraxseite, später auch links ein, mit lancinirenden Schmerzen im Verlaufe der Intercostal-Nerven. Die Schmerzen strahlten auch in die Mammae, vorzugsweise in die Mamillae aus. Rechts waren die Schmerzen stets heftiger. Hier trat noch eine bedeutende zeitweilige Schmerzempfindung am Innenrande des rechten Schulterblattes zwischen den Proc. transversi und den Rippenwinkeln hinzu.

Die Pat. zeigt kräftigen Knochenbau, starke Abmagerung. Die aschfarbige Hautdecke trocken, welk und schlaff. Unterhalb des rechten Rippenrandes ein pflaumengrosses subcutanes weiches Lipom, gut verschiebbar, bei Druck unempfindlich und auch reflectorisch keine Schmerzempfindungen hervorrufend. Magengegend, wie das ganze Abdomen unempfindlich, keine Härte oder Geschwulst darin wahrnehmbar. Appetit vortrefflich. Leberdämpfung verkleinert. Es besteht hartnäckige Stuhlverstopfung. Am Mastdarm, Vagina und Uterus bei genauer Untersuchung nichts Abnormes nachweisbar.

Der Druck auf die Proc. spinosi der Wirbelsäule wird nicht schmerzhaft empfunden; ebensowenig ein Druck auf die Proc. transversi und eine Compression der Wirbelsäule in deren Längsaxe. Es besteht eine Kyphoskoliosis dextro-convexa dorsalis superior leichten Grades. Von den Bewegungen der Wirbelsäule ist nur die seitliche Beugung besonders nach rechts der Pat. empfindlich. — Einen merkwürdigen Befund ergaben die Brüste. Beide sind stark atrophisch, rechts kaum palpirbar, links von der Grösse einer kleinen plattgedrückten Birne. Bei Druck auf die Brüste oder die Brustwarzen entleert sich an beiden Brustwarzen aus den einzelnen Milchgängen tropfenweise eine milchartige Flüssigkeit. Während der Anfälle nimmt die Zahl der Tropfen, die sich aus den einzelnen Milchgängen entleeren, deutlich nachweisbar zu. Die Tropfen aus einzelnen Milchgängen sind Rahm-ähnlich, diejenigen aus anderen Milchgängen stellen eine milchig getrübte wässrige Flüssigkeit dar. Die Tropfen aus der rechten Brustdrüse sind im Ganzen wässeriger. Unter dem Mikroskop findet sich sowohl in den rahmigen, wie in den wässerigen Tropfen eine grosse Menge kleiner und grösserer Fetttropfen, ausserdem spärliche grosse Fetttropfen-haltige runde Zellen.

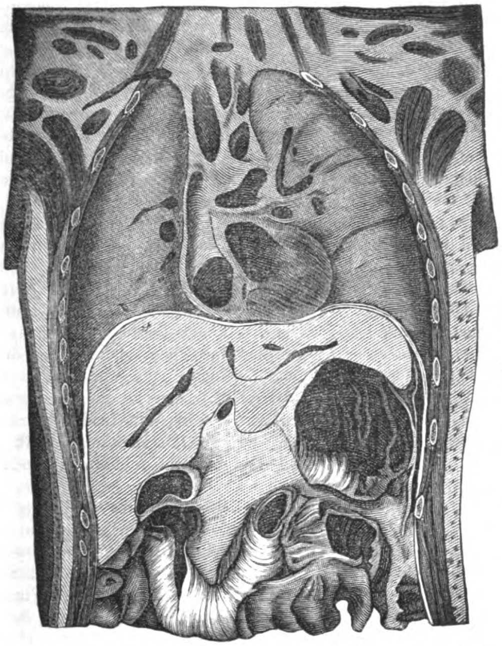
Die Palpation der Intercostalräume ergiebt die für die Intercostalneuralgien charakteristischen, hinteren (vertebralen), lateralen und vorderen (sternalen) schmerzhaften Druckpunkte und zwar im Bereiche des 4. bis 10. Intercostal-Nerven, wo die vorderen schmerzhaften Punkte für die unteren der afficirten Nerven im Epigastrium bei Druck auf die Bauchmuskeln nachweisbar sind. Eine Hyperästhesie bei leichtem Wegstreichen über die Haut der Thoraxhälften ist nicht vorhanden. — Die neuralgischen Anfälle sind von grosser Heftigkeit, häufig wiederkehrend, besonders heftig Abends und im Bette auftretend und erst gegen 3 Uhr Morgens nachlassend. Seit sieben Jahren will Pat. keine Nacht ganz geschlafen haben, in dem die Anfälle immer wieder den Schlaf verscheuchten. Pat. wünscht dringend operirt zu werden, nachdem sie die Machtlosigkeit aller anderen Mittel kennen gelernt hat. Sie macht selbst die abenteuerlichsten operativen Vorschläge, wie Exstirpation beider Mammae, Excision der Leber u. s. f.

Die Diagnose hatte gewisse Schwierigkeiten in Bezug auf die ursächlichen Momente. Von einer Rückenmarksaffection konnte abgesehen werden nach Untersuchung der motorischen und sensiblen Functionen an den Extremitäten. Ebenso verhielten sich die Sehnenreflexe durchaus normal. Auch der College Herr Professor Strümpell, der die Freundlichkeit hatte, die Pat. zu untersuchen, bestätigte obige Ansicht. Es blieb weiterhin die Möglichkeit eines Wirbelleidens (Carcinom, Ostitis caseosa, Arthritis deformans der Wirbelkörper) sowie eine Erweiterung innerhalb des venösen Plexus im Wirbelkanal. Da für das Vorhandensein einer Ostitis oder von Carcinom keine directen Anhaltepunkte vorlagen, so erschien mir die letztgenannte Möglichkeit durchaus plausibel. Jedenfalls konnte aber bei der Unklarheit des Grundleidens, bei der Doppelseitigkeit der Affection ein evidenter und andauernder Erfolg des operativen Eingriffes nicht erwartet werden. Die Pat. drängte zur Operation. Indess wurde dieselbe erst beschlossen, nachdem ich von der Unwirksamkeit einer inneren Medication mich direct überzeugt hatte (Sol. Kalii jod. — Valeriana mit Asa foetida, Morphiuminjectionen, Jodtinctur, Vesicantien u. s. f.).

Da die Neuralgie den 4.—10. Intercostalnerven betraf und rechts am heftigsten auftrat, so wurde die Nervendehnung rechts und zwar möglichst weit nach hinten, beschlossen.

Bei Lagerung der narcotisirten Pat. auf die linke Seite wurde ein Hautschnitt von dem oberen Rand der 3. Rippe bis zum unteren Rande der 11. Rippe geführt und zwar oben in der Axillarlinie beginnend und von da schief nach hinten und unten verlaufend. Hierauf Durchtrennung der Zacken des Serratus anticus major bis auf die

Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN



Intercostalräume; Freilegung der Nn. intercostales vom 4. bis mit dem 10., im Ganzen also sieben, in der unten noch zu besprechenden Weise, am 10. Nerven beginnend. Um jeden Nerven wird provisorisch eine lose Fadenschlinge gelegt. Nach Blosslegung der sieben Nerven, wobei die Pleura trotz ihrer Papierdünne in keinem Intercostalraum verletzt wurde, dehnte ich die Nerven nacheinander kräftig centripetal und centrifugal. Hierbei rissen der 6. und der 10. Nerv hinten durch und wurden in einer Länge von 6 cm (6. I. C. Nerv) resp. 12 cm (10. I. C. Nerv) excidirt. An den gedehnten Nerven war makroskopisch ausser einer leichten diffusen Röthung nichts Besonderes bemerkbar. Durch eine Gegenöffnung in der Haut hinter dem Hautschnitt, tief unten, wurde ein Drain, ein zweiter im oberen Theil der Wunde in die völlig durch Nähte verschlossene Wundlinie gelegt.

Bis zum 3. Tage nach der Operation blieb die Pat. fieberfrei. Dann bestanden 5 Tage lang abendliche Temperatursteigerungen bis 38,6° C. (in maximo) unter Auftreten von Lungenkatarrh bei der greisen Pat. Am 5. Tage nach der Operation wurden die Drains und die Hälfte der Nähte entfernt, wobei die vollständige prima int. eingetretene Heilung constatirt wurde. Vom 6. Tage an blieb Pat. am Tage auf dem Lehnstuhl ausser Bett. Nachts schlief dieselbe ruhig und fest. Nur von Zeit zu Zeit klagte Pat. über leise ziehende Schmerzen in der rechten Seite und ein Gefühl von Zusammenpressen im Bereiche der untersten Intercostalnerven rechts. Wirkliche Schmerz-Paroxysmen kamen nicht vor; auch fehlte das Ausstrahlen der Schmerzen in die Brustwarzen vollständig. Am 11. Tage nach der Operation wurde die Pat. mit völlig vernarbter Wunde in die Heimath entlassen. Dort ist sie nach neuesten Nachrichten am 15. Januar d. J. verstorben. Ob die Schmerzen wiedergekehrt waren, über deren Heftigkeit, u. s. f. waren keine Nachrichten zu erlangen.

Das Interesse des Falles liegt nicht in dem wenn auch wahrscheinlich vorübergehenden Heilerfolg, auch nicht in der grossen Zahl von Intercostalnerven, die gedehnt werden mussten, wenn auch meines Wissens eine so ausgedehnte Dehnung der Nn. intercostales noch nicht ausgeführt worden ist. (Vergl. die Monographie von Stintzing, Leipzig 1883 und die Operation v. Nussbaum's, Aerztl. Intelligenzblatt u. ff. 1878 No. 53, von van Kleet, Wiener med. Wochenschrift 1880, No. 40; u. A.) — Dagegen müssen besonders betont werden: das hohe Alter der Patientin, die grosse Zahl der befallenen Nerven, die Doppelseitigkeit der Affection, mit besonderer Bevorzugung der rechten Seite, das gleichzeitige Vorhandensein einer doppelseitigen Mastodynie und vor allen Dingen die seltsame Secretion der Milchdrüsen im Greisenalter im Anschluss an eine Intercostalneuralgie und die deutlich wahrnehmbare Beeinflussung der Secretion durch die neuralgischen Anfälle. In dieser Beziehung steht unser Fall meines Wissens als ein Unicum in der Litteratur da. (Vergl. die Werke von Valleix, Bassereau, Erb u. s. f.) Aus den neueren und namentlich aus den an einschlägiger Casuistik reichen älteren Handbüchern der Geburtskunde, sowie aus den berühmten Monographien der Engländer und Franzosen über Krankheiten der Mamma habe ich nur bei Birkett (the diseases of the breast, 1850 p. 204) den Fall aus Braithewaite's Retrospect XVIII. 376 citirt gefunden von einer 61jährigen Frau, die 18 Jahre nach der Geburt ihres jüngsten Kindes, ihr Enkelkind an der Brust nährte.

„Ueber Veränderung der Milchsecretion bei der gewöhnlichen I. C. Neuralgie ist Nichts bekannt" (Erb, Krankh. der peripheren, cerebrospinalen Nerven, Leipzig 1876 p. 146).

Ueber Secretion der Milchdrüsen bei Mastodynie finden sich in der Litteratur die Fälle von Schultze, Berl. klinische Wochenschrift, 1874 p. 525 eine 26jährige nicht schwangere Frau betreffend, die vor drei Jahren zum letzten Male geboren hatte. Ferner der Fall von Beigel (Virchow's Archiv, Band 42 p. 443) von reichlicher, seit 2 Jahren bestehender Galactorrhoe mit hinzutretenden neuralgischen Schmerzen bei einem 19jährigen Mädchen, das niemals geboren hatte, überhaupt niemals schwanger war, aber seit vier Monaten keine Menses hatte.

Was weiterhin die operative Technik bei Dehnung der Nn. intercostales anlangt, so verdanke ich die glückliche Vermeidung der Pleuraverletzung bei Eindringen in so viele Intercostalräume zum Theil folgendem Umstand. Als ich vor Ausführung der Operation verschiedene Abbildungen der äusseren Thoraxfläche zu Rathe zog und dann der Sicherheit wegen noch in cadavere (an einem jugendlichen weiblichen Leichnam) die Operation zur Vorübung ausführte, fiel es mir auf, dass man die Intercostalnerven, nicht wie es gewöhnlich abgebildet wird, am unteren Rippenrand, unter den Gefässen findet, sondern dass man hinter die Rippe hinaufgehen muss, um die Gefässe und den Nervenstrang zu sehen, so dass ohne Heben der Rippe die Intercostalräume leer erscheinen. Bei der Operation an der Patientin zeigten sich obige Verhältnisse in auffallender Weise wieder.

Man thut am besten, um die Intercostalnerven freizulegen, dass man nach Spaltung des Serratus anticus major, zunächst den Intercostalis externus jedesmal scharf am unteren Rippenrand ablöst, dann die Rippe mit einem Hacken hebt und das feine Fascienblatt trennt, welches ich als Fascia intercostalis interstitialis (s. u.) bezeichnen will, nicht zu verwechseln mit der Fascia endothoracica (Hyrtl).

Dann findet man zwischen dem äusseren und dem inneren M. intercostalis (in der Axillarlinie und vor derselben) — oder, mehr nach hinten, zwischen dem M. intercostalis ext. und Pleura (wie in unserem Falle) mit Leichtigkeit die Gefässe und darunter den Nerven. Hinter der Axillarlinie und je höher der Intercostalraum gelegen ist, erscheinen die Gefässe und der Nerv desto mehr an der Innenfläche des unteren Rippenrandes hinaufgerückt. Zum Theil hängt dies von einer mehr der horizontalen Stellung genäherten Lage des Rippenquerschnittes ab. Ausgeprägter wird das Verhältniss, wenn der untere Rippenrand eine stärkere kantenförmige Ausladung zeigt.

Die verschiedenen Bildwerke über den Bau des menschlichen Körpers legen nur ein geringes Gewicht auf die richtige Wiedergabe der Ansatzpunkte der Mm. intercostales an die Rippen und der Lage der Intercostalnerven zu den letzteren. Auch Pirogoff in seinem grossartigen Atlas hat obige Verhältnisse nur skizziren lassen.

Bekanntlich heften sich die Mm. intercostales externi genau an die obere und an die untere Kante der Rippen an, zuweilen auch auf die Vorderfläche der Rippen übergreifend. Die Mm. intercostales interni dagegen entspringen von der Innenfläche und der oberen Kante einer Rippe, dicht an den unteren Ansatz des zugehörigen M. intercostalis ext. angrenzend, setzen sich dagegen an der nächst höheren Rippe nicht dicht neben dem M. intercostalis ext. an, sondern streichen an die Innenfläche der Rippe hinauf, so dass die Meisselartig nach aussen abgeschrägte untere und innere Fläche der Rippe freibleibt (vergl. Henle, Muskellehre, Braunschweig 1871 p. 100 und p. 101. Auch: Hollstein, Lehrbuch etc. Berlin 1860 p. 296. Sodann Sappey, Traité etc. Paris 1876 Tome II. p. 296 und 297 u. A.). Schon bei Albinus (Tabulae etc. Londini 1749) auf Tab. XVII. Fig. 13 finden sich diese Verhältnisse richtig wiedergegeben. Auch Loder (Myologie, Taf. 38 Fig. 12) giebt die Zeichnungen Albin's wieder. Bei Langenbeck (Myologie, Taf. 16 Fig. 4 und auf Taf. 28 Fig. 4) sind die Angaben über die Muskelansätze richtig, ebenso im Atlas Bourgery (Traité complet etc. Paris 1844, Tome III. pl. 94). Dagegen zeichnen Langenbeck und Bourgery (l. c. auf verschiedenen Tafeln) die Lage der Nerven falsch.

Zwischen dem inneren und dem äusseren Intercostalmuskel, dem letzteren zum Theil zum Ansatz dienend an der Hinterfläche, findet sich eine bindegewebige Membran, die wir Fascia intercostalis

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

interstitialis nannten. Sie schiebt sich als ein vorderes Blatt des Ligament. intercostale zwischen die Zwischenrippenmuskeln, um am vorderen freien Rande der Mm. intercostales ext. mit den Fasern der Ligg. intercartilaginea (s. corruscantia) zu verschmelzen (vergl. Henle, Knochen- und Bänderlehre, p. 31 und p. 56). Diese Fascia intercostalis interstitialis bildet manchmal keine continuirliche Schicht, sondern erscheint in Form von Fascikeln, zwischen welchen Schlitze in der Membran sich finden. Sie inserirt sich an die scharfen Kanten der Rippen, genau der Hinterfläche des M. interc. ext. anliegend, dagegen vom oberen Theil des intercostalis int. nach aussen abbiegend. So entsteht zwischen dem obersten Theil der Aussenfläche des Mm. intercost. int., der freien unteren meisselförmigen Fläche der Rippe und dem nach aussen abbiegenden oberen Theil der Fascia intercostalis interstitialis ein dreikantiger Raum, in welchem die Gefässe (Vene oben, darunter die Arterie) und an tiefster Stelle der Nervus intercostalis gelagert sind. Hyrtl (topogr. Anatomie) betont besonders am hinteren Rippenende, in der Nähe des Tuberculum einen „blattförmigen“ Fortsatz (p. 392) und meint von der Arteria intercostalis (p. 412), dass sie „liegt in der Furche am unteren Rippenrande, dessen äussere, längere Lefze einen „Protector“ gegen die Vewundungen dieser Arterie abgiebt.“ Allein schon C. Bauhinus (Theatr. anatom. Francof. at M. 1605 p. 359) beschreibt genauer obige Ausladung der Rippen, wodurch die Gefässe in einen „sinum canali similem“ zu liegen kommen. (Vergl. auch Sappey l. c. und Harrison, The Dublin Dissector, Dublin 1847 Vol. II. p. 560.)

Durchtrennt man das am unteren Rippenrande nach aussen abbiegende Blatt der Fascia intercostalis interstitialis, welches die Intercostalgefässe und den Nerven in ihrer hinter der Rippe versteckten Lage fixirt, so lassen sich die letzteren ohne Schwierigkeiten an den unteren Rippenrand und noch tiefer herabzerren. So mag es gekommen sein, dass in den Atlanten, die nicht nach natürlichen Querschnitten, sondern nach „Präparaten“ äussere Ansichten der Körperoberfläche liefern, der Anschaulichkeit wegen, die Intercostalgefässe und Nerven in herabgezerrtem Zustande zur Darstellung gelangt sind. Nur im Atlas von Hirschfeld (Anat. du syst. nerveux) findet sich auf Taf. 73 und 74 in einem Seitenlängsschnitt die Lage der Nn. intercostales zu den Rippen entsprechend eingezeichnet. (Vergl. auch Bock, chirurg. anat. Tafeln, Leipzig 1833. Taf. VIII.) — Ebenso sind die Verhältnisse naturgetreu wiedergegeben in dem Atlas von Braune (Taf. 10 bis 15), allerdings nur auf horizontalen Querschnitten.

Ich bin daher Herrn Professor Braune zu grossem Danke verpflichtet, dass er mir aus seiner allbekannten Sammlung einen Frontalschnitt durch den Thorax einer (frischen und gefrorenen) jugendlichen weiblichen Leiche gütigst zur Verfügung stellte. Der Schnitt ist parallel der frontalen Axillarebene und 4—5 cm vor derselben geführt. Es konnte so eine Zeichnung angefertigt werden, in welche ich nach der Natur genau die Lage der Nervenquerschnitte zu den Rippenquerschnitten eingezeichnet habe und zwar an einer Stelle von der nach rückwärts zu, die Lage der Nerven an der Innenfläche der Rippen sich noch steigert. Die Zeichnung ist auf photographischem Wege verkleinert und im Holzschnitte wiedergegeben.

Die Feststellung der Lage der Intercostalnerven zu den Rippen ist für die operativen Zwecke der Nervendehnung, aber auch für das Aufsuchen der Art. intercostalis von Belang. Ohne Berücksichtigung obiger Thatsachen wird man beim Aufsuchen genannter Gebilde Gefahr laufen, in horizontaler Richtung immer weiter in die Tiefe zu dringen und die Pleura zu verletzen.

Leipzig, 23. Februar 1884.

III. Beobachtungen aus der kurärztlichen Praxis.

Von

Dr. v. Corval und Dr. Wunderlich.

(Schöneck und Karlsruhe.)

Die an Kuranstalten thätigen Aerzte haben bekanntermassen mit nicht geringen Schwierigkeiten zu kämpfen, wenn sie das Facit ihrer Beobachtungen ziehen wollen. Nur ein kleiner Theil der Patienten entschliesst sich, die zu einem bestimmten Abschlusse der Kur nöthige Zeit aufzuwenden; die meisten glauben schon ein Aeusserstes zu thun, wenn sie 4—6 Wochen in der Anstalt bleiben, und sind erstaunt, ja entrüstet, wenn man ihnen sagt, dass sie mindestens 2—3 Monate in der Kur bleiben müssten, um bei ihrem gewöhnlich schon veralteten Leiden, gegen welches sie durch Jahre bereits alles Mögliche gethan haben, irgend welche durchgreifende Erfolge erzielen wollten. Wir sind somit in der schlimmen Lage, uns nur zu häufig mit halbem Erfolge, mit angebahnter Besserung begnügen zu müssen, auch dort wo die grösste Wahrscheinlichkeit einer mehr weniger vollständigen Heilung vorläge.

Weiter hat es seine grosse Schwierigkeiten, das spätere Schicksal der Patienten zu verfolgen; sehr viele verliert man vollständig aus den Augen, und nur der grössten Energie und dem grössten Fleisse gelingt es, doch bei den interessanteren Fällen über den weiteren Verlauf orientirt zu bleiben, wenn nicht etwa, was zum Glücke nicht selten geschieht, die Kranken das nächste Jahr wiederkommen, oder gefällige Collegen Mittheilung machen. In dieser Beziehung sind wir in ähnlicher Lage wie die an grösseren Hospitälern beschäftigten Aerzte, nicht minder aber auch darin, dass wir ein auf Raum und Zeit zusammengedrängtes Beobachtungsmaterial zur Verfügung haben, wie es, einzelne Specialisten ausgenommen, den practischen Aerzten sonst nicht geboten wird. Der Umstand, dass dieses unser Kranken-Material ausschliesslich aus chronischen Fällen besteht, macht unsere Thätigkeit freilich zu einer noch mehr einseitigen, als es schon durch die in der betreffenden Anstalt zur Verfügung stehenden Heilfactoren bedingt ist, versetzt uns aber andererseits wieder in die Lage, gerade die sonst nur zu leicht vernachlässigten chronischen Leiden ganz besonders gründlich studiren und in der grossen Mannigfaltigkeit der Erscheinungen und des Verlaufes sonst gleichartiger Formen beobachten zu können.

In Rücksicht auf diese Eigenthümlichkeit unseres ärztlichen Wirkens dürfte es vielleicht den Lesern dieser Zeitschrift nicht unwillkommen sein, einige Mittheilungen von rein practischem Interesse zu erhalten, welche sich zunächst nur auf einige in neuester Zeit mehr in Aufnahme gekommene Heilmethoden beschränken sollen. Wir prätendiren damit selbstverständlich nicht, irgend etwas durchaus Neues, Festes, völlig Abgeschlossenes zu bringen, sondern möchten vielmehr mit diesen Mittheilungen nur unsererseits etwas dazu beitragen, vielfach verbreiteten Vorurtheilen entgegenzuarbeiten und zu weiterer Prüfung anzuregen.

I. Subcutane Nervendehnung[1]). Trotz vieler Misserfolge und Anfechtungen, trotzdem sogar neulich der Ausspruch gethan wurde: „Die Wissenschaft ist glücklicherweise in Bezug auf die Nervendehnung zur Tagesordnung übergegangen“, scheint diese Frage doch gerade in neuester Zeit wieder in lebhafteren Fluss zu kommen. So dürfte z. B. die klassische und gründliche Studie von Stintzing[2]) kaum mehr einen Zweifel darüber bestehen lassen, dass wir nicht nur mit Hülfe der blutigen, sondern auch der unblutigen Dehnung einen gewissen modificirenden Einfluss auf die Functionen der Nerven selbst sowie auch der Centralorgane auszuüben im Stande sind, und dass dieser modificirende Einfluss in seinen Fällen ein durchweg günstiger, in keinem Falle dauernd schädigend gewesen. Bei der immerhin noch kleinen Zahl von Beobachtungen ist es selbstverständlich noch unmöglich, jetzt schon bestimmte Indicationen aufzustellen, wenn man auch kaum anstehen wird, den Schlusssatz der citirten Arbeit: „verdient demnach die unblutige Ischiadicus - Dehnung als ein unter Umständen sehr wirksames Palliativum eine weitere Verbreitung in der ärztlichen Praxis, so darf andererseits die Dehnung des blossgelegten Nerven aus der Therapie der Rückenmarkskrankheiten nicht ganz verbannt werden“ zu unterschreiben.

Bei der eminent practischen Wichtigkeit der Frage, zu deren endgültiger Lösung nur eine Fülle von Beobachtungen führen kann, dürfte es vielleicht nicht ohne Werth sein, auch die von uns behandelten Fälle kurz zu registriren, wenn auch dieselben dadurch nur eine geringere Bedeutung beanspruchen können, dass unsere Stellung uns ein klinisches Studium derselben unmöglich macht. Andererseits aber glauben wir demselben einen nicht unerheblichen practischen Werth deshalb beimessen zu dürfen, weil sie constatiren, dass ein günstiger Einfluss der subcutanen Dehnung sich bereits geltend macht, wenn die aufgewendete Kraft auch eine sehr viel geringere ist als die z. B. von Stintzing gebrauchte. Wir waren nicht in der Lage, die Dehnung in der Chloroform-Narcose vornehmen zu können, wären ebenso auf unüberwindliche Schwierigkeiten gestossen, wenn wir unseren Patienten ein längeres Bettliegen, wie es bei forcirter Dehnung nöthig ist, hätten in Aussicht stellen müssen, und waren somit genöthigt, die Beugung des Beines wegen der nicht geringen Schmerz-

[1]) Nach Einsendung des Manuscriptes kam uns ein Aufsatz von Prof. Hegar über „Dehnung des Rückenmarkes“ (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge) in die Hände, welcher wohl geeignet erscheint, ein ganz neues Licht auf das betreffende Gebiet zu werfen und der ohne Zweifel noch viel zu wenig gewürdigten Methode neue Anhänger zu verschaffen. Bei einem neuerdings nach Hegar's Vorschlag behandelten Tabischen schwand der intensive Gürtelschmerz fast völlig — also auch bei dieser lästigen Erscheinung scheint die Dehnung des Rückenmarkes wenigstens palliativen Erfolg zu versprechen.

[2]) Ueber Nervendehnung. Eine experimentelle und klinische Studie.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haftigkeit nicht viel über einen rechten Winkel (bei sicher fixirtem Becken und Streckung des Kniegelenkes) gehen zu lassen, mit Ausnahme der Fälle von Tabes. Bei letzterer gestatten die Analgesie sowohl wie die Abschwächung des Muskelsinnes, besonders bei vorgeschrittenem Leiden, anstandslos eine Beugung der Extremität bis zur Berührung des Gesichtes. Es ist diese Erscheinung so auffallend, dass man unter Umständen in diesem Fehlen jeder schmerzhaften Reaction bei dem Experimente ein diagnostisches Hülfsmittel für das Erkennen der Tabes inc. finden könnte.

Trotz des viel geringeren Aufwandes an Kraft und Zeit konnten wir nun mit einer Ausnahme mehr oder weniger palliative Wirkung beobachten, so dass wir dringend anrathen möchten, in jedem gegebenen Falle zuerst eine solche schwächere Dehnung vorzunehmen, gegen welche sich wohl kaum ein Patient sträuben dürfte.

Die von uns in dieser Weise behandelten Fälle, welche zum Theil bereits in dem „Züricher ärztlichen Verein“ mitgetheilt und durch das „Correspondenzblatt f. Schw. Aerzte“ sowie durch die „Aerztlichen Mittheilungen aus Baden“ veröffentlicht wurden, sind in Kürze folgende:

1. Ischias seit 11 Jahren. Pat. 56 J. alt, Musculatur des r. Beines stark atrophisch, heftiger Schmerz verhindert das Gehen oft vollständig. Nach der ersten Dehnung Schmerz für 2 Tage völlig beseitigt, kehrt dann in leichterem Grade wieder. 5 Mal gedehnt mit jedes Mal sofortigem Erfolge. Gehen viel besser.

2. Ischias. Seit Jahren hinkender Gang, höchstens $^1/_2$ St. anhaltend möglich. Nach der Dehnung wurde keine Besserung zugegeben, doch konnte Patient den nächsten Tag 2 St. ohne Vermehrung der Schmerzen gehen.

3. u. 4. Tabes. Schmerzen fast unerträglich, nach der ersten Dehnung sofort für 24 St. völlig sistirt, in den nächsten Wochen nur schwach auftretend. Bei 3. nach $1^1/_2$ J. der Erfolg anhaltend, auch Ataxie viel geringer, Atrophie des Sehnerven kaum vorgeschritten.

5. Cervico-occip. Neuralgie, vor 9 J. in Folge von Periostitis der Halswirbel aufgetreten. Alle Kurversuche bisher nur mit vorübergehendem Erfolge. Da auch Plex. brach. empfindlich — Versuch der Dehnung desselben: Arm nach Aussen rotirt, Kopf stark nach der entgegengesetzten Richtung, kräftiger Zug am Arme, bis heftiger Schmerz im Plex. brach. gegen Nacken und Hinterhaupt ausstrahlend. Unmittelbar nachher Neuralgie völlig beseitigt. Dehnung 8 Mal wiederholt. Nach 9 Monaten traten wieder 2 heftige Schmerzattaken von 1—2 tägiger Dauer auf; nach 12 Monaten ab und zu geringe Schmerzen, ganze rechte Schultergegend wieder mässig hyperästhetisch, wenn auch viel weniger wie früher. Wiederholte Dehnung hatte gleich vollständigen Erfolg. Heute nach wieder 5 M. hat die Hyperästhesie wieder zugenommen, wird aber durch Effleurage sofort für Stunden beseitigt; Schmerzen haben sich noch nicht wieder gezeigt.

6. Seit 7 Jahren stossweise Contractionen der Muskeln des rechten Beines, sobald Patient im Bette liegt, so dass seither kaum $^1/_2$ Stunde anhaltenden Schlafes. Diagnose zweifelhaft, objectiver Befund durchaus negativ: keine spastischen Contracturen, keine Steigerung der Reflexe, kein Fussclonus, keine Abnahme der Kraft, keine Sensibilitätsstörung u. s. f.; Pat. nur sehr leicht erregt. Nach der ersten Dehnung 10 Stunden anhaltenden Schlaf ohne Zuckungen, nach den spätern nur noch ca. 5 Stunden, worauf leichte Zuckungen.

7. und 8. Ichias rheum. In dem einen Falle, seit wenig Wochen bestehend, wurde der Schmerz nach jeder Dehnung geringer, Muskelsteifigkeit nahm ab, so dass nach 14 Tagen kaum noch eine Spur des Leidens übrig war. Der zweite Fall, seit $^1/_2$ Jahre allen Mitteln trotzend, besserte sich gleichfalls rasch, doch trat hier nicht, wie sonst gewöhnlich eine deutliche Verminderung des Schmerzes unmittelbar nach der Dehnung ein, sondern erst einige Stunden später.

9. Tabes, seit etwa 6—8 Jahren bestehend, im vorigen Jahre auf Halbbäder und Galvanisation wesentlich gebessert, doch viel zu kurze Zeit in Behandlung verblieben. Ataxie, Blasenschwäche und lanc. Schmerzen in den Beinen wieder erheblich zugenommen. Trotz der Menses wegen Heftigkeit der Schmerzen wiederholte Dehnung mit unmittelbar linderndem Erfolge. In etwa 8 Tagen Schmerzen fast vollständig geschwunden. Bei Halbbädern und Galvanisation nach Erb deutliche Besserung auch der übrigen Erscheinungen, besonders der Ataxie.

10. Tabes, alle Erscheinungen stark entwickelt, besonders Ataxie und Schmerzen hochgradig. Zweimaliger Versuch der Dehnung beider Ischiadici völlig erfolglos, trotzdem auch hier wie bei den anderen Tabes-Kranken das Bein bis an das Gesicht gehoben werden konnte, ohne dass Patient irgend welche Beschwerden hatte.

11. Spastische Spinal-Paralyse. Stark ausgesprochener spastischer Gang — selbst gestütztes Gehen nur wenige Schritte möglich, mässig schmerzhafte Spannung der Muskeln, besonders des linken Beines, hier auch Pat. Reflex sehr gesteigert, Fussclonus; hydriatische und galvanische Behandlung schienen einige Erleichterung zu verschaffen. Dehnung des linken Ischiad. über einen rechten Winkel sehr schwierig und schmerzhaft wegen der Muskelspannung, doch mit jedes Mal deutlich sichtbarem Erfolge. Nach der dritten Dehnung ging Patientin allein mit Hilfe eines Stockes, die Nächte wurden ruhig; nach der 8. Dehnung konnte Patientin, wenn sie sich unbeobachtet glaubte, bereits 20—30 Schritte ohne Stock gehen. Ob die vorgeschlagene Fortsetzung der Behandlung stattgefunden und welches Resultat schliesslich erzielt worden ist, haben wir leider noch nicht erfahren können.

Aus diesen Beobachtungen, so unvollständig dieselben in manchen Beziehungen sind, dürften sich doch immerhin einige practische Schlüsse ziehen lassen, welche man etwa folgendermaassen formuliren könnte:

Es scheint nicht immer nothwendig, die Dehnung so stark zu machen, dass man der Chloroform-Narkose bedürftig wäre, viel schwächere, nur wenig über einen rechten Winkel hinausgehende, zeigen bereits einen, wenn auch vielleicht bald vorübergehenden, günstigen modificirenden Effect.

Solche schwache Dehnungen sollten öfter wiederholt werden, etwa jeden 2. oder 3. Tag, was sich um so leichter thun lässt, als der Eingriff, wenigstens nach unseren Erfahrungen, niemals irgend welche nachtheilige Folgen hat, insbesondere keine Spur von paretischen Erscheinungen sich zeigte.

Da sich in den meisten Fällen die schmerzlindernde Wirkung unmittelbar nach der Dehnung zeigte, so dürfte doch kaum anzunehmen sein, dass ein Zufall im Spiele gewesen; man wird vielmehr wirklich der Dehnung diesen Effect zuschreiben müssen.

Es erscheint wahrscheinlich, dass auch solche schwache Ischiad.-Dehnungen bei öfterer Wiederholung einen modificirenden günstigen Einfluss auf gewisse System-Erkrankungen des Rückenmarkes haben können, wie das bei starken Dehnungen nach den Beobachtungen von Stintzing u. A. kaum zu bezweifeln ist.

Der Fall 5. mit unzweifelhaftem Erfolge sollte zu weiteren Versuchen von Dehnung des Plex. brach. in allen jenen Fällen, wo Druck auf denselben Schmerz erregt, auffordern.

Jedenfalls sollten derartige Dehnungen auch in den entsprechenden Fällen versucht werden, wo Chloroform-Narkose nicht zugegeben wird, oder die Patienten nicht in der Lage sind, eventuell 1—2 Wochen im Bette liegen zu können, vor Allem somit bei peripheren Neuralgien und bei mit starken Schmerzen einhergehender Tabes, wo andere Mittel im Stiche gelassen haben. In vielen Fällen wird man damit gewiss palliativ wirken, und kann man die Procedur um so ruhiger vornehmen, als wie schon bemerkt die betreffenden Patienten so gut wie gar nicht auf den Eingriff reagiren, und man besonders bei vorgeschrittenen Fällen von Tabes das Bein ohne besondere Mühe bis an das Gesicht erheben, somit ohne Chloroform eine sehr energische Dehnung ausführen kann.

Einer ganz eigenthümlichen, uns wenigstens aus der Literatur nicht bekannten Beobachtung bei der Dehnung müssen wir schliesslich noch Erwähnung thun: Die meisten Patienten fühlten während und nach der Procedur ein unwiderstehliches Bedürfniss zum Gähnen und grosse Neigung zum Schlafe. Besonders bei 5. trat letzteres jedes Mal so stark auf, dass der Patient trotz der frühen Stunde nicht rasch genug in das Bett gelangen konnte und sofort fest einschlief; bei 11. ebenso, und war es hier unzweifelhaft, dass die der Dehnung folgende Nacht in durchaus ruhigem erquickenden Schlafe verbracht wurde, während sonst das Ziehen und Spannen in den Muskeln die Nachtruhe häufig störte. Auf den Versuch einer Deutung dieser Erscheinung müssen wir selbstverständlich noch verzichten; das Factum halten wir jedoch mit voller Bestimmtheit aufrecht.

(Schluss folgt.)

IV. Mittheilung aus dem hygienischen Institut der K. U. Universität zu Budapest.

Ueber das Verhalten von Infectionsstoffen gegenüber den Verdauungssäften.

Von

Assistent Dr. Edmund Frank.

In der Pathologie wird auf die Lungen, die Cutis und den Magen, als auf jene Pforten hingewiesen, durch welche die in der Luft suspendirten, oder den verschiedenen Ingestis zufällig anhaftenden Infectionserreger in den Organismus eindringen können, wo sie sich verbreiten und verschiedene Infectionskrankheiten verursachen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf Seite der Lungen und der Cutis — besonders wenn im Epithel- resp. Epidermisüberzug Continuitätsstörungen vorhanden sind — steht der Organismus einer möglichen Invasion von Infectionserregern beinahe schutzlos gegenüber; dagegen droht vom Magen her — wie manche Behauptungen lauten, obzwar die Möglichkeit des Hineingelangens von Infectionsstoffen ziemlich oft vorhanden ist — dem Organismus doch keine, oder eine viel mindere Gefahr, da die vom Magen secernirten Verdauungssäfte die Infectionsstoffe unschädlich zu machen, zu vernichten vermögen [1]).

Ob die Verdauungssäfte eine solche Wirkung in der That ausüben, ferner welchen Bestandtheilen des Magensecretes die supponirte desinficirende Wirkung mit Recht zugesprochen werden kann, darüber fehlten directe Untersuchungen bis zur jüngsten Zeit, bevor nämlich **Falk** in Berlin seine diesbezüglichen Untersuchungsergebnisse mittheilte [2]).

Ich befasste mich mit dieser Frage, schon bevor **Falk**'s Mittheilung erschienen ist, und glaube, dass es nicht überflüssig sein wird, auch meinerseits — zwar etwas verspätet — zu der ohnehin wenig studirten Frage, namentlich über das Verhalten mehrerer wohlbekannter Infectionsstoffe gegenüber den einzelnen Bestandtheilen des Magensecretes einige Beiträge zu liefern.

Hinsichtlich der theoretischen Auseinandersetzungen über die vorliegende Frage und der einschlägigen Literatur kann ich füglich auf **Falk**'s oben citirte Arbeit verweisen, und mich hier auf ein kurzes Resumé meiner eigenen Untersuchungen beschränken. Ich verwandte zu meinen Versuchen von den übertragbaren Infectionsstoffen jenen der Tuberculose und des Milzbrandes.

I. Versuche mit tuberculösem Material.

Von miliaren Tuberkeln dicht durchsetzte, frische Menschenlunge wurde fein zerschnitten und zugedeckt 24 Stunden lang mit Wasser stehen gelassen. Die über der zerriebenen Tuberkelmasse stehende Flüssigkeit wurde auf dem Deckglas nach **Ehrlich** gefärbt, und enthielt immer zahlreiche Tuberkelbacillen.

A. In der ersten Gruppe meiner Versuche gab ich zu den abgemessenen Mengen tuberculöser Flüssigkeit:

In der 1. Reihe 1 : 1000 Pepsin [3]) allein,
„ „ 2. „ 1 : 2000 Pepsin und 0,05—0,1 Proc. Salzsäure,
„ „ 3. „ 0,05—0,1 Proc. Salzsäure allein,
„ „ 4. „ 0,3 Proc. Galle [4]).

Sämmtliche Flüssigkeiten wurden in einem Brütkasten, dessen Temperatur 37—38° C. betrug, aufbewahrt, und mit Rücksicht auf Latitude des Verdauungszeitraumes wurden von den einzelnen tuberculösen Flüssigkeiten nach Verlauf von 1—6 Stunden 5—8 ccm Kaninchen und Meerschweinchen in die Peritonealhöhle injicirt. Um hinsichtlich der Virulenz des ursprünglichen Tuberkelmaterials Gewissheit zu erlangen, habe ich in sämmtlichen Fällen mit der mikroskopischen Untersuchung mich nicht zufrieden gegeben, sondern die tuberculöse Flüssigkeit — die schon a priori für virulent angenommen werden dürfte — Controlkaninchen injicirt.

Ein Theil der zu meinen Versuchen verwendeten Thiere starb an intercurrenten Krankheiten; die vor dem 17. Tage nach der Inoculation Erlegenen zeigten dem unbewaffneten Auge keine Spur von tuberculöser Infection; über diesen Zeitpunkt hinaus kam die gelungene Infection mit immer bestimmteren Symptomen zum Ausdruck. — Die nach 6 Wochen verstorbenen oder getödteten Thiere zeigten ohne Unterschied den ausgebildeten Befund der allgemeinen Tuberculose, — und zwar ebenso jene, welchen die in der oben beschriebenen Weise mit Verdauungssäften behandelte Flüssigkeit, als die, welchen das ursprüngliche Tuberkelmaterial injicirt worden war. — Hieraus darf einerseits gefolgert werden, dass das benutzte Material eine infectiöse Wirkung besass, andererseits, dass es diese Wirkung bei der angegebenen Pepsin-, Salzsäure- und Gallenmengen nicht einbüsste [5]).

B. Bei den wiederholten Versuchen wurden der tuberculösen Flüssigkeit zugesetzt:

1 . . . . 1 : 1000 Pepsin allein.
2 . . . . 1 : 1000 Pepsin und 0,29861 Proc. Salzsäure,
3 . . . . 0,29861 Proc. Salzsäure allein,
4 . . . . 0,3 Proc. Galle.

Die Gemenge wurden auch in dieser Versuchsreihe bei 37—38° C. Temp. 1—6 Stunden lang aufbewahrt und dann in die Bauchhöhle injicirt.

Auch diese Thiere fielen zum Opfer einer tuberculösen Infection, folglich sind die genannten Bestandtheile der Verdauungsflüssigkeit auch in jener beträchtlichen Concentration ausser Stande, die Infectionsfähigkeit des Tuberkels aufzuheben.

II. Versuche mit Milzbrandmaterial.

Zu diesem Zwecke diente mir frisches Blut — in einigen Fällen zerriebene Milzsubstanz — von mit Anthrax absichtlich inficirten Thieren als Material. —

A. Je 10 ccm reines, destillirtes Wasser wurden mit 3—4 Tropfen Blut und in der

1. Versuchsreihe 1 : 1000 Pepsin allein,
2. „ 1 : 1000 Pepsin und 0,29861 Proc. Salzsäure,
3. „ 0,29861 Proc. Salzsäure allein,
4. „ 0,3 Proc. Galle versetzt. —

Das weitere Verfahren glich dem in der Tuberculose. — Das mit Pepsin behandelte Material tödtete die Versuchsthiere binnen 24 Stunden, die Galle enthaltende Flüssigkeit erst nach $2^1/_2$—$4^1/_2$ Tagen; dagegen blieb bei Verimpfung der mit Salzsäure, oder mit Pepsin und Salzsäure behandelten Flüssigkeiten die Milzbrandinfection aus. —

B. Bei wiederholten Versuchen mit Milzbrandmaterial nahm ich:

1. 3 : 1000 Pepsin allein,
2. 1,5 : 1000 Pepsin und 0,06 Proc. Salzsäure,
3. 0,12 Proc. Salzsäure allein,
4. 0,3 — 0,4 Proc. Galle. —

Auch in diesem Versuch waren die mit der Pepsinwirkung ausgesetzt gewesenen Anthrax inficirten Thiere die ersten Opfer. —

Die 0,12 Proc. Salzsäure enthaltende Flüssigkeit zeigte sich nach einer Stunde noch virulent, nach Verlauf von 6 Stunden hingegen verlor sie ihre Infectionsfähigkeit. Es ist wohl bekannt, dass die Zeitdauer, während welcher die Infectionsstoffe der Einwirkung der Desinficientien unterworfen sind, ein sehr wichtiges Moment bildet, und wenn dieser Umstand in Erwägung gezogen wird, so sehe ich keinen Widerspruch zwischen meinen und **Falk**'s Versuchsergebnissen, laut den Letzteren wäre die Salzsäure schon bei 0,11 Proc. also bei einer noch geringeren, als der in meinen Versuchen angewendeten Concentration fähig den Infectionsstoff des Milzbrandes zu vernichten. In **Falk**'s Versuchen hatte aber die Einwirkung 3 bis 24 Stunden lang gedauert. —

Es braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden, dass bei der Absicht Desinfectionsversuche practisch zu verwerthen eine lange Einwirkungsdauer nicht für richtig erkannt werden kann, da die Verdauung im Magen — wie dies übrigens auch von **Falk** betont wird — noch bevor jener Zeitraum verstrichen — wenigstens zum Theil — abgelaufen ist.

Bei den sub II. B. beschriebenen Versuchen ist ferner noch der Umstand beachtenswerth, dass mit 1,5 : 1000 Pepsin combinirt schon 0,06 Proc. Salzsäure selbst nach 1stündiger Einwirkung hinreichend waren um die Milzbrandinfection zu verhindern. —

Als Resultat geht also aus meinen Untersuchungen hervor, dass 0,29861 Proc. Salzsäure mit 1 : 1000 Pepsin selbst nach 6 Stunden lang währender Einwirkung nicht im Stande sind den Infectionsstoff der Tuberculose zu vernichten, ferner, dass die Anthraxbacillen nach kürzere Zeit z. B. eine Stunde lang dauernder Einwirkung von 0,12 Proc. Salzsäure sich als infectionsfähig erweisen.

Zieht man in Erwägung, dass jene Momente, denen beim Verdauungsprocess hinsichtlich der Bakteriumtödtung wirklich eine Rolle zufällt, nicht constant vorhanden sind, dass nämlich die Menge der freien Salzsäure, deren antiparasitäre Wirkung bei gewissen Concentrationen und gewissen Organismen gegenüber nicht bezweifelt werden kann, beträchtlichen Schwankungen unterworfen ist; ferner, dass der Magensaft die zu vordauende Masse nicht in der vollständigen Weise durchdringen, und auf dieselbe nicht so lange einwirken kann, als zur vollständigen Desinfection nothwendig ist, und bei den Versuchen im Laboratorium zur Anwendung kommt; — dies in Betracht gezogen muss man **Falk**'s Ansicht theilen, und mit den Worten schliessen, dass: „Die Verdauungssäfte, wie sie die Entwicklung grösserer Schmarotzer thierischer und pflanzlicher Natur im Digestionskanale nicht verhüten, so auch den pathogenen und

[1]) Die von **Colin, Koch, Buchner, Renault** bei Carnivoren mit milzbrandiger Nahrung vorgenommenen Fütterungversuche lieferten ein negatives Resultat.

[2]) **Virchow**'s Arch. XCIII. 2. Heft.

[3]) **Witte**'sches Präparat, von dessen Wirkungsfähigkeit auf Eiweiss ich mir noch vor Beginn meiner Versuche Ueberzeugung schaffte.

[4]) Käufliches Fel tauri inspissat.

[5]) Peritoneum, Diaphragma, Netz, Mesenterium, Lungen, in einzelnen Fällen auch Milz und Nieren waren von Miliartuberkeln dicht durchsetzt; in Lungen und Leber waren auch viele verkäste Heerde anzutreffen, ferner war sehr oft ein von der Impfstelle zu einem Darmstück ziehendes, mit diesem und der Bauchwand fest verwachsenes, resistentes cystisches Gebilde mit dicker Wandung von röthlicher Farbe, mit rahmartigen zum Theile verkästen Inhalt vorhanden.

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

specifischen infectiösen Mikroorganismen keinerlei schwer überwindliche Hindernisse in den Weg legen."

Budapest, 10. März 1884.

V. Die Rückkehr der Deutschen Cholera-Commission.

Konnte man die beiden Wochen nach Ostern die Congresswochen nennen, so tragen die ihnen folgenden zweifellos die Signatur der Deutschen Cholera-Commission und ihres Führers Robert Koch. Die Anerkennungen, welche ihm zu Theil geworden sind, begannen schon in Egypten, wo die Commission, wie das British Medical - Journal mittheilt, am 19. v. Mts. ankam. Auch dort beabsichtigten die in Alexandrien practicirenden Aerzte, ihm und seinen Begleitern ein Banquett darzubieten, aber Koch lehnte es ab, weil sein Gesundheitszustand erschüttert sei. Wie das Blatt jedenfalls fälschlich meint, litt er an den Wirkungen der indischen Malaria. Bekanntlich haben auch die Wiener und Münchener Collegen von einer öffentlichen Feier zu Ehren der Entdecker des Cholerapilzes abstehen müssen. Um so freudiger und enthusiastischer ist aber der Empfang in Berlin gewesen.

Wir veröffentlichen an einer andern Stelle dieser Nummer die Begründung des Gesetzentwurfs einer Dotation für die Mitglieder der Cholera-Commission, für die dem Kaiser von der Reichsregierung 135000 Mark zur Verfügung gestellt sind. Die einstimmige Annahme ohne irgend eine Kritik steht sicher zu erwarten.

Die politischen Zeitungen haben berichtet, dass Koch und seine Begleiter sowohl vom Kaiser, als dem Kronprinzlichen Paare empfangen worden sind. Eine Reihe von Festlichkeiten war zu prognosticiren, kaum aber die Begeisterung, welche in allen Kreisen den Heimgekehrten entgegengetragen wird, was der Staatsminister von Bötticher in seiner Reichstagsrede mit Recht besonders betont hat.

In überaus feinsinniger Weise hat der Kaiser den Mitgliedern der Commission seinen Kaiserlichen Dank und seine Befriedigung mit ihrer Thätigkeit kund gegeben. Nicht nur ist Dr. Koch der Kronen-Orden II. Classe mit dem Stern, den Stabsärzten Dr. Gaffky und Dr. Fischer der Rothe Adler-Orden III. Classe verliehen worden (eine seltene Ausnahme, da sie die vorhergehenden Classen noch nicht besassen) sondern die Verleihung ist durch eine besondere Auszeichnung dadurch noch ehrenvoller geworden, dass die Decoration an Combattanten mit schwarzweissem Band getragen werden soll.

Eine besonders warme und schöne Begrüssung hatte das Kaiserliche Gesundheitsamt seinen zurückgekehrten Mitgliedern bereitet. In der Ansprache hob Dr. Struck mit Recht hervor, dass er es gewesen sei, der die Bedeutung Koch's schon vor Jahren erkannt, als seine Bestrebungen und Arbeiten noch lange nicht von dem Erfolge gekrönt waren, die ihn jetzt zu einem unsterblichen Meister gemacht hätten. Anknüpfend an diese Stunde, wo es Herrn Koch vergönnt gewesen sei, dem Kaiser die Resultate seiner bahnbrechenden Arbeiten über die Tuberculose persönlich vorzuführen, übergab er demselben die von Reinhold Begas modellirte lebensgrosse Büste des Kaisers auf geschmackvollem Sockel als Geschenk des Gesundheitsamtes, als Zeichen der grossen und aufrichtigen Freude desselben über die glücklich erfolgte Rückkehr der Commission von der gefahrvollen fast neunmonatigen Expedition. Auch die Herren Dr. Fischer und Gaffky erhielten prachtvolle Photographien des Kaisers zur freundlichen Erinnerung. Geh.-Rath Koch ergriff darauf im Namen der Commission das Wort und dankte für den feierlichen Empfang mit warmen Worten. Die Commission sei dem Personal und der Ausrüstung nach aus dem Schoosse des Gesundheitsamtes hervorgegangen und bilde daher recht eigentlich eine Commission des Gesundheitsamtes. Eine gleiche Theilnahme wie hier habe sie während der ganzen Expedition begleitet. Er speciell danke für die schöne Büste des Kaisers, die ihn um so mehr erfreue, als sie ihn an die für ihn so denkwürdige Stunde des Empfanges bei Sr. Majestät sowohl wie an den gestrigen Tag erinnere, an welchem er so besonders ausgezeichnet worden sei. (Die Commissionsmitglieder waren Tags vorher von dem Kronprinzen in Audienz empfangen und zum Diner geladen worden, wo ihnen durch denselben im Namen des Kaisers hohe Auszeichnungen verliehen worden waren.)

VI. Aus der holländischen Litteratur.

Weekblad van het tijdschrift voor Geneeskunde, Jahrgang 1883.

Mitgetheilt durch

Dr. Schumacher II. (Aachen.)

I. Jodoform bei Phthisis laryngea. No. 4.

Bei einem Schwindsüchtigen war bei angeborener Reizbarkeit der Gaumenpartien, durch zahlreiche isolirte Ulcera der Fauces und secundäre Schwellung der Uvula eine so hochgradige Dysphagie hervorgerufen worden, dass bei der durch Wohnungsverhältnisse unmöglich gemachten Ernährung per anum oder Magensonde die Gefahr der Inanition drohte. Inhalationen von Jodoformdämpfen (Jodoform in kochendem Wasser suspendirt) brachten nach achttägiger Anwendung bedeutende Erleichterung und innerhalb einer weitern Woche völliges Verschwinden der Dysphagie zu Stande. Fauces und Uvula waren in gleicher Zeit inzwischen zur Norm zurückgekehrt.

II. Aus der Klinik des Prof. Pel in Amsterdam. Ueber die Anwendung der Convallaria majalis bei Herzkrankheiten. No. 10.

Gegenüber der ausgezeichneten, altbewährten Heilkraft der Digitalis bei Herzerkrankungen tritt ihr störender Einfluss auf die Verdauung, ihre sogenannte cumulative oder ihre direct schädliche Wirkung bei längerer Verabreichung bisweilen so sehr in den Vordergrund, dass das Streben nach idealerm Ersatz des Fingerhutkrautes ein nicht ungerechtfertigtes ist. Schon in dem 1796 in Amsterdam herausgegebenen vortrefflichen Werk von Sepp („Abbildungen der Arzneigewächse") wird die Convallaria majalis als ein früher bei Herzkrankheiten vielfach angewendetes, damals aber schon obsolet gewordenes Arzneimittel angeführt. Im Jahre 1830 stellte dann Valz aus der Pflanze zwei wirksame Stoffe dar, das Convallamarin und das Convallarin. Wie spätere Untersuchungen ergaben, ist das Convallarin allein als medicinisch verwendbar anzusehen. — Ebenso galt die Conv. maj. schon seit langer Zeit in Russland als gutes Volksmittel zur Bekämpfung der Wassersucht.

In der neuern Zeit wurde sowohl von russischen Aerzten (siehe Referat im Centralblatt für klin. Med. 1881) als ganz besonders von dem pariser Kliniker Germain See (bulletin géneral de Therapeutique 1882) die Conv. maj. wiederum in ihrem Einwirken auf das Herz studirt und ihre Anwendung enthusiastisch empfohlen. Sie sollte bei Herzkrankheiten, die mit Ascites gepaart sind, alle andern Arzneimittel und diätetischen Vorschriften übertreffen.

Diesen Lobreden trat Leyden (siehe diese Wochenschrift 1881) mit seinem der Conv. maj. jegliche günstige Beeinflussung absprechenden Urteil entgegen, indem er weder für Pulsfrequenz noch für Diurese und Dyspnoe irgend welchen Erfolg der Conv. majal. constatirte.

Angeregt durch die in den vorliegenden, neuern Veröffentlichungen sich kundgebende Ungleichheit der Ansichten über die Verwendbarkeit der Conv. maj. stellte Pel nochmals in 17 verschiedenen Fällen mit dem extr. conv. maj. aquosum Untersuchungen an über den Werth der Pflanze als Herz- und Nierenmittel. Er bediente sich einer Tagesdosis von 1,50 und gebrauchte etwa 230,0 des Extractes.

Das Resultat seiner Beobachtungen fasst Pel in folgenden Sätzen zusammen, die zwar nicht so völlig über die Conv. maj. den Stab brechen, wie Leyden dies gethan, ebenso sehr aber vor Anschluss an die Lobredner der Pflanze warnen müssen.

a) Das extract. conv. maj. aquosum hat selbst in grossen Dosen genommen, keine schädlichen Einwirkungen, in einzelnen Fällen scheint es die Darmentleerung zu befördern.

b) Als Tonicum für den Herzmuskel und als Diureticum scheint es unwirksam zu sein bei Schwächezuständen des linken Ventrikel, wie diese speciell bei chronischen Nierenkrankheiten vorkommen, dagegen kann es tonisirend wirken bei Insufficienz der Mitralklappe in der Periode der sog. Compensationsstörung.

c) Obgleich es im Vergleich mit der Digitalis keine schädliche Nebenwirkung hat, kann es dennoch mit letzterm Mittel in keiner Beziehung concurriren, sodass selbst bei dringender Indication von einem Versuch mit dem extr. conv. maj. abzurathen ist.

Zum Schlusse weist Pel darauf hin, dass möglicherweise die Verschiedenheit des Bodens, auf dem in den einzelnen Ländern die Conv. maj. wächst, auf die abweichenden Urtheile der Autoren von Einfluss ist.

VII. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Generalversammlung am Montag, den 5. Mai 1884.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Schriftführer: Herr A. Fränkel.

Der Schriftführer, Herr A. Fränkel, erstattet Bericht über das verflossene Vereinsjahr: Im Jahre 1883/84 fanden statt:

1. 16 grössere Vorträge.
2. 3 Referate.
3. 24 Demonstrationen, resp. Krankenvorstellungen.
4. 10 grössere Discussionen.

ad 1. Die Vorträge betrafen folgende Gegenstände und wurden von folgenden Herren gehalten.

1. Herr Baer, über das Vorkommen von Phthisis in Gefängnissen.
2. Herr Schiffer, über eine toxische Substanz im Harn.
3. Herr Croner, über Diphtherie.

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

4. Herr Lublinski, chronische Bleiintoxication und ihr Verhalten zur Albuminurie.
5. Herr Langgaard, über Aconitinpräparate.
6. Herr Erhardt, über römische Fieber.
7. Herr Jastrowitz, über Pfortadertrombose.
8. Herr Friedlaender, Ueber die Pneumoniecoccen.
9. Herr Lublinski, Distanzherzgeräusch.
10. Herr Litten, Hämoglobinämie und Hämoglobinurie.
11. Herr Becher, Amaurose bei Scharlach.
12. Herr Bernhardt, Tetanus hydrophobicus.
13. Herr Croner, Nephritis nach Mumps.
14. Herr P. Guttmann, Hernia diaphragmatica.
15. Herr Leyden, Ueber spontane Peritonitis.
16. Herr A. Fraenkel, puerperale Peritonitis.

ad 2. Die 3 Referate umfassten folgende Gegenstände:

1. Ist den Diabetikern das Schrotbrod zu empfehlen? Ref. Herr Schiffer.
2. Ueber die Bedeutung der allgemeinen Faradisation und der elektrischen Bäder. — Ref. Herr Bernhardt.
3. Ueber die Arseniktherapie der Lungenphthise. Ref. Herr Kempner.

ad 3. Die Demonstrationen und kleineren Vorträge betrafen folgende Gegenstände und wurden von den nachbenannten Herren gehalten:

1. Herr Wernicke, ein Fall von Hirnrindenläsion (nebst Krankenvorstellung).
2. Herr Israel, Demonstration einer pyonephrotischen Niere.
3. Herr P. Guttmann, Tuberkelbacillen bei Ulcerationen des weichen Gaumens.
4. Herr Lewy, ein Fall von Myocarditis diphtheritica.
5. u. 6. Herr Lassar, Demonstration einiger Hauterkrankungen.
7. Herr Leyden, Praparat von Syphilis des Herzens.
8. Herr Leyden, Fall von operirtem Pyopneumothorax.
9. Herr Stadthagen, Ein Fall von Lähmung nach Diphtherie.
10. Herr Baginsky, mikroskopische Präparate.
11. Herr Schaposchnikow a. Gast (Moskau), ein Fall ausgebreiteter Steinbildung in beiden Nieren.
12. Herr Liebreich, über Quecksilberpräparate.
13. Herr Ehrlich, mikroskopische Präparate von leukämischem Blut.
14. Herr Leyden, Präparate von Fleischpepton (nach Kochs).
15. Herr Israel, Resection eines tuberculös erkrankten Gelenkes.
16. Herr Hofmann, Demonstration des Cibils'schen Fleischextracts und eines Reagens (Kaliumquecksilberjodid) auf Eiweiss.
17. Herr Becker a. Gast, Die Coccen der Osteomyelitis.
18. Herr Pedell, ein Fall von Gicht und Nierenschrumpfung bei chronischer Bleivergiftung.
19. Herr Behrendt, einige Fälle von Hauterkrankung.
20. Herr Posner, Demonstration von Gallensteindünnschliffen.
21. Herr Pedell, ein Fall von Larynxstenose.
22. Herr Strassmann, mikroskopische Präparate.
23. Herr Stadthagen, ein Fall von chronischer Quecksilberintoxication.
24. P. Guttmann, Demonstration eines Präparates von Situs viscerum inversus.

Der Verein hatte im vorigen Vereinsjahre 1882/83 182 Mitglieder. Die Zahl derselben am Ende des jetzigen Vereinsjahres beträgt 211, so dass ein Zuwachs von 29 Mitgliedern stattgefunden hat. Durch Tod verlor der Verein die Herren Geheimrath Veit und Dr. Steinauer. Ausgeschieden zum Theil in Folge von Aenderung ihres Wohnsitzes sind 9 Mitglieder.

Der Bibliothekar, Herr Wernich, theilt mit, dass die Vereinsbibliothek jetzt über 600 Nummern umfasst, darunter 324 grössere Bände und etwa 300 Brochuren, Dissertationen, Separatabdrücke etc. In neuster Zeit hat die Bibliothek einen werthvollen Zuwachs erhalten durch eine Anzahl von Herrn Börner überwiesener Jahrgänge seltener französischer und amerikanischer Zeitschriften. — Der Verein tauscht 7 Zeitschriften gegen seine Verhandlungen aus. Nebenarbeiten hat die Bibliothek gehabt durch das Einsammeln der Fragekarten zur Sammelforschung; ferner ist ein Album mit Photographien der correspondirenden und der verstorbenen Mitglieder angelegt. Die Bibliothek leidet immer noch unter dem Mangel an Raum, und muss der Verein die Schaffung eines eigenen Heims im Auge behalten.

Alsdann gelangt folgendes Schreiben des Rechnungs-Revisors, Herrn Klaatsch, der durch eine Reise am Erscheinen verhindert ist, zur Verlesung:

„In Gemeinschaft mit dem Kassenrevisor Herrn Geheimrath Dr. Reich habe ich die uns von dem Kassenführer Herrn Sanitätsrath B. Marcuse vorgelegten Bücher und Rechnungen geprüft und haben wir sie in bester Ordnung mit den nöthigen Belegen versehen und en calculo richtig befunden.

Die Einnahmen und Ausgaben des Jahres 1883 balancirten mit 2545 Mark 67 Pfennigen.

Es verblieb ein baarer Kassenbestand von

605 Mark 10 Pfennigen

von dessen richtigem Vorhandensein wir uns überzeugten.

Ende 1882 fand sich ein Bestand von

615 Mark 65 Pfennigen.

Es sind mithin in diesem Jahr nur 10 Mark 55 Pfennige mehr ausgegeben worden als die laufenden Einnahmen betrugen.

Dieses Resultat muss als ein sehr günstiges angesehen werden gegenüber den beträchtlichen Anforderungen die an die Finanzen des Vereins gestellt wurden, unter denen die gegen früher um das Doppelte erhöhte Miethe für das neue, wesentlich bessere Lokal, die an jedem Vereinsabend 25 Mark beträgt, die erste Stelle einnimmt.

Der Verein ist im Stande gewesen mit seinen Mitteln dafür einzutreten, die Sammelforschung in Fluss zu bringen und hat dafür 305 Mark ausgegeben, eine Aufwendung, welche sicher die volle Zustimmung aller Mitglieder findet.

Ausserdem hat noch die Anschaffung eines Spindes für die Bibliothek aus der Kasse stattgefunden.

Dass diese Ausgaben gemacht werden konnten, ohne dass neue Steuern verlangt und ohne dass die früheren Bestände in nennenswerther Weise angegriffen wurden, ist dem Umstande zu danken, dass in dem verflossenen Jahr die Kasse nicht für Vergnügungen in Anspruch genommen wurde, für die sie 1881 541 Mark, 1882 200 Mark ausgegeben hatten.

Zum Schluss mussten wir als Revisoren dem Kassenführer nochmals unsere besondere Anerkennung aussprechen für die musterhafte, bis in alle Details durchgeführte Ordnung und beantragen ihm Decharge zu ertheilen."

Herr Leyden spricht allen den Herren, die im verflossenen Vereinsjahr im Interesse des Vereins sich so vielfacher Mühwaltungen unterzogen haben, in erster Linie dem Kassenführer, den Kassenrevisoren und dem Bibliothekar den Dank des Vereins aus.

Alsdann tritt der Verein in die Berathung der vom Vorstande vorgeschlagenen Statutenänderungen ein.

§ 3 der Statuten lautete bisher:

Die Leitung und Vertretung des Vereins geschieht durch den Vorstand. Derselbe besteht aus einem Vorsitzenden, zwei Stellvertretern desselben, drei Schriftführern, einem Kassenführer und dem Vorsitzenden der Aufnahme-Commission.

Derselbe wird in folgender neuen Fassung angenommen:

Die Leitung und Vertretung des Vereins geschieht durch den Vorstand. Derselbe besteht aus einem Vorsitzenden, zwei Stellvertretern desselben, drei Schriftführern, einem Kassenführer, dem Vorsitzenden der Geschäftscommission und dem Bibliothekar.

§ 4 der Statuten lautete bisher:

Neben dem Vorstande besteht eine aus einem Vorsitzenden und 9 Mitgliedern zusammengesetzte Aufnahme-Commission.

Derselbe wird in folgender neuen Fassung angenommen:

Neben dem Vorstande besteht eine aus einem Vorsitzenden und 15 Mitgliedern zusammengesetzte Geschäftscommission. Derselben liegt die Aufnahme neuer Mitglieder nach den Bestimmungen der Statuten ob, sowie ausserdem die Berathung und Vorbereitung aller innern und äussern Angelegenheiten des Vereins, sofern sie derselben durch den Vorstand überwiesen werden.

§ 5 der Statuten lautete bisher:

Die Amtsdauer des Vorstandes und der Aufnahme-Commission erstreckt sich auf ein Jahr. Alljährlich im Monate April findet die ordentliche General-Versammlung des Vereins statt. In derselben erfolgt die Wahl des Vorstandes, der Aufnahme-Commission und zweier Rechnungsrevisoren in geheimer Abstimmung nach absoluter Stimmenmehrheit und in getrennten Wahlgängen für je einen Vorsitzenden, die Schriftführer, den Kassenführer, die Aufnahme-Commission, deren Vorsitzenden und die Revisoren. Die ausscheidenden Mitglieder sind wieder wählbar, dürfen jedoch nicht länger als drei Jahre hintereinander dasselbe Amt bekleiden.

Derselbe wird in folgender neuen Fassung angenommen:

Die Amtsdauer des Vorstandes erstreckt sich auf ein Jahr. Alljährlich im Monat April findet die ordentliche General-Versammlung des Vereins statt, in welcher die Neuwahl nach absoluter Stimmenmehrheit in geheimer Abstimmung und in getrennten Wahlgängen erfolgt mit folgender Maassgabe:

Der Vorsitzende, sowie die beiden Stellvertreter sind wieder wählbar, jedoch nur in drei auf einander folgenden Jahren in derselben Stellung.

Von den Schriftführern scheidet alljährlich Einer aus und ist für das nächste Jahr nicht wieder wählbar.

Von der Geschäftscommission scheidet alljährlich der dritte Theil aus, und sind die ausscheidenden Mitglieder für das nächste Jahr nicht wieder wählbar.

Für den Vorsitzenden der Geschäftskommission, den Kassenführer, die Rechnungs-Revisoren und den Bibliothekar besteht keine Beschränkung der Wiederwahl.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

§ 8 der Statuten lautete bisher:

Jeder Vorschlag zur Aufnahme eines Candidaten muss von einem ordentlichen Mitgliede dem Vorstande schriftlich eingereicht werden. Die eingegangenen Gesuche werden dann der Aufnahme-Commission zur Prüfung und zur Beschlussfassung überwiesen. Zu einer beschlussfähigen Sitzung der Aufnahme-Commission ist die Anwesenheit eines Vereinsvorsitzenden und mindestens $^2/_3$ ihrer Mitglieder erforderlich: sie fasst ihre Beschlüsse nach einfacher Majorität. Bei Zurückweisung eines Candidaten steht dem Vorschlagenden das Recht der Berufung an den Verein zu.

Derselbe wird in folgender neuen Fassung angenommen:

Jeder Vorschlag zur Aufnahme eines neuen Mitgliedes muss von einem ordentlichen Mitgliede des Vereins dem Vorstand der Geschäftscommission schriftlich eingereicht werden. Derselbe sorgt für die Bekanntmachung des Antrags mit der gedruckten Tagesordnung.

Die Aufnahme geschieht in der Geschäftscommission mit Zweidrittel Majorität der Anwesenden.

Bei Zurückweisung eines Candidaten steht dem Vorschlagenden das Recht der Berufung an den Verein zu.

§ 12 der Statuten lautete bisher:

Abänderungen der Statuten können nur in der ordentlichen Generalversammlung, auf deren Tagesordnung die beantragten Aenderungen stehen, durch absolute Majorität beschlossen werden. Derartige Anträge müssen, von mindestens $^1/_5$ sämmtlicher ordentlicher Mitglieder unterzeichnet, einen Monat vorher dem Vorstande schriftlich eingereicht werden.

Derselbe wird in folgender neuen Fassung angenommen:

Anträge auf Abänderung der Statuten müssen von zehn Mitgliedern unterstützt dem Vorstande eingereicht und von diesem der Geschäftscommission überwiesen werden. Dieselben kommen nur dann vor das Plenum der General-Versammlung, wenn sie von der Majorität der Geschäftscommission angenommen sind.

Hieran schliesst sich die statutenmässige Neuwahl des Vorstandes, Geschäftsausschusses etc., bei welcher bereits die Bestimmungen der neuen Statutenparagraphen in Kraft treten.

An Stelle des zum Ehrenpräsidenten des Vereins ernannten bisherigen Vorsitzenden, Herrn v. Frerichs, wird Herr Leyden durch Acclamation einstimmig zum Vorsitzenden gewählt, ebenso Herr Fraentzel zum I. stellvertretenden Vorsitzenden. Die Wahl zum II. stellvertretenden Vorsitzenden fällt, nachdem Herr Waldeyer, der ebenfalls in Vorschlag gebracht, gebeten, von seiner Wahl Abstand zu nehmen, auf Herrn Klaatsch.

Von den drei Schriftführern, den Herren Litten, Ewald und A. Fraenkel scheidet statutengemäss einer aus, und zwar hat diesmal das Loos zu entscheiden. Dasselbe trifft Herrn Litten, an dessen Stelle Herr P. Guttmann gewählt wird. In der Minorität bleiben die Herren S. Guttmann, Landau und Lassar.

Der Vorsitzende des Geschäftsausschusses, Herr Orthmann, der Kassirer, Herr Marcuse, der Bibliothekar, Herr Wernich, werden in ihren Aemtern bestätigt, desgl. Herr Reich als Kassenrevisor; an Stelle des Herrn Klaatsch wird Herr Werner zum zweiten Kassenrevisor gewählt.

Die neun Mitglieder der alten Aufnahme-Commission, die Herren Bernhardt, Boas, Goltdammer, Riess, R. Ruge, Becher, S. Guttmann, Ebell und H. Strassmann werden als Mitglieder des neuen Geschäftsausschusses bestätigt und die Herren Litten, Jastrowitz, Croner, Waldeyer, Löwenstein und Landau neu in denselben gewählt.

Sodann gelangt ein Antrag des Herrn Goltdammer zur Annahme, der Verein wolle den zurückgekehrten Leiter der Deutschen Cholera-Commission, Herrn Geh.-Rath Koch eine Bewillkommnungs-Adresse überreichen. Der Vorstand, dem zu diesem Behufe das Cooptationsrecht zugestanden wird, erhält den Auftrag, über die näheren Modalitäten der Ueberreichung zu befinden.

Zur weiteren Erledigung der Tagesordnung erhält sodann das Wort:

Herr Waldeyer: Ueber den lymphatischen Apparat des Pharynx.

Prof. Waldeyer bespricht das in der Rachengegend vorhandene lymphatische Gewebe. Nach der Entdeckung der Pharynxtonsille von Lacauchie, der Tonsilla tubaria von J. v. Gerlach, so wie nach der jetzt sicher gestellten Erkenntniss, dass auch die Zungenbalgdrüsen in ihrer Gesammtheit nur eine flächenhaft ausgebreitete Tonsillarformation darstellen — „Tonsilla lingualis“ möchte sie der Vortragende benennen — ergiebt sich, dass um die ganze Rachen- und obere Pharynxgegend herum ein Ring lymphatischen Gewebes herumzieht, welcher folgendermaassen verläuft: Von der Tonsilla pharyngea zieht derselbe zur Gegend der Tubenmündung, zur Tonsilla tubaria, von da zur Tonsilla faucium, dann um den Rand des Arcus glossopalatinus herum zur Tonsilla lingualis, von wo er zur anderen Seite hinübergeht, um dort auf demselben Wege zur Pharynxtonsille zurückzukehren.

Die Tonsillen sind in diesem Ringe nur stärkere Anhäufungen des lymphatischen Gewebes, welches in der genannten Gegend nirgends fehlt und auch in den intertonsillären Strecken überall nachgewiesen werden kann. Nach den Untersuchungen des Vortragenden erstreckt sich das lympatische Gewebe auch noch weit in die Nasenhöhle hinein bis zur Mitte etwa der mittleren und unteren Muschel, so wie weit abwärts an der hinteren Pharynxwand. Man könnte diesen Ring adenoiden Gewebes, den „Tonsillarring“ oder den „lymphatischen Rachenring“ benennen.

Der Vortragende geht dann kurz auf eine nähere Charakterisirung des lymphatischen Gewebes ein und verweist auf die pathologisch wichtige Thatsache, dass bei Infectionen Körpergegenden mit reichlich entwickeltem lymphatischen Gewebe vorzugsweise ausgesetzt sind: so die Gegend des lymphatischen Rachenringes, die Conjunctiva, die untere Partie des Ileum an der Coecalklappe, die Uterinschleimhaut, und andere in dieser Beziehung ähnlich gebaute Regionen.

Schliesslich berührt Redner die interessanten und, wie ihm scheint, sehr wichtigen Funde Ph. Stöhr's in Würzburg, welcher eine normale continuirliche Durchwanderung von lymphatischen Zellen der Tonsillengegend sowie der Darmschleimhaut durch das intacte Epithel hindurch zur Rachenhöhle, bezw. zum Darmlumen hin, feststellte, und alle diejenigen lymphatischen Apparate, bei denen die Lymphkörperchen bis dicht unter die Epitheldecke vorgeschoben sind, als „periphere Lymphdrüsen“ bezeichnet und sie den tiefer gelegenen gegenüberstellt. Neuerdings hat Stöhr die in zwei Fällen von Pyothorax eruirte Thatsache hinzugefügt, dass bei starken Eiterungen die normale Leucocyten-Wanderung aus den Tonsillen aufhört. —

Herr Wernich: Ich möchte an den Herrn Vortragenden die Anfrage richten, ob es neben dem eben beschriebenen lymphatischen Ringe auch einen lymphatischen Analring giebt?

Herr Waldeyer: Die betreffende Partie der Analgegend zeigt keine erheblichen lymphatischen Anhäufungen.

Herr Leyden: Ich möchte die Frage stellen, ob Herr Waldeyer uns sagen kann, in wieweit dieser Pharynxring mit der Diphtherie in Beziehung steht?

Herr Waldeyer: In dieser Gegend ist bekanntlich die Localisation der Diphtherie am häufigsten, und ich habe immer den Gedanken nicht los werden können, dass diese Structurverhältnisse nach dieser Richtung hin einen Einfluss ausüben.

Herr A. Baginsky: Ich möchte mir an den Herrn Vortragenden die Frage erlauben, ob nicht in der Beschaffenheit des lymphatischen Apparates des Pharynx Unterschiede bestehen, zwischen den jüngeren Altersstufen und Erwachsenen. Gelegentlich meiner Untersuchungen des kindlichen Darmkanals, welche in Virchow's Archiv publicirt sind, und sich auf die Entwickelung von der Foetalperiode bis zum 3. Lebensjahre beziehen, war mir aufgefallen, dass die lymphatischen Gebilde des Intestinaltractes mit zunehmender Altersstufe nicht unbedeutend gegen die übrigen Gewebstheile in der Entwickelung zurücktreten. Es wäre wohl möglich, dass sich die Verhältnisse am Pharynx in gleicher Weise gestalten. Dies würde auch vielleicht eine Aufklärung geben für die beträchtliche Vulnerabilität der kindlichen Schleimhäute gegenüber derjenigen der Erwachsenen und für die leichtere Infectionsfähigkeit der Kinder; so konnte ich auch schon damals den Nachweis führen, dass gerade bei den Infectionskrankheiten eine beträchtliche Schwellung der Lymphendothelien im kindlichen Intestinaltract auftreten, und die Vermuthung aussprechen, dass dieselbe durch einwandernde Mikroorganismen erzeugt werde, — eine Vermuthung, für welche ich in den weiter geführten Untersuchungen Beweise zu erbringen allerdings nicht in der Lage bin. —

Herr Waldeyer: Soweit meine Erfahrungen reichen, kann ich vorläufig nur constatiren, dass bei Kindern die ganze Rachengegend ausserordentlich viel enger construirt ist als bei Erwachsenen, und dass also dieselben lymphatischen Gebiete, die bei Erwachsenen auf einen viel grösseren Raum vertheilt sind, bei Kindern sehr viel enger zusammenliegen. Ich kann nicht sagen, ob hier eine absolute Zunahme des lymphatischen Gewebes vorliegt oder nur eine relative mit Bezug auf die grössere Enge des Raumes.

Schluss der Sitzung $9^3/_4$ Uhr.

VIII. Medicinischer Verein zu Greifswald.

Sitzung vom 8. März.

Vorsitzender: Geh. Med.-Rath Pernice.
Schriftführer: Stabsarzt Schondorff.

Prof. Rinne spricht über den Verband und die Nachbehandlung der Hüftgelenksresection mittels antiseptischer Tamponade der Wunde. R. hatte während seiner langjährigen Assistentenzeit am städtischen allgemeinen Krankenhause in Berlin bei einem sehr grossen Material

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Erfahrung gewonnen, dass die Heilung der Resections-Wunden bei fungösen Gelenkleiden, speciell bei tuberculöser Coxitis, trotz sorgfältiger Entfernung der kranken Gewebe und peinlicher Befolgung der antiseptischen Maassregeln in den weitaus meisten Fällen sehr langsam von statten ging, dass langdauernde Eiterungen das Gewöhnliche, locale tuberculöse Recidive und langbestehende Fisteln häufig, eine primäre solide Verheilung der Wunde ohne Fisteln sehr selten vorkamen. Die Behandlungsmethode war die von Volkmann inaugurirte: Nach Entfernung der kranken Knochentheile mit Säge und scharfem Löffel, sorgfältiges Ausräumen aller fungös erkrankten Weichtheilmassen, Desinfection, Nahtverschluss und Drainage der Wunde, grosser antiseptischer Compressiv-Verband. R. ging von der Ansicht aus, dass es vielleicht rathsamer sei, auf die prima intentio von vornherein zu verzichten und statt dessen eine zwar langsamere aber solide Heilung der Wunde von der Tiefe her zu erstreben. Er liess deshalb die Operationswunde offen und stopfte sie fest aus mit Carbolgaze. Die Wunde wurde nach vollendeter Operation sorgfältig desinficirt, dann mit einem Carbolschwamm oder Gazebausch ausgetüpft, um alle Flüssigkeit aus derselben zu entfernen; dann wurde die ganze Wundhöhle mit Karbolgaze fest austamponirt und nun ein typischer Lister-Verband darüber angelegt. R. benutzte die Methode zuerst im April 1881 in der Privatpraxis bei einem 5jährigen Kinde, das an Caries des Schenkelkopfes und der Pfanne mit Perforation der letzteren, sowie einem grossen Glutäalabscess litt. Der Erfolg entsprach den Erwartungen vollkommen. Bei vollständig reactionslosem Verlauf lag der erste Verband 14 Tage; beim Verbandwechsel zeigte sich die Wunde ganz reactionslos und trocken, die Verbandstoffe waren blutig imbibirt von einer leichten Capillärblutung nach der Operation, aber ganz trocken. Der Gazetampon war mit den Wundrändern so fest verklebt, dass eine Entfernung ohne Verletzung der Granulationen und starke capilläre Blutung nicht möglich gewesen wäre. Es wurde deshalb mit dem Irrigatorstrahl der Tampon allmählich losgeweicht und dann sorgfältig hervorgezogen (hierbei trat nur eine leichtere capilläre Blutung ein). Die Wunde sah vorzüglich aus, war überall mit guten Granulationen ausgekleidet. Als die Blutung nach Irrigation mit kaltem Karbolwasser stand, wurde die Wunde mit Jodoform ausgestreut und wieder mit Karbolgaze fest ausgestopft. Der weitere Verlauf war nun folgender: 12 Wochen post operationem war die Wunde vollständig mit solider tief eingezogener Narbe verheilt. Es waren noch 4 Verbände nöthig, zum Theil wegen Verunreinigung von aussen. R. entfernte jetzt nur den äusseren Verband, während der Tampon in der Wunde liegen blieb; war dieser mit Secret imprägnirt, so wurde er durch einen Fingerdruck ausgepresst. Es blieb aber immer dieselbe Gaze in der Wunde liegen. Es zeigte sich nun die interessante Thatsache, dass der Gazepfropfen immer mehr aus der Wunde hervorgetrieben wurde, resp. dass die Wundränder sich immer tiefer um denselben einzogen, bis die Gaze ganz herausfiel und nur noch mit den tiefsten Lagen auf dem an Stelle der tiefen Wunde existirenden flachen Granulationsknopfe fest sass. Diese adhärente Gaze wurde nicht entfernt. Der Rest der Wunde heilte unter dem trocknen Schorf, während das Kind schon umherging. Im übrigen bestand die Nachbehandlung in Anwendung der permanenten Extension und des Volkmann'schen Tutors beim Gehen während des 1. Jahres nach der Operation. Das Kind ist dauernd geheilt geblieben, bis jetzt hat sich keine Fistel gebildet. Es scheint also eine radicale Ausheilung des Processes stattgefunden zu haben. R. hat diese Nachbehandlungsmethode der Hüftgelenkresection im ganzen 10mal in seiner Privatpraxis angewandt und fand den beschriebenen günstigen Verlauf in fast allen Fällen bestätigt. Von den 10 Fällen sind 7 ohne Zurücklassung von Fisteln geheilt und geheilt geblieben, der 1. Fall wurde vor 3 Jahren, der jüngste vor $1^1/_4$ Jahr operirt. In sämmtlichen Fällen war der tuberculöse Zerstörungsprocess schon erheblich vorgeschritten; es wurde erst dann zur Resection geschritten, wenn eine Zerstörung des Schenkelkopfes oder der Pfanne, oder ein Abscess nachweisbar war. In 2 Fällen war Caries des hinteren oberen Pfannenrandes vorhanden. Trotzdem erfolgte Heilung ohne Fistel. Die 3 nicht geheilten Fälle waren sehr maligner Natur: Bei einem erkrankte 6 Wochen nach der Operation das andere Hüftgelenk und machte auch dessen Resection nöthig; bei 1 war ausgedehnte Caries der Pfanne, Beckenabscess, sowie eine ausgedehnte tuberculöse Infiltration der Musculatur der Hüfte vorhanden. Diese beiden Fälle haben jetzt, 2 Jahre nach der Operation, noch Fisteleiterung. Der 3. Fall, eine 20jährige Frau, die zur Zeit der Operation äusserst herunter gekommen war und ausgedehnten Decubitus hatte, ging an Erschöpfung 6 Wochen nach der Operation zu Grunde. — R. glaubt, dass diese Methode der Wundtamponade folgende wesentliche Vortheile vor der Behandlung mit Nahtverschluss und Drainage hat:

1. Die prompte Blutstillung. Es werden nicht nur die oft lange nachsickernden capillären Blutungen, sondern auch kleinere arterielle Blutungen durch die feste Tamponade augenblicklich gestillt. Bei stärkeren Hämorrhagien stopfte R. die Wunde zunächst temporär aus und wechselte dann nach wenigen Minuten die blutig durchtränkte Gaze mit frischer. Durch das feste Andrücken und Ansaugen der Gaze an die Wundflächen wird jede Nachblutung verhindert, die Wundfläche trocken erhalten und somit am besten einer Secret-Verhaltung vorgebeugt.

2. Die Gaze wirkt vermöge ihrer Capillarität als Drain und da sie der Wunde überall anliegt als sehr prompter und ausgiebiger Secretleiter, der noch den Vorzug hat, das Secret auch nach oben zu leiten.

3. Das Antisepticum kommt überall dauernd mit der Wunde unmittelbar in Contact. Wenn nun auch eine specifische Einwirkung desselben auf das Tuberkelgift nicht behauptet werden soll, so hält R. doch für möglich, dass bei der besprochenen Behandlung der Infectionsstoff einen weniger günstigen Nährboden findet als beim Verschluss der Wunde.

4. Die Wunden sind auffallend unempfindlich bei der Tamponade. Die Schmerzhaftigkeit hängt, abgesehen von Entzündung, zum grossen Theil davon ab, dass das obere Femurende gegen Wunde und Pfanne drückt. Dies wird durch den Gazepfropfen verhütet. Die Schmerzlosigkeit wurde in allen Fällen constatirt.

5. Die Wundversorgung nach der Operation ist in erheblich kürzerer Zeit auszuführen, als bei Naht und Drainage, ein Umstand, der bei schwächlichen Personen und in der Privatpraxis sehr ins Gewicht fällt.

6. Der Verbandwechsel ist sehr viel seltener nöthig. Schon der erste Verband, was sehr wesentlich ist, kann fast immer 8—14 Tage liegen, man kommt dadurch über die erste Reaction hinweg, braucht die Patienten nicht in den ersten Tagen, wo sie vielfach an Chloroform-Dyspepsien leiden, und durch die Operation geschwächt sind, der umständlichen Manipulation des Verbandwechsels zu unterwerfen. In den letzten Fällen hat R. gewöhnlich nach 8 Tagen den ersten Verband gewechselt, dann die Wunde mit Jodoformgaze tamponirt. Die weiteren Verbände lagen dann durchschnittlich 4 Wochen.

7. Dadurch, dass die Wunde von unten her sich mit Granulationen füllt, erzielt man sicherer einen soliden festen Narbenverschluss der Wunde. Die Gesammtheilungsdauer wird hierdurch nicht verlängert.

In der Discussion betont Prof. Vogt die principielle Bedeutung dieser Wundbehandlung durch Tamponade, in dem Verzicht auf die Naht, um kein Wundsecret zu verhalten, und doch Noxen von aussen abzuhalten. Er habe diese Wundbehandlung in ausgedehnter Weise durchgeführt und empfehle sie besonders für diejenigen Verwundeten, welche aus der civilärztlichen Praxis den Kliniken zur weiteren Behandlung überwiesen würden; könne man nicht sofort alles Secret entleeren, so nähe man nicht, halte die Wunde frei. Kocher habe die überflüssige und in hohem Grade belästigende Secundärnaht für seine Wismuthbehandlung empfohlen, deren Intoxicationsgefahr ihre Anwendung ausschliesst. Zur Tamponade empfiehlt sich deshalb am meisten Jodoformgaze, weil sie einen trocknen Schorf giebt. Sublimatgaze desinficirt nicht in gleichem Maasse; die Wunden riechen danach. Carbolgaze ist bei Kindern nicht ohne Gefahr.

Bei vielen grösseren Operationen, z. B. bei Exstirpation des Talus, empfiehlt sich diese Tamponade, in der Privatpraxis bei mangelnder Assistenz, bei Schwierigkeit einer sofortigen Vollendung eines typischen Occlusivverbandes, oder bei der Unmöglichkeit alle Wundsecrete herauszuspülen. Durch Tamponade geschieht die Blutstillung in Verbinbindung mit Hochlagerung oft besser als nach Unterbindung der kleinen Gefässe. Endlich vermeidet man am Hals, Becken, Bauch durch dieses Verbandverfahren die schwierigen und unsicheren grossen Occlusiv-Verbände. Dieselben liessen wegen des wechselnden Umfanges der Brust- und Bauchhöhle, wegen der Bewegungen des Halses immer zu wünschen übrig. Er habe mit Nutzen an Stelle der von Volkmann geübten Operations- und Verbandmethode bei der Radicaloperation der Hydrocele folgendes Verfahren angewendet, freie Incision der Hydrocele, Excision der Tunica vaginalis propria bis auf knapp anliegende Umhüllung um den Hoden durch die nachfolgende Naht, Ausstopfung der darüber liegenden Wundhöhle mit Jodoformgaze, darüber Compresse von essigsaurer Thonerde ohne einen das Becken umfassenden Occlusivverband. In dieser Weise ausgeführte Hydrocele-Operationen seien in 3 Wochen geheilt. — Dr. Schondorff bezweifelt die von Prof. Rinne als wahrscheinlich hingestellte günstigere Bedingung für die dauernde Heilung einer Hüftgelenkresection bei zurückgebliebenen fungösen Wucherungen durch die Tamponade statt der Drainage, weil man dem auf der Gaze fixirten Jodoform bei der Tamponade nur eine ganz locale Wirkung vindiciren dürfe und erinnert andererseits an die von Kuester publicirte und wie die Section später-

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hin ergab, erfolgreiche Jodoformgazetamponade der blutenden Arteria vertebralis. Prof. Rinne ergänzt diese Beobachtung durch Mittheilung wirksamer Tamponaden-Behandlung bei Blutung aus der Vena jugularis, der Arteria vertebralis nach einer Schussverletzung. — Geheim. Med.-Rath Pernice berichtet über einen colossalen Hydrops ascites eines blühenden jungen Mädchens von 14 Jahren ohne jede nachweisbare Ursache. — Dr. Schondorff referirt über zwei gleichzeitig beobachtete Fälle einer Fractur des Köpfchens des zweiten Metatarsalknochens, welche einmal durch Sprung auf einen Stein, und das andere Mal durch Schlag mit einem Kolben trotz starker Fussbekleidung zu Stande kamen, von den Kranken wegen der geringfügigen Beschwerden durch 14 Tage vernachlässigt wurden und bei der Untersuchung an Luxation der Zehen erinnerten. Feste Verbände konnten den Ausgang in Pseudarthrose ohne wesentliche Functionsstörung nicht mehr hindern. Der zweite Metatarsalknochen erscheine für Fracturen besonders disponirt, weil er die First der Mittelfussstrebepfeiler bildet und weil sein Köpfchen, die übrigen Metatarsalknochen überragend, beim Sprunge am meisten belastet wird. — Prof. Vogt bestätigt die Häufigkeit deform geheilter Fracturen der Metatarsalknochen und empfiehlt zur Heilung frischer Fracturen Verbände, welche die Zehenbeuger und Strecker ausschalten.

IX. III. Congress für innere Medicin — Berlin 21.—24. April 1884.

III. Sitzung. Dienstag den 22. April, Vormittags 10 Uhr.

Vorsitzender: Herr Gerhardt (Würzburg); später Herr Frerichs.

Ueber Poliomyelitis und Neuritis.

Referent: Herr Leyden.

Zuvörderst gab Herr Leyden eine ausserordentlich eingehende von gesunder Kritik durchwebte Darstellung der historischen Entwickelung, welche die Anschauungen über diesen Krankheitsprocess durchgemacht haben. Wechselvoll, so resumirte er, sei der Entwickelungsgang der Poliomyelitis gewesen. Nachdem man sich lange gegen eine ihr entsprechende Anschauung gesträubt hat, eroberte sie sich schnell die Sympathie und die Anerkennung aller Herzen, aber kaum auf der Höhe ihres Ruhmes angelangt, erfuhr sie wesentliche Wandlungen ihres Ansehens. Greifen wir auf die schematisch-zusammenfassende Arbeit von Duchenne und Joffroy zurück, so umfasst sie eigentlich doch nur 3 Krankheiten.

1) Die atrophische Kinderlähmung und die ihr identische, seltenere atrophische Lähmung der Erwachsenen, welche eine wirkliche Poliomyelitis ist, mit der Bildung kleiner myelitischer Entzündungsheerde in den Vorderhörnern der grauen Substanz des Rückenmarks.

2) Die progressive Muskelatrophie (u. Bulbärparalyse). Diese umfasst eine Gruppe von Krankheiten, von denen ein Theil garnicht spinalen Ursprungs ist (Pseudohypertrophie, juvenile, hereditäre Formen). Nur eine und zwar die schwerste Form ist eine Spinalerkrankung mit Atrophie der Ganglienzellen, aber sie ist keine Entzündung, keine Poliomyelitis, sondern eine Systemerkrankung, ein eigenthümlicher degenerativer Process, welcher sich über die ganze Ausbreitung des motorischen Systems erstreckt.

3) Die dritte Form endlich, die subacute Spinalparalyse Duchenne's ist höchst wahrscheinlich gar keine Spinalerkrankung, sondern eine degenerative multiple Neuritis.

Merkwürdiger Weise wird gerade die Letztere, trotzdem sie vermuthlich gar keine Rückenmarkerkrankung sei, gewöhnlich als Poliomyelitis bezeichnet, weil die Acten über die anatomische Natur des Processes noch nicht abgeschlossen seien; daher die Einen sie willkürlich als Poliomyelitis, die Anderen als multiple Neuritis bezeichnen. Dagegen werden die anderen beiden Krankheiten, trotzdem für sie eine Erkrankung der grauen Substanz des Rückenmarks erwiesen ist, kaum mehr als Poliomyelitis bezeichnet, es sind vielmehr die alten symptomatischen Bezeichnungen, atrophische Kinderlähmung und progressive Muskelatrophie resp. Bulbär-Paralyse wiederum und zwar mit gutem Grunde in ihr altes Recht eingetreten. Auf beide Krankheiten geht Leyden nun, wesentlich gestützt auf die Fülle seiner eigenen Untersuchungen, ein. Was zuvörderst die progressive Muskelatrophie anlangt, so verfehlt der Vortragende nicht die Entwickelung der verschiedenen Anschauungen zu Tage zu legen. Im Anschlusse daran präcisirt er in höchst anschaulicher Weise die Differenzen, welche zwischen ihm und Charcot vorhanden sind. Sie bestehen wesentlich in zwei Punkten nämlich 1) dass nach Charcot zuerst die Muskelspasmen auftreten, dann die Muskelatropie sich entwickelt, während nach seiner Auffassung, wie es eben der progress. Muskelatrophie entspricht, von vornherein das Symptom der Muskelatrophie herrscht, im Anfang freilich zuweilen in schwer nachweisbarer Form. 2) Nach Charcot bilden die Muskelspasmen ein wesentliches, nahezu constantes Symptom der Krankheit; nach Leyden's Erfahrungen fehlt dasselbe häufig oder entwickelt sich erst in späten Stadien der Krankheit in Folge der abnormen Haltung der Glieder. Wesentlich hat sich die Differenz der Ansichten auf das Vorhandensein und Fehlen der Muskelspasmen zugespitzt. Die Differenz würde sich vermindern, wenn man dem genannten Symptom seine principielle Bedeutung nimmt.

Der Vortragende habe vor 6 Jahren alle bisher bekannten Untersuchungen über die progressive Muskelatrophie und Bulbär-Paralyse zusammengestellt und die von ihm vertretenen Grundsätze zu stützen versucht; eine Einigkeit sei aber noch nicht erzielt. Er selbst habe die seit jener Zeit publicirten hierher gehörigen Fälle zusammengestellt und verglichen, es ergebe sich wiederum das gleiche Resultat. Ein Theil der Beobachter stelle sich auf seine Seite und erwähne das Fehlen von Muskelcontracturen und Spannungen; ein anderer schliesse sich dem Typus Charcot's an und beschreibe entschieden Contracturen.

Entweder also sei das Symptom der Muskelspannung nicht von principieller Bedeutung, es kann fehlen oder kann vorhanden sein oder es handelt sich um zwei verschiedene Krankheitsformen. Für die letzte Auffassung haben sich einige Autoren ausgesprochen, indem sie annahmen, dass der Process der Py. S. Sclerose entweder von den weissen Strängen ausgehe und dann Spasmen bewirke, oder von der grauen Substanz und dann schlaffe Lähmung und Atrophie erzeuge. Diese Hypothese kann L. durchaus nicht anerkennen. Der anatomische Charakter der Py. S. Sclerose ist ein so scharf ausgesprochener, dass er unmöglich zwei Processe und zwei Krankheiten umfassen kann. Ehe nicht ein Fall von Seitenstrangsclerose ohne Betheiligung der grauen Substanz unzweifelhaft nachgewiesen sei, so lange sei seines Erachtens die Annahme unhaltbar, dass der Process in einer Reihe von Fällen von der weissen, in einer anderen von der grauen Substanz ausgehen könne. So einfach es scheint eine solche Differenz zuzulassen, so wird man nicht übersehen dürfen, dass diese Differenz zwei in ihrem ganzen Wesen verschiedene Krankheiten bedingen müsste, und das ist bei ein und demselben anatomischen Processe nicht wohl denkbar.

Herr Leyden geht nun zur multiplen Neuritis über. Auch über diese Affection bringt er zuvörderst ein reiches historisches Material bei, einschliesslich zweier von ihm selbst veröffentlichter wichtiger Fälle mit nachfolgender Muskelatrophie, Fälle die sich in ihrem Verlauf dem Krankheitsbilde der sogenannten Poliomyelitis angeschlossen haben.

Diese Beobachtungen scheinen L. schon deshalb von besonderer Bedeutung zu sein, weil sie nicht allein eine Degeneration, sondern einen unzweifelhaft neuritischen Process erweisen, der sich an einer circumscripten Stelle der Nerven etablirt hatte und sich nach oben zu alsbald verlor, während er nach unten in die Degeneration von Nerven und Muskeln überging. Der 2. Fall zeigte, analog einem von Eichhorst beschriebenen, besondere charakteristische Eigenschaften dieses neuritischen Processes. Hiermit war anatomisch das Vorkommen einer besonderen, vom Rückenmark durchaus unabhängigen an vielen Nerven zugleich auftretenden Neuritis nachgewiesen, welche L. als multiple Neuritis bezeichnet hat. Die späteren Stadien dieser Neuritis gaben den gleichen anatomisch-mikroskopischen Befund, wie er schon in früheren Fällen geschildert war. Ob es sich um eine besondere Krankheit mit einem eigenen Symptomencomplex handelt, steht noch dahin, ebenso das Verhalten zu Duchenne's subacuter, vorderer Spinallähmung der sog. Poliomyelitis. Da indessen unzweifelhafte Rückenmarksbefunde für die Anschauung der Poliomyelitis bisher nicht geliefert sind, wohl aber die multiple degenerative Neuritis zahlreiche Bestätigungen gefunden hat, so neigt sich die Mehrzahl der Neurologen gegenwärtig zu der Ansicht, dass die Krankheiten, welche man bisher als Poliomyelitis diagnosticirte, wohl in der Regel eine multiple Neuritis sein möchten.

L. schliesst sich im Allgemeinen diesem Standpunkt an, warnt aber auch hier vor schematisirender Einseitigkeit. So lange nicht zweifellose Beweise dafür vorlägen, dass die spinalen Ganglienzellen auch im Gefolge peripher neuritischer Processe erkranken und atrophiren können, so lange ist das Loos der Poliomyelitis noch nicht entschieden. Sondern wir aber, ohne einseitig zu sein, die wohlconstatirten Fälle von multipler Neuritis aus, so ergeben sie ein wohl charakterisirtes Krankheitsbild, welches von vielen Seiten Beifall und Bestätigung, auch Bereicherung und Erweiterung gefunden hat.

L. giebt eine kurze Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der Neuritis, auf deren Wiedergabe wir hier verzichten müssen, indem wir sofort auf das klinische Krankheitsbild übergehen. Als den Typus der multiplen Neuritis betrachtet L. das acute oder subacute Auftreten von Lähmungen, welche die Extremitäten, in der Regel symmetrisch, häufig alle vier, zuweilen nur zwei befallen, welche Lähmungen nach dem Ende der Extremität zu am stärksten sind. Hiervon giebt es Ausnahmen, welche häufig aber nicht immer zur Muskelatrophie führen. Dabei bestehen gewöhnlich einige sensible Symptome, welche auf die Entzündung der Nerven bezogen werden können. Dem Ausbruche gehen mitunter Prodrome vorher, bestehend in rheumatoiden Schmerzen der Extremitäten, welche kommen und verschwinden. Dann bricht die Krankheit häufig ziemlich plötzlich aus, unter Fiebererscheinungen und einer deutlichen Muskelschwäche, welche sich bis zur Lähmung steigert und in der Regel die eben geschilderte typische Verbreitung hat. Nur selten ist die ganze Extremität gleichmässig gelähmt, die Lähmung ist am stärksten in Hand und Fuss, Unterschenkel und Unterarm, geringer im Oberarm und Oberschenkel. Nicht immer werden alle Theile gleichzeitig ergriffen, im Gegentheil die Krankheit zeigt in ihrer ersten Periode eine ausgesprochene Disposition sich auszubreiten und entspricht dadurch nicht selten der Landry'schen aufsteigenden Paralyse. Die Schnelligkeit der Ausbreitung, die Intensität der Lähmung wechselt je nach der Intensität der Fälle. Nicht immer bleibt die Lähmung auf die Extremitäten beschränkt, mehrmals waren die Augenmuskeln und der Facialis ergriffen, selten die Rumpfmuskeln und die Athemmuskeln. Oefter war das Herz betheiligt, was, wie es scheint, auf einer Affection des Vagus beruht, doch sind auch in der Herzsubstanz selbst Erkrankungsherde vorgefunden worden (Leyden. Scheube.)

Der Charakter der Muskellähmung ist der schlaffe, die passive Bewegung stösst auf keinen Widerstand, der Muskel ist weich und schlaff. Die sensibeln Reflexe sind verringert, die Sehnenreflexe fast immer erloschen. Im weiteren Verlaufe dieser Lähmung kommt es nun häufig zur Atrophie und damit zu Veränderungen der electrischen Erregbarkeit. Die Atrophie ist bald nur geringfügig und vorübergehend, bald hochgradig und langdauernd, bald vollkommen irreparabel. Alsdann sieht man definitive Contracturen sich einstellen, welche jedoch nicht auf Muskelspannung sondern auf ungleichmässige Atrophie und Verkürzung zu beziehen sind.

Die sensibeln Symptome sind Schmerzen reissender Art, oft sehr heftig, continuirlich oder paroxysmenweise exacerbirend. Sie ziehen nach

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

dem Verlaufe der Nerven doch so, dass sie nach dem Ende der Extremität am stärksten und ausgebreitetsten sind. Sie beschränken sich an der Hand nicht etwa auf das Gebiet der Radialis, sondern verbreiten sich über die ganze Hand, ziehen bis in die Fingerspitzen. Nach oben zu wird der Schmerz beschränkter und nimmt an Intensität ab, zieht sich aber doch mitunter bis zur Schulter u. Hüfte. Ausser den Extremitäten treten die neuritischen Schmerzen, wenn auch selten, so doch zuweilen am Rumpf, im Nacken und im Kreuz auf. Die Heftigkeit der Schmerzen wechselt sehr. Sie sind mitunter von unerträglicher Heftigkeit und der entsetzlichsten Hartnäckigkeit.

Diese Schmerzen sind an Händen und Füssen gewöhnlich von dem Gefühl des Pelzigseins, der Formication, des Einschlafens verbunden, ein Gefühl, welches selbst äusserst lästig und schmerzhaft sein kann. Da das Formicationsgefühl gerade bei Druck auf die Nerven einzutreten pflegt, so ist sein Vorhandensein bei dieser Neuritis von interessanter Bedeutung.

An die Schmerzen schliesst sich gewöhnlich eine lebhafte Hyperästhesie an.

Die Sphincteren bleiben der Regel nach intact. Die Allgemeinerscheinungen sind sehr wechselnd. Nicht selten besteht Fieber, sogar ein ziemlich intensives mit starker Affection des Allgemeinbefindens, Pat. klagt über Benommenheit des Sensoriums. Dabei kommen vor: grosse Prostration, Verstimmung; in anderen Fällen ist das Allgemeinbefinden wesentlich durch die heftigen Schmerzen alterirt, in noch anderen Fällen nur wenig beeinträchtigt.

Bezüglich der Aetiologie müssen Gelenkrheumatismus sowie andere Infectionskrankheiten (Diphtherie, Ileotyphus und Erysipel, als disponirend hervorgehoben werden. Auch Abusus spirituosorum und Syphilis sind zu nennen. Nehmen wir hierzu noch die Japanische Beriberi, so ergiebt sich eine unzweifelhafte Beziehung der m. N. zu Infectionskrankheiten verschiedener Art. Ob die Keime von Infectionskrankheiten selbst bei der Neuritis betheiligt sind, ob man, dies vorausgesetzt, denselben Keim oder verschiedene annehmen müsse, darüber fehlt es noch selbst an Anhaltspunkten, man könnte nur Vermuthungen aussprechen. Der Verlauf kann ein sehr acuter, ein subacuter und ein chronischer sein.

Mit der besseren Einsicht in das Wesen der Krankheit ist die Therapie erfreulicher Weise fortgeschritten. Von salicylsaurem Natron sah L. mehrfach gute Erfolge, noch neuerdings einen sehr eclatanten, in einem Falle, wo die Neuritis mit Gelenkaffection verbunden war und beide schnell durch Salicylsäure verschwanden. Bei hohem Fieber können ausser der Salicylsäure auch andere Antipyretica gegeben werden, namentlich das Chinin, doch ist die Anwendung kalter Bäder entschieden zu widerrathen, laue Bäder (event. mit Uebergiessungen) sind nach allgemeiner Indication anzuwenden.

Sodann ist das Jodkalium und Jodnatrium zu empfehlen, welches sich, wie überhaupt bei Neuritis so auch hier öfters bewährt hat. Unentbehrlich in der Behandlung der Neuritis sind die Narcotica besonders das Morphium. Opium, Chloral, etc. sind Ersatzmittel, welche hier wie in anderen Fällen versucht werden können.

Im Stadium der Regeneration sind Tonica, wie Chinin, Eisen, Nux vomica bewährt.

Von grosser therapeutischer Bedeutung ist das allgemeine Verhalten und hier besteht in der ersten ansteigenden Periode unzweifelhaft die Indication darin, Ruhe der afficirten Muskeln zu halten. Es wäre ganz falsch, hier frühzeitig durch Muskelübung dem Fortschritt der Lähmung und Atrophie entgegenarbeiten zu wollen.

Von grosser Bedeutung ist ferner die electrische Behandlung dieser Fälle, nur besteht ein grosser Uebelstand darin, dass die Electricität wegen der Schmerzhaftigkeit mitunter gar nicht anzuwenden ist. So lange die Hyperästhesie lebhaft ist, ist aber die Electrisation, wenn überhaupt, höchst vorsichtig anzuwenden.

An die Electricität schliesst sich als ein Unterstützungsmittel die Massage an, welche auch bei Beginn der Krankheit öfters wegen der grossen Empfindlichkeit nicht ertragen wird. Weiterhin eignet sie sich wohl zur therapeutischen Anwendung.

Endlich kommen Bäder zur Anwendung, im Anfang zur Beruhigung der Schmerzen, der entzündlichen Erscheinungen: einfache warme Bäder, Schwefelbäder. Später zur Beförderung der Regeneration: Soolbäder, Eisenbäder, Moorbäder. Sie eignen sich besonders zur Nachkur und befördern äusserlich die Regeneration der erkrankten Nerven und Muskeln.

Zum Schluss seien noch zu äusserlicher Anwendung milde und narkotische Einreibungen erwähnt.

Der Correferent, Herr Schultze-Heidelberg, geht von der viel discutirten Lehre von der progressiven Muskelatrophie aus und bespricht kurz das bekannte Buch von Friedreich über diesen Gegenstand. Ein grosser Theil der von diesem Autor angeführten Fälle ist zwar als primäre Myopathie auch nach unseren jetzigen Kenntnissen aufzufassen, ein anderer Theil aber gehört verschiedenen anderen Krankheitsformen an, die wir von der genuinen Muskelatrophie trennen gelernt haben. Bei einem der 5 Sectionsfälle Friedreich's, welche nach diesem Autor einen normalen Nervenbefund darboten, fand Redner eine exquisite Vorderhornseitenstrangatrophie (sogenannte amyotrophische Lateralsclerose): bei einem zweiten eine mindestens zweifelhafte Veränderung der Vorderhörner. Die übrigen konnten nicht nachuntersucht werden.

Vor allem hat man das Bild der Charcot'schen amyotrophischen Lateralsclerose abscheiden lernen, die ein bestimmtes klinisches Krankheitsbild ergiebt. Das Fehlen oder Vorhandensein einzelner Symptome, nämlich der Rigidität und Contractur der Muskeln, bei gleicher anatomischer Grundlage und die diesbezügliche Differenz zwischen Leyden und Charcot wird sich durch die Annahme erklären lassen, dass einmal die Pyramidenbahnen, das andere Mal die vordere graue Substanz zuerst erkranken und langsam atrophiren. Redner schlägt anstatt des allerdings ziemlich eingebürgerten Namens der amyotrophischen Lateralsclerose für diese Erkrankung den Namen der motorischen Tabes vor, im Gegensatz zu der gewöhnlichen sensorischen Tabes dorsalis. Es handelt sich bei dem zu Grunde liegenden Krankheitsprocesse um keine Sclerose im eigentlichen Sinne. Die Localisation des Nervenfaserschwundes ist eine systematische; ob nicht manchmal doch sensorische Partien mitergriffen werden, muss Redner dahingestellt sein lassen; in manchen Fällen dieser Krankheit spielen dauernde Schmerzen, die auch ausserhalb der Muskeln localisirt sind, eine grosse Rolle. Ob regelmässig der atrophirende Process in den Vorderhornganglienzellen ein so erheblicher ist, dass die peripheren Veränderungen als rein secundärer Natur aufgefasst werden müssen, steht noch dahin.

Die zweite Erkrankung, welche aus dem Sammelbegriffe der progressiven Muskelatrophie auszuscheiden ist und bereits ausgeschieden wurde, ist diejenige, bei welcher anatomisch eine isolirte Degeneration der vorderen grauen Substanz analoger Art wie bei der mit Pyramidenschwund complicirten gefunden wurde. Bei ihr erkranken gewöhnlich dieselben Muskeln wie bei der motorischen Tabes, es zeigen sich Entartungsreaction und fibrilläre Zuckungen; der Verlauf ist progressiv und endet gewöhnlich mit Bulbärparalyse, mit Kernschwund gewisser Bulbärkerne. Sie wird häufig als typische Form der progressiven Muskelatrophie angeführt, ein Name, der von den verschiedenen Autoren in verschiedenem Sinne aufgefasst wird und deshalb zu Unklarheiten führt. Erst dann sollte von einem Typus gesprochen werden, wenn eine hinreichend grosse Zahl klinisch und anatomisch genau untersuchter Fälle eine entschiedene Gleichartigkeit des Befundes ergiebt. Auch der sogenannte Duchenne-Aran'sche Typus ist keineswegs als solcher anzuerkennen; es fehlen die beweisenden anatomischen Befunde.

Ueberhaupt sind nur sehr wenige sichere Fälle dieses primären spinalen Ganglienschwundes bisher bekannt; in verschiedenen, die als solche gelten, ist der Befund an den Ganglienzellen ein zu geringfügiger, um die hochgradigen peripheren Veränderungen in den Muskeln erklären zu können; so z. B. in einem Falle von Pick und in demjenigen des Correferenten selbst. Wenn eine Systemerkrankung vorliegt, könnten ganz wohl die peripher gelegenen Nervenabschnitte (die intramusculären Muskelnervenendigungen?) gelegentlich einmal früher erkranken als die Ganglienzellen. Um hochgradige periphere secundäre Degeneration zu erzeugen, sind schon starke primäre Läsionen erforderlich, wie Correferent aus neueren Erfahrungen bei ausgebreiteter multipler Sclerose ohne secundäre Degeneration nachzuweisen vermag.

Auf die sonstigen chronisch sich entwickelnden secundären Muskelatrophien bei primären Erkrankungen der vorderen grauen Substanz z. B. bei Höhlenbildung, bei Tumoren etc. wird nicht näher eingegangen.

Unzweifelhaft peripherer Natur ist die Pseudohypertrophie der Muskeln; sie geht klinisch ohne Entartungsreaction, ohne fibrilläre Zuckungen einher und stets fehlen spastische Erscheinungen, sensible Störungen und Bulbärparalyse. Wie weit die Muskelnervenendigungen afficirt sind, wissen wir allerdings noch nicht. Der Grund, den man für die centrale Natur dieser Affection trotz der entgegenstehenden anatomischen Befunde besonders häufig anführen hört, dass es sich nämlich um eine doppelseitige und symmetrische Erkrankung handle, kann unmöglich als stichhaltig anerkannt werden. Auch der von Erb neuerlich ausgesprochenen Hypothese, dass eine blos functionelle Schwäche der Ganglienzellen vorliegen könnte, kann Redner leider nicht beipflichten. Analog der Pseudohypertrophie der Muskeln verhalten sich andere Muskelatrophien mit dem gleichen Verhalten gegen den elektrischen Strom, mit dem Mangel jeder nervösen Störung. So z. B. der bekannte Lichtheim'sche Fall, welcher freilich einen differenten Muskelbefund darbot. Erb hat bekanntlich in neuester Zeit solche Fälle von Muskelatrophie Erwachsener, welche dieselbe Localisation wie bei der Pseudohypertrophie zeigen, und sich nur durch den Mangel von Lipomatose der Waden von diesen unterscheiden, als juvenile Muskelatrophie abgeschieden. Redner hält den zweiten Namen, den Erb dieser Krankheitsform gegeben hat, der Dystrophia muscul. progressiva für richtiger; er entspricht im Wesentlichen der primären myopathischen Form der progressiven Muskelatrophie, der progressiven Muskelatrophie schlechtweg, enthält aber noch die bisher abgetrennte Pseudohypertrophie mit. Ob diese Vereinigung wirklich vorgenommen werden darf, müssen noch weitere Beobachtungen, besonders auch des Muskelbefundes lehren. Wenn bei jugendlichen erwachsenen Individuen dieselbe Erkrankung wie die Pseudohypertrophie der Kinder entsteht, nur mit Wegfall der Wadenhypertrophie, so dürfte allerdings an der Identität beider Krankheitsformen nicht zu zweifeln sein.

Redner warnt davor, nun jede Muskelatrophie, die an den Handmuskeln entsteht, als spinale, und jede, die zuerst an den Rumpf- oder Schultermuskeln einsetzt, als primär myopathische anzusehen. Es giebt Fälle von Muskelatrophie der kleinen Handmuskeln ohne Entartungsreaction, ohne fibrilläre Zuckungen und ohne nervöse Symptome während langer Zeit; andererseits erkranken auch bei der Pseudohypertrophie schliesslich die Handmuskeln.

Ausser diesen langsam sich entwickelnden, neuropathischen oder myopathischen Atrophien wurden von Friedreich selbst Fälle von entschiedener Poliomyelitis acuta der Kinder und Erwachsenen zu seiner progressiven Muskelatrophie gezählt. So wenig die bisher betrachteten Veränderungen als chronische Poliomyelitis oder chron. Myositis betrachtet werden dürfen, so entschieden handelt es sich bei der allbekannten spinalen Kinderlähmung und der analogen Lähmung der Erwachsenen um eine echte Entzündung. Und zwar keineswegs immer der vorderen grauen Substanz allein, sondern auch der gesammten grauen Substanz und eines Theiles der Vorderseitenstränge, und wie Leyden einmal fand, selbst der Hinterstränge.

Dass es sich, wie Ziegler unlängst behauptet, nicht selten um einen Erweichungsprocess handelt, bestreitet der Vortragende; ebensowenig lässt sich eine primäre Blutung annehmen. Dass gelegentlich Schwierigkeiten in der Unterscheidung acut entstandener peripherer Lähmungen und echter Poliomyelitis besonders bei Kindern entstehen können, ist zuzugeben; dass aber nach einer früher von Leyden ausgesprochenen Meinung, die Rückenmarksaffection secundär sein könne und primär eine periphere Erkrankung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der peripheren Nerven zu Grunde liege, das stimmt mit dem klinischen Bilde der Krankheit nicht überein und ebensowenig mit dem anatomischen Befunde, welcher bisher wenigstens in den peripheren Nerven stets das Bild einer echten secundären Degeneration ergeben hat.

Ueber die Ursache dieser Erkrankung wissen wir noch immer nichts; weder die Annahme eines Trauma, welches sehr selten zu sein scheint, noch diejenige einer Erkältung scheinen dem Vortragenden auszureichen; es ist sehr wohl mit Strümpell an eine eigenartige Infection zu denken.

Sehr schwierig liegt die Frage der sogenannten subacuten und chronischen Poliomyelitis. Der Name dieser Erkrankungen ist zu frühzeitig erfunden worden, ehe er durch hinreichende anatomische Befunde begründet war. Die subacute Form ist zum Theil wohl mit der acuten Form gleichzustellen, wie in einem Eisenlohr'schen Falle; in anderen Fällen ist zugleich eine Degeneration der Seitenstränge vorhanden gewesen.

Die Lehre von der acuten und chron. aufsteigenden atrophischen Paralyse ist hier mit in Betracht zu ziehen. Unzweifelhaft beruht ein Theil der beobachteten Fälle von aufsteigender atrophischer Lähmung auf centralen Veränderungen, besonders wenn zugleich klinisch starke fibrilläre Zuckungen sich zeigen, wie bei der motorischen Tabes. In anderen Fällen liegt eine multiple chron. oder acute Degeneration der peripheren Nerven zu Grunde. Von einer chron. Poliomyelitis oder chron. Neuritis sollte man nur mit grosser Vorsicht sprechen, da gewöhnlich nur Degenerationsprocesse vorliegen, ähnlich wie bei der Bleilähmung, welche wesentlich periphere Bahnen befällt, gelegentlich aber auch geringfügige (ob sicher pathologische?) Veränderungen an den Ganglienzellen des Rückenmarkes zu setzen vermag. Die Unterscheidung zwischen multiplen peripheren Veränderungen und centraler Degeneration ist dann leicht, wenn sensible Störungen ausgeprägter Art vorhanden sind; durch Mangel derselben wird aber die periphere Entstehung nicht ausgeschlossen.

Bei der acuten Neuritis wird häufig z. B. für die Lehre vom Tetanus, von aufsteigender und absteigender Entzündung gesprochen: die sogenannten Reflexlähmungen werden ebenfalls durch aufsteigende Neuritis erklärt. Dass sich eine Entzündung mit Vorliebe gerade in den Nervenbahnen direct von Punkt zu Punkt fortpflanzt, ist noch nicht erwiesen; auch die auf Veranlassung des Herrn Referenten von Klemm angestellten Experimente ergeben nicht eine continuirlich sich fortpflanzende Neuritis. Die bei diesen Experimenten entstandene Allgemeininfection kann sehr wohl von den Blut- und Saftbahnen des ganzen Körpers aus auf verschiedene, von einander getrennte Abschnitte der peripheren Nerven eingewirkt haben.

Die Ursachen für die aufsteigenden Lähmungen, für centrale und peripher sich entwickelnde Degenerationen des Nervensystems sind noch recht unklar. Hier und da scheint Syphilis eine Rolle zu spielen; auffallend häufig bekommen Tuberculöse multiple periphere Nervendegenerationen.

Die Therapie ist leider in den meisten Fällen der besprochenen Erkrankungen ziemlich ohnmächtig; für die acute Form der Neuritis, ebenso wie für die acute aufsteigende Paralyse und für die acute Poliomyelitis empfiehlt sich das salicylsaure Natron. Für die chronischen Erkrankungen wird gewöhnlich die Electricität verwerthet. Leider ist der electrische Strom nicht im Stande, aus einer schwereren Lähmungsform eine leichte zu machen; er hat keinen deutlichen Einfluss auf die Regeneration. Nur ist es erwünscht, die für den Willen gelähmten Muskeln durch Contraction vermittelst der Electricität ihren normalen Lebensbedingungen näher zu bringen; das müsste aber in längeren Sitzungen und häufiger geschehen, als bisher üblich.

(Schluss folgt.)

X. Dreizehnter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

V.

Zweiter Sitzungstag Donnerstag, d. 17. April 1884.

Tagesordnung:

Morgensitzung im Amphitheater der königl. chirurg. Universitätsklinik Ziegelstrasse 5/9 von 10—1 Uhr.

Die Reihe der Demonstrationen eröffnete Hr. Bidder (früher in Mannheim, jetzt in Berlin) mit einem kleinen interessanten Präparate eines extrahirten und wieder implantirten Schneidezahns. Im Sommer 1879 hatte Pat. einen subperiostalen Abscess des Gaumens; nach 3 Wochen wurde der rechte zweite Schneidezahn wacklig. Krone und Wurzel desselben zeigten sich gesund und man entschloss sich den Zahn wieder hineinzusetzen; er glitt etwas tiefer in die Alveole wie vorher. Nun blieb er 3 Jahre sitzen und fiel 1882 wie ein wackliger Milchzahn aus. Es erwies sich, dass die Wurzel fast vollständig resorbirt und nur ein Schmelzrest vorhanden war. Bekanntlich war die Replantation gesunder Zähne von amerikanischen Zahnärzten empfohlen worden; diese Beobachtung lässt annehmen, dass nichts von Dauer damit geleistet wird.

Alsdann zeigte Hr. Bidder eine Verbesserung seines auf dem Chirurgen-Congress von 1880 demonstrirten Schienenapparates zur Streckung contrahirter Kniegelenke. Denselben hat Bidder wiederholt mit gutem Erfolge angewendet, wie folgender Fall beweist. Bei einem dreijährigen Knaben mit Tumor alb. des Kniegelenks bestand spitzwinklige Contractur, während das Gelenk von 7—8 Fisteln umgeben war. Nach Ausschabung der Fisteln und Einführung von Jodoformstäben wurde über den antiseptischen Verband die Extensionsmaschine angelegt und der Mutter die Weisung ertheilt, die Maschine alle 2 Tage abzunehmen, den Verband zu erneuern und bei Wiederanlegung jedesmal $^{1}/_{2}$ Drehung der Schraube zu machen. Nach 4 Wochen war das flectirte Kniegelenk ganz grade; die Fisteln heilten und das Kind ging mit geheiltem Beine ganz gut herum. Die Heilung beanspruchte $1^{1}/_{2}$ Jahre. Bekanntlich besteht die Bidder'sche Schiene aus einer Waden-, einer Hinterbacken- und einer Oberschenkelrinne, die mit einander beweglich verbunden sind. Jedoch liegt die Drehaxe des verbindenden Charniergelenks vor der Drehaxe des Kniegelenks, wie es vor Jahren H. v. Meyer forderte. Bidder fertigt jetzt die Oberschenkelrinne auch vollständig beweglich, sodass sie beim Anziehen der Schraube ihren Platz behält. Für die Richtigkeit der Construction scheint zu sprechen, dass man die Blechrinnen ohne jede Polsterung anlegen kann, dass die Kinder dieselben sehr gern tragen. Hr. v. Bergman hat die Schiene auf seiner Klinik bewährt gefunden.

Den zweiten Vortrag hielt Herr Wagner (Königshütte) über Halsluxationen mit Krankenvorstellung.

Ein 50jähriger Bergarbeiter, der von einem Eisenbahnwaggon mit dem Genick auf den Puffer gefallen war, zeigte nach 1 Stunde Paraplegie beider Beine, Parese der Arme; erstere anästhetisch, letztere und der Rumpf von nahezu normaler Sensibilität. Kopf stark nach hinten übergebeugt: Nackenmuskeln gespannt; geringe passive, gar keine active Beweglichkeit des Kopfes, unbedeutende Schlingbeschwerden. Keine Abnormität von Seiten der fühlbaren Wirbelfortsätze. Tags darauf breitete sich die Anästhesie auf Arme und Rücken aus, die Arme wurden vollständig paraplegisch. Die in Narcose unternommene Untersuchung ergab keine bestimmte Diagnose. Der Puls wurde sehr frequent, die Temperatur stieg bis 41.5, in der nächsten Nacht starb Patient. Die Section ergab eine Luxation des 6. H. W. nach vorne; auch an dem vorliegenden Präparat ist die auffällige Stellung des Kopfes nach hinten ausgeprägt. W. glaubt, dass wesentlich durch folgende Momente die Stellung des Kopfes bedingt werde: Zunächst ist es wichtig, ob das Ligam. anter. zerrissen ist. Hält ferner die Bandscheibe noch einigermaassen, so wird der Wirbelkörper nicht vollständig nach vorn rutschen, es wird der obere Theil des unten liegenden Körpers nach vorn gedrängt. Der Patient wird dann durch reflectorische Spannung der Nackenmusculatur den Bogen des oberen auf den des unteren Wirbels aufstützen und so ein weiteres Vorwärtsrutschen und Druck auf das Mark zu verhüten. Ist dagegen Bandscheibe und Lig. vollständig zerrissen, so wird die Muskelspannung nicht mehr im Stande sein, das Nachvornrutschen zu hindern und es entsteht die typische Beugungsstellung der Luxation. Auch die Art der Einwirkung kommt in Frage, ob die Luxation durch directe Beugung der Halswirbel zu Stande gekommen oder ob der Kopf gewissermaassen abgehobelt worden ist. Es kann fernerhin eine Secundärstellung zu Stande kommen, wenn Bandscheibe und Bluterguss resorbirt werden und aus der Rückwärtsbeugung des Kopfes eine Vorwärtsbeugung entstehen.

Der zweite Fall betrifft eine 14jährige Grubenarbeiterin, welche von einer 18 Fuss hohen Rampe heruntergestürzt war. W. sah sie erst 14 Tage später mit ausgedehntem Decubitus, vollständiger Lähmung und Anästhesie, starker Rückwärtsbeugung des Kopfes nach hinten, so dass das Gesicht nach oben stand. Die Untersuchung in der Narcose ergab nur auffallende Empfindlichkeit des 6. W. K., bei vorsichtiger Bewegung fühlte man deutliches Crepitiren. Es wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine Fractur dieses Wirbels gestellt und der Hals in einer Pappcravatte fixirt. Die Besserung in den nächsten Tagen war auffallend. Es zeigten sich motorische Regungen und Empfindlichkeit beider Arme; aber der ausgebreitete Decubitus führte nach 14 Tagen zum Tode. Am Präparat findet man die Luxation nach hinten und Abreissung des W. K. von seiner Bandscheibe. Einen ähnlichen, aber geheilten Fall glaubt W. vor einigen Jahren gesehen zu haben. Einem Bergmann war ein schweres Stück Kohle aufs Genick gefallen. Der Kopf war stark nach hinten gebeugt, der 5. H. W. sehr empfindlich; W. glaubt, dass es sich um eine Zerreissung der Bandscheibe des 5. H. W. mit Verschiebung der Gelenkfortsätze nach hinten handelte.

Der abgebildete nächste Fall zeigt eine typische linksseitige Rotationsluxation. Dem Patienten war ein grosses Stück Rundholz ins Genick gefallen. Parese des linken Arms und theilweise des linken Beins; Formicationen im Arm, Parese des Detrusor, Hinterkopfschmerzen, Beugung des Kopfes nach rechts, erhebliche Spannung der linksseitigen Nackenmuskeln, sowie ein starkes Vorspringen des Dornfortsatzes des 3. H. W. nach links bei fühlbarer Prominenz im Pharynx, sicherten die Diagnose. Die Einrichtung gelang leicht nach Hüter-Richet. Die Symptome verschwanden den nächsten Tag und der vorgestellte Patient ist vollständig geheilt.

Viel schwerere Erscheinungen zeigte der nächste Patient. Derselbe durch eine schwere Gewalt ins Genick getroffen lag vollkommen bewegungslos da; beide Beine, der linke Arm und der Detrusor vesicae waren gelähmt, Sensibilität war rechts herabgesetzt. Der Kopf war nach rechts gebeugt und gleichzeitig nach derselben Seite gedreht; er konnte activ gedreht, jedoch nach keiner Seite gebeugt werden. Die Untersuchung in Narcose ergab nichts Wesentliches, nur starke Spannung der linken Nackenmusculatur; der 5. H. W. war sehr empfindlich, nichtsdestoweniger stellte W. die Diagnose der Rotationsluxation dieses Wirbels und da er annahm, dass es sich um eine theilweise Verhakung handle, so beugte er zuerst den Kopf nach rechts und dann nach der anderen Seite. So gelang es leicht unter einem schnappenden Geräusch die Luxation umzurichten. Die Rückenmarkserscheinungen besserten sich den nächsten Tag, nach 2 Monaten machte Pat. die ersten Gehversuche und jetzt, nach $^{3}/_{4}$ Jahren, besteht folgender Status: Der linke Arm steht flectirt, ist theilweise atrophisch und zittert etwas. Die Bewegungen des Kopfes sind vollständig frei, offenbar haben schwere Läsionen des Rückenmarks in diesem Fall stattgefunden.

Den interessantesten Fall, einen Knaben von 5 Jahren, konnte Herr W. nicht mitbringen, da derselbe augenblicklich an Masern erkrankt ist. Derselbe war, während er ein jüngeres Kind aus der Wiege heben wollte, mit dem Kopf zuerst vom Stuhl herabgefallen. Sofort bemerkte die Mutter eine auffallende Kopfstellung, consultirte jedoch, da der Knabe nur über heftige Schlingbeschwerden und Ameisenkriechen im linken Arm klagte, erst nach 14 Tagen den Arzt. W. fand den Kopf stark nach links gebeugt, die Nackenmuskeln links stark gespannt, den Dornfortsatz des linken Nackenwirbels stark abgewichen, im Pharynx den Körper des 5. H. W. deutlich nach rechts gedreht. Erst nach 14 Tagen, wo die Mutter wieder erschien, diagnosticirte W. in Narcose eine unilaterale Luxation des 5. H. W. nach links mit ziemlich hochgradiger Verhakung, da der Kopf eine dem vorigen Fall entgegengesetzte Stellung zeigte. Durch stärkere Beugung

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nach links, Rotation nach rechts und mässiges Anziehen suchte W. die Verhakung frei zu bekommen und drehte alsdann nach der entgegengesetzten Seite; so gelang die Einrichtung beim 3. Versuch; nach 3 Wochen war der Pat. vollständig gesund.

Am Schlusse seines sehr interessanten Vortrages bemerkte Herr W., dass bei der verschiedenen Stellung des Halses in Beugungsluxation selbst der geübteste Diagnostiker häufig keine bestimmte Diagnose wird stellen können und dass Einrichtungsversuche, deren Erfolg immer zweifelhaft ist, nur dann erlaubt sind, wenn man eine sichere Diagnose stellen kann. Es kommt nicht darauf an, welcher Wirbel luxirt ist, sondern nach welcher Richtung die Luxation statt hat. Die Luxationen nach hinten kommen diagnostisch nicht sehr in Betracht und lassen sich wohl kaum diagnosticiren, da die Fractur wohl ausnahmslos die Hauptsache ist. Die Einrichtungsversuche haben dann keinen grossen Zweck und genügt Fixation des Kopfes. Was die Rotationsluxationen betrifft, so hat schon Blasius betont, dass die Stellung, je nach der Verhakung der schiefen Fortsätze, verschieden sein kann. Im Allgemeinen wird die Stellung des ersten Pat. die typische sein, doch gehört schon eine grosse Erfahrung dazu, um diagnostische Irrthümer zu vermeiden. Für die Therapie der Rotationsluxation handelt es sich darum, ob der Proc. obliqu. verhakt ist, oder nicht. Im letzteren Fall wäre die Drehung nach der verrenkten Seite um den verhakten Fortsatz frei zu bekommen, sowie Beugung nach dieser Seite, ganz verkehrt. Für diesen Fall ist nur Anziehen und einfache Drehung indicirt. Für die Verhakung ist die Methode nach Hüter-Richet anzuwenden. — Bei der Beugungsluxation hat W. die Einrichtung an der Leiche versucht, allein diese gelang erst, als er den Kopf und gleichzeitig den oberen Theil des Halses mitfasste. Das ist sehr wichtig, weil auf der Unkenntniss dieses Umstandes häufig die Misserfolge beruhen. — Schliesslich zeigt Herr W. eine Anzahl geheilter Wirbelfracturen. Pauly-Posen.

(Fortsetzung folgt.)

XI. Helmholtz und Virchow auf dem dreihundertjährigen Stiftungsfest der Universität Edinburgh.

Die alte schottische Hochschule hat bei der grossartigen Feier ihres dreihundertjährigen Bestehens der deutschen Wissenschaft den vollen Tribut ihrer Anerkennung gezollt. Die höchste Ehre, welche sie Medicinern und Naturforschern zu verleihen vermag, das Doctorat beider Rechte ist einer im Verhältniss zu anderen Nationen ungewöhnlich grossen Zahl unserer Landsleute zu Theil geworden. Statutenmässig muss in den meisten Fällen der Doctorhut persönlich in Empfang genommen werden, sonst würde die Zahl der Deutschen noch grösser gewesen sein. Wir sehen natürlich von einer Schilderung der Festlichkeiten ab und begnügen uns damit über die Reden und Kundgebungen zu berichten, die der Medicin angehören. Unter ihnen nahmen die Reden von Helmholtz und Virchow aber einen so hervorragenden Platz ein, dass diese Skizze nach dem alten de potiori fit denominatio ihre Namen tragen mögen.

Der Zufall fügte es, dass die Vollendung des anatomischen Museums des neuen Universitätsgebäudes zeitlich mit dem Jubiläum zusammenfiel, und daher ward, bei der Wichtigkeit der medicinischen Facultät, die Einweihung des Gebäudes der Jubelfeier durch ein grosses Luncheon einverleibt. Den Vorsitz führte der Principal der Universität, Sir A. Grant; es sprachen die Mediciner Prof. Turner, Sir J. Paget, Prof. Fraser, Prof. Stokvis aus Amsterdam und andere, alle den Ruhm der schottischen Hochschule ob ihrer Verdienste um die Heilwissenschaft verherrlichend.

Bei der Hauptfeier waren 14 deutsche Universitäten vertreten. Selbstverständlich gehörten die Delegirten den verschiedenen Facultäten an. Wir nennen von ihnen daher nur die Mediciner. M. v. Pettenkofer vertrat München, Chiari Prag und Thierfelder Rostock, Virchow die Berliner Academie der Wissenschaften.

Zu Doctoren der Theologie wurden 17 promovirt, darunter zwei Deutsche, zu Doctoren beider Rechte 127, unter ihnen zwölf Deutsche, von denen Helmholtz, Pettenkofer, Schmiedeberg und Virchow persönlich erschienen waren, während R. v. Bunsen, Henle und Hyrtl in absentia promovirt wurden [1]. — Bei dem Festbankett beantwortete Virchow den Spruch auf die Medicin von begeistertem Hurrahrufen begrüsst, indem er eine in englischer Sprache verfasste Anrede verlas, durch welche er der schottischen Universität zu ihren Verdiensten um die Medicin Glück wünschte. Helmholtz als Vertreter der Wissenschaft überhaupt gefeiert, entschuldigte sich ob des ihm verliehenen Doctortitels der beiden Rechte, da er im Rechte so unschuldig sei wie ein Säugling.

Der letzte Tag der Jubelfeier brachte eine Studentenversammlung in der Synodialhalle. Virchow sprach auf derselben nach Lesseps und zwar in deutscher Sprache. Virchow ging nach einer kurzen Einleitung auf seine Stellung zu Darwin und dem Darwinismus speciell ein, indem er vielfach auf seine bekannte Rede auf der Münchener Naturforscherversammlung 1877 zurückkam. Zuvörderst sei der Darwinismus in Deutschland aufgefasst worden als die Frage von dem ersten Entstehen des Lebens, könne unter bestimmten Bedingungen organisches Leben entstehen aus einem besonderen Arrangement unorganischer Atome? Man könne sich vorstellen, dass sich Sauerstoff, Wasserstoff, Kohlenstoff und Stickstoff zu Albumen vereinigten und aus diesem dann eine lebende Zelle sich bilde. Aber die Möglichkeit sei immer noch Speculation und in der Wissenschaft entscheiden nicht Hypothesen sondern Thatsachen. Gerade in neuester Zeit habe sich bei den kleinsten Lebewesen gezeigt, dass selbst bei ihnen keine generatio aequivoca stattfinde, sondern eine stets nachweisbare Abstammung von Vorfahren. Dies allein, dass jedes Lebewesen von einem anderen abstamme, dürfe der Lehrer vortragen, nicht Möglichkeiten, möchten sie noch so plausibel erscheinen. Der zweite Punkt in dem deutschen Darwinismus, bezüglich dessen Virchow vor zu voreiligen Aufstellungen gewarnt habe, betreffe die Abstammung des Menschen. Auch hier habe man sich mit der Möglichkeit, vielleicht der Wahrscheinlichkeit begnügt, aber niemals sei wirklich ein Pro-Anthropos gefunden worden, noch Theile eines solchen. Das im Neanderthal gefundene Schädeldach gebe nicht den geringsten Beweis. Ebenso hätten die Untersuchungen von Schädeln verschiedenster auch der niedrigststehenden Racen in den letzten fünfzehn Jahren keinen gefunden, dessen wesentliche Charaktere von dem gewöhnlichen menschlichen Typus sich unterschieden. Virchow hob zum Schlusse noch hervor, welche Fortschritte wir andererseits der geologischen Forschung für eine vollkommene Einsicht der fortschreitenden Entwickelung der einzelnen Organe in den verschiedenen Klassen des Thierreichs verdankten. Zoologisch gehöre auch der Mensch dem Thierreiche an, das leugne er nicht, aber die wahre Wissenschaft sei nach Liebig bescheiden d. h. sie halte sich innerhalb der Grenzen der Beobachtung. Was darüber gehe, sei Transcendentalismus und gefährlich für die Wissenschaft. Helmholtz ging in englischer Sprache auf den Gang und die Entwicklung seines Lebens ein. Als er jung war, wünschte er Physik zu studiren. Damals aber waren die Aussichten dieses Studiums schlecht. Nur zwei Wege standen ihm, dessen Vater kein reicher Mann war, als Physiker offen, erstens als Lehrer der Mathematik am Gymnasium oder Mediciner zu werden. H. zog das Letztere vor. Allerdings habe er dieses das Studium der Medicin nicht frei gewählt, indessen habe es ihn doch in seinen späteren Arbeiten vielfach gefördert. Er habe erkannt, welche Differenz zwischen der theoretischen und der angewandten Wissenschaft bestehe. Wenn jene ein Problem nicht lösen könne, lege sie es eben bei Seite, der Ingenieur wie der Arzt müsse handeln. Helmholtz machte in seiner ärztlichen Thätigkeit bald die ihn tief erschütternde Beobachtung, dass er die Frage am Todtenbette, ob denn sein Patient richtig behandelt sei, nicht immer mit Ja beantworten konnte. Dafür könnte kein einzelner Arzt verantwortlich gemacht werden, aber der Einzelne ist verpflichtet, das Seinige zu thun, damit mehr Sicherheit gewonnen werde. Helmholtz hielt es daher für seine vornehmste Aufgabe, das Leben und seine Gesetze zu studiren und wurde Physiologe. Viele jüngere Aerzte befanden sich damals in derselben Lage wie er, sie begannen zu zweifeln und sich über ihre Zweifel gegenseitig auszusprechen. Dasselbe geschah in ganz Europa, und in Folge davon hat die Medicin in den letzten fünfzig Jahren grössere Fortschritte gemacht, als in den 2000 vorhergegangenen. Die Ursache dieses Fortschrittes ist darin zu suchen, dass die Medicin endlich allein die Thatsachen studirte und entscheiden liess und an alle Theorien den Maassstab strengster Kritik anlegte. Er habe diese Entwicklung als unparteiischer aber als sachverständiger Zuschauer mit durchlebt, denn er hatte die practische Medicin allerdings verlassen, besass aber noch physiologische und medicinische Kenntnisse genug, um ein Urtheil fällen zu können. Die jüngeren Aerzte wüssten kaum noch, welches der Zustand der Medicin vor fünfzig Jahren war, als ein falscher Rationalismus sie beherrschte. Dieser Rationalismus schädigte auch andere Gebiete der Wissenschaft ebenso sehr, und beeinflusst sogar die politischen Theorien. Er, Helmholtz, warne vor diesem falschen Rationalismus — nur die Thatsachen verdienten Vertrauen.

Herr Pasteur feierte, in französischer Sprache, die wissenschaftliche Methode der Galilei, Descartes und Newton. Ihr verdanke Schottland einen Brewster, Thomson und Lister.

[1] Mit besonderer Freude werden auch Deutsche es begrüssen, dass unsere amerikanischen Collegen J. S. Billings und Fordyce Barker ebenfalls promovirt wurden.

XII. Die Bedeutung der medicinischen Facultät der Edinburgher Universität erhellt am besten durch die Namen der Männer, welche die verschiedenen Lehrstühle inne gehabt haben. Die Facultät verdankt ihre Existenz wesentlich dem Feld-Chirurgen König Wilhelms Sohn Monro und vier Aerzten Sinclair, Rutherford, Plummer und Innes, auf deren gemeinsame Petition sie 1826 gegründet wurde. Demnächst wurde Alexander Monro Professor der Anatomie. Er wird der Vater der Edinburgher medicinischen Schule genannt, sein Sohn Alexander starb 1817 im Besitze eines europäischen Ruhmes, und der dritte Alexander Monro, ebenfalls berühmter Anatom 1859. Ihm folgte John Goodsir und jetzt fungirt William Turner. Institutiones medicinae las als der Erste Sinclair, ihm folgte Robert Whytt 1746—66 und diesem der berühmte William Cullen. James Gregory, dem Apostel des Aderlasses, folgten die beiden Duncan's, deren Aelterer ein Irren-Asyl gründete. Dem jüngeren Duncan folgten Alison, Thomson, John, H. Bennett und der jetzige Inhaber des Lehrstuhles W. Rutherford. — Practische Medicin und Klinik lehrten die oben genannten und Thomas Laycock, letzterer wesentlich Geisteskrankheiten; Geburtshilfe Gibson, Robert Smith, Thomas Young, Alexander Hamilton, James Hamilton, Sir James Simpson (1840—1870) und jetzt der Neffe des letzteren. Materia medica wurde selbstständig zuerst von Sir Robert Christison vorgetragen. Die Professur der klinischen Chirurgie befand sich 1803—1833 in den Händen von James Russel und 1833—1869 in denen James Syme's. Letzterem folgte Joseph Lister. Professor der theoretischen Chirurgie war 1836—1842 Sir Charles Bell. — Sir Wyville Thomson war 1870—1882 Professor der Naturgeschichte, Joseph Black Professor der Chemie 1766—1795 und Sir David Brewster Rector der Universität 1859—1868.

Welch' eine Fülle erlauchtester Namen!

XIII. In der Begründung des Gesetzes, betreffend die zur Erforschung der Cholera nach Aegypten und Ostindien entsandte wissenschaftliche Commission heisst es:

Bevor die im August v. J. entsandte wissenschaftliche Commission ihre Aufgaben völlig gelöst hatte, nahm die Cholera in Aegypten wider Erwarten schnell ab, so dass die Beendigung der Arbeiten dort nicht mehr möglich war. Während die von anderen Staaten Europas ausgeschickten ähnlichen Expeditionen sich dadurch veranlasst sahen, die Heimreise anzutreten, zog der Führer der deutschen Commission es vor, mit seinen Mitarbeitern die in Aegypten gefundene Fährte in Ostindien, dem ständigen

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Herde der Cholera, weiter zu verfolgen. Hier gelang es der aufopfernden Thätigkeit der Commission, Schritt für Schritt weiter vorzudringen, die aus den Untersuchungen in Aegypten vorläufig gezogenen Schlussfolgerungen durchweg zu bestätigen und der medicinischen Wissenschaft, die sich der Cholera gegenüber bisher als machtlos erwiesen hatte, die Wege zur erfolgreichen Bekämpfung dieser Seuche zu ebnen. Die von dem Geheimen Regierungsrath Dr. Koch erstatteten Berichte sind, soweit sie allgemeineres Interesse haben, bereits der Oeffentlichkeit übergeben worden. Es genügt hier, darauf hinzuweisen, dass mit Hülfe der im kaiserlichen Gesundheitsamt ausgebildeten exacten Untersuchungsmethoden der eigentliche Keim der Krankheit in einem eigenthümlich geformten kleinen Organismus (Cholera-Bacillus), der sich regelmässig im Darme der Erkrankten zeigt, entdeckt worden ist. Die Lebensbedingungen des Cholera-Bacillus sind soweit aufgedeckt worden, als erforderlich ist, um sichere, auf ihren zunächst liegenden Zweck beschränkte Abwehrmaassregeln vorzuschlagen. Dieses werthvolle Ergebniss wird über die Grenzen unseres Vaterlandes hinaus als ein glänzendes Zeugniss von der Ausdauer und Gründlichkeit deutscher wissenschaftlicher Forschung angesehen. Es fordert dazu auf, den Männern, deren Arbeit und deren opferbereitem Muthe diese grossartige Förderung der Wissenschaft und der Gesundheitspflege zu danken ist, eine Belohnung dafür zu gewähren, dass sie ohne Rücksicht auf eigene Lebensgefahr dem im vorigen Jahre an sie ergangenen Rufe entschlossen Folge geleistet und die ihnen gestellte Aufgabe mit unermüdlicher Hingebung gelöst haben. Für den vorliegenden Fall empfiehlt es sich aber besonders, eine Geldzuwendung in Aussicht zu nehmen. Ein mit grossen körperlichen und geistigen Anstrengungen verknüpfter Tropenaufenthalt hat in der Regel verhängnissvolle Folgen für die Gesundheit, welche erst nach Jahren fühlbar werden und für deren Eintritt eine frühe, verhältnissmässig kurz bemessene Pension weder dem Betroffenen selbst, noch seinen Hinterbliebenen eine angemessene Entschädigung gewähren kann. Es erscheint daher angemessen, den Mitgliedern der Commission als Anerkennung für ihre Leistungen und um ihre Zukunft sorgenfreier zu gestalten, als sie bei einfachem Pensionsanspruch sein würde, Gratificationen zuzubilligen. Der vorliegende Gesetzentwurf will zu diesem Zwecke dem Kaiser die Summe von 135000 Mark zur Verfügung stellen. Dabei ist in Betracht gezogen worden, dass, als im vorigen Jahre die Commission entsendet werden sollte, sich nicht übersehen liess, an welchen Orten, während welcher Zeitdauer und mit welchem Aufwande an Arbeit und Kosten die Untersuchungen zu führen sein würden. Es musste daher davon Abstand genommen werden, den Mitgliedern der Commission eine Reisekosten-Entschädigung und Diäten nach festen Sätzen zuzusichern; vielmehr wurden dem Leiter der Commission angemessene Vorschüsse zur Bestreitung der entstehenden Kosten zur Verfügung gestellt, indem vorbehalten blieb, wegen entsprechender Vergütung der Dienstleistungen der Commissionsmitglieder später Verfügung zu treffen. Diesem Vorbehalt soll zugleich durch das im Entwurf anliegende Gesetz genügt werden.

XIV. Militairsanitätswesen.

Zu unserer Mittheilung in No. 16, S. 254 fügen wir ergänzend hinzu, dass die auf Anregung Ihrer Majestät der Kaiserin am 21. April zusammengetretene Conferenz zur Berathung der Verwerthung der Ergebnisse der Hygiene-Ausstellung für die Armee in folgender Weise zusammengesetzt war:

Herr Wirkl. Geh.-Rath von Langenbeck war Vorsitzender. Als preussische Mitglieder fungirten die Herren: Gen.-Arzt 1. Cl. à la suite Prof. Bardeleben. Gen.-Arzt 1. Cl. und Corpsarzt des Garde-Corps Wegner. Gen.-Arzt 1. Cl. der Landwehr Prof. Esmarch aus Kiel. Gen.-Arzt 1. Cl. à la suite Prof. v. Bergmann. Gen.-Arzt 1. Cl. à la suite ärztl. Dir. des Charité-Krankenhauses Mehlhausen. Gen.-Arzt 1. Cl. à la suite Prof. Volkmann aus Halle. Gen.-Arzt der Marine Wenzel. Dirig. Arzt am Augusta-Hospital Prof. Kuester; Leibarzt Ihrer Majestät der Kaiserin Geh. Sanitäts-Rath Velten; Ober-Stabsarzt 1. Cl. à la suite Geh. Ober-Reg.-Rath Struck, Vertreter des Reichs-Gesundheits-Amts. Geh. Ober-Medicinal-Rath Eulenberg, Vertreter des Ministeriums der Geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten. Eisenbahndirector Werchan, der auf der Ausstellung 1883 die preussischen Sanitätszüge aufgestellt hatte. Kaiserlicher Commissar und Militär-Inspecteur der freiwilligen Krankenpflege, Fürst v. Pless Durchlaucht. Vorsitzender des Central-Comités der Vereine vom Rothen Kreuz v. Holleben, beide als Vertreter der freiwilligen Krankenpflege.

Als nichtpreussische Mitglieder: Generalarzt 1. Cl. und Corpsarzt des XII. (Königl. Sächs.) Armee-Corps Roth. Generalarzt 1. Cl. und Corpsarzt des XIII. (Königl. Württembergischen) Armee-Corps v. Fichte. Generalarzt 2. Cl. und Corpsarzt des 2. Königl. Bayerischen Armee-Corps Friedrich, die Vertreter der betr. Kriegsministerien.

Als Commissare des preussischen Kriegs-Ministeriums nahmen der Chef und die sämmtlichen Decernenten der Militär-Medicinal-Abtheilung, ein Decernent des Allgemeinen Kriegs-Departements und einer des Militär-Oekonomie-Departements nach Maassgabe ihres Ressorts an den Conferenzberathungen Theil.

XV. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Epidemiologie.

— Typhus. Zürich und Genf haben seit längerer Zeit an einer Typhus-Epidemie zu leiden. Während neuerdings in Genf die Epidemie abnimmt, macht sie in Zürich, wie man der „N. Fr. Pr." von dort schreibt, weitere Fortschritte. Am 25. v. M. Abends betrug die Zahl der Erkrankten schon mehr als 600. Die Behörden haben sich zu ausserordentlichen Vorsichtsmaassregeln gezwungen gesehen, und es ist die allgemeine Desinfection angeordnet worden. Das Militär-Departement hat die Weisung ertheilt, dass die Cavallerie-Recrutenschulen, welche am 1. Mai in Zürich stattfinden sollten, nach Winterthur verlegt und die Wiederholungscurse dreier Infanterie-Bataillone und des Sanitätspersonals aller Auszüger-Bataillone der 6. Division auf unbestimmte Zeit verschoben werden. Die in Zürich befindlichen Bataillone 64 und 72 wurden nach Einsiedeln und Bloten verlegt. Jetzt scheint die Epidemie sich auch auf Bern werfen zu wollen. Die dortigen Blätter melden wenigstens eine beunruhigende Zunahme der Typhusfälle.

2. Amtliches.

1. Deutsches Reich.

Bekanntmachung, betreffend die Dispensationen von den ärztlichen Prüfungsvorschriften. Vom 15. April 1884.

Gesuche um Dispensation von den Bestimmungen in § 4 Abs. 3. Abs. 4 Ziff. 1 und 2, § 20 Abs. 4 und 6, § 23 Abs. 1 der Bekanntmachung, betreffend die ärztliche Prüfung, vom 2. Juni 1883 (Central-Blatt für das Deutsche Reich S. 191) oder in § 3 Abs. 3 der Bekanntmachung über die ärztliche Vorprüfung (S. 198 a. a. O.) sind bei der zuständigen Centralbehörde (§ 1 Nr. 1, 2 der erstgedachten Bekanntmachung) desjenigen Bundesstaates einzureichen, welchem die Prüfungscommission, bei der die Prüfung abgelegt werden wird, angehört, soweit nicht die zuständige Centralbehörde eine andere Landesstelle als zur Annahme der Dispensationsgesuche berufen bezeichnet.

Berlin, den 15. April 1884.

Der Reichskanzler. In Vertretung: v. Boetticher.

2. Preussen.

Berlin, den 23. April 1884.

Nachdem in Verfolg des Erlasses vom 4. Juni 1880 mit vereinzelten Ausnahmen für sämmtliche Regierungs-Bezirke und Landdrosteien Seitens der Regierungs-Medicinalräthe (Medicinal-Referenten) zum Theil wiederholt Jahresberichte über das Medicinal- und Sanitätswesen eingereicht worden sind, habe ich, der Minister der geistlichen etc. Angelegenheiten, mit Befriedigung ersehen können, dass die Zwecke, denen sie, wie in dem genannten Erlasse dargelegt ist, zu dienen bestimmt sind, durch dieselben eine wesentliche Förderung erfahren haben.

Bis auf einzelne Berichte, welche zum Theil auf Wunsch der Verfasser zurückgehalten wurden, sind sämmtliche durch den Druck veröffentlicht worden und haben sich auch als Material für die wissenschaftliche Forschung vielfache Anerkennung erworben.

Da nunmehr diese Art der Berichterstattung in ordnungsmässigen Gang gekommen ist, sich aber, zumal alle besonderen Vorkommnisse auf dem sanitären Gebiet durch Specialberichte jederzeit zu meiner Kenntniss gelangen, in vielen Bezirken für jährliche Generalberichte nicht ausreichendes Material bietet, glaube ich nunmehr von der Einsendung jährlicher Berichte absehen zu können und ordne hierdurch an, dass dieselben in Zukunft alle drei Jahre erstattet werden.

Die Berichte über das Jahr 1882 sind zum Theil bereits eingegangen, zum Theil müssen sie demnächst erwartet werden, somit wird der nächstfolgende Bericht, welcher den Zeitraum der Jahre 1883, 1884 und 1885 zu umfassen hat im Jahre 1886 einzureichen sein und zwar bestimme ich als Termin dafür den 1. October.

Ich erwarte jedoch, dass die Vorbereitungen für diesen dreijährigen Bericht derart fortlaufend getroffen werden, dass im Jahre 1886 nur noch die Zusammenstellung und letzte Ordnung des Stoffes zu machen ist und die rechtzeitige Einreichung sicher gestellt wird. Ein solches Verfahren ist namentlich auch wegen der im Laufe der drei Jahre sich vollziehenden Personen-Veränderungen in den Stellen der Medicinal-Räthe (Medicinal-Referenten) nothwendig, damit die erst im Verlaufe dieser Zeit einrückenden Beamten das Material für den Bericht aus der vergangenen Zeit gehörig gesammelt und vorbereitet bereits vorfinden.

Die Verwerthung der Berichte wird wesentlich erleichtert und namentlich ihre Benutzung für einen Gesammtbericht über das Sanitätswesen des ganzen Staates ermöglicht werden, wenn sie nach einem einheitlichen Plane abgefasst sind.

Allerdings ist bei denselben die Anordnung des Stoffes auch bisher zum Theil nach dem in der Circular-Verfügung vom 3. Juli 1829 angegebenen Schema erfolgt, es ist dieses aber nicht allgemein geschehen, und da dieses Schema in mancher Beziehung einer Abänderung bedarf, so werde ich, der Minister der geistlichen etc. Angelegenheiten, demnächst eine anderweite Anweisung für die Abfassung der in Rede stehenden Berichte ergehen lassen. Dieselbe wird sich auch auf die Vierteljahrsberichte der Kreisphysiker beziehen, welche eine wesentliche Grundlage für die Berichte der Regierungs-Medicinalräthe (Medicinal-Referenten) abzugeben bestimmt sind. —

In den Letzteren ist vielfach auf die Mangelhaftigkeit und Dürftigkeit der Physikatsberichte hingewiesen und hervorgehoben worden, dass viele Physiker darüber Klage führen, dass sie wegen der Stellung, welche die seitherige Organisation des Medicinalwesens den Physikern zuweist, über die sanitären Zustände in ihren Kreisen nur mangelhafte Kenntniss zu erlangen im Stande sein, zumal da das Impfgeschäft, dessen Erledigung sie früher alljährlich in eine grössere Zahl der Kreis-Ortschaften zu führen pflegte, seit Erlass des Reichs-Impf-Gesetzes vielfach Privat-Aerzten übertragen werde.

Dieser Auffassung kann zwar nicht unbedingt beigetreten werden, da in manchen Regierungs-Bezirken, in einzelnen Kreisen und Städten der practische Beweis geliefert worden, dass ein Physicus auch unter den bestehenden Verhältnissen wohl im Stande ist, das zu erreichen, was andere als unmöglich erachten, gleichwohl soll nicht verkannt werden, dass derartige günstige Erfolge Seitens der Kreismedicinal-Beamten nur da erreicht werden können, wo ihre Bestrebungen durch die Bezirks-Regierungen in entsprechender Weise angeregt und geleitet und durch ein bereitwilliges Entgegenkommen der Kreis-Verwaltungs-Behörden gefördert werden.

Allerdings sind die Provincial- und Bezirks-Verwaltungs-Behörden früher mehrfach darauf hingewiesen worden, dass zur Vermeidung zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

häufiger die Staatskassen über Gebühr belastender Ausgaben für Diäten die Kreis-Medicinalbeamten nur wo es wirklich nothwendig ist, mit Aufträgen versehen werden sollten, die sie zu Reisen ausserhalb ihres Wohnortes veranlassen würden. Andererseits ist aber in der Circular-Verfügung vom 27. Juli 1846 ausdrücklich hervorgehoben worden, dass die Befriedigung des Bedürfnisses der öffentlichen Gesundheitspflege von dem Kostenpunkt nicht ängstlich abhängig zu machen sei.

Unter Aufrechterhaltung der in der Circular-Verfügung vom 26. September 1842 gegebenen Vorschriften weisen wir darauf hin, dass es namentlich geboten erscheint, zur Feststellung des Ausbruchs gemeingefährlicher Krankheiten an einem Orte (im Sinne des § 9 des Regulativs vom 8. August 1835) die Kreis-Medicinalbeamten mehr heranzuziehen als dies vielfach geschehen ist. Dem § 10 des gedachten Regulativs gemäss haben die Polizeibehörden, bei denen zunächst die Anmeldung solcher Erkrankungsfälle zu machen ist, allerdings die ersten Fälle der Verfügung vom 24. August 1861 gemäss durch einen Arzt, welcher zu den beamteten Aerzten nicht zu gehören braucht, untersuchen zu lassen und, wenn das Gutachten die Angabe über die Natur der Krankheit bestätigt, der vorgesetzten Behörde Mittheilung zu machen. Letztere aber wird zu erwägen haben, ob, wenn auch die Richtigkeit des Gutachtens, welches der von der Ortspolizei-Behörde requirirte Arzt erstattet hat, zu bezweifeln kein Grund vorliegt, das öffentliche Interesse nicht die Entsendung des Physicus nothwendig erscheinen lässt, damit dieser nach Bestätigung der Natur des Krankheitsfalles unter Berücksichtigung der von ihm zu untersuchenden örtlichen Verhältnisse und thunlichster Feststellung der Veranlassung zum Ausbruch der Krankheit, sofort Vorschläge zu Maassnahmen machen kann, welche geeignet sind, der Weiterverbreitung der Krankheit entgegen zu wirken. Derartige Requisitionen der Kreis-Medicinal-Beamten werden in der Regel in denjenigen Fällen zu erfolgen haben, in denen das Regulativ vom 8. August 1835 die Erstattung einer Anzeige an die Ortspolizeibehörde vorschreibt.

Kommt es an einem Orte zu einer seuchenartigen Verbreitung der betreffenden Krankheiten, so sind wiederholentliche Reisen der Medicinalbeamten lediglich zum Zwecke der Controle über die Ausführung der angeordneten Maassnahmen in der Regel nicht erforderlich, da dies Sache der Ortspolizeibehörde ist, jedoch können dieselben nothwendig werden, wenn es sich um erneute Untersuchungen zum Zweck weitergehender Anordnungen handelt.

Damit die Erwägung der letzteren von dem Medicinal-Beamten rechtzeitig in Anregung gebracht werden kann, ist es durchaus geboten, dass die Kreisbehörden die Physiker nach den ihnen zugehenden Meldungen von der weiteren Entwickelung der Seuche fortlaufend in Kenntniss setzen.

Dass die Wirksamkeit der Staatsbehörden und Medicinalbeamten sich zu einer erspriesslichen gestalte, wird jedoch vor Allem davon abhängen, dass die Anzeige des Ausbruchs einer gemeingefährlichen Krankheit an die vorgesetzte Verwaltungsbehörde Seitens der Ortspolizeibehörde nicht nur regelmässig und rechtzeitig erfolgt, sondern dass auch die dazu Verpflichteten die durch das Regulativ vom 8. August 1835 oder durch besondere von den Provinzial- und Bezirks-Regierungen hierüber erlassene Vorschriften angeordneten Anmeldungen jedes einzelnen fernerweiten Krankheitsfalles der Ortspolizei pünktlich erstatteten und letztere in die Lage setzen, ihrerseits über den weiteren Verlauf der Seuche der vorgesetzten Verwaltungsbehörde fortgesetzt zu berichten.

Die ordnungsmässige Erfüllung der Anmeldepflicht wird unter Anwendung der gegen die Säumigen festgesetzten Stafbestimmungen mit Strenge herbeizuführen sein.

Von nicht geringerer Wichtigkeit, wie bei dem Ausbruch und dem Herrschen seuchenartiger Krankheiten, ist die Inanspruchnahme der Medicinalbeamten auch behufs Feststellung und Beseitigung solcher an einem Orte etwa hervorgetretenen Missstände, von denen zu befürchten steht, dass sie denselben zu einem für die Entstehung und Verbreitung derartiger Krankheiten geeigneten Boden machen.

Wenn bei einer derartigen ausgiebigeren Benutzung der sanitätspolizeilichen Thätigkeit der Kreismedicinalbeamten zu erwarten steht, dass die Vierteljahrsberichte der Physiker den Regierungs-Medicinal-Räthen (Medicinal-Referenten) ein reichhaltigeres Material zuführen werden, so ist dasselbe auch noch anderweit in geeigneter Weise zu ergänzen.

Es soll hiermit namentlich auf die Benutzung des Königlichen Statistischen Büreaus hingewiesen werden.

Dasselbe ist bereit, auf Ersuchen der Regierungen bezw. der Regierungs-Medicinal-Räthe statistisches Material bezüglich der Bewegung der Bevölkerung in den einzelnen Bezirken, Kreisen pp. gegen Erstattung der Schreibgebühren zu liefern. Viele Regierungen haben diesen bereits in in der Circular-Verfügung vom 10. April 1881 (M. Bl. f. d. i. V. S. 93) gewiesenen Weg mit gutem Erfolg eingeschlagen und die daraus erwachsenen Kosten aus ihren Fonds bestritten. Es ist aber wünschenswerth, dass dies allgemein geschehe. Wenn der angeführten Circular-Verfügung zu Folge auch den Standesbeamten untersagt ist, die zur Einsendung an das Königliche Statistische Büreau gesammelten Zählkarten über Geburten, Eheschliessungen und Sterbefälle zunächst an anderen Stellen vorzulegen, so steht dem jedoch nichts entgegen, dass auch die Standesbeamten direct separate Mittheilungen der die Bewegung der Bevölkerung betreffenden Nachrichten an Behörden und Beamte gelangen lassen. Derartige Mittheilungen können den Standesbeamten indessen nicht als dienstliche Verpflichtung auferlegt werden, sondern würden von denselben auf dem Wege privater Verständigung zu erlangen sein.

Allerdings werden die Angaben der Standesbeamten und die auf diesen beruhenden Zusammenstellungen des Königlichen Statistischen Büreaus, soweit sie sich auf die Todesursachen beziehen, vielfach als nicht genügend zuverlässig angesehen, trotzdem aber haben auch diese, wenn sie in geeigneter Weise benutzt werden, für die Aufstellung der Sanitätsberichte einen nicht zu unterschätzenden Werth.

Auch die Communalbehörden sind, wie die Erfahrung an manchen Orten bereits gelehrt hat, nicht abgeneigt, auf Ersuchen der Behörden auch über solche ein öffentliches Interesse darbietende sanitäre Anlagen und Einrichtungen, über die sie nicht regelmässig zu berichten verpflichtet wären, Mittheilungen zu machen.

Da die Regierungs-Medicinal-Räthe (Medicinal-Referenten), wie angenommen werden darf, ausserdem in allen bei den Regierungen (Landdrosteien) vorkommenden Geschäfts-Sachen, welche eine sanitäts- oder medicinalpolizeiliche Seite darbieten, wenigstens als Correferenten betheiligt sein werden, haben sie Gelegenheit, in geeigneter Weise im Verlaufe des Geschäftsjahres diejenigen Sachen zu bezeichnen, die ihnen für die Abfassung des Generalberichtes wieder vorzulegen sind.

Von der Mittheilung interessanter Vorkommnisse in der ärztlichen Privatpraxis der Medicinalbeamten, wie sie in einigen Generalberichten noch erfolgt ist, ist in Zukunft abzusehen, desgleichen von einer Erörterung der vorgekommenen Thierkrankheiten und veterinärpolizeilichen Vorgänge.

Der Minister des Innern.	Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.	Der Finanz-Minister.
v. Puttkammer.	v. Gossler.	v. Scholz.

An sämmtliche Königliche Regierungs-Präsidenten und sämmtliche Landdrosten (an jeden einzeln).

XVI. Kleinere Mittheilungen.

— Prof. Dr. Jacobson in Königsberg war durch einen übereifrigen Reporter ein Schlaganfall nachgesagt worden. Zum Glück handelte es sich nur um ein zweitägiges Unwohlsein, welches mit einer Apoplexie nicht das Geringste zu thun hat.

— In Greifswald hat sich der Assistenzarzt der medicinischen Klinik, Dr. Erich Peiper, bei der medicinischen Facultät als Privatdocent für das Fach der internen Medicin habilitirt.

— In sehr bedeutendem Maasse hat in diesem Semester die Frequenz der Greifswalder-Universität zugenommen. Die Gesammtzahl der Studirenden ist auf 903, die der Medicin Studirenden auf 453 gestiegen.

XVII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Kreisphysicus Dr. Eduard Graber zu Kreuzburg o/Schl. und dem practischen Arzt Dr. Eduard Langer in Ratibor den Charakter als Sanitätsrath sowie dem Kreis-Wundarzt Rothe zu Mrotschen im Kreise Wirsitz den Königlichen Kronen Orden vierter Klasse und dem Sanitätsrath Dr. Meinhardi in Pewsum den Kgl. Kronen-Orden 3. Klasse zu verleihen und dem Generalarzt I. Kl. Dr. Coler im Kriegsministerium die Erlaubniss zur Anlegung des ihm von Sr. Majestät dem Könige von Dänemark verliehenen Commandeurkreuzes zweiter Klasse des Danebrog-Ordens zu ertheilen.

Bestallungen: Der bisherige Privatdocent Dr. Genzmer im Halle a/S. ist zum ausserordentlichen Professor in der Medicinischen Facultät der dortigen Universität und der practische Arzt Dr. med. Wilhelm Plange aus Burbach zum Kreisphysicus des Kreises Ziegenrück ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Hirsch in Jablonowo, Dr. Maren, Dr. Lebegott, Dr. Freund, Dr. Cohn und Dr. Lisso sämmtlich in Berlin, Dr. Glaser in Frankfurt a/O., Dr. Cohn in Peiskretscham, Dr. Willms in Heiligenstadt, Unterarzt Dr. Henning-Aurich, Dr. Horlyn-Emden und Holthauss in Much.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. v. Putiatycki von Schlawa nach Lautenburg, Dr. Klotz von Tegel, Dr. Heilbronn von Kottbus und Dr. Wolff von Bochum sämmtlich nach Berlin, von Berlin fort Dr. Ohning nach Oldesloe, Liebe nach Dresden und Dr. Friedmann nach Reichenhall. Dr. Haas von Neuwarp nach Guben, Dr. Hafemann von Pencun nach Schönfliess, Stabsarzt a. D. Dr. Engler von Bromberg nach Kriescht, Dr. Schulze von Kriescht nach Königswalde, Dr. Schoebel von Windisch-Marchwitz nach Seelow, Dr. Ziegert von Seelow nach Königswinter, Dr. Otto von Ziegenrück, Dr. Plange als Kreisphysicus nach Ziegenrück, Dr. Ohrts von Bonn und Jürgens von Königswinter ohne Abmeldung, Dr. Friedmann von Bonn nach Stephansfeld bei Strasburg, Ass.-A. Dr. Lange von Pr. Stargardt als Stabsarzt nach Saarlouis, Ass.-Arzt Michaelis von Königsberg i/Pr. nach Pr. Stargardt, Dr. Plenio von Königsberg i/Pr. nach Elbing und Dr. Feld von Bonn nach Düsseldorf, sowie der Zahnarzt Michaelis von Stuttgart nach Wesel.

Verstorbene: Die Aerzte Dr. Behrens in Guben, Dr. Mold in Schönfliess und Dr. Doenhoff in Orsoy.

Apotheken-Angelegenheiten: Es haben ihre Apotheken verkauft die Apotheker Weszkallnies in Marienwerder an Stolzenberg, Haver in Marienburg an Lyncke, Dronke in Berlin an Rueckheim, Schwabe in Heiligenstadt an Hammann, Schieffer in Cöln an Reuland, Trompetter in Hanau an Kaiser und Mewes in Düsseldorf. Gekauft hat der Apotheker Boettcher die Bourbiel'sche Apotheke in Deutsch Eylau. Der Apotheker Wiebold hat an Stelle des Lübke die Verwaltung der Nickan'schen Apotheke in Hammerstein und der Apotheker Meyer an Stelle des Schmidt die Verwaltung der Eckert'schen Apotheke in Zoppot übernommen.

Berichtigung zu No. 18.

(Verspätet in Folge der Abwesenheit des Redacteurs der D. med. W. von Berlin.)

In der Entgegnung des Herrn Dr. Emmerich auf das Referat des Herrn Dr. Becker heisst es S. 282 Z. 6 von oben: „erhobene Form der Cultur“ statt „erhabene“, ausserdem fehlt in Folge eines Versehens der Name des Herrn Emmerich als des Verfassers der Entgegnung. Obwohl dies sich schon aus dem Wortlaute der Entgegnung selbst ergiebt, so wollen wir doch noch ausdrücklich darauf hinweisen.

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Besondere Beilage

zu

No. 20 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Die Schluckbewegung.

Von

H. Kronecker.

(Fortsetzung aus No. 19.)

Auf Grund von Debrou's[1]) Beobachtungen hält Longet[2]) Massiats Ansicht für unzulässig. Guinier[3]) nahm an, dass der Oesophagus dadurch, dass er beim Schluckbeginne sich öffnet, auf den Bissen nach Art eines Schröpfkopfes (also durch Aspiration) wirkt.

Carlet hat dem Velum, welches beim Schluckbeginne sich bekanntlich hebt, die aspirirende Kraft zur Schluckbeförderung zugewiesen. Aehnliches scheint, nach dem Referate von Arloing, Fiaux zu behaupten.

Moura dagegen meint, dass das Velum nur zum Nasenabschluss diene, das Verschluckte aber nicht gegen dasselbe geschleudert werde sondern von der Zungenwurzel wie von einem Stempel in den Pharynx geschoben würde. Er wollte dies dadurch beweisen, dass er mit Tinte imprägnirte Bissen verschluckte, ohne das Velum zu schwärzen. Mir scheint, dass Speichel und Luft eine Hülle um den gefärbten Bissen bilden können, so dass während der kurzen Schluckzeit das Velum, vielleicht auch nicht der Pharynx unmittelbar berührt werde. Die oben erwähnte Beobachtung von Virchow, dass nach Trinken concentrirter Schwefelsäure Mund- und Rachenhöhle ohne nennenswerthe Veränderung bleiben kann, macht unsere Erklärungsweise ganz plausibel.

Dass das Velum im Schluckbeginne sich hebt, hat Bidder[4]) bei einem Operirten direct gesehen. Das Velum setzte sich horizontal vom harten Gaumen aus fort und wölbte sich in seiner Mitte selbst etwas nach oben; sein hinterer Rand setzte sich gewölbt in die hintere Wand der Schlundhöhle fort und hatte in der Mitte eine schwache Wölbung von der Uvula. Beim kräftigen Schlucken stiess der weiche Gaumen rechtwinklig an die hintere Wand der Schlundkopfhöhle, und darüber erhob sich die Uvula manchmal noch um 3 Linien, immer mit der Spitze an den Schlundkopf stossend.

Dieses Heben des Gaumensegels wies Debrou (a. a. O.) am unversehrten Menschen mittels einer durch die Nasenhöhle eingeführten Sonde nach. Der Hebung des Velum folgt eine entgegengesetzte Bewegung. „Alors commence“ sagt Debrou „le second moment, pendant lequel le voile s'abaisse, l'isthme se resserre, la langue verte élevée avec le larynx et le pharynx: le voile étant descendu, lui et les piliers postérieurs s'emparent du bol, le serrent, le pressent, et aidés des constricteurs, des stylopharyngiens, le poussent par de là le larynx dans l'oesophage. Puis la déglutition pharyngienne est accomplie, tout se relâche et revient au repos.“ Debrou wusste nicht, dass bevor das Velum sich gesenkt hat, der Schluck schon über dem Magen angelangt ist. Sie sehen hier, meine Herren, dass Sie mittels einer einfachen Vorrichtung diese Bewegungen des Velum demonstriren oder auch aufschreiben können. An einem Stativ sehen Sie eine Marey'sche Luftkapsel (Grunmach'scher Construction) nebst Schreibhebel befestigt. Mit der Kapsel communicirt ein Gummischlauch, der in eine durchbohrte Eichel von Hartgummi mündet. Diese Eichel füllt mein rechtes Nasenloch luftdicht, drücke ich nun meinen linken Nasenflügel fest an das Septum und mache eine Schluckbewegung, so sehen Sie wie die Luftkapsel zuerst aufgebläht wird, der Schreibhebel gehoben, sodann die Kapsel schnell angesogen, der Hebel also gesenkt wird. Durch dieses Experiment wird Ihnen zugleich deutlich, dass zum Schlucken der Zutritt von Luft in den Rachenraum unnöthig ist, also alle Aspirationshypothesen unhaltbar sind, denn oben ist gezeigt, dass die Zunge die Mundöffnung luftdicht abschliessen muss, wenn wirkungsvoll geschluckt werden soll.

Wir haben uns bisher wohl genügend überzeugt, dass der Schluckact ohne Mithülfe der an der Schluckbahn unterhalb der Mundhöhle liegenden Muskeln erfolgt. Nunmehr stellten wir, Meltzer und ich — uns die weiteren Fragen: Treten denn die tieferen Muskelgruppen immer in Action, auch wenn die ersten den Schluck ohne Reste zum Magen geschleudert haben, oder werden sie nur mobil, wenn sie erforderlich sind? Hierauf haben Sie im Vorhergesagten schon eine Sie wohl befriedigende Antwort erhalten. Fig. 1 beweist, dass sogar beim „Leerschlucken“, wo also nur eine kleine Menge Speichel, vielleicht mit Luft gemengt kardialwärts geschleudert wird, doch im Oesophagus eine Contraction nachfolgt, welche denselben zeitlichen Verlauf zeigt, wie bei mittleren und grossen Wasserschlucken.

Nun kann man vom teleologischen Standpunkte erstaunt fragen:

Soll die ganze kunstvoll geordnete Reihe von Muskelmechanismen, die sich auf dem Speisewege zum Magen findet, nur zur Reserve angebracht sein? Hierauf müssen wir unbedenklich mit „ja“ antworten. Plausibel wird unsere Anschauung sowohl aus anatomischen, als auch aus physiologischen Gründen:

Zuvörderst ist die Musculatur des Oesophagus von verschwindender Mächtigkeit gegenüber den höher gelegenen Schluckmuskelgruppen. Vielleicht ist der muskelschwache Oesophagus als Anhang des kraftvollen Schlundeingangs dem Blutgefässsystem analog zu betrachten, welches bei den höheren Thierklassen durch das Herz zu einem ganz secundär und hülfsweise wirkenden Canalsysteme herabgedrückt ist.

Sodann weist der Umstand, dass die lange Speiseröhre keinerlei Verdauungsdrüsen enthält, schon darauf hin, dass auf keinen längeren Aufenthalt der Speisen in demselben gerechnet ist.

Endlich erscheint es sehr wünschenswerth, dass die dem Speisewege benachbarten Luftwege möglichst kurze Zeit in ihrer Wegsamkeit beschränkt werden, und für den Fall, dass Massen Widerstand finden, Reservekräfte prompt zu Hülfe kommen, die nicht erst eines neuen Antriebes bedürfen.

Wir werden sehen wie lange Zeit zwischen Reiz und Bewegung der trägen Musculatur des Oesophagus verfliesst. Es wäre eine sehr gefährliche Verzögerung, wenn erst der Reiz der lädirten Stelle die bewegenden Mechanismen auslösten. Es manövriren also die Reserven immer den in der vordersten Reihe agirenden kraftvollen Ballisten nach, als Truppen erster, zweiter, dritter und vierter Classe mit abnehmender Schlagfertigkeit.

Die Organisation dieser Hilfsreserven ist kunstvoll und dabei doch einfach. Dieselbe werden Sie an der Hand der Ihnen hier vorgelegten Curventafel leicht verstehen.

Die Figuren 9 bis 19 geben Ihnen ein interessantes Bild von den Vorgängen im Oesophagus des Menschen (speciell in demjenigen des Herrn Dr. Meltzer). — Diese Curven sind mittels eines und desselben Gummiballon gewonnen, der vom Oesophagusanfang an von Stelle zu Stelle immer um 2 cm tiefer geschoben worden ist, nachdem bei jeder Lagerung, unter sonst gleichen Bedingungen, ein Schluck ausgeführt worden war. Wir haben viele Reihen, welche der abgebildeten ganz ähnlich sind, von demselben Ballon und auch von Ballons verschiedener Grösse genommen. Jede Figur besteht hier nur aus 2 Linien: der unteren Zahncurve, welche die Sekunden markirt und einer oberen von der Luftkapsel geschriebenen Curve, welche den Eintritt und den Verlauf des Druckes auf die Blase im Oesophagus darstellt. Die Pharynxbewegungen brauchten wir jetzt nicht mehr zu registriren weil durch die schon beschriebenen Versuche (vergl. Fig. 1 — Fig. 8) nachgewiesen worden, dass die erste Schluckmarke auch in den tiefsten Orten des Oesophagus nicht mehr als 0,1 Secunde verspätet eintrifft, daher für die uns jetzt interessirenden Messungen im ganzen Oesophagus als gleichzeitig angesehen werden kann.

Bei dem ersten Blicke auf die Reihe der 10 Figuren markiren sich 3 sehr

[1]) Thèse de Paris 1841 No. 266.
[2]) Physiologie pag. 113.
[3]) Gazette hebdom. 1865 pag. 436 (citirt bei Arloing l. c. pag. 244).
[4]) Neue Beobachtungen über die Bewegungen des weichen Gaumes und über den Geruchsinn 1838. Citirt in Donders Physiologie d. Menschen. Uebers. v. Theile 1859. S. 298.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verschiedene Arten, deren einzelne Vertreter nur geringe individuelle Unterschiede aufweisen. Man kann den Oesophagus danach in 3 Abschnitte zerlegen, welche physiologisch genau charakterisirt sind ebenso, wie wenn eine anatomische Tafel die 3 Bezirke abgegrenzt abbilden würde. Bei den Figg. 9, 10 u. 11, also in dem etwa 6 cm messenden oberen, oder Halsabschnitte entspricht die hier hauptsächlich in Betracht zu ziehende zweite (linke) längere Marke einer Contractionsdauer von 2″—2,5″. In der nächsten Figur 12 (Tiefe 8 cm) hat die Marke bereits eine Länge, die mindestens 5″ Contractionsdauer anzeigt. Die Stelle, von welcher diese Marke herrührt, befindet sich am Brusteingange. Der Ballon kann hier nur wenig aufgeblasen werden, die Marke hebt sich darum nur undeutlich ab, namentlich das Ende derselben. In den folgenden 4 Figuren (Tiefe 10—16 cm) sind die Marken gut ausgeprägt; alle Contractionen haben eine fast gleiche Dauer von 6—7″. Die 3 Figuren (Tiefe 18—22) charakterisiren den 3. Abschnitt, dessen Contractionsdauer um 2—3 Secunden diejenige des vorigen Abschnittes übertrifft. Gröbere Variationen in der Länge der Marken dieses 3. Abschnittes rühren sicherlich nicht von der durch Structurverhältnisse bedingten Dauer der Schnürung her, sondern von nebensächlichen Einflüssen, wie Zerrungen seitens des gefüllten Magens, oder des Zwerchfells und ähnlichen schwer eruirbaren Factoren. In den tiefsten Theilen des Oesophagus wird die Markirung der Contractionen ganz undeutlich. Aus der Uebersicht der Curven erkennen wir, dass der hauptsächliche Zuwachs in der Contractionsdauer — um mindestens 4 Secunden — beim Uebergange vom ersten zum zweiten Abschnitt geschieht. Die Constrictorenmarke (Fig. 1—8 obere Curven) kann mit der Marke aus dem ersten Oesophagusabschnitte nicht verglichen werden, weil die beiden Zeichen von Ballons verschiedener Grösse herrühren. Wir dürfen aber auf Grund der groben Längenunterschiede und wegen des abweichenden anatomischen Verhaltens die Constrictorengegend wohl als gesonderten Abschnitt betrachten. Die spitzige Anfangsererhebung, welche besonders in Fig. 7 ausgeprägt erscheint und von der Musculatur des Zungengrundes herrührt, ist gewiss 5 mal kürzer, als diejenige der Constrictoren.

Wir hätten also in dem Schluckrohre bis zur Kardia fünf Muskelringe zu unterscheiden: Die Musculatur des ersten Actes (wesentlich der Mylohyoideus) die Constrictoren und die drei Abschnitte des Oesophagus. Es ist recht interessant, dass die descriptive Anatomie von solchen 3 Theilen Nichts weiss, und erst die genauere Beschreibung des Gewebes der Oesophagusmusculatur, wie sie in neuerer Zeit Gillette[1]) gegeben hat, die physiologische Dreitheilung erklärlich macht. Danach besitzt der obere Abschnitt (Halstheil) der Speiseröhre nur quergestreifte Muskeln, der obere Brusttheil hauptsächlich glatte, mit spärlichen quergestreiften Fasern, der bis zum Hiatus oesophageus des Zwerchfells reichende Theil nur glatte.

Nur in Bezug auf die Länge des oberen Brustabschnittes weichen unsere Ergebnisse von denen Gillette's ab, indem nach ihm dieser Theil nur 6 cm Länge misst, während wir ihn auf 10 cm schätzen. Diese Differenz kann indessen vielleicht auf individuelle Verschiedenheit zurückgeführt werden, um so mehr als wir doch nur einen Oesophagus untersucht haben.

Recht verständlich wird es durch diese Daten immer noch nicht, weshalb in dem mittleren Abschnitt, wo quergestreifte und glatte Musculatur gemischt den Oesophagus umgiebt, Contractionen mittlerer Dauer entstehen konnten, denn die Zusammenziehung des verschieden schnell fungirenden Muskelcomplexes musste doch bis zum völligen Verschwinden so lange dauern, wie die langsamste Muskelart es erfordert. Es sind wohl also auch die glatten Muskeln so wenig gleichwerthig wie die quergestreiften, z. B. des Mylohyoideus und der Constrictoren.

Gesondert von der Dauer der Contraction jeder einzelnen Stelle muss die Zeit betrachtet werden, welche vom Schluckbeginne bis zum Eintritt der Bewegung in den verschiedenen Tiefen des Oesophagus verfliesst. Man nennt die Bewegung gewöhnlich peristaltisch, wurmförmig, man musste danach annehmen, dass die Bewegung continuirlich fortschreitet. Hätte dieselbe auch noch gleichmässige Geschwindigkeit, so würde es genügen, ausser dieser den Wellenweg zu kennen, um für jeden Ort die Verzögerung zu bestimmen. Ein Blick auf die Curvenreihe Fig. 9—19 belehrt uns eines Anderen. — Wir sehen, dass in den am Oesophaguseingange um 2, 4 u. 6 cm entfernten Stellen die Bewegung fast gleichzeitig eintritt; etwa 1,2″ nach dem Schluckbeginne. In der nur 2 cm tiefer gelegenen Stelle (Fig. 12) sehen wir die Schnürung erst 3″ nach dem Schluckanfange sich geltend machen; zu gleicher Zeit aber auch in der ganzen Strecke bis zur Tiefe 16 cm incl. (Fig. 12—16) die schnürende Bewegung beginnen. In der folgenden Figur (17), entsprechend 18 cm vom Oesophagusanfange, erscheint die Bewegung erst 6″ nach dem Schluckbeginne und in den Tiefen 20 u. 22 cm (Fig. 18 u. 19) nur um wenig später. Es schnürt sich also der Oesophagus in drei Abschnitten nach einander: Der oberste Abschnitt von etwa 6 cm Länge beginnt seine Contraction fast vollständig gleichzeitig etwa 1,2″ nach dem Schluckanfange. Hierauf verfliessen 1,8″ bevor der nächste Abschnitt in einer Länge von beiläufig 10 cm wiederum fast gleichzeitig sich zusammenzuziehen beginnt. Darauf hält eine längere Pause von circa 3″ den Fortschritt der Bewegung auf, worauf endlich die letzten 3 von uns untersuchten Stellen in Zusammenziehung gerathen: zwar nicht absolut gleichzeitig, aber doch im Verhältniss zu den Pausen. — Es zerfällt also der Oesophagus auch in Bezug auf die zeitliche Folge der Contractionen in dieselben Abschnitte, die wir in Bezug auf die Contractionsdauer bereits constatirt haben.

[1]) Journ. de l'anatom. et de la physiol. 1827 pag. 617.

Es ist demzufolge die Speiseröhre vergleichbar einem Scorpionherzen, welches ebenfalls einen von Muskeln umgebenen Schlauch darstellt, der freilich Seitenspalten und flügelförmige Ansätze hat. Solches Herz contrahirt sich in 8 Abtheilungen (bei manchen Spinnen in 3 Abschnitten), die im Leben äusserlich nicht deutlich markirt sind. Bei dem niedersten Wirbelthiere, dem Amphioxus finden sich auch in Vertretung des Herzens gegen Hundert contractile Ausbuchtungen des Arteriensystems, welche einander das Blut zupumpen. Die Weise in welcher die Abtheilungen des Säugethierherzens nach einander in Thätigkeit gerathen, ist analog diesen Vorgängen. Auch hier contrahir sich der ganze Vorhof ziemlich gleichzeitig und nach einer Pause folgt die Contraction des gesammten Ventrikels.

Wir wollen jetzt auch die ersten beiden Abschnitte des Schluckweges: den Mylohyoideus und die Constrictoren in Bezug auf den Fortschritt der Bewegung betrachten. Die Pause zwischen der Bewegung des ersten und des zweiten Abschnittes können wir an den Pharynxcurven unterscheiden, namentlich in den Figg. 7 u. 8 deutlich sehen. Genauere Messungen bei schnell rotirender Trommel lehrten, dass sie etwa 0,3″ beträgt. Die Dauer der Pause zwischen der Bewegung der Constrictoren und derjenigen des ersten Oesophagusabschnittes erhält man, wenn man von der Zeit 1,2″, nach welcher der erste Oesophagusabschnitt sich zu contrahiren beginnt, die Dauer der ersten Pause 0,3″ abzieht; sie beträgt demnach etwa 0,9″.

Jeder der fünf ringförmigen Abschnitte, in welche die Schluckbahn zerfällt, contrahirt sich also ziemlich gleichzeitig und hat in allen seinen Theilen eine ziemlich gleiche Contractionsdauer. Die verschiedenen Abschnitte jedoch contrahiren sich der Reihe nach in Pausen, die um so länger werden, je länger die Zusammenziehungen der einzelnen Ringe dauern. Je langsamer ein Abschnitt sich contrahirt, desto geringere Beschleunigung ertheilt er den durch seine Contraction abwärts getriebenen Massen. Wir haben oben schon gesehen, dass wenn aus irgend einer Ursache Reste der Schluckmasse im Bereiche der Constrictoren stecken geblieben waren, diese Massen durch die Zusammenziehung des Constrictoren-Abschnittes nachgespritzt werden, aber mit viel geringerer Geschwindigkeit, als diejenige ist, welche die Musculatur des ersten Actes dem breiigen Bissen ertheilt (vergl. Fig. 7 u. 8). Aehnliches gilt auch für die Abschnitte des Oesophagus. Bleibt ein Theil oder die ganze Schluckmasse in einem der Abschnitte stecken, so wird die Masse in demselben Sinne wie durch den Hauptschluckact geschieht durch Hinabdrücken gefördert, aber mit viel geringerer Geschwindigkeit, und zwar um so langsamer, einem je tieferen Abschnitte der Transport übertragen wird. Wir wollen noch anführen, dass die Contraction eines jeden Abschnittes die darauf folgende Pause überdauert. Dies sieht man deutlich an der Parynxmarke (Fig. 7 u. 8, Curven über die Zeitlinie), bei welcher die Constrictorenmarke anhebt, bevor die Mylohyoideuscurve zur Abscisse gesunken war. Bei den tieferen Oesophagusstücken kann man ein ähnliches Verhältniss leicht ausrechnen. — Dadurch dass die Contraction eines Abschnittes beginnt, bevor diejenige des vorhergehenden abgelaufen ist, wird das Zurücktreten der Speisen gehindert: in analoger Weise wie das Andrücken des Zungenrückens an den harten Gaumen vor dem Beginne der Contraction des ersten Schluckabschnittes den Ingestis den Rückweg über die Lippen versperrt.

Durch diesen eigenthümlichen Zusammenhang zwischen Contractionsgeschwindigkeit und Contractionsintervall ist der ungestörte Fortschritt der Speisen zum Magen für alle Fälle gesichert. Während für die vom Mylohyoideus ertheilte Geschwindigkeit eine Pause von 0,3″ mehr als genügend ist, um die Masse durch das Gebiet der Constrictoren bereits befördert zu haben, bevor dieselben sich zu contrahiren begannen, müssen die Pausen zwischen den Actionen der folgenden Abschnitte länger sein, damit eine an den Constrictoren oder gar vom ersten Oesophagusabschnitte nachgespritzte Masse den untersten Oesophagusabschnitt noch offen fand. Im zeitlichen Zuwachs der Pausen lässt sich bei dem untersuchten Oesophagus von Herrn Meltzer eine merkwürdige Gesetzmässigkeit erkennen. Es verfliessen, wie oben erwähnt, zwischen den Contractionsanfängen:

der Mylohyoideus und dem der Constrictoren	0,3″=1	0,3
der Constrictoren u. dem ersten Oesophagusabschn.	0,9=(1+2)	0,3
dem ersten Oesophagusabschn. u. dem zweiten	1,8″=(1+2+3)	0,3
dem zweiten Oesophagusabschn. u. dem dritten	3,0″=(1+2+3+4)	0,3.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag №. 21. 22. Mai 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Die Xerosis conjunctivae und ihre Begleiterscheinungen.

Von

Dr. Kuschbert, Salzbrunn.

Im Laufe der beiden letzten Jahre hatte ich Gelegenheit, zahlreiche Fälle der sogenannten Hemeralopia idiopathica in Verbindung mit Xerosis conjunctivae zu beobachten, wobei ich Gelegenheit nahm, die vielfach widerstreitenden früheren Angaben über diesen Gegenstand einer erneuten Prüfung zu unterziehen. Leider habe ich meine Beobachtungen nicht zu dem erwünschten Abschluss bringen können, aber da ich durch äussere Umstände auch in Zukunft an einer weitern Bearbeitung dieser Materie verhindert sein dürfte, so entschloss ich mich trotzdem zu dieser Mittheilung, umsomehr, als sie doch vielleicht etwas dazu beitragen könnte, spätere Beobachtungen in die richtige Bahn zu leiten.

Ueber meine ersten Wahrnehmungen im Breslauer St. Hedwigshause berichtete ich bereits in Verbindung mit Professor Neisser in der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur[1]), doch sollen dieselben auch hier im Zusammenhange eingehender berücksichtigt werden. — In dem oben genannten Waisenhause erkrankten im Jahre 1882 von etwa 80 dort untergebrachten Kindern 25 im Alter von 6—12 Jahren und zwar 15 Knaben und 10 Mädchen. Der Beginn der Erkrankung wurde in die Frühjahrsmonate verlegt. Bestimmt liess sich feststellen, dass nach Ende Mai neue Erkrankungen nicht mehr vorgekommen waren[2]). 3 Kinder waren schon im voraufgehenden Sommer hemeralopisch, doch war die Affection während des Winters völlig verschwunden gewesen. Die Hemeralopie manifestirte sich für die Umgebung dadurch, dass sämmtliche Kinder sowohl am Tage, wenn sie dunkle Räume passirten, als auch des Abends und Morgens in der Dämmerung geführt werden mussten. —

Die nähere Prüfung dieses Zustandes hatte bei den kleinen, meist wenig intelligenten Kindern grosse Schwierigkeiten. Es fanden sich jedoch mehrere, welche im Stande waren, brauchbare Angaben zu machen. — Um die Herabsetzung des Lichtsinns zu prüfen, folgte ich dem Beispiele Reymond's[3]), welcher mit Hülfe von Schriftproben die Sehschärfe des normalen und des hemeralopischen Auges bei abnehmender Beleuchtung verglich. — Es ergab sich, dass in den ausgeprägteren Fällen die Differenz der Sehschärfe zu Ungunsten des hemeralopischen Auges schon begann, wenn die Sehschärfe des normalen Auges auf etwa $^3/_4$ reducirt war. Die leichtesten Fälle wiesen zwar im Anfange der Verdunkelung eine schlechtere Sehschärfe auf, als das normale Auge, doch genügte ein viertel- bis halbstündiger Aufenthalt in der herabgesetzten Beleuchtung, um diesen Unterschied verschwinden zu machen. Die Hemeralopie zeigte sich bei denselben also nur als eine verlangsamte Adaption an die verminderte Beleuchtung. —

Das Gesichtsfeld war meist normal, nur mehrere hochgradigere Fälle zeigten eine concentrische Einengung. Von diesen letzteren kann ich jedoch nur bei zweien für die Richtigkeit des Resultates einstehen.

Dieselben hatten bei wiederholten Untersuchungen, bei denen auch jedesmal die Umschreibung des blinden Flecks gelang, concentrische Einschränkung von etwa 10°, ein Befund, welcher in der Hauptsache mit dem A. Gräfe's[4]) übereinstimmt. —

[1]) Vergl. Bericht über die Sitzung vom 21. Juli 1882 in der Breslauer ärztlichen Zeitschrift No. 4, 1883.

[2]) Dasselbe berichtet Förster: „Ueber Hemeralopie und die Anwendung eines Photometers im Gebiete der Ophthalmologie.“ Breslau L. F. Maske 1857.

[3]) v. Gräfe u. Sämisch Handbuch der gesammten Augenheilkunde V. pag. 997.

[4]) Alfred Gräfe. Beitrag z. Wesen der Hemeralopie. Gräfe's Archiv V. 1.

Der Farbensinn wies schon bei mässig herabgesetzter Beleuchtung diejenigen Störungen auf, die auch das gesunde Auge bei stärkerer Verdunkelung empfindet und wie sie von Förster[1]) beschrieben worden sind. Es wurde dunkelblau und carminroth für schwarz, gelb für weiss angesehen, blau und grün verwechselt, Anomalien die, wie ich hervorhebe, mit denen übereinstimmen, welche wir bei Sublatio retinae beobachten. —

In einzelnen Fällen fand sich bei den ersten Untersuchungen leichte Insufficienz der Recti interni, welche jedoch im weiteren Verlaufe nicht mehr constatirt werden konnte. —

Der ophthalmoskopische Befund muss als negativ bezeichnet werden. Das Verhältniss der Venen und Arterien, wie es Poncet[2]) als pathognostisch ansieht, findet sich auch bei unzähligen nicht hemeralopischen Augen, insbesondere bei Kindern. Auffällig war nur bei einer grossen Anzahl der Erkrankten der geringe, zuweilen unmerkbare Unterschied in der Färbung der Arterien und Venen der Retina, eine Erscheinung welche E. v. Jäger[3]) auf unzureichende Desoxydation des Venenblutes zurückführt und vorzugsweise der Anämie und Chlorose vindicirt. In der That correspondirte die Verminderung der Färbungsdifferenz mit dem Grade der Anämie, und wir dürfen, auf die Beobachtungen von Jäger's gestützt, das erwähnte Verhalten der Retinalgefässe wohl nur als ein Symptom der die Hemeralopie begleitenden Anämie ansehen. —

Die prägnanteste Complication aber war unstreitig die schon von vielen Autoren beschriebene, von Bitot[4]) zuerst in Zusammenhang mit der Hemeralopie gebrachte, sogenannte Xerosis epithelialis conjunctivae.

Dieselbe war bei allen Kranken makroskopisch mehr oder weniger deutlich nachweisbar. Auf der graugelblich verfärbten, meist wenig injicirten Conjunctiva bulbi zeigten sich, an den innern und äussern Cornealrand anschliessend, weisse, schaumige, mattglänzende Auflagerungen, die für gewöhnlich die bei normaler Lidöffnung zu Tage tretenden Partien einnahmen. Nach meinen Erfahrungen wird die schaumige Substanz nicht durch die Lidbewegung an dieser Stelle zusammengehäuft, sondern sie entsteht daselbst. In frischen Fällen findet man dort nicht selten eine Anzahl punktförmiger Schauminselchen, die sehr fest haften und durch Reiben mit den Lidern nicht zu verwischen sind. Erst wenn sich grössere Massen angesammelt haben, kann man die oberflächlichen Schichten mit den Lidern zusammenschieben. — Die Conjunctiva bulbi war gewöhnlich stark gelockert und legte sich bei Rotation des Bulbus, je nachdem sie durchtränkt oder trocken war, in wulstige oder knittrige Falten. Bei längerem Auseinanderhalten der Lider dehnten sich in Folge von Verdunstung der Thränenflüssigkeit die xerotischen Flächen um ein geringes nach der conjunctivalen Grenze hin aus. Zuweilen erstreckte sich die Xerose rings um den Limbus corneae, so dass derselbe täuschend einem Arcus senilis ähnlich sah. — Von grösstem Interesse waren, insbesondere ihrer Constanz wegen, eine Anzahl von Begleiterscheinungen. Ausser der Conjunctiva, die sich im Anfang sehr häufig im Zustande eines schleimig-eitrigen Catarrhes befand, war besonders die Nasenschleimhaut afficirt, welche ein reichliches dünnflüssiges Secret lieferte. Das Zahnfleisch war aufgelockert, livid und sehr leicht blutend. Die meisten der Kinder litten an trockenem Husten, waren heiser, oft ganz aphonisch. Die Haut hatte eine schmutzige Farbe, war grau, trocken und rauh in Folge einer feinen, kleien-

[1]) Förster l. c.

[2]) Gräfe-Sämisch V. pag. 998.

[3]) Z. v. Jäger: Ueber unzureichende Desoxydation (Otyämia Arteriosität) des Venenblutes. Wiener Medic. Presse 1877.

[4]) Bitot. Memoire sur une lésion conjonctivale pas encore décrite coincidant avec l'héméralopie. Gazette med. 1863. pag. 435.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

artigen Abschuppung. Bei einzelnen bestand copiöse, schleimig-eitrige Otorrhoe. Als es sich darum handelte für das Auftreten der Krankheit ein ätiologisches Moment ausfindig zu machen, liessen die mit grosser Schärfe begründeten und allgemein angenommenen früheren Theorien völlig im Stich. Es fand sich in erster Linie auch nicht der geringste Anhalt für die bisher geltende Ansicht, dass Ueberblendung durch grosse, wiederholt einwirkende Lichtintensitäten dabei im Spiele wäre. Das St. Hedwigshaus, welches mit der einen Längsfront einer engen Strasse, mit der andern einem grossen Garten zugekehrt ist, bietet weder im Innern, noch in seiner Umgebung irgend welche Flächen für stärkere Lichtreflexe. Die Zöglinge verlassen dasselbe nur, um eine Stadtschule zu besuchen, in der unter mehreren hundert Schülern nicht ein einziger mit Hemeralopie und Xerose gefunden wurde. Ebensowenig konnte dasjenige Moment, welches gewöhnlich an zweiter Stelle genannt wird und zuerst von Blessig[1]) betont wurde, nämlich schlechte Ernährung für die Affection verantwortlich gemacht werden. Allerdings waren die Kinder grossentheils anämisch und scrofulös, einzelne der Hemeralopischen machten aber auch einen blühenden und gesunden Eindruck. Ueberdies war die Verpflegung im Waisenhause eine durchaus gute, sicher eine viel bessere, als die sehr vieler Kinder, welche die vorerwähnte, im ärmsten Bezirk der Stadt gelegene Schule besuchten, in der kein Hemeralop gefunden wurde. — Auch die Angabe Leedoms[2]), dass Wurmreiz Nachtblindheit veranlassen könne, erwies sich für unsere Fälle als ohne Belang. Allerdings hatten mehrere Kinder Ascariden, aber bei den meisten fehlten sie, und ausserdem wurde nach Abgang der Parasiten keine Spur von Besserung beobachtet. — Genug, es fehlte zunächst jede plausible Erklärung für die Entstehung und Verbreitung der Krankheit. Auch der Verdacht, den Saltini[3]) meines Wissens zuerst ausgesprochen, dass es sich um eine Infectionskrankheit handle, konnte nur auf das endemische und periodische Auftreten gestützt werden.

Eine ganz andere Beleuchtung aber erhielt diese Angelegenheit durch das Ergebniss der von Professor Neisser vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung der conjunctivalen Auflagerungen. Während man früher die schaumige Masse, nur als theils verhornte (Blessig) theils als verfettete[4]) Epithelien bezeichnete, fand Neisser, dass dieselbe aus einer fettigen Grundsubstanz mit sehr spärlichen Epithelzellen bestehe, in die grosse Mengen von, nach Form und Gruppirung bestimmt charakterisirten Bacillen eingebettet sind. Ich lasse den Befund Neisser's, wie ihn derselbe bei unserer ersten Veröffentlichung[5]) gegeben, hier folgen.

Versucht man den trockenen, eigenthümlich fettig glänzenden, weiss schimmernden Belag von der Conj. bulbi abzustreifen, so gelingt dies ohne Mühe und man behält auf dem angewandten Instrumente eine sofort trocknende Schüppchenmasse zurück. Zerdrückt und zerreibt man diese trockenen Schüppchen auf dem Objectträger, so fällt auch hier der fettige Glanz der wie Talg aussehenden Substanz auf.

Bei Glycerinzusatz ist mikroskopisch nichts zu erkennen, als eine das Licht stark reflectirende, aus grossen Schollen zusammengesetzte Masse, deren einzelne Elemente wie abgestorben aussehen und eine enge, feine Fältelung erkennen lassen.

Die Einwirkung starker Kalilauge hellt diese Massen auf, so dass auch hin und wieder Reste der geschrumpften Kerne sichtbar werden. Essigsäure übt keinen bemerkenswerthen Einfluss aus.

Setzt man jedoch Aether hinzu und lässt denselben genügend lange Zeit einwirken, so hellt sich die weisse undurchsichtige Masse ganz und gar auf, scheint makroskopisch total zu verschwinden, während mikroskopisch die Schollen, jetzt ganz durchsichtig geworden, nur noch durch einen schwachen linienartigen Rand angedeutet sind und innerhalb desselben nun eine Unzahl feiner hellglänzender bald stäbchenförmiger, bald mehr rundlicher Körperchen zeigen.

Bei Zusatz von Ueberosmiumsäure in ¼procentiger Lösung treten diese Gebilde gleichfalls sehr deutlich hervor als schwarzgefärbte Körperchen; wechselt man die Einstellungshöhe, so erkennt man einen hellglänzenden Saum, welcher das braunschwarze Centrum einsäumt.

Am klarsten und die Bedeutung dieser Befunde sofort an die Hand gebend sind mit Anilinlösungen gefärbte Trockenpräparate. Sie lehren, dass der von der Conjunctiva abgestreifte Belag in seiner bei weitem grössten Masse aus Bacterien bestehe. Diese sind von wechselnder Länge, aber stets mindestens doppelt so lang, als breit, und gehören daher in die Klasse der Bacillen. Ihre Länge entspricht ungefähr derjenigen der Bacillen der Mäusesepticämie, wie dieselben auf

[1]) Blessig: Ueber Xerose des Bindehautepithels und dessen Beziehung zur Hemeralopie. Petersburg. med. Zeitschrift XI. 6.

[2]) Leedom: A case of night blindness from worms in the intestinal canal.

[3]) Vergl. Referat in Hirschberg's Centralblatt f. Augenheilkunde: Ueber Anwendung von Chin. bisulf. bei idiopath. Hemeralopie. 1880 pag. 156.

[4]) So noch in neuester Zeit Gourêa.

[5]) Verhandl. der med. Section der schles. Gesellschaft für vaterländische Cultur, Sitzung vom 21. Juli 1882: Kuschbert und Neisser: Zur Aetiologie und Pathologie der Hemeralopia idiopath. u. der Xerose. conjunct. Breslauer ärztl. Zeitschrift No. 4, 1883.

Tafel VII, No. 41 der von Koch veröffentlichten Photogramme (Mitth. des Reichs-Gesundh.-Amts. Bd. I.) wiedergegeben sind. Ihre Breite wechselt je nach der Färbungsmethode. Werden die in der Hitze gut getrockneten Präparate in wässeriger Fuchsinlösung (oder Gentianaviolett, oder Methylenblau) gefärbt, so erscheinen sie doppelt so breit, als wenn nach langdauernder Aetherwirkung eine alkoholische Farbstofflösung verwandt wird. Sie sind dann ungemein feine und zierliche Gebilde, während sie andernfalls eine verhältnissmässig plumpe Bacillenform darstellen.

Aus diesem eben geschilderten, auf der Aetherwirkung vornehmlich beruhenden differenten Verhalten der Präparate gegenüber den Färbeflüssigkeiten, sowie aus den im Eingange beschriebenen Beobachtungen über die durch Aether zu erzielende, makroskopisch wie mikroskopisch wahrnehmbare Aufhellung der xerotischen Schollen ergiebt sich nun folgender Schluss:

Die auf der Conjunctiva bulbi sich vorfindenden trockenen fettig glänzenden Massen bestehenden aus mortificirten Epithelien und Bacillen. Die fettige Substanz ist sowohl diffus in der Masse vorhanden, als auch an die Bacillen gebunden, und zwar an eine Hülle derselben, welche mantelartig jeden einzelnen Bacillus umgiebt. Diese fettige Substanz des Bacillenmantels ist durch Anilinfarben zu färben, auch in wässerigen Lösungen derselben. Es färben sich daher in wässerigen Lösungen Bacillen plus Hülle und erscheinen als breitere, plumpere Gebilde, während durch die Einwirkung von Aether dieser tingible Stoff aus dem Mantel entfernt wird und nur die Bacillen, also viel feinere, stäbchenartige Formen, gefärbt zu sehen sind.

Was die Lagerung der Bacillen anlangt, so sind sie entweder frei in der abgekratzten Substanz oder auf die flachen Epithelschollen aufgelagert. Sie liegen in dichten Massen neben einander, bilden Haufen, keine Ketten, und finden sich jedesmals in kolossaler Massenhaftigkeit vor.

Ehe ich auf das biologische Verhalten der Bacillen eingehe, möchte ich ihre pathologische Stellung zu der Xerose erörtern:

1) Sie waren ein constanter Befund in sämmtlichen[1]) untersuchten Fällen von Xerosis conjunct. Mein Untersuchungsmaterial belief sich auf 25 Fälle aus der Praxis des Herrn Dr. Kuschbert, ein Fall stammt aus der Universitäts-Poliklinik des Herrn Prof. Förster; einer wurde aus dem Militär-Lazareth von Herrn Stabsarzt Dr. Krocker mir gütigst zugesendet.

   Andererseits wurden eine grosse Anzahl anderer Conjunctivalerkrankungen auf das Vorkommen der fraglichen Bacillen untersucht, stets mit negativem Resultat. Ebenso enthielt die Flüssigkeit der gesunden Conjunctiva nie Bacillen.
2) Bei der Xerosis conjunctivae fand sich constant nur diese eine typische Bacillenform, nie irgend eine andere gleichzeitig.
3) Die Reichhaltigkeit der Bacillen ist eine derartige, dass dieselbe wohl das Krankheitsbild zu Stande bringen könnte. Die Menge der Bacillen wechselte ganz regelmässig nach der Hochgradigkeit der Erkrankung.
4) Der an den einzelnen Bacillen nachweisbare Fettgehalt der Hülle entspricht dem klinischen Bilde der xerotischen Erkrankung vollkommen.

Es waren also Momente genug vorhanden, um die Bacillen nicht nur als zufälligen Nebenbefund, sondern als pathologisch bedeutsam aufzufassen. Ihre pathognostische Natur konnte sogar als erwiesen gelten. Die vorgenommenen Impfungen und Culturen hatten, wie ich voranschicken will, nicht den erwünschten positiv-beweisenden Erfolg.

Es wurden auf Blutserum-Gelatine mit geglühten Platinnadeln strichförmig minimale Mengen des abgekratzten Conjunctivalbelags übertragen. Schon am nächsten Tage (bei einer Brüttemperatur von 37—39°C.) zeigten sich an sämmtlichen Impfstrichen — bei sämmtlichen sehr zahlreichen Controlversuchen ausnahmslos — auf der Oberfläche des Serums den Strichen entsprechende trockene, fettig glänzende, etwa 2—3 mm breite weissliche Streifen. Dieselben waren nicht ganz eben und gleichmässig, sondern zeigten kleine sandkornartige separate Anhäufungen am Rande der streifenartigen Wucherungen. Dieser selbe Vorgang wiederholt sich in absolut identischer Weise bei weiteren Uebertragungen von Serum auf Serum, die bis in die 15. Generation fortgetetzt wurden.

Im Verlaufe weiterer Tage ist die Zunahme der an demselben Impfstrich entstehenden Masse eine verhältnissmässig geringe. Breite wie Höhe der Striche nehmen nur wenig zu. Schliesslich scheint eine Vertrocknung der ganzen Masse einzutreten; doch lässt sich dieselbe nachträglich noch lange Zeit auf frisches Serum mit Erfolg überimpfen.

Die mikroskopische Untersuchung dieser Impfstriche ergab nun, dass die an ihnen angehäufte weissliche Masse ganz und gar aus Bacterien bestand, welche sich gewöhnlich in keiner Weise von den direct von der Conjunctiva entnommenen unterschieden.

Es stellte sich dabei zugleich heraus, dass die Vermehrung dieser Bacterien in zwei verschiedenen Modis erfolgen könne, in dem Maasse verschieden, dass erst die fortgesetzte lange Untersuchung und immer wiederholte Nachprüfung mich davon überzeugte, dass nicht zufällige Verunreinigungen die Eigenartigkeit des Bildes hervorriefen, sondern dass wir es wirklich mit einem unter gewissen Umständen eigenthümlichen Wachsthumverhalten dieser Bacillen zu thun hätten.

Die Untersuchung zahlreicher, dem Auge direct entnommener Bacillen-Präparate und die Vergleichung der einzelnen dadurch gewonnenen Bilder hatte bereits ergeben, dass die Bacillen auswachsen, und in diesen kleinen Fäden eine zweitheilige Gliederung auftritt und schliesslich die einzelnen Glieder als kleine verhältnissmässig kurze Einzelbacillen selbstständig werden. Viel seltener sieht man längere Fäden und mehr Theilglieder in denselben. Die auswachsenden Fäden liegen dabei ziemlich in derselben Richtung mehr oder weniger parallel, so dass man häufig Gelegenheit hat, in regelmässigen Streifen angeordnete Gruppen von Bacterien zu sehen.

[1]) Jetzt 41 Fälle.

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Eine Sporenformation habe ich dabei nicht mit Sicherheit entdecken können, wenn ich auch bisweilen den Eindruck hatte, als wenn ungefärbte, etwas kugelig aufgetriebene Sporen am Ende einzelner verlängerter Bacillen vorhanden wären.[1])

Dieser selbe Vorgang konnte nun in identischer Weise auch in Culturen beobachtet werden, nur dass in denselben die Theilung sehr viel rascher und früher von statten ging, so dass man nur zweigliedrige, ganz kurze und etwas breitere stäbchenförmige Gebilde zu sehen bekam, die an den beiden Enden etwas zugespitzt waren.

Es stellte sich jedoch heraus, dass neben dieser directen Theilung es noch einen anderen Fortpflanzungsmodus dieser Bacillen gäbe, den ich auf die veränderten äusseren Bedingungen: höhere Temperatur, grössere Feuchtigkeit etc. beziehen zu müssen glaube. Ich bin vor der Hand nicht in der Lage gewesen, diese ursächlichen Verhältnisse genau festzustellen. Dieser Modus besteht darin, dass der einzelne Bacillus zu einer langen 6—8- und mehrgliedrigen Kette von immer breiter werdenden scheibenartigen Theilen auswächst. Das letzte Glied — je nachdem das Auswachsen an einem oder an beiden Enden erfolgt — an einem oder beiden Enden der Reihe ist von birnförmiger Gestalt und ist in allen Durchmessern mindestens doppelt so gross als das schmale, dem ursprünglichen Bacillus entsprechende Anfangsglied. Die dazwischen gelegenen Glieder stellen allmähliche Uebergangsformen dar: sie sind stets, wie schon erwähnt, breiter als lang, so dass ein ganzes derartiges Gebilde den Eindruck einer Keule macht, welche in schmale Scheiben zerschnitten ist. Anfangs liegen diese schmalen Theilglieder dicht an einander gepresst; allmählich rücken sie auseinander und jedes einzelne kleine Theilglied wächst wieder zu einem neuen Bacillus aus. Die Wachsthumsrichtung dieser Theilglieder steht aber senkrecht auf derjenigen, in welcher sich der einzelne Bacillus zu der beschriebenen keulenförmigen Kette ausbildete. Daher kommt es denn auch, dass man keine langen Reihen aus hinter einander gelagerten einzelnen Bacillen findet, sondern mehr oder weniger zu grossen Quadraten vereinigte Haufen der einzelnen Theilglieder.

Herr Professor Ferdinand Cohn, dem ich diese Präparate vorlegte, sprach seine Ansicht dahin aus, dass er diesen ihm bereits bei anderen Bacillen und Spirillen bekannten Entwickelungsvorgang als eine Art Gonidienbildung auffasse, die neben der gewöhnlichen Fortpflanzung durch Sporen und der directen Theilung vorkomme. Bemerkenswerth für die Bacillen der Xerose war nur die birnförmige mächtige Anschwellung, welche das eine oder beide Endglieder der Gonidienkette zeigte. Es lag die weitere Verfolgung dieser Punkte zu sehr abseits meiner übrigen Arbeiten, so dass ich definitive Resultate nicht zu geben vermag.

Was nun die Uebertragungsversuche zur Feststellung der pathogenen Wirkung anlangt, so fielen die angestellten Thierversuche (Einbringung von Culturen in den Conjunctivalsack von Kaninchen und Hunden, sowie Injectionen in die vordere Kammer von Kaninchen [Dr. Kuschbert]) negativ aus — negative Ergebnisse, die gegen die pathogene Natur der Bacillen nichts beweisen. In durchaus analoger Weise sind ja Kaninchen und Hunde gegen Gonococcen immun.

Auf die leukomatöse Cornealnarbe eines 22jährigen Mannes gebracht, entwickelten sich die Bacillen in typischster Weise und grosser Reichhaltigkeit. Hemeralopie folgte nicht nach. Culturen, welche auf die Conjunctiva mehrerer Kinder gebracht wurden, bewirkten nur in zwei Fällen eine allmählich sich einstellende leichte fettige Trockenheit der Conjunctiva bulbi, ohne direct abstreifbare Auflagerung auf derselben. Hemeralopische Erscheinungen wurden auch hier bei keinem der Geimpften beobachtet.

Wenn demnach auch die pathogenetische Natur der Bacillen vorläufig noch nicht erwiesen schien, so drängte doch die Constanz des mikroskopischen Befundes, auch in Fällen wo makroskopisch kaum Spuren erkennbar waren, die stets begleitenden Erscheinungen seitens verschiedener Schleimhäute, das epidemische Auftreten, vorwiegend zu einer bestimmten Jahreszeit, zu der Annahme, dass wir es mit einer Allgemeinerkrankung infectiösen Characters zu thun hätten, von der Hemeralopie und Xerose, nur die prägnantesten Symptome vorstellen.

Was den Verlauf anlangt, so kamen, in den erwähnten Fällen Complicationen seitens der Cornea nicht vor. Die Hemeralopie verlor sich bei Allen im Herbst vollständig, die Conjunctiva bekam nach Schwinden der Auflagerungen wieder normalen Glanz und Feuchtigkeit, nur bei einigen blieben Spuren jener schaumigen Massen zurück.

Jm Frühjahre 1883 sah ich die Krankheit wieder im St. Hedwigshause auftauchen. Die im vorigen Jahre Erkrankten wurden mit wenigen Ausnahmen auch diesmal befallen, neu hinzu traten etwa fünf oder sechs. — Die Epidemie zeigte im Grossen und Ganzen denselben Symptomencomplex, jedoch auch einiges Neue.

Die Insufficienz der Recti interni war häufig, deutlich und längere Zeit hindurch nachweisbar. Die Prüfung der Accommodation, die im vorigen Jahre versäumt worden war, ergab niemals eine Beschränkung derselben. Auffallend war bei mehreren Kindern eine speckige, membranöse leicht von der unveränderten Unterlage abziehbare Auflagerung auf dem gelockerten Zahnfleisch. Unter dem Mikroskop zeigte sie Epithelzellen mit grossen Mengen der verschiedensten Micrococcen und Bacillen, ein Befund, wie man ihn ähnlich von jeder gesunden Mundschleimhaut erhält und den ich somit durchaus nicht für irgendwie verwerthbar halten kann.

Nach den bisher erwähnten Beobachtungen hatte es den Anschein, dass wir es in der fraglichen Krankheit mit einer leichten, ungefährlichen, höchstens unbequemen Affection zu thun hätten. Der Verdacht, den Förster zuerst ausgesprochen, dass sowohl die bei kleinen Kindern beobachteten Ulcerationen der Hornhaut mit xerotischem Aussehen der Conjunctiva (v. Graefe's Hornhautverschwärung bei infantiler Encephalitis), sowie die von Gama Lobo[1]) beschriebene Ophthalmia braziliana, welche ebenfalls die Charactere der Xerose zeigt, mit unserer Krankheit identisch seien, wurde zunächst erheblich entkräftet. Auch die vorläufige Mittheilung Leber's[2]), welcher in einem letal endigenden Falle von infantiler Serosis mit Hornhautverschwärung „eigenthümliche theils stäbchen-, theils coccenförmige Spaltpilze in den Zellplatten des desquamirenden Conjunctivalepithels, sowie in dem Belag des Hornhautgeschwürs entdeckte, war durchaus nicht geeignet, alle Zweifel zu zerstreuen. Neisser und ich haben in hunderten von Xerosepräparaten niemals Coccen, sondern stets nur die oben beschriebenen Bacillen gesehen, und wir müssen demnach gerade die Einheit der Mikroorganismen, bei dem fast gänzlichen Mangel anderer Unterscheidungsmerkmale, als das mikroskopische Hauptcharacteristicum der Xerose ansehen. — Weitere eigne Erfahrungen sollten mir indess bald Gewissheit in diesem Punkte verschaffen und ausserdem die Krankheit in einem weniger harmlosen Lichte erscheinen lassen. —

Am 22. Mai 1883 wurde ein Kind B. von 4 Wochen zu mir gebracht, welches nach Angabe des behandelnden Arztes etwa 14 Tage nach der Geburt an Diarrhoe und Bronchitis und zugleich an einer Conjunctivitis mit sehr geringfügigem Secret erkrankt war. Die Erscheinungen hatten sich in mässigen Grenzen gehalten, so dass der Arzt keine Veranlassung hatte, häufigere Besuche zu machen. Nachdem er in Folge dessen das Kind mehrere Tage nicht gesehen, entdeckte er, von den Eltern auf das veränderte Aussehen des linken Auges aufmerksam gemacht, dass sich auf demselben ein grosses Hornhautgeschwür etablirt hatte. Ich wurde consultirt und fand die vordere Kammer fast aufgehoben, die in einem Durchmesser von etwa 2 mm prolabirte Iris noch von der intacten Descemet'schen Membran bedeckt. Anfangs glaubte ich die Folgen einer Blennorhoea neonatorum vor mir zu haben, wurde aber durch das Aussehen beider Conjunctiven bald auf den Gedanken gebracht, dass es sich um eine Xerose handle. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte diese Vermuthung, und zwar enthielten die Präparate vom rechten Auge, dessen Cornea unversehrt war, nur Xerosebacillen, während die vom linken Auge dieselben zwar auch in grosser Anzahl, doch mit Micrococcen vermischt, aufwiesen. — An einem der nächsten Tage konnte ich auch auf der Cornea des rechten Auges, etwas nach innen vom Centrum, eine zart graue Trübung erkennen, die sich als eine unvermischte Auflagerung von Bacillen erwies. Also: Rechts ohne Geschwür nur Bacillen, links, mit Geschwür: Bacillen und Coccen. — Durch diesen Befund erschien es mir sicher gestellt, dass die von Leber beobachteten Coccen nur zufällige Beimengungen seien und erst jetzt konnte ich die Identität der vorliegenden Affection mit der Xerose als erwiesen ansehen.

Von dem Tage an, als ich die Trübung der rechten Cornea bemerkte, wurden die Augen mit Eserin behandelt, worauf eine sichtliche Besserung eintrat. Es kam rechts nicht zur Ulceration der Hornhaut, die Conjunctiven erlangten bald wieder ihren feuchten Glanz und nach etwa 14 Tagen war auch die Affection auf dem linken Auge abgeheilt. Die ausserhalb des Geschwürs belegenen Hornhautstellen waren vollkommen klar, die Iris war an der Stelle des ursprünglichen Prolapses an einer fast glatten Narbe adhärent, sonst aber die vordere Kammer, soweit möglich, vorhanden. Die völlig erhaltene Form und Grösse des Auges hat sich auch bis heut nicht verändert.

Ich erinnere mich, in den voraufgehenden Jahren mehrfach solche Fälle gesehen zu haben, die jedoch für gewöhnlich nicht einen so relativ günstigen Ausgang nahmen. Sie betrafen alle kleine Kinder und endeten meist mit Verschwärung beider Corneae, zuweilen erfolgte kurz nach Abheilung der Augenaffection der Tod. Immer waren sie durch auffallende Reizlosigkeit der Conjunctiva, sowie durch die grosse Widerstandsfähigkeit der Descemet'schen Membran gegen den Geschwürsprocess ausgezeichnet, so dass es nicht zur Perforation und in der Folge fast niemals zur Phthis. bulbi kam. Ueber einen der letal endigenden Fälle, in dem die Autopsie gestattet wurde, besitze ich genaue

[1]) Inzwischen hat Neisser bei Untersuchung neuer Xerose Fälle festgestellt, dass neben der bisher beschriebenen Form der Fortpflanzung eine Sporenbildung vorkommt, derart, dass kleine kuglige Anschwellungen, gewöhnlich an beiden Enden eines Bacillus, getrennt durch eine schwächer gefärbte Zone sichtbar sind.

[1]) Vergl. Gräfe-Sämisch III. pag. 134.

[2]) Leber: Die Xerosis der Conjunctiva und Cornea kleiner Kinder. Gräfe's Archiv 29. I.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Daten. — Beide Corneae waren bis auf die Descemet'sche Membran ohne jede Reizerscheinungen seitens der Conjunctiva zerfallen und nach der Heilung in unregelmässig facettirte Narben verwandelt. Etwa 8 Tage darnach starb das Kind, das schon längere Zeit an Diarrhöen und bronchitischen Erscheinungen gelitten hatte und die von Professor Marchand (damals noch in Breslau) vorgenommene Section ergab als Todesursache doppelseitige Pleuropneumomie und eitrige Pericarditis. Wir mussten damals dieses Zussmmentreffen als ein zufälliges ansehen, umsomehr als die Anzeichen eines geheilten Hydrocephalus eine bedeutende Verdickung des Ependyms der Ventrikel und die Obliteration beider Hinterhörner uns für die Möglichkeit einer neuroparalytischen Keratitis einen, wenn auch geringfügigen Anhalt gaben. Erst der bereits citirte Fall Leber's, sowie der von Gouvêa[1]) eingangs seiner Arbeit erwähnte, bei welchen beiden der Tod in Folge von Pneumonie erfolgte, in Verbindung mit weitern eignen Erfahrungen gaben jene Befunde wieder eine erhöhte Bedeutung, auf die ich später noch zurückkomme.

Ende Mai 1883 gelangte eine grössere Gruppe von Fällen im Breslauer Arbeitshause durch die Güte des Herrn Sanitätsrath Dr. Grempler zu meiner Cognition. — Dieselben, etwa 20 an der Zahl, betrafen im Gegensatz zu den früher beobachteten, lauter Erwachsene, im Alter von 22—53 Jahren. Die meisten waren das zweite und dritte Mal hemeralopisch. Eine Kranke gab an, sie habe früher mehrere Sommer hindurch in der Anstalt an Nachtblindheit gelitten, im letzten aber, den sie ausserhalb verbracht, sei sie von der Krankheit verschont geblieben. Ein Kranker dagegen behauptete, dass er früher in der Anstalt und vorigen Sommer auch ausserhalb hemeralopisch gewesen sei. Die Functionsstörungen waren so ziemlich dieselben, wie ich sie schon erwähnte. Neu war die Angabe eines Patienten, dass er Morgens alles roth sehe, und die eines andern, dass er in der Dämmerung besser zur Seite, wie grade aus sehe und deshalb immer mit stark gesenktem und seitlich gedrehtem Kopfe umhergehen müsse, um nicht anzustossen[2]). Amblyopien ohne erklärenden anderweitigen Befund konnte ich nicht constatiren; alle Augen mit herabgesetzter Sehschärfe bei guter Beleuchtung hatten zugleich andere pathologische Zustände, z. B. Cataract, Synechien, Maculae corneae etc., die mir nicht erlaubten eine Amblyopie in Folge von Hemeralopie anzunehmen. — Von besondrem Interesse war bei der in Rede stehenden Krankengruppe die Intensität der den übrigen Körper betreffenden Störungen. Bronchialkatarrh, Diarrhöen und Abmagerung waren zum Theil so bedeutend, dass die betreffenden Inquilinen auf der Krankenstation untergebracht werden mussten. Die Rauhigkeit und Trockenheit der Haut war viel hochgradiger, als in den früher erwähnten Fällen, die Lippen blassblau und die Cornea meist von einem Kranze blauroth injicirter Gefässe umgeben. Dagegen fehlte in allen Fällen die bei den Kindern häufig beobachtete Zahnfleischauflockerung. — Einer der Patienten bekam ein grosses Hornhautgeschwür mit Hypopyon. für dessen Entstehung zunächst eine Dacryocystoblennorhoe derselben Seite verantwortlich gemacht wurde. Da jedoch am Geschwürseiter sich grosse Mengen von Xerosebacillen und nur sehr vereinzelte Coccen (das Secret des Thränensacks enthielt keine Bacillen, sondern nur Coccen) fanden, so musste man doch daran denken, dass es sich um ein specifisch xerotisches Geschwür handle. Diese Annahme wurde durch den Verlauf, der sich wesentlich von dem Hypopyonkeratitis unterschied, gestützt. Das Geschwür heilte nämlich unter Eserineinträufelungen und Gebrauch von 4 Gramm Natr. salicyl. pr. die in drei Tagen bis auf einen stecknadelknopfgrossen, mit reichlichen Gefässen durchzogenen Rest. Ebenso schnell verlief ein nicht lange Zeit darauf folgendes Recidiv. Gouvêa[3]) berichtet ganz ähnliches und schreibt die prompten Erfolge den von ihm instituirten Dampfbähungen zu. Nach meinen Erfahrungen hat es den Anschein, als ob die durch Xerose bedingten Hornhautulcerationen überhaupt wenig Neigung zur Perforation haben und dass die schnellen Heilungen mehr durch die Eigenart der Läsion, als durch die Therapie bedingt würden. — Die Allgemeinerscheinungen besserten sich bei den meisten Kranken ziemlich rasch, auch die Hemeralopie wurde durch subcutane Anwendung von Pilocarpin und den innerlichen Gebrauch von Natr. salicyl. günstig beeinflusst, während grosse Chiningaben ohne Wirkung blieben.

[1]) H. de Gouvêa: Beiträge zur Kenntniss der Hemeralopie und der Xerophthalmie aus Ernährungsstörungen. Gräfe's Archiv, 29. I.
[2]) Vergl. Förster l. c. pag. 26 u. ff.
[3]) Gouvêa l. c. p. 194.

(Schluss folgt.)

II. Ueber „Kefir" (moussirenden Milchwein).

Von

Dr. Mandowski in Badenweiler.

In neuerer Zeit ist in Russland ein Milchgetränk in Aufnahme gekommen, welches Kefir genannt ist und bei den verschiedensten Krankheitszuständen empfohlen wird. Zur Bereitung desselben bedient man sich eines Pilzconglomerates, „Hirse des Propheten" geheissen, welches am meisten Aehnlichkeit mit Blumenkohlstücken hat. Hirsekorn- bis erbsengrosse grauweisse Knöpfchen sitzen an fadendünnen, kurzen Strängen, welche sich zu einem breiten, kurzen Stiel verfilzen, und dichtaneinanderstehend bis zur Grösse eines Borsdorfer Apfels fortwachsen, um während des Wachsthums kleinere Stücke abzuspalten, die dann ihrerseits weiterwachsen. An der Luft werden die Beeren gelb und bröckeln leicht ab. In der Milch ist das Wachsthum am besten wahrzunehmen, dasselbe geht ziemlich langsam von Statten, so dass in etwa einem halben Jahre eine Verdoppelung der Pilzmenge erzielt wird.

Die Pilzmassen sind in Consistenz weich-elastisch und hinterlassen an den berührenden Fingern einen grauweissen, fadenziehenden Schleim.

Der Pilz ist ein Gemenge aus Bacterien, Oïdium lactis und Saccharomycen.

Wie sich dieselben bei der Milchzersetzung verhalten, ist noch nicht aufgeklärt.

Werden die Kefirknollen in Milch gelegt, so sinken sie zu Boden. Je nach der Temperatur und dem Mengenverhältnisse der Pilzstücke zu der Milch geht in der Milch eine mehr oder weniger schnelle Veränderung vor sich. Bei 0° und darunter kann es acht Tage und länger währen, ohne dass eine Gährung wahrnehmbar ist. Bei 10° R. dauert es zwei bis drei Tage; am geheizten Ofen kann die Gährung in wenigen Stunden eingeleitet werden. Je mehr Pilze vorhanden sind, um so schneller ist der Process beendet. Um die Knollen herum setzen sich Luftblasen an, die ab und zu emporsteigen. Man sieht nach einiger Zeit den ganzen Pilz dicht von Blasen umgeben. Wenn er mit Blasen vollgesogen specifisch leichter geworden, als die Milch, steigt er an die Oberfläche. Im fertigen Kefir ist die Mehrzahl der Knollen auf der Milch schwimmend.

Während des Gährungsvorganges wird die Milch sauer und gerinnt. Es ist gerathen, die Milch öfter umzuschütteln, um eine gleichmässigere Vertheilung der Flüssigkeitsbestandtheile zu erzeugen. Das fertige Kefir hat das Aussehen eines weissen, gleichmässig dicklichen Rahms, in welchem kleine Caseinflocken suspendirt sind. Befinden sich grössere Stücke in der Flüssigkeit, so kann man durch Umrühren und Schütteln leicht eine gleichmässige Consistenz erzielen.

Das Kefir lässt sich gut ausgiessen und in Flaschen füllen. Am besten thut man dies, indem man die Flüssigkeit durch einen Trichter mit grosslöchrigem Sieb laufen lässt. Die Pilzstücke bleiben auf dem Sieb zurück und können weiterhin verwandt werden. Vor dem weiteren Gebrauch der Knollen, welche als Ferment immer wieder thätig sind, ist es gut, dieselben zu waschen, um sie von den Milchhautstücken zu säubern. Man thut dies mit Wasser, oder noch besser mit einprocentiger Sodalösung.

Will man das Kefir nicht sofort gebrauchen, so kann man es mit zwei Theilen süsser Milch in Flaschen füllen und in zwei bis drei Tagen verwerthen. So ist die Vermehrung nach Belieben zu erzielen.

Will man es weder sofort gebrauchen, noch vermehren, so muss man es auf Eis legen. Liegend erhält es sich länger als stehend. Anderenfalls wird das Getränk sauer, und die Gerinnung des Casein geht weiter vor sich. Das Casein ballt sich zu Klumpen und schwimmt in der Molkenflüssigkeit. Durch einige Tage kann man wohl noch durch Schütteln eine Vermischung erzielen, doch bald wird das Casein hart. und bildet einen vollkommenen Käsekuchen, welcher auf der Molkenflüssigkeit schwimmt oder sich zu Boden setzt. Im Winter lässt sich das Kefir mehrere Wochen in Flaschen brauchbar erhalten; in heisserer Zeit ist baldiger Verbrauch zu empfehlen. Nach Absonderung des Caseinkuchens ist das Getränk zu sauer und verursacht leicht Beschwerden, besonders Ekel und Magenbrennen.

Chemisch ist festgestellt, dass durch die Pilze alkoholische Gährung einerseits und Milchsäuregährung andererseits in der Milch veranlasst wird. Eine höhere Säure der Essigsäuregruppe konnte nicht nachgewiesen werden und dürfte sich, so lange Kohlenhydrate in der Flüssigkeit vorhanden sind, nicht vorfinden. Anfangs ist die Milchsäuregährung, später die Kohlensäuregährung vorherrschend. Je höher die Temperatur, um so mehr wird die erstere, je niederer, d. h. je langsamer die Gährung eingeleitet wird, um so mehr wird die alkoholische Gährung befördert.

Ob Ziegenhautsäcke, wie bei den Eingeborenen des Kaukasus,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oder andere Gefässe verwandt werden, ist von keinem wesentlichen Belang. Aus je schlechteren Wärmeleitern das Gefäss bereitet ist, je besser es gesäubert werden kann, um so geeigneter ist es.

Es kann die Milch in allen Arten gebraucht werden, fett oder abgerahmt, roh oder gekocht. Entrahmte Milch ist vorzuziehen, um durch möglichste Entfernung des Buttergehaltes eine dünnere Consistenz zu erzielen. Kefir von gekochter Milch fand ich wohlschmeckender.

Von A. Szadowen in Kasan werden im Wratsch einige Analysen veröffentlicht, wonach Kefir nach zwei Tagen von 5 pCt. Zucker der Milch $2^1/_2$ pCt. verloren und dafür $1^1/_4$ pCt. Milchsäure und $^3/_4$ pCt. Alkohol, nach fünf Tagen 3 pCt. Zucker zu $1^1/_2$ pCt. Milchsäure und 1 pCt. Alkohol umgesetzt enthält.

Im Vergleich mit Kumyss, mit welchem Kefir am meisten Aehnlichkeit besitzt, enthält das Kefir mehr Milchsäure, weniger Kohlensäure und weniger Alkohol. Dr. Lehmann's Kumyss enthält, wann es zum Gebrauch empfohlen ist, circa 0,8 pCt. Milchsäure, etwa $1^1/_2$ bis 2 pCt. Alkohol, Kefir 1,5 pCt. Milchsäure, etwa $1-1^1/_2$ pCt. Alkohol. Kumyss ist graugrün und dünnflüssig, Kefir ist rahmweiss und dickflüssig; Kumyss ist starkbrausend, Kefir nur prickelnd. Im Geschmacke ähnelt Kefir am meisten der Buttermilch. Es wird vom Verdauungstractus durchweg gut vertragen. Die Zubereitung ist um vieles einfacher, als diejenige des Kumyss, da keine besondere Mischung mit Einhaltung eines gewissen Procentgehaltes, wie beim Kumyss nothwendig ist, sondern nur die Pilze in die Milch gelegt zu werden brauchen. Ausser exacter Sauberkeit, zeitweisem Umschütteln und Reinigen der Pilze nach Gebrauch ist keine Maassregel zu beachten.

Im Allgemeinen wird das Kefir, wenn es gut zubereitet ist, gern getrunken. Namentlich wird ihm nachgerühmt, dass es den Durst gut stille. Nach einiger Zeit erzeugt es Widerwillen und erfordert eine gewisse Ueberwindung von Seiten des Trinkers, die jedoch fast immer durch energische Vorstellungen und Zureden erreicht werden kann. Besonders wird der Widerwille hervorgerufen, wenn das Casein bröcklig geworden, d. i. wenn das Getränk zu alt ist. Zeitweilig ist vielleicht durch eine Pause von einigen Tagen der Weitergebrauch zu erzielen.

Ein Versuch, das Getränk durch benzoësaures Natron auf dem gleichen Gährungsgrade zu erhalten, war ohne Erfolg. Andere Zusätze waren wegen Verschlechterung des Geschmackes unmöglich.

Gewöhnlich wurde täglich eine Flasche = $^3/_4$ Liter getrunken und zwar in 3 Dosen à $^1/_4$ Liter Morgens, Abends und Nachts. Uebrigens konnte die Zeit des Trinkens ganz den Wünschen des Kranken angepasst werden.

Therapeutisch gelten etwa dieselben Indicationen wie für Kumyss. Ich gebrauchte es mit Erfolg gegen Dyspepsien im Allgemeinen, gegen Anämie, Magenkrankheiten und zwar gegen Katarrhe, wie Geschwüre des Magens, gegen Lungenkrankheiten und zwar sowohl gegen Phthisis als chronische Katarrhe der Lungen, gegen Cachexien, sowohl Krebs als Lues. Es wirkte als gutes Ernährungsmittel einerseits und Appetit anregend andrerseits. Oft wurde es vertragen, wenn Milch und andere Speisen nicht genommen werden konnten.

Magendrücken, Magenschmerzen und Erbrechen wurden in einigen Fällen durch Kefir sofort coupirt.

Es ist das Kefir als ein gutes Stomachicum und Tonicum zu empfehlen, welches daneben den Patienten auch für sich allein, wenigstens auf Tage, zu ernähren im Stande ist.

Die Pilze sind in getrocknetem Zustande aus Russland, wo sie wegen des umfangreichen Gebrauches zum Handelsartikel geworden sind, zu beziehen.

Um sie zu gebrauchen, sollen sie vorher 24 Stunden hindurch in Wasser aufgeweicht werden. Das fertige Getränk ist in der Hofapotheke zu Badenweiler zu kaufen.

III. Beobachtungen aus der kurärztlichen Praxis.

Von

Dr. v. Corval und Dr. Wunderlich.

(Schöneck und Karlsruhe.)

(Schluss aus No. 20.)

II. Das electrische Bad. Seit mehreren Jahren schon haben wir vielfach mit gutem Erfolge von der allgemeinen Faradisation Gebrauch gemacht, dabei jedoch immer die Umständlichkeit und Schwierigkeit dieses Verfahrens, besonders wenn es sich um weibliche Patienten handelte, beklagt. Eulenburg's u. A. Empfehlungen veranlassten uns in dem letzten Sommer ein faradisches Bad einzurichten. Die Construction desselben ist die denkbar einfachste: Grosse Holzwanne, soweit mit Wasser (32—34 °C.) gefüllt, dass der Körper des in derselben liegenden Patienten bis an den Hals untertaucht, am Fussende eine mit der K. verbundene vernickelte Kupferplatte (45 cm breit, 35 cm lang); der Strom wird geschlossen, indem der Kranke einen über dem Wasser hängenden, mit der An. verbundenen Handgriff erfasst. Sehr störend ist dabei, dass der Strom schliesslich auf den kleinen Querschnitt beider Hände zusammengedrängt, diese somit von der grössten Stromdichtigkeit getroffen werden. Dadurch entsteht ein lästiges Ziehen und Prickeln in der Hand und dem Vorderarme, welches sich bis zum Schmerze steigert und bei sensiblen Personen die Wirkung des Bades entschieden beeinträchtigt. Man muss jedenfalls mit sehr schwachen Strömen beginnen und dieselben nur sehr allmählich verstärken. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, haben wir nach dem Vorschlage von Pierson den Querschnitt des Schliessungsbogens möglichst zu vergrössern gesucht, indem wir an den Seiten der Wanne zwei kleine Wannen von glasirtem Thon mit Ausschnitt für die Arme befestigten; an dem unteren Ende derselben ist je eine vernickelte Kupferplatte eingelassen, welche mit der gabelförmigen getheilten An. des Inductionsstromes in Verbindung steht; beide Wannen möglichst hoch mit Wasser gefüllt. Durch diese Anordnung sind die beregten Missstände wesentlich reducirt.

Bis jetzt verwandten wir ausschliesslich den faradischen Strom, da wir uns zunächst den Bedenken Holst's gegen die Verwendbarkeit des galvanischen Stroms glaubten anschliessen zu müssen[1]); ebenso erschien uns der primäre faradische Strom rationeller, weil er den geringeren wesentlichen Widerstand hat. Die Stromstärke schwankte zwischen 0—40 mm. Rollenabstand eines Du-Boys'schen Schlittens von 6000 Windungen; die Dauer jeder Sitzung 10—20 Minuten. Jedes Bad wurde durch eine flüchtige Abwaschung (20 °C.) mit folgender Trockenreibung beendigt, um den durch das warme Bad gesunkenen Tonus der Hautgefässe wieder zu erhöhen. Jede Sitzung geschah unter ärztlicher Controle, da wir es für dringend geboten halten, die Regulirung der Stromstärke und die Beobachtung des Patienten nicht, wie es hier und da geschieht, dem Badepersonal zu überlassen.

Zur Behandlung mit dem faradischen Bade kamen im Ganzen 18 Patienten: Hysterie 6 Fälle (darunter 3 mit starker Anämie), Neurasthen. universal. 10, Dyspepsia nervos. und allgem. Ernährungsstörung 2, von denen der eine entschieden auch auf hysterischer Basis beruhte, während der andere durch gleichzeitige Halbseitenläsionen des Rückenmarks complicirt war.

Bei allen Patienten ergab sich, übeinstimmend mit den Beobachtungen von Eulenburg, Stein u. A. constant eine Pulsverlangsamung von 8—20 Schlägen, und gewinnt dieses Resultat dadurch noch an Bedeutung, dass wir zum Vergleiche stets nur die normale Pulsfrequenz des Betreffenden in der Ruhe benützten. War durch vorausgegangene Bewegung die Pulsfrequenz vermehrt, so beobachteten wir ein Sinken derselben um 20—30 Schläge. In einem Falle von unregelmässiger Herzaction ohne nachweisbare Organerkrankung zeigte sich stets beim Beginne des Bades eine geringe Steigerung von 2—4 Schlägen mit Vermehrung der Irregularität. Nach etwa 4—5 Min. sank die Frequenz, der Puls wurde regelmässiger und nach 15—20 Minuten zählten wir 12—14 Schläge weniger; nach wenigen (8) Bädern trat die Arythmie nur noch bei körperlicher Anstrengung oder psychischer Erregung auf.

Ueber das Verhalten der faradocutanen Empfindlichkeit haben wir keine Versuche angestellt; erwähnenswerth erscheint uns die Beobachtung, dass bei einem Neurastheniker (Hysterie viril?) mit sehr erheblicher Analgesie und faradocutaner Anästhesie, vorzugsweise linksseitig, sich im Laufe der Behandlung die Sensibilität wieder in normaler Weise einstellte, während wieder in einem Falle von allgemeiner Hauthyperästhesie diese erheblich zurückging. Im Ganzen genommen hat das faradische Bad, wie wir fast ausnahmslos wahrnehmen konnten, eine eminent beruhigende Wirkung. Regelmässig stellte sich nach dem Bade, zuweilen schon während desselben, entschiedene Neigung zum Schlafe ein, und wiederholt constatirten wir in Fällen habitueller Schlaflosigkeit, wo früher einfache warme Bäder durchaus keine Wirkung gehabt hatten, dass die auf ein faradisches Bad folgenden Nächte durch einen besseren Schlaf ausgezeichnet waren, so dass mehrfach die Patienten selbst um tägliche Wiederholung des Bades baten. (Eine fast schlaflose Patientin schlief sogar wiederholt im Bade ein.) Bei einem hochgradigen Neurastheniker, der seit 4 Jahren arbeitsunfähig war, weil ihm schon der Gedanke, seinen Namen unterschreiben zu müssen, in die qualvollste, geistige und körperliche Erregung versetzte, trat schon nach wenigen Bädern eine solche Beruhigung ein, dass Patient wieder in seinem Geschäfte thätig sein konnte.

[1]) Die Experimente von Eulenburg scheinen jedoch diesen theoretischen Bedenken zu widersprechen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sehr werthvoll erwies sich das faradische Bad auch bei der Behandlung der verschiedenen Neuralgien und Parästhesien der Hysterischen und Neurastheniker, welche bei ihrem wechselnden Charakter doch unmöglich alle local in Angriff genommen werden könnten, selbst wenn solche Localbehandlung besondern Nutzen brächte. Während in 3 Fällen von Hysterie diese Schmerzen dauernd beseitigt wurden (besonders auch der intensive Rückenschmerz), gelang es in 2 andern wenigstens, dieselben erheblich zu vermindern.

Wie Stein, Eulenburg u. A. fanden auch wir endlich eine sehr günstige Beeinflussung der Blutbildung und Ernährung durch das faradische Bad, was um so höher zu schätzen ist, als gerade die mit Anämie complicirten Formen von Hysterie und Neurasthenie bekanntlich allen unseren Eingriffen, besonders auch dem Eisengebrauche sehr schwer zugänglich sind. Entschiedene Anregung des Appetites und der Verdauung, Beseitigung der allgemeinen Muskelschwäche, Regulirung der gestörten Circulation konnten wir in den meisten Fällen beobachten; nur ein Fall von Hyster. vir. mit hochgradiger Ernährungsstörung leistete dieser Therapie trotz einer Reihe von Bädern hartnäckigen Widerstand. Sehr auffallend war uns, dass wir nur in 2 Fällen in den eingetauchten Partien, besonders den Unterschenkeln, ein Gefühl von Ziehen und Prickeln erzielten, wie dies Eulenburg als constante Erscheinung beobachtet hat. Es mag das daher rühren, dass die grosse Empfindlichkeit unserer meisten Patienten uns nicht gestattete, die Rolle mehr als 4 cm auszuziehen, und dürfte hierin auch vielleicht die Ursache zu suchen sein dafür, dass uns bisher die allgemeine Faradisation in mancher Beziehung wirkungsvoller erschienen ist als das faradische Bad. Der allgemeine Eindruck, den wir nach den oben mitgetheilten Beobachtungen von der Wirksamkeit des Bades erhielten, war aber doch ein so günstiger, dass wir keine Gelegenheit zu ferneren Versuchen in dieser Richtung vorübergehen lassen werden.

III. Asthma. Ohne uns weiter auf die Behandlung dieses qualvollen Leidens einzulassen, möchten wir zum Schlusse noch in Kürze eines Verfahrens gedenken, welches sich uns nicht nur zur Coupirung von asthmatischen Anfällen der Emphysematiker, sondern auch zur fortgesetzten Behandlung des Emphysem, besonders bei starrem Thorax älterer Personen als sehr zweckmässig erwiesen hat. Es ist dies die Combination der manuellen Compression des Thorax mit der Ausathmung in verdünnte Luft an dem Geigel'schen Doppel-Apparate. Der Zweck dieses Verfahrens ist, der trotz Ausathmung in verdünnte Luft noch ungenügenden Exspiration durch mechanisches Auspressen der Luft grösseren Nachdruck zu verleihen. Wir verfahren dabei folgendermaassen: Der hinter dem Patienten stehende Arzt legt demselben einen etwa 20 cm breiten Gürtel unter den Achseln durch um den Thorax, kreuzt die Enden des Gürtels über dem Rücken und zieht nun gegen Ende der Exspiration den Gürtel je nach Bedarf mehr oder weniger fest an, um mit dem Beginnen der Inspiration natürlich sofort mit der Compression nachzulassen. Er tritt also erst in dem Momente unterstützend ein, wo der Patient seinen Brustkorb nicht mehr aus eigener Kraft zu verengern vermag. Vor zu starker Compression wird man sich selbstverständlich zu hüten haben; wir haben trotz ausgiebigster Anwendung dieser Methode noch nie irgend welchen Nachtheil, z. B. Lungenblutungen gesehen, doch dürfte dieselbe auch kaum anwendbar sein, sobald Erkrankungen des Herzens vorliegen, da die Compression ja auch alle anderen in dem Thorax eingeschlossenen Organe mit betrifft.

Die mit diesem Verfahren erzielten Resultate waren in hohem Grade befriedigende. So beobachteten wir in Fällen von Secretanhäufungen in den abhängigen Partien, besonders auch bei Bronchiectasie, constant, dass die Compression sofort Hustenbewegungen auslöste, offenbar weil das Secret, durch die Raumverengung gezwungen in die Höhe steigt, die Bronchialschleimhaut reizt und nun expectorirt werden kann. Wiederholt gelang es uns ferner dadurch asthmatische Anfälle zu coupiren, bei denen die Ausathmung in verdünnte Luft allein nicht genügte. Hinzufügen müssen wir noch, dass wir in allen diesen Fällen stets die Ausathmung in verdünnte Luft (bis zu $^1/_{30}$ Atm. Unterdruck) mit der Einathmung comprimirter Luft (meist um $^1/_{100}$ bis $^1/_{60}$ Atm. Ueberdruck) combiniren, da die Ausathmung in verdünnte Luft allein von den Wenigsten vertragen wird, bei beginnendem asthmatischen Anfalle auch nicht durchzuführen ist; man bedarf also zur Durchführung dieses sehr wirksamen Verfahrens eines Doppel-Apparates.

Wir prätendiren, um es nochmals zu wiederholen, durchaus nicht mit diesen kurzen Mittheilungen aus der Praxis etwas besonders Bedeutendes oder Neues zu bieten, glauben aber doch mit denselben einen nicht ganz werthlosen Beitrag zur Beurtheilung einiger in neuester Zeit in Aufnahme gekommener Heilmethoden geliefert, vielleicht auch den Collegen, welche jenen Methoden zunächst noch misstrauisch gegenüberstehen, Anregung zur Nachprüfung gegeben zu haben.

IV. Oeynhausen (Rehme) gegen Ischias.

Von

Sanitätsrath **Dr. L. Lehmann.**

Die Krankenbehandlung in Bädern liefert im Allgemeinen nur eine fragmentarische und unvollkommene Erfahrungsausbeute. Ein grosser Theil der Patienten verschwindet nach kurzem Aufenthalte im Badeorte dem Auge des Arztes; von einem Resultate der Behandlung wird nur in wenigen Fällen etwas Sicheres bekannt. Diese wenigen Fälle sind diejenigen, welche dasselbe Bad im folgenden Jahre wiederholt. gebrauchen; durch sie erfährt man das Wissenswerthe über den Erfolg der vorjährigen Cur.

Je spärlicher die Ausbeute einer solchen Praxis ist, um so sorgfältigere Aufbewahrung verdient sie. Die Indication für Bäder überhaupt und für ein besonderes im gegebenen Falle wird aus solchen Aufbewahrungen allmählich aufwachsen und Bestand haben. — Mein heutiges Ziel ist, Beobachtungsresultate bei Ischias zu veröffentlichen. Ich benutze meine Aufzeichnungen der letzten 5 Sommer, deren Gegenstände mir noch lebhaft — wenn auch die Aufzeichnungen hinweg gedacht würden — in Erinnerung geblieben sind. Ich habe mir jedoch gestattet, bei Angabe von Erfolgen auch auf die ganze Zeit meiner hiesigen Praxis — nun 29 Jahre — insofern zurück zu greifen, als nöthig zur Prüfung, ob dieselbe keine Widersprüche gegen die vorliegenden Angaben aufweist.

In den 5 Jahren traten 81 Fälle von Ischias in meine Behandlung. Es sind das alles Fälle, in welchen die Hüftnervenerkrankung die eigentliche Klage der Kranken bezeichneten, mit Ausschluss solcher Fälle, bei welchen jene nur eine Theilerscheinung anderer Hauptkrankheiten, z. B. bei Tabes, bildeten. — Sie waren immer durch gesteigerten Schmerz bei Druck in die Incisura ischiadica maior gekennzeichnet; und der angeklagte Schmerz erstreckte sich dem Verlaufe des ganzen Nervus ischiadicus entsprechend über einen grösseren oder kleineren Theil der hintereren und seitlichen Fläche des Oberschenkels, der Kniekehle, des Unterschenkels, des Fusses, dessen innerer Rand ausgeschlossen, dabei waren Steifigkeit in der betroffenen Extremität, Extensionserschwerung und Locomotionsstörung in höherem oder geringerem Maasse vorhanden. — Nicht immer war die Hüfte der Ausgangsort der Schmerzen, manchmal war die Kniegegend lange vorher krank und veranlasste die Diagnose einer Gelenkentzündung. Solche Fälle waren als Neuritis ascendens anzusprechen, und dies um so mehr, als die spät hinzutretende Atrophie der Musculatur an der leidenden Hüfte und dem Oberschenkel auf eine Theilnahme der nachträglich und endlich mit afficirten multipolaren Ganglienzellen der grauen Vorderhörner des Rückenmarks hinwiesen. Die Schmerzen waren remittirend, dem Grade nach mehr weniger gesteigert. Der Einfluss auf die gesammte Constitution mehr weniger bedeutend. In wenigen Fällen war Schlaflosigkeit, Kraftmangel und Muthlosigkeit vorhanden. 8 mal bestand (unter 81) eine mehr oder weniger hinzugetretene Atrophie der Hüfte, der hinteren und seitlichen Fläche des Oberschenkels. Die Extensoren waren nicht ganz unbetheiligt. Auch die Wade war einige Male relativ dünner und schlaffer. —

Die Atrophie der Musculatur bei Ischias fand sich ausschliesslich bei Männern, während die Anzahl der ischiaskranken Frauen nicht viel tiefer stand, als diejenige der Männer (41 Männer, 40 Frauen). Nicht alle Autoren, doch aber die meisten, haben eine relativ bedeutend grössere Anzahl Männer ischiaskrank gesehen. Nach C. Canstatt Handb. d. med. Kl. 1843 III. p. 314 haben Behrends, Tott und Romberg eine Prävalenz der Männer mit Ischias nicht beobachtet. —

Die Patienten standen zwischen dem 25. und 65. Lebensjahre, die meisten zwischen dem 35. und 55. — Die beiden Nerven waren 15 mal unter 81 erkrankt, doch eine Seite immer vorwaltend und anfänglich allein. Das Verhästniss der Häufigkeit zwischen Links und Rechts war ziemlich gleich.

Ausserordentlich häufig war Stuhlverstopfung die aufgezeichnete Ursache der Ischias, 18 mal (unter 81), ebenso ein kaltes, unzweckmässig genommenes Bad, feuchte Wohnung, Schlafen in einer feuchten Grube bei einer Fusstour, Weglassen von Unterzeug etc. 18 mal, allgemeine Blutarmuth 17 mal (Neurasthenie), Trauma 10 mal, Rheumatismus 8 mal, Lues-Residuen 4 mal, Malaria 2 mal, puerperale Phlebitis 2 mal, Arthritis 2 mal. —

Meine Behandlung hat sich nicht auf Bäderverordnung beschränkt, sondern Elektricität, Massage, innere und äussere Medication zu Hülfe genommen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Während des Aufenthaltes im Badeorte war das Befinden der Patienten wechselnd; ein bestimmtes Resultat der Kur war selten erkennbar. Aber bald nach dem Aufhören der Bäder trat eine relativ häufige Heilung ein. 42 Fälle mit günstigem Erfolge sind mir bekannt geworden, während 39 meiner weiteren Beobachtung entschwanden. Mit Heilung bezeichne ich das Aufhören der Schmerzen und das Wiederentstehen ungestörter Locomotion. Die Dystrophie der betreffenden Musculatur war aber nur gebessert, keineswegs spurlos beseitigt. — Die geheilten Fälle, in welchen beträchtliche Atrophie zu Stande gekommen, und die Locomotion hohen Grades gestört war, sind folgende:

1. 21jähr. Mann, seit 1 ½ Jahren heftige Schmerzen im linken Knie. Behandlung mit Ruhe, Eis, Massage, Elektricität erfolglos. Heftige Hüftschmerzen und besonders bei Druck in die Incis. ischiadica major. Atrophie der Sitzpartien und des Oberschenkels. Behandlungsresultat nach 2 Sommern in Rehme bestand in Beseitigung der Schmerzen und hergestellter Locomotion. Eine gewisse Atrophie der Musculatur bestand fort.

2. Ein 24jähr. kräftiger Bauer erkrankte in der Erndtezeit (schwitzend auf blosser Erde geschlafen) an Hüftschmerz, dem trotz ärztlicher Behandlung grosse Gehstörung und Abmagerung der betr. Musculatur folgt. — Behandlungsresultat nach 2 Sommern: Schmerz beseitigt; Locomotion gut. Atrophie etwas verbessert.

3. 48jähr. verheiratheter Herr, der in Folge eines Schlittenunfalles seit 20 Jahren an Knie- und Hüftbeschwerden litt unter heftigem Schmerz bei Druck auf den N. ischiadicus. Die ganze Hüfte und der Oberschenkel abgemagert. Gehen nur mittelst Krücken und mühsam. Kurresultat nach 2 Sommern: Schmerz beseitigt. Gehen normal, auch wohl eine Stunde lang möglich. Atrophie gebessert, doch nicht spurlos verschwunden.

Die Heilungen, welche ausserdem beobachtet wurden, betreffen Fälle bei Obstructio alvi 12mal, Anämie (Neurasthenie) 8mal, Rheumatismus 6mal, nach Trauma 5mal, Residuen von Lues 4mal, Neuritis ascendens 2mal, puerperale Phlebitis, Malaria, Arthritis, Ovarialgeschwulst je 1mal.

Man muss bei Werthschätzung dieser Erfolge nicht ausser Acht lassen, dass alle die beobachteten Fälle von langer Dauer waren und mit allen bekannten Heilmitteln und Methoden, namentlich mit Elektricität und viele auch mit Massage vergeblich behandelt worden waren. —

In den Lehrbüchern wird bei Behandlung der Ischias der indifferenten Thermen (Erb), der Schwefelbäder (Cannstatt), oder überhaupt der Bäder nicht (Hasse) gedacht, der Thermalsoolen aber keine Erwähnung gethan. Es fehlt mir über die Dignität der einzelnen Bäderarten in Bezug auf Ischias-Behandlung eine vergleichende Statistik. Ich will und kann also dem Ruhme der einzelnen, auch bei Behandlung der Ischias kein Neider sein. Doch darf man auch hier den Werth der Thermalsoolen nicht unterschätzen, und ihrer, wenn von Balneotherapie gegen Ischias die Rede kommt, eingedenk bleiben.

V. Aus der holländischen Litteratur.

Weekblad van het tijdschrift voor Geneeskunde, Jahrgang 1883 No. 16.

Mitgetheilt durch

Dr. Schumacher II. (Aachen.)

III. Aus der Klinik des Prof. Huet in Leyden: Ueber Wandernieren.

Bei Besprechung der Arbeiten von Keppler und Landau über Wandernieren theilt Huet 9 Fälle derselben Krankheit mit, die er selbst beobachtet hat. Bei allen Kranken, 6 Frauen und 3 Männern, war die rechte Niere aus ihrer normalen Lage herausgetreten und gab ihre Beweglichkeit Veranlassung zu einer Reihe von häufig unbestimmten und scheinbar unzusammenhängenden Erscheinungen, die dennoch bei vielen Kranken in mehrfachen Punkten übereinstimmten. So klagten sie über das Gefühl eines beweglichen Körpers im Bauche, über circumscripte Neuralgie, bisweilen an entfernten Stellen (auch wohl auf der gegenüberliegenden Seite), über gastrische Störungen, die nach Bartels durch Magenerweiterung in Folge von Druck auf den nicht beweglichen absteigenden Theil des Duodenum zu erklären sind, über icterisches oder fahlgelbes Colorit (durch Druck auf den Duct. choledochus), trägen Stuhlgang (durch Druck auf das Colon dex.) über Symptome von Niereneinklemmung (durch Torsion oder Knickung der Nierenvenen), kolikartige Schmerzen (zeitlichen Abschluss der Uretern), Störungen in der Secretion, Excretion und dem Salzgehalt des Urins, endlich in einzelnen Fällen selbst über fieberhafte Reaction. Bei Gravidität trat eine Erleichterung sämmtlicher Erscheinungen hervor.

Huet kann weder der anempfohlenen Exstirpation der wandernden Niere noch der von Hahn ausgeführten Festnähung derselben an die Bauchwand seine Zustimmung geben, am besten erscheint ihm ein den ganzen Bauch umspannender Gürtel, durch welchen die Niere mehr oder weniger in ihrer Bewegung gehemmt, respective fixirt wird.

VI. Die Technik der Sputum-Untersuchung auf Tuberkel-Bacillen (Bacill. tuberc. Kochii) nach den bis jetzt angewandten Methoden zusammengestellt und nach eigener Erfahrung erläutert von Dr. Peter Kaatzer, 2. Arzt des Königl. Bades Rehburg. Wiesbaden 1884. J. F. Bergmann. Ref. Schumacher II (Aachen).

Von der Ansicht ausgehend, dem practischen Arzte die für die Diagnose so überaus wichtige Untersuchung des Sputums auf Tuberkelbacillen möglichst zu erleichtern, hat Verfasser sich der verdienstlichen Mühe unterzogen, in einer 15 Seiten umfassenden Schrift die wichtigsten Untersuchungs- und Färbemethoden in eingehender, leicht fasslicher Weise zusammenzustellen und seine eigenen Erfahrungen — K. beschäftigt sich vielfach mit Sputumuntersuchungen — hieran anschliessend mitzutheilen. Die Methoden von Koch und Ehrlich, die fernern Modificationen nach Ziehl, Balmer, Fräntzel, Rindfleisch, Orth und Petri-Görbersdorf werden angeführt und kritisch beleuchtet. Sodann theilt Verfasser seine eigenen Erfahrungen auf dem Gebiete der Tuberkelbacillen-Färbung mit. Er glaubt, dass „Gentiana-Violett sich am besten zur Färbung der Tuberkelbacillen eignet“. Kaatzer's Verfahren wird dann des Nähern genau erörtert, worüber man im Originale nachlesen möge. Zum Schlusse giebt K. practische Winke bezüglich der nothwendigen Vergrösserung, Immersion etc., sowie der Conservirung der Präparate, die nach seiner Methode sich bis jetzt schon durch eine 8monatliche Haltbarkeit auszeichnen. — Jedem Practiker sei das Schriftchen des in Untersuchung von Bacillen erfahrenen und gewandten Verfassers hiermit bestens empfohlen.

VII. Rod. Stintzing: Beitrag zur Anwendung des Arseniks bei chronischen Lungenleiden, insbesondere bei der Tuberculose. München, Dr. Rieger. 1883. 29 Seiten. A. Hiller (Breslau).

Wie zu erwarten stand, hat die im Jahrgang 1883, p. 268 der D. med. W. besprochene emphatische Empfehlung des Arsens als Heilmittel und Schutzmittel gegen Tuberculose und eine ganze Reihe anderer, theils infectiöser theils nichtinfectiöser Krankheiten seitens H. Buchner's sehr bald eine eingehende und nüchterne practische Prüfung erfahren, so von Stintzing in seiner vorläufigen Mittheilung (Centralbl. f. klin. Medicin, 1883, No. 32), von dem Ref. auf der II. medicinischen Klinik (Verh. des II. Congr. f. innere Medicin, Abth. I. p. 60), von G. Kempner (Berl. kl. Wochenschr. 1883, No. 31) und H. Lindner (D. med. Wochenschr. 1883, No. 34), von sämmtlichen Beobachtern im Gegensatz zu Buchner mit entweder ausgesprochenen ungünstigen oder doch sehr zweifelhaften Resultaten.

An diese Mittheilungen schliesst sich nun die etwas ausführlichere Publication des Verfassers. Er berichtet darin über 16 Fälle von Lungenschwindsucht und 6 Fälle von anderen chronischen Lungenleiden, in welchen anfänglich Verdacht auf Tuberculose bestanden hatte. Von den erstgenannten 16 Fällen verliefen 2 letal; in einem derselben hatte das Arsen allerdings erst 11 Tage, im andern jedoch bereits 3 Wochen angewendet werden können.

Was den Verlauf des Fiebers anlangt, so wird von Buchner behauptet, dass das Arsenik „sicher und sehr entschieden gegen das phthisische Fieber wirke“. Demgegenüber constatirt St., dass in seinen 16 auf der Münchener medicinischen Klinik (v. Ziemssen) genau beobachteten Fällen nur 4 Mal eine und zwar nicht einmal prägnante Herabsetzung der Temperatur zu bemerken war, während dieselbe in 8 Fällen vollständig unbeeinflusst blieb, 1 Mal sogar durch das Mittel emporgetrieben zu werden schien; bei 3 Kranken hatte überhaupt kein Fieber bestanden. — Die Pulsfrequenz behauptete sich in 4 Fällen auf ihrer Höhe, stieg in 6 Fällen an, nahm in zweien ab. In 4 Fällen wurde sie nicht regelmässig bestimmt. — Die von Buchner constatirte Hebung des Ernährungszustandes trat in St.'s Fällen nicht ein einziges Mal ein. Das Körpergewicht blieb sich gleich in 2 und sank in 9 Beobachtungen. Eine Zunahme des Körpergewichts in 2 Fällen war nur scheinbar, da die Kranken hydropisch wurden (!). 3 Fälle entbehren der genaueren Beobachtung.

Nach Buchner soll der Arsenik schliesslich auch „gegen den in der Lunge bestehenden deletären Process selbst“ wirksam sein. An des Verf.'s Kranken liess sich niemals ein Rückschritt, aber 11 Mal ein deutlicher Fortschritt des anatomischen Processes durch die

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

physikalische Untersuchung nachweisen. In 3 Fällen schien die Affection still zu stehen; 2 Fälle wurden in dieser Richtung nicht hinreichend genau controlirt. Aehnlich verhielt es sich mit der Vitalcapacität, die in 12 Fällen wiederholentlich gemessen wurde. Vier von den Kranken besserten sich in dieser Beziehung ein wenig. Doch darf eine so geringe Zunahme des Exspirations-Luftquantums nicht hoch angeschlagen werden, weil anfangs in Folge der Ungeschicklichkeit der Kranken meist abnorm niedrige Werthe erhalten werden. In 2 Fällen blieb die Capacität die gleiche und in 6 Fällen sank sie nachweisbar.

Die von Dr. Gessler angestellten Untersuchungen auf Bacillen ergaben in 7 Fällen gleichbleibenden Befund, in 3 Fällen Zunahme der Bacillen; in 2 Fällen wurde nur je 1 Mal untersucht mit positivem Resultat; in 3 anderen Fällen waren, entweder weil kein Sputum vorhanden war oder weil noch zu wenige Präparate vorlagen, keine Bacillen zu finden. Nur in 1 Falle verschwanden die Bacillen, nachdem jedoch schon mehrere Wochen kein Arsen mehr gegeben worden war. —

In den 6 zweifelhaften Fällen von Lungenphthise — bei der mikroskopischen Untersuchung wurden hier keine Bacillen gefunden — wurde 3 Mal eine Besserung des Leidens (1 beginnende Induration einer Lungenspitze, 2 Spitzenaffectionen nach Typhus, alle 3 ohne Bacillen) constatirt; in den anderen 3 Fällen (gleichfalls Spitzeninfiltrationen, 1 Mal nach Masern und 1 Mal bei const. Lues) war trotz Arsen ein entschiedener Misserfolg zu verzeichnen. Im letzteren Falle trat Besserung ein, als anstatt Arsen Jodkalium gegeben wurde.

Keinenfalls also sprechen diese Ergebnisse zu Gunsten der Buchner'schen Empfehlung, so wenig wie diejenigen der oben genannten anderen Beobachter. Ob Arsen vielleicht bei beginnender Lungentuberculose von Nutzen ist, wie man aus den ersten 3 Fällen der zweiten Gruppe schliessen könnte, müssen weitere Erfahrungen lehren; bei ausgebildeter Tuberculose jedenfalls nützt es nichts.

VIII. Lehrbuch der Klinischen Untersuchungs-Methoden für die Brust- und Unterleibsorgane mit Einschluss der Laryngoskopie von Dr. Paul Guttmann. Fünfte vielfach verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin 1884. August Hirschwald. 8°. 468 S. Ref. Dr. Rabow.

Die rasche Aufeinanderfolge der Auflagen sowie die vielfachen Uebersetzungen in fremde Sprachen zeugen in beredter Weise von der günstigen Aufnahme und allgemeinen Anerkennung, deren sich das vorliegende Buch in den Kreisen der Fachgenossen zu erfreuen hat. Dasselbe ist bereits bei seinem früheren Erscheinen in eingehender Weise besprochen und von allen Seiten nach Gebühr gerühmt worden; daher erscheint uns eine ausführliche Analyse der fünften Auflage ziemlich überflüssig.

Es verdient jedoch hervorgehoben zu werden, dass unter den bereits existirenden Büchern ähnlicher Art dem vorliegenden unstreitig der erste Platz gebührt. Was demselben sein besonderes Gepräge und einen so grossen Werth verleiht, das ist die Klarheit der Darstellung und der Geist der Traube'schen Methode, die auf jeder Seite in wohlthuender Weise zu Tage treten, und auch die trockensten Abschnitte geniessbar und interessant machen.

Wie vorauszusehen war, hat die neue Auflage zahlreiche Veränderungen, Zusätze und Verbesserungen erfahren. Der Abschnitt über Sputa ist entsprechend den grossartigen Entdeckungen der jüngsten Zeit umgearbeitet worden. Die in dem Auswurfe vorkommenden Mikroorganismen haben die erforderliche Berücksichtigung gefunden. Abbildungen fehlen dem Buche noch immer. Sicherlich würde der Werth und die practische Brauchbarkeit desselben durch Einschaltung von Illustrationen an den geeigneten Stellen ganz bedeutend erhöht werden. Wenn dieses Desideratum in der hoffentlich bald erscheinenden sechsten Auflage Berücksichtigung findet, dann dürfte dieses verdienstvolle Buch nicht mehr viel zu wünschen übrig lassen.

IX. III. Congress für innere Medicin — Berlin 21.—24. April 1884.

(Schluss aus No. 20.)

VI. Sitzung. Mittwoch den 23. April, Nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: Herr Nothnagel (Wien).

Ueber Localisation der Functionen des Grosshirns.

Herr Goltz (Strassburg) tritt zunächst der gegen ihn erhobenen Behauptung entgegen, als sei er ein Gegner der Localisation überhaupt, er will nur den auf nicht immer exacter Beobachtung beruhenden Schlussfolgerungen Munk's und Anderer entgegentreten, und zwar handelt es sich hier zunächst um den Nachweis, dass keineswegs durch Wegnahme der sogen. motorischen Centren eine Lähmung entsteht, und dass auch nach noch so ausgedehnten Verletzungen der betreffenden Sphäre Verlust der Empfindung entsteht. Man hat Goltz vorgeworfen, er habe die betreffenden Centren nicht vollständig fortgenommen. Um diesem Einwande definitiv zu begegnen, hat Herr Goltz die Excision so tief angelegt, dass von einem zurückgebliebenen Rest nicht mehr die Rede sein kann, er hat in einer ganzen Zahl von Fällen nicht blos die graue Rinde, sondern den ganzen Lappen mit Einschluss der Basis abgetragen. Die Operation wurde stets in tiefer Chloroform-Narkose ausgeführt, die Thiere nach der Heilung Monate und Jahre beobachtet, das Gehirn nach der Section sorgfältig untersucht und photographirt.

Ein Hund, der eine derartige Operation Monate lang überstanden hatte, ist weder gelähmt noch hat er irgendwo die Empfindung verloren. Er kann gehen, laufen, springen, und was namentlich den Einwand entkräftet, dass es sich hierbei um Reflexbewegungen handelt, er eilt sofort auf den ihm hingestellten Futternapf zu und nimmt freiwillig Nahrung zu sich, während ein Thier, welches das grosse Gehirn vollständig eingebüsst hat, dies niemals thut. Ebensowenig hat das Thier die Empfindung verloren. Zwar ist es in seinen Empfindungen stumpf geworden, zo z. B. kann es längere Zeit mit den Pfoten in kaltem Wasser stehen, oder in einer unbequemen Lage verharren, wählt man jedoch die Nebenbedingungen richtig, d. h. steigert man die Aufmerksamkeit des Thieres, so sieht man, dass es die vortrefflichste Empfindung besitzt. Berührt man es z. B. während es Nahrung zu sich nimmt, leise an irgend einer Stelle, so antwortet es darauf mit Knurren und wendet sich nach der richtigen Seite um, es ist also sogar die Tastempfindung vorhanden. Herr Goltz will nicht behaupten, Munk habe nicht einmal ein Thier gefunden, welches die Empfindung verloren habe, aber er hält in diesem Falle ein positives Resultat für beweisender als hundert negative, und er hat nicht ein sondern Dutzende von positiven Resultaten erhalten. Hat Herr Goltz aber hierdurch nachgewiesen, das die Thiere trotz Fortnahme der von Munk für das Empfindungsvermögen angegebenen Stelle dennoch empfinden, so fällt damit die ganze Munk'sche Localisationstheorie, denn dann müsste das Thier ja noch mit einer anderen Stelle empfinden, und die nimmt Munk ja für andere Functionen in Anspruch.

Andererseits muss Herr Goltz hervorheben, dass früheren Beobachtern Thatsachen entgangen sind, die ihm von höchster Wichtigkeit erscheinen. Die Thiere, welche grosse Substanzverluste auf beiden Seiten vorn erlitten haben, zeigen eine grosse Ungeschicklichkeit in manchen Handlungen. Einen vorgeworfenen Knochen benagen sie nicht unter Fixirung mit den Vorderpfoten wie gesunde Hunde. Sie zeigen ferner eine merkwürdige Steigerung gewisser Reflexe. Endlich beobachtet man eine grosse Veränderung in dem Charakter. Die Thiere werden reizbarer, bösartiger, was nicht etwa auf einer Ueberempfindlichkeit der Haut beruht, denn sie gerathen auch ohne eine Berührung, z. B. nur durch die Annäherung eines fremden Hundes in Wuth. Das vollständige Gegenstück zu dieser Beobachtung sieht man bei Thieren, welche beide Hinterhauptlappen verloren haben; dieselben werden, selbst wenn sie vorher bissig und reizbar waren, gutmüthig und harmlos, was Herr Goltz durch mehrere eclatante Versuche nachweisen konnte.

An einem Hunde, dem am 27. October 1883 der eine, am 28. November der andere Vorderlappen exstirpirt, demonstrirt Herr Goltz der Versammlung die von ihm hervorgehobenen Thatsachen.

Herr Günther (Berlin) theilt im Anschluss hieran seine im städtischen Krankenhaus im Friedrichshain gewonnenen klinischen Erfahrungen über Localisation der Functionen des Grosshirns mit, die in vieler Beziehung von den experimentell gewonnenen Resultaten des Herrn Goltz abweichen.

Herr Rosenthal (Erlangen) kann die von Herrn Goltz durch das Experiment gefundenen Ergebnisse nicht mit der klinischen Erfahrung in Einklang bringen, welche in vielen Fällen dargethan hat, dass gewisse locale Erkrankungen des Gehirns mit einzelnen Functionsstörungen verbunden sind. Die Frage, ob es motorische Rindenfelder giebt, hält er für eine offene. Man beobachtet zwar Lähmungen, bei denen die Section localisirte Hirnläsionen ergiebt, aber es ist nicht constatirt, wie weit Fernwirkungen oder Nebenwirkungen Platz gegriffen haben. In einer Mehrzahl von Fällen, wo Motilitätsstörungen auftreten, ist es wahrscheinlich, dass es sich zunächst um primäre Sensibilitätsstörungen handelt. Dass solche Sensibilitätsstörungen zu ataktischen Erscheinungen führen können, und dass dies an gewisse Hirnrindenpartien gebunden, scheint Herrn Rosenthal durch den Hund des Herrn Goltz nicht widerlegt zu sein, wenigstens hat er den Eindruck bekommen, dass es sich um eine gewisse Störung in der Sensibilität der Vorderpfote handelt, in Folge deren dieselbe unsicher gebraucht wird. Ferner muss man nach Herrn Rosenthal psychische oder sensorische Störungen unterscheiden, welche wahrscheinlich mit der Veränderung der Hirnrinde verbunden sind und aus denen anderweitge Störungen folgen.

Herr Nothnagel (Wien) möchte einen Theil der Differenzen zwischen dem Thierexperiment und der klinischen Erfahrung aus der Verschiedenheit zwischen Thier und Mensch erklären, wie es überhaupt eine ganze Reihe experimenteller Thatsachen giebt, die nicht ohne Weiteres vom Thier auf den Menschen übertragen werden können. So ist es noch nicht gelungen beim Thier experimentell eine totale Hemiplegie zu erzeugen. Einen Uebergang zu der hier angedeuteten Erscheinung sehen wir schon beim Menschen, wo nach einer Lähmung durch einen Schlaganfall die Beine oft ihre Beweglichkeit wiedererlangen, während die Arme gelähmt bleiben, es nähern sich also die Innervationsverhältnisse der unteren Extremitäten des Menschen mehr denen der Extremitäten des Thieres als die der oberen Extremitäten.

Herr Goltz verwahrt sich dagegen, als habe er behauptet, dass das von ihm vorgestellte Thier vollkommen intact sei. Er hat nur die von anderer Seite aufgestellte Behauptung widerlegen wollen, ein solches Thier sei gelähmt und habe keine Empfindung, und diesen Beweis glaubt er erbracht zu haben.

VII. Sitzung. Donnerstag den 24. April, Vormittags 10 Uhr.

Vorsitzender Herr Leyden (Berlin).

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr Goltz (Strassburg) das Gehirn des gestern vorgestellten und inzwischen secirten Hundes. Es hat

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich bei der Section ergeben, dass die beabsichtigte Läsion in der That symmetrisch auf beiden Seiten die sogenannte motorische Zone betroffen hat.

1. Bericht über die Commission zur Behandlung der Infectionskrankheiten.

Herr Rossbach (Jena) wurde auf dem vorigen Congress beauftragt, einleitende Schritte zu thun zur Gründung einer Commission zur Prüfung von Arzneimitteln zur Bekämpfung der Infectionskrankheiten. Herr Rossbach hat mit einer grösseren Zahl von Klinikern, Krankenhausdirectoren und Pharmakologen eine Vorbesprechung gehabt, und ist in der Lage einen genau ausgearbeiteten Entwurf zu einer Organisation vorzulegen. Es handelt sich um einen, die Centralleitung bildenden Ausschuss, dessen einzelne Gruppen Arzneimittel, Natur der Krankheiten, Fragebogen in Bezug auf die ersteren zu bearbeiten haben. Es sollen nicht nur neuere, sondern auch die bereits bekannten Arzneimittel in das Bereich der Untersuchung gezogen werden. Die Eigenschaften aller noch nicht bekannten Mittel sollen genau untersucht und dann den Kliniken und Krankenhäusern zu Versuchen übergeben werden. Die Resultate der angestellten Untersuchungen werden an der Centralstelle bearbeitet. Herr Rossbach hofft, dass es durch eine derartige Organisation eher gelingen wird, die Infectionskrankheiten erfolgreich zu bekämpfen, als durch vereinzeltes Vorgehen.

2. Ueber Coffeïn-Präparate.

Herr Riegel (Giessen) hat Versuche mit den Doppelsalzen des Coffeïn, das von französichen Autoren als herzregulirendes Mittel empfohlen wurde, in 21 Fällen angestellt und ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen: Das Coffeïn ist als herzregulirendes Mittel im Sinne der Digitalis zu bezeichnen. Es ist, in geeigneten Dosen (0,8—1,8 gr pro die) und in entsprechender Form angewandt, geeignet, die Herzkraft zu vermehren, die Herzaction zu verlangsamen und den arteriellen Blutdruck zu erhöhen, es bewirkt sehr rasch eine beträchtliche Vermehrung der Urinausscheidung. Die Indicationen für die Anwendung der Coffeïnpräparate fallen im Allgemeinen mit denen für die Anwendung der Digitalis zusammen. Die Verabreichung geschieht am zweckmässigsten in häufig wiederholten kleinen Dosen. Es wirkt viel rascher als Digitalis und besitzt keine cumulirende Wirkung. Auch in Fällen, in denen sich Digitalis unwirksam erwies, ist der Versuch mit Coffeïn dennoch indicirt und nicht selten von Erfolg begleitet. Die gleichzeitige Darreichung von narkotischen Mitteln ist nicht zu empfehlen. Die Coffeïn-Präparate, vor Allem die leicht löslichen Natronsalze, werden im Allgemeinen viel besser als Digitalis vertragen.

3. Ueber das Kniephänomen.

Herr Schreiber (Königsberg) theilt Versuche mit, welche ihm ergeben zu haben scheinen, dass das Kniephänomen ein Reflexvorgang ist, nicht, wie Westphal will, ein directes Muskelphänomen.

4. Ueber Kefir.

Herr Kühne macht Angaben über Kefir, das er als diätetisches Mittel empfiehlt.

5. Beitrag zur Frage der Hämoglobinurie und Syphilis.

Herr Schumacher II (Aachen) macht im Anschluss an seine Mittheilung auf dem vorigen Congress Angaben über einen von ihm antiluetisch behandelten Fall von Hämoglobinurie, der unzweifelhaft für den ätiologischen Zusammenhang zwischen beiden Affectionen spricht.

6. Ueber die Wirkungen des chlorsauren Kali auf das Blut.

Herr Edlefsen (Kiel) theilt noch unabgeschlossene Beobachtungen mit, welche zu beweisen scheinen, dass die Verwandlung von Hämoglobin in Methämoglobin durch die Gegenwart von Sauerstoff lange verzögert werden kann.

7. Ueber Gewichtsbestimmungen.

Herr Zuelzer (Berlin) hat Gewichtsbestimmungen an Menschen vorgenommen, welche ergeben, dass sich das spec. Gewicht innerhalb der Grenzen von 982—924, im Mittel auf 960 stellt. Er hofft bei weiteren Versuchen Anhaltspunkte für die Verhältnisse des Eigengewichtes zu dem allgemeinen Ernährungszustand zu erhalten.

Der IV. Congress wird im Jahre 1885 in Wiesbaden stattfinden.

X. Dreizehnter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

VI.

Zweiter Sitzungstag Donnerstag, d. 17. April 1884.

Morgensitzung im Amphitheater der königl. chirurg. Universitätsklinik Ziegelstrasse 5/9 von 10—1 Uhr.

(Fortsetzung aus No. 20.)

In der Discussion erwähnt zunächst Hr. Schede, dass er 2 mal Wirbelluxationen zu sehen Gelegenheit hatte. Im vorigen Sommer kam ein Herr in seine Sprechstunde mit charakteristischer Schiefstellung; er hatte beim Waschen mit der rechten Hand energisch um das linke Ohr herumgefasst und so war an dem langen dünnen Halse eine Rotationsluxation nach rechts und vorne entstanden. Die Reduction gelang sehr leicht in der Narcose. Man übertrieb die falsche Stellung und drehte auf die andre Seite. Der 2. Fall betraf ein 12jähriges Kind, das vom Reck gefallen war; die Diagnose war bei dem ..agern Halse des Kindes sehr leicht, ebenso die Reposition. Rückenmarkserscheinungen waren nicht vorhanden.

Herr Czerny regt die Frage an, ob es gewisse entscheidende Symptome für die Differentialdiagnose zwischen Zermalmung oder einfacher Compression des Rückenmarks giebt, was wünschenswerth auch für den Entschluss der Einrichtung sein würde. Czerny glaubt, dass bei einfacher Compression die Reflexerscheinungen länger bestehen, während sie bei der Zermalmung in den untern Partien gewöhnlich mangeln. Alsdann wird man natürlich durch die Einrichtung verschlimmern, während im ersten Falle die Einrichtung durchaus nothwendig ist. Herr Wagner hielt sich ebenfalls an das Vorhandensein der Reflexe, möchte aber betonen, dass man im Ganzen, wie dies die amerikanischen Erfahrungen erweisen, activer sein sollte. Dass Extension auch bei Fracturen nicht immer Unheil stifte, sondern in einzelnen Fällen sehr günstig wirken könne, lehre ihn ein Fall von Querfractur des Körpers des Epistropheus. Im Rachen war deutlich ein Vorsprung zu fühlen. Die Extension[1]) wirkte brillant, die motorische Lähmung schwand vollständig, die Sensibilität blieb sehr herabgesetzt. Wurde die Extension entfernt, so kehrte nach 1/4 Stunde die Lähmung wieder. Es war nicht möglich, den Pat. in Extension zu erhalten und er ging nach 5 Wochen einfach an Compression zu Grunde. Mikroskopisch zeigte das Rückenmark absolut keine Veränderungen.

Herr Volkmann hält gerade letzteren Fall für prinzipiell wichtig, in dem es sich nur um Compression des Rückenmarks bei absolut totaler Lähmung, bei typischer Paraplegie gehandelt hat. Auch er habe vergeblich nach entscheidenden diagnostischen Zeichen gesucht und sich einfach damit geholfen, dass, wo keine totale, sondern mehr eine asymmetrische Lähmung vorhanden war, er Repositionsversuche machte, während man doch meist in den Fällen mit totaler Lähmung auf die Therapie verzichten muss.

Herr Lauenstein (Hamburg) hat 3 schwere Halswirbelverletzungen beobachtet. Der 1. Fall betraf einen 24jährigen Chinesen mit Luxation des 5. Halswirbels nach vorne, wodurch die Medulla vollständig zertrümmert war. Die obern Extremitäten waren paraplegisch, die Reflexe vollkommen verschwunden. Die Temperatur ging auf 35 herab, stieg dann auf 40, post mortem auf 43; Puls 30, Respiration unregelmässig 10—12. Bei einem 18jährigen Jongleur, der vom Seil herabgefallen und eine Fractur im untern Theile der Halswirbelsäule hatte, stieg die Temperatur auf 42°, und fiel vor dem Tode. Section wurde nicht gemacht. Auch in einem 3. Falle von Fractur im untern Theile der Halswirbelsäule bestand vollständige Paraplegie, die auch jetzt noch fortbesteht.

Herr v. Winiwarter beobachtete bei einem Falle von schwerer Quetschung der Halswirbelsäule Symptome, wie bei halbseitiger Rückenmarksdurchschneidung. Ein 30jähriger Mann, der Stockschläge auf den Nacken bekommen hatte, zeigte vollständige Lähmung der rechten Seite bei erhaltener Empfindung, während die linke vollkommen anästhetisch aber die Motilität vollkommen erhalten war, und Hyperhydrosis bestand. Dabei bestand am Halse eine circuläre Stelle von Anästhesie. Der Kopf war etwas nach rückwärts fixirt, die Nackenmusculatur starr contrahirt; keine Drehung nach einer Seite, keine Wirbelstellungsanomalie. Die Erscheinungen schwanden rasch, aber der Pat. kann jetzt nach einigen Monaten noch immer nicht gehen, so dass die Prognose auf völlige Herstellung zweifelhaft ist. v. W. ist der Meinung, dass es sich doch wohl nur um einen Bluterguss in's Rückenmark gehandelt hat.

Herr Goering (Bremen) hat vor 1½ Jahren einen ganz ähnlichen Fall beobachtet. Einem Arbeiter war ein grosser Ballen auf den Hinterkopf gefallen, und unmittelbar darauf trat rechts Sensibilitätslähmung, links Motilitätslähmung mit deutlicher Pupillendifferenz ein. Wegen Splitterbruchs des rechten Fussgelenks resecirte K. dasselbe ohne Narcose; da Decubitus eintrat, wurde 14 Tage später amputirt, wobei Pat. auch nichts fühlte. Der Pat. kann mit Krücken gehen und liegt jetzt im Siechenhause in Bremen.

Herr Küster (Berlin) berichtet über einen Fall von Fractur des Epistropheus mit Compression des Rückenmarks, der durch mehrfach abweichende forensische Gutachten gerichtsärztlich wichtig ist. Ein 18jähriges Mädchen wurde im Januar 1882 von ihrer Dienstherrin gemisshandelt, sie soll an den Haaren gezogen und an einen Balken gestossen worden sein. Es ist durch mehrere Zeugen nachgewiesen, dass sie nach der Misshandlung über die Strasse gegangen ist. Am Abend klagte sie über Schmerzen im Halse und ihre Wirthin sah, wie sie beim Heraussteigen aus dem Bette ausglitt und mit dem Kopfe gegen eine Kommode fiel. Der Vater fand sie angeblich in Krämpfen ohne Bewusstsein. Sie wurde in einem Leiterwagen 2 Meilen über Land gefahren und hat angeblich sprachlos und starr im Wagen gelegen. In der Heimath haben sie verschiedene Sachverständige untersucht die darin alle übereinstimmen, dass es sich um eine H. W.-Verletzung gehandelt habe. Doch ist eine genaue Analyse des Falles von Niemandem gemacht worden. Es wird angegeben, dass das Mädchen gelähmt sei, undeutlich spreche und hin und wieder Krämpfe habe; auffallend sei die merkwürdige Kopfhaltung. Nachdem sie vom März bis zum 10. September 1883 in diesem Zustande zu Hause gelegen, wurde sie nach dem Augusta-Hospital gebracht und zeigte folgenden Status: sie lag völlig starr im Bett bei freiem Sensorium. 120 Pulse, frequente pectorale Athmung, Sensorium frei, lallende Sprache; Pupillen nicht gleich, aber gut reagirend. Pat. kann das Bein nur wenige Linien erheben, dann wird sie von Krämpfen ergriffen und fällt machtlos nieder. Reflexerregbarkeit sehr vermehrt, Sensibilität ungestört, Blase und Mastdarm intact. Bei Druck auf die H. W. S., der sehr empfindlich ist, entstehen allgemeine Convulsionen. Bedrohliche Erscheinungen entstehen beim Aufsitzen. Der Kopf fällt schlaff vornüber; das Gesicht wird blau, die Athmung mühsam, so dass man sich beeilt, die Pat. niederzulegen. Bei der Untersuchung erweist sich der Proc. spinos. des 2. H. W. etwas vorspringend: an der hintern Pharynxwand befindet sich ein deutlicher Vorsprung. Die geschilderte Symptomengruppe liess mit Sicherheit auf eine nicht vollständige Myelitis transversa durch Compression schliessen. Es wurde deshalb zunächst nur Extension des niedrig gelagerten Kopfes mit 10 Kilogramm angewandt. Der Erfolg war überraschend günstig: schon 5 Wochen später konnte Pat. Beine und Arme erheben, die Sprache war besser, nur war der Kopf haltlos. Sie wurde deshalb mit einer Lederkravatte Ende September entlassen. Am Anfang dieses Monats theilt Pat. brieflich mit, dass der Kopf fest geworden sei, und dass

[1]) Von Sayre's Gypsjaket ist Herr W. bei Fracturen zurückgekommen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie die Lederkravatte abgelegt habe. Auch jetzt noch ist ein nicht sehr markanter Vorsprung des Proc. spin. des 2. H. W. zu fühlen.

Was das forensische Gutachten betrifft. so ist dasselbe nicht völlig sicher. Der Sitz der Compression ist im obern Theil der Medulla in der Nähe des Vagus und Hypoglossuskerns zu suchen. Die Haltlosigkeit des Kopfes könnte etwa folgende 3 Gründe haben: 1) Fractur des vordern Bogens des Atlas. 2) Zerreissung des Lig. transvers. 3) Fractur des Proc. odontoideus. Die Zerreissung des Lig. transvers. scheint noch nie beobachtet. Gegen die erste Annahme spricht, dass der Vorsprung ein gleichmässiger ist. Es ist deshalb das Wahrscheinlichste, dass die nicht ganz seltene Fractur des Zahnfortsatzes vorliegt. Ein Callus mag wohl nicht entstanden sein, eher eine ligamentöse Verbindung. Es ist daher gerathen, der Pat. wieder die Lederkapsel zu übergeben. Gurlt theilt verschiedene Beobachtungen mit, wo die Fractur Anfangs geringe Symptome gemacht haben soll, dann aber bei neuer Schädlichkeit sich so verschlimmerte, dass plötzlicher Tod eintrat. Was den Punkt anbetrifft, der von mehreren Sachverständigen als unvereinbar mit Wirbelsäulen-Verletzung angesehen wurde, dass nämlich Pat. nach der Verletzung über die Strasse gehend gesehen wurde — möchte nach Herrn K.'s Annahme nicht gegen obige Diagnose sprechen. Man braucht keineswegs anzunehmen, dass es sich Anfangs um eine unvollständige Fractur gehandelt habe, die durch den Fall aus dem Bette vollständig geworden wäre. Die Verletzung an sich braucht keine Symptome zu machen, eben nur Schmerz, wie in einem Falle Gurlt's. Das schwere Leiden beginnt erst mit der Compressions-Myelitis. Diese kann sich in wenigen Stunden entwickeln und in einer Nacht ihre Höhe erreichen.

In der Discussion bemerkt Herr Paul Güterbock, dass die Sachverständigen des Medicinalcollegiums sich in der That für eine Verletzung der Wirbelsäule ausgesprochen haben, nur nicht für eine bestimmte Form derselben. Die Hauptschwierigkeit lag darin, dass die Kranke monatelang nicht von einem Arzte gesehen, sondern von einem Homöopathen behandelt sei, von dem auch mehrfache Gutachten eingefordert seien.

Herr Wagner wird durch diese Mittheilung lebhaft an einen forensischen Fall erinnert, den er auf der Mannkopf'schen Klinik beobachtet hatte. Ein Vater hatte seine 18jährige Tochter mit einem Stück Holz ins Genick geschlagen, worauf diese theilweise gelähmt und anästhetisch, auch aphasisch monatelang zu Bett lag. In der Marburger Klinik stellte sich heraus, dass es sich um Hysterie handelte; eines Tages ging die Patientin auf und ab, angeblich durch ein inbrünstiges Gebet gebessert.

Herr Küster erwidert, dass auch er an Hysterie gedacht und Herrn Wernicke um sein Urtheil ersucht habe. Derselbe bestätigte die Compressions-Myelitis; auch spräche die ganz allmähliche Besserung gegen Hysterie.

Hierauf stellte Herr Küster ein 9jähriges Kind vor, dem er vor 5 Jahren den ganzen Mittelfuss exarticulirt hatte, mit Ausnahme des ersten Metatarsalknochens mit der grossen Zehe. Die kleine Patientin war an der äussern Seite des Fusses überfahren worden und trat Brand bis zur Lisfranc'schen Linie ein; nur die Haut des ersten Metatarsalknochens war intact; denselben beschloss K. zu erhalten, um somit zwei der Punkte, auf die sich der Fuss stützt zu gewinnen, während der dritte wegfallende Punkt durch das Würfelbein ersetzt wird. Das Resultat war sehr günstig; der Fuss ist wenig im Wachsthum zurückgeblieben, die anfängliche Adductionsstellung hat sich beim Gebrauch des Fusses verloren, das Kind tanzt, läuft Schlittschuh und liefert einen neuen Beweis, wie weit die Conservirung des Fusses getrieben werden kann.

(Fortsetzung folgt.)

XI. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung den 1. Mai 1883.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Aly.

Herr Curschmann spricht über die bei der Meningitis cerebrospinalis vorkommenden Veränderungen der äusseren Haut und beschäftigt sich namentlich mit dem bisher wenig gewürdigten Auftreten gewisser Exantheme im Initialstadium der Cerebrospinal-Meningitis. Er bespricht eingehend 3 Fälle eigener Beobachtung, wo schon zu einer Zeit sehr auffällige Hautausschläge sich gezeigt hatten, wo irgend welche charakteristische auf eine cerebrospinale Erkrankung deutende Erscheinungen absolut fehlten. Redner schliesst hieran eine Reihe diagnostischer Bemerkungen, und macht namentlich auf diejenigen Krankheitszustände aufmerksam, mit denen solche Fälle von Cerebrospinal-Meningitis mit besonders früh auftretendem Initialexanthem, verwechselt werden könnten. Man habe in dieser Beziehung besonders den Flecktyphus, die Variola und die nicht ganz selten mit multiplen Hautembolien einhergehende Endocarditis ulcerosa ins Auge zu fassen. —

Herr Curschmann bespricht sodann einen Fall von auf seiner Abtheilung letal verlaufener fudroyanter Cerebrospinal-Meningitis, bei welcher sich die von Klebs und Ebert beschriebenen Mikrococcen in enormer Zahl in der eitrig getrübten Ventrikelflüssigkeit fanden. Herr C. demonstrirt von diesem Fall genommene mikroskopische Präparate.

Sitzung den 24. Mai 1883.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Aly.

Debatte über den Vortrag des Herrn Curschmann.

Herr Fränkel fragt an, welche prognostische Bedeutung den Exanthemen bei der Cerebrospinal-Meningitis beigemessen werden müsse, ob namentlich der hämorrhagischen Form eine schlechte Prognose zukäme wie bei andern acuten Infectionskrankheiten. So habe er z. B. bei der Diphtheritis beobachtet, dass die mit hämorrhagischen Exanthemen auftretenden Fälle äusserst ungünstig verliefen.

Herr Eisenlohr macht darauf aufmerksam, dass vielleicht das Verhalten des Pulses, der öfter bei der Cerebrospinal-Meningitis verlangsamt sei, von diagnostischer Bedeutung sein könne, namentlich bei der Differentialdiagnose von ulceröser Endocarditis sei dieses Zeichen wohl zu verwerthen.

Herr Curschmann erwiedert, dass er noch kein endgültiges Urtheil über die prognostische Bedeutung der Exantheme bei der Cerebrospinal-Meningitis abgeben möchte. Bei verschiedenen Infectionskrankheiten, z. B. Diphtheritis, Morbillen, Scarlatina, seien die hämorrhagischen Exantheme resp. ein hämorrhagisch werden ursprünglich durch Hyperämie bedingter Exantheme ja von entschieden ungünstiger Bedeutung, während wiederum bei anderen Infectionskrankheiten, z. B. Flecktyphus die hämorrhagische Natur der Hautausschläge die Regel und prognostisch völlig gleichgültig sei. Die Pocken böten bezüglich der Prognose der ihnen zukommenden hämorrhagischen Exantheme sehr bemerkenswerthe Verschiedenheiten. Während die Scharlach ähnlichen, sehr oft hämorrhagischen Initialexantheme im Schenkel- und Achseldreieck nicht von besonders schlimmer Vorbedeutung wären, höchstens auf Variola vera (und nicht Variolois) hindeuteten, käme der s. g. Purpura variolosa und der von C. so benannten Variola pustulosa haemorrhagica eine fast lethale Prognose zu. Was das Verhalten des Pulses bei der Cerebrospinal-Meningitis anlange, so sei die für die tuberculöse Basilar-Meningitis so charakteristische Pulsverlangsamung bei jener äusserst inconstant, ja geradezu selten. Unter allen Infectionskrankheiten zeichne sich gerade die Cerebrospinal-Meningitis durch ein sehr variables Verhalten des Pulses aus. Weitaus am häufigsten sei derselbe der Intensität des bestehenden Fiebers entsprechend beschleunigt, nicht selten irregulär und die Pulswellen inäqual.

Hierauf hält Herr Eisenlohr seinen angekündigten Vortrag über die Differentialdiagnose der spinalen Neurasthenie und der Anfangsstadien der Tabes.

Vortr. hebt einleitend die zunehmende Häufigkeit functioneller Erkrankungen mit spinalen Symptomen und die wachsende Kenntniss des Publicums von der Bedeutung excentrischer Erscheinungen als Zeichen centraler Erkrankung hervor und knüpft daran die Besprechung der practisch eminent wichtigen Unterscheidung zwischen den Anfängen der Tabes und den blos functionellen Erkrankungsformen des Nervensystems mit vorwiegend spinalen Symptomen. Er sucht sowohl für die vielfach übereinstimmenden subjectiven Symptome gewisse unterscheidende Merkmale aufzustellen, als bestimmte objective und sicher führende Zeichen der palpablen Erkrankung der Hinterstränge in ihrem Beginne zu fixiren.

Von den subjectiven Erscheinungen weist er der Eruirung der charakteristischen lancinirenden und terebrirenden Schmerzen bei der Tabes den gebührenden Platz ein, betont übrigens, dass entschieden auch bei spinaler Neurasthenie ähnliche Schmerzattaken vorkämen. Im Allgemeinen haben die Schmerzen der Neurasthenie keinen andern Charakter, sind gewöhnlich von Druckempfindlichkeit im Bereich der Nervenstämme, aber nicht von der eigenthümlichen circumscripten Hauthyperästhesie der tabetischen Schmerzattaken begleitet. Vortr. bemerkt, dass in einzelnen Fällen im Vorstadium der Dementia paralytica den tabetischen vollkommen gleichende lancinirende Schmerzattaken vorkämen, ohne dass das geringste objective Symptom auf eine Erkrankung der Hinterstränge hinweise, dass man also auch nach dieser Richtung hin bezüglich der Diagnose vorsichtig sein müsse.

Von den objectiven Symptomen, die einen wesentlich grössern Werth in positiver Richtung zur Diagnose der beginnenden Tabes besitzen, sind die wichtigsten: Augenmuskelstörungen, das Fehlen des Patellarreflexes, Anomalien der Pupillenweite und Bewegung und gewisse objectiv nachweisbare Störungen der Hautsensibilität. Vortr. bespricht kurz die Eigenthümlichkeiten der Augenmuskellähmungen bei Tabes, macht aber speciell darauf aufmerksam, dass sicher auch bei schweren Formen von Neurasthenie und Hysterie Zustände von Parese einzelner Augenmuskeln mit Diplopie vorkommen, die in ihrer Dauer etc. den tabetischen analog sind.

Bei der Verwerthung des Patillarreflexes zur Differentialdiagnose müsse man sich gegenwärtig halten, dass derselbe in einzelnen Fällen von Tabes ziemlich lange erhalten bleiben könne (Vortr. hat selbst mehrere Fälle von Conservirung des Patillareflexes bei ziemlich langer Dauer des ersten Stadiums der Tabes gesehen), dass auf der andern Seite der Patillarreflex auch bei Gesunden, wenn auch selten, fehlen könne. Die Phänomene der spinalen Myosis und der reflectorischen Pupillenstarre werder kurz besprochen und ausdrücklich betont, dass bei Neurasthenikern, wie auch Wilbrand hervorgehoben, die Lichtreaction der Pupillen nie eine wesentliche Störung zeige.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unter den für die frühe Diagnose der Tabes besonders werthvollen Störungen der Hautsensibilität, deren Nachweis allerdings eine methodische Untersuchung erfordert, bezeichnet Vortr. die Verlangsamung der Schmerzleitung, die zeitliche Incongruenz zwischen Tast- und Schmerzempfindung, die abnorme schmerzhafte Nachempfindung; neben Abstumpfung der tactilen und Schmerzempfindung im Allgemeinen, die jene Anomalien aber nicht zu begleiten brauche. Manchmal bestehe sogar eine gewisse Hyperalgesie und besonders abnorme Empfindlichkeit gegen Kälte.

Als nicht unwichtig werden die Erscheinungen der neurasthenischen Asthenopie (sog. Anaesthesie retinae) gegenüber den Anfängen der tabetischen Amblyopie und Atrophie n. optici, die ja in seltenen Fällen das erste angeführte Symptom der Tabes sein könne, angeführt.

Der Vortragende bespricht dann noch kurz die Störungen der Blasenfunction, der geschlechtlichen Sphäre und die Störungen des Digestionsapparats im Beginne der Tabes und im Gefolge der Neurasthenie, hebt gewisse differentielle Punkte hervor (Neurasthenia gastrica — gastrische Crisen als Anfangssymptom der Tabes).

Zum Schluss wirft Vortr. noch einen Blick auf die psychische Charakteristik der einschlägigen Kranken. Er betont besonders, dass man meist bei den „spinalen Neurasthenikern" auch eine Reihe von Erscheinungen „cerebraler Neurasthenie" finde, dass ein hypochondrischer Zug dem Krankheitsbild häufig eine bestimmte Färbung gebe, dass aber auf der andern Seite die Fälle von beginnender Tabes nicht selten seien, deren psychischer Charakter hochgradige Reizbarkeit oder hypochondrische Depression bildeten. Im Ganzen glaubt der Vortr., dass man im gegebenen Fall, bei genauer objectiver Untersuchung so gut wie immer die Unterscheidung treffen könne.

In der sich daran anschliessenden Discussion vermisst Herr Reinhard die Anführung der von Fischer entdeckten Polyästhesie bei Tabes dorsualis. Ferner erwachse eine Fehlerquelle bei Untersuchung der Patellarsehnenreflexe, wenn man nicht die an diesen Stellen hin und wieder vorkommenden Hautreflexe dabei ausschliesst. Nach seinen Erfahrungen kommen bei Paralytikern lancinirende Schmerzen, also Zeichen der Tabes vor, bei denen wiklich nebenbei Tabes vorhanden sei.

Herr Eisenlohr erwiedert, das Fischer die Polyästhesie nicht als etwas besonders Charakteristisches für Tabes dorsualis hingestellt habe. Es sei ihm ein Fall von progressiver Paralyse in Erinnerung, der sehr an lancinirenden Schmerzen gelitten habe, bei dem sich aber keine Tabes dorsualis gefunden habe.

Herr Reinhard erwähnt noch, dass beim Potatorium oft die Sehnenreflexe fehlen können, dass ferner bei Epileptischen, namentlich nach dem Anfall die Sehenreflexe öfter vermisst würden.

Herr Curschmann theilt vollständig Herr Eisenlohr's Ansicht, dass bei Neurasthenikern viel mehr Klagen über Störungen in den Functionen des Genitalapparates vorkämen als bei Tabetikern, wo dergleichen Störungen mehr in den Hintergrund treten. Es liesse sich vielleicht so sagen, dass bei Neurasthenikern mehr Depressionserscheinungen von Seiten des Genitalapparates, z. B. psychische Impotenz, zu frühe Ejaculation etc. vorwalteten, bei Tabetikern im Anfangsstadium dagegen mehr Excitationserscheinungen z. B. Priapismus, Pollutionen etc.

(Schluss der Sitzung ½10 Uhr.)

Sitzung vom 12. Juni 1883.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Aly.

Herr Goldstücker stellt einen Fall von Anophthalmus bilateralis congenitus vor.

Der Vortragende skizzirt nach den in der Literatur gesammelten Fällen die Erscheinungsformen des Anophthalmus. Fast immer werde hinter sehr verengter Lidspalte eine gelbröthliche Schleimhaut, der Conjunctivalsack, gefunden, in diesem häufig ein rundliches Körperchen von etwa Schrotkorngrösse aus fetthaltigem Bindegewebe oder von cystöser Beschaffenheit, als Residuum des Bulbus. An die Schleimhaut angeheftet ist eine fibröse Membran, der Sclerotica oder Fasc. Tenoni entsprechend, in die sich die Augenmuskeln mehr weniger vollzählig inseriren. Der Nerv. optic. fehlt entweder ganz oder ist als fibröser Strang ohne Nervenelemente vorhanden; in beiden Fällen fehlen meist auch der Tract. n. opt., das Chiasma, das Thalamus und die Vierhügel. Die Orbita ist immer in allen Durchmessern verengt, die Nebenorgane des Bulbus gland. lacrymal., Thränencanälchen, Cilien, Meibom'sche Drüsen sind meist vorhanden. Nur in sehr vereinzelten Fällen ist wie vom Bulbus auch von der Orbita, Augenlidern etc. keine Spur vorhanden, dann aber nur bei nicht lebensfähigen anencephalischen oder acephalischen Monstren. Sehr häufig finden sich Cysten in den verschiedenen Organen der Orbita eingelagert.

Betreffs der Genese des Anophthalmus führt der Vortragende die beiden Möglichkeiten vor, dass entweder die erste Anlage des Bulbus unterblieben oder das Organ in einem späteren Stadium seiner Entwicklung durch pathologische intrauterine Processe zu Grunde gegangen sei und führt aus, dass erstere mit der Entwicklungsgeschichte unvereinbare Ansicht nur in Betracht kommen könne, wo weder Bulbus noch Orbita noch Adnexorgane vorhanden seien. Letztere und eine, wenn auch noch so verkleinerte Orbita setzten stets die Präexistenz des Bulbus voraus. Als ätiologische Momente werden nahe Verwandschaft der Eltern, Vererbung und Syphilis des Vaters angeschuldigt, letztere wohl mit dem meisten Recht. Im Ganzen seien Genese und Aetiologie sehr dunkel.

Der vorliegende Fall von Anophth. bilateralis zeigt an einem sonst wohlgebildeten, kräftigen 9 Wochen alten Knaben auf beiden Seiten hinter schwer zu öffnender, eingestülpter, verengter Lidspalt, die oben geschilderte röthliche Schleimmembran; an der linken Palp. infer. eine haselnussgrosse, bläuliche, elastische Geschwulst. Rudimente des Bulbus sind durch Tastung nicht aufzufinden; Orbitae beiderseits verengt; Thränendrüsen vorhanden; ätiologische Momente nicht zu constatiren. Keine Verwandschaft, keine Vererbung. Ungewiss ob Vater syphilitisch, da auswärtig.

Hierauf hält Herr Schede seinen angekündigten Vortrag über Osteotomie und Osteoclase mit Demonstrationen.

Herr Aly legt das Präparat eines Myom vor, das vom vorderen supravaginalen Theil des Cervix uteri ausgehend durch die vordere Scheidenwand perforirt war. Das Präparat stammt von einer sonst gesunden 45jährigen Frau, die nie geboren hatte. Die Menstruation, früher regelmässig, hatte seit 3 Monaten ganz aufgehört, keine sonstigen Beschwerden. Der kindskopfgrosse Tumor wölbte die Bauchdecken etwas vor und comprimirte die Vagina stark nach hinten in dem er fast das ganze kleine Becken ausfüllte. Nach 14 Tagen hatte der schnell wachsende Tumor die stark gespannte vordere Vaginalwand durchbrochen und jauchte. Von dem Versuch den Tumor operativ von der vorderen Vaginalwand aus zu entfernen, musste wegen der heftigen dabei auftretenden Blutung abgestanden werden. Nach 8 Tagen erlag die Patientin einer hinzutretenden septischen Peritonitis. Bei der Section zeigte sich, dass der Tumor ein Myom war, welches sich genau in der Excavat. vesico-uterina entwickelt, den Uterus stark nach hinten gegen das Promontrium, das Peritoneum nach oben, die Blase nach vorn und die vordere Vaginalwand nach unten verschoben hatte. Trotzdem sich kein directer Zusammenhang des Tumorgewebes mit dem Cervix uteri nachweisen liess, ist das Myom doch wohl nicht als Vaginalneubildung, sondern als Uterusmyom aufzufassen, das sich vom supravaginalen vordern Theil des Cervix uteri entwickelt hatte ohne die Gestalt des Cervix selbst auch nur im Geringsten zu verändern.

Schluss der Sitzung ¾10 Uhr.

XII. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Original-Bericht.)

Sitzung vom 14. Mai 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

1. Discussion über den Vortrag des Herrn Scherk über Strabismus.

Herr Hirschberg glaubt in Abrede stellen zu müssen, dass, wie Herr Scherk hervorgehoben, die jetzige Schieloperation so unvollkommen sei, dass sie bei Aerzten wie Laien ihren Credit verloren habe. Dies sei zwar der Fall gewesen als Viele von denjenigen, die Dieffenbach operirte, in secundäres Schielen verfallen seien; seitdem aber habe die Schieloperation in erster Linie durch Dieffenbach, Rich. Böhm, Gräfe und Schweigger so grosse Vervollkommnungen erfahren, dass die Resultate recht befriedigende genannt werden könnten. Das von Herrn Scherk vorgeschlagene Verfahren sei kein neues. Dieffenbach, Böhm, Gräfe haben sich schon in den vierziger Jahren über dasselbe geäussert und dasselbe verworfen. Herr Hirschberg möchte selbst Bedenken tragen, sich dieser Methode anzuschliessen, hauptsächlich weil sie einen Organtheil definitiv opfert und nicht blos bei den associirten Seitwärtsbewegungen des Auges sondern auch bei den accomodativen Convergenzbewegungen eine Schädigung zurücklassen muss. Was die von ihm selbst angewandte Methode der Schieloperation betrifft, so gelingt es Herrn Hirschberg auch bei stärkerem Schielen in den gewöhnlichen Fällen das Schielen zu beseitigen oder wenigstens erheblich zu bessern, wenngleich er zugestehen muss, dass auch Fälle vorkommen, in denen der Arzt selbst mit dem Erfolge nicht ganz zufrieden sein kann. Dennoch ist er der Ueberzeugung, dass er besser bei der alten Methode fährt als bei dem von Herrn Scherk empfohlenen Verfahren.

Herr Schweigger hält ebenfalls die Resultate der bisherigen Schieloperation für nicht so unbefriedigende, dass ein Grund vorläge, von derselben abzugehen, es komme nur darauf an, wie man operire. Nach dieser Richtung betont Herr Schweigger, dass es nicht allein auf die Rücklagerung des Internus sondern auf die gleichzeitige Spannung des Externus ankomme. Redner hat seit 15 Jahren mit seiner Operationsmethode gute Erfolge gehabt.

Diesen beiden Rednern gegenüber glaubt Herr Scherk dennoch die Vortheile seiner Methode aufrecht erhalten zu müssen.

2. Herr Uhthoff: Ueber die pathologischen Veränderungen des Augenhintergrundes in Folge von Alkoholismus sowie über die pathologische Anatomie der Alkoholamblyopie. (Mit Demonstrationen und Präparaten).

Herr Uhthoff glaubt nach seinen Beobachtungen dem Alkohol-

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

missbrauch als Ursache der Amblyopie eine hervorragendere Rolle zuschreiben zu müssen als dem Missbrauch des Tabaks, der von anderer Seite in erster Linie beschuldigt wurde. Bei den von dem Redner untersuchten 360 Alkoholisten in der Charité, fand derselbe eine Veränderung, die an und für sich zwar keine Sehstörung zu bedingen scheint, aber doch als pathologisch anzusehen ist, d. i. eine leichte Trübung der Netzhaut und der Papille, welche in der inneren Hälfte deutlicher ausgesprochen ist als in der äusseren; die Trübung erstreckt sich gewöhnlich in die Peripherie hinein. In normalen Fällen ist derselbe Befund ein höchst seltener. Weitere Befunde waren in 1 Proc. der Fälle Retinalblutungen, die aber nach der Ansicht des Redners nichts mit dem Alkoholismus zu thun hatten (zwei von den Patienten waren Epileptiker mit Blutunterlaufungen der Haut und der Conjunctiva, einer Nephritiker); drei Patienten klagten über Doppeltsehen; der Hauptbefund aber war eine beobachtete partielle Abblassung der temporalen Papillenhälfte. Dieser Befund war in 17 Proc. der Fälle vorhanden; er war nicht immer mit Sehstörungen complicirt. Kaum in der Hälfte der Fälle gelang es, eine Intoxications-Amblyopie oder das frühere Vorhandensein einer solchen nachzuweisen. Redner geht nun auf die früheren über diesen Befund gemachten Veröffentlichungen ein und theilt sodann zwei eigene Fälle mit, die zur Section kamen, bei welchen während des Lebens eine ausgesprochene Alkoholamblyopie bestanden hatte. In beiden Fällen fand sich die typische temporale Abblassung, in dem einen Falle eine Herabsetzung der Sehschärfe, in dem anderen keine wesentliche Sehstörung, hier ergab aber die Anamnese, dass ein halbes Jahr zuvor eine Intoxications-Amblyopie bestanden hatte. Was die Beschaffenheit der pathologischen Veränderung betrifft, so glaubt Herr Uhthoff sie als neuritische Atrophie bezeichnen zu müssen, die Localisation dieser Veränderungen wird eingehend geschildert und an Serien von Präparaten demonstrirt.

Herr Hirschberg weist darauf hin, dass in England im Gegensatz zu der Mehrzahl der deutschen Autoren der Tabak als eine viel häufigere Ursache der Amblyopie angeschuldigt werde als der Alkohol.

XIII. Journal-Revue

Physiologie.

1.

Victor Urbantschitsch. Ueber die Wechselwirkungen der innerhalb eines Sinnesgebietes gesetzten Erregungen. Pflüger's Archiv XXXI.

Anknüpfend an eine Beobachtung von Le Roux (Comptes rendus 1875) dass ein Stimmgabelton eine Verstärkung erfährt, wenn vor dem andern Ohr eine unison gestimmte Stimmgabel vorbeigeführt wird, fand U. durch Versuche, dass ein jeder dem einen Ohr zugeführte akustische Reiz auf dem andern Ohr bald eine Steigerung, bald eine Herabsetzung, bald einen wellenartig zu- und abnehmenden Grad der Hörfähigkeit erzeugt. Subjective Geräusche des einen Ohres werden durch Schalleinwirkung auf das andere Ohr modificirt, verstärkt oder abgeschwächt.

Beim binotischen Hören werden Schalleindrücke nicht nur deutlicher percipirt als beim einseitigen Hören, sondern auch qualitativ verändert: Der Ton erscheint „dicker“ und tiefer, letzteres als physiologische Folge der Verstärkung des Eindrucks (nach Weber und Mach). Aus dieser Summirung der Reize ergiebt sich eine Erklärung für die Hyperacusis Willisiana, die darin besteht, dass bei Schwerhörigen irgend ein akustischer Reiz, der für sich allein nur schwach zur Wahrnehmung gelangt, bei gleichzeitiger Einwirkung eines Geräusches oder Tones eine auffällig verstärkte Gehörserregung auslöst. Die Steigerung der Hörfähigkeit überdauert die stattgehabten Gehörreize; analog sind die musikalischen subjectiven Gehörsempfindungen nach Anhören von Musik auf einen erhöhten psychischen Erregungszustand des Hörsinns zurückzuführen. — Subjective Ohrgeräusche werden durch gleichseitige und -zeitige Gehörsempfindungen zurückgedrängt.

Für den Gesichtssinn wurde ebenso in Bestätigung des bekannten Hellersehens beim binoculären Sehen gefunden, dass Verdunkelung eines Auges die Licht- und Farbenempfindung des andern Auges herabsetzt (zuweilen vorübergehend erhöht) und umgekehrt bei Beleuchtung eines Auges das andere beeinflusst wird. Daraus erklärt sich der Vortheil des binoculären Sehens, selbst bei ungleicher oder einseitig fehlerhafter Beschaffenheit der Augen, sowie die Nothwendigkeit beide Augen zu verdunkeln bei einseitiger Retinaaffection. —

Für den Geruchs- und Geschmackssinn, die Sensibilität und Temperaturempfindung ergiebt sich Entsprechendes, und bestätigt sich für alle Sinne, dass die Intensität des einzelnen Sinnesreizes durch eine gleichzeitige andere Erregung desselben Sinnes eine Veränderung, meist Verstärkung zuweilen Herabsetzung oder wellenartige Schwankung beider erfährt. Freusberg.

Chirurgie.

6.

Ueber den Befund von Tuberkelbacillen bei fungösen Knochen- und Gelenkaffectionen von Dr. W. Müller, Assistent der chir. Klinik in Göttingen. Centrlbl. f. Chirurg. 1884. 3.

Bei 30 Fällen der Göttinger Klinik wurden die Beobachtungen von Schuchardt und Krause bestätigt: in den meisten Fällen gelingt es mit einiger Geduld einige Bacillen zu finden. Doch fand sich auch bei einer Anzahl exquisit tuberculöser Gelenkentzündungen bei 20 und mehr Präparaten kein Bacillus. Ein Tuberkel kann also noch existiren, wenn kein Bacillus mehr darin vorhanden ist. Auch in spontan heilenden Fällen fand M. trotz vorhandener Tuberkel-Granulations-Inseln keinen Bacillus; also ein negativer Befund bei tuberculösen Gelenken ist sehr wohl denkbar. Eine andere Frage war: ob in frühen Stadien sich Bacillen in grosser Zahl finden? Allerdings zeigten sich in einem Falle von linksseitiger Coxitis, welche 8 Wochen vor dem Tode bei einem Phtisiker auftrat, eine enorme Menge Bacillen. Weitere Beobachtungen früher Stadien der Erkrankungen müssen ergeben, ob sich die Bacillen hier immer zahlreicher finden, als in vorgerückten Stadien. In 3 chronischen Fällen ferner, die durch eine gewisse Trockenheit der Pyogenmembram ausgezeichnet waren, fanden sich relativ zahlreiche Bacillen; die Pat. hatten auch anderweite Tuberculosenheerde; doch waren gelegentlich in solchen Fällen auch die Bacillen spärlich. — In einer ganzen Anzahl von Präparaten, einerlei, ob darin Bacillen waren oder nicht, fanden sich eigenthümliche, Fetttropfen ähnliche Gebilde, nicht selten umgeben von feinsten Körnchen und wie diese ausgezeichnet durch intensive Roth-, resp. Violettfärbung; auch mit HCl liessen sie sich nicht anfärben. M. vermuthet einen Zusammenhang mit dem Bacillus. Pauly (Posen).

Mittheilung eines Falles von Tetanie nach Kropfextirpation von Dr. Leo Szumann (Thorn). Centralbl. f. Chirurg. 1884 No. 2.

Eine stetig wachsende harte verschiebliche sarcomatöse Halsgeschwulst auf der vordern Halsseite bei einem 22 j. Fräulein erwies sich bei der Exstirpation im Innern des hypertrophischen rechten Lappens der Schilddrüse gelegen; da auch der linke Drüsenlappen vergrössert war, so wurde die ganze Drüse mit Ausnahme des schmalen mittleren Lappens exstirpirt. Kein grösserer Nerv war entblösst worden. Sprache und Schlingbewegungen blieben nach der Operation normal; nur Schmerz durch die Drains-Heilung per primam. Vier Tage nach der Operation plötzlich tetanischer Anfall in Ober- und Unter-Extremitäten (angeblich auch im Kiefer und Wirbelsäule), Wundschmerz, Hautröthung, Entfernung der Drains. Chloral, Atropin; Nachmittag hört der Krampf auf. 2 und 3 Tage nachher erneute Anfälle. Das Symptom Trousseau's (Erzeugung des Anfalls durch mehrmaligen 2—5 Minuten lang festgesetzten Druck auf Art. radialis) gelang nie; dagegen das von N. Weiss (vorübergehendes Zucken der Gesichtsmuskeln durch Klopfen auf Pes anserinus), 19. Juli, 1. Monat nach Operat. war alles geheilt. Am 23. Juli, 21. August, 7. October noch Anfälle, letzter sehr leicht; seitdem keine; es ist bereits 1 Jahr her. Szumann genügt keine der bisherigen Hypothesen, ebensowenig wie beim traumatischen Tetanus. Alle 14 Tetanie-Fälle nach Kropfextirpation betrafen jüngere weibliche Individuen, 6 heilten, 7 starben, davon 2 sicher durch Tetanie, in 1 Fall dauern die Anfälle noch heute nach 3 Jahren an. (Cfr. die zusammenfassende Arbeit von N. Weiss, Volkmann's Hefte No. 189. A. d. Ref.). „Wenn daher die Kropfexstirpation zu den schwierigsten Eingriffen gehört und trotz der Antisepsis nicht selten von bedenklichen Complicationen begleitet wird, so scheint sich bei jugendlichen weiblichen Individuen die Gefahr noch namhaft durch Tetanie zu vermehren.“ Pauly (Posen).

Aneurysma der Arteria poplitea. Weekblad van het tijdschrift voor Geneeskunde No. 49, 1883.

Patient, 33 Jahre alt, hatte früher in Indien an einem von keinen weitern bestimmten Erscheinungen gefolgten Ulcus durum praeputii gelitten. Beim Sprung über einen Bach fiel er mit dem linken Fuss zur Erde. Bald nachher entstand ein Gefühl von Lähmung und Schwere im linken Bein; dasselbe wurde dick und in der Kniehöhle entstand ein pulsirender Tumor. Bei der Spitalaufnahme, 6 Wochen später, fand sich im obern Theile der linken Fossa poplitea ein eirunder, faustgrosser Tumor, der isochron mit der Art. femoralis pulsirte. Druck auf letztere liess den Tumor fast völlig verschwinden, ebenso wurde das Pulsiren bei verticaler Suspension des Beines schwächer, der Tumor weniger gespannt. Art. tib. post. und Art. pediaea links kaum zu fühlen. Umfang des linken Knies über Patella und Mitte des als Aneurysma mixtum sacciforme diagnosticirten Tumors 36 cm, rechts 31 cm.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von der frühern Infection fanden sich nur kleine Marken am Praeputium und ebensolche am l. Bein.

Der dreimalige Versuch, die arterielle Blutzufuhr abzuschneiden nach der Methode von Reid durch Einwicklung mit elastischer Binde, Umlegung der Binde von Nicaise, das zweite Mal von Esmarch nützte nichts. Auch Digitalcompression der Art. femoralis bei suspendirtem Bein und schliesslicher Fixation des Beines in möglichst starker Flexion in Knie- und Hüftgelenk misslang völlig. Eben so wenig günstigen Einfluss hatte die in gleicher Zeit für 4 Wochen verordnete Darreichung von 1,0 Jodkali pro Tag.

Dagegen war die unter Lister vorgenommene doppelte Unterbindung mit Durchschneidung der Arteria femoralis in Scarpa's Dreieck von radicalem Erfolge begleitet. Die Wunde genas per primam intentionem und vierzehn Tage nach der Operation konnte Patient das Bett verlassen. Der Umfang des linken Knies betrug 35 cm. gegen 31 cm. rechts; alle subjectiven Klagen waren verschwunden, 3 Wochen später war der Tumor kaum mehr eigross und hart anzufühlen; der Knieumfang l. hatte sich auf 33,5 cm. vermindert. Die Pulsation der Art. femoralis fühlte man bis dicht über der Durchschneidung, in der Art. tib. post. und Art. pediaea war keine Pulsation nachzuweisen.

Aus der Arbeit geht hervor, wie schwierig die Heilung eines Aneurysma der Art. poplitea ohne operativen Eingriff sein kann und wie wünschenswerth es ist, das nicht zu umgehende chirurgische Verfahren nicht nutzlos zu verschieben.

Schumacher II (Aachen)

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

8.

Féré: Sur l'atrophie musculaire qui succède à certaines lésions articulaires. Progrès med. 1882: 20, 21.

Unter Anführung eines Falles aus der Charcot'schen Klinik (schwere Lähmung und Atrophie des M. quadriceps femoris nach unbedeutender Contusion des Kniegelenks) wird hervorgehoben, dass die bei Gelenkleiden auftretenden Lähmungen nicht in directem Verhältniss zur Intensität des Gelenkleidens stehen. Diese Lähmungen ergreifen vorzugsweise die Extensoren der betreffenden Gelenke. Sie beruhen nicht auf dem Nichtgebrauch der Muskeln, sondern auf secundärer Affection des Rückenmarks. Da es aber nicht zur Entartungsreaction der Muskeln, sondern nur zu abgeschwächter elektrischer Erregbarkeit kam, so könne kein tiefes Rückenmarksleiden, sondern nur eine functionelle Schwäche (une sorte de stupeur) der innervirenden (motorischen oder nutritiven) Centren vorliegen, als Folge der Reizung der centripetalen Gelenknerven.

Freusberg.

Arzneimittellehre.

7.

Beitrag zur Erkenntniss des Resorcins im Urin. Weekblad van het nederl. tijdschrift voor Geneeskunde No. 40, 1883.

Wird Resorcin in den menschlichen Organismus eingeführt, so ergiebt die Behandlung des nach 2—3 Stunden gelassenen Urins mit Chlorzink, Jod und Ammoniak eine dunkelblaue Färbung desselben und lässt einen blauen Farbstoff sich absetzen. Wird jedes der Reagentien allein für sich angewendet, so bleibt Jod, auch nach Zuführung von Ammoniak, unwirksam, ebenso mit Chlorzink; die beiden letztern zusammen leiten dagegen stets die Reaction ein. Zur Untersuchung von 40—50 cm. Urin waren einige Tropfen Chlorzinklösung und circa 5 cm. Ammoniak hinreichend; die Reaction war allerdings erst nach 12—24 Stunden vollkommen. Chemisch-reines Resorcin, in Aq. dest. aufgelöst, gab selbst in 0,1 procentiger Auflösung mit $ClZn$ und NH^3 dasselbe Resultat, dagegen ergab die Verabreichung des dem Resorcin nahe verwandten Phenol, Hydrochinon, Brenzcatechin keine Reaction.

Ersatz des Chlorzinks durch andere Metallsalze, und zwar Aluminium- und Magnesiasalze änderte an dem Eintreten der besprochenen Reaction nichts.

Neben den Metallsalzen und dem Ammoniak hatten Licht und Luft, vor allem letztere, grossen Einfluss auf die Einleitung der Reaction; sie musste daher als ein Oxydationsprocess aufgefasst werden, der unter dem Einfluss von Licht und einem Metallsalz in einer alcalischen Solution zu Stande kommt. Wärme dagegen blieb ohne Einfluss auf das Eintreten der Reaction.

Professor Stokvis weist in einem Nachtrag darauf hin, dass Resorcin ein Gift ist, welches bei Fröschen und Säugethieren einen an die Wirkung der Carbolsäure erinnernden Einfluss auf das Centralnervensystem ausübt. Eine Dosis bis zu 2,0 Resorcin erscheint aber bei erwachsenen Menschen ungefährlich zu sein, während grössere Gaben zu meiden sind, um so mehr, wenn die rasche Elimination des eingeführten Resorcins aus dem Organismus durch die eine oder andere krankhafte Veränderung Schwierigkeiten begegnet.

Schumacher II (Aachen).

XIV. Das Festmahl zu Ehren der deutschen Cholera-Commission am 13. Mai 1884.

„Tages Arbeit, Abends Gäste, saure Wochen, frohe Feste", das ist in der That das Losungswort des letzten Monats gewesen. Ihren Abschluss erhielt diese Zeit, abgesehen von den auf den 24. Mai angesetzten Frerichs-Commers durch das Festmahl zu Ehren der deutschen Cholera-Commission und ihres Führers, welches, im Central-Hôtel gefeiert, einen in jeder Beziehung glänzenden Verlauf genommen hat. Es handelte sich bekanntlich nicht um eine officielle Veranstaltung, sondern um die einmüthige Begrüssung Seitens der Aerzte aller Kategorien in Berlin, die sich zusammengefunden hatten, um den Collegen ihre begeisterte Anerkennung auch ihrerseits zu Theil werden zu lassen.

Schon vor Beginn des Festmahls wurde Herrn Robert Koch im Kaiserlichen Gesundheitsamte Seitens des Central-Ausschusses der Berliner Aerzte-Vereine eine kunstvoll ausgestattete Adresse überreicht mit folgendem Wortlaut:

„Hochzuverehrender Herr Geheimrath!
Sehr geehrter Herr College!

Als Sie im Hochsommer des vergangenen Jahres hinauszogen in eine weite, ungewisse Ferne, von welcher her Tod und Verderben drohte, folgte Ihnen bangende Sorge!

Mit dem ruhigen Fortgang ihrer Reise erwachte mehr und mehr vertrauendes Hoffen; an die Stelle des Zweifels trat fröhliche Zuversicht, und jubelnde Freude tönt Ihnen jetzt entgegen.

Wohlbehalten und von reichstem Erfolge gekrönt sind Sie zurückgekehrt, und voll von Gefühlen hohen Glückes und inniger Bewegung sehen wir, sehr geehrter Herr College, Sie wiederum in unserer Mitte. Wir bitten Sie, die aufrichtigen Wünsche, die wir als Vertreter von 500 practischen Aerzten Berlins Ihnen in dankbarer Ergebenheit entgegenbringen, mit Freundlichkeit aufzunehmen. — Wir begrüssen Sie und diejenigen, welche Ihnen bisher treue Genossen in Gefahr und Mühseligkeit waren und jetzt Gefährten Ihres Ruhms sind, und heissen Sie und Ihre Begleiter in der Heimath herzlich willkommen.

Ein festes Band eint uns mit den Berufsgenossen in unserm gesammten deutschen Vaterlande. Gemeinsam streben wir danach, unsere Thätigkeit zu freiester und gedeihlichster Entwickelung zu führen und unserm hohen und wichtigen Beruf auch nach Aussen hin diejenige Stellung zu sichern, die ihm gebührt. Nichts kann hierbei uns schneller zu guten Zielen fördern, als die Vervollkommnung des ärztlichen Wissens. So werden auch die epochemachenden Entdeckungen, die Ihrem Namen Unvergänglichkeit verheissen, segensreich auf unsere besonderen Bestrebungen zurückwirken.

Durch eine bewundernswerthe Energie des Geistes, durch unermüdlichen Fleiss, durch strengste Gewissenhaftigkeit und ein rastloses Streben nach Wahrheit haben Sie die Grenzen des Unerforschlichen weiter hinausgestreckt und neue Gebiete des Wissens erschlossen. Geläuterte Anschauungen und ungewohnte Einblicke in das Wirken und Schaffen der Natur lassen uns auf neue Kampfesmittel hoffen und frische Siegeszuversicht gewinnen. — Möge es Ihnen, möge es uns Allen vergönnt sein, auch die ferneren Früchte Ihrer Arbeit noch zu geniessen, möge der neidlose Beifall der Zeitgenossen, die hochachtungsvolle Verehrung, die wir Ihnen zollen, vor Allem jedoch das eigene Bewusstsein Ihnen das Gefühl tiefinnerster Befriedigung gewähren — Sie haben Herrliches vollbracht! Das schönste Lob knüpft sich an Ihren Namen und noch die späteste Nachwelt wird Sie als einen Wohlthäter der Menschheit preisen!"

Herr Koch sprach nach Worten des Dankes unter Anderem sein Bedauern darüber aus, dass es ihm nicht gelungen sei, trotz seiner Anfragen bei den Aerzten der Choleradistricte, weder ein Heilmittel gegen die Cholera überhaupt zu finden, noch solche Mittel, welche im Stande wären die Entwickelung der Keime im Menschen zu hemmen, dagegen seien die von ihm gemachten Erfahrungen derart, dass auf Grund derselben, wenn wieder eine Invasion der Cholera drohen sollte, dem Auftreten und der Ausbreitung derselben vorgebeugt werden könne; es sei hierzu die Mitwirkung der Behörden und der Aerzte, insbesondere der ärztlichen Vereine erforderlich.

Wenn wir eines bei dieser Adresse vermissen, so ist es der Hinweis darauf, dass Robert Koch, was wir so oft betont haben, seine ersten schon classischen und bahnbrechenden Arbeiten durchgeführt hat als Physikus eines Posener Kreises und vielbeschäftigter practischer Arzt. Bei dem Festmahl, zu welchem sich über 700 Personen vereinigt hatten, holte Prof. von Bergmann in einer formvollendeten und geistvollen Begrüssungs-Rede unter Anderem auch dies nach. „Wir bewundern," sagte er, „den emsigen Fleiss des Collegen. Wer von uns wüsste es nicht, wie die unendlichen Rund- und terminmässigen Tourfahrten des Landarztes so oft schon einen aufstrebenden Geist gebrochen und seinen Gedankenflug gelähmt haben. Die Realität der knarrenden Wagenachse verträgt sich schlecht mit dem Ideal einer wissenschaftlichen Untersuchung. Aber der Kreisphysikus in Wollstein hat es verstanden, inmitten der ruhelosen und aufreibenden Thätigkeit seinem Fleisse Zeit und Stunden zu gewinnen. In der kurzen Zeit von kaum einem Decennium hat er eine Welt von Beobachtungen erschlossen, aus der jedem von uns, sowie er den Blick in sie richtete, Anregung und Arbeit die Fülle erwachsen ist. Was liegen nicht für Funde zwischen der Entdeckung der Dauersporen des Milzbrandes und des Komma-Bacillus der Cholera — ich brauche nur einen, den von uns Allen nun gefärbten und gekannten Erzeuger der Tuberculose zu nennen. Ganz in unserem Sinne feierte Herr von Bergmann dann die wissenschaftliche Methode Koch's, der stets behutsam, vorsichtig, kritisch und streng gegen sich wie seine Schüler vorgegangen sei. Dem Suchen nach Mitteln, die Krankheit zu verhüten, habe er den Grund und Boden erobert, indem er die Mittel und Methoden einer wissenschaftlichen For-

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

schung erschloss. Ehe Koch seine Forschungen an bakteriologischen Untersuchungen formulirt habe, sei Alles auf diesem Gebiete verdorben und verfahren gewesen, sodass selbst die besten Forscher nicht wussten, was eigentlich von der Saat, die sie gestreut, angeschlagen und aufgegangen war. Der Redner ging schliesslich auf die Chirurgie speciell ein. Wie in der Technik der Blutstillung ein Ambroise Paré dem Entdecker des Kreislaufes voranging, so ist in der Antiseptik Lister Koch vorangeschritten. Aber ohne Harvey wären wir nicht wie heute die Herren über das strömende Blut geblieben — und ohne Koch's grundlegende Arbeiten für jede Desinfection würde auch unsere Wundbehandlung stille stehen.

Herr Conrad Küster sprach demnächst als Vorsitzender des Centralausschusses im Sinne der oben abgedruckten Adresse, während Virchow in geistreicher Weise eine Reihe von Punkten berührte, um mit einer wohlthuenden persönlichen Erinnerung zu schliessen. Es folgte Herr Hirsch mit einer Adresse des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege und dann Herr Leyden, der eine Adresse des Vereins für innere Medicin überreichte und in seiner Ansprache ebenfalls den unermüdlichen Fleiss und neben der freien wissenschaftlichen Methode die wichtige Entdeckung feierte, mit der Koch die medicinische Wissenschaft bereichert habe. Diesem Gebiete widme auch der Verein für innere Medicin seine Arbeiten und der Redner hoffe, dass Koch's Entdeckung gerade dem Verein für innere Medicin ein neues fruchtbares Feld der Forschung und der ärztlichen Thätigkeit eröffnet habe. In seiner wie gewöhnlich sachlich bescheidenen Weise drängte Herr Koch selbst in seiner Antwort auf alle diese Ansprachen das eigene Verdienst zurück und wollte sogar nicht einmal anerkennen, dass er sich besonders grossen Gefahren ausgesetzt habe, wenngleich die der Commission gestellte Aufgabe, wie der Tod Thuillier's beweise, nicht ganz gefahrlos gewesen sei. Bei den jetzt vorhandenen leistungsfähigen Methoden und den sonstigen günstigen Verhältnissen, wie sie der Expedition überall entgegengekommen, sei die glückliche erfolgte Auffindung des Bacillus der Cholera ein keineswegs phänomenales Ereigniss, vielmehr eine reife Frucht, die dem Suchenden in den Schooss fallen musste. Es freue ihn aber, dass man ihm das Verdienst zuerkenne, jene leistungsfähigen Methoden mit ausgebildet zu haben. Auch die Anschauungen über die Aetiologie der Krankheit seien durch die Entdeckung nicht wesentlich beeinflusst worden, deshalb habe die Expedition sich bemüht, practisch verwerthbare Resultate zu erreichen, und Redner glaube, dass viel erzielt sei, glaube, dass wir einer neuen Invasion der Cholera nicht mehr so hilflos gegenüberstehen werden, wie früher, ja, dass es möglich sein werde, die Seuche vollständig auf ihr Heimathland Indien zu beschränken, vorausgesetzt, dass die Regierungen, namentlich die brittisch-indische, die Hand dazu bieten. Das für Deutschland speciell erfreuliche Resultat der Expedition sei die Steigerung des Ansehens, welches die deutsche Wissenschaft im Auslande in Folge des glücklichen Gelingens erfahre, und somit könne er, Redner, nur dankbar dafür sein, dass man ihm eine so ehrenvolle Aufgabe anvertraut, jeden Augenblick sei er bereit, sich einer ähnlichen Aufgabe zu unterziehen, und es harre ja noch so manches Problem der Lösung, so die Ermittelung des Pestgiftes, des Gelbfiebergiftes, die Erforschung der Malariakrankheiten, der Lepra, der Rinderpest. Er wünsche, dass auch die Aufhellung dieser Krankheiten der deutschen Forschung vorbehalten bleibe.

Diese Schlussworte Koch's eröffnen uns die Aussicht auf eine Reihe weiterer Arbeiten. Vor allem aber dürfen wir mit Spannung die nähere Darlegung der Resultate erwarten, welche den Worten des berühmten Bakteriologen zufolge bezüglich des Schutzes vor der Cholera erzielt worden sind.

Jetzt beginnt wieder, um zu dem Motto am Anfang zurückzukehren, des Tages Arbeit; es stellen sich saure Wochen ein. Sie werden hohe Ansprüche an Koch's und seiner Begleiter Begabung, Erfahrung und Energie stellen, aber keineswegs solche, die sie nicht fähig wären zu erfüllen.

XV. Herr Virchow über das Gesetz, betreffend eine Dotation für die Deutsche Cholera-Commission.

In der Sitzung des Deutschen Reichstags, in der die Berathung über das Gesetz stattfand, nahm hauptsächlich Herr Virchow das Wort, um sowohl der Regierung für ihr Vorgehen, als der Deutschen Cholera-Commission und vor allem ihrem Leiter Koch, seine hohe Anerkennung auszusprechen. Herr Virchow ging bei dieser Gelegenheit auch auf die Anamnese des Kaiserlichen Gesundheitsamtes ein, indem er sich dahin aussprach, dass dasselbe vermöge der eigenthümlichen Verhältnisse, die gegenwärtig die Gesetzgebung auf diesem Gebiete regeln, fast ohne jede practische Einwirkung auf das Sanitätswesen sei; die besondere Entfaltung, welche die Regierung dem Institute gegeben habe, indem sie daraus gewissermaassen ein bakteriologisches Institut gemacht, habe sich als ausserordentlich fruchtbar erwiesen und so ausserordentliche Fortschritte auf einem an sich schwierigen Gebiete herbeigeführt, dass gewiss Jeder, der Herr Minister selbst, erstaunt gewesen sei, was alles aus diesem Reichs-Gesundheitsamt hervorgegangen ist.

Unsere Leser erinnern sich, dass gerade an dieser Stelle diese Wendung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes mit freudiger Genugthuung begrüsst worden ist, nicht ohne dass erhebliche Zweifel laut geworden sind, ob wir darin recht thäten. Die Anerkennung, welche Herr Virchow jetzt ausspricht, ist, das mag noch betont werden, bis in die neueste Zeit keine allgemeine gewesen, wie die betreffenden Reichstagsverhandlungen über den Etat des Gesundheitsamtes in den Vorjahren zur Genüge bewiesen. Aber nicht nur im Reichstag hat sich die Ueberzeugung erst durchkämpfen müssen, dass sich das Amt mit seinen bakteriologischen Forschungen auf dem rechten Wege befinde. An manchen Stellen ist ihm vielmehr der Tadel nicht erspart worden, es seien dies „rein wissenschaftliche" Forschungen, die der „practischen" Tendenz des Amtes nicht entsprächen. Wir haben von vornherein das Gegentheil behauptet, während an den meisten anderen Stellen erst die glänzende Entdeckung des Tuberkel-Bacillus und die Erfolge des Gesundheitsamtes auf der Hygiene-Ausstellung die letzten Zweifel gehoben haben, an welche man jetzt, nach den Resultaten in Aegypten und Indien, nicht mehr gern erinnert wird. Wichtig ist es uns, dass Herr Virchow, wenn er auch darauf hinwies, dass der unmittelbare experimentelle Nachweis, dass der Bacillus es gerade sei, der die Cholera mache, nicht geführt sei, es dennoch für sicher hält, dass die endliche Constatirung eintreten werde. Weiterhin hob Herr Virchow, und auch das ist unsererseits schon seit Jahren geschehen, vor Allem die vorzügliche Methode, welche Herr Koch ausgebildet hat, rühmend hervor. Nur die hingebende, ausdauernde und anhaltende Arbeit Koch's sei es gewesen, die diese Methode wirklich zur Vollendung gebracht habe, sodass sie mit derjenigen Promptheit arbeite, wie es hier geschehen sei. Sehr erfreut hat uns die bei dieser Gelegenheit ausgesprochene, unumwundene Würdigung der Entdeckung des Tuberkelbacillus, der Virchow vom Standpunkt der Wissenschaft aus geneigt ist, einen noch höhern Werth beizulegen als der Entdeckung des Cholera-Bacillus. Virchow will die Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, auch hier zu sagen, dass jene Entdeckung eine so bedeutsame gewesen sei, dass wir im Augenblick in der That noch gar nicht übersehen könnten, zu welchen Consequenzen sie führen werde. Weiterhin warnt Herr Virchow aber davor, die practische Verwerthung solcher Entdeckungen wie die des Tuberkel-Bacillus und des Cholera-Pilzes für allzu nahe zu halten, voraussichtlich werde durch sie in dieser Richtung wenig geändert. Er exemplificirte dabei auf „den kleinen Organismus, welcher dem Pocken-Contagium zu Grunde läge" und den man schon seit 30 Jahren kenne, ohne dass sich doch das Mindeste geändert habe in Bezug auf die practischen Maassregeln, die in Bezug auf die Pocken angewendet werden müssten.

Weiterhin ging Virchow ein auf die Maassregeln gegen Verschleppung der Cholera, wie sie bisher Seitens der preussischen Behörde angeordnet seien und specieller auf die Quarantaine-Maassregeln. Wir glauben aber, bei einer so wichtigen strittigen Frage das Stenogramm der Rede Virchow's erst abwarten zu sollen, ehe wir auf diesen Theil derselben weiter eingehen. In vortrefflicher Weise verallgemeinerte Herr Virchow schliesslich die ganze Frage des Dotations-Gesetzes, indem er darauf hinwies, dass Seuchen anhaltend in unserem Vaterlande herrschten und unsere Aerzte anhaltend im Kriege mit ihr lebten. Die einzelnen Regierungen müssten sich deshalb dessen bewusst werden, was sie denjenigen Aerzten schuldeten, welche im Dienste gegen die Seuche lebten und ihre Gesundheit einbüssten.

Herr Virchow hat sich durch diese warme Partheinahme für die Aerzte wieder einmal den Dank des ganzen Standes verdient, dem er hoffentlich noch lange wie bisher, zur Ehre gereichen wird.

XVI. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Jahresbericht des Wiener Stadtphysikats über seine Amtsthätigkeit, sowie über die Gesundheitsverhältnisse Wiens und der städtischen Humanitäts-Anstalten im Jahre 1882. — Im Auftrage des löblichen Gemeinderathes erstattet von dem Stadtphysikus und k. k. Sanitätsrathe Dr. Emil Kammerer und den städtischen Aerzten Dr. Gregor Schmidt und Dr. Adolf Löffler. XII. Wien 1883. gr. Octav, 858 Seiten mit zahlreichen Tabellen und graphischen Tafeln (Referent J. Petersen).

Dieser umfangreiche Bericht bietet für die Beurtheilung der sanitären Verhältnisse der österreichischen Haupt- und Residenzstadt eine solche Fülle textlichen und tabellarischen Stoffes, dass wir uns nur auf eine kurze Angabe des wichtigsten Inhalts der einzelnen Abschnitte beschränken können, dagegen ein weiteres Studium dieses mit grosser Umsicht und trefflicher Auswahl der Materien gelieferten Arbeit nur auf das Angelegentlichste empfehlen zu müssen glauben, zumal in diesem Umfange und in solcher Vollständigkeit die Gesundheitsverhältnisse einer deutschen Grossstadt bisher kaum eine Schilderung erfahren haben dürften.

Das Werk zerfällt in zwei Hauptgruppen; die erstere ist dem hygienischen und sanitätspolizeilichen Theile, die andere dem ärztlichen Theile und dem Medicinalwesen überhaupt gewidmet, letztere umfasst den bei weitem grössten Theil des Buches.

Neben einer detaillirten Darstellung der Gesichtspunkte bezüglich der Beurtheilung der Thätigkeit des Stadtphysikats von Wien findet sich eine summarische Zusammenstellung der anlässlich gemeldeter Anzeigen (7387) von Infectionskrankheiten gepflogenen Erhebungen, sowie der vorgenommenen chemisch-mikroskopischen Untersuchungen (497), der von den Sanitätsaufsehern in den 10 Bezirken erstatteten Anzeigen und Berichte (4103) und der im Jahre 1882 ausgeführten Desinfectionen (6141). Sehr eingehend werden behandelt die sanitätswidrigen Wohnungen, überhaupt die Wohnungsverhältnisse Wiens in socialer Hinsicht, welche anlässlich der Erhebungen bei contagiösen Krankheiten erneuert wurden; namentlich wird darauf hingewiesen, „dass der Pauperismus allen angewandten hygienischen Bestrebungen als der mächtigste Feind gegenübersteht und dass diesem eine grosse Summe von Gefahren für die gesammte Gesellschaft zugeschrieben werden muss, da er mit guten Absichten allein nicht besiegt werden kann; eine Abhilfe im Sinne der Gesundheitspflege würde erst dann gegen das Uebel der Wohnungsüberfüllung geboten werden, wenn sich die Ueberzeugung wird Bahn gebrochen haben, dass die Herstellung billiger und gesunder Arbeiterwohnungen als ein Assanirungswerk zu beachten sei." — Erwähnung finden dann die sanitären Uebelstände, welche hervorgerufen werden durch vorschriftswidrige Aborte, Kanäle, Stallungen, Mist- und Senkgruben, die sanitätswidrigen Zustände in den Höfen, auf Stiegen und Gängen, sowie auf Strassen und freien Plätzen, Uebelstände, verursacht durch Rauchbelästigung, durch unzweckmässiges Gebaren beim Handel und bei gewerblichen Anlagen. Zu Untersuchungen von Brunnenwässern haben Anlass gegeben die Gesundheitsschädigungen durch schlechtes Brunnenwasser als Trinkwasser in 57 Fällen; Verfälschungen oder abträgliche Beschaffenheit von Nahrungs-, Genuss- und

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Heilmitteln kamen 362 mal vor. Seitens des Marktcommissariats sind auf Grund der einfachen marktpolizeilichen Untersuchungen, zum Theil auch auf Antrag des Physikats, confiscirt worden beispielsweise 23497 Kl. Rindfleisch, 3116 Kl. Kalbfleisch, 1137 Kl. Schaffleisch, 139 Kl. Pferdefleisch, 4438 Kl. Schweinefleisch, 2572 Kl. Fische, 8376 Stück Krebse. 1737 Liter Milch u. s. w.

Berücksichtigt werden ferner: die nicht zulässige Zusammensetzung von Schönheits- und Geheimmitteln, sowie von anderen Gebrauchsgegenständen, das Apothekerwesen und der Handel mit Medicinalwaaren. Ueber die Zustände in Massenquartieren und Herbergen haben 360 regelmässige Revisionen stattgefunden; namentlich gaben die zu Beginn des Jahres 1882 häufiger vorgekommenen Flecktyphusfälle zu einer schärferen Ueberwachung dieser Art Wohnräume Anlass; ausserdem unterlagen auch Schulgebäude, Communalbäder, israelitische Bethäuser, Theater, Waisenhäuser und Privatanstalten der Beobachtung.

Aus dem Abschnitt über die Leichenkammern, Friedhöfe und die Leichentransportmittel ist ersichtlich, dass 4065 Sammelleichen beigesetzt wurden und 1086 Leichentransporte und Exhumirungen stattfanden. Revisionen bezüglich der Beschaffenheit der Kochgeschirre in den Gast- und Kaffehäusern, sowie der Mineralwässer in Handlungen kamen 979 vor, bei welcher Gelegenheit 682 Stück Kupfergeschirr und 6075 Flaschen Mineralwässer confiscirt wurden.

Ausserdem fand eine Mitwirkung des Physikats bei der Lösung einer Reihe allgemeiner hygienischer Fragen statt, welche in 13 Sitzungen des Magistrats zur Verhandlung kamen, so namentlich in Betreff der Organisirung des Stadtphysikats und des Instituts der Sanitätsaufseher.

Der speciell ärztliche und das Medicinalwesen überhaupt betreffende II. Abschnitt giebt Angaben zunächst über das gesammte Wiener Sanitätspersonal; dasselbe zählte im Jahre 1882 in Summa 2194 Personen und zwar: Aerzte, Magister der Chirurgie, Wund- und Geburtsärzte 1137, Zahnärzte 10, Apotheker 63, Thierärzte 36, Pferdeärzte 2, Curschmiede 15 und 931 Hebammen. Was den armenärztlichen Dienst in den 10 Bezirken Wiens betrifft, so wird derselbe durch 19 Armenärzte, sowie durch 3 Augenärzte, in den zum Wiener Armenbezirke gehörenden Vororten durch 6 städtische Armenärzte, im Ganzen durch 28 Aerzte besorgt. Ueber die Anzahl der in den Wohnungen der Armenärzte, so wie in den Wohnungen der Armen selbst ertheilte Ordinationen, wird leider weder monatlich, noch am Ende des Jahres berichtet; es fehlt demnach die Grundlage zur Beurtheilung der armenärztlichen Thätigkeit. Aus den summarischen Monatsberichten lässt sich nicht einmal entnehmen, wie viele Kranke in ihren Wohnungen besucht und wie viele nur ambulatorisch behandelt wurden. Die Erstattung von Jahresberichten der Armenärzte, die Mittheilung interessanter Krankheitsfälle. Vorschläge zur Verbesserung der Armenpflege, Abstellung allbekannter Uebelstände, Beschaffung verwendbaren statistischen Materials etc. sind bis jetzt noch nicht mal angeregt. Die Armenkosten für die Armenbehandlung betrugen im Durchschnitt der Jahre 1863/72: 24766 Fl., 1873/82: 17267 Fl., im Jahre 1882 aber wieder 21932 Fl.

Die Gehälter der Armenärzte betragen (nach dem Erlass v. 14. Febr. 1882) in Wien während der ersten fünf Jahre 600 Fl. jährlich, für die weiteren fünf Jahre 800 Fl., bei einer Dienstzeit von über 10 bis 15 Jahren 1000 Fl. und bei mehr als 15jähriger Dienstzeit 1200 Fl.

Von Seiten des Physikats wurden eine Reihe von, auf Sanitätspolizei und Gesundheitspflege bezughabende Arbeiten veranlasst, resp. ausgeführt, so namentlich die Bearbeitung der summarischen Wochenrapporte über die Infectionskrankheiten (das Verhalten speciell der Diphtheritis und des Flecktyphus), die Impfhauptberichte, die monatlichen Sanitätsberichte über die Gesundheitsverhältnisse Wiens, die halbjährlichen Berichte über die Hebeammen-Revisionen nebst Sammlung der Geburtstabellen behufs Vorlage an die Statthalterei, ferner die Jahresberichte über den öffentlichen Rettungsdienst zur Vorlage an den Gemeinderath. Anlässig der Betheiligung der Stadt Wien an der im Jahre 1883 in Berlin stattgefundenen hygienischen Ausstellung wurden folgende Arbeiten geliefert:

1) Verordnungen und Einrichtungen betreffend das Rettungswesen der Stadt Wien (Broschüre, Octav, 100 Seiten);

2) ein Plan von Wien mit sämmtlichen Rettungsanstalten;

3) Verordnungen und Einrichtungen betreffend das Leichenwesen (Octav,

4) Graphische Darstellung mit Erläuterung der Mortalität der Civilbevölkerung Wiens in den letzten hundert Jahren (1782/1881), berechnet auf 1000 Personen, behufs Darlegung der Fortschritte der Assanirungsarbeiten der Stadt Wien;

5) der locale Sanitätsdienst der Stadt Wien in Bezug auf die Handhabung der prophylaktischen Maassregeln bei übertragbaren Infectionskrankheiten (Broschüre, Octav, 50 Seiten);

6) Togographische Darstellung der Verbreitung der Abdominal- und Flecktyphus-Erkrankungen in den 10 Bezirken Wiens während der Jahre 1879, 1880 und 1881 mit Berücksichtigung der Verhältnisse der Canalisirung und der Hochquellenwasserleitung auf drei Stadtplänen;

7) Togographische Darstellung der Scharlach- und Diphtheritis-Erkrankungen in den Bezirken Wiens für die Jahre 1880/81;

8) Darstellung der räumlichen Vorbereitung der Blatternerkrankungen in den Jahren 1880 und 1881 auf zwei Stadtplänen;

9) Graphische Darstellung der Scharlach-, Diphtheritis- und Blattern-Mortalität während der einzelnen Monate der Jahre 1871 bis 1881 verglichen mit der Morbidität;

10) dieselbe Darstellung für die einzelnen Bezirke dieser Jahre;

11) der Abdominaltyphus nach Morbidität und Mortalität während der Jahre 1879 bis 1881 in den 10 Bezirken und graphisch dargestellt für die einzelnen Monate dieser Jahre.

Der Bericht enthält das gesammte, diesen tabellarischen und garphischen Darstellungen zu Grunde liegende ziffermässige Material in dem Abschnitt V, betreffend die Gesundheitsverhältnisse der Stadt Wien mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens der Infectionskrankheiten während der einzelnen Monate auf Grund der monatlichen Krankenrapporte der Polizei-Bezirksärzte, daran schliesst sich ein übersichtliches Bild der Witterungsverhältnisse jedes Monats sowie der Gesammtsterblichkeit des Jahres 1882. Hinsichtlich des epidemiologischen Verhaltens der Infectionskrankkeiten ist zu bemerken, dass in dem Zeitraum 1880/82 in Wien erkrankten an Blattern 8387 Personen, an Scharlach 5209, an Diphtheritis 3970, an Abdominaltyphus 1293, an Flecktyphus 234; überhaupt gelangten 19129 Erkrankungen beim Stadtphysikat zur Anzeige.

An Blattern erkrankten im Verhältniss zur Gesammtbevölkerung von je 10000 Personen 40,32 im Jahre 1882, 46,64 (1881) und 31,9 (1880); das zeitliche Verhalten ergiebt, dass das Minimum der Blatternerkrankungen auf die Monate September und October entfällt, hinsichtlich des Maximums schwankt dasselbe zwischen den Monaten December und Mai. Hieran schliesst sich die Uebersicht nach Wohnungen und Gassen für die einzelnen Bezirke Wiens. Die Blatterntodesfälle, welche im Jahre 3334 aufwiesen, dann 1873: 1410 und 1876 noch 1200, sind in den übrigen Jahren unter 1000 verblieben, 1882 belief sich ihre Zahl auf 808; das zeitliche Verhalten wies grosse Schwankungen auf; im Verhältniss zur Gesammtbevölkerung starben von je 10000 Einwohnern im Jahre 1882: 9,31 gegen 11,04 im Vorjahre.

An Diphtheritis erkrankten im Verhältniss zur Bevölkerung von je 10000 Einwohnern 17,82 gegen 18,26 im Vorjahr; das zeitliche Verhalten zeigt das Maximum in der kälteren Jahreszeit (zwischen Januar und März schwankend); August und September weisen das Minimum auf; das Jahr 1878 wies eine sehr hohe Erkrankungszahl auf (2359). Die Sterblichkeit an Diphtheritis, welche im Jahre 1878 ihren Höhepunkt erreichte (989), blieb 1882 etwa im Durchschnitt der Vorjahre (332); von je 10000 Einwohnern starben 1882: 4,22 gegen 4,66 im Vorjahr. — Nach den Jahresmonaten zeigte das erste Quartal sehr zahlreiche Todesfälle, die Sommermonate dagegen eine Verminderung. — Im Verhältniss zur Zahl der Erkrankten stellte sich die Mortalität im Jahre 1882 auf 24,51 Proc. gegen 25,52, 27,4, 33,1 und 44,3 der vier Vorjahre; es erscheint die Epidemie daher nicht blos an Extensität, sondern auch an Intensität abgenommen zu haben.

Das Scharlach wies im Jahre 1882 wieder eine erhebliche Zahl von Erkrankungen auf: 2798 gegen 1474, resp. 967 in den beiden Vorjahren. Die meisten Scharlacherkrankungen entfielen auf den Monat März, demnächst auf die Monate November und December. Von je 10000 Einwohnern erkrankten im März 59,9, im December 18,9 und im November 22,7. Die Mortalität differirte während der Jahre 1872/82 zwischen 497 im Jahre 1872 und 172 im Jahre 1880; 1882 erreichte sie 410 Todesfälle; von je 10000 Einwohnern starben 1882: 5,29 gegen 3,65 im Vorjahr. Gegenüber den Erkrankungen an Scharlach betrug die Sterblichkeit 1882: 12,97 Proc. gegen 17,6 bez. 16,3 der beiden Vorjahre.

Der Flecktyphus kam im Jahre 1882 häufiger zur Beobachtung, die Zahl der Erkrankungen stieg auf 142 gegen 79 bez. 26 der Vorjahre; auf je 10000 Einwohner trafen im Jahre 1882: 2,01 Erkrankungsfälle; der Höhepunkt fällt auf den Januar; gestorben sind an Flecktyphus im Jahre 1882 33 Individuen, darunter 5 weiblichen Geschlechts. Der Bericht macht mit Recht darauf aufmerksam, dass die wiederholte Einschleppung des Flecktyphus durch obdachloses Gesindel stattfindet, „es gehört deshalb der Kampf zur Unterdrückung der Vagabundage zu den wichtigsten sanitätspolizeilichen Maassregeln, welche gegen den Flecktyphus zu ergreifen sind".

Hinsichtlich des Abdominaltyphus herrschten im Jahre 1882 günstige Verhältnisse; bereits in den früheren Berichten wurde auf die stetige Verminderung des Typhus seit Einführung der Hochquellenwasserleitung hingewiesen; die Erkrankungen haben sich von 405 im Jahre 1879 auf 340 im Jahre 1882 verringert. Von je 1000 Einwohnern erkrankten 1882 im Mai 7,1, April 7,5, Juni 2,5, November 3,1, September 5,8. — Todesfälle kamen 1882: 154 vor, gegen 149, bezw. 152 in den Vorjahren; seit 1875 ist ein beträchtlicher Rückgang wahrzunehmen: 1872 starben 765, 1873: 742, 1874: 375, 1875: 502. Von je 10000 Einwohnern starben 1882: 1,55 gegen 1,60 (1881) am Typhus.

An Ruhr erkrankten 20 Personen. Von Erkrankungen an egyptischer Augenentzündung sind 28 Fälle bekannt geworden.

Bezüglich der Schutzpocken-Impfungen zeigt sich ein anerkennenswerther Fortschritt, während die Zahl der stattgehabten Impfungen 1870 nur 5474 betrug, bezifferte sich dieselbe 1882 bereits auf 19027. Das Verhältniss der erfolglos gebliebenen Impfungen schwankte zwischen 2,08 Proc. im Jahre 1879 und 7,6 Proc. im Jahre 1882. —

Neben einer detaillirten Schilderung der Gesundheitsverhältnisse in den Wiener städtischen Versorgungsanstalten seit 1872 giebt der Bericht noch Auskunft über die Waisenhäuser, die Beschäftigungsanstalt für freiwillige Arbeiter und die provisorisch daselbst untergebrachten Obdachlosen, auch findet sich eine besondere Darstellung der allgemeinen Mortalitätsverhältnisse wie es auf Grund der durch die städtischen Aerzte vorgenommenen Leichenschau; die Zahl der Fälle betrug 1882: 15661, darunter 629 sanitätspolizeiliche Obductionen. Den Schluss bilden umfangreiche Tabellen über die Gestorbenen nach Alter, Civilstand, Confession, auch wird der Pflege- und Wohnort nach dem Geschlecht berücksichtigt. Im Anhange finden sich mehrere Sanitätsverordnungen, so namentlich bezüglich des Neubau's und der Adaptirungsarbeiten von Krankenhäusern u. A. m.

2. Epidemiologie.

Pest. Die Pest ist in dem Bedra-District, wahrscheinlich schon vor 2 Monaten, ausgebrochen. Bedra liegt 15 Stunden von Bagdad entfernt, die jetzt in Mesopotamien herrschende Ueberschwemmung hat aber letztere Stadt zu einer Insel umgewandelt und verhindert jede Communication. Die Seuche breitet sich nach Norden aus und schon ist Mendeli ergriffen. Es wird befürchtet, dass sie den unteren Tigris erreicht, nach Kut-el-mara hin, von wo sie sich denn wahrscheinlich längs der unzähligen Kanäle verbreiten würde, welche das Gebiet durchschneiden und im Süden Trak-Arabi überziehen würde, wo 1875 mehr als 20000 Einw. ihr zum Opfer fielen. Egypten hat schon eine 24stündige Ueberwachung für jeden Import von Bassorah eingerichtet und den von Lumpen und Kleidern gänzlich verboten. Es kommt hinzu, dass die Seuche in Trak-Arabi endemisch zu sein

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

scheint. In dem persischen Kurdistan erlosch sie überhaupt niemals. Der internationale Gesundheitsrath in Constantinopel hat schon sanitäre Maassregeln angeordnet. Dr. Lubicz aus Bagdad, Dr. Saal aus Hanneguine und Pardaláki aus Bassorah sind an Ort und Stelle, um die Seuche mit Unterstützung der einheimischen Civil- und Militär-Behörden abzusperren.

3. Diversa.

— Der V. internat. hygienische Congress findet vom 21. bis 27. August l. J. im Haag statt. Ehrenpräsident ist der Minister des Innern J. Heemskerk, Präsident des Organisationscomité Ritter G. J. G. Klerck, Vicepräsidenten: Dr. T. H. Blom-Coster und H. von Capelle, Generalsecretär, an den alle Anfragen etc. zu richten sind, Dr. G. van Overbeck de Meijer, Professor der Hygiene in Utrecht. — Das wissenschaftliche Programm soll möglichst einfach gehalten sein, um eine um so eingehendere Discussion der wichtigsten Fragen zu ermöglichen. Die officielle Sprache ist die französische. Die prächtige Lage des Haag (mit Scheveningen), seine reichen Sammlungen, das bekannte practische Geschick der Holländer werden neben dem sachlichen Interesse manchen Collegen zur Theilnahme bewegen.

— Hygienische Demonstrationen verbunden mit Excursionen. Unter diesem Titel hält Privatdocent Dr. Fr. Renk in München ein Colleg (publice) für dieses Sommersemester, welches aus Vorträgen (1 mal in der Woche, Samstags von 11—12 Uhr im grossen Hörsaale des hygienischen Institutes) über wichtige hygienische Einrichtungen, Canalisation, Wasserversorgung, Schulen, Spitäler, Victualienpolizei, Fabriken etc. mit Demonstrationen bestehen soll, denen sich je nach Bedarf Excursionen zur Besichtigung der besprochenen Gegenstände anreihen werden. Die Reihenfolge der Themata soll eine zwanglose sein; so wurde z. B. mit der Demonstration eines neuen Ventilationsapparates begonnen, daran schloss sich ein Vortrag über die polizeiliche Controle der Marktmilch unter Vorzeigung der hierzu im Gebrauche befindlichen Apparate; diesem folgte eine Besprechung der Kunstbutterfabrication, welcher sich eine Besichtigung der Kunstbutterfabrik von E. Feuchtwanger anschliessen wird. Der ärztliche Verein wurde speciell zu diesen Demonstrationen eingeladen, und ist dadurch den Mitgliedern desselben Gelegenheit gegeben eine Reihe sehenswerther hygienischer Einrichtungen aus persönlicher Besichtigung kennen zu lernen.

XVII. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. München. Am 24. Mai d. J. Vormittags 12 Uhr wurde die Enthüllung der Büste des verstorbenen Professors Dr. Ludwig von Buhl im Garten des von ihm gegründeten Institutes für Pathologie und pathologische Anatomie enthüllt und unter entsprechender Feierlichkeit vom Comité dem derzeitigen Rector Magnificus der Universität zum Eigenthume derselben übergeben. — Prag. Prof. Dr. Aeby in Bern ist der W. Med. W. zufolge zum Nachfolger Toldt's berufen und hat den Ruf angenommen.

— Einen Belag dafür, zu welchen Ungeheuerlichkeiten die geschäftsmässige Laienbelehrung im „Briefkasten" selbst besserer Zeitschriften führen kann, bietet folgende, in No. 30 des laufenden Jahrganges von „Ueber Land und Meer" gegebene und mit Dr. St. unterzeichnete Antwort: „Herr Fr. S. in Kiel." „Der geschilderte krampfhafte Zustand der Kehle, welchen der Laie mit dem Ausdrucke „Schlucker" oder „Schluchzer" zu bezeichnen pflegt, beruht auf einer nervösen Reizbarkeit gewisser Kehlkopfnerven, und hat sich zur Beseitigung dieses Uebels schon in vielen Fällen eine rationelle Electricitätsbehandlung bewährt. Es giebt wohl an der Universität in Kiel einen Docenten, welcher sich mit dieser Specialität befasst." Wem thut da nicht das Zwerchfell weh?! D.

— Am Donnerstag den 29. Mai findet zu Erfurt die 16. Generalversammlung des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen statt. Auf derselben werden Vorträge halten Geh. Hofrath Prof. Dr. B. Schultze-Jena „Ueber Hebammenwesen" und Prof. Dr. Binswanger-Jena „Zur Pathologie und Therapie der Erschöpfungsneurosen". Ausserdem steht die Regelung des Verhältnisses der Aerzte des Vereins dem neuen Krankenkassengesetz gegenüber, zur Debatte.

— Preise der Kgl. Academie der Medicin zu Turin.

1. Preis Riberi von 20000 Lire. Thema: Embryologische Untersuchungen mit besonderer Rücksicht auf Anatomie, Physiologie und Pathologie des Menschen.

Zugelassen zur Bewerbung werden gedruckte Arbeiten und Manuscripte, die in italienischer, lateinischer oder französischer Sprache abgefasst sind; erstere müssen nach 1881 erschienen sein und sind in 2 Exemplaren der Akademie portofrei zu übersenden. Die Zeit zur Einreichung der Arbeiten läuft mit dem 31. December 1886 ab.

2. Preis Bonacossa von 600 Lire: Welchen Zweck müssen die öffentlichen Irrenhäuser bei den gesitteten Völkern erfüllen und welche Aemter können den Aerzten bei der Direction derselben zukommen.

Die verschiedenen Ziele und Erfolge der Irrenhäuser sind anzugeben; der materielle und moralische Zustand derer Italiens ist darzulegen; auch steht es frei, solche Angaben auf die Institute fremder Länder auszudehnen, wodurch bei gleicher Güte nach den andern Gesichtspunkten der Werth der Arbeiten wesentlich erhöht werden wird.

Die in italienischer, lateinischer oder französischer Sprache abgefassten Manuscripte und gedruckten Arbeiten müssen zum 31. December 1884 eingereicht sein und verbleiben Eigenthum der Academie.

3. Preis Tosi von 600 Lire: Normales und pathologisches Knochenwachsthum.

Gedruckte Arbeiten und Manuscipte dürfen nicht ein früheres Datum als Juli 1882 haben und sind im Laufe des Jahres 1884 einzureichen; sie müssen in italienischer, lateinischer oder französischer Sprache verfasst sein und verbleiben Eigenthum der Academie.

— Prof. Dr. Braun in Heidelberg hat am 1. Mai die Stelle eines dirigirenden Arztes der chirurgischen Abtheilung am allgemeinen Krankenhause zu Mannheim angenommen, wird aber seine Vorlesungen an der Universität Heidelberg weiter halten.

— Der neben Berthelot hervorragendste französische Chemiker A. Würtz in Paris ist seinem grossen Lehrer J. B. Dumas, dem er noch die Grabrede gehalten hatte, sehr bald nachgefolgt. Geboren zu Strassburg am 26. November 1817, studirte er daselbst Medicin, wurde als Dr. med. promovirt und 1843 zum Chef der chemischen Arbeiten der medicinischen Facultät erwählt. Schon 1844 siegte er in dem Concours um dieselbe Stelle zu Paris und wurde hier 1847 Prof. e. o. (agrégé). In letzterer Eigenschaft wurde er beauftragt, Dumas, der damals den Lehrstuhl der organischen Chemie und der Pharmakologie bekleidete, zu vertreten. 1853 ersetzte er Orfila in der Professur der medicinischen Chemie. 1856 wurde er Mitglied der Académie de médecine, 1867 Mitglied der Académie des sciences, 1881 unabsetzbarer Senator. Auch im Uebrigen hat es ihm an Ehren und Auszeichnungen nicht gefehlt. Unter seinen zahlreichen Werken sind hervorzuheben seine Leçons de philosophie chimique 1864, der traité de chimie médicale, die Histoire des doctrines chimiques, die Théorie atomique und vor Allem sein Dictionnaire de chimie pure et appliquée, dessen Einleitung bekanntlich mit den Worten begann: „La chimie est une science française." Würtz sprach sein Elsasser Deutsch sehr gut, war aber seit 1870 ein ebenso strenger Deutschenhasser geworden, wie seine Collegen. Dies sei vergessen, nicht aber seine unsterblichen Verdienste nicht nur um die Chemie, sondern auch um Medicin und Hygiene.

XVIII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Generalarzt I. Kl. à la suite des Sanitätscorps und ordentlichen Professor an der Universität zu Halle Geheimen Medicinal-Rath Dr. Volkmann und dem ordentlichen Professor an derselben Universität, Geheimen Medicinal-Rath Dr. Olshausen den Rothen Adler-Orden dritter Klasse mit der Schleife, sowie dem ordentlichen Professor Geheimen Medicinal-Rath Dr. Weber ebendaselbst den Königlichen Kronen-Orden zweiter Klasse zu verleihen.

Ernennungen: Der Privatdocent Dr. Gustav Born zu Breslau ist zum ausserordentlichen Professor der medicinischen Facultät der dortigen Universität und der practische Arzt Dr. Wilh. Adolf Heike zu Gröningen unter Belassung in seinem Wohnsitz zum Kreiswundarzt des Kreises Oschersleben ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Kompe in Hemeringen, Dr. Sperling in Breslau, Moschner in Ober-Langenbielau und Dr. Schlantmann in Münster i. Westf.

Verzogen sind: Die Aerzte Stabsarzt Dr. Langsch von Bromberg nach Thorn, Dr. Lotze von Greiz nach Göttingen, Dr. Kretschmann von Breslau nach Freiburg i. Schl., Ass.-A. Dr. Schmidt von Neisse nach Breslau, Dr. Lachmann von Jutroschin nach Militsch, Dr. Groetschel von Breslau nach Kunzendorf, und Dr. Tschakert von Prausnitz nach Zobten.

Verstorben: Der Arzt Dr. Schulze in Vilsen.

Apotheken-Angelegenheiten: Es haben gekauft der Apotheker Richter die Koehler'sche Apotheke in Camenz, der Apotheker Ludewig die Neugebaur'sche Apotheke in Krotoschin, der Apotheker Henke die Szymanski'sche Apotheke in Schrimm, der Apotheker Szymanski die Wachsmann'sche Apotheke in Posen, der Apotheker Michalski die Sprenkmann'sche Apotheke in Kempen, der Apotheker Truppel die Reichardt'sche Apotheke in Salz-Detfurth, der Apotheker Krecik die Kretschmer'sche Apotheke in Breslau, deren Verwaltung der Apotheker Kortzer niedergelegt hat und der Apotheker Jaeger die Wuth'sche Apotheke in Diepholz. Der Apotheker Roever hat die Administration der letzteren niedergelegt, ebenso der Apotheker Apel die der Roth'schen Apotheke in Echte. Der Apotheker Neugebaur in Kostrzyn ist gestorben, die Verwaltung seiner Apotheke ist dem Apotheker Kraus und dem Apotheker Ausner ist an Stelle des Apothekers Jungfer die Verwaltung der Rausch'schen Apotheke in Kanth übertragen worden.

Vacante Stellen: Die Kreiswundarztstellen der Kreise Ortelsburg. Landeshut und Samter.

2. Bayern.

(Aerzt. Intell.-Bl. Nr. 17 u. 20.)

Ruhestandsversetzung: Hofrath Dr. E. Koelle, Bezirksarzt I. Classe in Bayreuth, auf Ansuchen unter Anerkennung seiner langjährigen mit Eifer und Treue geleisteten Dienste.

Gestorben: Dr. J. F. M. Steger, practischer und Badearzt in Bichl; Dr. H. Emmerich, practischer Arzt in Fischach; Dr. Georg Baeumel, bezirksärztlicher Stellvertreter in Pottenstein; Dr. Wolfgang v. Langenmantel, Bezirksarzt I. Classe in Naila; Dr. G. A. Trapp, Bezirksarzt I. Classe in Kusel; Dr. Chr. Königshofer, Bezirksarzt a. D. in Thurnau.

Erledigt: Die Bezirksarztesstellen I. Classe in Kusel, Naila und Bayreuth.

Ruhestandversetzung. Dr. Ferd. Esenbeck, Bezirksarzt II. Cl. in Cadolzburg, wurde auf Ansuchen unter Anerkennung seiner langjährigen eifrigen und treuen Dienstleistung in den dauernden Ruhestand versetzt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besondere Beilage

zu

No. 21 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Die Schluckbewegung.

Von

H. Kronecker.

(Fortsetzung aus No. 20.)

Diese Zahlen bilden also eine arithmetische Reihe zweiter Ordnung mit der Differenz 1 und dem constanten Factor 0,3. — Diesen empirisch nachgewiesenen Zusammenhang zwischen der Contractionsdauer und dem Fortschreiten der Bewegung von Abschnitt zu Abschnitt wissen wir vorläufig noch nicht zu erklären. Denn während die Contractionsdauer doch wahrscheinlich wesentlich von der Structur der Muskelfaser abhängt, sind die Verhältnisse in der Fortpflanzung der Bewegung doch durch nervöse Centralorgane geordnet. Mosso[1]) hat durch interessante genaue Versuche nachgewiesen, dass die Folge der Bewegungen des oberen und des unteren Oesophagusabschnittes nicht gestört wird, wenn auch das mittlere Stück ganz ausgeschnitten ist.

Ebenso wie beim Menschen die verschiedenen Abschnitte des Oesophagus entsprechend ihrer zunehmenden Trägheit und nach längerer Latenz sich zusammenziehen, sieht man auch bei Thieren, deren Oesophagusmusculatur schnell beweglich ist, z. B. beim Kaninchen die rasche Contraction in der Speiseröhre schnell fortschreiten, während bei Hunden die trägere Zusammenziehung auch langsamer den Oesophagus entlang läuft. —

Als sechster Abschnitt in der Schluckbahn ist die Kardia anzusehen, die freilich weniger zur Beförderung der Ingesta aus dem Oesophagus in den Magen dient, als vielmehr, um die Rückkehr des Mageninhaltes in die Speiseröhre zu verhüten. Aus den graphischen Versuchen am Menschen können wir über die Bewegung der Kardia nichts Sicheres angeben, denn die letzten noch brauchbaren Curven erhielt Meltzer von einer Stelle seines Oesophagus, die noch 2 cm oberhalb des Zwerchfells sich befindet. Von tiefer gelegenen Orten waren, mit Ausnahme der ersten Schluckmarke und der Zeichen von kräftigen Respirationen keine Erhebungen des Zeichenhebels der Luftkapsel zu bemerken. Indessen konnte auch der Ballon, wegen der Enge des Foramen oesophageum, sowie auch wegen der grossen Empfindlichkeit der Kardia fast gar nicht aufgeblasen werden, war auch unaufgeblasen nicht lange zu ertragen. Man konnte also nicht wissen, ob die tonische Contraction nicht Folge des mechanischen Reizes war. Deshalb wollen wir aus diesen Beobachtungen keine Schlüsse auf die Zustände der Kardia des Menschen ziehen. Erwähnenswerth scheint, dass sich der Ballon durch die Kardia ohne merklichen Widerstand verschieben lässt. Aehnliches hat Mosso bei Hunden beobachtet, welchen er ein an langem Eisendraht befestigtes Holzkügelchen in den Magen hatte gleiten lassen. „Oft kann man das Kügelchen wieder aus dem Magen herausziehen, ohne dabei in dem unteren Theile der Speiseröhre eine Contraction überwinden zu müssen.“[2]) Magendie[3]) hat einen Finger vom Magen durch die Kardia in den Oesophagus geführt und sich von der starken Contraction der Kardia überzeugt. Ja er konnte sogar durch starken Druck mit beiden Händen auf den mit Nahrungsmitteln gefüllten Magen eines Hundes nur mit Mühe Mageninhalt durch die Kardia in den contrahirten Oesophagus pressen. Der Durchtritt ist ausserordentlich leicht, „s'effectuera en quelque sorte de lui même“ wenn man den Magen drückt während der Oesophagus erschlafft ist. Schiff[4]) hält dagegen „le mécanisme de l'occlussion du cardia un peu plus compliqué que ne le décrit Magendie. Il ne s'agit pas ici d'un simple mouvement de constriction et de dilatation, limité au niveau de l'orifice cardiaque, mais bien d'une constriction continue se deplaçant alternativement en haut et en bas dans le bout inférieur du canal oesophagien et atteignant de temps en temps lors du retour de l'onde péristaltique, l'anneau cardiaque.“ Mosso[5]) bemerkt hierzu: „Die Prüfung nahm Schiff in der Weise vor, dass er durch eine Magenfistel den Finger in die Speiseröhre einführte, wobei er in dem unteren Theile eine andauernde Zusammenziehung zu constatiren glaubte. Er konnte aber keinen grossen Werth auf diese Beobachtung legen, denn das Eindringen eines fremden Körpers, wie die Einführung eines Fingers konnte genügen um starke Reizung der Speiseröhre hervorzurufen.[1])

Diese Erklärung passt aber nicht auf die oben mitgetheilten Angaben von Magendie. Freilich sagt dieser Physiologe aber selbst: „Plus l'estomac est distendu, plus la contraction (de l'oesophage) devient intense et prolongée et le relâchement de courte durée.“[2])

Herr Meltzer sah von Hunden, denen ein Sondenballon in den tiefen Brusttheil des Oesophagus oberhalb des Zwerchfells eingeführt war und ruhig dort lag, oft Gruppen von Marken auf die Kymographiontrommel notirt, ohne dass irgend ein neuer Reiz eingeführt worden wäre, oder ein Schluck vorausgegangen wäre. Jede einzelne Marke war derjenigen vollständig ähnlich, welche wir bei demselben Thiere nach einem Schluck in Folge von „Peristaltik“ zu sehen gewohnt waren. Eine Gruppe bestand aus fünf bis sechs solcher Marken. Die Gesammtdauer einer Gruppe von Contractionen betrug 25—30″ und sie wiederholten sich in Pausen von 40—70″. Magendie hat rhythmische Contractionen des Oesophagus bereits 1825 in seinem Lehrbuche beschrieben, aber doch als einen ganz anderen Vorgang wie den welchen unsere Curven wiedergeben. Magendie[3]) sagt: „Le tiers inférieur de l'oesophage présent un phénomène particulier qu'il est important de connaître: c'est un mouvement alternatif de contraction et de relâchement qui existe d'une manière continue. La contraction commence à la réunion des deux tiers supérieurs de conduit avec le tiers inférieur; elle se prolonge avec une certaine rapidité jusqu'à l'insertion de l'oesophage dans l'estomac: une fois produite, elle persiste un temps variable: sa durée moyenne est au moins trente secondes. Contracté ainsi dans son tiers inférieur, l'oesophage est dur et élastique comme une corde fortement tendue. Le relâchement qui succède à la contraction arrive tout-à-coup et simultanément dans chacune des fibres contractées; dans certains cas cependant, il semble se faire des fibres supérieures vers les inférieurs. Dans l'état de relâchement l'oesophage présente une flaccidité remarquable qui contraste singulièrement avec l'état de contraction.“ (Le mouvement alternatif du tiers inférieur de l'oesophage n'existe pas chez le cheval.) Legallois und Béclard[4]) sowie Joh. Müller[5]) haben diese Beobachtung bestätigt. Mosso[6]) hat diese Erscheinung (an Hunden, denen das verlängerte Mark vom Rückenmark abgetrennt war, wobei die Schluckbewegungen bleiben) nicht beobachten können, weder wenn er den freigelegten Oesophagus betrachtete noch auch, wenn er eine in die Speiseröhre eingeführte Gummiblase mit einem Wassermanometer verbunden hatte. „Brachte man die Blase in die Höhe des Zwerchfells oder unter dasselbe, dann sah man nur die von dem Schlucken und von der Athmung hervorgebrachten Bewegungen, keine spontan peristaltischen.“[7])

Diese Widersprüche sind uns nur zum Theil erklärlich, insofern den freigelegten Oesophagus die Abkühlung wohl zu tonischen Contractionen veranlassen konnte, die viel dauernder sind, als die von uns am normalen Thiere beobachteten Zusammenziehungen.

Die Thätigkeit der freigelegten Kardia ist beim Kaninchen sehr ausgeprägt zu beobachten. Beim normalen Kaninchen ist die Kardia gewöhnlich in vollständiger Ruhe und auch durch ziemlich starke Insulte nicht reizbar. Bei frisch verbluteten Thieren haben wir die Kardia später von Zeit zu Zeit intensive Bewegungen ausführen sehen, wie

[1]) Moleschott's Untersuchungen zur Naturlehre d. Menschen Bd. XI. Heft 4. S. 10.
[2]) Mosso l. c. S. 21.
[3]) Précis élémentaire de Physiol. T. II. p. 68 u. p. 69.
[4]) Leçons sur la physiologie de la digestion 1868 T. II. p. 332.
[5]) Zur Zeit seiner hier wiederholt citirten Untersuchung Assistent bei Schiff in Florenz.

[1]) l. c. S. 20.
[2]) l. c. p. 82.
[3]) l. c. S. 18.
[4]) Oeuvres de Legallois 1824 T. II. p. 94.
[5]) Handbuch d. Physiologie 1844 Bd. I. S. 412.
[6]) l. c. S. 21.
[7]) Mosso l. c. S. 21.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

solche auch Baslinger[1]) beobachtet und als „Kardialpuls" bezeichnet hat. Die Bewegungen bestanden aus queren Verengungen der Kardia und einer tiefen Einstülpung derselben in den Magen. An der Verengung betheiligt sich auch das unterste etwa 9 cm lange Stück Oesophagus. Eine solche Bewegung konnte aber auch während der Pausen durch leiseste mechanische Berührung der Kardia oder des unteren Oesophagusabschnittes ausgelöst werden. Mechanische Zerrung des übrigen Oesophagus hatte auf die Kardia keinen Einfluss. Die spontanen Contractionen haben wir auch an Kardien sehr geschwächter noch lebender Kaninchen, aber auch bei ganz vom Thiere gesonderten Organtheilen beobachtet. Wenn die losgeschnittene Kardia feucht erhalten wurde, dann machte sie mehrere Minuten lang spontane Bewegungen und blieb auch leicht erregbar. Die Kardia muss also in sich die Centren für ihre coordinirte Bewegung enthalten.

Beim Kaninchen folgt jedem Schlucke etwa 2″ nach der Kehlkopfhebung eine Verengung und Einstülpung der Kardia. Nach einer solchen Bewegung in Folge eines Schluckes bleibt die Kardia nicht sogleich in Ruhe, sondern wiederholt die Contractionen einige Male in immer grösseren Zwischenräumen und mit abnehmender Intensität, bis sie endlich in einer Mittelstellung zwischen Contraction und Erschlaffung zur Ruhe gelangt. Die Bewegung der Kardia schliesst jeden Schluckact ab, sei es, dass derselbe in gewöhnlicher Weise ausgelöst ist, oder nach der Entdeckung von Bidder und Blumberg[2]) durch Reizung des centralen Endes eines N. laryngeus superior. Freilich giebt Bidder an, dass diese reflectorischen Schlingbewegungen von den willkürlich eingeleiteten, „den automatischen Schlingbewegungen sich dadurch unterscheiden, dass sie auf den obersten Theil des Schlingapparats beschränkt bleiben, und nicht unaufhaltsam durch die ganze Länge des Oesophagus bis zum Magen sich fortsetzen". Die Ursache dieses Irrthums hat Meltzer[3]) in seiner Dissertation aufgedeckt. Da wie oben erwähnt der Schluckverlauf in jeder Phase gehemmt werden kann durch eine neue Schluckauslösung, Bidder aber selbst angiebt, dass er jeder intensiven Laryngeus-Reizung eine ganze Anzahl von Schlingacten folgen sah, so ist es sehr wahrscheinlich, dass bei den von ihm untersuchten Katzen, deren Oesophagus nach Gulliver's[4]) Untersuchungen in seinen tieferen Theilen vornehmlich glatte Musculatur enthält, die langsam fortschreitende Bewegung auch durch seltene Schlucksätze aufgehalten werden könnte. Die dem letzten Schlucke folgende Peristaltik hat dann Bidder wohl für die Folge eines willkürlichen Schlucks gehalten.

Hiernach sind wir berechtigt, die Kardia als Abschnitt der Schluckbahn zu betrachten.

Die Contraction der Kardia folgte dem Schlucke nach Zeit und Umfang unverändert, auch wenn der Oesophagus abgebunden oder durchtrennt und das Magenende dislocirt war. Der functionelle Zusammenhang zwischen Oesophagus und Kardia ist also ganz so, wie ihn Mosso an Abtheilungen des Oesophagus nachgewiesen hat. Wenn aber die Vagi durchnitten waren, so blieb nach jedem Schluckbeginne, der durch Kehlkopfhebung bezeichnet war, die Contraction der Kardia aus.

Aus den Erfahrungen, welche die Auscultation der Schluckgeräusche beim Menschen bot, war zu folgern, dass die Kardia beim Menschen unter normalen Verhältnissen geschlossen ist. Denn das Druckgeräusch, das normaler Weise erst 6—7″ nach dem Schluckbeginne zu Stande kommt lässt darauf schliessen, dass sich die Kardia normal in mittelstarkem Tonus befindet, so dass es der kräftigen Contraction des dritten Oesophagusabschnittes bedarf, damit die Schluckmasse durch die Kardia hindurchgepresst werde. Die Kardia wird hierdurch in hörbare Schwingungen versetzt, die von dem lufthaltigen Magen durch Resonanz verstärkt werden.

Wenn aber das Durchspritzgeräusch hörbar ist, also das Einströmen der verschluckten Flüssigkeit in den Magen bald nach dem Schluckbeginne, da muss man annehmen, dass die Kardia der gespritzten Masse keinen Widerstand leistet, also gewissermaassen offen ist. In der That hatten diejenigen Individuen, bei denen das Durchspritzgeräusch deutlich hörbar war, eine Disposition zum Erbrechen, ohne eigentliche Brechbewegungen, zumal bei Hustenanstrengungen, d. h. die Kardia leistete dem Drucke der Bauchwände, welche den Mageninhalt pressten, keinen erheblichen Widerstand. Diese Darstellung des Schluckvorganges erhalten wir aufrecht, trotzdem in neuester Zeit[5]) von Herrn Zenker wieder seine alte[6]) uns freilich bisher unbekannt gebliebene Anschauung hervorgeholt wird (und von Herrn A. Ewald unterstützt).

Herr Zenker sagt ganz richtig, wie dies schon früher oft behauptet worden, „dass die durch einen Schluckact verschlungene Masse nicht einer vollen Secunde bedürfe, um den Weg vom Schlundkopf bis zur Kardia zurückzulegen".

Darauf beschreibt er die in der Gegend der Kardia hörbaren Schlinggeräusche folgendermaassen: „Eine dritte, kurz zu erwähnende Klangerscheinung mit dem Charakter raschen Ausgiessens oder besser rauschenden Ausspritzens, begleitet, freilich nicht constant vernehmbar und darum weniger verwerthbar, den Eintritt verschluckter Flüssigkeit in die Magenhöhle. Man überzeugt sich von demselben vermittelst des auf die Dornen des achten und neunten Brustwirbels aufgelegten Ohres, wenn man Jemanden einen starken Schluck Wasser kräftig abschlucken lässt. Es wird sodann jenes Geräusch nicht eine volle Secunde nach dem Momente beginnender Schlingaction — von diesem kann sich der Auscultirende genau durch den auf den Kehlkopf des Schluckenden aufgesetzten Zeigefinger vergewissern — unser Ohr erreichen. Bezeichnet dieser den Anfang des Uebertritts der Flüssigkeit in den Magen, so kündigt das letzte der Schluckgeräusche, die der Kürze wegen κατ' ἐξοχήν Kardialgeräusch bezeichnete auscultatorische Erscheinung, das Ende derselben an." „Im Mittel 7 Secunden nach dem Momente des Abschluckens vernimmt man jene Klangerscheinung als eine nicht immer gleich lange Reihe von einzelnen Toncomplexen, die zusammen den Effect des unterbrochen gurgelnden Geräusches ausmachen. Es entsteht dasselbe beim Eintritt der mit dem Bissen verschluckten Luftmenge durch die Kardia."

„Die Kardia wird durch Kreismusculatur in constantem, freilich nicht immer gleich festem Verschluss gehalten, widerstrebend lässt sie daher den Bissen sowohl, wie die ihm adnexe Gasmenge durch. Während des Durchtritts des ersteren fehlen die Bedingungen zur Entstehung des Geräusches, dieses kann erst geweckt werden, wenn die letzte an die Reihe kommt. Also diese im Rachen mit verpackte und dem Bissen nach — wiederum als leichterer Körper auf denselben schwimmend — in den Magenraum übertretende Luftmenge ist es, welche das Kardialgeräusch verursacht. Der Beweis dafür lässt sich unschwer daraus ableiten, dass, wenn man den Rumpf eines Individuums umkehrt und jetzt (also aufwärts) schlucken lässt, unser Geräusch sofort nach dem Abschlucken das auscultirende Ohr trifft. Hier gelangt zuerst die Luft, bei gewöhnlicher Körperstellung zuerst der feste und flüssige Theil des Bissens in der Kardia an."[1])

Herr Zenker stellt sich danach den Schluckvorgang so vor: „Die auf einmal verschluckte Flüssigkeit langt nach einer Reise durch den Oesophagus von nicht einer vollen Secunde an der Kardia an. Hier wird der Uebergang sofort in das Werk gesetzt, doch gelangt die Masse des Verschluckten nicht mit einem Male in den Magen, vielmehr sorgt — gewiss im Interesse der Gesundheit — die Bewegung der Kardia-Musculatur für allmähliche portionenweise Einverleibung derselben; zum Schlusse kommt die mit dem Bissen verschluckte Gasmenge, sie beschliesst mit ihrem Gurgelgeräusche den gesammten Schlingact."[2])

Der Unterschied zwischen Herrn Zenker und unserer neu gewonnenen Anschauung ist klar. Wir haben gefunden, dass der Schluck weniger als 0,1 Secunde dauert und während dieser Zeit die verschluckte Masse normaler Weise bis über die Kardia gefördert wird, dass hierauf etwa 6″ verfliessen, bevor die Contraction des untersten Abschnittes des Oesophagus beginnt, welche die Schluckmasse durch die Kardia in den Magen drängt; wobei das Meltzer'sche „Durchpressgeräusch" hörbar ist. Dass dann diese Oesophaguserscheinung mehrere Secunden lang mit ansteigender und abnehmender Intensität andauert. Es wird also normaler Weise nicht wie Herr Zenker meint, der Uebergang in den Magen sofort ins Werk gesetzt. Wenn die Kardia aber nicht tonisch geschlossen ist, so stürzt der Schluck sogleich spritzend in den Magen; dabei constatirte Meltzer das „Durchspritzgeräusch". Dann aber ist eben der Hauptschluckact geschlossen und nur etwaige Reste werden, nach 6 Secunden Ruhe, durch die Kardia gepresst „Durchpressgeräusch". Meltzer hat im Anschluss an die nicht täuschenden graphischen Zeichen der Schluckvorgänge die von ihm gefundenen Schluckgeräusche richtig gedeutet. Herr Zenker hatte sich ohne Kenntniss der Vorgänge in der Mundhöhle und im Oesophagus aus den ungefähr richtig bestimmten Geräuschen eine ganz sinnreiche aber unzutreffende Vorstellung von den Bewegungsarten im Oesophagus gemacht. Seine Anschauung von der Theilung der verschluckten Massen in tropfbar flüssige und gasförmige war aber ganz unzutreffend denn

1. erklärt sie gar nicht das von ihm auch schon wahrgenommene, aber bei seiner Erklärung ganz ausser Acht gelassene Durchspritzgeräusch.

2. Habe ich es gar nicht bestätigen können, dass, wenn man mit dem Kopfe nach unten (also aufwärts) schluckt, man immer sogleich das Durchpressgerausch hören liesse (weil die Luft vorrangehe);

3. wäre es höchst merkwürdig, dass die Wassersäule immer grade 6—7 Secunden brauchen, sollte, bevor die abschliessende Luft nach „gurgle" gleichviel, ob der Schluck gross oder klein gewesen.

(Fortsetzung folgt.)

1) Moleschott, Unters. zur Naturlehre VII. S. 358.
2) Reichert's und du Bois-Reymond's Arch. 1865, S. 500.
3) du Bois-Reymond's Archiv 1883, S. 212 u. S. 220.
4) Edinburgh Med. and Surg. Journal. Oct. 1842, pag. 493.
5) Berl. klin. Wochenschr. 1884, Febr.
6) W. Zenker Klin. Bedeutung der Dysphagieen gestörter und gelähmter Kranken. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie psych.-gerichtl. Medicin. Berlin 1869. Bd. XXVI. S. 468.

1) l. c. S. 471. 2) l. c. S. 472.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 22.** 29. Mai 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Ueber die Folgen der Milzexstirpation.

Vorgetragen in der Sitzung des med. Vereins zu Greifswald am 3. Mai 1884

von

Professor **Dr. Mosler.**

Tizzoni hatte behauptet, dass nach Exstirpation der Milz bei Hunden sich auf dem grossen Netz oder dem Ligamentum gastroepiploicum milzartige Knötchen zeigen, welche die Function der entfernten Milz übernehmen, dem gegenüber hat Pio Foa (Contribuzione allo studio della fisiopatologia della milza, Sperimentale 1883 T. LII. F. 9. Centralblatt für klinische Medicin 1884. V. Jahrgang No. 17) aufs Neue durch Versuche festgestellt, dass solche Knötchen ein rein zufälliger Befund sind, die einerseits zuweilen bei ganz normaler Milz vorhanden sind, andrerseits auch sehr oft nach Exstirpation der Milz vermisst werden. Die in einem Falle von Foa nach Entfernung der Milz constatirte Vergrösserung und Dunkelfärbung einzelner auch schon vorher vorhandener Knötchen erklärte Foa durch Circulationsstörungen (Congestion, Infarct). — Durch diese Mittheilung veranlasst, erlaube ich mir nochmals hinzuweisen auf die Resultate meiner zahlreichen Milzexstirpationen (30), welche in der bei August Hirschwald von mir herausgegebenen Monographie „Die Pathologie und Therapie der Leukämie" pag. 31 mitgetheilt sind. Einen sehr exquisiten Fall der von Foa erwähnten Gebilde habe ich gleichfalls daselbst pag. 35 erwähnt. Derselbe hat in eclatantester Weise die Charakteristik dieser Gebilde ergeben.

Es handelte sich um eine schwarze Hündin, die ein Körpergewicht von 22750 grm hatte, vollständig gesundes Aussehen darbot und gut genährt war. Bei ihr war vor 10 Monaten die Milz exstirpirt worden. Sie wurde mittelst Einstiches in die Medulla oblongata getödtet und sofort die Eröffnung der Bauchhöhle vorgenommen. Alsbald fiel die eigenthümliche Beschaffenheit des grossen Netzes in die Augen. Dasselbe war sehr hyperämisch, vollkommen übersäet von dunkelrothen Knoten, welche die Grösse einer Linse bis zu einer Bohne darboten, in ihrem äusseren Ansehen und selbst auf dem Durchschnitt grosse Aehnlichkeit mit Milzgewebe hatten. Dieselben fanden sich auch ebenso zahlreich in dem kleinen Netze, sowie auf dem serösen Ueberzug des Zwerchfells, besonders in der rechten Excavation desselben. Die genauere Untersuchung dieser Knoten hat Herr Professor Roth, welcher der Section beiwohnte, vorgenommen und mir darüber Folgendes mitgetheilt:

„Das mir übergebene Netz mit milzähnlichen Knoten (von einem Hunde 10 Monate nach Exstirpation der Milz) wurde nach Erhärtung in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol untersucht und ergab Folgendes: ein Durchschnitt aus einem der grösseren (bohnengrossen) Knoten zeigt bei schwacher Vergrösserung zahlreiche, weite mit rothen Blutkörperchen vollgestopfte Gefässe, eingebettet in ein kernreiches, hier und da braun pigmentirtes Grundgewebe, ferner einige miliare Knötchen, in welchen dichtgedrängte Kerne sichtbar sind. Die Hülle des Knotens besteht aus Bindegewebe, von ihr gehen einige Stränge trabekelartig ins Innere und bilden ein grobes Netzgewebe, durch welches die Geschwulst in eine Anzahl rundlicher Lappen getheilt wird. — Der Schnitt wurde nun ausgepinselt, und fanden sich in der trübe gewordenen Flüssigkeit folgende Elemente:

1) Massenhaft rothe Blutkörperchen; 2) blasse, runde oder etwas eckige Zellen von der Grösse eines rothen Blutkörperchens bis zur doppelten Grösse eines solchen, je mit einem verhältnissmässig grossen, runden, granulirten Kerne (lymphoide Zellen); 3) rundliche Zellen, etwas grösser als die vorigen, mit grobkörnigem, braunem Pigment; 4) sternförmige Zellen mit länglichem Kern; 5) zahlreiche grosse Spindelzellen mit excentrischem, feingranulirtem Kern, aber ähnlich den bekannten Spindelzellen der Milz (Länge der Zellen 0,128, Breite 0,0016; Länge des Kerns 0,008—0,01, Breite 0,006—0,007 mm), theils einzeln, theils zu 5—6 seitlich aneinander haftend, manchmal einem zarten kernhaltigen Häutchen aufliegend.

Der ausgepinselte Schnitt sieht schon makroskopisch fein porös aus und entsprechen die Poren den nunmehr entleerten weiten, oft varicösen Blutgefässen, in welchen noch einzelne der unter 5) erwähnten Spindelzellen angetroffen werden. An günstigen Präparaten sieht man, dass die Spindelzellen in einfacher Schicht, mit dem langen Durchmesser dem Verlauf des weitesten Gefässes folgend, dichtgedrängt liegen und ihre Kerne nach dem Lumen prominiren. Die Spindelzellen stellen das Epithel der weiten Bluträume dar, die eigentliche Wandung derselben besteht aus einem ganz feinen Häutchen, das dem unter 5) erwähnten entspricht und dem Parenchym unmittelbar aufliegt.

Das letztere, welches die Zwischenräume der Gefässlücken ausfüllt, zeigt ein zartes, aus sternförmigen, kernhaltigen Zellen (oben 4) und deren Ausläufern gebildetes Reticulum, dessen Maschen zum Theil noch von den unter 2) und 3) erwähnten Rundzellen ausgefüllt sind, dazwischen eingestreut rothe Blutkörperchen, die beim Auspinseln hineingelangt, zum Theil wohl auch aus vielen Extravasaten hervorgegangen sind, endlich schmale Capillargefässe, an welche das Reticulum sich inserirt. Stellenweise hat das Gewebe einen derberen, fibrösen Charakter durch Zurücktreten der Zellen und des übrigen feinfasrigen Bindegewebes.

Was nun die grauen Knötchen angeht, die von blossem Auge an Malpighi'sche Bläschen der Milz erinnern, so haben sie Reticulum, blasse Rundzellen und enge Capillargefässe mit dem eben beschriebenen Parenchym gemein. Dagegen fehlen Pigment- und Spindelzellen gänzlich, wenn nicht, was selten geschieht, ein oder mehrere weite Gefässräume in ihnen vorhanden sind.

Die Kapsel besteht aus concentrischen Lagen derben Bindegewebes und wird hier und da von einzelnen Gefässen, manchmal von Convoluten varicöser Capillaren durchbrochen, welche sich in die Gefässe des Netzes fortsetzen. Auch die aus straffem Bindegewebe bestehenden Trabekel führen einzelne Blutgefässe.

Dieser Bau findet sich in der überwiegenden Zahl der auf dem grossen, wie auch auf dem kleinen Netz und dem Peritoneum diaphragmaticum verbreiteten Knoten; selbst aus submiliaren Knötchen lassen sich beim Zerzupfen die unter 1—5 erwähnten Elemente darstellen. Die kleinsten Knoten umgiebt ein zierliches, aus Arterien, Venen und weitesten Capillaren bestehendes Gefässnetz, und finden sich in ihrer Nachbarschaft zahlreiche Pigmentzellen (oben 3) vor. In diesen kleinsten Knoten sind die grauen gefässärmeren Heerde auf ein Minimum von Grösse beschränkt oder fehlen ganz; ebenso giebt es auch an den grossen Knoten Durchschnitte ohne Malpighi'sche Bläschen. Ausser der Inconstanz dieser Bildungen wird sie auch ganz regellos vertheilt; sie kommen einzeln oder gruppenweise vor, mitten im gefässreichen Parenchym oder in Verbindung mit der Kapsel oder einem Trabekel. Auch kommt nie eine Arterie innerhalb dieser Knoten vor, während ein solcher Zusammenhang bei den Milzbläschen charakteristisch ist.

Nun finden sich auf dem Netz noch einige wenige linsen- bis erbsengrosse Knoten, deren eine Hälfte aus grauem, gefässarmem, deren andere aus dunkelrothem, gefässreichem Gewebe besteht, und endlich ganze Knoten ohne alle rothe Beimischung. Mikroskopisch entsprechen sie den oben beschriebenen grauen Heerden und besitzen eine Bindegewebskapsel, ebenso verhalten sich die grauen Partien in den gemischten Knoten.

Nur einmal fand sich in einem der letzten etwas Besonderes,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nämlich eine gelbliche, brüchige Stelle, die ausser kleinen, runden und länglichen Zellen eine grössere Zahl von platten und keulenförmigen Riesenzellen mit 5—10 Kernen, und gefaltete Schüppchen enthielt, die nach Behandlung mit Schwefelsäure zu kernlosen Platten aufquollen. Die Bildung erinnerte an die bekannten concentrischen Körper der Thymus.

Nach alle dem besitzen die grauen Heerde, wo sie vorhanden sind, eine bloss äusserliche Aehnlichkeit mit den Malpighi'schen Bläschen; ebenso ist alles andere, was man etwa für die Milznatur der Knoten anführen könnte, nicht stichhaltig. Abgesehen von den Pigmentzellen, welche hier, wie in der Milz einem pathologischen Vorgang, der Ruptur von Blutgefässen, ihren Ursprung verdanken, könnte man vielleicht die Spindelzellen mit excentrischem Kern für eine Eigenthümlichkeit der Milzgefässe halten, was sie aber nicht sind, da ich sie beispielsweise bei demselben Hunde in den Hilusvenen der vergrösserten Lumbardrüsen fand. Weite und Dünnwandigkeit der Gefässe ist vielen „cavernösen“ Geweben, normalen wie pathologischen gemein; ebenso das zwischenliegende, aus Lymphzellen und Reticulum bestehende Parenchym mit den Pulpasträngen der Milz zu identificiren, wäre ungerechtfertigt, da lymphoide Structur vielen anderen normalen und pathologischen Bildungen zukommt. Denn es genügt nicht, um die Reproduction eines Organs zu beweisen, alle dem letzteren zukommenden histologischen Elemente wiederzufinden, denn diese besitzen keine Specificität; es braucht den Nachweis, dass die Elemente genau die typische Gruppirung des normalen Organs besitzen. Dass dies hier nicht der Fall ist, geht genugsam aus dem Verhalten der „Malpighi'schen Bläschen“ hervor. Dasselbe wäre leicht für die „Trabekel“, für das Reticulum u. s. w. nachzuweisen.

Sonach kann es sich blos um pathologische Bildungen, um Geschwülste handeln, die durch einen mehr zufälligen Wechsel von blassen mit hyperämischen Stellen ein milzähnliches Ansehen haben, welche Aehnlichkeit mit dem Fehlen der Gefässerweiterungen und der dadurch bedingten Hyperämie aufhört. In der That sind es gerade die blutarmen grauen Stellen und Knoten, wo der Charakter der Geschwulst sich rein darstellt; hier ist die lymphdrüsenähnliche Structur am leichtesten erkennbar. In den dunkelrothen Stellen kommt dazu noch ein, wenn auch der Masse nach überwiegendes, so doch genetisch secundäres Element, das der Gefässectasie. Nach den von Virchow aufgestellten Principien sind die Geschwülste somit als telangiectatisch-hämorrhagische Lymphome zu bezeichnen.

In wiefern Aehnliches beim Hunde, speciell beim entmilzten Hunde, schon beobachtet ist, soll hier nicht erörtert werden. Beim Menschen sind verwandte Geschwülste nicht selten, ohne dass dabei die Milz irgendwie betheiligt zu sein braucht (vgl. Virchow, Geschwülste II. 3567. 337). Ein directer Zusammenhang zwischen dem Mangel der Milz und den Neubildungen unseres Falls existirt darnach nicht.

Der Ausgangspunkt der Tumoren ist das gefässreiche Bindegewebe der Serosa; das sehr sparsam vorhandene Fettgewebe zeigte nirgend eine nähere Beziehung zur Entwicklung desselben. — Die Dicke der Kapseln deutet auf ein relativ langsames Wachsthum, während der Mangel an mehrkernigen Zellen (abgesehen von den einmal beobachteten Riesenzellen) auf einen temporären Stillstand im Wachsthum möglicherweise zu beziehen ist. Producte regressiver Metamorphose finden sich nicht vor.

Im kleinen Netz eine erbsen- und eine haselnussgrosse Lymphdrüse mit rostbrauner Marksubstanz, herrührend von braunem Pigment in den Reticulumzellen.

Die Retroperitonealdrüsen vergrössert mit kleinen weisslichen Einsprengungen, die aus Riesenzellen und amorphen Schollen bestehen.“ (Roth.)

Bei den früheren Sectionen entmilzter Thiere habe ich niemals so hyperplastische Lymphdrüsen in dem Peritoneum angetroffen. Es fanden sich darunter solche von der Länge eines Hühnereies, nur waren sie nicht ganz so dick. Auch habe ich zum ersten Male in diesem Falle eine Hyperplasie der Peyer'schen Drüsen auf der Schleimhaut des Dünndarms gefunden. An anderen Stellen war dagegen keine Hyperplasie von Lymphdrüsen nachweisbar. Vergebens suchten wir nach ihnen an dem Halse, sowie in dem Thorax. Von den übrigen Befunden, mit Ausnahme des Knochenmarkes, ist nichts Besonderes zu erwähnen.

Hiernach schien es, dass nachweisbare Veränderungen in den Lymphdrüsen der Bauchhöhle erst längere Zeit nach der Operation zur deutlichen Wahrnehmung kommen. Ich hielt es für nothwendig, den Sectionsbefund zu controliren in einem Falle, in dem die Milz vor noch längerer Zeit exstirpirt war; daher wurde ein grosser Hund, dem vor 11 Monaten die Milz exstirpirt war, mittelst Einstiches in die Medulla oblongata getödtet.

Sein Körpergewicht war unmittelbar vor der Milzexstirpation = 21600 gr gewesen; durch die Operation, sowie in Folge längeren Fastens und reichlicher Aderlässe war dasselbe zunächst bis auf 16350 gr gesunken. Gute Nahrung und Pflege hatten, ohne dass sich der Hund durch auffallende Gefrässigkeit auszeichnete, seinen Körper restaurirt; er war sehr dick und fett, wog unmittelbar vor der Section = 21700 gr, woraus hervorgeht, dass nach Milzexstirpation das Körpergewicht wieder dieselbe Höhe, wie vordem erlangen kann. Alsbald, nachdem der Hund getödtet war, wurde die Eröffnung der Bauchhöhle vorgenommen. Vor allem fiel der enorme Fettreichthum des Netzes und übrigen Mesenteriums auf.

Von den im vorigen Falle geschilderten milzartigen Gebilden war keine Spur zu bemerken, ebenso wenig eine Hyperplasie der Mesenterialdrüsen oder Peyer'schen Drüsenhaufen. Auch in dem Brustkorbe, sowie überall im Unterhautzellgewebe grosser Fettreichthum. Herz und Lungen normal, Lymphdrüsen nicht verändert.

Unsere Erwartung, dass längere Zeit nach Milzexstirpation die Hyperplasie der Lymphdrüsen ein constanter Befund sei, wurde nicht bestätigt. —

Von anatomischen Befunden habe ich noch der pneumonischen Infiltration der Lungen Erwähnung zu thun. Eine Anzahl von entmilzten Thieren ist an Pneumonie zu Grunde gegangen, wenn sie die Operation längst überstanden hatten, einmal 4 Wochen, ein anderes Mal 8 Wochen darnach, ohne dass eine besondere Ursache dafür nachweisbar war. Entmilzte Thiere schienen grössere Disposition zur Lungenentzündung zu haben. Ueberhaupt haben unsere Beobachtungen ergeben, dass dieselben in den ersten Monaten nach der Operation äusseren Schädlichkeiten weniger Widerstand zu leisten vermögen. Kälte konnten sie minder gut vertragen, als andere Thiere.

Da die Frage der Veränderung des Blutes nach Milzexstirpation beim Menschen auf dem letzten Chirurgencongress[1]) wieder angeregt worden ist, so verweise ich auf meine zahlreichen Blutuntersuchungen, welche gleichfalls in der Monographie der Leukämie ausführlich mitgetheilt sind.

Die Schlussfolgerungen aus den von mir vollzogenen 30 Milzexstirpationen habe ich in folgenden Sätzen zusammengefasst, die ich wegen des grossen Interesses, das die Frage neuerdings bei vielen Aerzten wieder gewonnen hat, an dieser Stelle hervorzuheben mir gestatte:

1) die Milz ist zum Leben der Thiere nicht durchaus erforderlich.

2) Nach Exstirpation, sowie nach künstlich erzeugter Atrophie der Milz wird ihre Function von den übrigen lymphatischen Organen übernommen. Eine wichtige Rolle scheint hierbei das Knochenmark zu haben. In ihm finden sich längere Zeit nach Milzexstirpation auffallende Veränderungen, ähnlich wie bei Leukämie (Neumann). Hyperplasie der Lymphdrüsen wird nicht constant beobachtet.

3) Die vicariirende Thätigkeit dieser lymphatischen Organe, welche von vielen äusseren Einflüssen abhängig zu sein scheint, ist bei entmilzten Thieren nicht immer eine complete, da besonders in den ersten Monaten nach Exstirpation oder künstlich erzeugter Atrophie der Milz eine veränderte Beschaffenheit des Blutes gefunden wird. Daraus ist ein unmittelbarer Einfluss der Milz bei der Blutbereitung zu schliessen, und zwar bei Neubildung der weissen, wie der rothen Blutkörperchen.

4) Auf Magen- und Pankreas-Verdauung übt die Milzexstirpation keinen Einfluss aus; die neben der chemischen Analyse als Beweis dafür angenommene Gefrässigkeit entmilzter Thiere existirt nicht als constantes Symptom.

II. Ueber die unter physiologischen Verhältnissen zu beobachtende Verlangsamung der Leitung von Schmerzempfindungen bei Anwendung von thermischen Reizen.

Von
Dr. Ottomar Rosenbach,
Privatdocent an der Universität Breslau.

Die von klinischer Seite erfolgten Mittheilungen über zeitlich getrennte Perception eines Tast- und eines Schmerzeindruckes bei einfachen tactilen Reizen (Leyden, Remak, Osthoff, Herzberg, G. Fischer), sowie die Beobachtungen über verlangsamte sensible Leitung überhaupt und über manche andere Perceptionsanomalien in der sensiblen Sphäre (Polyästhesien, Fischer), verlangsamte dop-

[1]) Von Credé und Czerny.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pelte Schmerzempfindung (Naunyn) verdienen unser Interesse sowohl wegen ihrer physiologischen als auch wegen der ihnen anscheinend mit Recht zukommenden diagnostischen Bedeutsamkeit. In ersterer Beziehung sind sie gewissermaassen als die Proben für die Richtigkeit experimentaler Ergebnisse, namentlich der bekannten Untersuchungen Schiff's am Rückenmarke, betrachtet worden, in klinischer Hinsicht haben sie Anspruch auf höchste Beachtung, da gewisse Anomalien in der Perception einzelner Empfindungsqualitäten, welche bis jetzt nur bei wohlcharakterisirten schweren Rückenmarksaffectionen, namentlich bei der Tabes dorsalis constatirt worden sind, dadurch anscheinend die Dignität pathognomischer Symptome gewinnen. So ist in der That von Weir-Mitchell, der sich auf ein grosses Material einschlägiger Fälle stützen konnte, die Ansicht ausgesprochen worden, dass eine Verlangsamung der Empfindung ein sicheres Zeichen spinaler Erkrankung sei, eine Ansicht, die erst neuerdings von Erb[1]) — dem sich Westphal[2]) anschliesst — mit Rücksicht auf eigene wie fremde Beobachtungen, welche auch bei Affectionen peripherer Nerven eine deutliche Retardation der durch tactile Reize hervorgerufenen Schmerzempfindung erwiesen haben, mit aller Schärfe bekämpft worden ist. Wenn somit auch das Symptom der blossen Verlangsamung der sensiblen Leitung, namentlich der Schmerzempfindung, seine diagnostische Bedeutung als Zeichen einer Rückenmarksläsion verloren haben dürfte, so verdient es doch immerhin als ein Zeichen einer schweren Nervenerkrankung überhaupt unser Interesse auch ferner und es möchte deshalb gerechtfertigt sein, eine einfache Beobachtung mitzutheilen, welche beweist, dass bereits unter physiologischen Verhältnissen bei einer gewissen Qualität des sensiblen Reizes eine nicht unbedeutende Differenz in der Zeit der Perception der blossen Tast- und der Schmerzempfindung als ein normaler Vorgang zu constatiren ist. Wir halten die gleich mitzutheilende Beobachtung, die gewiss schon von vielen zufällig gemacht, aber unseres Wissens noch nicht zur Discussion gestellt ist, und die wir selbst seit vielen Jahren kennen und anderen demonstrirt haben, für um so interessanter, als sie zeigt, dass die erwähnte nicht unbedeutende Differenz in der Zeit der Leitung allein von der Qualität des Reizes abhängt und wahrscheinlich nicht physiologischen, sondern rein physikalischen Bedingungen ihre Entstehung verdankt, da die scheinbare Verzögerung des schmerzhervorrufenden Reizes nicht innerhalb der nervösen Bahnen vor sich geht.

Wenn man einen stark erhitzten Gegenstand von Glas oder Steingut z. B. sp. einen heissen Kachelofen, den Cylinder einer brennenden Lampe oder ein mit kochendem Wasser gefülltes Reagensglas mit der Volarfläche des Zeigefingers flüchtig berührt, so hat man im Momente der Berührung eine deutliche Tast- und unmittelbar darauf eine Wärmeempfindung; erst einige Zeit später stellt sich eine lebhafte Schmerzempfindung ein. Die zeitliche Differenz in der Perception der beiden Empfindungsqualitäten, der Tast- resp. Wärmesensation und des schmerzhaften Eindrucks, ist, wie wir gleich sehen werden, abhängig von gewissen localen Verhältnissen an der Hautstelle, mit welcher die Berührung vorgenommen wird und vor allem von der Zeitdauer der Berührung selbst, so dass es nöthig ist wenn der einfache Versuch gelingen soll, sich vor allem durch eine Reihe von Vorversuchen eine gewisse Fähigkeit in der Abschätzung der Berührungsdauer und Berührungsintensität zu verschaffen. Wenn nämlich die Berührung zu kurze Zeit dauert, so hat man nur eine fast unmittelbar auf sie folgende Tast- oder eine mehr weniger intensive Wärmeempfindung und die Schmerzempfindung fehlt völlig; während man bei zu langem Contacte des Fingers mit dem heissen Gegenstande unmittelbar im Moment der Berührung die bekannte schmerzhafte Sensation des Brennens empfindet. Da es sich in jedem Falle nur um eine momentane Berührung handelt, so gehört eben eine gewisse Uebung dazu den richtigen Zeitpunkt zu treffen. Hat man die eben erwähnte Fähigkeit erlangt, so kann man in höchst frappanter Weise constatiren, dass Tast- und Schmerzempfindung durch ein deutliches Zeitintervall geschieden sind, welches unter besonders günstigen Umständen bis zu $2\frac{1}{4}$ Secunden betragen kann und gewöhnlich ein bis $1\frac{1}{2}$ Secunden beträgt. Wir haben also, um es noch einmal zu recapituliren, 3 deutlich geschiedene Kategorien von Fällen, die von der Intensität der Berührung abhängen, vor uns, und zwar findet sich 1) bei zu grosser Berührungsstärke eine momentane, die Tastempfindung völlig überdeckende Schmerzempfindung, 2) bei mittleren Graden der Berührung eine von der Tast- (resp. Wärmeempfindung) durch ein deutliches langandauerndes Intervall geschiedene schmerzhafte Sensation und 3) eine Tast- und keine Schmerzempfindung, wenn die Berührung zu kurze Zeit währt. Wenn man die nöthige Uebung in der Anstellung des kleinen Versuches erlangt hat, so kann man, wie meine eigenen Erfahrungen und die Angaben zuverlässiger, von mir geprüfter Personen, beweisen, bisweilen noch einige weitere nicht uninteressante Unterscheidungen in der zeitlichen Perception der einzelnen Empfindungsqualitäten machen. Es gelingt nämlich nicht selten drei gesonderte Sensationen nach einander zu percipiren, nämlich 1) die Berührung überhaupt, dann — nach allerdings sehr kurzem Intervall — bei mässiger Berührungsintensität die Wärmeempfindung und kurz darauf das schmerzhafte Brennen. Viel häufiger als diese Differenzirung von 3 gesonderten Empfindungen kommt eine Unterscheidung zweier tactiler Sensationen zur Beobachtung, nämlich die einfache Empfindung der Berührung und kurz darauf, aber deutlich von ihr zu trennen, die Empfindung der Wärme, ein Verhalten, welches, wie wir nun bald sehen werden, ebenfalls in der Beschaffenheit des einwirkenden (Wärme-) Reizes seine Erklärung findet. Eine gleichfalls häufig zu machende Beobachtung, dass nämlich die der Berührung nach einiger Zeit folgende Schmerzempfindung zweimal bis dreimal ein An- und Abschwellen erfährt, dass also 2—3 getrennte, allmählich abklingende Schmerzempfindungen zur Perception kommen, wird weiter unten eingehender Erwähnung finden.

Woher rührt nun die eigenthümliche Differenz in der Perception zweier zu derselben Zeit, an derselben Hautstelle und durch denselben Reiz hervorgerufenen Empfindungen, welchen Grund hat die hier zu constatirende evidente Verlangsamung der Schmerzempfindung bei normalen Menschen? Können wir sie etwa darauf zurückführen, dass die zur Hervorrufung einer Schmerzempfindung nöthige grössere Quantität des Reizes, also hier der als Reiz verwandten Wärme, auch eine längere Zeit der Leitung in den nervösen Bahnen beansprucht als der quantitativ verhältnissmässig geringe tactile Reiz? Diese Erklärung dürfte schon deshalb unhaltbar sein, weil sie anerkannten Gesetzen der Physiologie widerspricht; sie wird aber auch direct durch das bereits oben angeführte Factum, dass bei noch längerer und intensiverer Berührung des heissen Gegenstands, also bei der höchsten Intensität des Reizes, Tast- und Schmerzempfindung momentan, fast im Augenblick der Berührung und also gleichzeitig percipirt werden, widerlegt; denn wäre die oben erwähnte Auffassung des Vorganges richtig, so müsste ja proportional der Stärke des Reizes auch die Differenz in der Leitung des schmerzhaften und des blossen Tasteindruckes wachsen, während ja gerade hier, wo ein viel intensiverer Reiz einwirkt als in dem Falle der getrennten Perception des Tast- und Schmerzeindruckes, Tastempfindung und schmerzhafte Sensation, wie wir gesehen haben augenblicklich, gleich schnell und ohne absolute noch relative Verzögerung zum Bewusstsein gelangen. Da nun kaum angenommen werden kann, dass die Verzögerung der Leitung nur schmerzhafte Reize von mittlerer Intensität betrifft und leichte tactile Erregungen und starke Reize in normaler Schnelligkeit sich fortpflanzen, so bleibt uns wohl nur übrig die beobachteten Differenzen ausserhalb der Nervenbahnen zu suchen, und, da unter normalen Verhältnissen bei anderen Formen des Reizes jene Unterschiede in der Zeit der Perception nicht oder wenigstens nicht deutlich genug zur Beobachtung kommen, die Eigenart des von uns hier in Anwendung gezogenen Reizes, die Wärme, für die von uns constatirten Erscheinungen verantwortlich zu machen. Um die hier obwaltenden Bedingungen genauer kennen zu lernen, müssen wir mit kurzen Worten einige Punkte aus der Lehre von der Leitung sensibler Reize, namentlich solcher schmerzhafter Natur, berühren und namentlich im Allgemeinen die Vorgänge, welche bei der Application und Fortpflanzung thermischer Reize in Frage kommen, beleuchten. Was den ersten Punkt, die Entstehung einer schmerzhaften Empfindung anbetrifft, so kann man wohl mit vollem Rechte bezüglich aller möglichen Formen des Reizes annehmen, dass jeder sonst nur eine tactile Empfindung auslösende Reiz bei genügender Verstärkung die Grenze der blossen Tastwirkung überschreitet und als schmerzhafte Sensation zur Perception gelangt und man kann ferner supponiren, dass die schmerzhafte Empfindung dann ausgelöst wird, wenn ein Reiz durch die schützende Epidermis hindurch die Nervenenden mit einer gewissen, von localen Unterschieden abhängigen, Stärke trifft, d. h. in ihrer Gleichgewichtslage grössere Verschiebungen hervorruft. Je directer das in letzter Instanz ja immer mechanisch auf die Endausbreitungen der Nerven einwirkende Irritament zu diesen letzteren gelangt, — sei es, dass die deckende Epidermis zu dünn ist, sei es, dass die Stärke des Reizes, der die Gewebe trifft und ihre Volumenverhältnisse für kürzere oder längere Zeit alterirt, wächst, — je energischer mit einem Worte die Gleichgewichtsschwankungen in den Nervenendigungen selbst werden, desto intensiver ist die Schmerzempfindung, desto mehr tritt die Tastempfindung hinter ihr zurück. Diese Erfahrungen zusammengehalten mit dem der täglichen Beobachtung entnommenen Satze, dass an Hauptpartien, die mit zarter Epidermis bedeckt sind, schon verhältnissmässig geringe Reize Schmerzempfindungen auslösen, und dass an der Epidermis beraubten Stellen schon die

[1]) Neurologisches Centralblatt 1883 Nr. 1.
[2]) Ibid. Nr. 3.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

blosse Berührung schmerzhaft ist, diese Erfahrungen plaidiren mit aller Sicherheit dafür, dass der Unterschied zwischen Schmerz- und Tastempfindungen[1]) nur ein quantitativer ist[2]), und dass das Wesentliche bei der Schmerzempfindung eben die directe Berührung der Nervenenden ist, dass also die deckende Oberhaut bei allen sich in der Sphäre der Empfindung abspielenden Phänomenen eine wichtige Rolle spielen muss. Diese fast trivial klingenden Sätze mussten vorausgeschickt werden, wenn die Frage beantwortet werden soll, woher die oben geschilderte dem Wärmereiz scheinbar eigenthümliche Incongruenz zwischen der zeitlichen Perception der Tast- und Schmerzempfindung rührt und weshalb andre Qualitäten des Reizes unter physiologischen Verhältnissen diese Erscheinung anscheinend nicht zeigen. — Wenn der Epidermis, was doch wohl zweifellos ist, die von uns vindicirte Bedeutung zukommt, so haben wir bei der Leitung eines jeden Reizes zwei nicht nur physiologisch, sondern physikalisch differente Leitungswege zu unterscheiden, die Haut und die Nervenbahnen und von den physikalischen Widerständen in dem ersterwähnten Medium, welche ja local und individuell ausserordentlich verschieden sein können, wird die Schnelligkeit der Leitung des Reizes von der Hautoberfläche bis zum Centrum in sehr bedeutender Weise beeinflusst werden können, während die Leitung des Reizes in der Nervenbahn, namentlich in den extragangliösen Bahnen wesentlich von den gleichmässigeren physiologischen Bedingungen abhängig und darum eine gleichartigere zu sein scheint, wie eine Reihe von Thatsachen beweist. Diese Differenz in den beiden Leitungswegen — in den Hautdecken handelt es sich um einen blossen Zuleitungsvorgang, der nach den bekannten physikalischen Gesetzen erfolgt, in den Nervenbahnen um den noch unbekannten physiologischen Mechanismus der Nervenleitung — muss natürlich um so schärfer hervortreten, je mehr Widerstand die Leitung der einen oder der anderen der zur Anwendung kommenden Reize in der Epidermis findet und es wird deshalb auch a priori erwartet werden müssen, dass gewisse Unterschiede in der zeitlichen Perception bei den einzelnen Categorien der Reize auftreten werden. Bei den mechanischen Reizen, die ja, wenn sie schmerzhafte Sensation hervorrufen sollen mit einiger Gewalt und sehr schnell einwirken müssen, fällt die Perception der Tast- und der Schmerzempfindung zusammen, weil die Verschiebung der Epidermisschichten so schnell erfolgt, dass fast momentan mit der Berührung der äusseren Haut auch schon die mechanischen Veränderungen in den tieferen Schichten vor sich gehen, welche von den nun direct insultirten Nerven als schmerzhafte Sensationen centripetal geleitet werden. Dies gilt sowohl von den durch stumpfe Gewalt hervorgerufenen Schmerzempfindungen, als von den mit scharfen Instrumenten ausgelösten; die einzige Bedingung für den Synchronismus der Tast- und Schmerzempfindung bleibt allein eine genügende als Reiz wirkende Schnelligkeit, mit der das als Reiz wirkende Agens die Epidermis durchbricht. Eine wenn auch geringe zeitliche Incongruenz der Perception beider Empfindungscategorien lässt sich jedoch auch hier zum Vorschein bringen, wenn man an Hautstellen, die eine dicke Epidermis besitzen, den als Reizquelle dienenden Einstich oder noch besser die durch Druck wirkende Kraft langsam einwirken lässt; dann kann man den Moment der Berührung der Haut von demjenigen, in welchem die zur Schmerzempfindung genügende directe Insultation der tieferen Schicht und somit der Nervenendigungen eintritt, mit ziemlicher Genauigkeit differenziren, obwohl es sich hierbei nur um äusserst kurze Zeiträume handelt. — Anders liegen die Verhältnisse, wenn es gelingt einen Reiz einzuführen, der in Folge der physikalischen Bedingungen, die die Haut bietet, zu seiner Fortpflanzung durch die Hautschichten einer längeren Zeit bedarf als die oben erwähnten mechanischen, welche ja — und dies gilt besonders von den zur Prüfung der Schmerzempfindung vorzugsweise angewandten Nadelstichen — die Oberhaut bis zu den sensiblen Nerven hin momentan durchsetzen. Einen Reiz, der in hervorragender Weise bezüglich seiner Fortleitung von den physikalischen Verhältnissen der obersten Hautschichten abhängt, bietet nun die Wärme; denn da die Haut ein schlechter Wärmeleiter ist, da die Wärme sich also nur langsam von Schicht zu Schicht fortpflanzen kann, so spielen bei dem Vorgange der Wärmeleitung verschiedene Factoren, nämlich die Dicke der Haut, ihr Reichthum an Gefässen, ihre primäre Temperatur, ihr Feuchtigkeitsgehalt auf der Oberfläche, eine nicht unwichtige Rolle, indem sie die Leitung mehr oder weniger dadurch verzögern können, dass ein Theil der angewandten Wärme verloren geht oder dadurch dass bei nicht allzu grosser Intensität und Quantität der applicirten Wärme die tiefer liegenden Nervenendigungen erst verhältnissmässig spät von einer zur Erzielung des Schmerzes genügenden Reizmenge getroffen werden. Bei Berücksichtigung dieser eigenthümlichen Verhältnisse lassen sich die eben geschilderten Phänomene, die eigenthümliche Incongruenz in der zeitlichen Perception von Tast- und Schmerzempfindungen bei Application von Wärmereizen ganz ungezwungen deuten. Wenn man nämlich den heissen Gegenstand nur ganz flüchtig berührt, so hat man nur eine Tast- oder eine Tast- und Wärmeempfindung zugleich oder die letztere folgt der ersteren nach einem minimalen Intervalle, als Zeichen dafür, dass die Leitung der Wärme in der Haut eine, wenn auch minimale, Verzögerung gegenüber der blossen Tastempfindung erfährt. Berührt man jedoch die Wärmequelle verhältnissmässig lange und intensiv, so verschwindet gegenüber der nun einwirkenden energischen Hitze diese verzögernde Wirkung des schlechten Wärmeleiters, und es durchbricht, wenn man sich dieses Ausdruckes bedienen darf, eine zur Erzielung einer schmerzhaften Sensation hinreichende Wärmemenge momentan die Hautdecke und gelangt in ungeschwächter Intensität zu den Nervenendigungen, wo sie sich in den entsprechenden physiologischen Reiz umsetzt, der den für uns noch räthselhaften Vorgang der physiologischen Nervenleitung, als deren Endeffect die Empfindung des Schmerzes auftritt, auslöst. Nur den mittleren Intensitäten des Reizes kommt die Dyschronie der Perception zu; denn hier kommt die Eigenschaft der Haut als schlechter Wärmeleiter zur vollen Geltung. Der mässige Reiz wird schichtweise fortgeleitet; es entsteht zuerst ein Tast-, momentan darauf eine schwache Wärmeempfindung, die allmählich oder rapide anschwellend sich zur schmerzhaften Sensation steigert, je nachdem die Leitung der von der Wärmequelle abgegebenen Reizmenge durch die Haut langsamer oder schneller vor sich geht, und durch Summation die zur Auslösung des Schmerzes nöthige Intensität erreicht.

Wenn die hier gegebene Erklärung richtig ist, so muss es möglich sein die Differenz in der Perceptions-Zeit dadurch zu verringern oder zu verlängern, dass man zur Application des Reizes Stellen wählt, an denen die Leitung durch die Hautschicht beschleunigt oder verlangsamt werden kann. Dies kann man in sehr einfacher Weise erreichen, wenn man die Versuche an Hautregionen anstellt, die mit relativ dünner, oder an solchen, die mit dicker Epidermis versehen sind, oder wenn man die zu prüfende Hautstelle mit einem schlechten Wärmeleiter bedeckt oder leicht anfeuchtet. An denjenigen Orten, an denen zarte Epidermisschichten vorhanden sind, wie an den Schläfen, den Lippen, der Zungenspitze ist es unmöglich die Tastempfindung von der Wärmeempfindung oder der schmerzhaften Sensation zeitlich zu differenziren; die Schmerzempfindung fällt mit der Berührung zusammen. Auch an der Dorsalfläche der Hände ist die zeitliche Differenz eine nur unbedeutende; eine sehr ausgesprochene ist sie, wie erwähnt an der mit dickerer Epidemis versehenen Volarfläche; sehr schön ist der Unterschied in der Perception an der Fusssohle wahrzunehmen, wo bei Individuen, bei denen eine leichte Schwielenbildung vorliegt, Verlangsamung der Schmerzempfindung um 3—4 Secunden zu constatiren ist, wenn man einige Uebung in der Anstellung der Versuche erlangt hat. Umwickelt man den Finger mit nicht zu dicker Leinwand und berührt damit den erhitzten Lampencylinder, so folgt die Schmerzempfindung der Tastempfindung ebenfalls erst nach merklich längerem Intervall als vorher, ein Umstand, der die Bedeutung der blossen physikalischen Leitungsverhältnisse für das uns hier beschäftigende Phänomen klar illustrirt. In allen diesen Fällen kann man auch sehr häufig eine mehrfache Schmerzempfindung, ähnlich der verlangsamten doppelten Schmerzempfindung Naunyn's hervorrufen, d. h. das An- und Abschwellen der schmerzhaften Sensation geht 2—3 mal hintereinander so deutlich vor sich, dass man ganz prägnant eine mehrfache, gesonderte Schmerzempfindung hat. Es kann sich hier kaum um einen centralen Vorgang, eine Periodicität in der Perception, wie z. B. bei acustischen Phänomenen, bei denen die Schallwahrnehmung bei gleichbleibender Stärke der Schallschwingungen rhythmisch schwächer und stärker wird, handeln; auch unterscheidet sich die Sensation deutlich von dem An- und Abschwellen des Schmerzes bei Neuralgieen; sondern es liegt hier zweifellos der einfache physikalische Vorgang zu Grunde, dass bei relativ dicker oder wenig leitungsfähiger Epidermis die an die Haut abgegebene Wärmemengen sich durch die Epidermisschicht hindurch gewissermaassen mehrfach hintereinander entladen. Für diese Auffassung spricht vor Allem der Umstand, dass in allen diesen Fällen die Hautstelle an der die Wärmequelle applicirt wird, auch merklich wärmer wird, als die Umgebung, dass also local eine wirkliche Anhäufung von zugeführter Wärme besteht und dass proportional der durch Ableitung der Wärme nach den tiefen Hautschichten bewirkten (ja immerhin schnellen) Abnahme dieser localen Temperaturerhöhung das eben geschilderte Phänomen der mehrfachen Schmerzempfindung abläuft. — Wir wollen hier gleich bemerken, dass die zeitliche Incongruenz der Perception von Tast- und Schmerzempfindung sich auch

[1]) der einfachen Berührungsempfindung.

[2]) mit dieser Annahme wird selbstverständlich nichts über die Art und Weise der Leitung von Tast- und Schmerzeindrücken in gesonderten Bahnen des Rückenmarks präjudicirt.

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

bei Anwendung des Kältereizes und gewisser chemischer Reize, sowie eines elektrischen Irritaments (namentlich des elektrischen Pinsels) in deutlicher, wenn auch nicht gleich stark ausgeprägter Weise manifestirt, ein Verhalten, welches ebenfalls in den physikalischen Verhältnissen der Reize und des leitenden Mediums seine Erklärung findet. — Wir müssen es uns versagen an dieser Stelle die entsprechenden pathologischen Phänomene, auf die wir im Anfange dieser Mittheilung hingewiesen haben, zu discutiren, da wir nur beabsichtigten, auf die eigenthümlichen, von uns in den vorstehenden Zeilen geschilderten Erscheinungen, auf die durch rein physikalische Verhältnisse bedingte zeitliche Incongruenz in der Perception von Tast- und Schmerzempfindung bei Wärmereizigen aufmerksam zu machen. Die von uns angeführten Phänomene haben zwar manche Analogien mit den bei Erkrankungen der Nervenbahnen (im weitesten Sinne) zu beobachtenden Differenzen in der Leitung von tactilen und schmerzerregenden Reizen; sie unterscheiden sich aber von ihnen vor allem dadurch, dass es sich in unsern Fällen um rein mechanische, in jenen um physiologische Vorgänge handelt, welche einer mechanischen Erklärung bis jetzt nicht zugänglich sind.

III. Die Xerosis conjunctivae und ihre Begleiterscheinungen.

Von

Dr. Kuschbert, Salzbrunn.

(Schluss aus No. 21.)

Ein einziger Fall nahm trotz aller diätetischen und therapeutischen Maassregeln einen schlimmen Verlauf.

Der betreffende Kranke, Wilhelm Schütz, wurde wegen heftiger Diarrhöen auf die Krankenstation aufgenommen. Er war schon seit mehreren Wochen hochgradig hemeralopisch, zeigte in ausgeprägtestem Maasse die xerotischen Auflagerungen, hustete mit mässiger Expectoration und hatte eine tonlose Stimme. Die Haut war excessiv rauh, trocken und von schmutziggrauer Farbe, die Lippen hochgradig cyanotisch, die Conjunctiva bläulich roth injicirt, der Gesichtsausdruck stier und apathisch. In der Haut der linken Schultergegend und über der Scapula bemerkte man einige flache, z. Th. in der Heilung begriffene Geschwüre von der Grösse eines Zehnpfennigstücks. Daneben befand sich ein kleiner Hautabscess, von einem etwa 1 cm breiten gangränösen Hautringe umgeben. Aus dem eröffneten Abscess entleerte sich ein Tröpfchen gelber, dickflüssiger Eiter. Später, nach Abstossung der gangränösen Partien zeigte die Stelle ganz das Aussehen der benachbarten flachen Hautulcerationen. Die Temperatur während der allerdings nur sehr unregelmässig vorgenommenen Messungen, etc. entweder normal oder mässig gesteigert, niemals über 38,7°. Als ich den Kranken nach einiger Zeit wiedersah, fand ich zwar den Process auf der Conjunctiva unverändert, doch war sein sonstiger Zustand erheblich schlechter geworden. Husten und Auswurf hatten zugenommen, hinten an der rechten untern Seite des Thorax zeigte sich eine handbreite Dämpfung, am Halse, in der Schultergegend und Achselhöhle, besonders über den grossen Brustmuskeln, deutliches Hautemphysem. Ueber der ganzen Lunge waren Rasselgeräusche, aber kein deutliches Bronchialathmen zu hören. Diarrhoe und Erbrechen waren dagegen geringer geworden, das Sensorium war frei, Patient jedoch gegen äussere Reize sehr wenig empfindlich. Die Temperatur bewegte sich auch jetzt noch in den oben angegebenen Grenzen. Ende Juni starb der Kranke. Ueber die Section, welche Dr. Hanau freundlichst vornahm, wurde folgendes niedergeschrieben:

Schulz, Wilhelm, 23 Jahre. Grosser schlanker männlicher Körper von leicht schmutzig gelblicher Hautfarbe, kein Icterus, keine Oedeme; links in Supra- und Infraclaviculargrube, Axillargrube, zu beiden Seiten des Kehlkopfs, rechts in der Supraclaviculargrube auf Druck deutliches Knistern und Gefühl platzender Luftbläschen. An der linken Schulter etwas nach aussen vom Humeruskopf eine ca. markstückgrosse und an der Peripherie bräunlich pigmentirte Stelle, in der Mitte narbig, weiss glänzend und ganz central einen ca. hirsekorngrossen bräunlichen Schorf aufweisend.

Auf der Rückseite der linken Schulter ca. 1 cm hinter der Spina scapulae ein linsengrosser brauner dünner Schorf, unter demselben ein kleiner Substanzverlust im Corium. Ca. 4 cm hinter demselben eine markstückgrosse verschorfte Stelle, unter derselben eine Geschwürsfläche von derselben Grösse.

Panniculus erheblich geschwunden, Musculatur stark reducirt; Todtenstarre vorhanden.

Leber überragt den Rippenrand nicht; Lage der Bauchorgane normal. Keine Flüssigkeit im Abdomen. Serosa theils blass, theils leicht injicirt.

Zwerchfell beiderseits unterer Rand der V. Rippe.

Gewebe der emphysematösen Stellen zeigt die Luftbläschen deutlich.

Rechte Lunge erreicht die Medianlinie im Bereich des Oberlappens; der rechte Unterlappen liegt als glatte Masse nach dem Mediastinum und dem Hilus zu gedrängt, so dass ein grösserer Abstand zwischen ihm und den Rippen vorhanden ist. Linke Pleurahöhle enthält geringe Mengen trüber Flüssigkeit von dunkelgelber Farbe.

Rechte Lunge nach hinten im Bereich des Oberlappens adhärent; in der Pleurahöhle eine grosse Menge trüber gelber fibrinfetzenhaltiger Flüssigkeit mit Luftblasen.

Pericardialflüssigkeit nicht vermehrt.

Herz klein, schlaff, epicardiales Fettgewebe reducirt, etwas sulzig.

Rechter Ventrikel enthält mässig Cruor mit etwas mehr Speckhaut: linkes Herz fast vollkommen leer, Klappenapparat intact. Grössenverhältnisse normal. Herzfleisch von blaurother Farbe.

Ganze Aorta auffallend eng und zart.

Linke Lunge zeigt an der Pleura des Lob. inf. einzelne dünne Belege, Spitze des vorderen Randes des Lob. sup. leicht emphysematös gebläht; Lob. sup. fühlt sich weich elastisch an. Lob. inf. prall.

Der untere Theil des Oberlappens und der obere des Unterlappens enthält einige bis kleinhaselnussgrosse Höhlen mit missfarben fetzigen Massen gefüllt. Auf dem Durchschnitt der Lob. sup. überall lufthaltig, Lob. inf. wenig lufthaltig, praller, und weniger ödematös, namentlich in den unteren Partien. Pulmonalarterie ohne Besonderheiten.

Mucosa der Bronchien dunkelroth, succulent, reichliche Oedemflüssigkeit enthaltend.

Rechte Lunge. Pleura zeigt an den nicht verwachsenen Stellen massenhaft fibrinöse Belege. Schon bei Eröffnung der Thoraxhöhle kommt man in der Gegend der rechten Spitze etwas unterhalb direct in eine Caverne. Der ganze Oberlappen erscheint tief eingesunken, mit lockeren, fibrösen Membranen auf der Pleura. Spitze von ca. faustgrosser Caverne eingenommen, mit missfarbigem jauchigen Inhalt gefüllt, massenhaft von Trabekeln durchzogen und die fast im ganzen Bereich bis direct unter die Pleura reicht. Die Innenfläche der Caverne zeigt in der Wand dasselbe Trabekelwerk, dazwischen ist sie fetzig und der ganze Inhalt überaus stinkend.

Der übrige Theil des Oberlappens nach vorn zu lufthaltig, nach hinten und in der nächsten Umgebung der Caverne dunkelschwarzroth, luftleer, fest anzufühlen. Im unteren Theil des Lob. sup. und im oberen Theil des Lob. inf. ziemlich dicht bei einanderliegend eine Anzahl linsen- bis kirschgrosser mit ziemlich glatter Membran ausgekleideter Höhlen, mit gelbem, dickem Eiter erfüllt. Unterlappen durchweg fest anzufühlen, Schnittfläche nicht granulirt, dunkelschwarzroth, überall wechseln lufthaltige mit luftleeren Stellen; die untersten Partien fast völlig luftleer.

Bronchialdrüsen erheblich geschwollen und succulent, aber ohne Verkäsung.

Zunge ohne Besonderheiten; desgl. Rachenorgane und Pharynx.

Larynxschleimhaut blass; rechts am Proc. voc. auf dem Stimmband eine stecknadelkopfgrosse ulcerirte Stelle. Schleimhaut der Trachea und der grossen Bronchien succulent, von graugelber Farbe.

Milz vielleicht etwas vergrössert, schlaff; Oberfläche blauroth; Kapsel leicht gerunzelt, auf dem Durchschnitt Pulpa schwarzroth; Follikel spärlich.

Linke Nebenniere ohne Besonderheiten.

Linke Niere von gewöhnlicher Grösse, Kapsel trennt sich leicht; Oberfläche glatt, dunkelblauroth geädert auf graurothem Grunde. Dazwischen eine deutliche gelbliche Sprenkelung; auch auf der Schnittfläche der Rinde vorhanden. Mikroskop: Fett. Rinde von gewöhnlicher Breite, grauroth; Marksubstanz mehr blauroth; Nierenbeckenschleimhaut ohne Veränderung, desgl. die des Ureter. Auf der Oberfläche eine hirsekorngrosse Cyste.

Rechte Niere und Nebenniere so wie die linke; erstere etwas blutreicher.

Harnblase enthält eine reichliche Menge klaren Urins. Schleimhaut blass, ohne Veränderung.

Hoden klein, schlaff.

Magen ohne Besonderheiten; Darm desgl. mit Ausnahme zweier etwas über hirsekorngrosser auf dem Durchschnitt gelb opaker Follikel dicht unterhalb der Valv. Bauhini.

Leber von gewöhnlicher Grösse, Oberfläche glatt; acinöse Zeichnung und deutlich. Durchschnitt blutreich; acinöse deutlich. Centra der Acini gross, manchmal mit den Nachbaracinis confluirend, dunkelbraunroth eingesunken, Peripherie graubraun, etwas prominent.

Gallenblase: ziemlich grosse Menge dunkelgrüne Galle; Duct. choledochus frei.

Schädeldach ohne Besonderheiten: Dura fest adhärent, die Sinus enthalten Cruor. Pia stark ödematös, getrübt, verdickt, der Hirnoberfläche adhärent. — Weitere Gehirnsection unterbleibt.

Ich möchte vor Allem hervorheben, dass keine der angegebenen Veränderungen nach ihrem makroskopischen Aussehen als tuberculös gedeutet werden konnte, und dass auch die mikroskopische Untersuchung keinen Inhalt dafür bot. Die häufig untersuchten Sputa zeigten niemals Tuberkelbacillen, ebensowenig der Detritus der Gangränhöhle, das pleuritische Exsudat u. s. w. Nur in einem einzigen Trockenpräparat vom Eiter eines der obenerwähnten kleinen Lungenherde fand sich eine kleine Gruppe von etwa 3—4 Bacillen, welche bei Ehrlich'scher Färbung roth geblieben waren, also vielleicht Tuberkelbacillen waren. Ein Umstand, der mit Rücksicht auf den übrigen, makroskopischen wie mikroskopischen Befund uns wohl kaum veranlassen kann, die erwähnten Veränderungen der Lunge für tuberculöse anzusehen. Von den weiteren Ergebnissen der mikroskopischen Untersuchung, die leider noch nicht in allen Theilen zu Ende geführt werden konnte, erwähne ich Folgendes:

Der aus einem der erwähnten kleinen Hautabscesse der Schultergegend intra vitam entnommene Eiter zeigte grosse Coccen und Stäbchen.

Das pleuritische Exsudat enthielt grosse Massen Bacillen, die denen der Xerosis conjunctivae zu entsprechen schienen, ausserdem zahlreiche Haufen grosser Coccen.

Die Untersuchung von senkrecht auf die Oberfläche der Conjunctiva bulbi gelegten Schnitten (Prof. Neisser) ergiebt bei schwächerer Vergrösserung (Zeiss DD) keine Abweichung vom normalen Bilde. Sehr reichliche Mastzellen sind in allen Schichten des Bindegewebes bis dicht unter das Epithel hinauf sichtbar. Bei stärkerer Vergrösserung (Oelimmers. $^1/_{12}$ Ocular 4) erkennt man die der Xerose entsprechenden Epithelialveränderungen. Während an den meisten Stellen der freien Oberfläche das Epithel sich mit einer scharfen Linie absetzt, erblickt man an andern dazwischenliegenden Partien eine ganz unregelmässige Zerklüftung. Das Epithel, seiner normalen Cohärenz beraubt, ragt in einzelnen Zellen, oder im geballten Haufen über das Niveau der intacten Stellen empor. Zugleich zeigen alle diese Parthien reichliche Bacillenhaufen im Innern der Epithelzellen, welche sich übrigens auch durch ihre geringere Tinctionsfähigkeit und Kerndegeneration von den benachbarten Epithelien unterscheiden.

Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Schicht dieser bacillenführenden, scholligen, zerklüfteten Zellen umfasst ungefähr 3—4 äussere Lagen des Conjunctivalepithels. Weiter in die Tiefe hinein konnten die Bacillen nicht verfolgt werden. Auch in dem subepithelialen Bindegewebe gelang es an einer ganzen Reihe von Schnitten nur einmal, mit Sicherheit Stäbchenhaufen (die nicht etwa mit Mastzellen verwechselt werden) zu sehen.

An allen gangränösen Herden der Lunge fanden sich im necrotischen Gewebe an der Grenze zwischen Gesundem und Krankem, an die Gewebselemente gebunden, reichliche Bacillenmengen. Das morphologische Aussehen dieser Mikroorganismen entsprach in den mit Methylenblau gefärbten Präparaten ganz und gar dem gewöhnlichen Xerosisbefunde, nur waren die einzelnen Elemente etwas zierlicher, was jedoch vielleicht auf den Alkoholeinfluss zurückzuführen wäre.

Es ist wohl kaum nöthig, hervorzuheben, dass die angeführten mikroskopischen Befunde für die Annahme, die in den Geweben und pathologischen Producten gefundenen Bacillen seien mit denen auf der Conjunctiva identisch, sehr wenig verwerthbar sind und da eine weitere Fortsetzung der Untersuchungen zunächst keine anderen Ergebnisse versprach, so glaubte ich von derselben vor dieser Veröffentlichung absehen zu dürfen. —

Wenn aber auch der vorliegende Fall unsere Kenntniss über den Zusammenhang der Mikroorganismen der Conjunctiva mit den allgemeinen Krankheitserscheinungen kaum förderte, so schien er mir doch durch den Verlauf und die Ergebnisse der Obduction sehr werthvoll für die Beantwortung der Frage, ob die mit Xerose vergesellschafteten Erscheinungen als ein selbständiges Krankheitsbild anzusehen sind.

Dem Verlauf nach konnte die Krankheit im Beginne allenfalls für Tuberculose gehalten werden, eine Annahme, die indess die Affection der Augen, die eigenthümliche Beschaffenheit der Haut, die grosse Unempfindlichkeit und Apathie bei freiem Sensorium wohl kaum hätte erklären können. Ich hatte jedenfalls den Eindruck, ein derartiges Krankheitsbild noch nicht gesehen zu haben, eine Wahrnehmung die auch Gouvêa[1]) in seinem ersten Falle machte und ausgezeichnet schildert. —

Aus der Reihe der mir zu Gesicht gekommenen Fälle boten drei noch besonders interessante Complicationen dar. Ich sah sie in der dermatologischen Klinik des Prof. Neisser, wohin sie wegen Combustio aestiva gekommen waren. Der erste klagte zu gleicher Zeit über Sehstörungen, die nach seiner Angabe schon vor der Hautaffection bestanden. Ich untersuchte den Patienten und fand eine typische Xerose mit Hemeralopie. Die beiden andern ganz analogen Fälle wurden kurz darauf beobachtet. Alle drei waren Feldarbeiter. Als besonders erwähnenswerth muss der Umstand gelten, dass andere Fälle von Combustio aestiva in diesem Sommer bei dem sehr grossen Material der Breslauer dermatologischen Klinik nicht beobachtet wurden.

Während derselben Zeit, in welche meine Untersuchungen fielen, wurden auch in der Breslauer Universitätsaugenklinik einige Fälle von Xerose beobachtet, von denen ich einen besonders interessanten mit gütiger Erlaubniss des Herrn Professor Dr. Förster hier erwähne.

Ein siebenjähriger Knabe, Johann A., vor einigen Wochen unter typhusähnlichen Symptomen erkrankt, wurde am 9. April 1883 wegen einer Augenaffection in die Klinik gebracht. Der Verlauf der Krankheit war bis auf die intensivere Fieberbewegung bis 40,1 ganz analog dem des von mir angeführten Falles Schütz.

Am 22. April erfolgte der Tod und die Section ergab im Grossen und Ganzen dieselben Befunde, als deren hauptsächlichsten ich eine grosse Gangränhöhle der rechten Lunge hervorhebe. Die von Leber beschriebenen Auflagerungen im Nierenbecken wurden weder in diesem, noch in dem von mir beobachteten Falle gefunden.

Erwähnenswerth erscheinen mir ferner noch einige Fälle, deren Kenntniss ich Herrn Sanitätsrath Dr. Schlockow z. Z. in Breslau verdanke. Derselbe beobachtete Hemeralopie bei Zinkhüttenarbeitern, und nahm als Ursache dafür nach dem Vorgange Moorens die sehr starken Lichtwirkungen an, welche die glühenden Metallmassen erzeugen. Indess erschien es ihm doch befremdlich, dass die Hemeralopie nicht an allen Orten, wo die genannten Bedingungen vorhanden waren, auftrat, sondern sich auf einzelne beschränkte. In der That stellte sich später heraus, dass die Hemeralopen an Xerosis conjunctivae litten, und es dürfte wohl kaum ein Zweifel sein, dass diese Fälle auch in die hier besprochene Kategorie der Hemeralopie gehören.

Schliesslich sei hier noch zweier Fälle von chronischer Xerosis conjunctivae gedacht, bei denen die Hemeralopie fehlte. Im ersten handelte es sich um ein 12jähriges Mädchen, das auf der Klinik des Herrn Professor Förster beobachtet wurde, schon seit mehreren Jahren xerotische Auflagerungen hatte und nicht hemeralopisch war, wenigstens nicht nach dem zur Vorbereitung auf die Photometerprüfung dienenden Aufenthalt im Dunkeln. Der andere betraf einen 13jährigen Knaben, der gleichfalls schon mehrere Jahre die schaumigen Auflagerungen an sich bemerkt haben wollte und der sich bei einer allerdings nur flüchtigen Prüfung als nicht hemeralopisch erwies.

Ehe ich meine Schlussfolgerungen aus den voraufgehenden Beobachtungen ziehe, möchte ich noch einige Bemerkungen über das Symptom „Hemeralopie“ vorausschicken.

Unter Hemeralopie verstehen wir denjenigen pathologischen Zustand des Auges, in welchem das Unterscheidungsvermögen bei herabgesetzter Beleuchtung erheblich schlechter ist, als dasjenige, des unter gleiche Bedingungen gebrachten normalen Organes. Auf welche Weise sie zu Stande kommt, ist noch sehr unklar. Die Bezeichnung als „Torpor retinae“ fördert unsere Erkenntniss kaum. Das gleiche gilt von der Auffassung, nach welcher Macé und Nicati[1]) die Hemeralopie als eine Blaublindheit bezeichnen. Weitergehend ist die Ansicht Parinaud's[1]) der die Ursache der Hemeralopie in einer Erschöpfung des Sehpurpurs ohne Schädigung der nervösen Elemente erblickt. Leider fehlt in dem mir allein zu Gebote stehenden Referate jede Begründung für diese Theorie, indess lassen sich meiner Ansicht nach gewichtige Momente für dieselbe anführen. — Dass das Sehroth zu dem Lichtsinn in enger Beziehung steht, dass der letztere sich beispielsweise mit der Masse des Sehroths steigert, scheint nur aus der Beobachtung Kühne's[2]) hervorzugehen, wonach die Retina der Nachtraubthiere, insbesondere der Eulen auffallend reich an Sehroth ist. — Ferner stellte Kühne fest, dass das Sehroth in der Retina sich nicht regenerire, wenn diese Membran von ihrer natürlichen Unterlage getrennt sei. Die Pathologie des menschlichen Auges hat uns einen Krankheitszustand kennen gelernt, welcher dieses Experiment rein wiedergiebt, nämlich die Sublatio retinae. Bei dieser aber sind, wie ich schon oben hervorhob, die Störungen des Licht- und Farbensinns ganz analog denen, die wir bei der Hemeralopie finden, und wenn wir aus dieser Gleichheit der Symptome auf die Gleichheit der Ursachen schliessen dürfen, so würden wir auch bei der Hemeralopie eine Störung in der Production des Sehroths mit grosser Wahrscheinlichkeit für das wesentliche Moment halten müssen. Des weiteren wird diese Ansicht durch die ebenfalls von Kühne gefundene Thatsache gestützt, dass das Sehroth im lebenden Auge durch Lichteinwirkung consumirt wird. Lassen wir auf unser Auge intensives Licht längere Zeit einwirken, so tritt ein Moment ein, in dem der Verbrauch des Sehroths stärker ist, als die Production und wenn unsere Annahme richtig ist, so werden sich in demselben Moment die Symptome der Hemeralopie einstellen müssen. In der That gelingt es auf diese Weise, normale Augen für kürzere Zeit hemeralopisch zu machen[3]). Bei der eigentlichen Hemeralopie ist dieses Deficit des Sehrothes unter gewöhnlichen Lichtverhältnissen dauernd vorhanden. Dass dieser Satz richtig ist, wird dadurch bestätigt, dass, wenn wir diesem Deficit einen verminderten Verbrauch entgegensetzten, d. h. wenn wir das Auge längere Zeit gegen das Licht abschliessen, früher oder später das gestörte Gleichgewicht wieder hergestellt wird. Die Hemeralopie ist demnach, wie ich schon oben bemerkte, functionell ausgedrückt, nichts weiter, als eine verlangsamte Adaption an verminderte Beleuchtung. —

Wir werden nach diesen Betrachtungen die Heilerfolge durch Dunkelkur bei Hemeralopie erklärlich finden und zugleich verstehen, dass dieselben, wie es ja meist der Fall ist, nur vorübergehend sein können, wenn nicht zu gleicher Zeit die Production des Sehroths zu normaler Höhe ansteigt. Wir werden ferner verstehen, dass intensive Lichteinwirkung bei Augen mit verminderter Sehrothproduction die Hemeralopie gleichsam manifest machen können und verstehen, wie frühere Beobachter auf die Idee kommen konnten, jene Einwirkungen allein für die Affection verantwortlich zu machen. —

Wenn wir endlich in Betracht ziehen, dass die auf das Auge einwirkenden Lichtintensitäten die Retinalfläche ungleichmässig treffen, dass ferner die Adaptionsfähigkeit der Retina nicht in allen Theilen die gleiche ist[4]), so wird es uns nicht befremden, wenn der hemeralopische Defect bald im Centrum, bald in der Peripherie des Gesichtsfeldes gefunden wird. —

Werfen wir nun noch einen Rückblick auf das Gesammtergebniss unserer Beobachtungen, so müssen wir zunächst gestehen, dass unsere Kenntniss von den Krankheitserregern der Xerose durch die Erfahrungen des letzten Jahres nicht wesentlich erweitert worden ist, dass wir vielmehr noch auf demselben hypothetischen Standpunkte stehen, den ich mit Neisser bei unserer ersten Veröffentlichung eingenommen, und oben wieder betont habe.

Auch die Befunde und Impfversuche Leber's haben uns in dieser Richtung nicht so weit gefördert, wie man es nach den von dem genannten Autor eingangs seiner späteren ausführlicheren Veröffentlichung aufgestellten Sätzen annehmen müsste[5]). Wichtiger erscheinen

[1]) Gouvêa l. c.

[1]) S. Nagel: Jahresbericht über die Leistungen der Ophthalmologie 1881 pag. 143 u. pag. 108.

[2]) Kühne über den Sehpurpur: Untersuchungen aus dem physiolog. Institute der Universität Heidelberg I. Band.

[3]) Siehe Förster l. c. p. 32.

[4]) Vergl. Förster l. c. pag. 32.

[5]) Leber: Ueber die Xerosis der Bindehaut und die infantile Hornhautverschwärung, v. Gräfe's Archiv f. Ophthalmologie 29 Band III. —

Es wäre mein Wunsch gewesen, auf die Leber'sche Arbeit näher eingehen zu können, als ich dies in dieser Anmerkung thue. Da jedoch zur Zeit, als Leber's Aufsatz erschien, die Arbeit Kuschbert's schon im Grossen und Ganzen vollendet und ohne Schwierigkeiten eine genügende Berücksichtigung der ersteren nicht mehr möglich war, so

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die klinischen Erfahrungen, die wir in Bezug auf die Complicationen und den Verlauf der Xerose gemacht haben.

In erster Linie stehen die Erkrankungen der Respirationsorgane, vom einfachen Bronchialkatarrh bis zur schweren Pneumonie und Gangränbildung; Erscheinungen wie sie analog in der graduellen Abstufung auch bei einer andern, unbestrittenen Infectionskrankheit, der Tuberculose vorkommen. Diese Erscheinungen seitens der Respirationsorgane werden von den früheren Autoren vielfach erwähnt, insbesondere wird bei den letal endigenden Fällen Pneumonie zumeist als Todesursache angegeben, beispielsweise von Gouvêa,[1] Thalberg,[2] Jacusiel,[3] Leber[4] u. a. — Die wenigen mir bekannten genaueren Sectionsbefunde von Leber, Förster, sowie meine beiden Fälle, erwähnen sämmtlich schwere Lungenaffectionen, Pleuropneumonie, eitrige Herde und Gangrän. —

Eine constante Veränderung zeigt ferner die Haut und zwar ebenfalls in sehr verschiedener Abstufung, von kaum merklicher Verfärbung und Trockenheit, bis zu excessiver Rauhigkeit, Abschuppung, ja sogar gangränösem Zerfall, wie dieser im Falle Schütz beobachtet wurde. Auch jene merkwürdigen Fälle von Combustio aestiva weisen auf eine bedeutende Alteration der Haut hin, in Folge deren die letztere auf relativ geringe thermische Reize so heftig reagirt und ich vermuthe, dass man bei genauerem Zusehen noch oft die Xerose als Vorläufer der Combustio aestiva finden wird.

Ungemein häufig ist die Xerose ausserdem begleitet von krankhaften Erscheinungen seitens des Darmkanals. Besonders die schwereren Fälle litten an profusen Diarrhöen und von einer grossen Anzahl von Autoren werden die letzteren als die Ursache der Xerose resp. Hemeralopie ausgesprochen (vergl. Blessig, Thalberg, Leber etc.). Weniger constant scheinen die Erkrankungen des Zahnfleisches zu sein. Scorbutische Affectionen desselben werden von verschiedenen Beobachtern erwähnt, die eine grössere Anzahl von Xerosefällen zu Gesicht bekamen.[5] Unter meinen Fällen zeigte nur die erste Gruppe, die Kinder im Hedwigshause, die Auflockerung und Verfärbung des Zahnfleisches, während sie bei den übrigen, die vorzugsweise Erwachsene betrafen, fehlte.

Was die Körpertemperatur anlangt, so sind mir zu wenig Daten bekannt, um darüber urtheilen zu können. Im Falle Schütz ergaben die allerdings nicht regelmässig ausgeführten Messungen niemals über 38,7°, häufig normale Temperaturen, während im Förster'schen Falle länger andauernde Erhöhungen bis 40,1° verzeichnet wurden. Nach den verschiedenen Intensitäten der Erkrankung zu schliessen, glaube ich annehmen zu dürfen, dass der Fieberverlauf, etwa wie bei der Tuberculose, ein atypischer ist.

Ebenso wird es in Betreff der chronischen Xerose noch genauerer Beobachtungen bedürfen. Vorläufig haben wir die Wahl, entweder eine Gewöhnung des Organismus an die Noxe anzunehmen, oder die, als einziges Symptom persistirenden xerotischen Plaques der Conjunctiva als locale Residuen aufzufassen.

In Bezug auf die Aetiologie glaube ich zunächst die Irrthümer der bisherigen Theorien aufgedeckt zu haben. Der Nachweis, dass die mit der Conjunctiva und die in den Geweben und pathologischen Producten gefundenen Bacillen die eigentlichen Krankheitserreger seien, ist allerdings noch nicht als erbracht anzusehen, wiewohl diese Hypothese mit Rücksicht auf die Constanz, Massenhaftigkeit und die morphologische Uebereinstimmung der Bacillen sehr plausibel erscheint. Abgesehen davon haben wir in vorzugsweisem Vorkommen der Krankheit zu einer bestimmten Jahreszeit, in dem endemischen Charakter derselben Momente, sie als eine Infectionskrankheit aufzufassen, die ebenso gewichtig sind, als diejenigen, auf Grund deren wir verschiedene andere Krankheiten, beispielsweise den Typhus, ahrelang als unbestritten infectiös angesehen haben. —

möchte ich mir an dieser Stelle erlauben, ganz kurz die wesentlichsten Differenzpunkte zwischen Leber und uns zu berühren.

1. Ich kann durchaus nicht zugeben, dass bei reiner Xerosis eine andere Bacterienform als Bacillen sich findet; speciell halte ich die Angabe, dass Coccen neben den Bacillen vorhanden seien, für nicht zutreffend. Bilder wie Leber's Figur 1a sind uns bei (reiner Xerosis) nie vor Augen gekommen; Bilder wie 1b, in denen rundliche und längere Formen durch einander liegen, kommen zwar bei reiner Xerosis vor, müssen aber, wenn ich mich nicht täusche, so gedeutet werden, dass die runden kürzeren Elemente als senkrecht von oben gesehene, auf dem Kopfe stehende Stäbchen aufgefasst werden. Beweisend für diese meine Ansicht sind namentlich mit Aether vorbehandelte Trockenpräparate, in denen die Bacillen — und ganz entsprechend die scheinbaren „Coccen“ — sich nicht in den stumpfen Formen der Leber'schen Zeichnung, sondern als feinste, schlanke Stäbchen — und Pünktchen präsentiren.

2. Besonders aber muss ich betonen, dass Leber's Präparate und Abbildungen nicht von einem Fall reiner Xerosis, sondern einer Keratomalacie herrühren. Wie ein solches Hornhaut-Ulcus auch entstanden sein mag — ich meine, dass die Xerosisbacillen dafür in diesen Fällen (vergl. den sehr schönen, beweisenden Fall Kuschbert's) verantwortlich zu machen seien — immer werden sich, wie in jeder Pustel, in jeder Ulceration, in jedem der freien Luft zugänglichen Sekret, Micrococcen im Belage desselben finden. Diese Micrococcen aber sind ein nebensächlicher Befund, so lange, als nicht ihre pathogene Wirkung oder Mitwirkung bewiesen ist. — Dass sie mit den Bacillen in keinem directen Zusammenhange stehen, auch mit der Xerosis garnichts zu thun haben, kann ich aus meinen mikroskopischen Untersuchungen so vieler Xerosisfälle und aus den Züchtungsresultaten von Xerosis-Schaum mit Sicherheit behaupten.

3. Weniger Gewicht lege ich auf die Frage, ob die Xerosisbacillen die alleinigen Producenten der fettigen Belagsbeschaffenheit seien. Dass sie eine Hülle besitzen, die Fett enthält, muss ich aber festhalten. Die Breitedifferenzen der ohne Aetherbehandlung gefärbten und nach Aether-Einwirkung tingirten Bacillen sind so gewaltig, dass es sich unmöglich um — mir sehr wohl bekannte — Schrumpfungsvorgänge handeln kann. — Vielleicht mag auch die Gentianafärbung, welche Leber wesentlich anwandte, die Veranlassung zu der Differenz zwischen Leber und mir sein. Gentianaviolett färbt stets grober, weniger electiv, wenn ich so sagen darf, als das von mir meist angewandte Fuchsin, besonders in alkoholischen Lösungen.

Kurz erwähnen muss ich noch, dass meine Reinculturen — ich betone das „Rein“ — einen deutlich fettigen Glanz zeigten.

4. Einen besonderen Werth legt Leber auf die Mitbetheiligung des Nierenbeckens —, ein Befund, welchem ich zwar seine Bedeutung durchaus nicht absprechen will, der mir aber von Leber zu sehr in den Vordergrund gestellt zu sein scheint. — Wie ich zu seiner Angabe (pag. 242) „auch hier finden sich neben dicht gedrängten groben Coccen zahlreiche kurze Doppelstäbchen“ stehe, geht aus meiner Besprechung des Keratomalacie-Befundes hervor. Es muss dieser Befund von „Coccen und Stäbchen“ aber um so mehr betont werden, als mit diesem, in seiner Zusammensetzung also unreinem Belag (die Section wurde frühestens 12 Stunden post mortem gemacht) Leber seine Culturen und Impfungen anstellte. Beide Versuchsweisen kann ich demgemäss schon desshalb nicht als sicher beweisend anerkennen. Was die Culturen anlangt, so habe ich bei meinen (reinen Xerosis-) Culturen nie Wucherungen auf der Gelatine beobachtet, „welche sich nachher bei Zimmertemperatur allmählich über die ganze Oberfläche der Gelatine ausbreiteten und eine Art käsiger Membran bildeten ohne Fäulnissgeruch.“

Was die Impfung betrifft, welche Leber mittheilt, so wurde „gelblich-weisse, schmierige Masse einem Kaninchen in reichlicher Menge in beide Augen eingestrichen“. Das Resultat waren Hornhautgeschwüre. Dieser Beobachtung ist eine andere vorausgeschickt, in welcher einem Kaninchen „an einer Stelle der Conjunctiva sclerae oberflächlich das Epithel entfernt, dann ein wenig von der frisch entnommenen xerotischen Substanz darauf verrieben wurde“. Nach zwei Tagen erschien „die betreffende Stelle in ziemlicher Ausdehnung geröthet und in der Mitte eine weissliche Epitheltrübung“.

Beide Versuche glaube ich nicht als positiv, nicht als beweisend ansehen zu dürfen. Denn: 1. Im letzterwähnten Falle entstand keine Xerosis. 2. Die Impfung mit der Cultur ferner ist nicht mit einer sicheren Xerosisbacillen-Cultur angestellt, und — das Resultat war keine Xerosis, sondern ein Ulcus corneae.

Ob die Ursache dieser Versuchsergebnisse mit Leber in der Verschiedenheit der Thierspecies zu suchen ist (oder, wie ich glaube, in der nicht-xerotischen Natur der Cultur), ist für die Frage irrelevant. Bewiesen ist für die Xerosis Nichts durch die Leber'schen Versuche.

Schliesslich möchte ich in Kuschbert's und meinem Namen Leber gegenüber Verwahrung dagegen einlegen, dass Leber, welcher seine vorläufigen Bemerkungen über einen Fall „Mittheilung“ nennt, unsere Arbeit mit der Bezeichnung „Notiz“ abmacht, eine Arbeit, welche 10 Druckseiten umfasst, welche unter Zugrundelegung von 27 Fällen über alle wesentlichen Punkte des mikroskopischen Befundes, über reichliche Culturen, über Impfungen berichtet, und welche schliesslich doch zum ersten Male die bacterielle Natur der Xerosis klar darlegte und die Auffassung derselben als Theilerscheinung einer Infectionskrankheit zu einem gewissen Grade von Sicherheit erhob. Mit dem von Leber gewählten Ausdrucke correspondirt sein Verhalten auf der Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg, wo er einen Demonstrationsvortrag über Xerose hielt, ohne unserer Arbeit nur mit einem Worte zu gedenken.

Was die Priorität Colomiatti's betreffs des Xerosisbacillenbefundes anlangt, so erkenne ich dieselbe natürlich vollkommen an. Die Mittheilung dieses Fundes war mir entgangen und wurde mir erst durch die neuerliche Publication Reymond's (1883. Rapporti del Xerosis epitel. col Sebo Meibomiano) bekannt, welcher übrigens selbst in liebenswürdigster Weise anerkennt, dass erst unsere ausführliche Beschreibung der Xerosisbacillen ihn die Tragweite des Colomiatti'schen Befundes besser würdigen gelehrt hat. A. Neisser.

1) Gouvêa l. c.
2) Thalberg: Zur Casuistik der durch Inanitionszustände bedingten Hornhautgangrän, Archiv für Augenheilkunde XII. 3.
3) Berliner klin. Wochenschrift 1883. No. 7. Wiewohl Jacusiel nichts von Xerose erwähnt, so glaube ich doch diesen Fall hier anführen zu dürfen, da über die Identität der v. Gräfe'schen Encephalitis mit der Xerose wohl keine Zweifel mehr obwalten dürften.
4) Leber l. c.
5) vergl. Blessig l. c. Cless u. a.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach all' dem Gesagten glaube ich mit Bestimmtheit aussprechen zu können, erstens, dass wir es in der Xerose und den sie begleitenden Erscheinungen mit einem wohlcharakterisirten Krankheitsbilde zu thun haben, das sich unter keins der bisher bekannten subsumiren lässt und zweitens, dass diese Krankheit aller Wahrscheinlichkeit nach parasitären Ursprungs ist.

Ich erkenne mit Gouvêa das Bedürfniss einer neuen Bezeichnung für die Affection an, kann aber selbstverständlich die von ihm proponirte „Hemeralopia cachectica“ nicht für zutreffend halten. Ich möchte vorschlagen, den Namen „Xerose“ als Hauptbezeichnung beizubehalten. Nach weiteren Klarstellungen erst dürfte es sich empfehlen, durch ein Beiwort event. die mycotische Natur der Krankheit anzudeuten.

IV. Ackermann, Die Histogenese und Histologie der Sarkome. Volkmann's Sammlung No. 233—234. Ref. Ribbert.

Die Abhandlung bespricht in ausführlicher Weise den Bau und die Entwicklung, sowie die Frage nach der Aetiologie der Sarkome Sie legt den Hauptnachdruck auf die Bedeutung der stets reichlich vorhandenen Blutgefässe. Diese bilden den Grundstock für den Aufbau des Gewebes, um sie ordnen sich in grösserer oder geringerer Breite die Spindel- oder fibroplastischen Zellen an und so entstehen Bündel von Geschwulstgewebe, die durch Lymphspalten von einander getrennt sind. Die typische Zellform ist die Spindelzelle, die auch in den scheinbar reinen Rundzellensarkomen das Gerüst bildet für die Ablagerung der Rundzellen. In Uebergangsformen sieht man, wie einzelne oder gruppirte runde Zellen sich in das Spindelzellengewebe einschieben. Aber nicht nur für die Structur, auch für die Entwicklung sind die Gefässe maassgebend, insofern die Spindelzellen Abkömmlinge der Zellen der Wandung sind. Die Gefässe bedingen das Wachsthum, sie dringen unter gleichzeitiger Entwicklung der fibroplastischen Zellen in die Umgebungen vor. Auch noch nach anderer Richtung kommen die Gefässe zu hoher Bedeutung. Sie vermitteln die Metastasirung. Der enge Zusammenhang der Zellen mit ihnen gestattet die wahrscheinliche Annahme, dass durch Fortschwemmung jener die metastatischen Knoten entstehen. Besonders einleuchtend ist das für die Formen, bei denen die Gefässe auch im Innern mit Geschwulstzellen angefüllt sind und die Ackermann Endothelioma (Sarkoma) intravasculare zu nennen vorschlägt, und ferner für die Fälle, in denen Geschwulstgewebe in grössere Venen hineingewuchert ist. Wenn auch der experimentelle Beweis für diese Auffassung noch nicht erbracht ist, so zeigen doch andere Versuche (Jahn, Leopold) dass Gewebe mit hoher Wachsthumsenergie, embryonale Zellen, in gutem Nährboden zu proliferiren vermögen und nicht wie embolisirte Stücke fertiger Gewebe resorbirt werden. Leopold sah in seinen Versuchen eine Begründung der Lehre von der Geschwulstentwicklung aus embryonalen Keimen. Cohnheim selbst hat aber seine Theorie neuerdings sehr eingeschränkt, so dass er selbst nicht mehr ein überschüssiges Zellenmaterial, sondern nur noch Gewebsbestandtheile fordert, denen die „Potenz“ zur späteren Tumorbildung innewohnt. Ackermann hält diese Potenz für dasselbe wie „Disposition“ und eine solche glaubt er congenital oder erworben bei der Geschwulstentstehung ebenfalls annehmen zu müssen, jedoch nicht in dem Sinne, dass besondere Zellen disponirt sein müssten, sondern dass aus Elementen des erwachsenen Organismus die Geschwulstzellen hervorgehen können. Er sieht dafür den Beweis in der sicher constatirten Thatsache der Regenerationsprocesse aus fertigen Gewebebestandtheilen. Wahrscheinlich ist es, dass zur Entstehung des Tumors ein „Trauma“ ein zur Hyperämie führender „Reiz“ von Bedeutung ist. Dies die Grundzüge der Arbeit, an die sich noch manche Auseinandersetzungen über Fibrillenbildung, Plasmazellen, Riesenzellen, gallertige Entartung etc. anschliessen. Es leuchtet ein, wie sehr die skizzirten Gesichtspunkte bezüglich der Bedeutung des Gefässapparates das Verständniss der Sarkome fördern, und sie müssen für Bau, Entwicklung und Wachsthum der Geschwulst als maassgebend angesehen werden.

V. Braun (Dorpat), Die thierischen Parasiten des Menschen. Würzburg, Stuber, 1883. Ref. Ribbert.

Ein kurzes Lehrbuch der menschlichen Parasiten war ein Bedürfniss. Die pathologisch-anatomischen Werke behandeln die menschlichen Schmarotzer in einer dem Rahmen der Bücher entsprechenden Kürze und können daher für ein eingehenderes Studium nicht ausreichen. Und Leuckart's grosses Parasitenwerk ist wieder für den Studirenden und Arzt zu voluminös. Beiden wird daher das vorliegende Buch gleich willkommen sein. Es stellt aus den einzelnen Klassen des Thierreiches in aufsteigender Reihe die einzelnen Parasiten zusammen, giebt eine Uebersicht der anatomischen Verhältnisse, der Entwicklung und Lebensweise und illustrirt den Text durch 72 Holzschnitte. Von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass die practische Beschäftigung mit einer Disciplin am besten in dieselbe einführt, giebt Braun am Ende jeden Abschnittes eine Anleitung zur Gewinnung und Untersuchung der einzelnen Formen und leistet dadurch besonders dem Studirenden einen grossen Dienst. Auch die Literatur ist unter den einzelnen Kapiteln zusammengestellt.

Von demselben Verfasser ist jüngst noch ein anderes Werkchen erschienen:

Zur Entwicklungsgeschichte des breiten Bauchraums. Würzburg, Stuber.

Dasselbe enthält die ausführliche Begründung einer im 88. Bande von Virchow's Archiv S. 119 gegebenen Mittheilung, wonach der Bothriocephalus latus seine theilweise Entwicklung in der Musculatur des Hechtes und der Quappe durchmacht und von da auf den Menschen übertragen wird. Es wurden in Fischen die Zwischenwirthe vermuthet, weil Bothriocephalen vorwiegend bei reinen Fischfressern vorkommen. Im Hecht wurden nun Finnen gefunden, die zum Bothriocephalus latus zu gehören scheinen und ihre Uebertragung auf Hund, Katze und Menschen ergab positive Resultate. Die Experimente werden in extenso mitgetheilt und weiterhin wird die Frage erörtert, wie der Hecht seine Bothriocephalus erhält. Die bei ihm vorkommenden Finnen sind nicht unter 8—10 mm gross, jüngere Finnen wurden nicht gefunden. Es liess sich aber zeigen, wie sie in der angegebenen Grösse aus dem Inneren des Darmes durch die Darmwand sich durchbohren, in das Leibesinnere und dann in die Musculatur gelangen. Da nun die ersten Entwicklungsvorgänge nicht wohl in das Darmlumen verlegt werden können, so bleibt nichts übrig, als noch einen dritten Wirth anzunehmen, in dem sie die ersten Stadien durchmachen, um dann erst auf den Hecht übertragen zu werden.

Zahlreiche Figuren auf drei Tafeln liefern zu den anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Auseinandersetzungen die Illustration.

VI. Ziegler, Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. Zweiter Theil dritte Abtheilung. Ref. Ribbert.

An die pathologische Anatomie der Respirationsorgane schliesst sich nunmehr im vorliegenden Heft die des Nervensystems an. Der Schilderung der Centralorgane geht eine längere Auseinandersetzung über die normalen anatomischen und functionellen Verhältnisse voraus. Die Pathologie des Gehirns, des Rückenmarks und der Hirnhäute wird gemeinsam abgehandelt. Dadurch vermeidet die Darstellung freilich einige Wiederholungen, wird geschlossener, der Lernende aber, dem es nicht wenig auf eine leicht übersehbare Anordnung ankommt, dürfte eine getrennte Abhandlung lieber sehn. Nach Figuren, Druck und Art der Schilderung reiht sich das Heft den vorausgegangenen würdig an.

VII. Die Seuchen und Herdekrankheiten unserer Hausthiere mit Rücksicht auf die Zoonosen des Menschen für Thierärzte, Aerzte und Landwirthe. Von Dr. H. Pütz, Prof. d. Veterinärwissenschaft in Halle a. S. Mit 73 in den Text gedruckten Holzschnitten. Stuttgart, Enke 1882. Ref. Wernich.

Das vortrefflich ausgestattete Werk von Pütz hat sich die Aufgabe gestellt, die Thierseuchen nach ihrer diagnostischen, prognostischen und therapeutischen Seite zu besprechen und besonders alle diese Seiten auf die Pointe der Vorbeugungsmaassregeln hin auszuarbeiten. Es wurde geschrieben unter der Erschwerung, dass das Gebiet dieser „Herdekrankheiten“ sich in den letzten Jahrzehnten so beträchtlich vergrössert hat, gleichzeitig allerdings unter dem Einfluss des Aufschwunges der zur Forschung dienenden Methoden und des belebenden, enthusiasmirenden Anreizes, welcher in der Klärung der ätiologischen Momente lag. So bietet es nicht blos nach der systematischen Seite eine das Wohlgefallen erweckende Ausfüllung vieler Lücken dar, an welchen frühere ähnliche Werke zu leiden hatten, sondern es enthält Kapitel, welche in so logischer Begründung darzubieten der früheren Literatur des Gegenstandes schlechthin versagt sein musste.

Glücklicherweise hat seit Ende 1882 (wo das Buch erschien) das Tempo der Bakterien etc. -Forschungen ein retardando erfahren, so dass der Inhalt der fraglichen Abschnitte auch jetzt nur an sehr seltenen Stellen etwa bereits überholt erscheint. — Nach einer Einleitung, welche die allgemeine Aetiologie der epidemischen Zoonosen enthält (einschliesslich der Verbreitungsbezirke derselben, der Witterungseinflüsse, Disposition, der Naturheilkraft, des Fiebers bei Thieren) wendet sich Verfasser zu den Invasionskrankheiten, als der Abtheilung I seines Themas. Die Einwanderungen der sämmtlichen Makrozoen, welche Herdekrankheiten verursachen, also der Cestoden, Trematoden, Nematoden, Dipteren, Arachnoïden, Sarcodethiere, werden hier eingehend erörtert.

Den Inhalt der II. Abtheilung „Infectionskrankheiten“ ausführlich in seinen Unterabschnitten aufzuzählen, würde zu weit führen. Es sei nur hervorgehoben, dass die Verhältnisse der Hühnercholera wie des Milzbrandes ganz besonders sorgsam nach den neuesten Forschungen bearbeitet und durch je einen Nachtrag mit den jüngsten Fortschritten vollständig in Contact gehalten sind. Auch die Pocken der verschiedenen Hausthiere erfahren eine in dieser erschöpfenden und durchdringenden Weise wohl noch nicht früher gegebene Besprechung; ähnlich die Rotzkrankheit, die Perlsucht, die Diphtherie, die Aktinomykose, die septicämischen Erkrankungen. — Irgend eine wesentliche Lücke unter den besprochenen Herdekrankheiten aufzufinden, ist dem Ref. bei aller Aufmerksamkeit nicht möglich gewesen.

Geradezu mustergültig sind überall die prophylaktischen Abschnitte und die über Desinfection behandelt. Den Schluss bilden die Viehseuchengesetze der am meisten für uns in Frage kommenden Culturländer. — Das Pütz'sche Werk ist der Ueberzeugung des Ref. nach das instructivste und reichhaltigste, das über die darin behandelten Gegenstände erschienen ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VIII. Zur Lungenchirurgie. Drainage der rechten Lungenspitze wegen bronchiectatischer Cavernenbildung. Dr. Carl Lauenstein. Centralblatt für Chirurgie 1884 No. 18. Ref. P. Hesse.

Ein wichtiger, durch seinen, noch ein Jahr nach der Operation constatirten, glücklichen Ausgang (siehe desgl. den Fall von Eduard Bull) zu ähnlichem Vorgehen aufmunternder Fall von Lungendrainage wegen bronchiectatischer Cavernenbildung, — ein interessanter Beitrag zu der modernen, brennenden Frage der Lungenchirurgie, die durch Mosler's Vortrag auf dem zweiten Congress für innere Medicin neue Anregung und eine für heute und die nächste Zukunft gültige Indicationsstellung erfahren hat, wird uns vom Verf. mitgetheilt:

Bei einem 37jährigen Manne Symptome einer von der r. Spitze bis zum obern Rand der 3. Rippe vorn, hinten bis 1 Finger breit unterhalb der Spina scap. sich erstreckenden Caverne, putrides Secret in derselben (durch Aspiration erwiesen), Verwachsung der Pleurablätter an der Stelle (durch Probepunction festgestellt), Erscheinungen von Verdichtung des nächstgelegenen Lungenparenchyms, von Katarrh auf beiden Lungen, starke Betheiligung des Allgemeinzustandes (andauernd hohes Fieber bis 40°) massiges, übelriechendes, dreischichtiges Sputum, dessen mikroskopische Untersuchung massenhaft elastische Fasern, verfettete Lungenepithelien, Eiterkörperchen, Fettkrystalle, keine Bacillen ergiebt, Cyanose des Gesichts, fast unausgesetzt wiederkehrende Hustenstösse vor der Operation —: ein Jahr nach derselben mässiger Auswurf ohne üblen Geruch, Erscheinungen lediglich von Katarrh der rechten Spitze, sonst normale Lungen. Die Operation selbst bestand in Kürze geschildert in Resection eines $3^3/_4$ cm langen Stückes der 2. Rippe, Einstechen eines Troicarts (der Pacquelin versagte), Einführung einer Kornzange in die durch jenen geschaffene Oeffnung, Constatirung eines Hohlraumes mittelst des eingeführten Fingers, $9^1/_2$ cm langer, fingerdicker Drain, Ausspülung, Listerverband. Nachbehandlung mit Ausspülungen. Nach ca. 14 Tagen tägliche Menge des Sputums auf $^1/_3$ der früheren verringert, dasselbe eitrig, fast geruchlos. 6 Wochen nach der Operation Pat. mit vollkommen übernarbter Wunde entlassen. Circa $^1/_2$ Jahr nach der Operation ähnliche Allgemeinerscheinungen wie vor derselben, in der rechten Achselgegend Zeichen einer frischen Verdichtung. Durchbruch in der Narbe mit reichlicher Eiterentleerung, danach subjective und objective Besserung. Die Fistel schliesst sich. Ein Jahr nach der Operation Befund wie oben berichtet.

Verf. hält nach dieser Krankengeschichte den Eingriff für voll berechtigt in Fällen von ähnlichem Ergriffensein des Allgemeinbefindens bei bronchiectatischen Cavernen, wenn fehlende erbliche Belastung und Fehlen von Bacillen, Nachweis des putriden Secrets aus einem localisirten Heerde mittelst Probeaspiration, festgestellte Pleuraverwachsung die Operation begründen.

IX. Ophthalmiatrische Beiträge zur Diagnostik der Gehirnkrankheiten. Von Dr. Hermann Wilbrand. Wiesbaden 1884. J. F. Bergmann. Besprochen von Dr. Horstmann.

Verfasser hat in vorliegender Arbeit versucht, aus den Symptomen der lateralen Hemianopsie die Localisation eines Heerdes in der optischen Leitungsbahn und der Rinde des Sehcentrums zu bestimmen, und das vorhandene Beobachtungsmaterial über diese Krankheit daraufhin einer Prüfung unterzogen.

Aus dem Zusammenwirken der drei gesonderten Empfindungsqualitäten Lichtsinn, Raumsinn und Farbensinn besteht die Gesammtäusserung des Gesichtssinnes. Für die Centren dieser einzelnen Qualitäten sind räumlich von einander getrennte Gebiete der Rinde des Hinterhautlappens einer jeden Hemisphäre in Anspruch zu nehmen. Dem Centrum für den Lichtsinn muss eine besondere Bedeutung zugesprochen werden bezüglich der Erhaltung des Gesichtssinnes im Ganzen. Die Fasern nämlich für die Centren des Raum- und Farbensinnes müssen das Centrum für den Lichtsinn durchziehen und so mit ihm in eine bestimmte Verbindung treten.

Nach der Ansicht des Verfassers sind die gesonderten Specialempfindungscentren des Gesichtssinnes schichtenweise so geordnet, dass das Centrum für den Lichtsinn zunächst der Markstrahlung, das für den Farbensinn zunächst der Oberfläche und zwischen beiden das für den Raumsinn sich befindet. Daher entsteht ein Gesichtsfelddefect für die beiden letzteren Sinne, sobald bei irgend welcher Grösse der homonymen hemianopischen Gesichtsfelddefecte die Lichtempfindung fehlt, und zwar mindestens von derselben Grösse. Ebenso ist ein Defect für den Farbensinn stets mit einem gleichen des Raumsinnes verknüpft.

Die Erscheinungen der lateralen Hemianopsie treten auf, sobald einseitige Störungen in diesen Centren, der Markstrahlung oder dem Tractus opticus sich zeigen.

Eine durch Tractuserkrankung hervorgerufene Hemianopsie ist stets eine absolute d. h. innerhalb des Defectes sind sämmtliche drei Empfindungsqualitäten des Gesichtssinnes in Wegfall gekommen. Bei Beleuchtung der ausser Function gesetzten Retinalhälften wird keine oder eine nur sehr träge Contraction der Pupillen erfolgen. Ausser Sehstörung braucht kein anderes Symptom vorhanden zu sein.

Bei Verletzung des Pulvinar entsteht absolute laterale Hemianopsie mit Erhaltung der Pupillenreaction auf Licht, sobald die ausser Function gesetzten Netzhauthälften beleuchtet werden.

Die Hemianopsie bei Heerden in der Markstrahlung kann eine complete und incomplete, muss aber stets eine absolute sein. Dieselbe ist häufig complicirt mit andern Hirnsymptomen. Die nicht functionirenden Retinalhälften rufen bei Beleuchtung Contraction der Pupillen hervor. Photopsien werden dabei beobachtet.

Befinden sich einseitige Heerde in der Rindensubstanz, so kann die Hemianopsie eine complete, incomplete, absolute und nicht absolute sein, je nachdem der Heerd die ganze Rindenfläche des Sehcentrums in seiner ganzen Dicke eingenommen hat, oder nur einzelne Theile. Andere Gehirnsymptome fehlen hier gewöhnlich. Bei Beleuchtung der ausser Function gesetzten Netzhauthälften reagirt die Pupille prompt und ergiebig. Bei Zerstörung der Lichtsinncentren ist es unmöglich, Photopsien hervorzurufen.

Heerde in den Sehstrahlungen und der Rinde zugleich sitzend, sind von Rindenheerden nur dann zu unterscheiden, wenn neben den stationären Rindensymptomen auch stationäre Ausfallserscheinungen von anderen Gehirnregionen vorliegen, welche nicht auf eine Rindenaffection zu beziehen sind, die aber zugleich mit der Hemianopsie aufgetreten sein müssen, und sich als stationäre bewiesen haben.

Den Schluss der Arbeit bildet die Mittheilung eines Falles von Hemianopsia lateralis dextra mit Störungen in der Fühlsphäre.

X. Dreizehnter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

VII.

Zweiter Sitzungstag Donnerstag, d. 17. April 1884.

Morgensitzung im Amphitheater der königl. chirurg. Universitätsklinik Ziegelstrasse 5/9 von 10—1 Uhr.

(Fortsetzung aus No. 21.)

Es folgte Herr Grawitz, der Assistent Virchow's, mit einem sehr interessanten Vortrage: über die Entwickelung der Nierentumoren aus abgesprengtem Nebennierengewebe.

Wenn auch das chirurgische Interesse an diesen in der Litteratur verschieden benannten, zuletzt als Adenome (Klebs) bezeichneten Tumoren gering sein mag, so ist doch die Entstehungsgeschichte gerade für die Cohnheim'sche Theorie der Neoplasmen, welche ja versucht worden ist, als ausschliessliche aufzustellen, ein sehr gutes Paradigma. Im Sommer vor. J. publicirte Herr G. eine Abhandlung in Virchow's Archiv über obiges Thema, in der er nachwies, dass die ziemlich häufigen Knötchen in der Nierenrinde abgesprengte kleine Stückchen der Nebenniere sind. Der Beweis scheint G. durch folgende vier Punkte gesichert: 1) Kommen wirklich im Nierengewebe Nebennierenstückchen häufig vor? 2) Kommen sie an den Stellen vor, wo diese Strumaknötchen sitzen? 3) Kann es sich bei diesen um wucherndes Nierengewebe handeln? 4) Ist die Structur der Strumaknötchen genau die des Nebennierengewebes? — Was den ersten Punkt betrifft, so war Herr G. erstaunt, wie häufig Nebennierenstückchen unter der Corticalis gefunden werden, manchmal an 2—3 Präparaten an einem Tage. Diese Keime variiren von der Grösse eines kleinen gelben Knötchens bis zur Grösse einer ganzen Nebenniere. Was den Sitz der Lipome betrifft, so sitzen sie mit Vorliebe im oberen Umfange, cortical, wo eben die Nebenniere anliegt, nicht selten aber auch am unterem Umfange; sie liegen entweder dicht im Niveau der Nierenoberfläche, oder sie dringen auf kleinere Strecken in die Nierensubstanz vor oder endlich es ist wirkliches Parenchym zwischen Knoten und Nierenoberfläche gelegen. Gerade dieser Lage entsprechen die abgesprengten Nebennierenstückchen. Aus der Zeit, wo die Niere im Foetus aus den einzelnen Renculis besteht, besitzt G. zahlreiche Päparate, an denen nichts man das gelegentliche Eindringen des Nebennierengewebes zwischen die Spalten (also da, wo Columna Bertini nachträglich ist) verfolgen kann. Was den 3. Punkt betrifft, so läge es ja eigentlich nahe zu glauben, dass es sich um Wucherung in den Harnkanälchen handelt; es gibt ja in der Niere eine Reihe kleiner Geschwülste. Aber diese Strumaknötchen haben nichts gemein mit jenen kleinen Geschwülsten von papillärem Bau, von denen neuerdings Weichselbaum in Wien mit Sicherheit behauptet hat, dass sie aus Harnkanälchen entstünden: ihre Structur hat Klebs zuerst genau beschrieben: reticulirtes Bindegewebe mit Epithelzellen. Es fehlt jeder Grund zur Annahme, dass diese Knoten aus Nierengewebe entstanden sind. Und damit kämen wir zum letzten Punkt. Die feinere Textur, der Typus polygonaler Epithelzellen ist durchaus von dem der Harnkanälchen zu unterscheiden. Die Zellen zeigen regelmässig Anfüllung mit einem grossen Fetttropfen, wie in der Nebennierenrinde. Das spricht besonders dafür, dass es sich um Deriwate nicht der Niere, sondern der Nebenniere handelt. (Sarcome der Nebenniere zeigen ähnliche Aenderung.) Auch die Neigung zu schleimigem Zerfall, zu myxomatöser Anordnung mit hämorrhagischem Centrum entspricht der Nebenniere. Der geführte Beweis

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist allerdings ein indirecter, aber ebenso sicherer, wie z. B. der des Ursprungs der Knochencysten aus abgesprengten Knorpelstückchen, wie ihn Virchow gab.

Herr Credé jun. (Dresden) stellte einen jungen Mann vor, dem vor 2 Jahren ein circulärer Kropf entfernt worden ist. C. hat in $3^1/_2$ Jahren 22 Mal Struma exstirpirt und zwar um das Leben zu retten. In $^2/_3$ der Fälle war die Totalexstirpation nothwendig, in $^1/_3$ der Fälle wurden Theile der Drüse zurückgelassen. Bis auf ein Mädchen, das unter meningitischen Erscheinungen starb, welche möglicherweise recidive waren ($1^1/_2$ Jahre vorher hatte sie an schwerer Meningitis gelitten), genasen alle Fälle. Alle Formen der Neubildung waren vertreten; darunter ein substernaler Kropf bei einer Frau, der nach einem Typhus verschwunden war und nach 2 Jahren wiedergewachsen die heftigsten Erscheinungen machte. Von 2 circulären Kröpfen war der mitgebrachte Patient der interessanteste. Vor $2^1/_2$ Jahren als 16jähriger zeigte er einen vollen Hals, der angeblich seit 7 Jahren entstanden war; dabei bestanden hochgradige stenotische Erscheinungen mit Erstickungsanfällen; seit $^1/_2$ Jahr war das r. Stimmband gelähmt. Mit einem Medianschnitt wurde zunächst der linke sehr harte Lappen herausgeholt, wobei es sich herausstellte, dass er den Kehlkopf umfasste. Alsdann wurde der rechte Lappen herausgelöst, der so weit nach links hinüberreichte, dass beide Lappen 1 cm übereinander griffen. Der obere Theil war vom Munde fühlbar gewesen. Die Operation verlief sehr glücklich; doch musste Pat., 14 Tage lang durch die Schlundsonde ernährt werden, da er nicht schlucken konnte. Die Recurrenslähmung hat sich nicht vollständig ausgeglichen. Die Trachea war sehr verengert, verlief bogenförmig von r. h. nach v. l. und hatte ovale Form.

In der Discussion bemerkt Herr Baumgaertner (Baden-Baden), dass er ebenfalls drei exquisite circuläre Kröpfe excidirt habe, darunter einen von 180 gr. Ein Fall starb an septischer Pleuritis. Ausserdem berichtet Herr Credé über den vor 2 Jahren vorgestellten Pat., welchem die Milz exstirpirt worden war. Derselbe ist völlig rüstig und betreibt seine Profession als Maurer.

Herr Czerny bemerkt, dass die Pat., der er vor 5 Jahren eine hypertrophische Wandermilz exstirpirt habe, keine Blutveränderungen zeige; dagegen habe sie schwere nervöse Erscheinungen, bes. Tic convulsif im Gesichte.

Hierauf demonstrirte Herr von Hacker (Wien) einen Milztumor (primäres Sarkom), welchen Prof. von Billroth am 20sten März d. J. glücklich entfernt hatte. Die 43j. Frau bemerkte vor 7 Jahren eine zweifaustgrosse Geschwulst in der linken Lende, die seit 2 Jahren zu wachsen begann und seit einigen Monaten heftige Schmerzen nach Schulter und Kreuz hin verursachte. Die stark hervorgewölbte mittlere Bauchgegend zeigte einen Umfang von 71 cm; der Tumor hatte einen Längsdurchmesser von 25 cm, einen Querdurchmesser von 18 cm, war nach oben und unten scharfrandig und zeigte 2 deutliche Einkerbungen. Ein Convolut von Darmschlingen ging bei Bewegungen mit. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose nahm ein Neoplasma der Milz an, weil höckrige Protuberanzen zu fühlen waren. Leukämie war durch die Blutuntersuchung auszuschliessen.

Bei der Laparotomie fanden sich an der convexen Fläche des Tumors keinerlei Adhäsionen; wohl aber gegen den Hilus zu, die zum Theil gelöst, zum Theil durch Unterbindung getrennt wurden. Blutung aus der Milzkapsel konnte durch Schwämme gestillt werden. Arter. und Vena lienalis wurden isolirt doppelt verbunden und durchschnitten. Von dem zum Theil sehr fest verwachsenen Pancreasschweif wurde ein 3—4 cm grosses Stück an der Geschwulst zurückgelassen. Nachdem die Kranke vom Collaps sich erholt hatte, war der Verlauf ein befriedigender, bis auf leichte Brechneigung. 8 Tage später wurden die Nähte entfernt: eine Naht löste sich beim Erbrechen und wurde sofort neu angelegt. — In der 3. Woche war eine geringe Vermehrung der weissen Blutzellen nachweisbar, doch nur der lymphogenen, nicht der Mikrocyten. Weder die Schilddrüse, noch die Lymphdrüsen wurden grösser. Keine Knochenschmerzen, keine Nervosität.

Dieser Fall scheint die 1. Splenotomie wegen eines Neoplasmas zu sein.

Die Milz-Entfernung bei Leukämie hat bekanntlich bis auf den Fall Franzolini's (Udine) nur traurige Resultate wegen der nicht zu stillenden Blutung gegeben. Die glücklichen Fälle betreffen nur Wandermilzen und Cysten (auch Abscesse und Traumen. A. d. Ref.). Ausserdem ist grade obige Splenotomie wegen der anstandslosen Durchtrennung des Pancreas sehr bemerkenswerth. Damit schloss die Morgensitzung des Donnerstags.

In den Morgenstunden von 8—10 hatte Herr Prof. Küster das reiche Material des Augustahospitals den Gästen des Chirurgen-Congresses demonstrirt. Mehrere interessante Schädelverletzungen, darunter eine durch Revolver, bei dem die Trepanation entschiedene Vortheile hatte, ein Echinococcus der Orbita, ausgedehnte Rippenresection bei Empyem, eine Reihe von Hüftresectionen wurden gezeigt und besprochen. Als Verbandmaterial werden Sublimat Mooswollkissen benutzt. Pauly (Posen).

(Fortsetzung folgt.)

XI. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 19. Mai 1884.

Vorsitzender: Herr Fraentzel.
Schriftführer: Herr P. Guttmann.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

1. Herr Fritsch. Demonstration des Gehirns des von Herrn Goltz auf dem Congress für innere Medicin vorgestellten Hundes.

(Da der Vortrag des Herrn Fritsch ohne die zugehörige Abbildung, welche in der Kürze der Zeit nicht hat fertig gestellt werden können, schwer verständlich ist, bringen wir den Vortrag mit der sich daranschliessenden Discussion in der nächsten Nummer.)

2. Herr Leyden theilt der Gesellschaft mit, dass Herr Geh. Rath Koch ihn beauftragt hat, dem Verein seinen Dank für die ihm überreichte Adresse auszusprechen.

Ferner verliest Herr Leyden zwei Schreiben von Herrn Geh. Rath Schroeder und Herrn Stabsarzt Rosenzweig, welche auf den von Herrn Leyden in der Sitzung vom 24. März d. J. gehaltenen Vortrag über spontane Peritonitis Bezug nehmen. In diesem Vortrag hatte Herr L. die Frage von der Möglichkeit eines operativen Eingreifens behufs Heilung der Peritonitis aufgeworfen, und es waren von verschiedenen Seiten Ansichten und Erfahrungen über diese Frage beigebracht worden. Die eingegangenen Briefe vervollständigen die damals stattgehabte Discussion in dankenswerther Weise, und ist besonders die Aeusserung des Herrn Prof. Schroeder von Bedeutung, auf dessen Erfahrungen in dieser Sache schon damals durch Herrn Litten verwiesen war.

Herr Schroeder schreibt:

„Durch die Lectüre Ihres Vortrages und die sich daran anknüpfende Discussion, der beizuwohnen ich leider verhindert war, finde ich mich veranlasst, Ihnen mitzutheilen, dass ich vor 5—6 Jahren mehrere Male — wenn ich nicht irre dreimal — bei allgemeiner puerperaler Peritonitis den Versuch gemacht habe, durch die Laparotomie die Kranke zu retten. Ich habe bei ganz kleinem unfühlbar werdendem Pulse operirt, habe aber gar keinen Erfolg davon gesehen. Die Kranken sind genau in der Zeit gestorben, in der der Tod zu erwarten war, d. h. in schon 6 Stunden vom unfühlbar werdenden Puls an gerechnet. Ob, wenn man früher operirt, bessere Resultate zu erwarten sind, bezweifle ich.

Ist der Eiter- oder Jaucheheerd abgesackt, wenn auch von colossaler Grösse, so sind die Erfolge der Operation wahrhaft zauberhaft. Auf einige derartige von mir operirte Fälle hat Herr Litten Bezug genommen."

Der zweite Brief von Herrn Stabsarzt Rosenzweig lautet:

„Euer Hochwohlgeboren beehre ich mich in Folge Ihres am 24. März d. J. gehaltenen Vortrages „über spontane Peritonitis", in welchem Sie Gelegenheit nahmen, zu äussern, dass Sie sich schon lange mit dem Gedanken beschäftigen, ob es nicht möglich wäre, der Peritonitis auf operativem Wege beizukommen, ganz gehorsamst mitzutheilen, dass ich im Jan. 1866 beim Gefreiten Georg Rauhut der 2. Compagnie 2. Posenschen Landwehr-Regiments No. 19 wegen Peritonitis die Punction gemacht habe.

Der Leib war so aufgetrieben, dass der Patient jeden Augenblick zu ersticken drohte, und nur um dem Patienten die letzten Augenblicke des Lebens noch zu erleichtern, machte ich eine Probepunction; zischend stürzte nur Luft heraus, es trat sofort eine derartige Erleichterung ein, dass Patient vor Freude seine Umgebung umarmte. Nach einigen Tagen war aus derselben Indication eine nochmalige Punction des Unterleibes nöthig, und floss aus der Oeffnung viel Eiter hervor. Unter Gebrauch von permanenten warmen Bädern wurde R. vollkommen wieder hergestellt und im August 1866 wegen Körperschwäche nach überstandener Unterleibsentzündung als zeitig unbrauchbar eingegeben. R. hat noch den Feldzug 1870, in welchem er gestorben, zum Theil mitgemacht."

Schluss der Sitzung gegen $9^1/_2$ Uhr.

XII. Berliner Medicinische Gesellschaft.

(Original-Bericht.)

Sitzung am 21. Mai 1884.

Vorsitzender: Herr Senator.

1. Herr H. Krause: Vorstellung eines Falles von Lupus veli palat. Die vorgestellte Patientin ist ein 17jähriges Mädchen, welches in der Kindheit scrophulös gewesen ist; vor $2^1/_2$ Jahren hat sie wegen scrophulöser Caries den Zeigefinger der linken Hand durch Exarticulation verloren. Sie behauptet, seit $1^1/_2$ Jahren das Nasenleiden zu besitzen. Die Affection am Gaumensegel hat keinerlei subjective Symptome veranlasst. Das Leiden des Velum palat. ist dadurch ganz besonders interessant, weil es sich als vorzügliches Paradigma einer frühen Form von Schleimhaut-Lupus überhaupt darstellt. Mitten über der Uvula findet sich ein erbsengrosser Knoten auf der anämischen Schleimhaut, die keinerlei Infiltration zeigt. Derselbe entstand durch Confluenz dreier kleiner, gelber Papillarexcrescenzen und ist von einem schmalen Hof umgeben. Rechts befindet sich isolirt davon ein kleiner hanfkorngrosser Knoten; unter diesem bemerkt man zuweilen einen beginnenden kleineren Knoten. Im Nasenrachenraum keine Knötchen, nur im Septum hinten rechts eine Verdickung. Larynx und Epiglottis frei.

Redner geht auf die über diesen Gegenstand veröffentlichten Arbeiten von Chiari und Riehl sowie von Hasslund ein. Die ersteren bringen eine Statistik von 38 bisher veröffentlichten Fällen von unzweifelhaftem Kehlkopflupus. Am häufigsten, nämlich in 25 Fällen waren jugendliche weibliche Individuen betroffen, davon 15 unter 20 Jahren. Von 8 Männern

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

waren 4 unter 20 Jahre alt. Alle Kranken hatten Lupus im Gesicht, nur 2 Mädchen und 1 Knabe waren davon frei. **Hasslund** giebt eine Zusammenstellung von 10 Fällen, welche in Betreff des Alters und des Geschlechtes der Befallenen eine Bestätigung der von **Chiari** und **Riehl** mitgetheilten Fälle giebt.

Die Differentialdiagnose scheint seit den neuerdings gemachten Befunden von Tuberkelbacillen an Sicherheit zu gewinnen. Nach dem Mitgetheilten scheint ferner ein differentialdiagnostisches Moment, dass der Lupus im Gegensatz zur Larynxtuberculose in den häufigsten Fällen jugendliche Lebensalter befällt. Während bei Tuberculose zumeist die inneren Organe zuerst befallen werden, befällt der Lupus mit wenigen Ausnahmen zuerst die äusseren Hautdecken.

Therapeutisch empfiehlt sich eine energische Behandlung mit der von Köbner empfohlenen Auslöffelung und mit dem Chlorzinkstift.

Herr Köbner glaubt, dass die combinirte Behandlung mit dem Volkmann'schen scharfen Löffel und dem Chlorzinkstift bei bestimmten Formen und Localisationen des Lupus vulgaris auch durch die neuste Bereicherung unserer Kenntnisse von der Aetiologie des Lupus nicht hinfällig geworden ist. Herr K. hat speciell in diesem Falle sowohl die äussere Nasenhaut als auch die Mucosa des Einganges ungefähr $1\frac{1}{2}$ cm tief ausgelöffelt und unmittelbar mit dem Chlorzinkstift ausgebohrt. Die durch den so gebildeten Schorf hervorgebrachten Wirkungen sind äusserst evident, und häufig gelingt es mit einer solchen Aetzung des Terrains Herr zu werden. Daneben kann aber nicht genug Gewicht gelegt werden auf die Untersuchung mit dem Nasenspiegel. Bei der vorgestellten Kranken hat dieselbe ein umfangreiches Geschwür am Septum ergeben, durch dessen Behandlung es gelingen wird, einer sonst sicheren Perforation vorzubeugen.

Herr K. schliesst daran die Bemerkung, dass, so sehr wir heute noch berechtigt sind, den Lupus vulgaris klinisch als besondere Form von der eigentlichen Tuberculose der Haut abzusondern, dennoch der Beweis erbracht zu sein scheint, dass wir es mit einer wirklichen Tuberculose der Haut zu thun haben. Auch hier stehen wir der Thatsache gegenüber, dass ein und dieselbe Noxe zwei sehr differente klinische Bilder hervorruft.

2. Herr **Gnauck**: Ueber Augenstörungen bei multipler Sclerose. (Autorreferat.)

Meine Herren! Die multiple Sclerose — oder wie man wohl richtiger sagt, die fleckweise graue Degeneration des Gehirns und Rückenmarks ist bekanntlich eine Krankheit erst der letzten Jahrzehnte, und es ist vorwiegend das Verdienst **Charcot's**, dieselbe genauer erforscht und präcisirt und sie unter die feststehenden klinischen Krankheitsbilder eingereiht zu haben.

Die Diagnose der multiplen grauen Degeneration war immer eine schwierige und ist es noch heute; ja die Schwierigkeiten derselben haben in neuester Zeit eher noch zugenommen. Wer eine Anzahl solcher Kranken gesehen hat, weiss, dass das Krankheitsbild, welches **Charcot** so meisterhaft gezeichnet hat, trotz seiner Vorzüge doch zu schematisch ist, und dass ihm die wenigsten Fälle ganz entsprechen. Dieses Krankheitsbild ist wohl zu bekannt, als dass ich es hier noch einmal zu skizziren brauchte.

Besonders sind es ja die Anfänge der Krankheit, welche in Folge des Lückenhaften und der häufig geringen Intensität der Erscheinungen eine sichere Diagnose kaum gestatten und die Verwechselung besonders mit Neurose häufig machen. Aber auch die ausgebildete Krankheit kann zu Irrthümern führen, da bekanntlich verschiedene andere Rückenmarkserkrankungen unter dem Bild der fleckweisen grauen Degeneration verlaufen können — und umgekehrt. Ferner giebt es Fälle, bei denen es während der ganzen Krankheitsdauer zweifelhaft bleibt, ob sie als Neurosen, besonders als Hysterie oder als multiple Sclerose oder als eine Verbindung beider Affectionen aufzufassen sind. Bis jetzt erachtete man allerdings die Diagnose als gesichert, wenn zu den Störungen von Seiten des Rückenmarks auch solche von Seiten der Gehirnnerven hinzutraten. Allein auch dies ist nicht mehr absolut stichhaltig, denn neuerdings hat **Westphal** Fälle mitgetheilt, welche klinisch vollständig das Bild der multiplen grauen Degeneration des Gehirns und Rückenmarks darboten (dabei Doppelsehen, scandirende Sprache, Verlangsamung der Augenbewegungen etc.), deren Sectionsbefund, resp. mikroskopischer Befund aber durchaus negativ ausfiel.

Aus diesem Grunde wäre es natürlich sehr erwünscht, ein relativ sicheres Unterscheidungsmerkmal zwischen wirklich multipler Sclerose und so zu sagen Pseudoformen derselben zu finden. Und in der That, wie **Westphal** schon hervorgehoben hat, giebt es ein solches, welches, wenn es vorhanden ist, eine ziemliche Sicherheit der Diagnose ermöglicht. Dies ist die Atrophie des Nervus opticus.

Wenn ich in meinem Thema ganz im Allgemeinen von Augenstörungen gesprochen habe, so möchte ich dies heute etwas beschränken. Ich beabsichtige nicht über die Störungen der Augenmuskeln, Doppelsehen, Nystagmus etc., welche sich ja bei multipler Sclerose häufig finden, zu sprechen und ich werde sie nur nebenbei statistisch erwähnen. Ich habe heute besonders die Affectionen des Nervus opticus im Sinne und möchte auf Fälle dieser Art einige Augenblicke Ihre Aufmerksamkeit lenken.

Meine Herren, es ist eine bekannte Thatsache, dass Störungen im Bereiche des Nervus opticus, besonders auch Atrophie desselben bei multipler Sclerose, ein nicht zu seltenes Vorkommniss abgeben. Die meisten von Ihnen werden solche Fälle beobachtet haben und dem Ophthalmologen ist es vielleicht etwas Gewöhnliches. Allein es ist doch bemerkenswerth, dass genauere Befunde darüber sehr wenig vorliegen. Es ist erwähnt, dass Herabsetzung der Sehschärfe häufig, ungefähr in der Hälfte der Fälle, vorkommt, dass wieder die Hälfte dieser letzten Fälle ausserdem Atrophie des Opticus aufweise; ferner werden Gesichtsfeldbeschränkungen verschiedener Art erwähnt, in seltenen Fällen auch Neuritis mit folgender Sehnervenatrophie.

Ich möchte Ihnen nun an der Hand meines Materiales eine Reihe von Störungen am Sehnerven vorführen, welche auf der einen Seite das Bekannte bestätigen, auf der andern Seite vielleicht einige neue Gesichtspunkte darbieten.

Um nun durchaus genaue Befunde zu gewinnen, war eine specialistische Augenuntersuchung eine Nothwendigkeit. Ich habe daher das Material gemeinsam mit Herrn **Uhthoff** bearbeitet und wir haben alle Kranken eingehend und wiederholt untersucht.

Es liegen mir 50 Fälle von multipler grauer Degeneration des Gehirns und Rückenmarks vor, welche ich Gelegenheit hatte, auf der Nervenklinik und Poliklinik der Charité zu beobachten. Diejenigen Kranken, welche das Bild der spastischen Spinalparalyse darboten, habe ich nicht mit dazu gerechnet, da unter diesem Bilde die multiple Sclerose verlaufen kann, dies aber bekanntlich durchaus nicht nothwendig ist. Es waren deren 5 Fälle. Uebrigens fanden sich bei diesen Kranken auch niemals Augenstörungen.

Von diesen 50 Kranken hatten Störungen an den Augenmuskeln 13, Störungen an den Pupillen 19 (darunter viermal Pupillenstarre). Ich erwähne dies Letztere hier besonders, weil man vielleicht auch die Pupillenstarre als diagnostisches Unterscheidungsmerkmal von Pseudoformen der multiplen Sclerose herbeiziehen könnte; allein es kommt eben sehr selten vor.

Von den 50 Kranken hatten 22 keine Sehstörungen; die übrigen 28 hatten solche, 8 davon zeigten nichts als Herabsetzung der Sehschärfe verschiedenen Grades. 5 zeigten Herabsetzung der Sehschärfe und Gesichtsfeldbeschränkungen, die andern 15 zeigten zum Theil auch die erwähnten Störungen, vor Allem aber durchgängig Veränderungen des Augenhintergrundes. Die Letzteren bestanden einmal in totaler Sehnervenatrophie mit Erblindung, dann in partieller Sehnervenatrophie, Verfärbung der Papillen und zwar hauptsächlich der temporalen Hälften, ferner in Hyperämie der Papillen und Neuritis optica.

Indem ich nun auf die einzelnen Fälle etwas näher eingehe, werde ich aus der Fülle des Materials nur das Wichtigste herausnehmen und, indem ich im Ganzen mehr resümire, nur diesen und jenen Fall, welcher ein besonderes Interesse darbietet, eingehender besprechen.

Die 8 Fälle mit amblyopischen Erscheinungen bieten nichts Besonderes dar, und ich beginne sogleich mit den Fällen, welche Gesichtsfeldbeschränkungen und Herabsetzung der Sehschärfe zeigten, welche letztere zum Theil ziemlich bedeutend war. Bei den meisten handelte es sich um eine concentrische Gesichtsfeldbeschränkung von 10—30 Grad. Eine solche war auch für Farben, und zwar bisweilen in hohem Grade vorhanden; dabei besteht eine sonderbare perverse Farbenperception, indem z. B. blau als grün bezeichnet wird und umgekehrt.

Ich will auf diese eigenthümlichen Störungen, welche meist auch mit Störungen anderer Sinnesnerven und mit psychischen Störungen verbunden sind, welche man auch als sensorische Anästhesien bezeichnen kann, nicht näher eingehen.

Die Herren **Oppenheim** und **Thomsen** bearbeiten gerade das Thema der sensorischen Anästhesien und werden diese Fälle mitverwerthen.

Ich will nur erwähnen, dass diese concentrischen Gesichtsfeldbeschränkungen einem grossen Wechsel unterworfen sind, und die heute erhobenen Befunde können kurze Zeit darauf ganz verändert sein, ja, die Störung kann einmal auch vollständig wieder verschwinden. Uebrigens sind 2 der Fälle zur Section gelangt und diese hat die Diagnose der multiplen grauen Degeneration bestätigt.

Einen Fall möchte ich besonders hervorheben. Im Verlaufe der Krankheit nämlich, unter Vorangang eines Schüttelfrostes traten plötzlich auf- und abgehendes Flimmern vor den Augen, Donnern im rechten Ohre und stechende Schmerzen auf der rechten Seite des Gesichtes auf. Nach einigen Tagen fand ich die Sensibilität der rechten Gesichtshälfte abgeschwächt und auf dem rechten Auge nach aussen einen kleinen Gesichtsfelddefect. Nach 10 Wochen war die Störung wieder vollständig verschwunden. Das Interesse dieses Falles liegt sowohl in der Kleinheit des Gesichtsfelddefectes und in der kurzen Dauer seines Bestehens, als auch in dem directen Zusammenhange dieser

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störung mit Erscheinungen von Seiten anderer Gehirnnerven, welche letzteren ebenso schnell wieder verschwanden.

Ich komme zu den Fällen mit ophthalmoskopischem Befunde und bringe zuerst 2 Fälle von totaler Sehnervenatrophie mit Erblindung.

Bei dem ersten Falle, einem Manne von 42 Jahren, bildete die Sehstörung den Beginn der multiplen Sclerose. Im Februar 1883 bemerkte der Kranke Nebeligsein vor den Augen, was schnell zunahm; Ende Mai war er schon ganz blind. Anfang Mai erst zeigten sich andere Krankheitserscheinungen von Seiten des Nervensystems. Im Juni fanden sich beide Papillen vollständig atrophisch.

Hier verdient zweierlei hervorgehoben zu werden, zuerst der Beginn der Erkrankung nur mit der Sehstörung und dann die ungemein schnelle, binnen 4 Monaten erfolgte vollständige Erblindung.

Beim zweiten Falle, einem Mädchen von 25 Jahren, begann die Krankheit mit rechtseitiger totaler Ptosis. Als sich dieselbe nach einigen Monaten besserte, konnte Patientin auf dem rechten Auge fast nichts mehr sehen. Erst nach 2 Jahren begannen sonstige Krankheitserscheinungen. Nach 3 Jahren trat Verschlechterung des Sehvermögens auf dem linken Auge ein. Im 5ten Jahre wurden beide Papillen vollständig atrophisch gefunden.

Ich habe diese Fälle etwas ausführlicher erwähnt, weil, wie schon Charcot, Erb, Förster und Andere hervorheben, totale Sehnervenatrophie mit Erblindung bei multipler Sclerose sehr selten vorkommen und in der Literatur sehr wenige solche Fälle beschrieben sind. Charcot verweist auf einen solchen Fall von Magnan. Allein ob derselbe hierher gehört, ist doch sehr fraglich. Die Erblindung entstand daselbst 19 Jahre vor dem Beginne der multiplen Sclerose, und zwar im Anschluss an einen Typhus.

Die zweite Gruppe von Fällen ist diejenige mit partieller Atrophie des Opticus. Solcher Fälle giebt es in der Literatur eine ziemliche Anzahl, bald mit, bald ohne Abschwächung des Sehvermögens.

Diese partielle Opticusatrophie stellt sich in 4 von meinen Fällen als scharf begrenzte Verfärbung der temporalen Hälften der Papillen dar. In 6 Fällen sind auch die inneren Hälften der Papillen etwas befallen, aber um vieles weniger als die äusseren, so dass die deutliche Markirung der letzteren immer auffallen muss.

Zwei Fälle hebe ich aus dieser Gruppe besonders hervor.

Bei dem ersten Falle, einer Frau mit Namen Dorenburg, ergab sich folgender Befund: auf dem linken Auge atrophische Verfärbung der ganzen Pupille, hauptsächlich in der temporalen Hälfte. Das Gesichtsfeld war peripher frei, auch für blau; dagegen existirte für blau ein grösseres centrales Skotom; grün und roth wurden überhaupt nicht erkannt.

Wenn man diesen Befund, besonders auf dem rechten Auge, betrachtet, so macht er den Eindruck eines neuritischen Processes, zumal die Störung im Laufe von Monaten vollständig stationär blieb; eines neuritischen Processes, der abgelaufen ist und sich auf dem rechten Auge weiter ausgedehnt hat als auf dem linken.

Bei dem zweiten Falle handelte es sich um einen 28jährigen Mann mit Namen Haymann. Bei ihm begann die Krankheit im Frühjahr 1883 mit Verschlechterung des Sehens, welche immer zunahm. Nach 4 Monaten erst zeigten sich andere Störungen von Seiten des Nervensystems. Nach 6 Monaten fand sich ein centrales Skotom für roth und grün bei freiem peripherem Gesichtsfeld. Es war dies also ganz das Bild einer Intoxicationsamblyopie. Bei der zweiten Prüfung nach zwei Monaten zeigte sich ein weiterer Verfall des centralen Sehens, so dass auch ein ausgesprochenes Skotom für blau vorhanden war, während grün und roth theilweise gar nicht mehr erkannt wurden.

Obgleich der sonstige Befund negativ war, könnte man doch vermuthen, es mit einem progressiven Processe zu thun zu haben. Indessen nach weiteren zwei Monaten hatte sich das Sehen erheblich gebessert, die Skotome für blau waren verschwunden, für roth nur noch in geringem Maasse vorhanden; grün wurde fast ganz richtig erkannt. Ausserdem aber machte sich eine atrophische Verfärbung der temporalen Papillenhälften bemerkbar. Nach weiteren 2 Monaten war das Gesichtsfeld vollständig frei, die Verfärbung der temporalen Papillenhälften aber im Gleichen.

Da von einer Intoxication durch Taback, Alcohol etc. nichts zu eruiren war, so musste die Sehstörung mit der Allgemeinerkrankung der multiplen Sclerose in Zusammenhang gebracht werden.

Ehe ich jedoch darauf weiter eingehe, wende ich mich zum Schlusse noch zu drei Fällen von multipler Sclerose, bei denen sich tiefe Hyperämie der Papillen, resp. Neuritis optica fanden. Auch hier erwähne ich einen Fall als den wichtigsten ausführlicher.

Im Verlauf der multiplen Sclerose stellte sich ganz plötzlich eine Sehstörung auf dem linken Auge ein. (Patient sah Alles nebelig und undeutlich.) Am 4. Tage darauf ergab sich folgender Befund: auf dem rechten Auge partielle Neuritis optica mit freiem Gesichtsfeld und normaler Sehschärfe; auf dem linken Auge ausgesprochene Neuritis optica der ganzen Papillen. Das Gesichtsfeld war peripher frei, zeigte aber ein absolut grosses centrales Skotom. Nach 9 Monaten während dessen die multiple Sclerose deutliche Fortschritte gemacht hatte, war der Process zurückgegangen, und auf dem rechten Auge ergab sich ein normaler Befund. Auf dem linken Auge zeigte sich eine atrophische Verfärbung der temporalen Papillenhälfte und mässige Gesichtsfeldbeschränkung für Farben und weiss nach innen. Das centrale Sehen hatte sich vollständig restituirt.

Meine Herren, dieser letzte Fall ist gerade dadurch interessant, dass man die Sehstörung bei einem Falle von multipler Sclerose von ihren ersten Anfängen an beobachten kann. Bei der ersten ophthalmoskopischen Untersuchung war die Sehstörung erst 4 Tage alt und es fand sich eine ausgesprochene Neuritis optica auf dem linken Auge. Nach 9 Monaten ist der Process fast vollständig zurückgegangen und es ist eine atrophische Verfärbung der temporalen Papillenhälfte und eine partielle Gesichtsfeldbeschränkung zurückgeblieben. Diese letztere ist also hier thatsächlich bei einem Falle von multipler Sclerose aus einem neuritischen Processe hervorgegangen.

Gehen wir nun noch einmal auf die schon erwähnten Fälle von Atrophie der temporalen Papillenhälfte zurück, so schliesst sich an den letzt erwähnten Fall zunächst der Fall Haymann an. Bei diesem konnte man gleichfalls die Entwickelung der Atrophie der temporalen Papillenhälften verfolgen und zwar unter dem Bilde einer Intoxicationsamblyopie, das heisst unter einem Symptomencomplexe, als dessen Grundlage man eine retrobulbäre Neuritis gewöhnlich annimmt.

Daran schliesst sich der Fall Dorenburg. Bei diesem konnte man zwar die Entstehung der Sehnervenatrophie nicht verfolgen, allein der ganze Befund sprach durchaus für einen neuritischen Ursprung: die vorwiegend temporale Verfärbung der Papille, das centrale Skotom, die freie Gesichtsperipherie und das Stationäre des Processes.

Diese Thatsache, meine Herren, erscheint bemerkenswerth, denn sie beweist, dass die Atrophie des Nervus opticus bei multipler Sclerose neuritischen Ursprungs sein kann. Ob sie es immer ist, ob besonders diejenigen Fälle, bei welchen gerade die atrophische Verfärbung der temporalen Papillenhälften so ausgesprochen ist, einen ähnlichen Entstehungsmodus haben, das lässt sich allerdings nicht beweisen, und dem ophthalmoskopischen Bilde nach könnte eben so gut eine primäre Atrophie als eine secundäre vorliegen. Bei der primären Atrophie (z. B. bei Tabes) kommen ja auch ähnliche ophthalmoskopische Bilder vor; allein dies ist doch nur ausnahmsweise der Fall und gewöhnlich mehr vorübergehend im Laufe dieses mehr progressiven Processes, während es bei den Fällen von multipler Sclerose sehr häufig ist. Bei der multiplen Sclerose bleibt eben die Atrophie der temporalen Papillenhälften gewöhnlich stationär und macht mehr den Eindruck eines abgelaufenen Processes; und greift sie auf die innere Hälfte der Papille über, so markirt sich die temporale Hälfte als die bedeutend stärker befallene. Dass es davon Ausnahmen giebt, beweisen die beiden von mir erwähnten Fälle von totaler Sehnervenatrophie mit Erblindung; allein dies ändert doch die Regel nicht.

Natürlich präjudicirt das Gesagte für die Entstehung der fleck weisen grauen Degeneration des Gehirns und Rückenmarks überhau nicht das mindeste, zumal da ein Vergleich der Processe schon we n der Verschiedenheit der Gewebselemente nicht möglich ist.

Ich füge hier kurz den Sectionsbefund einer der Fälle a bei welchem während des Lebens eine jahrelang gleichbleiben, sehr scharf begrenzte Atrophie der temporalen Papillenhälften vorhanden war. Es fanden sich im Gehirn und Rückenmark zahlreiche graue Degenerationsherde. Die Sehnerven zeigten makroskopisch auf dem Querschnitte kaum eine graue Verfärbung. Mikroskopisch fand sich partielle Atrophie und Schwund der Nervenfasern, interstitielle Wucherung des Bindegewebes und starke Kernvermehrung.

Diese Veränderung, welche links stärker ausgeprägt w, als rechts, beschränkte sich auf den vordersten Theil der Sehnern, dicht hinter dem Bulbus, während weiter nach hinten im Orbitaltheile sich normales Gewebe vorfand. Ob man diese Veränderung als neuritische Atrophie bezeichnen könnte, ist zweifelhaft; immerhin ist es bemerkenswerth, dass dieselben sich gerade nur direct hinter dem Bulbus localisirt hatten.

Meine Herren, ich komme zum Schlusse noch einmal auf den Anfang meines Vortrages zurück, auf den Werth der Atrophie des Nervus opticus für die Diagnose der fleckweisen grauen Degeneration, und es schweben mir besonders zwei der mitgetheilten Fälle vor, bei welchen der ophthalmoskopische Befund in dieser Hinsicht von der grössten Bedeutung war. Der eine ist der Fall Haymann. Bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihm begann die Krankheit allein mit der Sehstörung; erst nach einigen Monaten folgten andere Erscheinungen von Seiten des Nervensystems und noch nach einem halben Jahre waren dieselben so gering, dass man sie als vage hätte bezeichnen können. Der Kranke klagte nur über grosse Mattigkeit und Schwächegefühl in den Beinen und leichte Erschwerung des Gehens. Objectiv war sehr wenig vorhanden: leichte Unsicherheit des Ganges, Herabsetzung der motorischen Kraft, gesteigertes Kniephänomen, eine Andeutung von Patellarklonus und Fusszittern bei Dorsalflexion — Dinge, welche eben so gut einer Neurose angehören konnten.

Nur die Sehstörung war eigenthümlich, und auf diese hin vermuthete ich beginnende multiple Sclerose. Als nun sehr bald die Sehstörung zunahm, die Verfärbung der temporalen Papillenhälfte begann, wurde für mich die Diagnose sicher, obgleich die andern Erscheinungen noch nicht zugenommen hatten. Diese Ansicht hat sich in der That bestätigt, der Kranke zeigt jetzt, wo die Sehstörung zurückgegangen, die temporale Verfärbung der Papillen aber noch vorhanden ist, das ausgesprochene Bild der multiplen grauen Degeneration.

Der zweite ist der Fall Dorenburg. Derselbe war dadurch interessant, dass, so zu sagen, über Nacht bald am rechten, bald am linken Arme und Beine Paresen auftraten, welche in kurzer Zeit wieder vollständig verschwanden. Obgleich nun bei multipler Sclerose Symptome nicht selten vollständig zurückgehen, so war doch solch ein schneller Wechsel immer eigenthümlich und bedenklich, zumal die erwähnten Symptome zu den Haupterscheinungen gehörten; wenigstens war ein hysterisches Leiden eben so gut denkbar. Allein der Befund an den Augen: Atrophie der Papille, besonders der temporalen Hälfte derselben, mit centralem Skotome, musste auf die Diagnose der multiplen Sclerose zurückleuken. Die Richtigkeit dieser Ansicht hat auch hier der weitere Verlauf der Krankheit bestätigt.

In solchen Fällen dürfte also in der That die Atrophie des Nervus opticus das entscheidende Merkmal für die Diagnose der fleckweisen grauen Degeneration des Gehirns und Rückenmarks bilden.

Herr Uhthoff hebt bei den in Rede stehenden Affectionen als besonders bemerkenswerth hervor, dass die totale Atrophie des Opticus sehr selten, dagegen die partielle Atrophie desselben sehr häufig ist. Es besteht ferner ein ausserordentliches Missverhältniss zwischen dem ophthalmoskopischen Befunde und der beobachteten Sehstörung. Von besonderem Interesse erscheinen ihm die Fälle von Neuritis, d. s. die Fälle, wo es gelang, den Beginn der Sehstörung festzustellen. In 5 Fällen wurde der Beweis erbracht, dass es sich um neuritische Processe handelte.

XIII. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung den 26. Juni 1883.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Aly.

Herr Rud. Wolf stellt eine Frau vor, bei der er durch zweizeitige Operation eine Gallenblasenfistel geheilt hat. Die früher stets gesunde 41jährige Patientin bemerkte seit Jahresfrist eine Geschwulst im rechten Hypochondrium. Seit August Anfälle von Beklemmung, nie Koliken, niemals Icterus. Rechts oberhalb des Nabel Röthung mit kleiner eiternder Pustel. Links vom Nabel eigrosser Tumor, innig mit dem [illegible]ectus verwachsen. Kurz danach Fistelbildung. Tumor anfänglich für [illegible]mma gehalten, verkleinert sich auf Jodkali und Schmierkur nicht. 1[illegible] April Operation. Hautlappen nach oben präparirt, Recti gespalten, infil[illegible]rte Partien abgetragen. Dabei prolabirt eine eigrosse Geschwulst von [illegible]-weicher Consistenz. Beim Freilegen der Geschwulst wird die Bauchh[illegible]e eröffnet. Es zeigt sich eine feine Fistelöffnung, die erweitert wird. 344 Gallensteine entleert. Das Peritoneum mit den Rändern der Gal[illegible]nblase vereinigt und ebenso die Wundränder der Gallen[illegible]lase mit der Haut. Heilung ohne Zwischenfall. Die zurückgebliebene G[illegible]enblasenfistel wurde vor 10 Tagen in der Weise geschlossen, dass zuer[illegible] die angefrischten Ränder der Gallenblase, darüber die Hautränder verein[illegible]t wurden.

H[illegible] Jaffe demonstrirt ein sehr grosses Myxochondrosarkom der Leber, d[illegible] ein Gewicht von 8 Kilo erreicht hat und von einem Manne stammt, [illegible]n wegen centralem Osteosarkom des Femur früher die Exarticulation [illegible] Oberschenkel gemacht war. Neben diesem Lebertumor fand sich noch [illegible]in zweiter kleinerer, von dem es nicht feststeht, ob er als Pankreastumo[illegible] oder als Fortsatz des Lebertumor aufzufassen ist.

Herr Aly hä[illegible] seinen angekündigten Vortrag über einen Fall von Aneurysma der A[illegible]ta ascendens, bei dem die Arteria susclavia und Carotis commu[illegible]is unterbunden wurden.

Der Fall betraf ein[illegible] 29jährigen, kräftig gebauten Kaufmann, der aus völlig gesunder Famili[illegible] stammend, früher stets gesund war und vor $1^1/_2$ Jahren an einem hartn[illegible]ckigen Bronchialkatarrh erkrankte. Dazu gesellten sich später Schmerzen [illegible]m rechten Arm und nach und nach zunehmende Dyspnoe. Die rechte Thoraxhälfte stärker vorgewölbt als die linke, Athmung angestrengt, rechts nachschleppend. Links normaler Lungenschall bis zu einer Linie, die von der Mitte des Manubrium sterni zur l. Mammilla verläuft. Nach r. reicht das Gebiet der absoluten Dämpfung von der Grenze des innern Drittel der Clavicula bis Fingerbreit über die rechte Mamilla. Nach unten Herzdämpfung in Leberdämpfung übergehend. Spitzenstoss im V. Intercostalraum unter der Mammilla. Starke Pulsation 2 Finger vom rechten Sternalrand auf der Höhe der III. Rippe in Ausdehnung eines Fünfmarkstücks. Leber etwas herabgedrängt. Leichte Scoliose der oberen Brustwirbel, nach r. Abschwächung des Percussionsschalles r. bis zum Schulterblatt. Ueber der ganzen Dämpfung starkes systolisches blasendes Geräusch, schwächeres diastolisches. Geräusche am stärksten über der pulsirenden prominenten Stelle. Die Diagnose lautete auf grosses sackförmiges Aneurysma der Aorta ascendens mit Vordrängung des Herzens nach l. und unten und Compression der r. Lunge. Dr. Rudolf Wolf führte am 19. Juli die Unterbindung der Arteria subclavia aus. Bei Beginn der Narkose trat ein sehr gefährlicher Erstickungsanfall ein. Operation deshalb in halber Narkose ausgeführt. Die Arteria wurde ohne besondere Schwierigkeiten am Durchtritt durch die Scaleni doppelt mit starker Seide unterbunden. Nach der Operation Abnahme der Schmerzen im r. Arm und leidliches Wohlbefinden, das bei ungestörtem Heilungsverlauf und absoluter Ruhe mehrere Wochen anhielt. Wegen zunehmender Beschwerden und stärker auftretender Dyspnoe sah sich Dr. Wolf veranlasst am 7. Sept. auch die Carotis communis zu unterbinden. Auch nach dieser Operation, die nur durch starke Füllung der Jugularvenen etwas erschwert war, meinte Patient eine Besserung zu verspüren. Die objective Untersuchung liess es jedoch zweifelhaft erscheinen, ob der Tumor kleiner geworden, die Dämpfung zurückgegangen, die Pulsation abgeschwächt sei. Nach einigen Wochen Zunahme der Beschwerden, namentlich der Dyspnoe. Den bedeutenden Besserungen folgten stets Verschlimmerungen des Leidens, dem Patient am 10. Februar, also 5 Monat nach der letzten Operation erlag.

Bei der Section zeigte sich, dass das Herz in seiner ganzen Ausdehnung mit dem Pericard verwachsen und stark nach l. und abwärts verdrängt war. Beide Ventrikel mässig dilatirt und hypertrophisch. Endocard völlig normal, Klappenapparate intact. Unmittelbar über den Aortenklappen an der hintern Wand der Aorta ein scharfkantiges, etwa Markstückgrosses Loch, das in eine Höhle führte, die ganz mit flüssigem Blut erfüllt war. Die Wände des Sackes ziemlich derb, dünn, hingegen an der Stelle, die der Prominenz an der III. Rippe entsprach, Rippenknochen nicht usurirt. Begrenzt wurde der aneurysmatische Sack, in dem sich keine Spur von Gerinnselbildung fand und der genau $^3/_4$ Liter Flüssigkeit fasste, vorn durch die Brustwand, links durch das Herz, hinten durch die stark comprimirte Lunge. Der r. Hauptbronchus sowie die Trachea waren ebenfalls comprimirt. In der Aorta ascendens zahlreiche ateromatöse Einlagerungen, weniger im Aortenbogen. Arteria subclavia dextra und Carotis dextra völlig durch die Ligatur verschlossen, in beiden Gefässen oberhalb und unterhalb der Ligaturstelle kurze, $^1/_2$—1 cm lange Thromben.

Nach Demonstration des Präparats wirft Vortragender die Frage auf, ob die Unterbindung der grossen Gefässe in diesem Fall genützt habe, und glaubt dieselbe nach der Krankengeschichte und dem Sectionsprotokoll verneinen zu müssen, ist vielmehr geneigt die vorübergehende Besserung der absoluten Ruhe, der comprimirenden Wirkung des Lister-Verbandes und dem günstigen psychischen Einfluss zuzuschreiben. Die Abnahme der Schmerzen im r. Arm sei vielleicht dadurch herbeigeführt, dass durch Fortfall des Lumen der Art. subcl. der Plexus brachialis von Druck etwas entlastet wurde. Ja es erscheine ihm sehr wahrscheinlich, dass die Methode der Unterbindung der grossen Gefässe bei Aneurysma der Aorta ascendens zu verwerfen sei, da der Hauptzweck der Unterbindung, die Verlangsamung der Circulation und dadurch Beförderung der Gerinnselbildung nicht erreicht werden könne. Durch Ausschaltung eines Abflussrohres trete momentan eine Stauung in der Aorta ascendens ein. Das Herz sei nun bestrebt den gesteigerten Druckunterschied im Arteriensystem gegenüber den im Venensystem sofort durch stärkere Arbeit zu reguliren. Ferner erweiterten sich die übrigen abführenden Arterien sowohl durch den direct erhöhten Seitendruck als auch reflectorisch bis zur eingetretenen Regulirung. Bleibe nun aber wegen Erkrankung der Arterien, wie sie bei derartigen Fällen meist vorhanden sei, durch Elasticitätsmangel die Erweiterung aus, so bliebe auch der Druckunterschied bestehen. Die Folge hiervon sei, dass die Circulationsgeschwindigkeit zunehme, da dieselbe Blutmenge in gleicher Zeit durch die verengte Blutbahn getrieben würde.

Die beiden andern Momente, die für die Heilsamkeit der Operation bei Aneurysma der Anonyma angeführt wurden, die Möglichkeit der directen Fortpflanzung der Gerinnselbildung vom Thrombus der Unterbindungsstelle aus und die Aenderung der Stromrichtung fallen für die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aneurysmen der Aorta ascendens fort. Zum Schluss führt der Vortragende die 7 in der Literatur vorhandenen Fälle von Aneurysmen der Aorta ascendens an, die mit Unterbindung der Subclavia und Carotis communis behandelt wurden und von denen nur ein Fall erst nach 4 Jahren seinen Leiden erlag, während die übrigen meist schon sehr bald danach starben, und hebt noch einmal gegenüber dem sehr problematischen Vortheil die grossen Gefahren der Operation hervor, bestehend in der grossen Gefahr der Chloroformnarcose für derartige Patienten, ferner in der stets stattfindenden Erhöhung des Drucks im Aneurysma drittens in der Zumuthung erhöhter Arbeit bei an und für sich schon geschwächten Herzen und schliesslich in der Gefahr der Blutung bei den leicht brüchigen Arterien.

In der sich daran anknüpfenden Discussion bemerkt Herr R. Wolf, dass die Besserung nach Unterbindung der Subclavia in dem vorliegenden Falle sehr bedeutend gewesen sei, jedenfalls seien die subjectiven Beschwerden des Kranken bedeutend gemildert. Früher habe die Unterbindung der Gefässe soviel Unglücksfälle herbeigeführt, weil sehr häufig Wundinfection hinzugetreten sei, Gefahren, die sich jetzt gut beherrschen liessen.

Herr Curschmann berichtet von einem auf seiner Abtheilung beobachteten Fall von Aneurysma des Aortenbogen, bei dem auf seinen Wunsch Herr Schede und zwar mit entschiedenem Erfolg die linke Carotis unterbunden habe.

Dieser Fall betrifft einen 34jährigen Schiffscapitän, bei dem sich $^3/_4$ Jahre vor der Aufnahme ohne nachweisbare Ursache ganz allmählich eine pulsirende Geschwulst in der Gegend des 2. u. 3. linken Rippenknorpels entwickelt hatte. Grosse in letzter Zeit mehr und mehr zunehmende Beschwerde, Athemnoth, Herzklopfen, lebhafter Schmerz an der Stelle des Tumors, Steigerung aller dieser Beschwerden beim Gehen und jeder andern Bewegung, völlige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit.

Um einen streng objectiven Anhaltspunkt für Beurtheilung des Erfolgs der vorzunehmenden Operation zu gewinnen, suchte Herr C. vor derselben mehrfach bestimmte Werthe für den Blutdruck im aneurysmatischen Sack festzustellen. Man kann hierbei in verschiedener Weise vorgehen. Drückt man die Pelotte eines Sphygmographen mit einem bestimmten Gewicht gegen den Sack an und führt dies vor und nach der Operation aus, so kann man aus der Differenz der Höhe der aufgezeichneten Wellen einen präcisen relativen Maassstab gewinnen für die durch die Operation erzeugte Druckdifferenz. Auch einfach manometrisch lässt sich in dieser Beziehung leicht ein genügendes Resultat erzielen, indem man einen in eine dünne, lange Glasröhre auslaufenden kleinen Trichter auf den Sack (mit Heftpflaster oder Collodium) aufkittet. Füllt man den Trichter und den Anfang der Glasröhre mit gefärbter Flüssigkeit, so lässt sich aus der Grösse der der Flüssigkeitssäule durch den pulsirenden Sack mitgetheilten Exursionen ein sehr prägnanter relativer Maassstab gewinnen für die Aenderung des Blutdrucks unter verschiedenen Verhältnissen. Mittelst dieser beiden Methoden wurde nun aufs schlagendste beobachtet, dass bei dem fraglichen Patienten nach Unterbindung der linken Carotis, und zwar während der ganzen folgenden Beobachtungszeit der Blutdruck im aneurysmatischen Sacke dauernd ganz ausserordentlich herabgesetzt war. Auch durch Palpation und Adspection liess sich unzweifelhaft eine sehr wesentliche Verringerung der Pulsation im Sacke constatiren. Subjectiv fühlte der Kranke sich viel wohler und leistungsfähiger, so dass er nach seiner Entlassung sogar ohne unmittelbaren Schaden vielfach in Baccho et Venere excedirte. Als er nach einiger Zeit wieder ins Krankenhaus eintrat, war der Zustand wieder etwas verschlimmert, Pulsation des Sackes, Schmerz, Dyspnoe u. s. w. wieder vermehrt. Die nun vorgenommene Unterbindung der Subclavia hatte keinen so frappanten Erfolg, wie die der Carotis, immerhin konnte danach der Kranke noch $^1/_2$ Jahr lang seinen Dienst als Capitän versehen, worauf er plötzlich verstarb, wahrscheinlich durch Ruptur des Aneuryma.

Wenn man den vorstehenden Fall noch so kritisch ansehe, so lasse sich ein deutlicher guter Erfolg der Operation nicht wegleugnen.

C. glaubt aber, dass man trotzdem die Hoffnungen auf allgemeinere Anwendbarkeit der fraglichen Methode sehr reduciren müsse. In keinem Falle lasse sich mit irgend welcher Sicherheit Besserung im Voraus versprechen, ja es sei mehr als wahrscheinlich, dass die Operation in gewissen von vornherein nicht einmal darauf zu taxirenden Fällen directen Schaden stifte. Auf jeden Fall würde unmittelbar nach vollendeter Ligatur durch die plötzliche Ausschaltung eines grossen Abflussweges aus dem Aneurysma der Druck in demselben, wenn auch nur ganz vorübergehend, mächtig erhöht, und diese Drucksteigerung, wenn sie auch nur ganz kurze Zeit bestehe, könne genügen, eine stärkere Ausdehnung minder widerstandsfähiger Wandtheile des Sackes und damit eine Vergrösserung desselben zu bewirken, ja es sei nicht einmal die Möglichkeit einer Ruptur unter diesen Verhältnissen ausgeschlossen.

Auf jeden Fall glaubt C. bezüglich der Operation zu grosser Vorsicht mahnen zu sollen, namentlich solchen Fällen gegenüber, wo grosse Dünne und Zerreisslichkeit der Wand des Sackes zu vermuthen ist.

Herr Schede berichtet von einem weiteren Fall von Aneurysma des Arcus aortae, bei dem er ohne Erfolg die Carotis unterbunden. Darauf wurde noch die Subclavia unterbunden. Tod an Nachblutung aus dem stark atheromatösem Gefäss. Früher hätten sich bei eiternden Unterbindungswunden viel grössere Thromben gebildet, bei völlig aseptisch verlaufenden Fällen bilde sich ein sehr kurzer Thrombus. Die Gefässwand verwüchse ganz unmittelbar, ein Ereigniss, welches in diesen Fällen gar nicht so wünschenswerth sei.

Herr Aly giebt zu, dass in dem von ihm referirten Fall der psychische Einfluss der Operation ein sehr günstiger gewesen sei. Die Erfolge der Operation mit antiseptischen Cautelen würden keine nennenswerth andere sein als früher, da auch früher nur sehr vereinzelte Fälle an der septischen Infection der Unterbindungswunde zu Grunde gegangen seien. Den günstigen Einfluss der Aenderung der Stromrichtung nach der Unterbindung abführender Gefässe bei Aortenaneurysma könne er nicht zugeben, da nach seiner Meinung die Stromrichtung wohl überhaupt nicht oder nur sehr wenig geändert würde.

Herr Curschmann meint, dass die Strömung doch öfter nicht unbedeutend beeinflusst würde, z. B. durch Rückprall des Stromes und durch Wirbelbildung, die z. B. in der Anonyma entstünden nach Unterbindung der Carotis und Subclavia.

Herr Eisenlohr erwähnt die namentlich von Ciniselli eingeführte und mit Erfolg geübte Behandlung der Aortenaneurysmen mit Galvanopunctur. Er halte die Methode für ungefährlich und würde rathen dieselbe zuerst zu versuchen.

Herr Aly meint, die eben erwähnte Behandlung wirke nur durch Reizung des Sackes und nicht direct Gerinnsel bildend. Uebrigens seien die dabei vorgekommenen Unglücksfälle nicht vereinzelt. Dann müsse man namentlich der Methode gedenken, Fremdkörper, Draht, Pferdehaar, Spiralfedern und vor Allem das von Quincke vorgeschlagene Catgut direct in den aneurysmatischen Sack einzuführen. Auch hiermit seien Erfolge erzielt worden.

(Schluss der Sitzung 10 Uhr.)

Sitzung den 10. Juli 1883.

Vorsitzender: Herr Curschmann, nach 9 Uhr Herr Wallichs.
Schriftführer: Herr Aly.

Herr Prochownik hält seinen angekündigten Vortrag über bemerkenswerthe Fälle von ihm ausgeführter Laparotomien.

(Schluss der Sitzung $9^1/_4$ Uhr.)

XIV. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 12. Mai 1884.

Vorsitzender: Herr Westphal.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Nach Verlesung und Genehmigung des Protocolls der vorigen Sitzung wird die Discussion über den Vortrag des Herrn Oppenheim: Aetiologie der Tabes fortgesetzt.

Herr Oppenheim bringt einen kurzen Nachtrag. Sein Material ha inzwischen die Höhe von 100 Tabeskranken überschritten und verhält si in Uebereinstimmung mit den in der vorigen Sitzung gemachten Angab Vieles sei in dieser Frage noch nicht als abgeschlossen zu betrachten.

Herr Remak: Aus der Statistik sind, wenn nicht sehr grosse Zlen vorliegen, bedeutende Schlüsse nicht zu ziehen. Er habe alle zeifelhaften Fälle ausgeschlossen und sei auf 64 Fälle von Tabes gekmmen; unter denen 15 Frauen und 49 Männer betreffen. Die Frauen knte man am besten ganz bei Seite lassen. 4 hätten ganz gesunde Kinder und 3 hätten Abortus überstanden. Dagegen wären andere ätiologische Symptome deutlich nachgewiesen. Einmal Erkältung, einmal war die Krankheit nach einem Trauma, und in 2 Fällen unmittelbar nach einem Schrecken die erste Krankheitserscheinungen aufgetreten. — In Bezug auf die von Westph angeregte Frage, auf die Augen-Affection habe er sich bemüht in's re zu kommen. Unter den Frauen waren 7 Mal Augenmuskelsymptome fangegangen. — Die männlichen Fälle habe er in drei Tabellen gebra. Die erste Tabelle enthalte diejenigen, welche Ulcus durum und secunre Erscheinungen gehabt. In die zweite Tabelle kämen diejenigen, di an einem Ulcus ohne secundäre Erscheinungen gelitten. In die dritte gegen diejenigen, welche vorangegangene Lues nicht zugegeben. — e erste Tabelle umfasst 14 Fälle. Hier seien mehrfach Aborte r Frauen zu constatiren. Was die seit der primären Infection verflossen Zeit betrifft, so schwanke dieselbe zwischen einem und 28 Jahren. Im Durschnitt ergebe sie 8 Jahre. Auch in diesen Fällen waren sehr viele anre ursächliche Momente nachzuweisen: Erkältungen, Sturz in's Wass u. s. w. Was die Augensymptome in dieser Kategorie betrifft, so waren 7 Fälle zu constatiren. Die zweite Tabelle „Ulcus ohne secundäre Symome"; ergiebt 14 Fälle. Unter diesen erschien Syphilis 6 Mal ausgeschssen. Einer war wegen des therapeutischen Effects doch der Lues vdächtig. In dieser Tabelle befinden sich 7 Fälle mit Erkältung und ei Fall mit vorangegangenem Trauma. Augenmuskellähmungen bestandn 3 Mal.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In der dritten Tabelle befinden sich 21 Fälle. — Unter diesen waren 7 Privatpatienten, die durchaus keine Veranlassung hatten, die Infection zu leugnen, 10 Fälle haben gesunde Kinder gezeugt. Einzelne waren indess der Lues verdächtig. So rechtfertigte sich einmal der Verdacht dadurch, dass bei einem 9jährigen Kinde Taubheit eintrat, welche allem Anscheine nach auf congenitaler Lues beruhte.

Es müsse nun die Frage gestellt werden, ob jeder, der ein Ulcus gehabt, für syphilitisch zu halten sei. Schwerlich kann man jeden Menschen, der einmal ein Ulcus molle gehabt, als syphilitisch bezeichnen. Wenn man von dieser unitarischen Auffassung absieht, so seien 36,7 Proc. syphilitisch gewesen und sicher syphilitisch 28 Proc., im Durchschnitt also höchstens der dritte Theil aller Tabetiker. Es sei aber nun noch in Anschlag zu bringen, dass andere ätiologische Momente wie Erkältung, Trauma und Schreck eine eben so grosse Rolle spielen. Was die Augensymptome betrifft, so finde man diese gleichmässig vertheilt in den Fällen, in denen Syphilis vorangegangen und wo sie gefehlt hat. Woran es liege, dass Erb und Fournier zu andern Schlüssen gelangt, sei schwer nachzuweisen.

Herr Bernhardt: Er habe seit 1880 125 Fälle zusammengestellt, um sie für das in Rede stehende ätiologische Moment zu verwerthen. Seine Zahlen kommen denen des Vorredners ziemlich nahe.

Es verdiene bei dieser Gelegenheit hervorgehoben zu werden, dass auf seine Veranlassung Perl 100 Phthisiker auf vorangegangene Syphilis untersucht habe. Unter diesen gaben 26 an, dass sie syphilitisch inficirt gewesen seien. — Von 55 Nervenkranken gaben 13 Lues an und rechne man noch diejenigen mit Ulcus molle hinzu, so zeigen 38 Proc. der mit andern Krankheiten als Tabes behafteten eine frühere syphilitische Infection.

Herr Remak möchte noch erwähnen, dass er in keinem Falle floride Erscheinungen von Syphilis gesehen habe, während man dergleichen Symptome bei andern Erkrankungen z. B. bei Hemiplegie sehr häufig entdecken könnte.

Herr Lewinski fragt nach dem Alter der untersuchten Phthisiker. Schwindsüchtige pflegen frühe zu sterben und seien deshalb nicht besonders für die Untersuchung der vorliegenden Frage geeignet.

Herr Westphal: Um zu zeigen, wie diese Frage literarisch zu Gunsten der Syphilis behandelt werde, müsse er die letzte Arbeit von Moebius (Centralbl. für Nervenheilk. 1884 No. 9) erwähnen. Das Material von Moebius beziehe sich auf fünf Fälle und sei die Argumentation desselben stellenweise geradezu naiv zu nennen. — Es wäre übrigens wünschenswerth, auch bei andern Krankheiten z. B. bei der multiplen Sclerose des RM. auf Syphilis zu achten. Er habe den Eindruck, dass bei derselben die Syphilis eine viel grössere Rolle spiele, ohne dass er daraus bestimmte Schlüsse ziehen wolle. — Ihm falle es nur auf, dass man in einer grossen Reihe von Fällen nicht zu der Ueberzeugung komme, ob Syphilis dagewesen oder nicht.

Herr Mendel hielt darauf seinen angekündigten Vortrag: Ueber paralytischen Blödsinn bei Hunden.

Wenn man Paralytiker, die in verschiedenen Stadien dieser Krankheit gestorben sind, p. m. in Bezug auf ihre Hirnrinde untersucht, so kann man die pathologisch-anatomischen Befunde in drei verschiedene Kategorien theilen. In einem Theil der Fälle, die nach einem mehr acuten Verlaufe zu Grunde gegangen, findet man in der Hirnrinde Hyperämien und Anhäufung von Kernen in dem interstitiellen Gewebe, wobei es zweifelhaft erscheint, ob diese Zellen ausgewanderte weisse Blutkörperchen sind. Bei andern Fällen findet man Entwicklung der Deiter'schen Zellen, Vermehrung der Blutgefässe etc. Endlich findet man bei denjenigen Paralytikern, die lange gelebt, einen Theil der grauen Hirnrinde untergegangen, aber man trifft noch verhältnissmässig viele gut erhaltene Ganglienzellen an. — Diese Befunde lassen sich nur in der Weise erklären, dass man annimmt, dass der Ausgangspunkt der Veränderung in der Hirnrinde, eine Hyperämie ist, die eine Auswanderung der Blutkörperchen zur Folge gehabt. Da nun unsere Hirnrinde häufig Hyperämien ausgesetzt, und wir nicht Alle Paralytiker werden, so muss man annehmen, dass noch eine functionelle Veränderung der Gefässwände vorhanden ist, die den Durchtritt der Blutkörperchen erleichtert. Dieses waren die Ideen, die mich bei der Ausführung meiner Experimente leiteten. Meine Versuche habe ich im Laboratorium des Herrn Professor Munk ausgeführt. Diese Experimente sollen gewissermaassen die Probe auf das Exempel sein. Es handelt sich darum, bei den Thieren Hyperämien im Hirn zu erzeugen und gleichzeitig Veränderungen in den Gefässen, die den Durchtritt der Blutkörperchen erleichtern.

Zur Hervorrufung der Hyperämie bediente ich mich der Centrifugalkraft, welche im Jahre 1876 von Salathé angewandt wurde. Er hatte dabei die Absicht, andere Veränderungen zu studiren. Für mich ist von speciellem Interesse, dass er bei Kaninchen, Meerschweinen, Hunden fand, dass, wenn man die Thiere am Rande der Platte befestigte und in Drehung versetzte, nach 70—80 Umdrehungen in der Minute das Thier zu Grunde ging, und man Hyperämie im Hirn fand. Befestigte er das Thier in der Mitte, so ging es schnell zu Grunde und zeigte Anämie. Ich habe nun, um das Gesagte deutlich zu machen, heute Morgen zwei Hunde gedreht. Der eine dieser Hunde wurde 15 Minuten lang am Rande gedreht und starb. Die Autopsie ergab eine enorme Hyperämie des Gehirns. Der andere Hund wurde mit dem Kopfe in der Mitte des Tisches befestigt, er starb schon nach 3 Minuten und zeigte eine hochgradige Anämie. (Der Vortr. demonstrirt nun die betreffenden Präparate). Dies waren die Thatsachen, von denen ich ausging, es kam mir nun darauf an, die Hunde nicht zu tödten, sondern bei ihnen nur eine mässige Hyperämie hervorzurufen, diese zu wiederholen, um zu sehen, was schliesslich aus den Thieren wird. Die Hunde wurden mit dem Kopfe am Rande des Tisches befestigt und längere Zeit wiederholt gedreht. Die Symptome, welche sich zeigten, waren nur vorübergehender Natur. Nachdem sie losgebunden waren, schwankten die Thiere etwas nach der Seite, nach der sie gedreht worden waren; im Uebrigen waren sie jedoch ganz munter. Allein in der zweiten Woche schon trat eine Veränderung des psychischen Verhaltens ein. Hunde, die sonst munter waren und bellten, bewegten sich nur auf lautes Zureden. Sie zeigten eine gewisse melancholisch-hypochondrische Stimmung. Am Anfange der dritten Woche zeigten sich auch Störungen der Motilität. Der Gang war verändert, steifer, auch eine Veränderung des Muskelgefühls unverkennbar. Nachdem diese Symptome constatirt waren, wurde mit dem Drehen aufgehört. Die Hunde wurden gut gefüttert und nicht weiter belästigt. In dieser Zeit ging der einmal begonnene Prozess weiter vorwärts. Es traten Paresen an den verschiedenen Partien und auch Veränderungen im Bellen ein; die Hunde konnten nicht recht stehen, fielen um, zeigten deutlich atactische Bewegungen. Die Intelligenz nahm immer mehr ab; die Hunde wurden indolenter, waren nicht mehr aus dem Stalle herauszubringen, steckten den Kopf zwischen die Beine u. s. w.

Der Vortragende demonstrirt hierauf zwei Hunde; der eine befindet sich am Anfange der Krankheit, der andere im vorgerückten Stadium. Der erste ist seit dem 1. April gedreht, der zweite ist vom 22. Januar bis 18. Februar gedreht worden. Letzterer liegt theilnahmlos da (früher war er recht bösartig), frisst viel und magert bedeutend ab. Zehn Hunde sind bisher in derselben Weise behandelt worden und bei allen traten die gleichen Erscheinungen ein. — Es fragt sich nun, was dies überhaupt für ein Zustand ist. Professor Schütz von der Thierarzneischule erklärt, einen derartigen Zustand bei Hunden bisher niemals beobachtet zu haben. Wir müssen daher nach einer analogen Krankheit beim Menschen suchen und finden hier nur die progressive Paralyse der Irren, deren wesentlichste Symptome bekanntlich in dem progressiven Verlauf, der Demenz und der Lähmung bestehen. — Wenn in Bezug auf die klinischen Erscheinungen noch Zweifel existiren, so weisen die pathologisch-anatomischen Veränderungen auf die Zugehörigkeit beider Zustände hin. Bei dem Hunde findet man makroskopisch eine Verwachsung des Schädels mit der Dura, der Dura mit der Pia und der Pia mit der Hirnrinde, was auch bei der Paralyse gefunden wird. Man sieht auch Hydrocephalus internus bei länger dauernden Fällen und schliesslich auch diffuse, milchige Trübung der Pia. Makroskopisch entspricht also der Befund dem der progressiven Paralyse, aber auch mikroskopisch ergeben sich dieselben Bilder (Kernwucherung, Spinnenzellenentwicklung u. s. w.), so dass auch nach dieser Seite hin keine Zweifel bestehen.

Es knüpfen sich hieran noch einige Fragen, die nur angedeutet werden sollen. Zuerst muss gefragt werden, warum nur die graue Rinde und nicht die weisse Substanz erkrankt? Dies dürfte sich wohl aus dem eigenthümlichen Gefässverhältniss zwischen grauer und weisser Substanz erklären. In der weissen Substanz ist kein bedeutender Gefässreichthum und die Gefässe sind Endarterien, während in der Rinde die Sache ungemein complicirter ist. Es ist in ihr die Schwierigkeit des Blutdurchtritts grösser als in der weissen Substanz, daher müssen sich Störungen am ersten in der Rinde geltend machen. — Eine zweite Frage, die sich hieran knüpft, ist die, woher die regelmässige Reihenfolge der Erscheinungen bei den Hunden und beim Menschen komme. Auch dies erklärt sich aus dem eigenthümlichen Gefässverhalten in den Centren zu den betreffenden Functionen. Hierauf gedenkt M. noch später zurückzukommen.

Herr Westphal fragt, ob das Rückenmark auch untersucht worden sei.

Herr Mendel hat dasselbe untersucht, aber bis jetzt nur negative Resultate gefunden.

Der Vorsitzende dankt hierauf dem Vortragenden für den bedeutungsvollen und interessanten Vortrag und verschiebt die Discussion auf die nächste Sitzung.

XV. Journal-Revue.

Ohrenheilkunde.

1.

Webster, Zwei Fälle von Erkrankungen des Labyrinths in Folge von Syphilis, mit epikritischen Bemerkungen. Z. f. Ohlk. XIII. H. 2/3 S. 93.

In dem ersten dieser Fälle handelte es sich um einen Arzt, der von neuralgischen Kopfschmerzen und Schmerzen in beiden Ohren befallen wurde und plötzlich bemerkte, dass er auf dem linken Ohr total taub sei; seitdem spürte er ein sehr belästigendes Klingen daselbst nebst geringem Schmerz. Durch eine Mixtur von Chinoidin, Arsenik und Strychnin trat Besserung ein, und als sich P. jetzt erinnerte, dass er vor einigen Monaten ein Geschwür im Nacken und 6—8 Wochen lang Periostitis tibiae et ulnae gehabt habe, wurde die Diagnose auf Lues gestellt und Jodkali verordnet. Als noch weitere specifische Symptome auftraten, gebrauchte er zwei Jahre lang Hg mit Eisen in Verbindung mit Jodkali, wonach es zu völliger Heilung kam. Der zweite Fall betrifft einen 43jährigen Mann, der 18 Jahre zuvor inficirt, neben anderen specifischen Symptomen auch ein allmäliges Ertauben des rechten Ohres mit heftigen subj. Geräuschen und Schwindel bemerkte. Durch eine Schmierkur und nachfolgenden Jodkaligebrauch erlangte er jedoch das Hörvermögen wieder und behielt es fast ein Jahr lang, bis er eines Morgens mit völliger Taubheit auf demselben Ohr erwachte. Nachdem er einige Monate lang behandelt worden war, stellte sich das Gehör bis zu einem gewissen Grade wieder ein. Bald darauf aber war er wieder stocktaub in beiden Ohren und durch die nun folgende Kur wurde zwar das linke Ohr bedeutend gebessert, das rechte jedoch blieb taub, ein Zustand, der bei einer zwei Jahre später vorgenommenen Untersuchung noch ebenso bestand.

W. hält die Fälle deshalb für bemerkenswerth, weil die Taubheit wenigstens theilweise trotz monatelangen Bestehens durch antisyphilitische Kuren wieder beseitigt wurde. Zucker.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XVI. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Zweite Conferenz der Medicinalbeamten des Regierungsbezirks Oppeln.

Oppeln, den 18. Mai 1884.

Die II. Conferenz der Medicinalbeamten des Regierungsbezirks Oppeln, zu welcher 19 Kreisphysiker und Kreiswundärzte des Bezirks erschienen waren, fand am 29. März cr. unter dem Vorsitz des Regierungs- und Medicinal-Rathes Dr. Noack in Oppeln statt.

Auf der Tagesordnung standen:

1) Besprechung über die Quartals-Sanitätsberichte der Medicinalbeamten;

2) über den Preussischen Medicinalbeamten-Verein;

3) über die Nachprüfungen der Hebammen und das Minist.-Rescript vom 6. August 1883;

4) über Impf-Technik und Gewinnung zuverlässiger Lymphe.

ad 1 der Tagesordnung einigte sich die Versammlung dahin, dass die Erstattung vierteljährlicher Sanitätsberichte den Vorzug vor halbjährigen und Jahresberichten verdiene und beibehalten werden möge; dass aber der Termin für Einsendung des Berichtes für das IV. Quartal, welcher eine eingehende Würdigung des Sanitätswesens der einzelnen Kreise enthalten solle, wegen der für die Medicinalbeamten am Anfang des Jahres bestehenden grösseren Geschäftsanhäufung zweckmässig bis zum 15. Februar des neuen Jahres hinausgeschoben werden möge. Der Vorsitzende sagt die Befürwortung dieses Antrages bei der Regierung zu und stellt eine hierauf bezügliche Circular-Verfügung in Aussicht.

Als wünschenswerth wird ferner bezeichnet, dass die Kreisphysiker möglichst häufig sich die Einsicht in die Acten des landräthlichen Bureaus über das Sanitätswesen und die im Kreise herrschenden Infectionskrankheiten verschaffen, sowie auch mit beschäftigten, practischen Aerzten behufs Mittheilung über Zahl und Art der herrschenden Krankheiten in Verbindung treten, während andererseits gefordert wird, dass die Kreisphysiker über Diphtherie und Wochenbettfieber von den practischen Aerzten Anzeigekarten erhalten. Da rücksichtlich der Anzeige von Erkrankungen an Diphtherie eine von der Regierung zu erlassende Polizei-Verordnung und bezüglich des Wochenbettfiebers eine Regelung der Anzeigepflicht entweder Seitens des Herrn Oberpräsidenten, oder Seitens des Herrn Ressort-Ministers in Aussicht steht, so wird von einer weiteren bezüglichen Resolution vorläufig Abstand genommen.

ad. 2 der Tagesordnung erklärt sich die Versammlung mit den Tendenzen des Preussischen Medicinalbeamten-Vereins im Allgemeinen zwar einverstanden, wünscht aber, dass es Jedem überlassen bleibe, ob er sich an dem genannten Vereine betheiligen wolle, oder nicht.

Dagegen werden jährliche Conferenzen der Medicinalbeamten des Bezirks am Sitz der Regierung als sehr anregend und durchaus zweckmässig anerkannt und wird ihr Fortbestehen allseitig gewünscht.

Punkt 3 der Tagesordnung giebt zu einer längeren Debatte Veranlassung. Der bisher geübte Modus der Nachprüfungen der Hebammen wird von der Versammlung besonders deshalb als ungenügend bezeichnet, weil diese Prüfungen bei der im hiesigen Bezirk zur Zeit noch überwiegenden polnischen Landbevölkerung von einzelnen Physikern, die der polnischen Sprache unkundig sind, überhaupt nicht abgehalten werden können, von anderen aber bezüglich ihres Werthes für die Weiterbildung der Hebammen als ganz unzulänglich angesehen werden.

Die durch § 5 der Allgem. Verf. betreffend das Hebammenwesen vom 6. August 1883 beabsichtigte Betheiligung der Directoren, bezw. Lehrer der Hebammen-Lehranstalten an den Nachprüfungen wird von der Versammlung nur in den Fällen als wünschenswerth bezeichnet, in welchen die betreffenden Kreisphysiker der polnischen Sprache unkundig sind, im Uebrigen glaubt die Versammlung nicht, dass der durch das Umherreisen des Directors der Hebammen-Lehranstalt erforderlich werdende Kostenaufwand im richtigen Verhältniss zu dem Nutzen, welcher davon erwartet wird, stehe.

Die Versammlung einigt sich schliesslich dahin, dass eine genügende Fortbildung der Hebammen nur durch Repetitions-Kurse, die am Sitz der Hebammen-Lehranstalt selbst jährlich im Frühling und Herbst, jedesmal für etwa 8 Tage abzuhalten seien, erzielt werden könne. Die gegen diese Maassregeln erhobenen Einwände, dass es bedenklich erscheine, eine grosse Zahl von Hebammen auf einmal dem Bezirk für 8 Tage resp. noch länger, zu entziehen und die Frage, ob überhaupt die Hebammen gezwungen werden können, zu derartigen Repetitions-Kursen sich zu stellen, wurden von der Mehrzahl der Anwesenden nicht als zutreffend angesehen, wenn die Einberufungen zweckmässig arrangirt werden. Es wurde der Vorschlag gemacht, bei einer gewissen Altersgrenze der Hebammen (ca. 60 Jahr) überhaupt von Repetitionskursen abzusehen und ferner auch diejenigen Hebammen, welche noch nicht volle 5 Jahre aus der Hebammen-Lehranstalt entlassen seien, nicht zu den Wiederholungskursen heranzuziehen. Von der alsdann übrigbleibenden Zahl würden im Frühjahr und Herbst jedesmal ca. 30 Hebammen auf je 8 Tage in die Lehranstalt unbedenklich einberufen werden können, jedoch müsste ihnen Reisegeld und freie Verpflegung in der Anstalt während ihres Aufenthaltes in derselben bewilligt werden.

Rücksichtlich der Frage, ob die Hebammen gezwungen werden können, an Repetitionskursen Theil zu nehmen, ist die Mehrzahl der Anwesenden der Ansicht, dass durch § 5 Ziffer b der Allgem. Verf. vom 6. August 1883 alle Hebammen (gleichviel ob Bezirks- oder frei practisirende Hebammen) verpflichtet seien, sich Nachprüfungen zu unterwerfen und dass demgemäss auch die Abhaltung dieser Nachprüfungen in der Hebammen-Lehranstalt von der zuständigen Behörde verfügt werden könne, falls den Hebammen Reisekosten und freie Verpflegung, resp. ein Entgeld für letztere, gewährt werde. Die hierdurch entstehenden Kosten werden voraussichtlich geringer sein, als die durch die Reisen des Directors der Hebammen-Lehranstalt bedingten Reisekosten und Tagegelder.

Punkt 4 der Tagesordnung über Impftechnik gab ebenfalls zu eingehendem Meinungsaustausch Veranlassung: die bisher geübten Methoden der Impfung mittelst Schnittes und Stiches wurden näher beleuchtet und von der Mehrzahl der Anwesenden anerkannt, dass eine gleichmässige Methode für die Impftechnik sowohl im Interesse der Impfärzte, als auch in dem des Publikums liege und dass das gesammte Impfgeschäft durch ein von allen Impfärzten gleichmässig beobachtetes Verfahren im öffentlichen Ansehen nur gewinnen könne. Einzelne Collegen wünschen zwar, dass es jedem Impfarzt überlassen bleiben möge, diejenige Methode anzuwenden, die er als die beste erkannt habe, jedoch erklärt die Versammlung schliesslich mit überwiegender Majorität, dass nach den Erfahrungen der Mehrzahl der Anwesenden die Impfung durch seichte Schnitte als das empfehlenswertheste Verfahren anzusehen sei und wurde zur Ausführung desselben von einem der Anwesenden eine sehr zweckmässige, von Maurer in Wien zu beziehende Lanzette vorgezeigt.

Die Erfahrungen der einzelnen Anwesenden über die Gewinnung zuverlässiger Lymphe gingen vielfach auseinander und wurden von den Impfärzten die verschiedenartigsten Bezugsquellen für humanisirte und animale Lymphe bezeichnet, von denen sich die einzelnen Arten bei der Anwendung sehr verschieden bewährt haben.

An die Sitzung schloss sich ein collegiales Diner, das die Anwesenden noch eine Zeit lang in zwanglosem Ideenaustausch zusammenhielt.

XVII. Literatur.

Berthold Stiller. Die nervösen Magenkrankheiten. Stuttgart 1884. Ferd. Enke. — Gustav Oberdieck. Ueber Epithel und Drüsen der Harnblase und weiblichen und männlichen Uretra. Göttingen 1884. — Wilh. Ebstein. Die Natur und Behandlung der Harnsteine. Wiesbaden 1884. J. F. Bergmann. — Dr. F. Siredey. Les Maladies Puerpérales, étude clinique. Paris 1884. G. Masson. — Pelc. Bericht über die Sanitäts-Verhältnisse und die Thätigkeit des Stadtphysikats in Prag im Jahre 1882. Prag 1884. —

XVIII. Kleinere Mittheilungen.

Am 24. d. M. fand in der Philharmonie ein glänzender, äusserst zahlreich besuchter Commers zu Ehren des Herrn Prof. von Frerichs statt, dessen Verlauf von der grossen Popularität Zeugniss gab, deren der Jubilar sich auch in studentischen Kreisen erfreut. Prof. v. Frerichs gab seinem Dankgefühl auch dies Mal in launiger Weise Ausdruck.

XIX. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem pract. Arzt Dr. Karl Theodor Johann Rigler in Berlin, commissarischem Badearzt des Bades Nenndorf den Charakter als Sanitätsrath und dem pract. Arzt Dr. Schoenfeld zu Brüssel den Königl. Kronen-Orden vierter Klasse zu verleihen, sowie dem Wirkl. Geheimen Ober-Medicinal-Rath Professor Dr. von Frerichs in Berlin die Erlaubniss zur Anlegung des ihm von Seiner Majestät dem Könige von Italien verliehenen Grossofficierkreuzes der Italienischen Krone zu ertheilen.

Niederlassungen: Die Aerzte: Dr. Bamberger in Spandau, Dr. Herrmann in Nauen, Perniski in Schlawa, Spiller in Halberstadt, Dr. Boehm in Magdeburg, Dr. Meyhoeffer in Werben, Katzemich in Bonn, Dr. Crone in Dortmund, Dr. Weischer in Hamm und Dr. Vanderloo in Aachen.

Verzogen sind: Die Aerzte: Stabsarzt Dr. Schoenlein von Königsberg i/P. nach Goldap, Dr. Conrad von Joachimsthal nach Rathenow. Dr. Willy Wolff von Berlin nach Britz. Dr. Caspari von Brüssow nach Prenzlau, Dr. Lobeck von Berlin nach Schwedt, Dr. Schmidt von Greifswald nach Rummelsburg, Dr. Juengling von Kroitsch nach Oberkirchen, Stabsarzt Dr. Stanjek von Liegnitz als Ober-Stabsarzt nach Parchim (Mecklenbg.), Stabsarzt Dr. Dewerny von Sagan nach Liegnitz, Dr. Seidel von Greiffenberg in Schl. nach Berggiesshübel in Sachsen, Dr. Braun von Buskow nach Beuthen a. O., Dr. Herzfeld von Osterwieck a. H. nach Erfurt, Martin von Halberstadt nach Magdeburg, Dr. Wischhusen von Stettin nach Osterwieck a. H., Dr. Riedel von Magdeburg nach Wernigerode, Dr. Strauss von Althaldensleben nach Neuhaldensleben, Dr. Muehlhaus von Heiligenstadt nach Althaldensleben, Kreis-Wundarzt a. D. Dr. Bussenius von Eilenstedt nach Dresden, Dr. Schmidt von Unseburg nach Berlin, Dr. Worch von Hadmersleben nach Berlin, Klingenheber von Schalke nach Barmen, Dr. Ad. Groos von Letmathe nach Siegen, Dr. Thoenes von Wald nach Letmathe, Dr. Pistorius von Marburg nach Friedland in Mecklenbg., Ob.-Stabsarzt Dr. Juzi und Stabsarzt Dr. Heydenreich von Metz nach Trier.

Verstorben: Die Aerzte Dr. Atzpodien in Tilsit, Dr. Schimmelpfennig in Schneidemühl, Dr. Koehler in Dortmund, Dr. Kauffmann in Olpe, ferner der Zahnarzt Krueger in Köslin und der Wundarzt Jacob in Croppenstedt sowie der Geheime Medicinal-Rath Professor Dr. Goeppert in Breslau.

Apotheken-Angelegenheiten: Es haben ihre Apotheken verkauft die Apotheker: Voigt in Friesack an Loeper, Pilger in Spandau an Goerner, Radant in Boitzenburg U. M. an Fischer, Fels in Büren an Laun, Hoepker-Aschoff in Herford an Bartels, Lorenz in Dortmund an Schuerhoff, Schuerhoff in Crombach an Zapfe und Hasselbach in Fritzlar an Funke. Der Apotheker Barabas hat an Stelle des Wolff die Verwaltung der Filial-Apotheke in Carolath übernommen.

Vacante Stellen: Kreis-Wundarzt-Stelle Tuchel.

Ich bin von meiner Reise zurückgekehrt. Meine Herren Correspondenten bitte ich, etwaige inzwischen von ihnen zu beklagende Unregelmässigkeiten gütigst entschuldigen zu wollen.

Berlin, 27. Mai 1884. P. Boerner.

Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Besondere Beilage

zu

No. 22 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Die Schluckbewegung.

Von

H. Kronecker.

(Fortsetzung aus No. 21.)

Mit Herrn Zenker stimme ich aber vollkommen überein in dem Urtheile über die ältere Arbeit von Dr. W. Hamburger, Bezirksarzt zu Gabel in Böhmen, wenn er diese Abhandlung „einen wegen Collision mit den Sätzen der Physiologie (eigentlich der Physik) nicht wohl gelungenen Versuch", nennt. Die Mittheilung von Herrn Natanson[1]" welcher ein Pharyngealgeräusch und ein Magengeräusch unterscheidet, erwähnt Herr Zenker nicht. Herr Hamburger[2]) hat das Verdienst zuerst die Schluckgeräusche eingehender untersucht zu haben. Die Deutungen seiner Beobachtungen sind aber höchst seltsam. Er sagt: „Der Bissen (mit diesem Worte werde ich die Menge Wasser bezeichnen, die mit einmaligem Schlingen in den Oesophagus getrieben wird) wird durch die circuläre Contraction der Muskelfasern der Speiseröhre in einen festen (!) Körper zusammengepresst. Das horchende Ohr erlangt die deutliche Vorstellung, dass dieser Bissen eine spindelförmige Gestalt habe, das heisst, der Bissen hat in der Mitte den stärksten Durchmesser, und läuft an beiden Enden in Spitzen aus, von denen die eine am oberen Ende besonders deutlich markirt ist. Ich sage diese Vorstellung oder dieses Bild, das das Ohr von der Gestalt des Bissens erhält ist vollkommen deutlich und über jeden Zweifel. Wodurch aber diese Vorstellung wahrnehmbar wird, ist mir selbst nicht ganz klar."

Wir haben also aus den mit Hilfe exacter Untersuchungen gedeuteten Schluckgeräuschen den Schluss gezogen, dass die Kardia meist tonisch geschlossen ist; nur bei manchen Personen so schwach, dass der Schluck sogleich hindurchdringt. Auch im Falle des Aufstossens öffnet sich die Kardia durch die sicherlich sehr schwache Entspannung. Die Vorgänge im Oesophagus nach dem Aufstossen bieten aber noch ein besonderes Interesse. Herrn Meltzer's Curven zeigen, dass nach jedem „Aufstossen" eine Bewegung im Oesophagus von oben nach unten abläuft, ganz wie nach einem Schlucke, nur dass die ersten zwei Abschnitte der Schluckbahn: der Mylohyoideus und die Constrictoren dabei ganz unbetheiligt bleiben.

Es liegt hierin wiederum ein Beweis gegen Volkmann's[3]) Ansicht, dass der Anlass für den Ablauf der Bewegung im Oesophagus in der Zusammenziehung der Constrictoren liegt. Fig. 27 stellt eine durch „Aufstossen" entstandene Curve dar, von einem im Brusttheile des Oesophagus (12 cm tief) gelegenen Ballon aufgenommen. Die Rotationsgeschwindigkeit des Kymographioncylinders ist kleiner, als bei Zeichnung der ersten Curven, daher erscheinen die Secundenmarken näher aneinander gerückt und also auch die Curven kürzer. Man sieht an der Aufstosscurve rechts den Moment des Anfanges markirt, d. h. den Stoss, welchen die aus dem Magen aufsteigende Gasblase auf den Ballon im zweiten Oesophagusabschnitte ausübte; einige (3—4) Secundenmarken entfernt verläuft, links die Marke der Contraction des betreffenden Abschnittes.

Wenn der Ballon in einer etwas höheren Stelle des Oesophagus lag, so war die Contractionsmarke der Aufstossmarke näher, wenn der Ballon in einer tieferen Stelle des Oesophagus lag, waren die Marken weitergerückt: zum Beweis, dass die Fortpflanzung der Contraction von oben nach unten verlief. Die Contractionsmarken in Folge des Aufstossens entsprachen in jedem Abschnitte den in Folge eines Schluckes auftretenden.

Auch bei Hunden mit freigelegtem Oesophagus war diese Thatsache zu constatiren. Wenn man durch Reizung der Nervi laryngei superiores sehr viele Schlucke ausgelöst hat, so wird der Magen dieser Thiere bald so sehr mit Luft überfüllt, dass die geringste Bewegung ausreicht, Luft aus dem Magen in den Oesophagus austreten zu lassen. Man sieht dann, wie auf jeden Austrieb von Luft eine Contractionswelle durch den ganzen Oesophagus von oben nach unten abläuft, ohne dass dabei die leiseste Andeutung eines Schluckes wahrzunehmen wäre.

Das Aufstossen selbst geschieht ohne Bewegung des Oesophagus, also ohne Antiperistaltik, die Nachbewegung ist eine partielle Schluckbewegung also peristaltisch.

Wir haben also auch auf Grund unserer Erfahrung übereinstimmend mit Wild[1]) und Mosso[2]) niemals antiperistaltische Bewegung am Oesophagus wahrnehmen können. Auch beim Erbrechen hat Wild keine Antiperistaltik am Oesophagus beobachtet. Auch von Rühle wird immer angegeben, dass er die Antiperistaltik des Oesophagus entschieden läugne. Doch habe ich in seiner wichtigen Abhandlung[3]) keineswegs so ablehnende Aeusserung in dieser Hinsicht gefunden. Rühle sagt (S. 62) „Dass die untere Hälfte der Speiseröhre auf sehr geringen mechanischen Reiz sich schnell an der gereizten Stelle zusammenzieht und gleich wieder erschlafft (wovon ich mich oft genug überzeugt habe), macht es sehr wahrscheinlich, dass auch durch die in den (soll wohl heissen, „aus dem" Ref.) Magen hineingelangenden Stoffe Zusammenziehungen erregt werden, welche, zuerst am Kardiaende auftretend, durch ihr Fortschreiten nach oben zur Beförderung der zu erbrechenden Stoffe beitragen."

„Dass die Herausbeförderung der Stoffe von ihrem Eintritt in die Speiseröhre bis in den Schlund lediglich durch Contractionen der Speiseröhre geschehe, ist schon aus der Grösse des auf den Magen wirkenden Druckes als unwahrscheinlich anzusehen, und diese Unwahrscheinlichkeit wird durch die Thatsache, dass Hunde, denen die Vagi am Halse durchschnitten sind, durch welche Operation nach Dupuy u. A. auch die Speiseröhre gelähmt wird, gewöhnlich häufig erbrechen, noch grösser." —

Hierauf erzählt Rühle einen Versuch, in welchem er an der Kardia eine Ligatur angelegt und hiernach eingegossenes Wasser bei Brechbewegung nicht hat herausbefördern sehen, obwohl der unterste Oesophagusabschnitt sichtlich contrahirt wurde.

Rühle schliesst: „Es müssen also die Contractionen der Speiseröhre, wenn sie immer so, wie Budge sie beschreibt, beim Brechact stattfinden, die Herausbeförderung der Stoffe durch Druck unterstützen. Wie gross aber diese Unterstützung sei, darüber wissen wir noch nichts Zuverlässiges."

Weiter war auch Budge[4]) in seinen Behauptungen nicht gegangen. In der Beschreibung seines Versuches XII erzählt er zuerst, wie er die Brusthöhle eröffnet (ohne künstliche Athmung einzuleiten) um den Oesophagus zu beobachten, dann in die Bauchhöhle den Pylorus unterbindet und Erbrechen verursacht. Hierauf berichtet er in folgenden Worten weiter: „Die ganze Speiseröhre verlor ihre Contraction, als oben der Magen die stärkste Ausdehnung und Spannung gezeigt hatte; zog sich aber sogleich wieder über dem Zwerchfell zusammen, und so stark, dass sich die Stelle über diesem wurstförmig auftrieb. So ging es immer weiter, eine Auftreibung folgte der andern bis zum Schlunde hin. — Besonders deutlich aber konnte ich diesen Process mit ansehen, wenn ich, statt Flüssigkeit einzugiessen den Pylorustheil mehr oder minder stark drückte. Hierauf drangen die Stoffe bald höher, bald minder hoch hinauf."

Rühle hat auch den bedeutsamen Nachweis geführt, „dass der Widerstand, welcher im normalen Zustande durch die Kardia dem Eintritt von Stoffen aus dem Magen in die Speiseröhre geleistet wird, im Augenblick des Erbrechens spontan nachlässt. Wobei jedoch noch unentschieden bleibt, ob derselbe durch Erschlaffung der kreisförmigen

[1]) Centralblatt f. d. med. Wiss. 1864 S. 833.
[2]) Die Auscultation des Oesophagus als diagnostisches Hülfsmittel in den verschiedenen Krankheiten desselben. Wiener med. Jahrbücher Bd. XV. 1868 S. 133.
[3]) Müller's Arch. 1841 S. 332.

[1]) Ueber die peristaltische Bewegung d. Oesophagus u. s. w. Henle u. Pfeuffer V. Bd. 76.
[2]) l. c. S. 10.
[3]) Der Antheil des Magens beim Mechanismus des Erbrechens mit einem Anhange über den Antheil der Speiseröhre. Traube's Beiträge zur experimentellen Pathologie und Physiologie. Heft 1, 1846. S. 1.
[4]) Die Lehre vom Erbrechen. Bonn 1840, S. 54.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an der Kardia befindlichen Fasern verschwindet, oder dadurch, dass eine starke Contraction der ebenfalls vorhandenen Längsfasern die der Querfasern überwindet und so den von ihnen gebildeten Verschluss aufhebt"[1]).

Die bisherige Beschreibung gilt für die Vorgänge bei einem gesonderten Schlucke.

Wir haben gesehen, dass binnen weniger als 0,1 Secunden der Hauptschluckact vollendet sein kann und jedenfalls in der Norm der Schluck vom Munde bis zur Kardia gefördert ist. Wie oben angeführt, verfliessen zwischen dem Schluckbeginne und dem Anfange der Contractionen der Constrictoren beim Menschen (Meltzer) 0,3″. Dann aber schliessen sich nach einander die Abschnitte des Schluckcanales derart, dass die Contraction des nächsten Abschnittes beginnt, bevor diejenige des vorhergehenden beendigt ist, wie dies ein Blick auf die Reihe der Figuren 9—19 der Tafel lehrt. Es lag nun die Frage nahe: was geschieht, wenn man dem ersten Schlucke einen zweiten folgen lässt, bevor der Oesophagus wieder geöffnet ist. Wird dann die zweite Schluckmasse durch die geschnürten Stellen hindurchgespritzt, oder bleibt sie über der contrahirten Stelle ebenso liegen, wie beim einzelnen Schlucke über der contrahirten Kardia?

Auf unsere Frage erhielten wir eine überraschende Antwort, welche uns ein neues Gesichtsfeld eröffnete.

Wir haben den thatsächlichen Befund in folgendem Satze zusammengefasst: Wenn der Ballon im ersten Oesophagusabschnitte lag und man zwei oder mehrere Schlucke in Intervallen folgen liess, die kleiner als 1,2″ waren, so erschien die Contractionsmarke erst nach dem letzten Schlucke. Wenn der Ballon im mittleren Abschnitte lag, so konnte man die Schluckintervalle bis zu 3″ anwachsen lassen, ohne vor dem letzten Schlucke eine Contractionsmarke zu erhalten; vom dritten Abschnitte aus konnten die Schlucke sogar in Intervallen von 5—6″ erfolgen, ohne eine Contractionsmarke vor dem letzten Schlucke auszulösen.

Durch die Figuren 20 bis 26 wird dieses Verhalten illustrirt. Figur 20 giebt die Schluckcurve wieder, welche vermittelst eines Ballons im ersten Oesophagusabschnitte (4 cm vom Anfange) aufgezeichnet wurde; die Contraction des beobachteten (ersten) Oesophagusabschnittes fängt erst ungefähr 1,2″ nach dem Schluckbeginne an. Figur 21 ist durch eine Reihe von 6 Schlucken gewonnen, welche einander im Intervall von etwa 1 Secunde folgen. Diesen 6 Schluckzeichen folgt nur eine Contractionswelle und zwar etwa eben so lange nach dem letzten Schlucke, wie wenn die früheren überhaupt nicht ausgeführt worden wären. Ganz ähnlichen Vergleich bieten die beiden Figuren 23 und 24, welche von einem Ballon im zweiten Oesophagusabschnitte (12 cm vom Oesophagusanfange) aufgenommen sind. Der einfache Schluck veranlasst fast 3″ nach dem Schluckbeginn die zweite (Oesophagus) Marke. Als 6 Schlucke in Pausen von etwa 1 Secunde ausgeführt wurden, folgte ebenfalls nur eine Contractionsmarke und zwar etwa 4″ nach Beginn des letzten Schlucks. Als 8 Schlucke in Intervallen von je 1″ getrunken wurden, folgte die Contractionswelle dem letzten Schlucke erst nach fast 6″ Latenz. Aus solchen oft bestätigten Befunden haben wir gefolgert:

Mit jeder Erregung zur Bewegung des ersten Abschnittes der Schluckbahn (besonders der Mylohyoideus-Gruppe) wird eine Hemmung der tieferen Abschnitte eingeleitet.

Da nach der schon erwähnten Entdeckung von Mosso der Ablauf der peristaltischen Bewegung ungehindert bleibt, auch wenn ringförmige lange Stücke aus dem Oesophagus ausgeschnitten worden sind, so muss diese Hemmung im nervösen Centrum eingreifen.

Hierfür ist auch ein Beweis gegeben in den hemmenden Erregungen, welche auf Centren in der Medulla oblongata, die dem Schluckcentrum benachbart sind, während des Trinkens ausgeübt werden. So ist z. B. während des Hauptschluckactes der Tonus des Herzvagus herabgesetzt, was sich durch Beschleunigung des Pulses geltend macht. Wenn man mehrere Male schnell nach einander schluckt, so steigt die Pulsfrequenz beträchtlich, zugleich sinkt die Anregung zur Athmung — das Athembedürfniss —; ebenso nimmt der Tonus des Gefässnervencentrums ab[2]) und auch andere Centren wie z. B. das Erectionscentrum und das Centrum für die Uterusbewegungen werden hemmend beeinflusst. Dieses wichtige Gebiet hat Meltzer[3]) weiter erschlossen.

Da nun die Contraction jedes Oesophagusabschnittes noch kurz vor ihrem Beginne durch einen neuen Schluck gehemmt werden kann, so mussten wir schliessen, dass die Hemmungen auf directeren Wegen als die Erregungen geleitet werden.

[1]) l. c. S. 55.

[2]) Diese Ergebnisse sind von uns schon im Oct. 1881 in dem „Proceedings of the Royal Society in London" veröffentlicht worden.

[3]) S. Meltzer. Die Irradiationen des Schluckcentrum und ihre allgemeine Bedeutung. du Bois-Reymond's Archiv f. Physiologie 1883. S. 210ff. (Dissertation).

Wie oben gezeigt worden, ist die Pause zwischen dem letzten Schlucke und der Oesophagus-Contraction um so länger, je grösser die Anzahl vorangehender Schlucke war. Die Dauer der Contractionsmarke wird hier noch nicht beeinflusst. Dieser Vorgang macht den Eindruck, als ob durch die wiederholten Hemmungen die Leitung der Erregung verzögert werde. Ob diese Verzögerung dadurch zu Stande kommt, dass intensive centrale Hemmungen zu langsam ablaufen, ähnlich wie dies Setschenow nach chemischer Reizung der Vierhügel gesehen, oder ob, wie Cyon meint, die Verzögerung durch Vergrössern der Widerstände verursacht wird, bleibt unentschieden.

Wenn man einen zweiten Schluck macht, während die dem ersten folgende Contraction in dem beobachteten Oesophagusabschnitte bereits begonnen hat, so wird diese Contraction nicht mehr aufgehoben, nur manchmal etwas verkürzt, und es beginnt die dem zweiten Schlucke entsprechende Oesophaguscontraction ebenso spät, wie wenn das zweite Schlucken erst nach Beendigung der ersten Oesophaguscontraction erfolgt wäre.

Fig. 26 zeigt solchen Fall. Als 3 Secunden nach dem Schluckanfange die Contraction des zweiten Oesophagusabschnittes begann, wurde ein zweiter Schluck eingeleitet, dessenungeachtet die Contraction regulär verlief. 4 Secunden nach dem Ende der Zusammenziehung folgte eine zweite. Fig. 27 illustrirt ein ähnliches Verhältniss am ersten Oesophagusabschnitte. Es ist natürlich anzunehmen, dass in solchem Falle die Contraction der tieferen Abschnitte, welshe noch nicht in Action getreten waren, durch den zweiten Schluck gehemmt wurde. Bisher haben wir gesehen, dass durch die eigenthümliche Hemmung, welche der Schluck auf die Peristaltik übt, die Bahn für mehrere aufeinanderfolgende Schlucke frei gehalten wird. Wir haben aber auch bemerkt, dass die schon begonnene Peristaltik nicht mehr aufgehoben werden kann. Wie muss die Schluckfolge sein, welche den ganzen Oesophagus offen hält? Selbstverständlich werden bei dem Menschen Schlucke die in einem Intervalle folgen, das kleiner als 1,2″ ist, schon die Peristaltik des ersten Abschnittes und somit auch der übrigen Abschnitte des Oesophagus aufheben; nur die Contraction der Pharynxmusculatur bleibt ungehemmt. Bei allen Schluckintervallen, welche grösser sind, muss der zweite wie die folgenden Schlucke irgend einen oder zwei Abschitte des Oesophagus contrahirt finden. Bleibt der Schluck in diesem Falle dort liegen? Wenn man den Ballon z. B. im zweiten Oesophagusabschnitte liegen hat und zu einer Zeit schluckt, wo von einem vorangegangenen Schlucke her der erste Abschnitt contrahirt ist, so sieht man dessenungeachtet vom Ballon ein Schluckzeichen markiren (Fig. 26). Dasselbe geschieht wenn der Ballon im dritten Abschnitte gelagert ist. — Hierdurch ist bewiesen, dass der Schluck durch die contrahirten Stellen nicht festgehalten wird. Es vermag also die Musculatur, welche dem Hauptschluckacte vorsteht, die Schluckflüssigkeit auch durch die contrahirten ersten beiden Oesophagusabschnitte hindurch zu spritzen, wobei vermuthlich die Mm. geniohyodei begünstigend mitwirken, indem sie wie oben erwähnt, den Oesophagus mechanisch dilatiren. Dass durch die contrahirte Kardia nicht gespritzt wird, rührt wahrscheinlich davon her: einerseits, dass hier die unterstützende mechanische Dilatation fehlt, sodann dass die Wurfkraft im engen dritten Abschnitte des Oesophagus bedeutend herabgesetzt ist, endlich weil die tonisirte Kardia grösseren Widerstand leistet, als ein contrahirter Oesophagustheil. Wir können uns aber auch wohl vorstellen, dass bei geringer Wurfkraft die Schluckmasse garnicht den dritten Abschnitt erreicht, sondern schon innerhalb des zweiten Abschnittes liegen bleibt. In solchem Falle treibt erst die Peristaltik dieses Abschnittes, welche 3″—4″ nach dem Schlucke eintritt, das Aufgenommene weiter — unter Umständen nun ohne Aufenthalt in den Magen. Wirklich hört man zuweilen bei schwächlichen Individuen, wenn man dieselben während sie schlucken in der Herzgrube auscultirt, schon 3″—4″ nach dem Schluckanfange ein Geräusch, welches als ein Mittelding zwischen Durchspritz- und Durchpressgeräusch aufzufassen ist.

Diese Erscheinungen der Hemmung haben wir auch bei Hunden, deren Oesophagus wir freigelegt haben, constatiren können und ebenso bei Kaninchen, bei welchen zumal die Kardia in hohem Grade entwickelt und thätig ist. Wenn man diese Thiere häufig schlucken lässt, in Pausen, die kürzer sind, als das Intervall vom Schluckbeginn bis zur ersten Kardiacontraction (beim Kaninchen 2″), so erfolgt die Contraction der Kardia nur nach dem letzten Schlucke. Eine bereits begonnene Contraction kann nicht mehr aufgehoben werden; sie erscheint jedoch ein wenig abgekürzt. Wenn man genau die Kardia beobachtet, so sieht man, wie sie mit jedem Schlucke sich ein wenig erweitert. Die Kardiacontraction, welche einer Reihe von Schlucken folgt, ist viel intensiver und dauert länger, als die Contraction nach einem Schlucke.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag № 23. 5. Juni 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Verein für innere Medicin.

Sitzung am 19. Mai 1884.

Herr Fritsch: Demonstration des Gehirns des von Herrn Goltz auf dem III. Congress für innere Medicin vorgestellten Hundes.[1])

M. H.! Der Gegenstand, über den ich mir erlauben wollte, Ihnen einige Bemerkungen zu machen, wird in Bezug auf seine Wichtigkeit wohl nur übertroffen durch die Schwierigkeit der Behandlung. Ich glaube, das müsste vor allen Dingen ein Grund sein, ein so schwieriges Gebiet sine ira et studio zu behandeln.

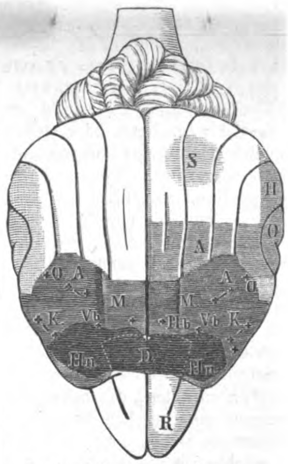
Wenn ich selbst an anderem Orte geschienen haben sollte, von dieser Regel abzugehen, so bitte ich, zu berücksichtigen, dass der von der Gegenpartei angeschlagene Ton mich zu der Vertheidigung berechtigter Interessen zwang. Heute habe ich aus manchen Gründen um so weniger Veranlassung, einen ähnlichen Ton anzuschlagen; der schwerwiegendste darunter bietet mir zugleich den weitesten Gesichtspunkt, um in die Betrachtung der Angelegenheit einzutreten. Es ist in der That erfreulich, zu sehen, dass nachdem vierzehn Jahre sich die Physiologen abplagen, Beobachtungen machen, und doch die Sache immer mehr und mehr in eine unlösbare Verwirrung zu gerathen scheint, es die Herren Kliniker sind, die für uns auftreten, die den leuchtenden Richtpunkt am Hafen auf dem stürmischen Ocean der Meinungen für uns abgeben, um uns aus einer Sturmfluth zu retten, die in letzter Zeit so hohe Wellen geschlagen hat wie kaum jemals früher; und zwar scheint mir dies letztere um so bedauerlicher und verwerflicher, weil gerade Beobachtungen, die treu registrirt waren, dadurch en bagatelle behandelt wurden. Es liegt auf der Hand, dass, wenn in dieser Weise, was fest scheint, am nächsten Tage wieder über den Haufen geworfen wird, unmöglich zu erwarten ist, dass wir Fortschritte machen. Es ist bekannt, dass in der That böswillige Elemente gerade den Widerspruch und die Feindseligkeit der Autoren, die auf diesem Gebiete gearbeitet haben, benutzten, um in jeder Weise die Leistungen dieser Untersuchungen überhaupt in Frage zu stellen.

Nachdem ursprünglich Hitzig und ich den Gall'schen Anschauungen entgegen eine neue Bahn zu betreten suchten, weiterhin Ferrier auf uns sich stützte und endlich Munk noch weiter kam und neue Beobachtungen hinzubrachte, schliesslich Goltz auf der anderen Seite gegen uns Alle Front machte, sehen wir diesen, indem er Gall Opposition macht, sich doch wieder in gewisser Beziehung auf Gall stützen. Sie sehen, es stellt sich so für das grosse Publikum die ganze Reihe der Untersuchungen als eine Art Rattenkönig dar, der sich nur vor dem traditionellen dadurch unterscheidet, dass eine Ratte die andere in den Schwanz beisst.

Um Ihnen nun das Geleistete vorzuführen und zu betonen, dass doch eine positive Grundlage gewonnen ist, habe ich mir erlaubt, einiges Material mitzubringen. Sie sehen hier eine Tafel, welche die Sphären des Hirns nach Munk darstellt. Munk suchte in seinen Regionen mehr als wir darin gesucht haben. Sie wissen, dass er diese Regionen wesentlich auch für das Gefühl in Anspruch nahm, und sofern er mehr darin suchte, ist es auch kein Wunder, dass er die Regionen grösser fand wie wir, die wir andere Gesichtspunkte hatten. Wenn Goltz beabsichtigte, die von Munk als Fühlsphäre bezeichnete Region abzutragen, so lehrt ein Blick auf die Tafel, dass davon nicht die Rede sein kann, in der That hat aber auch Goltz unsere Namen genannt und dadurch angedeutet, dass er gegen unsere Angaben angehen wollte. Mit diesen würde noch allenfalls seine Operation vergleichbar erscheinen. Um zu sehen, wie sich unsere Angaben zu dem verhalten, was Munk vermerkt hat, so brauche ich nur dies orangefarbene Papier auf die Figur zu heften (Zone M, M der Figuren). Sie sehen, dass die Uebereinstimmung mit dem, was Munk angegeben hat, eine ausserordentlich erfreuliche ist. In der That hat ja Munk wesentlich unsere Angaben bestätigt und nur in seiner Weise der Sache eine Deutung zu geben versucht. Sie sehen diese orangefarbene Figur vorn mit einer dunklen Linie abschneiden, welche mit der Hauptlängsspalte des Gehirns ein Kreuz bildet. Dies ist der Sulcus cruciatus; der Gyrus, der sich herumzieht, ist der Gyrus sigmoideus. Sie sehen auf diesem orange Felde schwarze Kreuze, von denen ein Theil durch Linien verbunden ist. Dieselben stellen die Oertlichkeiten dar, von welchen aus mit minimalen Strömen ein bestimmter Reizeffect zu constatiren war. Unter Berücksichtigung dieses Standpunktes glaube ich, dass wir, d. h. Hitzig und ich, uns nirgends mit Munk im Widerspruch befinden.

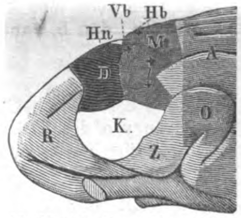
Sphären der Grosshirnrinde des Hundes nach H. Munk.

1.



D Ausdehnung des Defectes

2.



M Motorisch erregbare Zone (Fritsch u. Hitzig)
A Auge
O Ohr
Vb Vorderbein
Hb Hinterbein
K Kiefermuskeln
Hn Halsnackenmuskeln
Z Zungenmuskeln

Sehen wir nun zu, was Goltz abgetragen hat; ich werde durch ein schwarzes Papier (D der Zeichnung) die Grösse des Defectes andeuten. Sie sehen wohl mit einem Blick, dass ich Recht hatte, wenn ich behauptete, dass das abgetragene Gebiet höchstens den dritten Theil des Ganzen darstellt. Ich habe die Figur nach Möglichkeit dem Präparat angepasst. Sie sehen, dass beide Seiten nicht ganz symmetrisch waren, dass in der Mitte der Defect an den Sulcus cruciatus heranreicht, aber in der medialen Partie noch eine Wenigkeit von der Wurzel des Gyrus vor dem Sulcus cruciatus stehen bleibt. Sie sehen ferner auf der linken Seite den Defect wesentlich im oberen Theil des Sulcus cruciatus entlang laufen, er greift im unteren Theil über und nimmt hier einen Theil der motorischen Zone in Anspruch. Der Defect auf der anderen (linken) Seite greift früher über den Sulcus cruciatus hinweg — hier hatte sich ein kleiner Erweichungsheerd gebildet; es bleibt aber auch so noch ein beträchtlicher Rest von dem benachbarten Theil des Gyrus sygmoideus übrig. Es fragt sich nun: was ist durch diesen

[1]) Wir bringen, nach Fertigstellung der Abbildung diesen Theil des Sitzungsberichtes sofort und an dieser Stelle, da das in ihm behandelte Thema von der actuellsten Bedeutung gerade augenblicklich ist und die Discussion über dasselbe vorläufig kaum beendet sein dürfte. Um so wichtiger ist es, für dieselbe das grundlegende Material nicht nur so schnell sondern auch so authentisch möglich zu liefern.
Die Red.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Defect von unseren Innervationspunkten weggenommen? Sie sehen zunächst diejenigen für die Hinterbeine intact, von denen für die vorderen Extremitäten erscheint links noch ein Stück, rechts fast gar Nichts, es fehlt sicher vollständig das Innervationscentrum für die Nackenmusculatur. Wenn sich dies so verhält, welches waren die Effecte, die man hiernach erwarten musste? Es leuchtet ein, dass die Störungen des Muskelbewusstseins sich äussern mussten in den vorderen Extremitäten und in den Nackenmuskeln.

Beide Erscheinungen haben sich, soweit mir Zeugen, ausser den früher genannten z. B. auch Herr Geh.-Rath Westphal und Herr Dr. Pölchen (Danzig) versichert haben, bei dem vorgestellten Hunde gezeigt, und derselbe hat somit bestätigt, was wir s. Z. zu beweisen suchten.

(Diese Verhältnisse demonstrirt der Redner des weiteren an dem Gehirn des Goltz'schen Hundes und zwei natürlichen Präparaten.)

Ich kann nicht unterlassen, noch auf einen anderen Punkt einzugehen, der mir der wichtigste scheint, und der in der That wohl etwas von der Bitterkeit in mir erzeugen konnte, die sich öffentlich zur Kenntniss gegeben hat. Es handelt sich darum, ob wir an Stelle dieser eruirten Thatsachen — und ich weiss nicht (trotz Schiff's Bemerkung), dass Jemand sie widerlegt hat — mit anderen Beobachtungen als Thatsachen (!?) kommen dürfen, die höchstens als Charakterstudien zu bezeichnen sind? Was Herr Goltz in Bezug auf die Zerstörung des einen oder des anderen Hirntheils und die damit zusammenhängenden Aenderungen im Charakter des Hundes gesagt hat, ist der unmittelbare Ausfluss der Gall'schen Lehre, Herr Goltz mag dagegen protestiren oder nicht. Wie lassen sich die vermeintlichen Charakteränderungen vielleicht erklären? Ich habe gar keinen Grund anzunehmen, dass Herr Goltz positiv falsch beobachtet hat, sondern glaube, die Erklärung dieser Charakteränderung lässt sich aus dem ableiten, was auch sonst über die Sphären des Grosshirns bekannt ist. Es ist wohl möglich, dass ein Hund, dem Herr Goltz in seiner Weise, wie er meint, die motorische Region abgetragen hat, sich als besonders bösartig documentirt. Warum das der Fall ist, lehrt eine kurze Betrachtung. Ist nämlich der Defect so gemacht, wie Herr Goltz ihn öfters gemacht zu haben scheint, so sehen Sie, dass gerade der Theil stehen geblieben ist, welcher als die Innervationsstelle für die Kiefermuskeln bezeichnet wird. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass in einem solchen Falle der Hund auch von diesen nach einer entsprechenden Exstirpation noch allein willkürlich zu erregenden Muskeln einen ausgiebigen Gebrauch macht. Ich will also direct an Herrn Goltz die Anforderung stellen, er soll einen Hund, allerdings correcter wie bisher, in der Weise operiren, dass er von beiden Seiten soviel wegnimmt, wie das nun angeheftete schwarze Papier auf der Wandtafel (der weisse Fleck der Figur 2) bedeckt; er kann dann von den übrigen Theilen so viel wegnehmen oder stehen lassen wie ihm gut erscheint; es wird sich dann fragen, ob ein solcher Hund sich noch als bösartig erweist oder nicht. Wenn andererseits die Abtragung des Hinterlappens den Hund zu einem besonders gutartigen Thier macht, so werden alle Irrenärzte mit mir darin übereinstimmen, dass es nicht wunderbar ist, wenn ein Individuum, welches seelenblind und seelentaub ist, sich durch Stumpfsinnigkeit auszeichnet. So erscheint mir dieses Nebelbild des Herrn Goltz, was seine Charakterstudien anlangt, in sich zu zerfliessen.

Ich möchte mich nun kurz dahin resumiren, dass es offenbar dringend geboten erscheint, den Zusammenhang mit der anatomischen Untersuchung nicht aufzugeben und nicht unnöthiger Weise die Widersprüche zwischen den Autoren, die etwa auftreten, die Schwierigkeiten in der positiven Feststellung unserer anatomischen Grundlage, die noch zu beseitigen sind, an die Spitze zu stellen, wie es leider gewöhnlich der Fall ist. Andererseits möchte ich die Herren Kliniker bitten, uns in diesen schwierigen Untersuchungen wie bisher nach Möglichkeit zu unterstützen.

Herr Leyden: Ich erlaube mir zu fragen, ob Herrn Fritsch bereits die Entgegnung von Goltz bekannt ist, und ob er darauf etwas erwidern will. Goltz hat in derselben hervorgehoben, sein Beweis wäre schon gelungen, wenn wirklich erreicht wäre, was Herr Fritsch zugegeben habe, dass nämlich die Halsnackenregion fortgenommen war, denn nach der Localisationstheorie müsste der Hund alsdann das Gefühl und die Bewegung der Halsnackenregion verloren haben. Da aber Herr Goltz nachgewiesen hätte, dass weder die Bewegung noch das Gefühl im Nacken verloren gewesen, so wäre damit, auch wenn er weiter nichts weggenommen hätte, der von ihm angestrebte Beweis geführt, dass hier kein Centrum für Hals und Nacken gelegen sei.

Herr Fritsch: Meine Antwort darauf ist sehr einfach, und ich habe den Gegenstand, ohne die Entgegnung des Herrn Goltz zu kennen, bereits berührt. Die Beobachtungen von den Zeugen, die über den Hund gemacht wurden, fielen dahin aus, dass der Hund in der That Ataxie der Nackenmuskeln (und der Vorderextremitäten) hatte, d. h. den von der Operation zu erwartenden Effect zeigte. Es handelte sich in Bezug auf die bestehende Differenz zunächst darum, ob der Hund so operirt war, wie Herr Goltz ihn vorstellte, und dann, ob der Hund das widerlegte, was wir behauptet haben. Weder das eine, noch das andere war der Fall. Ich werde mir erlauben Ihnen die betreffende Stelle aus unserem Aufsatze, die ich bereits in dem gegen Herrn Goltz gerichteten Artikel abgedruckt hatte, hier nochmals vorzulegen, da er für gut befunden hat, dieselbe zu ignoriren:

Wie dem auch sei, es ist sicher, dass eine Verletzung dieses Centrum (allgemein gesprochen) die willkürliche Bewegung des von ihm sicher in einer gewissen Abhängigkeit stehenden Gliedes nur alterirt, nicht aufhebt, dass also irgend einem motorischen Impulse noch andere Stätten und Bahnen offen stehen um geboren zu werden und um zu den Muskeln jenes Beines zu eilen. . . .

Herr Goltz hat also in dieser Hinsicht durch umfangreichere (dadurch leider auch vieldeutigere) Exstirpationen bestätigt, was wir selbst behauptet haben.

Herr Leyden: Inzwischen ist in verschiedenen unserer referirenden Blätter über den Vortrag und die Ergebnisse der Demonstration referirt worden, welche Herr Goltz vor ein Paar Jahren in London gehalten hat. Vielleicht wäre es zweckmässig, auch diesen Punkt mit einigen Worten zu beleuchten.

Herr Mendel: Ich kann nur bestätigen, dass sich im wesentlichen in London nach den späteren Untersuchungen die Sache ähnlich verhalten hat mit dem Goltz'schen Hunde wie in Berlin, d. h. dass auch gerade die Stellen, auf die es vorzugsweise ankam, nicht oder nicht vollständig entfernt waren. Das geht wenigstens aus den betreffenden Arbeiten von Klein und Langley im Journal of Physiology (Ref. im Neurolog. Centbl. 1884 No. 4) hervor. Ich möchte aber auch überhaupt glauben, dass es Eulen nach Athen tragen hiesse, die Sache weiter zu discutiren, denn für den Kliniker kann es doch nicht zweifelhaft sein, dass in der That die Localisationstheorie eine feste und sichere Begründung hat, nachdem eine grosse Reihe von Diagnosen intra vitam auf dem Boden dieser Theorie gestellt worden sind und dieselben post mortem bestätigt wurden. Man kann doch nicht glauben, dass das immer nur Zufall gewesen ist.

Nun ist bei den Verhandlungen des Congresses für innere Medicin die Frage berührt worden, ob nicht vielleicht die Verhältnisse beim Menschen andere wären als beim Hunde. Allerdings kann man sicher nicht das Menschenhirn mit dem Hunde- und Affenhirn vollständig identificiren, aber, da ich nun einmal zum Worte gekommen bin, so sei es mir gestattet, auch nach dieser Richtung hin noch einige Bemerkungen anzufügen. Ich habe mittelst Drehungen eine diffuse Hirnerkrankung (Encephalitis interstitialis) beim Hunde erzeugt, eine Hirnerkrankung, die ausschliesslich die graue Rinde, nicht die weisse Substanz betrifft. Bei dieser diffusen Hirnerkrankung, deren Symptome sich psychischerseits als Schwachsinn, resp. Blödsinn darstellen, traten aber auch Heerdsymptome auf, die als Paresen, als Verlust des Muskelgefühls an einzelnen Extremitäten, speciell an einer oder der anderen Hinterpfote sich zeigten. Aus diesen Heerdsymptomen wurde dann intra vitam die Diagnose gestellt, dass ausser der diffusen Erkrankung noch besondere Heerde bestehen müssten, und zwar eine besonders erkrankte Stelle in der Hirnrinde mit Rücksicht auf die Untersuchungen von Fritsch und Hitzig im Centrum für die hintere Extremität. Auch in diesen Fällen wurde die Diagnose durch die Autopsie voll bestätigt. Es fand sich in der That die Erkrankung besonders hochgradig ausgebildet, ein Herd an jener Stelle, wo wir die Centren für die hintere Extremität suchen, hier waren Verwachsungen mit Pia, Dura und Schädel u. s. w.

Ich glaube, dass nach allen diesen Thatsachen, aus den klinischen Beobachtungen wie den Untersuchungen am Thier begründete Zweifel über die Berechtigung der Localisationstheorie nicht stattfinden können, und kann ich nur hinzufügen, dass, nachdem ich das Gehirn des Hundes des Herrn Goltz in der Sitzung des Congresses gesehen habe, ich mich sofort überzeugte, dass gerade die Theile, auf die es wesentlich ankam, nicht oder sehr unvollständig entfernt waren, so dass es meiner Ueberzeugung nach Herrn Goltz nicht gelungen ist, die Localisationstheorie zu erschüttern.

Herr Leyden: Ich darf mir wohl noch gestatten, einen Passus aus dem Referat vorzulesen, welches von Herrn Wernicke in den „Fortschritten der Medicin" (No. 10 d. J.) erstattet ist:

Nach diesem Referat sowohl, wie nach dem, was Herr Mendel bestätigt hat, wäre die Sache für Herrn Goltz nicht günstig ausgefallen. Indessen für den etwas ferner stehenden Beobachter wird es immer noch nicht klar sein, dass event. wie Herr Goltz zu so abweichenden Resultaten von den übrigen Forschern gekommen sein sollte. Wenn man auch einen Unterschied in der Vertheilung der Hirnfunctionen beim Menschen, Affen und Hunde annimmt, so bleibt dennoch zwischen den am Hunde angestellten Experimenten von Fritsch und Hitzig und denen von Goltz eine Kluft, die ich nicht im Stande bin, auszufüllen. Wenn auch Herr Fritsch zu beweisen sucht, dass ein eigentlicher Widerspruch der Thatsachen nicht besteht, so bleibt mir immer noch unklar, dass Goltz, nachdem er eine so lange Reihe von Jahren gearbeitet hat, auf Grund seiner Untersuchungen einen so schroffen Widerspruch erhebt.

Was die klinischen Beobachtungen an Menschen betrifft, so glaube ich, dass diese in der principiellen Frage nicht entscheidend sein können. Freilich sind die meisten Kliniker gegenwärtig Anhänger der Localisationstheorie, und das ist ja auch ganz begreiflich: so viel ich weiss ist auch Herr Westphal, den wir die Ehre haben, heute unter uns zu sehen, ein Anhänger dieser Localisationslehre. Dennoch ist es wohl fraglich, ob die Beobachtungen an Menschen als stringenter Beweis angesehen werden dürfen, da immer äusserst complicirte Dinge vorliegen, und ein einfaches Verhältniss und ein einfacher Beweis wohl kaum daraus herzuleiten ist. Wenn man die Sache principiell zuspitzt auf das Experiment am Hunde, so muss ich sagen, dass ich den Widerspruch der Meinungen noch nicht recht lösen kann. Die principielle Entscheidung der Frage muss durch das physiologische Experiment gegeben werden und hier haben sich gegenwärtig die Gegensätze so zugespitzt, dass es noch nicht möglich ist, zu sagen, wo sich eine Vermittelung finden und wo das Richtige gelegen sein wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Uebrigens bemerke ich, dass Goltz in seiner Entgegnung auf eine neue ausführliche Arbeit in Pflüger's Archiv verweist, welche das auf dem Congress f. i. Med. Vorgetragene noch weiter ausführen und belegen wird.

Herr Fritsch: Ich will nur noch eine kurze Bemerkung machen, die sich auf das Verhältniss zwischen Thier und Mensch bezieht. Wir dürfen in solcher Vergleichung nicht zu rigorös sein und nie vergessen, dass der Kreis der Säugethiere vergleichend anatomisch ein sehr beschränkter ist; dass daher die in den verschiedenen Gehirnen vorhandenen Abweichungen wesentlich Unterschiede der Entwicklung nach dem Grade sind, nicht der ursprünglichen Anlage. Die Frage jedoch, welche gegenwärtig entschieden werden soll, würde schon einen principiellen Unterschied darstellen, und einen solchen läugne ich für die Säugethiere.

Herr Ewald: M. H.! ich glaube, dass viele und wesentliche Differenzen der Anschauungen, die die Frage der Localisation betreffen, von dem Standpunkte abhängen, auf welchen sich die Beobachter stellen, von dem aus sie das Beobachtete deuten, aber nicht auf thatsächlich verschiedenen Befunden beruhen. Das, was Herr Goltz über die Charakteränderung der Hunde angegeben hat, wird wie Sie gehört haben vollkommen aus dem erklärt, was sich aus der Lehre von den Centren selbst zwanglos ergiebt. Indessen, diese Erörterungen sind Sache der Physiologen, in die Niemand ohne eigene Erfahrung eingreifen sollte. Was aber meine klinische Stellung betrifft, so habe ich mir erlaubt, dieselbe in einem Anhang, den ich der Einsendung des Herrn Goltz in der Berliner klinischen Wochenschrift hinzugefügt habe, kurz zu präcisiren. Durch Herrn Mendel erhalten wir von Seiten eines speciellen Fachmanns die Bestätigung, dass für ihn die Localisationslehre eine conditio sine qua non ist. Sie ist durch eine Reihe von Krankenbeobachtungen und Sectionsbefunden in nicht zu bezweifelnder Weise erhärtet worden. Freilich darf man sich nicht auf den Standpunkt stellen in der älteren Litteratur Belege dafür finden zu wollen und weil dies nicht der Fall ist, die klinische Beobachtung überhaupt nicht gelten zu lassen. Die Beobachtungen älterer Aerzte, m. H.! sind in dieser Frage nicht maassgebend. Die Beobachtungen fangen erst mit dem Moment an, wo die Lehre von der Localisation gefunden worden ist, wo man überhaupt auf diese Fragen sein Augenmerk gerichtet hat. Aber das Material, was seit dieser Zeit gesammelt ist, spricht in ausgezeichneter Weise für die Lehre von der Localisation und war zum Theil nur aus dieser Lehre heraus zu gewinnen.

Herr Wernich: Wenn unsere Aufgabe darin besteht, in dieser Frage nach Möglichkeit alle Punkte aufzusuchen, um eine versöhnliche Annäherung herbeizuführen, so könnte man noch Folgendes bemerken. Herr Goltz legt das Hauptgewicht auf die Länge der Zeit, während welcher er die von ihm operirten Hunde beobachtet, und man darf überzeugt sein, dass der Gehirnverlust, wie er im Augenblick der Operation sich darstellt ein ganz anderes Bild gewährt als Monate oder Jahre später, nachdem der Defect wieder ausgeheilt ist. Auch bei grosser Uebung wird man sich dem frischen Gehirn gegenüber in dem Bestreben, gewisse Grenzen inne zu halten oder über sie mit der Schnittführung hinauszugehen leicht täuschen können. — Zweitens aber ist der Vorgang der Ausheilung des Gehirns selbst noch sehr vieldeutig. Kein Experimentator dürfte in diesem Moment bereits eine feste Vorstellung davon haben, ob der Defect durch einfache Narbenbildung gedeckt wird, in welchem Umfange Regenerationsvorgänge dabei betheiligt sind, in welchem Maasse die schwierige Frage von Vicariiren einzelner Hirntheile für andere, in dieses Thema hineinreicht.

Herr Fritsch: Ich bemerke, dass es sich bei unseren ersten Untersuchungen um Beobachtungen handelt, die jeden Augenblick wieder hervorgerufen werden können, so lange und so viel man will. Die Hunde sind in der That von Goltz viele Monate lang gehalten worden, aber auch von Hitzig und besonders von Munk. Das macht eben keinen principiellen Unterschied. Ein wirklicher Ersatz von Hirntheilen tritt meiner Ueberzeugung nach nie ein. Wenn Herr Goltz die Defecte wirklich gemacht hätte, zeigte sie das Hirn des Hundes auch heute noch. Wohl kann aber die Bewegungsstörung sich dadurch scheinbar ausgleichen, dass benachbarte Theile des Centrums, die nicht die unmittelbarste anatomische Verbindung mit der Peripherie haben aber doch mittelbar auf grösseren oder kleineren Umwegen mit der Hauptbahn in Verbindung stehen, für den äusseren Anschein die Functionen mehr oder weniger vollständig übernehmen, und das um so mehr, je länger das Thier erhalten wird.

Dies ist bei der Complicirtheit der Verhältnisse nur als eine rein persönliche Anschauung zu bezeichnen, die ebenso schwer zu erweisen als definitiv zu widerlegen sein dürfte und die mit der Grundfrage nach der Bedeutung der einzelnen Rindengebiete sich in keiner Weise deckt; denn eine Bahn von der Rinde zur Peripherie muss stets ausschliesslich die unmittelbarste Verbindung darstellen, gleichviel welche Umwege durch operative Eingriffe nöthig werden.

Herr Leyden: Dem was Herr Wernich sagte, muss ich entgegenhalten, dass Herr Goltz zwar auf die Dauer seiner Versuche grosses Gewicht gelegt hat, aber seine Deduction schliesslich doch auf den Defect, den er definitiv gesetzt hat, basirt. Er hat uns einen Hund als Beweis seines Standpunktes demonstrirt, aber seine Anschauungen basiren doch auf einer grossen Reihe von Versuchen. Ein Hirndefect mag im Anfang viel grösser erscheinen, als später, aber ich muss doch darin Herrn Fritsch beistimmen, dass, selbst wenn der Defect sich etwas zusammengezogen hat, dennoch zu erkennen sein muss, welcher Theil des Hirns weggenommen ist.

Dagegen würde Herr Fritsch, wenn ich ihn recht verstanden habe, mit dem, was er zuletzt gesagt hat, Herrn Goltz sehr entgegen kommen, dass es nämlich, wenn eins von den Centren genommen ist, möglich ist, dass nach Wochen und Monaten ein anderer Theil dessen Functionen übernimmt.

Herr Fritsch: Ich muss darauf erwidern, dass meine Anschauung sich in keiner Weise mit der Goltz'schen Auffassung deckt. Wenn wir eine Hauptstrasse verbauen, so ist es möglich, dass der Verkehr sich durch die benachbarte Nebenstrasse herstellt, und soweit es die Verhältnisse gestatten, die Hauptverkehrsader ersetzt. Bis auf welche Entfernungen sich dieser Ersatz herstellen kann, ist von allerhand Umständen abhängig und vorläufig gar nicht zu bestimmen. Aehnlich dürfte es sich mit der Hirnrinde verhalten, wo in den Nervennetzen und Gangliengruppen, mit denen sich aus- und einstrahlende Bahnen in Verbindung setzen, auch histologisch die Anlage dazu erwiesen ist. Es wird damit aber die eine Region in ihrem Verhältniss zu den Leitungsbahnen nicht der anderen gleichwerthig, sondern die histologisch möglichst eng verbundene ist der natürliche Stellvertreter für die ausgefallene Stelle.

II. Aus der medic. Abtheilung des Bürgerhospitales zu Köln a. Rh.

Zwei Fälle von Compression des Rückenmarkes durch Wirbelkrebs.

Von

Dr. Heinrich Simon.

Auf der inneren Abtheilung des Kölner Bürgerhospitales kamen im Laufe der letzten 4 Jahre (unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Leichtenstern) mehrere Fälle von Compression des Rückenmarkes (resp. transversaler Compressions-Myelitis) theils acuter, theils chronischer Natur zur Beobachtung.

In der Mehrzahl derselben (4 Fälle) handelte es sich um tuberculöse Wirbelcaries, in einem anderen Falle um traumatische Wirbelfractur und deren Folgen, in wieder anderen Fällen endlich um Neubildungen, welche entweder innerhalb des Wirbelkanales entstanden waren (1 Psammom, ausgehend von der Dura mater, 1 Gliosarcom des Rückenmarkes, 1 Gumma (? Heilung), einmal ein umfangreiches Lipom bei einem Kinde), oder um Neoplasmen, welche von Nachbarorganen resp. von secundär krebsig entarteten Wirbeln aus in den Wirbelkanal hereinbrachen und Rückenmarkscompression hervorriefen.

Von letzterer Kategorie wurden zwei Fälle beobachtet, welche sowohl klinisch, als anatomisch von so grossem Interesse sind, dass es sich wohl verlohnt, dieselben hier zur Veröffentlichung zu bringen. Ich führe zuerst die Krankengeschichten und Sectionsbefunde dieser beiden Fälle an, welchen ich einige epikritische Bemerkungen anfügen werde.

I. Fall. Primäres Carcinom der linken Niere. Krebsige Thrombose der Vena renalis sinistra und der Vena spermatica interna. Krebsiger Thrombus vaginae. Metastatische Krebsheerde im XII. Dorsal-, I. und II. Lendenwirbelkörper. Ausgedehnte Wucherung des Krebses in dem Fettzellgewebe längs der hinteren Fläche der Wirbelkörper und der vorderen der Dura mater mit Compression des untersten Lendenabschnittes des Rückenmarkes. Paraplegia dolorosa.

Krankengeschichte.

Louise F., 24 Jahre alt, wurde am 16. Februar 1882 auf die medicinische Station des Bürgerhospitales aufgenommen.

Die Anamnese ergab Folgendes:

Die Eltern der Kranken sind todt. Die Mutter starb an Apoplexie, der Vater an unbekannter Krankheit. Pat. will in früheren Zeiten stets gesund gewesen sein. Im Jahre 1880 litt sie an Syphilis und wurde abwechselnd mit Schmierkuren und Sublimatinjectionen behandelt. Pat. giebt an, Anfangs September 1881 zum letzten Male menstruirt gewesen zu sein und sich im 6. Monat der Schwangerschaft zu befinden.

Die Gravidität verlief bis vor 3 Monaten ohne jede Störung. Von dieser Zeit an fühlte sich Pat. allmählich schwächer werdend, von grosser Müdigkeit besonders in den unteren Extremitäten und heftigen Kreuzschmerzen heimgesucht. Pat. wurde häufig von ihrem Liebhaber misshandelt, und glaubt hierauf ihre Erkrankung zurückführen zu müssen.

Am 2. Februar verspürte sie unmittelbar nach dem Heben einer schweren Last starken Drang zum Uriniren. Der sofort darauf gelassene Urin war so stark blutroth, dass Pat. selbst erkannte, dass es sich um Blutharnen handle. Diese Hämaturie — (Pat. will mitunter „reines Blut" entleert haben) — hielt 8 Tage an, worauf der Harn plötzlich wieder völlig klar und hellgelb gelassen wurde.

Status praesens bei der Aufnahme.

Pat. ist von mittlerer Körpergrösse, gutem Ernährungszustande, von gesundem Aussehen, wenn auch blasser Hautfarbe. Die Untersuchung ergiebt alle Zeichen der Gravidität entsprechend dem 6. Schwangerschafts-Monat. Brust- und Bauchorgane lassen keinerlei Anomalien erkennen.

Keine Zeichen recenter Syphilis. Temperatur normal.

Der am Tag nach der Aufnahme (17. Februar) untersuchte Harn erweist sich schon makroskopisch als stark bluthaltig. Das Mikroskop lässt zahlreiche rothe Blutkörperchen, aber keine Cylinder oder andere geformte Bestandtheile erkennen. Der Eiweissgehalt des Harns entspricht der Blutmenge.

Beim Gehen unterstützt Pat. mit beiden Händen die Kreuzbeingegend. Der Gang ist mühsam und langsam, aber nicht ataktisch, verursacht Steigerung der Kreuzschmerzen.

Die Inspection und Palpation der Regio lumbalis, sowie der Wirbelsäule ergiebt keinerlei Anomalien, nicht einmal Schmerzhaftigkeit bei Druck.

Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Da man den schwerfälligen Gang von den heftigen Kreuzschmerzen herleitete, wurde bei der Aufnahme der Kranken an eine Rückenmarksaffection nicht gedacht.

Die Kreuzschmerzen konnten von der Art sein, wie sie bei Schwangeren häufig geklagt werden. Sie konnten aber auch mit der Hämaturie in Zusammenhang gebracht und von einer möglichen Nierenerkrankung hergeleitet werden. An hämorrhagische Nephritis war beim geringen Eiweissgehalt und beim Mangel jeglicher Cylinder im Harn nicht zu denken. Auch waren damit die hochgradigen Kreuzschmerzen nicht leicht vereinbar. Steinbildung war bei dem Alter, Geschlecht, der Lebensweise der Patientin, ferner bei der Anamnese, welche keinen Abgang von Concrementen ergab, sowie bei der Art der Schmerzen, die continuirlich waren und nicht in Kolikform auftraten, äusserst unwahrscheinlich. Noch weniger mochte man in Anbetracht des Alters, des guten Ernährungszustandes an ein Neoplasma der Nieren denken, um so weniger, als man eine Entstehung von Neoplasmen während der Gravidität anzunehmen schwer geneigt ist.

Es musste daher bei der Diagnose auch an die Harnblase als möglichen Ort der Blutung gedacht werden. Da der Urin nur äusserst spärliche weisse Blutkörperchen enthielt, konnte hämorrhagische Cystitis nicht wohl angenommen werden. Es schien vielmehr wahrscheinlicher, dass es sich vielleicht um einen der freilich ausserordentlich seltenen Fälle von hochgradiger Ectasie der Blasenvenen (mit Blutungen aus denselben), um sog. Blasenhämorrhoiden handle, und zwar schien die Gravidität für die Entstehung eines solchen höchst seltenen Vorkommnisses immerhin einen Grund abzugeben.

Wiewohl somit die Diagnose bei der Aufnahme noch dunkel war, liessen doch die geschilderten Erscheinungen den Fall von Anfang als einen interessanten erscheinen, der deshalb scharf ins Auge gefasst und sorgfältig beobachtet wurde.

Ich begnüge mich, den Verlauf der Krankheit aus der Krankengeschichte mit Hinweglassung alles Nebensächlichen kurz zusammenzufassen.

26. Februar. „P. klagt über heftige Schmerzen in den Oberschenkeln, im geringeren Grade auch in den Unterschenkeln und Füssen. Stehen und Gehen sind schon der Schmerzen wegen unmöglich. Die grobe Kraft der Unterextremitäten ist beträchtlich herabgesetzt. (Paraparese.) Die Sensibilität ist völlig erhalten, die Localisation für Tast- und Schmerzeindrücke die genaueste, die Leitungsgeschwindigkeit für beide durchaus normal. Die Sehnenreflexe, ebenso die Hautreflexe von der Fussohle aus sind total erloschen.

Weder Blasen- noch Mastdarmlähmung. Anhaltende Hämaturie, ohne Cylinder, ohne Eiterkörperchen im Harn".

3. März. „P. macht den Eindruck einer Schwerleidenden, die Hautfarbe blass, die Gesichtszüge von Schmerz entstellt. Abmagerung nicht bemerkbar. Es besteht totale Paralyse beider Unterextremitäten. P. ist nicht im Stande, die Zehen zu bewegen, geschweige denn die Füsse oder die Unterschenkel.

Tag und Nacht dauern die heftigsten Schmerzen in den gelähmten Unterextremitäten an, welche nur durch grosse Dosen Morphin einigermaassen gelindert werden.

Die Musculatur der Unterextremität nicht atropisch, fühlt sich teigig weich, ohne allen Tonus an.

Die Sehnen und Hautreflexe total erloschen. Beim Beklopfen der Muskeln der Unterextremität, welches höchst schmerzhaft ist, hier und da sehr geringe Contractionen.

Die faradische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln herabgesetzt. Am Unterschenkel tritt bei 9 Cent. Rollenabstand eines Stöhrer'schen Apparates vom Muskel aus schwache Contractionen ein, am Oberschenkel bei 5 Cent. Rollenabstand.

Die Untersuchung mit dem constanten Strom ergiebt an der Unterextremität Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit sowohl vom Nerven als Muskel aus. Am Oberschenkel tritt bei directer Reizung erst bei 24 Elementen schwache K.S.Z. ein, bei 25 Elementen schwache ASZ. Die Contraction blitzartig, nicht träge.

Aehnlich verhält es sich am Unterschenkel; daselbt KSZ. = ASZ. sowohl vom Nerven als Muskel aus.

Somit: Herabsetzung der faradischen und der galvanischen Erregbarkeit vom Nerven und Muskel aus, bei normaler Zuckungsformel und normaler qualitativer Beschaffenheit der Contraction.

Die genaue Untersuchung der Sensibilität ergiebt eine, wenn auch geringe, so doch ganz sichere Herabsetzung derselben. Beispielsweise werden unter 20 gleichstarken leisen Berührungen mit einem Wattebäuschchen, welche von einer gesunden Vergleichsperson stets richtig empfunden werden $\left(\frac{r}{n} = 1\right)$, von der Kranken nur 12 Berührungen gefühlt $\left(\frac{r}{n} = \frac{12}{20}\right)$. Das Localisationsvermögen für Tasteindrücke ohne Veränderung.

Die Schmerzempfindung bedeutend gesteigert. Etwas stärkerer Druck auf die Fusssohlen, auf Unter- und Oberextremität ruft die lebhaftesten Schmerzen hervor, wobei die Localisation erheblich fehlerhaft wird.

Die Untersuchung mit dem Weber'schen Zirkel scheitert an der durch die anhaltenden spontanen Schmerzen bedingten Unaufmerksamkeit der Kranken."

10. März. „Tag und Nacht dauern die heftigsten Schmerzen in den Unterextremitäten an, welche P. in verschiedener Weise schildert, wie: Gefühle von heftigstem Brennen, als wenn die Beine in heisses Wasser getaucht würden, Gefühle, wie wenn die Haut in Fetzen vom Beine gerissen würde, blitzartige, reissende, stechende, bohrende Schmerzen etc. Jede auch nur leise Berührung der Haut der Unterextremitäten ruft die lautesten Schmerzensäusserungen hervor. Jede andere Gefühlsqualität, als Schmerz ist erloschen. P. vermag nicht zu unterscheiden, ob die Haut der Unterextremitäten gestrichen, gedrückt oder gekniffen wird, ob sie mit einem kalten Gegenstand, mit dem Finger oder den Electroden berührt oder mit der Nadelspitze gestochen wird. Jedwede Erregungsart der Haut-Nerven wird als intensiver Schmerz empfunden. Dabei ist die Localisation der Schmerzeindrücke sehr mangelhaft.

Selbst der Druck der Bettdecke wird nicht mehr ausgehalten. Ueber beide Unterextremitäten sind mehrere Reifen gelegt, um die Extremität von der Berührung mit der Bettdecke zu schützen. Trotz enormer Dosen subcutan angewandten Morphiums lassen die Schmerzen nicht gänzlich oder nur sehr vorübergehend nach. Patientin schreit fast Tag und Nacht. Vollständige Paraplegie. Totales Fehlen der Haut- und Sehnenreflexe.

Urin dunkelbraunroth, enthält sehr reichliche rothe Blutkörperchen, sehr spärliche weisse Blutkörperchen, keine Cylinder, keine Zotten, keine Gerinnsel. Der Eiweissgehalt entspricht der Blutmenge des Harns."

„Die Untersuchung per vaginam ergiebt einen interessanten Befund. Man fühlt ca. 2 Centimeter oberhalb des Scheideneinganges die vordere Vaginalwand gegen das Scheidenlumen kugelförmig vorgewölbt. Der etwa hühnereigrosse Tumor fühlt sich elastisch weich fast fluctuirend an. An dieser Stelle ist, wie der eingeführte Katheter darthut, die Urethra durch den Druck des Tumors so comprimirt, dass es schwer wird, den Katheter allmählich durch die Compressionsstenose hindurch in die Blase zu führen. Auch der direct aus der Blase entnommene Urin enthält mikroskopisch ausser zahllosen rothen Blutkörperchen und sehr spärlichen Leucocyten keinerlei andere morphotische Bestandtheile.

Diagnose. Die höchst complicirten Erscheinungen forderten immer wieder zur Erklärung auf. Vergegenwärtigen wir uns kurz nochmals die Sachlage, den Hergang der Dinge und die hauptsächlichsten Punkte, so sind dieselben:

24jährige gesund aussehende Person, frühere Syphilis, Gravidität im 6. Monat, Hämaturie ohne Zeichen von Nephritis oder Cystitis, Paraplegia dolorosa der Unterextremitäten, Tumor in der Wandung zwischen Urethra und Scheide.

Unsere Diagnose lautete damals mit aller Reserve folgendermaasen:

„Der Tumor in der vorderen Scheidenwand wird als ein Varix urethrae resp. Thrombus vaginae angesehen. Damit ist der früheren Ansicht, dass die Hämaturie auf einer ähnlichen Affection nämlich auf Varix vesicae beruhe, eine gewisse Stütze verliehen."

Die Paraplegia dolorosa bezogen wir auf Neuritis ascendens lumbosacralis mit Fortpflanzung des entzündlichen Processes auf die Meningen, Meningitis und Myelitis spinalis der Pars lumbalis. Für den wahrscheinlichen Ausgangspunkt dieser Neuritis ascendens hielten wir die Blase, wenn auch entzündliche Processe derselben in der Beschaffenheit des Harnes (s. o.) nicht ausgesprochen waren. Auf diese Weise schien uns auch die Hämaturie, welche wir als vesikale ansahen, in ein Bild mit den übrigen Symptomen zusammenfassbar. Wiewohl uns das Symptomenbild der „Paraplegie douloureuse des cancéreux" (Cruveilhier) wohl bekannt war, wagten wir doch in Anbetracht, dass wir es mit einer 24jährigen, früher syphilitischen Gravida zu thun hatten und keine objectiven Anhaltspunkte für Krebs der Wirbelsäule (Deformitäten, Tumoren etc.) vorlagen, nicht an Krebs zu denken.

Noch weit eher wurde von uns an die Möglichkeit eines Gumma (oder einer Pachimeningitis syphilitica) gedacht, mit welcher wir freilich die Hämaturie in ein Bild zusammenzufassen nicht im Stande waren.

Jedenfalls rechtfertigte die Anamnese die Einleitung einer energischen Quecksilberbehandlung. Es wurden innerhalb 10 Tagen 70 grm Ung. cinereum eingerieben und damit ausgesetzt, als eine intensive Stomatitis auftrat.

Weder auf die Paraplegie noch die Schmerzen in den Unterextremitäten und im Kreuz hatte die Quecksilberbehandlung auch nur den allergeringsten bessernden Einfluss.

20. März. „In dem Bilde, das Pat. darbietet, haben sich wenige Veränderungen eingestellt.

Die Paraplegie ist eine totale. Jede auch nur leise Berührung der Unterextremitäten kommt als heftiger Schmerz zum Bewusstsein. Tag und Nacht dauern durch grosse Morphium-Dosen kaum oder nur kurze Zeit besiegbare Schmerzen im Kreuz und den Beinen an.

Incomplete Blasen- und Mastdarmlähmung. Hier und da träufelt der Urin unwillkürlich ab, hier und da ist die Anlegung des Katheters nothwendig.

Seit 14 Tagen ist thalergrosser Decubitus an der Kreuzbeingegend bemerkbar, der durch Jodoform in Schranken gehalten, in den letzten Tagen sogar ein besseres Aussehen gewonnen hat.

Die Zeichen der Gravidität dauern an. Die kindlichen Herztöne vorhanden. Pat. fieberfrei. Puls anhaltend beschleunigt. Sensorium durchaus frei.

Die Beschaffenheit des Urines hat sich insofern verändert, als der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Blutgehalt desselben sich sehr beträchtlich vermindert hat. Makroskopisch ist Blut nur bei längerem Stehen des Harns zu erkennen, wobei sich eine blutrothe schmale Zone am Boden des Uringlases ansetzt. Der darüber stehende Harn hat eine schmutzig gelbe Farbe, und lässt nur eine eben nachweisbare Spur von Albumin erkennen. Die mikroskopische Untersuchung des Sedimentes ergiebt ausser reichlichen rothen Blutkörperchen und spärlichen Leucocyten keine anderen morphot. Bestandtheile von Bedeutung, insbesondere weder Cylinder noch Zotten.“

4. April. „Gestern Morgen, den 3. April, erfolgte die Geburt eines 7 Monate alten männlichen Fötus von 35 cm Länge. Derselbe lebte 2 Stunden. Keine Zeichen von Syphilis an demselben. Nach der Geburt liessen die Schmerzen nach, stellten sich jedoch heute bereits wieder in ihrer alten Heftigkeit ein.“

„Die Paraplegie besteht unverändert fort, die Musculatur der Unterextremität nicht oder nur in geringem Grade der allgemeinen Abmagerung entsprechend atrophisch. Haut- und Sehnenreflexe fehlen total.“

„Dagegen ist jede geringe Berührung der Unterextremitäten von den heftigsten Schmerzen begleitet. Dennoch ist die Sensibilität, wenn überhaupt, so nur in minimalem Grade an den Füssen herabgesetzt. Nur werden alle Eindrücke in der Qualität des Schmerzes empfunden.“

„Die Empfindung des elektr. Stromes tritt bereits bei einem Rollenabstand von 19 cm als schmerzhafte Empfindung ein.“

„Die farado-musculäre Erregbarkeit an Ober- und Unterschenkeln etwas herabgesetzt. Am Unterschenkel tritt bei 10 cm. Rollenabstand Muskelcontraction ein. Am Oberschenkel erst bei 5—6 cm. Dasselbe gilt von der Faradisation der Nerven. Beide unteren Extremitäten verhalten sich in dieser Hinsicht gleich. Ebendasselbe geht aus der Untersuchung mit dem galvanischen Strom hervor. Am Unterschenkel bei 21 Elementen schwache KSZ. bei 24 Elementen schwache ASZ. Am Oberschenkel bei 24 Elementen schwache KSZ und bei derselben Elementenzahl auch schwache ASZ.

Aehnlich verhält es sich bei galvanischer Reizung der Nerven. Somit: Keine Entartungsreaction, nur wenig herabgesetzte faradische und galvanische Erregbarkeit.

Der Tumor der vorderen Scheidenwand zwischen Scheide und Urethra, besteht unverändert fort. Beim Durchtritt des Schädels während der Geburt wurde der Tumor stark zusammengedrückt und floss in diesem Momente reichlich Blut aus der Urethra ab.

10. April. Der Decubitus hat sich in den letzten 14 Tagen stetig ausgebreitet. Tiefgehende übelriechende, missfarbig aussehende gangränescirende Geschwüre über die ganze Regio sacralis, glutaealis, trochanterica ausgebreitet. Das Aussehen der Patientin hat sich sehr verschlechtert, sie ist in kurzer Zeit bedeutend abgemagert.

In den letzten Tagen hohes Fieber, z. Th. wohl vom Decubitus herrührend. Totale Appetitlosigkeit. Rascher Kräfteverfall. Puls sehr frequent, 128—160 in der Minute.

Die enormen Schmerzen in den Unterextremitäten und in der Kreuzgegend spotten jeder Beschreibung und leider auch der anhaltend gereichten Morphin-Injectionen.“

(Fortsetzung folgt.)

III. Aus der Praxis.

Nasenleiden und Reflexneurosen

von

Dr. Max Schaeffer in Bremen.

Durch Wilh. Hack's[1–5]) verschiedene Arbeiten auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten und der damit verbundenen nervösen Erscheinungen — Reflexneurosen —, deren Zusammenhang Hack zu erklären und durch casuistische Mittheilungen zu beweisen versucht, fühle ich mich veranlasst, mit meinem Materiale hervorzutreten und Hack's Behauptungen wenigstens grossentheils zu unterstützen.

Auch ich habe seit Jahren an dem Zusammenhange gewisser sog. nervöser Erscheinungen mit Nasenkrankheiten festgehalten, wie namentlich meine Arbeiten über „Asthma und seine Behandlung“ [6]) und über „Nasenpolypen“) bezeugen.

Da ein Irrthum meinerseits mir selbst nicht ausgeschlossen schien, wollte ich erst eine grössere Reihe von Fällen als Beweismaterial sammeln.

Da Hack auf Grund seiner Beobachtungen zu denselben Schlüssen gekommen ist, wie ich, so folge ich hiemit seiner in der vorletzten Arbeit direct ausgesprochenen Aufforderung und werde ich meine Fälle in derselben Reihenfolge wie Hack bringen, um dem Leser die Uebersicht zu erleichtern. Ich werde jedoch nicht wie Hack die einzelnen Fälle beschreiben, das würde den in einer Zeitschrift gebotenen Raum überschreiten, sondern ich werde dieselben nur statistisch zusammenstellen.

Um mich im Folgenden nicht zu wiederholen, möchte ich zweierlei vorausschicken:

1. Michel[8]) beschreibt bereits 1876 pag. 18 unter dem Bilde der chronischen Rhinitis „die auffallend starke Vorwulstung der Schleimhautpartie, welche das vordere Ende der unteren Muscheln überzieht“ (Hack pag. 1) und welche Michel wie Hack auf eine abnorme Schwellung der hier befindlichen von Kohlrausch zuerst beschriebenen cavernösen Räume zurückführt.

Michel sagt bereits, was Hack pag. 80 bestätigt „diese Schwellung wechselt oft unter den Augen, verschwindet vorübergehend nach einer Blutung, besonders aus dem hinteren Abschnitte der Muschel (in Folge Contraction des Schwellnetzes), oft auch vermindert sie sich während der Betrachtung der Höhle, wahrscheinlich weil das Gefässnetz reflectorisch zur Contraction angeregt wird durch das Aufspannen der Nasenflügel.“

Er sagt allerdings weiter: „Sie ist also nur ein Symptom, dessen alleinige Behandlung auf den Gesammtzustand keinen Einfluss hat,“ während Hack durch alle seine Mittheilungen zu beweisen sucht, dass gerade an diesen Stellen allein die Reflexe durch oft geringe Reize ausgelöst werden.

Michel betrachtet also diesen Zustand als chronische Rhinitis und habe ich denselben seitdem wenigstens als Folgezustand einer chronischen hyperplastischen Rhinitis angesehen.

Hack sagt nun pag. 3 weiter: „Obiger Zustand und der chronisch hyperplastische Nasenkatarrh wurden merkwürdigerweise bisher von den meisten Rhinoskopikern indentificirt, obwohl sie sich diametral von einander unterscheiden.“

Ich glaube Hack hier nicht beipflichten zu können, indem ich, wie gesagt, die Hyperplasien an den vorderen Muschelenden als Folgezustand einer chronischen hyperplastischen Rhinitis ansehe und gefunden habe, dass häufig die alleinige Behandlung der Hyperplasien mich nicht zu dem gewünschten Ziele führten, sondern eine weitere Behandlung der chronischen Rhinitis dazu nöthig war.

Eug. Fraenkel[9]) entscheidet sich in seinem „Beitrage zur Lehre von den Hyperplasien der Nasenmuschelbekleidung“ mehr für meine als Hack's Ansicht. Er sagt: „Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte haben wir es mit hyperplastischen Vorgängen an der Muschelbekleidung zu thun, welche bald die eigentlichen Schleimhautbestandtheile, bald das hier befindliche cavernöse Gewebe, bald den Ueberzug in seiner Totalität betreffend, entweder zu diffusen Verdickungen oder zu mehr circumscripten tumorähnlichen Anschwellungen führen, wobei die Schneider'sche Membran je nachdem das cavernöse oder eigentliche Schleimhautgewebe mehr an der Hyperplasie participirt, entweder ein dunkelrothes, oder grau-opakes durchschimmerndes Aussehen und eine elastisch weiche, oft luftkissenartige Consistenz darbietet etc.“ Ich nehme also an, dass die Hyperplasien durch die bei öfteren Katarrhen vorhandene Hyperämie und entzündliche Schwellung der Nasenmuschelschleimhaut und des cavernösen Gewebes allmählich sich entwickeln und glaube, dass es richtiger sein möchte obige Zustände unter dem Namen des chronisch hyperplastischen Nasenkatarrh zu belassen.

2. Was die Behandlung dieses Krankheitzustandes betrifft, so schreibt bereits Michel[8]) pag. 22: „Seitdem ich mit der Galvanokaustik vertraut wurde, fand ich in ihr ein Mittel jeden Stockschnupfen in wenigen Sitzungen auf eine ungleich schmerzlosere Weise sicher und ganz zu beseitigen.“ (Michel wie ich auch ätzten diese Hyperplasien früher nach Schrötter's Methode.) — Diese neue Behandlungsmethode hatte Michel bereits 1873 auf der Naturforscherversammlung mitgetheilt.

Ich will damit nur vorausschicken, dass ich alle weiter unten angeführten Fällen von chron. hyperplastischer Rhinitis — ebenso von Pharyngitis granulosa — galvanokaustisch behandelte, wenn die Erscheinungen durch ihre Intensität dazu aufforderten.

Wenn ich weiter unten von anderen localmedicamentösen Behandlungsmethoden spreche, so sind damit solche gemeint, wie sie Bresgen[10]) ausführlich beschrieben hat.

Wenn Hack pag. 4 es von grosser Wichtigkeit erklärt, dass sich nachweisen lässt, dass von den zuerst geschilderten geschwellten Partien häufig nervöse Erregungszustände der verschiedensten Gebiete ihren Ursprung nehmen, dass dieselben theilweise experimentell von diesen Stellen ausgelöst werden und durchweg verschwinden, sobald die genannten Stellen operativ enfernt sind, so kann ich nach meinen Erfahrungen ihm grossentheils beipflichten. Dass Hack, wie Sommerbrodt[11]) richtig sagt, in seine letzten Arbeiten manches Hypothetische eingeflochten hat und vielleicht in seinem Hoffen stellenweise zu weit

[1]) Reflexneurosen und Nasenleiden. Berl. klin. Wochenschr. No. 25. 1882.
[2]) Neue Beiträge zur Rhinochirurgie. Wien. med. Wochenschr. No. 49. 50. 51. 1883. No. 4 u. f. 1884.
[3]) Neuralgische Begleiterscheinungen bei Pharynxkrankheiten. Deutsche med. Woch. No. 42. 1883.
[4]) Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten. Wiesbaden 1884.
[5]) Rhinologische Streitsätze in Fortschritte der Medicin. Bd. I No. 20. 1883.
[6]) Deutsche med. Wochenschr. No. 32 u. 33. 1879.
[7]) Deutsche med. Wochenschr. No. 23. 1882.
[8]) Die Krankheiten der Nasenhöhle u. des Nasenrachenraumes. Berlin 1876.
[9]) Deutsche med. Wochenschr. No. 18. 1884.
[10]) Der chron. Nasenrachenkatharrh von Dr. Max Bresgen. Wien und Leipzig 1881.
[11]) Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. 1884.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geht, ist nicht zu leugnen. Ein Theil meiner Beobachtungen über Asthma, Migräne, Erysipelas faciei, Kopfschmerz, rothe Nasen, fällt vor die Zeit von Hack's Veröffentlichungen über diese Krankheiten, während ein anderer Theil von mir erst gemacht wurde, nachdem ich durch Hack zur Berücksichtigung derselben in der Anamnese aufmerksam gemacht worden bin. In einem Referate dieser Zeitschrift über einen Theil von Hack's Arbeiten habe ich bereits Hack's Verdienst anerkannt, diese Fragen in Anregung gebracht und casuistisch bearbeitet zu haben, und möchte ich nur wie er wünschen, „dass häufiger und gründlicher als seither das Nasenorgan durchforscht würde, da die rhinoskopischen Untersuchungsmethoden eine weit grössere Bedeutung verdienen, als ihnen bis jetzt beigelegt worden ist." (Hack, pag. 114.)

I. Asthma — Alpdruck — Heufieber.

In meiner zehnjährigen Praxis hier habe ich bis Ende 1883 74 Fälle von Astma beobachtet, 55 mal bei männlichen, 19 mal bei weiblichen Kranken. Nach den Schilderungen sämmtlicher Patienten handelte es sich in den Anfällen um die Erscheinungen, wie sie das Asthma nervosum mit sich bringt. Dennoch möchte ich verschiedene Fälle als nicht hierher gehörig betrachten. Denn obwohl bei allen mehr oder minder verbreitete und entwickelte chron. hyperplastische Nasenkatharrhe, und Larynxkatarrhe vorhanden waren, so waren doch die anderweitigen Organerkrankungen so bedeutend, dass diese Fälle ausgeschieden werden müssen.

Es sind dies 5 Phthisiker und 1 Fall von Vitium cordis.

Weiter wäre 1 Fall abzusondern, bei dem es sich um ein Enchodrom an der Innenseite der Epiglottis handelte. In der ersten Sitzung operirte ich dasselbe weg und waren damit alle asthmatischen Beschwerden für immer gehoben.

Dann wäre noch 1 Fall mit Trachealstenose, bedingt durch ovale Verengerung der Trachea nach der Theilungsstelle zu, zu eliminiren, obwohl sich die astmatischen Beschwerden nach galvanokaustischer Behandlung der vorhandenen Hyperplasien der vorderen unteren Muschelenden wesentlich besserten.

So blieben denn 66 Fälle. Von diesen 66 Fällen blieben 6 ungeheilt, 4 Fälle sah ich nur ein Mal und kann also über dieselben kein Urtheil abgeben.

Zu den ungeheilten Fällen gehörte eine am Uterus leidende Dame. Bei einer chlorotischen jungen Dame, welche unter gebessert verzeichnet ist, traten die Anfälle zur Zeit der Menstruation ein und besserten sich namentlich auch durch den Gebrauch von Eisenpräparaten.

Von den übrigbleibenden 56 Fällen wurden 26 geheilt, 30 gebessert entlassen.

Die 66 Fälle vertheilen sich wie folgt:

Asthma als Begleiterscheinung von

		Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Entzogen.
Nasenpolypen	12	3	6	2	1
Adenoide Vegetationen	4	3	1	—	—
Hypertrophie der Tonsillen	3	2	1	—	—
Pharyngitis granulosa	2	2	—	—	—
Uebrige Fälle	45	17	22	4	2
Summa	66	27	30	6	3

66 Fälle.

Unter die übrigen Fälle sind diejenigen untergebracht, welche an chron. hyperplastischer Rhinitis litten, häufig mit Paralyse des Velum molle verbunden, so dass die Uvula beständig den Zungengrund und die Epiglottis streifte. Ferner war öfter Laryngitis simplex mit einseitiger functioneller Recurrensparese vorhanden.

Betrachten wir zuerst die Fälle verbunden mit Nasenpolypen, so ergab sich, dass, wenn die Asthmaanfälle gleich nach der Operation der Nasenpolypen wegblieben, dieselben auch weiter sistirten, so lange kein Recidiv der Polypen eintrat.

Diese 12 Fälle vertheilen sich auf 200 von mir operirte Nasenpolypenfälle, sie machen also 6 Proc. derselben aus.

Davon betrafen 9 männliche, 3 weibliche Individuen. Geheilt wurden 3, gebessert 6, 2 ungeheilt entlassen, 1 Fall 1 Mal beobachtet.

Ich habe schon früher darauf aufmerksam gemacht, dass gerade weniger zahlreich vorhandene Polypen das Asthma bedingten und erklärt dass Hack dadurch, dass bei diesen Fällen die cavernösen Räume der unteren vorderen Muschelenden noch einer Schwellung fähig wären, was andernfalls bei den die ganze Nasenhöhle verstopfenden Geschwülsten unmöglich sei.

Unter gebessert sind die Fälle angeführt, bei denen die Polypen recidivirten und damit Asthmaanfälle wiederkehrten.

Auch ich habe im vorigen Frühjahre einen Fall beobachtet, wie ihn Hack pag. 10 anführt, dass die Patientin nach Entfernung der Polypen sich absolut nicht schneuzen konnte und es erst im Laufe von Wochen lernte. —

Die adenoiden Vegetationen waren bei 4 männlichen Patienten von 12—24 Jahren die Ursache der asthmatischen Beschwerden. 3 von ihnen wurden operirt und geheilt, 1 Fall durch anderweitige Medication gebessert. Die Eltern des letzten Falles konnten sich nicht zur Operation entschliessen. — Ich habe bis jetzt über 200 Fälle von adenoiden Vegetationen beobachtet und mit wenigen Ausnahmen operirt. Es wäre also das Procentverhältniss = 2 Proc. zu setzen. —

Von den 3 Fällen mit hypertrophischen Tonsillen wurden 2 durch Exstirpationen derselben geheilt, 1 Fall gebessert. —

Bei meinen übrigen Fällen waren verschiedentlich solche mit Pharyngitis granulosa. Aber nur bei 2 mit dieser Erkrankung behafteten war durch die galvanokaustische Zerstörung der Granula der Nachweis zu liefern, dass diese direct das Asthma veranlasst hatten.

Von den 45 übrigen Fällen wurden 16 geheilt, 22 gebessert, 4 ungeheilt entlassen, 3 entzogen sich der Behandlung.

Darunter befindet sich je 1 Fall von Alpdruck und Heufieber, beide galvanokaustisch operirt und geheilt.

Beim ersten Falle besserten sich die Morgens 3 Uhr regelmässig auftretenden Anfälle nach Zerstörung der hyperplastischen Schleimhaut der linken mittleren Muschel, die sich ans Septum presste. Nach Wiederkehr der Anfälle zerstörte ich auch die beiderseits hyperplastischen vorderen Enden der unteren Muscheln und sistiren seit 1 Jahre die Anfälle.

Bei den 38 geheilt und gebessert Entlassenen waren die vorhandenen chron. hyperplastischen Nasenkatarrhe bei 14 mit Galvanokaustik, bei 24 ohne dieselbe behandelt worden.

Nach Hack's Annahme musste nun die galvanokaustische Zerstörung der hyperplastischen Partieen an der Nasenmuschelbekleidung immer ein Sistiren der asthmatischen Anfälle im Gefolge haben. Das ist aber leider nach meiner Erfahrung, die auch Fraenkel nach seiner oben angeführten Arbeit gemacht zu haben scheint, durchaus nicht der Fall gewesen.

Ich habe allerdings nur meist seit vielen Jahren erkrankte Fälle in Behandlung bekommen und mögen die durch die asthmatischen Anfälle an anderen Organen bereits bedingten Veränderungen meine Resultate ungünstiger gestaltet haben. Wenn Hack erst noch mehr Fälle behandelt und dieselben, wie ich es gethan, jahrelang genau verfolgt hat, dann wird er finden, dass eben eine Reihe verschiedener Momente zur Entstehung der Asthmaanfälle beiträgt und dass mit der galvanokaustischen Zerstörung der hyperplastischen vorderen Muschelenden es nicht immer abgethan ist.

Trotz meiner immerhin ziemlich guten Resultate bin ich seit meiner ersten Arbeit über Asthma bei Stellung der Prognose viel vorsichtiger geworden.

Eine Reihe meiner Fälle besserte sich erst unter mehrjähriger — sogar galvanokaustischer Behandlung, obwohl ich nicht gerade zimperlich mit dem Galvanokauter umgehe.

„Der Charakter meiner Krankheit hat sich wesentlich geändert" schreibt ein gebesserter Pastor, der nach Ziemssen's Diagnose ein Asthma par excellence hatte. „Sonst war ich oft 14 Tage durch den Asthmaanfall meinem Berufe entzogen, jetzt nur 1 oder 2 Tage und die Anfälle erreichen nie mehr die frühere Höhe." — Oder „ich kann während der Asthmaanfälle ruhig weiter arbeiten" versicherte mir kürzlich erst ein Schuster.

Im Asthmaanfalle selbst leistet mir der Inductionsstrom immer noch die besten Dienste.

II. Husten.

Hack sagt pag. 18: „Relativ häufig habe ich in Abhängigkeit von Nasenleiden Husten beobachtet." Ich habe zwar öfter bei meinen galvanokaustischen Operationen an den Nasenmuscheln bemerkt, dass Husten reflectorisch ausgelöst wurde, habe aber noch keinen Fall von Husten in Behandlung bekommen, in dem ich des Hustens wegen die Operation vorgenommen hätte.

Ich möchte Bresgen beistimmen, welcher pag. 76 den Hustenkitzel beim Schnupfen durch Miterkrankung der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut erklärt. Sehr häufig kommen ja Kranke nur wegen dieses Hustenkitzels in Behandlung, bei denen es sich schliesslich nur um ein Hinabsteigen des Katarrhes in den Rachen, Larynx, meist in die Incisura interarytaenoidea handelt. Dieser Hustenkitzel wird allerdings endgiltig nur durch Behandlung des primären Nasenleidens beseitigt.

Ebenso führt Bresgen den Hustenkitzel, welcher oft dem Niessacte zu folgen pflegt, weniger auf Reizung von der Nase aus als vielmehr auf directe Reizung resp. Beleidigung der Interarytaenoidal-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schleimhaut durch den Niessact selbst zurück. Bresgen hat wenigstens an sich selbst dieses Experiment gemacht.

Meine oben angeführten Beobachtungen stimmten also mit denen Hack's. Nur kann das primäre Nasenleiden wie Voltolini des öfteren hervorgehoben hat, ebensowohl an den hinteren, als den vorderen Muschelenden seinen Sitz haben.

J. M. Mackenzie[12]) will bei sehr viel Untersuchungen die sensitive Reflexzone in der Nase, von welcher aus Hustenparoxysmen ausgelöst werden, zwar wahrscheinlich in den Schwellkörpern der Nasenmuscheln, aber hauptsächlich an dem hinteren Theile der unteren Muscheln gefunden haben. —

Darin aber stimme ich Hack vollkommen bei, dass ein Rachenhusten häufig mit Würgen verbunden (Vomitus matutinus) ungemein oft vorkommt und eigentlich jedes Mal durch eine Pharyngitis graanulosa bedingt wird. Die galvanokaustische Behandlung desselben bewährt sich glänzend, nur muss eine entsprechende Nachbehandlung folgen. Ich lasse täglich einige Mal mit $^1/_2$ Theelöffel 3 Proc. Carbolglycerins auf 1 Tasse lauen Chamillenthee gurgeln. Unmittelbar nach der Operation lasse ich Eisstückchen schlucken und einen Priessnitz um den ganzen Hals machen. Ich vermeide dadurch die von Hack pag. 49 angeführte Contractur der Nackenmusculatur und die ödematöse Anschwellung der Pharynxschleimhaut bei den meisten Patienten. Bei der Operation muss man sich namentlich hüten, die Uvula mit dem Galvanokauter zu berühren; denn sie schwillt am leichtesten enorm ödematös an und kann dadurch sehr unangenehme Erscheinungen im Gefolge haben.

An dieser Stelle möchte ich gleich einschalten, dass auch ich 6 Patienten mit Pharyngitis granulosa in Behandlung bekam, welche über heftige Brustschmerzen vorn, über Schmerzen zwischen den Schulterblättern, Rückenschmerzen klagten. Nach galvanokaustischer Zerstörung der Granula waren auch die bezeichneten Schmerzen beseitigt, welche also durch die Pharyngitis granulosa bedingt sein mussten. —

Ebenso habe ich 2 ausgesprochen hypochondrische Patienten durch galvanokaustische Behandlung ihrer intensiven Pharyngitis granulosa von dieser und ihrer Hypochondrie geheilt.

(Schluss folgt.)

IV. Pasteur's Bericht an die Academie der Wissenschaften zu Paris über seine den Virus des Wuthgifts und die Prophylaxe der Wuthkrankheit betreffenden Forschungen.

Von

Dr. Karl Thieme,

practischer Arzt in Mentone.

In der am 19. d. M. stattgehabten Sitzung der Academie der Wissenschaften zu Paris verlas Pasteur den von ihm verfassten Bericht über seine den Virus des Wuthgiftes betreffenden Forschungen. Herr Pasteur hatte es nicht unterlassen schon einige Tage vorher, gelegentlich eines Bankettes früherer Schüler der École centrale (Gewerbeschule), dem er präsidirte, die Aufmerksamkeit weiterer Kreise darauf zu lenken, dass von ihm ein demnächst bekannt zu gebendes Mittel zur Prophylaxe der Hundswuth entdeckt worden sei. Diese Mittheilung hatte zur Folge, dass Herr Pasteur alsbald von einem Redacteur des Figaro interviewt wurde, und so ward es ermöglicht, dass bereits vor jener Sitzung der Academie im genannten Blatte ein Artikel erschien, der dem zeitungslesenden Publikum alles Wesentliche der Pasteur'schen Forschungen vorführen konnte.

Der Bericht aber, in dem Herr Pasteur seine Entdeckung der Academie selbst vorlegt und in dem er als Mitarbeiter, seine Assistenten, die Herren Chamberland und Roux nennt, von denen der letztere Mitglied der französischen Cholera-Commission in Egypten war, ist bescheidener und lautet also:

„Die grosse Thatsache, dass die Virulenz gewisser thierischer Gifte eine variable ist, und dass man einen Organismus unempfindlich machen kann gegen einen Virus, wenn man ihn vorher mit einem Virus gleicher Gattung aber geringerer Intensität durchseucht hatte, ist heute nicht nur wissenschaftlich festgestellt, sondern sie wird auch in der Praxis bereits verwerthet.

Hieraus erklärt sich unser Interesse, Methoden zu suchen, die geeignet sind, derartige thierische Gifte abzuschwächen; ich habe die Ehre der Academie heute einen Fortschritt in diesem Sinne mitzutheilen, der sich auf den Virus der Wuthkrankheit bezieht.

I. Wenn man zunächst das Wuthgift vom Hunde auf den Affen überträgt und dieses wiederum vom Affen auf Affen überimpft, so schwächt sich der Virus bei jeder dieser Uebertragungen mehr und mehr ab. Wenn man nun den auf solche Art (d. h. durch mehrfache Ueberimpfungen von Affen auf Affen) bereits abgeschwächten Virus wiederum auf den Hund, auf Kaninchen oder Meerschweinchen überträgt, so zeigt sich, dass dieser Virus auch hier noch abgeschwächt bleibt. Die Abschwächung von Virus ist also leicht zu bewerkstelligen durch eine geringe Zahl von Inoculationen von Affen auf Affen und auf diesem Wege wird schliesslich die Wirkung dieses Virus dermaassen abgeschwächt, dass er, einem Hunde subcutan beigebracht, diesen nicht mehr im Stande ist wuthkrank zu machen. Selbst die Inoculation dieses Virus auf dem Wege der Trepanation, einer zur Uebertragung der Wuthkrankheit sonst unfehlbaren Methode, ist nicht im Stande die Krankheit zu erzeugen, wohl aber wird durch die Impfung das Thier in einen für die Tollwuth refractären Zustand versetzt.

II. Es wird die Virulenz des Wuthgiftes gesteigert durch Ueberimpfung von Kaninchen auf Kaninchen, von Meerschweinchen auf Meerschweinchen. Wenn nun das Gift auf diese Art bei einem Kaninchen bis zu maximaler Intensität gesteigert oder verstärkt worden ist, so erzeugt es, auf den Hund übertragen, ebenfalls maximale Vergiftungserscheinungen, die viel intensiver sind als diejenigen, die bei dem gewöhnlichen tollen Hunde der Strasse beobachtet werden. Das Gift ist in dem gegebenen Falle so heftig, dass es, in das Gefässsystem des Hundes übergeführt, ausnahmslos tödtlich wirkt.

III. Obgleich also die Virulenz sich steigert durch Inoculirungen von Kaninchen auf Kaninchen, von Meerschweinchen auf Meerschweinchen, so sind doch, wenn man zuvor das Gift durch Impfungen auf Affen abgeschwächt hatte, wiederum eine Anzahl Uebertragungen des Virus von Kaninchen auf Kaninchen nothwendig, damit dieser seine ursprüngliche maximale Giftigkeit wieder gewinne. In gleicher Weise erlangt der von einem tollen Hunde auf ein Kaninchen verimpfte Virus erst dann wieder das Maximum seiner Intensität, wenn er von diesem Kaninchen auf andere Kaninchen übergeimpft wurde und so die Körper einer Anzahl Exemplare dieser Gattung gleichsam durchlaufen hat.

Gestützt auf diese von mir gefundenen Resultate ist es ein Leichtes, Hunde refractär zu machen für die Wirkung des Wuthgiftes. Der Experimentator kann sich auf die angegebene Weise den Virus in verschiedener Verdünnung verschaffen; die einen schwachen und nicht tödtlichen dienen ihm dazu, die Wirkungen der stärkeren im thierischen Organismus aufzuheben, und diese wiederum leisten ihm dasselbe den stärksten und daher tödtlichen gegenüber.

Nehmen wir ein Beispiel. Man verschaffe sich den Virus eines Kaninchens, welches nach der Trepanation gestorben, und zwar zu einer Zeit, die die kürzeste Incubationsdauer des Wuthgiftes um mehrere Tage übertrifft. Diese Incubationsdauer bedingt beim Kaninchen, vorausgesetzt dass man den intensivsten Virus, und zwar auf dem Wege der Trepanation inoculirte, immer und stets 7—8 Tage. Nun übertrage man den Virus dieses Kaninchens auf ein zweites und den dem zweiten entnommenen Virus auf ein drittes u. s. f. und zwar immer durch Trepanation. Bei jedesmaliger Ueberimpfung von einem Kaninchen auf ein anderes inoculire man gleichzeitig die verschiedenen so erhaltenen Virus, die ja an Stärke gradatim zunehmen, einem Hunde. Dieser letztere wird schliesslich im Stande sein, den stärksten und absolut tödtlichen Virus zu ertragen: möge man ihm das Wuthgift durch Injection in die Venen beibringen oder durch Trepanation, er ist absolut refractär geworden für dasselbe.

Durch Inoculation mit dem Blute der Thiere bin ich dahin gekommen, diese Uebertragungen sehr zu vereinfachen und Hunde absolut refractär zu machen. Das Ensemble der hierher gehörigen Experimente werde ich in Kurzem der Academie vorlegen.

Für jetzt und bis zu dem von uns noch entfernten Zeitpunkt, wo man auf dem Wege der Impfung die Wuthkrankheit vertilgt haben wird, ist es für uns von bedeutendem Interesse, die Entwicklung der Wuthkrankheit in Folge tollen Hundebisses zu unterdrücken. Die ersten Versuche, die ich in dieser Richtung unternahm, geben mir die grösste Hoffnung auf Erfolg.

Dank der langen Incubationsdauer der durch den Biss toller Hunde erzeugten Rabies, habe ich guten Grund zu glauben, dass man von tollen Hunden gebissene Individuen sicherlich in den refractären Zustand werde versetzen können, bevor die durch den Biss zu verursachende Krankheit überhaupt ausgebrochen.

Die ersten darauf bezüglichen Experimente sprechen sehr zu Gunsten dieser meiner Anschauung. Aber es ist nothwendig, Versuche an verschiedenen Thierarten in unendlich grosser Zahl anzu-

[12]) Amerik. J. of the med. sc. July 1883.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stellen, ehe man die Kühnheit haben kann, diese Arte der Prophylaxe in der Therapie thatsächlich einzuführen.

Die Academie wird begreifen, dass mich, trotz des Vertrauens, welches mir meine zahlreichen seit 4 Jahren angestellten Versuche einflössen, doch ein gewisses Zagen erfasst, wenn ich diese Thatsachen heute veröffentliche, die ja auf nichts geringeres abzielen, als eine Prophylaxe der Wuthkrankheit zu ermöglichen.

Wenn ich die nöthigen materiellen Hülfsmittel zur Verfügung gehabt hätte, so würde ich diese Mittheilung nicht eher gemacht haben, bevor ich nicht einige meiner Collegen aus dieser Academie und der Academie der Medicin gebeten hätte, die Resultate dieser meiner Forschungen zu controliren.

Bedenken dieser Art Rechnung tragend, habe ich mir die Freiheit genommen letzter Tage an den Minister des öffentlichen Unterrichts, Herrn Fallières, die Bitte zu richten eine Commission zu ernennen, zur Prüfung dieser Angelegenheit. Das Hauptexperiment, welches ich dieser Commission vorführen werde, wird darin bestehen, dass ich 20 von mir refractär gemachte und 20 andere gewöhnliche Hunde den Bissen tollwüthender Hunde aussetzen werde. Wenn die von mir angegebenen Thatsachen richtig sind, so werden alle die von mir als refractär bezeichneten 20 Hunde von der Tollwuth verschont bleiben, während ihr die anderen 20 verfallen werden. — Ein zweites nicht weniger beweiskräftiges Experiment würde ebenfalls 20 Hunde betreffen, von denen 20 in Gegenwart der Commission geimpft und 20 ungeimpft bleiben würden. Allen 40 Hunden würde alsdann mittels Trepanation der Virus eines tollen Hundes inoculirt werden. Die 20 vaccinirten Hunde würden der Tollwuth entgehen, alle anderen 20 würden ihr aber verfallen, sei es unter den Erscheinungen der Paralyse, sei es unter den Erscheinungen der eigentlichen Tollwuth."

Soweit der Bericht Pasteur's, dessen Entdeckungen nun der wissenschaftlichen Welt zur Prüfung vorliegen. Hierzu ist denn auch bereits der erste Schritt geschehen. Mit anerkennenswerther Beschleunigung hat der Minister des öffentlichen Unterrichts Herr Fallières, dem von Pasteur gestellten Antrage gewillfahrtet und sofort die Commission zur Prüfung der Angelegenheit ernannt. Sie besteht aus den Professoren Béclard, Paul Bert, Bouilly, Villemin, Vulpian und Herrn Tisserand, Director im Ministerium für Landwirthschaft. Ausserdem geht der Minister mit dem Plane um, Herrn Pasteur die Staatsdomäne von Villeneuve l'Etang, oder wie es neuerdings heisst, eine geeignete im Bois de Boulogne gelegene Localität als Versuchsstation für diese Experimente zur Verfügung zu stellen.

In diesem seinem Entgegenkommen ist der Minister unterstützt durch die öffentliche Meinung, die der Angelegenheit nicht nur aus sachlichen, sondern auch aus — persönlichen und nationalen Gründen ihre Theilnahme schenkt. Wurde ihr doch Herr Pasteur durch die politische Presse und letzthin besonders durch einen beliebten — Romanschriftsteller, der den Forscher zum Gegenstande einer seiner Publicationen machte (M. Pasteur: l'histoire d'un Savant, par un Ignorant) ganz besonders warm empfohlen, so dass dem Gelehrten die Theilnahme auch des Publikums gesichert scheint; es hat auch sofort die französische Centralgesellschaft zur Verbesserung der Hunderaçen dem Gelehrten wegen seiner die Tollwuth betreffenden Forschungen eine grosse goldene Medaille gestiftet, und in der Presse machen sich Stimmen dafür geltend, man solle den durch den Tod des Chemikers A. Würtz vacant gewordenen Sitz im Senate Pasteur übertragen.

(Anm. der Red. Bei der Bedeutung Pasteur's haben wir nicht gezögert, seinem Berichte sofort einen hervorragenden Platz in dieser Wochenschrift einzuräumen. Dass damit in keiner Weise ein Urtheil über seine angebliche Entdeckungen gefällt sein soll, ist selbstverständlich. Der Experimentalkritik liegt es ob, das entscheidende Wort zu sprechen und wir hoffen, dass man sie nicht den französischen Forschern allein überlassen wird.)

V. O. Brefeld, Botanische Untersuchungen über Hefenpilze. Fortsetzung der Schimmelpilze. Untersuchungen aus dem Gesammtgebiet der Mykologie. V. Heft: die Brandpilze. Leipzig 1883.

Derselbe, Die Brandpilze und die Brandkrankheiten. Vortrag im Klub der Landwirthe 1884.

Ref. A. Wernich.

Es ist ein weiter Schritt, ein trotz seiner Kürze vielumfassender Zeitraum, auf welchen die speciell medicinische Mikroparasitologie der Gegenwart mit gerechtem Stolz zurückblickt. Sie hat nicht blos Anregungen verarbeitet, sondern sie hat sich auf eigene Füsse gestellt, sie hat unter dem Vortritt Koch's eigene Methoden erfunden, deren Stichhaltigkeit bis jetzt allgemein anerkannt ist. Fragt man indess nach dem Grunde der Ungleichheit in den Erfolgen, fragt man, warum sich die fleissigsten Bestrebungen älterer Pilzforscher nur karg belohnten, so kann ein Umstand kaum übersehen werden. Nicht dem arbeitsfrohen naiven Autodidaktenthum — wir nennen um nicht unnütz zu verletzen keine Namen — war hier die Siegeslaufbahn geebnet, — der innige Anschluss an die strengen Systematiker und Skeptiker der Mutterwissenschaft — wie man die Botanik gegenüber der medicinischen Mikrobiologie wohl bezeichnen darf — sicherte den Erfolg: Koch war trotz aller specifischen Genialität nicht möglich ohne seine pflanzenphysiologische Lehrzeit, ohne den festen Halt, den ihm seinerzeit das Zusammenarbeiten mit Ferd. Cohn gewährte.

Der Entwicklungsgang der einzelnen bedeutenden Persönlichkeit wird hier zum Wegweiser für die Richtung des ganzen Wissenszweiges. Rechtzeitige, unbefangene Rückblicke auf Etappen, welche die Botanik im weiten Felde der niederen Algen und Pilze inzwischen macht, dürften stets ein mehr als ephemeres Interesse für diejenigen Mediciner haben, welche Höheres von der Infectionsforschung verlangen als die Demonstration einer etwas abweichenden Bakterienmorphe, und welche sich nicht gleichgültig darüber hinwegsetzen können, dass an der entscheidendsten Stelle das Schema des Infectionsexperimentes am Thiere versagen kann. — Mit Brefeld's Ergebnissen über die biologischen Eigenschaften der Hefen- und Schimmelpilze, wie sie in den ersten 4 Heften seines grossen Werkes niedergelegt waren, haben wir die Leser der Deutschen medicinischen Wochenschrift in deren Jahrgang 1882 (No. 34) bereits vertraut gemacht. Die Fortsetzung dieser Arbeiten hat zu Resultaten in Bezug auf die Züchtung und die Lebensverhältnisse der Brandpilze geführt, welche von der Landwirthschaft bereits voll gewürdigt wurden. Es gelang B., den wissenschaftlich exacten Beweis für die Verbreitung der Brandkrankheiten durch frischen Dünger zu liefern, wie sie von den practischen Landwirthen stets behauptet ist. Die Sporen jener Brandpilzformen, welche die Brandkrankheiten unserer Culturgewächse hervorbringen, werden von den Thieren mit diesen gefressen. Im Thierleibe werden sie für die Keimung günstig vorbereitet, gelangen so in den Dünger und fordern zur weiteren Entwicklung nur noch die Bedingung, dass der Dünger feucht liege. Es erfolgt dann unmittelbar die Keimung der Sporen, mit ihr die Bildung der Hefensporidien in unendlichen Sprossungen bei den Ustilago-Arten, oder die Bildung der Sporidien auf den Mycelien bei Tilletia Caries. Die nun im Dünger massenhaft vorhandenen Keime der Brandpilze kommen auf dem Acker mit der keimenden Saat in die innigste Berührung; die Fäden, in denen sie auskeimen, dringen direct in den Saatkeim ein. Im alten Dünger sind die Nährstoffe für die Brandpilzkeime erschöpft, er ist für sie gewissermaassen immun, so dass auch die auf dem Felde etwa schon vorfindlichen Brandsporen in ihm absterben. —

Wenn die eigentliche Fructificirung dieser Zusammenhänge der Landwirthschaft zusteht, wird die Mikrobenlehre ihren besonderen Vortheil ziehen aus den Methoden, welche B. bei seinen Experimenten anwandte. Das Geheimniss der besten Nährlösung, die chemischen Zusätze, welche einen refractären Nährboden in einen disponirten verwandeln, die physikalische Disposition, welche oft wie durch Zauberschlag die Keimung bewirkt, — sie waren vor wenigen Jahren noch ebenso sehr ein Gebiet der Vermuthung, des zufälligen Treffens wie noch jetzt die pathologische Disposition und die Immunität. Aber in den Mittheilungen des Gesundheitsamtes finden sich so vortreffliche Fortschritte hinsichtlich der Sicherheit, mit der man refractäre Keime zur weiteren Entwicklung bringen kann, dass es schwer erscheinen konnte, hier neue Themata anzuschlagen. Liefert hier schon das 4. Heft der Brefeld'schen „Schimmelpilze" werthvolle Fingerzeige für die klarere Würdigung der practischen und saprophytischen Pilzzüchtung (S. 1—35), so erfahren im 5. Heft die verwickelten Verhältnisse der Brandpilzsporenkeimung im Wasser, die Bedeutung der Promycelfäden, die Identität der Conidien mit den Sporidien für jede einzelne Brandpilzart ihre Lösung. Die Art, wie die verschiedenen Brutstätten der Brandpilze ausserhalb des Pflanzenleibes, in der Natur, aufgesucht, geprüft und in Bezug auf ihre Dignität als Nährboden schliesslich beurtheilt werden, dürfte für viele noch ganz räthselhafte Entwicklungsstadien der Krankheitsträger während ihrer ektanthropen Phase die werthvollsten Fingerzeige darbieten. — Wiewohl B. die Abkunft der Hefenpilze von den Brandpilzen und anderen höheren Pilzen — als Fruchtformen derselben — als unwiderleglich bewiesen ansieht, spricht er sich über die Züchtung durch Accommodation im Allgemeinen mit anerkennenswerther Vorsicht aus: „Das Auftreten der Pilzkrankheiten in ganz bestimmten Nährpflanzen durch ganz bestimmte Pilze, welche in diesen widerkehren, wurde zunächst auf den Zufall der Begegnung von Pilzen und Nährpflanzen, welche zusammenstimmende Eigenschaften besitzen, ursprünglich zurückgeführt wer-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den können, ohne dass man hierfür eine besondere Adaptation zu Hülfe zu nehmen hätte. Natürlich werden sich in der Länge der Zeit durch Variation und durch Vererbung der durch Variation neuentstandenen Eigenschaften die Beziehungen zwischen Wirth und Parasiten enger gestalten und endlich bis zu einem Punkte fortentwickeln können, bei welchem die anderweite Existenzfähigkeit der Parasiten mehr und mehr zurücktritt und endlich ganz verloren geht." —

VI. Zwanzigster medicinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern im Laufe des Jahres 1882. Veröffentlicht vom Arzte des Spitales Prof. Dr. Demme. Bern 1883. Silbermann (Breslau).

Mit dem Jahresbericht von 1882 schliesst das Jenner'sche Kinderspital in Bern seine 20jährige Thätigkeit, die eine klinische und poliklinische ist, ab. Es wurden in diesen 20 Jahren im Ganzen 36148 Kinder und zwar 4214 im Spitale selbst und 31934 in der Poliklinik behandelt. Im Jahre 1882 speciell wurden in der Klinik 228, in der Poliklinik 3287 Kranke behandelt. Nach diesen allgemeinen Bemerkungen giebt Prof. Demme eine genaue Uebersicht über die Häufigkeit der Tuberculose und ihrer wesentlichsten Localisationen im Kindesalter an der Hand von 1932 Fällen, welche im Laufe der 20 Jahre zur Beobachtung kamen. Die ersten Erscheinungen der Tuberculose manifestirten sich unter den 1932 Fällen in folgender Weise:

Periphere Localisation der Tuberculose:		
im System der Knochen und Gelenke bei	823	Kranken
„ „ „ Lymphdrüsen bei	692	„
auf der Haut und Schleimhaut (Lupus) bei	51	„
Visceral-Tuberculose:		
in den Lungen bei	205	„
im Darm bei	68	„
in der Pia mater (Meningitis tuberculosas) bei	58	„
als solitäre Tuberkel bei	16	„
in den Geschlechtsorganen (Nebenhoden) bei	10	„
in den Nieren bei	9	„

Unter diesen 1932 Fällen von Tuberculose ist besonders das so häufige Befallensein der Bronchialdrüsen hervorzuheben. 5 Fälle von ausschliesslicher Tuberculose des Peritoneums finden sich unter obigem Tuberculosenmaterial, von denen zwei dem vorliegenden Berichtsjahre angehören. Unter den einzelnen Localisationen des tuberculösen Processes nimmt bei diesen 1932 Patienten in Rücksicht auf das Auftreten der ersten klinisch wahrnehmbaren Erscheinungen, bezüglich ihrer Häufigkeit die Gelenk- und Knochentuberculose mit 42,5 Proc. und die der peripheren Lymphdrüsen mit 35,8 Proc. die erste Stelle ein. Dann folgen die Tuberculose der Lunge mit 10,6 Proc., des Darmes mit 3,5 Proc., der Haut mit 2,6 Proc., der Nervencentren mit 0,8 Proc., der Geschlechtsorgane mit 0,5 Proc., der Nieren mit 0,4 Proc.

Da 1932 von 36148 Patienten an Tuberculose erkrankten, so stellen dieselben einen Procentsatz von 5,3 dar. Hereditär belastet waren

von	336	Fällen primärer Visceraltuberculose	71,8 Proc.
„	823	„ von Gelenk- und Knochentuberculose	69,6 „
„	692	„ „ Lymphdrüsentuberculose	65,4 „
„	51	„ „ Lupus	37,2 „

Ausser dieser hereditären Belastung sind es vor Allem der Masernprocess und der Keuchhusten, die die individuelle Disposition für das Haften der tuberculösen Infection begünstigen. Im Kindesalter, ja selbst im ersten Lebensjahre überwiegt die Inhalations- über die Ernährungstuberculose. Ferner bilden die Eczeme und impetiginösen Ausschläge eine wichtige Eingangspforte für den Tuberkelbacillus. Die Uebertragung des Giftes durch Melkvieh ist eine äusserst seltene. Die grösste Zahl der Tuberculoseerkrankungen fällt auf das 2. bis 4. Lebensjahr, und ein sehr häufiger Ausgang derselben ist die Miliartuberculose; dieselbe fand sich unter den 1932 Fällen 64 Mal vor, also bei 3,3 Proc. An diese ausführliche Arbeit über Tuberculose im Kindesalter reiht Prof. Demme interessante Mittheilungen über einige andere im Spital zur Beobachtung gekommenen Krankheitsfälle, so zunächst über das Auftreten einer spastischen, spinalen Lähmung bei einem 7jährigen Knaben nach erlittenem Blitzschlage, die schliesslich zur Heilung gelangte. Hieran schliessen sich Mittheilungen über einen Fall von angeborener Darmstenose und über die bis jetzt im Spitale behandelten Fälle von Spina bifida nebst casuistischen Beiträgen von bei dieser letzteren Krankheit auftretenden Rückenmarkaffection. Den Schluss des sehr lesenswerthen Jahresberichtes bildet die Erwähnung eines Falles multipler, zum Tode führender hereditär-luetischer Knochenerkrankung, sowie die einer gummösen Erkrankung der Schilddrüse verbunden mit Basedow'schen Symptomen.

VII. Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der innern Krankheiten. Für Studirende und Aerzte. Von Prof. Dr. A. Strümpell, Director der medicinischen Poliklinik an der Universität Leipzig. II. Band, I. Hälfte. Leipzig. Vogel, 1884. gr. 8°. 444 S. Ref. Küssner (Halle).

Dem ersten Bande des Werkes, welchen wir in No. 33 d. Jahrg. 1883 in dieser Zeitschrift besprochen haben, ist in kurzer Frist der Anfang des zweiten gefolgt; hoffentlich haben wir bald den letzten Theil des ganzen Buches zu erwarten. Die gute Prognose, die wir dem Buche gestellt haben, hat sich, wie wir mittheilen können, schon jetzt bestätigt: Aerzte wie Studenten haben uns wiederholt erklärt, wie sehr sie davon befriedigt seien. — Von dem vorliegenden 2. Bande, der die gesammten Nervenkrankheiten behandelt, wird dies vielleicht noch mehr gelten können, als von dem ersten — es ist in der That eine Darstellung, wie sie in ihrer Art besser kaum gedacht werden kann. Sind doch auch wie bekannt die sonstigen Arbeiten des Verf.'s gerade auf diesem Gebiete besonders gut und zahlreich.

Ist es danach erklärlich, dass dieser Gegenstand mit besonderer Liebe bearbeitet ist, so ist doch hervorzuheben (und es ist das gewiss als ein grosser Vorzug anzuerkennen), dass dies keineswegs in einer Vermehrung des Umfanges sich ausspricht, dass vielmehr durchweg das Maass darin beobachtet ist.

Der Band bringt Alles, was überhaupt unter die „Nervenkrankheiten" zu rechnen ist, nach dem gewöhnlichen, sich von selbst ergebenden Eintheilungsprinzip (Krankheiten der peripheren Nerven, des Rückenmarks, des Gehirns, functionelle Neurosen) und enthält, was gewiss sehr zweckmässig ist, kurze allgemeine Bemerkungen über die Störungen der Sensibilität und Motilität, die Art des Nachweises derselben etc., Alles in knapper und anschaulicher Darstellung. Ueberall, wie in der Schilderung der einzelnen Krankheitsformen, merkt man den erfahrenen Specialkenner.

Auszusetzen haben wir äusserst wenig und müssen uns wirklich auf Einzelheiten beschränken, die dem Einen oder Andern vielleicht sehr geringfügig erscheinen werden.

Wiederholt braucht Verf., obwohl er sonst auch in den Ausdrücken sehr präcise ist, die Bezeichnungen Apoplexie, apoplectisch für Hämorrhagie, hämorrhagisch (nebenbei bemerkt, er lässt den „Habitus apoplecticus", der von vielen Autoren nicht anerkannt wird, gelten); er erwähnt bei Tabes nicht das Vorkommen von Kehlkopfmuskellähmungen, obwohl sonst auch aller selteneren Symptome und Complicationen gedacht ist; er erwähnt bei der Behandlung der „Convulsionen der Kinder" nicht laue Bäder, die oft so ungemein wohlthätig wirken; er giebt nicht an, dass auch in reinen Fällen von Chorea mitunter Fieber vorkommt. Paresen bei der letzten Krankheit scheint er für äusserst selten zu halten (nur in einem Falle sah er Parese eines Armes), was nach unsrer Erfahrung nicht eine so unerhörte Rarität ist. Die Epilepsie scheint er uns prognostisch etwas zu schwarz anzusehen, wenn er Heilungen (nicht blos lange Latenz) nicht gelten lassen und die Dauer des Leidens zur „lebenslänglichen" stempeln will. Die Erkrankungen des Thalamus opticus und das Kapitel vom Cysticercus cerebri sind etwas stiefmütterlich behandelt; als zuweilen erfolgreiche Behandlungsmethode der Spina bifida werden u. a. Jodinjectionen angegeben — wir würden es für besser halten, wenn auch diese nur bedingte Empfehlung lieber ganz fortgelassen wäre — sie könnte gelegentlich doch vielleicht Schaden stiften. Die Darreichung von Brompräparaten bei der Epilepsie könnte vielleicht noch besser in etwas andrer als der vom Verf. vorgeschlagenen Weise geschehen, worauf näher einzugehen hier nicht der Ort ist. — Die Elektricität scheint uns als Heilmittel mit etwas zu grosser specialistischer Vorliebe empfohlen — weitere Aufklärung über die therapeutische Bedeutung derselben wird uns die Zukunft schon bringen; jedenfalls würde sie nach den vom Verf. empfohlenen Principien keinen Schaden stiften.

Bei streitigen Fragen, deren es gerade auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten so viele giebt, äussert sich Verf. stets mit Vorsicht, ohne dabei blos negativ zu sein oder nur seine eigenen Anschauungen anzuführen.

Der vorliegende Band würde auch für sich allein als vortreffliches kurzgefasstes Lehrbuch der Nervenkrankheiten in die Welt gehen können.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VIII. Der diesjährige Internationale medicinische Congress. Kopenhagen 1884.

An einer anderen Stelle dieser Nummer beginnen wir die Veröffentlichung des Programms für den diesjährigen internationalen medicinischen Congress. Unsere Leser werden sich überzeugen, dass die Betheiligung an den Vorträgen, sowohl in den allgemeinen Versammlungen, als in den Sectionen eine quantitativ wie qualitativ hervorragende zu werden verspricht, trotzdem wir nur diejenigen Themata mittheilten, deren Behandlung mit Bestimmtheit zu erwarten ist, indem wir uns vorbehalten, die Themata der angezeigten Mittheilungen dann zu publiciren, wenn auf sie mit Bestimmtheit gerechnet werden kann. Folgende deutsche Docenten und Aerzte haben Vorträge angemeldet: R. Virchow, Robert Koch, Kronecker, Liebreich, Schröder, Lucae, G. Lewin, Carl Friedländer, A. Eulenburg, Ewald, E. Hahn, Oberstabsarzt Strube, H. Munk, A. und B. Baginsky (Berlin), v. Ebner (Graz), Merkel (Königsberg), H. von Meyer (Zürich), His, Weigert, Sänger und Braune (Leipzig), Jürgensen, Liebermeister (Tübingen), Engelmann (Utrecht), Rosenstein (Leyden), Rachlmann (Dorpat), P. Müller (Bern), A. Gräfe und Schwartze (Halle), Doutrelepont (Bonn), Rauchfuss und Wreden (St. Petersburg), Hensen, Esmarch, Litzmann und Flemming (Kiel), Leube, Zweifel und Sattler (Erlangen), Gussenbauer und Pick (Prag), Boeckel und Koeberlé (Strassburg), Schede und Unna (Hamburg), Hegar (Freiburg), Samelsohn (Köln), Schmidt-Rimpler (Marburg), E. Meyer und von Wecker (Paris), Mooren (Düsseldorf), P. Rupprecht (Dresden), Schwimmer (Budapest), Bresgen (Frankfurt a. M.), A. von Kölliker, Seifert und Bockhart (Würzburg), F. Semon (London), Michaelis (Innsbruck), Kaposi, Grünfeld, Mosetig-Moorhof, Obersteiner, Schnitzler und Neudorfer (Wien), Voltolini (Breslau), Paetz (Alt-Scherbitz).

Unter den nichtdeutschen Vortragenden heben wir hervor: den Vorsitzenden des Congresses Panum, dann Pasteur, Lister, Sir William Gull, Charcot, Tommasi-Crudeli, Verneuil, Bizzozero, Ranvier, Retin, Macalister, Hammarsten, Norris, Hayem, Worm-Müller, Malassez, Mosso, Burdon-Sanderson, Grancher, Chauveau, Cornil, Bang Salomonsen, Austin Flint, Bull, Sir Jos. Fayrer, Morell-Mackenzie Sir W. Mac Cormac, Grainger-Stewart, Paul Bert, Trélat, Galezowski, Fournier, Brouardel, Holmgren, Kjellberg, Key, Linroth, Francis de Chaumont.

IX. Die 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Magdeburg 1884.

Wenn die Wahl Magdeburgs zum Versammlungsort nicht ohne einige Bedenken zu Stande kam, so setzt uns nunmehr eine Reihe specieller Mittheilungen in den Stand, es auszusprechen, dass die Aussichten der Versammlung durchaus vortreffliche genannt werden können. Die Geschäftsführer haben ihres Amtes bisher mit grosser Hingebung, aber auch mit dem entsprechenden Erfolge gewaltet, unterstützt durch das rege Interesse der Bürgerschaft und ihrer Behörden, welche 12000 Mark bewilligt haben.

Die Versammlung beginnt statutengemäss am 18. September, um am 23. zu schliessen. Der innerhalb dieser Zeit liegende Sonntag ist für eine Festfahrt in den Harz in Aussicht genommen, wozu auf der Strecke bis Thale und Wernigerode Billets zu erheblich ermässigten Preisen ausgegeben werden, wie denn auch seitens der Bahn Halberstadt-Blankenburg den Fahrgästen freie Fahrt proponirt worden ist. Von grosser Bedeutung scheint uns die Einladung der Universität Halle, besonders für die Aerzte zu sein, da vor Allem die der dortigen medicinischen Facultät angehörigen Institute wohl im Stande sind, das grösste Interesse hervorzurufen. Für die Arbeiten der Versammlung bleiben 5 Tage übrig, von denen der Donnerstag und Dienstag für die allgemeinen Versammlungen, die anderen 3 Tage für die Sectionssitzungen bestimmt sind. Als Versammlungsort für die allgemeinen Sitzungen ist ein geräumiger Saal, der des Hofjägers, in Aussicht genommen, für die Sectionen werden seitens der Stadt die Doppel-Realschule (Realgymnasium und Ober-Realschule) mit Aula, Zeichensaal und der grösseren Zahl der Klassenzimmer, so wie die Kunstgewerbeschule eingeräumt, event. auch die neugebaute Doppelschule zwischen Schul- und Dreiengelstrasse behufs etwaiger Ausstellungen von naturwissenschaftlichen, ärztlichen und hygienischen Objecten zur Benutzung überwiesen werden. Das Empfangsbureau für die ankommenden fremden Gäste wird am Bahnhof in daselbst seitens der königlichen Eisenbahndirection angewiesenen geeigneten Räumen stationirt sein. An ausreichenden und passenden Quartieren der Gäste wird, wie aus den jetzt schon zahlreich erfolgenden Anerbietungen gastfreier Mitbürger Magdeburgs und seiner Vorstädte zu schliessen ist, kein Mangel eintreten. An zu Ehren der Naturforscher-Versammlung zu veranstaltenden Festlichkeiten sind ein den fremden Gästen im Herrenhauskruge zu gebendes Gartenfest und eine Festvorstellung im Stadttheater in Aussicht genommen.

Es wird ferner an einer Festschrift gearbeitet, welche den fremden Gästen als Führer durch Stadt und Umgegend dienen, die in naturwissenschaftlicher, wirthschaftlicher und medicinischer Hinsicht wichtigsten Verhältnisse Magdeburgs schildern und ein ungefähres Bild des gesammten geistigen Lebens der Stadt liefern soll. Zur Herstellung eines mustergültigen Tageblatts der Naturforscher-Versammlung, welches während der Dauer der Versammlung täglich zu erscheinen und möglichst schnell und correct die Verhandlungen derselben zu bringen hat, werden seitens der Faber'schen Zeitungsdruckerei die umfassendsten, technischen Vorbereitungen getroffen, während Oberarzt Dr. Aufrecht das Amt der Redaction und einige geübte, tüchtige, den ärztlichen und naturwissenschaftlichen Kreisen angehörige Kräfte, das Amt der Referenten opferwillig übernommen haben. — Neben den oben erwähnten festlichen Veranstaltungen und noch mehr als auf diese ist aber seitens des geschäftsführenden Ausschusses auch Bedacht darauf genommen, alles aufzubieten, um der Versammlung ihren wissenschaftlichen Charakter zu wahren und sie zu einer nach Zahl und Ruf ihrer Besucher, sowie nach ihren wissenschaftlichen Arbeiten und Erfolgen möglichst glänzenden zu machen. Für einige Vorträge in den beiden allgemeinen Sitzungen sind hervorragendste Vertreter der deutschen Naturwissenschaft, unter ihnen R. Koch gewonnen. Für die Sectionssitzungen ist grösstentheils schon von den provisorisch gebildeten Sectionsführern ein Programm festgestellt, und haben auch Fachmänner von Bedeutung ihre Betheiligung zugesagt.

Herr Dr. Rosenthal, dessen in dem Magdeburger Verein für Gesundheitspflege vor Kurzem erstattetem Berichte wir das Mitgetheilte entnehmen, macht zum Schlusse mit vollem Recht darauf aufmerksam, dass die Section für Gesundheitspflege in den letzten Naturforscherversammlungen sehr mit Unrecht vernachlässigt worden sei. Wir schliessen uns seiner Aufforderung an alle Hygieniker, ihr in diesem Jahre eine um so regere Theilnahme zu widmen, durchaus an. Die Jahresversammlungen des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege machen die Section für Gesundheitspflege der Naturforscherversammlung keineswegs unnöthig. Letztere hat vielmehr ihre besonderen Aufgaben, welche bei richtiger Leitung auch gelöst werden können. Gerade die Naturforscherversammlung ist geeignet, die wissenschaftliche Hygiene zu fördern, welche allein von physiologisch gebildeten Aerzten bearbeitet werden kann, was man in neuerer Zeit nur allzusehr vergisst. Verwaltung und Technik spielen ganz gewiss eine hervorragende Rolle auf dem Gebiete der Gesundheitspflege, aber man darf doch wohl daran erinnern, dass ihnen wesentlich eine ausführende Thätigkeit obliegt. Für die Lösung der hygienischen Fragen selbst und die Formulirung der an sie sich anschliessenden hygienischen Forderungen sind zur Zeit allein die Aerzte competent. Möchten die Verhandlungen der diesjährigen Section für Gesundheitspflege davon Zeugniss ablegen, dass die Aerzte sich dieser ihrer Stellung der Gesundheitspflege gegenüber bewusst sind und durch rege Mitarbeit davon Kunde geben! P. B.

X. Dreizehnter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

VIII.

(Fortsetzung aus No. 22.)

Dritter Sitzungstag Freitag den 18. April 1884.

Morgensitzung im Amphitheater der königl. chirurg. Universitätsklinik Ziegelstrasse 5/9 10—1 Uhr.

Freitag den 18. April früh 8 Uhr hatte Herr E. Hahn die Mitglieder des Chirurgen-Congresses auf die chirurgische Station des Friedrichshainer Krankenhauses eingeladen. Unter den zahlreichen interessanten Fällen prävalirten schwere Verletzungen. In einem Falle von Pseudarthrose nach ausgedehnter complicirter Verletzung des Unterschenkels implantirte Herr Hahn das untere Ende der Fibula in das obere der Tibia und erzielte so einen Callus. Unter den zahlreichen Resectionen befanden sich mehrere Knie-Resectionen nach der so überaus rationellen Methode Hahn's. Auch Fälle von Colotom. anterior bei luetischer Rectumaffection, wurden vorgestellt; ebenso ein Fall von Pankreascyste, wie ihn Gussenbauer im v. J. demonstrirt hatte.

Die Sitzung im Kgl. Klinikum eröffnete Herr Albrecht (Brüssel) mit einem nach Form und Inhalt äusserst eindrucksvollen Vortrage: „über die morphologische Bedeutung der Kiefer-, Lippen- und Gesichtsspalten". Herr A. nimmt nicht einen, sondern zwei Zwischenkiefer jederseits an, im Ganzen vier, und verläuft nach seiner Auffassung die Hasenscharte nicht zwischen Ober- und Zwischen-Kiefer, sondern zwischen innern und äussern Zwischenkiefer: sie ist intraincisiv. Die Beweise, welche A. durch Demonstration einer Anzahl von Thierschädeln giebt, sind zweifache. 1) Die Hasenscharte geht nie zwischen Caninus und Schneidezahn durch, sondern an der Oberkieferseite befinde sich stets Incisivus I, wie auch aus Koenig's Abbildung trotz gegentheiligen Textes hervorgehe (in den frühern Auflagen A. d. Ref.). 2) Wäre die Hasenscharte eine Oberkiefer-Zwischenkieferspalte, so müsste die Suttura incisiva sich bei diesen Präparaten nie finden. Dieselbe ist aber meist erhalten. A. legt ein Kieler Präparat vor, bei dem der innere Zwischenkiefer noch beweglich in seiner äussern Naht erhalten ist. Dass Theodor Koelliker in seiner bekannten Arbeit kein gleiches Resultat erhalten, läge daran, dass die menschlichen Präparate keine günstigen Objecte für das Studium dieser Frage ergäben. — Einen neuen Beweis lieferte das Studium der verschiedenen Arten von Hasenscharten. Es giebt solche, wo das Zwischenkieferstück 2 und solche, wo es 4 Zähne trägt. Tetra- und Hexa-Protodonten; an den Oberkieferseiten stecken dann die andern 2 Schneidezähne. Die Betrachtung ergiebt, dass beim normalen Menschen der 2. Schneidezahn verloren gegangen ist, und 1. und 3. bestehen bleibt. Unter den günstigen Bedingungen der Zahn- und Knochenbildung bei der Hasenscharte wie sie sich auch in der Härte des Vomer ausspricht, dem Vorhandensein zweier getrennter Arterien ohne Anastomosen für den Zwischenkiefer, käme der Atavismus zu Stande, wie er bei den Hexaprotodonten sich zeigt, und wie er im Thierreich nicht selten ist. Die Leporiden zeigen auch diesen 2. (also dritten) Schneidezahn im Milchgebiss, der dann verloren geht: 1. und 3. bleibt bestehen. Die Erklärung der Lippenspalten geht aus der Entwicklung des Gesichts hervor. Die Oberlippe wird aus 6 Theilen, von dem sich nach unten herunterstülpenden Stirnfortsatz gebildet: 1) den innern, 2) den äussern Zwischenkiefer und 3) den Oberkiefer-Fortsätzen. Der Lippenspalt geht aber zwischen äussern und innern Zwischenkiefer-Fortsätzen durch und kann sich so in die Nase erstrecken, die er sonst nach der Goethe'schen Theorie in Ruhe lassen müsste. — Was die schräge Gesichtsspalte betrifft, so gäbe es zwei Arten: 1) solche zwischen Oberkiefer und Nasenfortsatz heraufziehenden, die stomatoorbitalen, wie einen Fall Herr Kraske mitgetheilt, die bis zum Augenlide reichen können und 2) solche die nichts anders, als verlängerte Hasenscharten sind.

Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

In der Discussion erwähnt Exc. von Langenbeck, dass die Entstehung aus 4 Zwischenkiefern schon vor Jahren von Leukart behauptet wurde. Doch möchte er bezweifeln, dass diese Annahme allen thatsächlichen Verhältnissen entspricht. Auch vermisst Herr v. L. die Erörterung der Medianspalten. Herr Th. Koelliker glaubt, dass die von Herrn Albrecht so bestechend vorgetragene Theorie nicht auf typische Thatsachen sich stütze. In 50 von ihm untersuchten Fällen hätte er keine Suttura incisiva gefunden. Und selbst wenn wir sie finden, so können wir nicht sagen, dass der Mensch 4 Zwischenkiefer hat, sondern es kann sich um Verdopplung, wie deren beim Keil- und Jochbein beobachtet, handeln. — Betr. der weiteren Discussion der Herren Koelliker und Albrecht, welche mit embryologischem und comparativ anatomischem Material geführt wurde, verweisen wir auf die Verhandlungen des Chirurgen-Congresses.

Hierauf sprach Herr Neuber (Kiel) zur Technik der Hüft- und Knie-Resectionen. Von dem Bestreben ausgehend, feste Ankylose im Hüftgelenke zu erzielen, wurde in der Kieler Klinik ein nach unten convexer Schnitt um Troch. major geübt, und durch Absägung der Trochanterspitze ein Hautknochenlappen angelegt, der zurückgeschlagen eine bequeme Absprengung des Acetabulums und Resection des Schenkelkopfes gestatte. Alsdann wird derselbe wieder zurückgeschlagen, mit Nägeln fixirt, die Wunde wird bis auf den unteren Wundwinkel vernäht, darüber der antiseptische Verband resp. ein Gypsverband in abducirter Stellung angelegt. Der Verband konnte 6 Wochen liegen bleiben. — Was die Kniegelenk-Resection betrifft, so erhielt N. principiell die Patella und nagelte sie an Tibia und Femur an. Das gab in den bisherigen 8 Fällen sehr schöne Resultate.

Ausserdem machte Herr Neuber bemerkenswerthe Vorschläge zur Technik der Darmnaht. Nachdem der Darm hervorgezogen und eine provisorische Naht angelegt ist, werden die beiden Enden durch Digitalabklemmung verschlossen, das Mesenterium entfernt und ein 2 cm dickes decalcinirtes Rohr, das gegen die Mitte aufgetrieben ist, und eine ringförmige Rinne dort besitzt, in beide Enden eingeschoben, auf welchem dann die Darmnaht angelegt wird und zwar ist dies eine 3fache; erst circuläre Kopfnähte, dann eine Schnürnaht, welche die Nahtlinie in die Rinne hineindrängt, und darüber eine Lembert'sche Naht. Das Verfahren erleichtert durch die feste Unterlage die Ausführung der Darmnaht, schützt die Wunde vor directer Berührung mit Darminhalt und hält die Darmpassage offen; es bewährte sich in 3 Fällen beim Menschen. Das decalcinirte Rohr war in den Dejectionen nicht nachzuweisen, also wahrscheinlich nach 3—4 Tagen macerirt.

In der sich anschliessenden Resectionsdebatte äusserte zunächst Herr Schede Bedenken gegen die Neuber'sche Methode. Er befürchtet, dass das functionelle Resultat, trotz der raschen Prima reunio durch die Abmeisselung des hintern Pfannenrandes und die Zurücklassung des Trochanters gefährdet sein könnte. Er leite stets den Stumpf des Femur in die Pfanne und stellte ihn in Abduction. Nur wenn der Stumpf sich in die Pfanne stellt und gegen den hinteren Pfannenrand sich anstemmt, kann man dauernd gute Resultate erzielen. Bekanntlich können dann die Pat. durch Beckensenkung gut auftreten.

Herr Hahn erinnert, dass er schon 1881 22 Knieresectionen nach seiner Methode (oberer Schnitt, Nagelung der resecirten Enden) gemacht hätte, von denen 17 per primam mit knöcherner Vereinigung geheilt wären.

Herr Rydygier (Culm) bediente sich eines ähnlichen Schnittes, wie Herr Neuber gelegentlich einer Hüftresection und erzielte in leichter Abductionsstellung knöcherne Ankylose.

Herr Volkmann spricht sich principiell gegen das Anstreben fester Ankylose nach Hüftresection, auch in Abductionsstellung aus. 1) gelingt es nicht. 2) ist es nicht wünschenswerth. Unter 200 Hüftresectionen, von denen die ausserordentliche Mehrzahl genesen ist, wurde nie Ankylose angestrebt. Auf die Nachbehandlung kommt es allerdings sehr an. Pat. mit ankylotischem Hüftgelenk können nicht sitzen. Daher hat Volkmann die Keilexcision aus dem grossen Trochanter, die er etwa 20 Mal gemacht hat, fast ganz wieder aufgegeben und die Meisselresection des Hüftgelenkes an dessen Stelle treten lassen. Ankylose nach Hüftresection anzustreben wäre ein Rückschritt.

Herr Koenig bekennt, dass er durch Volkmann in Sachen der Knieresection bekehrt sei. Die Knieresection sei keine dankbare Operation. Die spätere Contraction werde durch das Annageln der Patella wohl nicht vermieden, denn sie sei eine Folge des Knochenwachsthums, welches auf der Vorderfläche stärker wie auf der Hinterfläche vor sich gehe.

Was Herrn Schede's Meinung betrifft, so halte er ein Hineinleiten des Schaftes, wie es sich Schede denkt, für nicht immer möglich. Auch habe es doch seine Grenze, wie weit die Abduction als Verlängerung verwendet werden kann.

Herr Volkmann ergreift noch einmal das Wort, um die Meinung auszusprechen, dass zuviel Kniegelenke resecirt würden. Nicht darauf käme es an, ob man etwas kann, sondern ob es gut ist. Ausgedehntere Resectionen erzeugen Wachsthumsstörungen, kleinere Contracturen. Und bei kleinen Kindern sind wirklich Resectionen nicht oft nothwendig. Die Knie-Resectionen bei fast Erwachsenen seien ja wunderschön; aber bei Kindern unverhältnissmässig viel seltener, als bei Hüftgelenk-Caries; sie ist eben meist zu vermeiden. Auch verläuft ja der Tumor albus genu ganz anders, wie bei der Hüfte. Die conservative Chirurgie im Knie muss die grösste Ausdehnung haben; die Arthrotomie, die Kapselexstirpation, die atypischen Resectionen werden dabei ihre Zukunft haben.

Herr Schede betont, dass man nach jeder Hüftresection den Schaft leicht in die Pfanne leiten könne. Er habe wiederholt constatirt, dass sich ein neues Gelenk gebildet habe, indem die Pfanne sich mit dem Femurschaft ausgefüllt habe. Stärkere Abduction wende er übrigens nur in der ersten Zeit an.

Herr Koenig erklärt die Knieresection bei Kindern unter 14 Jahren für eine Sünde. Gewiss gebe es ausgedehnte Tuberculosen von Femur und Tibia, welche die Amputation erheischten. Bei den anderen Fällen von Fungus, welche operative Eingriffe erheischten, treten atypische Resectionen auf, die natürlich ihre bestimmten Methoden haben müssten. Für das Kniegelenk verfahre er etwa so: Langenbeck'scher Längsschnitt an der Innenseite. Dann wird Patella nach aussen luxirt und die kranken Massen exstirpirt. Dann fügt man, wenn es nöthig, einen Schnitt auf der Aussenseite hinzu; das Lig. externum bleibt unverletzt. Dann übersieht man die Knochen insgesammt, kann grosse Heerde der Epi- und Diaphyse entfernen. Zur Noth durchschneidet man Lig. ext., revidirt die Kreuzbänder etc. Ein so bearbeitetes Knie wächst doch nicht so krumm, als ein resecirtes.

Exc. von Langenbeck erwähnt, dass er beim inneren Längsschnitt einmal ein bewegliches Gelenk erzielt habe.

Herr Czerny will die Knieresection doch nicht ganz verworfen wissen. Die Erhaltung der Epiphysenlinie verhindere die Verkürzung.

Herr Koenig bemerkt, er habe Fälle publicirt, wo trotz erhaltener Epiphyse Verkürzung eingetreten sei. —

Herr Neuber erwähnt, dass ihn zur Angabe obiger Methode auch der Wunsch veranlasst habe, die unliebsamen Recidive zu verhüten.

Jul. Wolff. Vorstellung von Klumpfussfällen. (Orig.-Ref.)

Der Vortr. hat an seiner früher dem Congress mitgetheilten Methode, den Klumpfuss durch sehr kraftvolles Redressement mittelst eines portativen, in einem gewöhnlichen Stiefel, einem festen Strumpfe gleich tragbaren Wasserglasverbandes zu behandeln, die Aenderung getroffen, dass er den Verband nicht wie früher, 4 Monate, sondern hintereinander 7—9 Monate tragen liess. — (Die Methode ist im 27. Bd. des Archivs für klinische Chirurgie beschrieben.)

Man kann durch einen solchen Verband Klumpfusskranke ohne jeden schweren operativen Eingriff, und häufig selbst ohne Tenotomie der Achillessehne in kurzer Zeit zu normalem Gehen auf der vollen Planta, mit abducirtem Fuss und auswärts rotirter Extremität bringen. Die Fertigstellung des Verbandes erfordert im Durchschnitt 8 Tage (und zwar bei paralytischem Klumpfuss Halberwachsener ca. 4, bei paralytischem Klumpfuss Erwachsener und bei schwererem congenitalem Klumpfuss Halberwachsener ca. 12 Tage).

Die Erfahrungen des Vortr. gelten bei paralytischem Klumpfuss für jedes Lebensalter, bei congenitalem bis zum 12. Lebensjahr hinauf. Es ist aber zu hoffen, dass die Methode auch noch bei älteren Individuen mit congenitalem Klumpfuss anwendbar sein dürfte.

In den ersten Behandlungstagen klagen die Patienten natürlich über ziemlich heftigen Schmerz; nach Fertigstellung des Verbandes aber gehen sie meistens ohne den geringsten Schmerz einher. Es muss deshalb angenommen werden, dass das kraftvolle Redressement in der Regel nicht, wie Kocher meint, schwere Zerreissungen und Infractionen macht, sondern nur leichtere Zerreissungen und Compressionen, die durch ihre Vertheilung auf die zahlreichen Knochen des Fusses in ihrer Bedeutung für jeden einzelnen Knochen geringfügiger gemacht werden.

Sehr auffallend und erfreulich ist die sofort eintretende vortheilhafte psychische Einwirkung des durch den Verband erzeugten normalen Ganges auf die Patienten, deren Wesen zuvor stets ein scheues und missmuthiges gewesen ist, und die jetzt fröhlich und selbstbewusst werden.

Nimmt man nach 7—9 Monaten den Verband ab, hat man also während so langer Zeit den Fuss unter normalen statischen Verhältnissen functioniren lassen, so behält der Fuss die normale Stellung bei.

Natürlich bleiben dann bei paralytischem Klumpfuss noch die Lähmungen und Verkürzungen bestehen; aber die Chancen für die Besserung dieser Erscheinungen sind doch offenbar viel günstiger, wenn der Fuss unter normalen statischen Verhältnissen auftritt, als wenn die Varusstellung fortbesteht.

Ankylose des Fussgelenks, die der Vortr. als Folge der langen Immobilisirung gefürchtet hatte, ist bisher in keinem Falle eingetreten.

Es werden acht Patienten vorgestellt, die sämmtlich normal auftreten, und zwar ein Erwachsener mit paralytischem Klumpfuss allerhöchsten Grades, der seit December v. J. den Verband trägt, ferner ein 10jähriges Mädchen mit paralytischem und ein 10jähriger Knabe mit angeblich congenitalem Varus sehr hohen Grades (fehlende Entartungsreaction, aber Anschein der Paralyse wegen nur geringer Umknickung der vorderen Fusshälfte nach innen), welche beiden letzteren Patienten noch vor 14 Tagen auf dem äusseren Fussrande resp. auf dem Dorsum des Fusses aufgetreten waren; ferner 5 Kinder von 6—10 Jahren (3 paralytisch, 2 congenital), die den Verband 7—9 Monat getragen haben und jetzt in einem gewöhnlichen Stiefel normal gehen. Bei einem dieser Kinder ist der Verband bereits seit 11 Monaten entfernt, bei den übrigen 4 seit 2—4 Wochen.

Die Discussion über Wolff's Vortrag fand Sonnabend statt.

Herr Sonnenburg stellt eine intrauterin geheilte Bauchblasenspalte vor. (Ref. erinnert daran, dass Herr Thiersch ein solches Unicum längst für die Theorie der Epispadie gewünscht hat.)

Pauly (Posen).

(Fortsetzung folgt.)

XI. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 26. Mai 1884.

Vorsitzender: Herr Leyden.
Schriftführer: Herr P. Guttmann.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

1. Herr Behrend: Zur Lehre von der Prurigo. (Der Vortrag des Herrn Behrend gelangt demnächst in dieser Wochenschrift in extenso zum Abdruck.)

Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

2. Herr H. Kronecker: Das Coordinationscentrum für den Herzkammerschlag.

Herr H. Kronecker berichtet über Beobachtungen, welche er gemeinschaftlich mit Herrn Cand. med. Schmey am Hundeherzen gemacht habe.

Die Wege, auf welchen die coordinirenden Erregungen der Ventrikel geleitet werden, waren bisher dunkel geblieben: Nervengeflechte mit und ohne Ganglienzellen, sowie auch die Herzmuskelgeflechte selbst wurden dafür in Anspruch genommen. Folgende Beobachtungen werfen auf diese Wege neues Licht:

Herr Schmey hat seit mehreren Monaten eine Reihe von Versuchen angestellt, welche die Contractionsart der Herzkammermuskeln verdeutlichen sollten. Bei dieser Gelegenheit stiess der Vortragende auf folgendes sehr merkwürdige Phänomen:

Ein Hund war narcotisirt und curarisirt, künstliche Athmung war eingeleitet, das Herz war freigelegt, auf dem angespannten Pericard zur Thoraxapertur gehoben; die Vagi waren zur Tetanisirung präparirt, Kymographion und Schreibvorrichtungen waren in Ordnung gebracht, um die Contractionen des sehr kräftig schlagenden Herzens von dem grossen Hunde auf den rotirenden Cylinder zu übertragen. Herr Kronecker senkte eine Nadel in das Herz, um die Bewegungen der getroffenen Stelle zu registriren. — Da hörten, momentan gelähmt, die Herzkammern zu pulsiren auf und verfielen, diastolisch erweitert, in fibrilläre Zuckungen, wie man solche bei acut absterbenden Herzen zu sehen pflegt. Sofort wurde die Nadel entfernt, der Zustand blieb. Kneten des Herzens war erfolglos. Die Coronargefässe waren unverletzt. Die Vorhöfe pulsirten normal weiter. Als die Vagi tetanisirt wurden, blieben die Vorhöfe, wie normal, in Diastole ruhig, die Ventrikel aber setzten ihr Flimmern unbeeinflusst fort. — Das Thier starb, ohne dass die Kammern noch einen Schlag ausgeführt hätten.

Nun erinnerten sich die Beobachter, bei den früheren Versuchen schon ähnliche Erscheinungen beobachtet zu haben; doch war dies meist in vorgeschrittenen Stadien der Experimente geschehen, nach wiederholten Einstichen und localen Zerrungen des Herzens. Sie wiederholten den Versuch unter einfachsten Bedingungen und fanden ohne Ausnahme bei 20 Hunden, dass die Verletzung einer kleinen noch nicht genau umgrenzten und anatomisch bestimmten Stelle über der unteren Grenze des oberen Drittels der Kammerscheidewand nahe dem Verlaufe des absteigenden Astes der linken Coronararterie, genügt, um die Herzkammern dauernd zu lähmen.

Hier — am geschütztesten Orte des Herzens — muss also ein Kreuzungspunkt der Innervationswege liegen, welcher in der Norm als Coordinationscentrum für die Musculatur der Herzkammern dient und wirksame Pulse ermöglicht. Wenn dies ordnende System zerstört ist, so arbeiten die Muskelgeflechte anfangs nicht weniger kräftig, aber erfolglos, weil ungleichzeitig.

Wenn man ein flimmerndes Herz durchschnitten hatte, so flimmerten die separaten Stücke weiter. Während des Flimmerns konnte man durch mechanische Reize keine Zuckung auslösen; als aber das Flimmern aufgehört hatte, rief jeder mechanische Reiz jedes Stückes je eine Contraction desselben hervor, wie dieses auch Spitzentheile eines Hundeherzens thun, dessen Coordinationscentrum man zuvor nicht versehrt hat, indess die Kammerbasis, welche die bewegenden Centren enthält, spontan schlägt. Es wird also durch den Einstich nur der functionelle Zusammenhang der Herztheile aufgehoben, nicht aber die Lebensfähigkeit seiner Muskelbündel. Zuweilen sieht man das Flimmern in eine wogende Bewegung übergehen, welche sich mit einer stürmischen Peristaltik vergleichen lässt. — Alle diese Bewegungen aber hatten keine Aehnlichkeit mit der rhythmisch coordinirten Contraction, die als Herzpuls geeignet ist, das Blut aus dem Herzen in das Gefässsystem zu pumpen.

Beim schlagenden Herzen fühlt man die kraftvolle Härtung während jeder Systole; das flimmernde und wogende Herz fühlt sich immer schlaff an. Ist das Coordinationscentrum niemals früher zufällig verletzt worden? Fischer (Hannover) hat in einer Monographie über die Wunden des Herzens und des Herzbeutels hunderte von Herzverletzungen bei Menschen zusammengestellt, von denen einige durch Nadelstiche verursacht, sofort den Tod herbeigeführt hatten, während er zugleich von vielen Heilungen grosser Herzwunden bei Menschen und Thieren berichtet. Um nun zu entscheiden, ob der besprochene Lebenspunkt etwa als ein Bewegungscentrum anzusehen ist, oder als ein Hemmungscentrum oder etwa als motorische Nervenbahn, suchten die Herren Kronecker und Schmey die gefährliche Stelle zu reizen, anstatt zu tödten. Elektrische Reize lassen sich sehr fein abstufen, und so musste es gelingen, den ersten Effect wahrzunehmen. — Elektrische Reizversuche an den Herzen vieler Thiergattungen sind längst und oft angestellt worden, aber es wurde immer entweder das Herz im Ganzen erregt, oder wenigstens auf verschiedene Werthigkeit einzelner Herzstellen nicht geachtet.

Ludwig und Hoffa hatten 1850 gefunden, dass die kräftigsten intermittirenden Inductions-Ströme nicht im Stande sind, das Herz in Tetanus zu versetzen. Bei reizbaren Herzen bildet sich zwischen den auf das Herz gesetzten Polen eine kleine, blasse Erhebung. Ausserhalb dieser Stelle geräth das Herz in ausserordentlich rasche, ganz unregelmässige Bewegungen von sehr geringer Intensität. „Die einzelnen automatischen Elemente lösen sich aus ihren Beziehungen zu einander und geben die Gleichzeitigkeit ihrer Contraction auf.“ „Diese ungeordneten Bewegungen überdauern immer den Reiz.“ Einbrodt hat unter Leitung von C. Ludwig: „Ueber Herzreizung und ihr Verhältniss zum Blutdruck“ 1859 weitere Versuche angestellt. „Der Tod, der in Folge von tetanisirender Herzreizung eintritt, ist abhängig von der Erniedrigung des Druckes und der Geschwindigkeit des Blutstromes. Es verdient bemerkt zu werden, dass es auf diese Weise gelingt, den Tod eines Thieres ohne Verletzung seiner Nervencentren und ohne Veränderung seiner Blutmasse herbeizuführen. Das Herzzittern, welches die unmittelbare Herzerregung zurückliess, konnte durch die Vagusreizung wieder zum Stillstand gebracht werden.“

Dagegen hat S. Mayer (1874) gefunden, dass über die durch die directe Reizung des Herzens hervorgerufenen wogenden und wühlenden Bewegungen die gereizten Hemmungsfasern des Vagus keine Macht besitzen. Mit dem Satze „die galvanische Reizung des Herzmuskels vernichtet oder schwächt die normale Thätigkeit dieses Organs“ wendet er sich zumal gegen den Chirurgen Steiner, welcher zu jener Zeit (1872) „die Elektropunctur des Herzens als Wiederbelebungsmittel in der Chloroformsynkope“ empfohlen hatte. Durch diesen Vorschlag ist auch Vulpian (1874) angeregt worden, die Wirkung elektrischer Ströme auf das Herz zu untersuchen. Er giebt an, ohne andere Autoren zu erwähnen, dass sowohl durch Inductionsströme, wie durch constante galvanische das Herz in fibrilläres Zittern geräth, in welchem es diastolisch abstirbt.

Der Vortragende hat mit Herrn Schmey die elektrischen Reizversuche am Herzen wieder aufgenommen, um zu prüfen, ob die Erregung der lebensgefährlichen Stelle besondere Abwandlungen des Herzschlags veranlasst.

Das Resultat war einfach und evident: Wenn die Elektroden von etwa 1 cm Spannweite in eine vom Coordinationscentrum entfernten Herztheil eingestochen waren, so hatten schwache Inductionsschläge keinen merklichen Effect, starke veranlassten sogleich Flimmern der Herzkammern, welches bis zum Tode blieb, wenn man auch sogleich den Strom unterbrochen hatte. Wenn man das Centrum zwischen die Elektroden genommen hat, so tritt auch nichts anderes ein, als soeben beschrieben ist; nur bedarf man viel geringerer Stromstärken, um das Flimmern hervorzurufen, als von entfernteren Stellen aus. Hiernach ist es sehr wahrscheinlich, dass die Herzlähmung durch elektrische Reize immer Folge der Lähmung jenes verletzbarsten Centrum ist.

Bei Reizung der vorderen Herzoberfläche kann man, wie Wooldridge in neuester Zeit (1883) unter Ludwig's Leitung gefunden hat, sehr interessante sensible Wirkungen auf Pulsfolge und Blutdruck beobachten. Bei Reizung des Herzinnern treten solche Aenderungen des Rhythmus zurück. Es bleibt als wesentlicher Effect die Aufhebung der coordinirten Bewegung.

Dieses stereotype Verhalten stimmt völlig überein mit dem Erfolg der Kranzarterienverschliessung, wie ihn Cohnheim und von Schulthess-Rechberg am Hundeherzen wahrgenommen haben. In ihrer 1881 in Virchow's Archiv veröffentlichten schönen Arbeit ist gezeigt worden, dass Unterbindung einer der grossen Coronaräste keinen unmittelbaren Einfluss auf die Thätigkeit des Herzens ausübt. „Etwa eine Minute nach der Unterbindung werden die Pulse aussetzend, arhythmisch, bald steht das Herz in Diastole still. Nachdem der Stillstand in Diastole ca. 10—20 Secunden angehalten hat, beginnen in der Musculatur beider Ventrikel äusserst lebhafte, wühlende, oder mehr flimmernde Bewegungen nach Art der peristaltischen, die 40, 50 Secunden und länger anhalten bei fortgehender regelmässiger Pulsation der Vorhöfe; allmählich lassen dann die Flimmerbewegungen nach und gehen in definitiven Ruhezustand über“ (S. 514). Niemals ist Cohnheim und v. Schulthess-Rechberg die Wiederbelebung des zum Stillstand gekommenen oder gar flimmernden Herzens geglückt. Wurden kleinere Arterienäste unterbunden, so blieb die coordinirte Bewegung 17 Minuten und länger bestehen.

Der Vortragende hat nach Unterbindung des Scheidewandastes der linken Coronararterie das Flimmern nach etwa 2 Minuten eintreten sehen, ohne dass ein Stillstand vorausgegangen wäre. Dieser Unterschied beruht vielleicht auf der verschiedenen Art der anästhesirenden und paralysirenden Behandlung der Hunde.

Cohnheim wies auch nach, dass nicht der Mangel an sauer-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stoffhaltigem Blute den Herzstillstand nach der Ligatur einer Coronararterie verursacht.

Die Herzschläge des erstickenden Hundes dauern sehr lange an, werden ganz allmählich seltener und „wenn sie ganz klein und selten geworden sind, so löst nicht nur jede Berührung des Herzens eine prompte Contraction aus, sondern in der Regel gelingt es auch, durch Wiederaufnahme der Lufteinblasungen die Herzthätigkeit allmählich wieder zu beleben und zur Norm zurückzubringen: was bei dem Herzstillstand nach Coronarverschluss niemals glückt“ (S. 524).

Der Vortragende hat diese Beobachtungen wiederholt und weiterverfolgt; er fand, dass das freigelegte Herz 15 bis 20 Minuten lang unrespirirt fortschlägt, was auch Traube bei Blutdrucksmessungen schon bemerkt hat. Nachdem aber das Herz in völliger Diastole von dunkelvenösem Blute geschwellt etwa 1 Minute lang ruhig geblieben war, und auch mechanische Reize keinen Puls mehr auszulösen vermochten, beobachtete der Vortragende folgende auffallende Erscheinung: Als er das Herz eine Minute lang knetete, während der Hund wieder künstlich respirirt wurde, begannen die Ventrikel plötzlich lebhaft zu flimmern. Hieraus war zu schliessen, dass durch das asphyktische Blut die Musculatur des Herzens gelähmt wird, das Coordinationscentrum aber getödtet ist, so dass die Muskeln durch respirirtes Blut wieder belebt werden können, die geordnete Innervation aber dauernd entbehren und in wilden Bewegungen ihre Erregbarkeit einbüssen.

Durch diese übereinstimmenden Resultate ist bewiesen, dass intensive, mechanische elektrische und chemische Reize, wie solche in lebenden Muskeln sich bilden, das Coordinationscentrum tödten. Es ist nicht anzunehmen, dass sie es nicht zuvor erregen sollten; da man aber gar keinen Erregungseffect wahrnimmt, muss man schliessen, dass dieses Centrum nicht activ ist d. h. dass es weder Bewegungen anregt noch aufhebt, also weder als motorisches Centrum noch als hemmendes Centrum angesehen werden darf. Da nun seine Abtödtung durch stärkere Insulte die coordinirten Bewegungen der Herzkammern aufhebt, so hält sich der Vortragende berechtigt, dasselbe als ein Coordinationscentrum der Herzkammern zu bezeichnen: d. h. als einen Ort, wo die Leitung der von höhergelegenen Bewegungscentren ausgesandten Innervationen geschieht, gewissermaassen einem Weichensysteme von Schienengleisen vergleichbar.

Der Vortragende weist darauf hin, dass die ausserordentliche Verletzbarkeit dieses Centrums auch die fulminanten Todesfälle durch „Herzlähmung“ erklärt. Cohnheim hat in solchen Fällen als einzige Veränderung Sklerose der Coronararterien gefunden. Hiller hat im 8. Bande der Charitéannalen (1883) auf der Abtheilung des Herrn Vorsitzenden (Leyden) bei Typhusreconvalescenten beobachtete plötzliche Todesfälle beschrieben: Die Herzaction war nicht mehr zu constatiren, während die Sterbenden noch eine Reihe von Athemzügen machten. Bei der Autopsie war am Herzen fettige Muskeldegeneration gefunden worden. Der Vortragende betont ausdrücklich, dass alle hier angeführten Versuche an Hunden angestellt sind. Bei Kaninchen sind die Resultate solcher Versuche wesentlich verschieden, was auch schon Cohnheim und v. Schulthess-Rechberg hervorgehoben haben. Die Herzen der Kaninchen scheinen nicht unter so stricte centralisirter Leitung zu schlagen, denn häufig erholt sich das schon flimmernde Herz wieder: ähnlich wie man dies auch beim faradisirten Froschherzen beobachtet. — Aus diesen Verschiedenheiten der Herzreaction bei Thieren der zwei Ordnungen erklärt sich wohl mancher Widerspruch in den Angaben über die Folgen der Herzreizung. —

Die Discussion über den Vortrag des Herrn Kronecker wird auf die nächste Sitzung vertagt.

XII. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung am 18. September 1883.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Beger.

Herr Leisrink stellt einen 72 Jahre alten Kranken vor, welchem er vor 6 Wochen den Kehlkopf exstirpirt hat. Die Beschwerden des Kranken begannen vor 1 Jahr mit Heiserkeit, dann traten Schlingbeschwerden und Athemnoth ein und vor 6 Wochen war Pat. dem Ersticken nahe. Das Lumen der Stimmritze zeigte sich durch einen Tumor ausgefüllt. 5 Tage nach vorhergegangener Tracheotomia inf. und Einlegen der Michael'schen Tamponkanüle wurde die Exstirpation vorgenommen.

Die Wunde wurde mit Sublimatgaze tamponirt. Nach einigen Tagen wurde die Michael'sche Kanüle wegen heftiger Schmerzen durch eine gewöhnliche Trachealkanüle ersetzt. Der Wundverlauf war vorzüglich. Am Ende der 3. Woche wurde mit Versuchen, einen künstlichen Kehlkopf einzuführen, begonnen. — Der Ernährungszustand des Kranken hat sich gebessert, die tonlose Stimme ist verständlich.

Herr Herz demonstrirt ein Herz mit einem Polypen. Die bei der Aufnahme im Juni 1883 74jährige Frau litt seit 4 Jahren an Athemnoth und Herzklopfen. Sie war hochgradig dyspnoisch: die peripheren Artt. entartet. Puls sehr unregelmässig. Am Herzen keine Geräusche. Tod im Collaps. Bei der Section zeigte sich das Herz normal gross, nicht dilatirt, nicht hypertrophisch, nur der l. Vorhof war weiter als normal. In der Nähe des linken Herzohrs hing an einem stricknadeldicken Stiel ein etwa haselnussgrosser Polyp, welcher die charakteristischen Erscheinungen eines alten zum Theil organisirten Thrombus an sich trug. Im Stiel zeigte sich eine Andeutung von Gefässen. Endocard und Klappen waren normal, dagegen zeigte der Herzmuskel eine braune Atrophie mit partieller fibröser Entartung.

Herr Herz glaubt, dass hier zuerst ein Thrombus im Herzohr gesessen habe, der nach Verwachsung mit der Wand sich losgelöst habe. Durch den beständigen Strudel sei dann die verwachsene Stelle zu dem Stiel ausgezogen. Die vorhanden gewesenen Herzerscheinungen rühren jedenfalls von der Myocarditis her, da der Polyp wegen seines hohen Sitzes keine Erscheinungen gemacht haben könne.

Herr Michael spricht über subcutane Infusionen bei Cholera: Der Vortrag ist bereits in dieser Zeitschrift (1883 No. 39) abgedruckt.

Discussion:

Herr Fraenkel: Die in das Halsbindegewebe injicirten Flüssigkeitsmengen können sich nicht in das Mediastin senken, da die tiefe Halsfascie dazwischen liegt.

Herr Bülau: Das Experiment von Herrn M. beweise nichts. Samuel verlange eine beständige, allmähliche Irrigation, bei der keine Massage nothwendig sei.

Herr Michael glaubt nicht, dass die Infusion so gelingt, wie Samuel es sich denkt. Der Druck eines Irrigators sei sehr gering. Wolle man zum Beispiel nur 1 Athmosphäre Ueberdruck haben, so müsse der Irrigator 32 Fuss hoch hängen.

Herr Jaffé: Die venöse Infusion sei jedenfalls ein grösseres Analepticum für das Herz, als die subcutane, auch könnten ebenso grosse Mengen eingeführt werden. Wild habe jüngst einen Cholerakranken etwa 1000 grm. Kochsalzlösung in eine Vene infundirt. Der Zustand sei dadurch auf kurze Zeit gebessert worden, dann sei aber der Kranke gestorben.

Herr Fraenkel: Der Michael'sche Vorschlag werde auch die venöse Infusion bei acuter Anämie nicht ersetzen, da hier wegen des Missverhältnisses zwischen Gefässlumina und Blutmenge möglichst rasch Flüssigkeit in die Circulation gebracht werden müsse.

Herr Michael: Beim Menschen würde es sich bei einer subcutanen Infusion nicht um 1000 grm. sondern um etwa 10 Pfd. handeln.

Herr Classen zieht in Zweifel, ob bei dem viel strafferen Unterhautbindegewebe des Menschen eine subcut. Infusion sich so leicht machen lasse, wie beim Hund.

Herr Korach: Samuel habe nur den Vorschlag gemacht, ohne überhaupt von einem Experiment zu sprechen; Michael habe nur einen Versuch gemacht. Ungefährlich scheine ihm die neue Methode nicht; von 3 Kaninchen, denen er etwa 500 grm Kochsalzlösung subcutan eingespritzte, seien 2 bereits todt. Die Methode sei auch deshalb unpractisch, weil während eines Choleraanfalles die Resorption von der Haut aus sehr langsam und sehr unvollkommen geschehe. Herr Korach halte am meisten von der peritonalen Infusion. Er habe heute einem Kaninchen 500 grm in die Bauchhöhle gespritzt. Dasselbe befinde sich ganz wohl.

Schluss der Sitzung $^1/_2$10 Uhr.

Sitzung am 2. October 1883.

Vorsitzender: Herr Bülau.
Schriftführer: Herr Beger.

Herr Simmonds demonstrirt die Beckenorgane eines an Pneumonie verstorbenen 4 Jahre alten Mädchens. Während die Organe rechterseits normal sind, fehlt im linken Parametrium das Ovarium, die Tube ist sehr dünn und kurz und endigt ziemlich plötzlich; zarte Pseudomembranen ziehen von hier bis zur Blase. Im kleinen Becken findet sich ein 9 grm schwerer Körper, der viel altes geronnenes Blut und einen Kreideherd enthält. Dieser Körper stellt das abgelöste, mit Blut durchsetzte Ovarium vor. Das Verhalten desselben ergiebt, dass es sich hier um einen sehr alten, wahrscheinlich bereits aus dem fötalen Leben stammenden Process handelt.

Herr Schede hält seinen angekündigten Vortrag: Vorstellung eines Kranken mit geheilter Dickdarmresection nebst Bemerkungen über den Gebrauch der versenkten fortlaufenden Catgut-Naht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der betreffende Kranke bekam, nachdem nur unbestimmte Symptome vorhergegangen waren, einen nicht zu beseitigenden Dickdarmkatarrh. Anfang Juni sah Herr Schede den Kranken und constatirte das Vorhandensein eines über faustgrossen Tumors in der l. Inguinalgegend in der Tiefe der Bauchdecken. Bei der Untersuchung mit der Hand per rectum glaubt man nur constatiren zu können, dass der Tumor mit den Bauchdecken und nicht mit dem Darm zusammenhing. Herr Schede diagnosticirte daher ein Fibrosarkom des Bauchfells. Behandlung mit Injectionen von Ueberosmiumsäure war erfolglos. Bei der am 18. Juni 1883 vorgenommenen Exstirpation zeigte es sich, dass es sich hier um ein Carcinom der Flexura sigmoid. am Uebergang ins Colon ascendens handle. Dasselbe war mit den Bauchdecken verwachsen, ein Symptom, welches bei Darmkrebs bisher erst einmal beobachtet worden ist und daher die Diagnose irregeleitet hat. Die Resection des etwa 15 cm langen Stückes der Fl. sigm. gelang gut. Die Darmwunde wurde durch die Czerny'sche von Wölffler modificirte Naht geschlossen: Statt der Knopfnähte wandte Herr Schede aber die fortlaufende Naht an. Der Verlauf war sehr günstig. Pat. wurde bereits am 15. Juli entlassen. Er wog gleich nach der Operation 92 Pfd., jetzt 127 Pfd. Bis jetzt ist kein Recidiv nachzuweisen, obschon eine Reihe Mesenterialdrüsen mit entfernt wurden.

Herr Schede hält es für richtiger, anstatt der Anlegung eines Anus praeternaturalis an die Darmresection sofort die circuläre Darmnaht anzuschliessen. Die Gefahr ist nicht erheblich grösser und die Kranken sind dann wenigstens bis zu dem etwaigen Recidiv wirklich gesund. Die Methode wird entschieden verbessert durch Ersatz der Knopfnähte durch die Kürschnernaht. Madelung ist anderer Ansicht; er meint, die raschere Ausführung der Kürschnernaht sei kein Vortheil und Nachtheil sei, dass, wenn einmal die Serosa einreisse, die ganze Naht gelockert werde. Herr Schede meint, durch Anlegung der Kürschnernaht spare man die Hälfte der zum Nähen nothwendigen Zeit, etwa ³/₄ Stunden, und das sei ein grosser Gewinn bei den doch immer sehr elenden Kranken. Den erwähnten Nachtheil des Ausreissens kann man verhindern, wenn man die Nadel beim dritten Stich einmal durchschlingt. Die Kürschnernaht schliesst ausserordentlich genau, namentlich wenn man eine 2. zur ersten rechtwinklig liegend hinzufügt. Was das Material betrifft, so ist es einerlei, ob man Catgut oder Seide nehme.

Herr Schede hat die von Werth in Kiel zuerst angewandte Etagennaht für Höhlenwunden als fortlaufende versenkte Catgutnaht bei 40 Dammrissen angewendet. Sämmtliche 40 sind geheilt. Neuerdings hat Herr Schede versucht, die Drainage durch diese Naht zu ersetzen und in der That ist ihm dies, den Wundverlauf erheblich abkürzende Verfahren vorzüglich gelungen bei Bubonen, bei Hernien und sogar bei einer hohen Oberschenkelamputation.

Herr Waitz fragt, mit was für Nadeln Herr Schede bei der Darmnaht nähe. Madelung empfehle feinste englische Nähnadeln.

Herr Schede habe mit Hagedorn'schen Nadeln genäht und halte die sehr feinen Damennadeln für unnöthig.

Herr Litzmann wende die Werth'schen Nähte auch bei frischen Dammrissen an und habe seitdem viel bessere Resultate.

Schluss der Sitzung 9¹/₄ Uhr.

XIII. Das Programm des internationalen medicinischen Congresses.

8. Sitzung. Kopenhagen, 10.—16. August 1884.

Soeben geht uns das vollständige Programm des Congresses zu, den Professor P. L. Panum als Präsident und Professor C. Lange als Generalsecretär leiten werden.

Kurze Resumé's der angemeldeten Vorträge und Verhandlungsgegenstände werden sobald wie möglich veröffentlicht und den Mitgliedern des Congresses mitgetheilt werden.

Anmeldungen von Vorträgen, Mittheilungen und dergleichen werden noch vom Generalsecretär, doch nur bis zum 15. Juni angenommen.

Das Receptionscomité macht darauf aufmerksam, dass es zweckmässig sein wird, sich für den Aufenthalt in Kopenhagen im voraus Logis zu sichern. Das Comité ist bereit in dieser Beziehung behülflich zu sein, wenn die Herren Mitglieder vor dem 20. Juli dem Generalsecretär anzeigen wollen, welche Hôtel-Classe und wie viele Zimmer sie wünschen.

A. Vorträge in den allgemeinen Sitzungen.

1. Ueber Metaplasie. Prof. Dr. R. Virchow aus Berlin. 2. Ueber pathogene Mikroorganismen und Vaccinestoffe. Prof. Dr. L. Pasteur aus Paris. 3. Gemeinschaftliche Untersuchungen über Krankheiten. Sir William Gull, Bart. aus London, im Auftrage des „Collective Investigation Committee" der „British Medical Association". 4. Ueber die natürliche Entstehung der Malaria und über die Mittel den Gesundheitszustand der von Malaria heimgesuchten Gegenden zu verbessern. Prof. Dr. Tommasi Crudeli aus Rom. 5. Die neoplastische Diathese. Prof. Verneuil, Paris. 6. Ueber Untersuchung der Kostrationen gesunder und kranker Menschen, besonders in Hospitälern, Verpflegungsanstalten und Gefängnissen verschiedener Länder. Prof. Dr. P. L. Panum aus Kopenhagen.

B. Mittheilungen in den Sectionen.

I. Die Section für Anatomie. Organisations-Comité: Prof. J. H. Chievitz, Präsident. Dr. J. Schou, Secretär. Mitglieder: Dr. Ditlevsen. Prof. Dr. Krabbe. Prof. G. Retzius-Stockholm.

Vorbereitete Mittheilungen: 1. Zellkern und Zelltheilung. Eingeleitet von Prof. Flemming-Kiel. 2.*) Die Histologie des quergestreiften Muskels. Prof. V. v. Ebner-Graz. Im Anschluss hieran: Demonstrationen. Siehe das Programm der physiologischen Section No. 6 (10). 3.*) Ueber die Entstehung der rothen Blutkörperchen. Prof. Bizzozero-Turin. Vergl. physiol. Sect. No. 3a. 4.*) Das Verhalten der Drüsenzellen während ihrer Function. Demonstration. Prof. Ranvier-Paris. Vergl. physiol. Sect. 7 (13). 5.*) Die Anatomie des Gehörlabyrinths. Prof. G. Retzius-Stockholm. Siehe physiol. Sect. 13 (21). 6.*) Die Endigungen der sensitiven Hautnerven. Prof. Merkel-Königsberg. Siehe physiol. Sect. 14 (22). 7. Der Mechanismus der Athmungsbewegungen. Prof. H. v. Meyer-Zürich. 8. Die Rotationsbewegungen des Vorderarms. Prof. J. Heiberg-Christiania; Prof. H. Morris-London. 9. Die Entwickelung der Form und der Abtheilungen des Herzens. Prof. His-Leipzig. 10. Die Entwickelung der Visceralbögen und Visceralspalten. Prof. Cadiat-Paris.

Die mit *) bezeichneten Discussionsgegenstände werden zusammen mit den entsprechenden der physiologischen Section in gemeinschaftlichen Sitzungen dieser beiden Sectionen zur Verhandlung kommen.

(Fortsetzung folgt.)

XIV. Journal-Revue.

Ohrenheilkunde.

2.

Hartmann. Vierzehn während des Berichtsjahres 1883 in der Poliklinik vorgenommene Aufmeisselungen des Warzenfortsatzes. Ztschr. f. Ohrenhlk. XIII. H. 2/3 S. 186.

An den Statistischen Bericht über die im Jahre 1883 in meiner Poliklinik für Gehörleiden und Nasenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle (ibid. S. 183ff.), welcher 1283 Krankheitsformen bei 1188 Patienten umfasst, bei denen 960 auf das Gehörorgan (195 das äussere, 721 das mittlere Ohr und 44 den nervösen Apparat), 305 auf Nase und Nasenrachenraum und 18 sonstige Erkrankungen kamen, und bei denen 127 Operationen am Ohr, 108 an Nase und NRR nöthig wurden, schliesst H. den genauen Bericht über 14 Aufmeisselungen des Warzenfortsatzes, die 4 mal im Anschluss an acute Mittelohrentzündung und in 10 Fällen durch die Complicationen chronischer Otorrhoen nothwendig wurden.

In zweien von den acuten Fällen war die äussere Oberfläche des Warzenfortsatzes zwar gesund, doch hatte sich bei dem einen derselben eine jener von Bezold ausführlich geschilderten Eitersenkungen an der inneren Fläche des Proc. mast. gebildet. Obwohl bei diesem Pat. der tiefliegende Abscess in der Mitte der seitlichen Halsgegend hinter dem Sternocleidomastoideus incidirt und drainirt worden war, kam der Process doch erst zur Heilung, nachdem daran noch die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und Ausräumung der in demselben reichlich vorhandenen Granulationen geknüpft und durch Erweiterung der Knochenlücke an seiner Innenseite schliesslich Communication zwischen der Halsfistel und dem Gehörgange hergestellt worden war. In den beiden anderen Fällen acuter Mittelohrentzündung hatten sich bereits vor der Operation am Warzenfortsatze Abscesse und Fisteln gebildet, die denn auch nach Eröffnung und Ausräumung des Knochens in 4¹/₂ resp. 5 Wochen heilten.

Bei den 10 Fällen von chronischer Otorrhoe handelte es sich 4 mal um Sequesterbildung (2 Kinder, 2 Erwachsene), 4 mal um Caries, 1 mal um cholesteatomatöse Degeneration der in den Hohlräumen des Warzenfortsatzes und der Paukenhöhle angesammelten Eitermassen und 1 mal um Polypen, die nicht nur aus dem Gehörgange, sondern auch aus einer Fistelöffnung hinter dem Ohre hervorwucherten. In 2 von den operirten Fällen trat der Exitus ein; in dem einen bestanden bereits Facialparalyse und meningitische Symptome, als Pat. in unsere Behandlung trat, während bei dem anderen die Operation beinahe in extremis bei bestehender Pyämie und Sinusthrombose vorgenommen wurde; der cariöse Process hatte sich hier im Anschluss an eine Perforation der Mmb. Shrapnellii entwickelt und zu reicher Polypenbildung geführt.

Was die Wahl der Operationsstelle betrifft, so empfiehlt H. den Hautschnitt und die Eröffnung des Knochens in der Anheftungslinie der Auricula oder wenigstens dicht hinter derselben vorzunehmen und den Operationskanal nicht weiter nach aufwärts als in der Höhe der oberen Gehörgangswand zu legen; nur so lässt sich am besten die Eröffnung des Sin. transversus resp. der mittleren Schädelgrube vermeiden. Erstere Eventualität ist freilich selbst bei diesem Vorgehen noch möglich, weil häufig eine stärkere Vorwölbung des Sinus gegen die hintere Gehörgangswand besteht, als meist angenommen wird; da er aber in diesen Fällen auch mehr nach aussen tritt, wird man schon nach wenigen kurzen Schlägen mit dem Meissel — und nur mit diesem,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht aber mit Bohrern oder Trepankronen scheint daher hier zu operiren erlaubt — auf ihn stossen und so bei Zeiten die Gefahr erkennen. H. mahnt ferner daran, bei der Operation Hautwunde und Knochenkanal so weit anzulegen, dass ein freier Einblick in die Wundhöhle auch bei der Nachbehandlung ermöglicht wird, um so auch später die schlaffen Granulationen oder sich abstossende Knochensplitter leicht entfernen zu können, und den Operationskanal durch Bleiröhren stets so lange offen zu halten, bis sich die Wundhöhle durch feste Granulationen ausfüllt, was in dem einen Falle schliesslich nur durch Einführung von Jodoformstiften in die Fistel erreicht wurde.

Die Resultate waren mit Ausnahme der beiden — wie erwähnt — schon in einem völlig aussichtslosen Stadium operirten Fälle durchweg gute, so dass H. mit den Worten schliesst:

„Wenn man einerseits sieht, wie die künstliche Eröffnung des Warzenfortsatzes sowohl bei acuten, als auch bei chronischen Erkrankungen desselben rasch und sicher zur Heilung führt und als vollständig gefahrlose Operation betrachtet werden muss, und andererseits die oft sehr langwierigen, häufig unvollständigen, mit schweren Functionsstörungen verbundenen Heilungen, die bisweilen bei conservativer Behandlung zu erzielen sind, betrachtet, wird man sich für die erstere Behandlungsmethode entscheiden müssen; umsomehr, da bei der conservativen Behandlung für den Patienten während der Dauer derselben die Gefahr der Ausbreitung des Krankheitsprocesses in der Tiefe des Warzenfortsatzes bestehen bleibt. Bei den chronischen Krankheitsprocessen sind wir ausserdem häufig nicht im Stande zu entscheiden, ob Sequesterbildung vorhanden ist oder nicht, die ohne operatives Eingreifen nicht zu beseitigen ist.“ Zucker.

Roosa. Die Wirkung von Geräuschen auf gesunde und kranke Ohren. Ztsch. f. Ohlk. XIII. H. 2/3 S. 102.

Es ist eine schon seit Willis bekannte, wenn auch oft bestrittene, Erscheinung, dass manche hochgradig Schwerhörige bei Einwirkung starker Geräusche z. B. beim Fahren in einem stark rasselnden Wagen, in geräuschvollen Fabriken etc. besser hören als sonst. Während aber die meisten Autoren, und so auch jetzt R., bewogen durch die Ansichten Politzer's, den Grund dieser Erscheinungen in einer veränderten Action der Gehörknöchelchen, jedenfalls aber den Sitz der Schwerhörigkeit im Mittelohr suchen, hatte er früher, namentlich gestützt auf seine Untersuchungen bei Kesselmachern und die bei diesen vorkommende sogen. Kesselmachertaubheit behauptet, dass auch diese Leute, die doch offenbar an einer Labyrinthaffection leiden (in Folge der dauernden übermässigen Reizung des Hörnerven) im Lärm besser hören. Neuere Untersuchungen jedoch ergaben ihm, dass diejenige Erkrankungsform, bei der die Schwerhörigkeit durch Lärm vermindert wird, ihren Sitz im Mittelohr hat, und meist ein chronischer, nicht eitriger Katarrh ist, aber auch bei anderen Mittelohrentzündungen vorkommt, und dass die Kesselarbeiter im Geräusch nicht besser hören; es wurde ihm sogar im Gegentheil oft angegeben, dass nach Feiertagen oder am Montage, d. h. also nach einer Ruhepause, sonst schwerhörige Arbeiter besser hörten.

Auffallenderweise ist in der Arbeit R.'s die Hypothese von Urbantschitsch (über die Wechselwirkungen der innerhalb eines Sinnesgebietes gesetzten Erregung. Pflüg. Arch. Bd. XXXI cf. Refer in No. 21 dies. Jahrg.) dass nämlich die Paracusis Willisii eine vollständig physiologische Erscheinung sei, d. h. eine durch acustische Reize herbeigeführte vorübergehende Steigerung des Hörsinnes, gar nicht erwähnt.

Zucker.

Hautkrankheiten.

3.

Riehl, G. Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus acutus. Wiener Mediz. Wochenschrift 1883. No. 51.

Von der weiland Hebra'schen Klinik ist ein Bericht über einen Fall von Pemphigus acutus doppelt interessant. Er betrifft einen 14 Tage alten Knaben, der einen gutartigen Pemphigus acutus am Hals, Rücken, Gesicht und später an den Armen, einer Hand und den Unterschenkeln darbot. Während 16 Tagen wurde Bildung neuer Blasen beobachtet, die im Verlauf von je einer Woche nach ihrem Platzen durch neugebildete Epidermis ersetzt war. Keine Narben. Die Therapie bestand in reichlicher Bestreuung mit Poudre, Einlegen von mit Amylum bedeckter Watte in die Falten, für die epidermislosen Stellen Aq. Calcis mit Ol. oliv. zu Umschlägen. Dec. Salep gegen gleichzeitige Diarrhoe.

Rasche Besserung und Gewichtszunahme. In den untersuchten Blasendecken ergab die mikroskopische Untersuchung zahlreiche Gonidien-Haufen, zehn bis über hundert beisammenliegend zwischen die Schichten der Epidermis eingeschoben, oft um die Follikelmündungen gelegen, im Aussehen wie bei Trichophyton tonsurans; in geringer Anzahl mehr oder minder gegliederte Mycelfäden, isolirt oder in die Gonidienlager eingeschlossen. Dieser letztere Umstand und die eigenthümliche Anordnung der Gonidien in grossen Lagern, die mehr an Pityriasis versicolor, als an Herpes tonsurans erinnern, bestimmen Riehl diese Pilze als eine eigene Art anzusehen. Demnach wäre dieser Pilz das ursächliche Moment der Krankheit in dem mitgetheilten Falle, obwohl der stricte Beweis dafür durch Uebertragung und Erzeugung ähnlicher Blasenkrankheiten aus begreiflichen Gründen bisher noch nicht erbracht ist, wie Riehl vorsichtig hinzufügt.

Für alle Pemphigusfälle will Riehl aus dieser einen Beobachtung keinen Schluss ziehen und überlässt diese Frage „den geehrten Herren Collegen, die in der angenehmen Lage sind, über ein grösseres Material dieser in Wien so seltenen Dermatonose zu verfügen“.

Zwei Abbildungen der mikroskopischen Präparate unterstützen den Text dieses Aufsatzes. Pauly-Berlin.

XV. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. 77. General-Versammlung des Vereins der Aerzte des Regierungs-Bezirks Düsseldorf.

Etwa 120 Anwesende.

Das Centralorgan wird in zweiter Lesung als Appellinstanz in ehrengerichtlichen Angelegenheiten definitiv acceptirt.

Eingehendes und vortreffliches Referat von Künne-Elberfeld über die Stellung der Aerzte zu den demnächst einzurichtenden neuen Krankenkassen. Die Versammlung beschliesst Discussion und Beschlussfassung bis zur nächsten Versammlung im Herbste zu verschieben, das Referat aber mittlerweile drucken und an alle Aerzte des Regierungs-Bezirks (auch an die Nichtmitglieder) zu versenden.

Busch-Crefeld begründet den Antrag des Crefelder-Localvereines, wonach die Unfall-Versicherungsgesellschaften aufgefordert werden sollen, in ihren Policen die Bestimmungen aufzunehmen, dass die Vertrauensärzte nur nach vorheriger Rücksprache mit dem behandelnden Arzte Aenderungen in der Behandlung eines Kranken vornehmen dürfen.

Angenommen.

Legal-Barmen. Vortrag über die verschiedenen Harnsedimente und deren Bedeutung für die Diagnose bestimmter Krankheiten. Der Vortrag wurde durch Abbildungen und eine Reihe mikroskopischer Präparate illustrirt.

2. Amtliches.

Hessen.

Darmstadt, am 17. Mai 1884.

Betreffend: Den Verkauf von Geheimmitteln, hier der Brandt'schen Schweizerpillen.[1])

An die Grossherzoglichen Kreisgesundheitsämter und delegirten Kreisärzte sowie an die Apotheker des Grossherzogthums.

In Uebereinstimmung mit der von uns vertretenen rechtlichen Auffassung (zu vergleichen unser lithographirtes Ausschreiben vom 26. März 1882 und unser Amtsblatt No. 134 vom 31. Mai 1883) hat das Gr. Oberlandesgericht dahier inzwischen mittelst Entscheidung vom 27. September 1883 in der Strafsache gegen den Karl Wilhelm Ritsert von Reinheim und den Wilhelm Voss, Apotheker in Frankfurt a. M., wegen Uebertretung des § 367, 3 des Deutschen Strafgesetzbuchs und der Art. 341 und 342 des Hessischen Polizeistrafgesetzes nicht nur wiederholt ausgesprochen, dass die Brandt'schen sog. Schweizerpillen als Geheimmittel zu betrachten sind und dass auch die blosse Annahme und Beförderung von Bestellungen auf solche Pillen als strafbare Theilnahme an dem Verkaufen von Geheimmitteln erscheint, sondern auch weiter den Rechtssatz festgestellt, dass auch auf die Versendung solcher Mittel von einem ausserhalb des Grossherzogthums gelegenen Orte her, und selbst durch einen auswärtigen Apotheker, an einen in Hessen wohnhaften Besteller die einschlägigen Hessischen Strafgesetze anwendbar sind, also nicht etwaige am Wohnorte des Versenders geltende abweichende Bestimmungen, nach welchen dem letzteren der Verkauf solcher Geheimmittel erlaubt ist.

Lithographirte Abdrücke jener oberstrichterlichen Entscheidung lassen wir den Kreisgesundheitsämtern, delegirten Kreisärzten und pharmaceutischen Provinzialvereinen hierbei zugehen.

Weber. Fuhr.

Darmstadt, am 17. Mai 1884.

Betreffend: Die Ueberlassung von homöopathischen Arzneien.

An die Grossherzoglichen Kreisgesundheitsämter und delegirten Kreisärzte sowie an die Apotheker des Grossherzogthums.

In der Anlage theilen wir den Gr. Kreisgesundheitsämtern und delegirten Kreisärzten sowie den pharmaceutischen Provinzialvereinen den lithographirten Abdruck einer am 27. September 1883 ergangenen Entscheidung des Gr. Oberlandesgerichts zur Kenntnissnahme mit, nach welcher — wie dies schon in einem Urtheil desselben Gerichts vom 31. März 1881 in der Strafsache gegen M. Backes in Wörrstadt ausgesprochen worden war — auch homöopathische Zubereitungen zu Heilzwecken in einer der von der Kaiserlichen Verordnung vom 4. Januar 1875 bezeichneten Formen, und zwar ohne Rücksicht auf einen medicamentösen Inhalt, den Verkehrsbeschränkungen jener Verordnung unterliegen, so dass also deren Feilhalten oder Verkaufen ausserhalb der Apotheken, wie auch das unentgeltliche Ueberlassen derselben — ausser durch die zum Selbstdispensiren homöopathischer Mittel ermächtigten Personen, insbesondere approbirte Aerzte — eine nach § 367, 3 des Reichsstrafgesetzes strafbare Uebertretung darstellt.

Weber. Fuhr.

[1]) Wir werden sowohl auf dies Erkenntniss wie auf das zweite betreffend homöopathische Arzneien noch zurückkommen. D. Red.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XVI. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Berlin. Das Prädicat als Professoren erhielten die Privatdocenten Geh. San.-Rath Dr. Tobold und Dr. Zuelzer. Habilitirt haben sich Dr. B. Baginsky für Ohrenheilkunde und Dr. H. Virchow für Anatomie. — Breslau. Am 18. Mai starb Geh.-Rath Professor Heinrich Robert Göppert. Geboren am 25. Juli 1800 zu Sprottau in Niederschlesien, war er einer der berühmtesten Botaniker und Paläontologen, der durch eine lange Reihe gelehrter Schriften, Abhandlungen und Forschungen zu der Entwicklung dieser Wissenschaften in unserem Jahrhundert in hervorragender Weise beigetragen hat. Seit 1827 wirkte er nach einander als Privatdocent und Professor an der Breslauer Universität. Als Director des dortigen Botanischen Gartens hat er diesen zu einem Musterinstitut erhoben und seine ausgezeichnete und von keinem anderen übertroffene Sammlung der fossilen Flora ist seit 1874 einer der Schätze der Breslauer Universitätsmuseen. — Bonn. Zu den zahlreichen Büsten hervorragender Gelehrten, mit welchen die Räume der Universitäts-Bibliothek geschmückt sind, ist in diesen Tagen eine neue, die des berühmten Physiologen Theodor Schwann, hinzugekommen. Ein Bruder desselben, der Buchdruckerei-Besitzer Schwann in Düsseldorf, hat sie in seinem und der übrigen Familienmitglieder Namen unserer Universität zum Geschenk gemacht. Theodor Schwann, ein geborener Rheinländer, gehört bekanntlich der letztern als Schüler an und war zugleich einer der namhaftesten Ehrendoctoren derselben. — Wien. Die Berathungen über die Reactivirung der militärärztlichen Academie sind noch nicht abgeschlossen und müssen daher vorläufig der Publication entzogen bleiben. Soviel kann jedoch der W. Med. W. zufolge als feststehend bezeichnet werden, dass in den zwei ersten Sitzungen der Enquête-Commission die Wiederherstellung der Academie nach einer gründlichen Berathung, an welcher sich die meisten Mitglieder eingehend betheiligten, mit allen gegen eine Stimme, als dringende Nothwendigkeit im Interesse der Armee, beschlossen wurde. Nachdem diese erste, wichtigste und entscheidende Frage festgestellt war, wurde ein engeres Comité, bestehend aus den Professoren Billroth, Braun und Langer und den Militärärzten Hoor und Podrazky, delegirt, um ein Programm, beruhend auf den im Plenum ausgesprochenen Grundzügen, zu entwerfen, welches die innere Organisation und den Lehrplan des neuen Institutes umfassen soll und welches dann dem Plenum zur Begutachtung und Genehmigung vorgelegt werden wird.

— Berlin, im Mai 1884. Nach Maassgabe des § 3 der Statuten, sowie mit Rücksicht auf die für den Monat September d. J. bereits festgesetzten Versammlungen des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, der Naturforscherversammlung und des Aerztevereinsbundes hat der unterzeichnete Verband beschlossen:

Die zweite Hauptversammlung des preussischen Medicinalbeamtenvereins vom 25. bis 27. September d. J. in Berlin abzuhalten und diesmal ausdrücklich einen dritten Versammlungstag für die gemeinschaftlichen Besichtigungen interessanter hygienischer Objecte, insonderheit für die im vorigen Jahre allgemein gewünschte Besichtigung der Canalisation und der Rieselfelder in Aussicht genommen, um die zu den Verhandlungen erforderliche Zeit nicht allzu sehr einzuschränken.

Wenn auch für die diesjährige Tagesordnung bereits folgende Vorträge: „Die Bestimmung der psychischen Freiheit“ (Herr Kreisphysikus und Sanitätsrath Professor Dr. Horstmann — Marburg), „Die Beurtheilung der Aufschiebung oder Unterbrechung von Freiheitsstrafen“ (Herr Bezirksphysikus Sanitätsrath Dr. Baer — Berlin), „Das Institut der geprüften Heildiener vom sanitäts-polizeilichen Standpunkte aus“ (Herr Kreisphysicus Dr. Fielitz — Querfurt) definitiv angemeldet, desgleichen Demonstrationen hygienisch wichtiger Gegenstände und Besprechungen resp. Discussionen über die Thätigkeit der Medicinalbeamten bei der Controlirung der Irrenanstalten, über die gerichtlichen Obductionen mit Rücksicht auf § 3, Absatz 4 des Gesetzes vom 9. März 1872, sowie über die mikroskopische Untersuchung des Schweinefleisches und Anstellung resp. Controle der Fleischbeschauer in Aussicht gestellt sind und darnach die Verhandlungen schon jetzt einen interessanten Verlauf versprechen, so hofft der Vorstand doch mit Bestimmtheit auf weitere Anmeldungen von Vorträgen und Discussionsgegenständen seitens der Vereinsmitglieder und bittet jene und ebenso etwaige Wünsche über vorzunehmende Besichtigungen an den Schriftführer Kreisphysikus Dr. Rapmund zu Nienburg a. W. gefälligst bis Ende Juni gelangen zu lassen, damit noch im Laufe des Monats Juli Programm und Tagesordnung für die diesjährige Hauptversammlung definitiv festgestellt und den Vereinsmitgliedern rechtzeitig mitgetheilt werden kann.

Der Vorstand des preussischen Medicinalbeamten-Vereins
Dr. Kanzow, Vorsitzender, Geheimer Medicinalrath, Potsdam. Dr. Rapmund, Schriftführer, Kreisphysikus Nienburg a. d. W. Dr. Falk, Kreisphysikus, Berlin. Dr. Schulz, Bezirksphysikus, Berlin. Dr. Wolffhügel Regierungsrath, Berlin.

— Der Herbstcyclus der Feriencurse für practische Aerzte wird am 24. September d. J. beginnen und bis gegen Ende October dauern. Ein genauer Lectionscatalog wird demnächst in dieser Wochenschrift zur Veröffentlichung gelangen. D. z. Vorsitzende d. D. V. f. F. C. Prof. Hirschberg.

— Am letzten Sonntag (25. d. M.) fand im Hotel Union in Berlin unter dem Vorsitz von Hr. Geh.-Rath Zinn-Eberswalde eine Vorbesprechung statt bezüglich der Gründung eines Aerztevereins des Regierungsbezirkes Potsdam. Es wurde die Nothwendigkeit eines solchen Vereines allgemein anerkannt und wurden die Statuten, welche der für Anfang September in Aussicht genommenen constituirenden Versammlung vorgelegt werden sollen, eingehend berathen. Zu dieser Versammlung werden den Aerzten des Regierungsbezirkes besondere Einladungen zugehen.

Aehnlich wie im Regierungsbezirke Potsdam sind auch sonst in Preussen Vereine im Entstehen begriffen, so dass zu hoffen ist, dass endlich auch in Preussen wie im übrigen Deutschland eine feste Organisation des Standes bestehen wird.

— Einladung. Die IX. Wander-Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irren-Aerzte wird am 14. und 15. Juni in Baden-Baden (Blumensaal des Conversationshauses) abgehalten werden.

Die erste Sitzung beginnt am 14. Juni, Nachmittags 2 Uhr, die zweite am 15. Juni, Vormittags 9 Uhr.

Auf die erste Sitzung am 14. Juni folgt ein gemeinsames Essen im Conversationshause.

Die unterzeichneten Geschäftsführer laden hiermit zum Besuche der Versammlung ergebenst ein.

Um rechtzeitig die Zahl der Theilnehmer an dem gemeinsamen Essen wenigstens ungefähr feststellen zu können, bitten wir diejenigen Herren Collegen, welche zu kommen beabsichtigen, um gefällige briefliche Mittheilung an einen der Unterzeichneten.

Bis jetzt sind folgende Vorträge angemeldet: 1. Prof. Dr. Lichtheim (Bern): Ueber Degeneration des Herzmuskels bei Erkrankung des Nervus vagus. 2. Geh. Hofrath Dr. Schüle (Illenau): Ein Fall von nervöser Dyspepsie. 3. Prof. Dr. Jolly (Strassburg): Ueber Pseudobulbärparalyse. 4. Prof. Dr. Manz (Freiburg): Ueber angeborne Anomalien des Auges in Beziehung auf psychische Abnormitäten. 5. Prof. Dr. Hitzig (Halle a. S.): Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker. 6. Prof. Dr. Fürstner (Heidelberg): Ueber Gliose der Hirnrinde. 7. Prof. Dr. Binswanger (Jena): Beiträge zur patholog. Histologie der Dementia paralytica. 8. Privatdocent Dr. Rumpf (Bonn): Thema vorbehalten. 9. Prof. Dr. Moos (Heidelberg): Bemerkenswerthes Verhalten der Gehörfunction in einem Falle von Kleinhirntumor. 10. Privatdocent Dr. Möbius (Leipzig): Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. 11. Prof. Dr. Wiedersheim (Freiburg): Besitzen die Fische einen Hirnmantel (Pallium) im Sinne der übrigen Wirbelthiere und des Menschen? 12. Dr. Tuczek (Marburg): Mittheilung von Stoffwechseluntersuchungen bei abstinirenden Geisteskranken. 13. Privatdocent Dr. Mommsen (Heidelberg): Experimentelles über Sehnenreflexe. 14. Prof. Dr. Schultze (Heidelberg): Kleinere Mittheilungen: a) über traumatische Myelitis; b) über Deformitäten der Medulla spinalis. 15. Dr. Rich. Schulz (Braunschweig): Neoplasma der Medulla spinalis mit Demonstration. 16. Dr. Hünerfauth (Bad Homburg): Ueber zwei Fälle von Halssympathicusaffection. 17. Privatdocent Dr. Kast (Freiburg): Zur Pathologie der nervösen Gastrointestinalcrisen. 18. Prof. Dr. Thomas (Freiburg): Ueber einen geheilten Fall von acut. Polyneuritis. 19. Privatdocent Dr. Engesser (Freiburg): Ueber hysterische Ischurie. 20. Privatdocent Dr. Kraepelin (München): Ueber Erinnerungstäuschungen. 21. Privatdocent Dr. Witkowski (Strassburg): Ueber epileptische Anfälle. 22. Prof. Dr. Erb (Heidelberg): Ueber einen Fall von Blutung in das Corpus callosum. 23. Prof. Dr. Wille (Basel): Ueber das Verhältniss der Tabes zum Alcoholismus.

Um gefällige weitere Verbreitung dieser Einladung und um Anmeldung weiterer Vorträge wird gebeten.

Eine Zeitdauer für die einzelnen Vorträge ist in den Statuten nicht festgesetzt. Doch erscheint es auf Grund der seitherigen Erfahrungen und mit Rücksicht auf den Zweck unserer Versammlung gerechtfertigt, an die Herren Vortragenden die Bitte zu richten, soweit thunlich, die Dauer des Vortrags über ein Thema auf höchstens 20 bis 25 Minuten bemessen zu wollen.

Die Geschäftsführer:
Prof. Dr. Erb, Heidelberg. Dr. Franz Fischer, Pforzheim.
Mai 1884.

— Dr. Hermann von Voigt, früher Assistent an der Provinzial-Irrenanstalt in Gerresheim ist vom 1. Juni an als zweiter Assistent in das Asyl St. Gilgenberg eingetreten.

XVII. Personalien.

1. Preussen.
(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem practischen Arzt Dr. med. Friedrich Vogel zu Freiburg im Stader Marschkreise den Charakter als Sanitätsrath sowie dem Oberstabsarzt I. Kl. und Regimentsarzt des Herzogl. Braunschweigischen Infanterie-Rgts. No. 92 Dr. Scholz in Metz den Kgl. Kronen-Orden III. Kl. zu verleihen.

Ernennungen: Der seitherige commissarische Verwalter der Kreiswundarztstelle des Kreises Naugard, practische Arzt Dr. med. Otto Voigt zu Gollnow, sowie der seitherige commissarische Verwalter der Kreiswundarztstelle des Saalkreises, practische Arzt Dr. med. August Strube zu Halle a/S. sind definitiv zu Kreiswundärzten der gedachten Kreise ernannt und der Kreisphysikus Dr. Braun in Bolkenhain ist in gleicher Eigenschaft aus dem Kreise Bolkenhain in den Kreis Braunsberg versetzt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Koehler in Soltau, Bose in Runkel und Dr. Camp in Aldekerk.

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. Gustav Meyer von Schnackenburg nach Berlin, Klingenheber von Barmen nach Witzhelden, Dr. Hoeltzke von Düsseldorf nach Erlangen, Dr. Friedrich Wolff von Kronenberg nach Köln, Dr. Hesseling von Nienkerk nach Millingen.

Verstorben: Der Oberstabsarzt a. D. Dr. Kopp in Wiesbaden und Dr. Lustig in Berlin.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Voigt hat die Randebrock'sche Apotheke in Aldekerk und der Apotheker Lorenz die Käwel'sche Apotheke in Duisburg gekauft.

Vacante Stellen: Kreiswundarztstelle des Kreises Namslau.

Berichtigung.

In No. 19 der D. M. W. habe ich es getadelt und ein auf Täuschung berechnetes Verfahren genannt, wenn die Administration der Salzbrunner Kronenquelle einen Diätzettel ausgiebt, aus welchem man folgern müsse, dass Cantani seinen Patienten diese Quelle mit Vorliebe zu verordnen pflege, während doch in seinen Schriften gerade von dieser Quelle nirgends die Rede sei. Nach einer brieflichen Mittheilung des Prof. Cantani an mich hat derselbe nun allerdings neben den italienischen Mineralwässern und neben Elster, Karlsbad, Baden-Baden, der Salvatorquelle etc. bisweilen auch von der Salzbrunner Kronenquelle Gebrauch gemacht, und zwar theils, weil nach seiner Ansicht das reichliche Wassertrinken Gichtkranken gut thut, auch wenn es gewöhnliches Brunnenwasser ist, theils weil die Kronenquelle leicht in Neapel zu haben gewesen sei. H. Reimer.

Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag № 24. 12. Juni 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Tuberculose des Larynx bei einem fünfjährigen Kinde (Tuberkel-Bacillen)

von

Prof. Dr. Voltolini in Breslau.

Wie man auch über die Infection durch Tuberkel-Bacillen denken möge, darüber ist wohl die ganze wissenschaftliche medicinische Welt einig, dass die von Koch entdeckten Bacillen von hoher diagnostischer Bedeutung sind. Dies beweisst auch wieder der hier mitzutheilende Fall.

Die Tuberculose des Larynx ist bei Kindern ein sehr seltenes Leiden und ich erinnere mich nicht, dasselbe jemals bei einem lebenden Kinde beobachtet zu haben. Schönlein (spec. Pathol. u. Therapie. Band III, S. 97) sagt: „die Krankheit kommt nicht leicht in früheren Lebensperioden vor; die Krankheitsanlage beginnt mit der Pubertät, ihr Maximum fällt in die Blüthenjahre". Canstatt (Handbuch der medic. Klinik. Band III, S. 529): „Die Phthisis laryngea und trachealis kommt selten vor der Pubertät vor". Friedreich (Handbuch der spec. Pathol. und Therapie, herausgeg. von Virchow. Band V. Abth. II. S. 461: „Die chronische Laryngitis und Laryngophthisis ist vorwiegend eine Krankheit der Erwachsenen". Bednar (Lehrbuch der Kinderkrankheiten. S. 274): „Sehr selten sind Tuberkeln oder Geschwüre im Larynx zu finden". Rilliet und Barthez (Handbuch der Kinderkrankheiten. Band III. S. 232): „Sehr selten lagern sich die Tuberkeln unter der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre ab".

Mein Fall ist folgender:

In die Klinik des Geh.-Rath Prof. Biermer wurde die fünfjährige Garbsch gebracht. Das Athmen des Kindes war beengt und hörte man bei demselben einen Stridor im Larynx; der Blick angstvoll. Die Untersuchung der Lungen ergab nicht solche Veränderung, welche die Athemnoth erklären konnte: Katarrh auf beiden Seiten; die Stimme ganz heiser. Das Leiden musste im Larynx seinen Sitz haben, weshalb mir das Kind zur laryngoskopischen Untersuchung überwiesen wurde. Ich führte dieselbe unter Assistenz von Dr. Beyer aus und es gelang mir wenigstens die Epiglottis, als enorm geschwollen, zu sehen; das Larynxinnere konnte ich bei dieser nur einmaligen Untersuchung nicht erblicken, und die Mutter des Kindes nahm dasselbe aus der Klinik nach Hause. Der flüchtige Blick und die Erkennung des enorm geschwollenen Kehldeckels genügte mir, um sofort hohen Verdacht zu schöpfen, dass wir es mit Tuberculose des Larynx zu thun haben. Ich nahm einen kleinen gut ausgekochten Schwamm von der Grösse einer kleinen Haselnuss, befestigte ihn an eine gekrümmte Kehlkopfzange und ging mit demselben hinter den Kehldeckel, so gut es sich machen liess nach dem Larynx; eine eintretende Würgebewegung förderte noch mehr Secret aus dem Larynx, so dass ich genügend von demselben auf dem Schwamm hatte, um die Untersuchung auf Bacillen anstellen zu können. Diese ergab mit Fuchsinfärbung etc. ganze Nester von Tuberkelbacillen; die Diagnose war somit gesichert und diese wurde auch leider bestätigt durch den nach einigen Wochen (Ende Mai) an Marasmus eintretenden Tod des Kindes; die Section wurde durchaus nicht gestattet.

Kinder werfen bekanntlich kein Sputum aus, sondern schlucken dasselbe hinunter, es würde sonach die Untersuchung auf Bacillen bei diesem wie anderen Kindern auf Schwierigkeiten, wo nicht auf die Unmöglichkeit gestossen sein, wenn man sich nicht der von mir schon anderweitig beschriebenen Methode mit Herausnahme des Secrets aus dem Larynx durch einen Schwamm bedienen würde (cf. Monatsschr. für die Krankheiten der Ohren, des Kehlkopfs etc. No. 3 u. 4, 1884 und Wiener allgemeine medic. Zeitung No. 13 u. 14, 1884). B. Fränkel in Berlin hatte zu diesem Zwecke zuerst den Larynxpinsel empfohlen; ich halte aber den Schwamm für zweckmässiger, weil das Secret an ihm besser haftet, die Haare des Pinsels beim Einführen in den Larynx sich auch verbiegen. Es ist mir unbekannt, ob man beim lebenden Kinde schon Tuberkelbacillen im Larynx nachgewiesen hat und ob man sonach beim lebenden Kinde überhaupt schon Tuberculose des Larynx mit Sicherheit diagnosticirt hat.

Ueber den Beginn des Leidens erzählt die Mutter des Kindes Folgendes: das Kind war, so wie seine Geschwister und Eltern immer gesund, war immer fröhlich, munter und sprang mit anderen Kindern herum wie ein gesundes. Vor Weihnachten aber wurde es stiller, verlor die Fröhlichkeit, wollte viel liegen und schlafen; es entwickelten sich zu beiden Seiten des Halses Drüsenanschwellungen, als erstes sichtbares Zeichen der Krankheit, es kam ab und zu Husten und die Stimme fing allmählich an heiser zu werden, bis sie zuletzt sich ganz verlor. Nach vergeblichen Kurversuchen wurde, wie oben angeführt, das Kind in die Klinik gebracht.

Wir sehen auch hier wieder den sichtbaren Beginn der Tuberculose mit Anschwellungen der Drüsen auftreten, wie das auch bei Erwachsenen zuweilen der Fall ist; nicht blos die Halsdrüsen, sondern auch die Achseldrüsen sieht man anschwellen zu einer Zeit, wo man noch keine Ahnung von dem tieferen Leiden hat. Die Halsdrüsen sieht man dann Rosenkranzartig den Hals abwärts nach der Brusthöhle und in dieselbe hinein anschwellend sich entwickeln.

II. Antipyrin, das neueste Antipyreticum.

Vortrag, gehalten im allgemeinen ärztlichen Verein in Köln am 26. Mai 1884

von

Dr. Ferdinand May,
Assistent am Bürgerhospitale zu Köln.

Im chemischen Laboratorium zu Erlangen wurde von Dr. Ludwig Knorr ein neues Antipyreticum dargestellt, welches er nach der von Filehne vorgenommenen Prüfung Antipyrin nannte. Dasselbe ist ein in Wasser leicht lösliches Pulver von weisser Farbe, nur geringem bitteren Geschmacke und etwas aromatischem Geruche; es wird synthetisch dargestellt aus Anilin und Essigäther und ist ein im Pyridinkern oxydirtes Chinolinderivat. Herr Knorr hat es patentirt, die Fabrik der Herren Meister, Lucius und Brünnig die technische Ausbeutung übernommen.

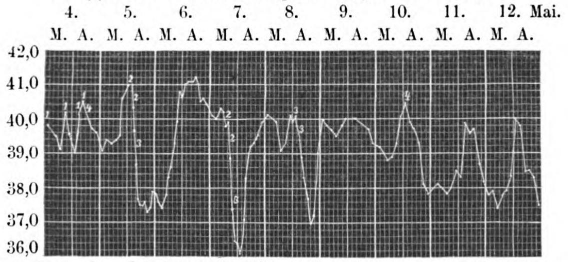
Durch die Güte meines Chefs Herrn Professor Dr. Leichtenstern war mir Gelegenheit geboten am hiesigen Hospitale eine grössere Versuchsreihe mit dem Antipyrin anzustellen, das mir die Höchster Fabrik, noch bevor es im Handel erschien, mit erwähnenswerther Liberalität zur Verfügung stellte.

Die meisten von Ihnen, meine Herren, werden dem neuen Mittel ein gewisses Misstrauen entgegenbringen und das mit vollem Recht; denn gar manches Antipyreticum wurde in den letzten Jahren empfohlen ohne die an dasselbe geknüpften Erwartungen zu erfüllen. Ich bitte Sie jedoch einer objectiven Skizzirung der Versuche zu folgen und die aus denselben gewonnenen Resultate einer Betrachtung zu würdigen.

Versuch I. Fleer Friedrich, 19 Jahre alt, Schuhmacher, zugereist aus Düsseldorf. Diagnose: Typhus abdominalis. Ende der 2. Woche normaler Verlauf.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Antipyrinversuch No. I. Diagnose: Typhus abdominalis.



1 = Bad. 2 = 2,0 Antipyrin. 3 = 1,0 Antipyrin. 4 = 2,0 Chinin.

Zweimaliger Antipyrinversuch.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
	Morg.				
4. Mai	2 h.	39,8		Bad [1])	Achselmessungen.
	6	39,5			
	8	39,1	128		
	10	40,2		Bad	
	12	39,5			
	2	39,0			
	4	40,1		Bad	
	6	40,5		Bad	
	8	40,0		2,0 Chinin	
	10	39,7			
	12	39,6			
5. Mai	2	39,1			
	4	39,4			
	6	39,3			
	8	39,4			
	10	39,5			
	11	40,6	—	—	Von nun ab Mastdarmmessungen.
	12	40,7			
	1	40,9			
	2	41,0			
	3	41,0	132	2,0 Antipyrin	
	4	40,3	128	2,0 „	
	5	38,7	120	1,0 „	starker Schweiss.
	6	37,65	104		kein Schweiss mehr.
	7	37,5	100		Erbrechen auf Genuss von Cognac
	8	37,5	100		mit Ei.
	9	37,6	92		Pat. schläft fest. Kein Schweiss.
	10	37,3	96		
	11	37,4			
	12	37,9			
6. Mai	1	37,9			
	2	37,8			
	3	37,6			
	4	37,4			
	6	37,8			
	7	38,3			
	8	38,6	120		
	9	38,9	108		
	10	39,3			
	11	39,9	120		leichtes Frösteteln von etwa 1
	12	40,8			Stunde Dauer.
	1	40,6			
	2	41,0			
	3	41,0			
	4	41,1			
	5	41,1	144		
	6	41,1			Absichtlich keine Medication.
	7	41,2			
	8	41,0			
	9	40,5			
	10	40,6			
	12	40,4			
7. Mai	2	40,1			
	4	40,0			
	6	40,3			
	7	40,2			
	8	39,8			Sensorium etwas benommen.
	9	39,9	132	2,0 Antipyrin	
	10	38,9	120	2,0 „	
	11	37,4	104	1,0 „	starker Schweiss.
	12	36,5	104		
	1	36,4	96		
	2	36,1	96		
	3	36,4	96		Sensor. freier als vor d. Antipyringabe,
	4	37,05	104		kein Schwindel, kein Ohrensausen.
	5	38,3	120		leichtes Frösteln.
	6	39,0	120		
	7	39,2	120		
7. Mai	8	39,3	116		
	9	39,4			
	10	39,5			
	12	39,9			
8. Mai	2	40,1			
	4	40,0			
	6	39,9			
	8	39,1	116		
	10	39,3			
	11	39,7			
	12	40,1			
	1	39,9			
	2	40,1		1,0 Antipyrin	
	3	39,8			
	4	39,4		1,0 Antipyrin	
	5	38,9	108		Keinerlei Nebenerscheinungen.
	6	38,3			
	7	38,0			
	8	37,7			
	9	37,0			
	10	37,2			
	12	39,0			
9. Mai	2	40,0			
	4	39,8			
	6	39,7			
	8	39,5	112		
	10	39,8			
	12	40,0			
	2	40,0			
	4	40,0			
	8	39,8			
	10	39,7			
	12	39,3			
10. Mai	2	39,2			
	4	39,0			
	6	38,8	116		
	8	38,9			
	10	39,3			
	12	40,1			
	2	40,5	124	2,0 Chinin	
	4	39,9	120		
	6	39,7			
	8	39,3			
	10	38,1			
	12	37,8			
11. Mai	2	38,0			
	4	38,1			
	6	38,0			
	8	37,8			
	10	38,0			
	12	38,5			
	2	38,3			
	4	39,9			
	6	39,6			
	8	39,7			
	10	38,7			
	12	38,2			
12. Mai	2	37,8			
	4	37,9			
	6	37,4			
	8	37,8			
	10	37,9			
	12	38,3			
	2	40,0			
	4	39,8	140		
	6	38,5			
	8	38,5			
	10	38,3			
	12	37,5			

[1]) Bad = kaltes Bad von 18—20 Grad R.

Am 5. Mai erste Antipyrinanwendung nach Filehne's [1]) Vorschlag (2+2+1 grm. mit je einer Stunde Intervall). Schon nach der 1. Gabe von 2 grm. bei 41,0 um 3 Uhr Nachmittag, sank die Temperatur um 4 Uhr auf 40,3; auf weitere Darreichung von 2 grm. um diese Zeit finden wir um 5 Uhr 38,7; nach einem 5. grm. um 5 Uhr 37,65 um 6 Uhr.

Die Temperatur ist sonach schon innerhalb 3 Stunden um 3,3° C. gefallen und bleibt nun mit geringen Schwankungen bis Morgens 7 Uhr unter 38,0. Bei der Temperaturerniedrigung wurde ausser einstündigem starkem Schweiss von $^1/_2$5—$^1/_2$6 Uhr keinerlei besondere Nebenerscheinung beobachtet; das Sensorium des Pat. war schon vor Darreichung des Antipyrins sehr benommen und zeigte keine Veränderung; sobald die Temperatur zur normalen Höhe gesunken war, stellte sich fester Schlaf ein, aus dem Pat. durch die weiter vorgenommenen stündlichen Rectummessungen nicht erweckt wurde. Das um 7 Uhr,

[1]) Zeitschrift für klin. Med. Bd. VII. 46.

Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

also 2 Stunden nach dem letzten Antipyringenuss, aufgezeichnete Erbrechen erfolgte sofort auf die Einnahme von Cognac mit Ei, was bei Pat. schon häufig vorgekommen und in diesem Falle gewiss nicht als Folge der Einnahme des Antipyrins zu betrachten ist. Erst am darauffolgenden Vormittag gegen 11 Uhr, als die Temperatur wieder über 39,0 stieg, stellte sich leichter Frost ein.

Wir hatten also durch die Darreichung von 5,0 Antipyrin in 3 Dosen, während 12 Stunden eine Temperatur unter 38,0, während 16 Stunden unter 39,0 erzielt ohne irgend besondere unangenehme Nebenerscheinungen hervorzurufen mit einem Minimum von 37.3, 7 Stunden nach Genuss der ersten Antipyringabe. Erst nach 18 Stunden erreichte die Temperatur wieder die Höhe von 40,0.

Auch die Frequenz des Pulses war mit der Temperatur gesunken, nach der ersten Stunde von 132 p. M. auf 128, dann 120, 104, 92. Dem Temperaturminimum entspricht jedoch bereits wieder ein Ansteigen der Pulsfrequenz; die weitere Beobachtung des Pulses wurde durch die Nachtstunden verhindert.

Da der 1. Versuch bei dem Pat. ein so erfolgreicher gewesen und die Continua fortbesteht, wird am 7. Mai abermals Antipyrin in gleicher (Filehne'scher) Dosirung verabreicht.

Erste Gabe von 2 grm. Vormittag 9 Uhr bei einer Temperatur von 39,9; nach 1 Stunde bereits 38,9, weitere 2 grm. Um 11 Uhr 37,4; es wird die 3. Gabe von 1 grm. verabreicht; um 12 Uhr 36,5.

Die Temperatur sank hiernach in der ersten Stunde auf 2 grm. um gerade 1°, in der 2. nach weiteren 2 grm. um 1,5°, in der 3. nach abermals einem grm. um 0,9°, im Ganzen also innerhalb 3 Stunden um 3,4°. Nach weiteren 2 Stunden war das Minimum erreicht von 36,1. Auch in diesem Versuche ist ausser einem ungefähr $1^1/_2$ stündigen sehr reichlichen Schweisse keine unangenehme Nebenerscheinung verzeichnet; gegen Ende des starken Abfalls der Temperatur ist die schon vorher vorhandene Apathie noch gesteigert worden, doch fehlten jegliche Symptome eines Collapses. Die Frequenz des Pulses war gradatim mit herabgesunken von 132 auf 96 und war derselbe gut mittelvoll, regelmässig rhythmisch. Nachmittag 3 Uhr, als die Temperatur wieder zu steigen anfing von 36,1 auf 36,4, war das Sensorium entschieden freier, Pat. versicherte ausdrücklich auf Befragen weder das Gefühl von Schwindel, noch Ohrensausen, Brechreiz od. dgl. zu verspüren. Das Ansteigen der Temperatur war dieses Mal weit steiler als beim vorigen Versuch; nur 6 Stunden sind unter 38,0, 8 unter 39,0. Beim Ansteigen der Temperatur wurde zwischen 5 und 6 Uhr Nachmittag, also zwischen 38 und 39, wieder leichter Frost beobachtet.

Am 8. Mai dauert die Continua noch fort; wir suchen nun die Temperatur durch eine möglichst kleine Dose Antipyrin herabzusetzen. Bei 41,0 Nachmittag 2 Uhr wird 1,0 Antipyrin verabreicht; nach 1 Stunde war die Temperatur auf 39,8, nach 2 Stunden um 4 Uhr auf 39,4 gesunken; es wird um diese Stunde 1 zweites grm. Antipyrin gegeben und sinkt die Temperatur bis auf 37,0 um 9 Uhr Abends. 2 grm. Antipyrin vermochten also in diesem Falle eine Temperaturherabsetzung von 3,1° in 7 Stunden hervorzurufen. Das Ansteigen der Temperatur erfolgte sehr rasch aber ohne Frost. Sie war im Ganzen 3 Stunden unter 38,0, 7 Stunden unter 39,0. Auch in diesem Falle fehlten jegliche Nebenerscheinungen, nicht einmal Schweiss noch Frost wurden beobachtet.

Interressant des Vergleiches wegen erscheint die am Tage (4. Mai) vor dem 1. Antipyrinversuch gegebene Dose von 2 grm. Chinin; es vermochte dieselbe die Temperatur von 40,0 um 8 Uhr Abends nur bis 39,1 um Mitternacht herabzusetzen; die Antipyrinwirkung am nächsten Tag war eine ganz ungemein bedeutendere. Die Wirkung der Chiningabe am 10. Mai darf wohl zum Vergleiche nicht mehr beigezogen werden, da am folgenden Tag eine spontane Morgenremission von fast gleicher Dauer eintrat.

Versuch II. Becker Carl, 6 Jahre alt, aus Köln. Diagnose: Typhus abdominalis. Tod (Anfang der 3. Woche durch Peritonitis) am 14. Mai. Bei der Section keine Perforation nachweisbar; nur oberflächliche Darmgeschwüre im Stadium der Reinigung und Vernarbung vorhanden.

Zweimalige Antipyrinanwendung Ende der 2. Woche; genaue Angabe der Erkrankung konnte bei dem äusserst vernachlässigten Knaben nicht eruirt werden.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
	Mittag				
5. Mai	12	39,5			Mastdarmmessungen.
	2	39,7			
	4	39,0			
	6	39,6			
	8	40,3			
	10	39,6			
	12	39,4			
6. Mai	2	40,0			
	4	39,3			
	6	39,5			
	8	39,6			
	10	39,4			
	12	40,0			
	2	40,3			
	4	40,5	124	1,0 Antipyrin	$^2/_3$ des Antipyrins werden kaum geschluckt, das Uebrige von dem sehr ungezogenen Jungen ausgespuckt.
	5	40,0	120	1,0 „	gut geschluckt.
	6	39,0	116	1,0 „	
	7	38,3	116		Keinerlei besondere Erscheinungen; kein Schweiss.
	8	38,2	112		
	9	38,4			
	10	38,9			
	11	39,4			
	12	39,0			
7. Mai	1	38,5			
	2	37,8			
	3	37,6			
	4	37,5			
	5	38,1			
	6	37,8			
	7	38,5			
	8	38,8			
	9	38,1	100		
	10	38,0	100		
	11	38,15	112		Kein Frost.
	12	38,6	116		
	1	39,35	120		
	2	39,5	124		
	3	39,85	124		
	4	39,8	116		
	5	40,1	120		
	6	40,0			
	7	39,5			
	8	39,7			
	10	40,5			
	12	40,2			
8. Mai	2	39,5			
	4	39,9			
	6	39,5	112		
	8	38,7			
	10	39,3			
	12	40,0			
	2	40,5		1,0 Antipyrin	
	3	39,4			
	4	38,2		1,0 Antipyrin	
	6	37,9	96		
	7	37,8			
	8	37,6			
	10	37,8			Kein Frost.
	12	39,4			
9. Mai	2	39,4			
	4	39,2			
	6	38,8			
	8	38,6	96		
	10	38,9			
	12	39,9			
	2	40,2			
	4	40,6			
	6	40,5			
	8	40,0			
	10	39,6			
	12	39,9			
10. Mai	2	39,4			
	4	38,9			
	6	39,3			
	8	38,7			
	10	38,5			
	12	39,2			
	2	40,0			

Am 6. Mai Nachmittag 4 Uhr wird bei einer Temperatur von 40,5 ein grm. Antipyrin verabreicht; Patient ist ein sehr ungezogener Junge, will keine Medicin nehmen und spuckte von der eingeflössten Lösung ungefähr $^1/_3$ aus. Trotzdem finden wir nach 1 Stunde um 5 Uhr 40,0; ein zweites Gramm um diese Zeit wird gut geschluckt,

Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

um 6 Uhr 39,0; auf ein weiteres Gramm um 6 Uhr ist die Temperatur um 7 Uhr 38,3; sie sinkt nun bis 8 Uhr auf 38,2, steigt bis 11 Uhr auf 39,4 um dann bis 37,5 um 4 Uhr Morgens herabzusinken; es folgt nun ein Steigen bis 38,8 um 8 Uhr Morgens, ein abermaliges Sinken bis 38,0 um 10 Uhr Vormittag, nun aber ein rasches Ansteigen. Nach meiner Schätzung wurden im Ganzen $2^2/_3$ grm. Antipyrin verschluckt und wurde durch dieselben die Temperatur erst 4 Stunden unter 39,0, herabgesetzt; darauf ein Steigen bis 39,4; dann folgten nach abermaligem Sinken 12 St. unter 39,0, 4 St. unter 38,0. Im Ganzen waren so 16 Stunden unter 39,0, 4 Stunden unter 38,0.

Am 8. Mai wurde abermals Antipyrin verabreicht und zwar 2 grm. in 2 Dosen mit 2 Stunden Intervall. Die Temperatur fiel auf die erste Dose von 1 grm. bei 40,5 um 2 Uhr Nachmittag auf 39,4, also um 1,1 Grad, um 3 Uhr, auf 38,2, wieder um 1,2 Grad um 4 Uhr. Um diese Stunde wurde das 2. grm. Antipyrin gegeben und sank die Temperatur weiter allmählich bis 37,6 um 8 Uhr. Nach 6 Stunden war so das Minimum erreicht und zwar ohne jegliche Nebenerscheinungen. Durch 2 grm. Antipyrin wurde demnach eine Herabsetzung der Temperatur auf 8 Stunden unter 39,0, auf 4 Stunden unter 38,0 erzielt. Das Ansteigen erfolgte rasch innerhalb 2 Stunden von 37,8 auf 39,4, jedoch ohne Frost.

Versuch III. Weidenfeld Katharina, $13^1/_2$ Jahre alt, aus Köln. Diagnose: Scarlatina; Angina diphtheritica.

Antipyrinversuch am 3. Tage der Erkrankung bei hoher Fiebercontinua. Puls klein, 124 p. M.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
5. Mai	Abend 8 Uhr	40,2	132	2,0 Natr. salic.	Achselmessungen.
	10	39,4			
	12	39,0			
6. Mai	2	39,2			
	4	39,0			
	6	39,4			
	8	39,3	128		
	10	39,4			
	12	40,4	124		Rectummessungen.
	1	40,2			
	2	40,0			
	3	39,8			
	4	39,9	112	2,0 Antipyrin	
	5	38,9	108	2,0 „	$5^1/_2$ Uhr Erbrechen nach Inhalation
	6	38,4	124	1,0 „	von Aqua calcis und Glycerin.
	7	37,5	100		Apathie; etwas Schwindelgefühl;
	8	37,7	116		kein Ohrensausen.
	9	37,3			
	10	37,1			
	11	37,2			
	12	36,8			
7. Mai	1	37,1			
	2	37,0			
	3	37,0			
	4	37,3			
	5	37,1			
	6	37,6			
	7	37,5			
	8	37,5	92		Noch Apathie. Puls klein.
	9	37,3			
	10	37,4			
	11	37,6			
	12	37,9	92		
	1	37,8			
	2	37,6			
	3	38,0			
	4	38,2	92		Sensorium vollkommen frei, Puls
	6	38,6			voll, kein Frost.
	8	38,5			
	10	38,6			
	12	38,5			
8. Mai	2	38,5			
	4	38,8			
	6	39,1			
	8	38,8			
	10	39,2	100		
	12	39,4			
	2	39,4			
	6	39,7			
	8	39,7			
	10	39,5			
	12	38,7			

Am 6. Mai Nachmittag 4 Uhr werden bei einer Temperatur von 39,9 2,0 Antipyrin verabreicht. Nach 1 Stunde 38,9 weitere 2 grm., nach noch 1 Stunde, Temperatur 38.4, ein fünftes Gramm. Als Nebenerscheinung wurde Erbrechen um $5^1/_2$ Uhr nach Inhalation von Glycerin und Aqua calcis, eine halbe Stunde nach Darreichung der 2. Antipyringabe notirt. Die Temperatur sank bis 36,8 um 12 Uhr Abends, also um 3,1 Grad innerhalb 8 Stunden; es erfolgte dabei auffallende Apathie, Klage über Schwindelgefühl, kein Ohrensausen, keine Ueblichkeit ausser dem oben erwähnten Erbrechen. Das Ansteigen der Temperatur erfolgte ganz allmählich, sie schwankte bis Nachmittag 2 Uhr des folgenden Tages um 37,5, war im ganzen 20 Stunden unter 38,0, erst am Morgen des 3. Tages wurde die Höhe von 39,0 wieder überschritten. Im Ganzen waren so 34 Stunden unter 39,0. Wieviel hiervon ganz sicher als Erfolg des Antipyrins zu betrachten ist, wage ich nicht zu entscheiden. Das am Abend des Versuchtages etwas benommene Sensorium war am Mittag des 2. Tages vollkommen frei und bestand kein Schwindel mehr; ein Schweiss beim Sinken oder Frost beim Steigen der Temperatur wurde nicht beobachtet.

Die Frequenz des Pulses war erst gestiegen von 108 auf 124 p. M., dann mit der Temperatur gesunken; die schon immer bestandene Kleinheit des Pulses war vielleicht noch gesteigert worden, doch erfolgten ausser der wirklich auffallenden Apathie keine Collapserscheinungen. Am Mittag des 2. Tages war der Puls weit voller als vor dem Antipyrinversuch.

Versuch IV. Kluth Michael, 18 J. alt, aus Köln. Diagnose: Pneumonia crouposa lob. med. et inf. dext.

Aufnahme ins Hospital am 2. Tage der Erkrankung; Antipyrinversuch am 3. Tage derselben.

Kräftiger junger Mann. Normaler Verlauf, Temperaturabfall Ende des 5. Tages.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
9. Mai	12	38,6			
	2	38,0			
	4	37,8	96		
	6	37,6			
	8	38,3			
	10	37.8			
	12	38,7			
10. Mai	2	39,4			
	4	38,9			
	6	39,3			
	8	39,4			
	10	39,3	116		
	12	40,4			
	2	40,0			
	4	41,7	116	2,0 Antipyrin	
	5	39,1	104		
	6	39,2	104	1,0 Antipyrin	geringer Schweiss am Kopfe; voll-
	7	39,8	112	1,0 „	kommenes Wohlbefinden.
	8	40,3	120		
	9	40,0	124	2,0 „	Schweiss am Kopfe.
	10	38,8			
	11	38,2			
	12	38,3			
11. Mai	1	38,2			
	2	38,7			
	3	38,3			
	4	37,9			
	5	37,1			
	6	37,4			
	7	37,8			
	8	38,0	112		Pat. will Nachts ausser heftigem
	9	39,1			Schweiss nichts Unangenehmes ver-
	10	39,5			spürt haben; kein Schwindel, Sen-
	11	39,3			sorium vollkommen frei; Puls voll.
	12	39,4			
	1	39,6			
	2	39,8			
	3	39,6			
	4	39,8			
	6	39,6			
	8	39,5			
	10	39,5			
	12	39,4			
12. Mai	2	39,4			
	4	38,7			
	6	38,6			

Am 10. Mai werden bei einer Temperatur von 41,7 Nachmittag 4 Uhr 2,0 Antipyrin verordnet; schon nach 1 Stunde war die Temperatur auf 39,1 also um 1,6 Grad gesunken, ohne jegliche Nebenerscheinung; nach der nächsten Messung, 6 Uhr 39,2; die Temperatur schien wieder im Steigen begriffen; es wird ein drittes Gramm gegeben; trotzdem um 7 Uhr 39,8, eine Steigerung um 0,6 Grad. Es wird noch ein Gramm verabreicht, aber umsonst, die Temperatur ist um 8 Uhr auf 40,3 gestiegen, um 9 Uhr noch 40,0. Da mir die Dosen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von 1 grm. als unzulänglich erschienen, verordnete ich noch weitere 2 grm., so dass Patient nun innerhalb 5 Stunden 6,0 Antipyrin zu sich genommen hat; es erfolgt nun ein rasches Sinken, nach 1 Stunde 38,8, nach der nächsten Stunde, 11 Uhr, 38,2; in der folgenden Zeit wurde ein Steigen beobachtet bis 38,7 um 2 Uhr, dann wieder Sinken bis 37,1 um 5 Uhr Morgens, also 11 Stunden nach der 1. Antipyrinverabreichung, 8 Stunden nach der eigentlich wirkenden letzten Gabe. Das Ansteigen erfolgte erst langsam, dann rasch ohne jeglichen Frost.

Die ersten Antipyringaben waren in diesem Falle entschieden etwas zu gering und musste darum im Ganzen mehr als in den früheren Versuchen gegeben werden; wir haben während 11 Stunden eine Temperatur unter 39,0, während 4 Stunden unter 38,0 erzielt. Die Frequenz des Pulses verhielt sich ziemlich den Temperaturschwankungen entsprechend.

(Fortsetzung folgt.)

III. Ueber den therapeutischen Werth des Antipyrin.

Von

Dr. C. Rank,
Assistenzarzt der med. Abtheilung des Katharinenhospitals Stuttgart.

Filehne hat zuerst auf Grund zahlreicher Versuche an Thieren und später an gesunden und fiebernden Menschen in einer kurzen Mittheilung, welche in der Zeitschrift für klinische Medicin (Bd. VII. Heft 6. 1884) erschienen ist, auf das Antipyrin, aufmerksam gemacht und dabei bemerkt, dass nach seinen Erfahrungen dasselbe „einer eingehenden klinischen Prüfung in hohem Maasse würdig erscheine".

Das Antipyrin, ein synthetisches Alkaloid, über dessen nähere chemische Zusammensetzung meines Wissens zur Zeit noch keine Veröffentlichung vorliegt, stellt ein grau-weisses, krystallinisches, im Wasser leicht lösliches Pulver dar, von bitterem Geschmack, der im Gegensatz zu Chinin nur kurze Zeit auf der Zunge haften bleibt. Die wässrige Lösung reagirt neutral und hat einen brenzlichen, stark an Benzin erinnernden Geruch.

Seit der Veröffentlichung Filehne's werden am hiesigen Katharinenhospitale mit dem Präparat, welches von der Fabrik der Herren Meister, Lucius und Brünning in Höchst a. M. bereitwilligst zur Verfügung gestellt wurde, Versuche bei fieberhaften Krankheiten der verschiedensten Art angestellt und ausnahmslos in allen Fällen günstige Resultate damit erzielt.

Dieselben günstigen Erfolge hat Guttmann, welcher kürzlich in der Berlin. klin. Wochenschrift 1884 No. 20 darüber berichtet hat, zu verzeichnen.

Ich verfüge bis jetzt über eine Reihe von 50 Versuchen, weshalb ich mit der Veröffentlichung nicht länger zurückhalten zu dürfen glaube.

Das Mittel wurde in nachstehenden Krankheiten bei 35 Personen angewendet:

Pleuritis 6 mal, Pneumon. croup. 9 mal, Typhus abdom. 5 mal, Rheum. acut. 9 mal, Tuberculoris 8 mal, Erysipel fac. 10 mal, Pericarditis 3 mal.

Die Temperatur wurde in der Achselhöhle stündlich, bei Nacht 2stündlich gemessen und zugleich Puls und Respiration notirt.

In der ersten Zeit wurde nach dem Vorschlag von Filehne (l. c.) das Antipyrin zu 6 grm, welche in 3 gleichen Dosen mit je 1 Stunde Intervall gegeben wurden, in einfach wässriger, nicht versüsster Lösung verabreicht.

Das Mittel wurde von den Kranken gerne genommen und hat bei der Mehrzahl derselben keine üblen Neben- oder Nachwirkungen verursacht.

In einigen Fällen, so besonders bei empfindlichen Frauen, trat 1—2 Stunden, einmal sogar noch 6 Stunden nach der Einnahme Erbrechen auf.

Dieses veranlasste mich, die subcutane Applicationsweise zu versuchen. Das Antipyrin löst sich in kaltem Wasser im Verhältniss von 1 : 3 d. h. 1 Theil Antipyrin in 3 Theilen Wasser.

Ich injicirte von einer solchen Lösung 1—2 grm auf einmal und machte bald die angenehme Entdeckung, dass die unangenehme Nachwirkung, das Würgen und Erbrechen, ausblieb. Und in der That ist bis jetzt in allen (25) Fällen, in denen das Antipyrin hypodermatisch angewendet wurde, noch nie Erbrechen beobachtet worden.

Um aber eine hinreichend wirksame Dosis — also 1—2 grm — beizubringen, mussten bei dem Umstande, dass sich das Antipyrin nicht unter dem Verhältniss von 1 : 3 in kaltem Wasser löst, 3—6 Spritzen injicirt werden.

Dieser immerhin missliche Umstand veranlasste mich, das Antipyrin in heissem Wasser zu lösen und hierbei fand ich, dass sich dasselbe schon im Verhältniss von 1 : 0,5 d. h. 1 grm Antipyrin in 0,5 grm Wasser löst und ferner, dass es beim Erkalten der Lösung nicht ausfällt.

Ich habe Lösungen von 8 Tagen vor mir, die noch so klar sind wie am ersten Tage.

Es brauchten also von einer solchen Lösung nur 1 höchstens $1\frac{1}{2}$ Spitzen injicirt zu werden, um eine sicher antipyretisch wirkende Dosis zu haben.

Die Injectionen, welche meist in der Glutäalgegend gemacht wurden, bewirkten ausser einer leichten, vorübergehenden Schmerzhaftigkeit der Einstichstelle keine weiteren örtlichen Erscheinungen. (Keine entzündliche Reizung, keine Abscessbildung.) In allen Fällen, sowohl bei der innerlichen Darreichung in wässriger Lösung von 2 + 2 + 2 grm in stündlichen Intervallen, als bei der subcutanen — ich injicirte für gewöhnlich einmal $1\frac{1}{2}$—2 grm — konnte ein erheblicher, rasch eintretender, schon nach 1 Stunde 1—1,5°C. betragender Temperaturabfall constatirt werden.

Das Fieber sinkt continuirlich und erreicht das Maximum des Abfalls durchschnittlich nach 3—4 Stunden, bei der subcutanen Darreichung in der Regel etwas früher. Die Dauer der antifebrilen Wirkung beträgt meist 6—8 Stunden.

Das Wiederansteigen der Temperatur erfolgt langsam und stets ohne Frost, worauf Filehne und Guttmann besonders aufmerksam machen, weil es sich dadurch „vortheilhaft vor dem Kairin auszeichnet".

Die Grösse der Temperaturerniedrigung betrug mindestens 1,5—2°C., in manchen Fällen sogar 3°C., so dass einige Male subnormale Temperaturen hervorgerufen wurden.

Als Illustration hierfür soll der Gang der Temperatur sammt Puls und Respiration bei einem Pneumoniker, dem 6 grm Antipyrin auf 3 Dosen à 2 grm vertheilt gegeben wurden, angeführt werden:

Morgens	9 Uhr:	T. 40.1	P. 104	R. 30.	
	10 Uhr:	T. 38.2	P. 90	R. 28.	(1 Stunde nach dem ersten Pulver).
	11 Uhr:	T. 37.9	P. 84	R. 28.	(1 Stunde nach dem zweiten Pulver).
	12 Uhr:	T. 37.5	P. 84	R. 28.	(1 Stunde nach dem dritten Pulver).
	1 Uhr:	T. 37.4	P. 84	R. 28.	
	2 Uhr:	T. 37.0	P. 84	R. 28.	
	3 Uhr:	T. 37.1	P. 88	R. 28.	
	4 Uhr:	T. 37.9	P. 86	R. 28.	
	5 Uhr:	T. 38.4	P. 90	R. 30.	
Abends	6 Uhr:	T. 39.1	P. 100	R. 30.	

In einem ganz ähnlichen Falle von Pneumonie, in welchem Antipyrin subcutan 2 grm einmal gegeben wurde, war der Gang der Temperatur folgendermaassen:

Morgens	9 Uhr:	T. 40.4	P. 110	R. 32.	
	10 Uhr:	T. 37.8	P. 92	R. 30.	(1 Stunde nach der Injection).
	11 Uhr:	T. 37.2	P. 88	R. 28.	
	12 Uhr:	T. 36.8	P. 88	R. 28,	
	1 Uhr:	T. 37.1	P. 90	R. 28.	
	2 Uhr:	T. 37.4	P. 92	R. 28.	
	3 Uhr:	T. 37.9	P. 92	R. 28.	
	4 Uhr:	T. 38.5	P. 94	R. 30.	
	5 Uhr:	T. 39.4	P. 96	R. 30.	
	6 Uhr:	T. 39.7	P. 100	R. 30.	

Dem Temperaturabfall geht ein Sinken der Pulsfrequenz parallel. Auf die Athmung scheint das Antipyrin keinen Einfluss auszuüben.

Bei starkem und rasch erfolgendem Temperaturabfall stellte sich mehrmals profuser Schweiss ein. In einem Falle wurde $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Injection ein über den ganzen Körper sich verbreitender, rasch wieder verschwindender urticariaartiger Ausschlag beobachtet.

Aus den hier mit dem Antipyrin gemachten Erfahrungen, welche mit denen von Filehne und Guttmann (l. c.) durchaus übereinstimmen, ergeben sich folgende Schlüsse:

1. Das Antipyrin ist bei allen fieberhaften Krankheiten, in erster Linie bei Pneumonie, Pleuritis, Typhus, acutem Gelenkrheumatismus, Erysipel, Tuberculosis ein sicher und prompt wirkendes Antipyreticum ohne nennenswerthe üble Neben- oder Nachwirkungen.

2. Bei subcutaner Anwendung bewirkt das Antipyrin ein stärkeres und rascher eintretendes Sinken der Temperatur als beim innerlichen Gebrauch.

3. Zur Erzielung der Temperaturherabsetzung sind hypodermatisch viel kleinere und seltenere Dosen — für gewöhnlich genügt eine einmalige von 2 grm — erforderlich als beim innerlichen Gebrauch, wo 4—6 grm gegeben werden müssen.

Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

4. Zur subcutanen Injection eignet sich eine concentrirte Lösung von 1 : 0,5 Aqu. wegen ihrer compendiösen Form und ihrer prompten Wirkung vorzugsweise.

5. Die hypodermatische Anwendung des Antipyrin ruft weder allgemeine Störungen noch locale Erscheinungen irgend welcher Art hervor.

6. Die subcutane Application ist mit Ausnahme der Fälle, wo ein rascher Temperaturabfall mit Gefahren verbunden sein kann, — also bei Kindern und bei schwächlichen, herabgekommenen Individuen — der Anwendung per os oder per clysma entschieden vorzuziehen, einmal weil nur die Hälfte oder ein Drittheil davon zur Erzielung eines ergiebigen Temperaturabfalls erforderlich ist, zum andern weil das Erbrechen dadurch umgangen wird.

7. Das Antipyrin eignet sich wegen seiner prompten, rasch eintretenden Wirkung und seines billigen Preises — es ist zur Zeit zur Hälfte billiger als Chinin und wird bei grösserem Verbrauche ohne Zweifel noch viel billiger hergestellt werden können — zur allgemeinen Anwendung und scheint dazu berufen zu sein, ein Substitut für Chinin zu bilden.

Stuttgart, den 23. Mai 1884.

IV. Aus der medic. Abtheilung des Bürgerhospitales zu Köln a. Rh.

Zwei Fälle von Compression des Rückenmarkes durch Wirbelkrebs.

Von

Dr. Heinrich Simon.

(Fortsetzung aus No. 23.)

Ich stelle noch in Kurzem aus der Krankengeschichte den Temperaturverlauf vom 1. April an zusammen.

	8 h	10 h	12 h	2 h	4 h	6 h	8 h Abends
1. April	38,0	39,2	39,8	39,6	39,6	38,4	37,8
2. -	38,1	37,6	37,8	39,4	39,3	38,7	—
3. -	38,1	38,3	38,7	39,2	39,3	39,0	—
4. -	38,1	38,4	39,4	39,3	39,4	39,0	38,9
5. -	36,9	37,2	38,5	39,2	39,6	39,7	39,6
6. -	38,3	38,5	39,7	39,4	39,7	39,7	40,5
7. -	39,5	39,8	39,7	39,1	39,6	39,8	39,7
8. -	38,8	38,4	38,9	39,3	39,1	39,0	39,4
9. -	38,3	39,0	40,0	39,9	39,4	39,5	—
10. -	39,1	39,0	40,0	41,0	39,9	39,0	37,4
11. -	37,8	39,1	39,9	40,1	40,0	40,1	40,1

12. April Mittags $12^1/_2$ Uhr exitus lethalis.

Die Section wurde am 13. April Vormittags 11 Uhr von Herrn Prof. Dr. Leichtenstern vorgenommen.

„Mittelgrosse, weibliche Leiche von allgemeiner Abmagerung, schmutzig weisser, schlaffer Haut, dürftiger Musculatur. Spärliche blasse Todtenflecke, geringe Leichenstarre.

An der Rückenfläche des Rumpfes ein die ganze Kreuzbeingegend und den grössten Theil der Nates einnehmendes, missfarbiges, gangranöses Decubitus-Geschwür, dessen Zerstörung bis an das Os sacrum heranreicht. Ueber beiden Trochanteren kreisrunde, thalergrosse, mit schwarzen, blutigen Krusten bedeckte Decubitus-Geschwüre.

Das Schädeldach symmetrisch mehr brachycephal, dünn. Die Diploë blass, blutarm.

Die Dura mater schlaff, zart, dünn, blutarm. Längsblutleiter fast blutleer.

Die Flüssigkeit im Arachnoidealraum vermehrt, die weichen Häute über der Convexität blutarm, über Scheitel und Hinterhauptshirn ödematös infiltrirt und schwach milchig getrübt.

Gehirnoberfläche und Basis ohne besondere Anomalie. Das Gehirn ausserordentlich blutarm, stark durchfeuchtet, schneidet sich zähe. Ventrikelflüssigkeit vermindert, Ventrikel enge.

Sonst ausser allgemeiner Anämie und stärkerer seröser Durchfeuchtung nichts Abnormes zu erkennen."

Ich übergehe den Sectionsbefund der Brustorgane, da er ausser anämischer und ödematöser Beschaffenheit der Lungen, geringfügigem Transsudat in beiden Pleuraräumen, Schlaffheit des Herzens, geringem Gehalt der Herzhöhlen an Cruor und Faserstoffgerinnseln, keine uns näher interessirenden Thatsachen enthält.

„In der Bauchhöhle ca. 250 ccm. klaren, gelben Serums. Die Lage der Bauchorgane die normale. Das Netz fettarm, dünn, dessen Venen stärker gefüllt. Das Gekröse fettarm. Die Darmschlingen blass, blutarm, desgleichen das Peritoneum parietale. Der Dünndarm mit Ausnahme weniger Strecken stark contrahirt, mit sehr geringem Inhalt, desgleichen starke Contraction des Colons. Magen klein, contrahirt. Die Schleimhaut des Tractus intestinalis blass, vielfach mit zähem Schleim bedeckt, ohne besondere Anomalie.

Die Milz vergrössert, 16 cm. lang, 11 cm. breit, breiig, weich blau röthlich braun. Die Leber beträchtlich vergrössert, 29 cm. breit, 22 cm. lang, 10 dick, schlaff, blutarm. Der acinöse Bau undeutlich. Die Farbe ziemlich gleichmässig grau-braun, trübe. Gallenblase wenig gefüllt, Galle gelbbraun, trübe. Pancreas klein, atrophisch.

Nach Entfernung der intraperitonealen Baucheingeweide präsentirt sich die quer vor der Wirbelsäule zur Cava inferior herüberziehende Vena renalis sinistra, als ein reichlich 2 Querfinger breiter, dicker Wulst. Derselbe ist mit einem leicht zerbröckelnden, weichen, speckigen, graurothen Thrombus erfüllt, der sich zuspitzend eben etwas in das Lumen der Vena cava hereinragt. Desgleichen ist die aus der thrombotischen Vena renalis sinistra entspringende Vena spermatica interna in einen kleinfingerdicken, mit denselben grauröthlichen weichen Thrombusmassen erfüllten Strang verwandelt. Die Thrombose durchsetzt die ganze Vena spermatica interna von ihrer Einmündungsstelle in die linke Vena renalis an bis zum Eintritt derselben in das breite Mutterband. Hier angelangt setzt sich die Thrombusmasse in die Venen des Plexus pampiniformis des linken Eierstockes und des Ligam. uteri latum, sowie in continuo in die Venengeflechte der Scheide und urethra bis zu der Stelle fort, wo der bereits intra vitam (siehe oben Krankengeschichte) constatirte, als Thrombus vaginae diagnosticirte Tumor liegt, der sich auch als ein Thrombus erweist."[1])

Es sei gleich hier aus der nachträglichen mikroskopischen Untersuchung eingefügt, dass es sich um eine krebsige Venen-Thrombose, um Fortwucherung des Krebses der linken Niere in die Vena renalis und deren Zweig, die Vena spermatica interna hinein handelt.

„Die linke Niere stellt einen voluminösen weichen, fluctuirenden Tumor dar von 22 cm. Länge, 8 cm. Breite und reichlich 8 cm. Dicke. Dieser Tumor bewahrt die Gestalt der Niere. Seine überall glatte Oberfläche wird von der ausserordentlich verdünnten, durchscheinenden Kapsel gebildet, durch welche flache gelbe Knoten durchschimmern. Der Nierentumor bietet auf dem Durchschnitte ein farbenreiches, und auch sonst sehr differentes Bild dar. Die normale Structur der Niere, die Unterscheidung zwischen Rinde und Pyramide ist nur in einem ganz kleinen Bezirke eben noch erkennbar.

Die übrigen Abschnitte bilden weiche, gelbe, grössere und kleinere, vielfach zusammengeflossene, zum Theil aber durch derbe Septa in verschieden grosse Fächer getrennte Knoten, welche von gelber grau-röthlicher oder, in Folge von Hämorrhagien, dunkelrother Farbe sind, bald etwas consistenter, bald im Centrum breiigweich und zerfliessend sind, auf letztere Weise Cysten mit breiigem zerfallenem Inhalt darstellend. Das ganze Nierenbecken ist mit diesen weichen, graugelben und graurothen Massen erfüllt, welche sich auf eine Strecke von 8 cm in den linken Ureter hinein fortsetzen, diesen vollständig obturirend."

Es sei hier aus der späteren mikroskopischen Untersuchung angeführt, dass dieselbe das Vorhandensein eines ächten Krebses der Niere ergab.

„Die rechte Niere ist etwas vergrössert, 13 cm. lang, 6 cm. breit, von normaler Dicke. Die Kapsel leicht und glatt abziehbar. Oberfläche glatt, die Rinde etwas verbreitert, blass und trübe, sehr spärlich und ungleichmässig aber grob roth gestrichelt, die Pyramiden blass bläulich. Das Organ ist schlaff, weich, sehr blutarm.

Harnblase und Urethralschleimhaut bieten nichts Bemerkenswerthes.

Der Uterus ist schlaff, vergrössert, 16 cm. lang, am Fundus 10 cm. breit. Seine Schleimhaut ist dunkelbraunroth, an einzelnen Partien mit graugrünen necrotischen Massen besetzt. (Oberflächliche Schleimhaut-Necrose.)

Die Eierstöcke ohne Anomalie.

Die Untersuchung der Lymphdrüsen des Mesenteriums, der Glandulae hepaticae, coeliacae, sowie der retroperitonealen Drüsen ergiebt durchaus normale Beschaffenheit derselben.

Desgleichen ist die unmittelbare Umgebung der krebsigen linken Niere durchaus normal. Die Krebswucherung innerhalb der Niere hat an keiner Stelle deren Kapsel durchbrochen.

Die vordere Fläche der Wirbelkörper ohne jede Anomalie.

Bei der Entfernung der langen Rückenmuskeln zum Zweck der Eröffnung des Wirbelkanals zeigt sich, dass der gangränöse Zerfall der Rückenmuskeln vom oben beschriebenen Decubitus aus weitgehende, zum Theil sinuöse Zerstörungen der Muskeln, graugrüne Färbung und Zerfall derselben zu weicher schmieriger Masse, da und dort auch reactive Entzündung mit kleinen Eiterdepots hervorgerufen hat.

Die bei der Eröffnung des Wirbelkanals präparirten, resp. durchsägten Knochentheile, die Arcus vertebrarum verhalten sich normal.

Der blossgelegte Dorsaltheil der Dura mater spinalis zeigt an seiner Aussenfläche keine Veränderung, erscheint weiss, von normalem Glanz. Der Durasack ist im Lendenabschnitt stärker gespannt, als im Dorsalabschnitt. Die Flüssigkeit im Arachnoidealraum von normaler Menge und Beschaffenheit.

Das Rückenmark zeigt weder im Cervical- noch im Dorsalabschnitte irgend welche Veränderung der Consistenz und Configuration. Die Pia mater ist blutarm, desgleichen in hohem Maasse das Rückenmark selbst, dessen graue Substanz von der glänzend weissen durch einen hellgraueren Ton nur schwach unterschieden ist. Die abgehenden Nervenwurzeln des Cervical- und Dorsalmarkes sind von normaler Farbe, Consistenz, Dicke.

Anders verhält es sich im Lendenabschnitte. Man erkennt sofort, dass die Lumbalanschwellung und die Cauda equina durch einen längs der

[1]) Ich kann nicht umhin, hier darauf hinzuweisen, dass die Befolgung der alten bewährten Sectionsregel, wonach die Nieren und Harnleiter als extraperitoneale Organe erst nach Hinwegnahme aller intraperitonealen Organe für sich untersucht werden, im vorliegenden Falle von grossem Nutzen war. Die geschilderten Verhältnisse der Fortsetzung des Nierenkrebses in die Vena renalis und Vena spermatica interna würden bei Befolgung der gegenwärtig zum strengen Gesetz erhobenen Art des Secirens, wonach die Nieren sofort nach Herausnahme der Milz entfernt werden, wohl kaum so rein und eingehend zu studieren gewesen sein, als dies bei Befolgung der alten Sectionstechnik der Fall war.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hinteren Fläche der Wirbelkörper verlaufenden Tumor nach hinten gedrängt sind. Dieser Tumor hat ausserhalb des Duralsackes zwischen dessen vorderer Fläche und der hinteren Fläche der Wirbelkörper in dem hier gelegenen Fett-Zellgewebe seine Ausbreitung der Länge nach (reichlich 6 cm. betragend) genommen, und in dieser Ausdehnung die Dura mit dem Rückenmarke nach hinten verdrängt. Die Innenfläche des Durasackes, insbesondere auch dessen vordere Fläche erscheint normal, von weisser glänzender Farbe.

Den höchsten Grad erreicht die beschriebene Verdrängung der Dura mater nach hinten in der Höhe des I. Lumbalwirbels, wo der von der Dura bedeckte Tumor in Form eines kleinfingerdicken Quer-Wulstes ins Lumen des Wirbelkanales vorspringt. Dieser Stelle entsprechend ist das untere Ende der Lumbalanschwellung etwa 3 cm oberhalb des Rückenmarksendes stark zusammengedrückt. Auf der Höhe dieser stärksten Vorwölbung ist die Vorderwand der Dura mater an einer etwa pfefferkorngrossen, kreisrunden Stelle durchbrochen, und durch diese kleine scharfrandige Perforationsöffnung ragt ein linsengrosser, graurother rundlicher Tumor, knopf- oder pilzförmig, frei in den Durasack herein, ohne hier eine weitere Ausdehnung zu gewinnen.

Die Pia mater der Lendenanschwellung und die Cauda equina erscheint überall durchaus normal, nur etwas stärker injicirt, insbesondere die geschlängelt verlaufenden Venen stärker gefüllt, als dies an den höher gelegenen Abschnitten des Markes der Fall ist. Auch die aus der Lendenanschwellung entspringenden Nervenwurzeln der Cauda equina zeigen weder in Farbe noch Consistenz irgend welche Veränderungen. Die Druckstelle des Rückenmarks hat eine Ausdehnung von höchstens Kleinfingerdicke. Sie ist etwas weicher, aber glänzend weiss. Das oberhalb und unterhalb der Knickungsstelle gelegene Rückenmark lässt ausser Anämie weder in Consistenz, noch Configuration die geringste Veränderung erkennen.

Es sei hier aus der nachträglichen mikroskopischen Untersuchung Folgendes eingefügt:

Die mikroskopische Untersuchung der erweichten Stelle des Rückenmarks zeigt, dass man es nur mit einer geringfügigen, durchaus nicht totalen einfachen Druckatrophie ohne alle entzündlichen Veränderungen zu thun hat. Es finden sich neben wohl erhaltenen Elementen feinkörniger Detritus, im Zerfall begriffene, geschrumpfte oder feinkörnig getrübte Ganglienzellen mit unregelmässigen Contouren etc., Trümmer von Nervenfasern mit geronnener Myelinscheide, varicöse und gequollene Axencylinder, sowie Myelinkugeln, dagegen nur ausserordentlich spärliche Körnerzellen, keine Leucocyten, keine Corpora amylacea.

Die Untersuchung der lumbalen Nervenwurzeln in ihrem Verlaufe durch den Duralsack zeigt, trotz wiederholter Untersuchung diverser Wurzeln keinerlei Anomalien, insbesondere nicht die Zeichen der Degeneration. „Nach Entfernung des Rückenmarkes und der Dura mater tritt die in dem Fettzellgewebe zwischen hinterer Fläche der Wirbelkörper und dem Durasacke gelegene Krebswucherung zu Tage. Diese erstreckt sich von der Höhe des 11. Brustwirbelkörpers nach abwärts bis zum 3 Lendenwirbel, an beiden Enden sich zuspitzend, in der Mitte die grösste Ausdehnung erreichend. Diese liegt in der Höhe des 1. Lendenwirbels, wo auch die oben beschriebene Compression des Rückenmarks ihren Sitz hat. Die Krebsmasse lässt sich leicht aus dem Wirbelkanale herausnehmen, sie hängt weder mit dem wohlerhaltenen Lig. longitud. posterius, welches die Hinterfläche der Wirbelkörper bedeckt, noch mit der Vorderfläche der Dura fester zusammen. Nur an einer Stelle in der Höhe des 1. Lendenwirbels ist das Lig. long. posterius in der Ausdehnung etwa eines 20 Pfennigstückes von der Krebsmasse durchbohrt, und von hier aus gelangt man nach vorne vordringend in den krebsigen Körper des 1. Lendenwirbels.

Nach Herausnahme des Lenden- und unteren Brusttheiles der Wirbelsäule wird diese ihrer Länge nach durch die Mitte der Wirbelkörper aufgesägt. Dabei zeigte sich:

1) ein kirschkerngrosser grauer Krebsknoten im Innern des Körpers des 12. Brustwirbels, überall von normaler Spongiosa umgeben;

2) ein kirschkerngrosser Krebsknoten im 1 Lendenwirbel, welcher sich bis an die hintere Fläche des Wirbels erstreckt, das Lig. longitudinale posterius durchsetzt und wie oben beschrieben, in dem Fettzellgewebe zwischen Wirbelkörper und Dura weiter wuchert;

3) ein erbsengrosser Krebsknoten inmitten des 2. Lendenwirbels und

4) ein erbsengrosser Krebsknoten im Innern des 3. Lendenwirbels.

Die Wirbelkörper besitzen ihre normale Gestalt und Höhe, sind nirgends zusammengesunken oder eingeknickt. Von Interesse ist das Verhalten der Krebswucherung zu den Foramina intervertebralia. Die weichen Krebsmassen umwuchern die aus dem Durasacke aus- und in die Foramina intervetebralia eintretenden Nerven und die daselbst gelegenen Intervertebralganglien aufs allerdichteste. Dagegen lässt sich eine Wucherung des Krebses ausserhalb der Intervertebrallöcher, etwa längs der Plexus, nicht nachweisen. Die Krebswucherung setzt sich in sämmtliche zwischen 11. Dorsal- und 4. Lendenwirbel gelegene Intervertebrallöcher hinein fort. Die hier gelegenen Nervenstämme zeigen schon makroskopisch ein etwas verändertes Aussehen, die Nerven erscheinen hier auf kurze Strecken geröthet und weicher.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt die Zeichen der Neuritis in selten schöner Weise. Das Endoneurium enthält da und dort, besonders reichlich in der Umgebung der Blutgefässe Infiltration mit weissen Blutkörperchen. Auffallend gering sind aber auch hier neben den entzündlichen Veränderungen die Zeichen der Degeneration der Nervenfasern. Die weitaus grösste Mehrzahl der Nervenfasern lässt keine Veränderungen erkennen. Doch fehlen diese nicht gänzlich, indem die bekannten Bilder der Zerklüftung und scholligen Fragmentirung der Markscheide, der feinkörnigen Trübung der ganzen Faser, der Aufquellung der Axencylinder bis zum körnigen Zerfall derselben, endlich leer zusammengefallene Schwann'sche Scheiden, wenn auch spärlich angetroffen werden. Leider unterblieb die mikroskopische Untersuchung der peripheren Nervenstämme.

Epikrise. Der vorliegende Fall giebt zu einer Reihe interessanter Betrachtungen Anlass. Zunächst die Thatsache, dass sich bei einem, von früherer Syphilis abgesehen, gesunden 24jährigen Mädchen während der Gravidität ein primärer Nierenkrebs entwickelt, der längere Zeit hindurch das Allgemeinbefinden intact lässt, insbesondere keine Krebskachexie herbeiführt. Dass Nierenkrebs nicht selten im jugendlichen Alter, ja sogar im Kindesalter vorkommt, ist eine bekannte Thatsache. Unter anderen 4 Fällen von primärem Nierenkrebs, welche auf der medicinischen Abtheilung des Bürgerhospitales im Laufe der letzten $4^1/_2$ Jahre beobachtet wurden, betraf 1 Fall einen 22jährigen kräftigen Mann, ein anderer einen 26jährigen. Es ist ferner auffallend, dass sämmtliche 5 Fälle die linke Niere betrafen.

Dass primärer Nierenkrebs oft eine sehr lange Dauer hat, ging aus einem dieser Fälle (J. Weiss) hervor, wobei eine mindestens 2 Jahre dauernde intermittirende Hämaturie bestand, ehe es zu den Erscheinungen des Kräfteverfalls, zu Metastasen und zur Krebskachexie kam. In sämmtlichen 5 Fällen war die rechte Niere gesund. In keinem dieser 5 Fälle wurden mit dem Urin morphotische Bestandtheile entleert, welche als krebsige zu erkennen waren. Stets handelte es sich um Fälle von reiner Hämaturie. In einem Falle kam es während des ganzen Verlaufes niemals zur Hämaturie, in einem anderen bestand anfänglich Hämaturie, welche später völlig sistirte und normaler Harnbeschaffenheit Platz machte. In beiden Fällen klärte die Section den Mangel, resp. das Sistiren der Hämaturie auf, indem in beiden Fällen der Ureter 5—6 cm. unterhalb seines Abganges aus dem Nierenhilus mit der Aussenfläche des Nierentumors fest verwachsen und dadurch vollständig verschlossen war. Die Nierenblutung muss aber auch aufhören oder, wie in unserem Falle, später geringer werden, wenn die Krebsmassen das ganze Nierenbecken und den Ureter erfüllen, oder wenn das gesammte secernirende Parenchym krebsig entartet ist, wobei die vis a tergo, die Harnabsonderung fehlt, welche das Blut durch den Ureter hindurch in die Harnblase spült.

In keinem der angeführten 5 Fälle von primärem Nierenkrebs wurden grössere Blutgerinnsel mit dem Harn entleert. Dagegen beobachten wir gegenwärtig einen Fall, wo bei sicherer Diagnose „Nierenkrebs" häufig 6—10 cm. lange, drehrunde, wurmförmige derbe Blutgerinnsel mit dem Harn entleert werden. Patient ist mittlerweile gestorben und hat die Section die Diagnose Nierenkrebs bestätigt.

Die klinischen Erscheinungen von Seiten des Nervensystems finden in den Resultaten der anatomischen Untersuchung ihre volle Erklärung.

Das Bild, das unsere Kranke in so klassischer Weise darbot, war dasjenige, welches zuerst Cruveilhier mit dem Namen der Paraplegia dolorosa bezeichnete und Charcot in Anbetracht der ganz enormen Schmerzhaftigkeit der paraplegischen Unterextremitäten bei Wirbelkrebs gewissermaassen als für diesen charakteristisch unter dem Namen „Paraplegie douloureuse des cancéreux" hervorhob.

In der That würde die mit enormer Hyperästhesie und Hyperalgesie, die mit den heftigsten continuirlichen Schmerzen einhergehende Paraplegie der Unterextremitäten im Stande gewesen sein, auf Grund des von Charcot bezeichneten Krankheitsbildes blindlings die Diagnose auf Lendenwirbelkrebs zu stellen. Ich sage blindlings, da eine solche Annahme in unserem Falle weder durch den Nachweis irgend eines Krebstumors provocirt wurde, noch auch dadurch wahrscheinlich wurde, dass unsere Patientin, eine 24jährige, gesunde, wohl aussehende Person, im 6. Monat gravida und zudem früher syphilitisch war.

Es schien uns die Annahme einer Neuritis ascendens (siehe oben die Krankengeschichte) oder eines Gumma resp. einer syphilitischen Pachymeningitis weitaus wahrscheinlicher.

Dass unter solchen Umständen auch die Hämaturie, welche ohne jegliche andere Anzeichen von Nierenkrebs (Tumor, Krebszellen im Harn) bestand, zur Diagnose Nierenkrebs nicht bestimmte, wird als diagnostisches Versehen nicht anzurechnen sein.

Es verlohnt sich auf unseren Fall etwas näher einzugehen mit Bezug auf das Verhältniss einiger klinischen Erscheinungen zu den anatomischen Resultaten.

Das erste Symptom bei unserer Kranken sind heftige Kreuzschmerzen, welche wohl durch die krebsige Degeneration der Niere und insbesondere durch die Krebsmetastasen in den Lendenwirbeln hervorgerufen wurden.

Dazu treten die Symptome der motorischen Schwäche in den Unterextremitäten. Um diese Zeit besteht eine wenn auch geringe Herabsetzung der Tastempfindlichkeit der unteren Extremitäten. Während sich die motorische Schwäche in kürzester Zeit zur completen Paraplegie ohne alle motorischen Reizerscheinungen ausbildet, entwickeln sich im sensiblen Gebiet die heftigten Reizerscheinungen, nämlich intensive Schmerzen, eine bedeutende Hyperästhesie und Hyperalgesie mit der Eigenthümlichkeit, dass alle sensiblen Eindrücke (selbst die durch Betastung hervorgerufenen) schmerzhaft empfunden

Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

werden, sodass das feinere Unterscheidungsvermögen für die verschiedenen Reizqualitäten, wie Berühren, Drücken, Kneifen, Stechen u. s. w. beinahe gänzlich verloren geht.

Da wir nun alle diese Symptome von nichts Anderem herleiten können, als von der Entwickelung des Krebses zwischen Wirbelkörper und dem unverletzten Durasacke, von der Wucherung des Krebses rings um die aus dem Durasacke aus- und in die Intervertebrallöcher eintretenden Nervenwurzeln — denn die Rückenmarkscompression gehört, wie schon die geringfügigen Zeichen der Degeneration beweisen, wohl erst einem späteren Stadium an — so kommen wir nothgedrungen zu dem Resultat, dass die, die gemeinsamen Nervenwurzeln in den Intervertebrallöchern umwuchernde und daselbst zweifellos auch durch Compression wirkende Neubildung auf die motorischen Fasern der gemischten Stämme anders einwirkte, als auf die sensibeln. Während nämlich keinerlei Zeichen von Reizung der motorischen Stämme, keine Contracturen, klonischen Zuckungen, gesteigerten Reflexe vorliegen, sondern von Anfang an die Zeichen der Lähmung, sind die Symptome von Seiten der sensibeln Nerven die der intensivsten Reizung. Die heftigen spontanen Schmerzen in den Extremitäten rühren her von der excentrischen Projection der Schmerzempfindung, welche durch die Reizung der sensibeln Nerven in den Intervertebrallöchern hervorgerufen wurde. Die hier gesetzte Veränderung in den sensibeln Nerven ist auch die Ursache, dass jeder von der Peripherie herkommende sensible Strom, gleichgiltig ob er daselbst durch eine Tastbewegung oder durch Druck, Stechen etc. hervorgerufen wurde, beim Durchgang durch die entzündete Nervenstrecke in eine Schmerzempfindung umgesetzt wurde. Ich begnüge mich mit dieser aphoristischen Darstellung, da ein tieferes Eingehen auf diese interessante Frage nicht in meiner Absicht liegt.

Beispiele der Art, dass bei Neuritis eines gemischten Nerven die dadurch hervorgerufenen motorischen und sensibeln Erscheinungen eine auffallende Incongruenz darbieten können, liegen manche vor.

Vor Kurzem hat Roth (in Basel) einen durch die Nekropsie erhärteten Fall von Neuritis disseminata (Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte 1883, No. 13) mitgetheilt, wobei trotz der durch die Neuritis gemischter Nerven bedingten schweren Lähmungserscheinungen Schmerzen gänzlich fehlten und die sensibeln Erscheinungen sich nur allein auf Parästhesien und Erweiterung der Tastkreise beschränkten. Herr Prof. Dr. Leichtenstern theilt mir einen andern, in dieser Hinsicht interessanten Fall mit, von eng umschriebener Compression der Cauda equina in Folge eines Traumas (geheilter Wirbelbruch). An der queren Compressionsstelle waren sämmtliche Wurzeln der Cauda untereinander und mit der Dura eng verwachsen, wie mit einem Stricke fest zusammengeschnürt. Es bestand beträchtliche Herabsetzung der Sensibilität der Unterextremitäten bei wohl erhaltener grober motorischer Kraft, aber schwerer Ataxie, und bei secundärer aufsteigender Degeneration der Goll'schen Stränge.

Auch das sehr frühzeitige gänzliche Erlöschen der Sehnen- und Hautreflexe in unserem Fall hat seine Ursache in der Affection der Nervenwurzeln innerhalb der Foramina intervertebralia. Uebrigens ist hierbei auch der tiefe Sitz der Compressionsursache in Betracht zu ziehen, wodurch die reflexvermittelnde Bahn im Lumbaltheile des Rückenmarks selbst in Mitleidenschaft gezogen und so direct functionsunfähig gemacht worden sein kann. Zum Schluss möchte ich noch auf das eigenthümliche Verhalten der Nervendegeneration hinweisen, welche nur allein in den extraduralen, direct von der Neubildung getroffenen Nervenstämmen nachweisbar war, während die im Duralsack verlaufenden vorderen und hinteren Wurzeln weder Degeneration noch entzündliche Veränderungen erkennen liessen.

(Schluss folgt.)

V. Aus der Praxis.

Nasenleiden und Reflexneurosen

von

Dr. Max Schaeffer in Bremen.

(Schluss aus No. 23.)

III. Migräne.

Daran habe ich 6 Patienten behandelt.

1. Bei Herrn S. aus C. entdeckte ich 1881 zuerst, obwohl er verschiedentlich untersucht war, Nasenschleimpolypen, welche von der oberen und mittleren Muschel ausgingen und fest zwischen Muscheln und Nasenseptum eingekeilt sassen. Mit ihrer Entfernung waren die hemicranischen Anfälle beseitigt.

2. Ebenso wurden bei Frau A. 1882 durch galvanokaustische Operation eines Papilloms am vorderen Ende der rechten unteren Nasenmuschel die Migräneanfälle für immer sistirt.

3. Die 3. Patientin ist 1882 mit chron. Rhinitis notirt; sie wurde nur local medicamentös behandelt und geheilt entlassen.

4. Herr H. 1883 bot an der rechten unteren Muschel die Erscheinungen einer chron. hyperplastischen Rhinitis dar. Das vordere Muschelende namentlich war dunkelroth, bedeutend verdickt, auf der Oberfläche zeigte sich als stecknadelkopfgrosse, gelblichweisse Pünktchen das Drüsensecret förmlich ausgeschwitzt. Die rechtseitige Migräne verschwand mit der galvanok. Zerstörung des hyperplastischen Muschelendes.

5. Weniger Glück hatte ich bei dem Falle Fr. B. 1883. Die Migräne sistirte nicht trotz energischer galvanokaustischer Zerstörung der Hyperplasie an der linken mittleren und unteren Muschel. Jedoch wurden die Anfälle weniger heftig und fühlte sich Patientin überhaupt viel freier im Kopfe. Auch hatte sich die vorhandene rothe Nase wesentlich gebessert.

6. Frl. B. 1883. Bei dieser Dame sistirten die Anfälle nach einfacher local medicamentöser Behandlung der vorhandenen chron. Rhinitis. —

Hier möchte ich wie Hack meine Fälle von Stirn-, Hinterhaupt, und allgemeinen Kopfschmerzen, welche auf Nasenleiden zurückzuführen waren, einschalten: Stirnkopfschmerz beobachtete ich seit 1881 bei 6 Patienten mit Nasenpolypen, 3 männlichen und 3 weiblichen, welche sämmtlich durch Entfernung der Nasenpolypen von ihrem Leiden befreit wurden. Hier handelte es sich bei einem Theile um die ganze Nasenhöhle verschliessende Neubildungen, bei dem anderen Theile um weniger zahlreiche Polypen, welche meist von den mittleren Muscheln oder dem Septum ausgehend zwischen diesen und dem Septum fest eingekeilt sassen.

Weitere 17 Fälle, 9 männliche und 8 weibliche, sind unter chron. hyperplastischer Rhinitis verzeichnet, von denen 14 galvanokaustisch, 3 local medicamentös behandelt und geheilt wurden.

Es sind hier nur die Fälle verzeichnet, bei welchen die Kopfschmerzen so intensiv auftraten, dass die Patienten oft tagelang zum Arbeiten, Denken sich unfähig fühlten, die Nächte nicht schlafen konnten und dadurch körperlich sehr herunterkamen und geistig deprimirt wurden.

Bei den Patienten mit Hinterhauptschmerzen, welche hauptsächlich am Morgen am intensivsten waren, konnte ich immer constatiren, dass die chron. hyperplastische Rhinitis ihren Sitz an den hinteren Enden der unteren Muscheln hatte.

Bei chron. Rhinitis foetida ist Eingenommenheit des Kopfes abwechselnd mit heftigen Kopfschmerzen fast immer vorhanden und sind solche Fälle nicht angeführt.

IV. Supraorbitalneuralgie

habe ich 4 Mal seit 1881 beobachtet, 3 Mal bei Männern, 1 Mal bei einer Frau, verbunden mit chron. Rhinitis. 2 wurden local medicamentös, 2 galvanokaustisch behandelt, alle aber von der Affection befreit. Bei den 2 operirten Fällen handelte es sich um einen chron. hyperplastischen Zustand der ganzen unteren Muschelschleimhaut; bei den 2 anderen supponirte ich eine katarrhalische Entzündung der Nasenstirnhöhlenauskleidung.

V. Schwellung und Röthung der Nasenhaut.

Durch Bresgen's Arbeit namentlich, welcher pag. 43 eine abnorme Röthung der äusseren Nase auf Stauungsvorgänge zurückführt, „welche durch eine chron. katarrhalische Entzündung der Nasenschleimhaut unterhalten wurden", habe ich dieser Affection meine Aufmerksamkeit gewidmet. Wenn sich Hack mit dieser Erklärung aus natürlichen Gründen nicht recht befreunden kann, so habe ich Bresgen's Anschauung doch öfter bewahrheitet befunden als die Hack's, welcher pag. 42 die Anfälle nicht alle auf rein vasomotorische Störungen in der erkrankten Haut, sondern auch auf angioneurotische Mischformen zurückführt. Bei langem Bestehen oder häufiger Wiederkehr der vasomotorischen Neurosen tritt nach ihm die trophische Störung wesentlich in den Vordergrund und kommt es zu bleibenden Veränderungen des Cutisgewebes im Bereiche der so afficirten Stellen.

Solche rothe Nasen behandelte ich 16, die sich gleichmässig auf das männliche und weibliche Geschlecht vertheilten. 12 wurden geheilt, 4 gebessert entlassen, 8 wurden galvanokaustisch, 8 anders behandelt. Bei allen war chron. hyperplastische Rhinitis vorhanden.

Die Nasen hatten theilweise durch die pathologischen Veränderungen der Follicularapparate der Haut ein sehr grosses Volumen angenommen; auch dieses verringerte sich durch die Behandlung in messbarer Weise. Die Kur in der Nase unterstützte und kürzte ich durch wöchentlich 1—2malige energische Einreibungen der äusseren Nasenhaut mit 5 proc. Carbollösung wesentlich ab.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alle Kranke waren schliesslich mit ihren Nasen sehr zufrieden.

Das von Quincke beschriebene acute umschriebene Hautödem, eine an Erysipelas erinnernde Dermatitisform durch reflectorisch entstandene Erweiterung der Gefässe hervorgerufen, sah ich bei 6 Patienten, 5 Männern, 1 Frau. Bei letzterer kehrte es alle 14 Tage während des Waschens wieder; dasselbe war über den Nasenrücken verbreitet und ging 2 Mal in wirkliches Erysipelas über. Die Behandlung der chron. katarrhalischen Rhinitis konnte hier nur bewirken, dass die Anfälle weniger oft und heftig auftraten.

Ein Fall kam bei einem Patienten, mit Nasenpolypen behaftet, zur Beobachtung. Nach Entfernung derselben blieb das Oedem aus.

Von den 6 Fällen wurden 3 galvanokaustisch behandelt und konnten auch diese geheilt entlassen werden.

VI. Schwindelanfälle.

Hack erklärt sich dieselben in ähnlicher Weise wie die in der Gesichtshaut reflectorische Erweiterung der Gefässe mit consecutivem Oedema dadurch entstanden, dass diese Gefässerweiterung anfallsweise auftretend und rasch wieder verschwindend in circumscripten Partien des Gehirns sich abspielt. „Jeder rasch erfolgende Flüssigkeitsaustritt muss bei der unnachgiebigen Hülle desselben weit leichter zu Capillaränämie führen wie bei dem dehnbaren Cutisgewebe."

Von meinen 5 Fällen wurden 3 galvanokaustisch und 2 local medicamentös behandelt, weil es sich bei letzteren um unbedeutende chron. katarrhalische Rhinitis handelte.

4 wurden geheilt entlassen; der eine von diesen starb nach 3 Jahren im Irrenhause.

Der 5. Fall betraf einen Schauspieler, der an sehr heftigem Platzschwindel litt. Trotz energischer galvanokaustischer Zerstörung der vorhandenen Hyperplasien an den vorderen Enden der unteren Muscheln besserte sich der Platzschwindel nicht.

VII. Epileptiforme Anfälle.

Hack kommt dadurch weiter zu folgender Schlussfolgerung: „Wenn eine durch reflectorische Gefässerweiterung bedingte circumscripte Anämie des Gehirns zu vorübergehenden Schwindelanfällen zu führen vermag, so erscheint es nicht undenkbar, dass derselbe Mechanismus, indem er ausgedehntere Gefässbezirke umgreift, durch die so erzeugte diffuse Gehirnanämie Anfälle zur Folge haben kann, welche den Namen der epileptiformen nach allen Richtungen hin verdienen möchten."

Lehrerssohn S., 11 Jahre alt, litt nach Beschreibung des Vaters an kataleptischen Anfällen. Ich konnte nur einen starken chronischen Nasenrachenkatarrh constatiren. Ich behandelte denselben local medicamentös und gab innerlich Bromkali mit Syrup ferr. jodat.

Auf meine Anfrage schrieb mir im December 1883 der Vater, dass Patient das Bromkali mit Jodeisen nicht vertragen hätte. Dagegen sei die locale Behandlung des Nasenrachenkatarrhes systematisch durchgeführt worden und sei nur noch 1 Mal ein Anfall nach einer starken Erkältung eingetreten.

VIII. Secretionsanomalien.

Dass die grosse Mehrzahl der asthmatischen Patienten zeitweise an solchen gelitten, brauche ich wohl nicht erst mehr zu versichern.

Ich möchte nur einige Fälle anführen, bei denen es sich um zeitweise sehr heftig auftretende Secretion und Niesskrämpfe gehandelt hat. Es sind dies 4 Männer, 3 Frauen. Bis zu 12 Taschentücher verbrauchten die Patienten im Anfalle. Ueber 2 Stunden musste die eine Patientin fast täglich unaufhörlich niesen. Davon wurden 6 galvanokaustisch, 1 local medicamentös behandelt. Bei 1 Falle handelte es sich um Nasenpolypen, bei den andern um chronische hyperplastische Rhinitis beiderseits, bei einer Dame nur rechterseits. Alle wurden geheilt entlassen. Eine grössere Anzahl Kranker mit geringeren Graden dieses Leidens, habe ich nicht mit angeführt. Thränenträufeln beobachtete ich ziemlich häufig. Ich betrachtete es aber in der Mehrzahl der Fälle weniger als Reflexerscheinung als vielmehr durch mechanische Verlegung des Thränennasenkanales durch die Hyperplasien der vorderen Muschelenden, durch Nasenpolypen, namentlich Papillome entstanden.

8 Mal finde ich Flimmerscrotom mit Thränenträufeln verbunden notirt, das nach galvanokaustischer Behandlung verschwand. —

Verschiedene meiner Patienten mit chronisch hyperplastischer Rhinitis litten an Hämorrhoiden. Ein Verschwinden der letzteren nach der galvanokaustischen Behandlung der Nase konnte ich nicht constatiren, jedoch waren die Erscheinungen der Rhinitis, nach Aussage der Patienten, jedes Mal intensiver hervorgetreten, so oft die Hämorrhoiden Beschwerden machten.

Zu Hack's rhinologischen Streitsätzen über die Entstehung von exsudativen, sog. rheumatischen Processen von der Nasenschleimhaut aus habe ich noch keine Beobachtungen anzureihen.

Allerdings klagten nach galvanokaustischen Operationen viele Patienten über Schmerzen in den Kiefern, der Stirn, den Zähnen. — Ferner habe ich selbst manches mal bei sehr heftigem Niesen eigenthümliche vom linken Ellenbogengelenke nach den Fingern zu ausstrahlende Schmerzen, dass ich laut aufschreien möchte. Längere Zeit besteht dann im Vorderarme eine gewisse Schwere und Kraftlosigkeit. Hack sagt vielleicht mit Recht in seinem Schlussworte, dass der Forschung mancher wissenschaftlicher Thatsachen oft nicht die Seltenheit, sondern die Häufigkeit der Erscheinungen im Wege steht. Es möchte aber nach meiner Ansicht auch daher kommen, dass die grössere Anzahl von chronisch hyperplastischen Katarrhen, Hyperplasien, Nasentumoren weiter keine Erscheinungen hervorruft resp. die Patienten nur die durch vorstehende Krankheiten bedingte Nasenverstopfung, den sog. „Stockschnupfen" zum Arzte führt.

Zum Schlusse möchte ich nur noch bemerken, dass ich höchst selten einen so prompten Erfolg von den galvanokaustischen Operationen auf die verschiedenen Reflexerscheinungen constatiren konnte, wie dies Hack gethan. Ich fand oft, dass sowohl eine sorgfältige local medicamentöse Nachbehandlung, als auch eine Berücksichtigung der Gesammtconstitution des Kranken nothwendig war, um den vollen Erfolg der Behandlung dauernd zu sichern.

VI. L. A. Sayre. Die Spondylitis und die seitlichen Verkrümmungen der Wirbelsäule und deren Behandlung durch Suspension und Gypsverband. Deutsch herausgegeben von Dr. J. H. Gelbke (Dresden). Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel 1883. Ref. Beely.

G.'s Uebersetzung von Sayre's bekanntem 1877 erschienenen Werk: Spinal Disease and Spinal Curvature . . . . ist in gewissem Sinne als eine zweite Auflage anzusehen, da sie einige nicht unwesentliche Veränderungen des ursprünglichen Textes enthält.

Sayre hat sowohl die möglichst weit getriebene Extension durch das volle Körpergewicht der Patienten während der Anfertigung der Verbände als auch — bei der Behandlung der Skoliose — die andauernde absolute Fixation durch einen inamovibeln Verband aufgegeben.

Der Patient wird beim Anlegen des Gypsverbandes (bei Spondylitis) nicht mehr in die Höhe gezogen „bis seine Füsse eben frei über den Boden schwingen", sondern nur „bis er sich ganz schmerzfrei fühlt" und „niemals über diesen Punkt hinaus", bei Skoliose bringt er sich in Suspension bis die Fersen über dem Fussboden schweben.

Der Unterschied in der Application der Gypsjacke bei Skoliose und Kyphose besteht jetzt darin „dass die Jacke bei Skoliose sogleich, während der Patient sich noch in Suspension befindet, abgenommen und dann später als Korset getragen wird, bei Kyphose wird die Gypsjacke noch wie früher zu permanentem Gebrauch applicirt und ist nur zu wechseln, wenn das Wachsthum des Patienten die Application einer neuen Jacke erheischt.

G. hofft durch seine Uebersetzung, welche den deutschen Collegen Gelegenheit bietet, eine detaillirte und eingehende Beschreibung des ganzen Verfahrens kennen zu lernen, dazu beizutragen, dass die Sayre'sche Methode nicht, wie es in Deutschland im Allgemeinen bisher der Fall gewesen ist, auf Hospitalpraxis und Polikliniken beschränkt bleibt, sondern sich bei den practischen Aerzten in Stadt und Land einbürgert.

So weit es sich um den Ersatz anderer Apparate durch Sayre'sche Gypsverbände handelt, werden der Hauptsache nach — nach Ansicht des Referenten — immer nur Hospitalpraxis und Polikliniken in Frage kommen können; nach den Erfahrungen, die in Deutschland mit Sayre's Gypsverbänden gemacht worden sind, und auch nach den von Sayre selbst mitgetheilten Fällen sind die therapeutischen Erfolge nicht so erheblich besser als die auf andere Weise zu erreichenden, dass man bei Berücksichtigung der mannigfachen Uebelstände der Gypsverbände dieselben überall anzuwenden versucht würde; der Vortheil der Billigkeit, der ihnen nachgerühmt wird, existirt in Wirklichkeit nur dort, wo die Mühe des Arztes nicht mit in Rechnung gezogen wird, d. h. in Hospitälern und Polikliniken, es bleibt ihnen allerdings der grosse unbestreitbare Vorzug vor allen anderen Apparaten, dass sie überall leicht herstellbar sind, aber bei so ausgebildeten Verkehrsmitteln wie wir sie in Deutschland besitzen, kommt dieser Vorzug bei chronischen Affectionen wie Skoliosen und selbst bei Kyphosen wenig in Betracht, und auch die abnehmbaren Gyps-Verbände, die dem Arzt auf der anderen Seite wieder mehr Mühe machen als die inamovibeln, werden an dem jetzt bestehenden Verhältniss wenig ändern.

Jedem Arzt, der sich eingehender mit der Behandlung der Sko-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liosen und Kyphosen beschäftigen will, kann aber Sayre's Buch, sei es im Original oder noch besser in der Uebersetzung, nicht genug empfohlen werden, es enthält ungemein viel gute practische Winke, der Anfänger wird vor allen Dingen Ausdauer lernen und nicht verzagen, wenn die ersten Verbände nicht gelingen, schaffte doch in Fall XXII — A. Hessler — erst der 5. Verband dem Patienten Erleichterung.

Hinsichtlich der Uebersetzung wäre vielleicht zu erwähnen: (S. 100) „In instances both of lateral curvature and of Pott's disease“ . . . . . müsste wohl eher heissen: „Sowohl in Fällen von lateraler Verkrümmung als auch Spondylitis“, und nicht wie G. übersetzt: „In Fällen von gleichzeitiger lateraler Verkrümmung und Spondylitis“; nicht ganz correct dürfte auch sein: (S. 20) „grosse Mengen eines kothigen zusammenhängenden Gewebes“ für „large masses of sloughing connective tissue“. Fig. 8 der Uebersetzung (Fig. 9 des Originals) ist — wahrscheinlich durch ein Versehen des Setzers — umgekekrt worden.

VII. Prof. Dr. J. Jacobson (Königsberg). Wie hat sich der Militärarzt beim Ersatzgeschäfte den sogenannten contagiösen Augenkrankheiten gegenüber zu verhalten? S.-A. aus der Berl. Klin. Wochenschr. 1883, No. 22. — Ref. Hauptmann-Kassel.

Die vor einigen Jahren von Jacobson auf amtliche Veranlassung hin verfassten Vorschläge zur Verhütung epidemisch auftretender Augenerkrankungen in der Armee, resp. zur Schützung der eingestellten Soldaten vor gefahrvoller Verschlimmerung von Augenleiden, hatte Regierungs- und Medicinalrath Passauer in seinem Generalbericht, „Das öffentliche Gesundheitswesen im Regierungsbezirk Gumbinnen während des Jahres 1881“, zu modificiren und durch andere Vorschläge zu ersetzen versucht. Wir verdanken diesem letzteren Umstande den obigen Aufsatz, in welchem Jacobson neben einer Kritik des Passauerschen Schemas eine weit über das militärärztliche Interesse hinausgehende Darlegung seiner Anschauung der hier in Frage kommenden Conjunctivalerkrankungen giebt. Seinen neuerdings aufgestellten Directiven für die beim Ersatzgeschäft fungirenden Aerzte hat Jacobson folgende Fassung gegeben.

I. Die Aushebung wird verhindert durch 1) acute Blennorrhoe. Diphtheritis, croupöse Conjunctivitis; 2) chronische Blennorrhoe; 3) schwere chronische Katarrhe mit Schwellung der Uebergangsfalte und vermehrtem Secret; 4) alle Fälle von Conjunctivitis follicularis, die entweder schon lange Zeit bestanden oder einen hohen Grad erreicht haben, — zu letzteren müssen ausnahmslos diejenigen gerechnet werden, die beim Ectropioniren des oberen Augenlides kuglige Erhebungen aus der Uebergangsfalte zu Tage treten lassen; 5) Conjunctivitis granulosa, charakterisirt durch graugelbe oder grauröthliche Erhebungen am convexen Rande der oberen Tarsal-Conjunctiva, auch wenn in der übrigen Conjunctiva noch keine folliculären Hypertrophien oder Neubildungen nachweisbar sind.

II. Die Aushebung wird gestattet bei 1) acuten und chronischen, mässig secernirenden Katarrhen; 2) sogenannten primären Granulationen, d. h. vereinzelten, geschwellten Follikeln; 3) den quer-ovalen, froschlaichähnlichen, blassen durchscheinenden Follicularhypertrophien im unteren Uebergangstheile; 4) den kurz gestellten Prominenzen der äusseren Commissur; 5) leichten Fällen von Conjunctivitis follicularis mit normaler oberer Uebergangsfalte, soweit dieselbe der Untersuchung zugänglich ist.

Verfasser begründet seine Directiven in nachstehender Weise.

Motive. ad I. 1) Alle drei Entzündungen sind exquisit ansteckend, machen dienstunfähig, erfordern für lange Zeit strenge Behandlung. 2) Ist ansteckend, wird durch den Dienst verschlimmert, ist schwer und nur sehr langsam heilbar. 3) Wahrscheinlich auch ansteckend, jedenfalls sehr hartnäckig und sicher zu verschlimmern durch Aufenthalt in Kasernen, durch Märsche auf fauligem Terrain, bei scharfem Windo etc. 4) und 5) Sicher ansteckend, sehr schwer und langsam heilbar, vielmehr noch als No. 3 durch dienstliche Schädlichkeiten zu verschlimmern und dann nicht ohne Gefahr für Einbusse an Sehvermögen.

ad II. 1) Können durch kurze Behandlung im Lazarethe oder Revier sicher und schnell geheilt oder ihres contagiösen Charakters entkleidet werden, während sie sich bei der Feldarbeit, der Arbeit in der Fabrik etc. verschlimmern. 2) und 3) Haben an sich nichts zu bedeuten; sind sie ausnahmsweise erste Zeichen folliculärer Conjunctivitis, so kommt man zeitig genug zur Entlassung der Kranken. 4) Sind nicht contagiös. 5) Können vorzugsweise im Lazareth behandelt werden und werden oft schnell heilen. Lässt man die Kranken unter ungünstigen Verhältnissen arbeiten und umherlaufen, so wird man sie sicher bei der nächsten Aushebung verschlechtert wiedersehen. Weitere Verbreitung ist bei einiger Isolirung nicht zu befürchten.

Mit Rücksicht auf diejenigen, welche die Granulationen für eigenartige Neubildungen erklären, hat Jacobson hier die Bezeichnungen Conjunctivitis follicularis und Conjunctivitis granulosa getrennt beibehalten. Seiner eigenen Auffassung nach sind die beiden Krankheitsprocesse gleicher Natur und unterscheiden sich nur dadurch, dass der eine gegen den Tarsus hin in die Tiefe greift, der andere innerhalb der Conjunctiva abläuft und sich nach der Oberfläche ausdehnt. —

Passauer hat hierauf in No. 31 und 32 ders. Wochenschr. mit einer „Replik“ erwidert, welche die Ueberschrift „Zur Klärung der Lehre von den contagiösen Augenentzündungen“ trägt. Wie wenig der Inhalt derselben einer „Klärung“ entspricht, hat Jacobson in einem weiteren Aufsatz, „Meine Directive für die Aushebung augenkranker Militärpflichtiger gegen Herrn Regierungs- und Medicinalrath Passauer vertheidigt“ (in No. 37 und 38), mit zwingender Logik dargethan. — Die sich über 29 Spalten verbreitende Polemik weiter zu verfolgen ist hier nicht der Ort.

VIII. Ph. Schech, Die Tuberculose des Kehlkopfes und ihre Behandlung. Sammlung klin. Vorträge, herausgegeben von R. Volkmann, No. 230. Leipzig 1883. Breitkopf und Härtel. Ref. Maximilian Bresgen, Frankfurt (Main).

Als Ausgangspunkt und einzige Ursache sämmtlicher Veränderungen bei Larynxphthise — seien sie nun entzündlich-hyperplastischer oder ulcerös-destructiver Natur — sieht Verf. die tuberculöse Infiltration der Schleimhaut an. So sehr Verf. auch die Ansicht vertritt, dass der Larynx früher als die Lunge tuberculös werden könne, so wenig konnte er sich davon überzeugen, dass es eine local bleibende Kehlkopftuberculose gebe. Die unter dem Epithel sich bildende, nach der Tiefe fortschreitende tuberculöse Infiltration kann durch fibröse Umwandlung heilen oder käsig entarten und zerfallen. Die früher schon vom Verf. vertretene Behauptung von der Gleichseitigkeit der Larynx- und Lungen-Erkrankung wird auf Grund der seitherigen Erfahrungen festgehalten (vergl. darüber auch Schäffer, in dieser Wochenschrift 1883 No. 21. 22. 23). Eingehend bespricht Verf. die Localisation der Tuberculose im Kehlkopfe und die verschiedenen Bilder, welche sie an den einzelnen Orten hervorruft. In diagnostischer Beziehung macht Verf. darauf aufmerksam, dass zur Feststellung der Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Syphilis zuweilen eine vorsichtig geleitete antisyphilitische Kur nöthig sei (Ref. möchte unter Hinweis auf Bidder's Arbeit in d. Berliner klin. Wochenschrift 1883 No. 44. 45. 47. ganz besondere Vorsicht bei Einleitung einer Jodkalikur empfehlen). In prognostischer Hinsicht ist festzuhalten, dass, wenn auch im Allgemeinen Heilungen selten sind, solche unzweifelhaft doch vorkommen. Eine andere Frage ist es, ob auch die Lungentuberculose zur Heilung gelangt. In therapeutischer Beziehung empfiehlt auch Verf., die Kranken selbst bei der kälteren Jahreszeit nicht an's Zimmer zu fesseln, streng hygienisches Verhalten, Lungengymnastik. Die locale Behandlung besteht, ausser in täglich mehrmaligen Inhalationen von 2procentiger Karbolsäure oder in Perubalsam nach M. Schmidt, in Einblasungen von Borsäure; auch häufige Anwendungen einer 1procentigen Kreosotmischung mit Spiritus und Glycerin erweist sich als vortheilhaft. Jodoform hat wohl gute Wirkung, aber keine Vorzüge vor der Borsäure. Oedeme werden mit Scarificationen am vortheilhaftesten behandelt. Bei Erstickungsgefahr kommt die Tracheotomie in Betracht.

IX. Der Cholera-Bacillus ist durch Dr. Carter in Bombay, dem bekanntlich gleichzeitig mit R. Koch die Uebertragung der Obermeier'schen Spirochaete vom Menschen auf den Affen gelang (siehe diese W. 1879 S. 189), nach der Methode Koch's in frischen Cholera-dejectionen am 2. Mai dargestellt und zahlreichen Aerzten demonstrirt worden. Ebenso hat Dr. Weir, der ärztliche Sanitätsbeamte von Bombay in Brunnenwasser, welches von Cholerakranken benutzt war, „Bakterien“ gefunden, analog dem von Koch entdeckten Bacillus, und er beabsichtigt sie auf Nährgelatine zu cultiviren. Dr. Balfour hat, selbstverständlich trotz Dr. Weir's Widerspruch, von diesem Wasser getrunken mit negativem Erfolge. Lancet bewundert den Muth Dr. Balfour's, nennt seine Handlungsweise aber unklug. Wir möchten die Frage hinzufügen ob Dr. B. denn meinte, der negative Erfolg, den er bei sich constatirte, solle irgend etwas beweisen.?

X. Dreizehnter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

IX.

(Fortsetzung aus No. 23.)

Vierter Sitzungstag Sonnabend den 19. April 1884.

Morgensitzung im Amphitheater der königl. chirurg. Universitätsklinik Ziegelstrasse 5/9 10—1 Uhr.

Zunächst stellte im Anschluss an die gestrige Discussion Herr Volkmann einen Knaben vor, an dem er vor 3 Jahren die Resectio coxae gemacht hatte. Der Knabe hinkt etwas, hat aber im v. J. schon eine grosse Fusswanderung unternehmen können. Die Beweglichkeit nach aussen ist eine sehr gute, der Knabe kann sich sehr gut hinsetzen, was bei einer Ankylose im Hüftgelenk eben nicht möglich ist. Und dabei waren hier

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tiefe Eiterungen vorhanden, sonst lässt sich noch eine vorzüglichere Beweglichkeit erzielen.

Herr Uhde (Braunschweig) erinnert an einen Fall, bei dem Exc. von Langenbeck vor vielen Jahren die Resection der Hüfte gemacht hat; der Pat. damals Student wurde Arzt und lebt heute noch im Berufe; es hatte sich um acute Osteomyelitis gehandelt.

In der sich nun anschliessenden Discussion über den Vortrag des Herrn Julius Wolff über Klumpfussbehandlung ergreift zunächst Herr Volkmann das Wort. Er vermisst bei den vorgestellten sehr schönen Fällen die Differentialdiagnose zwischen paralytischem und congenitalem Klumpfuss; zwischen beiden bestehe ja ein ausserordentlicher Unterschied. Beim paralytischen Klumpfuss prävalirt die Equinusstellung, die Adduction ist mässig, ebenso die Supination, die Fusssohle ist gar nicht geknickt. Die Fixation in abnormer Stellung beim congenitalen Klumpfuss ist eine bedeutend festere; die Widerstände, welche der Graderichtung entgegenstehen, sind ungeheuer viel grössere, wie beim paralytischen, der ja auch verschiedene Grade zeigen könne. — Die Methode der brüsken Reduction, wenn sie auch augenblicklich auffallende Resultate ergiebt, sichert doch nicht vor Recidiven; sonst müsste man ja von Gesellschaftswegen gegen alle diejenigen einschreiten, die den Talus ausmeisseln. Die Recidive des Klumpfusses haben eben ihren Grund in der angegebenen Neigung, in die alte perverse Stellung immer wieder hineinzuwachsen, was Herr Wolff, der genaue Kenner des Knochenwachsthums ja wohl zugeben würde. — Wenn nun aber Herr Wolff meine, ohne Infractionen bei seinem Redressement auszukommen, so möchte V. fragen: auf welche Kosten werde denn die Stellungsänderung bewirkt? Ohne Infractionen, Fracturen par écrasement ginge es doch eben nicht. So schön also auch die erzielten Erfolge sind (und selbst für den paralytischen Klumpfuss seien sie vorzüglich), so würde V. doch das allmähliche Redressement dem gewaltsamen vorziehen, amicus Wolffius, magis amica veritas.

Herr J. Wolff entgegnet, dass er jedesmal streng zwischen paralytischem und congenitalem Klumpfuss unterschieden habe, und dass in zweifelhaften Fällen von Herrn Dr. Mendel die Prüfung auf Entartungsreaction vorgenommen worden sei.

Was zunächst die vorgestellten Fälle von paralytischem Klumpfuss betrifft, so haben die vorgelegten Gypsabgüsse gezeigt, dass es sich keineswegs um leichte, sondern theilweise um die allerschwersten Fälle gehandelt hat. Der erwachsene Pat. sei ja vorher auf der Dorsalgegend der Fusswurzelknochen mit gerade nach hinten gerichteter Fussspitze aufgetreten.

Hätte es sich aber auch blos um paralytische Fälle gehandelt, so würde dies garnicht so viel ausmachen. Denn so gross auch die Unterschiede zwischen paralytischem und congenitalem Klumpfuss sind, so hat man doch bisher gerade in therapeutischer Beziehung wenig Unterschied zwischen beiden gemacht. Die schweren paralytischen Fälle sind ganz ebenso wie die congenitalen mit Schienen, Gypsverbänden und operativen Eingriffen behandelt worden. U. A. haben Davy, Koenig, Schede und W. Busch (letzterer sogar bei einem 2 jährigen Kinde) keilförmige Resectionen bei paralytischem Klumpfuss vorgenommen.

Nun habe aber der Vortr. keineswegs blos paralytische Fälle vorgestellt. U. A. habe es sich gerade bei dem ältesten Patienten von denjenigen 5, die bereits ohne jeden Verband normal umhergingen, um einen sehr schweren congenitalen Fall gehandelt. (Der Pat. wurde gegen Schluss der Sitzung wieder herbeigeholt und nochmals vorgestellt.) Trendelenburg habe diesen Fall gleich nach der Geburt des Kindes vor 10 Jahren gesehen, und nach 9 Monaten die Tenotomie der Achillessehne gemacht. Trotz aller Sorgfalt der Eltern sei der Knabe bis Juni v. J. mit hochgradig supinirtem Fuss in einem Schienenstiefel äusserst schlecht gegangen.

Für ältere als 12 jährige Individuen spreche der Vortr. ja allerdings vorläufig nur eine Hoffnung aus, dass auch hier sein Verfahren noch anwendbar sei.

Freilich sei die Fertigstellung des Verbandes bei congenitalen Klumpfüssen sehr viel schwieriger. Hier habe er öfters während der ersten 8—12 Tage zwei-, drei- selbst viermal sehr durchgreifende Aenderungen an den Wasserglasverbänden (Aussägen grosser keilförmiger Stücke aus dem Wasserglasverband u. dergl. m.) vornehmen müssen. So oft er aber auch geändert habe, niemals habe er sich eher beruhigt, als bis schliesslich das Auftreten mit der vollen Planta in voller Abductionsstellung gelungen sei.

Es sei dem Vortr. keineswegs in erster Reihe darauf angekommen, überall, wie Herr Volkmann meint, gegen die operativen Eingriffe Stellung zu nehmen, wenigstens nicht bei congenitalem Klumpfuss von Individuen über 12 Jahren. Er bestreite garnicht, dass es hier rebellische Fälle geben mag, bei denen man zu seiner Redressementsmethode einen operativen Eingriff noch werde mit zu Hülfe nehmen müssen.

Ihm sei es bei der Demonstration auf etwas ganz anderes angekommen, nämlich darauf, zu zeigen, dass es gegenüber dem gewöhnlich geübten durch Monate und Jahre fortgesetzten allmäligen Redressement nöthig sei, gleich in der ersten Behandlungszeit, sei es mit oder ohne Operation, ein vollkommenes Redressement, und alsdann sofort mit Hülfe eines zierlichen, leichten und unverwüstlichen Verbandes die Function unter normalen statischen Verhältnissen zu erzielen.

Er habe durch seinen Vortrag über das Transformationsgesetz der Knochen nachgewiesen, dass die innere Architectur sämmtlicher Fussknochen beim Klumpfuss eine völlig veränderte sei, und dass bei jeder Veränderung der statischen Verhältnisse der Extremität die Architectur entsprechende Umwandlungen erfährt.

Alle Umwandlungen der Architectur nun, die bei unvollkommenem Redressement geschehen, sind für den Kranken nutzlos, und geben nur Anlass zu immer neuen Recidiven, während andrerseits, sobald der Fuss bei normaler Stellung functionirt, die Wiederherstellung der normalen inneren Architectur, die das Haupterforderniss der wirklichen Heilung des Klumpfusses ist, vor sich geht. (Orig.-Ref.)

Hierauf zeigte Herr Leisrinck (Hamburg): Torfmoosfilzplatten; er erinnerte daran, dass im vorjährigen Congress seine Torfmooskissen von Herrn Hagedorn demonstrirt wurden und nach dessen eigner Erfahrung aufs Wärmste empfohlen werden konnten. Herr L. constatirt nun heute mit Befriedigung, dass die Torfmoosverbände sich einer recht weiten Verbreitung erfreuen und dass eine grössere Anzahl Chirurgen dauernd mit ihnen zufrieden sind. Für diejenigen Herren, welche die Torfmooskissen noch nicht kennen, waren eine Anzahl derselben ausgestellt, zugleich auch die zur Tamponade der Vagina benutzten Torfmoosschläuche.

Schon bei den ersten Versuchen, welche Herr L. mit den Torfmooskissen anstellte, kam er auf den Gedanken, ob es nicht möglich wäre, das Torfmoos gleichsam in concentrirter Form als Platten verwenden zu können. Ende vorigen Jahres begann er in Gemeinschaft mit dem Apotheker Dr. Mielk die Versuche, im Anfange allerdings nur mit geringem Erfolge, weil dazu altes, schon einmal getrocknetes Moos verwendet wurde. Die erzielten Platten waren hart, nicht anschmiegsam und liessen auch in der Aufsaugungsfähigkeit Vieles zu wünschen übrig. Erst als frisches Moos benutzt wurde, gelang es, Platten herzustellen, welche an guten Eigenschaften nichts zu wünschen übrig liessen. Versuche, welche an Operirten gemacht wurden, fielen durchaus günstig aus, und nun setzte sich L. mit einem Fabrikanten in Verbindung, um die Torfmoosfilzplatten mit Hülfe von Maschinen herzustellen. Er fand in der Person des Herrn Marwede in Neustadt, der als Fabrikant von Torfstreu so recht im schönsten Moose sitzt, die geeignete Hülfe und ist heut im Stande Platten vorzulegen, welche nach einer Reihe von Versuchen dringend empfohlen werden können.

Was nun zunächst die Bereitung der Platten anlangt, so ist dieselbe eine sehr einfache. Das frisch gesammelte Moos wird verlesen, gewaschen und nun gleichsam in Wasser geschlemmt, verfilzt und unter die Presse gebracht. Je nachdem grössere oder geringere Mengen Mooses verwendet werden, entstehen dickere oder dünnere Platten, und bei stärkerem, oder geringerem Druck, harte oder weiche Platten. — Neuerdings sind dann noch sublimatisirte Platten dadurch hergestellt worden, dass der getrocknete Filz mit einer $^1/_2$ Proc. Sublimatlösung getränkt wurde.

Von den weichen Platten, welche die eigentlichen wundsecretaufsaugenden sind, werden 3 verschiedene Dicken hergestellt, solche von 7 mm, von 15 mm, von 20 mm, von den harten Platten 2 Dicken, von 15 und 20 mm. Diese letzteren, die harten Platten leisten zu festen Verbänden bei complicirten Fracturen, Gelenkresectionen etc. benutzt, ganz vorzügliche Dienste. Mit einem Messer oder einer starken Scheere kann man aus den harten Platten im Augenblicke Schienen von jeglicher Gestalt herstellen, welche sich gut anlegen und mit einer gestärkten Binde dem Körpertheile angepasst, vollkommen feste Verbände ergeben; diese harten Platten könnten wichtig für die Kriegschirurgie werden. Was nun die Aufsaugungsfähigkeit der weichen Platten anlangt, so ist dieselbe fast ganz so gross, wie die einer entsprechenden Gewichtsmenge des losen Mooses. Vergleichende Experimente haben ferner ergeben, dass die Aufsaugung bei den Platten früher beginnt, als bei den Kissen. Last, not least sind die Preise der Platten ungemein niedrig, nur unwesentlich höher, wie jetzt diejenigen des losen Mooses, ungefähr gleich mit denjenigen der Mooskissen. Es werden einstweilen Platten von 1 Meter Länge und $^1/_2$ Meter Breite angefertigt, also von $^1/_2$ Quadratmeter Grösse. Bei Bezug von 10 Platten von dem Fabrikanten Marwede in Neustadt a/Rübenberge stellen sich die Preise:

der	7 mm dicken, weichen Platten auf		30 Pfg.	
„	15 „ „ „ „	1 Mk.	90 „	
„	20 „ „ „ „	1 „	65 „	
„	15 mm dicken, harten Platten auf	1 „	30 „	
„	20 „ „ „ „	1 „	65 „	

Die sublimatisirten Platten sind je 10 Pfg. theurer.

Was nun die Vortheile dieser Moosfilzplatten anlangt, so sind dieselben nicht unerheblich. Vor Allem tritt mit Anwendung der Platten eine Arbeitsersparung ein, welche in grossen Hospitälern und im Kriege gewiss nicht gering ist. Das Einnähen des Mooses in Kissen ist eine recht grosse Arbeit und eine Arbeit überdies, bei der unreine Finger recht üble Folgen nach sich ziehen können. Die Platten dagegen sind schon durch ihre Herstellung durchaus rein und sauber, und wenn man die sublimatisirten Moosfilze anwendet, hat man ein so energisch desinficirtes Verbandmaterial, dass es gewiss allen Anforderungen der Antisepsis entspricht. Die Anhäufung der verschiedenen Grössen und Dicken der Kissen, welche bisher nöthig war, fällt weg, da, wie schon bemerkt, der Chirurg jeder Zeit aus den Platten das, was er beim Verbande braucht, schneiden kann.

Ebenso eignen sich die Platten ausgezeichnet zur Anwendung von nassen antiseptischen Verbänden, zur Anlegung von heissen Wasserumschlägen und überall da, wo es darauf ankommt, Flüssigkeiten in grössern Mengen aufzunehmen, also nach Verbrennungen, beim Decubitus, bei Incontinentia urinae etc.

Hierauf demonstrirte Herr Busch (Berlin) ein Präparat einer Hernia cruralis diverticuli intestinalis. Der 53j. Mann hatte wegen eines kleinen beschwerdelosen, stets reponirbaren Bruches in der rechten Cruralgegend stets ein Bruchband getragen. Zu Anfang des Monats empfand er heftige Schmerzen, reponirte wiederum den herausgetretenen Bruch; indessen die Schmerzen steigerten sich; das Abdomen schwoll an, es trat eine bedeutende Peritonitis ein. Als der Pat. in's Hospital kam, war in der Cruralgegend keine Vorlagerung zu fühlen, auch befand sich Pat. in einem so desolaten Zustande, dass an einen Eingriff nicht zu denken war; nach 5 Stunden starb der Pat. Bei der Section zeigte sich die Abdominalhöhle von Faecalmassen erfüllt, rechts am Cruralring lag ein kleiner leerer Bruchsack, etwa wie ein Daumenhandschuhfinger. Ein kleiner Divertikel sass am Dünndarm 75 cm. oberhalb des Coecum, das nicht gangränös, also auch nicht eingeklemmt war. Grade an der Basis, wo dasselbe vom Darme entsprang, befand sich eine kleine Perforation, wahrscheinlich hat der Divertikel im Cruralring gelegen, war durch das Bruchband gegen denselben angepresst und durch dieses letztere war ein kleines Decubitusgeschwür entstanden, welches die tödtliche Peritonitis veranlasst hat. Bekanntlich

Generated on 2018-08-12 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

sind die Divertikelhernien selten und darum das Präparat wohl der Demonstration werth. Pauly (Posen).

(Fortsetzung folgt.)

XI. Journal-Revue.

Innere Medicin.

2.

Klinische Studien über Transsudationsprocesse im Organismus. Von Prof. Dr. Runeberg.

Ueber den Eiweissgehalt der Ascitesflüssigkeiten. Deutsches Archiv für kl. Med. 1883. 34/1.

Fünf Krankheitsgruppen sind es, welche erfahrungsgemäss am häufigsten zu Transsudation in die Peritonealhöhle Veranlassung geben:

1) Allgemeine Hydrämie, bedingt durch verschiedene Primär-Erkrankungen.

2) Portalstase (Cirrhosis hepatis, Stenosen im Gebiet der Vena portae).

3) Allgemeine venöse Stase. (Herzfehler, Emphysem.)

4) Carcinose des Peritoneums.

5) Einfache oder tuberculöse Entzündungen des Peritoneums.

Obgleich der Albumingehalt und die Farbe des peritonealen Transsudates resp. Exsudates theils von den Capillargebieten, in denen die Ausscheidung vor sich geht, theils von der Gegenwart oder Abwesenheit von entzündlichen Vorgängen in den Gefässwandungen abhängt; obgleich ferner Beschaffenheit und Eiweissgehalt des Blutes, Alter des Transsudates, Spannung in demselben, Resorptionsverhältnisse eine wesentliche Rolle spielen, so kann man doch schon aus der Farbe, dem spec. Gewichte und dem Eiweissgehalte in vielen Fällen brauchbare Schlüsse ziehen. Selbst das Zusammenwirken mehrerer Processe dürfte unter Umständen noch richtig erkannt werden.

Das Transsudat bei einem rein kachectischen Ascites hat immer ein helles, fast farbloses oder ganz schwachgelbes Aussehen und eine dünnflüssige Beschaffenheit, opalescirt mehr oder weniger. Die Opalescenz beruht nach Hoffmann's Ansicht (Virchow's Archiv) auf eine Modification des Eiweisses. Es enthält nur wenig geformte Bestandtheile, keine rothen Blutzellen. Den Eiweissgehalt, nach Scherer's Methode geprüft, fand Runeberg im Mittel = 0,21 Proc., Maximum = 0,41, Minimum 0,03 Proc.

Bei einer Portalstase hat das Transsudat je nach dem verschiedenen Albumingehalt ein recht wechselndes Colorit. Ist der Eiweissgehalt gering, so gleicht es einem rein kachetischen Transsudate mehr oder weniger, wird aber nie so vollkommen farblos, oder so stark milchig, wie ein solches bisweilen sein kann. Bei grösserem Eiweissgehalte wird es stärker citronengelb bis strohgelb, klar. Weisse Blutkörperchen kommen in mässiger Menge vor, auch rothe Blutzellen fehlen nicht.

Der Eiweissgehalt betrug nach Runeberg im Mittel 0,97 Proc. (Maximum 2,68 — Minimum 0,37 Proc.). Das Transsudat bei allgemeiner Stase ist dunkler, bisweilen etwas bräunlich, enthält in grösserer Menge rothe Blutzellen; der Eiweissgehalt ist ein grösserer, im Mittel 1,67 Proc. (schwankend zwischen 2,30—0,84 Proc.). Das Transudat bei Carcinoma peritonei enthält gewöhnlich geformte Bestandtheile in grösserer Menge, und kann dadurch ein trübes, graues, schmutziges Aussehen gewinnen. Durch Sedimentiren kann die Flüssigkeit klar werden, gelben oder bei hämorrhagischen Zuständen röthlichen Farbenton annehmen. Im Bodensatz findet man neben mehr oder weniger reichlichen weissen und rothen Blutkörperchen: vacuolenhaltige, aufgequollenen Endothelzellen gleichende, Gebilde in reichlicher Menge. Ist Fibrin vorhanden, so coagulirt es in zerstreuten ganz losen Flocken. Der Eiweissgehalt solcher Flüssigkeit betrug nach Verfassers Untersuchungen im Mittel 3,51 Proc. (Max. = 5,4 Proc., Minim. = 2,7 Proc.).

Der Erguss bei einfacher chronischer Peritonitis ist klar, citronengelb, etwas dickflüssig, enthält reichlich weisse Blutzellen, rothe soviel, dass man sie im Bodensatz erkennen kann, Fibrinflocken.

Den Eiweissgehalt bestimmte Runeberg in einem allerdings complicirten Falle auf 3,71 Proc.

Aus dem Procentgehalte an Eiweiss lassen sich nach Runeberg folgende Schlüsse ziehen:

0,3 Proc. Eiweiss und darunter bedeutet immer einen rein hydrämischen Ascites.

0,3—0,5 Proc. hydrämischen Ascites bei weniger starker Hydrämie, beginnender Resorption; Portalstase bei hochgradiger Hydrämie, ebenso allgemeine Stase bei starker Hydrämie.

1—1,5 Proc.: Portalstase; allgemeine Stase bei mässiger Hydrämie.

1,5—2 Proc.: Allgemein venöse Stase; Portalstase bei altem Transsudate, mangelnder Cachexie und beginnender Resorption.

2—2,5%: Allgemein venöse Stase, bei gutem Ernährungszustande. Portalstase in Ausnahmefällen. (Alte Transsudate, Resorption.)

2,5—3%: Carcinomatöse und entzündliche Transsudate bei hochgradiger Cachexie; Portalstase, venöse Stase in seltenen Fällen.

3,0—4,5%: Carcinomatöse und entzündliche Peritonealleiden bei allgemeiner Cachexie.

4,5—6%: Entzündliche Processe im Peritoneum bei gutem Ernährungszustande; carcinomatöse Peritonitis bei altem Erguss, mit starker Spannung.

Wem die Scherer'sche Methode noch zu umständlich, der kann sich der von Runeberg empfohlenen Wägung des bei 110° C gewonnenen Trockenrückstandes bedienen. Von dem gewonnenen Gewichte werden für entzündliche Transsudate 1,18%, für nicht entzündliche 1,07% (empirisch gefunden) in Abzug gebracht.

Für die Practiker dürfte allerdings die Bestimmung des specifischen Gewichtes, wie sie Reuss vorschlägt, und welche Runeberg ebenfalls anführt, bequemer sein. Man bedarf dazu nur einer guten Senkwage oder eines Picnometers und muss die Wägung erst 12 Stunden nach der Entleerung vornehmen. Nach Reuss enthält z. B. ein Transsudat von 1008 spec. Gewicht 0,2% Albumen, von 1010 = 1%, von 1015 = 2,8%; 1020 = 4,7%; 1025 = 6,6% u. s. w.

Auf die verschiedenen Details der umfassenden Arbeit, auf die Ab- und Zunahme des Eiweissgehaltes unter verschiedenen Verhältnissen, nach Punction, Besserung des Allgemeinbefindens, auf die vergleichenden Tabellen der verschiedenen Transsudate in verschiedenen Höhlen, auf den Eiweissgehalt der Vesicatorblasen im Verhältniss zum Eiweissgehalt des Blutes und der Transsudatflüssigkeiten wollen wir noch besonders aufmerksam machen. Buchwald.

Arzneimittellehre.

8.

Kairin als Antipyreticum. Beobachtungen aus dem städtischen Krankenhause zu Nürnberg von Dr. Gottlieb Merkel. Deutsches Archiv für kl. Med. 1883. 34, I.

Verfasser berichtet über 19 Fälle, welche in ihrem ganzen Verlaufe mit Kairin (A) behandelt wurden. Die Kranken litten an Phthise (3), Pneumonie (3), Pleuritis, Endocarditis, Anämie, Scarlatina (je 1), Typhus abdominalis (9).

Das Mittel wurde so verabreicht, dass am Morgen bei der ersten höheren Temperatur 1 gramm, und dann je nach der Tiefe des Abfalls 1,0 oder 0,5 stündlich weiter bis zur Entfieberung in Kapseln gegeben wurde. Deutete Frösteln oder die Messung eine neue Fiebersteigerung an, sucht man diese durch 1 gramm Dosen zu verhüten. Die geringste Tagesdosis war 2,75 gramm, die höchste 12,5 gramm. Merkel bestätigt im Wesentlichen die Angabe Fihlene's bezüglich der starken antipyretischen Wirkung, wie es auch andere Autoren: Riegel, Riess, Guttmann, Hallopeau, Freymuth und Pölchen u. A. gethan haben. Die Tiefe des Temperaturabfalles hängt aber nach seinen Erfahrungen nicht von der Grösse der Dosis allein, sondern auch von der Constitution des Patienten und der Natur der Erkrankung ab. Schwere Collapse, wie sie andere Autoren beobachteten, und unangenehme Nebenerscheinungen wurden im Allgemeinen nicht wahrgenommen.

Zur Kairinbehandlung eignen sich continuirliche Fieberzustände, bei denen Herz und Lunge nicht in erster Linie belastet sind; die Pneumonie ist demnach keine geeignete Krankheit zu Kairinversuchen (Seifert, Riegel, Merkel); Ob das mächtige Antipyreticum sich in der Praxis einbürgern wird, bleibt noch sehr zweifelhaft, wie auch Merkel erwähnt. Andauernde Ueberwachung und Messung, hoher Preis trotz der jüngsten Preisreductionen (50—60 Pf. pro gramm), schlechter Geschmack verhindern oder erschweren wesentlich die allgemeine Verwendung.

Ein Typhuskranker würde, wenn man die Antipyretica um jeden Preis will, durchschnittlich täglich für 3—4 Mark Kairin verbrauchen. Da Kairin nach den bisherigen Untersuchungen auf den Krankheitsverlauf ferner keinen Einfluss auszuüben scheint, so wird der practische Arzt sich vorläufig noch an die gebräuchlichen Antipyretica (Chinin, Salicylate, Bäder) zu halten haben. Buchwald.

Unna P. G. Das Ichthyol bei inneren Krankheiten. Deutsche Medicinalzeitung 1883. No. 17.

Der Schwerpunkt der Verwendung des Ichthyols liegt in der Behandlung des acuten und chronischen Gelenkrheumatismus. Bei frischen acuten Fällen pinselt U. sämmtliche befallene Gelenke täglich zweimal mit 10procentiger Ichtyolvaseline, mit nachheriger Watteeinwickelung ein. Bei chronischen, auch ganz veralteten Gelenkrheumatismen nimmt U. stärkere Ichthyolmischungen: 20, 30, ja 50procentige; bei ganz torpiden Formen ist sogar die Einreibung mit Ichthyolum purum zu empfehlen, dies allerdings täglich nur einmal. Nach der Einrei-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bung Einwickeln der Gelenke in Watte; vor jeder neuen Einreibung Abwaschung mit Wasser und Seife. Daneben innerlich Salicylsäure, äusserlich Massage, Loh- und Sandbäder. Bei alten Gelenksteifigkeiten der Pferde war der Erfolg von Ichthyoleinreibungen ein frappanter.

Beim Menschen hörten unter Ichthyol-Gebrauch die Gelenkschmerzen rasch auf, die Verdauung blieb intact.

Bei rheumatischen Schmerzen der Kopfschwarte empfiehlt U. zweimal täglich auf die dann mit Watte umhüllte Kopfhaut mittelst Schwämmchen, Tropfglas oder Spray: „Ichthyoli puri 10,0 Ol. Ricini 20,0. Spirit. 100,0“. Durch einen Zusatz von Cumarin und Vanillin ist der Geruch erheblich zu bessern. Eclatante Wirkung hat U. bei ganz frischem, mit starker Secretion anhebendem Schnupfen und bei mit Secretion einhergehenden Katarrhen des Larynx und der Trachea gesehen. Hier lässt U. inhaliren, und zwar mischt er einen Esslöffel Ichtyol mit ein bis zwei Liter Wasser und erhält Letzteres in einem gewöhnlichen Topfe oder Kessel auf einer Flamme in langsamem Kochen. Man hat nur für einen reichlichen Ueberschuss an Wasser in dem Topfe zu sorgen, da sich das Ichthyol allein erhitzt, unter Abscheidung von H_2SO_3S. etc. zersetzt. Beginnenden Schnupfen hat U. durch einmalige Inhalation von 10—15 Minuten Dauer öfter coupirt. In einem Falle beginnender Phthisis laryngis grosse subjective Erleichterung bei fortgesetzten Inhalationen. Bei Angina cat., follic., beginnender phlegmon. Angina stündl. Pinselung obiger Tinctur oder Spray als: Ichth. 5,0 Aeth., Spir. āā 50,0 MDS. Stündlich eine Bespritzung des Rachens. Bei letzterer Affection glaubt U. hierdurch den Mandel-Abscess ebenso coupiren zu können, wie den beginnenden Furunkel durch Schwefelsalben. Bei Ang. diphth. dieselbe Therapie; ist Anämie der Rachenorgane da, so besser Kampherspiritus allein zu verwenden.

Beim specifischen Katarrh der Urethra hat U. in mehreren Fällen — ausser einer Linderung der Schmerzen in den ersten Tagen — von einer wässrigen 1 proc. Emulsion keinen besonderen Nutzen gesehen.

Auf höhere Parasiten, besonders thierische der Haut, so den Acc. scabiei, wirkt Ichthyol deletär ein. Deshalb räth U. zu Versuchen mit I. gegen die Parasiten des menschlichen Darmkanals, manche Parasiten unserer Zugthiere und Pflanzen (besonders des Weins).

Somit bezeichnet U. das Ichthyol als Antirheumaticum ersten Ranges, was schon wegen des hohen Schwefelgehalts nicht in Erstaunen setze. Daneben wird es als Anticatarrhalicum manchmal gut zu verwenden sein. Störend ist nur die häufig auftretende Nebenwirkung der localen und allgemeinen Hyperidrosis. Diese — durch Verlegung der Schweissporen — und nicht artefiicielle Eczeme, wie von Anderen irrthümlich berichtet wird, ruft Ichthyol hervor. Zu vermeiden ist dies durch starke, oft wiederholte Einpuderung der eingepinselten Stellen oder durch Vermeidung aller das Schwitzen vermehrenden Umhüllungen (Watte, Guttaperchapapier) oder durch Mischen des Ichthyols mit Mitteln, welche die Hornschicht milde maceriren, etwa Kalkpräparate, z. B. Ichthyoli 10,0 Ol. oliv. Aq. calc. āā 100,0 MDS. Umzuschütteln. Intercurrent sind warme Bäder von Lohe oder weissem Bolus mit Zusatz von etwas Soda am Platze. Falsch wäre es, in Fällen, wo derartige Erscheinungen von Hyperidrosis sich zeigen, mit der starken Concentration des Ichthyols fortzufahren, sonst erzeugt man allerdings ein Eczem künstlich.

Noch zwei practische Bemerkungen U.'s, die er hier gelegentlich der Schwefelbildung bei Rheumatismen macht, mögen hier Platz finden. Bei armen mit chronischen Gelenkrheumatismen Behafteten sind Stücke von geschwefelten wollenen Strümpfen, beständig über den befallenen Gelenken zu tragen, sehr zu empfehlen. Die Strümpfe werden dazu in einem Kistchen befestigt, welches man über etwas Schwefelpulver auf den noch heissen Heerd stülpt. Bei zwei Gichtkranken hat U. wesentliche Erleichterung der Schmerzen durch Einpackung der kranken Gelenke in 10proc. Kampherchloralsalben-Mull (zu beziehen durch P. Beiersdorf, Hamburg, Mühlenstr. 22, der die Salbenmulle und Guttaperchapflaster-Mulle nach Unna's Angaben in sehr schöner und empfehlenswerther Qualität liefert; Anm. d. Ref.) beobachtet. Pauly-Berlin.

XII. Der Bacillus der Tuberculose in Amerika.

In der 35. Jahresversammlung der amerikanischen medicinischen Gesellschaft, Washington 6.—9. Mai 1884, kam auch die Frage der Tuberculose zur Verhandlung, und zwar auf Grund eines Referates von Dr. H. F. Formad. Nach den früheren Arbeiten dieses Referenten auf anderen Gebieten hätte man in der That etwas Besseres erwarten können, als er der Versammlung darbot, und sogar die amerikanischen Zeitschriften, z. B. Medical News sind mit dem Bericht nicht zufrieden. Derselbe sei ganz unvollständig, und es helfe wenig, dass sein Verfasser auf spätere Publicationen verweise.

Herr Formad ist bekanntlich ein Gegner der Ansicht, dass der Bacillus die Tuberculose verursacht und befindet sich damit freilich auf einem sehr vereinsamten Standpunkte. Die Gründe, welche er von neuem vorbringt, sind die alten, längst widerlegten, und er ist nicht im Stande gewesen, ihnen eine grössere Beweiskraft zu geben. Zuvörderst behandelt er die Ansteckungsfähigkeit der Tuberculose. Wenn diese Krankheit nicht contagiös sei, so falle die parasitische Theorie derselben zu Boden. Seiner Ueberzeugung nach sei aber die Contagiosität der Tuberculose in keiner Weise erwiesen, und verhalte sich dieselbe überhaupt ganz anders als die übrigen contagiösen Krankheiten. Gegen diese Argumentation nach den ausgedehnten Discussionen der letzten Jahre noch etwas vorzubringen ist vollkommen unnöthig. Formad giebt sodann zu, Koch habe bewiesen, dass er in allen tuberculösen Ablagerungen, mochten sie sich in der Lunge oder secundär in anderen Organen befinden, den Tuberkelbacillus nachgewiesen, und nirgendwo anders ihn gefunden habe. Die Thatsachen, welche Koch vorbringe, wolle er nicht bestreiten, aber die Schlüsse seien fehlerhaft. Koch sei als Mykologe im Recht, als Pathologe im Unrecht. Formad behauptet sodann, dass der Bacillus bei der Tuberculose allerdings der Regel nach vorhanden sei, aber nicht in allen Fällen gefunden werde. Manchmal ferner finde man bei der Untersuchung nur 1—2 Bacillen, durch die also die Affection nicht habe hervorgerufen werden können. Die Annahme von Sporen in tuberculösen Ablagerungen sei ganz willkürlich und weder bewiesen noch widerlegt. Formad glaubt dagegen, dass die käsigen Ablagerungen ein guter Nährboden für den Bacillus seien, nicht aber durch ihn hervorgebracht würden. Schliesslich stellt Herr Formad noch einmal die Frage auf, ob nicht auch Tuberculose durch Impfung mit ganz unschädlichen Substanzen hervorgebracht werden könne. Koch's Experimente nach dieser Richtung erlaubt sich Herr Formad als werthlos zu bezeichnen und erklärt, es seien alle Gründe vorhanden, dass die Tuberculose durch Einimpfung unschädlicher Substanzen hervorgebracht werden könne, so dass man sagen müsse, die Tuberculose könne ohne den Bacillus und der Bacillus ohne Tuberculose bestehen. Entweder habe Koch also bezüglich der pathologischen Anatomie der Tuberculose Unrecht, oder letztere müsse getrennt werden in solche mit und solche ohne den Bacillus. Formad scheint endlich dem Bacillus gar keine Specificität sondern nur die Möglichkeit zuzugestehen irritirend zu wirken.

Dr. Austin Flint, einer der hervorragendste Mediciner der Vereinigten Staaten, erwiderte Formad, dass die hier in Frage kommenden Punkte folgende seien: 1) Ist bei der Tuberculose ein Parasit vorhanden? Antwort: Ja. 2) Ist derselbe in der Tuberculose durchweg gegenwärtig? Die Frage sei ebenfalls mit ja zu beantworten, denn wo er nicht gefunden sei, könne sehr wohl der Mangel an Geschicklichkeit des Beobachters die Schuld tragen. 3) Wird der Bacillus in pathologischen aber nicht tuberculösen Producten gefunden? Der Regel nach — Nein. 4) Wird Tuberculose allein durch diesen Parasiten bei niederen Thieren hervorgerufen? Antwort: Ja. Die Ansicht Formad's sei mit den allgemeinen Gesetzen, welche bei parasitischen Krankheiten maassgebend seien, unvereinbar. Wenn es bewiesen sei, dass ein Parasit ein Causalverhältniss zur Tuberculose besitze, so müsse er die Ursache derselben par excellence sein, während Prädisposition nur als Hilfsursache angesehen werden könne.

Der Vollständigkeit wegen hielten wir es für unsere Pflicht, selbst den Auslassungen Formad's, der sich durch seine frühere Polemik gegen Koch schon ein Mal gekennzeichnet hat, hier einen Platz zu gewähren.

XIII. Die Heilanstalt Johannisberg bei Kaiserswerth.

Nachdem schon längere Zeit über die im Besitze der Diaconissen befindliche Heilanstalt zu Kaiserswerth a. Rh. ein Bericht nicht erschienen war, giebt der derzeitige ärztliche Leiter, Dr. Roller, einen solchen in Form einer kleinen Brochüre.

Dieselbe behandelt im ersten Theile das Geschichtliche, die Lage der Anstalt, beschreibt die Gebäude, Umgebung, giebt Mittheilungen über das Leben in der Anstalt. Daran reiht sich ein klinischer Theil, in welchem der Verfasser eigentlich eine allgemeine Therapie der Psychosen bespricht, unter besonderer Betonung der Punkte, welche ihm wichtig erscheinen und einer kritischen Begründung seines Heilverfahrens.

Die Anstalt ist bekanntlich nur zur Aufnahme von geisteskranken Frauen bestimmt und zwar von Frauen aller Klassen der Gesellschaft und aller Formen des Irreseins. Der Stand war in den letzten Jahren etwa 50—53 Kranke, zu deren Pflege 23 Diaconissen verwandt wurden. Die Einrichtungen entsprechen allen hygienischen Anforderungen an genügender Weite, Lüftbarkeit der Räume, an Bädern etc. Jede Abtheilung hat 2 Versammlungszimmer. Eine Trennung nach der Schwere der Erkrankung wird durch ein apartes Haus mit Isolirräumen sowie durch ein sog. Landhaus für Reconvalescenten und Leichtverstimmte erreicht, welches noch auf dem Anstaltsgebiete aber ziemlich weit vom Hauptgebäude gelegen ist.

Wie überall in ordentlichen Anstalten ist für Ablenkung durch Feste, gemeinsame häusliche Arbeit, durch Gartenarbeit gesorgt. Der derzeitige ärztliche Leiter hat nach dem Muster von Illenau das Turnen, eine Art modificirter Zimmergymnastik, eingeführt, und ist mit der Einwirkung auf geeignete Kranke recht zufrieden.

Bei der Besprechung der psychiatrischen Therapie entwickelt der Verfasser unter gelegentlicher Einfügung passender Casuistik seine Grundsätze, mit denen man nur einverstanden sein kann. Von eigentlichen medicamentösen Mitteln macht er nur mässigen Gebrauch, auch von den Narcoticis nur bei strenger, engbegrenzter Indication. Dass der Verfasser als Arzt in einer blos für Frauen bestimmten Heilanstalt auch die jüngst mehrfach disputirte Localbehandlung gynäkologischer Krankheitszustände etwas ausführlicher in den Kreis der Betrachtungen zieht, erscheint gewiss gerechtfertigt. Im wesentlichen theilt er den Standpunkt Hergt's und greift nur bei ganz präciser Indication, auch da mit grosser Zurückhaltung ein. Zwangsmittel waren in der Zeit, wo Verfasser der Anstalt vorsteht, nicht nothwendig; dieselben werden nach seiner Ansicht nur in seltenen Fällen anzuwenden sein; im Ganzen scheint er in dieser Frage geneigt, nach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gründen der Zweckmässigkeit im Einzelfalle zu handeln, ohne sich in bindender dogmatischer Weise für den No-restraint zu engagiren.

Im Ganzen bekommt man den Eindruck, dass in Johannisberg Kranke gut aufgehoben sind. In wie weit religiös-confessionelle Einflüsse mit dem ärztlichen Heilplane concurriren, deutet Roller nicht an, obwohl gerade dieser Punkt einer offenen Besprechung nicht unwerth gewesen wäre.

Dr. Neumann (Karlsruhe).

XIV. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Allgemeine Gesundheitspflege.

1. Ueber die Infectionskrankheiten in Paris

während des Jahres 1882 hat Professor Lagneau der Académie de médecine Bericht erstattet. Durch Typhus wurden verursacht 3463, durch Diphtherie 2739, durch Masern 1099 und durch Pocken 733 Todesfälle. Die Todesfälle durch Pocken haben sich gegen 1881 etwas vermindert, die durch Diphtherie und Masern etwas vermehrt, die durch Typhus verdoppelt. Die Intensität des letzteren entsprach wesentlich der Bevölkerungsdichtigkeit. Die im Hôtel Dieu stationirten Ambulancewagen, die früher nur zum Transport von Pockenkranken nach den Hospitälern dienten, stehen jetzt für alle Infectionskrankheiten zur Disposition und zwar gratis. Nach jeder Benutzung werden die Wagen sowohl als die Räume, in welchen die Kranken sich befanden, sorgfältig desinficirt.

2. Pocken-Epidemie in London.

Nachdem die Thatsache längere Zeit etwas vertuscht, resp. todtgeschwiegen war, ist jetzt nicht mehr zu läugnen, dass London im Beginne einer neuen Pockenepidemie steht. Die Pocken haben sich vom Osten nach dem Süden und nach anderen Theilen der Hauptstadt verbreitet. Die Ambulancewagen des städtischen Asyl-Amtes (Asylum-Board) transportiren täglich ca. 100 Pockenkranke. Das Amt sieht grossen Schwierigkeiten entgegen. Die hauptstädtischen Pocken-Hospitäler sind nämlich darauf eingerichtet, nicht mehr als 50 Kranke jedes aufzunehmen, durch die Krankenschiffe auf der Themse ist für 400 Fälle Sorge getragen und in einem Lager bei Darenth befinden sich Betten für 572, während über 700 Fälle dort angehäuft sind, so dass man zwei Kinder in ein Bett stecken musste. Damit aber sind die Hilfsmittel des Amtes erschöpft, während es zweifellos weiter in Anspruch genommen werden wird. Daraufhin hat Sir Edmund Curry vorgeschlagen, man solle ein zweites Lager bei Darenth einrichten und solle ein anderes Hospital miethen, welches dem Local Board of Works angehört. Dies Hospital ist, wie British Medical Journal glaubt, das einzige Beispiel eines Hospitals für Infections-Krankheiten, welches von einer Gesundheitsbehörde der Hauptstadt gebaut ist, und ist Seitens des Local Board of Works niemals dem Gebrauch übergeben worden.

Die Pocken-Todesfälle auf den Schiffen haben bisher 26 von 1100 betragen, d. h. ungefähr 2,5 Proc., sodass, wenn man hieraus einen Schluss ziehen kann, der Charakter der Epidemie ein sehr milder zu sein scheint. Es rächt sich in London immer von neuem, dass die Vorschriften des Impfgesetzes in dieser Riesenstadt wesentlich nur auf dem Papiere sich befinden. London kann deshalb keineswegs, wie dies so oft geschieht, von den Gegnern des Impfzwanges als Beispiel gegen den letzteren in Anspruch genommen werden.

2. 13. General-Versammlung des Vereins der Aerzte im Regierungs-Bezirk Münster.

Hauptgegenstand der Verhandlung war das Krankenkassengesetz und die Frage, welche Stellung der ärztliche Stand bei seinen Abschlüssen mit den neu zu bildenden Kassen inne halten solle, definitive Beschlüsse wurden nicht gefasst, sondern dieselben einer noch zu berufenden ausserordentlichen Versammlung im Herbst vorbehalten, nachdem der deutsche Aerztetag sich auch über die fragliche Angelegenheit ausgesprochen haben würde. Doch wurde für die Fälle, wo Mitglieder des Vereins in die Nothwendigkeit versetzt wären, vor dieser Versammlung Abschlüsse mit den neuen Kassen zu machen, die Norm aufgestellt, dass diese Mitglieder verpflichtet sein sollten, in den Fällen, wo die Einzelleistung des Arztes honorirt werden soll, nicht unter die Minimaltaxe von 1815 in ihren Ansätzen hinunter zu gehen. In den Fällen, wo dem Kassenarzt ein Pauschquantum gewährt werden soll, wurde als Minimalforderung pro Kopf 3 Mark, pro Familie 9 Mark p. a. festgestellt.

3. Amtliches.

Preussen.

Zur weiteren Ausführung der allgemeinen Verfügung vom 6. August v. J., die Regelung des Hebammenwesens betreffend, übertrage ich hiermit die Befugniss zur Dispensation von der Vorschrift des § 3 Absatz 4 No. 2, wegen Aufnahme von solchen Personen, die bereits ausserehelich geboren haben, sowie des § 3 Absatz 7, bezüglich des zur Aufnahme vorgeschriebenen Lebensalters, auf diejenigen Behörden resp. Amtsstellen, welche sonst über die Zulassung der Schülerinnen zu den Hebammen-Lehranstalten zu entscheiden haben.

Berlin, den 16. Mai 1884.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.
v. Gossler.

An sämmtliche Königliche Ober-Präsidenten.

Nachstehendes Erkenntniss ist durch Circularverfügung des Herrn Ministers der geistlichen Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten vom 19. Mai 1884 sämmtlichen Kgl. Ober-Präsidenten sowie den Kgl. Regierungs-Präsidenten in den Kreisordnungs-Provinzen und den Kgl. Regierungen und Landdrosteien in den übrigen Provinzen zur Kenntnissnahme mitgetheilt worden:

Im Namen des Königs.

In der Verwaltungsstreitsache
der Polizei-Verwaltung zu A., Klägerin und Berufungsklägerin,
wider
die Hebamme W. zu A., Beklagte und Berufungsbeklagte,
hat das Königliche Oberverwaltungsgericht, Erster Senat, in seiner Sitzung vom 2. April 1884,
an welcher der Präsident Persius und die Räthe: Dahrenstaedt, von Meyeren, Solger, Mess, Richter und Franzius Theil genommen haben,
für Recht erkannt,
dass auf die Berufung der Klägerin das Endurtheil des Königlichen Bezirksverwaltungsgerichts zu S. vom 9. November 1883 aufzuheben und die Sache zur anderweitigen Entscheidung in die erste Instanz zurückzuweisen, die Bestimmung des Kostenpunktes, einschliesslich der Festsetzung des Werths des Streitgegenstandes, aber der endgültigen Entscheidung vorzubehalten.

Von Rechts Wegen.

Gründe.

Hinsichtlich des Sachverhalts kann auf das erstrichterliche Erkenntniss Bezug genommen werden, durch welches die auf Entziehung des der Beklagten ertheilten Prüfungszeugnisses als Hebamme gerichtete Klage als unzulässig zurückgewiesen und der Klägerin — unter Ausseransatzlassung des Pauschquantums — die Kosten zur Last gelegt sind.

Gegen diese Entscheidung hat die Klägerin Berufung mit dem Antrage eingelegt:
unter Aufhebung des erstrichterlichen Urtels nach dem Klageantrage zu erkennen.

Sie führt aus, dass unter den in Abs. 2 des § 53 der Reichsgewerbeordnung genannten Genehmigungen und Bestallungen in Preussen auch die Prüfungszeugnisse der Hebammen mitbegriffen seien und der Vorderrichter, indem er dies verneine, sich einer Rechtsverletzung schuldig gemacht habe.

Die Beklagte beantragt Bestätigung der angegriffenen Entscheidung.

Es war, wie geschehen, zu erkennen.

Die Reichsgewerbeordnung (Reichsgesetzblatt pro 1883 S. 159ff.) bestimmt im § 53:

„Die in dem § 29 bezeichneten Approbationen können von der Verwaltungsbehörde nur dann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargethan wird, auf deren Grund solche ertheilt worden sind, oder wenn dem Inhaber der Approbation die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind, im letzteren Falle jedoch nur für die Dauer des Ehrenverlustes.

Ausser aus diesen Gründen können die in den §§ 30, 30a, 32, 33, 34 und 36 bezeichneten Genehmigungen und Bestallungen in gleicher Weise zurückgenommen werden, wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Inhabers der Mangel derjenigen Eigenschaften, welche bei der Ertheilung der Genehmigung oder Bestallung nach der Vorschrift dieses Gesetzes vorausgesetzt werden mussten, klar erhellt etc.“ In Preussen wird die Genehmigung zum Gewerbebetriebe als Hebamme durch Aushändigung des Prüfungszeugnisses ertheilt. Vorbedingung ist Unbescholtenheit und streng sittlicher Lebenswandel. In ständiger Rechtsprechung ist von dem Oberverwaltungsgericht aus den in dem Endurtheil vom 24. April 1878 (Entscheidungen Band III, S. 265) dargelegten Gründen angenommen worden, dass der Absatz 2 des § 53 der Reichsgewerbeordnung auch auf diese Zeugnisse Anwendung finde, weil die Worte „nach Vorschrift dieses Gesetzes“ nicht nur auf die in die Gewerbeordnung selbst aufgenommenen Bestimmungen, sondern auch auf die durch die Gewerbeordnung unberührt gebliebenen Landesgesetze zu beziehen seien. Dieser Auslegung sind Loening in seinem Lehrbuch des Deutschen Verwaltungsrechts (Seite 327), die Commentatoren der Gewerbeordnung Kayser (Seite 63, 110) und Landmann (Seite 106) sowie das Grossherzoglich Hessische Ministerium des Innern und der Justiz (Reger, Entscheidungen der Gerichte und Verwaltungsbehörden aus dem Gebiete des Verwaltungsrechts etc. Band II, Seite 368) beigetreten. Dagegen nimmt Seydel in seinem „Gewerbepolizeirecht nach der Reichsgewerbeordnung“ (Annalen des Deutschen Reichs etc. von Hirth etc. Jahrgang 1881 Seite 683 und 684) — sich lediglich auf den Wortlaut des Abs. 2, des § 30 stützend — an: dass die Befugniss zum Betriebe des Hebammengewerbes landesrechtlich von keinem andern Nachweise als dem der technischen Befähigung,
also insbesondere nicht von einer sittlichen Beschaffenheit der Gesuchstellerin abhängig gemacht werden kann:
womit allerdings die Anwendbarkeit des Abs. 2 des § 53 auf die Prüfungszeugnisse der Hebammen wegfallen würde. Meyer in seinem Lehrbuch des Deutschen Verwaltungsrechts (Theil I, Seite 215 und 216) erkennt zwar an, dass die Vorschriften der Landesgesetze über das Hebammengewerbe, namentlich die Bestimmungen über die Einrichtungen der Prüfungen, die Voraussetzungen der Zulassung zur Ausbildung, zur Prüfung und zur Praxis in Kraft geblieben sind, verneint aber auch seinerseits die Anwendbarkeit der angezogenen Gesetzesstelle auf die Approbationen (Prüfungszeugnisse) der Hebammen, weil die Worte: nach Vorschrift dieses Gesetzes nur auf die Reichsgewerbeordnung bezogen werden könnten und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

letztere keine Bestimmungen darüber enthalte, welche Eigenschaften bei der Hebamme vorausgesetzt werden müssten.

Auch bei nochmaliger Erwägung kann der unterzeichnete Gerichtshof weder der Seydel'schen, noch der von dem Vorderrichter adoptirten Meyer'schen Ansicht zustimmen.

Nach dem § 6 der Reichsgewerbeordnung findet dieselbe keine Anwendung auf die Ausübung der Heilkunde (vorbehaltlich der Bestimmungen in den §§ 29, 30, 40, 53, 80, 144 und 147 Ziffer 1 und 3). In den Motiven (die Gewerbeordnung für den Norddeutschen Bund etc. von Koller Seite 39) wird dies folgendermaassen gerechtfertigt:

„Die Landesgesetze über die Ausübung der Heilkunde mussten vorbehalten werden, weil es nicht in der Absicht liegen kann, durch die Gewerbeordnung in die Medicinalverfassung der einzelnen Bundesstaaten weiter einzugreifen, als es nothwendig ist, um für das ärztliche und das Apothekergewerbe, wie es im § 29 geschehen ist, die Freizügigkeit herzustellen. Es bewendet daher nicht nur bei den Bestimmungen über die Pflichten der Aerzte etc., sondern auch bei den Vorschriften über die Bestellung des Hülfspersonals für die kleine Chirurgie (der Heilgehülfen) und der Hebammen."

Der Absatz 2 des § 30 bestimmt:

„Hebammen bedürfen eines Prüfungszeugnisses."

In den Motiven (Koller Seite 71) wird ausdrücklich nochmals hervorgehoben, dass, was die Hebammen anlange, die wegen Bestellung derselben bestehenden landesgesetzlichen Vorschriften durch § 6 vorbehalten seien.

Hiernach ist den Bundesregierungen nur verwehrt, Frauen, welche kein Prüfungszeugniss besitzen, als Hebammen zu bestellen. Im Uebrigen sind die landesgesetzlich, namentlich hinsichtlich der Prüfung und der Zulassung zum Gewerbebetriebe bestehenden Vorschriften in Kraft geblieben. Die Annahme Seydel's, dass die Befugniss zum Betriebe des Hebammengewerbes landesrechtlich von keinem andern Nachweise, als dem der technischen Befähigung abhängig gemacht werden dürfe, erscheint demzufolge irrig.

Der § 53 der Gewerbeordnung lautete in dem Entwurfe der Bundesregierungen (Koller Seite 95):

„Die in den §§ 29, 30, 32, 33 und 34 unter 1 und 3 erwähnten Approbationen, Genehmigungen und Bestallungen können von den Verwaltungsbehörden zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargethan wird, auf deren Grund solche ertheilt worden, oder wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Inhabers der Mangel der erforderlichen und bei der Ertheilung der Concession u. s. w. vorausgesetzten Eigenschaften klar erhellt."

Nach dieser Wortfassung konnte es keinem Zweifel unterliegen, dass auch die Approbationen bezw. Prüfungszeugnisse der Hebammen sollten zurückgenommen werden können, wenn der Mangel der bei der Ertheilung des Prüfungszeugnisses bezw. der Approbation vorausgesetzten Eigenschaften klar erhellte.

Bei der zweiten Lesung im Reichstage wurde zwar sodann in Folge eines Amendements der Abgeordneten Runge und von Hennig ohne Discussion, an Stelle der obigen Worte die gegenwärtige Fassung des Abs. 1 und 2 des § 53 gesetzt. Es ist jedoch nicht ersichtlich, dass die Antragsteller damit eine sachliche Aenderung hinsichtlich der in den §§ 30, 32, 33, 34 und 36 genannten Gewerbe beabsichtigt haben. Die Reichsbehörden haben deshalb daran festgehalten, dass die Worte „nach Vorschrift dieses Gesetzes" dahin auszulegen seien, dass dieselben nicht nur die in der Gewerbeordnung selbst enthaltenen, sondern auch die durch die Gewerbeordnung aufrecht erhaltenen landesgesetzlichen Bestimmungen begreifen. Dies ist ausdrücklich bezeugt und als die richtige Auslegung hingestellt in der Begründung des dem Reichstage von dem Reichskanzler unterm 27. April 1882 vorgelegten Entwurfes eines Gesetzes betreffend die Abänderung der Gewerbeordnung (Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstages, 5. Legislaturperiode, II. Session 1882/83, fünfter Band Seite 18). Gegen diese Auffassung ist auch im Reichstage, wiewohl schliesslich der Vorschlag wegen Abänderung des § 53 die Annahme desselben nur insoweit gefunden hat, als im Abs. 1 die Zurücknahme der Approbationen der Aerzte und Apotheker auch wegen Verlustes der bürgerlichen Ehrenrechte auf die Dauer des Ehrenverlustes für zulässig erklärt wird, von keiner Seite Einspruch erhoben worden.

Wenn nun auch zugegeben ist, und auch in der in Bezug genommenen Begründung zugegeben worden ist, dass die Worte „nach der Vorschrift dieses Gesetzes" zu Missverständnissen Anlass geben können, so muss doch nach der Entstehungsgeschichte des Gesetzes und den mitgetheilten Vorgängen angenommen werden, dass der Gesetzgeber unter den Worten: „dieses Gesetzes" nicht nur die in die Gewerbeordnung selbst aufgenommenen Vorschriften, sondern alle landesgesetzlichen, durch die Gewerbeordnung aufrecht erhaltenen Bestimmungen verstanden wissen will.

Die Ansicht des Vorderrichters, dass die vorliegende Klage unzulässig sei, weil der Abs. 2 des § 53 der Reichsgewerbeordnung auf die Prüfungszeugnisse der Hebammen keine Anwendung finde, erscheint hiernach irrig.

Die Klage ist daher materiell zu prüfen und der Beweis über die von der Klägerin behaupteten unsittlichen Handlungen bezw. der von der Beklagten angetretene Defensional-Beweis zu erheben. Es erscheint angemessen, die Erhebung dieses Beweises und die Würdigung des Beweismaterials dem den Verhältnissen näher stehenden ersten Richter zu überlassen. Zu diesem Behufe war unter Aufhebung des angegriffenen Erkenntnisses die Sache zur Entscheidung in die erste Instanz zurückzuweisen.

Die Bestimmung des Kostenpunktes war der endgültigen Entscheidung vorzubehalten, da zur Zeit nicht feststeht, welche Partei unterliegen bezw. obsiegen wird.

Urkundlich unter dem Siegel des Königlichen Oberverwaltungsgerichts und der verordneten Unterschrift.

(L. S.) (gez.) Persius.

XV. P. B. Die Personalien der Aerzte des deutschen Reiches.

In diesen Tagen ist von mir das Circular an die Herren Collegen versendet worden, in welchem ich ausführlich über den neuen Jahrgang des Reichs-Medicinal-Kalenders pro 1885 mich ihnen gegenüber ausgesprochen habe. Indem ich auf dies Circular verweise, bemerke ich, dass der Jahrgang 1885 eine derartige Einrichtung erhalten wird, dass die einzige Klage, welche gegen den ersten Theil meines Wissens laut geworden ist, derselbe sei in seiner Normal-Ausgabe zu voluminös, fortan durchaus gegenstandslos sein wird. Auch bezüglich des Inhaltes haben nicht nur verbessernde Aenderungen des bleibenden Theils stattgefunden, es sind auch ganz neue Artikel hinzugekommen.

Was den zweiten Theil anlangt, so ist den Personalien eine noch weitergehende Sorgfalt zugewendet worden, da ihre Authenticität auf den bisherigen Wegen immer noch nicht zu erreichen war. Ich erkenne letzteres um so unumwundener an, als bezüglich Preussens dasselbe ja erst vor wenigen Monaten von amtlicher Stelle aus, einem Concurrenzwerke gegenüber, geschehen ist. Das uns hier gestellte Ziel zu erreichen, bedarf es zweifellos nicht nur der Unterstützung der Sanitätsbehörden und ihrer ärztlichen Mitglieder, sondern auch der sämmtlichen practischen Aerzte.

In meinem Circular habe ich mich ausführlich in diesem Sinne ausgesprochen und wiederhole die von mir dort eingehend motivirte Bitte, dass Seitens der Herren Collegen alle etwaigen Irrthümer bezüglich ihres Namens und Titels, der Vornamen, des Approbations-Jahres, der Ordenszeichen etc. soweit sie in Betreff solcher noch nicht reklamirt haben sollten, freundlichst sofort unter der Adresse: Carl Fisher zu Cassel, Obere Carlsstrasse 6, anzuzeigen. Auch die Bestellzettel, welche direct an die Verlagsbuchhandlung gehen, sind sehr geeignet, ebenfalls dazu benutzt zu werden.

Circulare werden nur zu oft, ohne dass sie allzugenau gelesen werden, dem Papierkorb überantwortet, daher gestatte ich mir, auch an dieser Stelle noch einmal auf das von mir soeben Veröffentlichte hinzuweisen und um Berücksichtigung desselben zu bitten.

XVI. Das Programm des internationalen medicinischen Congresses.

8. Sitzung. Kopenhagen, 10.—16. August 1884.

(Fortsetzung aus No. 23.)

II. Die Section für Physiologie.

Organisations-Comité: Prof. Dr. P. L. Panum, Präsident. Dr. C. Bohr, Dr. J. Buntzen, Secretäre. Prof. Dr. Hammarsten. Upsala. Prof. Dr. Holmgrén. Upsala. Prof. Dr. Hällsten. Helsingfors. Prof. Dr. C. Lovén. Stockholm. Prof. Dr. G. Retzius. Stockholm. Prof. Dr. Worm-Müller. Christiania.

1. Ueber die mucinartigen Substanzen und ihr Verhältniss zu den Eiweissstoffen. Prof. Dr. Hammersten aus Upsala. 2.* Ueber den Antheil der sogenannten „Fugitive corpuscles" des Blutes an der Bildung des Faserstoffs und an der Coagulation und über das Verhältniss zwischen den „Haematoblasts" von Hayem, den „Piastrines" Bizzozeros und den „Fugitive discs of the blood" von Norris. Prof. Dr. Norris aus Birmingham; Prof. Dr. Hayem aus Paris. 3a. Mittheilung über die Gerinnung des Faserstoffs. Prof. Dr. Dogiel aus Kasan. 3b. Ueber die Gerinnung des Blutes. Dr. Wooldridge aus Cambridge. 3c. Das Verhältniss zwischen der Anzahl der rothen Blutkörperchen und der Hämoglobinmenge sammt der Menge der trockenen Blutkörperchen. Prof. Dr. Worm-Müller aus Christiania. 3d. Demonstrationen über das Blut. Prof. Dr. Malassez aus Paris. 4a. Die neueren Untersuchungen über Hämoglobin und Methämoglobin. Dr. Otto aus Christiania. 4b. Absorptiometrische Untersuchungen über die Dissociation des Oxhämoglobins. Dr. C. Bohr aus Kopenhagen. 5. Ueber die Gase der Secrete und besonders der Galle. Prof. Dr. Charles aus Cork. 6.* Demonstrationen zur Erläuterung des Baues und der Formveränderungen der Muskelfasern und des Protoplasma mit Rücksicht auf die Frage über die Beziehung dieser Verhältnisse zur physiologischen Function. Prof. Dr. Engelmann aus Utrecht; Prof. Dr. Ranvier aus Paris; Prof. Dr. Merkel aus Königsberg; Prof. Dr. Retzius aus Stockholm. 7.* Die Veränderungen der Drüsenzellen bei ihrer Thätigkeit und die Beziehungen dieser Veränderungen zur Frage über die trophischen Nerven. Prof. Dr. Heidenhain aus Breslau; Dr. Langley aus Chambridge. 8. Ueber Hemmungswirkungen und Hemmungsnerven im Allgemeinen. Dr. Gaskell aus Cambridge. 9a. Die Ursachen der Herzbewegung und ihrer Regulirung und über den Zustand des Herzens bei Thieren, welche sich unter der Einwirkung gewisser Gifte befinden. Prof. Dr. Dogiel aus Kasan. 9b. Coordinationscentrum der Herzkammerbewegungen. Prof. Dr. Kronecker aus Berlin. 10. Ueber die Functionen der Corticalsubstanz des Grosshirns. Prof. Dr. H. Munk aus Berlin. 11a. Beiträge zur Kenntniss des Mechanismus des Kreislaufs. Prof. Dr. Mosso aus Turin; Prof. Dr. Marey aus Paris; Prof. Dr. Fr. Franck aus Paris. 11b. Beiträge zur experimentellen Pathologie bei künstlicher Beschädigung des Herzens. Prof. Dr. Fr. Franck aus Paris. 12a. Anwendung der momentanen Photographie in der Physiologie. Prof. Dr. Burdon-Sanderson aus London; Prof. Dr. Mosso aus Turin. 12b. Die Anwendung momentaner Photographie für das Studium der willkürlichen Bewegungen (Für eine Abendsitzung.) Prof. Dr. Marey aus Paris. 13.* Die Beziehungen des Baus des Labyrinths zur Function desselben. Prof. Dr. Hensen aus Kiel; Dr. B. Baginsky aus Berlin. 14.* Die specifischen Functionen der Hautnerven. Dr. Blix aus Upsala. 15. Soll die Lehre von der Vererbung im Vortrage über Physiologie berücksichtigt werden? Prof. Dr. Hensen aus Kiel. 16. Der heutige Stand der Lehre vom Schlucken. Prof. Dr. Kronecker aus Berlin. 17. Automatie, Reflex- und Hemmungswirkungen an der Cardia. Dr. Openchowski aus Dor-

Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

pat. 18. Beobachtungen bei Anlegung von Dünndarmfisteln für physiologische Zwecke. Prof. Dr. Panum aus Kopenhagen.

Bemerkung. Die mit * bezeichneten Mittheilungen werden wo möglich in gemeinschaftlichen Sitzungen der anatomischen und der physiologischen Section verhandelt werden.

III. Die Section für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Organisations-Comité: Prof. Reisz, Präsident. Dr. E. Tscherning, Secretär. Mitglieder: Prof. B. Bang. Dr. F. Dahl. Prof. A. Hannover. Prof. C. Lange. Dr. Levison. Dr. C. Salomonsen. Prof. H. Heiberg, Christiania. Prof. A. Key, Stockholm.

Vorbereitete Mittheilungen. 1. Das Verhältniss der Scrophulose zur Tuberculose. Prof. Grancher, Paris. Beiträge zur Discussion dieser Frage. Prof. Chauveau, Lyon. 2. Die Bedeutung der Tuberculose der Hausthiere für die Verbreitung der Tuberculose des Menschen. Prof. Chauveau, Lyon. 3. Die Coagulationsnecrose. Prof. Weigert, Leipzig. 4. 5. Die chronische Nephritis, besonders das Verhältniss zwischen den Veränderungen des Bindegewebes, des Parenchyms, der Gefässe und des Herzens in derselben. Prof. Cornil, Paris; Sir Will. Gull London. 6. Die acute Nephritis, speciell die Glomerulonephritis und die consecutive Herzhypertrophie. Dr. Carl Friedländer, Berlin. 7. Die pathologische Anatomie der Anämie. 8. Die Umbildungen der verschiedenen cellulären Elemente in Entzündungsherden bakterischen Ursprungs.

Demonstrationen. 1. Prof. Cornil, Paris. Die Anwendung der Projectionsmethode zur Demonstration von Präparaten und ihre Anwendung bei pathologisch-anatomischen Vorlesungen. 2. Dr. Carl Friedländer, Berlin. Der Micrococcus der croupösen Pneumonie. 3. Prof. Hannover, Kopenhagen. Eine bisher nicht gekannte cavernöse Bildung zwischen Sclerotica und Choroidea beim Menschen. 4. Prof. Bang, Kopenhagen. Tödtliche Embolien im Herzen und in den Lungenarterien. 5. Dr. C. J. Salomonsen, Kopenhagen. Bacteriencultur in Capillar-Röhrchen.

IV. Die Section für Medicin.

Organisations-Comité: Prof. F. Trier, Präsident. Dr. Madsen, Secretär. Mitglieder: Prof. Brandes. Prof. Brünniche. Dr. Budde. Dr. Flindt. Dr. J. C. Lehmann. Dr. Sorensen. Prof. Warncke. Prof. With. Prof. Almén. Upsala. Prof. Runeberg. Helsingfors. Prof. Trägard. Lund. Dr. Warfvinge. Stockholm. Prof. Winge. Christiania.

Vorbereitete Mittheilungen. 1. Ueber eine gleichförmige Nomenclatur der auscultatorischen Geräusche bei Brustkrankeiten. Prof. Austin Flint, New-York. 2. a) Antipyretische Behandlung der acuten Infectionskrankheiten. Prof. Liebermeister, Tübingen; Dr. Warfvinge, Stockholm. b) Antiseptische Behandlung der acuten Infectionskrankheiten. Prof. Bouchard, Paris. 3. Klinische Beobachtungen über die toxischen Stoffe, welche im lebenden Organismus gebildet werden. Prof. Lépine, Lyon. 4. Ueber Malaria-Infection beim Menschen. Prof. Tommasi-Crudeli, Rom. Prof. Rosenstein, Leyden. 5. Aetiologie, Diagnose, Prognose und Behandlung der Tuberculose mit besonderer Rücksichtnahme auf die neueren path.-anat. und exper.-path. Erfahrungen. Prof. Ewald, Berlin. 6. Operative Eröffnung von Lungencavernen. Oberarzt, Dr. Edv. Bull, Christiania. 7. Die Einwirkung der acuten Infectionskrankheiten auf die Nieren und auf die Functionen derselben. Prof. Grainger-Stewart, Edinburgh. 8. Ulcus ventriculi. Prof. Leube, Erlangen. 9. Peritonitis, durch krankhafte Zustände des Process. vermiformis verursacht. Prof. With, Kopenhagen. 10. Ist die croupöse Pneumonie eine Infectionskrankheit? Prof. Th. Jürgensen, Tübingen. 11. Unterschied zwischen den Wirkungen des Japaconitins, des Pseudaconitins, des französischen und des deutschen Aconitins. Dr. med. J. Buntzen, Kopenhagen. 12. Verschiedene Formen des Diabetes mellitus und das klinische Verhältniss derselben. Dr. med. V. Budde, Kopenhagen. 13. Die Bedeutung der neueren Untersuchungen der Blutkörperchen für die anämischen und leukämischen Krankheitsformen. Dr. S. Laache, Christiania. 14. Behandlung der Pleura-Ansammlungen. Dr. Landouzy, Paris. (Fortsetzung folgt.)

XVII. Kleinere Mittheilungen.

— Berlin. Geh.-R. Dr. R. Koch ist am 5. Juni zum ordentlichen Mitgliede der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen ernannt worden und soll seine Einführung am 11. Juni stattfinden.

— Wir richten die Aufmerksamkeit unserer Leser auch an dieser Stelle auf den Aufruf zur Errichtung eines Denkmals für Samuel Thomas von Soemmering. Grade wir Aerzte sind dem grossen Naturforscher so überaus verpflichtet, dass wir mit Freuden die Gelegenheit ergreifen sollten, sein Andenken würdig zu ehren.

— Universitäten. Jena. Es studiren in diesem Semester hier 162 Mediciner, 100 „Ausländer", 62 „Inländer"; im Winter 1883/84: 142; Sommer 1883: 139. — Zu dem im Juli d. J. abzuhaltenden Aerztecurs sind schon zahlreiche Meldungen eingelaufen. — Herr Geh. Hofrath Ried ist zum Geheimen Rath ernannt worden. Derselbe wird mit Ablauf dieses Semesters seine klinische Thätigkeit einstellen. — Prag. Das Professoren-Collegium der deutschen medicinischen Facultät beschloss, für die durch die Pensionirung des Professors Hasner erledigte Lehrkanzel für Augenheilkunde primo loco Becker (Heidelberg), secundo loco . chs (Lüttich) und tertio loco Sattler (Erlangen) beim Ministerium uschlagen. Becker erklärte, den Ruf nur dann anzunehmen, wenn die Regierung die Augenklinik entsprechend dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft organisirt. — Wien. Die erledigte Primärarztstelle der drei K. K. Krankenanstalten zu Wien ist dem a. o. Prof. Dr. H. Auspitz verliehen. — Czernowitz. Es ist im Werke, die Universität endlich durch eine medicinische Facultät zu vervollständigen.

— Paris. In der Sitzung der Academie der Wissenschaften vom 5. Mai wurden die Preisvertheilungen verkündigt. Unter Anderem erhielten die drei Montyon-Preise (je 2500 Fr.): Constantin Paul für eine Arbeit über die Herzkrankheiten, H. Roger für Untersuchungen auf dem Gebiete der Kinderkrankheiten und Vallin für eine Arbeit über Behandlung mit Desinficientien und die Desinfection. — Der Preis Bréant (10000 Frcs.) wurde getheilt unter die Mitglieder der Pasteur'schen Cholera-Commission: Strauss, Roux, Nocard und L. Thuillier, resp. des letzteren Erben. — Der Preis Chaussier wurde Legrand du Saulle zu Theil für seine Studien über Medicinalgesetzgebung.

— Sonnabend, den 14. Juni findet die Frühjahrs-Versammlung des Aerzte-Vereins in Greifswald statt und zwar im Auditorium der medicinischen Klinik. Beginn der Sitzung Nachmittags 2 Uhr. Die Tagesordnung ist folgende: 1. Eröffnungsrede und geschäftliche Mittheilungen des Vorsitzenden Herrn Mosler. 2. Wahl des Vereinsvorstandes, sowie des Delegirten zum nächsten Aerztetag. 3. Ueber Localisation der Function des Grosshirns von Herrn Landois. 4. Ueber den therapeutischen Werth des Arsens von Herrn Hugo Schulz. 5. Zur Amputation des Cervix uteri von Herrn v. Preuschen. 6. Zur Behandlung der Harnröhrenstricturen mit Metallbougies von Herrn Rinne. 7. Referat über die letzte Scharlachepidemie in Wiek von Herrn Hesse. 8. Ueber die Stellung der Aerzte zum Kranken-Versicherungs-Gesetze vom 15. Juni 1883. Referenten Herr Beumer und Herr von Haselberg. 9. Ueber locale Behandlung des Schankers von Herrn Loebker. 10. Ueber acutes Oedem von Herrn Strübing.

— Geh. Hofr. Dr. B. S. Schultze's Werk über die Lageveränderungen des Uterus, ist soeben bei Doin in Paris aus der Feder von Prof. Herrgott in prachtvoller Ausstattung auch in französischer Sprache erschienen.

— Bei dem Hinweis auf die für die Sectionssitzungen des internationalen Medicinischen Congresses vorgesehenen Vorträge ist durch ein Versehen der Name Prof. Koebner's ausgelassen worden. Wir wollen bei dieser Gelegenheit bemerken, dass entgegen den officiellen Programmen Herr R. Koch nicht in der Lage ist, den Congressen in Kopenhagen und im Haag beizuwohnen und nach keiner Seite hin eine Zusage gegeben hat.

— Auch in Frankreich wird demnächst ein Chirurgen-Congress in's Leben gerufen werden. Die Pariser Société de Chirurgie hat den Plan einstimmig angenommen.

XVIII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem practischen Arzt, Sanitätsrath Dr. Ernst Ungewitter zu Crombach den Charakter als Geheimer Sanitätsrath, dem Geheimen Regierungsrath Dr. med. Koch im Reichsgesundheitsamt zu Berlin den Kgl. Kronen-Orden zweiter Klasse am schwarzen Bande mit weisser Einfassung mit dem Stern, dem Marine-Stabsarzt Dr. Bernhard Fischer und dem Stabsarzt beim medicinisch-chirurgischen Friedrich Wilhelms Institut Dr. Gaffky zu Berlin den Rothen Adler-Orden dritter Klasse am schwarzen Bande mit weisser Einfassung und dem Professor Dr. med. Deneffe an der Universität zu Gent den Kgl. Kronen-Orden dritter Klasse zu verleihen, sowie dem Stabs- und Bataillonsarzt beim 2. Schlesischen Jäger-Bataillon Nr. 6 Dr. Paetsch in Oels zur Anlegung des ihm verliehenen Ritterkreuzes erster Klasse des Herzogl. Sachen Ernestinischen Hausordens die Allerhöchste Genehmigung zu ertheilen.

Ernennungen: Den Privatdocenten in der medicinischen Facultät der Königl. Friedrich Wilhelms Universität in Berlin, Geheimen Sanitätsrath Dr. Adalbert Tobold und Dr. Wilhelm Zuelzer ist das Prädicat Professor beigelegt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Blokuzewski in Mewe und Dr. Mennicke in Wettin.

Verzogen sind: Die Aerzte: Felicki von Mewe nach Lissewo, Stabsarzt Dr. Koerner von Kulm nach Deutsch Eylau, Stabsarzt Dr. Moriz von Kolberg nach Kulm, Dr. Langenau von Kelbra nach Sondershausen, Ober-Stabsarzt Dr. Viedebantt von Erfurt nach Wittenberg, Loeffler von Baruth nach Lübben, Dr. Czarnecki von Christianstadt nach Poln. Lissa, Dr. Scheef von Tübingen nach Bad Imnau.

Verstorben: Kreisphysicus Dr. Riemer in Schlochau, Dr. Kessel Arzt am Correctionshause in Zeitz. Geheimer Sanitäts- und Kaiserl. Russ. Staatsrath Dr. Lehwess und Geh. Sanitätsrath Dr. Jung in Berlin.

Apotheken-Angelegenheiten: Es haben gekauft der Apotheker Heering die Runde'sche Apotheke in Eisleben, der Apotheker Caspari die Geiseler'sche Apotheke in Königsberg N/M. Dem Apotheker Ehmann ist an Stelle des Apothekers Helbing die Verwaltung der Filialapotheke in Veringenstadt übertragen worden.

Vacante Stellen: Kreisphysicat in Wandsbeck des Kreises Stormarn. Kreiswundarztstelle des Kreises Labiau.

Militär-Medicinalwesen.

Berlin, den 31. Mai 1884. Dr. Struck, Ober-Stabsarzt 1. Kl. à la suite des Sanitätscorps, zum Generalarzt 2. Kl., Dr. Blumensath, Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Regts.-Arzt vom 2. Brandenburg. Feld-Art.-Regt. No. 18 (General-Feldzeugmeister), Dr. Koch, Ober-Stabsarzt 2. Kl. à la suite des Sanitätscorps, — zu Ober-Stabsärzten 1. Kl., Dr. Schmidt, Stabs- und Bats.-Arzt vom Garde-Füs.-Bat. 1. Grossherzogl. Hess. Inf. (Leibgarde-) Regts. No. 115, zum Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Regts.-Arzt des 3. Grossherzogl. Hess. Inf.-Regts. (Leib-Regts.) No. 117, — befördert. Dr. Graf, Ober-Stabsarzt 2. Kl. und Regts.-Arzt vom 3. Grossherzogl. Hess. Inf.-Regt. (Leib-Regt.) Nr. 117, zum 7. Thüring. Inf.-Regt. No. 96, Dr. Müller, Stabsarzt vom medicin.-chirurg. Friedrich-Wilhelms-Institut, als Bats.-Arzt zum Garde-Füs.-Bat. des 1. Grossherzogl. Hess. Inf.- (Leibgarde-) Regts. No. 115, Dr. Regenbrecht, Ober-Stabsarzt 1. Kl. und Regts.-Arzt vom 4. Pomm. Inf.-Regt. No. 21, beauftr. mit Wahrnehm. der divisionsärztl. Functionen bei der 4. Div., mit Pens. und seiner bisher. Unif., Dr. Rother, Stabs- und Abtheil.-Arzt von der 2. Abtheil. des 2. Brandenburg. Feld-Art.-Regts. No. 18 (General-Feldzeugmeister), mit Pens., — der Abschied bewilligt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besondere Beilage

zu

No. 24 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Die Schluckbewegung.

Von

H. Kronecker.

(Schluss aus No. 22.)

Auch die Auscultation der Schluckgeräusche am Menschen liess erkennen, dass die Kardia lähmende Wirkung der Schlucke mit deren Anzahl wuchs; es traten mit der zunehmenden Zahl der Schlucke immer deutlicher die Durchspritzgeräusche auf: auch da, wo sie bei Einzelschlucken fehlten, wahrscheinlich weil die Kardia durch summirte Hemmungen immer weiter wurde. Es geschah aber auch oft, dass man keine Durchspritzgeräusche (in Folge des ersten Schluckimpulses) hörte, sondern nur ein Durchpressgeräusch (in Folge der Contraction des letzten Oesophagusabschnittes) 6″—7″ nach dem letzten Schlucke. Dieses Durchpressgeräusch fiel bis zum letzten Schlucke wahrscheinlich darum aus, weil die Kardia während der schnell folgenden Schlucke offen blieb, aber der Schluckintervalle doch nicht so klein waren, dass nicht der eine oder der andere Oesophagusabschnitt sich zusammenzuziehen Zeit gefunden hätte. Hierdurch wurde die gespritzte Masse aufgehalten und sickerte beim nächsten Impulse in den offenen Magen. Erst nach dem letzten Schlucke verschwinden die Hemmungen. Die Kardia schliesst sich tonisch und durch sie presst nun (6″—7″ nach dem Beginne des letzten Schlucks) der sich contrahirende dritte Oesophagusabschnitt die Schluckmassen in den Magen. Es kommt aber auch vor, dass man nach wiederholten Schlucken gar kein Geräusch hört. Dann ist vermuthlich die Kardia zu schwach gespannt, um beim Durchpressen der Schluckmassen in hörbare Schwingungen zu gerathen.

Nach diesen Betrachtungen, welche sich übrigens schon in unserer Schluckarbeit vom October vergangenen Jahres und auch im Wesentlichen in Meltzer's erster Mittheilung im Centralblatte für die med. Wissenschaften 1883 No. 1 fanden, sind wohl Herrn A. Ewald's Bedenken[1]) gegen unsere Deutung der Schluckgeräusche als gegenstandslos zu betrachten.

Auf folgende oft zu beobachtende Abweichung von dem normalen Schluckverlaufe möchte ich noch hinweisen. — Herr Meltzer fand, wenn er seine Oesophaguskapsel schreiben liess, während er kohlensäurereiche Getränke genoss, dass dann oft schon nach dem vierten Schlucke eine langanhaltende Contraction des Oesophagus entsteht und dass dieser Krampf durch frequente Schlucke nicht gehemmt werden kann. In unseren geselligen Kreisen erzählte mir ein Herr, dass er beim Genuss von Gefrorenem fühle, wie die Speiseröhre sich zusammenschnüre, so dass er einige Minuten lang nicht gut schlucken könne.

In diesen Fällen haben wir es höchst wahrscheinlich mit Zusammenziehungen der Speiseröhre zu thun, welche durch directe Reizung hervorgerufen werden und daher vom Centrum aus nicht gehemmt werden können, ebenso wie ein Herz auf directe Berührung sich contrahirt, wenn auch während dessen seine Vagi durch stärkste elektrische Schläge gereizt werden.

Was ich bisher ausgeführt habe, dürfte genügen, Ihnen eine Vorstellung vom Mechanismus der Schluckbewegung zu geben, wie wir dieselbe erkannt haben. Diese Vorstellung ist zum grossen Theil von uns experimentell begründet worden. In diesen Tagen hat Herr Professor Arloing in Lyon an verschiedenen Orten[2]) nachzuweisen versucht, dass er einige wesentliche Thatsachen, welche unserer neuen Lehre zu Grunde liegen, vor uns gefunden habe. Herr Arloing wurde durch die in der Semaine médicale wiedergegebene oben erwähnte Discussion über Schluckgeräusche in der med. Gesellschaft auf unsere seit länger als 3 Jahre veröffentlichten Untersuchungen über Schluckbewegung aufmerksam und schreibt in seiner an die Semaine médicale (p. 15): gerichteten Prioritäts-Reclamation: „Le fait principale, sur lequel ces auteurs (Kronecker et Meltzer) appellent l'attention est la suppression du mouvement péristaltique de l'oesophage pendant certaines déglutitions. J'ai démontré en me basant sur des expériences, que, chez les animaux solipèdes, l'oesophage devient inerte pendant les déglutitions associées d'aliments liquides ou de boissons. J'ai même indiqué que le relâchement des parois oesophagiennes est tel, dans la portion thoracique, que la pression qui s'exerce au début, sur une ampoule engagée dans le conduit diminue peu à peu au fur et à mesure de l'ingestion des boissons. Quant aux contractions péristaltiques elles reparaissent à la fùr pour vider les premières voies des gouttes ou parcelles liquides qu'elles ont pu retenir.“

Ich habe Herrn Arloing am 1. Februar in der Sitzung der hiesigen physiologischen Gesellschaft geantwortet. Hierüber berichtete der Semaine médicale Herr Stabsarzt Villaret, welcher durch seine Mitarbeiterschaft an der genannten verbreiteten Zeitschrift sich das grosse Verdienst erworben hat, die Fortschritte der Medicin in Deutschland den französischen Aerzten zugänglich zu machen. In diesem authentischen Berichte bemerkte ich. (p. 65):

Ich will sogleich vorausschicken, dass das von Herrn Arloing beobachtete Phänomen, auf dessen Beschreibung er seinen Prioritätsanspruch gründet, in der That ähnlich ist demjenigen, von welchem wir bei dem zweiten Theile unserer Untersuchungen ausgegangen sind. — Herr Arloing hat, was ich ausdrücklich zugebe, vor uns gesehen, dass der Oesophagus während wiederholter Schlucke unthätig bleibt, aber er hat diesen Vorgang, wie den ganzen Schluckmechanismus falsch verstanden. Die von ihm geübte graphische Methode hat ihm keine Resultate gebracht. Er hat gut geschrieben aber nicht richtig gelesen. Darum hat kein späterer Autor auf diese seine Versuche Gewicht gelegt. Auch seine Landsleute bemerkten seine Entdeckung nicht. Duval erwähnt in seinem Lehrbuche der Physiologie[1]) die erste Mittheilung von Arloing[2]), aber nicht das jetzt hervorgehobene Resultat. Eben so wenig erwähnt Ranvier[3]) in seiner „Revue historique“ der Arbeiten über die Oesophagusbewegung von Arloing, dessen Thèse 1877 in Paris erschienen ist und sagt dazu ausdrücklich: „Les travaux de Volkmann, de Wild et de Mosso sont les seuls que je connaisse sur le sujet qui m'occupe en ce moment.“ Die Fachgenossen des Herrn Arloing konnten seine Beobachtung nicht würdigen, weil er sie selbst weder erklärt noch verstanden hat. Es dürfte Ihnen, meine Herren, interessant sein, bei dieser Gelegenheit einen ganz ähnlichen freilich viel bedeutsameren Vorgang in Ihr Gedächtniss zurückzurufen:

Im Jahre 1838 schreibt Volkmann in seiner sorgfältigen Arbeit:[4]) „Von dem Baue und der Verrichtung der Kopfnerven des Frosches“ „Nichts ist wunderbarer als der Einfluss des Vagus auf die Herzbewegung“..... „Das Herz zeigte 20 regelmässige Pulsationen in der Minute. Nachdem der Vagus gereizt worden war, zeigten sich in der zweiten Minute vier kaum merkbare Contractionen in den [illegible]ähnlichen Intervallen, dann stand das Herz $1\frac{1}{2}$ Minuten lang vollkom[illegible] still, worauf eine einzelne

¹) Vgl. Berl. klin. Wochenschrift 1883 No. 51 und 1884 No. 3.

²) Société de Biologie à Paris. 29. Dec. 1883. Semaine médicale 1884 pag. 15 u. pag. 98. Gaz. hebdomad. 1884 No. 5.

¹) Cours de physiologie. Paris 1883. p. 295.

²) Application de la méthode graphique à l'étude de quelques points de la déglutition. Compt. rend. de l'acad. des sciences Nov. 1874.

³) Leçons de l'Anatomie générale. 1880. p. 336—418.

⁴) J. Müller's Archiv 1838, S. 87 u. 88.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kleine Contraction erfolgte. Der galvanische Reiz wurde jetzt entfernt und nun ergaben sich 26 grosse und regelmässige Contractionen in der Minute." — 7 Jahre später haben E. H. Weber und Eduard Weber durch den Nachweis, dass der Vagus ein Hemmungsnerv des Herzens ist, eine neue Aera in der Physiologie eröffnet.

Niemals ist es Volkmann eingefallen, den Gebrüdern Weber gegenüber seine Priorität in dieser fundamentalen Frage geltend zu machen. Volkmann wusste, dass er die Entdeckung nicht gemacht hat, weil er das Phänomen, welches er beobachtete, nicht verstanden hat.

Herr Arloing hat sein erstes Aperçu vom Jahre 1875 nicht weiter verfolgt, sondern giebt es in seiner systematischen Abhandlung in genau der gleichen aphoristischen Form. Er statuirt einen fundamentalen Unterschied zwischen einzelnen Schlucken und associirten Schlucken, ohne ein Wort zu sagen, wie schnell die Schlucke auf einander folgen müssen, damit sie als associirte zu betrachten seien. Er überzeugt sich gar nicht davon, ob bei seinen associirten Schlucken der ganze Oesophagus oder nur ein Theil desselben unthätig gewesen ist. Er sieht jeder Reihe von associirten Schlucken eine Peristaltik des Oesophagus folgen und sagt „quand l'animal, cessant de boire, exécute une déglutition isolée, on voit la tunique charnue se gonfler très manifestement." An eine mit den Schluckantrieben gleichzeitig beginnende Hemmungswirkung, wie wir sie bewiesen haben, hat Herr Arloing nicht entfernt gedacht. Er sagt in seiner letzten Publication[1]) (1881) „La cause qui entraine l'inertie de la partie rouge de l'oesophage impose à la partie blanche de ce conduit (quand celle ci existe manifestement) une modification fort remarquable sur la nature de laquelle nous ne saurions rien affirmer pour le moment[2]). Mais nous avons parfaitement constaté que cette partie se dilate en dehors de l'action du thorax, de manière à donner un facile écoulement au liquide qui a été injecté dans la partie lâche et extensible de l'oesophage. Cette dilatation active (!) s'établit peu à peu au fur et à mésure que le sujet prend ses boissons. Elle disparaît graduellement et se termine par une série de contractions plus ou moins énergiques, quand l'animal cesse de boire."

1) Article Déglutition l. c. p. 261.
2) Während der letzten 10 Jahre.

Jedenfalls kann über die Priorität der Schlucklehre, wie wir sie aufgestellt haben, kein Zweifel entstehen. Herr Arloing betrachtet als Beförderungsmittel des einzelnen Bissens oder Schluckes nach einander die an der Schluckbahn liegenden Muskelkräfte, ähnlich wie dies seine Vorgänger gethan haben. Neben diesen „mechanischen" Hilfsmitteln nimmt er (wie wir oben ausgeführt haben) noch ein „physisches" an: eine Aspiration. Bei associirten Schlucken, „ce n'est pas sous l'influence de l'onde peristaltique oesophagienne mais sous l'influence du pharynx qui par ses contractions injecte (les gorgées de liquide) dans l'oesophage. Le pharynx joue le rôle principal." [1])

Wir haben gezeigt, dass bei jedem Schlucke, sei derselbe einzeln oder in einer Reihe schnell folgender, die Muskelgruppe der Mylohyoidei als Hauptmotor fungirt, dass der Schluck an der Kardia anlangt, bevor auch nur die Pharynxmusculatur, geschweige denn der Oesophagusschlauch sich contrahiren konnte, dass man die Pharynxmusculatur durchschneiden konnte, ohne dass den operirten Hunden das Schlucken unmöglich geworden wäre.

Die Hemmung der Oesophaguscontraction, die mit jedem neuen Schlucke neu ausgelöst wird, mindert nur die Widerstände auf der Schluckbahn.

Sie sehen meine Herren, der Schluckmechanismus ist in seinen Grundzügen ziemlich einfach. Die nervösen Einrichtungen aber, welche die Bewegungen auslösen und rechtzeitig hemmen sind sehr complicirt und das Studium derselben ist von uns noch nicht abgeschlossen.

1) Déglutition p. 261.

Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag **№ 25.** 19. Juni 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Mittheilungen aus der Poliklinik für Hautkrankheiten.

Von

Dr. Gustav Behrend,

Privatdocent a. d. Universität Berlin.

(Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin zu Berlin.)

I.

Zwei Fälle von Prurigo nach Scharlach; ein Beitrag zur Aetiologie der Prurigo.

M. H. Es könnte vielleicht befremden, dass ich in dieser Gesellschaft, deren Aufgabe die Förderung unserer Kenntnisse von den innern Erkrankungen des Körpers sein soll, es unternehme über die Prurigo zu sprechen, die wir ja nach der in Deutschland allgemein üblich gewordenen Auffassung der Wiener Schule als eine Localerkrankung der Haut zu betrachten gewohnt sind; d. h. als eine Erkrankung, die mit ihrem Ursprung und ihrem klinischen Gesammtbilde, mit ihrer Aetiologie, ihren Symptomen, ihrer Localisation, ihrer Entwickelung und Rückbildung, soweit eine solche stattfindet, allein in den Geweben der Haut wurzelt. Denn Hebra, zu dessen Verdiensten es immer gehören wird, die Prurigo als ein typisches klinisches Krankheitsbild aus einer Gruppe ähnlicher pathologischer Zustände an der Haut, mit denen sie bis zu seiner Zeit identificirt wurde, herausgehoben zu haben, spricht sich gerade in Bezug auf diese Erkrankung in ganz unzweideutiger Weise in diesem Sinne aus, indem er erklärt, dass sie eine Erkrankung der Haut „sensu strictissimo“ sei, dass er keinen Allgemeinzustand des Körpers, keine Veränderung der Blutmasse kenne, möge dieselbe chemischer oder anatomischer Natur sein, welche zur Entwicklung der Prurigo Anlass gebe.[1]) Namentlich weist er die von der Schönlein'schen Schule construirte „Uroplanie“ oder „Urodialysis“ als Ursache der Prurigo zurück, jenen etwas rebelhaften Zustand, von dem man, wie dies namentlich C. H. Fuchs[2]) ausführt, annahm, dass er durch eine Aufnahme von Harnbestandtheilen in das Blut zu Stande komme und durch Ausscheidung dieser Harnbestandtheile von der Haut aus zu Krankheitserscheinungen auf derselben Anlass gebe. Er widerlegt ferner die Ansicht, dass die Prurigo durch Säuren oder Schärfen im Blute entstehe, welche man seit den ältesten Zeiten der Medicin bis in unser Jahrhundert hinein als Acria oder Acrimoniae sanguinis bezeichnete und auf den Genuss scharfer oder gewürziger Speisen und Getränke zurückführte, und stellt endlich ihre Abhängigkeit von jenen Constitutionsanomalien in Abrede, wie sie von der französischen Schule, namentlich von Bazin und Hardy in so ausgiebiger Weise für die Aetiologie der Hautkrankheiten in Anspruch genommen werden. Die etwas schematische Argumentation, durch welche Hebra zu seiner Schlussfolgerung gelangte, findet sich allerdings mit gewissen Modificationen und mit mehr oder weniger Ausführlichkeit, jedoch im Allgemeinen in ganz gleicher Weise auch bei anderen Erkrankungen, namentlich beim Eczem (l. c. Bd. I, pag. 455), der Psoriasis (l. c. pag. 352), der Acne (l. c. pag. 596), Pemphigus (l. c. pag. 672) wieder, so dass man in der That behaupten kann, dass er die Hautkrankheiten als locale Leiden der Haut betrachtet.

[1]) Hebra und Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten 2. Aufl. Erlangen 1872 Bd. I, pag. 574 ff.

[2]) C. H. Fuchs, die krankhaften Veränderungen der Haut, Göttingen 1840 pag. 426. Hebra behauptet eigentlich mit Unrecht, dass Fuchs die Prurigo zu den „Uroplanien“ rechnet. Derartige literarische Ungenauigkeiten finden sich mehrfach bei Hebra, worauf ich später noch anderweitig zurückkommen werde. Fuchs zählt die Prurigo zu den „Psoriden“ (l. c. pag. 612), welche eine Unterabtheilung seiner „specifiken Dermapostasen“ bildet, während die „Uroplanien“ zu seinen „einfachen Dermapostasen“ zählen, sein Strophulus juvenilis chron. (l. c. pag. 178) aber, welcher wahrscheinlich auch unserer heutigen Prurigo angehört, unter seinen „Eczematosen“, einer Familie seiner „Haematosen“, steht.

Demgegenüber habe ich in den letzten Jahren mehrfach auf die Unrichtigkeit und Einseitigkeit der Hebra'schen Auffassung hinweisen müssen. Denn wir sind in neuerer Zeit durch sichere Thatsachen zu der Ueberzeugung gelangt, dass Veränderungen der Blutmasse sehr wohl im Stande sind zur Entwickelung von Hautkrankheiten Anlass zu geben. So wissen wir von einer grossen Anzahl von Arzneistoffen, dass sie, zur Resorption gelangt, bei bestimmten, dazu prädisponirten Individuen Hauteruptionen erzeugen, Analoga jener Eruptionen, wie man sie schon früher nach dem Genuss gewisser Speisen und Getränke auftreten sah; bei Nephritikern, bei denen eine Behinderung in der Harnausscheidung vorhanden ist, treten Eczeme und andere Hautaffectionen auf, die erst nach Wiederherstellung der Harnausscheidung schwinden; durch Resorption von blandem Wundsecret — mag es sich um Wunden in Folge einer Entbindung oder nach einer Operation oder endlich um eine zufällige Verletzung handeln — entstehen Hauteruptionen verschiedener Art; dasselbe beobachten wir zuweilen nach der Aufnahme septischer oder bei Anwesenheit pyämischer Stoffe im Blute, ja selbst die Infectionsstoffe, welche unsere typischen Infectionskrankheiten (Masern, Scharlach, Pocken etc.) erzeugen, haben zuweilen gewissermassen als Nebeneffect ihrer specifischen Wirksamkeit die verschiedensten Formen von Hauterkrankungen zur Folge. Besonders interessant sind in dieser Beziehung die Impfausschläge, auf welche ich weiterhin noch zurückkomme.

Trotz der grossen Verschiedenheit, welche alle diese krankheitserregenden Stoffe besitzen, haben die Krankheitserscheinungen, welche unter ihrem Einflusse zu Stande kommen, gewisse gemeinsame Charaktereigenthümlichkeiten, wie ich das in der 2. Aufl. meines Lehrbuches nachgewiesen habe, so dass ich sie hier unter der Bezeichnung der „hämatogenetischen Hauteruptionen“ in eine gemeinsame Gruppe zusammenfassen und den Satz aufstellen konnte, dass die Form dieser Hauterkrankungen vollkommen unabhängig ist von der Beschaffenheit des Stoffes, unter deren Einfluss sie entstehen, dass sich demnach in dieser Beziehung beispielsweise das Scharlach-, Pocken-, Vaccinegift, die Arzeneistoffe, Stoffe, welche in Form von Nahrung in den Organismus gelangen etc., vollkommen gleichwerthig unter einander verhalten.[1])

Wenn ich nun in Bezug auf die Möglichkeit einer hämatogenetischen Entwickelung der Prurigo mich bisher mit etwas grösserer Reserve aussprach, als in Bezug auf andere Erkrankungen (Acne, Sycosis, Eczem, Psoriasis, Pemphigus)[2]), so geschah dies, weil ich in Bezug auf diese Erkrankung über directe Beobachtungen nach dieser Richtung hin nicht verfügte; augenblicklich aber bin ich in der Lage zwei Beobachtungen mitzutheilen, aus denen direct hervorgeht, dass auch Prurigo vom Blute aus entstehen, mithin ihre Entwickelung aus inneren Ursachen fortan nicht mehr bezweifelt werden kann. Beide Fälle betrafen ältere Kinder, bei denen Prurigo sich unmittelbar an eine Scharlacherkrankung anschloss.

Fall 1. Luise Kanehl, 7½ Jahre alt, wurde von mir im 1. Lebensjahr geimpft. Bei der damals vorgenommenen Besichtigung der Körperoberfläche waren keinerlei krankhafte Erscheinungen auf derselben vorhanden. Am 8. September 1881, also im Alter von 5 Jahren, erkrankte sie, nachdem sie bis zu dieser Zeit stets gesund gewesen

[1]) G. Behrend, Lehrbuch der Hautkrankheiten 2. Aufl. Berlin 1883 pag. 287 ff.

[2]) S. hierüber die betreffenden Abschnitte meines Lehrbuches.

Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

war, mit hohem Fieber und Convulsionen, nach deren Ablauf Angina und am Tage darauf ein beginnendes Scharlachexanthem constatirt wurde. Im Laufe der nächsten Zeit wurde die Hautoberfläche von mir täglich inspicirt, ausser der Röthe jedoch absolut nichts Krankhaftes wahrgenommen. Ende September stellte sich Desquamation ein, indem sich die Hornschicht der Epidermis in grossen Fetzen ablöste und mit dem Aufhören derselben, Anfang October, also etwa 4 Wochen nach den initialen Convulsionen, trat eine Pusteleruption auf, welche die ganze Körperoberfläche, am intensivsten jedoch die Unterextremitäten und in zweiter Reihe die Arme betraf, aber auch die Handflächen und Fusssohlen nicht verschonte. Die älteren Pusteln, welche den Umfang einer Bohne erreichten und an einzelnen Stellen sehr dicht standen, trockneten zu Borken ein und verheilten, während ununterbrochen neue Nachschübe folgten, und so spann sich der Process bis zum Januar 1882 fort. Mit dem Erlöschen desselben trat das ausgeprägte Bild der Prurigo mit ihrer typischen Localisation auf, wie es heute noch, obwohl in Folge der fortgesetzten Behandlung in milderer Form, fortbesteht. Am stärksten sind die Unterextremitäten von Knötchen bedeckt, namentlich die Streckseiten der Unterschenkel, dann folgen die Aussenflächen der Oberschenkel und Clunes bis hinauf zu den Cristae ilei, dann die Ober- und Vorderarme und endlich der Rumpf. Die Beugeflächen der Gelenke, die Haut der Handteller und Fusssohlen sind, wie auch das Gesicht, vollkommen frei. Ausserdem besteht Schwellung der Inguinaldrüsen und Pigmentirung der Haut, die nur an den Beugeflächen der Gelenke, namentlich der Kniegelenke, ihre normale Farbe besitzt.

Fall 2 betrifft einen 7jährigen Knaben, Franz Stephan, der im Jahre 1881 im Alter von 4 Jahren an Scharlach mit nachfolgender Nephritis erkrankte. Derselbe kam am 2. December 1882 im Alter von 5 Jahren zur Behandlung und zeigte gleichfalls das typische Bild einer Prurigo mittleren Grades. Die Mutter gab an, dass unmittelbar nach der Nephritis eine Pusteleruption aufgetreten sei, die allmählich schwand und die Krankheitserscheinungen zurückgelassen habe, wie sie sich im Beginne der Behandlung zeigten. Unter sachgemässer Behandlung ist die Prurigo heute bis auf kleine Reste geschwunden.

Das Interesse, welches sich an diese beiden bis in ihre Einzelheiten übereinstimmenden Fälle knüpft, richtet sich auf drei Momente. Einmal nämlich ist es etwas ganz Ungewöhnliches, dass Prurigo im 5. resp. 4. Lebensjahre entsteht. In allen Fällen dieser bei uns so häufigen Erkrankung, die ich bisher zu beobachten hatte, war sie, wie dies ja auch Hebra betont, innerhalb des ersten Lebensjahres entstanden, wo sie sich aus einer Urticaria entwickelte. Hier dagegen, — und es ist dies der zweite Punkt, welcher Beachtung verdient — war nicht eine Urticaria sondern eine Pusteleruption vorausgegangen, die im Ganzen zwar die Localisation der Prurigo innehielt, jedoch an manchen Stellen, wie an den Handflächen und Fusssohlen, diese Grenzen überschritt. Von wesentlicher Bedeutung aber endlich ist es zu constatiren, dass die Prurigo hier unter dem Einfluss des Scharlachgiftes entstanden ist. Gleiche Beobachtungen liegen bisher in der Literatur nicht vor, indess ist über einzelne ganz analoge Fälle berichtet worden. So theilte Biart[1]) kürzlich 3 Fälle mit, in denen sich unmittelbar an eine Scharlacherkrankung eine Psoriasis anschloss, also gleichfalls, wie die Prurigo, eine chronische Hautaffection, die weiter fortbestand, nachdem das Scharlachgift schon längst aus dem Organismus eliminirt war.

Dass Hautkrankheiten unter dem Einfluss fremder Stoffe innerhalb der Circulation sich entwickeln und die Anwesenheit derselben überdauern können, lässt sich zuweilen unter Umständen nachweisen, welche fast die Sicherheit eines Experimentes in sich schliessen. Wir sehen nämlich nach der Vaccination Hauteruptionen verschiedener Art auftreten, die wie ich nachgewiesen habe,[2]) an zwei ganz bestimmte Phasen des Vaccineverlaufes geknüpft sind: entweder nämlich treten diese Affectionen in den ersten drei Tagen oder am 7.—8. Tage nach der Vaccination auf, so dass man in jedem Falle mit grosser Wahrscheinlichkeit sagen kann, ob ein bei einem vaccinirten Individuum auftretendes Exanthem ein Impfausschlag ist oder nicht. Diese Ausschläge sind meist acuter Natur, und schwinden spätestens mit dem Eintrocknen der Vaccinepusteln, häufig aber sehen wir namentlich Eczeme genau in dem Typus der Impfausschläge auftreten und einen chronischen Verlauf annehmen, so dass sie noch Wochen- und Monatelang nach dem Abfall der Impfschorfe als selbständige Leiden weiter bestehen. Seltener sehen wir das bei anderen Hautaffectionen. So beobachte ich noch jetzt ein 3jähriges Kind mit Urticaria, bei dem die Eruption im 11. Lebensmonat, am 8. Tage nach der Vaccination, begonnen hatte und sich durch ununterbrochene Nachschübe bis heute wiederholte. In meinem Lehrbuch der Hautkrankheiten (2. Aufl. pag. 265) findet sich ein Fall erwähnt, in welchem bei einem Erwachsenen in grösseren Intervallen eine Psoriasiseruption jedesmal nach der Impfung auftrat, und ähnliche Fälle wurden neuerdings auch von Rohé[1]) sowie von Wood[2]) berichtet.

Fassen wir nun alle diese Verhältnisse in's Auge, so ergiebt sich, dass, wie in der einen Reihe von Fällen das Vaccinegift, so in anderen das Scharlachgift nur die Anregung zur Entwickelung der Hautaffectionen gegeben haben kann, dass wir aber in der Haut selber eine Dispositionzur Erkrankung, sei es in der einen oder anderen Form, zu suchen haben. Speciell auf die obigen beiden Fälle angewandt, werden wir diesen Satz dahin formuliren müssen, dass bei beiden Kindern, deren Haut eine nicht näher definirbare Disposition zur Erkrankung an Prurigo besass, der Ausbruch dieser Erkrankung durch das im Blute circulirende Scharlachcontagium herbeigeführt wurde, und da wir es hier demnach nicht mit einer specifischen Wirkung des Scharlachgiftes zu thun haben, so wird es uns nicht befremden dürfen, wenn wir unter Umständen einmal eine Prurigo auch unter dem Einfluss anderer Stoffe auftreten sehen, wie wir sie z. B. in Form von Speise und Trank oder als Arzneimittel etc. dem Organismus zuführen. Andererseits aber lehren diese Erfahrungen auch, dass die Prurigo ebenso wenig wie andere Hautkrankheiten an bestimmte Dyscrasien gebunden ist, wie sie von der französischen Schule festgehalten werden, wenngleich die Möglichkeit ihrer Entstehung vom Blute aus auf Grund der obigen Thatsachen nicht mehr bezweifelt werden kann.

II.

Ein Fall von Lichen ruber planus mit ungewöhnlicher Localisation.

Frau L.[3]), eine 41jährige Frau, wurde mir am 4. Januar von Herrn Collegen Wilde zur poliklinischen Behandlung überwiesen. Sie gab an, etwa 6 Monate zuvor an beiden Fusssohlen farblose Knötchen bemerkt zu haben, die etwas juckten und allmählich röthlich wurden, während sich gleichzeitig ähnliche Knötchen an den Rändern und am Rücken beider Füsse einstellten und unter Zunahme des Juckens vergrösserten und confluirten. Allmählich traten auch rheumatische Schmerzen in den Fusswurzelknochen auf, welche der Patientin das Gehen und Stehen in hohem Grade beschwerlich machten.

Bei der Untersuchung fand ich an beiden Fussrücken eine ziemlich grosse Anzahl prominenter Knötchen und Scheiben, von dem Umfang eines Hanfkorns aufwärts bis zu dem einer Bohne, die isolirt standen, frei von Schuppen waren und eine gelblich-braune bis braunrothe und livide Farbe besassen. An den Fussrändern confluirten sie zu grösseren Plaques und bildeten namentlich an den äusseren Rändern und an den Fersen zusammenhängende dunkelrothe derbe Infiltrate, an denen die Hornschicht der Epidermis sich hie und da in feinen aber fest anhaftenden kleinen Lamellen ablöste. An den Fusssohlen standen weit zerstreut und in regelloser Anordnung stecknadelkopfgrosse livide Knötchen, die in der Nähe des linken Fussrandes sich zu einem Kreise gruppirten und einen etwa Zweimarkstück-grossen dunkel pigmentirten Fleck umschlossen.

Wenn man bei oberflächlicher Betrachtung der Knötchen und Scheiben, zumal bei der eigenthümlichen Localisation derselben den Eindruck gewinnen konnte, als handele es sich um ein papulöses Syphilid, so musste diese Möglichkeit sofort zurücktreten, wenn man die erkrankten Partien bei seitlich auffallendem Lichte betrachtete. Hierbei zeigte sich die Oberfläche dieser Efflorescenzen glänzend, wie polirt und die feste Epidermisdecke gewährte den Eindruck, als sei sie durch Einwirkung einer äusseren Gewalt comprimirt. Dabei aber sah man ausserdem an den bei der Flächenansicht normal erscheinenden Hautpartien die einzelnen durch die normalen Linien der Haut gebildeten polygonalen Felder deutlich über die Oberfläche hervorragen und ein Mosaik mit glänzender Oberfläche bilden (état lichenoïde der französischen Autoren). Unter diesen Umständen musste die Diagnose des Lichen ruber gesichert erscheinen; denn sowohl das papulöse Syphilid als auch das Erythema exsudativum multiforme, welche beide diese Localisatien mit Vorliebe zu wählen pflegen, bilden nicht so feste derbe Knötchen und Scheiben mit glänzender Oberfläche. Ausserdem juckt keine dieser beiden Affectionen, und was mit Rücksicht auf die Syphilis ins Gewicht fällt, es fehlten alle der letzteren eigenthümlichen Begleiterscheinungen, Drüsenschwellung, Schleimhautaffection Haarausfall etc.

Was diesem Falle einiges Interesse verleiht, ist nicht nur der

[1]) Biart. Journal of cutaneous diseases 1882 pag. 163.
[2]) G. Behrend, über vaccinale Hauteruption: Berl. klin. Wochenschrift 1881 No. 46; Archives of dermatol. VII. 1881 No. 4; Transact. of the internat. med. Congress London 1881. Vol. III. pag. 152.

[1]) Rohé, Journ. of cutaneous diseases 1882. pag. 11.
[2]) Wood, ibid. pag. 161.
[3]) Vorgestellt im Verein für innere Medicin am 18. Februar 1884.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Umstand, dass die Affection sich auf die erwähnten Stellen localisirte, sondern dass er auf dieselben sechs Monate hindurch beschränkt blieb, ohne sich weiter auszubreiten. Denn es ist keine seltene Erscheinung, dass der Lichen ruber mit einem oder mehreren Plaques sei es im Nacken, am Rumpf, an den Extremitäten, am Penis kurz an irgend einer Stelle beginnt, dass aber alsdann von hier aus sehr bald sich die Papeleruption im Laufe weniger Wochen auf weitere Strecken ausbreitet, so dass sehr schnell grössere Körperstrecken von ihr befallen werden. Im vorliegenden Falle jedoch war und blieb die Affection auf die für sie nicht gerade gewöhnlichen Stellen beschränkt. Ob sie es dauernd geblieben wäre, lässt sich freilich nicht sagen, da sie unter der eingeschlagenen Therapie einer baldigen Involution entgegenging. Die Patientin wurde nämlich in der von Hebra angegebenen Weise mit Solutio Fowleri in der Art behandelt, dass sie mit dreimal täglich drei Tropfen begann und jeden vierten Tag einen Tropfen pro die mehr erhielt. Unter dieser Behandlung hat sich die Affection in der verhältnissmässig kurzen Zeit von 10 Wochen fast vollkommen zurückgebildet. Uebrigens nahmen mit der Involution der Symptome auf der Haut auch die rheumatischen Schmerzen in den Fusswurzelknochen stetig ab und sind augenblicklich fast ganz geschwunden.

In wie weit die letzteren mit der Erkrankung überhaupt in Beziehung standen, vermag ich nicht zu sagen, denkbar wäre es allerdings, dass beide Erscheinungen auf dieselbe Ursache zurückzuführen seien. In dieser Beziehung möchte ich nur erwähnen, dass Herr Dr. Pospelow in Moskau in einem vor einiger Zeit erschienenen Aufsatz[1]) mittheilt, dass er in allen von ihm bisher beobachteten Fällen von Lichen ruber eine Erkältung als Ursache nachweisen konnte. Ich habe in Folge dessen bei allen Fällen von Lichen ruber, welche im letzten Jahre in meine Behandlung kamen, und deren Zahl sich auf 10 beläuft, gerade auf dies Moment mein Augenmerk gerichtet und in keinem auch nicht in dem oben beschriebenen, eine Erkältung oder überhaupt eine Ursache der Erkrankung nachweisen können. Drei Fälle betrafen Frauen, welche nur ihre häuslichen Verrichtungen besorgten, die übrigen Kranken waren Männer, die den verschiedensten Berufsklassen angehörten.

Discussion.

Herr Lewinski: Ich sehe nicht ein, warum das scarlatinöse Gift die Sache gemacht haben soll, warum nicht die durch dasselbe bedingte locale Entzündung der Haut?

Herr Behrend: Ich glaubte auf diese Möglichkeit in meinem Vortrage nicht näher eingehen zu brauchen, weil ihre Widerlegung sehr nahe liegt. Wollte man annehmen, die Scarlatina rufe einen Juckreiz hervor, der zum Kratzen veranlasst, so könnten hierdurch allerdings auch Knötchen entstehen, wie wir dies ja bei der Scabies regelmässig sehen. Indess handelt es sich hier doch um eine typische Localisation, wie wir sie nur bei Prurigo finden, namentlich finden wir hier auch, wie das bei Prurigo gleichfalls typisch ist, die Haut an den Beugeflächen der Gelenke, namentlich der Kniegelenke, vollkommen intact, ja an diesen Stellen ist die Haut sogar vollkommen normal gefärbt, während sie am übrigen Körper braun pigmentirt ist.

Natürlich ist es noch nicht zu einer Verdickung gekommen, denn diese tritt erst nach Jahre langem Bestehen der Krankheit auf, und dieses Kind hat seine Prurigo erst seit zwei Jahren.

Herr Löwenstein: Ich möchte an den Herrn Redner die Anfrage stellen, welcher Art die pustulösen Ausschläge waren? Sie scheinen nach seiner Auseinandersetzung einen Uebergang gebildet zu haben zwischen der Scarlatina und der eigentlichen Prurigo?

Herr Behrend: Die Frage des Herrn Löwenstein kann ich nicht beantworten. Der Fall ist etwas so Aussergewöhnliches, dass ich auch daraus nichts weiter zu machen weiss. Ich nehme an, dass durch das Scarlatinagift die Pusteln entstanden sind als Nebenwirkung der specifischen Wirkung desselben; wie die Sache zusammenhängt, weiss ich nicht.

II. Antipyrin, das neueste Antipyreticum.

Vortrag, gehalten im allgemeinen ärztlichen Verein in Köln am 26. Mai 1884

von

Dr. Ferdinand May,
Assistent am Bürgerhospitale zu Köln.

(Fortsetzung aus No. 24.)

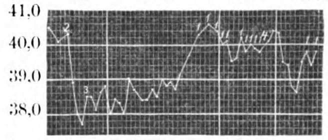
Versuch V. Theissen Jacob, 10 J. alt, aus Köln. Diagnose: Typhus abdominalis (Recidiv).

Pat. vom 1. März bis 9. April mit mittelschwerem Typhus abd. in Hospitalbehandlung, geheilt entlassen, kommt am 10. Mai wieder mit der Angabe, 2 Tage vorher mit Fieber, Kopfschmerz, Erbrechen erkrankt zu sein. Temperatur hochfebril, Milzschwellung, Puls frequent. Ileocoecalgurren, Roseola, Sensorium frei.

[1]) A. Pospelow, Petersb. med. Wochenschrift 1881 No. 44 pag. 375.

Versuch No. V. Diagnose: Typhus abdominalis; Recidiv.

11. 12. 13. 14. Mai.



1 = Bad. 2 = 2,0 Antipyrin. 3 = 1,0 Antipyrin. 4 = 1,0 Chinin.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
	Mittag				
10. Mai	2	40,0			
	4	40,1	136		
	6	39,4			
	8	40,9		Bad	
	10	40,2		Bad	
	12	40,6		Bad	
11. Mai	2	40,4		Bad	
	4	40,0		Bad	
	6	40,0		Bad	Stühle breiig gelb gefärbt.
	8	39,4			
	10	39,6			
	12	40,5		Bad	
	2	40,1		Bad	
	4	40,3	136	2,0 Antipyrin	Respiration 28.
	5	38,9			
	6	38,0			Starker Schweiss.
	7	37,7	124		Respiration 24. Haut feucht.
	8	38,5	120	1,0 Antipyrin	
	9	38,5			
	10	38,1			
	11	38,6			
	12	38,8			
12. Mai	1	38,0			
	2	38,4			
	3	38,3			
	4	38,0			
	5	39,0			
	6	38,7			
	8	38,4			
	9	38,4	116		
	10	38,7			
	11	38,5			
	12	39,0			
	1	38,8			
	2	38,9			
	3	38,7			
	4	39,1	128		
	6	39,7			
	8	40,3		Bad	
	10	40,6		Bad	
	12	40,4		Bad	
13. Mai	2	40,0		Bad	
	4	40,1		Bad	
	6	39,5			
	8	39,6	124		
	10	40,2		Bad	
	12	39,8			
	2	40,0		Bad	
	4	39,9		Bad	
	6	39,8	124	Bad	
	8	40,0		1,0 Chinin	
	10	40,1			
	12	40,4			
14. Mai	2	40,3			
	4	39,5			
	6	39,4			
	8	38,8			
	10	38,6			
	12	39,5			
	2	39,8		Bad	
	4	39,4	132		
	6	39,8		Bad	

Am 11. Mai werden Nachmittag 4 Uhr bei 40,3 Temperatur 2,0 Antipyrin verabreicht; schon nach 1 Stunde 38,9, also eine Differenz von 1,4 Grad, um 6 Uhr 38,0, Differenz 0,9, um 7 Uhr 37,7. Die beiden Gramm hatten also genügt innerhalb 3 Stunden die Temperatur von 40,5 auf 37,7 also um 2,8 Grad herabzusetzen. Nach einer weiteren Stunde zeigte sich wieder ein Anstieg auf 38,5. Es wird ein 3. grm. Antipyrin gegeben und schwankte nun die Temperatur bis zum nächsten Tag Nachmittag 3 Uhr zwischen 38,0 und 39,0.

3 grm. Antipyrin genügten, um die Temperatur 23 Stunden unter 39,0, nur 1 Stunde unter 38,0 zu halten mit einem Minimum von 37,7. Bei dem raschen Abfall zu Anfang des Versuches wurde ein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

etwa einstündiger starker Schweiss, sonst keinerlei Nebenwirkung beobachtet. Die Frequenz des Pulses und der Athmung sank mit dem Temperaturabfall; eine genauere Beobachtung wurde durch die Nacht verhindert.

Zum Vergleiche interessant ist die in den folgenden Tagen angewandte antipyretische Behandlung mit kalten Bädern von 18—20 Grad R. und Chinin. Erstere mussten fast zweistündlich gegeben werden, da die Temperatur durch sie fast nie länger unter 39,7 herabgedrückt zu werden vermochte. Die am 13. Mai Abend 8 Uhr verabreichte Gabe von 1,0 Chinin konnte ein anfängliches Steigen von 40,0 auf 40,4 nicht verhindern; das Temperaturminimum betrug 6 Stunden nach dem Chiningenuss 38,6; nur während 4 Stunden war die Temperatur unter 39,0.

Versuch VI. Over Josef, 50 J. alt. Diagnose: Pneumon. croup. lob. inf. sin.

Schwere Pneumonie mit Fieberabfall am 7. Tag. Antipyrinversuch am 3. Tage der Erkrankung.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
	Abend				
12. Mai	6	40,0	112		
	8	40.6			
	10	40,7			
	12	39,8			
13. Mai	2	40.0			
	4	39,6			
	6	39,8			
	8	39.8	108		
	9	40.2	108	2,0 Antipyrin	Resp. 45.
	10	39,5	108	2,0 „	„ 34 starker Schweiss.
	11	38,4	104		„ 34.
	12	38,2	104		„ 34 Gefühl von Mattigkeit.
	1	39,45	108		„ 29.
	2	39,5	108		„ 40.
	3	39,5	112		„ 38.
	4	39,3	116		„ 38.
	5	38,5	116		„ 39.
	6	38,6	112		„ 40.
	7	38,8	112		„ 40.
	8	39.2			
	9	38.7			
	10	39,1			
	11	39.1			
	12	39.0			
14. Mai	1	38,8			
	2	39.1			
	3	39,0			
	4	39.3			
	5	38,9			
	6	38,2			
	7	38,5			
	8	38,7	112		
	9	38,5			
	10	38,4			
	11	38,9			
	12	38,6			
	1	38,8			
	2	39,3			
	4	39,7	128		
	6	39,3			
	8	39,4		1,5 Chinin	
	10	39,1			
	12	38,7			
15. Mai	2	38,8			
	4	39,0			
	6	39,2			
	8	39,0	108		
	10	39,3			
	12	40,0			
	2	40,3			

Am 13. Mai Vormittag 9 Uhr werden bei einer Temperatur von 40,2 2,0 grm. Antipyrin verabreicht; die Wirkung ist eine rasche, nach einer Stunde 39,5; es werden 2 weitere grm. gegeben: um 11 Uhr 38,4, um 12 Uhr 38,2. In den 3 darauffolgenden Stunden war die Temperatur wieder bis 39,5 gestiegen; nun folgt ein Sinken und dauern Schwankungen zwischen 38,2 und 39,3 bis zum folgenden Nachmittag; während 16 Stunden war so eine Temperatur unter 39,0 erzielt worden. Die Antipyrinwirkung erschien mir in diesem Falle als eine ziemlich unvollständige; doch hat die am nächsten Tag Abend 8 Uhr gegebene Dose von 1,5 Chinin auch nur ein geringes Resultat ergeben: nur 4 Stunden konnten unter 39,0 verzeichnet werden.

Versuch VII. Ackermann Wilhelm, 38 J. alt. Diagnose: Pneumon. croup. lob. inf. sin.

Mittelschwerer Fall; Potator, heftige Delirien. Kritischer Temperaturabfall am 5. Tage der Erkrankung; Antipyrinversuch am 4. Tage.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
15. Mai	12	40,2			
	1	39,9	116		Resp. 32 starker Schweiss; Delirien.
	2	40,0	112	2,0 Antipyrin	„ 34. „ „
	3	38,4	100	1,0 „	„ 27 starker Schweiss; Sensorium freier, Patient fühlt sich erleichtert.
	4	38,1	84		„ 27 noch Schweiss.
	5	38,0	84		„ 27 Haut feucht, etwas Schweiss im Gesicht.
	6	38,6			„ 27.
	7	39,1	108	2,0 Antipyrin	„ 27.
	8	39,3			
	9	39,2	104	1,0 „	
	10	38,5			
	11	38,2			
	12	38,4			
16. Mai	1	38,1			
	2	37,5			
	3	37,4			
	4	37,6			
	5	37,5			
	6	37,5			
	7	37,0			
	8	37,4	112		
	9	37,6			
	10	37,8			Heftige Delirien.
	11	38,6			
	12	39,1			
	1	39,2			
	2	39,0			
	3	39,5			
	4	39,7			
	5	39,4			
	6	39,2			
	8	38,8			
	10	38,2			
	12	37,8			
17. Mai	2	37,5			
	4	36,5			

Am 15. Mai Mittag 12 Uhr bei 40,2 starker Schweiss; um 1 Uhr 39,9; um 2 Uhr, wieder 40,0, werden 2,0 Antipyrin verordnet; nach 1 Stunde, 38,4, wird noch 1 grm. verabreicht; die Temperatur sinkt nun in den beiden folgenden Stunden auf 38,1, 38,0; nun erfolgt Steigen auf 38,6 um 6 Uhr, 39,1 um 7 Uhr. Die bisher gereichte Menge Antipyrin erschien mir zu gering; ich gab noch 2 grm. Trotzdem nochmals Steigen auf 39,3 in der nächsten Stunde; nach einer weiteren Stunde 39,2, es wird um diese Zeit das 6. grm. verabreicht und fällt nun die Temperatur mässig rasch ab bis zu einem Minimum von 37,0 um 7 Uhr Morgens, worauf ein langsames Steigen erfolgt.

Die zuerst gereichte Menge von 3 grm. war in diesem Falle eine zu geringe und brauchten wir, wie schon öfter oben zu ersehen, bei anfangs zu geringer Dosis im Ganzen eine grössere als die von Filehne angegebene von 5 grm. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet; der schon vorher bestehende Schweiss dauerte nach Darreichung der ersten 3 grm. fort; Pat. fühlte sich bei dem Temperaturabfalle bedeutend erleichtert, das Sensorium war viel freier, die Delirien waren für einige Zeit geringer. Nach den ersten 3 grm. finden wir 4 Stunden unter 39,0, nach den späteren 3 grm. 14 Stunden unter 39,0, 9 Stunden unter 38,0. Das Ansteigen der Temperatur erfolgte ohne Frost.

Die Frequenz des Pulses finden wir in der 1. Versuchshälfte der Temperatur entsprechend erst vermindert, dann wieder steigend; die 2. Hälfte fiel wieder in die Nacht und konnte nicht beobachtet werden.

Auch die Frequenz der Athmung wurde herabgesetzt.

Versuch VIII. Leiendecker Jacob, 32 J. alt, aus Köln. Diagnose: Pneumonia crouposa lob. sup. dextr.

Schwere Pneumonie mit Exitus letalis am 9. Tage der Erkrankung. Antipyrinversuch am 8. Tage.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
	Abend				
9. Mai	$8^1/_2$	40,0	120		Achselmessungen. 5. Tag der Pneumonie.
	10	39,8			
	12	39,5			
10. Mai	2	39,3			
	4	38,9			
	6	39,0			
	8	38,8	124		
	10	38,9			
	12	39,8		Bad	
	2	39,5			
	4	39,8	128	Bad	
	6	39,8		Bad	
	8	40,0			
	10	39,6			
	12	39,0			
11. Mai	2	38,8			
	4	38,5			
	8	39,5	128		Sensorium benommen. Delirien.
	12	39,2			
	4	40,2	132	Bad	
	6	39,8		Bad	
	8	39,2			
	10	40,1			
	12	39,5			
12. Mai	2	39,7			
	4	38,5			
	6	40,5			
	8	39,6	128		
	10	40,3		2,0 Antipyrin	
	11	39,5	132		Ziemlich starker Schweiss.
	12	39,6		1,0 „	
	1	39,2	144	1,0 „	
	2	39,8			Sensorium freier; Pat. schluckt besser, Haut feucht.
	3	38,5	140	1,0 „	
	4	39,7			
	5	39.8	140		
	6	38,9	140		
	7	40,0	140	2,0 „	Der Versuch Antipyrin zu geben gelingt nur theilweise; Pat. schlägt in seinen Delirien die Medicin aus der Hand und schluckt ungefähr die Hälfte.
	8	38,9	136		
	10	38,7			
	12	39,4			
13. Mai	2	38,5			
	4	38,6			
	6	39,5			
	8	39,0			
	10	37,3			
	12	39,2			Exitus letalis.

Am 12. Mai Vormittag 10 Uhr werden dem äusserst verfallen aussehenden Patienten, dessen Prognose als infaustissima gestellt war, bei vollkommen benommenem Sensorium, bei einer Körpertemperatur von 40,3, 2,0 Antipyrin eingeflösst. Nach einer Stunde war ein Abfall auf 39,5 zu sehen, also um 0,8 Grad; um 12 Uhr wieder $^1/_{10}$ Grad mehr 39,6; es wird ein 3. grm. gegeben, die Temperatur sinkt auf 39,2 um 1 Uhr wo ein weiteres Gramm verabreicht wird. Trotzdem bis 2 Uhr ein Steigen bis 39,8, dann aber ein Sinken bis 3 Uhr auf 38,5. Das Sensorium erschien etwas freier, Patient schluckte besser, während die früheren Gaben nur mit Mühe eingeflösst werden konnten. Trotzdem 1 grm. Antipyrin um 3 Uhr gut genommen wurde, steigt die Temperatur auf 39,7 um 4, 39,8 um 5 Uhr; darauf folgt nun wieder ein Sinken bis 38,9 um 6 Uhr, ein Steigen auf 40,0 um 7 Uhr. Die schlechte Prognose veranlasste mich um diese Zeit noch 2 grm. Antipyrin zu ordiniren. Patient schlug jedoch in seinem bewusstlosen soporösen Zustande so um sich bei dem Versuche ihm das Antipyrin zu reichen, dass ihm kaum die Hälfte eingeflösst werden konnte; trotzdem sinkt die Temperatur auf 38,9 um 8, 38,7 um 10 Uhr; es folgt ein Schwanken zwischen 38,5 und 39,4, dann wieder ein Steigen, dem sich der praemortale Temperaturabfall anschliesst.

Der Fall war entschieden ein ungeeigneter die Güte eines neuen Mittels zu prüfen; trotzdem finden wir in einem Zeitraume von 20 Stunden eine Herabsetzung der Temperatur unter 39,0 während 8 Stunden. Die Frequenz des Pulses konnte in diesem Versuche nicht beeinflusst werden.

Versuch IX. Schmid Wilhelm 29 J. alt. Diagnose: Pneumonia crouposa lob. sup. et med. d. Schwere Pneumonie; Temperaturabfall am 7. Tage; Antipyrinversuch am 2. Tage der Erkrankung.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
12. Mai	12	40,8	104		
	2	40,5	104	2,0 Antipyrin	Resp. 30.
	3	39,3	96	1,0 „	„ 24 Pat. giebt an der bisherige Kopfschmerz sei geschwunden; starker Schweiss.
	4	38,6	100		„ 24 Haut feucht.
	5	38,7	100		„ 22.
	6	39,1	100	1,0 „	„ 20.
	7	39,7	108	2,0 „	„ 19 nach 10 Minut. Erbrechen.
	8	39,3	100		„ 17 Puls voll, etwas Brechreiz, nur etwas Schweiss am Kopfe.
	9	38,7	96		„ 20 vollkommenes Wohlbefinden.
	10	37,8			
	11	38,3			
	12	38,6			
13. Mai	1	38,7			
	2	38,4			
	3	38,5			
	4	38,4			
	5	38,2			
	6	38,4			
	7	38,5			
	8	38,7	108		Respiration 18.
	9	38,9			
	10	39,1	104		Kein Frost.
	11	39,6			
	12	39,7			
	2	40,0		Bad	
	3	39,1			
	4	40,3		Bad	

Am 12. Mai wurden bei 40,5 Temperatur um 2 Uhr Mittag 2,0 Antipyrin verabreicht; nach einer Stunde trat bereits ein Sinken auf 39,3 also um 1,2 Grad ein; es wird noch 1 grm. gegeben, um 4 Uhr 38,6, um 5 Uhr 38,7, um 6 Uhr wieder 39,1; ein um diese Zeit ordinirtes Gramm zeigt keinen Einfluss, da die Temperatur um 7 Uhr wieder auf 39,7 gestiegen war; es werden abermals 2 grm. verabreicht und nun erfolgt ein Sinken der Temperatur bis 37,8 um 10 Uhr Abends; sie schwankt jetzt um 38,5, um dann allmählich wieder anzusteigen. 10 Minuten nach der letzten Antipyrindose trat Erbrechen ein; der Brechreiz dauert noch 1 Stunde an. Bei dem ersten Sinken der Temperatur Nachmittags fühlte sich Pat. bedeutend erleichtert, er versichert der Kopfschmerz sei geschwunden, dabei besteht starker Schweiss. Beim Steigen der Temperatur wird kein Frost beobachtet. Mit Unterbrechung von 3 Stunden war die Temperatur 15 Stunden unter 39,0 herabgedrückt worden. Nur eine Messung (10 Uhr Abend) lautete unter 38,0 nämlich 37,8.

Die Frequenz des Pulses zeigte nur wenig Verminderung, wohl aber die Frequenz der Athmung; sie sank von 30 auf 17 p. M.

Versuch X. Wies Jacob, 25 J. Diagnose: Pneumon. croupos. lob. inf. sin. Spitalaufnahme am 3. Tage der Erkrankung. Bleicher, schwächlich gebauter junger Mann. Puls kam rhythmisch. Sehr collabirtes Aussehen. Trotzdem Antipyrinversuch am 3. Tage der Erkrankung. Collaps.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
16. Mai	11	39,7	108		
	12	39,8			
	2	39,9			
	4	40,0	108		
	6	39,9			
	7	39,8	108	2,0 Antipyrin	
	8	39,3		2,0 „	Ausser etwas Schweiss keine Nebenerscheinungen.
	9	38,3		1,0 „	
	10	37,8			
	11	38,6			
	12	39,3			
17. Mai	1	39,5			
	2	37,5			
	3	37,0			
	4	36,5			
	5	35,6			Collaps. Puls äusserst frequent minimal; Prominenzen des Gesichtes und Extremitäten kühl. Campher, Champagner Sinapismen u. s. w.

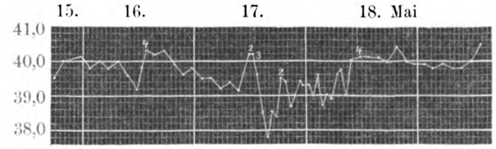
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
	6	35,6			
	7	35,8			
	8	36,0			
	9	36,3	116		Puls voller.
	10	37,3			
	1	39,0			Pat. erholt sich wieder.
	12	39,3			
	1	39,4			
	2	38,4			
	3	38,3			
	4	37,8			
	5	38,3			
	6	38,4			
	8	38,3			
	10	37,8			
	12	38,0			
18. Mai	2	38,0			
	4	38,1			
	6	37,8			
	8	37,6			
	10	39,1			
	12	38,9			
	2	38,7			
	4	39,0			
	6	39,5			

Nach der Filehne'schen Angabe wurden wieder 5 grm. in 3 Stunden verabreicht. Erste Gabe Abend 7 Uhr von 2 grm. bei einer Temperatur von 39,8. Um 8 Uhr, 39,3, abermals 2 grm., um 9 Uhr 38,3 das 5. Gramm. Um 10 Uhr war die Temperatur auf 37,8 gesunken und stieg nun wieder an bis 39,5 um 1 Uhr Nachts. In jähem Abfalle sinkt sie nun nach einer Stunde auf 37,5, und weiter bis Morgens 5 Uhr auf 35,5. Patient war vollkommen collabirt, der Puls äusserst frequent, fadenförmig, Extremitäten und Prominenzen des Gesichtes kühl, kalter Schweiss auf der Stirne, kurz alle Symptome eines Collapses bestanden. Der gerufene Arzt verordnete sofort Injectionen von Campher, heissen Grog, Champagner, Frottiren, heisse Tücher, Sinapismen; um 6 Uhr immer noch 35,6, 7 Uhr 35,8, 8 Uhr 36,0 und nun erfolgt wieder rasches Ansteigen der Temperatur, der Puls wird voller und Patient erholte sich sichtlich. Um 1 Uhr Mittags treffen wir wieder 39,5. Doch sinkt die Temperatur wieder und hält sich bis zum Morgen des nächsten Tages unter 39,5. Ueber die Dauer der Antipyrinwirkung zu urtheilen verbieten mir die vielerlei Eingriffe um den Collaps zu heben.

Versuch XI. Blendner Rudolf, 50 Jahre alt. Diagnose: Pneumon. croupos. lob. inf. d. Grosser kräftiger Mann, schwere Pneumonie. Sensorium frei, Temperaturabfall am 8. Tag der Erkrankung; Antipyrinversuch am 5. Tag.

Antipyrinversuch No. XI.



2 = 2,0 Antipyrin. 3 = 1,0 Antipyrin. 4 = 2,0 Chinin.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
	Abend				
15. Mai	6	39,5			
	8	40,0			
	12	40,1			
16. Mai	2	39,8			
	4	40,0			
	6	39,8			
	8	40,0	112		
	10	39,6			
	12	39,2			
	2	40,3		2,0 Chinin	
	4	40,2	104		
	6	40,3			
	8	39,9			
	10	39,6			
	12	39,8			

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
17. Mai	2	39,5			
	4	39,5			
	6	39,2			
	8	39,4	84		
	10	39,2			
	12	40,2			
	1	40,2	112	2,0 Antipyrin	Respiration 30
	2	39,6	76	1,0 Antipyrin	etwas Schweiss Respiration 26
	3	38,55	76		Respiration 23
	4	37,8	76		„ 20
	5	38,5	80		„ 25
	6	38,4	76		„ 18
	7	39,5	84	2,0 Antipyrin	„ 20
	8	39,4	92		„ 20 7 Uhr 40 M. Erbr.
	9	38,7			
	10	39,0			
	11	39,4			
	12	39,3			
18. Mai	1	39,3			
	2	39,0			
	3	39,6			
	4	38,7			
	5	39,0			
	6	38,9			
	7	39,6			
	8	39,7			
	9	39,0			
	10	40,0			
	12	40,1			
				1 Uhr 2,0 Ch.	
	2	40,1			
	4	40,1			
	6	40,0			
	8	40,4			
	10	40,0			
	12	39,9			
19. Mai	2	39,9			
	4	39,8			
	6	39,9			
	8	39,8	88		
	10	39,8			
	12	40,0			
	2	40,5			

Am 17 Mai werden 2,0 Antipyrin gegeben bei einer Temperatur von 40,2; nach 1 Stunde 39,6, ein Sinken um 0,6 Grad; es wird noch ein Gramm gereicht: um 3 Uhr 38,55, um 7 Uhr 37,8; doch erfolgte schon in der nächsten Stunde wieder Steigen, und wir finden 6 Stunden nach Verabreichung der 1. Gabe Abend 7 Uhr wieder 39,5; ich verordnete nochmals 2,0 Antipyrin; nach 40 Minuten trat Erbrechen auf, die Temperatur war um 8 Uhr um $^1/_{10}$ Grad, um 9 Uhr um noch $^7/_{10}$ Grad bis 38,7, schwankt noch einige Male zwischen 38,7, 39,0 und 39,7 und erreichte Vormittag 10 Uhr, also nach einem Intervalle von 21 Stunden wieder 40,0.

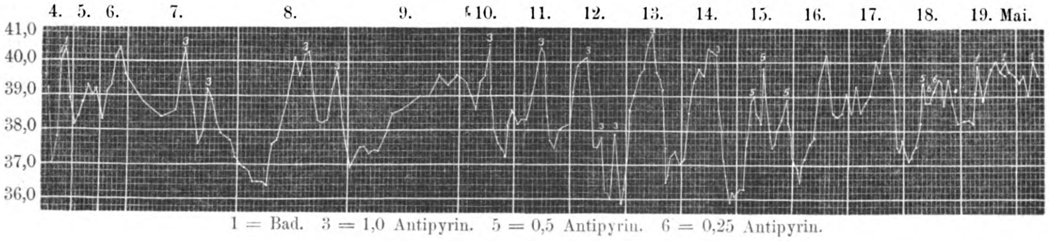
Im Vergleiche zu den früheren Versuchen erscheint die Antipyrinwirkung in diesem Falle als eine etwas unvollständige; doch bitte ich Sie, meine Herren, die graphische Darstellung zu betrachten; wir finden auf derselben am Tage vor dem Versuche wie am Tage nach demselben die Darreichung von je 2 Gramm Chinin verzeichnet. Während es durch die Anfangs wohl etwas zu geringe Dosis Antipyrin gelang, die Temperatur von 40,2 um 1 Uhr auf 37,8 um 4 Uhr zu vermindern, sehen wir nach der Darreichung von 2,0 Chinin am 16. Mai erst nach 4 Stunden eine beginnende wesentliche Temperaturerniedrigung mit einem Minimum von 39,2 nach 16 Stunden. Die am 18. Mai gegebenen 2 Gramm blieben vollkommen resultatlos, wir müssen wenigstens ein während 12 Stunden langes Halten der Temperatur unter 40,0 mit einem Minimum von 39,8 als ganzen Effect betrachten.

Während wir an dem dazwischenliegenden Tage die Temperatur während 20 Stunden durch die Darreichung von 5,0 Antipyrin unter 40,0, während 7 Stunden, die dazwischenliegenden höher notirten Stunden abgerechnet, unter 39,0, während 1 Stunde sogar unter 38,0 herabzudrücken vermochten, konnten wir durch 2,0 Chinin am vorhergehenden Tage dieselbe nur während 16 Stunden unter 40,0 halten mit einem Minimum von 39,2 am darauffolgenden Tage nur während 12 Stunden unter 40,0 mit einem Minimum von 39,8. Der Versuch hat demnach wohl sicher gezeigt, dass wir in diesem Falle wenigstens mit Antipyrin eine grössere Temperaturerniedrigung zu erzielen vermochten als mit Chinin. Als unangenehme Nebenwirkung hatten wir freilich Erbrechen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Versuch XII. Kaul Franzisca, 4 J. alt, aus Köln. Diagnose: Pertussis; Pneumon. catarrhalis. Schlecht ernährtes luetisches Kind. Seit 28. März Keuchhusten, seit Ende April Catarrhalpneumonie. Tod am 24. Mai. Antipyrinversuch an 10 Tagen.

Antipyrinversuch No. XII. Diagnose: Pneumon. catarrh. Pertussis.



1 = Bad. 3 = 1,0 Antipyrin. 5 = 0,5 Antipyrin. 6 = 0,25 Antipyrin.

Tabelle.

Dat.	Std.	Temp.	Puls	Therapie.
4. Mai	4	39,2		
	8	37,0		
	12	37,8		
	4	40,0		Bad
	8	40,4		Bad
	12	38,9		
5. Mai	4	38,1		
	8	38,4		
	12	38,8		
	4	39,3		
	8	39,0		
	12	39,2		
6. Mai	4	38,3		
	8	39,1		
	12	39,3		
	4	40,0		Bad
	8	40,4		Bad
	12	39,6		
7. Mai	4	38,8		
	8	38,4		
	12	39,5		
	1	40,7	132	1,0 Antipyrin
	2	39,3	132	
	3	38,5		
	4	37,6	124	
	5	38,0	140	
	6	39,2	144	1,0 Antipyrin
	7	38,9	144	
	8	38,2	144	
	9	37,9		
	10	37,8		
	11	37,7		
	12	37,2		
8. Mai	1	37,0		
	2	36,9		
	3	36,8		
	4	36,5		
	5	36,5		
	6	36,5		
	7	36,4		
	8	37,6	144	
	9	37,7		
	11	38,8		
	1	40,1		
	2	39,6	160	
	3	40,2	168	1,0 Antipyrin
	4	40,3		
	5	39,05		
	6	38,25	160	
	7	38,2	132	
	8	38,3		
	9	39,2		
	10	39,7		1,0 Antipyrin
	11	38,4		
	12	37,7		
9. Mai	1	36,9		
	2	37,2		
	3	37,5		
	4	37,5		
	5	37,3		
	6	37,4		
	7	37,4		
	8	37,7		
	9	38,0		
	10	38,5	152	
	12	38,6		

Dat.	Std.	Temp.	Puls	Therapie.
10.Mai	2	38,8		
	4	39,0		
	6	39,0		
	8	39,6		
	10	39,4		
	12	39,6		
	2	40,5		1,0 Antipyrin
	3	39,2		
	4	38,1		
	5	37,8		
	6	37,6		
	7	37,5		
	8	37,4		
	9	37,2		
	10	38,1		
	12	38,6		
11.Mai	2	38,2		
	4	38,3		
	6	38,3		
	8	39,0		
	10	39,8		
	12	40,4		1,0 Antipyrin
	1	40,3		
	2	39,6		
	3	38,4		
	4	37,7		
	6	37,5		
	8	38,0		
	10	38,1		
	12	38,2		
12.Mai	2	39,1		
	4	39,9		
	6	40,0		
	8	40,1		1,0 Antipyrin
	10	38,6		
	11	37,5		
	12	37,5		
	1	37,6		
	2	37,8		1,0 Antipyrin
	3	37,0		
	4	36,2		
	5	36,2		
	6	36,0		
	7	36,6		
	8	37,9		1,0 Antipyrin
	11	35,9		
	12	36,3		
13.Mai	2	38,6		
	4	39,0		
	6	39,6		
	8	39,8		
	10	40,5		
	12	40,8		1,0 Antipyrin
	1	40,3		
	2	39,7		
	3	39,5		
	4	39,2		
	5	38,6		
	6	36,5		
	7	36,7		
	8	37,2		
	10	37,4		
	12	37,0		

Dat.	Std.	Temp.	Puls	Therapie.
14.Mai	2	37,2		
	4	38,5		
	6	39,4		
	8	39,8		
	10	39,6		
	12	40,4		
	2	40,3		
	4	40,2		1,0 Antipyrin
	5	38,6		
	6	38,0		
	7	37,1		
	8	36,7		
	9	36,3		
	10	35,9		
	11	36,2		
	12	36,1		
15.Mai	2	36,3		
	3	36,3		
	4	36,3		
	5	37,6		
	6	38,2		
	7	38,8		0,5 Antipyrin
	8	39,0		
	9	38,5		
	10	38,4		
	11	38,2		
	12	39,8		0,5 Antipyrin
	1	39,0		
	2	38,2		
	3	37,9		
	4	37,5		
	5	37,6		
	6	38,0		
	8	38,3		
	10	38,9		0,5 Antipyrin
	11	38,2		
	12	37,9		
16.Mai	1	37,2		
	2	37,0		
	3	36,9		
	4	36,5		
	5	37,0		
	6	37,2		
	8	37,6		
	10	37,8		
	12	39,4		
	3	40,2		
	4	39,7		
	5	38,5		
	6	38,5		
	8	38,4		
	10	38,5		
	12	39,1		

Dat.	Std.	Temp.	Puls	Therapie
17.Mai	2	38,5		
	4	39,3		
	6	38,5		
	8	38,8		
	10	39,0		
	12	40,0		
	2	39,7		
	4	40,5		
	6	40,8		0,5 Antipyrin
	7	39,7		
	8	39,4		
	9	38,6		
	10	37,5		
	11	37,4		
	12	37,7		
18.Mai	1	37,5		
	2	37,0		
	3	37,1		
	4	37,2		
	5	37,4		
	6	37,5		
	8	38,2		0,5 Antipyrin
	10	38,8		
	11	38,8		
	12	38,8		0,25 Antipyrin
	1	39,0		
	2	39,2		0,25 Antipyrin
	3	39,3		
	4	39,5		
	5	39,4		
	6	38,7		
	8	39,5		
	10	38,8		
	12	38,2		
19.Mai	2	38,3		
	4	38,3		
	6	38,2		
	8	39,9		Bad
	10	38,9		
	12	39,4		
	2	39,8		
	4	40,0		
	6	39,8		
	8	40,0		Bad
	10	39,7		
	12	39,6		
20.Mai	2	39,4		
	4	39,6		
	6	39,0		
	8	40,0		Bad
	10	39,6		
	12	39,1		
	4	39,4		

Die Antipyrindose schwankte bei den Versuchen zwischen 3,0 und 0,5 pro die, 1,0 und 0,25 pro dosi. An den beiden ersten Versuchstagen finden wir bei Temperaturen 40,4 resp. 40,3 auf ein Gramm Antipyrin einen steilen Temperaturabfall mit den Minima von 37,6 resp. 38,2 nach 3 Stunden, in beiden Fällen erfolgt in den beiden folgenden Stunden wieder ein Anstieg; im ersten Falle bis 39,2; es wurde nun ein zweites Gramm Antipyrin verabreicht und erfolgt nun ein allmähliches Sinken ohne jegliche Collapserscheinungen bis 36,4, 13 Stunden nach der zweiten Antipyringabe, 18 Stunden nach

Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

der ersten. Im zweiten Falle fanden wir auch 2 Stunden nach dem Temperaturminimum wieder 39,2; wir versuchten einen Spontanabfall abzuwarten, da aber in der nächsten Stunde wieder 39,7, wird ebenfalls ein zweites Gramm Antipyrin ordinirt, welches nun auch prompt wirkte und die Temperatur in 3 Stunden auf 36,9 herabsetzte. Wir hatten durch die an beiden Tagen verabreichten 2 Gramm Antipyrin den Erfolg, die Temperatur einmal 15, das zweite Mal 9 Stunden unter 38,0, einmal 21, das andere Mal 20 Stunden unter 39,0 herabzusetzen. Bei diesen beiden wie bei sämmtlichen anderen Versuchen an diesem Kinde wurden keinerlei Nebenerscheinungen, weder Schweiss noch Frost bei den grossen Differenzen, noch auch Erbrechen, Ueblichkeit oder dgl. beobachtet. Das Kind nahm das in Tokayer gelöste Pulver stets willig und gern.

Am 10. und 11. Mai wurden je ein Gramm Antipyrin verabreicht, stets rasches Sinken und dann mässig rasches Ansteigen der Curve bedingend; die Dauer unter 39,0 betrug in einem Falle 16, im anderen 12 Stunden, in beiden Fällen 5 Stunden unter 38,0. Die Minimaltemperaturen waren 37,2 und 37,5, 7 und 6 Stunden nach der Antipyringabe.

Am 12. Mai versuchte ich möglichst lange die Temperatur unter 38,0 zu halten. Ich ordnete an, sobald die Temperatur 37,7 überschreite, 1 Gramm Antipyrin zu geben, und gelang es auf diese Weise 15 Stunden unter 38,0 zu erzielen. Die Minimaltemperaturen waren freilich zu niedere: in einem Falle 35,9; doch wurden die 3 Gramm gut vertragen, ein Collaps fand nicht statt. 18 Stunden waren dabei unter 39,0.

Prompt wirkten auch die an den beiden folgenden Tagen gegebenen 1grammigen Antipyrindosen. Die Temperatur war dabei 12 und 15 Stunden unter 39,0, 10 und 11 Stunden unter 38,0. Doch erschienen mir wieder die Minimaltemperaturen von 36,0 und 35,9 als zu niedere. Ich versuchte deshalb am 15. Mai Dosen von 0,5 Gramm. Auf die erste Gabe von 0,5 sank die Temperatur von 39,0 in drei Stunden auf 38,2, stieg dann wieder auf 39,8; weitere 0,5 Gramm verursachten ein Sinken auf 37,5 in 4 Stunden, dann wieder ein Ansteigen nach 6 Stunden auf 38,9; ein drittes halbes Gramm bewirkte nun Fallen in 6 Stunden auf 36,5, dann erfolgte erst allmähliches, später plötzliches Steigen.

Am 17. Mai bewirken 0,5 Gramm Antipyrin bei 40,8 Temperatur rasches Sinken bis 37,4 in 5 Stunden, eine kleine Erhebung in der nächsten Stunde bis 37,7, dann Sinken bis 37,1, 9 Stunden nach Darreichung des Antipyrins. Dass Ansteigen erfolgte wieder mässig rasch in 6 Stunden bis 39,4. Um diese Zeit gegebene 0,5 Gramm bewirken eine Temperatur von 38,8 in den darauf folgenden 3 Stunden; $^{1}/_{4}$ Gramm da verabreicht kann ein Steigen nicht verhindern, ebensowenig ein weiteres $^{1}/_{4}$ Gramm bei 39,2 nach 2 Stunden.

Wenn wir diese letztere Versuchsreihe zusammenfassen, so finden wir, dass die Einzeldose von $^{1}/_{4}$ Gramm eine zu geringe war, um ein Sinken der Temperatur zu bewirken, wohl aber ein bedeutenderes Steigen zu behindern vermochte.

Durch 3mal 0,5 Gramm am Tage wurde die Temperatur einmal 25 Stunden unter 39,0 erhalten, wovon 14 Stunden unter 38,0 waren bei einem Minimum von 37,1.

Die mehrmaligen Dosen von 1 Gramm vermochten wohl eine noch längere Dauer der subfebrilen Temperatur zu erzielen; doch sind dabei die Minima entschieden zu niedere und ist deshalb wohl Vorsicht bei ihrer Anwendung zu haben.

(Schluss folgt.)

III. Aus der medic. Abtheilung des Bürgerhospitales zu Köln a. Rh.

Zwei Fälle von Compression des Rückenmarkes durch Wirbelkrebs.

Von

Dr. Heinrich Simon.

(Schluss aus No. 24.)

II. Fall. Carcinom des Oesophagus. Wucherung des Krebses durch den II.—IV. Brustwirbel hindurch in den Wirbelkanal. Totale Compression des obersten Dorsalmarkes.

Heinrich Herschel, 35 Jahre alt, Tagelöhner aus Köln, wurde am 16. Juli 1880 auf die medicinische Abtheilung des Bürgerhospitals aufgenommen. Die Anamnese ergab Folgendes:

Vater lebt. Mutter angeblich an einem acuten Gehirnleiden gestorben. P. ist seit November 1879 krank. Die ersten Erscheinungen bestanden in Schlingbeschwerden, welche allmählich zunahmen, so dass bereits im December nur noch Flüssigkeiten durchgingen. P. wurde vom December bis Februar täglich mit der Sonde behandelt. Jetzt können Suppen und ganz fein vertheiltes weiches Fleisch geschluckt werden. Nie blutiges Erbrechen. Von Anfang der Krankheit an bestehen Rückenschmerzen, welche in den letzten Wochen zugenommen haben sollen.

Status praesens 17. Juli 1880. Grosser skelettartig abgemagerter Mann von starkem Knochenbau, cachectischer Physiognomie, schmutzig blass bräunlicher Hautfarbe. Schleimhäute anämisch, kein Anasarka.

An der rechten Seite des langen, mageren Halses Daumen-breit über der Clavicula fühlt man einen von der normalen Haut und dem Sternocleidomastoideus bedeckten, mit letzterem nicht adhärenten, deutlich aus der Tiefe aufsteigenden, unbeweglichen, harten, rundlichen, Kastanien-grossen Tumor, der auf Druck schmerzhaft ist.

Die Untersuchung mit der Schlundsonde ergiebt 30 cm. unterhalb der Schneidezähne ein beträchtliches Hinderniss, welches für das gewöhnliche Caliber der Schlundsonde nicht passirbar ist. Eine Sonde von 7 mm. Durchmesser (also der Kathetemummer 23 entsprechend) vermag dieses Hinderniss zu passiren. Die Sonde dringt von hier aus, wie deutlich zu fühlen ist, in einen ca. 6 cm. langen, stenotischen Kanal ein, nach dessen Passage sie leicht in den Magen weiter geführt werden kann.

Die Untersuchung der Lungen ergiebt vorne und hinten überall normale Percussions-Verhältnisse. Das Athmen ist überall versiculär, da und dort von spärlichen, trocknen Rasselgeräuschen begleitet.

Herzdämpfung normal. Herztöne rein, Puls mässig beschleunigt. Abdomen eingesunken. Leber und Milz von normalen Dimensionen. Urin eiweissfrei.

Klin. Diagnose: Strictura oesophagi carcinomatosa.

21. Juli 1880. „Links hinten unten ist das Athemgeräusch abgeschwächt, daselbst deutliches pleuritisches Reibegeräusch vernehmbar.“

Es wurde aus diesem Reibegeräusch als wahrscheinlich geschlossen, dass das Carcinom der linken Pleura sich genähert habe, resp. in dieselbe hineinwuchere, oder dass eine Krebsmetastase im linken Unterlappen sich etablirt habe.

28. Juli. „L. H. U. ein vierfingerbreiter Dämpfungsbezirk mit abgeschwächtem Athem. Geringes linksseitiges pleuritisches Exsudat.“

Weitere Notizen über den Kranken fehlen nun zunächst in der Krankengeschichte. P. wurde täglich mit der Sonde behandelt. Die Schlingbeschwerden nahmen nicht zu, doch war P. anhaltend auf flüssige und breiige Nahrung beschränkt. Einen grossen Theil des Tages verbrachte P. ausserhalb des Bettes.

Anfangs August fing P. an über zunehmende Schmerzen im Rücken zu klagen, Schmerzen, denen anfänglich keine grosse Bedeutung beigelegt wurde, und die auch erträglich waren. Dazu gesellten sich Schmerzen, welche den Leib gürtelförmig in der Höhe des Nabels umzogen. Ueber diese Schmerzen klagte P. mehr, als über die eigentlichen Rückenschmerzen, und sie erregten zuerst auch die Aufmerksamkeit, um so mehr, als sich demnächst neue Erscheinungen hinzugesellten. Wir kehren wieder zu dem Journalbericht zurück.

„21. August. In dem Befinden des Kranken sind wesentliche Veränderungen eingetreten. Vor 4 Tagen empfand Patient angeblich in Folge schnellen Aufrichtens im Bett ein Gefühl von schmerzhafter Müdigkeit im rechten Kniegelenk. Noch am gleichen Tage trat complete Lähmung der ganzen rechten Unterextremität ein, mit Gefühl von Abgestorbensein, Taubheit und Ameisenkriechen daselbst.

Am gleichen Tage Abends trat ferner auf Schwäche und Taubsein des linken Beines, nach zwei weiteren Tagen war auch hier die Lähmung eine vollständige.

Die Paraplegie der Unterextremitäten ist nunmehr eine complete. P. ist nicht im Stande, die geringste Bewegung mit den Zehen, Füssen etc. zu machen. Auch das Aufsitzen im Bett ist mühsam.

Keine Schmerzen, nur Parästhesien in den Extremitäten. Die Gürtelschmerzen eher geringer als stärker.

Seit 3—4 Tagen hat auch das Wasserlassen gelitten. Es besteht Incontinentia urinae.

Die von Herrn Prof. Dr. Leichtenstern vorgenommene Prüfung der Sensibilität (Drucksinn) ergab folgendes Resultat:

I. Leise Berührungen der Haut mit dem Finger von einer Stärke, welche bei einer gesunden Vergleichsperson stets richtig empfunden wird $\left(\frac{r}{n} = 1.\right)$

1) Prüfung des Fussrückens und des Unterschenkels (Vorderfläche);

a) linkerseits.

Unter 28 Berührungen (14mal Fussrücken, 14mal Unterschenkel) wurden 11 gefühlt $\frac{r}{n} = \frac{11}{28}$;

b) rechterseits.

Unter 34 Berührungen (17mal Fussrücken, 17mal Unterschenkel) wurden 10 gefühlt $\frac{r}{n} = \frac{10}{34}$.

Die Sensibilität beider Fussrücken und Unterschenkel ist somit herabgesetzt, beiderseits in ziemlich gleichem Grade $\left(\frac{11}{28} > \frac{10}{34}\right)$. Dabei ist leicht zu constatiren, dass die Sensibilität beiderseits um so rascher abnimmt, als man von oben kommend sich dem Fusse nähert.

2) Prüfung des Oberschenkels (Vorderfläche);

a) linkerseits.

Von 18 Berührungen mit dem Finger werden sämmtliche richtig empfunden $\frac{r}{n} = 1$;

Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

b) rechterseits.

Unter 18 Berührungen werden 11 richtig empfunden $\frac{r}{n} = \frac{11}{18}$.

3) Prüfung der Haut des Abdomens.

a) Ohne Unterscheidung ob rechts oder links, aber unterhalb des Nabels $\frac{r}{n} = \frac{4}{16}$;

b) oberhalb einer Linie, welche zwischen Nabel und Processus xiphoides verläuft $\frac{r}{n} = 1$.

Die Sensibilität der Haut des Abdomens ist somit herabgesetzt und zwar unterhalb einer Linie, welche zwischen Nabel und Proc. xiphoides gezogen wird.

II. Berührungen mit einem Wattebügel von einer Stärke, bei welcher eine gesunde Vergleichsperson stets richtige Entscheidungen $\left(\frac{r}{n} = 1\right)$ trifft.

Rechte Oberschenkelvorderfläche	$\frac{r}{n} = \frac{2}{9}$
Linke "	$\frac{r}{n} = \frac{11}{12}$
Rechte Abdominalhälfte	$\frac{r}{n} = \frac{7}{14}$
Linke "	$\frac{r}{n} = \frac{11}{15}$.

Es ergiebt sich somit ähnlich wie beim Vergleich der beiden Oberschenkel so auch bei Prüfung der beiden Abdominalhälften eine weit stärkere Herabsetzung der Sensibilität der rechten Seite.

Résumé der Sensibilitäts-Untersuchung.

Es besteht eine ziemlich starke Herabsetzung der Sensibilität der ganzen rechten Unterextremität, des linken Fusses und linken Unterschenkels, während die Sensibilität des linken Oberschenkels kaum nennenswerth herabgesetzt ist. Die Abdominalhaut ist unterhalb einer zwischen Nabel und Schwertfortsatz gezogenen Linie anästhetisch, und zwar auch hier die rechte Hälfte weit beträchtlicher als die linke. Mit diesem Resultat der Sensibilitätsuntersuchung begnügten wir uns.

Der Raum und Temperatursinn der Haut, das Localisationsvermögen, die Leitungsgeschwindigkeit für Tast und Schmerzeindrücke, die elektrocutane Sensibilität, der Muskelsinn wurde keiner besonderen Untersuchung unterworfen. Die Schmerzleitung war erhalten, nur bedurfte es an den anästhetischen Partien tieferer Nadelstiche, um Schmerzempfindung zu produciren.

Von grossem Interesse ist die Thatsache, dass von dem Augenblicke der completen Paraplegie an die Haut und Sehnenreflexe an der Unterextremität total aufgehoben waren.

Aus den letzten Aufzeichnungen im Krankenjournal hebe ich kurz Folgendes noch hervor:

23. August: „Druck auf die Wirbelsäule nirgends empfindlich. Keine Deviation der Dornfortsätze bemerkbar. Das früher eingezogene Abdomen (s. o.) meteoristisch aufgetrieben. Seit gestern an Stelle der früheren Incontinentia eine Retentio urinae. Der mit Katheter entleerte Harn (P. war bis dahin nicht katheterisirt worden!) riecht stark ammoniakalisch, reagirt alkalisch, ist sehr trübe und enthält viele Eiterkörperchen. Unwillkürlicher Abgang fester Kothballen. Die subjectiven Klagen beschränken sich auf einen den Leib in der Nabelgegend gürtelförmig umziehenden schmerzhaften Ring, ferner auf das Gefühl des Abgestorbenseins unterhalb desselben.

24. August. Die elektrische Prüfung ergiebt eine sehr beträchtliche Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit der Muskeln und Nerven. Von der Mittheilung der Details der elektrischen Untersuchung nehme ich hier Abstand.

Seit dem 21. August wird abendliches Fieber constatirt. Das Resultat der Morgens und Abends vorgenommenen Messungen ist folgendes:

	Morgens.	Abends.
21. August 1880	—	39,8
22. " "	37,9	39,8
23. " "	37,5	38,0
24. " "	37,0	38,2
25. " "	37,8	38,8
26. " "	37,2	38,2
27. " "	39,2	39,4
28. " "	38,6	39,0
29. " "	37,5	39,4
30. " "	37,6	

Die klinische Diagnose lautete: Carcinoma oesophagi mit Uebergreifen des Krebses auf die Brustwirbelsäule und Compression des oberen Dorsalmarkes.

Aus dem von Herrn Prof. Dr. Leichtenstern dictirten Sectionsprotocoll (Section am 31. August) hebe ich nur das für meine Mittheilungen Wichtigste hervor.

„Bei der Eröffnung des Wirbelkanals, beim Durchsägen der hinteren Wirbelbögen wird eine auffallende Brüchigkeit dieser Theile in der Höhe der obersten Brustwirbel und zwar auf der rechten Seite der Wirbel constatirt. Diese Brüchigkeit wird durch eine von vorne und von rechts her in den Wirbelkanal hereinbrechende Neubildungsmasse hervorgerufen, welche die Brustwirbelkörper und zum Theil auch deren rechte Bogenhälften durchsetzt, resp. durch Usur zum Schwinden gebracht hat.

Die hintere Fläche der Dura mater erscheint ebenso wie die vordere makroskopisch durchaus normal, der Durasack völlig intact, nirgends durchbrochen.

In der Höhe des obersten Dorsalmarkes, dem II.—IV. Brustwirbel entsprechend ist das von seinen normalen Umhüllungsmembranen bekleidete Dorsalmark in der Richtung von rechts vorne nach links hinten in der Ausdehnung von ca. 5 cm. Länge total comprimirt. Das hierselbst durch die Compression bandförmige Mark zeigt eine weisse Farbe und eine breiige weiche Consistenz.

Als Ursache der Compression erweist sich ein von vorne und rechts aus in der Richtung nach hinten und links durch den II.—IV. Brustwirbelkörper in den Wirbelkanal hereinwucherndes Neoplasma von grauweisser resp. grauröthlicher Farbe, welches lebhaft vascularisirt, zum Theil hämorrhagisch gesprenkelt ist und eine weiche Hirnmark-ähnliche Consistenz besitzt.

Das Rückenmark oberhalb und unterhalb der Compression zeigt ausser Anämie keinerlei makroskopische Anomalien.

Das durch den II.—IV. Brustwirbelkörper in den Wirbelkanal hereinbrechende Neoplasma, erweist sich als die unmittelbare Fortsetzung eines umfangreichen, knolligen Oesophaguskrebses, welcher den Oesophagus von der Höhe des 6. Halswirbels an bis zum 5. Brustwirbel reichend von allen Seiten einschliesst.

Die Oesophagusschleimhaut ist in der genannten Ausdehnung, 12 cm. der Länge nach betragend, in ein vielfach und tief zerklüftetes Krebsgeschwür verwandelt.

Ausser krebsigen Infiltrationen einiger Glandulae supraclaviculares keine Metastase in anderen Organen.“

Epikrise.

So schwierig in dem ersten der von uns geschilderten Fälle die Diagnose des Wirbelkrebses und der dadurch bedingten Rückenmarkscompression war, so einfach und leicht war im vorliegenden Fall die Diagnose. Ein mit Oesophaguskrebs behafteter Kranker wird binnen Kurzem unter gürtelförmig den Rumpf umziehenden Schmerzen, unter Parästhesie mit Anästhesie der Unterextremitäten daselbst total paraplegisch; die willkürliche Function der Blase und des Mastdarms erlischt. Die Diagnose ist in der That auf der Hand liegend.

Von Interesse in unserem Falle ist, dass der in die Wirbelkörper hineinwuchernde Krebs so ausserordentlich geringe Schmerzen in der Wirbelsäule selbst erregte. Die Genese des Gürtelschmerzes bedarf keiner Erklärung; er rührt von der Reizung der hinteren Wurzeln in der Höhe der Compression her.

Ebenso leicht ist die Erklärung der ausgesprochenen Parästhesie (Ameisenlaufen) der Unterextremitäten, welche der Anästhesie vorausgeht und sie einleitet. Da der ganze Rückenmarksabschnitt unterhalb der umschriebenen Compressionsstelle intact erscheint, muss die Parästhesie auf die Reizung der hintersten (Goll'schen) Stränge in der Höhe der comprimirenden Ursache geschoben werden, als eine Art milder Reizung derselben, die nach dem Gesetz der excentrischen Projection Parästhesien in der Unterextremität hervorrief.

Von grossem Interesse ist in unseren beiden Fällen die Thatsache, dass sofort mit dem Erscheinen der Rückenmarkscompression totale Vernichtung der Haut und Sehnenreflexe unterhalb der Compressionsstelle verbunden ist. Da wir in einer Reihe von Fällen chronischer Rückenmarkscompression — auch ohne secundäre absteigende Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen, eine erhebliche Steigerung der Sehnenreflexe wahrnahmen, so kann die totale Aufhebung derselben bei acuter Compression nur auf einer Reizung der von oben her durch die Compressionsstelle verlaufenden reflexhemmenden Fasern bezogen werden.

Eine Vergleichung der beiden beschriebenen Fälle ist vor Allem dadurch interessant, dass wir in dem ersten derselben in ganz hervorstechender Weise das Symptomenbild der „Paraplegie douloureuse“ vorfinden, während uns der 2. Fall einfache Lähmungserscheinungen ohne Schmerzen der gelähmten Glieder aufweist.

Die anatomische Untersuchung giebt über dieses differente Verhalten den schönsten Aufschluss. Dort sind die Nervenstämme in den Intervertebrallöchern von der krebsigen Wucherung comprimirt und entzündlich gereizt, hier handelt es sich um einfache Compression und Druckatrophie des Rückenmarks selbst.

Zum Schluss sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Leichtenstern für die freigiebige und wohlwollende Anleitung, welche er mir bei Anfertigung dieser Arbeit gewährte, sowie für die mannigfaltige Anregung, welche ich der Theilnahme an seiner so ausserordentlich reichhaltigen Klinik verdanke, meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

IV. Ueber Croup und Diphtheritis im Kindesalter von Dr. Alois Monti a. ö. Professor an der Wiener Universität. Wien, Urban und Schwarzenberg. 384 pg. Ref. A. Baginsky.

Im Jahre 1875 hatte der Verf. in dem 1. Jahrgange der, von Johann Schnitzler im Anschlusse an die Wiener Med.-Presse herausgegebenen, Wiener Klinik, eine Broschüre erscheinen lassen, unter dem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Titel: Ueber Croup im Kindesalter. Die Broschüre umfasste 100 Seiten. Das vorliegende Werk tritt als die 2. Auflage dieser Broschüre hervor, zeigt indess schon aus dem auf 384 Seiten angeschwollenen Umfange an, dass man es mit einer totalen Umarbeitung zu thun habe. In der That liegt eine umfassende Bearbeitung der fibrinös exudativen Krankheitsformen der Pharynx und Larynx vor, und entsprechend den in den letzten Jahren gewonnenen Auschauungen ist der Titel in „Croup und Diphtheritis" geändert. Das reiche Beobachtungs-Material, welches dem Verfasser sowohl in der Privatpraxis, als auch in der von ihm geleiteten Kinderabtheilung der Wiener Poliklinik zur Verfügung steht, bot demselben die Möglichkeit, ein gerade für Practiker in hervorragendem Maasse lehrreiches und schätzenswerthes Ganze zu liefern. Es soll sogleich hervorgehoben werden, dass Verf. die croupösen Affectionen des Larynx von den eigentlich diphtheritischen scharf trennt, dass er sich somit auf der einen Seite in dem Einklange mit der Mehrzahl der Kinderärzte befindet, während er sich auf der anderen Seite dem, insbesondere von jüngeren Chirurgen vertretenen Standpunkte entgegenstellt.

In der Einleitung unterscheidet Verf. zunächst 1. die nur schleimig eitriges Exsudat liefernde Laryngitis catarrhalis oder Pseudocroup,

2. die, fibrinöses, auf der Schleimhauft auflagerndes Exsudat liefernde Laryngitis crouposa,

3. die, fibrinöses Exsudat, sowohl auf die Schleihaut als auch in das Gewebe derselben liefernde Laryngitis diphtheritica.

Der Reihe nach werden diese Erkrankungsformen in dem Buche abgehandelt.

Die Laryngitis catarrhalis kommt, wie Verf. nachweisst, vorzugsweise in den 3 ersten Lebensjahren vor, sie ist eine echte Erkältungskrankheit und befällt die Kinder insbesondere während der kühleren Jahreszeiten. Krankheitsbild und Verlauf werden sorgfältigst geschildert, und als diagnostisches Moment gegenüber dem eigentlichen Croup, wird hervorgehoben, dass die Krankheitserscheinungen der Larynxstenose niemals vollkommen zu Stande kommen, sondern nach der einen oder anderen Richtung, sei es in dem Husten, oder in der Heiserkeit oder auch in der Athemnoth, einen gewissen Ausfall oder ein gewisses Missverhältniss erkennen lassen.

Während nun Verf. die Indicationen für die Therapie sorgfältigst stellt, hebt er hervor, dass gerade bei dieser Krankheitsform die Einwirkung der Kälte eher nachtheilig als vortheilhaft sei; den Schwerpunkt der Behandlung legt Verf. nicht auf Brechmittel, sondern auf Inhalationen von warmen Wasserdämpfen, ausserdem auf die Anwendung resolvirender Mittel, unter denen er in erster Reihe das Jodkali aufzählt. Es sei hierbei im Allgemeinen hervorgehoben, dass in dem ganzen Buche die Capitel der Therapie mit grosser Sorgfalt bearbeitet sind und dass wir hier selbstverständlich nur im Stande sind, kurze Andeutungen zu geben, um den Standpunkt des Verf. zu kennzeichnen.

Der zweite Abschnitt behandelt den eigentlichen Croup — die Krankheit kommt sporadisch und epidemisch vor. — Die Contagiosität derselben wird verneint. Die Krankheit lässt 3 Stadien erkennen, ein Stadium prodromorum, wesentlich charakterisirt durch Fieberbewegungen und Erscheinungen heftigen Katarrhs, dasselbe geht in etwa 36 Stunden in das zweite, das exsudative Stadium über, stets eingeleitet durch eine Steigerung des Fiebers. Es folgt nun eine eingehende Schilderung dieses von 12 Stunden bis zu 8 Tagen währenden Stadiums, welches schliesslich von dem Stadium asphycticum gefolgt ist.

In dem Verlaufe der ganzen Krankheit unterscheidet Verf. den localisirten Croup von dem aufsteigenden und dem absteigenden Croup, wobei letzterer, neben schwerer, frühzeitiger Athemnoth, durch stellenweisen Mangel des Respirationsgeräusches am Thorax bei bleibender Sonorität des Percussionsschalles charakterisirt wird.

Spontanheilungen der Krankheit sind sehr selten, kaum 2—5%, während bei geeigneter Behandlung der localisirte Croup etwa 50%, der absteigende kaum 25% Heilungen ergiebt. Der aufsteigende Croup endet zumeist tödlich.

Unter den Complicationen schildert Verf. Blutungen, Glottisödem, Lungenödem, Lungenemphysem, Bronchitis catarrhalis, Bronchitis crouposa und Pneumonie; die Pneumonie im 2. Stadium der Laryngitis crouposa spricht Verfasser für eine günstige Erscheinung an, weil sie allmählich das Krankheitsbild beherrscht, und mit ihrem Abklingen auch die Larynxaffection verschwindet.

In sehr anschaulicher und lehrreicher Weise stellt Verf. bei der Entwicklung der Diagnose die differentialdiagnostischen Momente zwischen Croup, Pseudocroup und Glottisödem in einzelnen Sätzen nebeneinander.

Für die Prognose fällt namentlich das Lebensalter ins Gewicht; bis zum Ende des zweiten Lebensjahres ist die Krankheit hoch gefährlich.

Unter den ersten Indicationen der Therapie steht die Bekämpfung der Entzündungserscheinungen und zwar räth Verf. im ersten Stadium dringend zur Anwendung der Kälte.

Um die Exsudation zu verhindern, wird Sublimat und Jodkali empfohlen. Nach erfolgter Exsudation wird die feuchte Wärme, insbesondere in Form des Leiter'schen Wärmeregulators mit einer Wassertemperatur von 28—32° empfohlen. Nebenbei Einathmungen mit Milchsäure. Emetica sind nur am Platze, wenn Erscheinungen der Lösung des Croup schon vorhanden sind. Der letzte Abschnitt der Therapie beschäftigt sich ausgiebig mit der Tracheotomie, und müssen wir die Leser auf das Original verweisen.

Das Hauptstück des Buches bildet die Abhandlung über Diphtherie. Die Krankheit wird als eine epidemisch und sporadisch ohne vorausgegangene Ansteckung auftretende, bezeichnet. Unter Zugrundelegung der statistischen Daten, des Wiener Stadtphysikats werden die ätiologischen Momente entwickelt, aus welchen hervorgeht, dass Kinder im ersten Lebensjahre die geringste Disposition für die Krankheit zeigen, während das Hauptcontingent der Erkrankten im Alter von 1—5 Jahren steht.

Die Krankheit befällt die Kinder zumeist nur einmal im Leben. Die Möglichkeit der Uebertragung derselben von Thieren auf Menschen wird in suspenso gelassen und die Infection überhaupt nur zugestanden, wenn eine bestimmte Disposition des Organismus vorhanden ist.

Bei den Capiteln Pathogenese und pathologische Anatomie, wird vorzugsweise den Arbeiten von Heubner, Weigert und Klebs Rechnung getragen. In dem Kapitel der Symptomatologie liegen eingehendere neue Untersuchungen des Verf. über den Fieberverlauf mit graphischer Darstellung der einschlägigen Fiebercurven vor.

Verf. unterscheidet nun 3 Formen der diphtheritischen Angina und zwar

die partielle, die totale und die septische Form, wobei letztere zwar auch als selbständige Krankheitsform vorkommend, beschrieben wird, während sie allerdings in der Regel nur den Ausgang der totalen Form bildet. Dieselbe zeichnet sich durch einen sehr rapiden Verlauf aus, beginnt zuerst mit Erbrechen, verläuft mit sehr hohem adynamischem Fieber unter allen Erscheinungen der Blutdissolution und endet unter tiefem Collaps zumeist tödtlich.

Bei der Diagnose giebt Verf. die differential-diagnostischen Momente zwischen folliculärer Tonsillitis und echter Diphtherie an.

In der Therapie wird trotz der oben erwähnten Zweifel bezüglich der Contagiosität die strengste Isolation und Desinfection empfohlen.

Jede eingreifende mechanische Beleidigung wird von dem Verf. zurückgewiesen, dagegen werden Einstäubungen und Einspritzungen mit antiseptischen Mitteln empfohlen.

Unter den inneren Mitteln wird vorzugsweise dem Chinin das Wort geredet.

Eine übersichtliche Tabelle giebt einen geradezu überraschenden Ueberblick über die kolossale Masse der in der Reihe der Jahre angewandten Heilmittel und Heilmethoden.

In einzelnen Capiteln, wird nunmehr die Diphtheritis der Nase, des Larynx, der Haut und der äusseren Geschlechtsorgane abgehandelt, während die Diphtheritis der Conjunctiva von einem Freunde des Verf. Herrn Dr. Hock bearbeitet ist, wobei naturgemäss, wiederum die Laryngitis diphtheritica das Hauptstück ausmacht. Verfasser betrachtet dieselbe, in 3 Formen und zwar

1. als Theilerscheinung der localen Diphtheritis einer anderen Schleimhaut,

2. als Theilerscheinung der allgemeinen Diphtheritis mit Blutvergiftungssymptomen,

3. als Theilerscheinung einer septicämischen Form der Diphtheritis.

Bei diesen einzelnen Krankheitsformen werden die hervorstechenden Symptome eingehend geschildert, und es sei hervorgehoben, dass Verf. bei der letzten Form eine erysipelatöse Röthung am Halse, oder ein scharlachförmiges Erythem an den Extremitäten beschreibt.

Behufs der Differentialdiagnose stellt Verf. wiederum in einzelnen Sätzen die Erscheinungen der diphtheritischen Larynxaffection derjenigen der fibrinösen Laryngitis gegenüber.

Eingehend wird gelegentlich der Therapie auch an dieser Stelle wieder die Tracheotomie abgehandelt, und es ist interessant zu erkennen, wie die Heilerfolge vom ersten Lebensjahre bis zum 10. Lebensjahre von 13,5 Proc. bis 50 Proc. zunehmen.

Unter den Nachkrankheiten und Complicationen werden die Erkrankungen des Herzens, der Nieren und auch die Lähmungsformen berücksichtigt.

Aus der kurzen eben gegebenen Skizze dürfte leicht hervorgehen, welchen reichen Inhalt das Buch umfasst. Dasselbe kann allen Aerzten dringend zum Studium empfohlen werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

V. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am Montag den 9. Juni 1884.

Vorsitzender: Herr Klaatsch.
Schriftführer: Herr P. Guttmann.

Als Gäste sind anwesend die Herrn Dr. Hay aus Aberdeen und Dr. v. Schapiro aus Petersburg.

Herr Klaatsch macht der Versammlung Mittheilung von dem Ableben der Mitglieder Dr. Lustig und Dr. Ruhbaum aus Rathenow. Die Gesellschaft erhebt sich, um das Andenken der Verstorbenen zu ehren.

Herr Klaatsch macht ferner eine kurze Mittheilung über die von Herrn Kronecker im Anschluss an seinen Vortrag in der letzten Sitzung am 29. Mai im physiologischen Institut vorgeführte Demonstration.

Alsdann erhält vor der Tagesordnung das Wort:

Herr S. Guttmann: M. H.! Herr Dr. Miller ist durch eine längere Reise verhindert, Ihnen eine von ihm beabsichtigte Mittheilung über Pilzbefunde an cariösen Zähnen zu machen und hat mich mit dieser Mittheilung beauftragt. Ich benutze die mir von dem Herrn Vorsitzenden hierzu gütigst ertheilte Erlaubniss, für die ich demselben im Namen des Herrn Miller danke.

Herr Miller hat aus cariösem Zahnbein nicht weniger als fünf verschiedene Spaltpilze isolirt und in Reinculturen gezüchtet; der leichteren Beschreibung halber hat er sie mit den griechischen Buchstaben α β γ δ ε bezeichnet. Die α, γ u. δ Pilze kommen in Form von Kokken, resp. Diplokokken vor; der ε Pilz ist ein Bacillus, und der β Pilz zeigt verschiedene Entwicklungsformen sowohl Kokken, als auch Bacterien und Bacillen.

Der α Pilz zeichnet sich durch eine eigenthümliche Wirkung auf die Gelatine aus. Während sich der Pilz selbst nur mässig schnell entwickelt, bildet sich schon in 24 Stunden längs des Impfstriches eine Erhöhung der Gelatine bis zu 3—4 mm. und 6—8 oder auch 10 mm. Breite. Die Gelatine bekommt eine kleisterartige Consistenz, bleibt aber fast durchsichtig. Von allen Pilzen der Mundhöhle ist dieser am leichtesten rein zu züchten. Der γ Pilz unterscheidet sich von allen anderen bis jetzt gefundenen Cariespilzen dadurch, dass er die Gelatine vollkommen verflüssigt, er ist deswegen auch schwerer in Reincultur zu erhalten. Der δ Pilz bildet schwach-gelbliche, undurchsichtige Massen auf der Gelatine, und ist ferner durch eine trichterförmige Vertiefung oder Einknickung der Gelatine an der Impfstelle ausgezeichnet. Bei dem ε Pilze fehlt die Färbung sowie auch die Vertiefung.

Diese Pilze besitzen sämmtlich die Fähigkeit, Lösungen von gährungsfähigen Kohlenhydraten in Gährung zu setzen. Aber nur bei dem α Pilz hat Herr Miller den Process genau studirt.

Durch ein von diesem Pilz gebildetes und von ihm trennbares Ferment, wird erst Rohrzucker hydratisirt oder in invert. Zucker umgewandelt. Dieser wird dann ferner in Aethyliden-Milchsäure zerlegt.

Die Gährung geschieht ohne freien Luftzutritt und ohne Entwicklung von Kohlensäure.

Das von der Säure entkalkte, und in seiner Wiederstandsfähigkeit herabgesetzte Zahnbein, wird von den Pilzen direct angegriffen und zerstört. Die Caries lässt sich auch mit Leichtigkeit künstlich erzeugen.

Eine Frage von nicht geringer Wichtigkeit ist die: ob und unter welchen Umständen die Pilze der Mundhöhle in anderen mit Blut versehenen Theilen des Körpers krankhafte Erscheinungen hervorrufen können?

Es ist bekannt, dass grössere Massen von Gährungspilzen, heruntergeschluckt, zu schweren Störungen im Magen und Darm Veranlassung geben können. Leyden und Jaffé, James Israel und Andere haben auch die Meinung ausgesprochen, dass die Pilze der Mundhöhle dieselbe bösartige Rolle auf andere Körpertheile, in die sie gelangen, spielen können wie auf die Zähne.

Vor Jahren hat man in Amerika durch Impfen mit menschlichem Speichel den Tod bei kleineren Thieren herbeigeführt. Raynaud, Sonnelongue und Pasteur impften Kaninchen mit dem Speichel eines an Lyssa gestorbenen Kindes und sahen sie innerhalb 24 Stunden zu Grunde gehen. Die Mikroorganismen hatten die Form einer 8, waren mit einer Gallertkapsel umgeben und liessen sich in Kalbsbrühe züchten.

Höchst wahrscheinlich hängt dieser Pilz in keiner Weise mit der Lyssa zusammen. Er stimmt mit dem von A. Fränkel kürzlich beschriebenen Pilz, den derselbe in seiner eigenen Mundhöhle gefunden, und mit dem er auch innerhalb 24 Stunden Kaninchen tödtete, vollständig überein.

Es ist nicht selten vorgekommen, dass nach grösseren Zahnoperationen, z. B. nach der Extraction mehrerer Zähne, infectiöse Krankheiten aufgetreten sind (Septicämie und Pyämie nicht ausgeschlossen), welche man ohne Weiteres den unsauberen Instrumenten oder Händen des Zahnarztes zur Last gelegt hat. Es ist aber viel wahrscheinlicher, dass in der Mehrzahl solcher Fälle die Infection durch die im Munde des Patienten vorkommenden Pilze bewirkt worden ist.

Um dieser Frage näher zu treten hat Herr Miller folgende Impfversuche angestellt. Er bemerkt aber im Voraus, dass die Versuche in keiner Weise endgültig sind und dass er sich nur erlaubt habe, Ihnen dieselben jetzt mitzutheilen, weil er einer längeren Reise wegen, seine Arbeit auf einige Monate unterbrechen musste.

Die Versuche sind in drei Reihen angestellt.

1) Impfung mit Reincultur von Cariespilzen
2) „ „ eigenem Speichel
3) „ „ Speichel Anderer.

In der ersten Reihe wurden 3 Kaninchen, 5 Mäuse und eine Ratte behandelt.

Sie wurden sämmtlich mit den beiden Pilzarten α u. γ inoculirt, theils in die Bauchhöhle, theils in die Lunge. Von den Kaninchen wurde eins schon nach 12 Stunden bedeutend angegriffen, es sass gekrümmt in der Ecke und frass nicht. Nach 24 Stunden bekam es eine profuse Diarrhoe, an welchen es 30 Stunden später zu Grunde ging. Die Section zeigte, dass der rechte Leberlappen der von der Spitze der Spritze getroffen wurde, von den Pilzmassen ganz durchsetzt war. Im ganzen Darmtractus, wohin sie von der Leber aus leicht gelangen können, waren sie in grossen Massen zu finden. Der Inhalt des Darmes hatte eine saure Reaction.

2 Mäuse gingen in ähnlicher Weise zu Grunde. 4 Wochen später starb das zweite in der Bauchhöhle geimpfte Kaninchen. Bei der Oeffnung zeigten sich mehrere Abscesse, aus denen sich etwa 20 ccm. farbloser, nicht übelriechender Eiter entleerte.

In keinem Falle trugen die Pilze Kapseln und im Blute traten sie nur in äusserst geringen Mengen auf.

In der zweiten Reihe führten alle Versuche zu negativen Resultaten. Herr Miller zertheilte eine kleine Quantität von eigenem Speichel in Kalbsbrühe und liess sie bei Bluttemperatur stehn, bis sie anfing faul zu riechen, wie es Herr Fränkel bei seinen Versuchen auch gemacht hat. Diese, in die Brusthöhle resp. die Lunge von 3 Kaninchen und 4 Mäusen injicirt, verursachte keine bemerkbare Störung. Zu diesem Resultat kann vielleicht die Thatsache, dass Herr Miller täglich die Mundhöhle mit stark antiseptischen Mitteln reinigte, beigetragen haben.

Die dritte Reihe von Versuchen führte zu anderen Resultaten.

In dieser Reihe wurden nur 2 Kaninchen und 2 Mäuse in die Lunge inoculirt. Der Speichel dazu wurde aus dem Munde einer etwas anämischen, sonst ganz gesunden Frau genommen. Beide Mäuse und ein Kaninchen starben innerhalb 36 Stunden und zeigten alle im Blute die bekannten gekapselten Kokken und Diplokokken. An demselben Tage klagte die Frau, deren Mundhöhle der Speichel entnommen war, über schlechten Geschmack im Munde und bat, nachzusehen, ob nicht ein Zahngeschwür die Ursache davon sei. Die Mundhöhle war vollkommen gesund, dagegen waren die Mandeln mit einem dicken gelblichweissen Pilzbelag überzogen, in dem einzelne gekapselte Diplokokken leicht aufgefunden werden konnten. — Ebensowohl beobachtete Miller gekapselte Kokken im Munde eines an Pyorrhoea alveolaris leidenden Patienten.

Ob überhaupt die Kokken von Sputum - Septicämia unter ganz normalen Verhältnissen im Munde vorkommen und wie häufig dies der Fall ist, kann nur durch eine grössere Anzahl von Untersuchungen festgestellt werden. Auf der anderen Seite sind die Gährungspilze der Zahncaries wohl geeignet zu erheblichen Störungen im Magen, und auch im Darm Veranlassung zu geben, da sie, wie Herr Miller anderweitig gezeigt hat, von dem menschlichen Magensafte nicht getödtet werden.

Herr A. Fraenkel: Ich möchte thatsächlich bemerken, dass ich meine Versuche nicht nur in der Form angestellt habe, dass ich den Speichel in Bouillon vertheilte, sondern ich habe auch direct aus der Mundhöhle entnommenen Speichel benutzt. Allerdings habe ich nicht immer dieselben Resultate erzielt. Ich habe in den letzten Wochen verschiedene Male meinen eigenen Speichel geprüft und gefunden, dass er absolut keine Wirkung hatte. Es muss also nur zeitweise die Mundhöhle der Sitz des Virus sein.

Zur Tagesordnung erhielt das Wort:

Herr Leyden: Demonstration eines Herzens (hochgradige Stenose des Ostium Aortae): Ich habe mir erlaubt, vor der eigent-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichen Tagesordnung um das Wort zu bitten, einmal, weil ja anerkanntermaassen Demonstrationen den zeitlichen Vorrang haben, dann aber weil ich hoffe, dass die Discussion über den Vortrag des Herrn Kronecker sich mit der Discussion über einige Punkte, die ich hervorheben will, zweckmässig verbinden dürfte.

Das Herz, welches ich Ihnen zu demonstriren beabsichtige, zeigt eine interessante pathologische Affection, und zwar einen der seltensten Klappenfehler, eine hochgradige Stenose des Ostium Aortae. Es wird Ihnen bekannt sein, dass Verengerungen der Aorta an sich nicht zu den Seltenheiten gehören, aber diese häufigeren Formen der Aorta sind geringfügige Verengerungen, bedingt durch endocarditische Verwachsungen und Auflagerungen oder durch Kalkablagerungen und Rigidität der Klappen. Letztere Processe gehören, wie bekannt, dem vorgerückten Alter an, während die ersteren zu jeder Zeit vorkommen können. Solche geringfügigen Stenosen sind fast immer mit der Insufficienz verbunden, und die am Herzen hauptsächlich hervortretenden Erscheinungen gehören der Insufficienz der Aortenklappen an. Es ist genugsam bekannt, dass das diastolische Geräusch, welches die Insufficienz documentirt, in der Regel von einem systolischen begleitet wird, dass man dies jedoch nicht viel zu beachten pflegt, weil die geringfügige Stenose kaum an den Functionsstörungen und Folgezuständen betheiligt ist. Ganz anders verhält es sich mit der hochgradigen Stenose durch sclerotische Erkrankung der Klappen. Diese seltenen Formen bestehen fast immer ohne Insufficenz, wie sich auch aus der Anschauung ergiebt, denn die starren Klappen, welche nur eine schmale Oeffnung zwischen sich lassen, legen sich bei der Diastole fast von selbst zusammen. Ich habe die Gelegenheit benutzt, die Literatur in der Eile durchzusehen und finde diese allerdings seltenen Fälle nur wenig berücksichtigt. Das Schema der diagnostischen und physiologischen Symptome ist freilich überall angegeben, nämlich dass die Stenose des Ostium Aortae sich kennzeichnet durch ein langes, lautes systolisches Blasen, welches man über der Aorta hört. Dies Blasen ist an sich nicht charakteristisch, weil ja systolische Geräusche sehr vieldeutig sind. Ebenfalls ist überall angegeben, dass Hypertrophie des linken Ventrikels die Folge der Stenose ist, aber ausführliche Angaben finden sich nicht viele. Am ausführlichsten finde ich die Sache in dem bekannten Werke über Herzkrankheiten von Bamberger behandelt. Er unterscheidet mässige Stenose mit vorwiegender Insufficienz und Stenosen hohen Grades mit geringer oder fehlender Insufficienz. In anderen Lehrbüchern der Herzkrankheiten, namentlich den neuesten finde ich die Sache nicht erschöpfend behandelt, dagegen finden sich sehr schöne Mittheilungen in dem Werke Corvisart's über die Herzkrankheiten und einige hierhergehörige schöne Beobachtungen von Traube. In allen diesen Schriften ist nur von denjenigen hochgradigen Stenosen der Aorta die Rede, welche sich durch Sclerose und Starre der Klappen bilden. Indessen will ich erwähnen, dass Stenose der Aorta auch im jugendlichen Alter vorkommt, durch angeborene oder fötale Zustände, sodass sie unter den angeborenen Herzfehlern zu nennen ist. Ich habe vor einer Reihe von Jahren 1864 in Virchow's Archiv Bd. 29 p. 197 einen solchen Fall mitgetheilt, der durch sein anatomisches Verhalten ein Interesse darbot, und ich habe es mir nicht versagen können, Ihnen die Zeichnung dieses Falles vorzulegen. Er betraf einen Knaben, der von Prof. Lücke wegen Osteomyelitis behandelt wurde. Nur zufällig wurde der Herzfehler entdeckt, man constatirte ein äusserst lautes systolisches Geräusch mit Frémissement an der Aorta. Post mortem wurde mir das Herz zur Beschreibung übergeben. Interessant ist, dass die Klappen ganz gesund waren, aber unterhalb derselben findet sich eine sehnige Leiste, welche vom Endocard 4 cm hoch vorspringt und dadurch das Ostium verengt. Der systolische Blutstrom setzte diese Sehne, wie die Stimmbänder eines Kehlkopfes in Schwingungen und erzeugte ein lautes pfeifendes Geräusch. Uebrigens war die Stenose hier vollkommen durch eine Hypertrophie der linken Herzkammer compensirt und hatte gar keine Functionsstörungen erzeugt.

Ganz anders verhält es sich mit jenen hochgradigen Stenosen des höhern Alters, welche durch Starre der Aortaklappen erzeugt werden und die schwersten Symptome bedingen. Sie führen gelegentlich zu einer so hochgradigen Verengerung, dass das Ostium wie durch ein Diaphragma verschlossen erscheint, und dass nur ein schmaler Spalt oder eine federkielgrosse Oeffnung zwischen den Klappenzipfeln übrig geblieben ist.

Zu diesen hochgradigen Stenosen gehört der vorliegende Fall, den ich Ihnen demonstriren will. Er betrifft einen Herrn von 54 Jahren, welcher seit etwa 5 Jahren Zeichen einer Herzkrankheit darbot. Die ersten Beschwerden bestanden in einer gewissen Kurzathmigkeit. Ich sah ihn zuerst vor 4 Jahren und entsinne mich nicht, dass er jemals Zeichen von Angina pectoris dargeboten hat. Die Untersuchung ergab nur ein systolisches Geräusch über dem Sternum und der Aorta. Im Laufe der Zeit steigerten sich die Beschwerden, wie bei allen diesen Formen vorauszusehen ist, die sich in höherem Alter entwickeln. Das Alter des Patienten, obzwar er sich im Anfang der Krankheit noch in den Vierzigern befand, der Mangel einer vorangegangenen Krankheit liessen genügend sicher erkennen, dass es sich um einen sclerotischen Process handelte, und es war nicht zweifelhaft, dass derselbe an der Aorta seinen Sitz hatte. Die Beschwerden steigerten sich im Laufe der Zeit; der Patient bekam wiederholt Lungenblutungen mit starken dyspnoetischen Anfällen, in den letzten zwei Jahren stellten sich hydropische Erscheinungen ein und vor einigen Tagen erfolgte der Exitus letalis.

Ehe ich zu einigen Bemerkungen über diesen Fall übergehe, erlaube ich mir Ihnen das Präparat zu demonstriren.

Wenn ich mir nun gestatten darf, einige Bemerkungen an diese Demonstration zu knüpfen, so verweile ich zuerst einige Augenblicke bei den physikalischen Erscheinungen. Dieselben stimmten mit demjenigen überein, was bereits in den früheren Fällen erwähnt worden ist.

1) Vor allem war das systolische Geräusch am stärksten über der Aorta vorhanden, jedoch nicht sehr exquisit, da es zu keiner Zeit musikalisch oder von einem Frémissement begleitet war.

2) Mit der Diastole war über der Aorta weder Ton noch Geräusch zu hören. Das Fehlen des diastolischen Tones ist ein Symptom, welches auch von Bamberger und Traube erwähnt wird. Es ist leicht zu erklären, weil die Klappen, trotzdem sie schliessen, nur eine geringe Bewegung machen, so dass ein kräftiges diastolisches Zusammenschlagen, wie im normalen Zustande, nicht statt hat.

3) Eine Erscheinung, auf welche ich besonderes Gewicht lege, und welche ich mir erlaube, gerade mit Rücksicht auf eine kurze Unterredung mit Herrn Kronecker hervorzuheben, ist das Verhalten des Spitzenstosses. Während der ganzen Zeit, in der ich den Patienten gesehen habe, ist der Herzstoss äusserst schwach gewesen; Herr College Altmann hat dies Symptom ebenfalls genügend oft constatirt, sodass kein Zweifel darüber sein kann. Der Spitzenstoss wurde im IV. I. C. R. noch in der Mamillarlinie gefunden, er stellte eine sehr kleine und niedrige Elevation dar, so dass ich bei der Autopsie einigermaassen überrascht war, als wir ein äusserst kräftiges hypertrophisches Herz fanden. Dies Symptom ist in den frühern Publicationen nicht überall angegeben, es findet sich dagegen ausführlich beschrieben und erörtert in der Publication von Traube, welche i. J. 1867 durch den damaligen Stabsarzt Dr. Fraentzel, unseren jetzigen stellvertretenden Vorsitzenden, gemacht ist. An diese Publication knüpft Traube sehr interessante Bemerkungen über die Theorie des Spitzenstosses. Die Theorie des Spitzenstosses ist immer noch keine feststehende, und es besteht eine entschiedene Differenz in den Ansichten der Physiologen und der Kliniker. Die Kliniker haben seit Skoda sich wesentlich der Gutbrodt'schen Theorie über den Spitzenstoss angeschlossen, wonach derselbe durch den Rückstoss des Herzens bedingt ist, nach der Analogie des Segner'schen Wasserrades. Wenn die systolische Contraction des Herzmuskels erfolgt, so steht das Blut im linken Ventrikel überall unter einem gleich hohen Druck, nur am Ostium aorticum, wo das Blut entströmt, ist der Druck niedriger. Daher lastet auf der gegenüberliegenden Innenfläche der Herzspitze ein stärkerer Druck, welcher durch Rückstoss die Bewegung der Herzspitze nach links bedingt.

Diese Theorie hat physikalisch nicht vollkommen bewiesen werden können. Die Rückwärtsbewegung des Herzens bei der Contraction ist eine problematische. Für den Kliniker aber existiren eine Reihe von Beobachtungen, welche nur durch diese Gutbrodt'sche Theorie erklärt werden können. Zu diesen Thatsachen gehört wesentlich die Verwachsung des Herzens mit dem Pericardium, bei welcher an der Stelle der Herzspitze statt einer Elevation eine Einziehung stattfindet. Die zweite Thatsache ist das Verhalten des Spitzenstosses bei hochgradigen Stenosen des Ostium Aortae, worauf Traube ein grosses Gewicht gelegt hat, und wie ich gleich sagen will, nach meiner Ansicht mit vollkommenem Recht. Bei der Stenose der Aorta und Insufficienz der Aorta handelt es sich in beiden Fällen um eine Hypertrophie oder Hypertrophie mit Dilatation des linken Herzventrikels, und doch ist der Spitzenstoss in beiden Fällen sehr verschieden. Es ist bekannt, dass bei der Insufficienz der Aortenklappen der Spitzenstoss hoch und breit ist, und zwar selbst in Fällen, wo die Hypertrophie und die Dilatation garnicht so erheblich ist, und ebenso lehren die Beobachtungen, welche Traube angeführt hat, und welche ich eben bestätigen kann, dass bei der Stenose ein äusserst schwacher niedriger Spitzenstoss stattfindet. Die Erklärung, welche Traube giebt, ist vollständig genügend. Bei Insufficienz der Aortenklappen entleert der linke Ventrikel sich leicht durch das weite Ostium in eine weite Aorta, welche einen geringen Druck darbietet, es ist also der Druck des Blutes an

Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

der Herzspitze sehr viel grösser als der Druck an dem Ostium Aortae. Diese starke Differenz des Druckes bedingt eine starke Rückwärtsbewegung des Herzens nach links, d. h. einen hohen Spitzenstoss. Das Verhältniss bei der Stenose ist ganz das umgekehrte. Bei der hochgradigen Stenose ist das Ostium Aortae fast ganz verschlossen, das Blut entleert sich unter starkem Druck durch eine kleine Spalte, der Druck am stium Aortae ist also fast ebenso gross wie an der Herzspitze und damit erklärt es sich, wenn fast gar keine Rückwärtsbewegung stattfindet. Es ist diese Erscheinung, die thatsächlich wiederholt constatirt wurde, meines Erachtens auf keine andere Weise zu erklären, sodass sie eine wesentliche Stütze für die Auffassung des Spitzenstosses nach der Gutbrod-Skoda'schen Theorie bietet.

4) Zu den physikalischen Erscheinungen gehört noch der Puls. Derselbe war klein und wenig gespannt; er hatte in den letzten Monaten immer eine Frequenz von 80, zuweilen von 100. — Ausser der genannten bot der Patient noch zwei weitere bemerkenswerthe Erscheinungen dar, einmal

5) verschiedene Anfälle von Lungenstauung mit Haemoptoë und nachfolgendem Katarrh, Anfälle, wie sie auch von den übrigen Beobachtern angegeben sind und mit den Symptomen übereinstimmen, welche Herzkrankheiten überhaupt erregen.

6) Ausserdem bot der Patient aber ein Symptom dar, welches meiner Ansicht nach von hervorragendem Interesse ist. Er wurde nämlich $1^1/_4$ Jahr vor seinem Tode zum ersten Mal von einem epileptischen Anfall befallen. Er hatte nie an Epilepsie gelitten. Als er vor einem Jahre nach Berlin übersiedelte, bekam er kurze Zeit darauf wieder einen epileptischen Anfall, den Herr College Altmann folgendermaassen beschreibt:

Der Kranke war in der Droschke von dem Anfall befallen worden; ich fand ihn bewusstlos in den Armen seines Bruders liegend, Opisthotonus, Schaum vor dem Munde, Knirschen der Zähne, die Daumen eingeschlagen, starke Cyanose des Gesichtes, des Kopfes und Halses — in diesem Zustande blieb Patient circa 10 Minuten, begann dann laut zu schreien, sich die Kleider von der Brust zu reissen, so wurde er in die Wohnung und ins Bett gebracht, mehrere Stunden dauerte die Bewusstlosigkeit noch an; als die Cyanose schwand, bemerkte man zahlreiche kleine Ecchymosen im Gesicht, Kopfhaut, Brust, Rücken; als er zu sich kam, war er sehr schwach, wusste nichts vom Anfall und blieb leicht benommen bis zum nächsten Tage.

In der nächsten Zeit, obgleich kaum Andeutungen von Anfällen eintraten, war Patient durch die Furcht vor einem solchen und die dadurch bedingte Unsicherheit psychisch sehr deprimirt; in den nächsten Tagen entwickelte sich wiederum Husten mit zuerst blutigem, dann eitrigem Auswurf, in den hinteren Partien der Lungen war Rasseln zu hören, alles verschwand ziemlich schnell und Patient konnte nach 4 Tagen wieder das Bett verlassen. Bei grosser körperlicher Ruhe (Patient ging kaum im Zimmer umher) war der Zustand erträglich, namentlich traten keine neuen Anfälle auf, nur selten hatte er das Gefühl, als ob ein Anfall kommen könnte; dann aber trat im Februar, nachdem Tags vorher ein kleiner Anfall gewesen, ein bedeutender Anfall von Bewusstlosigkeit ohne Krämpfe ein, mit welchem eine ungewöhnlich reichliche Diurese ($2^1/_2$ Lit.) erfolgte, die noch einige Tage in verringertem Maasse anhielt. In der nächsten Zeit hatte Patient gar keine Anfälle, klagte aber wiederholt, es wäre ihm so gewesen, als ob ein Anfall kommen wollte und besonders Vormittags klagte er über Schwindelgefühl und entsetzliche Schwäche im Kopfe; im Sitzen athmete Patient ruhig und klagte kaum über Dyspnoë, aber die geringste Bewegung z. B. einmal durch das Zimmer gehen zog gesteigerte dyspnoische Athmung und unbehagliches Gefühl für einige Minuten nach sich.

Während Patient sich in dieser Weise ziemlich leidlich befand und noch am Pfingstsonnabend eine Kartenpartie gehabt und eine Bowle gebraut, auch in der Nacht leidlich geschlafen hatte, am Pfingstsonntag 1. u. 2. Frühstück wie gewöhnlich genossen hatte, bekam er gegen 12 Uhr Mittags eine Schwächeanwandlung, rief den Diener, um sich auf's Canapée führen zu lassen, im Begriffe sich hinzulegen, fiel er ohne Kampf, ohne Laut leblos zusammen, die Anwesenden glaubten ihn ohnmächtig, doch gab er kein Lebenszeichen mehr von sich."

Ich glaube, dass diese epileptischen Anfälle von Interesse sind, denn sie ergeben ein äusserst prägnantes Krankheitsbild, welches der Stenose des Herzens entspricht. Es kann nicht zweifelhaft sein, dass die epileptischen Anfälle nicht einer wirklichen Epilepsie entsprechen, sondern von dem Herzfehler selbst herrührten. Die Erklärung ist leicht durch die hochgradige Anämie des Gehirns. Da zuletzt das Herz trotz der starken Hypertrophie doch eine gewisse Schwäche darbot, wie Sie an der Dilatation sehen, da natürlich die Stenose immer mehr zunahm, lässt es sich wohl begreifen, dass die Anämie des Gehirns im letzten Stadium der Krankheit zeitweise so hochgradig wurde, um derartige Krämpfe hervorrufen zu können. Dieselben traten ja auch erst im letzten Jahre ante mortem auf, wo also unzweifelhaft die Stenose schon einen hohen Grad erreicht hatte. Ich darf daran erinnern, dass im Verlauf von Herzkrankheiten Ohnmachten und epileptiforme Anfälle überhaupt nichts Aussergewöhnliches sind. In den zuerst von Stokes beschriebenen merkwürdigen Fällen von starker, permanenter Verlangsamung des Pulses auf 30 und weniger, kommen Ohnmachten, Schwindel und epileptiforme Anfälle vor. Auch bei Herzschwäche und Dilatation haben wir Ohnmachten, welche in der Regel nicht bis zu epileptischen Anfällen kommen. Hierzu kommen die epileptiformen Anfälle bei hochgradigen Stenosen der Aorta. In der Literatur ist von diesem bemerkenswerthen Symptom nur wenig die Rede. In dem Falle von Bamberger ist gesagt: der Kranke starb plötzlich in einem epileptischen Anfall, wofür die Autopsie nichts ergab als äusserste Anämie des Gehirns. Auch in den Traube-schen Fällen trat der Tod ganz plötzlich ein, doch ist von epileptiformem Symptom nichts erwähnt. Hieran schliesse ich noch die Bemerkung, dass hochgradige Stenosen der Aorta ähnliche Effecte haben müssen, wie hochgradige Stenosen der Mitralis. In beiden Fällen beobachten wir die gleiche Kurzathmigkeit, die gleiche Unfähigkeit sich zu bewegen, den gleichen kleinen, etwas frequenten Puls; diese Analogie erstreckt sich auch darauf, dass bei hochgradiger Stenose der Mitralis ebenfalls epileptiforme Anfälle vorkommen, wovon ich vor Jahren in der Charité ein ausgezeichnetes Beispiel beobachtet habe. Der Kranke, ein junger Mann, bekam nach den epileptischen Anfällen ebenfalls zahlreiche Petechien im Gesicht und ging ein halbes Jahr später an einer Embolie der Aorta zu Grunde.

Herr H. Kronecker: Ich möchte diejenigen Herren, welche bei meiner letzten Demonstration sich durch den Augenschein und das Gefühl von den Vorgängen haben überzeugen können, die sich am freien Herzen darboten, zu Zeugen anrufen, dass das Herz, welches sich systolisch contrahirt, sich mit Gewalt zu erweitern scheint, d. h. dass es die umfassende Hand auseinanderdrängt, weil es im diastolisch erschlafften Zustande seine Form ohne Widerstand verändern lässt im systolischen aber seine Kegelform mit grosser Kraft annimmt. Deshalb glaubte Hippokrates, dass die Erweiterung activ geschehe, und hierdurch das Blut angesogen werde. Die Härtung des Herzens fühlt man auch durch die Thoraxdecken und nennt dies Herzstoss. Traube zog den Namen Spitzenstoss vor, weil er meinte, dass man in der Norm immer nur die Herzspitze anschlagen fühlt. Jos. Meyer hat bekanntlich Versuche gemacht, dies zu beweisen, doch hat er die bei Lebenden markirte Herzstossstelle nur durch Einstechen von Nadeln bei Leichen controlirt. Die soeben von Herrn Leyden mitgetheilte Beobachtung, dass ein abnorm grosses Herz einen hohen „Spitzenstoss" zeigte, wäre ganz einfach erklärt, wenn man annähme, dass der Herzstoss von höheren Theilen der Ventrikel verursacht sei.

Durch die Güte des Herrn von Bergmann hatte ich Gelegenheit bei einem Lebenden durch eine Magenfistel das am Diaphragma anliegende Herz zu palpiren und fühlte bei dem horizontal gelagerten Manne die Spitze des Herzens deutlich weit von der Thoraxwand ab in meiner Hand schlagen. Nach den neuen in Ludwig's physiologischer Anstalt durch Herrn Hesse ausgeführten Messungen von systolisch und diastolisch conservirten Herzen ist bewiesen, dass die Ventrikel im thätigen Zustande nicht kürzer sind als im unthätigen.

Es musste also, wenn die Spitze ihren Ort beträchtlicher änderte, als durch die Steifung zu erklären ist, eine Bewegung des ganzen Herzens bei jeder Systole angenommen werden. Diese Anschauung ist allerdings verbreitet und der Herr Vorredner (Leyden) hat sich soeben für die Gutbrod-Skoda'sche Rückstosstheorie ausgesprochen.

Diese Theorie erscheint mir nicht annehmbar. Sie wissen, dass sie von der bekannten Erfahrung des Rückstosses der losgefeuerten Geschütze oder der Reactionsbewegung des Segner'schen Wasserrades hergenommen ist.

Die Bewegung erfolgt bekanntlich in diesen Fällen dadurch, dass gespannte Flüssigkeiten (Pulvergase oder gedrücktes Wasser) auf alle Theile der Wandungen ihrer Gefässe gleich stark drücken; wenn sie nun an einer Stelle einen nahezu widerstandslosen Ausweg erhalten, oder sich schaffen, so überwiegt der restirende Druck auf die gegenüberliegende Wand und verschiebt sie und somit das fest damit verbundene Gefäss in einer dem Ausflusse entgegengesetzten Richtung.

Beim Beginn der Herzsystole sind aber die Verhältnisse von den eben dargelegten ganz verschieden. Die Herzventrikel sind mit Blut gefüllt. Alle Klappen sind geschlossen, also die Widerstände allseitig gleich. Das Herz beginnt durch Contraction seiner Wandungen das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Blut zu drücken. Wenn der Druck höher geworden ist als in dem gespannten Aorten- resp. Pulmonalsysteme, öffnen sich die halbmondförmigen Klappen und das Blut wird in die Arterien geworfen, aber keineswegs widerstandslos. Die Differenz des Druckes auf die Wände des Herzens und auf die Blutsäule beträgt nur ein paar Millimeter Quecksilber (Pulshöhe).

Zugleich aber rücken die sich contrahirenden Wände dem Blutstrome nach. Sie sind es ja selbst, welche durch ihre Bewegung die Triebkräfte geben, nicht Spannungen, welche dem Blute durch andere Kräfte ertheilt sind.

So fallen also alle Bedingungen fort, welche die genannten physikalischen Apparate mit dem Herzen vergleichbar machen.

Das Herz hat keinen Anlass einen Rückstoss zu machen und man sieht auch keinen beim freigelegten Hundeherzen. Hingegen sieht man Drehung und Steifung sehr deutlich.

Dass der Herzstoss kürzer und stärker ist bei Insufficienz der Aortenklappen beruht darauf, dass sich der l. Ventrikel bei der Diastole schneller füllt, indem auch die Aorta an Spannung verliert, und nun vermöge seiner hypertrophischen Musculatur sich energischer contrahirt.

Bei Herzen mit stenosirten Aortenostien wird die Systole sehr gehemmt, weil das Blut nur allmählich entweichen kann. Der Herzmuskel arbeitet unter abnormen Widerständen, hypertrophisch ebenfalls, aber kann seine Arbeit immer nur langsam vollbringen. Es fehlen die Zeichen einer schnellen Contraction, es fehlt der Herzstoss oder er erscheint abgeschwächt.

Die eigenthümliche Art des Herzstosses auf welche Herr Leyden hingewiesen hat: der „Galopprhythmus" ist ein Herzstoss in 3 Absätzen und könnte entweder so zu Stande kommen, dass die Ventrikel stückweise nach einander in Systole treten, oder dass die Systole der Kammern mehrfach sich wiederholt; endlich ist auch ein gemischter Vorgang möglich, so dass mehreren partiellen Systolen eine Gesammtsystole folgt.

Den letzten Fall habe ich mehrfach beobachtet und zwar mit Herrn Dr. Mays am Froschherzen, mit Herrn Schmey noch jüngst am Hundeherzen. Es contrahirten sich Basaltheile der Ventrikel 2 mal und schnell darauf der ganze Kammertheil des Herzens. Herr Dr. Schapiro (aus Petersburg), welcher als Gast anwesend ist, wird Ihnen Sphygmogramme des Herzstosses am gesunden und kranken Menschen demonstriren, welche den Galopprhythmus graphisch wiedergeben.

Herr Leyden: In Bezug auf den Spitzenstoss will ich mich weiterer Bemerkungen enthalten, wie gesagt, sind die Resultate der physiologischen Untersuchungen noch nicht der Art, dass man am Krankenbette damit auskommt. Wenn ich noch ein Paar Worte über den Galopprhythmus sagen darf, den Herr Kronecker angezogen hat, so besteht das Phänomen darin, dass man am Herzen einen eigenthümlichen dem Galopp entsprechenden Rhythmus der Herztöne hört; fast immer kann man gleichzeitig, wenn man die Hand auf das Herz legt, eine zitternde tremulirende Bewegung fühlen, welche dem Galopprhythmus entspricht, dies Phänomen graphisch aufzuzeichnen ist mir trotz vieler Mühe noch nicht gelungen, die Phasen der Bewegung sind so schnell, als dass der Fühlhebel des Sphygmographen folgen könnte. Die Deutung des Galoppgeräusches ist daher sehr schwierig und verschieden ausgefallen. Manche halten es für präsystolisch, andere für diastolisch. Manche leiten es von Contractionen des Vorhofes her und dgl. m. Die Schwierigkeit der richtigen Analyse ist in der That sehr gross. Wenn ich aber in Betracht ziehe, dass ich das Phänomen fühle, so glaube ich mich zu dem Schlusse berechtigt, dass es nur von den Ventrikeln, nicht von den Vorhöfen bedingt sein kann; ich könnte es nicht fühlen, wenn es im Vorhofe gelegen wäre. Nun beobachtet man das Phänomen hauptsächlich, ich will nicht sagen ausschliesslich, bei Dilatation des linken Ventrikels, und da ist mir der Gedanke gekommen, dass die physiologische Untersuchung, die Herr Kronecker eben erwähnte, wohl zu einer befriedigenden Deutung führen könnte.

Hat man nämlich einen dilatirten Ventrikel, welcher sich entsprechend den von Herrn Kronecker erwähnten Untersuchungen hauptsächlich der Quere nach zusammenzieht, sodass sich der Längendurchmesser gleich bleibt, während sich der Querdurchmesser verkleinert, so würde ein solcher dilatirter Ventrikel ziemlich grosse Schwierigkeit haben, sich auf einmal vollkommen zusammenzuziehen, während ein normaler Ventrikel, der eine konische Gestalt hat, sich prompt zusammenziehen kann. Wenn nun gewisse Innervationsstörungen vorhanden sind, die sich von der Dehnung der dilatirten Herzwand herleiten lassen, so ist es wohl begreiflich, dass der Ventrikel, indem er sich zusammenziehen will, mehrere Ansätze macht, d. h. ein bis zwei unvollkommene kurze Zuckungen macht, ehe er zu einer vollkommenen Contraction kommt. So würde sich der fühlbare Galopprhythmus begreifen und würde es auch verständlich, dass man in solchen Fällen öfters mit der vollständigen Systole ein plötzliches starkes Einsinken der Herzgegend, statt der systolischen Erhebung beobachtet. Das hörbare Galoppgeräusch musste als eine Reihe von Muskeltönen aufgefasst werden, welche in dem charakteristischen Rhythmus durch die ruckweise Contraction des linken Ventrikels erzeugt werden.

Schluss der Sitzung $9^1/_2$ Uhr.

VI. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 11. Juni 1884.

Vorsitzender Herr Virchow.

1. Herr B. Fraenkel. Vorstellung eines Falles von von der Nase aus geheiltem Facialiskrampf. Die jetzt 45jährige Patientin litt seit 4 Jahren an mimischem Gesichtskrampf, und zwar wurden alle vom Facialis versorgten Muskeln in heftigster Weise und in sehr schnellen Pausen, solange die Patientin wach war, befallen. Sie wurde verschiedentlich behandelt, seit 1882 von Herrn Mendel, der die Patientin im Dec. vor. J. dem Vortragenden zur Untersuchung der Nase überwies, weil dieselbe über Schmerzen an der linken Seite der Nase — der Krampfseite — klagte. Der Vortr. fand über dem linken Nasenbein eine ziemlich leichte Periostitis, die auch in wenigen Tagen heilte, dagegen gab die Untersuchung der Nasenhöhle einige Anhaltspunkte zu dem Versuch, von hier aus den Facialiskrampf zu beseitigen. Wenn nämlich der Nasenspiegel in die Nasenapertur eingeführt wurde, trat ein heftiger Anfall des Krampfes ein, und ebenso war es möglich, von der Schleimhaut der Nase aus einen heftigen Anfall auszulösen. Herr F. machte deshalb den Versuch, mittelst galvanokaustischer Behandlung der Nasenschleimhaut den Krampf zu beseitigen. Schon nach der ersten Sitzung trat subjective und objective Besserung ein. Herr F. hat die untere und mittlere Muschel und namentlich den mittleren Nasengang, von dem aus namentlich der Krampf erzielt werden konnte, etwa fünfmal mit dem Galvanokauter behandelt. Seit 6 Wochen ist die Patientin vollständig frei von Krampf.

Der Zustand der Nasenschleimhaut entsprach nicht dem Bilde, welches nach der Veröffentlichung von Hack wohl vorschweben könnte. Es handelte sich um ziemlich erhebliche Röthung aber leichte Schwellung, sodass der vorhandene chronische Katarrh als ein Zustand betrachtet werden konnte, der im Begriff war, die atrophirende Form anzunehmen.

2. Herr E. Hahn demonstrirt einen Tumor, den er vor einigen Tagen exstirpirt hat. Es handelte sich um einen 74jährigen Herrn, der den Tumor vor 30 Jahren zuerst bemerkte, als derselbe die Grösse einer Wallnuss hatte und nicht gestielt war; er sass im Nacken, etwa in der Höhe des 6. Halswirbels. Im Laufe der Jahre vergrösserte sich der Tumor und wurde allmählich gestielt. Mit der Zeit machte er dem Patienten grosse Beschwerden, da er zu einem enormen Gewicht heranwuchs; in der letzten Zeit wurde er gewogen und hatte ein Gewicht von 17 Pfund. Der Tumor sass ungefähr in der Höhe des 4. Brustwirbels mit einem breiten Stiel auf. Der unterste etwas dickere Theil des Tumors reichte bis an den 4. Lendenwirbel. Am Tumor selbst konnte man die Haut deutlich verschieben und fühlte dann unter derselben einen harten Grundstock, der an einzelnen Stellen die Härte eines Knochens darbot, an anderen Stellen etwas weicher war. Die Haut war an den meisten Partien, namentlich am Stiel und bis in das untere Viertel ganz unverändert, nur etwas verdünnt und mit starken Venen besetzt. An der unteren Partie konnte man papilläre tuberöse Excrescenzen von der Grösse einer Linse bis einer Haselnuss beobachten, die von rissiger dicker Epidermis bekleidet waren.

Die Operation wurde in der Weise ausgeführt, dass der Stiel mit einem Messer durchstochen wurde, dann wurde ein Schlauch durch die Stichöffnung durchgeführt und der Stiel nach beiden Seiten unterbunden; dann eine Handbreit unterhalb der Gummischnur ein Schnitt gemacht, die Haut abpräparirt und der Tumor ohne Blutverlust exstirpirt.

Auf dem Durchschnitt zeigte der Tumor eine gelbliche Farbe, an einigen Stellen hatte er die Consistenz des Speckes, an anderen fühlte er sich, wie vorher zu constatiren war, knochenhart an; in der Mitte findet sich eine Stelle, welche die Härte eines Knorpels hat. Bei der mikroskopischen Untersuchung stellte sich heraus, dass diese harten Partien aus Kalkeinlagerungen bestanden.

Der Tumor ist auch insofern bemerkenswerth, als sich an der unteren Partie eine handbreite Stelle befand, an der sich eine Elephantiasis des Unterhautzellgewebes vorfand, und an der Cutis bestehen tuberöse Excrescenzen, die wahrscheinlich aus Einlagerungen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von kleinen Fibromen bestehen, doch sind diese noch nicht mikroskopisch untersucht.

Der Tumor wog nach der Exstirpation nur 11 Pfund. Die Differenz gegen das früher eruirte Gewicht ist wohl dadurch zu erklären, dass namentlich aus den unteren Partien eine grosse Menge gelblicher Flüssigkeit ausgeflossen ist.

3. Herr A. Baginsky demonstrirt das Präparat eines Falles von Tumor im Cerebrum, bei dem er in der Lage war, schon bei einem ganz jungen Kinde die Localisation zu diagnosticiren. Der Fall betraf ein Kind, welches am 28. Juni 1883 geboren ist. Dasselbe bot zunächst eine ganz ausgesprochene totale Facialislähmung auf der linken Seite dar, hatte ferner eine Pthosis auf der rechten Seite, es handelte sich also um eine Lähmungsform des Oculomotorius auf der einen und des Facialis auf der andern Seite. Ferner zeigte sich die Pupille auf der Seite, wo die Pthosis vorhanden war, erweitert und schlecht reagirend, überdies bestand bei dem Kinde Strabismus divergens. Es musste sich also entweder handeln um eine Affection an der Hirnbasis in sehr bedeutender Ausdehnung oder um eine centrale Erkrankung, und da keine Spur von meningitischen Symptomen vorhanden, auch der rechte Oculomotorius nicht in seiner Totalität betroffen war, konnte man bereits die Diagnose auf eine centrale Erkrankung richten, und es blieb nichts übrig, als die Localisation in dem vordersten Theil des Pons zu legen, wo die Oculomotoriuskerne liegen. Bald darauf traten auf derselben Seite, wo der Facialis paretisch war, Schüttelbewegungen heftiger Art sowohl im linken Arm wie im linken Bein ein. Nun konnte mit grosser Wahrscheinlichkeit neben der Erkrankung der vorderen Partie des Pons eine solche des Hirnschenkels erschlossen werden. Das Kind ging, nachdem leichte Contractur in der unteren Extremität der rechten Seite eingetreten war, unter Erscheinungen des Hydrocephalus zu Grunde. Die Section bestätigte die Diagnose. Es handelte sich in der That um einen käsigen Tumor des rechten Hirnschenkels, welcher bis in die vordere Partie des Pons übergriff.

4. Herr P. Gueterbock. Ueber hereditär syphilitische Gelenkentzündungen. Herr Gueterbock kommt auf ein von ihm bereits i. J. 1878 zum Gegenstand der Erörterung gemachtes Thema noch einmal zurück, weil inzwischen die von ihm damals charakterisirten Fälle noch immer nicht die verdiente Beachtung gefunden zu haben scheinen, weil ferner der Umstand, dass viele junge Individuen an späteren Formen ererbter Syphilis zu Grunde gehen, eine rechtzeitige Erkennung derartiger Leiden wünschenswerth macht, und weil endlich die im Anschluss an seine frühere Arbeit dennoch entstandene Literatur (Heubner, Schüller, Falkson u. A.) den Beweis liefert, dass die in Rede stehenden Affectionen nicht ganz selten sind, wenn auch nicht so häufig, wie einige englische Autoren angeben. Der Vortr. hat seit seiner Veröffentlichung i. J. 1878, welche 4 Fälle umfasste, 4 weitere Fälle beobachtet. Ein Fall ist in der Privatpraxis beobachtet und konnte nicht weiter verfolgt werden, ein Fall betrifft ein etwas älteres Individuum, die übrigen 6 Kinder unter 5 Jahren.

Zwei von den neueren Fällen, welche der Vortragende während einer grösseren Reihe von Monaten beobachtet hat, sind folgende:

1. Kind von $1\frac{1}{4}$ Jahren. Die Eltern des Kindes hat Vortr. nie gesehen. Das Kind hat zeitlebens an Ausschlag gelitten. Einige Wochen, ehe es in die Behandlung kam, wurde wahrgenommen, dass es den linken Arm hängen liess, dann schwoll das Ellbogengelenk etwas an. Erst als das Kind auch den rechten Fuss nachschleppen liess, wurde Vortr. consultirt. Er constatirte Anschwellung des Ellbogen- und des Kniegelenkes. Ersteres liess deutlich einen Inhalt erkennen. Bei unveränderter Haut war die Anschwellung namentlich auf die untere Humerus-Epiphyse, beim Kniegelenk mehr auf die Articulation zwischen Fibula und Tibia beschränkt. Von weiteren Symptomen ist zu erwähnen, dass das Kind in der Dentition sehr zurück war, und dass Reste eines schüppchenartigen Ausschlages über den Körper verbreitet waren. Ferner fand sich an der linken Ulna ein wie mit einem Locheisen ausgeschnittener Substanzverlust. Bei Sublimatbäderbehandlung, $\frac{3}{4}$ g pro Bad morgens und abends, war das Kind nach einem Monat geheilt. 4—6 Wochen später erschien es mit einem Recidiv. Wieder bestand Erguss im linken Ellbogengelenk; das Knie war frei. Bei derselben Behandlung wurde das Kind geheilt und dasselbe ist während einer längeren Beobachtungszeit bis zum 12. Mai, wo Vortr. es zuletzt sah, gesund geblieben.

Der 2. Fall betraf einen 7 bis 8jährigen Knaben. Er kam in Behandlung, weil er über Schmerzen im Knie klagte. Vortr. constatirte einen Hydrarthos im rechten Knie. Bei längerer Salicylbehandlung verminderte sich derselbe, aber im anderen Knie trat ebenfalls ein Hydrarthos auf. Auch dieser ging bei Salicylbehandlung zurück, nun aber konnte plötzlich eine Auftreibung beider Tibia-Epiphysen constatirt werden. Das Kind, welches bis dahin gehen konnte, war unfähig, einen Schritt zu machen; es liess das Bein wie leblos herabhängen. Auf Vorschlag von Herrn Freudenberg wurde eine Jodkaliumbehandlung eingeleitet, welche einen höchst überraschenden Erfolg hatte. Nach Darreichung von 30 g Jodkalium wurde das Kind geheilt, und die Heilung konnte noch nach mehreren Monaten constatirt werden.

Der Knabe hatte theilweise schon bleibende Zähne und zeigen diese genau das Bild, welches Hutchinson für hereditäre Syphilis beschrieben hat. Ferner bot der Knabe den in einem andern Fall von hereditärer Syphilis von Demme sehr genau beschriebenen Symptomencomplex der Basedow'schen Krankheit; er hatte Glotzaugen und eine vergrösserte Schilddrüse. Endlich zeigte er hypertrophische Mandeln und starke Wucherung der Rachentonsille. Bei der Mutter wurde Verschiedenes constatirt, was auf Syphilis schliessen liess.

Herr G. hebt als differentialdiagnostische Momente für die in Rede stehende Affection zunächst die Pseudoparalysen hervor, die den einzelnen Krankheitssymptomen vorangingen und wie sie von französischen Autoren, namentlich von Fournier und Parrot beschrieben sind. Ferner hatte der zweite Fall mit einigen anderen beobachteten Fällen das gemeinsam, dass der eigentlichen Epiphysen-Auftreibung ein entzündlicher Hydrarthos voranging. Endlich glaubt Herr G., dass die Schilddrüse in solchen Fällen einige Beachtung verdient.

Therapeutisch bemerkt Vortr., dass in einzelnen Fällen Quecksilber- und Jod-Behandlung im Stich gelassen hat. Er hält es aber für unrichtig, einen solchen Misserfolg für die Diagnose verwerthen zu wollen. Man hat den Versuch gemacht, die Affection chirurgisch zu behandeln, doch hat man nicht immer mit dieser Methode günstige Erfolge erzielt. Herr G. hält eine frühzeitige Diagnose für das Wichtigste. Dann wird man selbst bei schweren Destructionen in verhältnissmässig kurzer Zeit ohne blutige Eingriffe Heilung herbeiführen und in manchen Fällen das bedrohte Leben erhalten können.

Die Discussion über den Vortrag des Herrn Gueterbock wird vertagt.

5. Herr Virchow demonstrirt das Präparat einer tuberculösen Affection, welche sich im Hüftgelenk vorfand und nach Resection des Kopfes des Unterschenkels beseitigt worden ist.

6. Herr Jacusiel: Lebensversicherung der Aerzte. Herr Jacusiel hält die traurige Lage eines grossen Theiles der Hinterbliebenen von Aerzten durch die Erfahrung erwiesen und die Mittel, dieser traurigen Lage abzuhelfen für unzureichend. Die Kassenberichte der ärztlichen Unterstützungskassen ergeben gegenüber der wirklichen Nothlage nur mangelhafte Resultate, und die bestehenden Lebensversicherungen haben den Mangel, dass sie einmal eine Reihe von Personen überhaupt ausschliessen, andererseits immer mit eigenem Vortheil arbeiten. Dem gegenüber hält Herr J. es für angezeigt, dass die Aerzte sich selbst eine Lebensversicherung schaffen, und er hält die Berliner medicinische Gesellschaft für das geeignete Organ eine derartige Institution zunächst für ihre Mitglieder ins Leben zu rufen. Sein Antrag geht dahin, die Gesellschaft wolle eine Commission ernennen, welche die folgenden von ihm vorgeschlagenen Statutenänderungen einer Prüfung unterzieht und demnächst der Gesellschaft darüber Bericht erstattet.

1. Stirbt ein hiesiges Mitglied der Berliner medicinischen Gesellschaft, so zahlen die überlebenden Mitglieder nach erhaltener Todesanzeige je 10 Mark an die hierfür bezeichnete Sammelstelle. Die Zahlungspflicht besteht jedoch nur für die ersten 4 Todesfälle jedes Geschäftsjahres.

2. Von der Sammelstelle sind an der oder die von dem Verstorbenen bezeichneten oder seine gesetzlichen Erben spätestens vier Wochen nach erfolgter Todesanzeige zu zahlen:

a. Wenn der Verstorbene 0—15 Jahre dem Versicherungsverbande angehört, das Dreifache der von ihm gezahlten Beiträge, höchstens aber 1500 Mark.

b. Wenn er mehr als 15 Jahre dem Versicherungsverbande angehört, den Betrag von 1600 Mark, dreijährlich um 100 Mark steigend.

3. Neu eintretende Mitglieder, welche das 40. Lebensjahr beendet haben, zahlen ein Eintrittsgeld von 150 Mark.

4. Durch Krankheit nachweislich ganz oder theilweise erwerbsunfähigen Mitgliedern wird für die Dauer der Erwerbsschädigung der Beitrag ohne nachträgliche Zahlungspflicht gestundet. Stundungsgesuche aus anderen Gründen unterliegen der Entscheidung der Geschäftsleitung.

5. Wer durch eine Reihe von Jahren Beitrag gezahlt hat, erwirbt das Recht auf ein Darlehn von der Sammelstelle zum Zinsfuss von 5:100. Höhe und Dauer des Darlehns befindet die Geschäftsleitung.

6. Mitglieder, welche freiwillig aus der medicinischen Gesell-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schaft ausscheiden, verlieren ihre Rechte an den Versicherungsverband ohne Entschädigung. Nach auswärts verziehende Mitglieder erhalten auf Antrag die Summe ihrer Beiträge spätestens ein Jahr nach dem Antrag und nach vollzogenem Ortswechsel zurück.

7. Die medicinische Gesellschaft wählt zur Verwaltung der Versicherung einen Geschäftsleiter und zwei Vertreter desselben, zwei Aufsichtsbeamte und zwei Vertreter derselben. Diese Aemter sind Ehrenämter.

Die Discussion über die Anträge des Herrn Jacusiel wird vertagt.

VII. Das Programm des internationalen medicinischen Congresses.

8. Sitzung. Kopenhagen, 10.—16. August 1884.

(Fortsetzung aus No. 24.)

V. Die Section für Chirurgie.

Organisations-Comité: Prof. Holmer, Präsident. Dr. V. Hornemann, Secretär. Mitglieder: Dr. O. Bloch. Prof. Drachmann. Dr. Tage Hansen. Dr. A. Iversen. Dr. S. E. Larsen. Prof. Plum. Dr. Struckmann. Prof. Studsgaard. Dr. Wanscher. Prof. Ask, Lund. Prof. Nicolaysen, Christiania. Prof. Rossander, Stockholm. Prof. Santesson. Stockholm.

Vorbereitete Mittheilungen. 1. Die wichtigen Methoden für antiseptische Wundbehandlung in der neueren Zeit: a) Die Listersche Antiseptik in ihrer jetzigen Gestalt. Prof. Lister, London. b) Die Jodoformbehandlung. Prof. Mosetig-Moorhof, Wien. c. Die Sublimatbehandlung. Dr. M. Schede, Hamburg. d) Der antiseptische Dauerverband. Prof. Esmarch, Kiel. e) Die Behandlung mit sauerstoffhaltigem Wasser. Prof. Paul Bert, Paris. 2. Die Anwendung der Anästhetica in der Chirurgie. Prof. Paul Bert, Paris. 3. Ueber Resection und Arthrotomie bei tuberculösen Gelenkleiden. Prof. Ollier, Lyon. 4. Abdominalchirurgie: a) Resectionen des Magens und des Darmcanals. Prof. Gussenbauer, Prag. b) Nephrotomie (Nephrolithotomie) und Nephrectomie. Dr. Thorton, London. c) Operation für bewegliche Niere. Dr. Hahn, Berlin. 5. Die Bedeutung der Trepanation bei begrenzten Gehirnkrankheiten. Dr. Lucas-Championnière, Paris; Prof. Ferrier, London; Prof. Mollière, Lyon. 6. Orthopädische Osteotomie: a) für Genu valgum. Prof. Mac-Ewen, Glasgow. b) für Klumpfuss (cuneiforme Osteotomie oder Talusexstirpation). Prof. Holmer, Kopenhagen. 7. Die Behandlung der Verengerung der Speiseröhre durch Stricturotomie oder Fistelbildungen (Oesophagotomie — Gastrotomie). Prof. Studsgaard, Kopenhagen; Prof. Verneuil, Paris; Prof. Trélat, Paris; Prof. Hjort, Christiania. 8. Die operative Behandlung bei malignen Leiden des Rectums: Colotomie: Prof. Bryant, London. Exstirpation: Prof. Esmarch, Kiel; Prof. Trélat, Paris; Prof. Verneuil, Paris. 9. Cystotomie bei Diagnose und Behandlung der Blasen-Geschwülste. Prof. Guyon, Paris.

VI. Die Section für Obstetrik und Gynäkologie.

Organisations-Comité: Prof. Howitz, Präsident der gynäkolog. Subsection. Prof. Stadfeld, Präsident der obstetrischen Subsection. Dr. Leopold Meyer, Secretär. Mitglieder: Dr. E. Ingerslev. Dr. Jacoby. Dr. A. D. Müller. Dr. R. Paulli. Dr. Albert Sommerfeldt. Dr. P. V. H. Ditzel. Dr. P. Heiberg. J. Chr. Vöhtz.

Vorbereitete Mittheilungen. 1. Antiseptik bei der Laparotomie. Prof. Mikulicz, Krakau. 2. Die frühzeitige Ovariotomie. Mr. Kn. Thornton, London. 3. Die Behandlung der Fibromyome der Gebärmutter durch Laparotomie. Prof. Koeberlé, Strassburg. 3a. Die Behandlung der Geschwülste der Gebärmutter. Mr. Lawson Tait, Birmingham. 3b. Amputatio supravaginalis uteri von der Scheide aus gegen Fibromyome der hinteren Gebärmutterwand. Dr. Margary, Turin. 3c. Zerstörung der Fibromyome der Gebärmutter mittelst elektrolytischer Punctur. Prof. Menière, Paris. 4. Die Kastration als Mittel gegen nervöse und psychische Leiden. Prof. Hegar, Freiburg i. B. 5. Die vaginale Exstirpation der cancrösen Gebärmutter. Prof. Schröder, Berlin. 6. Die operative Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Prof. Litzmann, Kiel. 7. Ueber eine gemeinsame obstetrische Nomenclatur. Prof. Simpson, Edinburgh. 8. Die Bedeutung der Albuminuria gravidarum. Prof. Halbertsma, Utrecht. 9. Der Kaiserschnitt und die ihn ersetzenden Operationen. Prof. P. Müller, Bern. 9a. Parallele zwischen der Embryotomie, dem Kaiserschnitte und der Porro-Operation bei engem Becken. Prof. Eustache, Lille. 10. Die Behandlung der Nachgeburtsperiode. Prof. Stadfeldt, Kopenhagen. 11. Statistik über das Auftreten des Puerperalfiebers in Dänemark. Dr. Ingerslev, Kopenhagen.

VII. Die Section für Ophthalmologie.

Dr. Edm. Hansen Grut, Präsident. Dr. V. Krenchel, Secretär. Mitglieder: Prof. H. Lehmann. Dr. C. Christensen. Dr. Philipsen Dr. M. Larsen. Dr. Gulstad. Dr. Lorentzen. Prof. Hjort, Christiania. Prof. Löwegren, Lund.

Vorbereitete Mittheilungen. 1. Die Bedeutung der Lichtsinnuntersuchung in der practischen Ophthalmologie. Dr. Samelsohn, Cöln Dr. O. B. Bull, Christiania; Dr. Bjerrum, Kopenhagen. 2. Farbensinn. Prof. Holmgren, Upsala. 3. Untersuchungen vom Sehvermögen der Eisenbahnbediensteten. Dr. Redard, Paris. 4. Ueber Farbensinnprüfungen von Seeleuten. Dr. Brailey, London. 5. Latentes Schielen, besonders latente Divergenz. Prof. Alfr. Graefe, Halle; Dr. E. Hansen Grut, Kopenhagen. 6. Ueber einige Keratitisformen. Dr. E. Hansen Grut, Kopenhagen. 7. Die ophthalmoskopische Refractionsbestimmung. Prof. Schmidt-Rimpler, Marburg. 8. Blennorrhoea neonator., ihre Prophylaxis und Behandlung. Dr. Christensen, Kopenhagen. 9. Die Refraction der Neugeborenen. Dr. Bjerrum, Kopenhagen.

Demonstrationen. 1. Dr. Adams, London. Ein Ophthalmoskop für Künstler. 2. Prof. Raehlmann, Dorpat. Hyperbolische Gläser bei Keratokonus pellucidus. 3. Dr. Mc. Hardy, London. Selbstregistrirende Perimeter.

(Fortsetzung folgt.)

VIII. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Berlin. In den von uns in Nr. 23 mitgetheilten Habilitationen ist die des Herrn Dr. Grawitz nachzutragen. — Halle. Die Privatdocenten DDr. Küssner und Oberst sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden. — Jena. Für die Professur der Chirurgie sind von der Facultät vorgeschlagen worden: 1. Braun-Heidelberg; 2. Riedel-Aachen; 3. Genzmer-Halle. — Kiel. Am 9. Juni enthüllte Geh.-R. Prof. Dr. Esmarch bei dem Beginne der chirurgischen Klinik die Büsten seiner beiden berühmten Lehrer und Vorgänger von Langenbeck und Stromeyer, welche während der Pfingstferien im Treppenhause des academischen Krankenhauses aufgestellt worden waren, und hielt eine Ansprache an seine Schüler, welche mit einem dreifachen Hoch auf den Nestor der deutschen Chirurgie B. v. Langenbeck schloss.

— Der vierte Congress polnischer Aerzte und Naturforscher wurde am 2. cr. in Posen in den festlich geschmückten Räumen des polnischen Theaters unter sehr reger Betheiligung der polnischen Bevölkerung um 11 Uhr Vormittags durch den hiesigen Arzt Dr. Wicherkiewicz eröffnet. Zum Präsidenten des Congresses wurde Dr. Szokalski aus Warschau, zum Vice-Präsidenten Dr. Majer, Präsident der Academie der Wissenschaften in Krakau, gewählt. Ausser der Theilnahme von 300 polnischen Aerzten und Naturforschern, von denen viele selbst aus weiter Ferne eingetroffen sind, ist eine grössere Anzahl Czechen anwesend. Von Berlin ist ebenfalls eine Deputation von polnischen Aerzten gesandt.

— Am 7. Juni hat sich in Stettin der frühere Verein pommerscher Aerzte aufgelöst und ist an demselben Tage von den erschienenen Aerzten des Reg.-Bez. Stettin die Bildung eines ärztlichen Vereins des Reg.-Bez. Stettin einstimmig beschlossen worden. Dieser Verein wird sich dem D. Aerztevereinsbunde anschliessen. Es wurde ein vorbereitendes Comité gewählt, bestehend aus den H. DDr. Steffen- und Schleich-Stettin, Wilde-Stargard, Siemens-Ueckermünde und Ziegler-Anclam. Die constituirende Versammlung soll im October d. J. stattfinden.

Herr Pasteur hat von der „Société centrale pour l'amélioration des races de chiens" für seine Arbeiten über die Hundswuth eine goldene Medaille erhalten. Nachdem sich schon mehrere enthusiastische Mediciner ihm zu Gebote gestellt hatten, um an sich mit Virus und Vaccine experimentiren zu lassen, was H. P. natürlich ablehnte, wird er jetzt Gelegenheit haben sein Verfahren zu erproben. Ein Eisenbahnbediensteter zu Tarrascon sur Rhone ist von einem unzweifelhaft tollen Hunde gebissen worden und hat sich nach Paris begeben, um sich von Pasteur behandeln zu lassen.

— Die internationale Gesellschaft der Ophthalmologen beabsichtigt, für die hervorragendste Leistung auf dem Gebiete der Ophthalmologie eine Ehrenmedaille zu stiften, die im nächsten Jahre zum ersten Male verliehen werden soll. Das mit der Angelegenheit beauftragte Comité hatte mehrere namhafte Künstler zu Concurrenzentwürfen aufgefordert. Von den hierauf eingegangenen Entwürfen ist der des Bildhauers F. Hartzer in Berlin zur Ausführung angenommen. Die Medaille wird in Gold geprägt und zeigt auf der Vorderseite in einem Lorbeerkranze die Widmung und auf der Rückseite das Porträt des Prof. Albrecht von Graefe mit den Daten: 21. Mai 1828, 20. Juli 1870, dem Geburts- und Todestag desselben.

IX. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem practischen Arzt Sanitätsrath Dr. Otto Lehnerdt, dirigirendem Arzt am Elisabeth Krankenhause zu Berlin, den Rothen Adler-Orden vierter Klasse zu verleihen, sowie dem Stabsarzt vom 6. Westfälischen Inf.-Rgt. No. 55 Dr. Winter in Soest, zur Anlegung des ihm verliehenen Ehrenkreuzes dritter Klasse des Fürstl. Lippeschen Gesammthauses die Genehmigung zu ertheilen.

Ernennungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, das Mitglied des Reichsgesundheitsamts, Kaiserl. Geheimen Regierungs-Rath Dr. Robert Koch in Berlin, zum ordentlichen Mitgliede der Königlichen Wissenschaftlichen Deputation für das Medicinal-Wesen zu ernennen. — Der practische Arzt Dr. Edmund Steinebach zu Stromberg ist zum Kreisphysicus des Kreises Wipperfürth ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Hülsmeyer, Dr. Rosenstein, Dr. Trilling, Dr. Margoniner, sämmtlich in Berlin, Dr. Nitschmann in Erfurt und Dr. Hermann in Weissensee. Die Zahnärzte: Lewy und Ingenlath in Berlin.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. Alberts von Berlin ins Ausland, Dr. Krüger von Landsberg a./W. nach Kraschnitz, Dr. Otto von Ziegenrück nach Walschleben, Hastenpflug von Weissensee nach Rosslau, Dr. Latz von Kaisersesch nach Polch, Dr. Trapet von Polch nach Koblenz, Custodis von Münstermaifeld nach Polch, Dr. Richter von Friesack nach Kreuznach und Dr. Ad. Müller von Bassenheim nach Rodenkirchen.

Verstorben: Der Arzt Dr. Duhr in Koblenz.

2. Baden.

Aerztliche Mittheilungen aus Baden. 15. Mai No. 9.

Bezirksarzt Fr. J. Vogel von Ettenheim ist am 8. Mai gestorben (geboren 1837, approb. 1861).

Berichtigung.

In dem in No. 22 veröffentlichten Brief des Herrn Stabsarzt Dr. Rosenzweig ist zu lesen statt „Jan." „Juni".

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag № 26. 26. Juni 1884.

DEUTSCHE
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Ueber die Behandlung der complicirten Schädelfracturen.

Vortrag, im Anschluss an eine Krankendemonstration gehalten im Aerztlichen Verein zu Hamburg

von

Dr. Julius Görtz in Mainz.

Zu den Operationen, welche schon im Alterthum bekannt und verbreitet waren, müssen wir auch die Trepanation rechnen, nach dem die neueren Ausgrabungen in Pompeji und Herculanum zweifellos ihren Zwecken gewidmete Instrumente zu Tage gefördert haben, und ihre Ausführung vor Heliodorus, einem Zeitgenossen Trajan's uns ausdrücklich überliefert ist[1]). Die Glanzperiode ihrer Verbreitung erreichte sie durch den gewichtigen Einfluss Petits am Ende des vorigen und Anfang dieses Jahrhunderts, wo man soweit ging, bei jeder Schädelverletzung aus der Ausführung der Trepanation ein Axiom zu machen. Die Aufstellung ihrer Indicationen geschah mit einer für die vorantiseptische Chirurgie noch um so weniger zu rechtfertigenden Leichtfertigkeit und selbst unsere jetzige in Operationen so kühne Zeit muss es frivol finden, wenn, wie uns Velpeau[2]) berichtet, ein so bedeutsamer operativer Eingriff bei einem und demselben Patienten 7, 13, 16, ja 27 mal ausgeführt wurde und zwar aus Indicationen wie — Epilepsie und chronischer Kopfschmerz. Einem solchen Missbrauch gegenüber konnte die Reaction nicht ausbleiben, welche von Richter, Desault, A. Cooper angebahnt unter Dieffenbach, Malgaigne, Stromeyer in das entgegengesetzte Extrem verfiel und die Trepanation überhaupt ganz aus der Chirurgie verbannt wissen wollte. So sagt Dieffenbach[3]), er fürchte die Trepanation mehr als die Kopfverletzungen, welche sie angeblich indicirten und Malgaigne erblickt in ihr „une longue et déplorable erreur, qui fait, encore de nos jours, de trop nombreuses victimes.“ So schweren Verurtheilungen gegenüber waren Sédillot und Bruns fast die einzigen, welche die incriminirte Operation noch in Schutz nahmen. Aber erst der antiseptischen Heilmethode scheint es vorbehalten zu sein, ihren Ruf wieder ganz herzustellen, besonders seitdem das etwas antiquirte classische Instrumentarium für die meisten Fälle zweckmässig durch Meissel und Hammer ersetzt wurde. So ist in den letzten Jahren die Operation in einer relativ grossen Anzahl von Fällen ausgeführt worden und ihre Resultate haben sich fortwährend günstiger gestaltet.

Die neueste Mortalitätsziffer der Operation an und für sich selbst giebt uns Walsham („Is trephining the scull a dangerous operation per se“[4]), welcher dieselbe an der Hand einer eingehenden Statistik auf nur 10,6 Proc. festsetzen zu dürfen glaubt, welche Zahl nach seiner bestimmten Ueberzeugung in Zukunft bei der allgemeinen Durchführung der antiseptischen Methode noch bedeutend niedriger sich gestalten werde.

In der That sind in der neuesten Zeit von Obalinsky[5]), Schmidt[6]), Asplund[7]), Blanc[8]), Lucas[9]), eine Anzahl mit Trepanation behandelter schwerer Schädelfracturen berichtet worden, welche sämmtlich geheilt sind. Am entschiedensten tritt neuerdings Félizet[1]) für die Operation ein, welcher, bezugnehmend auf 3 mit ihr behandelte, sehr günstig verlaufene Fälle, dieselbe für complicirte Splitter- und Depressionsfracturen unbedingt indicirt erachtet. Er begründet dies, sachlich wie logisch als eine nur consequente Durchführung des Lister'schen Gedankens, da in der Entfernung aller gelösten und nicht mehr lebensfähigen Theile, der Herstellung einer reinen Wundfläche und der Verhütung aller Secretverhaltung ja eine unmittelbare Förderung der Asepsis erblickt werden müsse. („Loin d'ajouter à la gravité d'une plaie de tête, avec enfoncement circonscrit et brisures de la table interne, le trépan est une manoeuvre inoffensive en soi et antiseptique par excellence.“)

Eine indirecte Bestätigung der Richtigkeit dieser Ansicht kann man in den Ergebnissen der Statistik der Schädelfracturen überhaupt finden, bei welchen ganz im Gegensatz zu allen übrigen Knochenbrüchen für die complicirten Fracturen sich eine entschieden günstigere Mortalitätsziffer ergiebt, als für die subcutanen, nämlich 55 Proc. für erstere, dagegen 60,5 Proc. für letztere[2]). Wenn also die durch die rohe Gewalt des Trauma bewirkte Communication des Schädelbruchs nach Aussen die Prognose nicht ersichtlich trübt, ja sogar eher günstiger gestaltet, um wie viel mehr muss dies dann der Fall sein, wenn die Eröffnung lege artis, unter allen antisept. Cautelen geschieht! Scheint schon diese Erwägung uns aufzufordern, eventuell selbst subcutane Schädelbrüche häufiger durch ein trepanirendes Verfahren zwecks Beseitigung gefährlicher Splitterungen und Depressionen in die prognostisch günstigeren complicirten zu verwandeln, um wie viel mehr müssen wir uns dann für berechtigt halten, bei einer schon vorhandenen, sehr oft durch das Trauma verunreinigten Wunde ganz in derselben Weise wie bei jeder andern Knochenwunde zu verfahren und im Interesse der Desinfection, des Secretabflusses und der rascheren Heilung, dieselbe von allen nicht mehr lebensfähigen Weich- und Knochentheilen zu reinigen, sie wenn nöthig zu erweitern, sie anzufrischen und zu glätten.

In den letzten 6 Monaten hatte ich Gelegenheit im Seemannskrankenhause nicht weniger als 12 schwere Schädelfracturen, darunter 8 complicirte zu beobachten, welche letztere nach den eben erörterten Grundsätzen behandelt wurden. Während nun von den 4 subcutanen und nicht trepanirten Fracturen 3 starben, nahmen sämmtliche 8 complicirte Brüche ihren Ausgang in Genesung und war die Heilung durch einen meist auffallend raschen und günstigen Verlauf so wie durch ihre Vollständigkeit ausgezeichnet. Als Beispiel und Prototyp derselben will ich mir erlauben, nur einen der 8 Fälle, — trotz grossem Defect im Schädeldache und Gehirnprolapsus nicht einmal der schwerste derselben — ausführlich mitzutheilen, in welchem der günstige Ausgang und namentlich die frappant rasche Heilung gerade auf den gemachten Eingriff vorwiegend zurückzuführen sein dürfte.

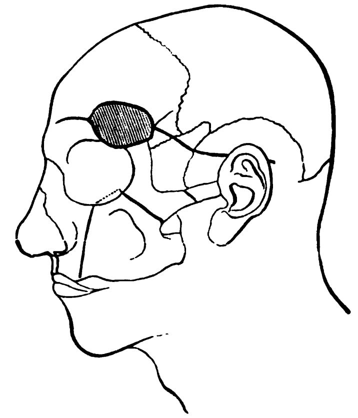
N. R. 31 Jahre alt, war am Abend des 3. October, auf dem Verdeck ausgleitend durch sämmtliche Lucken durch, etwa 40 Fuss tief, mit dem Kopf voran in den Kielraum gefallen, dort auf das eiserne Kielschwein aufgeschlagen und bewusstlos liegen geblieben. Etwa 3/4 Stunden später wurde er in das Seemannskrankenhaus gebracht, wo ich folgenden Status constatirte: Patient ist völlig bewusstlos, reagirt auf keinerlei Reize und bietet alle Zeichen des schweren Shok dar; der Puls ist frequent, unregelmässig und aussetzend, sehr klein, kaum fühlbar; sehr verlangsamte, schnarchende Respiration.

Bei der Betrachtung des Kopfes fällt zunächst eine Asymmetrie des ganzen Gesichtsschädels auf, indem die linke Gesichtshälfte gegen die rechte verschoben und nach unten gerückt ist. Auf der linken

[1]) Friedländer, Die wichtigsten Leistungen der Chirurgie in der byzantinischen Periode.
[2]) Velpeau, Médicine opératoire.
[3]) Operative Chirurgie. II. Band.
[4]) St. Bartholomew's Hospital reports. Band XVIII und Centrbl. f. Chir. No. 35. 1883.
[5]) Obalinsky, „Zwei günstig verlaufene Schädeltrepanationen“ (Wiener med. Wochschr. 44. 1882).
[6]) Schmidt, „Vier Fälle von complicirten Schädelbrüchen“. (Prager med. Wochschr. 14. 15. 17.)
[7]) Virchow-Hirsch, Jahresbericht. 1882.
[8]) Lancet. II. 24. December 1882.
[9]) Med. Times and Gazette May 13. 1882. S. auch Schmidt's Jahrb. 1883 No. 8, wo noch weitere Trepanationsfälle angegeben sind.

[1]) Archiv. générale, Janvier 1882.
[2]) Wichura, Statistik der Schädelverletzungen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Stirnseite findet sich eine weitklaffende, zerrissene, oberflächlich stark verunreinigte Wunde, aus welcher Gewebsfetzen durchsetzt mit Knochenfragmenten hervorhängen. Die Grenzen der Hautwunde erreichen nach rechts die Mittellinie, nach oben und nach links die Haargrenze und überschreiten nach unten etwas die äussere Hälfte des Margo supraorbitalis und die Articulatio zygomatico frontalis. Das Jochbein ist ganz vom Stirnbein abgerissen und zeigt einen Bruch seines Corpus und des Arcus zygomaticus. Ueber den Margo infraorbitalis hinüber läuft (subcutan) eine aus der Orbita kommende klaffende Fissur durch die Fossa canina, dicht am linken Nasenflügel vorbei bis durch den Processus alveolaris und beim Oeffnen der Mundhöhle schlottert der linke Proc. alveolaris und palatinus vollständig hin und her. Oberkiefer und Jochbein waren unter der Haut leicht beweglich und verschieblich und bewirkten, nach unten gesunken, die so auffallende Difformität des Gesichtes.

Nach vorläufiger Abspülung des Schmutzes und der Gewebstrümmer wurden die Wundränder mit scharfen Hacken auseinandergezogen, wobei die spritzende A. temporalis superfic. unterbunden werden musste. Vorsichtig in die Tiefe dringend constatirte ich eine Comminutivfractur des Stirnbeins, welches in mehrere haselnussgrosse Stücke gebrochen war, die theils nach aussen oder innen dislocirt waren, theils nur noch leise an Fetzen von Periost und Dura mater hingen. Ganz in der Tiefe wölbte sich in der Grösse eines halbirten Hühnereis eine rosarothe Masse vor, welche sich als ein Prolapsus cerebri erwies, über dem die Dura mehrfach zerrissen war. Nach Ablösung der lockern Knochenfragmente zeigte sich ein Defect von 5 Markstück-Grösse im linken Stirnbein, von welchem aus 2 grosse Fissuren verliefen: eine nach rechts über das rechte Stirnbein; die andre, welche fast 3 mm breit klaffte, horizontal über Ala magna oss. sphenoid. und Schläfenschuppe weggehend, war bis hinter das linke Ohr zu verfolgen. (Vergl. die obenstehende Skizze.)

Das linke Auge war wegen Schwellung und Sugillation der Lider kaum zu öffnen und zeigte hochgradige Chemosis und Hyposphagma. Keine Pupillendifferenz, nirgends Lähmungserscheinungen.

Wenn auch die Schwere des Shok und die In- und Extensität der Verletzung die Prognose äusserst trüb erscheinen liess, und es kaum wahrscheinlich erschien, dass der Patient die Nacht überleben werde, so glaubte ich doch wenigstens den Versuch eines unter diesen Umständen um so eingreifenderen therapeutischen Handelns machen zu sollen, zumal eine eventuell zu erreichende prima intentio mir, besonders gegenüber dem Prolapsus cerebri, vor Allem erstrebenswerth erschien. Die Behandlung bestand demnach in Folgendem:

Zunächst wurde der Rest der gelockerten periostentblössten Knochenfragmente aus ihren noch bestehenden Adhäsionen gelöst und mit einer starken Kornzange extrahirt. Die scharfen unregelmässigen Ränder des nun zurückbleibenden, über 5 M.-stückgrossen Knochendefectes wurden abgemeisselt und geglättet und die nach innen gedrückten Theile elevirt, wobei Druck des prolabirten Hirntheils soweit als möglich vermieden wurde. Sodann wurde eine gründliche Excision aller zerrissenen und auf Quetschung nur verdächtigen Weichtheile vorgenommen, wobei auch ziemlich grosse Stücke der stark zerrissenen Dura entfernt werden mussten. Nachdem so eine reine, in allen ihren Theilen angefrischte Wundfläche hergestellt war, wurde der Prolapsus cerebri vorsichtig reponirt und darüber die Dura mater durch feinste Catgutsuturen soweit als möglich vereinigt. Hierüber wurde durch zahlreiche Periost- und Muskelnähte gleichzeitig eine möglichste Annäherung und Adaptation der diastasirenden Knochentheile zu erreichen gesucht. Durch Deckung des, durch die Excision der zermalmten Ränder noch vergrösserten Hautdefectes musste ich eine kleine Plastik mit Lappenbildung aus der rechten Stirnhälfte zu Hülfe nehmen, und wurde, nachdem die Wunde bis in die Tiefe durch 2 feine Gummiröhren drainirt war, die Haut durch 22 Suturen vollständig geschlossen. Nun blieb noch die Dislocation des Oberkiefers und Jochbeins nach unten, welche zerrend auf die Nähte wirken musste, zu beseitigen. Dies gelang durch grosse Krülltampons, welche in die Fossa canina und Temporalis eingelegt und durch einen grossen, Kopf und Hals einschliessenden Listerverband fixirt, einen Druck von unten aussen nach oben innen ausübten und eine beinahe völlige Coaptation der Knochen erreichen liessen. Die Anlegung des Verbandes sowie die ganze Wundbehandlung geschah in typisch Lister'scher Weise.

Der weitere Verlauf gestaltete sich nun folgendermaassen: In der Nacht hatte Patient 2mal erbrochen; am Morgen Temp. 38,2, Puls 84 aber immer noch klein und weich, Respiration 22, fortwährend laut schnarchend; anhaltende totale Bewusstlosigkeit, in der Patient Fäces und Urin unter sich gehen lässt. Paretische Erscheinung nirgends, namentlich nicht an den Hirnnerven nachweisbar.

Am anderen Morgen war die Temperatur zur Norm zurückgekehrt und hat dieselbe seitdem auch nicht mehr überschritten. Dagegen war der übrige Zustand, Sopor, stridoröse Respiration, noch ganz derselbe und blieb es auch unverändert 5 Tage lang, in welchen Patient nicht das geringste Zeichen von Bewusstsein zu erkennen gab und auf Reize und lautes Anrufen kaum reagirte. Am 6. Tage erst erwachte er aus seiner Betäubung und war nun im Stande, über sich Auskunft zu geben. Seine einzige Beschwerde war ein brennender Druck in der linken Orbita und das ihm sehr lästige Hin- und Herschlottern des linken Gaumens in der Mundhöhle; im übrigen aber hatte er nicht die geringsten Schmerzen, fühlte sich ganz wohl und zeigte auch keinerlei psychischen Defect. Sein subjectives Befinden blieb auch ungestört das beste, die Heilung machte rapide Fortschritte. Am 9. Tage wurde der Verband abgenommen und es fand sich die vollständigste prima reunio. Die beiden feinen Drains und die Suturen wurden entfernt und sofort wieder ein grosser polsternder Listerverband um den ganzen Kopf mit Fixirung der dislocirt gewesenen Knochen wie vorher angelegt. Als dieser Verband nach 8 Tagen abgenommen wurde, fand sich eine vollständig glatte, feine lineare Narbe. Patient erhielt nun über die Stelle des Knochendefectes ein einfaches grosses Wattepolster, welches nach wenigen Tagen durch eine Hartgummischutzplatte ersetzt wurde, bei deren Anbringung auf eine gleichzeitige Fixation des noch nicht consolidirten Jochbein- und Oberkieferbruches Bedacht genommen wurde. Ende October, 4 Wochen nach dem Unglücksfall, war mit gänzlicher Beseitigung der anfänglichen Asymmetrie unter theilweiser starker Callusbildung äusserlich Consolidation eingetreten und nur der Proc. palatinus blieb noch hin und her beweglich. Da Patient sich fortwährend des besten Wohlseins erfreute, so musste er auf seinen Wunsch am 9. November entlassen werden. Ich habe denselben fortwährend unter Augen behalten und bis jetzt (Ende Februar) ist seine Euphorie eine gänzlich ungestörte geblieben. Die Narbe auf der Stirn ist völlig glatt und kaum sichtbar; an sämmtlichen Fracturstellen, besonders in der Fossa canina, fühlt man callöse Wucherungen, während der Defect im Cranium natürlich nicht ganz ausgeglichen, aber entschieden viel kleiner geworden ist.

Der günstige Erfolg, besonders die primäre, lineare Vereinigung einer so stark zerrissenen, gequetschten und überdies verunreinigten Wunde, dürfte nächst dem Lister'schen Verfahren besonders darauf zurückzuführen sein, dass eben durch die radicale Entfernung aller nicht mehr sicher lebensfähigen Gewebs- und Knochenfragmente der in allen ihren Theilen angefrischten Wunde zu einer sofortigen, allseitigen Verklebung Gelegenheit geboten wurde.

Die übrigen 11 Fälle will ich nur in möglichster Kürze anführen und dabei zunächst mit den complicirten Fracturen fortfahren, bei welchen sämmtlich ebenfalls prima reunio erzielt wurde.

II. Fall. C. H., 23 Jahre; complicirte Fractur beider Parietalia mit 2 cm tiefer, sternförmiger Depression der Sutura sagittalis, dabei eine Basisfractur mit arterieller Blutung aus beiden Ohren und Nase; grosse Orbitalergüsse und Chemosis. — Völlige Wiederherstellung.

III. Fall. P. V., 31 Jahre; complicirte Fractur des linken Parietale mit 1 cm tiefer Depression. — Völlige Wiederherstellung.

IV. Fall. J. H., 44 Jahre; compl. Fractur des rechten Stirnbeins mit supraorbitaler Depression. Fractur der IX., X., XI. Rippe, Hämopneumothorax. Paralyse des linken Abducens und Facialparese. — Völlige Wiederherstellung bis auf eine noch bestehende geringe Parese des linken Abducens.

V. Fall. G. D., 43 Jahre. Complicirte Fractur des rechten Frontale und Parietale mit handtellergrosser flacher Depression und ausgedehnten Zerreissungen des ganzen Capillitiums. Fractur des Felsenbeins mit Ohrblutung, absoluter, noch jetzt bestehender rechtsseitiger Taubheit und Facialisparalyse (peripheren Charakters). Sehr bedeuten-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Extravasat in der rechten Orbita und Fractur des rechten Oberkiefers. 9 Tage Somnolenz mit Delirien und Jactationen, dann längere geistige Imbecillitas. Jetzt ist Patient bis auf die Facialisparalyse und rechtsseitige Taubheit völlig wieder hergestellt.

VI. Fall. K. Z., 39 Jahre. Complicirte Fractur des Occiput mit tiefer rechtsseitiger Impression desselben. Parese des rechten Trochlearis, Facialis und Hypoglossus. Linkseitige Hemiparese. 10 Tage lang Sopor, dann anfängliche Imbecillitas. Völlige Wiederherstellung bis auf eine kaum noch bemerkbare Trochlearisparese.

VII. Fall. H. L., 36 Jahre. Comminutivfractur des rechten Nasen-, Thränen- und Siebbeins, Eröffnung des Sinus frontalis; totale Zerreissung des Nasenknorpels. — Sehr rasche Heilung mit sehr wenig sichtbarer Narbe.

VIII. Fall. J. Ah., 37 Jahre. Complicirte Depressionsfractur des rechten Stirn- und Scheitelbeins, Fractur des linken Schläfenbeins und der Schädelbasis, starke Blutung aus beiden, Ausfluss von Liquor cerebrospinalis aus dem linken Ohre, hochgradige Schwerhörigkeit. — Patient ist noch in Behandlung, aber die grosse Quetschwunde ist bereits prima intentione geheilt und der Patient befindet sich bis auf die Schwerhörigkeit völlig wohl.

Subcutane Fracturen.

IX. Fall. J. S., 37 Jahre. Fractur des linken Orbitaldaches und der vordern Schädelbasis, des linken Oberkiefers, des Unterkiefers in der Mitte und am linken Angulus, des Manubrium und Corpus sterni. Delirien und Jactationen. Tod nach 17 Tagen an Encephalitis, mit einem Eiterheerd, welcher in den linken Seitenventrikel durchgebrochen war. (Section.)

X. Fall. K. K. 20 Jahre. Impressionsfractur des rechten Stirnbeins von der Glabella bis zur Sutura coronalis. Puls 42, Resp. 12, 10 Tage lang persistirend. Sensorium war nie geschwunden. — Völlige Heilung.

XI. Fall. H. B., 34 Jahre. Fractur des Occiput und Querfissur beider Parietalia. Fractur der linken 3., 4., 5., 6., 7. Rippe, Fractur der linken Querfortsätze sämmtlicher Lendenwirbel, Einriss im linken Nierenhilus mit mässigem Blutextravasat. Tod nach 5 Stunden. Die Section ergab ein 100 ccm grosses subdurales Blutextravasat.

XII. Fall. J. C., 60 Jahre. Fractur der vordern Schädelgrube mit Fissuren des Stirn-, Scheitel- und Schläfenbeins und intracraniellem Blutextravasat. Fractur und Luxation des Manubrium hinter das Corpus sterni. Comminutivfractur des Corpus vertebrae dors. IV., der 1.—6. Rippe rechts und der 1.—5. Rippe links. Beiderseitiger Haemothorax. Exitus wenige Minuten nach der Aufnahme.

Aus den in diesen 12 Fällen gemachten Beobachtungen glaube ich schliessen zu dürfen 1. dass die complicirten Fracturen eine entschieden bessere Prognose darbieten als die subcutanen, 2. dass man bei complicirten comminutiven Fracturen immer eine modificirte Trepanation auszuführen hat, wenn es sich darum handelt, gelöste, deprimirte oder in das Schädelinnere getriebene Knochenfragmente zu entfernen und durch Glättung zackiger Ränder und Sorge für ungehinderten Secretabfluss primär ungünstige Wundverhältnisse in möglichst günstige zu verwandeln. Im Allgemeinen wird man sich immer bestreben, zur Deckung des Defectes und Sicherung des Gehirns gegen äusserliche Insulte, eine Prima intentio zu erlangen, wie dies von von Langenbeck und von Bergmann besonders betont wird. Sehr häufig, mitunter noch wider Erwarten, wird man dieselbe erreichen und damit in der Lage sein, sich alle Vortheile einer subcutanen Fractur zu verschaffen, ohne aber ihre Gefahren, Hirndruck, bleibende Dislocationen und Depressionen in Kauf nehmen zu müssen.

Bei den Weichtheilen, die Dura mit einbegriffen, wird man sich streng an dasselbe Verfahren halten und durch ausgiebige Excision (ein Eingriff der gegenüber der Dura noch vor wenigen Jahren für absolut tödtlich galt)[1]) aller gequetschten Theile fast immer eine primäre Vereinigung erzielen.

Speciell der Dura gegenüber ist man in neuester Zeit sehr viel weniger ängstlich geworden und bei der Exstirpation maligner Tumoren haben von Langenbeck, Küster,[2]) Czerny,[3]) Valerani,[4]) Pauly[5]) dieselbe ohne Schaden mit exstirpirt. Pauly, welcher in seinem Falle von recidivirenden Osteosarkom ein ca. 8 cm langes, 6 cm breites Stück derselben wegnahm, knüpft daran folgende epikritische Bemerkung: „Die Dura mater, deren Excision noch Heinike für absolut lethal hielt, ist keine Barriere, an welcher der Antiseptiker Halt zu machen hat. Die Einsicht, dass die tödtliche Leptomeningitis durch Infection bedingt ist, giebt dem Schüler Lister's das Recht, die Lymphräume des Gehirns unter antiseptischen Cautelen zu eröffnen,[1]) wenn es noth thut."

Ist also selbst die Dura keineswegs mehr unverletzlich, um wie viel unbedenklicher dürfen wir dann bei minderwerthigen Weichtheilen wie Haut- und Muskelgewebe im Interesse einer prima reunio eine anfrischende Excision vornehmen. Wenigstens sind von 15 ebenfalls in den letzten 4 Monaten so behandelten Fällen schwerer, oft sehr ausgedehnter Quetsch-, Riss- und Lappenwunden des Kopfes (welche eine frühere Zeit aus Furcht vor Erysipelas zu nähen überhaupt verbot!) sämmtliche Wunden prima intentione, meist unter 1—2 Verbänden geheilt.

Diese günstigen Resultate der, — wenn ich so sagen darf — principiellen Anfrischung veranlassten mich, dieselbe auch in einem Falle von Brandwunde zu versuchen. Einem Schmiede war ein weissglühendes, scharfkantiges Stück Eisen gegen die Mitte der Streckseite des linken Vorderarms geflogen und hatte ihm eine tiefe quere Durchtrennung der Haut und der Musculatur zugezogen. Die gradlinige 6 cm breite und fast 3 cm weitklaffende Wunde machte den Eindruck, als ob sie mit dem Thermokauter gemacht worden wäre. Die Heilung durch Granulationen hätte mindestens 3—4 Wochen in Anspruch genommen, sie hätte eine tief eingezogene Narbe und wegen der theilweisen Muskeldurchtrennung eine Schwäche der Hand und wahrscheinlich nur mangelhafte Arbeitsfähigkeit zurückgelassen. In dieser Erwägung hielt ich mich berechtigt, wenigstens einmal den Versuch einer prima intentio zu machen. Es wurden also die verschorften Ränder gleichmässig 2 mm weit im Gesunden abgetragen, darauf mit tiefen Catgutnähten die durchtrennten Muskeln vereinigt und nach Einlegung eines kleinen Drains die Haut durch 7 Suturen geschlossen; Listerverband. Am 6. Tage war völlige Verklebung eingetreten und am 10. Tage wurde Patient mit völlig glatter, linearer Narbe geheilt entlassen.

Bei Brandverletzungen wird man ja nur selten in der Lage sein, das Anfrischungsverfahren anwenden zu können, welches ich aber bei Quetsch-, Riss- und Zertrümmerungswunden nach den bisher gemachten Erfahrungen warm empfehlen zu dürfen glaube.

II. Experimentelle Untersuchungen über das Kniephänomen[2]).

Von

Dr. Feilchenfeld.

Nachdem im Jahre 1875 zu gleicher Zeit Erb und Westphal die Sehnenphänomene beschrieben und ihre pathologischen Erfahrungen darüber mitgetheilt hatten, haben sich viele und ausgezeichnete Forscher mit diesen interessanten Erscheinungen beschäftigt. Im Vordergrunde der experimentellen Untersuchungen und der theoretischen Erwägungen standen zumeist die beiden Fragen: ob die Sehnenphänomene auf reflectorischem oder rein mechanischem Wege entstehen und ob sie bei jedem gesunden Menschen vorhanden sind oder ob ihr Fehlen ein sicheres pathognostisches Zeichen für gewisse ernste Erkrankungen darstellt.

Alle bisher zur Lösung der ersteren Frage angestellten Thierversuche haben das Gemeinsame, dass sie von dem nervösen Apparate, der bei dem Kniephänomen in Betracht kommt, ausgehen und dass dabei aus den durch künstliche Störungen der Nervenbahnen gewonnenen Resultaten die Schlüsse über die Bedeutung jener für das Zustandekommen der Sehnenphänomene gezogen wurden. In diesem Sinne wurden Durchschneidungen des Nervus cruralis und Dehnungen desselben Nerven, ferner Durchschneidungen der vorderen und hinteren Cruraliswurzeln und schliesslich vollkommene und theilweise Durchschneidungen des Rückenmarkes an den dem Ursprung des Nervus cruralis entsprechenden Stellen vorgenommen.

Durch ihre Untersuchungen sind die meisten Beobachter zur Annahme gelangt, dass das Kniephänomen auf einem reflectorischen Vorgange beruhe. Zu dem gleichen Resultate bin ich nun auch bei meinen an Kaninchen vorgenommenen Versuchen gekommen, welche

[1]) Pitha-Billroth. Bd. III. Abth. I A. S. 83.
[2]) „Zur Kenntniss und Behandlung der Schädelgeschwülste" Berl. klin. W. 1881 No. 46.
[3]) Zur Exstirpation der malignen Schädelgeschwülste. Berlin. klin. W. 1882. No. 17 und 18.
[4]) Centralbl. f. Chirurgie 1875. S. 606.
[5]) Ein Fall von perforirendem Stirntumor. Arch. f. klin. Chir. 29. Bd. III. Heft.

[1]) Nur bei Kindern ist nach Schede diese Eröffnung gefährlich, da Verluste von Liquor cerebrospinalis wegen der damit verknüpften Druckschwankungen von ihnen weit schwerer ertragen werden als von Erwachsenen.
[2]) Die angeführten Thierversuche sind mit der gütigen Erlaubniss des Herrn Prof. H. Jacobson im jüdischen Krankenhause in Berlin angestellt worden.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

indessen nicht von dem nervösen Apparate ausgingen, sondern sich in erster Reihe auf den mechanischen Apparat richteten.

Das Kniephänomen wird durch einen Schlag auf die Patellarsehne hervorgebracht. Die Wirkung des Schlages beruht zunächst auf einer Dehnung der Sehne; dafür spricht schon der Umstand, dass eine leichte Flexionsstellung des Unterschenkels für das Zustandekommen des Kniephänomens erforderlich ist. Während bei der Extension die Patellarsehne der Kapsel und dem darin befindlichen Fettgewebe fest anliegt, in ihren Schwingungen daher gehemmt ist, wird bei Bewegung im Kniegelenk durch die Schlaffheit und Nachgiebigkeit der Kapsel der Sehne die Möglichkeit zu grösseren Excursionen gegeben und dies wird vollends noch erleichtert durch das geringe Auseinanderweichen der Tibia von dem Femur, weshalb es auch an der zwischen beiden Knochen gelegenen Stelle am leichtesten gelingt, das Phänomen hervorzurufen. Durch die Dehnung der Sehne bewirkt man weiter einen Zug an der Patella und der Sehne des Musculus quadriceps, welcher hierauf durch eine Contraction reagirt.

Dies ist der mechanische Apparat, welcher bei dem Zustandekommen des Kniephänomens in Thätigkeit versetzt wird und durch seine Läsionen versuchte ich für seine Abhängigkeit resp. Unabhängigkeit von der nervösen Leitung Beweise beizubringen.

An dem in Rückenlage befestigten, durch hypodermatische Injection von 0,02 gr Morphium narkotisirten Kaninchen wurde auf der einen Seite durch einen etwa 6 cm langen Schnitt der Musculus quadriceps und die Patellarsehne blossgelegt. Nachdem das Vorhandensein des Kniephänomens constatirt worden, wurde zunächst die Sehne selbst von dem Knochen, an welchen sie sich inserirt, getrennt und dann wieder an denselben durch Nähte befestigt. Durch diese Operation wurde das Kniephänomen in keiner Weise beeinflusst.

Hierauf habe ich den Muskel mit Patella und Sehne durch leichten Druck nach der Seite vom Knochen gewissermaassen luxirt, jene mit dem Messer vollständig davon frei präparirt, eine Unterbindungsnadel unter den Muskel geschoben und diesen etwa 2 cm oberhalb der Patella durchschnitten. Auch jetzt konnte ich, nachdem die beiden getrennten Theile durch fest angezogene Ligaturen vereinigt waren, das Kniephänomen, das selbstverständlich nach der Durchschneidung des Muskels verschwunden war, wieder mit grosser Deutlichkeit erzeugen. Dieses Resultat erklärt sich in einfacher Weise daraus, dass die Ligaturen den an der Patellarsehne angebrachten Schlag als Dehnung resp. Zug auf die Quadricepssehne übertrugen. Die wichtige Frage aber, ob die Muskelcontraction auf reflectorischem Wege erfolgte, durch Vermittlung nervöser Bahnen, konnte dieser Versuch nicht entscheiden. Denn in Bezug der von **Sachs** angenommenen im Muskel zur Sehne verlaufenden Nerven waren zwei Möglichkeiten gegeben. Entweder sie sind bei der Durchschneidung des Muskels mit durchschnitten worden und dann lässt sich nicht annehmen, dass bei der leichten Dehnung der Sehne und Anspannung der Ligaturen durch den Schlag die mit feinster Structur versehenen und nach der Durchschneidung schlafferen Nerven gezerrt wurden, indem mit Bestimmtheit die Annahme auszuschliessen ist, dass etwa die getrennten Schnittflächen der Nerven bei der Naht aneinander gebracht wären. Ist dies der Fall: sind die Nerven durchschnitten und das Phänomen bleibt trotzdem bestehen, so würde dieser Versuch als ein positiver Beweis für die mechanische Erregung angesehen werden können, denn der Reiz des Schlages konnte sich ja dann nur vermittelst der Ligaturen auf die Sehne und den Muskel selbst direct fortpflanzen.

Aber es liegt zweitens die Möglichkeit vor, dass die Nerven nicht mit durchschnitten wurden und dann ist offenbar eine Zerrung derselben, die ja in ihrem Gewebe fest eingeschlossen liegen, bei Dehnung der Sehne möglich. In der That habe ich weiter beobachtet, dass wenn ich den Querschnitt durch Muskel und Sehne höher etwa 3—4 cm oberhalb der Patella anlegte, dass dann das Kniephänomen nach Anlegung der Ligaturen verschwand. Ich habe die Versuche oft wiederholt und meist an demselben Thiere auf der einen Seite 2 cm an dem andern Beine 4 cm oberhalb der Patella durchschnitten und noch in dem ersteren Falle, um sicher zu sein, dass es sich wirklich um das Kniephänomen handele, die Durchschneidung des Nervus cruralis nachher gemacht, worauf das Phänomen stets verschwand. Um ferner dem Vorwurfe zu begegnen, dass ich den Muskel durch Anziehung der Nähte gereizt hätte und dass dadurch das Kniephänomen nach der hohen Durchschneidung und Wiedervereinigung erloschen wäre, habe ich die Nähte schon früher, an den intacten Muskel angelegt und gefunden, dass bei noch so festem Zusammenziehen das Phänomen zwar etwas schwächer aber stets noch sehr deutlich als lebhafte Zuckungs- und Bewegungserscheinung auftritt.

Diese Versuche scheinen mir dafür beweisend zu sein, dass das *Kniephänomen auf reflectorischem* Wege entsteht. Denn wenn dasselbe *rein mechanischen Ursprungs* wäre, so hätte es auch nach der höheren Durchschneidung des Muskels vorhanden sein müssen, da wie bei der tieferen Durchtrennung durch die Ligaturen der Zug sich auf einen grossen Theil des Muskels und die übrige Sehne fortpflanzen konnte. Aber es sind offenbar die Nervenendigungen, welche sich in die Sehne hinein erstrecken, in ihrer Intactheit für das Zustandekommen der Sehnenphänomene erforderlich und durch ihre Zerrung wird erst reflectorisch die Muskelzuckung ausgelöst.

Ich habe aber noch weiter bei diesen Experimenten beobachtet, dass wenn ich den mit der Unterbindungsnadel aufgehobenen Muskel von oben her durchschnitt, dass dann das Kniephänomen noch deutlich eintrat, bis das letzte Muskelbündel fast durchtrennt und nur noch die Sehne erhalten war. Wenn ich umgekehrt von unten her die Sehne zuerst durchschnitt, verschwand sofort das Phänomen, obwohl der Muskel selbst noch unverletzt war. Auch diese Erscheinungen sprechen für den Reflexvorgang und dafür, dass das reflexauslösende Moment in der Sehne des Muskels gelegen ist.

Die zweite Frage, mit welcher sich die meisten Beobachter über das Kniephänomen beschäftigen, richtete sich darauf, ob das Fehlen desselben ein sicheres Zeichen für ein pathologisches Verhalten sei. Die Resultate der verschiedenen Beobachter ergaben, dass bei Gesunden das Kniephänomen fehlen könne, so nach **Hufschmidt** in 5 Proc., nach **Eulenburg** in 4,21 Proc., nach **Govers** in 3,3 Proc., nach **Berger** in 1,56 Proc.

Ich habe nun auch eine Anzahl von in Bezug auf den nervösen Apparat Gesunden auf das Kniephänomen untersucht, besonders in der chirurg. Poliklinik des Königlichen Klinikum in der Ziegelstrasse zu Berlin. In den meisten Fällen konnte ich durch das Klopfen mit dem Percussionshammer auf die Gegend der Patellarsehne bei überübereinander geschlagenen Beinen schon das Phänomen erhalten. Wo es auf diese Weise nicht zu Stande kam, liess ich das Knie entblössen und wenn es auch dann noch fehlte, untersuchte ich während die betreffenden Individuen auf einem Tische sassen und ihre Beine herabhängen liessen. So fand ich, dass unter 1150 Untersuchten das Kniephänomen in 15 Fällen fehlte, was 1,3 Proc. ausmachen würde.

Von diesen 15 Individuen, welche keine weiteren Erscheinungen nervöser Erkrankung darboten, konnte ich in 9 Fällen absolut keine Ursache für das Fehlen herausfinden, während in 6 Fällen sich ein Grund finden liess. Es bestand nämlich ein mechanisches Hinderniss für die erforderliche Uebertragung des Reizes auf die reflexauslösenden Apparate in diesen Fällen. Bei dem Einen war die Patellarsehne sehr lang und schlaff, bei zwei Anderen war die Tuberositas tibiae sehr ausgebreitet, die Sehne inserirte in grosser Ausdehnung daran und lag fest auf dem Knochen, gar nicht davon verschiebbar. Die Uebrigen waren corpulente Leute, welche eine sehr breite Patellarsehne und eine starke Fettpolsterumlagerung derselben besassen. Ich habe mich auch experimentell davon überzeugen können, dass Fixation und Breite der Sehne das Kniephänomen beeinträchtigt, indem ich beim Kaninchen die Patellarsehne zu beiden Seiten mit den anliegenden Theilen fest zusammennähte, worauf das Phänomen fast vollkommen erlosch. Das Kniephänomen wird eben nur durch Dehnung der Sehne und Reizung der Muskelsehnennerven hervorgebracht und kann daher auch nicht durch andere Reize als den dehnenden Schlag auf die Sehne erzeugt werden, weil eben alle anderen Reize, wie Stiche und elektrische Ströme die Sehne nicht in der bezeichneten Weise alteriren.

Wenn ich nun von den 15 Individuen mit fehlendem Kniephänomen die 6 abrechne, bei welchen das Fehlen in einer mechanischen Behinderung seine Erklärung fand, so bleibt nur noch ein Procentverhältniss von circa 0,78 Proc. übrig, nämlich 9 unter 1150. Diese Leute befanden sich aber mit Ausnahme Eines, der 62 Jahre alt war, sämmtlich im Alter von 20—40 Jahren und darum ist die Möglichheit einer späteren Rückenmarksaffection, als deren Vorläufer schon das Fehlen des Kniephänomens gelten würde, nicht ausgeschlossen. Es werden somit die Untersuchungen, welche sich mit der Frage nach der diagnostischen Verwerthbarkeit der Sehnenphänomene beschäftigen, erst durch jahrelang fortgesetzte Beobachtung solcher Patienten, welche schon frühzeitig ohne andere Symptome einer ernsteren Erkrankung kein Kniephänomen gehabt haben, zum Resultate führen. —

III. Seltenes aus der Praxis.

Von

Dr. Coesfeld in Barmen.

I. Ein Schanker auf der Spitze des rechten Zeigefingers.

Frau Hebamme N., die ich seiner Zeit zufällig bei einer Wöchnerin traf, bat mich, doch einmal ihren Zeigefinger zu besehen. Sie habe dort schon seit ungefähr drei Wochen eine schwärende Stelle,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die aber trotz aller darauf applicirten Pflaster nicht heilen wolle. Nach Entfernung des bedeckenden Pflasters präsentirte sich mir auf der Spitze des rechten Zeigefingers eine etwa kleinerbsengrosse, exulcerirte Stelle mit sehr weniger Absonderung, welche über das Niveau der Umgebung hervorragte, und welche Exulceration ich für ein unzweckmässig behandeltes Panaritium ansah. Ich rieth der Frau an, die geschwürige Stelle täglich mit Alumen ustum zu bestreuen, und hörte schon nach einigen Tagen, dass der Finger wieder völlig gesund und die kranke Stelle vernarbt, eine Umwicklung des Fingergliedes nicht mehr nöthig sei. Etwa fünf Wochen später wurde ich zur Frau N. in ihre Wohnung gerufen, da sie seit mehreren Tagen ein krankes Auge hatte, und die Schmerzen ihr die Nachtruhe raubten. Die subjectiven Symptome sowie die objective Untersuchung des Auges ergaben zur Evidenz das Bestehen einer heftigen Irido-cyclitis, zu deren Heilung, da durch die in solchen Fällen üblichen therapeutischen Maassnahmen keine Besserung erzielt wurde, eine Iridectomie benöthigt war. Nach sechs Wochen relativen Wohlbefindens der Hebamme N. wurde ich wegen Ausfallen der Haare, rheumatoider Schmerzen in den Schultern und Armen, Appetitlosigkeit und grossen Schwächegefühls consultirt. Bei diesem Besuche entblösste sie mit den Worten: „Sehen Sie mal hier, Herr Doctor“ ihre Brust und zeigte mir zu meiner grössten Ueberraschung, ich war eigentlich im wahren Sinne des Wortes perplex, das schönste maculöse Syphilid. Jetzt war mit einem Schlage alles klar, die Krankheit in ihrem Verlaufe aufgedeckt. Zuerst ein Ulcus elevatum syphiliticum auf der Spitze des rechten Zeigefingers, dann als secundäre Erscheinungen die Irido-cyclitis syph. und die Maculae syphiliticae. Die Anamnese ergab denn auch, dass die Hebamme N. vor stark einem Viertel Jahre bei einer unehelich Schwangern (Venus vulgivaga) eine Fehlgeburt, faule Frucht im 6ten Monate, geleitet hatte. Der Erfolg, der dann eingeleiteten Therapie sicherte gleichfalls die Diagnose. Zu einer Nachkur nach Aachen geschickt, erkrankte die N. hier nach zwei Tagen an einer Pneumonie, die leider den Tod der Frau zur Folge hatte.

Ein Schanker an dem Finger ist nun ein so seltenes Vorkommniss für den Arzt, die allerwenigsten Aerzte haben solchen Fall sicherlich erlebt, dass er wohl überhaupt von vorn herein als solcher kaum diagnosticirt werden wird, es müsste denn eben eine Verwundung mit sofortiger Inoculation von syphilitischem Virus klar vor Augen liegen, wie dies bei Eröffnung eines Bubo geschehen kann und leider auch geschehen ist (La Pierre). Sodann lehrt uns unser Krankheitsfall, dass es absolut nothwendig ist, die Hebammen in dem Lehrcursus darauf nachdrücklichst aufmerksam zu machen, auch bei den unscheinbarsten Verletzungen an den Fingern keine geburtshilflichen Verrichtungen vorzunehmen, wenn jene nicht vollkommen vor etwaiger Verunreinigung cachirt sind. Denn es handelt sich nicht nur darum, die Hebamme selbst vor grossem Leid zu bewahren, sondern, was noch wichtiger ist, eine Weiterübertragung einer Krankheit seitens der Hebamme auf andere Wöchnerinnen zu verhüten. Schliesslich dürfen wir es wohl als sicher betrachten, dass wie auch in unsrem Falle, zum Zustandekommen eines Ulcus elevatum, des wuchernden Schankers, eine unpassende, reizende Behandlung nothwendig ist.

II. Ein Blasenstein im Orif. ext. urethr. bei einem 1¾jähr. Knaben.

Der Kleine wurde mir eines Morgens von der Mutter zugeführt, die erklärte, dass am vorigen Abend beim Urinlassen des Kleinen der Strahl ganz plötzlich aufgehört habe, dass seit dieser Zeit ein fortwährendes und schmerzhaftes Drängen zum Uriniren bestehe, ohne dass indess auch nur ein einziger Tropfen erfolge, und dass in der Harnröhrenöffnung etwas Schwarzes stecke, welches sie heute Morgen früh zuerst gesehen habe. Bei der Besichtigung des leicht erigirten Penis fand ich einen dunkelbraunen Gegenstand im Orif. ext. eingekeilt, der beim Anfühlen mit der Sonde sich als hart erwies. Mit einer Zange oder Hakenpincette war der glatte Fremdkörper nicht zu fassen, weil eben nur ein ganz kleines Segment desselben sich ausserhalb der Orificium befand. Ich nahm daher eine silberne Hohlsonde, bog sie vorn löffelartig um, ging mit ihr hinter den Gegenstand, mit zwei Fingern der linken Hand ihn am Zurückweichen hindernd, und löffelte ihn, nicht ohne leichte Gewalt anwenden zu müssen, heraus, wobei, ausser leichter Blutung aus der jedenfalls eingerissenen Urethralöffnung, sich eine Quantität Harns in starkem Strahl ergoss. Der Fremdkörper war ein glatter Blasenstein von brauner Farbe und von der Gestalt eines Johannisbrotkernes, nur fast doppelt so gross.

Das Vorkommen eines Blasensteines, bei einem 1¾jähr. Kinde gehört, wie ja bekannt, zu den Seltenheiten (Bokai, Jackson), wobei in unserm Falle noch von Bedeutung und darauf ganz besonders hinzuweisen ist, dass bis zur plötzlichen Einkeilung des Steines in das Orif. ext. urethr. irgend welche Störungen in der Harnentleerung, irgend welche Veränderung in der Qualität des Harns oder irgend eine andere Unpässlichkeit des Kindes von der sehr sorgsamen Mutter niemals beobachtet worden sind. Das Kind war ein prächtig entwickeltes, welches mit eilf Monaten gelaufen und ¾ Jahre die Mutterbrust getrunken hatte. Wir sehen also hier, dass kleine und dabei glatte Steine symptomlos existiren können, und es mag häufiger vorkommen, als wir denken, dass solche, besonders bei weitem Orificium ext. urethr., durch den Harnstrahl ausgetrieben werden, ohne von irgend Jemanden beachtet oder aufgefunden zu werden.

IV. Antipyrin, das neueste Antipyreticum.

Vortrag, gehalten im allgemeinen ärztlichen Verein in Köln am 26. Mai 1884

von

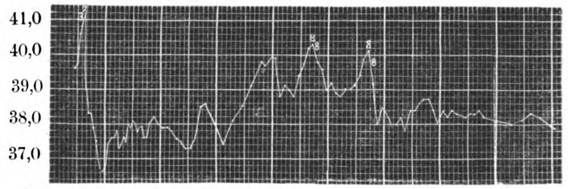
Dr. Ferdinand May,
Assistent am Bürgerhospitale zu Köln.

(Schluss aus No. 22.)

Versuch XIII. Cremer Elise, 7 Jahre alt, aus Köln. Diagnose: Scarlatina. Angina diphtheritica. Intensive Scharlachröthe über den ganzen Körper. Geringer grauer Belag auf den Tonsillen. Antipyrinversuch am zweiten Tage der Erkrankung.

Versuch No. XIII. Diagnose: Scarlatina. Angina diphtheritica.

13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. Mai.
M. A. M. A. M. A. M. A. M. A. M. A. M. A. M. A. M. A.



2 = 2,0 Antipyrin. 3 = 1,0 Antipyrin. 8 = 1,0 Natr. salicyl.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
13. Mai	12	39,6			
	1	39,8			
	2	40,6			
	3	40,8	156	1,0 Antipyrin	
	4	41,2	144	2,0 „	
	5	39,0	144		beginnender mässiges Schweiss
	6	38,3			Erbrechen
	7	38,3			
	8	37,9			
	9	37,45	132		Erbrechen
	10	37,0			
	11	36,7			
	12	36,6			
14. Mai	1	36,7			
	2	37,4			
	3	37,5			
	4	37,6			
	5	37,6			
	6	37,8			
	7	37,3			
	8	37,4			
	9	37,6			
	10	37,5	132		
	11	38,0			
	12	37,9			
	1	38,1			
	2	38,0			
	3	37,8			
	4	37,9			
	5	37,9			
	6	37,6			
	7	37,6			
	8	38,0			
	10	38,2			
	12	38,0			
15. Mai	2	37,9			
	4	37,9			
	6	37,8			
	8	37,6			
	10	37,5			
	12	37,3			
	2	37,3			
	4	37,6			

Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
15. Mai	6	38,5			
	8	38,6			
	12	38,0			
16. Mai	4	37,4			
	8	38,1			
	12	38,5			
	4	39,1			
	8	39,8			
	10	39,7			
	12	39,9			

Am 13. Mai 3 Uhr Mittags wird bei einer Temperatur von 40,8 1 Gramm Antipyrin verordnet; dennoch finden wir nach einer Stunde die Temperatur noch um $^4/_{10}$ Grad auf 41,2 gestiegen; es werden nun noch 2 Gramm verabreicht und folgt hierauf ein rapider Abfall, nach 1 Stunde 39,0; um Mitternacht ist das Minimum von 36,6, also 9 Stunden nach Darreichung der ersten Dose. Um 6 und 9 Uhr wurde Erbrechen beobachtet, mässiger Schweiss in den ersten Stunden des Temperaturabfalles. Mit 2maliger Erhebung bis 38,1 und 33,2 bleibt die Temperatur nun bis zum zweitfolgenden Tag unter 38,0. Ich wage nicht eine Entscheidung zu treffen, ob dies allein Antipyrinwirkung. Das rasche Coupiren der hohen Fiebertemperatur würde aber allein schon als treffliche Wirkung des Antipyrins in diesem Falle gelten dürfen.

Versuch XIV. Schlömer Helene, 7 Jahre alt, von Köln. Diagnose: Scarlatina; Angina diphtheritica. Schwaches Exanthem, schmutzig graugelber, übelriechender Belag im Rachen. Dreimaliger Antipyrinversuch.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie.	Anmerkungen.
15. Mai	1	40,5			Mastdarmmessungen
	2	40,5			
	4	40,3			
	6	40,1			
	8	40,4			
	10	41,2		1,0 Antipyrin	
	12	38,9			11 Uhr Erbrechen
16. Mai	2	39,0			
	4	40,5			
	6	40,2			
	8	40,2			
	10	40,4			
	12	40,1			
	2	40,3		Bad	
	4	40,1		Bad	
	6	40,6		Bad	
	7	40,1		1,0 Antipyrin	$^1/_2$8 Erbrechen
	8	39,9		1,0 Antipyrin	
	10	39,1			sofort auf Antipyrin Erbrechen
	12	39,3			
17. Mai	2	39,5			
	4	39,0			
	6	39,2			
	8	39,1			
	10	39,4			
	12	40,2		Bad	
	2	39,3			
	4	40,2		Bad	
	6	39,8		Bad	
	8	39,4			
	10	39,8		1,0 Antipyrin	
	12	38,8			
18. Mai	2	38,3			
	4	38,6			
	6	38,6			
	8	38,7			
	10	38,9			
	12	39,1			
	2	39,4			
	4	39,9			
	6	40,1			

Bei 41,2 Temperatur wird am 15. Mai Abends 10 Uhr 1 Gramm Antipyrin verabreicht; um 12 Uhr 38,9, 2 Uhr 39,0, 4 Uhr wieder 40,4. Eine Stunde nach Einnahme des Antipyrins erfolgte Erbrechen. Die Temperatur wurde demnach um 2,2 Grad aber nur für 4 Stunden erniedrigt.

Am 16. Mai werden Bäder von 20°R. als Antipyreticum benützt; bei 2stündiger Messung ist die Temperatur stets über 40,0. Abend 7 Uhr 40,1 ein Gramm Antipyrin; nach $^1/_2$ Stunde Erbrechen, um 8 Uhr 39,9; es wird ein 2tes Gramm Antipyrin gegeben; sofort wieder Erbrechen; die Temperatur sinkt jedoch und bleibt nun 16 Stunden unter 40,0 mit einem Minumum von 39,0, 10 Stunden nach Darreichung der 1. Gabe.

Ein Gramm Antipyrin am 17. Mai bei 39,8 Temperatur ruft keinerlei Nebenerscheinungen hervor und vermag die Temperatur 12 Stunden unter 39,0 zu erhalten mit einem Minimum von 38,3 nach 4 Stunden.

Versuch XV. Plumm Franziska, 17 Jahre alt, aus Köln. Diagnose: Scarlatina. Fast kein Exanthem, später reichliche Desquamation. Antipyrinversuch am 6. Tage der Erkrankung.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
15. Mai	2	39,8			
	4	40,0		1,0 Chinin	
	6	40,1			
	8	40,4			
	10	39,6			
	12	39,3			
16. Mai	2	39,3			
	4	39,1			
	6	39,2			
	8	38,9			
	10	39,1			
	12	39,0			
	2	39,4			
	4	39,4			
	6	39,8			
	8	39,3			
	10	39,3			
	12	39,4			
17. Mai	2	38,8			
	4	38,5			
	6	38,4			
	8	38,6			
	10	38,8			
	12	39,3			
	2	39,3			
	4	39,3			
	6	39,8		1,0 Antipyrin	
	7	39,3			
	8	38,7		1,0 Antipyrin	
	9	38,8			
	10	38,0			
	12	37,9			
18. Mai	2	39,0			
	4	38,9			
	6	39,3			
	8	39,0			
	10	39,3			
	12	40,1			

Am 17. Mai Abends 6 Uhr wird bei 39,8 1 grm. Antipyrin verordnet; um 7 Uhr 39,3; 8 Uhr 38,7 ein zweites Gramm; nach 1 Stunde 38,8, nach 2 Stunden 38,0, nach 4 Stunden 37,9. Nun erfolgt wieder Steigen der Temperatur; nach 18 Stunden finden wir die Temperatur wieder über 40,0; die beiden Gramm Antipyrin vermochten die Temperatur während 9 Stunden unter 39,0 zu erhalten.

Versuch XVI. Krein Gertrud von Köln, 23 Jahre alt. Diagnose: Erysipelas faciei et capitis. Antipyrinversuch bei hoher Febercontinua.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Therapie	Anmerkungen.
30. Mai	Mittag 12	39,3			
	2	40,4			Von nun ab Mastdarmmessungen.
	3	40,6	108	2,0 Antipyrin	
	4	39,8	104	2,0 „	
	5	39,1	100	1,0 „	
	6	38,9	100		Etwas Schweiss auf der Brust.
	7	38,65	100		
	8	38,5			
	9	38,3	88		
	10	38,1			
	11	38,3			
	12	38,3			
31. Mai	1	38,0			
	2	38,3			
	3	38,4			
	4	38,1			
	5	38,0			
	6	38,0			
	7	38,5			
	8	39,1	92		Leichtes Frösteln
	9	40,2			
	10	40,2			

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am 30 Mai werden Nachmittag 3 Uhr bei 40,6 Temperatur 2,0 Antipyrin verabreicht; nach einer Stunde 39,8 zwei weitere Gramm; um 5 Uhr 39,1 das 5. Gramm. Die Temperatur sinkt nun bis 38,0 und bleibt im ganzen 14 Stunden unter 39,0, 17 Stunden unter 40,0.

Beim Steigen der Temperatur, nach dem Ueberschreiten von 39,0 leichtes, kurzdauerndes Frösteln; beim Abfall war nur etwas Schweiss auf der Brust beobachtet worden.

Die 5 Gramm Antipyrin vermochten also in diesem Falle, wenigstens bei stündlichen Messungen nicht nachweisbar, die Temperatur nicht unter 38,0 zu bringen; doch ist der Erfolg gewiss ein guter, wenn man bedenkt, dass andere Mittel bei einem so schweren Erysipel, wie das vorliegende war, so oft im Stiche lassen. Die hohe Fiebercontinua dauert nach dem Antipyrinversuch noch 4 Tage fort.

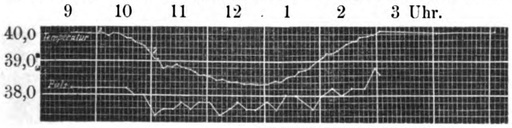
Versuch XVII—XX. Die Versuche betreffen die Anwendung von Antipyrin bei 4 Phthisikern mit abendlichen Temperaturexacerbationen. Durch Gaben von 0,5—1,0 Antipyrin gelang es in mehreren der Fälle diese Steigerungen vollständig zu unterdrücken; bereits bestehende hohe Temperaturen wurden durch 1 Gramm Antipyrin nach 1 Stunde stets um wenigstens 1 Grad erniedert gefunden.

Ein Typus inversus wurde in keinem der Fälle beobachtet.

Versuch XXI. Werner Katharina, 21 Jahre alt. Diagnose: Pneumon. croup. pulm. tot. dext. Mässig kräftiges Mädchen von etwas collabirtem Aussehen. Puls klein, regelmässig, frequent. Kritischer Temperaturabfall Ende des 7. Tages der Erkrankung.

Antipyrindauerversuch am IV. Tage bei hoher Fiebercontinua.

Versuch No. XXI. Diagnose: Pneum. croup. pulm. tot. dext.



2 = 2,0 Antipyrin.

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Resp.	Therapie	Anmerkungen.
	Abend		120		Bad	
30. Mai	6	40,1				
	8	39,4				
	10	40,0			Bad	
	12	40,4			Bad	
31. Mai	2	40,4				
	4	40,0				
	6	40,2			Bad	
	8	39,8				
	9 Uhr 30 Min.	39,8	124	30		Das Thermometer wird 9 Uhr 30 Min. in den Mastdarm eingeführt und bleibt bis Ende des Versuches Nachmittag 3 Uhr in demselben.
	35	39,8				
	40	39,8	124	27		
	45	39,8				
	50	39,8	124	29		
	55	39,8				
	10 Uhr	39,8	124	29	2,0 Antipyrin	
	5	39,8				
	10	39,75	124	29		
	15	39,8				
	20	39,8	124	27		
	25	39,75				
	30	39,7	124	27		
	35	39,65				
	40	39,55	120	26		
	45	39,5				
	50	39,45	120	22		
	55	39,3				mässiger Schweiss.
	11 Uhr	39,05	108	19	2,0 Antipyr'n	
	5	39,0				
	10	38,8	112	26		
	15	38,85				trockene Haut.
	20	38,85	112	25		
	25	38,9				
	30	38,85	116	24		
	35	38,8				
	40	38,75	112	21		
	45	38,7				
	50	38,6	116	26		
	55	38,6				
	12 Uhr	38,55	116	20		
	5	38,5				
	10	38,45	108	24		
	15	38,45				
	20	38,4	112	27		

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Resp.	Therapie.	Anmerkungen.
31. Mai	25	38,4				
	30	38,4	1:6	26		
	35	38,35				Erbrechen
	40	38,35	112	25		
	45	38,35				
	50	38,35	112	27		
	55	38,35				
	1 Uhr	38,35	116	30		
	5	38,4				
	10	38,45	112	29		
	15	38,4				
	20	38,5	120	28		
	25	38,6				
	30	38,6	120	28		
	35	38,7				
	40	38,75	116	26		
	45	38,8				
	50	38,9	112	30		
	55	39,0				
	2 Uhr	39,1	120	30		leichtes Frösteln
	5	39,2				
	10	39,25	124	28		
	15	39,3				
	20	39,4	120	25		
	25	39,5				
	30	39,55	124	31		
	35	39,6				
	40	39,7				
	45	39,7	124	31		
	50	39,75				
	55	39,8	136			
	3 Uhr	39,85	132			
	4 —	39,8				
	5 —	39,8	136			

Am 30. Mai werden bei 39,8 Temperatur 2 Gramm Antipyrin gegeben; das Thermometer war schon $^1/_2$ Stunde vorher in den Mastdarm eingelegt worden und constant auf 39,8 geblieben. 25 Minuten nach der Antipyringabe sehen wir den Beginn der Wirkung; die Temperatur sinkt bis 10 Uhr, also einer Stunde nach Einnahme des Antipyrins gleichmässig bis 39,05. Um 10 Uhr nochmals 2 Gramm Antipyrin; nach 10 Minuten 38,8. In den folgenden 15 Minuten ein geringes Steigen bis 38,9, dann wieder ganz allmähliches Sinken bis 38,3 um 12 Uhr 35 Minuten. Die Temperatur bleibt nun 30 Minuten auf 38,3 und steigt dann wieder völlig gleichmässig ganz dem Temperaturabfalle entsprechend bis 1 Uhr 55 Minuten auf 39,0; um 2 Uhr 55 Minuten erreicht sie wieder die ursprüngliche Höhe von 39,8, auf welcher sie auch noch während der nächsten Stunden bei nur mehr einstündiger Messung getroffen wird.

Wir hatten durch 4 Gramm Antipyrin eine Temperatur unter 39,0 während 3 Stunden 45 Minuten, unter 39,8 während 4 Stunden 30 Minuten erzielt. Die Dose von 4 Gramm war in diesem Falle eine entschieden zu geringe; das Mädchen war vorher schon in sehr collabirtem Zustande und wollte ich deshalb, des Versuches No. X. eingedenk mit zu grosser Gabe Antipyrin vorsichtig sein. Immerhin mag die Wirkung zu beachten sein, wenn man bedenkt, wie wenig oft in solchen Fällen andere Mittel die Temperatur zu erniedrigen vermögen.

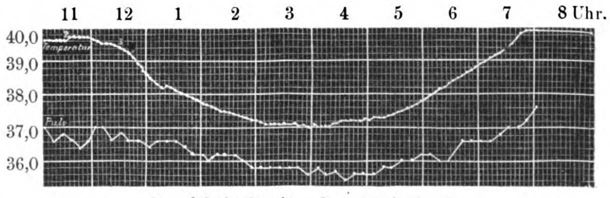
Auch die Frequenz des Pulses und der Athmung wurden etwas der Temperaturschwankung entsprechend beeinflusst.

Versuch XXII. Bock Pauline 19 J. alt. Diagnose: Phthisis pulmon. florida.

An den Tagen vor und nach dem Versuche hohe Fiebercontinua, meist über 40,0.

Am 3. Juni Antipyrindauerversuch.

Versuch No. XXII. Diagnose: Phthisis florida.



2 = 2,0 Antipyrin. 3 = 1,0 Antipyrin.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle.

Datum	Stunde	Temp.	Puls	Resp.	Therapie	Anmerkungen.
	Mittag					
3. Juni	11 Uhr	39,6	100	32		Das Thermometer wird um 11 Uhr in den Mastdarm eingeführt und bleibt bis Ende des Versuchs (Abend 8 Uhr) liegen.
	— 5	39,6				
	10	39,6	92	28		
	15	39,6				
	20	39,6	96	30		
	25	39,6				
	30	39,6	92	32	2,0 Antipyrin	
	35	39,7				
	40	39,7	88	31		
	45	39,7				
	50	39,7	92	28		
	55	39,7				
	12 —	39,65	100	27		
	5	39,6				
	10	39,55	100	27		
	15	39,55				
	20	39,5	92	27		geringer Schweiss am Rücken
	25	39,45				
	30	39,4	96	31	1,0 Antipyrin	
	35	39,3				
	40	39,2	92	29		Schweiss am ganzen Körper.
	45	39,1				
	50	38,9	92	31		
	55	38,7				
	1 —	38,55	88	32		
	5	38,4				
	10	38,3	92	32		
	15	38,2				
	20	38,25	92	28		
	25	38,2				
	30	38,1	92	31		
	35					Lagewechsel.
	40	38,0	88	30		
	45	37,95				
	50	37,9	84	30		
	55	37,8				
	2 —	37,7	84	30		
	5	37,7	80	32		
	10	37,6				
	15	37,55	84	30		
	20	37,5				
	25	37,5	84	33		Haut feucht; kein Schweiss mehr.
	30	37,45				
	35	37,4	84	37		
	40					Lagewechsel.
	45		80	29		
	50	37,3				
	55	37,25	76	33		
	3 —	37,2				
	5	37,15	76	33		
	10	37,1				
	15	37,1	76	33		
	20	37,1				
	25	37,05	76	33		
	30	37,1				
	35	37,1	76	33		
	40	37,1				
	45	37,05	76	31		
	50	37,05				
	55	37,0	72	35		
	4 —	37,1				
	5	37,0	76	27		
	10					Lagewechsel.
	15	37,0	72	25		
	20	37,05				
	25	37,1	72	25		
	30	37,15				
	35	37,2	68	32		
	40	37,2				
	45	37,2	72	27		
	50	37,2				
	55	37,25	72	27		
	5 —	37,25				
	5	37,3	72	32		
	10	37,3				
	15	37,3	76	28		
	20	37,35				
	25	37,4	76	32		
	30	37,45				
	35	37,5	80	30		
	40	37,55				
	45	37,6	80	32		
	50	37,7				
	55	37,75	84	27		
	6 —	37,85				
	5	37,95	84	24		
	10	38,05				
	15	38,1	80	25		
	20	38,2				
	25	38,3	80	26		
	30	38,35				
	35	38,45				
	40	38,5	92	25		
	45	38,6				
	50	38,7	92	31		
	55	38,75				
	7 —	38,9	92	31		
	5	38,95				
	10	39,05	92	32		
	15	39,15				
	20	39,2	96	29		
	25	39,3				
	30	39,4	100	33		
	35	39,55				
	40	39,65	100	20		
	45	39,8				
	50	39,85	104	22		
	55	39,9				
	8 —	39,9	112	24		
	9 —	39,8				

Am 3. Juni Vormittags 11 Uhr 30 Minuten erhält Patientin, deren Temperatur vor wie nach dem Versuche eine hohe Fiebercontinua ist. 2 Gramm Antipyrin. Eine halbe Stunde vorher war bereits das Thermometer in den Mastdarm gebracht worden und zeigte dasselbe bis zur Antipyringabe bei 5minütlichem Ablesen der Temperatur constant 39,8. 5 Minuten nach Aufnahme des Antipyrins finden wir 39,9; 30 Minuten nach derselben 39,85 und nun beginnt ein allmähliches, gleichmässiges Sinken der Temperatur. Eine Stunde nach der ersten Antipyringabe wird noch ein 3. Gramm davon verabreicht. Das gleichmässige Sinken der Temperatur besteht fort und erreicht dieselbe um 3 Uhr 55 Min. also 4 Stunden 25 Minuten nach der ersten Antipyrinaufnahme das Minimum von 37,0, auf welchem sie fast eine halbe Stunde verharrt. Ganz allmählig beginnt dann wieder der Temperaturanstieg. Um 6 Uhr 10 Minuten wieder 38,0, um 9 Uhr 10 Minuten 39,0. Durch 3 Gramm Antipyrin wurden 6 Stunden unter 39,0, 4½ Stunden unter 38,0 erzielt. Die Temperaturcurve bildet eine Mulde; das Minimum liegt fast gleich weit von den beiden Endpunkten entfernt; der Temperaturabfall wie der Anstieg sind allmählig erfolgt, gleichmässig und entsprechen einander vollständig.

Die Curve der Pulsfrequenz entspricht, kleine Schwankungen abgerechnet, genau der Temperaturcurve.

Ein besonderer Einfluss auf die Frequenz der Athmung konnte in diesem Falle nicht beobachtet werden.

Ausser ziemlich heftigem Schweiss beim Temperaturabfalle traten keinerlei Nebenerscheinungen ein.

Abgesehen von vielen anderen Probeversuchen und Fällen, in denen nur zweistündige Temperaturmessungen vorgenommen wurden, haben wir demnach die Wirkung des Antipirins an folgenden 22 hochfiebernden Kranken genau beobachtet:

1 Typh. abdom.	mit	3	Versuchst. u.	8	Einzeldosen	12,0	grm. Antipyr.
1 „ „	„	2	„ „	5	„	5,0	„ „
1 „ „	„	1	„ „	2	„	3,0	„ „
1 Pneum. croup.	„	1	„ „	4	„	6,0	„ „
1 „ „	„	1	„ „	2	„	4,0	„ „
1 „ „	„	1	„ „	4	„	6,0	„ „
1 „ „	„	1	„ „	5	„	7,0	„ „
1 „ „	„	1	„ „	4	„	6,0	„ „
1 „ „	„	1	„ „	3	„	5,0	„ „
1 „ „	„	1	„ „	3	„	5,0	„ „
1 „ „	„	1	„ „	2	„	4,0	„ „
1 Pneum. catarrh.	„	10	„ „	18	„	14,0	„ „
1 Scarlat. c. Ang. diphth.	„	1	„ „	3	„	5,0	„ „
1 Scarlat. c. Ang. diphth.	„	1	„ „	2	„	3,0	„ „
1 Scarlat. c. Ang. diphth.	„	3	„ „	4	„	4,0	„ „
1 Scarlat. ohne Ang. diphth.	„	1	„ „	2	„	2,0	„ „
1 Erysipelas faciei et capitis	„	1	„ „	3	„	5,0	„ „
1 Phthis. florid. acut.	„	1	„ „	2	„	3,0	„ „
4 Phthis. chron.	„	11	„ „	17	„	16,5	„ „
22 Kranke	mit	43	Versuchst. u.	93	Einzeld. =	107,5	grm. Antipyr.

Als unangenehme Nebenwirkung fand ich in der Mehrzahl der Fälle mehr weniger heftigen Schweiss von 1—2stüngiger Dauer. In

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

7 Fällen wurde Erbrechen notirt, 2 davon kommen auf eine Patientin. Beim Ansteigen der Temperatur wurde in einigen Fällen leichtes Frösteln bemerkt, dessen Gleichstellung jedoch mit den Schüttelfrösten, wie sie bei dem Steigen der Temperatur nach den durch Kairin hervorgebrachten Erniedrigungen so gerne gesehen werden, unzulässig ist.

Nur in einem Falle (Versuch III) folgte dem Temperaturabfalle Benommenheit des Sensoriums, die sich uns durch auffallende Apathie des Mädchens bemerklich machte.

Bei Versuch X stellte sich schwerer Collaps ein. Ich möchte übrigens hier noch einmal auf die im Krankenstatus vor dem Antipyrinversuche angegebenen Worte aufmerksam machen: „Bleicher, schmächtiger Mann von collabirtem Aussehen. Puls sehr klein, rhytmisch, frequent." Wie viel also bei dem Collapse auf Rechnung des Antipyrins zu nehmen ist, möchte darum wohl schwer zu entscheiden sein.

Eine Veränderung des Harnes, weder Albuminerie noch Verfärbung, wurde in keinem der Fälle beobachtet.

Wenn wir nun die aus den Versuchen gewonnenen Resultate betrachten, so finden wir vor Allem stets eine sichere und rasche Wirkung. Wie uns die beiden Dauerversuche (Vers. XXI u. XXII) zeigen, beginnt die Wirkung bereits nach 25 resp. 30 Minuten. In der Mehrzahl aller Versuche sehen wir nach einer Stunde bereits Temperaturerniedrigungen von 0,5—1,0 Grad, selbst bei den höchsten Fiebertemperaturen. Die Art und Weise der Einwirkuug wurde bei Versuch XXI u. XXII genau beobachtet, indem das Thermometer während der Dauer des Versuches, mit ganz kurzen Unterbrechungen während des Wechsels der Lage der Patienten, im Mastdarm liegen blieb. Die Temperatur wurde dabei von mir selbst alle 5 Minuten, Puls und Respiration alle 10 Minuten notirt. Das Fallen und Steigen der Temperatur erfolgte in beiden Fällen gleichmässig und allmählig, die Curve bildet eine Mulde mit tiefster Einsenkung in der Mitte; die graphische Darstellung derselben bei Versuch XXII zeigt die Art und Weise der Einwirkung aufs genaueste. In 5 Minuten sind beim Sinken wie beim Steigen meist Differenzen von 0,05—0,1 Grad Celsius beobachtet worden. Auf dem Minimum erfolgte immer längeres Aushalten.

Die Dauer der Wirkung ist eine lange und ergeben die Durchschnittszahlen, wobei die lange andauernden Wirkungen (z. B. Versuch III), über welche ein sicheres Urtheil zu fällen, ich mir nicht erlaubte, abgerechnet sind, Folgendes:

bei 1 Gramm Antipyrin pro die,	unter 39,0 =	9,66	Stunden
	„ 38,0 =	5,16	„
„ 2 „ „ „ „	„ 39,0 =	10,83	„
	„ 38,0 =	5,4	„
„ 5 „ „ „ „	„ 39,0 =	14,12	„
	„ 38,0 =	7	„
„ 6 „ „ „ „	„ 39,0 =	16,6	„
	„ 38,0 =	4,2	„

Mit dem Sinken der Temperatur ist auch ein Sinken der Pulsfrequenz einhergehend; die Curve von Versuch XXII zeigt dies in eclatanter Weise.

Der Einfluss auf die Frequenz der Athmung zeigte sich in manchen Fällen als ein günstiger, doch ist derselbe kein so constanter.

Was nun die Dosirung des Antipyrins betrifft, so bin ich nach meinen Versuchen noch nicht im Stande genaue Ziffern angeben zu können, da gewiss eine ungemeine Individualisirung je nach Alter und Befinden des Patienten zu beachten ist. Im Allgemeinen habe ich bei kräftigen Erwachsenen die von Filehne (l. c.) und Guttmann (Berl. klin. Woch. No. XX) angegebene Formel 2 + 2 + 1 Gramm mit je 1 Stunde Intervall in 3 Stunden als richtig und genügend wirkend empfunden. Bei Phthisikern und Kindern haben jedoch weit kleinere Dosen bis 0,5 und 1,0 Gramm gute Erfolge erzielt. Die Verzettelung der Dosen (Filehne) schien auch mir weit weniger wirksam zu sein, indem dann meist um 1—2 Gramm in toto mehr gebraucht wurden, um gleiche Resultate zu erzielen.

Dass nach alledem das Antipyrin ein weit wirksameres Mittel ist als die anderen in den letzten Jahren empfohlenen Ersatzmittel des Chinins, brauche ich wohl nicht weiter hervorzuheben. Es frägt sich aber, ob es einen Vergleich mit dem Chinin besteht. An der Hand meiner Versuche muss ich dies entschieden bejahen und sagen: das Antipyrin besitzt Eigenschaften, durch welche es in manchen Fällen dem Chinin vorzuziehen ist.

Vor Allem möchte ich als Vortheile die ungemein leichte Löslichkeit in Wasser und Wein und den nur geringen etwas bitteren Beigeschmack betonen; letzterer lässt sich durch Zusatz eines Corrigens leicht verdecken. Die Kinder, denen ich das Antipyrin in Tokayer gelöst gab, haben dasselbe fast ausnahmslos bereitwillig und gerne genommen.

Als Vortheil vor dem Chinin ist gewiss auch die rasche und prompte Wirkung (cfr. namentlich Versuch XXII) hervorzuheben. Das Antipyrin hat diese mit dem Kairin gemein ohne aber dessen Nachtheile: die kurze Dauer der Temperaturherabsetzung und die so gerne folgenden Schüttelfröste, zu besitzen.

Die Dauer der Wirkung ist bei richtiger Dosirung eine dem Chinin ungefähr analoge.

Die wenigen beobachteten Nebenwirkungen kommen entschieden ausser Betracht. Das Erbrechen ist wohl beim Chinin eben so häufig zu treffen.

In 2 Fällen, bei denen Chinin verabreicht wurde, haben wir eine weit geringere Temperaturerniedrigung zu erzielen vermocht als mit dem Antipyrin am gleichen Patienten. Ich möchte hier noch ganz besonders hervorheben, dass wir bei den schweren Pneumonien, bei denen das Chinin uns im Stiche liess, stets schöne Erfolge zu verzeichnen hatten. Für solche Fälle erscheint demnach die Anwendung des Antipyrins entschieden der Chiningabe vorzuziehen. Auffallend lange war die Dauer der Antipyrinwirkung in 2 Fällen von Scharlach, Versuch III. u. XIII. Bei ersterem finden wir erst nach 30 Stunden, bei letzterem am 3. Tage nach der Antipyrinaufnahme wieder die Höhe von 39,0 erreicht. Wieviel davon dem Antipyrin zuzurechnen ist, wage ich nicht zu entscheiden, möchte Sie jedoch darauf aufmerksam machen, die betreffenden Curven zu betrachten.

Was den Preis des Antipyrins betrifft, so wird, wie mir Herr Knorr mittheilte, das Gramm in der Zukunft höchstens auf 20 Pfennige in der Apotheke zu stehen kommen, also mehr als die Hälfte weniger kosten wie das Chinin. Der Bedarf grösserer Dosen in manchen Fällen wird auf diese Weise ausgeglichen.

Ich glaube meine Herren, auf Grund meiner Versuche sagen zu dürfen, das Antipyrin verdient mit vollem Rechte seinen Namen; wir haben in demselben ein vorzügliches, rasch und sicher wirkendes Antipyreticum gewonnen. Freilich bedarf es noch weit umfangreicherer Versuchsreihen. Mögen meine günstigen Resultate, die ja mit den von Filehne und Guttmann angegebenen meist übereinstimmen, zu weiteren Versuchen anregen.

Es würde jedoch ein Fehler sein, wollte man seine Aufgabe darin suchen, den Fieberkranken dauernd fieberfrei zu erhalten, was sich mit dem Antipyrin, wie ich glaube, leichter als mit jedem anderen Mittel in fortgesetzten Dosen erreichen lässt. Ich stehe in dieser Frage, wobei ja auch die Theorien von der heilsamen Wirkung des Fiebers in Betracht kommen, auf dem von Liebermeister bezeichneten Standpunkt, dass es nämlich zur Bekämpfung der Gefahren der fieberhaften Temperatursteigerungen genügt, die hohe Continua in ein zeitweise remittirendes Fieber zu verwandeln. Ferner bin ich der festen Ueberzeugung, dass das Antipyrin ebensowenig wie das Chinin und die anderen Antipyretica berufen sind, die Kaltwasserbehandlung der fieberhaften Krankheiten zu verdrängen, dass hingegen die combinirte Methode (Kaltwasserbehandlung zeitweise Antipyretica) vorderhand die geeignetste Methode ist.

Zum Schlusse gestatte ich mir noch meinem verehrten Chef Herrn Professor Dr. Leichtenstern besten Dank für seine liebenswürdige Unterstützung zu sagen.

V. Recherches anatomiques et expérimentales sur le choléra observé en 1883 en Egypte par M. M. Strauss, Roux, Nocard et Thuillier. Archives de Physiologie 1884. No. 4. (15. Mai.) Ref. P. B.

Die von der französischen Regierung auf Vorschlag Pasteur's und des „Comité consultatif d'hygiène" zur Erforschung der Cholera nach Egypten entsandte Commission hat, wie den Lesern dieser Zeitschrift bekannt ist, bereits im November v. J. in der Société de biologie (Sitzung vom 17. November 1883) einen vorläufigen Bericht über ihre Arbeiten erstattet.

Der nunmehr unter dem obigen Titel erschienene ausführliche Bericht bringt, wie das ja auch nicht anders zu erwarten war, in ätiologischer Beziehung kaum etwas Neues; er beschäftigt sich zum grössten Theil mit rein pathologisch-anatomischen und histologischen Fragen.

Was die unsere Leser wohl in erster Linie interessirende Stellung der französischen Commission zu den aus Egypten und Indien erstatteten Berichten Koch's betrifft, so spricht die Commission auffallender Weise auch in der vorliegenden Arbeit nur von dem ersten Koch'schen Berichte. Die französischen Forscher geben Abbildungen von denjenigen Mikroorganismen, welche sie in Stuhlausleerungen, im Darminhalt und in der Darmschleimhaut von Cholerakranken und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Choleraleichen gefunden haben, lassen es aber vorläufig noch unentschieden, ob einer dieser Organismen identisch sei mit dem von Koch in der Darmschleimhaut regelmässig nachgewiesenen Bacillus. Von einer häufig von ihnen gefundenen Stäbchenform halten die Berichterstatter das allerdings für wahrscheinlich. Jedenfalls sind sie nach wie vor der Ueberzeugung, dass den von ihnen gefundenen Organismen ausnahmslos nur eine secundäre Bedeutung zukomme. — Wir müssen selbstverständlich das Urtheil Koch's über die von der französischen Commission gegebenen Abbildungen abwarten. —

Die von der deutschen Commission in Indien erreichten Resultate werden von den französischen Forschern gar nicht erwähnt, obgleich bekanntlich wesentlich erst diese späteren Untersuchungen es sind, auf welche Koch sein Urtheil über die Bedeutung der „Cholerabacillen" begründet.

Betreffs der kleinen Körperchen, welche von der französischen Commission im Blute von Choleraleichen gefunden wurden und welche die Commission in ihrem ersten Berichte für Organismen zu halten geneigt war, erfahren wir aus der vorliegenden Arbeit ebenfalls nichts Neues; insbesondere begegnen wir keinerlei Mittheilung über die doch so nahe liegende Frage, ob nicht dieselben Körperchen auch im Blute von Gesunden bezw. an anderen Krankheiten Verstorbenen nachzuweisen waren. Es scheint demnach, dass derartige Controluntersuchungen überhaupt nicht gemacht worden sind. Ueber die Ansicht Koch's, dass es sich höchst wahrscheinlich hier um die längst bekannten Blutplättchen gehandelt habe, gehen die Berichterstatter mit Stillschweigen hinweg.

Da alle Culturversuche, welche mit Blut bezw. mit Theilen innerer Organe angestellt wurden, soweit die letzteren nach aussen hin keine freie Communication haben, negative Resultate ergaben, bemühte sich die Commission aus den Cholerastühlen einige Organismen rein zu cultiviren, um mit diesen später Infectionsversuche anstellen zu können. Trotzdem ausdrücklich gesagt wird, dass die schwierige Trennung der in den Stühlen enthaltenen Organismen durch die von Koch eingeführte Methode der Anwendung fester Nährmedien sehr erleichtert sei, heisst es weiter doch wörtlich: „En variant les milieux de culture, les conditions de température, d'acidité et d'alcalinité des liquides, en ajoutant aux liquides de culture des préparations variables de substances antiseptiques on arrive à séparer quelques-uns des microbes, qui pullulent dans les selles cholériques."

Die Commission hat demnach anscheinend meist noch mit flüssigen Nährmedien gearbeitet. Jedenfalls hat sie sich den wesentlichen Vortheil der Koch'schen Methode nicht nutzbar zu machen gewusst, den die verschiedene Art des Wachsthums verschiedener Bakterienarten auf festem Nährsubstrat bietet. So kann es denn auch nicht überraschen, dass der Versuch gar nicht gemacht worden ist, ob sich nicht gerade durch die Cultur regelmässig bei Cholera in den Stuhlausleerungen bezw. im Darminhalt eine bestimmte Bakterienart nachweisen lässt, welche ausschliesslich dieser Krankheit eigenthümlich ist, ein Weg, der bekanntlich der deutschen Commission so vorzügliche Resultate geliefert hat.

Infectionsversuche wurden in grosser Zahl und unter möglichst verschiedenen Versuchsanordnungen angestellt an zahlreichen Meerschweinchen, Kaninchen, Mäusen, Hühnern, Tauben, Wachteln, an vier Schweinen, an einer Anzahl von Katzen und Hunden, einer Elster, einem Truthahn und einem Affen. Zu diesen Versuchen wurden theils von Cholerakranken und Choleraleichen herstammendes Material, theils die aus den Cholerastühlen gewonnenen Reinculturen benutzt.

Die Thiere blieben indess, einige wenige ausgenommen, gesund. Letztere erkrankten bezw. starben in Folge von Processen, welche als septische Infection aufgefasst werden mussten. Der negative Ausfall der mit den Schweinen angestellten Infectionsversuche verdient besonders hervorgehoben zu werden, da neuerdings ein englischer Arzt, Dr. Richards in Goalundo behauptet, bei diesen Thieren Cholera erzeugt zu haben. —

Soweit der Bericht sich mit rein pathologisch-anatomischen und histologischen Untersuchungen beschäftigt — fast die Hälfte des ganzen Berichts handelt von den Veränderungen der Nieren bei Cholera — wird sich an anderer Stelle unseres Blattes wohl noch Gelegenheit bieten, auf ihn zurückzukommen. —

Der Aufenthalt der Commission in Alexandrien hat sich vom 15. August bis zum 7. October erstreckt. In dieser Zeit wurden von ihr 24 Obductionen ausgeführt, von denen einige unmittelbar post mortem, die meisten wenige Stunden und die späteste 14 Stunden post mortem gemacht wurden.

Eine Anzahl von Obductionsprotokollen ist dem Bericht beigefügt. —

VI. Dr. K. Bürkner in Göttingen. **Beiträge zur Statistik der Ohrenkrankheiten.** Separ.-Abdr. aus „Archiv für Ohrenheilkunde", XX. Bd. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1883. 23 S. — Ref. Hauptmann-Kassel.

Bürkner hat sich der mühevollen, in ihren Resultaten aber interessanten Arbeit unterzogen, mit Hülfe aller ihm zugänglich gewordenen und im Drucke veröffentlichten statistischen Mittheilungen aus der otiatrischen Praxis eine Reihe von Tabellen aufzustellen, welche geeignet sind, einen ungefähren Ueberblick über die Aetiologie der Ohrenleiden, deren Auftreten je nach Alter und Geschlecht der Erkrankten, über das Vorkommen der verschiedenen Formen von Ohrenkrankheiten und schliesslich über die Heilerfolge zu geben. Verfasser ist sich vollständig bewusst, dass seine Zahlen, bei der Verschiedenheit der Berichte und bei der Einseitigkeit des poliklinischen Materials, welch letzteres hier hauptsächlich in Betracht kommt, nur annähernde Durchschnittswerthe darstellen können. Ueber 60 hierher gehörige Publicationen, seine eigenen mit eingerechnet, standen ihm zu Gebote.

Einige bemerkenswerthe Daten mögen hier besonders hervorgehoben werden. Unter den Infectionskrankheiten erwies sich mit wesentlicher Uebereinstimmung der verschiedenen Autoren die Scarlatina als besonders gefahrbringend und ca. 5 Proc. der Ohrenerkrankungen (vorwiegend eitrige Mittelohrentzündungen) sind auf dieselbe zurückzuführen — ein Umstand, welcher sorgfältigste Beachtung des Gehörorgans aller Scharlachkranken, auch wenn bestimmte Symptome einer Ohrencomplication noch nicht in den Vordergrund getreten sind, zur Pflicht macht.

Bei den Erhebungen über die Disposition der verschiedenen Altersstufen zu Ohrenkrankheiten verfügte Verfasser über ein Material von mehr als 34500 Patienten. Es ergab sich u. a., dass von den Ohrenleidenden ca. 25 Proc. dem Alter bis zu 15 Jahren, ca. 60 Proc. dem von 16 bis 50 Jahren und ca. 15 Proc. dem Alter über 50 Jahre angehören.

Die Procentzahlen für die Erkrankungen der einzelnen Ohrabschnitte gewann Verfasser aus einem mehr als 58600 betragenden Krankenmaterial. Hinsichtlich der Häufigkeit der wichtigsten Erkrankungsformen kommen auf 100 Fälle: Otitis media simplex chronica 25, Otitis media suppurativa chronica 20, Accumulatio ceruminis 14, Otitis media suppurativa acuta 9, Otitis media simplex acuta 8, Nerventaubheit 3,5, Otitis externa circumscripta 3,5, Otitis externa diffusa 3, Eczem 2, Myringitis acuta 1.

Bürkner fasst das Ergebniss seiner Arbeit in folgende Schlusssätze zusammen:

I. Die häufigsten Ursachen der Ohrenkrankheiten dürften Erkältungen, Affectionen des Nasen- und Rachenraumes und die acuten Infectionskrankheiten sein.

II. Die Disposition zu Ohrenleiden steigt von der Geburt bis zum 40. Lebensjahre und nimmt von da an bis ins Greisenalter wieder ab.

III. Männer erkranken häufiger als Weiber an Ohrenaffectionen; das Verhältniss beträgt etwa 3 : 2.

IV. Von den sämmtlichen Ohrenkrankheiten kommen auf das äussere Ohr ungefähr 25 Proc., auf das Mittelohr 67 Proc., auf das innere Ohr 8 Proc.

V. Das linke Ohr erkrankt häufiger als das rechte; das Verhältniss beträgt etwa 5 : 4.

VI. Die acuten Mittelohraffectionen kommen im Sommer und Herbst seltener als im Frühling und Winter vor.

VII. Von sämmtlichen Fällen von Ohrenkrankheiten werden (in den Polikliniken) etwa 53 Proc. geheilt, etwa 30 Proc. werden gebessert, 7 Proc. bleiben ungeheilt, 0,3 Proc. endigen lethal.

VII. Fr. Jul. Otto's **Anleitung zur Ausmittelung der Gifte und zur Erkennung der Blutflecken bei gerichtlich-chemischen Untersuchungen.** Sechste Auflage. Neu bearbeitet von Dr. Robert Otto, Medicinalrath und Professor der allg. und pharmaceut. Chemie an der Herzogl. technischen Hochschule zu Braunschweig. (F. Vieweg und Sohn, 1884.) Ref. A. Eulenburg.

Das classische Werk von F. J. Otto, die „Ausmittelung der Gifte" — seit dem 1870 erfolgten Tode des Verfassers bekanntlich von dem Sohne und Amtsnachfolger desselben in Braunschweig herausgegeben — ist soeben in sechster Auflage erschienen. Wenn dieser letztere Umstand allein uns jeder Empfehlung des zumal dem Medicinalbeamten unentbehrlichen Buches überhebt, so entbindet er uns doch nicht von der Verpflichtung, die Veränderungen, Erweiterungen und Verbesserungen zu registriren, welche der Verfasser in traditionell gewordener Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit auch dieser neuen Auflage hat zu Theil werden lassen. Und hier stossen wir gerade zunächst auf einen für die Toxicologie und die gerichtliche Medicin der Gegenwart äusserst wichtig gewordenen Gegenstand, auf die Leichenalkaloide (Ptomaine). Denselben ist (pag. 86 ff.) eine sehr

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eingehende Betrachtung gewidmet, in deren Einleitung der Verf. auf die nicht mehr ganz seltenen Criminalfälle hinweist, in welchen die Verwechselung von Ptomainen mit giftigen Pflanzenbasen zu schweren Irrthümern geführt hat, und nebenbei auch auf das neuerdings mehrfach constatirte Vorkommen den Ptomainen ähnlicher oder nahe verwandter Körper in verdorbenen Nahrungsmitteln (Wurst-, Käsegift), sowie selbst in gewissen Se- und Excreten des normalen lebenden Thierkörpers (Speichel, Harn) hinweist. Weiterhin giebt O. eine allgemeine Characteristik der Ptomaine und eine specielle Besprechung derjenigen unter ihnen, welche mit bekannten pflanzlichen Alkaloiden Aehnlichkeit besitzen; so mit den flüssigen Pflanzenalkaloiden, (Coniin, Nicotin u. s. w.), mit Strychnin, Delphinin, Veratrin, mit Atropin und Hyoscyamin, Digitalin, selbst mit Morphin. Wie schwierig die Unterscheidung oft ist, mag daraus erhellen, dass z. B. ein von Selmi nachgewiesenes Ptomatropin nicht nur die mydriatische Wirknng u. s. w. des Atropins zeigte, sondern auch bei Erwärmen mit Schwefelsäure und Kalium bichrom. den bekannten Blumengeruch entwickelte! Der einzige Unterschied war der, dass das Fäulnissalkaloid den nämlichen Geruch auch bei 2—3tägigem Stehen spontan entwickelte, was Atropinlösungen nicht thun, und dass jenes den Geruch bei Behandlung mit Salpetersäure nicht bloss beim Erwärmen, sondern auch in der Kälte von einem zum anderen Tage darbot.

Von sonstigen Bereicherungen der neuen Auflage ist hervorzuheben: Die Aufnahme des Apomorphin in den Gang der Alkaloid-Untersuchung nach der Stas-Otto'schen Methode. Dasselbe geht aus der alkalischen wässerigen, durch Zusatz von Salmiak ammoniakalisch gemachten Lösung in Aether mit röthlicher oder violetter Farbe über, wobei noch Spuren von Morphin mit unterlaufen; die Lösung in Schwefelsäure wird sofort nach der Darstellung durch Salpetersäure blutroth, giebt, ohne vorherige Behandlung mit Salzsäure und Schwefelsäure, die Pellagri'sche Reaction (Jodprobe). —

Ganz neu aufgenommen ist ferner die Untersuchung auf Carbolsäure (pag. 222 ff.), zu deren Abscheidung O. der Landolt'schen Fällung als Tribromphenol den Vorzug giebt (auch zur quantitativen Bestimmung am meisten geeignet) — und auf Oxalsäure (pag. 248 bis 252). Auch sei noch auf die Bemerkungen über Bildung von Arsenwasserstoff und dessen weitere Zersetzung bei Benutzung arsenhaltiger Materialien für forensische Zwecke hingewiesen — ein Gegenstand, der bekanntlich neuerdings bei Gelegenheit des Speichert'schen Falles eine ganz besondere Bedeutung erlangt hat. — Der sehr ausführlich behandelte Abschnitt über Erkennung von Blutflecken ist durch eine Anzahl eingedruckter Holzstiche, sowie durch eine Farbentafel (Darstellung von Blutkörperchen u. s. w.) illustrirt. Die Orientirung wird diesmal durch ein dem Buche angehängtes alphabetisches Sachregister sehr erleichtert; doch wäre vielleicht innerhalb des Textes bei den grösseren Capiteln, namentlich den Alkaloiduntersuchungen, das Anbringen einzelner trennender Abschnitte oder Markirung derselben durch Ueberschriften, resp. Randbezeichnungen zu wünschen.

VIII. Einige therapeutische Notizen nach Bouchardat's Annuaire de thérapeutique pour 1884. Referent Pauly-Berlin.

Gilles de la Tourette. Subcutane Injectionen mit Kali jod. (Soc. de biol. 1883.)

Subcutane Injectionen von Kal. jod. empfiehlt Gilles de la Tourette. Er injicirt einen Kubikcentimeter destillirtes Wasser, der 0,5 Kal. jod. enthält, ohne irgend welche locale Reizungserscheinungen zu erhalten. Nur muss die Lösung neutral reagiren, die Injection möglichst tief in das subcutane Bindegewebe gemacht sein und die Stichstellen nicht allzu nahe aneinander liegen. Das Jodkali wird rasch absorbirt, was die blaue Jodstärkereaction des Urins am folgenden Tage beweist. Das unangenehme Brennen, das diese Einspritzungen verursachen, lässt fast sofort nach, wenn man mit der Flachhand leichte Frictionen um die Stichstelle macht. Zuweilen ist diese schmerzhafte Empfindung etwas anhaltender und intensiver.

Als vorzügliches Abführmittel, das sich selbst da bewährt hat, wo Jalappe und Crotonöl im Stich gelassen haben, empfiehlt Bonnati:

Fol. Sennae 6,0—12,0,
inf. cum
Aq. bull. 300,0,
filtra et adde
Chloral. hydr. 1,5—4,0
Syr. spl. 30,0.

Gegen Syphilis der Vulva nach Martineau:

Aq. dest. 1000,0,
Chloral. hydr.,
Tc. Eucalypti aa 10,0.
MDS. zu Waschungen.

Gegen Leucoplasia buccalis nach Vidal, Aetzungen mit Acid. chrom. (1:8 bis aa), viel besser als Arg. nitr.

Meist nimmt Vidal:

Acid. chrom. pur. 1,0
Aq. dest. 5,0

und befeuchtet einen Pinsel damit. 1—2 Minuten nach der Aetzung Abwaschung mit Wasser. 3—4tägig je eine Wiederholung; später in längeren Pausen.

Als bestes Corrigens für den Geschmack des Jodkali empfiehlt Gerard-Lague Syr. ribium.

Bei sehr fötide secernirenden Eczemen empfiehlt J. L. Championnière eine Salbe von Acid. bor. subt. pulv. 6,0: 30,0 Vaseline. Auch bei übelriechenden Fussschweissen, wo er nach dem Fussbad die Salbe in die Interdigital-Falten einlegen lässt. Ofter Verbandwechsel. Die Borsäure muss fein gesiebt sein; weder in Alcohol, noch Glycerin zu lösen, da sie sonst reizt. Delaporte fügt des Wohlgeruchs wegen noch 0,5 Bals. peruv. hinzu. —

Nach vielerlei Versuchen hat Vidal als die besten Applicationsweisen der Pyrogallussäure erkannt: 1) eine Salbe $^1/_5$ Pyrogallussäure zu $^4/_5$ Fett oder Vaseline, oder $^3/_5$ Fett und $^1/_5$ Amylum: 2) ein Pulver:

Acid. pyrogall. 20,0
Amyli 80,0

Trocken und luftdicht aufzubewahren.

Bei ausgebreiteten phagedänischen Geschwüren ist das Pulver vortrefflich; mit einem Kautchoucballon 1—2 mm. dick auf die ulcerirten Flächen gestreut, darüber Watte. — Bei kleinem Geschwür, wenig ausgebreiteter, aber tiefer Ulceration ist die Salbe dem Pulver vorzuziehen. Man füllt die Höhlung des Geschwürs mit Salbe, die man auf den Spatel nimmt und bedeckt mit Watte. Ob Salbe, ob Pulver, 2maliger Verbandwechsel täglich. Die Ulceration trocknet, wird grau, dann schwärzlich. Alle drei bis vier Tage muss man den Schorf, der sich unter dem Pulver gebildet hat, abnehmen. Bald sieht man kräftige Granulationen, eine reine, rasch heilende Wunde. Uebrigens lasse man sich durch das schwärzliche Aussehn der Wunde event. der benachbarten Haut und die Bildung einiger kleiner Bläschen daselbst nicht täuschen. Diese letzteren wurden nie durch Auto-Inoculation inficirt; sie schwanden nach Aufhören des Pyrog.-Gebrauches. Diese Immunität erklärt Vidal damit, dass der Giftstoff vom dritten Tage ab zerstört ist. Die vom Schanker gelieferte Flüssigkeit ist nicht mehr einimpfbar, wie er und Terrillon durch Experimente erwiesen. 2maliger Gebrauch des Pulvers oder Salbe genügten, um das Gift zu neutralisiren. Sieht man kräftige, gesunde Granulationen, so keine Pyrogallusäure mehr, sondern einfache Wundbehandlung. Nach Abwaschen mit Spir. camph., der mit Wassr verdünnt ist, (chemisch nicht gerade sehr empfehlenswerth, da Campher ausgeschieden wird; Anm. d. Ref.) oder 1proc. Chlorallösung, pulverte V. bisher Jodoform auf die Wunde, jetzt aber Ferr. carbon. (Ferr. oxyd. igne paratum oder Ferr. oxyd. hydratum [fuscum]), das viel rascher benarbt und mit dem er sehr rasch eine Reihe von varicösen Ulcera geheilt hat.

Bei zerfallenden Gummen hat Pyrogallus-Säure Vidal im Stich gelassen. Hier räth er natürlich zur Allgemein-Behandlung. Schliesslich resumirt er seine Ansicht, wie folgt:

1. Pyrogallus-Säure hindert durch Zerstörung des Giftes die Ausdehnung des weichen Schankers, hindert die Phagedaen und schafft eine reine Wunde.

2. Es verursacht geringen Schmerz von wenigen Minuten, ätzt fast ausschliesslich im Bereich des erkrankten Gewebes und ist leicht auf dasselbe zu vertheilen. In 20proc. Mischung mit Salbe oder Pulver ist es bis jetzt das beste örtliche Mittel für die Behandlung des Schankers und der Phagedaen.

3. Weitausgebreitete phagedaenische Ulcerationen können ohne Intoxications-Gefahr so behandelt werden.

4. Gegen zerfallende Gummen bei tertiärer Syphilis ist es ohne Wirkung.

Intoxication mit Acid. pyrogallicum hat E. Besnier nach Einreibungen mit Pyrogallus-Salbe beobachtet. Frost, kleiner Puls, plötzliche auf Anämie zurückzuführende Erscheinungen und besonders heftige gastro-intestinale Reizungen (Erbrechen und Durchfälle) charakterisirten diese Vergiftung. Der Harn wird schwarz, grünlich schimmernd, wie bei allen Phenol-Vergiftungen. B. empfieht dagegen:

1) Prophylactische Vorsicht im Gebrauch der Säure, höchstens 5 gramm pro die.

2) Bei eingetretener Vergiftung Aether subcutan, Sauerstoffeinathmungen und starke Ableitungen.

Leblond und Fissiaux haben beim weichen Schanker des Weibes mit Resorcin viel bessere Resultate erzielt, als mit Jodoform.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Während unter Jodoform die Heilung des weichen Schankers 1—2 Monate nach L. und F. dauern soll (!), erfordert Resorcin 20—26 Tage. Als Pulver oder in Lösung: Resorcin 5,0 Aq. destill. 20,0 zu geben.

IX. Von der russischen Choleraexpedition. Sitzung der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg den 24. März (5. April). „Wratsch" 1884 Nr. 14. Ref. Buch-Helsingfors.

Dr. Eck theilt die Resultate seines Aufenthaltes in Egypten mit. Nach Aufzählung der von den verschiedenen Regierungen hingeschickten Commissionen erwähnt er die Resultate, zu welchen einige dieser Commissionen gelangt seien. Die Franzosen hätten eine Menge Bacillen in den Därmen und einen besonderen runden Parasiten, oder besser einen Fremdkörper, im Blute gefunden. Bewahrte man das Blut in einem verlötheten Röhrchen auf und untersuchte es dann nach einiger Zeit von neuem, so zeigte sich eine Vermehrung dieser Körper. — Die Resultate der Koch'schen Untersuchungen erfuhr Eck erst später durch die Zeitungen, da die Mitglieder der deutschen Commission die Ergebnisse ihrer Untersuchungen, seiner Angabe nach verschwiegen hätten.(?)[1] In Betreff der Cholera-Bacillen äussert sich Eck dahin, dass sie schon vor Koch durch Dr. Nedswecky, der unter der Leitung von Prof. Jenkowsky arbeitete, entdeckt worden seien. Indem er auf die Form (Kommaform) der von N. entdeckten Bacillen hinwies, bemerkte er, dass die anderen Formen auf den Abbildungen Nedswecky's dieselben Bacillen vorstellten nur in verschiedenen Lagen. Die Bacillen hätten eine cylindrische Form, daher rühre die Anspitzung an dem einen oder an beiden Enden von dem tieferen oder geringeren Eintauchen in Flüssigkeit her(!?) Die runden Formen erschienen dann, wenn der Beobachter sie in verticaler Stellung, d. h. das eine Ende dem Auge zugekehrt, beobachte. Durch die Fähigkeit der Bacillen, sich mit einander zu verbinden, entständen auch noch andere Formen, welche von N. beschrieben seien. Bei Untersuchung des Auswurfs, Harnes und der Entleerungen von Cholerakranken könne man eine Menge derartiger Bacillen finden und ihre Bewegungen erkennen.

Hierauf ging Eck zu den Bedingungen der Choleraverbreitung in Alexandrien über, demonstrirte Bodenprofile, beschrieb das Canalisationssystem und zeigte dann, dass der Verlauf der Epidemie von Bodenverhältnissen abhängig sei. Die geringe Verbreitung der Cholera in Alexandrien hing ihm zufolge von den gegen diese Krankheit ergriffenen Maassregeln ab. Zahlreiche Kanäle wurden so zu sagen mit Meerwasser durchgewaschen. Mittels Dampfmaschinen wurde nämlich Wasser aus dem Meere in die Kanäle gepumpt, und ebenfalls durch Maschinen wieder in das Meer zurück. Die grösste Verbreitung der Cholera wurde in den Stadttheilen beobachtet, die keine Kanäle hatten, und in den Stadttheilen an den Grenzen der Stadt, wo die Leute sehr unsauber wohnen. Bezüglich des Verlaufs der Cholera in ganz Egypten wies E. auf die Verbreitung derselben in den Dörfern, welche im Delta liegen, hin. Der Gang der Epidemie habe gezeigt, dass die Cholera den Verkehrswegen folgte, wobei jedoch gewisse Bedingungen bestanden, welche die Verbreitung aufhielten. In den Ortschaften, wo Stauung der Bevölkerung bestand, war die grösste Sterblichkeit (es starben 13—14 Proc. der Bevölkerung). Einige Städte waren von der Cholera ganz verschont, unter anderen Suez, dass auf einer dicken Lage Mergel liegt und wo sich in Folge dessen die Cholera nicht entwickelte, obgleich sie dorthin verschleppt war. Port Said bot auch ungünstige Bedingungen für die Verbreitung der Cholera und zwar durch die Art der Fortschaffung der Abfälle. Diese wurden in Kasten gesammelt und aus der Stadt fortgeführt.

Dr. Wassiljew bemerkte in Betreff der Mittheilungen Eck's über die Resultate, welche die französische Commission erlangt habe, dass die erwähnten Parasiten im Blute augenscheinlich gar keine Parasiten seien, sondern nichts weiter (nach der Meinung Koch's), als der „dritte" Betandtheil des Blutes (Bizzozero, Hayem, Landowsky u. A.), wenigstens sei von Seiten der Franzosen nichts mitgetheilt worden, was dieser Annahme widerspräche. Bezüglich der angeblichen Uebereinstimmung der Koch'schen Bacillen mit denen von Newswetzky bemerkte W. sodann, dass dies durchaus nicht behauptet werden könne. In dem letzten Berichte Koch's fänden sich Mittheilungen über die Eigenschaften der Cholerabacillen, mit denen die von N. gefundenen Thatsachen nicht übereinstimmten. Ausserdem wurden von N. keine frei gezüchteten Bacillen dargestellt, und hat er auch keine Impfungen an Thieren mit Choleragift vorgenommen. Ohne die Verdienste Nedswecky's zu bestreiten und indem er anerkennt, dass die Unvollkommenheit seiner Untersuchungen von den damaligen unzulänglichen Methoden der Mykologie abhing, weisst W. darauf hin, dass diese Unvollkommenheit eine Thatsache sei, welche keine Schlüsse über die Uebereinstimmung dieser und jener Bacillen gestatte. Obgleich es auch Koch bis jetzt nicht gelungen sei seine Bacillen mit Erfolg Thieren einzuimpfen, so habe er doch Rein-Züchtungen vorgenommen, und die von ihm gesammelten Thatsachen gestatteten schon jetzt, über die Specificität dieser Bacillen ein Urtheil abzugeben.

(Auch Semaine médicale bringt in ihrer Nr. 24 einen kurzen Bericht aus St. Petersburg über die Mittheilung Dr. Eck's. Der Redacteur des französischen Blattes hat Herrn R. Koch selbst bei seiner neulichen Anwesenheit in Berlin befragt und wie er in derselben Nummer referirt, von letzterem die Aufklärung erhalten, dass es sich bei Herrn Nedswecky (wie vorauszusehen war) gar nicht um den Cholerapilz, sondern um einen Pilz handle, der schon von anderen Beobachtern gesehen und beschrieben worden sei. D. Red.)

[1] Hierzu bemerkt die Redaction des Wratsch Folgendes: Wir haben ganz entgegengesetzte Ansichten gelesen, selbst in der französischen Presse; und jedenfalls darf man wenigstens das nicht vergessen, dass es viel leichter ist, in das Laboratorium des „Gesundheitsamtes" zu gelangen als in das Laboratorium Pasteur

X. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am Montag den 16. Juni 1884.

Vorsitzender: Herr Fraentzel.
Schriftführer: Herr P. Guttmann.

Als Gast ist anwesend Herr Dr. Hay aus Aberdeen.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

1. Herr Klaatsch: Demonstration eines durch Perforation in den Darm eingetretenen Gallensteines.

Gestatten Sie mir einige Minuten, um Ihnen das Ergebniss einer Section mitzutheilen, die ich vor acht Tagen zu machen Gelegenheit hatte. Es handelte sich um eine 67jährige Dame, die in ihrem Leben viel an nervösen und dyspeptischen Erscheinungen aber ohne eigentliche schwere Erkrankung, namentlich niemals an den charakterisschen Erscheinungen von Gallenkolik gelitten hatte. Im Februar vorigen Jahres erkrankte sie mit lebhaften Schmerzen in der Lebergegend, etwas icterischer Färbung, leichter Schwellung und Druckempfindlichkeit der Leber und anhaltendem Appetitmangel. Die Erkrankung nahm einen schleppenden Verlauf. Bei gelindem Fieber hielt die Schmerzempfindlichkeit 6 Wochen lang an. Dann genas Patientin anscheinend ganz und blieb gesund bis sie am ersten Pfingsttage d. J. wieder plötzlich mit lebhaften Schmerzen zwischen Herzgrube und Nabel, und mit Uebelkeiten erkrankte. Die Leber war wiederum deutlich durchzufühlen, etwas empfindlich. Kleine Gaben Morphium und warme Kataplasmen eie früher von Erfolg gewesen waren, blieben wirkungslos. Da Stuhlverstopfung bestand, gab ich ein Rheum-Infus. Nach dessen Wirkung trat Erbrechen auf, worauf sich der Schmerz ganz verlor. Der Puls war verlangsamt (60) und manchmal aussetzend. Das Erbrechen hielt mit grosser Hartnäckigkeit an, Eis und Champagner linderten es, aber es kehrte immer wieder und war auch durch grössere Gaben Morphium nicht zu beseitigen. Es wurden ausserordentlich grosse Mengen einer gelb-bräunlichen Flüssigkeit erbrochen, die einen krümlichen Bodensatz zeigte und an die bei beginnendem Ileus eintretenden Ausleerungen erinnerte. Es bestand vollständige Stuhlverstopfung. Dabei war das Allgemeinbefinden verhältnissmässig noch leidlich, der Leib nicht aufgetrieben, nicht schmerzhaft, doch stieg der anfangs verlangsamte Puls bis 120, ohne dass eine Temperaturerhöhung eintrat. So zog sich die Sache hin bis zum Sonntag nach Pfingsten, wo am Mittag nach einem Erbrechen wieder heftige aber nicht lange anhaltende Schmerzen in der Magengegend auftraten, denen unmittelbar die Erscheinungen höchster Schwäche und der Erlahmung der Herzthätigkeit folgte, indem der Puls klein, kaum fühlbar wurde und eine cyanotische Färbung des Gesichtes und der Hände eintrat. Dreissig Stunden nach dieser Katastrophe erfolgte der Tod, nachdem das Bewusstsein einige Stunden vorher geschwunden war.

Die Section ergab Folgendes: Gleich nach Eröffnung der Bauchhöhle fanden sich in dieser 200—300 Gramm einer Flüssigkeit die vollkommen der erbrochenen und jetzt noch im Magen enthaltenen glich.

Eine Oeffnung führte unterhalb der Leber in eine Höhle, die auf der einen Seite mit der Gallenblase, auf der anderen durch eine grosse Oeffnung mit dem Duodenum communicirte, an einer Stelle, 10 Centimeter hinter dem Pylorus. In der Gallenblase steckte mit der Spitze nach oben ein fast genau kegelförmiger, an seiner fast geraden, wie senkrecht zu der rauhen Oberfläche abgeschnittenen Basis glatter, $3^1/_2$ cm langer, an der Basis an 3 cm dicker Gallenstein, der den Eindruck machte, dass ein anderer zu ihm gehöriger Stein fehle.

Ich suchte weiter und fand einen vollständig auf diesen passenden etwas grösseren Gallenstein drei Fuss hinter dem Pylorus im Dünndarm eingekeilt, und den Darm nach unten hin abschliessend.

Der Verlauf der Erscheinungen war also, wie sich nun ergeben hatte, folgender gewesen. Die im Anfang vorigen Jahres aufgetretenen, mit leichtem Fieber einhergehenden, anhaltenden Schmerzen waren das Symptom einer durch den Reiz der Gallensteine hervorgerufenen adhäsiven Entzündung zwischen Gallenblase und Duodenum. Die jetzige plötzliche Erkrankung am Pfingsttage wird bedingt gewesen sein durch die Perforation des Duodenum und den Durchtritt des grossen Steines in den Darm. Dieser hätte bei seiner stumpf kegelförmigen Gestalt viel Aussicht gehabt, das Darmrohr leicht zu passiren, aber unglücklicherweise hatte er sich umgekehrt, war mit der kreisrunden und verhältnissmässig scharfrandigen Basis voran, weiter gegangen und hatte nun bald ein solches Hinderniss gefunden, dass die Erscheinungen des vollständigen Darmverschlusses auftraten. Dass die ersten Symptome sich bald nach der Wirkung des Abführmittels zeigten, erklärt sich daraus, dass die nach demselben eintretenden Darmcontractionen den Stein noch fester umschlossen. Die letzte Katastrophe, der Erguss in die Bauchhöhle, trat ein, als unter dem

Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Einfluss des fortwährenden, heftigen Erbrechens die Verlöthung zwischen Darm und Gallenblase zerrissen wurde. Dass sich peritonitische Erscheinungen nur in geringer Andeutung fanden, erklärt sich daraus, dass die ergossene Flüssigkeit keinen stark infectiösen Charakter hatte, indem der untere, fäculente Stoffe führende Theil des Darms durch den Stein, wie durch einen Pfropf abgesperrt war. Der Stein sass so fest, dass es mir nicht gelang ihn durch Druck weiter hinab zu treiben, er wich, wenn er nachgab, nach oben, nach seiner Spitze zu aus.

Ich habe bereits früher einen ähnlichen Fall erlebt, wo der Gallenstein aber viel tiefer, nahe dem Coecum, gefunden wurde.

2. Herr Landau. Demonstration von Echinococcen.

Ich erlaube mir, Ihnen einige hundert Echinococcus-Blasen zu demonstriren, welche ich vor drei Wochen aus der Leber einer Frau entfernt habe. Diese Frau litt seit 6 Jahren an heftigen, asthmatischen Anfällen, während welcher sie öfter zu ersticken drohte. Ein besonders heftiger Anfall, der sie dem beobachtenden Arzte fast moribund erscheinen liess, und ihre sofortige Ueberführung in eine hiesige chir. Klinik veranlasste, fand vor ca. 6 Wochen nach einer diagnostischen Punction statt.

Nach ihrer Entlassung wurde sie mir zugeführt, und nach einer von mir bereits mehrfach mit Erfolg ausgeführten modificirten einzeitigen Methode operirt. Die Operation bot hier besondere Schwierigkeiten, als es mir erst nach einer künstlichen Dislocation der Leber gelang, den Echinococcus-Sack in die Schnittwunde der Bauchdeke zu bringen. Als Grund für die asthmatischen Anfälle fand sich nun, dass der mehrere hundert Echinococcen von Gänseei bis erbsengrösse enthaltende Sack auf der höchsten Höhe des linken Leberlappens zwischen diesem und dem Zwerchfell, resp. dem Herzbeutel und dem Herzen gelegen war. Nach der Entleerung des Sackes konnte man das vordem in die Höhe gedrängte Herz mit dem in den Sack eingeführten Fingern umgreifen und pulsiren fühlen. — Der Verlauf ist ein durchaus normaler, wie in den drei anderen von mir operirten Fällen von Leber-Echinococcus. Die Frau hat bereits das Bett auf mehrere Stunden täglich verlassen.

Ich halte es für zweckmässig, wenn von Zeit zu Zeit von den fast durchweg günstig verlaufenden operativ behandelten Bauchechinococcen berichtet wird, weil es leider noch viele Mediciner giebt, welche Echinococcen mit Jodkali und Soolbädern behandeln und sich wundern, dass unter dieser Behandlung die Echinococcen nicht schwinden, und weil von einer Reihe namhafter Mediciner noch obsolete Methoden, wie die Aspiration angewendet werden. Die hier demonstrirten Blasen sind ziemlich gut erhalten; der grösste Theil ist geplatzt, weil sie schon längere Zeit aufbewahrt werden.

A. a. O. werde ich über den mitgetheilten Fall Näheres berichten.

3. Discussion über die Vorträge der Herren Leyden und Kronecker.

Herr P. Guttmann: Herr Leyden hat in der jüngsten Sitzung bei der Besprechung eines Falles von hochgradiger Stenose des Aortenostium unter Anderem auch Erwähnung gethan der dabei beobachteten Abschwächung des Herzspitzen-Stosses und der schon von Traube hierfür gegebenen Erklärung, welche den Rückstoss des Herzens als Ursache des Herzstosses zur Grundlage hatte. Herr Kronecker hat dann in seinen Ausführungen auf Grund neuerer physiologischer Arbeiten erklärt, dass es einen Rückstoss nicht gebe, und dass selbst wenn er existirte, er nicht im Stande sein würde, den Herzstoss zu erzeugen. Es liegt mir selbstverständlich ganz fern, auf diese, schon seit 60 Jahren discutirte Frage näher einzugehen, ich möchte mir nur wenige Bemerkungen erlauben. Es ist selbstverständlich, dass man den Herzstoss nicht auffassen darf rein als Folge eines Rückstosses, sonst ist man nicht im Stande, namentlich die pathologischen Erscheinungen des Herzstosses daraus befriedigend zu erklären, sondern man muss immer die zweite wesentlichere Ursache zu Hülfe nehmen, eine Erhärtung und Volumenzunahme des Herzens in der Systole. Der Rückstoss betrifft vorzugsweise nur den untersten Theil des Herzens, also den Spitzentheil. Nun sehen wir bei ruhiger Herzthätigkeit normal immer nur den Herzspitzen-Stoss und von der Contraction des ganzen übrigen Herzens gewöhnlich fast nichts, trotzdem doch die Volumenzunahme des Herzens als Factor des Herzstosses mitwirkt, und trotzdem auch kein Hinderniss besteht, um den Herzstoss wenigstens eines kleineren Theiles der Herzbasis fühlbar zu machen; denn diese kleinere Partie liegt, von Lunge nicht bedeckt, der Thoraxwand unmittelbar an. Wenn wir also normal von der Contraction des Herzens nur den Stoss der Herzspitze wahrnehmen, so muss noch ein anderes Moment bestehen, welches gerade die Contraction des Herzspitzentheiles als Stoss fühlbar macht. Dieses andere Moment ist eben die Bewegung, welche die Herzspitze in Folge eines Rückstosses nach vorn macht, wodurch sie die Brustwand emporgedrängt.

Man kann dies, glaube ich, auch zeigen durch einen Versuch, den ich selbst angestellt und in einer Arbeit „zur Lehre vom Herzstoss“ in Virchow's Archiv Bd. 65 mitgetheilt habe. Wenn man nämlich das Herz blosslegt (bei künstlich eingeleiteter Respiration) und plötzlich die zuführenden Venen schliesst, so verschwindet, weil nunmehr die Bedingung für den Rückstoss aufgehoben ist, nämlich die Einströmung des Blutes in die Arterien, die Bewegung der Herzspitze, während der übrige Theil des Herzens noch pulsirt. Die Theorie des Rückstosses erklärt auch, wie schon wiederholt hingewiesen, am befriedigendsten einige Erscheinungen aus der Herzpathologie, z. B. das Fehlen des Herzspitzenstosses bei Verwachsung des Herzbeutels mit dem Herzen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich mir erlauben, darauf aufmerksam zu machen, dass als Urheber der Theorie des Rückstosses mit Unrecht immer die Namen Gutbrod und Skoda genannt werden. Ein englischer Arzt, James Alderson war es, der schon 1825, also 12 Jahre früher als Skoda, in klarster Weise und zwar ebenfalls unter Zugrundelegung des physikalischen Princips, welches das Segner'sche Wasserrad in Bewegung setzt, an einer Abbildung eines ganz ähnlichen Apparates (Barker's Wassermühle) nachgewiesen hat, dass der Herzstoss als Rückstoss zu Stande kommen muss. Ich lege Ihnen die Originalarbeit von Alderson: On the motion of the Heart. The Quarterly Journal of Science, Literature and the Arts. Vol. XVIII. 1825, pag. 223—228 hier vor. Ich habe auf diese Arbeit von Alderson, welche fast vergessen zu sein schien, in einer besonderen kleinen Mittheilung (Historische Mittheilung zur Lehre von der Ursache des Herzstosses, Virchow's Archiv, 1879, 76. Band) aufmerksam gemacht und die wichtigsten Stellen der dort dargelegten Rückstosstheorie wörtlich wiedergegeben. Die Erklärung von Alderson ist inhaltlich so identisch mit derjenigen, die 12 Jahre später Skoda als von Gutbrod herrührend in den Medicinischen Jahrbüchern des Oesterreichischen Staates, Band XIII, S. 234 mitgetheilt hat, dass man fast auf den Gedanken kommen kann, dass Gutbrod die Theorie von Alderson gekannt und sie Skoda mündlich mitgetheilt hat — von Gutbrod selbst existirt in der Literatur keine Veröffentlichung —, dass Skoda aber später an den ursprünglichen Autor Alderson nicht mehr gedacht und die Theorie als von Gutbrod herrührend bezeichnet hat. Skoda hat diese Theorie im Jahre 1837 in den schon erwähnten Medic. Jahrb. (Ueber den Herzstoss und die durch die Herzbewegungen verursachten Töne) in wenigen Zeilen mitgetheilt und mit den Worten eingeleitet: „Die folgende von Dr. Gutbrod gegebene, bis jetzt noch nirgends bekannt gewordene Erklärung des Herzstosses wird hoffentlich Jedermann für die richtige anerkennen“ u. s. w. Skoda hat diese Theorie dann in sämmtlichen Auflagen seiner Abhanlung über Percussion und Auscultation, deren erste 1839, deren letzte (sechste) 1864 erschien, immer wieder reproducirt und vertheidigt.

Was nun Alderson, den wahren Urheber der Theorie des Rückstosses betrifft, so möchte ich hinzufügen, dass er einige Zeit Arzt der Königin von England und Präsident des Royal College of Physicians in London war. Er ist vor mehreren Jahren gestorben.

Nun möchte ich noch wenige Worte bemerken über einige klinische Erscheinungen, die Herr Leyden an seinen Fall angeknüpft hat. Es ist ganz richtig, dass die höchstgradigen Stenosen des Aortenostiums mit einer fast vollkommenen Schlussfähigkeit der Aortaklappen verbunden sind, weil in solchen Fällen die Aortenklappen, die durch den sclerotischen Process ganz starr, also unbeweglich geworden sind, weit abstehen von der Wand der Aorta, also mechanisch an einander liegen. Ich habe selbst einen solchen Fall vor etwa 2 Jahren gesehen (Guttmann, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden, 5. Aufl. S. 316) und, da in diesem Fall das diastolische Geräusch fehlte, geschlossen, dass eine hochgradige Stenose des Aortenostiums vorhanden sei, mit nur geringer Insufficienz der Aortaklappen. Eine vollständige Schliessungsfähigkeit besteht auch bei den höchsten Graden der Stenose nicht. Ein Spalt bleibt zwischen den drei Klappen immer. Ich glaube daher, dass, wenn das diastolische Geräusch fehlt, nicht die Schliessungsfähigkeit der Aortenklappen die Ursache davon ist, sondern es fliesst eben wegen des kleinen Spaltes nur so wenig Blut in den linken Ventrikel zurück, und so langsam, dass dadurch kein Geräusch zu Stande kommen kann.

Herr Leyden hat dann auch die Hypertrophie des rechten Ventrikels in seinem Falle von Stenose des Aortenostiums erwähnt und sie zurückgeführt auf Blutstauung in der Lunge. Ich möchte ganz allgemein bemerken: es ist eine nicht richtige Vorstellung, wenn Viele glauben, dass ein Klappenfehler immer nur Hypertrophie und Dilatation desjenigen Ventrikels erzeuge, welcher das Circulations-Hinderniss zu compensiren hat. Bei jeder hochgradigen Hypertrophie eines Ventrikels ist der andere ebenfalls, nur in geringerem Grade, betheiligt. Deshalb sieht man bei hochgradigen Mitralfehlern neben bedeutender Hypertrophie des rechten Ventrikels auch immer eine mässige des linken, bei hochgradigen Aortenfehlern neben bedeutender Hypertrophie des linken auch immer eine mässige des rechten Ventrikels, und endlich in allen Fällen wo Herzen hypertrophisch werden aus andern Ursachen als Klappenfehlern ist ebenfalls die Hypertrophie niemals auf einen Ventrikel ausschliesslich beschränkt, z. B. bei Schrumpfnieren niemals bloss auf den linken Ventrikel, sondern auch der rechte wird etwas hypertrophisch. Das Gleiche gilt für die idiopathischen Herzhypertrophien, auf die man in den letzten Decennien besonders aufmerksam geworden ist, in Folge von sogenannter „Ueberanstrengung des Herzens“, — auch bei diesen betrifft die Hypertrophie beide Ventrikel.

Herr H. Kronecker: Es ist mir vielleicht erlaubt, auf die sehr interessanten Notizen des Herrn Guttmann eine kurze Bemerkung zu machen. Ich muss von vornherein bemerken, dass die Physiologen niemals den Anspruch erheben, pathologische Vorgänge ohne weiteres zu erklären. Ich halte es nicht für nothwendig, die Vorgänge bei der Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel aus mechanischen Versuchen herzuleiten. Wir haben gesehen, wie ungemein wichtig die Ernährungsverhältnisse des Herzens sind, wir haben erkannt, dass die Oberfläche des Herzens mit sensiblen Nerven dicht bedeckt ist, und dass diese nach den Beobachtungen von Ludwig und Wooldridge sowohl Veränderungen des Blutdrucks wie der Pulsfrequenz veranlassen können. Daher können wir Veränderungen des Herzstosses auch mittelbar erhalten. Gegen die Rückstosstheorie sprechen so viele Versuchsergebnisse, dass eigentlich neue Experimente nicht nöthig waren. Ich hoffe Ihnen aber auch noch einen unwiderleglichen Beweis bald einmal demonstriren zu können. Mit Thatsachen lässt sich besser kämpfen als wie mit Gründen. Nur das Eine will ich bemerken, dass der Rückstoss nur vom gesammten Herzen möglich wäre. Ich kann

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mir nicht denken, dass, wie Herr Guttmann angeführt hat, die Spitze den Rückstoss macht und die Basis nicht.

4. Herr Ehrlich: Ueber Diazobenzolsulfosäure-Reaction. (Der Vortrag wird in extenso in dieser Wochenschrift erscheinen, ebenso in derselben Nummer die sich ihm anschliessende Discussion.)

XI. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung am 9. Juni 1884.

Vorsitzender: Herr Westphal.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Herr Jastrowitz: Ueber einen Fall von Zwangsvorstellungen in foro, nebst einigen Bemerkungen über Zwangsvorstellungen. (Dieser Vortrag wird demnächst in extenso in der Deutschen med. Wochenschrift erschienen.)

Herr Otto (Dalldorf): Demonstration: Ein Fall von Porencephalie (Auto-Referat).

Ein vierjähriger Knabe, der körperlich sehr schwach entwickelt war, einen kleinen Schädel mit nur 41 Ctm. Umfang hatte und den höchsten Grad von Idiotie darbot, zeigte seit der Geburt Erscheinungen von Rigidität in fast allen Muskeln, insbesondere bei activen Bewegungen unter deutlichem Vorspringen der Muskelr. und auch bei passiven Bewegungen sowie Lageveränderungen, so dass er alsdann steif wie ein Stock war, während in der Ruhe und im Schlaf die Rigidität nachliess. Sensibilität, Reflexe, electrische Untersuchung boten nichts Besonders, die Sinnesorgane, soweit sie geprüft werden konnten, auch nicht.

Section: Hirngewicht 470gr., die rechte Hemisphäre 130, die linke 180 gr. schwer. Es fanden sich zwei porencephalische Defecte im Gebiete der Arteria cerebri posterior ungefähr an der Grenze zwischen Schläfen- und Scheitellappen einer- und Hinterhauptlappens andererseits, die mit den Ventrikeln communicirten. Der rechte Defect nahm einen grossen Theil der hintern Hemisphärenhälfte ein, der linke war weniger umfangreich. Ein dritter kleiner narbiger Defect befand sich zwischen vorderer Centralwindung und dritter Stirnwindung links und stellte eine kurze, tiefe Spalte dar. Die Windungen gruppirten sich radienartig um ihn herum. Beiderseits fehlte der Klappdeckel, die Centralfurchen waren sehr kurz, die Inseln lagen frei vor. Mikroskopisch war im Rückenmark, den peripherischen Nerven und den Muskeln nichts Besonderes.

Ein fötaler Destructionsprocess, eine anämische Nekrose des Hirnmantels, hat nach Ansicht des Vortragenden zur Bildung der zwei symmetrischen, porusartigen Defecte und des dritten narbigen Defectes geführt und indirect eine Entwicklungshemmung der übrigen Hirnanlage bedingt. Die Ursache des pathologischen Processes lag vielleicht in der Blutarmuth der Mutter während der Schwangerschaft.

Der psychische Zustand des Knaben wird durch die mangelhafte Ausbildung der Grosshirnhemisphären erklärt. Zur Erklärung der beobachteten Erscheinungen von Seiten der Motilität wird man auf die Beeinträchtigung der Centralwindungen und der Scheitellappen durch die in ihrer Nähe abgelaufenen Destructionsprocesse recurriren dürfen. Klinisch erinnert die bei willkürlichen Bewegungen auftretende Starre und das Vorspringen der betreffenden Muskelwülste einigermaassen an die Muskelstarre bei Thomsen'scher Krankheit. —

XII. Dreizehnter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

Vierter Sitzungstag Sonnabend den 19. April 1884.

Morgensitzung im Amphitheater der königl. chirurg. Universitätsklinik Ziegelstrasse 5/9 10—1 Uhr.

(Fortsetzung aus No. 24.)

Hr. Partsch (Breslau) berichtet aus der Breslauer chirurg. Klinik über die Endresultate Ogston'scher Operationen mit Demonstration von 4 Patienten. Seit 1878 ist von Hrn. Prof. Fischer 23 Mal der Ogston ausgeführt worden, 11 Mal doppelseitig, 12 Mal einseitig. Die Patienten standen im Alter von 15—29 Jahren, es waren 9 Bäcker, 5 Schmiede, 5 Schlosser, 2 Tischler, 1 Steinhauer, 1 Dienstmädchen. Stets handelte es sich um Patienten, die an Genu valg. habitual litten, nie war Rhachitis vorausgegangen. Die Technik wurde stets nach der Vorschrift des Erfinders executirt, nur wurde, um eine Erhitzung der Säge zu vermeiden, ein Strahl kalten Carbolwassers über das Instrument geleitet. Stets wurde der Spray weggelassen, worin ja die Breslauer Klinik als erste voranging. Der Hautstich war stets möglichst klein, man suchte mit wenig Instrumenten auszukommen. Zwei Mal bei den ältern Fällen brach die Säge ab. 1 Mal gelang es das Bruchstück zu extrahiren, ein andermal heilte es als aseptischer Körper in die Wunde schadlos ein. — Kein Patient ging zu Grunde; nur einmal wurde eine Temperatur bis 39° beobachtet; sonst stieg höchstens die Temp. auf 38,5 und war des Morgens normal. Sonderbar war in 2 Fällen reflectorische Blasenlähmung. Stets traten Schmerzen nach der Operation auf, hielten aber höchstens 2—3 Tage an und wichen kleinen Morphiumgaben. Dauerten sie längere Zeit, so war die Ursache im Verbande zu suchen. Als Verband hat sich am besten das Bandagiren des Beines an eine gut gepolsterte Aussenschiene erwiesen, an welche das Knie mit Touren aus einem elastischen Material (Barchent) herangezogen wurde. 2 Mal wurde Drucklähmung des Peroneus beobachtet, die durch Faradisation heilte. Der Verband wurde fast in allen Fällen erst in der 3ten Woche gewechselt, als die Wunde vollkommen geschlossen war: 1 Mal war wegen eines wandernden Sublimatexanthems ein früherer Wechsel nöthig. Nach Abnahme des Verbandes bestand noch ein leichtes Genu valgum, das alsdann corrigirt wurde. Schon in der 4ten Woche mussten die Patienten zuerst kleine Bewegungen des Kniegelenks im Bett ausführen, die sehr schmerzhaft waren; in der 5—6ten Woche wurden sie zum Gehen veranlasst. Die Behandlungszeit belief sich auf 8—12 Wochen. Was die Endresultate — die über 3 Jahre alt sind — betrifft, so ist über 9 Fälle zu berichten. Bis April 1881 sind 14 Patienten operirt; von 5 Fällen war keine Nachricht zu bekommen: jedoch war 1 davon zum Militär ausgehoben. Von 4 andern hatten 2 ein geringes Genu valgum zurückbehalten, 2 andre erklärten vollkommen gesund zu sein. Die 4 vorgestellten Resultate zeigen durchaus normale Gelenke; 1 junger Mann präsentirt sich in der Uniform eines Infanteristen. In keinem der Fälle sind Wachsthumsstörungen beobachtet worden. Die Patienten sind nach der Operation sichtbar gewachsen. Somit hält also Hr. Partsch die Einwürfe gegen die Operation, die für später von Hrn. Thiersch u. A. gefürchteten Nachtheile für nicht vollkommen motivirt und beruft sich auf seine Reihe von Fällen, die nunmehr Jahre lang beobachtet sind.

In der Discussion ergriff zunächt Hr. Volkmann das Wort; er erkennt das ganz ausgezeichnete orthopädische Resultat der vorgestellten Fälle an, aber das lasse sich auch auf leichterem Wege erreichen. Die Ogston'sche Operation habe für ihn nur noch einen historischen Werth. Es wird dem Historiker einer spätern Zeit als wunderbar vorkommen, dass wenige Jahre nach 1870, wo Lochschüsse des Kniegelenks als Indication der Amputation galten, wir kühn im Dunkeln des Kniegelenks sägen durften. Die Ogston'sche Operation habe eine eminente Bedeutung für den Werth des antiseptischen Verfahrens. „Aber selbst hundert glückliche Fälle hintereinander ändern an meiner Ansicht gar nichts; der nächste unglückliche Fall spricht absolut gegen die Operation. Besonders jetzt, wo viele Leute anfangen Chirurgie zu treiben, darf ein Fehler, den ein Anfänger macht, nicht gradezu verhängnissvoll für den Patient werden. Bei einer Eiterung ausserhalb des Gelenkes ist er nicht verloren. Die Ogston'sche Operation ist eine chirurgische Seiltänzerei, wie ich schon einmal bemerkte; aber wer vom Seile fallen kann, ist der Patient. Und dass Patienten daran gestorben sind, ist doch wiederholt vorgekommen. Aber auch andere Einwürfe bestehen. In einzelnen Fällen sei der Condyl. intern. nicht angeheilt. Auch die nachträgliche Arthritis deformans sei keine vage Vermuthung; selbst wenn ein abgebrochener Condylus anheilt, kommen nach Jahren solche Veränderungen. Selbst hier in den schönen Fällen finde ich die Gelenke noch ein klein wenig wacklig, dann knarren sie noch ein bischen; — Alles in Allem, ich halte die Operation für unnöthig. Ich operire mit vielen, wohl den meisten ausserhalb des Gelenks nach Mac Even. Sollte das wirklich einmal missglücken, so bliebe als ultimum refugium die Resection übrig."

Herr Partsch fragt Herrn Volkmann, ob denn die Osteotomie ausserhalb des Gelenks ohne Gefahr sei: in Halle sei in einem Falle danach Gangrän eingetreten, welche die Amput. femoris nothwendig gemacht habe.

Herr Volkmann erwidert, dass es sich bei den erwähnten Patienten um ein Genu valgum nach schwerer Arthritis deform. gehandelt habe, dessen zu forcirte Streckung Gefässverletzung und Gangrän des Fusses herbeigeführt habe. Heute strecke er das Bein nicht mehr gleich nach der Operation, sondern lege den Verband, wenn nach der Osteotomie die Gradrichtung noch schwierig sei, Anfangs in mässiger Genu valgum-Stellung an; erst nach Heilung der Weichtheilwunde mache er die vollständige Geraderichtung.

Herr Lange (New-York) hat bei einer Pat., an der im Alter von 2—3 Jahren die Ogston'sche Operation ausgeführt war, hochgradige Wachsthumsstörungen und so bedeutende Schlottrigkeit des Kniegelenks beobachtet, dass dasselbe völlig functionslos war.

Herr Mikulicz (Krakau) hält nach Volkmann's vortrefflicher Auseinandersetzung die weitere Discussion für gegenstandslos. Jedoch wolle er doch betonen, dass nach der Ogston'schen Operation die Function oft ganz wesentlich beeinträchtigt ist. 4 gelungene Fälle aus einer grössern Operationsreihe genügen nicht, man müsse das Resultat aller Fälle kennen. Und wenn von 20 Operirten auch nur einer ein steifes Bein behielte, so sei die Operation zu verwerfen, da die extraarticulären Osteotomien das Kniegelenk intact lassen. Beweglichkeitsbeeinträchtigung nach Ogston seien genügend bekannt; von 5 ihm bekannten Fällen sind 2 mit vollkommener Steifheit des Knies geheilt. Der Grad der Beweglichkeitsbeschränkung hänge vom Grade der ursprünglichen Verkrümmung ab; je hochgradiger das Genu valgum, desto stärker die Dislocation des Cond. intern. nach der Ogston'schen Operation desto grösser die Incongruenz der Gelenkflächen des Kniegelenks, desto eingreifender die Störung im Mechanismus dieses Gelenks. Uebrigens sei für die ganze Frage bezeichnend, dass Alexander Ogston selber seine Operation aufgegeben habe.

Herr Partsch erwiedert, dass er keineswegs ausgewählte Fälle vorgestellt habe, sondern dass er bei allen Kranken, von denen er briefliche Nachrichten bekommen habe, günstige Function bestätigt fand.

Herr Eugen Hahn (Berlin) berichtet über fünf von ihm ausgeführte, aber noch nicht veröffentlichte Kehlkopf-Exstirpationen, und zwar 3 totale, (im Alter von 43, 48 und 58 Jahren), von denen 2 starben (bei denen ein Theil des Oesophagus und Lymphdrüsen entfernt werden mussten), einer vor drei Monaten operirt geheilt wurde; und zwei halbseitige Exstirpationen, welche beide geheilt wurden: der eine Fall betraf einen 67jährigen Pat. vor $3^1/_2$ Jahren, der andere einen 54jährigen vor 9 Monaten; beide Fälle sind bisher ohne Recidive. — Von den 3 geheilten trägt der eine, bei dem der ganze Larynx entfernt ist, die Gussenbauer'sche Canüle und macht sich damit gut verständlich; beim Essen vertauscht er das obere Stimmrohr mit einem geschlossenen silbernen Rohre. Die beiden andern Pat. tragen einfache Canülen und weigern sich dieselben definitiv abzulegen, obwohl der laryngoskopische Befund dies zweifellos zu gestatten scheint. Die vorgelegten Präparate beweisen die Nothwendigkeit der Totalexstirpation.

Herr Hahn betont, dass das Verdict beim Londoner Congress nicht zu Recht bestehe; besonders erscheine die halbseitige Kehlkopf-Exstirpation

Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

als ein segensreicher und wenig gefährlicher Eingriff. Von 52 totalen Exstirpationen gingen 24 zu Grunde, von 11 halbseitigen nur 1. Nun scheine bei letzterer das Recidiv auch nicht häufiger und die Function eine sehr sehr gute; in den meisten Fällen konnte die Canüle fortgelassen werden. — Was die Technik betrifft, so bediente sich Herr Hahn der Michael-schen Tamponade, die Laryngofission wurde erst gemacht und dann je nachdem, der halbe oder ganze Kehlkopf entfernt. Herr Boecker assistirte bei allen Operationen.

Im Anschluss an diese eindrucksvollen Mittheilungen stellte Hr. Max Schede (Hamburg) einen Patienten (Zahnarzt) vor, dem er vor 18. Monaten wegen eines infiltrirten Cancroids den halben Larynx entfernt hatte. Die Epiglottis wurde geschont. Die Trachea wurde durch die Michael'sche Tamponkanüle gegen das Eindringen von Wundsecret gesichert. Nach 14 Tagen konnte Patient schlucken. Eine einfache Ventil Kanüle ermöglichte sehr bald die Sprache; auch diese konnte nach 3/4 Jahren entfernt werden. Das Endresultat ist vorzüglich. Patient spricht mit lauter, wenig belegter Stimme und geht seinen Beruf nach; laryngoskopisch hat sich dem erhaltenen linken Stimmbande gegenüber durch Narbencontraction eine horizontale unbewegliche Schleimhautfalte gebildet, gegen welche sich das linke Stimmband bewegt. — Hr. Schede betont, wie sehr sich seit dem Londoner Congress die Resultate gebessert hätten. Daselbst gab Foulis eine Statistik von 32 Fällen (darunter 25 wegen Krebs), von denen 16 innerhalb der ersten 14 Tage starben. Nur 3 lebten z. Z. des Congresses. Noch schlechtere Ziffern brachte Solis Cohen. Die Operationen nach dem Congresse sind 32 Totalexstirpationen, von denen nur 8 an den Folgen der Operation starben, 6 an Recidiven in dem nächsten Jahr; 3 starben ohne Recidiv; 15 lebten ohne Recidiv und zwar waren seit der Operation verflossen: 2 Mal 2 Jahre (Hahn, Gussenbauer), 1 Mal 21 Monate (Gussenbauer), 1 Mal 18 Monate (Thiersch), 1 Mal 16 Monate (Kocher), 1 Mal 11 Monate (Winiwarter), 1 Mal 8 Monate (Whitehead), 1 Mal 6 Monate (Gussenbauer), 1 Mal 1—3 (Bergmann, Kocher, Maydl, Ruggi, Mac Leod, Lücke).

Durch die heutigen Demonstrationen sei aber auch der von gewichtigen Männern proclamirte Grundsatz: man solle stets den ganzen Larynx exstirpiren, völlig wiederlegt; die halbseitige Exstirpation sei nicht nur erheblich weniger gefährlich, sondern auch im Stande dauernde Heilungen zu erzielen. Die Schonung einer gesunden Kehlkopfhälfte sei nach den vorgestellten Fällen, zu denen sich der des Herrn Küster geselle, unabweisbare Pflicht.

Hr. Küster stellte ebenfalls einen Fall von halbseitiger Kehlkopfexstirpation vor; es handelte sich um ein Sarkom des einen Stimmbandes, das wiederholt endolaryngeal operirt worden war. Hr. K. machte zunächst die Exstirpation des Stimmbandes, musste aber wegen eintretenden Recidivs zur halbseitigen Kehlkopfexstirpation sich entschliessen. Der 50jährige College spricht etwas rauher als der Schede'sche Patient, sonst aber deutlich. Ausserdem hat Hr. Küster 3 Mal den Larynx exstirpirt, 1 Fall ging zu Grunde.

Hr. Schede betont schliesslich, dass unter den in der Literatur mitgetheilten Fällen von totaler Entfernung sich einige befinden, bei denen die halbseitige Operation genügt hätte. Die werthvolle Debatte hat hoffentlich der Kehlkopfexstirpation wieder zu der ihr gebührenden Stellung verholfen. Grade deutschem Fleisse ist es zu danken, dass dieser Fortschritt nicht wieder wegkritisirt wird. Ein wesentliches Verdienst um die Nachbehandlung hat Hr. Michael (Hamburg) durch Angabe seiner Tamponkanülen. Pauly (Posen).

(Schluss folgt.)

XIII. Journal-Revue.

Innere Medicin.

3.

Dr. Joseph Thomayer. Beitrag zur Diagnose der tuberculösen und carcinomatösen Erkrankung des Bauchfells. (Zeitschrift für klinische Medicin, Band 7. Heft 4.)

An der Hand von 5 Fällen von Carcinose und 3 Fällen von Tuberculose des Peritoneums mit mehr oder weniger reichlichem Ascites, von denen die Mehrzahl zur Obduction gelangte, weist Verfasser auf die eigenthümliche Erscheinung hin, dass bei der Percussion des Abdomens anstatt des halbmondförmigen, gedämpften Bezirkes, der sich bei gewöhnlichem Ascites über dem mit Flüssigkeit gefüllten Raume vorfindet, sich in allen Beobachtungen der tympanitische Darmschall vorwiegend über der rechten, der dumpfe Flüssigkeitsschall vorwiegend über der linken Unterleibshälfte vorfand. Er führt dies nach Rokitansky darauf zurück, dass bei der diesen Processen eigenthümlichen Schrumpfung des Mesenterium, welches ja rechterseits entspringt, der Dünndarm nach rechts herübergezogen wird. Die Verhältnisse werden umgekehrt, d. h. der tympanitische Schall findet sich hauptsächlich links, wenn ein Knäuel von Dünndarmschlingen an die linke Bauchhälfte angelöthet wird. Rosenbach - Breslau.

M. Bernhardt. Ein Beitrag zur Lehre vom Kopftetanus (Tetanus hydrophobicus Rose). (Zeitschrift für klinische Medicin, Band 7. Heft 4.)

K. gelangt auf Grund einer eigenen Beobachtung bei einem 32-jährigen Manne, dem eine Dermoidgeschwulst am linken Arcus supraorb. exstirpirt worden war und nach sorgfältiger Analyse der in der Literatur vorhandenen ähnlichen Beobachtungen zu folgenden Schlusssätzen: 1) Nicht alle derartigen Fälle endigen mit dem Tode. 2) Der Name Tetanus hydrophobicus ist nicht für alle Fälle geeignet, da Schlundkrämpfe fehlen können. 3) Die vollkommene mit dem Sitz der Wunde gleichseitige Facialislähmung ist ein bemerkenswerthes Characteristicum aller derartigen Beobachtungen, sodass sich die Bezeichnung der Krankheit als „Kopftetanus mit gleichseitiger, dem Sitz der Wunde entsprechender Facialislähmung" vielleicht empfehlen dürfte.

Rosenbach-Breslau.

Ein Fall von Icterus catarrhalis mit letalem Ausgang von J. Toelg und Dr. E. Neusser. (Zeitschrift für klinische Medicin Band 7, Heft 4.)

Das Interesse des Falls beruht darauf, dass nach relativ kurzer Dauer der Krankheit (circa 7 Wochen) ohne weitere Complication von Seiten lebenswichtiger Organe ohne Cerebralsymptome unter den Erscheinungen der hämorrhagischen Diathese der Tod eintrat.

R. Pel, zur Differentialdiagnose zwischen Pneumonie und Pleuritis nebst Bemerkungen über den Werth der Probepunction (Zeitschrift für klinische Medicin, Band 7, Heft 4).

An der Hand von Krankengeschichten erörtert Verf. die Schwierigkeiten, die sich einer richtigen Diagnose bei Complication einer Lungenentzündung mit einem pleuralen Ergusse, bei Verstopfung oder Compression der Bronchialzweige, bei Verdickungen und Schwartenbildung des Brustfells, bei ausgebreiteter Verwachsung der relaxirten oder luftleeren Lunge an der Wirbelsäule entgegenstellen und spricht die Ansicht aus, dass bei der Probepunction nur das positive Resultat eine entscheidende Bedeutung hat.

Th. Hering, Ueber Pharynxmykosis leptotricia. Verf. bespricht die klinischen und pathologisch-anatomischen Resultate seiner Untersuchungen, die sich auf 6 Fälle erstrecken, und plaidirt, da die Ausrottung der einzelnen Heerde mit Hakenpincette und Galvanokauter eine sehr langwierige ist, für die Exstirpation der Mandeln in schwereren Fällen. Rosenbach-Breslau.

C. Gerhard, Ueber Intermittensimpfungen. (Zeitschrift für klinische Medicin, Band 7. Heft 4.) Nach dem Vorgange von Cuboni und Macchiafava, die an Hunden und Dochmann, der an Menschen derartige Impfungen anstellte, hat Gerhard die Ueberimpfung des Blutes von Intermittenskranken unter den möglichsten Cautelen vorgenommen und ist zu folgenden Resultaten gelangt (in 2 Fällen:

1) Die Fieberursache ist mittelst des im Anfalle entnommenen Blutes überimpfbar.

2) Die durch solche Blutimpfung erzeugte Intermittens unterscheidet sich von der auf gewöhnliche Weise entstandenen durch unregelmässigeren Verlauf.

3) Nach einer Anzahl einzelner oder gruppenweiser Anfälle entwickelte sich ein Mal am 12., das andere Mal am 25. Tage eine ziemlich regelmässige Quotidiana, entsprechend dem Fiebertypus der Impfquelle.

4) Die Intensität der Erkrankung wurde in beiden Fällen — in einem am 19. Tage durch die Fieberhöhe von 41,1, im anderen am 28. Tage durch 24stündige Fieberdauer — eine so bedeutende, dass der Versuch durch eine tüchtige Chinindose beendet werden musste.

5) Die Anfälle traten mit wenigen Ausnahmen bei beiden Versuchspersonen zur Stunde der Einimpfung — Nachmittags 3 Uhr — ein, oder erreichten um diese Zeit ihre Akme.

6) Die Incubationsdauer war schwer zu bestimmen, wegen der anfänglichen vereinzelten Anfälle, jedenfalls in beiden Fällen ungleich und liesse sich nur mit Gewalt dem früher öfter beobachteten Wochentypus anbequemen. Die erste Fieberbewegung fand in dem einen Falle am 7., im anderen am 12. Tage statt, die schwere Reihe der Fieberanfälle begann in einem am 17., im anderen am 25. Tage.

Rosenbach-Breslau.

Joseph Fischl; zur Kenntniss der Nierenaffection bei der Diphtherie (Zeitschrift für klinische Medicin; Band 7. Heft 5) giebt die ausführlichen, im Original nachzulesenden makro- und mikroskopischen Untersuchungsresultate, welche er bei 10 Sectionen von am Diphtherie verstorbenen Kindern gefunden hat und spricht die Ansicht aus, dass für die Mehrzahl der beschriebenen Nieren der Name Nephritis ganz am Platze sei, da sie nicht nur parenchymatöse, sondern auch die interstitiellen Veränderungen einer Nierenentzündung zeigten.

W. Kochs. Ueber eine neue Bestimmungsweise der Grösse der Residualluft beim lebenden Menschen. (Zeitschrift für klinische Medicin; Band 7. Heft 5.)

Vermittelst einer von Pflüger erdachten, auf dem Mariotte'schen Gesetze basirenden, die Messung mit Gas gefüllter Hohlräume ermöglichenden Methode, die auch für die Volumbestimmung der Luft in den Lungen des lebenden Menschen angewendet werden kann, hat

Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Verf. die Grösse der Residualluft beim Erwachsenen im Mittel auf 500 Cbcm. (in minimo 480, in maximo 660 Cbcm.) bestimmt.

Rosenbach-Breslau.

Petri. Diazobenzolsulfosäure als Reagens in der klinischen Chemie. (Zeitschrift für klinische Medicin; Band 7, Heft 5.) Aus den Resultaten dieser sehr eingehenden Arbeit heben wir nur diejenigen Punkte hervor, die in practisch diagnostischer Beziehung Wichtigkeit haben: 1) Von den intensiven Farbereactionen, welche die erwähnte Säure in alkalischer Lösung mit mehreren im normalen, wie im pathologischen Urin nachgewiesenen Substanzen giebt, sind bemerkenswerth a) die von Ehrlich entdeckte rothe Reaction mit nachheriger Ausscheidung eines grünen Bodensatzes, die noch nicht mit Sicherheit auf einen bestimmten Körper zurückzuführen ist, b) die von Penzoldt und Petri beschriebene Zuckerreaction, c) die von Petri angegebene rothgelbe Peptonreaction; die gebildeten Farbstoffe zeigen spektroskopisch ein ganz verschiedenes Verhalten; es kann aber bei Flüssigkeiten, die weniger als 0,1 Proc. Zucker enthalten, sowie bei Anwendung fixer Alkalien eine Verwechslung der Reaction sub a u. b. stattfinden; ebenso kann vorhandenes Pepton die Deutlichkeit der Probe a beeinflussen. 2) Es ist zweckmässig stärkere, als 0,03 procentige Diazolösungen anzuwenden; doch muss der Gehalt des Reagens an der Säure bekannt sein, ebenso der Concentrationsgrad des zu prüfenden frischen sauren Harns. 3) Die Ehrlich'sche Reaction tritt im Harn von Gesunden nie in der Concentration auf, wie bei Kranken; sie ist für die Prognose und Diagnose der Lungenschwindsucht bisher noch nicht zu verwenden. Rosenbach-Breslau.

E. Leyden. Ueber die Sclerose der Coronar-Arterien und die davon abhängigen Krankheitszustände. (Zeitschrift für klinische Medicin; Band 7. Heft 5.) Da von dieser umfangreichsn Arbeit der Schluss noch nicht vorliegt, so kann ein Referat erst nach Vollendung derselben gegeben werden.

W. Lublinski. Ueber die Distanzgeräusche bei Herzfehlern. (Zeitschrift für klinische Medicin; Band 7. Heft 5) Verf. theilt 3 Fälle von solchen Geräuschen mit; in der einen Beobachtung bestand eine Aorteninsufficienz mit diastolischem, in der Entfernung von $^1/_2$ Meter vom Kranken wahrnehmbarem, lautem, singenden Geräusch, in der anderen handelte es sich um ein sägendes, systolisches auf circa $^3/_4$ Meter fortgeleitetes Phänomen bei Stenose und Insufficienz der Aorta; in einem 3. Falle (v. Stenose des Ostium pulmonale) wurde ein systolisches Geräusch von eigenthümlichem, juchendem Timbre auf circa 10—15 cm. Distance vom Kranken wahrgenommen. Im Anschluss an die Fälle bespricht Verfasser den Entstehungsmodus dieser Geräusche, sowie die Prognose und Therapie der zur Production solcher, überaus lauter acustischer Erscheinungen Veranlassung gebenden schweren Herzaffectionen. (Vgl. dazu den in der Wiener Klinik 1884 No. 3 enthaltenen Vortrag des Referenten über musikalische Herzgeräusche.)

Rosenbach-Breslau.

Kinderkrankheiten.

4.

Perniciöse Anämie bei Kindern. Von Prof. Adolf Kjellberg in Stockholm. Archiv für Kinderheilkunde Bd. 5 und 6. 1884.

Der von Biermer zuerst genauer studirte und beschriebene Symptomencomplex der progressiven, perniciösen Anämie ist bisher fast ausschliesslich bei Erwachsenen beobachtet worden. Nur Quincke, (Volkmann, Sonnenburg klin. Vorträge No. 100. 1876) hat einen Fall bei einem 11jährigen Mädchen beobachtet, das mit kurzen Unterbrechungen an hochgradiger Schwäche, Fieber, Anämie, Herzgeräuschen, Pulsationen der Jugularvenen, Diarrhöen, Retinalblutungen etc. litt und unter den charakteristischen Erscheinungen der perniciösen Anämie zu Grunde gegangen war. Diesem in der pädiatrischen Literatur einzig dastehenden Falle reiht K. einen neuen an, der einen fünfjährigen Knaben betrifft. Der Knabe, bis März 1883 gesund, wird den 9. April 1883 in das Kinderkrankenhaus zu Stockholm aufgenommen, und klagt über Kopfschmerz und grosse allgemeine Körperschwäche. In der Nacht fiebert der Kranke, schreit öfters auf, bekommt in den Gesichtsmuskeln Zuckungen und klagt öfters über Bauchschmerzen. Der Knabe ist ausserordentlich blass, hat grosse Dyspnöe bei Körperbewegungen und empfindet ganz besonders grosse Mattigkeit in Händen und Beinen. Am 4. Krankheitstage bekam Patient einen Anfall von Bewusstlosigkeit verbunden mit Nackenstarre, stierem Blicke und Cyanose der Lippen. Obwohl Patient von noch ziemlich guter Körperfülle und gutem Appetit, geht der Körperverfall innerhalb der nächsten 6 Tage rapide vor sich. Es treten Fieber, Erbrechen, Retinalblutungen, Hautblutungen, unregelmässiger Puls und starke Herzgeräusche auf, und unter den Erscheinungen hochgradiger Schwäche stirbt der Kranke am 18. April, also 9 Tage nach der Aufnahme ins Spital. Das Blut, durch Nadelstich einer Fingerspitze entnommen, stellt sich als eine kaum gefärbte, seröse Flüssigkeit dar, die allmählich roth gestreift und nach und nach erst blutfarbig wird. Die totale Menge der Blutkörperchen ergab am letzten Krankheitstage 571,000 auf 1 cm im Durchschnitt von 30 Berechnungen. — Die Section am 19. April vorgenommen ergiebt: Wachsähnliche gelbblasse Hautfarbe, normales Grosshirn, Blutungen im Kleinhirn, Ecchymosen in Pleura und Pericard, Blutungen im Lungenparenchym, hochgradige Verfettungen in Herz und Nieren, sehr blasse Intima der Aorta und Blutungen ins grosse Netz. Der hier geschilderte Krankheitsverlauf, sowie der Obductionsbefund, zeigen ein sehr ausgeprägtes Bild jener Krankheitsform, welche Biermer progressive, perniciöse Anämie benannt hat, denn es mangelt an keinem für die Krankheit charakteristischen Symptom. Der von K. beobachtete Fall und der von Quincke ergänzen sich insofern, als letztere einen sehr protrahirten, der erstere einen sehr rapiden Verlauf zeigte. Beide Fälle beweisen, dass die Krankheit im Kindesalter unter demselben Bilde wie bei Erwachsenen erscheint und dieselbe ungünstige Prognose giebt. — Hinsichtlich der Aetiologie giebt der Fall gar keine Aufklärung. kümmerliche Lebensverhältnisse, schlechte Nahrung und Wohnung können hier nicht in Betracht kommen, da der Knabe in ziemlich guten Verhältnissen gelebt hatte. Warfunge (Nord. Med. Archiv Bd. XV. No. 5) betont in seiner Arbeit die zwischen Leukämie, Pseudoleukämie und perniciöser Anämie bestehende grosse Uebereinstimmung und vindicirt ihnen einen gemeinsamen Ursprung, der in einer Infection zu suchen ist. Diese Ansicht ist auch K. geneigt zu acceptiren. Bezüglich der Behandlung wurde auch in diesem Falle, wie in letzterer Zeit häufig, Arsenik (3 mal täglich 3 Tropfen Liqu. Kali arsenicosi) angewandt, jedoch ohne jeden Erfolg.

(Silbermann—Breslau.)

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

9.

Hughlings-Jackson: Localised convulsions from tumour of the brain. (Brain XIX. 364.)

12 Jahre lang bestehende Convulsionen ausgehend meist vom rechten Fuss. Section ergiebt Tumor der linken Grosshirn-Hemisphäre.

Der Fall ist in Kürze folgender: Im October 1872 wurde der 30jährige Patient zum 1. Mal aufgenommen, er hatte seit 2 Jahren 2—3 Mal wöchentlich Anfälle von krampfhaften Zuckungen, die in der rechten grossen Zehe begannen und dann die Musculatur des ganzen Beines ergriffen. Ausser diesen leichten Anfällen traten auch schwerere auf, bei denen die Zuckungen auch den rechten Arm ergriffen, zuweilen auch die Mundmusculatur, und wobei es auch zu Bewusstseinsverlust kam.

1875 zweite Hospitalaufnahme. Lähmungen fehlten, doch war die rechte Körperhälfte nach den Anfällen schwächer und trat der Bewusstseinsverlust häufiger auf. Zuweilen zeigte sich leichte Mitbetheiligung des linken Beines, ab und zu wurde Aphasie beobachtet. Im Herbst 1875 trat eine grössere Pause der Anfälle ein.

Am 28. Januar 1882 dritte Aufnahme. Rechtsseitige Hemiplegie. Seltenere Krampfanfälle; nicht immer Bewusstlosigkeit, aber stets im Beginn Aphasie. Sehnenreflexe der rechten Seite verstärkt. Die Hemiplegie war plötzlich aufgetreten, Patient war damit erwacht am Morgen des 27. Januar. Am 30. Januar geht er an rechtsseitiger Pneumonie zu Grunde.

Autopsie: Meningen normal, nur am oberen Ende der linken Centralfurche eine kleine Blutung zwischen Pia und Dura. Gehirnoberfläche normal sich darbietend, nur auf der linken Hemisphäre zeigt sich die hintere Hälfte der oberen Stirnwindung und die obere Hälfte der vorderen Centralwindung erkrankt; es ist eine grössere und viele kleinere Hämorrhagien vorhanden. Die Oberfläche ist uneben. Begrenzt wurde die Stelle nach hinten durch die Centralfurche, nach aussen durch die obere Stirnfurche und reichte nach unten bis zur Fissura calloso-marginalis. — Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Gliom. Schuchardt-Bonn.

XIV. Kleinere medicinische Mittheilungen aus Schweden von Dr. Buch-Helsingfors I.

Beim Sabbathsbergs Krankenhaus in Stockholm ist seit diesem Jahre eine Schule für Krankenwärterinnen eingerichtet. Die Schülerinnen wohnen unter Leitung einer Hausmutter zusammen in einem Asyl, dicht beim Krankenhause und bezahlen beim Eintritt 150 Kronen wogegen sie Alles frei haben, jedoch sich verpflichten der Anstalt 3 Jahre gegen Lohn zu dienen. Erweist eine Schülerin sich nach dem Eintritt unfähig, oder will sie nicht den Cursus schliessen, so erhält sie 100 Kronen zurück (Eira No. 7). — Die Stadtverordnetenversammlung von Göteborg (Schweden) hat den Aerzten für Nachtvisiten bei Armen die Zahlung von 10 Kronen bewilligt, falls der Arzt durch Vermittlung der Polizei hingerufen wird. — Prof. Holmgrén in Upsala sind von der schwedischen Regierung 1000 Kronen zugewiesen, um Controlluntersuchungen über die Farbenblindheit anzustellen. — Dr. G. Ekehorn demonstrirte in der medicinischen Gesellschaft zu Upsala ein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weibliches Skelett mit 13 Paar Rippen. Das überzählige Paar ging vom letzten Halswirbel aus und war vollständig entwickelt. Es inserirte zusammen mit der ersten Brustrippe am Sternum. (Upsala läkareförenings förhandlingar II. 3.) — Eine Krankenwärterin, welche eine Patientin im Lazareth in Helsingborg (Schweden) durch Eingeben von Sublimatlösung im Versehen vergiftet, wurde zu 104 Kronen Strafe verurtheilt. Der Lazareth-arzt, Dr. Naumann wurde freigesprochen. (Eira No. 7).

XV. Dr. Paul Güterbock. VI. und VII. Bericht über die chirurgische Poliklinik, Neuenburgerstrasse 14. Berlin 1884.

Die beiden Berichte beziehen sich auf die Periode vom 1. April 1882 bis 31. März 1884. Die Zahl der zu berücksichtigenden Kranken belief sich im ersten Jahr auf 1546 Neuaufgenommene, im zweiten auf 1771. Eine Tabelle giebt eine interessante Uebersicht über die fortschreitende Frequenz, die der Anstalt Dr. Güterbock's zu Theil geworden ist. Wenn wir nur die ganzen Jahre berücksichtigen, so sind die Neuaufgenommenen von 642 im Jahre 1875 auf 1782 im Jahre 1883 gestiegen. Die Poliklinik befindet sich seit dem 15. Juni 1883 in der Neuenburgerstrasse und zwar in Verbindung mit der daselbst gelegenen stationären Klinik für äussere Krankheiten und dass letztere Verbindung eine äusserst nützliche ist, liegt auf der Hand. In der Zeit vom 1. April 1882 bis 31. März 1883 wurden in die stationäre Klinik 40, im darauffolgenden Jahre 44 Patienten transferirt. Der letzte Monat hat hierin eine Steigerung gebracht, so dass schon der nächste Bericht eine erhebliche Zunahme der hierhergehörigen Ziffern darzuthun im Stande sein dürfte.

Wir freuen uns des günstigen Berichtes und der guten Erfolge einer so zweckmässig human geleiteten auch dem wissenschaftlichen Fortschritt dienenden Anstalt und sind überzeugt, dass dieselben auch in Zukunft nicht ausbleiben werden.

XVI. Eine Cholera(?)-Epidemie in Toulon.

Während der Führer der deutschen Choleracommission zweifellos jetzt und noch während längerer Zeit durch die Feststellung seines Berichtes in Anspruch genommen ist, die Mitglieder der französischen Choleracommission sich über ihre, allerdings ebenso kargen, als unbestimmten Ergebnisse ausgesprochen haben (siehe diese No. S. 409) und auch Herr Eck in Petersburg seine russischen Collegen mit ziemlich seltsamen Mittheilungen erfreut hat, nicht ohne aus ihrem Kreise selbst scharfen Widerspruch zu erfahren (siehe diese No. S. 411), bringen die politischen Zeitungen Nachrichten aus der französischen Hafenstadt Toulon, denenzufolge daselbst eine Epidemie mit choleraähnlichem Charakter ausgebrochen sein soll. Wie gewöhnlich sind die bisher veröffentlichten Berichte widerspruchsvoll und unvollständig. Der choleraartige Charakter der Epidemie scheint aber festzustehen, ebenso ihr plötzliches und sehr intensives Auftreten, worauf auch die Panik hindeutet, welche einen grossen Theil der Bevölkerung ergriffen hat. Die der Regierung nahestehenden französischen Blätter, speciell das von ihr abhängige Telegraphenbureau Agence Havas behaupten, es handle sich nur um Cholera nostras. Andere private Correspondenzen sprechen ausdrücklich von der asiatischen Cholera, die durch ein Transportschiff aus Tongking eingeschleppt sei. Mit irgend welcher Sicherheit festzustellen, um was es sich in Toulon handelt, ist hier in der Ferne unmöglich. Gegen die Annahme einer Cholera nostras spricht der ganze Charakter der Epidemie, soweit sich derselbe aus den spärlichen Nachrichten erkennen lässt, besonders die Intensität und die zahlreichen Todesfälle unter Erwachsenen. Dass andererseits asiatische Cholera eingeschleppt sein kann, indem während der Fahrt der Keim sich durch aufeinanderfolgende Krankheitsfälle vermehrt und daher infectionsfähige Abkömmlinge, der bei der Abfahrt aufgenommenen Keime, in Toulon importirt werden konnten, ist gewiss zweifellos.

Was bis jetzt bezüglich des Verlaufes der Epidemie in Toulon vorliegt, ist nun Folgendes: Am 14. Juni war ein Todesfall vorgekommen, bis zum 22. Abends starben 17 Personen, nämlich 2 am 20., 3 am 21. und 12 am 22., und es ereignete sich einer der Todesfälle im städtischen Gymnasium. Bezüglich der letzteren ist ferner zu bemerken, dass ein Theil derselben das Militär betraf, 7 die Civilbevölkerung. Am 23. sollen 5 Todesfälle und 4 neue Erkrankungen constatirt sein. Andere Nachrichten melden dagegen in Vinle bei Toulon seien 18 Todesfälle vorgekommen. Vom 24. wird berichtet, dass 2 neue Todesfälle und 10 neue Choleraerkrankungen (8 im Militär- und 2 im Civilhospital vorgekommen seien. 23 der bisher überhaupt Erkrankten sind in das Marinehospital eingebracht worden. In der Nacht vom 24. auf den 25. ist dann wieder ein Choleratodesfall vorgekommen.

Die Herren Brouardel und Proust sind seitens der Regierung nach Toulon geschickt worden, um die Epidemie zu studiren und Maassregeln gegen ihre Weiterverbreitung anzuordnen.

Dr. Fauvel soll der Ansicht sein, „dass die in Toulon aufgetretene Cholera nur eine sporadische sei, ähnlich den in den Londoner Docks im vorigen Jahre vorgekommenen „Cholerafällen". Sie sei erzeugt durch die schlechten hygienischen Verhältnisse in Toulon." Strenge Maassregeln sind getroffen, um die Einschleppung der Epidemie nach Marseille zu verhüten.

Keinen Augenblick zweifeln wir an dem guten Willen und der Begabung der beiden Herren, aber das Haupterforderniss, den Charakter der Epidemie festzustellen, fehlt den französischen Epidemiologen, wie der Bericht ihrer Cholera-Commission erweist, noch durchaus, wir meinen die Vertrautheit mit der Koch'schen Methode. Diese gewährt bekanntlich die Möglichkeit, gerade in den ersten und zweifelhaften Fällen zu eruiren, ob Cholera asiatica vorhanden ist oder nicht, indem der Cholerabacillus in dieser Beziehung dieselbe Rolle spielt, wie bei einer anderen Affection der Bacillus tuberculoseos. Die französiche Regierung hätte daher nichts Besseres thun können, als unseren Reichskanzler telegraphisch zu ersuchen, er möge gestatten, dass Herr Koch oder einer seiner Schüler nach Toulon gehe. Es ist für den französischen Nationalstolz natürlich ein solcher Schritt, so begründet er auch sein mag, ganz undenkbar.

Vielleicht wird, wenn auch auf andere Weise, dem dennoch entsprochen werden, denn der deutsche Reichsanzeiger vom 25. Abends enthält nachstehende Mittheilung: „Aus Anlass der Nachrichten über den Ausbruch einer choleraähnlichen Krankheit in Toulon sind von Reichswegen nähere Ermittelungen über die Natur der Krankheit und über die an Ort und Stelle getroffenen sanitären Maassnahmen veranlasst. Gleichzeitig werden für den Fall, dass die Krankheit sich als die asiatische Cholera herausstellen sollte, entsprechende Abwehrmaassregeln deutscherseits vorbereitet."

Trotzdem allen Nachrichten zufolge eine Weiterverbreitung der Epidemie, besonders nach Marseille, bis jetzt nicht stattgefunden hat, so sind doch schon von Italien Schutzmaassregeln in's Werk gesetzt, von Oestreich in's Auge gefasst. Wenn man bedenkt, wie hoch Sperrmaassregeln den Handel und damit den Volkswohlstand belasten, so wird man der Wissenschaft, welche die Mittel darbietet, zwischen einer infectiösen und einer nicht infectiösen Krankheit schon in den ersten Anfangsstadien einer Epidemie zu unterscheiden, wahrlich auch einen hohen wirthschaftlichen Werth nicht absprechen können.

P. B.

XVII. Das Programm des internationalen medicinischen Congresses.

8. Sitzung. Kopenhagen, 10.—16. August 1884.

(Fortsetzung aus No. 25.)

VIII. Die Section für Pädiatrie.

Organisations-Comité: Prof. Hirschsprung, Präsident. Dr. Wichmann, Secretär. Mitglieder: Prof. Brünniche. Dr. Ingerslev. Dr. Schepelern. Prof. Abelin, Stockholm. Prof. Kjellberg, Stockholm.

Vorbereitete Mittheilungen. 1. Ueber die Behandlung chronischer Krankheiten im Kindesalter in den Küstenhospitälern. Dr. Schepelern, Refsnäs, Dänemark. 2. Die normalen Gewichtsverhältnisse während des späteren Kindesalters. Hr. Malling-Hansen, Kopenhagen; Dr. Wahl, Jägerspris, Dänemark. 3. Welche Bedeutung hat die Prophylaxe für die Ophthalmoblennorrhoea neonatorum gehabt? Dr. Sofus Meyer, Kopenhagen. 4. Ueber die Wahl der antiseptischen Wundbehandlungen im Kindesalter. Dr. P. Rupprecht, Dresden. 5. Ueber die Bedeutung der pädiatrischen Poliklinik für die Verbreitung gesunder hygienischer Anschauungen im Volke. Dr. Rauchfuss, St. Petersburg. 6. Nephritis bei Kindern mit besonderer Rücksicht auf das frühe Kindesalter. Prof. Kjellberg, Stockholm. 7. Meningitis tuberculosa im frühesten Kindesalter. Lector Medin, Stockholm. 8. Sind die Erfahrungen der neueren Zeit im Stande gewesen, der sogenannten acuten Rachitis einen bestimmten Platz in der Pathologie anzuweisen? Dr. Rehn, Frankfurt a. M.; Dr. Th. Barlow, London. 9. Ueber die Darminvagination bei Kindern und die scheinbar verschiedene Häufigkeit derselben in verschiedenen Ländern. Prof. Ribbing, Lund; Prof. Hirschsprung, Kopenhagen. 10. Kann mit „Croup" ein bestimmter klinischer Begriff verbunden werden? Dr. Rauchfuss, St. Petersburg. 11. Die Pathologie und Therapie der Sommerdiarrhoen. Dr. A. Baginsky, Berlin.

IX. Die Section für Dermatologie und Syphilis.

Organisations-Comité: Dr. Haslund, Präsident. Dr. Pontoppidan, Secretär. Mitglieder: Prof. R. Bergh. Dr. Borch. Dr. Engelsted. Dr. N. Holm.

Vorbereitete Mittheilungen. 1. Ueber den syphilitischen Ursprung der Tabes dorsalis. Prof. Fournier, Paris. 2. Ueber die Criterien der Heilung von Syphilis. Prof. Köbner, Berlin. 3. Die Behandlung der Syphilis mit mercuriellen Injectionen. Prof. Liebreich, Berlin; Prof. Lewin, Berlin; Prof. Neumann, Wien; Dr. Martineau, Paris. 4. Die Excision der Initialsclerose als abortive Behandlungsmethode. Prof. Pick, Prag; Dr. Jullien, Paris. 5. Die Aetiologie und Pathologie des Aussatzes. Dr. Arm. Hansen, Bergen. 6. Ueber eine neue Systematik in der Hautpathologie. Prof. Schwimmer, Buda-Pest. 7. Die Aetiologie des Lupus vulgaris. Prof. Doutrelepont, Bonn; Prof. Pick, Prag; Dr. Leloir, Paris; Dr. Malcolm Morris, London. 8. Lupus und Tuberculose der Haut. Prof. Kaposi, Wien. 9. Die Pathogenese des blennorrhoischen Rheumatismus. 10. Ueber den Zeitpunkt des Aufhörens der Ansteckungsfähigkeit der Gonorrhoe. Dr. Bockhart, Würzburg. 11. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bedeutung der Mikroorganismen in den früher als nicht-parasitär betrachteten Hautkrankheiten. Dr. Unna, Hamburg.

X. Die Section für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Organisations-Comité: Prof. Steenberg, Präsident. Dr. Friedenreich, Secretär. Mitglieder: Prof. Gädeken. Dr. R. Holm. Prof. C. Lange. Prof. Kjellberg, Upsala.

Vorbereitete Mittheilungen. 1. Statistische Uebersicht der Geisteskrankheiten und der psychiatrischen Institutionen der nordischen Länder. Prof. Steenberg, St. Hans Hospital, Dänemark. 2. Vorschlag zu einer gemeinschaftlichen internationalen Form der Jahresberichte der Irrenanstalten. Dr. O. v. Schwartzer, Buda-Pest. 3. Die Bedeutung der Arbeitscolonien für die Behandlung der Geisteskrankheiten. Director Dr. Paetz, Alt-Scherbitz. 4. Der Einfluss der Schulen auf die geistige Gesundheit der Kinder. Prof. Kjellberg, Upsala. 5. Die Rolle der Syphilis bei der allgemeinen fortschreitenden Parese. Dr. Rohmell, St. Hans Hospital, Dänemark. 6. Die Bedeutung der Körperbewegungen in der psychiatrischen Therapie. Prof. Kjellberg, Upsala. 7. Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. Prof. Obersteiner, Wien. 8. Das sogenannte psychisch-epileptische Aequivalent. Dr. Hallager, Viborg. Dänemark. 9. Die secundären Degenerationen des Rückenmarks. Prof. Pitres, Bordeaux, Dr. Homén, Helsingfors. 10. Die vasomatorischen und trophischen Neurosen. Prof. A. Eulenburg, Berlin. 11. Die Heilbarkeit der Tabes dorsalis. Prof. A. Eulenburg, Berlin. 12. Die anatomischen Veränderungen bei der „Sclérose latérale amyotrophique". Prof. Charcot, Paris, Dr. Friedenreich, Kopenhagen.

(Schluss folgt.)

XVIII. Kleinere Mittheilungen.

Herr Lucanus, der um unser Medicinalwesen und vor Allem auch um die medicinischen Facultäten der preussischen Universitäten hochverdiente Unterstaatssecretär und Director der Medicinal-Abtheilung des Ministeriums für geistliche u. s. w. Angelegenheiten ist von der juristischen Facultät der Universität Göttingen zum Dr. juris und von der medicinischen Facultät der Universität Halle zum Dr. medicinae promovirt worden.

— Universitäten. Leipzig. Nachdem Prof. Schmiedeberg in Strassburg abgelehnt hat, ist nunmehr der Director des pharmacologischen Instituts in Marburg, Prof. Dr. Rudolf Boehm zum Nachfolger des im März d. J. verstorbenen Geh.-Rath Radius als Professor der Hygiene und Pharmacologie an die hiesige Universität berufen worden. — Breslau. Die kaiserliche Carolinisch-Leopoldinische Akademie der deutschen Naturforscher hat ihre höchste Auszeichnung, die goldene Cothenius-Medaille, für das Jahr 1884 dem Geh. Med.-Rath und Professor der Physiologie an der hiesigen Universität, Dr. Rudolf Heidenhain, „wegen seiner Arbeiten über die Lehre der Secretionen der Drüsen, sowie im Gebiete der Muskelphysiologie, welche von bleibendem Werthe in der Physiologie sind", zuerkannt. — Prag. Wir berichteten in No. 21 dieser W. dass Prof. Aeby-Bern für Prag vorgeschlagen sei. Wir ergänzen diese Mittheilung dahin, dass 1. Schwalbe 2. Aeby 3. Karl Bardeleben vorgeschlagen sind. — Königsberg. Dem Privat-Doc. Oberstabsarzt Dr. Petruschky ist das Prädikat Professor verliehen.

— Geh. R. Dr. R. Koch ist, als der einzige Mediciner, zum Mitgliede des Staatsrathes ernannt worden. Wir freuen uns aufrichtig dieser neuen hohen Auszeichnung, die an erster Stelle natürlich ihm, damit aber auch dem Stande selbst zu Theil geworden ist.

— Wie wir aus den uns vorliegenden Reindrucken ersehen, ist die Herstellung der „Verhandlungen des dritten Congresses für Innere Medicin" unter Leitung des Herrn Geheimrath Professor Dr. E. Leyden und Dr. Emil Pfeiffer soweit vorgeschritten, dass die Ausgabe im Buchhandel binnen Kurzem bevorsteht. Jeder Vortragende oder Theilnehmer an der Discussion hat seinen Antheil vor Druck selbst revidirt, und vielfach ergänzt und durch bezügliche Zusätze und Anmerkungen bereichert: hierdurch werden die Ergebnisse des Congresses an Durchbildung und Vertiefung oft noch wesentlich gewonnen haben. Da es ohne dies nicht die Aufgabe unseres Blattes sein konnte, erschöpfend über jene Verhandlungen zu berichten, so möchten wir auf die Buch-Ausgabe besonders aufmerksam machen. Jedem Mitglied und jedem Theilnehmer wird statutengemäss ein Exemplar unberechnet franco zugesandt werden; für Nicht-Mitglieder und Nicht-Theilnehmer wird dieselbe indess auch im Buchhandel käuflich sein.

— P. B. Vor einigen Tagen hatte Herr Dr. A. Martin die Güte, mehreren Collegen Einsicht in seine neuerbaute Privatanstalt für Frauenkrankheiten, Elsasser Strasse, zu gestatten. Die Besichtigung, an der ausser dem Referenten die Herren Mehlhausen, Koch und Schweigger theilnahmen, ergab, dass das neuerbaute Haus in hygienischer Beziehung allen, auch den weitgehendsten Ansprüchen, sowohl was die Räumlichkeiten als ihre innere Ausstattung anlangt, entspricht. Die Anstalt ist auf einem alten Gartengrundstück erbaut, das nach der Linienstrasse ein altes Gebäude noch trägt. Oestlich stösst das Gebäude an die Königliche Taubstummen-Anstalt, deren Garten mit dem zweiten Hofe der ersteren communicirt. Das Kellergeschoss, welches hauptsächlich der Wirthschaft und der Warmwasser-Heizung dient, ist gegen den Boden hermetisch und undurchlässig abgeschlossen und enthält auch die Badezimmer, was um deswillen möglich ist, da durch einen Fahrstuhl die Verbindung der verschiedenen Etagen miteinander hergestellt wird. Die erste Etage enthält sechs Krankenzimmer I. Classe, zwei Operationsräume, Zimmer des dirigirenden Arztes und Verwaltungsräume, die zweite Etage neun Krankenzimmer, darunter vier I. Classe, zwei II. und drei III. Classe. Die Operationsräume sowie der für die Poliklinik bestimmte Raum besitzen Terrazofussboden. Die Closets öffnen mit grossen Fenstern nach dem Hofe und lassen in keiner Beziehung etwas zu wünschen übrig. — Die Ventilation des Hauses ist zweckmässig der Art eingerichtet, dass die Luft, einem Schacht im Hofe entnommen, über den Caloriferen vorgewärmt und weiter, mit Feuchtigkeit und Desinficientien gesättigt, durch isolirte Schlote nach den drei Etagen, parterre, 1 und 2 Treppen, aus den Corridoren durch weite Oeffnungen in die Heizkörper geleitet wird. Diese haben in der Mitte ein Durchgangsrohr für die Luft, welche hier, durch die Heizkörper erwärmt, ausströmt. Jedes Zimmer besitzt einen eigenen Ventilationsschacht und Fensterklappen und wird pro Bett und Stunde 60 Kubm. frische Luft zugeführt. Die Erleuchtung der Anstalt geschieht durch Gas. Der sehr freundliche Hof wird durch eine Fontaine geziert, die ganz ausserordentlich ausgiebige Wasserversorgung darf besonders hervorgehoben werden.

Historisch bemerken wir, dass Herr A. Martin 1877 eine Poliklinik mit zwei stationären Betten eröffnete, während die Zahl der poliklinischen Patienten jetzt 1400—1500 und die Zahl der Betten 36 beträgt. Die Frequenz der Anstalt kann auf nahezu 400 angegeben werden. Diese trockenen Zahlen und Thatsachen geben natürlich kaum einen Begriff von den Einrichtungen selbst. Wer sich aber mit der Frage der Krankenhäuser eingehender beschäftigt hat und auf diesem Gebiete Erfahrungen besitzt, wird die Martin'sche Anstalt den besten kleineren Krankenhäusern an die Seite stellen.

— Die Einladung zur 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Magdeburg ist uns zugegangen. Wir werden auf das sehr reichhaltige Programm der Sectionssitzungen noch eingehend zurückkommen, für heute begnügen wir uns mit dem Hinweis, dass für die allgemeinen Sitzungen folgende Vorträge angekündigt sind: 1) Herr Prof. Dr. Brauns-Halle: „Die Insel Yeso und ihre Bewohner." 2) Herr Geh. Oberbergrath Huyssen-Halle: „Die Tiefbohrungen im norddeutschen Flachlande." 3) Herr Prof. Dr. Kirchhoff-Halle: „Der Darwinismus in der Völkerentwicklung." 4) Herr Geh. Hofrath Gerh. Rohlfs-Weimar: „Die Bedeutung Afrikas in Beziehung zu Deutschland." 5) Herr Regierungs- und Geh. Medicinal-Rath Dr. Schwartz-Köln: „Die Stellung der Hygiene zur allgemeinen practischen Heilkunde." 6) Herr Geh. Regierungsrath Dr. Robert Koch-Berlin (falls nicht durch Amtsgeschäfte verhindert). Thema vorbehalten.

XIX. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht dem practischen Arzt Dr. med. Heinrich Claussen zu Itzehoe den Charakter als Sanitätsrath, sowie dem practischen Arzt Dr. Grill zu Coennern im Saalkreise den Rothen Adler-Orden vierter Klasse zu verleihen.

Ernennungen: Die seitherigen Privatdocenten Dr. Bernhard Küssner und Dr. med. Max Oberst, beide zu Halle a./S. sowie Dr. Otto Damsch zu Göttingen sind zu ausserordentlichen Professoren in den medicinischen Facultäten der genannten Universitäten, ferner ist der practische Arzt Dr. med. Franz Gustav Rudolf Heynacher zu Marienwerder zum Kreisphysicus des Kreises Rosenberg i./Pr. ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte: Arndt und Dr. Kirchhoff in Königsberg i./Pr., Dr. Koehn in Danzig, Dr. Elsasser in Vilsen, Dr. Toennies in Nordstemmen, Dr. Lescha und Bohland in Bonn.

Verzogen sind: die Aerzte: Bludau von Uderwangen nach Guttstadt, Dr. Borgien von Königsberg i./Pr. nach Braunsberg, Dr. Bramann von Königsberg i./Pr. nach Berlin, Dr. Hilbert von Königsberg i./Pr. nach Tossens (Oldenburg), Stabsarzt Dr. Kroker von Braunsberg nach Allenstein, Ob. Stabsarzt Dr. Noeldechen von Brandenburg a./H. nach Königsberg i./Pr., Dr. Raeuber von Allenberg nach Wien, Dr. Rumpe von Königsberg i./Pr. nach Allenberg, Vanhoeffen von Passenheim nach Friedland a./A., Ass.-Arzt Dr. Wiese von Hagenau nach Königsberg i./Pr., Stabsarzt Dr. Gosebruch von Mainz nach Lyck, Barinowski von Danzig nach Berlin, Ob. Stabsarzt a. D. Dr. Froeling von Danzig nach Bonn, Dr. Grossmann von Schwetz nach Hoch-Stüblau, Grosskopf von Kranichfeld nach Milow, Dr. Besser von Kemberg nach Gr. Wanzleben, Dr. Jacobi von Werben nach Schlieben, Dr. Moeller von Linden nach Hannover, Dr. Lahnsen von Grohnde unbekannt wohin, Dr. Kaatzer Badearzt von Stolzenau nach Bad Rehburg, Dr. Tampke von Trier nach Stolzenau, Schwarz von Ellrich nach Urbach, Dr. Rickmann von Freckenhorst nach Borghorst, Ass.-Arzt Dr. Sommer von Münster als Stabsarzt nach Stargard i./Pom., Dr. Siegfried von Bonn nach Bordesholm, Dr. Schlecht von Münstereifel nach Euskirchen, Dr. Evers von Köln nach Münstereifel und Dr. Quintin von Braunschweig nach Aachen.

Verstorbene: Regierungs- und Medicinal-Rath Dr. Hoogeweg in Münster, Sanitäts-Rath Dr. Benedix in Berlin, Gen.-Arzt a. D. Dr. Britzkow in Bonn und Arzt Homeyer in Loge.

Apotheken Angelegenheit: Der Apotheker Magierski in Parchwitz hat seine Apotheke an den Apotheker Müller verkauft und dafür von dem Apotheker Stroschein dessen Apotheke in Dirschau gekauft. Der Apotheker Pistor hat an Stelle des Apothekers Ritter die Verwaltung der Filialapotheke in Neustadt (Reg.-Bez. Köln) übernommen.

Vacante Stellen: Kreiswundarztstellen der Kreise Schroda, Templin, Zauch-Belzig, Osthavelland und Westpriegnitz.

2. Bayern. (Bayr. Intelligenzblatt).

Ernennungen. Der Director der Kreis-Irrenanstalt bei Deggendorf Dr. Hubert Grashey zum ordentlichen Professor der Psychiatrie und der psychiatrischen Klinik an der medicinischen Facultät zu Würzburg. — Der practische Arzt Dr. Michael Ziegler in Landau in der Pfalz zum Bezirksarzte I. Cl. in Kusel (Pfalz).

Gestorben. Dr. August v. Hauner, Ehrenprofessor, Leibarzt S. k. H. des Prinzen Ludwig von Bayern. — Der quiescirte Bezirksarzt Dr. Max Schreiner in Mallersdorf.

Erledigung. Die Stelle eines Directors der Kreis-Irrenanstalt bei Deggendorf.

Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag № 27. 3. Juli 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Aus der Klinik des Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rath Professor Dr. v. Frerichs.

Ueber die Sulfodiazobenzol-Reaction

von

P. Ehrlich.

Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin am 16. Juni 1884.

Wenn ich, meine Herren, vor Ihnen ein Thema bespreche, über das ich schon vor 2 Jahren berichtet und über welches ich theils selbst, theils in Arbeiten, die unter meiner Leitung hervorgegangen sind, mich des ausführlicheren geäussert habe, so geschieht dies aus dem Grunde, weil die Principien der von mir gefundenen Harnreaction mit Diazobenzolsulfosäure zwar von gewisser Seite bestätigt, von anderer aber auf das lebhafteste angegriffen sind und noch stets angefeindet werden. Es dürfte daher gerechtfertigt sein, wenn ich nochmals auf Grund meiner sich über fast 3 Jahre erstreckenden Erfahrung resumire und hier die Principien der Harnprobe darlege; ich hoffe, dass diese Auseinanderlegung dazu beitragen wird, die Unsicherheit, die durch die lange Discussion bei jedem ferner Stehenden erregt werden musste, zu beseitigen und eine ausgedehnte und unbefangene Nachprüfung meiner Untersuchung zu ermöglichen, die ich im Interesse der Sache auf das dringendste wünsche.

Die Diazobenzolsulfosäure ist, wie es durch meine früheren Arbeiten wohl bekannt, im Stande, mit dem Harn verschiedene Farbenreactionen zu geben und dürfte sich empfehlen, je nachdem die Farbenreactionen schon bei dem Zutritt des sauren Diazoreagens oder erst beim Alkalisiren hervortreten, dieselben in zwei grosse Gruppen zu theilen, nämlich in die der primären und der secundären Farbenreaction.

A. Primäre Farbenreactionen finden sich im Urin in zweierlei Formen, nämlich als primäre Verdunklung und primäre Vergilbung. 1) Die primäre Verdunklung, über die ich schon im „Centralblatt für Klinische Medicin" berichtet habe, tritt im gallenfarbstoffhaltigen Urin zu Tage, und zwar in der Art, dass jeder Tropfen des in den zweckmässig mit Essigsäure stark versetzten Urin einfliessenden Reagens schwärzliche Wolken hervorruft, und schliesslich in ausgeprägten Fällen der Urin eine dunkle ins violett spielende Färbung erhält. Diese Reaction beruht, wie ich gezeigt habe, ausschliesslich auf der Anwesenheit des Bilirubins, da dieses mit Sulfobenzol sich zu einem Farbkörper paart, der in sauren Lösungen violette bis blaue, in alkalischen grüne, in neutralen rothe Färbung zeigt. Die Kenntniss dieser auf Bilirubin hinweisenden Farbenreaction dürfte vielleicht in folgenden Fällen klinische Verwerthung finden und dürfte besonders das Verschwinden der vorher constatirten Reaction bald als ein günstiges, bald als ein ungünstiges Zeichen aufzufassen sein. So weist das Verschwinden der Reaction bei Icterus catarrhalis ohne Weiteres auf Beseitigung des Hindernisses hin, während es bei permanenter Verschliessung der Gallenwege z. B. durch Carcinom auf ein Sinken der Farbstoff bildenden Function der Leber hinweist. An diese Reaction reiht sich die primäre Vergilbung. Dieselbe besteht darin, dass das saure Reagens in dem Urin eine tief dunkelgelbe Färbung, die dem Schaum in ausgeprägten Fällen eine ganz deutliche Orangefärbung verleiht, hervorruft. Zusatz von Ammoniak pflegt in den meisten Fällen die Orangefärbung in eine Schwefelfarbe umzuwandeln. Der die Färbung bedingende Körper scheint ein Gallenfarbstoffderivat zu sein. Es sprechen hierfür folgende Umstände:

1) dass der Körper durch Aether extrahirt werden kann;

2) dass die primär vergilbte Lösung unter gewissen Versuchsbedingungen [durch einen gewissen Ueberschuss von Sulfodiazobenzol] in einen Farbkörper umgewandelt werden kann, der in stark saurer Lösung blau violett mit Fluorescenz, in schwach saurer grün, in schwach alkalischer gelb, in stark alkalischer roth erscheint und der somit an das analoge Farbenspiel des Bilirubin-Derivates erinnert;

3) der Umstand, dass diarrhöische Stühle ausserordentlich häufig die gleiche Reaction zeigen;

4) dass die Fälle, in denen die Harnreaction auftritt, häufig mit leicht icterischer Färbung der Haut einhergehen.

Aus allen diesen Beobachtungen scheint mir hervorzugehen, dass die primäre Vergilbung durch ein Derivat des Bilirubins bedingt sei, und dürfte aus dem Umstand, dass der die Reaction bedingende Stoff auch im Stuhl vorkommen kann, zu schliessen sein, dass es sich hier um ein Reductionsprodukt des Bilirubins handelt. Wir können uns vorstellen, dass es ein intermediäres Produkt zwischen Bilirubin und Hydrobilirubin darstelle, da letzteres keine Reaction mehr giebt. Klinisch findet sich die Reaction bei verschiedenartigen Krankheiten, und habe ich sie gerade in den Fällen, die Gerhardt als Urobilin-Icterus beschrieben, meistens recht stark ausgebildet gefunden. Interessant und klinisch verwerthbar dürfte es sein, dass es fast constant bei Pneumonie vorkommt und zwar meistens zur Zeit der Krise, am häufigsten während derselben.

B. Von secundären Reactionen wäre zunächst zu erwähnen:

1) Das secundäre Eigelb. Dasselbe ist dadurch charakterisirt, dass der Urin sich im Zusatz des Reagens indifferent verhält, durch Ammoniak eine schöne, intensiv gelbe Färbung annimmt, die auf Zusatz von Kalilauge in ein schönes rothorange übergeht. Ansäuerung lässt die Farbe verschwinden, Alkalisirung sie wieder hervortreten. Diese Reaction tritt stets ein, wenn grössere Gaben Tannin oder Gallussäure gebraucht werden, und ist offenbar von einem sauren Benzolderivat abhängig, das sich mit dem Diazobenzol zu einem echten durch Säuren nicht zerstörbaren Farbkörper vom Typus des Oxyazobenzols paart. Tannin, Gallussäure zeigen diese Nüancirung im reinen Zustande nicht, ebensowenig Phloroglocin, Brenzcatechin, Hydrochinon, Resorcin und Orcin.

2) Reaction vom Typus des Traubenzuckerfarbstoffes.

Die grosse Reihe der diese Reaction gebenden Körper zerfällt in zwei Gruppen:

a) in solche, die wie Traubenzucker nur unter Mitwirkung starker Alkalien (Kalilauge)

b) in solche, die wie Aethyldiacetsäure schon mit Ammoniak die rothe Reaction Penzoldt's geben.

Ich habe schon geraumere Zeit in Gemeinschaft mit Herrn Spitthoff die Verbindung von Aethyldiacetsäure und Diazobenzol einer eingehenden Prüfung unterzogen und haben wir gefunden, dass die rothe Färbung durch Zusatz grösserer Mengen starker Salzsäure in ein intensives Rothviolett verwandelt wird; ausserdem dass man aus dieser Lösung den Farbstoff mit Amylalcohol nicht aber mit Chloroform extrahiren kann. Dieses Verhalten gegen Salzsäure, das inzwischen auch bei einer anderen entsprechenden Rothfärbung von Petri gefunden, gestattet leicht, diese Art Rothfärbung von anderen zu unterscheiden.

Ich komme nun zur Beschreibung der dritten Reaction, die mir das grösste klinische Interesse zu bieten scheint. Dieselbe ist ebenfalls eine secundäre und rothe, und halte ich, da das Gelingen der Reaction ausschliesslich von der genauen Befolgung der von mir gegebenen Vorschriften abhängt, es für dringend geboten, noch einmal ganz genau den von mir gewählten Modus procedendi zu schildern. Ich halte 2 Lösungen vorräthig, von denen die eine eine halbprocentige Natriumnitritlösung, die andere eine 20fach verdünnte und mit Sulfanilsäure vollkommen gesättigte Salzsäure ist. 250 ccm der Sulfanilsäure gemischt mit 5 ccm des Nitritgemisches bilden das Reagens. Gleiche Theile Urin und Reagens werden gemischt und sodann auf einmal durch einen Ueberschuss von Ammoniak übersättigt. In dem Urin

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tritt dann eine secundäre rothe Farbe von wechselnder Intensität hervor, welche auch dem Schüttelschaum stets eine deutliche Färbung, die von hellrosa bis zum tiefroth wechseln kann, verleiht. Lässt man die Proben stehen, so bildet sich nach längerer Zeit stets eine dunkle Zone, die, wenn sie frei von Verunreinigung, von einer grünen Farbe ist. Irgend welche Abweichungen von diesem Modus procedendi liefern eben ganz andere Resultate, und werde ich um dieses zu erhärten, die verschiedenen hier in Betracht kommenden Punkte für sich erörtern.

Zunächst werde ich die Menge des Nitrits besprechen, da dieses die Menge des wirksamen Stoffes des Sulfodiazobenzols bestimmt.

Da ich durch das Diazo-Reagens eben die Stoffe finden wollte, die durch eine hervorragende Verwandtschaft zum Diazobenzol gekennzeichnet werden, d. h. schon in sehr dünnen Lösungen mit demselben in Verbindung treten, glaubte ich eine möglichst wenig concentrirte Sulfodiazobenzollösung in Anwendung ziehen zu müssen. Meine Versuche zeigen, dass die gewählte Lösung, die 0,1 Nitrit enthält, dem Zweck entsprechend ist. Noch weiter herunterzugehen ist nicht rathsam, da im Urin Substanzen vorhanden sind, die eine geringe Menge Sulfodiazobenzol anscheinend vernichten, d. h. nicht in Reaction treten lassen. So fand ich mit Herrn Spitthof, dass Urin, der mit 1 pro mille Aethyldiacetsäure versetzt war, grössere Mengen Sulfodiazobenzolsäure zur Erreichung der maximalen Rothfärbung brauchte, als rein wässrige Aethyldiacetsäure. Dem entsprechend kann man sich leicht überzeugen, dass Urine, die mit dem gleichen Volumen Reagens vermengt, eine intensive Rothfärbung ergaben, gar keine Rothfärbung zeigen, wenn nur etwa $^1/_3$ oder $^1/_2$ des gleichen Reagens in Anwendung kommen. Hier möchte ich auch eine Fehlerquelle signalisiren, die wie ich sehe, von den Autoren nicht genügend beobachtet ist, nämlich die Anwendung eines minder procentigen Natriumnitrits. Es haben ja die therapeutischen Versuche der letzten Jahre gezeigt, dass das Natriumnitrit des Handels häufig nur geringe Menge, manchmal sogar nur 30 Proc. des wirksamen Princips enthält, und kann man daher schon durch die Anwendung eines derartig schlechten Präparates zu Resultaten kommen, die von den meinigen abweichen.

Es hat nun Herr Petri in seinem neuesten Aufsatz (Zeitschrift für klin. Medicin. Band 7, Heft 5) behauptet, dass die von mir angegebene Lösung zu dünn sei, und dass es Urine gebe, in denen erst nach Anwendung weit stärkerer Lösungen rothe Reaction zu Tage trete. Es empfehle sich daher, den Urin mit verschiedenen Reagentien zu prüfen, von denen das eine, wie das meinige, 0,1— das zweite 0,5—1,0, das dritte 2,0—2,5 Nitrit enthält. Dementsprechend behauptet Petri, dass in allen Fällen, wo die diluirteste dieser Gemenge, d. h. mein normales Reagens eine deutliche Rothfärbung in Flüssigkeit und Schaum gebe, erst die Anwendung eines stärkeren Reagens das zur Vergleichung brauchbare und benutzte Intensitätsmaximum liefere. Weiterhin soll nach Petri auch die Beobachtung des grünen Niederschlages diesen Verhältnissen entsprechen, d. h. es soll Urine geben, in denen bei stärkerem Reagens Reaction und Niederschlag fehlen, dagegen bei schwächerem Reagens beides hervortritt. Auf diese positiven Angaben hin hat Herr Spitthoff diese Fragen nochmals einer eingehenden und systematischen Prüfung unterzogen, und haben wir bis auf einen unwesentlichen, später zu erwähnenden Nebenumstand in keiner Weise die Behauptungen Petri's bestätigen können. Wir fanden in Uebereinstimmung mit Escherich'schen Angaben, dass concentrirte Diazolösungen mit normalem Harn eine orange bis orangerothe Färbung geben, die leicht von der eigentlichen Reaction unterschieden werden kann, indem sie einen Schaum liefert, der auch nicht eine Spur von Roth erkennen lässt.[1])

Wir erhielten bei unseren sorgfältigen Versuchen rothen Schaum bei den stärkeren Reagentien nur da, wo schon mit dem schwachen Reagens Rothfärbung vorhanden war. Ebenso ging es uns mit dem grünen Niederschlage. Dass in der That Herr Petri dieser Fehlerquelle anheim gefallen, ergiebt sich aus seiner Tabelle, am besten aus No. 1, die wir hier verkürzt wiedergeben.

	Normales Reagens.		10 faches Reagens.		25 faches Reagens.	
	Flüssigkeit.	Schaum.	Flüssigkeit.	Schaum.	Flüssigkeit.	Schaum.
1	gelbroth.	fast weiss.	orange-roth.	gelblich.	roth.	orange.
2	gelb.	gelbweiss.	rothgelb.	Stich ins gelbliche.	roth.	orange.
3	gelb.	weiss.	rothgelb.	gelblich.	roth.	gelb.
4	gelbroth.	weiss-gelblich.	rothgelb.	gelblich.	roth.	orange.
5	gelbroth.	Stich in Rosa.	roth.	rosa-orange.	dunkel-roth.	roth-orange.

Während nun Herr Petri aus dieser Tabelle schliesst, dass in allen diesen Fällen Reaction aufgetreten ist, schliesse ich aus den vorhergegangenen Gründen, dass in allen Fällen mit Ausnahme von 5, der schon primäre Rothfärbung zeigte, Pseudoreaction vorhanden gewesen ist. Einfache Farbenversuche, die jeder leicht nachmachen kann, mit rothen, braunen und orangen Farbstoffen und Gemischen, haben mir gezeigt, dass es bei einiger Concentration ausserordentlich schwer sein kann, die einzelnen Farben bei der blossen Durchsicht auseinanderzuhalten, dass dieses jedoch sehr leicht wird, wenn man Schüttelschaum darstellt. Ich werde übrigens noch später Gelegenheit haben, bei einer anderen leicht zu verificirenden Gelegenheit, die Exactheit der Petri'schen Angaben in das richtige Licht zu stellen.

Es ergiebt sich aus diesen Betrachtungen, dass stärkere Lösungen der Diazosalze 0,5—1,0—2,0—2,5 die Reaction nicht zerstören. Allerdings wird durch die stets eintretende Pseudo-Färbung das Urtheil, ob Reaction vorhanden sei oder nicht, begreiflich sehr schwer, ja es können schwache Reactionen durch das Ueberwiegen der Pseudoreaction leicht verdeckt werden, und empfiehlt sich schon aus diesem Grunde die Anwendung des stärkeren Reagens in keiner Weise.

Weiterhin geben gewisse, im Urin gelegentlich vorkommende Substanzen z. B. Acetessigsäure mit etwas stärkerem Reagens leicht Rothfärbung, nicht aber mit meinen normalen Lösungen, und spricht dieses Moment ebenfalls gegen die Verwerthung starker Lösungen.

Ich komme nun zum 2. Punkt, nämlich dem Säuregehalt des Reagens. In der That ist dieser ebenfalls für das richtige Zustandekommen der Reaction von wesentlicher Bedeutung, und habe ich schon in den Charité-Annalen ausdrücklich betont, dass der Säuregehalt gewissermaassen begünstigend wirke. In der That kann man sich leicht überzeugen, dass schon die Substitution der Salzsäure durch Essigsäure für das Zustandekommen der Reaction ungünstig ist. Es wird ja jeder, der die Eigenschaften der Diazokörper kennt, ich verweise hier auf die neueren Arbeiten von Griess und Liebermann, uns zugestehen, dass es ein grosser Unterschied ist, ob man eine stark mineralsaure oder eine neutrale Lösung des Diazobenzol verwendet. Auch die Menge der Salzsäure, sowie die Sättigung mit Sulfanilsäure scheinen zwar nicht für die secundäre Färbung, aber für das Zustandekommen des grünen Niederschlages von Wichtigkeit zu sein, wenigstens fand ich, dass ein Reagens, das pro Liter 15 ccm Salzsäure und 1,0 Gramm Sulfanilsäure enthält, keinen ordentlichen grünen Niederschlag fallen liess; erst als ich das Gemisch mit Kochsalz durchsetzte, erhielt ich den grünen Niederschlag mit regelmässiger Constanz.

Auch die Art des Alkalisirens ist von Einfluss, und ist zunächst das Ammoniak dem Kali in jeder Beziehung vorzuziehen, trotz der guten Gründe die Penzold dagegen ins Feld führt. Zunächst kommt die Gelbfärbung, die das Ammoniak mit Sulfodiazobenzol macht, bei der Dünnheit der Lösung gar nicht in Betracht. Weit wichtiger ist es, dass Ammoniak mit dem Reactionsurin weit schönere und reinere Färbung von rothem Charakter giebt, während Kalilauge eine schwer zu nüancirende, schmutzig braunrothe Färbung zeigt. Ausserdem giebt Kalilauge an und für sich mit gewissen Stoffen z. B. mit dem Traubenzucker, die unter secundärem Eigelb geschilderten Tanninderivat rothe Färbung, wo Ammoniak dieselbe nicht zeigt. Hieraus folgt der unzweifelhafte Vorzug des Ammoniak vor dem Kali.

Die Art des Alkalisirens ist von Einfluss, indem Reaction dann ausbleibt, wenn man das Gemisch tropfenweise unter stetem Umschütteln zu alkalisiren versucht. Es erklärt sich dieses eigenthümliche Verhalten daraus, dass die rothe Farbe durch einmaliges Ansäuern zerstört wird, und nicht mehr beim Alkalisiren wiederkommt. Aus diesen Angaben wird man ersehen, dass Herr Penzoldt, der bei seinen Verbesserungsversuchen zuletzt neutrale concentrirte Diazolösungen und Kalilauge empfahl, alle schädigenden Momente, die überhaupt in Betracht kommen, in Intuition vereinigte. Ich bezweifle überhaupt, ob Penzoldt, als er seine erste Mittheilung schrieb, jemals eine wahre rothe Reaction gesehen hat, und kann seiner Angabe, dass er zunächst genau nach meiner Vorschrift verfahren wäre, irgend welchen Werth nicht beilegen: hätte er dies gethan, so würde er ebenso wie Escherich und Georgiewski meine Angaben bestätigen können und wäre nicht genöthigt gewesen, unnöthige und schädliche Modificationen einzuführen. Diesen seinen Misserfolg sucht Penzoldt nun damit zu entschuldigen, dass ich die Hauptsache, die geringe Quantität des Nitrits zwar betont, aber nicht ausdrücklich hervorgehoben hätte. Gewiss eine recht schwache Ausrede für jemand, der in so autoritativer Weise, wie Herr Penzoldt dies gethan, die Resultate mühseliger Arbeit angreift, der behauptet, alle Möglichkeiten in Betracht gezogen und den Rath bewährtester Chemiker eingeholt zu haben. Ausserdem

[1]) Spectroscopisch lässt diese Pseudoreaction entsprechend Escherich's Angaben vor der richtigen sich nicht unterscheiden, da keine von beiden ein charakteristisches Spectrum liefert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geben, wie ich noch besonders betonen möchte, auch Lösungen die zwei-, drei- und viermal so stark sind als die meinige, also schon beträchtliche Mengen Nitrit enthalten, immer noch recht gute Resultate, und muss ich meine Behauptung vollkommen aufrecht erhalten, dass Penzold in einem wichtigen Punkte, den zu eruiren ich gar kein Interesse habe, abgewichen sein muss, um zu anderen Resultaten zu gelangen.

Ich gehe nun gleich auf die andern Einwände des Herrn Penzoldt ein, die für seine Art zu arbeiten charakteristisch sind. Aus einer sehr geringen Zahl von Einzelproben, von denen ein Theil mit reiner, ein Theil mit saurer Sulfodiazobenzollösung angestellt, schliesst Penzoldt, dass 2 Körper im Urin vorhanden waren, die „Reaction" geben; der eine von ihnen wurde durch Säure befähigt, der andere verhindert Rothfärbung zu geben. Mit aller Entschiedenheit muss ich mich dagegen verwahren, dass irgend welche Rothfärbungen, die durch Abänderungsversuche erhalten werden, promiscue als Reaction hingestellt werden und so der Glaube erweckt wird, als handle es sich hier um die von mir beschriebene Reaction. Dieses Verfahren Penzoldt's hat eben die grosse Verwirrung in die an und für sich so einfache Sache getragen. Ich habe ja stets in den zahlreichen Arbeiten, die im Laufe der Jahre erschienen sind, nur von sauren Lösungen gesprochen. Ich habe, als ich, Penzoldt's Vorschlag entsprechend, reines Sulfodiazobenzol anwandte, dieses nicht in Wasser, sondern in stark saurem Wasser gelöst (cf. Lövinson) und kommt daher bei meinen Versuchen, eben der zweite von Penzoldt „gefundene" Körper, der durch Säuren verhindert wird, Reaction (?) zu geben, überhaupt nicht in Betracht.

Weiterhin meint Herr Penzoldt, dass die Farbenveränderungen, welche bei der Anwendung der Reaction zu Tage treten, nicht eigentlich qualitative sind, sondern alle möglichen Uebergänge von Gelb bis Roth darstellen und fast constant die Beimischung des gelben Tones der Harnfarbstoffe erkennen lassen. Es scheint mithin Herr Penzold das Roth als eine Art potenzirtes Gelb anzusehen und lässt sich bei einem solchen Standpunkt überhaupt nicht discutiren. Zur Aufhellung des wahren Thatbestandes bemerke ich Folgendes. Dass sich mit der rothen Farbe der eigentlichen Reaction auch gelbe Töne in mehr oder weniger ausgesprochenem Maasse verbinden, kann füglich nicht Wunder nehmen; zunächst wird ja die Eigenfarbe des Urins durch die Reaction nicht zerstört, und dann finden sich im Urin nicht gerade selten Substanzen, die mit dem Reagens intensive Gelbfärbung ergeben: Von den gegenseitigen Verhältnissen der Gelb und Roth liefernden Körper wird es abhängen, ob wir bald ein Orange mit leichtem Stich in's Röthliche oder bald ein reines Roth mit kaum spurweiser Beimischung von Gelb finden. Aehnlich verhält es sich, um ein analoges Beispiel anzuführen, mit den Blüthenfarben von rother und gelber Färbung. Hier sind es zwei Farbstoffe, das Blumengelb und das Blumenroth (Tschirch), welche die Färbung bedingen und durch ihre wechselnde Combination die verschiedenen Farbenabstufungen vom reinen Gelb bis zum prachtvollen Rosen- und Nelkenroth bewirken. Dass zwischen den beiden Grenzfällen alle möglichen Uebergänge existiren, ist selbstverständlich und kann unmöglicher Weise dazu benutzt werden, die qualitativen Unterschiede, die zwischen Blumengelb und Blumenroth liegen, zu verwischen. Ebenso liegt die Sache auch bei der rothen Harnreaction, und dürfte es sich schon aus dem Grunde empfehlen, die verwirrenden Bezeichnungen von Penzoldt, wie Gelbroth, Rothgelb, ganz zu vermeiden und die Intensität der Reaction ausschliesslich nach dem Grade der Röthung als starke, mittlere und schwache auseinander zu halten.

Fernerhin hat Penzoldt den primären Niederschlag von rother Reaction nicht erhalten. Ich sehe denselben nach wie vor constant und kann mittheilen, dass diese Resultate auswärts von höchst competenter Seite bestätigt werden konnten. Ich sehe in diesem Umstande einen Beweis dafür, dass Herr Penzoldt die Technik der Reaction immer noch nicht beherrscht und denke, dass in Bälde sich aufklären wird, auf welcher Seite der Irrthum liegt.

Ich gehe nun, nachdem ich die theoretischen Differenzpunkte zwischen mir und den vorhergenannten Autoren gedeutet habe, noch kurz auf die klinischen Resultate ein.

Bei gesunden Leuten findet sich nie Reaction, und ist mithin das Vorhandensein der Reaction stets ein Zeichen einer Erkrankung. Bei fieberlosen Krankheiten pflegt die Reaction nur ganz ausnahmsweise und nur bei folgenden Krankheitsgruppen aufzutreten:

1) Bei weit vorgeschrittenen Herzfehlern, besonders mit Myocarditis (relativ selten).
2) Bei chronischer Hepatitis häufiger.
3) Bei Carcinom, insbesondere Carcinom des Pylorus (Escherich).
4) In späteren Stadien der Leukämie (relativ häufig).
5) Bei Marasmus senilis.
6) Bei schwerer Malaria-Cachexie.
7) Bei kalten Abscessen.

Wie man sieht, handelt es sich fast insgesammt um chronische Krankheitszustände, bei acut einsetzenden Krankheiten habe ich Reaction nur einmal bei Phosphorvergiftung und einmal bei acutem Magendarmcatarrh gesehen. Uebrigens ist in allen diesen Fällen die Reaction meist nur eine schwache, und sind die oben geschilderten Bedingungen, unter denen sie auch ohne Fieber auftreten kann, ja sehr leicht erkennbar. Findet man ausserhalb dieser Zustände Reaction ohne Fieber, so wird der Verdacht auf Tuberculose dringend nahe liegen.

Die fieberhaften Krankheiten zerfallen gegenüber der Reaction in drei Gruppen, in solche, in denen sie fast regelmässig zu fehlen pflegt, wie z. B. Rheumatismus, Meningitis, Erysipelas, zweitens in solche, in denen sie bald häufiger, bald seltener, je nach der Art der Krankheit vorkommen kann, z. B. Pneumonie, Scarlatina, Diphtheritis, Erysipel, drittens in solche, bei denen sie fast constant vorkommt, wie bei Typhus abdom., exanthem. bei Morbillen. In Betreff der beiden ersten Gruppen wäre zu erwähnen, dass im Allgemeinen die Reaction in diesen Fällen, wenn sie vorhanden ist, meistens keine sehr hohen Grade erreicht, wichtiger ist es dagegen, dass die Reaction nur bei sehr intensiven Krankheitsprocessen vorkommt und demgemäss geeignet ist, die Prognose zu aggraviren. Ich habe diese Verhältnisse bei der Pneumonie eingehender verfolgt, und hat Brecht in seiner Dissertation 68 Pneumonien zusammengestellt. Von diesen zeigten 52, mit 8 Todesfällen, keine Reaction, während von 16 Fällen, mit Reaction, die Hälfte starben. Im Allgemeinen schien es mir, als ob bei Fällen von Pneumonie mit Reaction der infectiöse Charakter, wie er in der Theilnahme des Gesammtorganismus, in dem Vorhandensein einer Milzschwellung, in der Neigung zum Weiterfortschreiten und in einer hohen Mortalitätsziffer sich ausprägt, besonders ausgesprochen zu sein. Selbstverständlich lassen sich derartige Fragen nur auf Grund eines, viele hundert Fälle umfassenden statistischen Materials entscheiden, und wäre es mein dringender Wunsch, wenn dieser Aufsatz in dieser Richtung hin anregen würde.

Bei der dritten Krankheitsgruppe pflegt die Reaction constant zu sein und nur in ganz leicht verlaufenden Fällen zu fehlen z. B. Typhus abortiv. Dagegen pflegt auf der Höhe des normal verlaufenden Typhus die Reaction meist in sehr ausgeprägtem Maasse vorhanden zu sein, und bietet dieses Moment ein hohes, diagnostisches Interesse. Im Lauf der Jahre habe ich etwa 10—12 Fälle gesammelt, die unter dem Bilde eines schweren Typhus verliefen und bei denen das anhaltende Fehlen der Reaction mich zuerst auf die richtige Diagnose leitete. Zwei dieser Fälle betrafen cryptogenetische Pyämie, die übrigen verschiedenartige Meningitisfälle, insbesondere Meningit. cerebrospinalis, tuberculosa, epidemica, Meningit. nach Otitis. Recht auffällig ist es, dass bei der tuberculösen Meningitis κατ᾽ ἐξοχήν die Reaction so häufig zu fehlen pflegt, insbesondere dann, wenn keine erheblichen Lungenveränderungen vorhanden sind. Die Reaction dauert bald während des gesammten Verlaufes des Typhus, bald setzt sie mit Beginn der Remissionen aus, und hat man häufig Gelegenheit zu sehen, dass das Ablassen der Reaction öfter um 1—3 Tage dem Beginn der Remission vorangeht[1]).

Von den Krankheiten, die in der zweiten Periode des Typhus aufzutreten pflegen, kommen besonders zwei in Betracht, nämlich erstens Recrudescenzen, zweitens Hypostasen oder croupöse Pneumonien. Beide lassen sich leicht mit Hülfe der Reaction unterscheiden. Bei Exacerbationen des typhösen Processes tritt nämlich die Reaction, wenn sie schon verschwunden war, wiederum auf, oder verstärkt sich, wenn sie noch vorhanden war. Im Gegensatz hierzu pflegen Temperatursteigerungen, die durch Lungenaffectionen bedingt werden, keine Reaction hervorzurufen resp. zu steigern, ja es kann sogar das Einsetzen der croupösen Pneumonie eine noch vorhandene Reaction schnell vollkommen zum Verschwinden bringen. Bemerkenswerth und diagnostisch verwerthbar ist es, dass die erwähnten Lungenaffectionen zumeist die als primäres Eigelb beschriebene Reaction erzeugen. Auch Typhusrecidive pflegen gewöhnlich eine ganz ausgesprochene und excessive Reaction zu zeigen, die gewöhnlich sehr rasch einsetzt und meist schon am 4. Tage eine ansehnliche Höhe zu erreichen pflegt. Dagegen verlaufen Lungenaffectionen, die als Nachkrankheit des Typhus entstehen, immer ohne Reaction.

Bei Phthisis pulm., und zwar gerade in schweren Fällen, pflegt die Reaction ein ausserordentlich häufiges Vorkommniss zu sein, und bieten die Fälle, die längere Zeit anhaltend starke Reaction zeigen, eine schlechte Prognose. Ich habe mir die Frage vorgelegt, von wel-

[1]) Das Ablassen der Reaction pflegt, wie dies aus den von mir in den Charité-Annalen veröffentlichten Fällen hervorgeht, etwas typisches und regelmässiges zu haben, und verweise ich auf diese Abhandlung.

chen Factoren das Auftreten der Reactionen bei Phthisis pulm. abhinge. Vom Fieber sind sie nicht abhängig, da auch schwere, afebril verlaufende Phthisen wochenlang ausgeprägte Reaction zeigen können.

Ausserdem ist die Reaction von Entwicklung der Miliartuberkeln nicht abhängig. Dagegen meine ich, dass der, die Reaction bedingende Körper oder eine Vorstufe desselben innerhalb der Lungen resp. in den käsig infiltrirten Partien sich bilde und durch Resorption in die Blutbahn gelange. Für diese Möglichkeit sprechen einige Fälle, die ich zu sehen Gelegenheit hatte. In einem Falle von ausgedehnten Hautabscessen nach Erysipel zeigte sich, trotzdem kein Fieber bestand, intensive und langanhaltende Reaction. Als jedoch die Abscesse geöffnet wurden, verschwand die Reaction sofort. Aehnliche Beobachtungen kann man gelegentlich auch bei Empyemoperationen machen. Nimmt man also an, dass auch bei der Phthisis pulm. sich aus zerfallenen Elementen z. B. Eiterkörperchen der Stoff bildet, so kann man leicht verstehen, dass eine ausgeprägte Reaction besonders in den Fällen stattfinden wird, in denen die Diffusionsbedingungen zwischen Zerfall und normalem Lungengewebe relativ günstige sind. Es wird dies besonders dann der Fall sein, wenn das Gesunde vom Erkrankten nicht durch festes Bindegewebe, etwa das einer alten Cavernenwand, sondern durch blutreiches hyperämisches Gewebe getrennt ist. Es wird dies vorzüglich dann eintreten, wenn der Process im Fortschreiten begriffen, indem dann die jüngst ergriffenen Partien naturgemäss mit der Umgebung in regem Stoffaustausch stehen. Es erklärt diese Annahme auch den Umstand, dass ausgedehnte Cavernen vorhanden sein können, ohne dass im Urin eine Spur von Reaction vorhanden wäre; weiterhin das so häufige agonale Verschwinden der Reaction, welches auf der hierbei stattfindenden Circulations- und Resorptionsverlangsamung beruht [1]).

Zum Schluss noch ein Wort. Selbstverständlich ist die von mir eingeführte Reaction nur ein Symptom, das, wie so viele andere nur durch die Combination mit den sonstigen klinischen Befunden verwerthbar ist. Penzoldt scheint diesen Standpunkt ganz zu verkennen, wenn er äussert: „Was würde man beispielsweise von der diagnostischen Brauchbarkeit des Traubenzuckernachweises halten, wenn derselbe beim Diabetes fast constant, aber ausserdem öfter bei Chlorose, Anämie oder ähnlichen constitutionellen Erkrankungen zur Beobachtung käme.“

Eine solche Aeusserung aus dem Munde eines Klinikers muss höchst auffallend erscheinen, der sich doch erinnern muss, dass das Eiweiss, das Indican, die Gallenfarbstoffe unter ganz verschiedenen Umständen zur Beobachtung kommen. Oder verwerthet Herr Penzold den Milztumor und das Fieber nicht zur Diagnose des Typhus, weil dasselbe bei ganz verschiedenartigen Erkrankungen vorkommt [2])?

II. Aus der medicinischen Klinik in Heidelberg.
Zur Casuistik seltener Formen von Syphilis.

Von
Dr. Franz Ziehl, Assistenzarzt.

1. Pemphigus syphiliticus.

M. H., 29jährige Bauernfrau, wurde am 28. August 1882 mit Geschwüren im Mund und Rachen aufgenommen.

Die Anamnese ergab, dass sie bisher niemals krank gewesen war. Seit 9 Jahren ist sie verheirathet, hat vier gesunde Kinder, kein Abortus, seit zwei Jahren besteht mässiger Fluor vaginalis. Auch ihr Mann war angeblich stets gesund. Das gegenwärtige Leiden hatte sich seit Anfang des Jahres entwickelt. Es waren damals Geschwüre im Rachen aufgetreten, die trotz aller Behandlung nicht heilen wollten, im Gegentheil hatten sie sich in letzter Zeit auch auf den Mund ausgedehnt und verbreiteten einen für die Umgebung fast unerträglichen Geruch. Zuletzt waren noch zwei kleine Geschwüre am Nabel hinzugekommen. Aehnliche hatten sich übrigens in den letzten Monaten an verschiedenen Stellen gebildet, waren aber stets wieder geheilt. Zuletzt hatte sie Pillen gebraucht (höchst wahrscheinlich quecksilberhaltige Pillen).

Bei der Aufnahme am 28. August ergab sich folgender Stat. praes. Pat. ist von mittlerer Grösse, die Musculatur mässig kräftig, die Ernährung ziemlich gut. Es fällt sofort auf, dass beide Lippen in grosser Ausdehnung excoriirt und mit eingetrocknetem Schleim und Eiter belegt sind. Aus dem Munde verbreitet sie einen höchst penetranten Geruch. Die Schleimhaut des Mundes ist am weichen und harten Gaumen, an dem Magen, an der Innenfläche der Lippen, an den Zahnrändern in grosser Ausdehnung geschwürig zerstört, die Zunge mit dicken schleimig-eitrigen Massen belegt, an ihrem Rande und an der unteren Fläche einige Geschwüre. Die hintere Rachenwand ist frei von Geschwüren. Starke Anschwellung der Submaxillardrüsen. Ausserdem bestanden in der linken Ellbeuge zwei kleine umschriebene, braunrothe Papeln, an der Oberfläche etwas schuppend und ganz wie die Efflorescenzen des Grossknötchensyphilids aussehend, am Nabel zwei kleine Geschwüre und an verschiedenen Stellen des Körpers kleine pigmentirte Narben. Keine Lymphdrüsenschwellung, die inneren Organe gesund, kein Fieber.

Die in der Ellbeuge vorhandenen Efflorescenzen mussten sofort den Verdacht erregen, dass die Pat. an Syphilis leide. Da sie ausserhalb des Spitals in Behandlung gewesen war, so war es am wahrscheinlichsten, dass sie gegen die Syphilis Quecksilber bekommen hatte und durch unvorsichtigen Gebrauch desselben sich die Stomatitis zugezogen hatte: ein anderer Grund für letztere konnte wenigstens nicht aufgefunden werden, auch entsprach das Bild vollkommen dem einer schweren Stomatitis mercurialis. Während die Diagnose der Syphilis durch das Auftreten von neuen, ganz charakteristischen Papeln während der folgenden Tage vollkommen sicher gestellt wurde, hätte dasselbe wohl auch durch eine Untersuchung des Urins oder der Fäces auf Quecksilber für die Stomatitis geschehen können, diese wurde leider versäumt. Ord. Sol. Kal. chlorici innerlich und als Mundwasser.

Unter dessen Gebrauch reinigten sich die Geschwüre bald, und der Gestank nahm ab. Dagegen traten an den folgenden Tagen neue Papeln auf, so am linken Nasenwinkel und an verschiedenen anderen Körperstellen. Es wurde daher ausser dem Kal. chloricum Decoctum Zittmanni verordnet.

Nichts desto weniger dauerte die Eruption von frischen Papeln fort, so dass nach einer Woche trotz der noch nicht ganz beseitigten Mundaffection Ricord'sche Pillen ausser dem Fortgebrauch des Decoct. Zittmanni ordinirt wurden.

Jedoch auch so wurde ein therapeutischer Erfolg nicht erzielt. Im Gegentheil, die Stomatitis, die bereits erheblich gebessert war, wurde wieder schlimmer. Noch immer bildeten sich neue Papeln und die älteren begannen zu zerfallen. Die dadurch entstandenen Geschwüre bedeckten sich mit schmierigen, graugelben Massen, theilweise wucherte ihr Grund hervor (S. vegetans) und an der Peripherie vergrösserten sie sich. Besonders die am Nabel zuerst vorhandenen Geschwüre flossen zusammen und wurden bald über Hand gross.

Auch eine nunmehr noch versuchte Schmierkur mit örtlicher Anwendung von Sublimat brachte keine Besserung hervor, sondern musste nach acht Tagen wieder ausgesetzt werden, weil die Stomatitis fast wieder so schlimm wurde wie im Beginn.

Während anfangs das Krankheitsbild durch eine Eruption von Knötchen characterisirt war, die später ulcerirten, änderte sich dies von Anfang October ab. Es entstand wohl anfangs noch hier und da ein Knötchen, bald aber hörte dies auf. Dafür traten nun rothe Flecke auf, meist in der Umgebung der Geschwüre, jedoch auch auf noch ganz gesunden Hautpartien, auf den Flecken bildeten sich oberflächliche Blasen von Erbsen- bis Bohnengrösse, theils prall gefüllt, theils mehr schlaff, anfangs waren sie mit Serum gefüllt, das nach 24 Stunden eitrig wurde, wenn sie nicht vorher geplatzt waren.

Nach dem Platzen trat keine Ueberhäutung ein, sondern die der Epidermis beraubten Stellen bedeckten sich mit schmierigen Massen und die Stellen vergrösserten sich, indem am Rand der ursprünglichen Blase die Epidermis sich weiter abhob.

Diese Blaseneruption dauerte den ganzen October hindurch bis zum Tode der Pat. Vereinzelte erreichten bis Hühnereigrösse. Fast keine Region des Körpers blieb von ihnen verschont; und an Handteller und Fusssohlen traten sie nicht auf.

Ende October war etwa ein Drittel der Körperoberfläche der Pat. theils geschwürig zerfallen theils seiner Epidermis beraubt, und sie bot einen höchst bejammernswerthen Anblick dar. Jede Therapie — sowohl innerlich als örtlich — blieb erfolglos; das einzige, wodurch der Zustand der Pat. einigermaassen erträglich gemacht werden konnte, waren permanente warme Bäder, die sie nur Nachts verliess.

In den letzten Tagen war zuweilen Abends geringes Fieber vorhanden. Es bildete sich Oedem an den Beinen, starke Diarrhoe kam hinzu, die Pat. wurde schliesslich somnolent, die Somnolenz war zuweilen von Delirien unterbrochen und am 2. November erfolgte unter Erschöpfung der Tod.

Die Section ergab ausser allgemeiner Lymphdrüsenschwellung, den Veränderungen an der Haut und im Munde nichts Abnormes, nur Spuren von Amploid in den Nieren.

Nach der ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte handelte es sich bei der Pat. offenbar um eine syphilitische Erkrankung der Haut, im Verlauf deren zuerst ein Knötchensyphilid auftrat; die Knötchen wandelten sich später in Geschwüre um. Später wurde das Krankheitsbild durch das Auftreten von Blasen allerdings ein ungewöhnliches und complicirtes und glich nun, wenn man von den Geschwüren absah, ganz dem des Pemphigus und zwar seiner bösartigen Form.

Das bis zum Tode der Pat. während vier Wochen Tag für Tag andauernde Auftreten frischer Blasen von Erbsen- bis Bohnengrösse und darüber, ihre oberflächliche Lage, die Art der Hautabhebung in der Peripherie der ursprünglichen Blase, das Ausbleiben von Ulceration und Infiltration an den der Epidermis beraubten Stellen, die sich nur mit membranartigen eitrigen Massen und Krusten bedeckten, charakterisiren die Erkrankung vollkommen als solchen.

[1]) Herr Petri hat an dem Material von 200 Fällen diese meine Anschauung nicht bestätigen können. „Auffallend“, sagt er, „war nach den Mittheilungen Ehrlich's nur vor allem der nicht wegzubringende Umstand, dass so sehr viele, ja die Mehrzahl der letal verlaufenden Fälle die Reaction nicht in ausgesprochenem Maasse zeigen wollten. Sie zeigten nur die Reaction von Fall 2, 6 und 7 der 2. Tabelle.“ Sieht man dieselbe an, so findet man, dass in der Columne 1, die mit meinem Normal-Reagens ausgeführt war und die daher für mich allein maassgebend ist, überhaupt keine Rothfärbung der Flüssigkeit noch eine solche des Schaumes vorhanden war. Diese Behauptung Petri's, die dem, was ich Jahre lang selbst gesehen, direct widerspricht, scheint mir nur zu beweisen, dass das von Petri verwandte normale Reagens nicht die richtige Zusammensetzung hatte.

[2]) Die Discussion über diesen Vortrag befindet sich in dieser No. S. 430.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es muss dahingestellt bleiben, ob es sich um eine ältere oder um eine ungewöhnliche Form frischer Syphilis handelte, da weder über den Zeitpunkt der Infection etwas Sicheres ermittelt werden konnte noch darüber, ob schon früher syphilitische Erkrankungen vorangegangen waren.

Da der Pemphigus hier unmittelbar dem Auftreten eines papulösen und ulcerösen Hautsyphilids folgte, die Eruption beider anfangs sogar noch gleichzeitig war, stehen wir nicht an, die Syphilis auch für jenen als ätiologisches Moment anzusehen. Wir glauben daher, dass es sich um einen Fall von wirklichem Pemphigus syphiliticus handelte. Die gänzliche Erfolglosigkeit der Therapie kann uns in unserer Ansicht um so weniger irre machen, als sie auch gegen die Papeln und Geschwüre ganz machtlos war.

Die Existenz eines P. syphiliticus beim Erwachsenen ist bekanntlich noch vielfach bestritten und jedenfalls ist er ein sehr seltenes Ereigniss im Verlauf der Syphilis. Die als solchen beschriebenen Fälle werden von denjenigen, die die Existenz eines auf syphilitischer Basis beruhenden Pemphigus leugnen, gewöhnlich als zufälliges Auftreten eines Pemphigus bei einem syphilitisch Inficirten angesehen, das von der Syphilis vollkommen unabhängig sei. Es ist diese Annahme wohl für manche Fälle zulässig, da gewiss eine frühere Infection mit Syphilis nicht für alle diejenigen Krankheiten als ätiologisches Moment herbeigezogen werden kann, von denen ein früher Syphilitischer später ergriffen wird, und für die sonst keine Aetiologie ermittelt werden kann. Wenn jedoch der Pemphigus in seinem Auftreten derartig mit dem eines anderen Syphilids zusammenfällt wie in unserem Fall, glauben wir berechtigt zu sein, ihn von der Syphilis als abhängig zu betrachten, wenigstens so lange nicht nachgewiesen ist, dass der Pemphigus immer nur eine einheitliche Aetiologie besitzt. Bis jetzt aber herrscht über die Aetiologie des spontan auftretenden Pemphigus bekanntlich völliges Dunkel, und derselbe ist ein Krankheitsbild, dessen Abgrenzung nur auf klinischen und anatomischen Momenten beruht, der daher auch alle Mal diagnosticirt werden muss, wenn jene vorhanden sind. Nun aber den Namen P. syphiliticus zu verwerfen und dafür, wenn doch alle Merkmale eines P. vorhanden sind, den eines syphilitischen Blasenausschlags zu setzen, ist gar kein Grund vorhanden, da man auch von einem P. leprosus spricht, wenn ein Blasenausschlag im Verlauf der Lepra auftritt, und selbst von einem P. hystericus, wenn man glaubt, ihn mit hysterischen Zuständen in Verbindung setzen zu können. Der Name Pemphigus führt doch gleich das richtige Krankheitsbild vor Augen, was jeder andere Name nicht thut, und wird doch auch sonst jedes Syphilid mit dem Namen des ihm am meisten gleichenden Exanthems belegt.

2. Syphilis maligna.

1. P. R., 22j. Metzger, inficirte sich Ende Juli 1882. Er acquirirte einen Schanker an der Haut des Penis und wurde deswegen local mit Jodoform, allgemein mit Schmierkur behandelt. Anfang October, also etwa drei Monate nach der Infection, entstanden Geschwüre an den unteren Extremitäten, die aus kleinen Pusteln hervorgingen und sich dann in der Peripherie vergrösserten, seit acht Tagen waren sie auch an den Armen aufgetreten.

Stat. praes. bei der Aufnahme am 23. October. Pat. ist ein mässig kräftiger, mässig gut genährter Mann. An beiden Unterschenkeln finden sich zahlreiche, pfennig- bis markstückgrosse Geschwüre, die mit schmierigem Detritus bedeckt sind. Eben solche an den Oberschenkeln und an beiden oberen Extremitäten, hier aber weniger zahlreich. An der Streckseite des rechten Ellbogengelenkes ein ganz beschränktes maculös-papulöses Syphilid. Am After breite, zum Theil ulcerirte Condylome, allgemeine Drüsenschwellung, Geschwür an der rechten Tonsille. Ord. Schmierkur. Empl. mercuriale.

Unter dieser Therapie heilten die Geschwüre ganz rapid, so dass Pat. bereits nach vier Wochen auf sein Verlangen entlassen werden konnte, obgleich wohl eine Fortsetzung der Schmierkur indicirt gewesen wäre.

Schon nach vier Wochen kam er mit einem Recidiv zurück. An verschiedenen Stellen des Körpers, besonders wieder an den Extremitäten, dsgl. aber weniger zahlreich auf dem behaarten Kopf und am Rumpf fanden sich kleinere und grössere Efflorescenzen, welche mit dicken Borken von brauner Farbe bedeckt waren, nach deren Entfernung Geschwüre erschienen (Rupia u. Ecthyma). Ausserdem fand sich nur noch auf der rechten Tonsille ein kleines Geschwür.

Ord. Empl. mercuriale, Decoct. Zittmanni mit Ricord'schen Pillen.

Die Zittmann'sche Cur wurde vom Pat. nicht vertragen, weil das Schwitzen ihn zu sehr angriff, und musste daher abgebrochen werden. Er bekam darauf nur Pilul. Ricord. Nach sechs Wochen waren sämmtliche Geschwüre geheilt und Pat. wurde wieder entlassen.

2. E. O., 25j. Schlosser, inficirte sich Ende Mai 1883. Es entstand ein Schanker auf der Eichel, der nach vierzehn Tagen geheilt war. Sechs Wochen nach der Infection linksseitige Augenentzündung (Iritis?), die mit Atropin und Schmierkur behandelt, innerhalb drei Wochen heilte. Fünf Wochen nach der Entlassung aus dieser Behandlung — also etwa dreizehn Wochen nach der Infection — traten Geschwüre an den Beinen auf, die, anfangs nur klein, durch peripherisches Wachsthum sich rasch vergrösserten. Erneute Schmierkur führte bald wieder Heilung herbei.

Pat. war nun drei Monate gesund, zwar brachen einige von den Narben wieder auf, heilten jedoch von selbst wieder nach kurzem Bestehen; neue Geschwüre entstanden nicht mehr.

Bei der Aufnahme des Pat. am 11. April 1883 — also etwas mehr als dreiviertel Jahr nach der Infection — fanden sich frische Geschwüre am rechten Fuss und Unterschenkel und am Bauch, besonders an der linken Seite desselben. Nach Angabe des Pat. sollten sie aus kleinen Pusteln hervorgegangen sein.

Eine sechswöchentliche Schmierkur (3,0 pro die) nebst örtlicher Anwendung von Empl. mercuriale führte Heilung herbei.

3. A. S., 25j. Sattler, inficirte sich im Frühjahr 1882. Er bekam einen Schanker mit rechtsseitigem Bubo. Im Herbst 1882 entstanden, ohne dass er sonst einen Ausschlag vorher bemerkt hätte, am Gesäss, an der Kreuzbeingegend und am Nacken vereinzelte Papeln, an den unteren Extremitäten dagegen zahlreiche Geschwüre. Da dieselben nicht heilen wollten, liess Pat. sich am 5. December 1882 aufnehmen.

Die Untersuchung ergab hier ausser vereinzelten Papeln an den oben erwähnten Stellen an den unteren Extremitäten eine Menge von mehr oder weniger grossen Geschwüren, die mit eitrigen Massen und Borken bedeckt waren.

Ord. Empl. mercuriale, Schmierkur (3,0 pro die).

Nach fünfwöchentlicher Behandlung wurde Pat. geheilt entlassen.

4. E. R., 21j. Schlosser, inficirte sich im Sommer 1880, harter Schanker am Penis, der bald heilte. Etwa drei Monate später traten an verschiedenen Stellen des Körpers Geschwüre in der Haut auf, desgl. auch an den Tonsillen. Die verschiedensten Medicationen blieben darauf ganz ohne Einfluss. Zwar heilten einzelne von den Geschwüren, andere jedoch vergrösserten sich, ausserdem traten anhaltend ganz frische auf. Auf dem behaarten Kopf griffen einige so in die Tiefe, dass sie den Schädelknochen blosslegten. Auch die Geschwüre auf den Tonsillen zeigten keine Neigung zur Heilung, sondern gingen auf die Rachenwand und den weichen Gaumen über und führten fast den gänzlichen Verlust des letzteren herbei. Endlich trat nach einem Jahr unter ganz indifferenter Behandlung Heilung ein.

Alle vier Fälle sind offenbar Beispiele jener Form der Syphilis, die als Syphilis maligna oder galoppirende Syphilis bezeichnet wird. Wir folgen dabei ganz der Terminologie von Lesser[1]), der vor einiger Zeit zwölf Fälle davon mittheilte und besonders betont, dass damit nicht jene Fälle zu bezeichnen seien, bei denen nach durchlaufenem, sog. secundärem Studium, nach einer längeren oder kürzeren Reihe von Jahren schwere tertiäre Erscheinungen auftreten, welche die Gesundheit der Betroffenen mehr oder weniger schädigen, ja sogar zur unmittelbaren Todesursache werden können. Diese Fälle seien zwar bösartig, aber sie verliefen doch noch in einer für diese Krankheit jetzt so zu sagen normalen Weise, wenn auch bei Weitem die Mehrzahl der Erkrankungen glücklicher Weise einen milderen Verlauf nehme. Dagegen sei die Bezeichnung „Syphilis maligna“ oder „galoppirende Syphilis“ für jene Fälle zu reserviren, bei welchen der gewöhnliche chronische Verlauf fehlt und welche die verschiedenen sonst durch relativ lange Intervalle getrennten Stadien in kurzer Zeit durchlaufen. Ihr Verlauf sei also vor allem dadurch characterisirt, dass die erste Periode der Allgemeinerscheinungen — die der secundären Erscheinungen — ausserordentlich schnell durchlaufen werde und dass sehr bald, schon wenige Monate nach der Infection sich tertiäre Erscheinungen zeigten, ja es könne die secundäre Periode so gut wie ganz fehlen. Schon das erste allgemeine Exanthem nehme nach wenigen Tagen des Bestehens einen tertiären Charakter an d. h. also es kommt sofort zur Bildung von destruirenden, pustulösen und ulcerirenden Efflorescenzen.

Die Ausdrücke schwere Syphilis (S. gravis) und maligne Syphilis (S. maligna) bezeichnen daher ganz verschiedenartiges, und es ist dabei besonders zu beachten, dass die maligne Syphilis durchaus nicht immer eine schwere Syphilis zu sein braucht, wie auch unsere Fälle zum Theil lehren, vor allem nicht das Leben gefährdet, wenn auch naturgemäss ihr Auftreten immer von schlimmerer Bedeutung ist, als das der gewöhnlichen, sogenannten normalen Syphilis. Ja Lesser meint sogar, dass jene möglicher Weise sich viel früher erschöpfen könne, als diese, nachdem sie in so kurzer Zeit ihre gesammte Entwicklung bis zu den höchsten Stufen durchlaufen habe, wobei natürlich die durch den Verlauf herbeigeführten Zerstörungen Zeitlebens bestehen blieben.

Die Bedeutung des Wortes „maligne“ deckt sich daher nicht ganz mit der, welche dieses Wort sonst in der Pathologie hat, und wir würden den Ausdruck galoppirende Syphilis vorziehen, wenn derselbe nicht durch die Erinnerung an die galoppirende Schwindsucht seinerseits geeignet wäre, falsche Vorstellungen zu erregen. Uns scheint daher die Bezeichnung Syphilis anomale, die sich zum Theil dafür in der französischen Literatur findet, viel entsprechender und weniger zweideutig zu sein.

Die Symptome der Allgemeininfection entstanden in unseren Fällen ein Mal zwei Monate, zwei Mal drei Monate, ein Mal ein halbes Jahr nach der Infection. Dies stimmt mit den Angaben Lesser's überein, der nach seinen und anderen Beobachtungen nicht fehl zu

[1]) Lesser, Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1882, pag. 619.

Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gehen glaubt, wenn er bei S. maligna die nach der Infection verflossene Zeit für das Auftreten schwerer Hauterscheinungen auf höchstens ein halbes Jahr, für die Erkrankungen innerer Organe auf höchstens ein Jahr festsetzt.

In drei von unseren Fällen war nur die Haut der Sitz der malignen Processe, nur ein Mal war gleichzeitig mit der Haut die Schleimhaut des Gaumens und Rachens erheblich betheiligt.

Dies bestätigt, was besonders Holm[1]) und Lesser hervorheben, dass die S. maligna den Spätformen der S. sich darin ganz analog verhalte, dass da, wo die Haut in hervorragender Weise afficirt sei, die Schleimhäute entweder ganz frei blieben oder nur geringere Erkrankungen darböten, während umgekehrt in den Fällen, wo intensive Erkrankungen der Schleimhaut vorlägen, wenigstens gleichzeitig keine sehr ausgedehnte Erkrankung der Haut zu bestehen pflege. Es zeigt jedoch der Fall 4, dass auch bei der malignen Syphilis dies Verhalten kein ausschliessliches ist.

Lesser theilt die Erscheinungen auf der Haut in drei Gruppen.

1) Papulöse und tuberculöse Formen, die ab und zu nicht ulceriren, dann aber mit Narbenbildung heilen.

2) Ulceröse Formen, gewöhnlich aus Pusteln hervorgehend.

3) Gummöse Formen.

Wir haben nur ulceröse Formen beobachtet, die im Fall 1 u. 2 aus Pusteln hervorgegangen waren, für die beiden anderen Fälle konnte dies nicht mit Sicherheit ermittelt werden. Im Fall 1 und 3 bestanden gleichzeitig vereinzelte papulöse Efflorescenzen, die nicht ulcerirten sondern als solche zur Resorption gelangten. In allen vier Fällen waren die Geschwüre die ersten Symptome der Allgemeininfection, wenigstens hatten in keinem Fall die Patienten das Vorausgehen eines leichteren Hautsyphilids bemerkt. Ossificirende Periostitis, nach Lesser eine häufige Begleiterin der malignen Syphilis haben wir nicht beobachtet, ebenfalls nicht die Erkrankung innerer Organe abgesehen von einem Fall schwerer Gehirnsyphilis, der später besonders berichtet werden soll.

Vieles ist bereits darüber geschrieben worden, weshalb die S. zuweilen einen von dem gewöhnlichen Verlauf so abweichenden Gang zeigt, der zum Theil an das Bild erinnert, welches sie zur Zeit ihrer ersten grossen Verbreitung über Europa darbot. Theils wurde dafür die Constitution der Kranken verantwortlich gemacht[2]) d. h. es sollte der Fall sein bei Leuten, deren Organismus aus gewissen Ursachen z. B. Alkoholismus, angeerbter Tuberculose heruntergekommen sei, theils sollte nach besonders bösartigen Primäraffecten der Verlauf der S. ein maligner sein; Holm betont dafür das höhere Alter der Patienten, obgleich er zugiebt, dass die Kenntnisse von den Entwicklungsbedingungen dieser Form von Lues im ganzen fehlten. Andere (z. B. Neisser[3]) konnten von allen diesen Momenten nichts finden und lassen eine Erklärung für den abweichenden Verlauf dahingestellt. Auch Lesser konnte nach seinen Beobachtungen das Vorhandensein einer Cachexie nicht bestätigen, ja einige seiner Patienten waren sogar kräftig gebaute, robuste Leute.

Auch für unsere Fälle bleibt eine Erklärung dunkel, am wenigsten kann das höhere Alter in Betracht kommen, da wir es in allen Fällen grade mit Leuten im Beginn der zwanziger Jahre zu thun hatten.

Man hat geglaubt, die maligne Syphilis durch die Uebertragung eines besonders bösartigen Infectionsstoffes erklären zu können, derselbe soll sogar nach Dubuc und Carmichael an der Bösartigkeit des Primäraffectes vorher erkannt werden können. Letzterem widersprechen jedoch Lesser und Böck, und auch in unseren Fällen hatte der Primäraffect niemals eine ungewöhnliche Beschaffenheit gezeigt. Auch findet Neisser für die Annahme eines specifisch bösartigen Infectionsstoffes deshalb keinen Anhaltspunkt, weil dann die Malignität als solche bei weiteren Infectionen übertragen werden müsse; dafür aber liefere unser heutiges Beobachtungsmaterial keine Beläge.

Letzteres ist zwar richtig und ein exquisites Beispiel dafür beschreibt Sanquer.[4]) Sechs Individuen einer Familie inficirten sich aus derselben Quelle und nur bei einem entstand eine maligne Form. Wenn aber aus der Constitution des Kranken der maligne Verlauf nicht erklärt werden kann, bleibt doch als das nächstliegende nur die Annahme eines bösartigen oder wenigstens ungewöhnlich beschaffenen Virus übrig. Die oben erwähnte Argumentation Neisser's gegen eine solche Annahme kann als zwingend doch kaum angesehen werden, wenn man sich vergegenwärtigt, dass auch bei anderen Krankheiten nur die Krankheit, nicht ihre Malignität übertragen wird. Entsteht doch durch Ansteckung von einem bösartigen Scharlach oft nur ein ganz leichter Fall und umgekehrt, wobei die Verschiedenheit im Verlauf sich häufig gleichfalls nicht durch die verschiedene Constitution der Ergriffenen erklären lässt. Andererseits liegen nun doch schon experimentelle Beweise dafür vor, dass die Virulenz eines und desselben Krankheitserregers verschieden sein kann. Wir halten es daher für verfrüht, aussagen zu wollen, dass die maligne Syphilis nicht von einem bösartigeren Virus herrühren könne, sondern halten bei dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse eine Entscheidung über diese Sache überhaupt für unmöglich.

Durchaus einander widersprechend sind die Ansichten der Autoren darüber, welche Therapie bei der malignen Syphilis einzuschlagen sei. Lesser hält das Jodkali oder entsprechende Jodpräparate für das am schnellsten und sichersten wirkende Mittel, Quecksilber sei meist ohne den gewünschten Erfolg, jedenfalls müsse man mit seiner Anwendung vorsichtig sein. Nur in Fällen, wo noch keine Quecksilberkur gebraucht sei, werde es sich empfehlen, dieselbe vorsichtig zu instituiren, unter genauer Beobachtung des Kranken, sodass bei der geringsten Verschlimmerung dieselbe wieder unterbrochen werden könne. Ausserdem empfiehlt er die Roborantien, Eisen und Chinin. Wir müssen jedoch aufrichtig bekennen, dass uns aus den von Lesser mitgetheilten zwölf Krankengeschichten eine eclatante oder auch nur erhebliche Wirkung des Jodkali durchaus nicht hervorzugehen scheint. Fast immer wurde local noch Jodoform oder Empl. mercuriale angewandt. Unter des letzteren Einfluss aber heilen syphilitische Geschwüre zuweilen auch ohne weitere Medication und trotz des Gebrauches von Jodkali manchmal erst dann, wenn man sie mit Empl. mercuriale bedeckt. In anderen Fällen Lesser's (z. B. Fall 10) wurde neben Jodkali Decoctum Zittmanni gereicht, welches im Fall 5 auch für sich allein wirksam war, nachdem vorher Jodkali und Sublimatbäder vergebens gebraucht waren. Im Fall 12 ist das Jodkali ganz ohne Effect, im Fall 11 ein solcher wenigstens sehr zweifelhaft, da die Geschwüre erst nach aussergewöhnlich langer Behandlung heilten. In anderen Fällen dagegen wirkte das Quecksilber (Ung. cinereum) anscheinend durchaus günstig. Wie vorsichtig man jedoch in der Beurtheilung eines therapeutischen Erfolges sein muss, zeigt recht deutlich Lesser's Fall 9. Der 26jähr. Patient trat am 2. Juni 1881 in poliklinische Behandlung mit über den ganzen Körper zerstreuten, mit Krusten bedeckten, scharfgeschnittenen Ulcerationen. Ord. Inunctionen mit Ung. ciner. Der Kranke machte jedoch wegen Stomatitis nur wenige Einreibungen. Trotzdem waren nach ungefähr einem Monat die Mehrzahl der ulcerösen Stellen verheilt. Am 1. December erhielt er dann, weil noch im Gesicht und auf einem Fuss ulcerirte Stellen bestanden, Jodkali. (Dosis?). Ob dasselbe aber nun für die Heilung dieser verantwortlich gemacht werden kann, nachdem die Mehrzahl ohne jede Therapie geheilt war, das ist doch zum mindesten sehr zweifelhaft.

Dem gegenüber wird von Neisser[1]) das Jodkali nicht einmal erwähnt. Er hält bei der malignen Syphilis einzig und allein roborirendes Verfahren für am Platze, höchstens seien neben demselben Holztränke und Schwitzkuren indicirt, bis die Resistenz des Organismus nach einigen Monaten sich so gehoben habe, dass nun wieder direct antisyphilitische Massnahmen zur Anwendung gelangen könnten. Demgegenüber sind doch wohl einige Bedenken gestattet, ob es gerathen ist, Schwitzkuren anzuwenden, wenn ein Fall roborirend behandelt werden soll; denn es scheint uns fast, als ob beides nicht ganz mit einander harmonire. Auch haben Hydrotherapeuten eine dem ganz entgegengesetzte Meinung, z. B. giebt Winternitz[2]) in einem Aufsatz über den Werth der Hydrotherapie zur Heilung der constitutionellen Syphilis an, dass er zu Schweisserregungen nur schreite, wenn der Kräftezustand keine Contraindication gäbe; sollte dies der Fall sein, so müsse zunächst tonisirend verfahren werden. Eine solche tonisirende Behandlung besteht nach Winternitz in der Hervorrufung einer lebhaften Reaction, also einer raschen Wiedererwärmung und Steigerung der Wärmeproduction nach der Wärmeentziehung, also niedrige Temperatur, lebhafter mechanischer Reiz, kurze Dauer. Als dergleichen geeignete Proceduren empfiehlt er Regendouche von einigen Sekunden, kurze Abreibungen oder kurze Einpackungen in ganz kalte, aber vollkommen ausgewundene, feine Tücher. Die Schweisserregungen aber bilden für ihn bei der Behandlung einer mit Schwächezuständen complicirten Syphilis eine Contraindication. So fühlte auch unser erster Patient während seines zweiten Spitalaufenthaltes sich durch eine Schwitzkur dermaassen angegriffen, dass sie nicht fortgesetzt werden konnte, während ihm eine Schmierkur (erster Aufenthalt) durchaus nicht geschadet hatte.

Neisser freilich meint, es gäbe nichts Verfehlteres als bei diesen malignen Formen Quecksilberkur über Quecksilberkur zu verordnen, in dem Wahn, durch die Quantität dieses an sich so werthvollen Mit-

[1]) Nord. med. Arch. XIII. No. 25 cit. nach Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1881.
[2]) Ory, Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces. Paris 1875.
[3]) Ziemssen, Pathologie und Therapie. Bd. XIV. 1.
[4]) Gazette des hôpitaux 1877 pag. 1179.

[1]) Deutsche medic. Wochenschrift 1884. No. 2.
[2]) Archiv für Dermatologie und Syphilis II. pag. 205.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tels den Erfolg zu erzwingen. Er hänge hier, wie überall, nicht nur von der Beschaffenheit der Krankheit sondern ebenso von der Individualität des Kranken ab. Wie stimmt es aber damit, wenn man bei Neisser an einer anderen Stelle liest, der Versuch, die Ursache der galoppirenden Syphilis bei den einzelnen Kranken in schwächlicher, widerstandsunfähiger Körperbeschaffenheit zu finden, sei mit der klinischen Erfahrung trotz speciell darauf gerichteter Untersuchung nicht in Einklang zu bringen?

Wenn dies als richtig zugegeben wird, sucht man, wie uns scheint, vergeblich nach einem Grund, weshalb hier einzig und allein ein roborirendes Verfahren am Platze sein soll, wenn gar keine schwächliche, widerstandsunfähige Körperbeschaffenheit vorhanden ist. Weshalb muss dann erst die Resistenz des Organismus einige Monate durch ein roborirendes Verfahren für direct antisyphilitische Maassnahmen gehoben werden? Weshalb denn nicht gleich die specifische Quecksilberkur oder wenigstens nicht gleich bei solchen, die von kräftiger Constitution sind? Giebt doch Lesser sogar an, einige seiner Patienten seien von kräftiger, robuster Beschaffenheit gewesen. Unserer Meinung nach wäre sie nur dann durchaus und immer nicht am Platze, also verfehlt, wenn die klinische Erfahrung lehren würde, dass eine Quecksilberkur bei maligner Syphilis niemals eine Besserung erzielen würde — dann wäre sie mindestens unnöthig — oder im Gegentheil eine Verschlimmerung, dann wäre sie contraindicirt. Aber weder das eine noch das andere ist der Fall, vielmehr scheint uns aus der Literatur hervorzugehen — und unsere eigenen Beobachtungen können uns nur darin bestärken — dass in einer Reihe von Fällen jede Behandlung, auch die mit Quecksilber erfolglos oder ohne eclatanten Erfolg ist, in einer anderen Reihe verschiedene Behandlungsmethoden, unter ihnen auch die Behandlung mit Quecksilber Besserung oder selbst Heilung herbeiführen. Ob solche Fälle vorkommen, bei denen eine Verschlimmerung durchaus einer vernünftig geleiteten Quecksilberbehandlung zugeschrieben werden muss, vermag ich nicht anzugeben. Wohl finden sich solche in der Casuistik, bei denen während der Behandlung mit Quecksilber das Aussehen der Kranken sich verschlechterte, in solchen aber war jenes auch ohne Einfluss auf die Syphilis. Es ist doch wohl natürlicher, dabei die Verschlimmerung des Allgemeinbefindens auf das Fortbestehen der Syphilis zu beziehen und nicht auf den Gebrauch des Quecksilbers; denn das gleiche ist der Fall, wenn solche Fälle nicht mit Quecksilber sondern mit anderen Mitteln erfolglos behandelt wurden.

Gleich von vornherein ausserdem ein roborirendes Verfahren einzuschlagen, wird ja gewiss nur dem Kranken nützlich sein, ob aber der Gebrauch von Eisen und Chinin, falls Quecksilber, Jodkali etc. die Affection nicht zur Heilung bringt, auch nur im geringsten im Stande sei, das Eintreten von Anämie und Kachexie zu vermindern oder gar zu verhüten, das scheint uns fast von allem als das Zweifelhafteste, jedenfalls fehlt dafür zur Zeit jeder Beweis.

Wir versuchen daher in allen Fällen von maligner Syphilis Quecksilber und legen dabei auf die örtliche Behandlung ganz besonderen Werth, sollte diese Therapie ohne Erfolg sein, erst dann würden wir nach Lesser der Schmierkur Jodkali substituiren.

Nach Neisser würden wir nur dann verfahren, wenn Patienten in die Behandlung kämen, die durch das lange Fortbestehen ihrer Erkrankung schon stark heruntergekommen wären; dabei mag es dahin gestellt bleiben, ob selbst dann nicht ein Versuch mit einer direct antisyphilitischen Behandlung gemacht werden dürfte.

Ob das Quecksilber in den Fällen, die während seines Gebrauchs zur Heilung gelangen, nicht auch im Stande wäre, genügend lange, vielleicht mit Jodkali abwechselnd, fortgebraucht, Recidive zu verhüten oder wenigstens ihre Zahl zu vermindern, muss unentschieden bleiben, da wir keinen Fall gefunden haben, bei dem dies geschehen wäre. Auch in unseren Fällen musste die Kur aus äusseren Gründen immer viel zu früh abgebrochen werden. Demnach scheint uns die Frage der Therapie der malignen Syphilis noch keineswegs spruchreif zu sein.

Wie diejenigen, die eine direct antisyphilitische Behandlung der malignen Syphilis für nicht angezeigt halten, sich in einem Falle verhalten, wo diese zufällig nicht die Haut sondern ein inneres Organ z. B. das Gehirn ergreift, darüber finden wir nirgends Angaben. Indessen dürften dabei doch wohl wenige den Muth haben, kein Quecksilber zu verordnen. Ein Fall Fournier's von gleichzeitiger maligner Syphilis der Haut und des Gehirns, der unter energischer Quecksilberbehandlung sich rapid besserte, ist weiter unten erwähnt.

(Schluss folgt.)

III. Die Cholera.

I.

Die Beschönigungen der französischen Central-Behörden und der ihnen nahe stehenden Aerzte haben ihr Ende erreicht, es glaubt ihnen Niemand mehr. Was wir schon in der vorigen Nummer nicht verhehlten, dass der ganze Charakter der Epidemie gegen Cholera nostras spreche, hat sich voll bewahrheitet, und die Zweifel, welche man wegen der Lückenhaftigkeit und Unvollständigkeit der Berichte noch hegen konnte, sind verschwunden, wir haben es zweifellos mit Cholera asiatica zu thun. Die Toulouer Praktiker haben, wie es scheint, niemals daran gezweifelt und sich auch durch die Herren Brouardel und Proust eines anderen nicht überzeugen lassen. Sie behielten Recht, und auch Herr Fauvel, der in der letzten Sitzung der Pariser medicinischen Akademie mit der Hartnäckigkeit, die wir bei ihm kennen, für den autochthonen Charakter der Seuche eintrat, wird daran nichts ändern. Das Spielen mit dem Ausdrucke sporadische Cholera hat nun auch wohl ein Ende erreicht. Dieser Name besagt gar nichts, denn längst wissen wir, dass auch die asiatische Cholera in nicht wenigen Fällen auf wenige Heerde beschränkt bleiben, sich von ihnen aus sprungweise verbreiten kann, ohne doch neue umfangreichere Heerde zu bilden. Aber auch der andere Grund, den die officiellen Berather der französischen Regierung gegen asiatische Cholera geltend machen, nämlich, ihre Einschleppung sei nicht nachgewiesen, ist hinfällig. Wir wissen leider nur allzugut, wie es mit dem internationalen Sanitätswesen aussieht, wenn, wie bei den grossen Dampfern, wirthschaftliche Interessen in das Spiel kommen, und haben darauf schon in der vorigen Nummer aufmerksam gemacht. Die Gesundheitspässe der Behörden und Consulate in Hinterindien, Bombay, Aden, Port Said, Suez, Alexandrien, geben erfahrungsgemäss nicht die geringste Garantie.

Inzwischen ist die Seuche nach Marseille verschleppt worden und nun erst bequemen sich die Herren Brouardel und Proust zu der Anerkennung, es handle sich dort, und also auch in Toulon, um die asiatische Cholera, indem sie ihr gleichzeitig einen milden Charakter vindiciren. Aber hierüber wissen wir wieder nichts. Uns fehlen nämlich authentische und umfassende Berichte über die Erkrankungen fast ganz, und von Sectionen und deren Ergebnissen liegt keine Mittheilung vor, als dass Herr Dr. Strauss solche gemacht haben soll, aber über seine Beobachtungen sich nicht äussern will. Was wir von dem Verlauf der tödtlichen Fälle in Toulon (bis jetzt ca. 40) und in Marseille wissen, spricht sogar eher für eine grosse Intensität derselben. Der Tod erfolgte zumeist wenige Stunden nach der Erkrankung.

Mag indessen die Epidemie bezüglich ihrer Ausbreitung wie des Verlaufes der Einzelfälle eine milde mit Recht genannt werden können oder nicht, wir stehen vor der unzweifelhaften Thatsache, dass die asiatische Cholera in Europa eingedrungen ist, und zwar durch diejenige Eingangspforte, die Drasche erst im vorigen Jahre als die neben Konstantinopel wichtigste bezeichnete. Auch in Frankreich selbst konnte man dies nicht verkennen, und es ist eine Gewissenlosigkeit sonder Gleichen, dass man trotz alledem in Toulon sanitäre Zustände weiter bestehen liess von gradezu ungeheuerlicher Natur. Nicht wir erheben diese Anklage, sondern Herr Fauvel und andere Hygieniker wetteifern in der Schilderung des Schmutzes, der schlechten Canalisation etc.; gerade sie heben hervor, dass diese Zustände um so unheilvoller wirken müssten, als 2500 Soldaten, Matrosen etc., in den Kasernen und Schiffen eingepfercht, in Toulon sich befinden. Es ist als wenn man der Cholera den ihr genehmsten Nährboden hätte künstlich bilden wollen. Und ebenso kopflos, ebenso nachlässig ist das Verfahren der Behörden Toulons nach dem Ausbruche der Epidemie gewesen. Zuvörderst bewahren sie, mit Einwilligung der Centralbehörden in Paris, ein tiefes Stillschweigen über die ersten Fälle, trotzdem doch, soll Quarantäne irgend etwas nützen, gerade diesen ersten Fällen gegenüber die Absperrung eintreten muss. Aber das Verschweigungs-System dauert fort, bis die Seuche eine derartige Ausdehnung erlangt hat, dass eine Panik entsteht. Als ein Cholerafall in dem Gymnasium vorkommt, werden die Studirenden entlassen und zerstreuen sich in der ganzen näheren und ferneren Nachbarschaft. Wenn man einen Plan hätte suchen wollen, die Cholera so wirksam als möglich über ganz Frankreich und Europa zu verbreiten, man konnte nicht anders handeln! Was Toulon's Epidemie lehrt, ist nun unschwer darzulegen. Sanitäre Verbesserungen, überall nothwendig, sind es nirgendwo so sehr wie in solchen Orten, aber in Angriff müssen sie genommen werden, nicht erst wenn der Feind schon im Lager sich befindet. Sodann volle Offenheit auch den ersten Fällen gegenüber. Man fürchte nicht eine Panik dadurch. Die Bevölkerung wird viel ruhiger und vertrauensvoller sein, wenn sie die Behörden von Anfang an zielbewusst handeln sieht. Verschweigen wie Lügen haben bekanntlich kurze Beine und die Panik wird um so unberechenbarer eintreten, wenn man endlich doch die Wahrheit gestehen muss, weil dann das Vertrauen unrettbar verloren ist.

Und nur die ersten Fälle, die ersten kleinen Heerde ermöglichen überhaupt ein direktes Eingreifen. Sie lassen sich eventuell noch isoliren, sie gestatten, an den Erfolg der Evacuation und einer rationellen Desinfection zu denken. Hat sich die Seuche erst weiter

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verbreitet, an zahlreicheren Stellen Heerde geschaffen, so sind alle solche Maassregeln ungewiss in ihren Resultaten, meist vergeblich. Für diese ersten, für alle zweifelhaften Fälle aber ist dem Cholera-Bacillus, dabei bleiben wir stehen, eine ähnliche Stelle gesichert, wie dem der Tuberkulose. Auch letztere hat man lange vor Koch's Entdeckung zu erkennen vermocht, und doch ist die medicinische Welt jetzt einig darin, dass dieselbe uns, abgesehen von allem Anderen, auch ein diagnostisches Hilfsmittel ersten Ranges verschafft hat. Dass aber die Unterscheidung zwischen Cholera asiatica und nostras, wenn die betreffenden Fälle die ersten sind, eine sehr schwierige sein kann, wer wollte dies bezweifeln, vor Allem wenn es sich noch nicht um eine Autopsie handelt? In solchen Fällen wird der Cholera-Bacillus aber ebenfalls die Diagnose am Lebenden ganz gewiss sichern können.

Ueberall wo die Furcht die Geister befängt, wie jetzt in Frankreich, Spanien, Italien, hört das ruhige Urtheil auf, und wir sehen, dass in diesen Ländern wieder ein Mal der Ruf nach Sperrmaassregeln erschallt. Letztere werden nicht nur unnütz sein, sondern schädlich wirken wie vordem. Sie leiten ab von dem, was noth thut. Sie wiegen in eine trügerische Sicherheit und verhindern, dass man mit aller Energie sanitäre Verbesserungen fördert und rechtzeitig Sorge trägt für eine sorgfältige Inspection und frühzeitige Isolation. Die Deutsche Reichs-Regierung steht nicht auf dem Standpunkt, dass sie ohne Sperrmaassregeln nicht glaubt auskommen zu können. So eben hat eine Commission, der neben Pettenkofer, Koch und Skrzeczka die Delegirten verschiedener Ministerien angehören, ihre Berathungen beendet, und wir vertrauen, dass die Resultate derselben dem jetzigen Stande unserer Erfahrungen ebenso wie unseren neuesten wissenschaftlichen Errungenschaften entsprechen werden.

Wir freuen uns, dass Minister v. Bötticher uns über etwaige Sperrmaassregeln schon beruhigt hat, und wir hoffen, dass der Einfluss des deutschen Reiches mächtig genug ist, um auch an anderen Stellen in dem gleichen Sinne zu wirken. P. B.

Nachschrift. Soeben geht uns die Nachricht zu, dass Geh.-Rath R. Koch am Abend des 1. Juli über Paris nach Toulon und Marseille abgegangen ist, um seine Cholerastudien fortzusetzen und sich mit seinen Kenntnissen und Erfahrungen den französischen Sanitätsbehörden zur Verfügung zu stellen. Wir freuen uns, dass wir der französischen Regierung in dieser Beziehung Unrecht gethan haben; denn wer den französischen Gelehrten näher steht, kann beurtheilen, welche Ueberwindung sie leider ein solcher Schritt, der unter normalen Verhältnissen ja ganz natürlich wäre, noch immer kostet.

IV. Wilh. Ebstein. Die Natur und Behandlung der Harnsteine. Mit eingeheftetem Atlas, enthaltend fünf Tafeln in Farbendruck. Wiesbaden, Bergmann, 1884. 306 Seiten. Ref. von Max Schüller.

Das vorliegende Werk giebt in 3 Abschnitten, von welchen der erste der Naturgeschichte und Untersuchung der Harnsteine gewidmet ist, der zweite die Aetiologie und Pathogenese der Harnsteine, der dritte die Harnsteine vom klinischen Standpunkte behandelt, eine nach Breite und Tiefe erschöpfende, mit neuen Ergebnissen gesättigte und in hohem Maasse anregende Darstellung seines Gegenstandes, welche berufen sein dürfte, die bisherigen Anschauungen von den Harnsteinen in vielen wichtigen Punkten zu reformiren. Die Darstellung gewinnt dadurch ein allgemeineres Interesse, dass der Verf. überall auch die Harnsteine bei Thieren mit in den Kreis seiner Untersuchungen hereinzieht, ein besonderes aber durch die Aufschlüsse, welche er über den Bau, die Entwicklung der Harnsteine, und über die derselben vorausgehenden oder sie begleitenden nothwendigen Veränderungen der Harnorgane giebt, sowie durch die neuen Gesichtspunkte, welche er für die Behandlung eröffnet. —

Nach einer Uebersicht über die allgemeinen physikalischen Eigenschaften der Harnsteine, über ihre Beziehungen zu den einzelnen Abschnitten der Harnwege, über ihre chemische Zusammensetzung, über die Differenzen in der chemischen Constitution der Harnsteine bei Thieren und Menschen geht der Verf. an die specielle physikalische und chemische Untersuchung der Harnsteine. Unter den physikalischen Untersuchungsmethoden gewährt besonders die von E. Wagner herrührende mikroskopische Durchforschung von Harnstein-Dünnschliffen wichtige Aufschlüsse. Bekanntlich hat neuerdings Ultzmann („die Harnconcretionen der Menschen und ihre Ursachen") diese Untersuchung in systematischer Weise auf sämmtliche Harnsteinbildungen beim Menschen ausgedehnt. Ebstein's Untersuchungen, welche sich theils auf die Harnsteine des Menschen, theils auf solche von Thieren erstreckten, stimmen in ihren Ergebnissen mehrfach mit denen Ultzmann's überein (das Nähere ist in den Originalarbeiten nachzusehen), weichen in anderen Punkten dagegen von jenen ab und besonders sehr wesentlich darin, dass sie Ebstein zu dem Nachweise von rundlichen Körnern und Klümpchen, oder auch von Resten mehr weniger deutlich erkennbarer Zellelemente theils im Kerne, theils innerhalb der krystallinischen, den Stein zusammensetzenden Massen führten, in welchen wir, wie die weitere Untersuchung zur Evidenz darthut, die Elemente eines organischen Gerüstes der Steine zu erkennen haben. — Die Anschauung, dass eine organische Substanz das Stroma der Harnsteine bilde, ist alt. In wissenschaftlicher Weise ist sie nach E. zuerst von Fourcroy und Vauquelin geprüft. Sie gewannen auch Flocken einer organischen Grundsubstanz, konnten aber, da sie zu starke Lösungsmittel anwandten, nicht die natürliche Anordnung derselben darstellen. Auch die bekannten Ausführungen von Meckel von Hemsbach hierüber konnten, obwohl er gelegentlich bemerkt, dass in Harnsäuresteinen die organische Substanz leicht als Gerüst darzustellen sei, keinen allgemeinen Eingang finden. In sichrer Weise, und besonders in ihrer natürlichen Anordnung als Gerüste, ist die organische Substanz in den Harnsteinen noch nicht nachgewiesen, und im harnsauren Sande und Griese hat man eine solche überhaupt noch nicht angenommen. Ebstein ist dieser Nachweis durch die Anwendung von der chemischen Zusammensetzung der Steine entsprechenden, zugleich aber langsam einwirkenden Lösungsmitteln (die ausführlichen Angaben darüber müssen im Originale nachgesehen werden) in glänzender und voll überzeugender Weise gelungen. Löste er kleine Körnchen harnsauren Sandes, so blieb eine die Conturen und die Form des Sandkornes bewahrende weiche Substanz zurück, in welcher Kerne oder Zellen oder eine besondere Structur nicht zu erkennen ist, welche sich aber leicht färbt und chemisch untersucht alle Zeichen einer den Einweisskörpern zugehörigen organischen Substanz darbietet. Bei grösseren Körnern und kleinen Steinchen von Harnsäure bleibt ein grauweisses Klümpchen von deutlich concentrischer Schichtung aus Eiweisssubstanz zurück. Werden von diesem Klümpchen nach Einbettung in Celloidin feine Schnitte gemacht und diese gefärbt, so sieht man eine ovoide Figur mit leicht welliger Contur und parallel verlaufenden welligen Linien, zwischen welchen sich eine hellere homogene Masse befindet. Im Centrum sieht man kleine gelbliche Klümpchen. E. fand dasselbe bei Hunderten von Präparaten, und konnte analoge Verhältnisse auch bei grösseren Steinen nachweisen. — In gleicher Weise untersuchte E. Schnitte von entkalkten Oxalatsteinen. Hier findet sich das organische Gerüste in hellen Schichten um dunklere dichte Massen in Form von Kreissegmenten angeordnet und lässt zwischen sich deutlich Zellkerne und Zellen erkennen, welche Epithelien ähneln; in andern finden sich Rundzellen. In Cystinsteinen vermochte er die organische Substanz nur in Form kleiner weissgrauer Flocken einer mikroskopisch granulirt aussehenden Masse darzustellen. Auch der Phosphatsand hinterliess eine organische Masse. In Phosphatsteinen gehört das organische Gerüst gleichfalls zu den Eiweisssubstanzen, zeigt an Schnitten untersucht eine theils homogene, theils granulirte Beschaffenheit mit grösseren und kleineren Hohlräumen. Hier und da sind im Gerüste Rundzellen zu erkennen. In Steinen von kohlensaurem Kalk fand E. ein lamellös geschichtetes organisches Gerüste von der Reaction der Eiweisskörper. In manchen Steinen (besonders Phosphatsteinen und kohlensauren Kalksteinen) ist das organische Gerüste verkieselt. (Auf den Tafeln des Atlas finden sich gute farbige Abbildungen von Steinschliffen und von Schnitten durch das organische Gerüst der Harnsteine, sowie des Harnsandes.)

Im Folgenden erörtert nun E. die Frage nach der Herkunft der organischen Substanz. Er verfolgt dieselben bis in die Nieren zurück, als der häufigsten Bildungsstätte der Harnsteine. Er erläutert zunächst in einer mit Abbildungen illustrirten eingehenden Untersuchung, dass beim harnsauren Infarcte Neugeborener und bei analogen fötalen Zuständen der Nieren die theils in kleinen Kügelchen, theils in amorphen Massen auftretende Ausscheidung der Harnsäure innerhalb der Nieren gebunden ist an die Nekrose von Epithelien der Harnkanälchen, in welchen sich jene entwickeln. Er weist nach, dass dieser Process beim harnsauren Infarcte in den gewundenen Harnkanälchen stattfinde, dass sie in die Sammelröhren, wo die Kügelchen gewöhnlich gefunden werden, eben nur einfach hinabrücken. Der Untergang der Epithelien ist Schritt für Schritt zu verfolgen. Einzelne sind auch bisweilen noch in der organischen Gerüstmasse zu erkennen, welche auch die Concretionen des Infarctes haben, und in welche die Epithelien verwandelt werden. Auch an experimentell erzeugten harnsauren Infarcten liessen sich dieselben Verhältnisse darthun. E. macht es plausibel, dass die Harnsäure (bei einer gewissen Concentration) giftig auf die Epithelien einwirke und nach dem Absterben der Epithelien in diesen ausgeschieden werde und dass diese die Kügelchen des Niereninfarctes bilde, welche ihrerseits den Grundstock zur Bildung harnsaurer Steine abgeben können. (Auf die sonstigen, den harnsauren Infarct betreffenden interessanten Mittheilungen kann hier nur hingedeutet werden.) Eine ähnliche Betheiligung der Zellen des Nierengewebes findet bei der Bildung der Concretionen der Gichtniere statt. Nach ihrer Auflösung bleibt eine aus Albuminaten bestehende, zuweilen streifige Substanz

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit einzelnen Kernresten (nekrotisches Nierengewebe) zurück. E. meint, dass sie auf den Harnwegen nach aussen als Sand entleert werden, aber vielleicht auch in loco wachsen und den Ausgangspunkt für Nierensteine abgeben können.

Ferner führt E. aus, dass auch eine Reihe anderweitiger Krankheitszustände der Nieren dadurch Material für das organische Gerüst der Harnsteine liefern können, dass bei ihnen aus dem Untergange von Zellprotoplasma geschichtete oder ungeschichtete Klümpchen innerhalb der Harnkanälchen entstehen. In Beziehung auf den Antheil der Harnwege, der Nierenkelche, des Nierenbeckens, der Ureteren, der Blase führt E. aus, dass nicht ein besonderer specifischer Katarrh (wie Meckel's „steinbildender" Katarrh) nothwendig sei, sondern jeder epitheliale Katarrh überhaupt, insofern er abgestorbene Epithelien liefert, auch die organische Grundlage für in den betreffenden Abschnitten der Harnwege sich bildende Steine abgeben kann. E. vermuthet, dass solche vorzugsweise epitheliale Katarrhe bei den acuten Infectionskrankheiten und „anderweitigen toxischen Processen" vorkommen können. (Ref. kann nach seinen sehr zahlreichen anatomischen Untersuchungen der Harnwege besonders bei weiblichen Kindern hervorheben, dass es sich in der That so verhält.) Er glaubt, dass vielleicht auch eine gewisse Beschaffenheit des Urins zu stärkerer Desquamation des Deckepithels disponire, wie möglicherweise die Ausscheidung des oxalsauren Kalkes, welche wahrscheinlich (neben der in der Niere) auch innerhalb der Harnwege erfolge. Nach dem Befunde von zahlreichen Epithelien im organischen Gerüst der Oxalatsteine dürfte in solchen Fällen ein epithelialer Katarrh als disponirendes Moment für die Bildung derselben anzusprechen sein. Auch bei den nicht seltenen Steinen der an Distoma haematobium erkrankten Individuen liefert wohl der epitheliale Blasenkatarrh das organische Gerüst derselben u. s. f. Eiterige Katarrhe können im Allgemeinen nur dann zur Steinbildung in Beziehung treten, wenn die Harnwege „insufficient" sind, die freie Entleerung des Harns und der Entzündungsproducte gehindert ist und alkalische Gährung eintritt; dann entsteht aus dem Eiter unter theilweisem Zerfall der zelligen Elemente eine zähe Gallerte, welche das organische Gerüst für die Ablagerung der phosphorsauren Ammoniak-Magnesia bilden kann. Bezüglich des supponirten Antheiles der Bakterien an der Entwicklung der Harnsteine, dessen E. hier gedenkt, hebt er hervor, dass in den meisten Präparaten färbbare Bakterien nicht nachzuweisen waren und meint, dass wenn solche eingeschlossen wurden, sie durch den Incrustationsprocess wohl abgetödtet sein möchten.

Im Weiteren erwähnt er, dass auch andere organische Massen, so abgestorbene Theile der Blasenschleimhaut u. s. f. Gelegenheit zur Steinbildung geben können, dass dagegen Blutgerinnsel nach seinen Untersuchungen im Ganzen seltener dazu führten, als gewöhnlich angenommen würde. — Im zweiten Hauptabschnitte des Buches wendet sich E., unter Bezugnahme auf seine eigenen Ergebnisse, zunächst gegen die Anschauungen der Autoren von der Entstehung der Harnsteine, sowohl gegen die, welche wie Heller und Ultzmann sie als einfach juxtaponirte Anhäufungen der krystallisirten, krystallinischen oder amorphen Steinbildner resp. als „Massenkrystallisationen" derselben auffassen, wie gegen jene, welche die Steine als durch Schleim zusammengebackene Harnsedimente oder zusammengehaltenen Harnsand ansehen. Indem er im weiteren die Wichtigkeit der Anwesenheit eines Kernes für die Steinbildung anerkennt, erörtert er die Bedeutung der Fremdkörper für dieselbe und führt den Nachweis, dass dieselben an und für sich nicht so häufig Anlass für die Harnsteinbildung abgeben, als angenommen wird, dass dies aber nur dann geschehe, wenn gleichzeitig ein entzündlicher Process von einer gewissen Intensität in den Harnwegen vorhanden sei, welcher das organische Material zum Aufbau der Steine liefere. Fehlt solches, so können Fremdkörper Jahre lang, ohne Steinbildung zu verursachen, in der Blase verweilen. Es komme dann höchstens zu geringfügiger „Ueberrindung". Diese aus der Erfahrung gewonnenen Ansichten werden auch durch die Thierversuche (Nuck's, Sheldon's, Studensky's) bestätigt. — Ebenso können aber kleine Harnsteine in den Harnwegen vorhanden sein (welche sonst den Kern für grössere Steine abgeben), ohne dass nothwendigerweise grössere Concremente daraus hervorgehen, wenn das organische Material zum weiteren Wachsthum derselben fehlt. Beim Wachsthum der Steine legt sich das organische Material entweder in Form concentrischer Schichten an, oder in nicht geschichteten Massen, in Gestalt kleinerer und grösserer Klümpchen, in welchen sich die Steinbildner ausscheiden. Welche Harnbestandtheile in das organische Gerüst deponirt werden, hängt theils von der Löslichkeit resp. Unlöslichkeit, theils vom Stoffwechsel des betreffenden Individuums ab. Er kommt zu dem Schlusse, dass die Harnsteine immer durch „Apposition wachsen, welche sich theils vollzieht durch concentrisch schaligen, radial faserigen Aufbau, theils durch Anlagerung krystallinischer ungeordneter wirrer Massen, theils durch Combination beider, immer unter Mitbetheiligung organischer Substanz. Versiegt diese, so hört das Wachsthum der Steine auf." — Im Folgenden liefert dann E. eine speciell eingehende Schilderung der Aetiologie und Pathogenese der einzelnen Harnsteine (nämlich der Harnsäure- und Uratsteine, der Oxalatsteine, der Cystinsteine, der Phosphatsteine, der kohlensauren Kalksteine), in welcher er statistische Daten über die Häufigkeit giebt, die geographische Verbreitung, das Vorkommen bei verschiedenen Lebensaltern und Geschlechtern, die Abhängigkeit von der Nahrung, von bestimmten Lebensbedingungen, von bestimmten pathologischen Processen u. s. f. darstellt und eine Fülle wichtigen Materiales bringt. Doch muss bezüglich dessen auf das Original verwiesen werden. Wir wollen nur anführen, dass er auch hier überall im Detail die hohe Bedeutung der organischen Substanz für die Steinbildung erweist, und u. A. auch die bisherige ganz allgemeine Auffassung des harnsauren Sandes bei der Lithiasis als blosse krystallinische Ausscheidung der Harnsäure durch den von ihm gelieferten Nachweis eines organischen Gerüstes in jedem Sandkorne als irrig kennzeichnet, dass somit auch ein wesentlicher Unterschied zwischen harnsaurem Sande und harns. Sedimente besteht. Eingehend wird der Bedeutung des harnsauren Infarctes, der Gicht, der harnsauren Diathese für die Aetiologie und Pathogenese der Harnsäure- und Uratsteine gedacht. In der gleichen Besprechung der Phosphatharnsteine führt er u. A. an, dass solche sich auch in der Niere entwickeln können, dass solche aus phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia auch im Nierenbecken (bei Nierenvereiterung) gefunden werden können; macht dann auf das gelegentliche Vorkommen von Kalkconcrementen bei Osteomalacie, auf die Disposition für Kalksteinbildungen aufmerksam, welche Infectionskrankheiten, theils wegen der durch sie bedingten Ernährungsstörungen der Nieren, theils durch die häufigen Katarrhe in den Harnwegen schaffen, bespricht den Einfluss der mit mechanischen Störungen und mit Gährung des Inhalts der Harnwege einhergehenden Krankheitsprocesse u. s. f. Im letzten Abschnitte schildert E. ebenso eingehend wie treffend die Erscheinungen, welche durch Harnsteine während ihrer Passage durch die Harnorgane sowie diejenigen, welche durch das Verweilen in denselben veranlasst werden, weiterhin die Beschaffenheit des Harnes bei der Urolithiasis, giebt dann in kurzen Sätzen das Wichtigste über die Diagnose, den Verlauf, die Ausgänge, Complicationen, Prognose der Urolithiasis. — Das letzte Capitel dieses Abschnittes ist der Behandlung der Harnsteine gewidmet. Hier lässt er sich nur auf die diätetische und medicamentöse Behandlung ein. Auch hier müssen wir, da wir uns nur auf ganz kurze Notizen beschränken können, ganz besonders auf das Original verweisen. Er bespricht zunächst die Versuche einer radicalen Behandlung bei den einzelnen Harnsteinen. Bei harnsaurer Diathese verschreibt er ein ganz analoges Regime, wie er es Fettleibigen empfohlen und in seiner speciellen Monographie begründet hat. Der dagegen gemachte Einwand, dass sich bei einer solchen Diät die Harnsäureausscheidung vermehre, sei nicht zutreffend. — Vermehrter Wassergenuss und warme Bäder setzen, wie auf E.'s Veranlassung von Jahns angestellte Versuche ergaben, die Harnsäureausscheidung nicht herab, können hiernach wenigstens nicht in diesem Sinne verwerthet werden. Doch mag das individuell verschieden sein und wie es sich bei harnsaurer Diathese verhält, wäre noch zu prüfen. Dagegen ist Steigerung der Diurese für die Ausschwemmung harnsauren Sandes und Grieses von Bedeutung, und sind hierfür (nach Quincke) besonders die kohlensauren Wässer zu empfehlen. Um die Verhältnisse der Auflösbarkeit der Harnsäure zu prüfen, liess E. neue Versuche von Jahns anstellen. Es ergab sich hieraus, dass Lithioncarbonat weitaus am meisten Harnsäure zu lösen vermag, dass nach diesem Natriumbicarbonat kommt, dass weniger Natriumcarbonat und Borax lösen u. s. f. „Chlornatrium, Chlorlithium, Natriumsulfat vermochten nicht mehr Harnsäure zu lösen, als destillirtes Wasser ohne jeden Zusatz." Weiter prüfte Jahns die Auflösungsfähigkeit (für Harnsäure) der bei harnsauren Concrementen gebräuchlichen (theils unvermischten, theils mit Wasser verdünnten) Mineralwässer. Hieraus ergab sich, dass „allein die Carbonate und zwar sowohl der Alkalien als der alkalischen Erden die vermehrte Löslichkeit der Harnsäure in den Mineralwässern bei diesen Versuchen bedingen, und zwar ist das Lösungsvermögen der letzteren für Harnsäure bei hinreichender Verdünnung ihrem Gehalt an jenen Salzen direct proportional". Es ergebe sich weiterhin für die Praxis der Schluss, dass „nur bei denjenigen Mineralwässern, welche einen geringen Gehalt an Carbonaten aufweisen, eine vollständige Ausnützung ihres Lösungsvermögens für Harnsäure stattfinden kann"; während bei concentrirteren, an Carbonaten reicheren Mineralquellen die vorhandene Menge nicht ausreiche, um die von ihnen gebildeten Urate völlig in Lösung zu erhalten. Dies kann erst durch gleichzeitige reichliche Wasserzufuhr erreicht werden. Das in den meisten Mineralwässern vorhandene Lithioncarbonat sei zu gering, um sich erheblich an der Harn-

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

säurelösung zu betheiligen. Mehr zu lösen vermögen dagegen die künstlichen Lithionwässer. — In praxi werden aber nur diejenigen Mittel zu einer Wirkung gelangen können, welche in wirksamer Form in den Harn übergehen. In dieser Beziehung ist am meisten von kohlensauren Alkalien zu erwarten. E. bespricht noch eine Reihe anderer Mittel und sucht ihren Werth für die Lösung der Harnsäure oder für die Ueberführung in lösliche Salze festzustellen, bespricht die etwaigen Nachtheile besonders der Alkalisalze für die Verdauung, räth deshalb zu einem entsprechend vorsichtigen temporären Gebrauch u. s. f. Er kommt u. A. zu dem Ergebniss, dass auch die dem Carlsbader Wasser zugeschriebene Wirkung auf die harnsauren Steine nur seinem Gehalte an doppeltkohlensaurem Natron zukomme, welches mit vielen anderen schwächeren Natronwässern theile. Er gelangt zum Schlusse, dass „sich bei der medicamentösen Behandlung der harnsauren Steine eine temporäre curgemässe Anwendung schwacher kohlensaurer Natronwässer nützlich erweisen kann", dass ein anhaltendes alkalisches Regime Gefahren für den Gesammtorganismus einschliesst, dass als sicher nur die mechanische, ausschwemmende Wirkung der alkalischen Wässer und als wahrscheinlich ein günstiger Einfluss auf die erkrankten Harnorgane (auf die Epithelien) bei verständigem, vorsichtigem Gebrauche dieser Wässer anzusehen ist. Die Behandlung der oxals. Diathese und Oxalatsteine ist in ähnlicher Weise durchzuführen. Bei Cystinconcrementen empfiehlt er, nur die Ausschwemmung durch kohlensaure Wässer zu befördern. Bei Phosphatconcretionen ist, bevor die örtlichen Ursachen nicht behoben sind, von direct auflösenden Mitteln, als welche man besonders Säuern empfohlen hat, nichts zu erwarten. Die Beseitigung dieser Ursachen, auf welche hier vorzugsweise Rücksicht zu nehmen ist, fällt mit der systematischen Behandlung zusammen. Bei dieser, der die folgenden Blätter gewidmet sind, berührt er nur zwei wichtige Punkte, nämlich die Behandlung derjenigen Erkrankungen der Harnorgane, welche das organische Gerüst der Harnsteine liefern und die Behandlung der Einklemmungsserscheinungen. Das was hierbei in Frage kommt, ergiebt sich zum Wesentlichen aus den früheren Darlegungen des Verfassers, eröffnet aber hier manche wichtige neue Aufgabe, zum Theil enthält es Bekanntes. In den Schlusssätzen erkennt er an, dass es auch heutigen Tages noch kein Medicament giebt, durch welches es möglich wäre, grössere Concremente innerhalb der Blase oder der Niere, sei es durch Einverleibung in den Magen oder durch Injection von sogen. lithontriptischen Mitteln in die Blase, aufzulösen, dass demnach hier die chirurgische Behandlung einzutreten habe.

V. Ueber Milz-Echinococcus und seine Behandlung, eine Monographie von Prof. Mosler. Wiesbaden bei J. F. Bergmann. Ref. Kaatzer-Rehburg (Bad).

Mosler hat im Anschluss an einen von ihm beobachteten, sowohl ätiologisch wie therapeutisch ein besonderes Interesse beanspruchenden Fall von Milz-Echinococcus sich der Mühe unterzogen die Literatur des Milz-Echinococcus eines eingehenden Studiums zu unterziehen. Ausser den 28 bis zum Jahre 1877 reichenden Fällen von Neisser (die Echinococcen-Krankheit, Berlin Hirschwald 1877) hat Mosler deren noch 28 aufgefunden, welche er je nachdem die Echinococcusblasen solitär nur in der Milz allein, oder auch ausser in ihr noch in anderen Organen aufgefunden wurden, in 2 Tabellen kurz auf die wichtigsten Gesichtspunkte hin prüft und bespricht.

Auf Grund des vorliegenden statistischen Materials kommt Mosler zu folgenden Schlüssen:

1) Von einem vorwiegenden Einfluss des Geschlechts auf das Vorkommen von Milz-Echinococcus kann keine Rede sein.

2) Die Häufigkeit der Erkrankung fällt in die Jahre von 20—30.

3) Die Symptomatologie ergiebt, dass der Milz-Echinococcus auf so geringer Stufe der Entwicklung bleiben kann, dass im Leben keine Symptome herbeigeführt werden; in anderen Fällen war das erste Symptom ein intensiver Schmerz in Folge einer durch Ueberanstrengung, Wochenbett etc. herbeigeführten Entzündung des völlig latenten Echinococcus-Sackes.

4) Der Nachweis der in den Grössenverhältnissen sehr differirenden Geschwulst ist das wichtigste diagnostische Moment. Von andern Milztumoren unterscheidet den Echinococcus fast nur das Fluctuationsgefühl. Hydatidenschwirren hat Mosler nie constatiren können.

5) Die Prognose des solitären Milzechinococcus ist bedeutend günstiger wie die des mit anderen Organen complicirten.

6) Die interne Behandlung liefert ungünstige Resultate und es ist daher nur die chirurgisch operative zu empfehlen. Mosler bespricht hier einzelne Operationsmethoden und giebt bei der radicalen Operation der Eröffnung des Sackes mittelst Schnittes, der Volkmann'schen Methode bei geeignetem Milz-Echinococcus den unbedingten Vorzug.

Es mag nicht unerwähnt bleiben, dass die Monographie dem Geh.-Rath von Frerichs zur Feier seines 25jährigen Professoren-Jubiläums gewidmet ist.

VI. Cubasch: Die Improvisation der Behandlungsmittel im Kriege und bei Unglücksfällen. Vademecum für Aerzte und Sanitätspersonen. Vom internat. Comité des rothen Kreuzes prämiirte Preisschrift. Mit 113 Holzschn. Wien und Leipzig bei Urban und Schwarzenberg 1884. Ref. Schill.

Im Jahre 1882 stellte das Genfer internationale Comité vom rothen Kreuz 3 Preisaufgaben: 1) Improvisirung von Behandlungsmitteln, 2) Improvisirung von Transportmitteln, 3) Improvisirung von Lazarethräumlichkeiten. Das Preisgericht, bestehend aus den Herren Gurlt, Le Fort und Socin ertheilte für Lösung der beiden ersten Fragen dem O.-St.-A. Dr. Port in München den ersten Preis, während einen 2. Preis für 1: Dr. Cubasch, für 2: Dr. Röse und für 3: Dr. Cuignet erhielten. Zugleich drückte das Preisgericht den Wunsch aus, die Arbeiten von Port und Cubasch im Druck erscheinen zu sehen. Dies die Vorgeschichte und zugleich beste Empfehlung des oben genannten Buches, welches dem Arzt nicht allein im Felde, sondern auch bei Unglücksfällen die besten Dienste zu leisten vermag. Der Inhalt des Werkes zerfällt in 14 Capitel, welche behandeln: Blutstillung, Behandlung gefahrdrohender Symptome nach Verletzungen, Improvisation antiseptischer Wundbehandlung, offene Wundbehandlung, Schienen und Apparate zur Wundbehandlung, Behandlung von Knochenbrüchen, Wunden einzelner Körpertheile, Wundcomplicationen, Verbrennungen, Erfrierungen, Erstickung, Verstauchungen und Verrenkungen der Gelenke, schliesslich bei der Krankenpflege nöthige Utensilien. 113 Holzschnitte ermöglichten es, die Beschreibung der einzelnen Behandlungsmethoden und Apparate kurz zu fassen, ohne unklar zu werden. Die Nothverbände mit improvisirten Apparaten und Verbandmaterialien auf dem Schlachtfeld, im Lazareth und bei Transporten enthalten vieles Originelle. Als hauptsächlichste Punkte, auf welche in Ermanglung Lister'schen Verbandmaterials zu achten ist, bezeichnet C. folgende: 1) Berührung der Wunde mit Fingern oder Instrumenten nur bei gefahrdrohenden Erscheinungen, wie Blutungen u. dgl., 2) Verbandmaterialien, welche der Soldat bei sich trägt, sind nicht zu verwenden, wenn man sie nicht vorher antiseptisch machen kann, 3) die schnellsten Verbände auf dem Verbandplatz sind die nassen (Streupulververbände! Ref.): Charpie in 5 Proc. Carbolsäure ausgedrückt, mit einem Tuch befestigt und 4 mal täglich mit 5 Proc. Carbollösung begossen. Vorheriges Ausspülen ist auf die Fälle zu beschränken, in denen die Wunden stark beschmutzt sind, operative Eingriffe, Extraction von Knochensplittern und Kugeln auf die dringendsten Fälle. 4) In Ermanglung jedes antiseptischen Materials aseptisches: Charpie, Compressen, Verbandtücher $^1/_2$—1 St. gekocht in Wasser, ebenso letzteres selbst als Berieselungsflüssigkeit. 5) Ausrüstung des Soldaten mit Chlorzinkjuteballen zur antiseptischen Occlusion, der Sanitätspersonen mit antiseptischen Streupulvern. 6) Bereitung antiseptischer Verbandmaterialien, namentlich zu trockenen Verbänden im Feldlazareth. 7) Antiseptische permanente Irrigation mit Lösungen von essigsaurer Thonerde, aus Alaun und Bleizucker schnell hergestellt.

VII. Resultate und Technik der Tracheotomie bei Croup und Diphtheritis von Dr. Lüning, Secundärarzt der chir. Klinik. Vortrag in der Ges. der Aerzte in Zürich 1. April 1882. Ref. Pauly (Posen).

Kroenlein lässt durch seinen Assistenten, der schon selbst wacker tracheotomirt hat, die Erfahrungen von 1868 bis 1882 (E. Rose's und K.'s) veröffentlichen, gelegentlich der ganz ungewöhnlichen Verbreitung der Epidemie 1881/82. Croup und Diphth. sind anatom. und graduell verschieden, ätiol. und therap. eins. Von 295 aufgenommenen Kindern heilten 20 Proc. ohne Operation trotz eingetretener Laryngostenose geringen Grades. 80 Proc. mussten tracheotomirt werden, Heilziffer 39 Proc., Summa aller mit oder ohne Operation geheilten 50 Proc. Von Jahr zu Jahr wurden die Operationen häufiger Dank einsichtiger Collegen und grösserer Popularität beim Publikum (1881 45 Operationen mit 45 Proc. Heilung, 1882 bis März 45 mit 42 Proc. Heilung.) Auf der Höhe der Epidemie sind die häufigern Operationen von schlechterm Erfolge. Contraindication gegen die Operation bei Laryngostenose giebt es nicht. 11 Kinder unter 2 Jahren (von 51) gelang es, dem sichern Tode zu entreissen, darunter 1 Kind von 8 Monaten. Selbst wo die Kinder asphyctisch, scheinbar leblos mit Stillstand der Respiration in's Hospital gebracht wurden, wurde die instantane Operation (Aspiration und künstliche Respiration) nicht unterlassen, meist

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

natürlich mit nur vorübergehendem Erfolge, 2mal aber doch bei grössern Kindern mit Glück. Den nächsten Satz des trefflichen Vortrags können wir nicht unterschreiben: „in der Privatpraxis giebt es natürlich schwerwiegende Gründe, die ein so consequentes Handeln von selbst verbieten; in einer Hospitalklinik darf keine auch noch so geringe Chance des Erfolges a priori aufgegeben werden". Welches sind die Gründe? Doch blos die Furcht vor dem Misserfolg. Darf sie mitsprechen, wenn es sich um die dem Privatarzt so selten gebotene Gelegenheit handelt, ein sicher verlornes Leben zu retten? Gott Lob, die jetzige Generation Studirender wird ja von Lehrern, wie Kroenlein, in andern Auffassungen erzogen, wie die ältern Collegen, denen der Vortrag eine überflüssige Concession macht, die aus seinem Munde nicht unbedenklich ist. — Der Vergleich der Heilungsziffer (39 Proc. — 42 Proc.) übertrifft die früheren (Pariser Hospitäler 1850—1870 22 Proc. — 28 Proc.) und sogar die neuesten besten Resultate (Wilms 31 Proc., Wanscher 42 Proc.); bekanntlich ist das Alter prognostisch ungemein schwerwiegend; aber auch da ergiebt Zürich 33 Proc. Heilerfolg gegen 17 Proc. der Langenbeck'schen Klinik für Kinder im 3. Jahre. Wichtig, ja entscheidend für die Operationstechnik sind die Erfahrungen grade Lüning's, der seit einem Lustrum unter Rose und Kroenlein mitarbeitet. Billroth öffnete das Lig. conoid., was obsolet ist, und erlebte sofortigen Blutungstod durch Dilatation der Wunde nach unten; unter Rose wurde nur Trach. inf. geübt, Kroenlein bewies, dass die Trach. super. mit Bose's Querincision der mittleren Halsfascie in allen Fällen genügt. Das ist für den practischen Arzt geradezu entscheidend. Nach sehr sorgsamer Erwägung aller anatomischen Details beider Methoden betont L., dass in einer Klinik, wo stets Assistenz vorhanden, wo gelegentlich Kinder in agone hereingebracht werden, die Tr. inferior durch ihre rasche (auch dann wenn Struma vollkommen bedeckt; Rose's Schlitzmethode und Rose's Kropfhaken!) Ausführbarkeit sehr wohl am Platze sein kann, dass aber die keineswegs leichtere Trach. super. nach Bose durch die geringere Tiefe der Wunde, die Anwendbarkeit des Bose'schen federnden Wundhakens etc. und vor Allem die Unabhängigkeit von sachverständiger geübter Assistenz für die Privatpraxis den Vorzug verdienen. Auch die Nachbehandlung ist leichter, da das Entfernen und Wiedereinführen der äussern Canüle ohne besondere Assistenz möglich ist. Von 149 Fällen von Trach. inf. heilten 36 Proc., von 82 Trach. sup. 42 Proc. —

VIII. Die Tracheotomie bei Kindern unter zwei Jahren. Inaug.-Dissert. von Gustav Chaym, Berlin 1883 (abged. im Jahrb. f. Kinderhkde. 1884). Ref. Pauly (Posen).

Von Trousseau, le veritable promoteur de la tracheotomie, stammt (aus dem Beginn seiner Praxis)[1]) der Satz, dass bei Kindern unter 2 Jahren die Operation wegen Diphtheritis wegen des fast unvermeidlichen Misserfolges contraindicirt sei: auch in Deutschland galt das Princip (z. B. bei dem um die Tracheot. so hochverdienten Wilms). Es bedurfte eines sehr grossen Materials, um auch diese letzte Contraindication siegreich aus dem Felde zu schlagen, die aufrichtig gesagt, bei einer lebensrettenden Operation nie zu Macht bestand.

Auf Prof. Küster's Anregung hat Coll. Chaym das ganze Material (beinahe 1000 Fälle) mit einer gerade für dieses Thema wünschenswerthen Wärme der Darstellung in seiner Doktordissertation gesammelt. Die Hauptgegengründe waren 1) die in den anatomischen Verhältnissen des Halses 1—2jähr. Kinder begründeten Schwierigkeiten und Gefahren, so dass der nicht gehörig vorbereitete Arzt aus der an und für sich einen geringfügigen Eingriff darstellenden Operation eine das Leben bedrohende Verletzung machen kann; 2) die hohe Mortalität. — Was letzten Punkt betrifft, so sind von 56 tracheot. Kindern des 1. Lebensjahres 84 Proc., von 921 des 2. 85 Proc. gestorben, während die Durchschnittsmortalität der Trach. bei Diphth. zwischen 67 Proc. und 75 Proc. schwankt. Die öfter ventilirte Frage, ob die Operation in der Privatpraxis oder im Hospitale bessere Chancen hat, dürfte mit Rücksicht auf die Ernährung mit der Mutterbrust zu Gunsten der Privatpraxis entschieden werden. Die geringere Widerstandsfähigkeit des Säuglingsalters, die bekannten physiologischen Vorgänge (Dentition etc.), die Disposition zu Reflexkrämpfen, die Schwierigkeit der Ernährung und so manches Andere sind zweifellos die Gründe der hohen Sterblichkeit, und diese reicht hin, um croupkranke Kinder der qualvollsten aller Todesarten, dem Erstickungstode widerstandslos preiszugeben." —

Was den ersten Punkt anlangt, so können das enge anatomische Terrain, die extreme Beweglichkeit, die Weichheit und Enge der Luftröhre allerdings zu den verhängnissvollsten Irrthümern Anlass geben: seitliche Durchschneidung, Verletzung des Oesophagus, Verschluss des Trachealiumens durch Anziehen des Häkchens.

Howard Marsh nennt die Tracheotomie bei einem jungen Kinde mit kurzem und fettem Halse vielleicht die furchtbarste und mühsamste Operation; — doch sind alle Schwierigkeiten von dem in jeder Beziehung wohlvorbereiteten Arzte zu überwinden. Man operire möglichst früh, noch vor dem Eintritt der Asphyxie[1]) aus den bekannten, hier doppelt motivirten Gründen, gehe möglichst langsam präparatorisch vor.

Als Operationsverfahren empfiehlt Ch. mit unseren Autoritäten die Tr. superior (gegen Monti), die durch Bose's Querablösung der Hueter'schen Fascia thyreo-laryngea Raum genug gebe, und fügt den beherzigenswerthen Rath hinzu, wo es irgend angeht, den Ringknorpel zu schonen. Es ist empfehlenswerth, Canülen von 4 mm Lichtung vorräthig zu halten. Die Nachbehandlung[2]) muss um so sorgfältiger sein, je jünger das Kind ist. Gegen die Schluckstörungen dürfte die vom Referenten empfohlene temporäre Tamponade (am besten mit Glycerin-Watte oberhalb der Canüle nach Israel) empfehlenswerth sein. Zwei werthvolle Tabellen sämmtlicher geheilter Fälle beschliessen die treffliche Dissertation, die mit Recht den Ausspruch Asthley Cooper's citirt: „dass sich auch derjenige um das Menschengeschlecht verdient macht, der von hundert dem nahen Tode Geweihten nur einen einzigen rettet".

[1]) Ende der sechziger Jahre sprach T. sich für die Operation in jedem Alter aus.

IX. Oscar Eyselein, Tisch für Nervenkranke. — Diätetische Behandlung der Krankheiten des Menschen von Med. Dr. Josef Wiel. Band IV. Karlsbad 1883. Ref. Seeligmüller.

Die um die „diätetische Behandlung der Krankheiten des Menschen" bereits verdiente Verlagsbuchhandlung von Hans Feller hat in dem Verfasser dieses IV. Bandes, dem um die Hygieine seines engeren Vaterlandes, des Herzogthums Braunschweig, hochverdienten Dr. Eyselein einen geschickten und als Leiter einer Pension für Nervenkranke in Blankenburg gerade auf diesem speciellen Gebiete wohlerfahrenen Bearbeiter der Diätetik für Nervenkranke gefunden. Dass das vorliegende 267 Seiten umfassende Buch nicht als „Abklatsch" des Wiel'schen Buches dasteht und auch nicht „eine rationelle Aufzählung der für Nervenkranke geeigneten Speisen" bietet, davon kann man sich schon überzeugen, wenn man das reichhaltige „Menu" des Inhaltsverzeichnisses überliest.

Da lesen wir u. A. in Kap. IV. über Gemüthsbewegungen, Schlaf und Schlaflosigkeit, Kap. IX. Musik, Theater, Malerei, Kap. X. Ehe und Ehelosigkeit, Prostitution, Kap. XI. Trunksucht, Morphiumsucht, Spielsucht u. s. w.

Auch alle diese „den Nervenkranken speciell berührenden nicht materiellen Fragen" sind mit grossem Verständniss und in allgemein verständlicher Weise erörtert. In dem ganzen Buche, namentlich aber im Kap. XII, in welchem „die private und öffentliche Gesundheitspflege und ihre Beziehungen zu Krankheiten speciell des Nervensystems" besprochen wird, tritt die wissenschaftliche Belesenheit und persönliche Erfahrung des Verf.'s gerade in der Hygieine angenehm hervor. Dass sich trotzdem über manche Anschauungen des Verf.'s, z. B. dass man sich in kalter Luft die Nase nicht schnäuzen dürfe p. 115, wohl streiten lässt, bleibt deshalb nicht ausgeschlossen. Druck und Ausstattung des Buches sind recht gut.

X. Dr. Emil Kraepelin, Docent a. d. Universität Leipzig, Compendium der Psychiatrie, zum Gebrauche für Studirende und Aerzte. Leipzig, Verlag von Ambr. Abel 1883. Ref. Seeligmüller.

Dieses „seinem hochverehrten Lehrer Herrn Obermedicinalrath Prof. Dr. B. v. Gudden gewidmete Buch macht dem Lehrer, wie dem Schüler die grösste Ehre. Ein Compendium über Psychiatrie von dieser Kürze und Vollständigkeit kann nur Jemand schreiben, welcher dieses schwierige Gebiet nach Theorie und Praxis vollständig beherrscht. Nur 377 Seiten kleineren Formates und welche Fülle von Inhalt! Von dieser Seitenzahl sind 186 der allgemeinen, etwa 191 der speciellen Pathologie und Therapie des Irreseins gewidmet. Den älteren Practiker wird aus dem 1. Abschnitt namentlich das Kapitel über allgemeine Therapie interessiren, in welchem auch die modernen und modernsten Medicamente — Hyoscyamin, Coca, Paraldehyd, Bromäthyl — eine eingehende Besprechung erfahren. Auch in dem speciellen Abschnitt ist gerade der Therapie ein genügender Raum gewährt. Somit möge das elegante und handliche Büchlein dem Studirenden als ein treffliches Hülfsmittel beim Hören psychiatrischer Vorlesungen, dem Arzte aber als ein guter Rathgeber in Fällen der psychiatrischen Praxis bestens empfohlen sein! Auch der Psychiater von Fach wird mit Vergnügen in das Werkchen einen Einblick thun und sich der klaren, präcisen und überall den Nagel auf den Kopf treffenden Darstellung des Herrn Collegen freuen.

[1]) Wanscher (Kopenhagen) verlor von 35 Kindern im 2. Lebensjahre, die vor dem Eintritt der Asphyxie operirt wurden, 45,7 Proc., dagegen von 39 in hochgradiger Cyanose operirten 92,3 Proc.

[2]) Dass die Tracheotomie ein gar so geringfügiger Eingriff ist, glaubt Ref. nach genügender Erfahrung (50 Trach.) nicht; in den ersten 24 Stunden steigt die Temperatur leicht bis auf 40 und diese Steigerung ist gerade für kleine Kinder gewiss verhängnissvoll; man sollte dieses Wundfieber antipyretisch (hydrotherapeutisch) behandeln.

Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

XI. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am Montag den 16. Juni 1884.

Vorsitzender: Herr Fraentzel.
Schriftführer: Herr P. Guttmann.

Discussion über den Vortrag des Herrn Ehrlich. (Siehe diese No. S. 419 ff.)

Herr Weyl: Die Reaction, von der Herr Ehrlich sprach, besteht darin, dass unter dem Einfluss der Diazobenzolsulfosäure Farben auftreten. Die nächste Frage, die zu beantworten ist, wäre, welche Körper bewirken die Farbenreaction? Wir kennen leider eine verhältnissmässig grosse Menge Körper, die alle gleichzeitig oder vereinzelt im Harn vorkommen können und, je nachdem sie in grösserer oder kleinerer Menge vorhanden sind, in etwas dunklerer oder hellerer Nuance die Ehrlich'sche Reaction geben können. Wenn sicher festgestellt ist, dass viele Körper — dahin gehören Traubenzucker, Pepton, Phenole — diese Reaction geben, so wird der Chemiker zu dem Schluss kommen müssen, dass diese Reaction für die wissenschaftliche Erkenntniss der Zusammensetzung des Harns von nicht ganz eindeutigem Werthe ist.

Es kommt noch hinzu, dass diese Reaction nur in der Hand eines sehr geübten Experimentators das Resultat ergiebt, welches Herr Ehrlich natürlich jedes Mal erhält. Man kann häufig die Farbenreaction dadurch vereiteln, dass man zuviel oder zuwenig von dem Reagens zusetzt. Ein weiteres Moment ist, dass der zum Nachweis benutzte Körper in seiner Handhabung durchaus nicht der angenehmste ist. Die Diazobenzolsulfosäure ist nämlich im höchsten Grade explosibel; es ist daher dringendste Sorgfalt geboten, namentlich soll man den Körper niemals in festem und trockenem Zustande vorräthig halten. Aus diesem Grunde muss ich mich dem Vorschlage Fischer's anschliessen, dass man die Diazobenzolsulfosäure niemals anwenden, sondern sie erst in dem Augenblick, wo man sie benutzt, bereiten soll im Harn selbst, indem man den zu benutzenden Harn mit Sulfanilsäure und salpetriger Säure versetzt, wodurch man die Substanz erhält.

Herr Lenhartz: Seit mehreren Monaten sind auf der Klinik des Herrn Leyden in der Charité Untersuchungen mit dem Ehrlich'schen Reagens angestellt, welche im Allgemeinen die Angaben des Herrn Ehrlich bestätigen. Diese Untersuchungen erstreckten sich auf etwas über 300 Pat. und repräsentiren eine sehr grosse Menge von Einzeluntersuchungen, da bei den meisten Kranken die Reaction täglich erprobt wurde. Das Mischen und Schütteln des Urins mit dem Reagens geschah fast ausschliesslich des Morgens durch einen Kranken der Abtheilung unter ärztlicher Aufsicht und hat sich dabei niemals eine Unbequemlichkeit herausgestellt. — Es ergab sich zunächst, dass die Ehrlich'sche Reaction stets fehlte bei Gesunden und den in guter Reconvalescenz befindlichen Personen; ferner fehlte im Allgemeinen die Reaction bei afebrilen Erkrankungen: so in den beobachteten 24 Fällen von Bronchial- und den 4 Fällen von Kehlkopfkatarrh, 12 Fällen von rheumatischen Beschwerden, je 13 von chronischen Rückenmarksleiden und Herzfehlern, je 6 von Apoplex. cerebr. und Cirrhosis hepatis, je 2 von Bauchgeschwülsten und progressiver Muskelatrophie, 3 von acuter Manie, 4 von Cystitis, je 1 von Diabetes mell., Lues, Pseudo-Muskelhypertrophie und Venenthrombose. —

Unter 16 Fällen von Nephritis und 9 von Krebs fand sich die Reaction je ein Mal — es handelte sich um eine Complication der Nephritis mit Pericarditis und im andern Fall um ein mächtiges Carcinom der linken Lunge; 2 Mal hingegen unter 3 beobachteten Fällen fand sich die Reaction bei Marasmus senilis. —

Bei fieberhaften Krankheiten wurde die Reaction nicht gefunden in den beobachteten 29 Fällen von acutem Gelenkrheumatismus — mithin überhaupt bei rheumatischen Affectionen nicht —, ferner nicht in den je 2 Fällen von Ruhr und Wechselfieber, sowie 7 von Diphtheritis. — Je ein Mal war die Reaction vorhanden unter 11 Fällen von Scarlatina, 9 von Erysipelas und 11 von fieberhaftem Magen- und Darmkatarrh: 2 Mal erschien dieselbe bei Pleuritis (24 Beobachtungen) und zwar bei Pat., welche der Tuberculose verdächtig waren. In 5 Fällen von Haemoptöe, welche zum Theil fieberlos und ohne besondern Befund über den Lungen verliefen, bestand keine Reaction. — Ein Kranker mit Pyopneumothorax, in dessen Sputum und Exsudat Tuberkel-Bacillen gefunden wurden — ungeheilt entlassen — sowie ein 2. mit Empyem — geheilt nach Rippenresection entlassen — zeigten keine Reaction, welche in 2 andern Fällen von Pyopneumothorax constatirt werden konnte (1 Mal stark bei hohem Fieber vor der Operation, und ca. 8 Tage nach derselben bei mässig remittirendem Fieber in geringem Grade wieder erscheinend, in der Zwischenzeit hatte die Reaction gefehlt). — Unter 10 Fällen von Peritonitis erschien die Rothfärbung des Schaumes 3 Mal: bei 2 Fällen von Periton. tuberc. und 1 Mal bei Perforations-Peritonitis nach Typhus. Es ist dieser Fall ganz besonders diagnostisch interessant: ein 12jähriger Knabe hatte 7 Tage vor seinem Tode noch die Schule besucht und war erst 3 Tage vor seiner Aufnahme mit Klagen über Leibschmerzen bettlägerig geworden; er ging stark collabirt mit bedeutender Auftreibung des Leibes zu und starb nach 3tägiger Anwesenheit, ohne dass es möglich gewesen wäre, Sicheres über die Entstehung der Perforation auszusagen. Die Autopsie am heutigen Morgen stellte fest, dass es sich um die Perforation eines Geschwüres bei Typhus handelte, wo nach Ehrlich am regelmässigsten und stärksten die Reaction erscheint.

Unter 20 Pneumonieen wurde die Rothfärbung des Schaumes 7 Mal beobachtet, fast sämmtlich sehr schweren Fällen, da 5 derselben tödtlich endeten und nur 2 (1 Mal Krisis, 1 Mal Lysis) geheilt resp. gebessert entlassen wurden; bei den anderen Pneumonieen war der Verlauf verhältnissmässig leichter.

Am regelmässigsten wurde die Ehrlich'sche Reaction bei Phthise, Typhus und Variola(ois) beobachtet: von 46 Phthisikern zeigten 33 (25 † dieselbe fast regelmässig, während bei 13 (5 †) die Rothfärbung des Schaumes ausblieb; unter den 12 Fällen von Typhus (resp. 13 mit Perfor. ulc. typh. cf. oben) erschien die Reaction intensiv während der Fieberzeit 9 (resp. 10) Mal, sie fehlte bei 3 sehr leicht verlaufenden Erkrankungen; endlich stellte sich in den 3 beobachteten Fällen von Variola(ois) die Reaction stets ein.

Herr P. Guttmann. Es scheint in der That, dass sehr wesentliche Verschiedenheiten in der Reaction bestehen, je nachdem die Beobachter die Diazobenzolsulfosäure als solche angewendet haben, oder die Sulfanilsäurelösung in der Zusammensetzung, wie sie Herr Ehrlich heute gezeigt hat. Ich habe selbst vor mehr als einem Jahre eine grössere Zahl von Versuchen in Gemeinschaft mit Herrn I. Munk angestellt, zunächst in Berücksichtigung der Penzoldt'schen Mittheilung über die Reaction, welche die Diazobenzolsulfosäure im zuckerhaltigen Harn giebt, und dann an einer grösseren Zahl von fiebernden und nichtfiebernden Individuen. Auf die Bemerkung des Herrn Weyl kann ich zunächst erwidern, dass in der That die Diazobenzolsulfosäure so leicht explosibel ist, dass sie in Berlin nicht mehr dargestellt wird. Ich weiss dies aus einer Mittheilung des betreffenden Fabrikanten (Kahlbaum), der sie früher hergestellt und mir selbst geliefert hatte.

Ich verwandte die Diazobenzolsulfosäure in der Lösung von 1 : 60 Wasser mit wenigen Tropfen Kali caust. und vermischte sie mit dem gleichen Volumen Harn. Danach bekam ich im Fieberharn sehr starke röthliche bis rothe Farben-Reaction, wie wir sie heute sahen, ohne dass ich indessen bei Prüfung der Harne von Typhen, Pneumonien und anderen fieberhaften Krankheiten erhebliche Differenzen sah. Ich bekam aber ebenfalls diese Farben-Reaction, wenn auch nicht so stark, bei den Stauungsharnen der Herzklappenfehler und endlich ganz schwach auch bei dem Harn von Gesunden. Nun haben wir heute gesehen, dass eben in der Zusammensetzung des Reagens der Unterschied liegt. Denn Herr Ehrlich behauptet, dass die Farben-Reaction beim gesunden Harn nicht vorkomme. Ich möchte Herrn Ehrlich hierbei fragen, ob in der Darstellung der Sulfanilsäure selbst chemische Unterschiede vorkommen, welche die Reaction unsicher machen, weil Versuche, die ich in jüngster Zeit mit einer aus Leipzig (Laboratorium von Dr. Grübler) bezogenen Sulfanilsäure angestellt habe, mir keine prägnanten Resultate gaben.

Was die Reaction der Diazobenzolsulfosäure im zuckerhaltigen Harn betrifft, so ist sie in der That prägnant, selbst bei geringem Procentgehalt, z. B. bei 0,1 Proc.; man erhält nämlich nicht blos eine Rothfärbung, sondern einen carminrothen Schüttelschaum. Indessen ist diese Reaction nicht schärfer, als die Trommer'sche Probe, bezw. mit der Salkowski'schen Modification (Zusatz von Kupferlösung im Ueberschuss); ja mit der neueren Worm-Müller'schen Modification der Trommer'schen Methode, die in der gesonderten Erhitzung des Harns und der alkalischen Kupferlösung bis zum Kochen und nachheriger Mischung der beiden Flüssigkeiten besteht (Pflüger's Archiv für Physiologie 1882, Bd. XXVII., S. 107) kann man sogar einen Zuckergehalt von nur 0,05 mit Sicherheit nachweisen; mehrmals erhielt ich auch bei einem Zuckergehalt von nur 0,025 noch eine deutliche Reaction. Gegenüber dieser Schärfe der modificirten Trommer'schen Reaction kann man also die Prüfung des zuckerhaltigen Harns mittelst Diazobenzolsulfosäure nicht empfehlen.

Herr Ehrlich: Ich möchte mir erlauben, zunächst auf die Bemerkungen des Herrn Weyl Einiges zu erwidern. In der That ist es, wie ich ja erwähnt, richtig, dass es eine Reihe von Substanzen giebt, die mit Diazobenzol eine Rothfärbung geben, und habe ich von diesen zunächst diejenigen geprüft, welche im Harn vorkommen. Es handelt sich in erster Linie um zwei Körper. Der eine, das Phenol, giebt allerdings eine Orangefärbung, doch ist der Körper ein Farbstoff, d. h. er wird durch Ansäuern nicht zerstört. Die zweite in Frage kommende Reaction ist die Traubenzucker-Aldehyd-Reaction, welche auch als Traubenzucker-Reaction bezeichnet werden kann. Auch diese Reaction kann durch die bei Salzsäurezusatz auftretende Violettfärbung leicht von der wahren Reaction unterschieden werden. Uebrigens möchte ich behaupten, dass für Jemand, der die Reaction genau kennt, die chemische Untersuchung garnicht einmal nöthig ist; mir ist es wenigstens immer gelungen, dieselbe an der Farbennuance zu erkennen.

Weiterhin möchte ich der Bemerkung des Herrn Weyl, dass bei der Zersetzung des Urins Substanzen entstehen können, die die Reaction stören, meinerseits beitreten.

Ich habe schon früher hervorgehoben, dass man nur frischen Urin verwenden darf. Ich glaube, dass eine Reihe der falschen Resultate, welche von anderer Seite erhalten sind, auf Missachtung dieser Thatsachen zurückzuführen sind. Dass die bei der Harngährung entstehenden Nitrite die Ursache der Störung sind, war mir nicht bekannt, und bin ich Herrn Weyl für die Belehrung sehr dankbar.

Selbstverständlich hat mir auch daran gelegen, zu erfahren, welche Substanz es ist, die die Reaction giebt.

Es ist dies eine sehr complicirte Frage, zu deren Lösung ich mit meinem Freunde Brieger eine grosse Reihe von Versuchen angestellt habe. Wir sind dabei in folgender Weise verfahren: Der Urin wurde mit neutralem Bleiacetat versetzt, vom Niederschlag abfiltrirt, das Filtrat mit basischem Bleiacetat behandelt und der nun entstehende Niederschlag, nachdem er gut mit H_2O ausgewaschen, in Wasser suspendirt und mit H_2S zerlegt. Die entbleite Flüssigkeit wurde auf dem Wasserbade auf ein möglichst geringes Volumen gebracht, mit alkoholischer Oxalsäure vermischt, vom oxalsaurem Harnstoff abfiltrirt, wiederum eingedampft, dann von den sich nunmehr abscheidenden anorganischen Bestandtheilen befreit und alsdann mit kohlensaurem Kalk gekocht. Von dem überflüssigen Kalk abfiltrirt, bleibt nunmehr ein Kalksalz zurück, das in Alkohol löslich ist und daraus durch Aether gefällt wird. Dieses Kalksalz ebenso wie das daraus dargestellte Zinksalz sind sehr leicht zerfliesslich und zersetzbar und ist es daher vorläufig nicht möglich gewesen, es in einem analytisch reinem Zustande zu gewinnen. Die Reaction gaben diese Salze in ganz exquisiter Weise. Wir arbeiten auf diesem Gebiete weiter und gelangen hoffentlich zu weiteren Resultaten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die klinischen Erfahrungen aus der Abtheilung des Herrn Leyden und des Herrn Fraentzel kann ich wohl als eine volle Bestätigung meiner Angaben ansehen.

Schluss der Sitzung 9¾ Uhr.

XII. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 25. Juni 1884.

Vorsitzender: Herr Henoch.

1. Herr Schöler: Vorstellung eines Falles von essentieller Schrumpfung der Bindehaut. Pat., eine 69jährige Frau, ist bis zum Jahre 1881 immer gesund gewesen. Sie erkrankte in diesem Jahre an einer Pleuropneumonie, die einen schweren Verlauf hatte, aber schliesslich nach der Aussage des behandelnden Arztes wenig Residuen hinterliess. Ende 1883 trat ein fieberhafter Lungenkatarrh auf. Auch davon genass sie wieder. Pat. ist eine schwächliche Frau, die augenblicklich folgenden Befund zeigt: Im Februar d. J. rötheten sich die Augen unter dem Bilde eines einfachen Katarrhs und wurden entsprechend mit milden Adstringentien behandelt, jedoch ohne dass die Röthung dadurch beseitigt wäre. Dies bewog den behandelnden Arzt, Dr. Elsner, die Patientin dem Vortragenden zuzuführen. Derselbe constatirte in der Schleimhaut der Lider eine intensive Röthe, gleichmässig auf beiden Augen ausgeprägt. Auf der trockenen Schleimhaut, an der etwas eingetrocknetes Secret haftete, sah man weiter keine Abnormität als eine hochgradige Verkürzung der Uebergangsfalten, wo die Conjunctiva bulbi auf die Conjunctiva palpebralis überging. An den oberen Lidern war die Schrumpfung bei der ersten Besichtigung nicht so hochgradig, dass man nicht noch die Lider ectropiniren könnte. Man sah auf der Schleimhaut weissliche eingebettete narbige Streifen, aber nirgends strangartige Verwachsungen. Jetzt indessen ist die Schrumpfung auch an dem oberen Lid soweit vorgeschritten, so dass man dasselbe nicht mehr umschlagen kann.

Bekanntlich giebt es nur zwei Processe, welche eine so hochgradige Schrumpfung hervorbringen können, und zwar erstens die Granulation. Aber wenn es zu einer solchen Verödung der Bindehaut nach langjährigem Bestande von Granulationen gekommen ist, fehlen nie Hornhauttrübungen, und solche sind in dem vorgestellten Falle nicht vorhanden gewesen, desgleichen auch keine dem Trachom ähnliche Narben. Ein zweiter Process, der ähnliche Veränderungen erzeugen kann, ist der Pemphigus, der aber ebenfalls die Hornhaut nicht schont. In der Literatur findet sich nur ein ähnlicher Fall, der 1878 von dem damaligen Assistenten v. Graefe's in Halle publicirt ist, welcher dem vorliegenden an die Seite zu stellen ist. Graefe schlug für diesen Fall den Namen „essentielle Schrumpfung der Bindehaut" vor, und mit Rücksicht darauf, dass sich in dem vorgestellten Falle ausser der Lungenaffection kein weiterer Anhaltspunkt für die Deutung ergiebt, möchte Vortragender denselben ebenfalls unter diese Rubrik bringen.

2. Herr Köbner: Vorstellung eines Falles von Lichen ruber planus, der nicht allein die äussere Haut, sondern auch die Mundschleimhaut, vornehmlich die Zunge betrifft. Im Allgemeinen unterliegen Krankheiten der Mundschleimhaut, wenn sie mit Krankheiten der äusseren Haut auftreten, namentlich wenn syphilitische Affectionen vorausgegangen sind, der Deutung, als ob sie syphilitischer Natur wären. Der vorliegende Fall betrifft eine 60jährige Frau, die vor drei Jahren syphilitisch inficirt wurde. Die Infection war jedoch über ein Ulcus an den äusseren Schamlefzen trotz mehrjähriger Beobachtung nicht hinausgegangen. Im April bemerkte die Frau die ersten mückenstichähnlichen, durch Jucken und Brennen auffallenden Knötchen auf beiden Handrücken. Dieselben vermehrten sich allmählich in der Richtung nach dem Handgelenk und dem Vorderarm zu. Am 15. Mai wurde schon von dem behandelnden Collegen „belegte" Zunge constatirt und Jodkalium verordnet, wovon die Pat. im Ganzen 15 gr. verbrauchte. Als Vortr. dieselbe am 9. Juni sah, constatirte er bei der Frau, die seit 14 Jahren nicht mehr menstruirt ist, und die sonst eine sehr robuste Constitution hat, mit wenigen Veränderungen das Bild, welches sie jetzt darbietet, nämlich die Streckseiten beider Hände und der unteren Hälfte der Vorderarme mit confluirenden, rothen, mässig derben Infiltrationen bedeckt, auf welchen zum Theil zerklüftete Schuppen haften. In der Peripherie jener, sowie zerstreut an den Fingern zahlreiche mattglänzende, hie und da mit scheinbaren Dellen versehene oder wie abgeschliffene Knötchen, wie sie aus wiederholten früheren Lichen-Demonstrationen des Vortr. bekannt sind, — vereinzelte auch in einer Flachhand und an den Fusssohlen, sowie an den Schultern. An beiden Seiten des Zungenrückens viele mattweisse, unregelmässige, theils polygonale, theils zu ovalen oder rundlichen Figuren confluirte, meistens atrophische Flecken. Nur an wenigen erkennt man noch kleinste, meistens zu mehreren, bezw. zu Halbkreisen zusammengerückte Knötchen. An der Schleimhaut der rechten Wange und an der Unterlippe ähnliche, weissliche, wie ein Strickwerk zusammenhängende Bildungen. —

Durch 0,1 arsenige Säure, welche Pat. bisher seit dem 9. Juni innerlich gebraucht hat, ist der Lichen erst wenig gebessert worden. Nur weil sie zu entfernt wohnt, konnte Herr Köbner noch nicht zu den von ihm bei dieser Krankheit eingeführten und als viel rascher heilend u. A. von Königer in Manila jüngst [in dieser Wochenschr. 1884 No. 13, p. 199] an zahlreichen Fällen bestätigten subcutanen Arseninjectionen übergehen.

3. Herr Virchow: Ueber syphilitische Gelenkaffectionen. Herr Virchow theilt im Anschluss an den Vortrag des Herrn Gueterbock in der vorigen Sitzung Beobachtungen über chronisch-syphilitische Gelenkaffectionen mit, von welchen ein Theil gleichfalls der Syphilis congenita angehören dürfte. Der erste Fall aus dem Jahre 1859 betraf einen 14jährigen Knaben, welcher syphilitische Erscheinungen im höchsten Grade darbot und schliesslich durch weitverbreitetes Amyloid mit Hydrops zu Grunde ging. Es handelte sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um einen Fall congenitaler Syphilis. Die Veränderungen zeigten sich am Kniegelenk, welches eine reichliche Menge von Synovialflüssigkeit enthielt, wobei gleichzeitig fibrinöse Beschläge vorhanden waren. Redner hebt die reichlichere Synovia ausdrücklich hervor, weil in mehrfacher Beziehung eine nicht geringe Aehnlichkeit zwischen dieser Gelenkaffection und der bekannten Arthritis deformans besteht, die jedoch wegen der ungewöhnlichen Trockenheit, welche die Gelenke häufig schon im Anfange zeigen, den Namen der A. sicca bekommen hat. Mit der A. deformans hat die in Rede stehende Affection den Sitz gemein. Die Hauptveränderungen finden sich nämlich am Gelenkknorpel und bestehen darin, dass, wie bei A. d., an einzelnen Stellen ein Schwund eintritt, so stark, dass zuweilen vom Knorpel nichts übrig bleibt. Auf der anderen Seite besteht der wesentliche Unterschied, dass, während bei der A. d. dieser Schwund sich durch eine Auflösung der Knorpel und endliche Entblössung der Knochenenden vollzieht, sich hier der Substanzverlust durch allmähliche Umwandlung des Knorpels in ein sehr dichtes, aber spärliches Bindegewebe vollzieht, welches narbenartig den Substanzverlust füllt. Hiermit verbindet sich häufig eine Art von Zottenbildung, welche von den Rändern der Substanzverluste, zuweilen auch von der Fläche ausgeht und lange, fadenförmige Verlängerungen in das Gelenk hineinsendet. Herr V. hat nie einen Fall gesehen, wo die ersten Anfänge eines solchen Processes zu constatiren waren. Die Resultate solcher Vorgänge sind aber um so auffälliger, wenn man, wie Herr V. dies an mehreren Präparaten demonstrirt, mitten auf der Fläche der Condylen einen scharf ausgeschnittenen Defect sieht, der mit einem dichten fibrösen Bindegewebe gefüllt ist, und dem an den Seiten allerlei zottiges Material anhaftet. Diese Defecte finden sich in der Regel nicht marginal, wo der Knorpel in die Synovialis übergeht, sondern liegen auf der Fläche der Knorpel, wo eine fremde Gewalt schwer einwirken kann.

Herr Virchow demonstrirt eine Anzahl von Präparaten von Kniegelenken, die einer grösseren Reihe entnommen sind, bei denen in gleicher Weise das Schulter-, Ellenbogen-, Handgelenk u. s. w. erkrankt war. Er bezweifelt nicht, dass es auch Fälle geben werde, welche schliesslich dahin führen, dass der gesammte Knorpelüberzug allmählich in dieser Weise verwandelt, und damit die Articulation in hohem Maasse geschädigt wird, aber er habe keinen solchen beobachtet. Alle seine Fälle haben das Charakteristische, dass sie ohne Eiterung verliefen.

Im Anschluss hieran zeigt Herr V. ein Präparat von einem 27jährigen Arbeiter, bei dem sich seit seinem 5. Lebensjahre, oder vielleicht auch congenital, ein Leiden des Carpalgelenkes entwickelt hatte, und der ausserdem einen Defect der Nackenscheidewand und einen Tumor albus genu besass und der schliesslich dann an Amyloid zu Grunde gegangen war. Hier fand sich Caries chronica mit gummöser Osteomyelitis. Diese Form nähert sich der intrauterinen, wo die Erkrankung an den Gelenkenden dicht unter den Epiphysen eintritt, indem sich eine Sclerose des Intermediärknorpels und unter derselben ein durchgreifender Dissectionsprocess bildet, der zuweilen schon äusserlich zu sehen ist. Auch dieser Fall wird durch ein Präparat von 1866 erläutert. Ferner demonstrirt Herr V. ein Präparat von gummöser Osteomyelitis bei einem ganz jungen Kinde. Man sieht hier in der Mitte des Endes der Diaphyse gummöse Stellen, und im Umfange colossale supracorticale Hyperostosen.

4. Discussion über die Vorträge der Herren Gueterbock und Virchow.

Herr A. Baginsky hat den einen der von Herrn Gueterbock erwähnten Fälle vorher in seiner Behandlung gehabt und denselben während seiner späteren Behandlung im jüdischen Krankenhause verfolgt. Es handelte sich um ein 13 Wochen altes Kind, welches mit allen Erscheinungen der Hautsyphilis in Behandlung kam und gleichzeitig Erkrankungserscheinungen der Gelenke zeigte neben den Erscheinungen der Pseudoparalyse. Es wurde, da Syphilis ohne Weiteres zu constatiren war, Sublimatbehandlung eingeleitet, die jedoch nicht den gewöhnlichen Erfolg hatte, es zeigte sich vielmehr am Ellenbogengelenk eine beginnende Eiterung. Nach der Heilung des Falles ist ein Schlottergelenk zurückgeblieben.

Die pseudoparalytischen Zustände sind in der Praxis des Herrn B. nicht gerade selten. In der Regel präsentiren die Kinder sich mit lähmungsartigen Erscheinungen. Bei der Untersuchung ergiebt sich, dass Diaphyse und Epiphyse geschwollen sind und die Schwellung auf die Gelenke übergeht. Weitere Hauterscheinungen zeigen dann, dass man es mit Syphilis zu thun hat, und die eingeleitete antisyphilitische Therapie pflegt von gutem Erfolg zu sein.

Zuweilen beobachtet man aber bei Kindern in der dritten oder vierten Lebenswoche eine Erkrankungsform, bei der zunächst Schwellung in der Umgebung der Gelenke auftritt, durch Infiltration kommt es alsbald zu Eiterung der Gelenke selbst, so zwar, dass man mit der Sonde in das Gelenk eindringen kann. Die Vereiterung schreitet vor, es können sogar kleine Stücken vom Knochen sich abstossen. Diese Fälle verlaufen relativ günstig. In zwei Fällen der Art, die Herr B. beobachtete, trat völlige Heilung ein. In diesen beiden Fällen war nicht der geringste Anhaltspunkt vorhanden für die Annahme von Syphilis, Herr B. hält sie vielmehr für eine spät auftretende Puerperalinfection.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Was die Therapie anlangt, so verwendet Herr B. seit längerer Zeit bei congenitaler Syphilis nur Sublimatbäder; bei 0,5 gr. pro Bad, jeden Tag oder jeden zweiten Tag gereicht, genügen in der Regel schon 20 Bäder, um auch in schweren Fällen wesentlichen oder totalen Erfolg zu erzielen.

Herr Henoch führt aus der italienischen Literatur eine Reihe von 6 Fällen an, von denen wenigstens bei einem Theil der Beweis erbracht scheint, dass es sich um syphilitische Gelenkaffectionen gehandelt hat. Er selbst hat, trotz der grossen Zahl hereditär syphilitischer Kinder, die alljährlich zu seiner Beobachtung kommen, keine Gelegenheit gehabt, diese Affection zu beobachten.

Herr Hirschberg constatirt, dass er auch in Berlin eine hereditär syphilitische Affection öfter gesehen hat, die sich namentlich durch die typische Zahndeformation als solche documentirt, nämlich den Hydrarthos genu.

Herr Henoch hält die Hutchinson'sche Zahndeformation für absolut keinen Beweis für den syphilitischen Ursprung der Erkrankung, er hat dieselbe bei den verschiedensten Kindern gesehen und dieselbe andererseits bei hereditär syphilitischen häufig vermisst.

Herr Hirschberg hat in England, wo Lues congenitalis in grosser Reichlichkeit vorkommt, sich davon überzeugen können, dass es jedesmal gelingt, wo die Deformität in ihrer ausgeprägten Form vorkommt bei genauerer Nachforschung Spuren hereditärer Lues zu finden.

Herr G. Lewin hat ebenfalls die Hutchinson'sche Zahndeformität nicht als charakteristisch für Syphilis gefunden, sondern glaubt dieselbe eher auf Ernährungsursachen zurückführen zu müssen.

In Bezug auf den Vortrag des Herrn Virchow möchte er die Frage stellen, ob nicht die beschriebenen Defecte ganz ähnlich entstehen, wie die zuerst von Herrn V. beschriebene Caries sicca. Ferner bereichert Herr Lewin die Statistik des Herrn Gueterbock um einen kürzlich zu seiner Beobachtung gelangten Fall.

Bezüglich der Therapie constatirt Herr L., dass auch er schon seit längerer Zeit Sublimatbäder mit vorzüglichem Erfolg anwendet.

Herr Schöler hat ebenso wie Herr Hirschberg mehrfach Fälle von Kniegelenkaffectionen gesehen, die sich auf Grund antisyphilitischer Behandlung zurückbildeten.

Die weitere Discussion über diesen Gegenstand wird vertagt.

XIII. Journal-Revue.

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

10.

Ueber das Verhalten der allgemeinen und speciellen Sensibilität bei Krampf- und Geisteskranken. Vorl. Mittheilung von Dr. Thomsen. Berlin. Neur. Ctrbl. 2. 1884.

Nach den Untersuchungen des Verf.'s, die sich auf etwa 100 Kranke der Irren- und Krampfabtheilung der Charité erstreckt haben, kommen sensorische Anästhesien und Hemianästhesien — d. h. concentrische Gesichtsfeldeinengung, Störungen des Gehörs, Geruchs, Geschmacks und des Muskelsinns mit oder ohne Betheiligung der cutanen Sensibilität nicht nur bei Hysterischen, sondern auch bei Epileptischen und bei einer Reihe von Geisteskrankheiten vor, die zwar nicht lediglich, aber doch vorwiegend in der affectiven Sphäre ablaufen, während das Vorstellungsleben intact bleibt. So fand sich diese Veränderung nicht bei Paralytikern, (nicht epileptischen) Deliranten, chronisch Verrückten, wohl aber bei acuten hallucinatorischen Anfällen, primären Angstzuständen ganz ohne Vorstellungen, bei einem Fall von allgemeiner Angst nach Kopfverletzung, bei einem Fall von Morbus Based. mit heftigen Angstanfällen, bei einem Fall von Platzangst, wo die Einengung des Gesichtsfeldes künstlich dadurch vermehrt werden konnte, dass man den Kranken über die leeren Corridore gehen liess, im melancholischen Stadium einer rasch vorübergegangenen Folie circulaire, endlich in einem Falle von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen. Die Störung der sensiblen und sensorischen Functionen geht den genannten psychischen Zuständen parallel, nimmt ab und zu oder verschwindet ganz mit ihnen. Verf. macht zum Schluss auf die eventuelle differential-diagnostische (Simulanten!) wie prognostische Bedeutung der sensorischen Anästhesie aufmerksam.

Kron.

Zur Lehre von der antiepileptischen Wirkung des Bromkalium. Von Dr. P. Rosenbach in Petersburg. Neurol. Centrbl. 2. 1884.

Dass Bromkalium bei Thieren die Erregbarkeit des Grosshirns herabsetzt, so dass stärkere Ströme erforderlich sind, um durch Reizung der motorischen Centren minimale Bewegungen der entsprechenden Muskelgruppen hervorzurufen, hat Albertoni bekanntlich schon dargethan. Verf. hat nun, von der Anschauung geleitet, dass die Grosshirnrinde der Ausgangspunkt der Epilepsie und der epileptischen Anfälle sei, Versuche darüber angestellt, auf welche Grosshirntheile die Wirkung des Bromkaliums zu beziehen sei. Er reizte zu diesem Zwecke die motorische Region bei unversehrter grauer Rinde und nach Zerstörung derselben, vor und nach Einverleibung der Drogue. Dabei ergab sich, dass bei genügender Intoxication durch Bromkalium an Hunden die Erregbarkeit der Grosshirnrinde für electrische Reize abnimmt oder ganz schwindet, während die Erregbarkeit der unterliegenden weissen Substanz beinahe unverändert bleibt. Kron.

Ueber das Verhalten erkrankter (degenerirter) Nerven und Muskeln gegen magnetelectrische Ströme. Von Prof. A. Eulenburg. Neurol. Ctrbl. 3. 1884.

In Hinblick auf das von Jolly neuerdings beobachtete Verhalten degenerirter Muskeln bei Reizung mittelst statischer Electricität (die Reaction geht dabei später verloren als bei der Anwendung des Inductionsstromes) hat Verf. es für angezeigt gehalten, seine früheren Untersuchungen über die Wirkung der magnetelectrischen Ströme nach dieser Richtung hin wieder aufzunehmen. Es kamen 14 Kranke (10 Fälle mit einfacher quantitativer Veränderung, Herabsetzung resp. Aufhebung, und 4 Fälle mit quantitativ-qualitativer Veränderung, Entartungsreaction) zur Untersuchung mittelst des Saxton'schen Apparats. Mit Ausnahme eines einzigen, der letztgenannten Kategorie angehörigen Falles von schwerer peripherer (rheumatischer) Facialisparalyse erschien die Erregbarkeit für magnetelektrische Ströme der faradischen Nerven — und Muskelreizbarkeit überall proportional. In dem erwähnten Falle zeigte sich zur Zeit der wiederbeginnenden Regeneration von Nerv und Muskeln nicht nur an Stamm und Verzweigung des Facialis, sondern auch an faradisch noch gänzlich unerregbaren Gesichtsmuskeln deutliche Reaction, wenn auch einerseits bedeutend schwächer als an symmetrischen Stellen der gesunden Seite, andererseits von enger begrenztem und zugleich trägerem, contracturartigem Verlaufe. Es scheinen also einzelne Fälle vorzukommen, bei denen die Erregbarkeit degenerirter Muskeln für magnetelectrische Ströme früher wiederkehrt (vielleicht auch in ihnen später erlischt?) als für faradische Ströme. Es lässt sich dieses ungleichmässige Verhalten der beiden Arten von Inductionselectricität aus gewissen Verschiedenheiten ihrer Entstehungs- und Wirkungsweise, namentlich der sehr viel längeren Dauer der einzelnen Stromstösse bei den magnetelectrischen Strömen erklären. Kron.

Ueber das Auftreten von Transfert-Erscheinungen während der Behandlung der partiellen Epilepsie. Von Prof. Hirt in Breslau. Neur. Ctrbl. 1. 1884.

Die von Brown-Séquard empfohlene Behandlung der Epilepsie mittelst Points de feu (Paquelin) oder spanischen Fliegen, die Verf. dafür substituirte, hat sich demselben bei den genuinen Formen erfolglos erwiesen. Dagegen ist es ihm gelungen, 5 mitgetheilte Fälle von Jackson'scher (Rinden-) Epilepsie (Hysterie wird nachdrücklich ausgeschlossen) durch diese Methode in bemerkenswerther Weise zu beeinflussen. Die Fälle glichen sich alle durch das Beschränktbleiben der Convulsionen auf eine Körperhälfte und durch das Auftreten einer Aura (Zittern, Kitzeln etc.) in einem bestimmten Gliede. In allen Fällen cessirten die Convulsionen nach 12—24stündiger Application einer ringförmigen $^1/_2$" breiten spanischen Fliege um die betreffende Stelle. Mit Ausnahme eines Falles wanderten aber nun innerhalb von Stunden, Tagen, auch Wochen die Convulsionen auf die andere Seite über. In 2 Fällen verschwanden auch diese, nachdem die ringförmigen Pflaster beiderseits applicirt worden waren, in einem anderen Falle wurden sie durch Bromkalium 4,0 pro die, das sich vorher wirkungslos gezeigt hatte, wesentlich gebessert, in dem letzten Falle endlich hatte die Umpflasterung der anderen Seite keinen oder doch keinen unmittelbaren Erfolg. — Die Transfert-Erscheinungen gingen der Heilung oder wenigstens dem monatelangen Cessiren der Anfälle voraus. Verf. möchte deshalb aus diesem Symptome eine relativ günstige Prognose ableiten. Das genannte Verfahren sei nur da indicirt, wo ausnahmslos jedem Anfall eine deutliche, immer in demselben Gliede auftretende Aura vorangehe. Kron.

Geburtshülfe und Gynäkologie.

2.

Lomer: Ueber Infectionsträger bei Puerperalfieber. Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1884. März 28.

Pathologisch-anatomische Befunde zeigten sich als kettenbildende, rundliche und unbewegliche Mikroorganismen, — (in den diphtheritischen Belegen der Uterusschleimhaut, im Uterusgewebe, im Peritonealexsudat, in den Lymphräumen des Zwerchfells bis in die Pleurahöhle hinein, in den Nieren und in fast allen Organen).

Bei zwei Puerperalfieberkranken fand L. dieselben einmal in Pemphigusblasen schon 14 Tage vor dem Tode in grosser Zahl, das andere Mal in dem 4 Tage vor dem Tode entnommenen Blute. Nach dem Tode fanden sich dieselben in allen Organen.

Die von Dr. Franorik ausgeführten noch nicht abgeschlossenen Culturversuche ergeben, dass die Reinculturen sich weder von den von Löffler bei Diphtherie gezüchteten Mikrokokken, noch von den von Fehleisen gefundenen Erysipelkokken unterscheiden lassen. Die von Fraenkel und Doléris mit Reinculturen angestellten Impfver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

suche haben constante und einheitliche Resultate bis jetzt nicht ergeben.

Neben den kettenbildenden Mikrokokken sind noch andere Mikroorganismen bei Puerperalfieberkranken gefunden worden, und werden diese Befunde als Mischinfectionen gedeutet. Klinisch zeigte sich kein Unterschied von jenen Fällen, in welchen nur kettenbildende Mikrokokken gefunden wurden.

L. berichtet ferner über 3 Fälle von Puerperalfieber, bei welchen trotz der sorgfältigsten im Reichs-Gesundheits-Amt angestellten Untersuchungen Mikrokokken nicht gefunden wurden.

Ein Fall von rudimentärer Bildung der weiblichen Genitalien von Dr. Dyhrenfurth in Breslau (Centralblatt für Gynäkologie No. 25 1884.

D. fand bei einem ihrem Alter (22 J.) entsprechend ausgebildeten Mädchen, welches normal entwickelte Brüste, vollständig normale äussere und behaarte Genitalien hatte, an Stelle des Introitus einen völlig geschlossenen Hymen. Die zur Zeit der Menstruation wiederholte Untersuchung zeigte, dass sich das keine Cylinderzellen noch sonstige zellige Bestandtheile der Uterusschleimhaut enthaltende Blut continuirlich aus der Harnröhre ergoss. Die nach Beendigung der Menstruation erfolgte genaue Untersuchung ergab, dass eine Communication zwischen Urethra und inneren Genitalien nicht vorhanden sei, dass der kirschgrosse Corp. uteri nach hinten links liege, statt des Cervix eine nach vorn und rechts laufende bandartige, weder das Becken noch die Blase erreichende Verlängerung sei. Ob Ovarien vorhanden, liess sich nicht feststellen, ihr Vorhandensein ist jedoch durch den ganzen Habitus des Mädchens und die regelmässige Wiederkehr der Blutung wahrscheinlich.

Ueber den Gebrauch heisser Flüssigkeiten bei post partum-Blutungen. Brit. med. journ. 1883. Decbr. von Farquhar.

F. will bei einer schweren post partum-Blutung, da ihm ein Irrigator nicht zur Hand war, bei dem inneren Gebrauch von heissem Wasser, welches er mit Milch versetzte, guten Erfolg gehabt haben.

Essig bei post partum-Blutungen von Grigg. Brit. med. Journ. 1884. Jan.

G. will von der inneren Anwendung des Essigs, 1 Weinglas voll, bei den genannten Blutungen den besten Erfolg gesehen haben. Dasselbe soll vor entfernter Placenta nicht gereicht werden.

S. Guttmann.

XIV. Oeffentliches Sanitätswesen.

Amtliches.

Preussen.

Berlin, den 7. Juni 1884.

Ew. Hochwohlgeboren benachrichtige ich mit Bezug auf den gefälligen Bericht vom 24. Januar d. J. — I b 1692 — ergebenst, dass der Herr Minister der öffentlichen Arbeiten Veranlassung genommen hat, die Eisenbahn Directions-Präsidenten bezüglich der Berücksichtigung der Medicinalbeamten bei der Vergebung von Bahnarztstellen dahin mit Weisung zu versehen, dass bei Besetzung eintretender Vakanzen bezüglich in Fällen, in welchen die Lösung der mit Bahnärzten geschlossenen Verträge aus besonderen Umständen angezeigt erscheint, unter sonst gleichen Verhältnissen auf die betreffenden Ortsansässigen, zur Uebernahme der bahnärztlichen Functionen bereiten und geeigneten Medicinalbeamten an erster Stelle zu rücksichtigen sei.

(Unterschrift.)

An den Königlichen Regierungs-Präsidenten Herrn von Diest, Hochwohlgeboren zu Merseburg.

Abschrift vorstehender Verfügung theile ich Ew. etc. (der Tit.) zur (gefälligen) Kenntnissnahme (ergebenst) mit.

In Vertretung (gez.) Lucanus.

An sämmtliche übrige Königlichen Regierungs-Präsidenten (Präsidien) der Kreisordnungs-Provinzen (incl. Sigmaringen) und Polizei-Präsidenten zu Berlin und die Königlichen Regierungen und Landdrosteien der anderen Provinzen.

Berlin, den 12. Juni 1884.

Auf Ew. Hochwohlgeboren gefälligen Bericht vom 26. März d. J. — I. 5802 — erwidere ich ergebenst, dass in Betreff der Abgabe von Liquor Kali arsenicosi und Acidum arsenicosum zu arzneilichen Zwecken aus den Apotheken lediglich die Bestimmungen in Ziffer I und Ziffer II lit. a der Circular-Verfügung, betreffend den Handverkauf in Apotheken, vom 3. Juni 1878 als maassgebend zu erachten sind. Hiernach dürfen beide Medikamente an das Publicum nicht ohne Recept eines approbirten Arztes (Wundarztes, Zahnarztes) verabfolgt, auch nur auf jedesmal erneute schriftliche mit Datum und Unterschrift versehene Anweisung eines approbirten Arztes öfter als einmal angefertigt werden. Der von Ew. Hochwohlgeboren beantragten Aufhebung bezw. Verallgemeinerung der Ministerial-Verfügung vom 28. October 1810 bedarf es somit nicht. Zur Behebung der dortseits mehrfach gehegten Zweifel wollen Ew. Hochwohlgeboren jedoch die Betheiligten hiervon durch das dortige Amtsblatt gefälligst in Kenntniss setzen.

(Unterschrift.)

An den Königlichen Regierungs-Präsidenten Herrn von Diest, Hochwohlgeboren zu Merseburg.

An den Königlichen Regierungs-Präsidenten, die Königliche Regierung, die Königliche Landdrostei.

Abschriften des vorstehenden Erlasses erhalten Ew. Hochwohlgeboren zur gefälligen Kenntnissnahme und weiteren Veranlassung.

In Vertretung (gez.) Lucanus.

XV. Das Programm des internationalen medicinischen Congresses.

8. Sitzung. Kopenhagen, 10.—16. August 1884.

(Schluss aus No. 26.)

XI. Die Section für Laryngologie.

Organisations-Comité: Wilhelm Meyer, Präsident. Dr. Schmiegelow, Secretär. Mitglieder: Dr. Berlème-Nix. Dr. E. Bull, Christiania. Prof. Ribbing, Lund.

Vorbereitete Mittheilungen. 1. a) Die prognostische Bedeutung der verschiedenen localen Manifestationen der Larynx-Tuberculose. Dr. Solis Cohen, Philadelphia. b) Tuberculose des Larynx. Dr. Gouguenheim, Paris. 2. Die Larynxparalysen. Dr. Felix Semon, London. 3. Die Inhalationsbehandlung der Krankheiten der Respirationswege. Prof. J. Schmitzler, Wien. 4. Der chronische Nasen-Rachen-Catarrh. a) Pathologie: Dr. Bresgen, Frankfurt a. M. b) Behandlung: Dr. Guye, Amsterdam. (Combin. Laryngol.-Otol.) 5. Behandlung des Kropfes. Dr. Morell Mackenzie, London; Prof. Ribbing, Lund. 6. Die operative Entfernung von fremden Körpern und Pseudoplasmen aus den Luftwegen. Prof. Voltolini, Breslau; Prof. Lefferts, New-York. 7. Behandlung der Rachen-Diphtheritis. a) Medicamentöse: Dr. Seifert, Würzburg. Instrumentale: Dr. Berlème-Nix, Rude. 8. Behandlung der Nasenpolypen; Ausreissen — Galvanokaustik. Dr. Fauvel, Paris. (Combin. Laryngol.-Otol.) 9. Die Singstimme. a) Die methodische Erziehung derselben: Dr. Bosworth, New-York. b. Photographie des Kehlkopfes als Hülfsmittel. Dr. Lennox-Browne, London. 10. Die syphilitischen Kehlkopfleiden mit Rücksicht auf ihre verschiedenen Formen und ihre Häufigkeit. Prof. G. Lewin, Berlin.

XII. Die Section für Otologie.

Organisations-Comité: Wilhelm Meyer, Präsident. Dr. V. Bremer, Secretär. Mitglieder: Dr. V. Lange. Dr. Mathiassen. Dr. Setterblad, Stockholm. Dr. Thaulow, Christiania.

Vorbereitete Mittheilungen. 1. Die verschiedenen Arten der subjectiven Gehörsempfindungen und ihre Behandlung. Dr. E. Woakes, London; Dr. Ladreit de Lacharrière, Paris; Prof. Lucae, Berlin. 2. Die Zerlegung des Gehörorgans mit besonderer Rücksicht auf die pathologischen Veränderungen desselben. Prof. Voltolini, Breslau; Dr. Kirk-Duncanson, Edinburgh. 3. Nervöse Ohrenkrankheiten. Dr. O. B. Bull-Christiania. 4. Der chronische Nasen-Rachen-Catarrh. (Combin. Otol., Laryngol.) a) Pathologie. Dr. M. Bresgen, Frankfurt a. M. b) Behandlung. Dr. Guye, Amsterdam. 5. Die künstliche Eröffnung des Warzenfortsatzes. Prof. Schwartze, Halle. 6. Die Diagnose der intracraniellen Complicationen bei suppurativer Entzündung des Mittelohrs. Dr. Albert Robin, Paris. Dr. Orne-Green, Boston. 7. Die Bedeutung der Ohrenkrankheiten für die militärische Dienstfähigkeit. Dr. Victor Brehmer, Kopenhagen. 8. Behandlung der Nasenpolypen: Ausreissen — Galvanokaustik. (Combin. Otol.-Laryngol.) Dr. Fauvel, Paris. 9. Die Bedeutung der Otologie für die allgemeine medicinische Bildung. Prof. Wreden, St. Petersburg.

XIII. Die Section für öffentliche Medicin und Hygiene.

Organisations-Comité: Dr. E. Hornemann, Präsident. Dr. J. C. Lehmann, Secretär. Mitglieder: Dr. Ditlevsen. Dr. Engelsted. Prof. Gaedeken. Dr. A. Hertel. Dr. E. Holst. Dr. Schleisner. Dr. O. Storch. Dr. Trautner. Dr. Tryde. Prof. Warncke. Dr. Bidenkap, Christiania. Dr. Berlin, Stockholm. Dr. Dahl, Christiania. Prof. Heyman, Stockholm. Prof. Jäderholm, Stockholm. Dr. Linroth Stockholm. Prof. Lochmann, Christiania. Dr. Thoresen, Eidsvold.

Vorbereitete Mittheilungen. 1. Welche Maassregeln können getroffen werden, um den Missbrauch von Morphium und anderen Opiumpräparaten zu hemmen? Prof. P. Brouardel, Paris. 2. Mittheilungen über den Gesundheitszustand der Kinder a) in den dänischen und b) in den schwedischen Schulen, den gelehrten sowie den Volksschulen. Dr. A. Hertel, Kopenhagen: Prof. Kay, Stockholm. 3. Auf welche Weise kann man am besten dem Missbrauch von Alkohol vorbeugen? 4. Wie kann man dem Scorbut in Gefängnissen und Arbeitsanstalten vorbeugen? Prof. Francis de Chaumont, Netley. 5. Das Verhältniss der Sterblichkeit an Lungenschwindsucht in den dänischen Städten zu der lebenden Bevölkerung rücksichtlich der Vertheilung jener unter den verschiedenen Altersklassen und Geschlechtern. Dr. J. C. Lehmann, Kopenhagen. 6. Welche Desinfectionsmittel müssen gegenwärtig als die wirksamsten und am meisten practischen angesehen werden? 7. Welche Vorkehrungen können durch die Gesetzgebung getroffen werden, um Unglücksfällen durch Gift und besonders durch Arsen und die jetzt so allgemein verbreiteten arsenhaltigen Waaren vorzubeugen? Dr. Berlin, Stockholm. 8. Ueber den Ferienaufenthalt auf dem Lande für arme Kinder aus grossen Städten. Prof. Schuldirector Holbech, Kopenhagen. 9. Welche Veranstaltungen müssen als die wirksamsten angesehen werden, um einer Epidemie vorzubeugen, wenn ein vereinzelter Fall einer epidemischen Krankheit sich gezeigt hat: und welche Krankheiten müssen solchen Veranstaltungen unterworfen sein? Dr. Linroth, Stockholm. 10. Ueber Küstenhospitäler für

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

scrophulöse Kinder, mit besonderer Berücksichtigung des dänischen Küstenhospitals bei Refsnaes. Dr. S. Engelsted, Kopenhagen. 11. Die Anwendung der Spectralanalyse in medicoforenischen Fragen, besonders mit Rücksicht auf die sichere Erkennung der Kohlenoxydvergiftung. Prof. Jäderholm, Stockholm. 12. Ueber Friedhöfe und die hygienischen Anforderungen an dieselben, eingeleitet durch eine Schilderung der Friedhofsverhältnisse in Dänemark. Dr. F. Levison, Kopenhagen.

XIV. Die Section für Militair-Medicin.

Organisations-Comité: Dr. Salomon, Präsident. Dr. Laub, Secretär. Mitglieder: Dr. Hornemann. Dr. H. V. Berg. Dr. J. C. Moller. Dr. J. P. Poulsen.

Vorbereitete Mittheilungen. 1. Die Antiseptik im Kriege, sowohl im Allgemeinen als besonders in Rücksicht auf die Anwendung sicher wirkender und einfacher Verbandrequisiten, die des geringen Volumens wegen, welches sie einnehmen, vorzugsweise geeignet sein möchten im Felde verwendet zu werden. Prof. Esmarch, Kiel; Sir W. Mac Cormac, London; Dr. Strube, Berlin; Dr. Neudörfer, Wien. 2. Ueber Blutstillung im Frieden und im Kriege. Dr. Neudörfer, Wien. 3. Die hygienische Deckung einer operirenden Armee und des mit ihr correspondirenden Hinterlandes. Dr. Michaëlis, Innsbruck. 4. Die croupöse Pneumonie in ihrem epidemischen Auftreten und nosologischen Eigenthümlichkeiten unter militärischen Verhältnissen. Dr. J. P. Poulsen, Kopenhagen. 5. Die Anstrengungs-Periostitis als häufig vorkommende Krankheit unter den Soldaten. Dr. H. Laub, Kopenhagen. 6. Die Pneumatometrie als Hülfsmittel zur Beurtheilung zweifelhafter Gesundheitszustände der Soldaten. Dr. Dahlerup, Nyborg. 7. Die spirituösen Getränke als Bestandtheil der Verpflegung der Soldaten und Matrosen. Dr. Schmulewitsch, St. Petersburg.

XVI. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Wien. Zum Dekan der medicinischen Facultät wurde Professor Vogl gewählt. — Dr. Richard Wittelshoefer, Dr. Adolf Lorenz und Dr. v. Pfungen wurden zum Colloquium behufs Habilitirung als Docenten zugelassen, Dr. F. Salzer zum Assistenten Prof. Billroth's und Dr. S. Ehrmann zum Assistenten Prof. Neumann's ernannt. — Prag. Zum Dekan der medicinischen Facultät der deutschen Universität wurde Prof. Hering gewählt. Dr. E. Schütz hat sich als Privatdocent für innere Medicin habilitirt.

— Der XII. deutsche Aerztetag wird, um nicht mit den letzten Tagen der Naturforscherversammlung zu collidiren, zu Eisenach am 12. und 13. September stattfinden.

— Eine Anzahl amerikanischer Chemiker hat vor Kurzem dem Geheimen Rath A. W. Hofmann hier eine in der Münze zu Philadelphia geprägte grosse goldene Medaille übersandt zum Andenken an den vorjährigen Besuch Hofmann's in Amerika und in Anerkennung der grossen Verdienste, welche sich dieser Gelehrte durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der organischen Chemie um die Wissenschaft und Industrie erworben hat. Die Medaille zeigt auf der einen Seite das wohlgelungene Portrait Hofmann's, auf der anderen Seite folgende Widmung der Geber: To A. W. Hofmann from his friends and admirers in the United States of Amerika.

— Der Berliner Magistrat hat dem Antrage des Curatoriums für die städtischen Wasserwerke zugestimmt, wonach dem Reichsgesundheitsamt eine Summe von 3000 M. jährlich gezahlt wird als Zuschuss für die Anstellung zweier Assistenten, welche mit den mikroskopischen Untersuchungen des städtischen Leitungswassers betraut werden sollen. Diese Wasseruntersuchungen sollen monatlich zweimal an 10—15 von der städtischen Verwaltung einzuliefernden Wassergaben vorgenommen werden. Wie wir hören ist die Leitung dieser Untersuchungen Herrn Reg.-R. Dr. Wolffhügel übertragen.

— Am 17. Juli findet zu Freiburg auf Einladung des Vereins Freiburger Aerzte der sechste oberrheinische Aerztetag statt, zu welchem folgende Verträge angemeldet sind: 1) Herr Eschbacher: „Ueber das Krankenkassengesetz". 2) Herr Kraske: „Ueber Diagnose und Behandlung des Mastdarmkrebses". 3) Herr Bäumler: „Einiges zur Pathologie und Therapie der Hysterie". 4) Herr Hegar: „Einige Folgen hochgradiger Erschlaffung der Bauchdecken". 5) Herr Wiedow: „Zur operativen Behandlung des Uteruscarcinoms nebst Bemerkungen über eine neue Methode zur Drainage der Bauchhöhle". 6) Herr Kirn: „Ueber Dipsomanie". 7) Herr Hack: „Ueber Heufieber". 8) Herr Thomas: Thema vorbehalten.

— Wir erlauben uns die Mittheilung, dass für alle diejenigen Aerzte, welche das von uns schon in vor. No. erwähnte Einladungsschreiben zur 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, mit ausführlicher Angabe der in erfreulich reicher Zahl angemeldeten Vorträge für die allgemeinen so wie für die Sections-Sitzungen, noch nicht erhalten haben sollten, auf ihren per Postkarte unter der Adresse: „Naturforscher - Versammlung" Magdeburg ausgesprochenen Wunsch hin die sofortige Zusendung erfolgen wird. Ueber das Programm der Sections-Sitzungen werden wir demnächst ausführlich referiren.

— Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege. Tagesordnung: Montag, den 15. September. 9 Uhr: Erste Sitzung. I. Die hygienische Beaufsichtigung der Schule durch den Schularzt. Referenten: Herr Geh. Regierungsrath Herwig (Berlin). Herr Dr. A. Baginsky (Berlin). Herr Professor Hermann Rietschel (Berlin).

Dienstag, den 16. Septbr. 9 Uhr: Zweite Sitzung. II. Vortheile und Nachtheile der Durchlässigkeit von Mauern und Zwischenböden der Wohnräume. Referenten: Herr Director Prof. Dr. Recknagel (Kaiserslautern). Herr Prof. Dr. Franz Hofmann (Leipzig).

Mittwoch, den 17. Septbr. 9 Uhr: Dritte Sitzung. III. Ueber die Förderung des hygienischen Unterrichts. (Die Referenten stehen, so weit wir wissen, gegenwärtig nicht fest, da die dazu designirten Herren Prof. C. Flügge und Gen.-Arzt W. Roth verhindert sind.)

Die Sitzungen werden in dem grossen Saale des alten Rathhauses stattfinden, den der Magistrat von Hannover dem Verein mit dankenswerthester Bereitwilligkeit zur Verfügung gestellt hat.

XVII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem practischen Arzt, Sanitätsrath Dr. Max Moritz Getz zu Frankfurt a. M. den Charakter als Geheimer Sanitätsrath zu verleihen und dem Ober-Stabsarzt II. Kl. Dr. Metzler, Regimentsarzt des Infanterie-Rgts. No. 98 in Metz die Erlaubniss zur Anlegung des ihm verliehenen Ritterkreuzes I. Kl. des Grossherzogl. Hessischen Verdienst-Ordens Philipps des Grossmüthigen sowie dem Stabsarzt Dr. Gaffky vom medicinisch-chirurgischen Friedrich Wilhelms-Institut in Berlin des ihm verliehenen Grossherrlich Türkischen Osmanie Ordens 4. Klasse zu ertheilen.

Dem Privatdocenten in der medicinischen Facultät der Universität zu Königsberg i. Pr., Oberstabsarzt I. Kl. und Regimentsarzt Dr. Petruschky ist das Prädicat Professor verliehen, und der Unterstaatssecretär Lucanus, Director der Medicinal Abtheilung des Ministeriums der geistlichen etc. Angelegenheiten zu Berlin von der juristischen Facultät der Universität Göttingen zum Dr. juris und von der medicinischen Facultät der Universität Halle zum Dr. medicinae promovirt worden.

Ernennungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den Geheimen Regierungs-Rath im Kaiserl. Gesundheitsamt zu Berlin, Dr. med. Koch zum Mitgliede des Staatsraths, sowie den seitherigen chirurgischen Assessor des Medicinal-Collegiums der Provinz Westpreussen Dr. med. Georg Starck zu Danzig zum Medicinal-Rath und Mitgliede des genannten Collegiums zu ernennen.

Der seitherige Polizei- und Stadtphysicus Dr. Hermann Schwahn in Breslau, ist als Kreisphysicus in den Landkreis Breslau versetzt und der seitherige Kreiswundarzt des Landkreises Breslau, Sanitätsrath Dr. Isaac Schlockow zum Polizei- und Stadtphysicus der Stadt Breslau, ferner der practische Arzt Dr. Joseph Schlecht zu Euskirchen zum Kreiswundarzt des Kreises Euskirchen und der seitherige commissarische Verwalter der Kreiswundarztstelle des Kreises Regenwalde pract. Arzt Dr. August Krau zu Labes unter Belassung in seinem Wohnsitz definitiv zum Kreis-Wundarzt des genannten Kreises ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte: Dr. Friedmann in Joachimsthal. Dr. Lüsse in Lühnde, Dr. Nordmann in Hildesheim und Eilers in Felsberg.

Verzogen sind: die Aerzte: Dr. Eckelmann von Eberswalde nach Marburg, Dr. von Boenigk von Fürstenwerder nach Danzig, Stabsarzt Dr. Buchs von Samter nach Lissa (Posen), Dr. Monschau von Steele nach Königssteele, Dr, Suchier von Bierstein nach Herrenalb (Würtemberg), Dr. Haas von Meiningen nach Salzschlirf und Dr. Neussel von Frankfurt a. M. nach Kirn.

Verstorbene: Dr. Menger in Sonnenberg, Dr. Richter in Hamm. San.-Rth. Dr. Diesterweg in Siegen und Dr. Braun in Hünfeld.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Weichert hat die Glasshagen'sche Apotheke in Obersitzko und der Apotheker Bensemer die Kossmann'sche Apotheke in Gollantsch gekauft. Dem Apotheker Zumloh ist die Administration der Apotheke des verstorbenen Apothekers Stamm in Borken übertragen. Die für Berlin ausgegebenen 13 neuen Apotheken-Concessionen haben erhalten die Apotheker Cron, Dorenberg, Fischer, Grawe, Jancke, Lange, Laege, Mavors, Sander, Schultz, Stuermer, Stein und Schwerin.

Vacante Stellen: Kreisphysicat des Kreises Hersfeld, Kreiswundarztstelle des Kreises Worbis, Kreiswundarztstelle des Kreises Buk, Kreiswundarztstelle des Kreises Wreschen.

II. Würtemberg.

(Medicinisches Correspondenz-Blatt No. 18. 19. 20.)

Dr. Heinrich Steinbrück hat sich als practischer Arzt in Reutlingen niedergelassen. Hermann Mauck ist seit October 1883 Districtsarzt in Unterdeufstetten. Dr. Heinrich Häberlein in Crailsheim, Oberamtswundarzt — als Oberamtsarzt nach Riedlingen. Dr. Bernhard Drachter in Ellwangen, als Oberamtswundarzt und Krankenarzt nach Crailsheim. Dr. Katz in Schramberg nach Langenargen, Oberamts Tettnang, verzogen.

Vermöge Höchster Entschliessung vom 19. April haben Seine Königliche Majestät dem Vorstand der Krankenpflegerinnenschule in Heilbronn, Oberamtsarzt Medicinalrath Dr. Höring, das Ritterkreuz erster Klasse des Ordens der Würtembergischen Krone gnädigst zu verleihen geruht.

Seine Königliche Hoheit der Prinz Wilhelm haben im Vollmachtsnamen Seiner Majestät des Königs vermöge Entschliessung vom 25. April d. J. den Assistenzarzt Dr. Elben an der Heil- und Pfleganstalt Schussenried auf sein Ansuchen seines Dienstes gnädigst enthoben und am 2. Mai d. J. das Oberamtsphysikat in Hall dem Oberamtsarzt Breit in Waldsee gnädigst übertragen.

Von der Kögl. Regierung für den Jagstkreis wurde unterm 8. Mai die Wahl des approbirten Arztes Dr. Gottlob Pfäfflin in Lorch zum Orts- und Districtsarzt für die Gemeinden Lorch, Grossdeinbach und Waldhausen bestätigt.

Von der Kögl. Regierung des Neckarkreises wurde unterm 9. Mai die von dem Gemeinderath Weissach vorgenommene Wahl des Districtsarztes Dr. Lisching in Mönsheim zum Armenarzt der Gemeinde Weissach, Oberamts Vaihingen, bestätigt.

Gestorben: v. Höring, Gottlob, Oberamtsarzt, Medicinalrath, Ritter II. Klasse des Kron-Ordens, Ritter I. Kl. des Friedrichs-O., Inhaber des Olga-O., des preuss. Kron-O. IV. Kl., Inhaber des bayr. Verd.-Kr.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 28.** **10. Juli 1884.**

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Beiträge zur Exstirpation der nasalen Schwellapparate.

Von

Wilhelm Hack in Freiburg i. B.

Zur nachstehenden Mittheilung wurde ich durch die folgende Thatsache veranlasst. Hier und da, mit entschieden zunehmender Häufigkeit, consultiren mich Patienten mit ausgesprochenen in der Nasenhöhle wurzelnden Neurosen, welche angeben, wegen ihres Uebels schon anderweitig vergeblich operirt zu sein, — vergeblich, trotzdem die betreffenden Operateure sich nach den in meinen früheren Publicationen enthaltenen Vorschriften gerichtet hätten. Diese zweifelhafte Ehre wird noch hinfälliger durch die weitere Anamnese und den objectiven Befund. Anamnestisch erfahre ich, dass die Operation meist nur in oberflächlichen Galvanokautorisationen der vordern Enden der untern Muscheln bestanden: darauf hätte die vorher vorhandene Verstopfung der Nase sich noch mehr gesteigert; die nervösen Beschwerden seien, nach ganz flüchtiger Besserung, nur noch schlimmer wiedergekehrt. Bezüglich des Resultats der objectiven Untersuchung möchte ich mich mit der Bemerkung begnügen, dass ich die stärksten von mir gesehenen Grade nasaler Schleimhautschwellung gerade in den angedeuteten Fällen gefunden habe. Der Umstand, dass mir auch bei diesen meist schon völlig resignirten Patienten eine schliessliche Heilung ihrer Beschwerden glückte, dürfte dafür sprechen, dass in diesen Fällen doch vielleicht früher etwas anders operativ vorgegangen worden war, wie ich es zu thun pflege.

Wenn ich im Nachstehenden mir erlaube, meine diesen Punkt betreffenden operativen Maximen kurz darzulegen, so erweise ich vielleicht manchen jener sich mit Rhinochirurgie beschäftigenden Collegen einen kleinen Dienst. Einige derselben, welche in Fällen, wie die oben erwähnten, sich bereits brieflich an mich wandten, oder mich mit ihrem Besuche beehrten, werden in diesen Zeilen Bekanntes wiederfinden. Für jene, welche nur meine letzten Publicationen kennen, dürfte sich aus dem Folgenden einiges Neue ergeben. Ich selbst darf nicht verschweigen, dass einzelne der zu erwähnenden Thatsachen sich mir erst spät mit zunehmender Erfahrung, bei wachsendem, ausserordentlich vielseitigem Beobachtungsmaterial aufgedrängt haben.

Es möge mir gestattet sein, auf das Wesentliche meiner früheren Mittheilungen zurückzukommen. Unter bestimmten Verhältnissen bildet sich ein Erregungszustand der Nasenschleimhaut aus, der sich in stärkerer Füllung, in einer Art von Erection der am vorderen Ende der unteren Muschel befindlichen cavernösen Räume zu erkennen giebt. Von diesen prall gefüllten „Schwellorganen“ können eine ganze Reihe secundärer Reflexe ihren Ursprung nehmen, scheinbar sehr differenter Natur: Asthma, Migräne, Trigemiansneuralgien, secretorische Neurosen, — muthmasslich aber alle darin übereinstimmend, dass sie auf vasodilatatorische Erregungen zurückgeführt werden können. Sobald jene Schwellkörper zerstört sind, pflegen die genannten Attaken zu sistiren.

Neuerdings habe ich mich in vielen Fällen, was ich früher nicht genügend zu würdigen verstand, davon überzeugen müssen, dass nicht nur von den Schwellpartien am vorderen Ende der unteren Muschel, sondern auch vom erectilen Gewebe der mittleren Muschel ähnliche secundäre Reflexe ihren Ausgang nehmen können. Die Attaken verschwinden in solchen Fällen nicht trotz sorgfältiger Exstirpation jener erstgenannten Stellen, und werden erst durch gründliche galvanokaustische Zerstörung der letzteren definitiv beseitigt. Relativ häufig machte ich diese Erfahrung in Fällen hartnäckiger Migräne, seltener bei Asthma. Das eben Gesagte verdient gewiss Beachtung. Es hat mir oft den Eindruck gemacht, als ob hier vielleicht eine Art von Gesetzmässigkeit vorliegen möchte, welche weitere Beobachtungen einmal noch schärfer erkennen lassen dürften. Wer diese Thatsache übersieht, wird durch ausschliessliches Operiren an den unteren Muscheln die Reflexerscheinungen nicht zum Verschwinden bringen, ja sogar steigern, da die Operation selbstredend eine Hyperämie auch der Nachbarpartien, also auch jener reizempfänglichen Partien an den Mittelmuscheln, zur Folge hat.

In anderen Fällen ist die Wiederkehr der nur vorübergehend beseitigten nervösen Beschwerden in nicht von vornherein erkennbaren Momenten begründet. Ich habe das nun zu Betrachtende wiederholt, obwohl nicht gerade häufig, auch bei eigenen Patienten beobachtet, welche in genauer Controlle geblieben waren. Es ereignet sich hier und da in Fällen, in denen eine gewissenhafte rhinoscopische Untersuchung als einzige Ursache einer bestehenden Nasenobstruction die Schwellung der vorderen Enden an der unteren Muschel ergab, dass nach sorgfältiger Exstirpation dieser Partien in verschieden langer Zeit sowohl die Nasenverstopfung wie die davon abhängigen nervösen Beschwerden wieder auftreten. Rhinoscopirt man jetzt, so zeigen sich die früher operirten Stellen in der erwünschtesten Weise durch Narbencontraction so abgeflacht, dass sie kaum aufzufinden sind: dagegen wird man überrascht sein, die weiter nach rückwärts gelegenen mittleren Partien jener unteren Muscheln hochgradig geschwellt zu finden, förmliche Tumoren vortäuschend, ein Befund, der wegen des tiefen Sitzes der Affection bei mangelhafter Beleuchtung kaum constatirt werden kann. Diese Complication bildet eine der schlimmsten Geduldsproben für den Arzt und den Patienten: begreiflicherweise ist es äusserst schwierig, dem Kranken klar zu machen, dass trotz der Wiederkehr der alten Leiden die frühere Operation durchaus erfolgreich gewesen, und nur früher noch nicht Bestandenes hinzugetreten sei. Am allerfatalsten wird diese Schwierigkeit, wenn die Schwellung der mittleren Partien bei verzögerter Wundheilung sich an die durch die Operation gesetzte Schwellung der vorderen Partien anschliesst. Solche Patienten haben dann natürlich gar keinen Effect von dem ersten operativen Eingriff wahrnehmen können und sind dann nicht übel erstaunt, von der Nothwendigkeit noch weiterer Operationen zu hören, von denen doch anfänglich gar nicht die Rede war. Ich habe dieses letztere Factum nur zweimal beobachtet; in beiden Fällen glückte es mir nicht, den Patienten die Sachlage verständlich zu machen, dieselben entzogen sich ungeheilt meiner Behandlung. Seit dieser Erfahrung pflege ich bei der Stellung der Vorhersage stets auf diese Eventualität Rücksicht zu nehmen, deren Häufigkeit doch grösser sein könnte, als ich es nach meinem eigenen Material zu glauben berechtigt bin. Therapeutisch bleibt natürlich in solchen Fällen nichts Anderes übrig, als durch dieses Hinderniss mit dem Galvanokauter sich einen Weg zu bahnen und diese mittlere Partien der unteren Muscheln möglichst gründlich zu zerstören. In neuester Zeit war ich übrigens bestrebt, durch eine weiter unten zu erörternde Modification meines Operarionsverfahrens dem Eintritt dieser Eventualität überhaupt vorzubeugen, ich komme noch hierauf zurück.

Wie weit eine später sich entwickelnde Schwellung der hintern Partien der untern Muscheln zu solchen scheinbaren Recidiven Veranlassung geben kann, darüber fehlt mir bis jetzt noch genügende Erfahrnng. A priori ist an eine solche Möglichkeit gewiss zu denken. Unter meinem zur Höhe von fast vierthalbhundert Fällen angeschwollenen Beobachtungsmaterial sind mir noch wenig hierher gehörige Fälle vorgekommen, ich räume aber sofort ein, dass hierüber, wie über so manches Andere oben Angedeutete erst eine längere Beobachtungszeit definitive Klärung zu bringen vermag. Ich möchte bei dieser Gelegenheit anfügen, dass ich nach meinen Erfahrungen auch die primäre Schwellung am hintern Ende der untern

Muschel für relativ selten halten muss[1]) und von deren Anwesenheit nur mechanische Beschwerden, und keine, oder wenigstens nicht die gewöhnlichen Reflexerscheinungen beobachtet habe. Ich stehe also in entschiedenem Gegensatze zu John Mackenzie in Baltimore, der in einer sehr lesenswerthen Publication[2]) gerade in der Schwellbarkeit dieser hintern Enden die Hauptreizstelle der Nase für Reflexe sucht. Ich stelle dadurch natürlich nicht die Richtigkeit der Mackenzie'schen Beobachtungen in Abrede, sondern nur deren allgemeine Gültigkeit. In dem Lande Mackenzie's, in welchem gerade der bei uns weit seltenere „postnasal catarrh" so häufig vorkommt, dass er direct „American catarrh" genannt worden ist, sind gewiss wegen der Verschiedenheit mancher äusseren Bedingungen Erfahrungen zu machen, welche von den unsrigen differiren.

Eine weitere ebenfalls häufig falsch gedeutete Thatsache, kam mir öfter zur Beobachtung. In Fällen einseitiger Entwicklung der nasalen Erscheinungen bringen die betreffenden operativen Eingriffe zwar auf dieser Seite die Symptome zum Verschwinden, dieselben treten aber dann auf der anderen früher freien Seite mit gleicher oder sogar vermehrter Heftigkeit auf. Hat man derartige Patienten in steter Controlle, so lässt sich unschwer die allmähliche Entwicklung und langsame Grössenzunahme der Schwellpartien jener später erkrankten Seite verfolgen. Nicht selten schliessen sich die Erscheinungen an die Operation der ersten Seite an, auch hier wohl dadurch bedingt, dass jene Operation eben einen besonders starken Blutzufluss zur ganzen Nasenhöhle hervorrief. Rhinoskopisch bildet jene später erkrankte Seite manchmal in bestimmter Richtung ein instructives Bild, das ich schon verschiedenen der mich besuchenden Collegen an Patienten meiner Poliklinik demonstriren konnte: trotzdem auf der neuerkrankten Seite eine ausgesprochene starke Hyperämie der Nasenschleimhaut herrscht, zeigen sich die Kuppen der Schwellpartien blasser, ja bisweilen hochgradig anämisch. Offenbar erzeugt im Beginn die übermässige Füllung der cavernösen Räume eine derartige Spannung der Schleimhautoberfläche, dass deren Gefässe nicht einmal ihren normalen Füllungsgrad erreichen, ein Verhältniss, das sich übrigens später meist wieder ausgleicht. Hier und da unterhält die später erkrankte Seite trotz gründlicher Operation der ersterkrankten, noch einen Theil der auf dieser letztern, bereits operirten, Seite sich abspielenden Reflexerscheinungen. Namentlich bei neuralgischen Leiden ist dies häufig der Fall, eine Thatsache, deren practische Bedeutung auf der Hand liegt, und welche eine interessante Ergänznng zu dem schon früher von mir mitgetheilten Factum[3]) bildet, dass auch primär eine einseitige Nasenaffection doppelseitige neuralgische Beschwerden zur Folge haben kann. Führt man die absolut nothwendig gewordene Operation auf der zweiten Seite aus, so macht man bisweilen die Erfahrung, dass durch die Operation die reflectorischen Erscheinungen auf beiden Seiten für eine Reihe von Tagen wesentlich gesteigert worden sind. Das sind dann trostlose Tage für den Patienten, der statt der erwarteten Erlösung zunächst erhebliche Verschlimmerung seiner Leiden durchkosten muss. Aber auch für den Arzt ist es dann keine leichte Aufgabe, in dem muthlosen Kranken neue Hoffnung zu beleben, und es ist ein Glück, dass derartige Fälle eben doch die entschiedene Ausnahme bilden.

Uebrigens können die im Vorstehenden geschilderten Complicationen von Seite der noch nicht operirten Schleimhautpartien vollkommen fehlen, und doch noch längere Zeit nach den typischen Operationen am vordern Ende der untern Muscheln die früheren Reflexerscheinungen bestehen bleiben. Manchmal treten dieselben in dieser Zeit in ganz anderer Form auf wie früher: Hemikraniker, die früher nie Asthma hatten, können jetzt von heftigen asthmatischen Anfällen heimgesucht werden, und umgekehrt. Oder Zahn- und Gesichtsschmerzen treten da auf, wo vorher auch nicht die leiseste Neigung zu Neuralgien bestanden hatte, u. dergl. mehr. Rhinoscopirt man in solchen Fällen, so findet man nicht selten die Wunden in schlechter Beschaffenheit, durch eingetrocknetes Secret gereizt und geringe Tendenz zur Heilung aufweisend. Hier und da ist in dem unpassenden Verhalten der Operirten die Erklärung für diesen Befund gegeben: eine solche verzögerte Wundheilung kann sich aber auch aus mir unbekannten Gründen gelegentlich selbst bei den gewissenhaftesten Patienten und unter den denkbar besten Lebensverhältnissen zeigen. Oft genügt eine Reinigung der Wunden, eine sorgfältige Entfernung der verhärteten Secretmassen, um die Reflexerscheinungen sofort zu coupiren: freilich nicht immer, ja dieser letzgenannte kleine Eingriff kann sogar eine erhebliche, übrigens bald vorübergehende Steigerung der Symptome hervorrufen. In solchen uncomplicirten Fällen kann mit äusserster Wahrscheinlichkeit völliges Verschwinden der Reflexerscheinungen nach erfolgter Ausheilung der Wunden in Aussicht gestellt werden. Besonders hervorgehoben muss werden, dass manchmal eine verzögerte Wundheilung nur Folge einer schlechtgeleiteten Nachbehandlnng sein kann, so dass dann ein an und für sich vorzügliches Operationsresultat lange Zeit gar nicht zur Geltung kommt. Vor Allem ist es die unselige, nicht genug zu verurtheilende blinde Vorliebe vieler Collegen für die Nasendouche, welche hier die übelsten Folgen hat. Nirgends ist die Douche weniger am Platze, wie in einer schon durch die Operation äusserst gereizten Nasenhöhle. Ebenso ist jedes brüske Wegreissen der Borken von den Operationswunden ein directer Fehler. Ich pflege zur Lockerung des Secrets öfters am Tage in die operirte Nasenhälfte behutsam schwache Lösungen von doppelkohlensaurem Natron mit dem Tropfenzähler eintropfen, darauf die Flüssigkeit durch schwache In- und Exspirationen in der Nase etwas hin und herbewegen und dann möglichst zart ausschneuzen zu lassen. Ein grosser Theil der Schleimmassen wird auf diese Weise schon entfernt, oder bedarf dann nur ganz leichter mechanischer Nachhilfe. Ein vorsichtiges Einpinseln von Vaselin bildet alsdann das beste Deckungsmittel für die Wunden, von denen ausserdem noch etwaige Schädlichkeiten durch Verstopfung der Nase mit etwas Watte ferngehalten werden sollten. Diese einfachste aller Nachbehandlungen, welche also nur auf Lösung des schleimig-eitrigen Secretes und Verhinderung des Festhaftens der Borken gerichtet ist, ergab mir unstreitig die besten Resultate. Alle Versuche, in der Nasenhöhle antiseptisch vorzugehen, alle Ausspülungen mit antiseptischen Lösungen, auf welche ich aus leicht begreiflichen Gründen immer wieder verfiel, erwiesen sich weit weniger vortheilhaft: ich musste stets aufs Neue die Erfahrung machen, dass die Nasenhöhle meist nur so geringe Concentrationsgrade derartiger Flüssigkeiten ohne schädliche Nachwirkungen ertrug, dass von einer antiseptischen Wirkung nicht die Rede sein konnte. —

Meine bisherigen Ausführungen bezogen sich auf Fehler, welche hauptsächlich in der allzu engen Begrenzung des zu operirenden Gebietes begründet waren. Ich habe jetzt zu einem besonders wichtigen Punkte, zu Fehlern in der Operationstechnik, überzugehen. Hier wäre manche Klage zu erheben. Ein unerlässlicher Factor, die genügende Freilegung des Operationsgebietes scheint von einzelnen dieser Neulinge in der Rhinologie für völlig überflüssig erachtet zu werden. Verschiedene Male hatte ich die unerfreuliche Aufgabe, in derartigen Fällen die fatale Wirkung energischer Cauterisationen, sogar mit dem Paquelin, ohne Benutzung irgend einer Art von Speculum vorgenommen, constatiren zu müssen: in allen Fällen hatte der Eingriff erhebliche Steigerung der nervösen Erscheinungen zur Folge, abgesehen von der Verwüstung, welche in der Nasenhöhle angerichtet worden war. Die betreffenden Collegen vermutheten offenbar in meinem Vorgehen nur den Effect einer kräftigen Ableitung auf die Nasenschleimhaut vermittelst des Glüheisens nach bekannten Analogien; dieselben dürften mittlerweile aber wohl durch die gesteigerten Klagen ihrer Kranken andern Sinnes geworden sein, und ahnen vielleicht jetzt, dass die Verhältnisse denn doch nicht so einfach liegen. Ich selbst benutze mit Vorliebe das von Jurasz angegebene einfachste aller Specula, gebe aber natürlich zu, dass die Gewohnheit dabei eine grosse Rolle spielt, und dass die in den Werken von Fränkel, Voltolini, Bresgen u. A. genannten Specula unstreitig ebenfalls ihre Vortheile besitzen.

Ein zweiter hierher gehöriger Fehler ist in der Oberflächlichkeit der vorgenommenen Cauterisation begründet. Ich selbst habe früher in dieser Richtung unstreitig gefehlt, und weiss auch jetzt noch nicht, ob meine später zu erörternden wesentlichen Aenderungen meines Operationsverfahrens meiner sofort mitzutheilenden Anschauung schon völlig gerecht zu werden vermögen. Ich bin nämlich der absoluten Ueberzeugung, dass nur die völlige gründliche Zerstörung der Schwellpartien eine Garantie für die dauernde Beseitigung der davon ausgehenden reflectorischen Erscheinungen geben kann. Die Schwierigkeit, dieser Forderung zu entsprechen, liegt auf der Hand, und naturgemäss erhebt sich die Frage, ob nicht die Herausnahme der knöchernen Muscheln die beste Garantie geben dürfte. Ich möchte kaum daran zweifeln, da sicher, wie Voltolini schon nachgewiesen,

[1]) Von der Ueberzeugung ausgehend, dass für dieses eigenthümliche Verhalten doch wohl anatomische Gründe aufzufinden sein möchten, veranlasste ich einen meiner Schüler, Herrn H. Nöbel, eine Reihe von Schwellkörpern, welche ich sowohl am vordern wie hintern Ende der untern Muschel mit der galvanokaust. Schneideschlinge exstirpirte, mikroskopisch — unter gütiger Unterstützung von Prof. Schottelius — zu untersuchen. Es fand sich: am vordern Ende sehr ausgedehnte cavernöse Räume, dazwischen massiges Drüsengewebe, — am hintern Ende weit kleinere cavernöse Räume und dazwischen vorwiegend hypertropisches Bindegewebe. Eine Reihe weiterer Verschiedenheiten wird in der Arbeit des genannten Herrn später mitgetheilt werden.

[2]) On nasal cough. Amer. Jour. of Med. Sc. 1883. July.

[3]) Nasenleiden u. Reflexneurosen. Berl. kl. Woch. 1882. 25.

Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

die poröse Beschaffenheit dieser knöchernen Gebilde bis zu einem gewissen Grade die Bildung der cavernösen Räume in der darüber liegenden Schleimhaut begünstigt. Ich möchte mich aber trotzdem mit aller Entschiedenheit gegen die häufige Anwendung eines so bedeutenden Eingriffes aussprechen und denselben nur für ganz seltene Ausnahmsfälle reservirt wissen. Denn es unterliegt keinem Zweifel, dass durch die dann erfolgte Umwandlung der sonst so buchtigen Nasenhöhle in weite Luftlöcher der physiologisch nothwendige Vorzug der Nasenathmung ganz illusorisch gemacht würde. Mein Streben ging demgemäss darauf aus, ein Operationsverfahren zu finden, durch welches die nervösen Gewebe wenigstens bis auf den Knochen zerstört werden könnten. Dass dieser Forderung die *flächenhafte Cauterisation* am allerwenigsten entspricht, ist klar. Ich habe von diesem Verfahren nicht nur rasch eintretende Recidive, sondern, wie ich auch schon einleitend bemerkte, eine derartige Verschlimmerung der Erscheinungen zu beobachten gehabt, dass die Kranken ganz verzweifelt waren. Ich muss das *Sommerbrodt* gegenüber besonders betonen, der am Schlusse seiner kürzlich erschienenen äusserst instructiven Publication[1]) erwähnt, dass er sich meist mit der flächenhaften Cauterisation habe begnügen können, ein Standpunkt, den *Sommerbrodt* vielleicht schon jetzt bei vermehrter Erfahrung kaum mehr einhalten wird. Aber auch die früher von mir empfohlene galvanocaustische *Stichelung*, welche natürlich weit gründlicher ist, wie das eben besprochene Verfahren, genügt doch ebenfalls nicht vollkommen der obigen Forderung. Da man die zu operirenden Theile nur in geometrischer Verkürzung sieht, so ist es kaum zu vermeiden, dass zwischen den einzelnen Stichen selbst bei scheinbar gründlicher Ausführung dennoch Partien übrig bleiben, aus denen sich später wieder neue Schwellkörper bilden können. Dagegen kann die Anwendung der galvanocaustischen Schneideschlinge dieser Gefahr sicherer vorbeugen, falls es nur glückt, die fast immer breitbasig aufsitzenden Schwellkörper zu *stielen*. Speciell in dieser letzteren Richtung war ich bestrebt, mein Verfahren zu verbessern. Die von *Jarvis* und *Bosworth* empfohlenen mit Handgriff versehenen „transfixing needles" schienen mir zu diesem Zwecke schon deswegen wenig geeignet, weil der gerade Handgriff den Einblick in die Nasenhöhle erschwerte. Ich verfiel deshalb auf die übrigens naheliegende Idee, kurze schwach gekrümmte Nadeln mit Hilfe eines rechtwinkelig abgebogenen, leicht abnehmbaren Nadelhalters zu benutzen[2]). Dieselben wurden *dicht am Knochen* oben und unten durch die Schwellpartien am vorderen Ende der unteren Muschel durchgeführt und hinter die so gestielte Geschwulst die Schlinge umgelegt, — eine durchaus nicht immer leichte Aufgabe. Durch richtigen Wechsel im Zuschnüren und Erglühenlassen der Schlinge und durch sorgfältiges Reguliren der verwendeten Stromstärke lernte ich bald das Verfahren so zu beherrschen, dass die früher von mir so häufig gesehene heftige Blutung beinahe immer wegblieb. Dieses Verfahren erwies sich mir unstreitig als das beste, wo es sich darum handelte, Schwellkörperhypertrophien am vorderen Ende der unteren Muschel gründlich zu beseitigen. Allerdings pflege ich auch hier noch stets die Wundfläche bis auf den Knochen mit dem Spitzbrenner zu bearbeiten, ohne dass ich trotz dieses energischen Vorgehens Sequestrirung einzelner Knochentheile gesehen hätte. Für die tiefer gelegenen Partien an den unteren Muscheln, sowie für diejenigen der mittleren passt dieses Verfahren aber aus naheliegenden Gründen durchaus nicht. Ein Hantiren mit Nadeln ist in dieser Tiefe unmöglich und darum die galvanokaustische Schneideschlinge hier nur in Ausnahmsfällen zu gebrauchen. Hier erwies sich mir ein Verfahren von bestem Erfolge, das ich im Gegensatze zur Stichelung mit dem Namen des „*Furchenziehens*" bezeichnen möchte. Ein im stumpfen Winkel abgebogener Spitzbrenner wird *hinter* der betreffenden Schwellung ähnlich wie bei der Stichelung möglichst tief eingestossen. Während aber bei der Stichelung das Instrument wieder aus derselben Stichöffnung herausgezogen wird, wird hier der abgebogene Brenner durch alle vor ihm liegenden Gewebe durchgerissen, so dass auf diese Weise eine ca. $^1/_2$ — 1 cm tiefe Furche durch das Schwellgewebe gezogen ist. Bedingung ist, dass mit nicht zu schwachen Batterien gearbeitet wird. Auch hier ist es durch richtige Regulirung der Stromstärke möglich, das Gewebe ohne irgend nennenswerthe Blutung zu durchschmelzen; die Stromstärke muss indess sehr bedeutend sein, so stark, dass der Brenner in freier Luft unfehlbar zerglüht werden würde. Die Furchen werden möglichst dicht neben einander gezogen, und wenn nöthig, in einer späteren Sitzung auf derselben Stelle wiederholt. Das Verfahren ist weniger brüsk, als es nach der Beschreibung erscheinen könnte; es kürzt die Zahl der Sitzungen ganz wesentlich und ist weit weniger zeitraubend, wie die Stichelung, abgesehen von der weit grösseren Garantie einer gründlichen Zerstörung der Schwellpartien. Natürlich passt diese Methode auch für wenig prominente Schwellkörper am vorderen Ende der unteren Muschel besser wie die Schneideschlinge. Indem ich aber mit dem Instrument weit hinten einzusetzen pflege, den Anfang der Furche also wo möglich noch in die gesunden Theile fallen lasse, halte ich es für sehr möglich, dass so einer späteren secundären Schwellung der mittleren und hinteren Partien der unteren Muschel vorgebeugt werden kann.

Einige Modificationen der geschilderten Methoden wie sie mir einzelne besondere Fälle nahelegten, möchte ich hier übergehen. Es bleibt mir übrig, noch einen eigenthümlichen Grund der Misserfolge, welche ich bei anderweitig Operirten constatiren musste, zu berühren. In verschiedenen Fällen war eine Cauterisation, natürlich vergeblich, an Patienten ausgeführt worden, welche nicht die geringsten Erscheinungen einer Nasenaffection dargeboten hatten, bei denen vielmehr die nervösen Erscheinungen auf centrale oder allgemein nervöse Ursachen zurückgeführt werden mussten. Im Anschluss hieran muss ich auf eine irrthümliche Anschauung zu reden kommen, welche ich völlig unverschuldeter Weise hervorgerufen zu haben scheine. Trotzdem ich in meiner Broschüre „Ueber eine operative Radicalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber etc." nicht nur im Titel, sondern an zahlreichen Stellen des Textes hervorhob, dass nur *bestimmte*, d. h. von einer Nasenaffection abhängige Reflexerscheinungen erfolgreich von der Nase aus operirt werden können, wird mir dennoch die Behauptung unterlegt, als wolle ich *jede* Form von Migräne, Asthma etc. durch mein Verfahren zur Heilung bringen. Nichts kann mir wahrlich ferner liegen. Aber diese Annahme ist so eingewurzelt, dass mir wiederholt, wenn ich um den Nachweis auch nur einer einzigen einen solchen Gedanken verrathenden Stelle in meinem Buche bat, die Antwort zu Theil wurde, „um so mehr müsse man es *zwischen den Zeilen lesen*". Aus dieser völlig unberechtigten Voraussetzung sind mir nach zweierlei Richtungen hin Gegner meiner Sache erwachsen. Die eine Kategorie, meist rhinologischen Fragen völlig fernstehend, erschrickt naturgemäss vor der ungeheuerlichen, freilich selbstgeschaffenen Vorstellung, dass nun *jede* dieser Reflexerscheinungen von der Nase ausgehen solle, und verwirft in zu weit getriebener Consequenz *alle* meine Behauptungen. Die zweite Kategorie ist die leider sehr zahlreiche der *Enthusiasten*. Eine erstaunlich grosse Anzahl von Patienten mit allgemeinen Neurosen sind mir schon von diesen wenig kritischen Collegen zur Operation zugeschickt worden, und mussten selbstredend unverrichteter Dinge wieder nach Hause zurückkehren. Es hiesse der menschlichen Schwäche wenig Rechnung tragen, wollte ich annehmen, dass die so gewaltsam von mir Ernüchterten alle auch fernerhin begeisterte Anhänger meiner Methode geblieben sind!

Den eben geschilderten Extremen gegenüber kann ich es nicht für überflüssig erachten, kurz auf die Darlegung der Gesichtspunkte überzugehen, unter denen ich bestehende Reflexerscheinungen als von der Nase abhängig bezeichnen muss. Durchaus nicht immer leiden solche Patienten an ausgesprochenen „nasalen" Symptomen, an ständiger Nasenverstopfung, an auffallend starker Nasensecretion, sondern nur eine genaue Anamnese ergiebt eine Reihe an und für sich unbedeutender aber doch äusserst charakteristischer Zeichen: *wechselnde, vorübergehende Verstopfung der Nase, seröser Nasenausfluss, häufiges Niesen* ohne besondere Veranlassung. Derartige Zeichen sprechen für das Vorhandensein eines bestimmten Reizzustandes in der Nase, als dessen weiterer Ausdruck in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle rhinoscopisch erhebliche Füllung der Schwellpartien nachgewiesen werden kann. In seltenen Fällen vermisst man allerdings trotz Bestehen der genannten nasalen Symptome die Prominenz der Schwellgebilde, und nur starke Hyperämie ist als Ausdruck dieses Reizzustandes zu erkennen. In diesen seltenen Fällen genügt dann die flächenhafte Cauterisation zur Beseitigung der Erscheinungen.

Aus dem Gesagten folgt also, dass ich auf die oben angeführten pathognomonischen Erscheinungen weit grössern Werth lege, wie auf die Existenz beträchtlicher Schwellkörper, deren Anwesenheit in manchen Fällen nur mechanische Beschwerden bedingt. Selbstverständlich braucht auch bei ausgesprochenem Bestehen dieser pathognomonischen Erscheinungen die Nasenhöhle durchaus nicht die *einzige* Reizstelle für die Reflexerscheinungen im Organismus darzustellen; bestehen noch weitere Reizstellen, so vermag die Nasenoperation die Symptome zwar zu bessern, aber nicht völlig zum Verschwinden zu bringen. Auf diese Thatsachen ist bereits ausführlich in meiner oben citirten Broschüre hingewiesen.

Nun darf ich ein Eingeständniss an dieser Stelle nicht unterdrücken. Ich war selbst einige Male genöthigt, Patienten zu operiren, bei denen wegen fehlender Nasenaffection und bestehender Allgemeinneurose eine Beseitigung der Erscheinungen durch die Operation nicht

[1]) Mittheilungen von Heilungen pathologischer Zustände, durch Reflexvorgänge von der Nase her bewirkt. Berl. klin. Wochenschr. 1884. 10.
[2]) Vom hiesigen Instrumentenmacher J. Nosch angefertigt.

Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

erwartet werden konnte. Aber ich entschloss mich hierzu lediglich durch die inständigen Bitten der verzweifelten Patienten, welche unter allen Umständen einen Versuch gemacht haben wollten. Und ich entschloss mich zur Operation erst, nachdem ich die Patienten von der ausserordentlichen Wahrscheinlichkeit eines Misserfolges unterrichtet hatte. Ich kann in dem thatsächlich eingetretenen negativen Erfolge nur eine Bestätigung meiner Annahmen erkennen. Aber allerdings muss betont werden, dass eine allgemeine Neurose durch die Combination mit von einem Nasenleiden abhängigen Erscheinungen erheblich gesteigert werden kann und sich in überraschender Weise bessert, sobald die letztern Symptome operativ beseitigt worden sind. Entsprechende Belege hierfür finden sich ebenfalls bereits in meiner Broschüre mitgetheilt. —

Noch eine erwähnenswerthe Thatsache muss ich mittheilen. Einige Male kamen an den vordern untern Muschelenden oberflächlich Cauterisirte zu mir, bei denen weitere bestehende viel wichtigere Nasenleiden vollkommen übersehen worden waren. Mehrmals war die Nasenhöhle in der Tiefe mit zahlreichen Polypen angefüllt, in einem Falle der Nasenrachenraum mit adenoiden Geschwülsten, welche vom Munde aus hinter den Gaumen schon sichtbar waren, ausgefüllt. Diese Collegen hatten sich offenbar ohne eine Ahnung von rhinoskopischer Technik an das Operiren gemacht und waren sicher auf dem Gebiet der rhinologischen Pathologie völlige Ignoranten. Dass ich ihnen gegenüber nicht umhin konnte, anzudeuten, es sei das Stadium der vorhandenen Lehrbücher über Nasenkrankheiten eine ganz unerlässliche Grundlage für jeden sich mit Rhinochirurgie Beschäftigenden, wird man mir nachfühlen können. Freilich weiss ich nicht, ob dieser nothgedrungene Rath immer das richtige Verständniss gefunden hat. —

Vergleicht man das vorstehend Mitgetheilte mit dem in meiner Broschüre Niedergelegten, so muss ich unbedingt einräumen, mich früher nach einer Seite hin in einem grossen Irrthum befunden zu haben. Die Schwellkörper am vordern Ende der untern Muscheln bilden sicher nicht die einzige Reizstelle in der Nase, wie ich früher angenommen, — vielmehr können auch die übrigen Schwellpartien entweder von vorn herein solche Reizpunkte darstellen, oder wenigstens später zu solchen sich herausbilden. Ich bin nach meinen neuern zahlreichen Beobachtungen völlig von dieser Ueberzeugung durchdrungen, und nichts erstaunt mich im Grunde so sehr, als die Thatsache, dass unter meinen früher publicirten Fällen, in denen ich doch meist nur die vordern Schwellkörper zerstörte, bis jetzt nur sehr wenige Recidive sich zeigten. Also eine häufige Reizstelle bilden diese vordern Schwellapparate gewiss, und hier und da wie in den meisten meiner frühern Fälle, auch die einzige: aber diesen letztern Befund, und jene Recidive sind damit im Einklang, darf ich gegenwärtig nicht mehr für den häufigsten erklären.

Indem ich schliesse, möchte ich mir noch eine Bemerkung gestatten. Je mehr mein rhinologisches Beobachtungsmaterial wächst, um so mehr erfüllt mich die Gewissheit, dass grade auf diesem Gebiete noch ausserordentlich viel zu schaffen ist, und dass zahllose Fragen noch ihrer endgültigen Lösung entgegensehen. Unsere bisherigen Anschauungen werden, wir dürfen uns das wohl nicht verhehlen, hier sicher noch verschiedene Wandlungen erfahren. Mir wollen aus diesem Grunde die scheinbar negativen Beobachtungen weit instructiver erscheinen, wie die sogenannt „glatt" verlaufenden. Denn indem die erstern uns die Grenzen unseres bisherigen Könnens fühlen lassen, bilden sie in fruchtbringender Weise eine stete Anregung zu weiterm Forschen.

II. Aus der medicinischen Klinik in Heidelberg.

Zur Casuistik seltener Formen von Syphilis.

Von

Dr. Franz Ziehl, Assistenzarzt.

(Schluss aus No. 27.)

3. Ein Fall von Gehirnsyphilis im Beginn des secundären Stadiums.

M. M. 25j. ziemlich grosser, mässig gut genährter Mann inficirte sich im Beginn des Jahres 1883. Mitte Mai entwickelten sich breite Condylome am Penis, Scrotum und After, derentwegen er am 6. Juni in der medicinischen Klinik aufgenommen wurde. Therapie, Schmierkur (3,0 pro die) und local Calomel.

Unter dieser Behandlung waren dieselben schon völlig geheilt — es waren bis dahin 20 Inunctionen gemacht worden — als Pat. am 28. Juni Nachmittags plötzlich von klonischen Krämpfen im Biceps brachii und Quadriceps fem. der rechten Seite befallen wurde. Bei einer deswegen sofort vorgenommenen Untersuchung fand sich ausser Parese der unteren Aeste des rechten Facialis, Parese des rechten Hypoglossus und der rechten Hälfte des Gaumensegels. Das Sensorium vollkommen frei, die Sprache erhalten, keine Spur von Sensibilitätsstörung. Pat. gab nun noch an, dass er am 24. Juni vorübergehend Parästhesien an einzelnen Körperstellen empfunden habe, sonst war er bis zum Eintritt der Muskelzuckungen vollständig wohl gewesen.

Am andern Morgen wurde der Verlust des Sprachvermögens constatirt, der Pat. war nur noch im Stande „ja" und „nein" zu sagen, auch schreiben konnte er nicht, er setzte wohl die Feder an, brachte jedoch nicht einmal seinen eigenen Namen fertig; dagegen verstand er vollständig alles, was mit ihm gesprochen wurde. Die Muskelzuckungen waren verschwunden, dafür jedoch die grobe motorische Kraft in der rechten untern Extremität deutlich schwächer als links, der Patellarreflex rechts sehr lebhaft. Im übrigen wie gestern. An den inneren Organen nichts Abnormes nachzuweisen, das Herz und Gefässsystem vollkommen normal. Harn ohne Eiweiss und Zucker. T. 37,8. P. 76.

Abends hatte die Parese des Facialis zugenommen, die der untern Extremität wie am Morgen, dagegen war eine erhebliche Parese der rechten obern Extremität hinzugekommen. Der ganze Wortschatz des Pat. besteht aus „ja" und „nein", nur ein Mal, als er durch eine Frage etwas unwillig wurde, brachte er auch das Wort „freilich" hervor. In der Function der höheren Sinnesorgane bestand keine Störung, ausser dass vielleicht das Hörvermögen rechts etwas geringer war als links, die Sensibilität ganz intact.

Am 30. Juni war der rechte Arm vollständig paralytisch, sonst hatte sich nichts geändert. Nachts war Pat. etwas unruhig gewesen, setzte sich öfters im Bett auf, versuchte auch aufzustehen, am Tage war das Sensorium ganz frei.

Am 1. Juli machte er einen etwas somnolenten Eindruck, gab weniger Acht, wenn man mit ihm sprach, war ausserdem etwas mürrisch. Die Parese der rechten untern Extremität hatte zugenommen, der Patellarreflex dieser Seite war gesteigert, ausserdem rechtsseitiger Dorsalclonus, an den oberen Extremitäten fehlten deutliche Sehnenreflexe.

Am folgenden Tage war das Sensorium wieder ganz frei, es bestanden Schmerzen in der linken Stirn- und Scheitelgegend, die auch bei Percussion empfindlich war. Die Extensoren der Hand functionirten wieder schwach. Vom 3. Juli ab besserte sich die Lähmung in sämmtlichen Gebieten ziemlich rasch, die Sprache kehrte erst vom 8. Juli ab langsam wieder, wobei zuweilen Anklänge an Paraphasie sich zeigten.

Am 1. September wurde der Kranke entlassen, es bestand noch geringe Parese der rechten Zungenhälfte und etwas Schwäche in den Extremitäten, die Lähmung im Gebiet des Facialis war ganz rückgängig geworden.

Die Therapie bestand nach Eintritt der Lähmung in verstärkter Schmierkur (5,0 pro die) und Jodkali (3,0).

Als Grund für die Lähmung musste mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Thrombose im Gebiet der linken Art. foss. Sylvii angenommen werden. Die Ursache der Thrombose konnte bei der Intactheit aller übrigen Organe nur in einer syphilitischen Erkrankung der Hirnarterien selbst gefunden werden. Mit Sicherheit dagegen kann eine solche Diagnose nach dem jetzigen Standpunkt unserer Kenntniss von der Gehirnsyphilis wohl nicht gestellt werden; denn wenn auch durch Sectionsergebnisse nachgewiesen ist, dass schon innerhalb des ersten Jahres nach der syphilitischen Infection Gefässveränderungen auftreten können, so liegen doch auch Beobachtungen vor, wo trotz des gleichen Krankheitsbildes die Section keine Veränderungen am Gehirn ergab. Ein solcher dem unsrigen sehr ähnlicher Fall findet sich z. B. bei Zambaco.[1]) Es handelte sich um einen Mann, der vor sechs Monaten einen indurirten Schanker acquirirt hatte und dann wegen einer Impetigo im Gesicht in Behandlung kam. Er litt ausserdem an hartnäckigen Kopfschmerzen bei Tag und Nacht, die ohne bestimmten Sitz waren, aber tief im Kopf gefühlt wurden. Durch Protojodacet (0,1 pro die) schien sich die Hauptaffection etwas zu bessern, aber die Kopfschmerzen bestanden fort, ja verschlimmerten sich, und sieben Monate nach der Infection, einen Monat nach der Aufnahme im Spital und dem Beginn der Behandlung trat eine rechtsseitige Hemiparese auf, das Sensorium war frei, die Sensibilität intact. Vierzehn Tage später entstand ebenfalls ohne Bewusstseinsverlust völlige Paralyse der rechten Seite, Verlust des Articulationsvermögens, während die geistigen Fähigkeiten intact erschienen. In der Nacht darauf tiefes Coma und Tod. Die Section ergab ein völlig negatives Resultat sowohl in Bezug auf den Schädelinhalt als die übrigen Organe, während man eine Encephalitis oder einen Tumor syphilitischen Ursprungs erwartet hatte.

Diese Beobachtung zeigt, dass es wohl nicht ganz richtig ist, wenn Heubner[2]) angiebt, in den Fällen, wo nach vorausgegangener schwerer Hirnkrankheit Syphilitischer die Section negativ ausgefallen sei, seien keine wohl charakterisirten hemiplegischen Erscheinungen aufgetreten, sondern das klinische Bild habe sich entsprechend dem der Dementia paralytica verhalten.

Mit Rücksicht auf eine derartige Beobachtung ist wohl die Diagnose bei einer frühzeitigen syphilitischen Hemiplegie nur mit einiger Vorsicht auf eine Gefässerkrankung zu stellen, und es müssen noch weitere Sectionsergebnisse abgewartet werden, die freilich nicht gerade

[1]) Zambaco, Affections nerveuses syphilitiques. Paris 1862. Obs. LXXIII.
[2]) Ziemssen, Krankheiten des Nervensystems XI. 1. pag. 275.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

häufig sein werden, da ja meist, wie auch in unserm Falle der Ausgang wenigstens in Bezug auf das Leben ein glücklicher ist.

Dass schon ganz früh in der secundären Periode das Gehirn von der Syphilis zuweilen ergriffen wird, ist besonders von Fournier[1]) betont worden. Er erwähnt 8 Fälle, die ihm zur Beobachtung kamen, bei denen die Hemiplegie zwischen dem sechsten und neunzehnten Monat nach der Infection aufgetreten war und fügt hinzu, dass sogar Fälle von Hemiplegie schon im vierten Monat nach der Infection beobachtet sein sollen.

Als frühsten Fall von Auftreten der Nervensyphilis finde ich in der mir zugängigen Litteratur eine Beobachtung von Zambaco,[2]) wo etwa drei Monate nach der Infection nach voraufgegangener heftiger Cephalaea eine rechtsseitige Lähmung des Gesichtes, der Zunge, des Gaumens und des Oculomotorius auftrat. Ausserdem bestand Anästhesie der rechten Zungenhälfte, Hyperästhesie im Gesicht und Verlust des Geruches auf der rechten Seite. Gleichfalls einen Fall von Lähmung des Facialis und der Zunge (nicht wie Lesser[3]) citirt von Hemiplegie) vier Monate nach der Infection findet sich bei Ljunggren.[4])

Der frühste Fall einer syphilitischen Hemiplegie scheint sich bei Lacharière[5]) zu finden. Der betreffende Pat. hatte sich im August inficirt und erwachte, nachdem einige Wochen sehr heftige Kopfschmerzen, besonders Nachts, vorausgegangen waren, Ende December mit einer rechtsseitigen Hemiparese, die demnach etwa 5 Monate nach der Infection auftrat. Etwas häufiger schon sind Beobachtungen, wo sich die Lähmung ein halbes Jahr nach der Infection entwickelte. Derartige Fälle sind beschrieben von Zambaco,[6]) Ljunggren,[7]) Lacharrière.[8]) Von da ab werden die Beobachtungen alsdann viel zahlreicher; ausser bei den erwähnten finden sich Fälle davon bei Engelstedt,[9]) Gros und Lanceraux,[10]) bei Chvostek[11]) u. A.

In dem oben beschriebenen Fall trat die Hemiplegie am 28. Juni auf, nachdem der Pat. sich im Anfang des Jahres inficirt hatte. Sie erschien hier also aussergewöhnlich früh, da seit dem Beginn der Infection noch nicht ganz ein halbes Jahr verflossen war. Somit schliesst sich diese Beobachtung unmittelbar den vorher mitgetheilten von maligner Syphilis der Haut an.

Wie bekannt ist die Erkrankung des Gehirns in einer späteren Periode der Syphilis ganz unabhängig von der Art der vorausgegangenen Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute. Sowohl leichten als schweren Formen kann eine syphilitische Erkrankung des Gehirns nachfolgen, während es häufig genug selbst bei ausgedehnten Zerstörungen anderer Theile frei bleibt. Es ist damit nicht anders, wenn das Gehirn zu einer frühen Zeit von der Syphilis ergriffen wird. In unserem Falle waren nur breite Condylome von gewöhnlicher Beschaffenheit vorausgegangen, ja dieselben waren unter einer antisyphilitischen Behandlung bereits völlig geheilt, als die Lähmung plötzlich auftrat. Es ist sogar als die Regel anzusehen, dass einer frühzeitigen syphilitischen Gehirnerkrankung nur leichte secundäre Erkrankungen der Haut und Schleimhaut vorausgegangen sind oder gleichzeitig mit ihr auftreten, nur sehr selten findet sich in den betreffenden Krankengeschichten erwähnt, dass eine schwerere sonst der späteren Periode angehörende Hautaffection bestanden habe, etwas häufiger scheint es zu sein, dass eine solche zugleich mit dem Auftreten der Gehirnerkrankung erscheint oder in kurzer Zeit nachfolgt. Einen derartigen Fall erwähnt z. B. Fournier[12]): bei einem 25jähr. jungen Mann, der seit sechs Monaten syphilitisch war, trat plötzlich eine Hemiplegie auf, zugleich mit einem ausgedehnten Ausbruch von Ecthyma und Rupia. Die Hemiplegie konnte nur auf die Syphilis bezogen werden. Eine energische specifische Behandlung besserte in einigen Tagen sowohl die Hemiplegie als den Hautausschlag.

In der grossen Mehrzahl der Fälle sind, wenn in einer späteren Periode eine syphilitische Gehirnerkrankung mit Hemiplegie auftritt, Symptome vorausgegangen, sei es heftiger Kopfschmerz, seien es andere von Fournier sogenannte Congestionserscheinungen wie Schwindel etc., die auf ein Ergriffensein des Gehirns hindeuten. Dies ist nun auch fast immer der Fall, wenn ausnahmsweise das Gehirn sich frühzeitig an der syphilitischen Erkrankung betheiligt. Fast regelmässig sind wenigstens mehr oder weniger heftige Kopfschmerzen kürzere oder längere Zeit vorhanden gewesen. Ein Fehlen derartiger prämonitorischer Symptome ist nach Fournier aussergewöhnlich selten. In dem oben mitgetheilten Fall waren sie vollkommen ausgeblieben, abgesehen von ganz vorübergehenden Parästhesien am vierten Tag vor der Lähmung, und nichts liess an eine Erkrankung des Gehirns denken. Die Lähmung kam daher auch völlig überraschend und sie musste umsomehr überraschen, als der Kranke bereits eine zwanzigtägige Schmierkur von 3,0 gr. Ung. cinereum pro die durchgemacht und dieselbe auf die übrigen Symptome einen durchaus günstigen Einfluss ausgeübt hatte; sie hatte also die syphilitische Erkrankung des Gehirns, mag dieselbe anatomisch welcher Art auch immer gewesen sein, gar nicht beeinflusst und das Auftreten schwerer Gehirnsymptome nicht im mindesten verhindern können. Es ist uns daher auch in hohem Grade unwahrscheinlich, dass an dem schliesslich glücklichen Ausgang die nach der Lähmung eingeleitete noch energischere antisyphilitische Behandlung irgend einen oder wenigstens erheblichen Antheil hätte. Man könnte wohl geneigt sein, denselben auf Rechnung des jetzt ausser der Schmierkur verordneten Jodkalis zu setzen, dem stehen jedoch Beobachtungen entgegen, wo auch das aus anderen Gründen gegebene Jodkali nicht im Stande war, das Auftreten einer Lähmung resp. Hemiplegie zu hindern.

Zwei derartige Beobachtungen finden sich unter andern bei Ljunggren (Beobachtung 2 u. 3). In der einen war im Mai ein indurirter Schanker entstanden, dem im Juli eine Roseola nachfolgte. Unter antisyphilitischer Behandlung (Schmierkur, dann Jodkali und moderirte Kaltwasserkur) heilte dieselbe, sodass trotz mehrerer genauer Untersuchungen keine neuen Symptome gefunden wurden. Ende September jedoch und Anfang October trat empfindlicher Kopfschmerz auf, weswegen noch beständig mit Jodkali fortgefahren wurde. Trotzdem hielt der Kopfschmerz an, Schwindel trat hinzu, sodass der Pat. wie ein Betrunkener taumelte und Ende October entwickelte sich plötzlich eine Facialislähmung. Ganz ähnlich verhielt sich die zweite Beobachtung, und es finden sich davon noch ein Paar Beispiele bei den oben erwähnten Autoren.

Es ist indessen, wie uns scheint, nicht besonders auffallend, wenn die frühzeitigen syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems zuweilen sowohl vom Quecksilber als vom Jodkali ganz unbeeinflusst bleiben und durch dieselben nicht verhindert werden können, wenigstens fehlt es nicht an der Analogie, wenn auch eine Erklärung dafür zur Zeit nicht gegeben werden kann; denn es wurde bereits oben erwähnt, dass, wenn frühzeitig tertiäre Erkrankungen der Haut oder Schleimhaut auftreten, die Behandlung, mag sie nun sein, welche sie wolle, gleichfalls häufig genug nicht den gewünschten Effect hat, oft selbst nicht einmal das Auftreten neuer Erkrankungsheerde verhindern kann.

4. Syphilis unter dem Bilde des acuten Gelenkrheumatismus.

1) S. W. 19j. Dienstmädchen war von Kindheit auf immer schwächlich und kränklich, in den letzten zwei Jahren öfters bleichsüchtig, öftere Mandelentzündungen. Vor acht Tagen erkrankte sie mit Schmerzen im rechten Knie, die besonders bei Bewegungen heftig waren, seit zwei Tagen ist dasselbe etwas angeschwollen, seitdem besteht auch Schwellung und Schmerzhaftigkeit im rechten Fussgelenk.

Bei der Aufnahme bot sich folgender Status: Pat. ist von graziler Statur, Musculatur schwächlich, Panniculus gering. Das linke Knie ist etwas angeschwollen, im Gelenk geringer Erguss nachweisbar. Auf Druck und bei Bewegung ist es empfindlich, so dass Gehen fast unmöglich ist. Dasselbe am rechten Fussgelenk. Die Haut über beiden Gelenken ist heiss anzufühlen. Innere Organe nicht verändert. Beiderseits hypertrophische Tonsillen. Harn ohne Eiweiss. Geringes Fieber. — Ord. Natr. salicylicum.

Am folgenden Tage hatte die Empfindlichkeit des linken Kniegelenkes sich noch erheblich gesteigert, das rechte Fussgelenk wie gestern, ausserdem Anschwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Kniegelenkes. Es stellte sich nun noch heraus, dass an den grossen Labien breite Condylome vorhanden waren; irgend ein Exanthem fand sich nicht vor, dagegen Drüsenschwellung.

Am dritten Tag nach der Aufnahme war trotz des Fortgebrauchs des Natr. salicylicum die Schmerzhaftigkeit der Gelenke dieselbe wie früher, dagegen bestand kein Fieber mehr (Wirkung desselben?). Es wurde

[1]) Fournier, Syphilis du cerveau pag. 413 u. Leçons sur la syphilis pag. 808.
[2]) Zambaco, Affections nerveuses syphilitiques. (Beob. XXIV.)
[3]) Lesser erwähnt als frühstes Auftreten eines Hirngumma einen Fall von Fournier, der tödtlich verlaufen sei 3 Monate und wenige Tage nach der Infection. Dem liegt indessen offenbar ein Missverständniss von Seiten Lesser's zu Grunde. Der l. c. von Fournier erwähnte Fall soll nur ein Beispiel von schneller als gewöhnlich (1—2 Jahr) tödtlich verlaufender Hirnsyphilis sein; denn nach der Krankengeschichte erlitt der Pat. am 5. Dec. eine Lähmung des Oculomotorius und starb am 6. März. Die Bemerkung „Durée totale trois mois et quelques jours" bezieht sich demnach nur auf die Dauer der Hirnsyphilis nicht die der Syphilis überhaupt.
[4]) Archiv für Dermatologie Bd. II. pag. 155.
[5]) Lacharrière, Des Paralysies syphilitiques. Beob. VIII.
[6]) l. c. Beob. XXIX.
[7]) l. c. Fall 2 und 4.
[8]) l. c. Fall 5.
[9]) Die constit. Syphilis pag. 51 und 136.
[10]) Gros und Lanceraux, Des paralysies syphilitiques. Obs. 137.
[11]) Chvostek, Beobachtungen über Hirnsyphilis, Vierteljahrsschrift für Derm. und Syph. 1882 pag. 221 (Fall 12).
[12]) Fournier, Leçons sur la syphilis pag. 808.

Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nun eine antisyphilitische Behandlung mit Jodkali (3,0 pro die) eingeleitet.

Unter dessen Gebrauch besserte sich die Gelenkaffection schnell, wegen der Condylome wurde bald eine Schmierkur nebst örtlicher Anwendung von Calomel hinzugefügt. Letztere heilten jedoch so langsam, dass Pat. erst nach achtwöchentlicher Behandlung entlassen werden konnte, nachdem längst jede Spur der Gelenkaffection verschwunden war.

2) M. H. 23j. Dienstmädchen, kam in die Ambulanz der medic. Klinik, weil sie seit zwei Tagen heftige Schmerzen im linken Schulter- und rechten Kniegelenk spürte. Ausser der Schmerzhaftigkeit auf Druck und bei Bewegungsversuchen liess sich an den Gelenken nichts Abnormes nachweisen T. 38,5.

Da sie nicht im Spital bleiben wollte, wurde ihr Natr. salicyl. 0,5 zweistündlich verordnet bis zum Nachlass der Schmerzen.

Nach zwei Tagen stellte sie sich wieder vor, ohne dass irgend eine Besserung eingetreten wäre, vielmehr war jetzt auch das linke Ellbogengelenk ergriffen. Bei der Untersuchung und Vergleichung beider Ellbogengelenke fiel die erhebliche Anschwellung der beiderseitigen Cubitaldrüsen auf. Da auch die übrigen oberflächlichen Lymphdrüsen Anschwellung zeigten, wurde der Verdacht auf Syphilis rege, der auch durch eine Untersuchung der Genitalien alsbald bestätigt wurde, da sich an den grossen Labien breite Condylome fanden. Ein Exanthem bestand nicht.

Pat. wurde nunmehr in das Spital aufgenommen. Der Gebrauch von Jodkali und gleichzeitige Schmierkur beseitigten die Gelenkaffection sehr bald.

Es ist schon öfters darauf hingewiesen, u. a. z. B. von Bäumler, dass zur Zeit des Eruptionsfiebers Gelenkschmerzen mit serösem Erguss in das Gelenk und mit entzündlichen Erscheinungen nicht so ganz selten sind, und dass das Krankheitsbild dann dem eines acuten Gelenkrheumatismus täuschend ähnlich werden könne. Das Vorhandensein eines syphilitischen Exanthems führt in solchen Fällen leicht zur richtigen Diagnose. Wenn dasselbe aber fehlt, so ist ein Irrthum bei der vollkommenen Gleichheit der Krankheitsbilder ausserordentlich leicht. Die Diagnose wurde daher auch in unseren beiden Fällen anfangs verfehlt, und erst der Zufall führte auf die richtige Fährte. Eine Untersuchung der Genitalien, die leicht den Irrthum würde haben vermeiden lassen, wurde natürlich nicht vorgenommen, da nichts auf eine Erkrankung derselben hindeutete. Im ersten Fall hatte die Patientin die Affection an den Genitalien verschwiegen, im zweiten war sich dieselbe überhaupt nicht bewusst, an den Genitalien erkrankt zu sein.

Unmittelbare Folge der falschen Diagnose war naturgemäss eine unrichtige Therapie, und es ist natürlich nicht wunderbar, wenn das Natron salicylicum in beiden Fällen nicht die geringste Besserung der Gelenkaffection herbeiführte, während sie unter antisyphilitischer Behandlung rasch nachliess.

Letzteres ist auch wohl ein Beweis dafür, dass es sich wirklich um eine syphilitische Gelenkerkrankung gehandelt habe und nicht um zufällige Complication des gewöhnlichen acuten Gelenkrheumatismus mit Syphilis. Für beide Fälle möchten wir die an den grossen Labien vorhandenen Condylome als Primäraffect deuten und annehmen, dass die fieberhafte Gelenkerkrankung und die Drüsenschwellung als Symptome der beginnenden Allgemeininfection des Körpers aufzufassen seien. Wir zweifeln daher auch nicht, dass bald eine Roseola oder ein anderes Syphilid aufgetreten sein würde, falls nicht eine antisyphilitische Behandlung sofort nach der Richtigstellung der Diagnose eingeleitet worden wäre.

In ähnlichen Fällen ohne Exanthem dürfte wohl am meisten das Bestehen allgemeiner Drüsenschwellung geeignet sein, Verdacht auf Syphilis zu erregen, und wäre an letztere besonders auch dann zu denken, wenn der Gebrauch von Salicylsäure ganz erfolglos bleiben würde. Besonders wegen der Therapie ist ja eine möglichst frühzeitige Diagnose zu wünschen. In den Handbüchern ist bei der Besprechung der Diagnose des acuten Gelenkrheumatismus die Verwechslung mit syphilitischen Gelenkleiden zum Theil gänzlich übergangen, obgleich die Differentialdiagnose bei der ausserordentlichen Aehnlichkeit der beiden Krankheitsbilder und der gänzlichen Verschiedenheit der Therapie doch nicht ohne Bedeutung ist.

Nach Duffin und Bäumler ist ein constantes und ausserordentlich wichtiges Zeichen für die syphilitische Natur solcher Gelenkaffectionen der stark remittirende Fieberverlauf. Für die beiden obigen Fälle können wir darüber nichts angeben, da beide sofort behandelt wurden.

Nach Fournier[1]) unterscheiden sich beide Krankheitsbilder dadurch, dass die Schmerzen bei der syphilitischen Gelenkentzündung geringer sind als bei dem acuten Gelenkrheumatismus, dass in den meisten Fällen kein Erguss nachweisbar ist, auch die Haut gesund bleiben und nie oder fast nie geröthet sein und endlich jede Allgemeinstörung fehlen soll, ausgenommen seltene Fälle, wo die Entzündung etwas intensiver ist oder bei nervösen, leicht erregbaren Frauen. Ausserdem sollen nur Knie-, Fuss- und Handgelenk ergriffen werden. Letzteres ist entschieden unrichtig. Wenn auch in unserem ersten Fall die Localisation mit der von Fournier angegebenen stimmte, so war sie doch im zweiten davon ganz verschieden, auch widerlegt Fournier sich selbst, wenn er l. c. pag. 701 die Geschichte einer Frau erzählt, die von einer subacuten syphilitischen Gelenkentzündung befallen wurde, bei der die Kniee, ein Ellbogen- und das Kiefergelenk erkrankt waren. Doch soll damit nicht bezweifelt werden, dass die von Fournier angegebenen Gelenke viel häufiger erkranken mögen als andere. Freilich werden die nämlichen Gelenke auch am meisten beim gewöhnlichen acuten Gelenkrheumatismus erkrankt gefunden.

[1]) Fournier, Leçons sur la Syphilis.

III. Ueber Localisation der Functionen des Grosshirnes.

Von

Professor Landois.

(Vortrag, gehalten im Aerzteverein des Reg.-Bez. Stralsund am 14. Juni in Greifswald.)

Derselbe demonstrirt an einer Reihe von Abbildungen und Modellen die Topographie der Hirnrinde, und giebt dann ein übersichtliches Bild der Localisation der Gehirnfunctionen, soweit sie das physiologische Experiment in Uebereinstimmung mit der klinischen Erfahrung bis jetzt annähernd sicher gestellt hat. Die motorischen Regionen (zuerst durch electrische Reizungen am Hundegehirn nachgewiesen) liegen auf dem Terrain der Centralwindungen und zwar für die untere Extremität im obern Theil der vorderen und hinteren Windungen; eine Läsion derselben hat Lähmung der untern Extremität der entgegengesetzten Seite zur Folge. Etwas tiefer und mehr nach vorn liegt das eximotorische Centrum für den Arm, noch tiefer das des Facialis. Dicht an diese Regionen anstossend ist die berühmte dritte Stirnwindung, welche das motorische Centrum für einen Theil des Facialis, für den Hypoglossus, Trigeminus und Vagus enthält. Eine Zerstörung dieser Theile (und zwar merkwürdiger Weise an der linken Seite) erzeugt Aphasie, d. h. der Betroffene kann nicht sprechen, weil ihm die Bewegungen zur Wortbildung fehlen (motorische Aphasie). — So wie nun Läsionen dieser Theile Lähmungen (Monoplegie) zur Folge haben, so entstehen durch Reizungen unwillkürliche Bewegungen und krampfhafte Zusammenziehungen der entsprechenden Muskelgruppen (Monospasmen). — Von diesen eximotorischen Regionen der Hirnrinde aus ziehen die motorischen Bahnen durch die Corpora striata in die Tiefen des Gehirns. Eine Läsion dieser Bahnen muss eine halbseitige Lähmung der ganzen Körperhälfte zur Folge haben (centrale Hemiplegie). — Ferner ist bekannt, dass die motorischen Sprachbahnen von der dritten Stirnwindung aus durch die tiefe Gehirnmasse hindurch laufen in die Medulla oblongata. Hier liegen die Kerne aller motorischen Nerven, die bei der Sprache in Frage kommen, so dass eine Zerstörung dieser Bahnen ebenso zweifellos Aphasie nach sich zieht, wie die Zerstörung der dritten linken Stirnwindung. Man ist also zu weit gegangen, wenn man behauptet hat, dass jede Aphasie eine Läsion der dritten linken Stirnwindung voraussetzt, wohl aber ist es sicher, dass eine Zerstörung der dritten linken Stirnwindung Aphasie zur Folge hat.

Ueber die Localisation der Sinnesthätigkeiten ist etwa Folgendes zu sagen. Das psychooptische Centrum, d. h. das Centrum des bewussten Sehens, wird in die erste bis dritte Hinterhauptswindung verlegt. Eine Läsion derselben beiderseits macht vollständig blind und Blindgeborene zeigen vollständige Atrophie dieser Theile. Die Sehsphäre einer Hemisphäre beherrscht zwei optische Hälften, und zwar beherrscht der linke Occipitallappen die linken Seiten, der rechte die rechten Seiten beider Netzhäute, so dass also eine Gehirnhälfte zwei Hälften beider Augen innervirt. Wenn an der einen Seite das Hinterhaupt zerstört ist, so findet man dementsprechend eine gleichseitige Hemiopie (Patient sieht auf beiden Augen das Object halb). Bei entzündlichen Reizungen der genannten Theile entstehen Photopsieen, Chromopsieen, Hallucinationen. Wenn Hallucinationen auf beiden Augen bestehen, ist auf Reizzustände in beiden Hinterhauptslappen, wenn die Bilder nur auf einem Auge, auf einseitige, wenn halbe auf halbe Erkrankungen zu schliessen. Ja, es scheint sogar, als wenn die Lichtempfindungen und Farbenempfindungen getrennte Localisationen haben. Es ist bekannt, dass manche Menschen willkürlich Hallucinationen erzeugen, also willkürlich diese Regionen in einen Reizzustand versetzen können (Aristoteles, Cardanus, Goethe, Joh. Müller). — Wird bei Thieren die hintere obere Spitze des Hinterhauptslappens zerstört, so verlieren sie die Erinnerung der Gesichtsempfindungen, sie sehen noch, aber wissen nicht, was sie sehen (Seelenblindheit). Eine merkwürdige Theilerscheinung der Seelenblindheit beim Menschen ist die sogenannte Wortblindheit, bei der der Patient noch lesen kann, aber nicht weiss, was es bedeutet.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wie es ein psychooptisches Centrum giebt, so auch ein psychoacustisches und zwar liegt dasselbe (mit gekreuzter Function) im Schläfenlappen der grossen Hemisphäre. Läsion des einen Lappens hat Verlust des Gehörs auf der andern Seite, Läsion beider Seiten vollständige Taubheit zur Folge. Ist letztere angeboren, oder in frühester Kindheit entstanden, so ist der Mensch auch stumm. Merkwürdiger Weise tritt hier ein ähnliches Phänomen auf, wie bei der Sprachbildung; die linke erste Temporalwindung ist Sitz der bewussten Gehörswahrnehmungen; ist sie allein zerstört, so hört der Mensch noch ganz gut, weiss aber nicht die Bedeutung (Seelentaubheit). Eine besondere Species derselben ist die Surditas verbalis, die sich blos auf gehörte Worte bezieht. — Reizungen des Temporallappens erzeugen Gehörshallucinationen, die vorwiegend rechts empfunden werden. — Vergegenwärtigen wir uns, dass auch links das Sprachcentrum liegt und dass bei weitem die meisten Menschen rechtshändig sind, so müssen wir bei der Localisation der Functionen unbedingt ein Prävaliren des linken Gehirns constatiren.

Die Centren für Geruch und Geschmack sind bis jetzt noch nicht mit Sicherheit festzustellen.

Die Tastempfindungen, das Muskelgefühl haben dieselbe regionäre Vertheilung, wie die motorischen Functionen; also Läsionen der Centralwindungen haben nicht blos motorische Lähmung, sondern auch Aufhören des bewussten Muskelgefühls zur Folge.

Wenn es nun also in der Neuzeit gelungen ist, eine ganze Reihe von Functionen auf bestimmte Hirntheile zu localisiren, so giebt es andererseits noch grosse Regionen (latente Zonen), deren Functionen nicht bekannt sind und deren Verletzung oft gar keinen functionellen Schaden hinterlassen, so die Stirnlappen, Scheitellappen, ein grosser Theil der untern und der innern Fläche.

Herr Schirmer kann die eben gehörten physiologischen Deductionen klinisch bestätigen auf dem Gebiete der Sehsphären. Auch hier beobachtet man functionell eine entschiedene Kreuzung, so, dass die linke Sehsphäre des Gehirns das Sehen nach rechts, die rechte das Sehen nach links vermittelt. (Beim Fisch, wo die Augen seitlich stehen, sieht das linke Auge allein nach links, das rechte allein nach rechts.) Hemianopsieen, entstanden durch centrale Läsionen, werden klinisch gar nicht selten beobachtet; ist die linke Sehsphäre gestört, so ist das Sehen nach rechts aufgehoben, das Sehen nach links intact, umgekehrt rechts. Auch die getrennte Localisirung von Licht- und Farbensinn wird durch die klinische Erfahrung bestätigt. So kennt Redner einen Fall, wo der Farbensinn auf einer Seite aufgehoben war, während der Lichtsinn noch bestand. Fehlt aber der Lichtsinn, dann ist auch der Farbensinn nie intact.

IV. Ueber die Wirkung der Nitrite und des Nitroglycerin bei Angina Pectoris

von

Matthew Hay, M. D.,

Professor der Gerichtl. Medic. und Toxikologie, Aberdeen.

(Vorgelesen in dem Verein für innere Medicin am 16. Juni 1884.)

Durch die Güte und auf den Wunsch Ihres verehrten Vorsitzenden, Herrn Professor Leyden, habe ich die Ehre Ihnen einen kurzen Bericht zu geben über einige eigene neuere Untersuchungen über die Nitrite, besonders in Bezug auf die Behandlung der Angina Pectoris.

Es ist wohl bekannt, dass bei gewissen Formen von Angina Pectoris, wenige Mittel, wenn überhaupt irgend welche, bessere Dienste leisten als das Amylnitrit, ein Mittel, welches vor mehr als fünfzehn Jahren von Lauder Brunton in London eingeführt wurde. Während der letzten Jahre haben wir in dem Nitroglycerin ein Mittel von vielleicht gleicher Wirkung kennen gelernt.

Diese beiden Mittel standen isolirt da, bis ich zu Anfang des letzten Jahres, theils aus chemischen, theils aus pharmacologischen Gründen, mich bei einem Fall von Angina Pectoris, welchen ich zu jener Zeit in meiner Behandlung hatte, zu Versuchen mit einer einfachen Verbindung, der salpetrigen Säure, veranlasst sah. Eine ausführliche Krankengeschichte ist im Practitioner (Juni, 1883) veröffentlicht worden. Zwei Jahre vorher hatte ich bereits beobachtet, dass im salpetrigsauren Natron, die wirksame Componente die salpetrige Säure ist, und dass dasselbe eine dem Amyl-nitrit ähnliche Wirkung zeigt. Ich beschloss daher das salpetrigsaure Natron bei der ersten Gelegenheit zu versuchen, und ich will hier gleich bemerken, dass ich es mit dem besten Erfolge that. Der Fall war ein sehr gut ausgeprägter mit heftigen Schmerz-Anfällen, welche mehrmals täglich ziemlich periodisch auftraten. Ich versuchte zuerst Amylnitrit und fand, dass dasselbe Erleichterung verschaffte, aber nicht die Intervalle zwischen den einzelnen Anfällen abkürzte, und dass es keine Wirkung äusserte, wenn es wenige Minuten vor dem erwarteten Anfall eingeathmet wurde. Salpetrigsaures Natron wirkte in gleicher Weise Schmerz lindernd; aber sein Hauptwerth lag darin, dass es die Intervalle zwischen den einzelnen Schmerz-Anfällen bedeutend vergrösserte, und den Anfall vollkommen verhinderte, wenn es ein oder zwei Stunden vorher gegeben wurde. Die Dosis des reinen Salzes war ein bis zwei Gramm (0,06—0,12 Gramm). Es ist leicht löslich in Wasser. Mein Patient trug immer, anstatt wie gewöhnlich, Amylnitrit-Kapseln, eine Lösung von salpetrigsaurem Natron bei sich, von welcher er eine kleine Dosis nahm, sobald er die Anzeichen oder Aura eines herannahenden Anfalles fühlte.

Ich versuchte auch, ausser Amyl-nitrit, andere salpetrigsaure Aether, wie Aethyl-nitrit, Methyl-nitrit, und fand, dass sie dieselbe Wirkung hatten. Die sogenannten Nitroverbindungen zeigten dagegen nicht dieselbe Wirkung wie die betreffenden Nitrosoverbindungen.

Nitroglycerin that gleichfalls in dem erwähnten Fall von Angina Pectoris gute Dienste.

Es liegt sowohl nach meinen Erfahrungen als nach meinen pharmacologischen Untersuchungen kein Grund vor, daran zu zweifeln, dass im Amyl-nitrit die salpetrige Säure die wirksame Componente ist; und es liegt daher auch nicht die Nothwendigkeit vor, bei jedem Fall Amyl-nitrit anzuwenden. Wir können vielmehr irgend eine Verbindung der salpetrigen Säure auswählen, und zwar oft mit grösstem Vortheil eine Alkaliverbindung der Säure, welche weniger flüchtig ist als Amylnitrit, und aus diesem Grunde eine länger andauernde Wirkung hat.

Man kann nun fragen, warum wirkt Nitroglycerin wie ein Nitrit. Es ist chemisch betrachtet, das Trinitrat des Glycerins ($C_3 H_5 \cdot 3 (O \cdot NO_2)$). Zur Beantwortung dieser Frage habe ich diese wohlbekannte Verbindung von neuem chemisch untersucht und habe kürzlich eine ausführliche Beschreibung meiner Untersuchungen in „the Transactions of the Royal Society of Edinburgh“ publicirt. Ich habe gefunden, dass, obwohl dasselbe ein Nitrat ist, es dennoch auf den Organismus wirkt wie ein Nitrit; denn es wird zum grössten Theil in Berührung mit alkalischen Flüssigkeiten, wie das Blut, in salpetrige Säure zerlegt und nicht, wie bisher immer angenommen wurde, in ein Alkalinitrat und Glycerin. Es wird kein Glycerin gebildet; zwei Drittel der Salpetersäure des Nitroglycerins wird zu salpetriger Säure reducirt. Daher die Wirkung und der Werth des Nitroglycerins in der Behandlung der Angina Pectoris.

Warum aber ist Nitroglycerin verglichen mit einem Alkalinitrit soviel wirksamer? Die gewöhnliche Dosis vom Nitroglycerin ist ein hundertstel Gran (0,0006 Gramm). Erstens, es wird nicht durch die freie Säure des Magens zerlegt, wie Alkali-nitrite, und daher geht von der Säure Nichts in Folge einer Zerlegung durch den Mageninhalt verloren. Die gesammte Menge gelangt in das Blut, und zweitens wird das Nitroglycerin wahrscheinlich dort am reichlichsten zerlegt, wo der Gewebszerfall stattfindet und wo es der Einwirkung des durch diesen Zerfall freigewordenen Alkali in statu nascendi ausgesetzt ist. Die salpetrige Säure, welche in dieser Weise freigeworden, gelangt in statu nascendi zur Wirkung, und wird daher auch einen grösseren Effect äussern.

V. Duclaux, Etude d'un microbe rencontré sur un malade atteint de clou de Biskra. Bulletin de l'Acad. d. Méd. 1884 No. 24. Ref. Dr. Gaffky.

In der am 10. Juni cr. abgehaltenen Sitzung der französischen Akademie der Medicin verlas Prof. Fournier vom Hospital Saint-Louis unter dem oben angegebenen Titel eine Arbeit des Professor Duclaux, welche von der Akademie für bedeutend genug erachtet wurde, um ausnahmsweise in extenso im Bulletin de l'Acad. de m. veröffentlicht zu werden.

Es handelte sich um einen Kranken, welcher in Tunis den sogenannten „clou de Biskra“ oder „bouton de Biskra“ sich zugezogen hatte, eine den französischen Militärärzten aus Algier wohlbekannte Affection, bestehend in einer Art von Blutgeschwür, welches zu seiner Heilung meist Monate, ja selbst ein bis zwei Jahre erfordert. — Bei jenem Kranken will nun D. sowohl in Blutströpfchen, welche in der Nähe des Geschwürs durch einen Einstich entleert wurden, als auch im Blute des allgemeinen Kreislaufs bei häufig wiederholten Untersuchungen stets eine Form von Mikrokokken gefunden haben, deren Züchtung in neutraler Kalbfleischbouillon leicht gelang. — Was die Bedeutung dieser Organismen für den „clou de Biskra“ betrifft, so ist D. zwar offenbar der Ansicht, dass sie die Ursache der Krankheit seien, er will aber diese Frage erst dann definitiv entscheiden, wenn mehrere Fälle sich ihm zur Untersuchung geboten haben werden. —

Dasjenige nun, was an D.'s Mittheilung von allgemeinerem Interesse ist, und was D. selbst für das Wichtigste erklärt, sind die Beobachtungen, welche er bei seinen mit den Culturen angestellten Thierversuchen gemacht hat. — Eine frisch angesetzte einen bis drei Tage alte Cultur jener Mikrokokken brachte, wenn sie Kaninchen subcutan

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

injicirt wurde, sehr ausgedehnte Gangrän der Haut hervor. In den Blutkreislauf gebracht tödtete dieselbe Cultur Kaninchen stets innerhalb 16 Stunden (Lungenblutungen, Pericarditis und Pleuritis. Im Blut und Urin Mikrokokken).

Nach zehntägigem Stehen hatte dieselbe Cultur bei der subcutanen Injection nur noch eine wenig ausgedehnte Gangrän im Gefolge. Nach der intravenösen Injection entstanden Abscesse der Leber und der Nieren; leichte oder überhaupt keine Pericarditis und Pleuritis. Im Blute fanden sich in diesen Fällen keine Mikrokokken, wohl aber im Urin. Tod der Versuchsthiere nach 4—6 Tagen. —

Nach 25 bis 30tägigem Stehen erzeugte die Cultur bei subcutaner Application nur noch einen kleinen Abscess, während in Folge der intravenösen Injection und zwar erst nach Ablauf von mehreren Tagen bis zu Wochen die Thiere an den hinteren Extremitäten gelähmt wurden und dann bald an Meningitis und Wirbelabscessen zu Grunde gingen.

Nach Ablauf von zwei Monaten konnte die Cultur sowohl subcutan, wie intravenös Kaninchen injicirt werden, ohne dass dieselben darauf im geringsten reagirt hätten.

Wurde aber von dieser ganz abgeschwächten Cultur in frische Bouillon ausgesät, so zeigte die neue Cultur in den ersten Tagen dieselbe enorme Virulenz, wie eine frisch von dem Patienten gewonnene. Auch liess sich an der neuen Cultur wieder dieselbe allmähliche Abschwächung und dieselbe Aenderung der pathogenen Eigenschaften beobachten, wie sie oben beschrieben sind.

Ob die vorausgeschickte Injection einer ganz abgeschwächten Cultur die Kaninchen gegen eine virulente Cultur immun macht, über diese Frage stellt D. zur Zeit noch weitere Versuche an.

Nach Verlesung der im Vorstehenden kurz skizzirten Arbeit kam es zu einer Discussion, in welcher Prof. Fournier auf Befragen erklärte, dass die mitgetheilten Resultate durch eine sehr grosse Zahl von Experimenten an einer ganzen Reihe von Kaninchen controlirt seien.

Es leuchtet ein, dass, wenn jeder Irrthum bei den Versuchen D.'s ausgeschlossen wäre, unsere Kenntnisse der pathogenen Mikroorganismen um sehr interessante Thatsachen bereichert wären. Von den Milzbrandbacillen wissen wir allerdings, dass sie durch gewisse künstliche Mittel, so namentlich durch eine auf 41° C. erhöhte Temperatur allmählich mehr und mehr und schliesslich vollständig ihrer pathogenen Eigenschaften beraubt werden können. Ueberträgt man indess derartig abgeschwächte Culturen in frische Nährsubstrate, so vermehren sich die Bacillen wohl, ihre pathogenen Eigenschaften aber erfahren durch diese Verpflanzung auf den neuen Nährboden keine Steigerung. Es ist bekannt, dass Pasteur eine Rückkehr der pathogenen Eigenschaften an den abgeschwächten Milzbrandbacillen beobachtet haben will, wenn er sie auf ein eintägiges, von diesem auf ein zweitägiges Meerschweinchen u. s. f. verimpfte, doch selbst diese Versuche bedürfen noch weiterer Bestätigung, da sie anderen Untersuchern nicht gelungen sind. — Jene Rückkehr zur vollen Virulenz, wie sie D. an seinen Mikrokokken durch einfache Uebertragung in frische Nährlösung beobachtet haben will, würde also unzweifelhaft allein schon von grösstem Interesse sein. Dazu kommt noch die Verschiedenheit der bei den Kaninchen erzeugten Krankheitsprocesse je nach dem Alter der benutzten Cultur.

Die Entscheidung über den Werth der Versuche D.'s hängt nun aber selbstverständlich von der Frage ab, ob seine Culturen wirklich Reinculturen eines pathogenen Mikrokokkus waren.

Ist das nicht der Fall gewesen, enthielt schon die erste Cultur verschiedene Organismen, so lassen die Versuche offenbar noch eine andere Erklärung zu, als diejenige ihres Autors. Dass aber diese Fehlerquelle, welche übrigens in der Discussion der Akademie gar nicht berührt wurde, mit Sicherheit gar nicht zu vermeiden ist, wenn man mit flüssigen Nährsubstraten arbeitet, ist bekannt. — Wir müssen daher die Mittheilungen D.'s vorläufig mit grosser Reserve aufnehmen. Es ist in der That zu verwundern, wie man in Frankreich sich immer noch der Erkenntniss verschliesst, dass aus unreinem Aussaatmaterial zuverlässige Reinculturen nur mit Hülfe der Koch'schen festen Nährmedien zu erzielen sind. — D. stellt weitere Untersuchungen über seine interessanten Mikrokokken in Aussicht. Vielleicht erfahren wir dann später auch Ausführlicheres über das Verhalten der injicirten Mikrokokken im Thierkörper, sowie bezüglich der Identität der im Thierkörper gefundenen mit den injicirten Mikrokokken.

VI. Gottfried Hoffmann: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Ameisensäure. Inaug.-Diss. Greifswald 1884. 44 S. Aus dem pharmakologischen Institut des Professor Dr. Hugo Schulz an der Universität Greifswald. Ref. P. Hesse.

Verf. schildert zuerst das Verhalten der Ameisensäure gegenüber den Vorgängen der Fäulniss und Gährung. Aus der grossen Reihe seiner Versuche ergibt sich in dieser Hinsicht Folgendes:

Frisches Blut, das mit Ameisensäure bis zu einem Gehalt von 1% herab versetzt war, zeigte innerhalb einer Beobachtungsdauer von über 6 Monaten keine Fäulniss. Ein Gehalt von 0,5% Ameisensäure conservirte das Blut über einen Monat hinaus, sogar bei einem Gehalt von nur 0,25% Säure blieb das Blut 14 Tage lang unverändert, während eine zur selben Zeit wie diese Versuche und unter denselben äusseren Bedingungen hingestellte Blutprobe bereits nach Ablauf von 3 Tagen völlig verfault war. Ameisensaures Natron, zu 1% dem Blut zugesetzt, leistete Nichts.

Ferner ergab sich, dass die, von Buchholtz angegebene Bakteriennährflüssigkeit noch bei einem Gehalte von 0,25% Ameisensäure über ein halbes Jahr lang völlig klar blieb. Bei einem Gehalt von 0,05% trat nach 14 Tagen Trübung ein, während eine von Säuren freie Probe bereits nach 2 Tagen deutlich getrübt erschien. Das ameisensaure Natron, in einer Menge von 1% zugesetzt, liess das Auftreten von Trübung in der Flüssigkeit ebenso wenig zu Stande kommen, wie bei der ohne jeden Zusatz gelassenen Controlprobe.

Kleine, in destillirtem Wasser befindliche Stücke von frischem Pankreas blieben über 5 Monate lang unverändert bei einem Gehalt der Flüssigkeit von 0,5% Ameisensäure. 0,25% Ameisensäuregehalt hielt die Stückchen über 2½ Monate lang unverändert. Ameisensaures Natron leistete auch in einer Menge von 5% zugesetzt, Nichts.

Künstlich eingeleitete Fäulniss wurde ebenso stark von der Ameisensäure beeinflusst. Es wurden kleine Partikel faulen Fibrins auf sterilisirte Gelatine, die mit wechselnden Mengen von Ameisensäure versetzt waren, ausgesäet. Während auf reiner Gelatine die Fäulniss rasche Fortschritte machte, wurde bei einem Ameisensäuregehalt des Nährbodens bis herab zu 0,25% das Weitergehen der Fäulniss vollständig hintangehalten. Ameisensaures Natron hielt dieselbe, auch bei einer Menge von 2,5% nur wenige Tage auf.

Ein gleich intensives Einwirken wie auf die Fäulniss zeigte die Ameisensäure noch auf das Wachsthum von auf dickem Brotbrei ausgesäetem Schimmel. Während eine ohne Säurezusatz gelassene Probe das Schimmelwachsthum in keiner Weise beeinflusste, genügte ein Zusatz der Säure bis zu 0,25% herab, um die weitere Entwickelung des Schimmels völlig unmöglich zu machen. Essigsäure war, in einer Menge von 0,5% zugesetzt, nicht im Stande, das Schimmelwachsthum länger wie 12 Tage hinauszuschieben, sie wird also in dieser Hinsicht von der Ameisensäure weit übertroffen.

Die vergährende Kraft der Hefe auf Lösungen von Rohrzucker wurde gleich Null, wenn der Ameisensäuregehalt der Zuckerlösung gleich 0,05% betrug. Das entsprechende Natronsalz vermochte die Gährung auch in einer Menge von 5% nicht völlig zu unterdrücken.

Aus weiteren Versuchen, die eingeleitet wurden zur Lösung der Frage, ob die Pepsinwirkung auf Eiweiss durch Ameisensäure modificirt werde, ergab sich, dass Zusatz von 1% der Säure zu einem mit Pepsin und Salzsäure versehenem Verdauungsgemisch die Eiweissverdauung nicht beeinflusste. Ebenso wenig war die Ameisensäure im Stande, für die Salzsäure einzutreten in Versuchen, wo absichtlich die Salzsäure aus dem Verdauungsgemisch fern gehalten worden war. Das Natronsalz der Ameisensäure hemmte die Verdauung, wohl durch Neutralisation eines Theils der zugesetzten Salzsäure. Auch diese Versuche wurden stets durch gleichzeitige Controlproben ohne Zusatz von Ameisensäure oder deren Natronsalz auf ihre Richtigkeit hin geprüft.

Hinsichtlich der Einwirkung der Ameisensäure auf die Bestandtheile des Blutes ergab sich, dass sich dieselbe anderen Säuren analog verhält. d. h., dass sie in bestimmter Menge die Streifen des Methämoglobin auftreten lässt, sowie auch, dass sie ebenso wie Essigsäure im Stande ist, zur Darstellung der Häminkrystalle benutzt zu werden.

Zum Schluss der Arbeit werden dann noch Beobachtungen über die Wirkung der Ameisensäure bei niederen Thieren mitgetheilt. Paramaecien wurden noch gelähmt bei Zusatz von 0,01% der Säure zu der sie enthaltenden Heujauche, bei einem Gehalt von 0,005% trat noch deutlich eine Beschränkung in der Beweglichkeit der meisten Thiere auf.

Blutegel starben im Wasser, welches 0,05% Ameisensäure enthielt in 2 Stunden, Essigsäure blieb in gleicher Menge ohne Einfluss. Sank der Gehalt an Ameisensäure auf 0,01%, so trat der Tod erst nach 24 Stunden ein.

Ein Frosch wurde in einer 0,5% Ameisensäurelösung nach 15 Minuten gelähmt, dann trat eine zunehmende Starre der Musculatur ein, so dass nach Ablauf von 50 Minuten das Thier den Eindruck machte, als ob es gefroren wäre. 1½ Stunden nach Beginn des Versuches trat der Tod ein. Essigsäure von derselben Concentration wirkte entschieden langsamer, der Tod trat erst nach 2¼ Stunden ein. Eine spectroskopische Veränderung des Blutes war in keinem der beiden Fälle nachweisbar.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VII. Die Diphtherie. Ihre Entstehung, Verhütung und Heilung. Von Dr. med. C. G. Rothe. Leipzig, A. Abel. 1. und 2. Auflage. Ref. Silbermann-Breslau.

Von dem richtigen Gesichtspunkte ausgehend, dass die klinische Erfahrung durch die Beobachtungen der Privatpraxis wesentlich gefördert wird, hat der Verf. es unternommen, seine Erfahrungen über Diphtheritis in vorliegendem Buche niederzulegen. — Nach einem kurzen geschichtlichen Ueberblick, aus dem hervorgeht, dass zuerst Bretonneau und seine Schüler die Diphtherie von anderen Halskrankheiten scharf unterschieden, geht R. im zweiten Capitel zur Aetiologie der Krankheit über. Dass die Diphtherie in die Kategorie der acuten Infectionskrankheiten gehört, kann nach ihrem epidemischen Auftreten und ihrer bekanntlich enormen Ansteckungsfähigkeit keinen Augenblick einem Zweifel unterliegen, und es frägt sich nur, ob und durch welchen specifischen Krankheitserreger dieselbe im Organismus erzeugt wird. Nachdem Verf. die Bezeichnungen kleinster Organismen zur Gährung und Fäulniss erörtert, geht er auf die Bedeutung derselben für die Entstehung der einzelnen Krankheiten (gelbes Fieber, Septicämie, Recurrens, Milzbrand, Typhus, Cholera, Malaria, Pocken, Tuberculose, Erysipel) näher ein und hebt ganz besonders den nothwendigen Zusammenhang zwischen Krankheit und Bakterien hervor. Die letzteren sind sowohl Krankheitserreger, als auch Krankheitsproducte. Nach diesen allgemeinen Erörterungen bespricht der Verf. im 2. speciellen Theile der Aetiologie die Krankheitserreger der Diphtherie und führt den Nachweis, dass das Contagium ein specifisches und an einen stets bei der Diphtherie vorkommenden bestimmten Pilz gebunden ist. Während aber gewisse Krankheitserreger an Klima, Himmelsstrich, Bodenverhältnisse, Jahreszeit gebunden sind, hindert das Vorhandensein oder Fehlen dieser Bedingungen die Entwickelung des Diphtheritiskeimes, der äusseren Einflüssen sehr unzugänglich, gar nicht. Das Contagium haftet in erster Reihe an Wänden, Geräthschaften, Kleidungsstücken und dem Erdboden und ist vermöge seiner grösseren specifischen Schwere von geringerer Flüchtigkeit, als das Masern- und Scharlachgift. Von den folgenden vier Eingangspforten, die dem Gifte in den Organismus offen stehen,

1) directe Inoculirung in die Blutmasse durch die äussere Haut,
2) unmittelbarer Contact mit der Schleimhaut des Gaumens und des Einganges der Luftwege,
3) Einathmung mit dem Luftstrom,
4) Aufnahme in den Magen,

ist die unter No. 2 genannte zweifellos die häufigste und zwar deshalb, weil sich hier der „Rachenring“, die Verengung der weiten Mund- und Rachenhöhle, zu einem schmalen Isthmus vorfindet, der mit zähem Schleim bedeckt, kaum einem noch so kleinen Körper den Durchtritt leicht gestattet. Der Verf. giebt nun eine genaue Schilderung über die anatomischen Verbreitungswege des Giftes im Organismus und gelangt zu der Annahme, dass der örtliche Process stets das Primäre sei. In einem Nachtrage erwähnt R. die Experimente von H. Wood und Formad, die nach ihm zur Evidenz beweisen, dass ganz bestimmte Micrococcen die Träger des Diphtheriegiftes und dass die Micrococcen der Mundhöhle als Species identisch mit denen der Diphtherie sind. Demnach können bei einer katarrhalischen Angina unter dem Einflusse der Entzündungsproducte die trägen Micrococcen des Mundes zu wachsen beginnen und es entsteht eine „autochthone“ Diphtherie. Im 2. Capitel seines Buches bespricht R. die Dispositionen und zwar die individuellen, wie die accidentellen. Unter die individuellen Dispositionen rechnet er die grosse Enge des kindlichen Nasenrachenraums, die geringe Widerstandsfähigkeit des kindlichen Organismus, den scrophulösen Habitus und die häufige Neigung der Kinder zu Katarrhen der Nase und des Rachens. Als accidentelle Dispositionen hebt der Autor ungesunde Wohnräume, Ueberanstrengung, Erkältung, zu trockene Athmungsluft, momentane Schädigungen des Tonus der Nervencentren (durch Angst, Schreck, Kummer) und die acuten Exantheme, Masern und Scharlach besonders hervor. Im 3. Capitel, das der „Verhütung“ der Krankheit gewidmet ist, fordert Verfasser 1) Strenge Desinficirung A. des Krankenzimmers, B. der Effecten des Kranken (durch Carbol), 2) Strenge Trennung des Kranken von dem Verkehr mit der Aussenwelt, 3) Baldigste Fortschaffung der an Diphtherie Verstorbenen aus den Wohnungen nach den Leichenhallen, 4) Häufige Desinficirung der Cloaken und Abfallsstoffe. Der öffentlichen Gesundheitspflege würden folgende Aufgaben zufallen: 1) Die Anzeigepflicht jedes Diphtheriefalles, 2) Die Dispensation der gesunden Kinder vom Schulbesuche bei Erkrankungen in derselben Familie, 3) Amtliche Desinficirung der Krankenzimmer, 4) Zweckmässige Regulirung der Canalisation, 5) Ueberwachung der Brunnen. — Die Disposition des Alters empfiehlt Verf. durch Abhärtungen, kalte Waschungen, Bäder, grösste Reinlichkeit und durch die Vermeidung all zu trockener Inspirationsluft herabzusetzen; die unmittelbare Ansteckungsgefahr bei Erkrankungen in der Umgebung sucht R. prophylactisch zu bekämpfen durch Gurgelungen mit einer Thymollösung (1 : 1000) oder mit einer Jodcarbollösung (Acid. Carbolic. Spirit. Vini āā 10,0. Tinct. Jod. 10,0 Glycerini. Aq. destill. āā 25,0; ein Kaffeelöffel auf 1 Tasse Wasser). Innerlich giebt Verf. prophylactisch: Hydrarg. bycianat. 0,01, Aq. destill. 60,0, Tinct. Aconitini 1,0; stündlich 1 Kaffeelöffel für Kinder; für Erwachsene: Hydrarg. bycianat. 0,012. Aq. destill. 120,0, Tinct. Aconitini 2,0; stündlich 1 Esslöffel. In dem letzten Capitel des Buches, das die Therapie der Diphtherie bespricht, empfiehlt Verf. vor Allem das Cyanquecksilber in der oben für Kinder und Erwachsene angegebenen Form, da dasselbe sich ihm ausserordentlich gut bei seinen Kranken bewährt hat. Das Buch, welches eine Reihe interessanter Beobachtungen und Ansichten über die Diphtherie enthält, ist als recht lesenswerth zu empfehlen.

VIII. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 30. Juni 1884.

Vorsitzender: Herr Leyden.
Schriftführer: Herr P. Guttmann.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

Der Vorsitzende theilt mit, dass die Erben des verstorbenen Geh.-Rath Dr. Lehwess dem Verein eine Anzahl (43) werthvoller Werke zum Geschenk gemacht haben.

Vor der Tagesordnung erhielt das Wort:

1. Herr Mendelsohn. Demonstration von Tuberkelbacillen im Harn.

Die Präparate, welche ich mit gütiger Erlaubniss des Herrn Vorsitzenden heute die Ehre habe Ihnen zu demonstriren, meine Herren, stellen Tuberkelbacillen dar und sind in doppelter Hinsicht interessant. Sie stammen von einem Patienten, der vor ungefähr 14 Tagen auf die zweite medicinische Klinik kam und dort nach 2 Tagen verstarb. Derselbe hatte schon eine Zeitlang auf der chirurgischen Station der Charité gelegen, welche er wegen Blasenbeschwerden und Incontinentia urinae aufgesucht hatte; als dann die Behandlung seiner Cystitis mit Blasenausspülungen durch die Anschwellung der Prostata nicht mehr ausführbar war, wurde er auf die innere Station verlegt, zumal da sich eine Lungenaffection bei ihm herausgestellt hatte. Hier entwickelte sich gleich am ersten Tage eine Meningitis, die nach zwei Tagen den Tod zur Folge hatte. Der Urin war dem fast völlig benommenen Patienten während dieser Zeit stets unwillkürlich in geringen Mengen abgeflossen. Aufgefangen präsentirte sich derselbe als eine trübe, rothgelbe Flüssigkeit, von alkalischer Reaction, reichlichem Eiweissgehalt und einem beträchtlichen, fast rein eitrigen Sediment, das eine Anzahl kleiner, stecknadelkopfgrosser und grösserer, weisslicher Flocken und Bröckelchen enthielt, die sich unter dem Mikroskop als Gewebsfetzen darstellten. Von diesem Sediment nun stammt das erste der hier mit mässiger Vergrösserung aufgestellten Präparate. Es wurden aus demselben in der üblichen Weise Trockenpräparate angefertigt, nur dass dabei die Vorsicht gebraucht wurde, die zu untersuchende Substanz nicht zwischen zwei Deckgläschen zu zerquetschen und zu zerreiben, sondern sie wurde mit einer feinen Nadel behutsam auf einem Deckgläschen ausgebreitet. In diesen nach der Ehrlich'schen Methode gefärbten Präparaten zeigten sich, besonders in den Gewebspartikelchen reichliche Anhäufungen von Tuberkelbacillen. Das Vorkommen von Tuberkelbacillen im Urin hat schon, abgesehen von Lichtheim, der dieselben in der Leiche im Inhalte des Nierenbeckens fand, Rosenstein in einem Falle, der mit dem hier in Rede stehenden grosse Aehnlichkeit hat, mitgetheilt. Was aber den Befund hier besonders interessant macht, ist die Anordnung der Tuberkelbacillen und ihre Gruppirung untereinander, welche durch die erwähnte Vorsicht, die Präparate nicht zu zerquetschen, erhalten blieb. Koch hat in seiner neuesten Mittheilung über die Aetiologie der Tuberculose im 2. Bande der Publication des Reichsgesundheitsamtes den Typus, in welchem Reinkulturen von Tuberkelbacillen zu wachsen pflegen, genau beschrieben. Er schildert die wachsenden Reinkulturen als zierliche Figuren mit den mannigfaltigsten, schlangenartigen Windungen und Krümmungen, die oft an verschlungene Schriftzüge erinnern; die kleinsten haben die Gestalt eines S. Genau diese Formen zeigen hier im Urin die Tuberkelbacillen und ebenso in dem zweiten Präparate, welches von dem Eiter, der sich post mortem in beiden Nieren vorfand, angefertigt wurde; in letzterem in solcher Reichhaltigkeit, dass man versucht ist, zu glauben, es mit einer Reinkultur von Tuberkelbacillen zu thun zu haben. Dass die Obduction tuberculöse Meningitis, Tu-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

berculose der Lungen und besonders der Nieren, der Prostata und der Blase ergab, brauche ich wohl kaum zu erwähnen; der mikroskopische Befund in vivo hatte die Diagnose der Urogenital-Tuberculose nicht nur sicher gestellt, sondern er liess auch auf die Heftigkeit der Affection schliessen: die Nieren, welche sich bei der Autopsie als hochgradig zerstört zeigten, waren der Sitz von Vegetationen von Tuberkelbacillen im eigentlichsten Sinne des Wortes geworden. —

2. Herr Böcker. Ein Fall von gangränöser Phlegmone des Larynx.

M. H. Ich habe mir erlaubt, einen Patienten mitzubringen, welcher vor jetzt drei Wochen in meine Behandlung trat und welcher mit einem seltenen Leiden des Kehlkopfes behaftet war. Derselbe, 44 Jahre alt, litt nämlich an einer Phlegmone des Larynx und zwar einer gangränösen Phlegmone der einen aryepiglottischen Falte.

Ein Abscess war nicht mehr zu constatiren, wohl aber lagen sowohl im Innern des Kehlkopfes oberhalb des Taschenbandes der linken Seite, wie nach dem Sinus pyriformis zu grosse Fetzen gangränösen Gewebes, welche nur durch einen schmalen Strang normalen Gewebes getrennt waren. Diese Fetzen von schmutzig grauer Farbe gaben einen intensiven Gestank von sich. Dieselben entfernte ich mit der Pincette im Laufe von vier Tagen, indem ich zu wiederholten Malen grössere Partien des abgestorbenen Gewebes aus den Oeffnungen herausholte.

Des Ursprungs dieser Erscheinung kann sich der Patient nicht genau entsinnen, leitet dieselbe aber aus der Zeit von ungefähr 10 Wochen her, wo er plötzlich Halsschmerzen bekam. Dabei hatte der Patient Schlingbeschwerden und starke Schmerzen, welche sich nach dem linken Ohre erstreckten, ohne dass von aussen eine Anschwellung des Halses bemerkbar gewesen wäre. Vor Allem fiel dem Patienten auf, dass eine sehr starke Schmerzhaftigkeit des Tragus bestand, welche Berührungen desselben sehr unangenehm empfinden liess. Ausserdem stellte sich schon jetzt starke Dyspnoe ein, welche im weiteren Verlauf etwas nachliess, nachdem sich plötzlich ein ganz fötider Gestank eingestellt hatte. Während dieser Zeit bestanden starke Schlingbeschwerden, welche die Aufnahme von consistenten Speisen verhinderten und beim Genuss von Flüssigkeiten öfteres Verschlucken herbeiführten.

Für die laryngoskopische Untersuchung muss ich bemerken, dass sich bei starker Schwellung der ganzen aryepiglottischen Partie linkerseits im Innern des Kehlkopfes dicht oberhalb des Taschenbandes ein grosses Ulcus befindet, ein gleiches liegt im Sinus pyriformis. Es sind dies die Stellen, nach welchen die Phlegmone durchgebrochen ist. — Der Aryknorpel ist als solcher deutlich sichtbar.

Das Gewebe, welches aus diesen beiden Oeffnungen entfernt wurde, beträgt etwa so viel wie ein Daumenglied.

Ein Allgemeinleiden des Patienten liegt nicht vor; der Urin ist eiweiss- und zuckerfrei.

Schon die Abscesse des Kehlkopfes sind sehr seltene Vorkommnisse. Eine gangränöse Phlegmone aber habe ich in der Literatur, soweit mir dieselbe zugänglich war, bis jetzt nicht aufgefunden, und ist dies für mich ebenfalls der erste derartige Fall, welcher zu meiner Beobachtung gekommen ist.

3. Herr A. Baginsky: Ueber atypische Epithelwucherung im kindlichen Darmkanal.

M. H. Im Begriff, meine Studien über die Erkrankungen des kindlichen Darmkanals zu veröffentlichen, möchte ich Ihnen Mittheilung machen über einen Befund, welcher bis jetzt in den mir zu Gebote stehenden Lehrbüchern und in sonstigen Veröffentlichungen verhältnissmässig wenig, in einzelnen gar keine Berücksichtigung gefunden hat. Es handelt sich um einen Befund an der Oberfläche des Darmkanales, welcher indessen sehr bald nicht mehr an der Oberfläche weilt, sondern Neigung hat, von der Mucosa aus nach der Submucosa einzudringen und Veränderungen darzustellen, welche ziemlich deletärer Natur zu sein scheinen. Ich glaube am besten zu thun, wenn ich Ihnen einen von diesen Fällen, wie er mir zu Gesichte gekommen ist, schildere:

Es handelte sich in einem dieser Fälle um ein Kind von 7 Monaten, welches im Zustande ziemlich erheblicher Abmagerung zu mir gebracht wurde. Es hatte schon eine Zeit lang an Diarrhoe gelitten; dieselbe war derartig, dass reichlich grünliche, zusammenhängende Stühle abgegangen waren. Hie und da trat auch wohl Erbrechen ein. Wir hatten es zu thun mit einem Zustande dyspeptischen Katarrhs, wie er ja, namentlich in den Sommermonaten, gäng und gäbe ist. Unter geeigneter Behandlung schien die Diarrhoe nachzulassen, kam indessen von Zeit zu Zeit wieder; namentlich waren es schleimige Massen, welche abgingen. Im Verlaufe nahm das Kind an Gewicht erheblich ab, es trat Soor im Munde auf, später eine intercurrente Erkrankung an Morbillen; dabei nahm die Diarrhoe zu, und das Kind erlag nach einiger Zeit unter den Erscheinungen der Erschöpfung.

Bei der Section fand sich ein kleines Herz, die Lungen ziemlich frei, die Bronchialdrüsen wenig geschwollen, der Magen in dem Zustande eines chronischen Katarrhs: die Schleimhaut und die Muskelhaut etwas verdickt. Besonders auffällig war der Befund im Dickdarm. Ich fand die Schwellung der Schleimhaut und der ganzen Dickdarmwand so kolossal, dass der Dickdarm an der Oberfläche den Eindruck machte, als wenn sich Massen von groben Körnern an der Oberfläche befänden, die ihm das Aussehen eines ziemlich groben Reibeisens gaben. Irgend welche ulcerativen Processe fanden sich nicht.

Der mikroskopische Befund war höchst wichtig und interessant, und dies ist besonders der Grund, weshalb ich mir erlaubt habe, Ihnen davon hier Mittheilung zu machen.

Wenn man die Mucosa und Submucosa bei gewöhnlichem Darmkatarrh ansieht, so ist der Befund derart, dass dieselben mit zahlreichen Rundzellen durchsetzt sind. Dieselben haben die Neigung, zwischen den Lieberkühn'schen Drüsen durchzuwandern, nicht selten so, dass eine grosse Reihe der letzteren zu Grunde geht. Auf diesen Befund hat man schon häufig geachtet, aber lange nicht in dem Maasse, wie es wohl wünschenswerth wäre. Weiterhin sieht man beim chronischen Katarrh Zellanhäufungen in den Follikeln, sowohl den einzeln liegenden, wie in den Peyer'schen agminirten. Dem ganzen Aussehen des Darmes entsprechend, war ich vorzugsweise auf einen folliculären Process gefasst; statt dessen, oder gleichzeitig mit diesem zeigte sich eine ganz erhebliche und wesentliche Veränderung der Lieberkühn'schen Drüsen. Dieselben fingen schon im oberen Dünndarm und weiter herunter desto mehr an, sonderbare Formen anzunehmen; es traten sonderbare trichterförmige Erweiterungen, sodann seitliche Ausbuchtungen und Verzweigungen auf, so dass auf den Schnitten statt der fast regulär senkrecht und parallel in Reihe stehenden Schläuche wellenförmige, geschlängelte Figuren sich zeigten. Das Epithel der so veränderten Schläuche ist vielfach gut erhalten, länglich ovale Zellen mit deutlichem Kern, an anderen Stellen hat derselbe glashelle durchsichtige Beschaffenheit angenommen, die Epithelien sind alveolär entartet, vielfach in glasige durchsichtige Massen zusammengeflossen. — Je weiter nach dem Dickdarm, desto mehr stellt sich alsbald heraus, dass es sich nicht mehr um eine Erkrankung der Drüsen an der Oberfläche handele, sondern die Drüsen durchbrechen mit grossen, verzweigten Wucherungen die Grenze zwischen Submucosa und Mucosa, dringen in erstere ein, daselbst vielfach verzweigte schlauchförmige Gebilde darstellend, wie sie solche an den vorgelegten Präparaten und den angefertigten naturgetreuen Zeichnungen vorkommen. An vielen Stellen sind die Schlauchformen in der Mitte der Wucherungen in der Submucosa völlig verloren gegangen, die zelligen Gebilde erscheinen eingeschmolzen, und nur noch wenige, mit glashell durchsichtigem Epithel ausgekleidete Schläuche sind erhalten. —

Unter solchen Verhältnissen sind die pathologischen Erscheinungen, welche hier auftraten, wohl verständlich. Augenscheinlich muss unter solchen Verhältnissen die Assimilation im Darmtract völlig darnieder gelegen haben.

Ich habe mich nun selbstverständlich in der Literatur nach ähnlichen Mittheilungen umgesehen und erwähne zunächst, dass wir eine grosse Arbeit von Friedländer besitzen, in welcher er die atypischen Wucherungen behandelt.

Friedländer war es vorzugsweise um die Erörterung des Zusammenhanges atypischer Epithelwucherungen mit Entwickelung des Carcinoms zu thun.

Eine zweite Mittheilung finde ich im 87. Bande von Virchow's Archiv von Eugen Fraenkel. Derselbe berichtet über einen Fall, wo er im Darmkanal eines vierjährigen Knaben cystoide Gebilde im Colon gefunden hat. Er schildert dieselben als mit colloiden Massen gefüllte Körner, die sich über das Niveau der Schleimhaut erheben und nimmt an, dass dieselben epithelialer Natur seien und aus dem Zusammenschmelzen adenoider Massen entstanden sind. Er verweist übrigens dort auf Orth, welcher die Gebilde bei der chronischen Ruhr erwähnt und dieselben durch Anschwellung des intertubulösen Gewebes besonders nahe der Oberfläche entstehen lässt. Verengung der Mündung der Drüsentubuli und Retention des Secrets soll alsdann zu blasenartigen Ausbuchtungen der Drüsenherde führen. — Des Weiteren schildert Fraenkel Veränderungen der Drüsenschläuche ähnlich, wie sie an den vorliegenden Präparaten zur Anschauung kommen, und verweist ferner noch auf einen von Luschka beschriebenen ähnlichen Befund. In dem erwähnten Falle aber handelt es sich nicht um Abschliessung der Drüsen und Cystenbildung ex retentione, sondern vorzugsweise um thatsächlich auf dem Boden des chronischen Katarrhs

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entstandene Wucherungen, die in die Tiefe des Gewebes hineingehen.

In den eigentlichen Lehrbüchern habe ich wenig über diesen Gegenstand gefunden. Ziegler z. B. hat nur eine ganz kurze Notiz: „Die Drüsen verfallen nicht selten der Veränderung, indem das Epithel abgestossen wird . . . . Andere Drüsen erleiden durch Verlegung ihres Ausführungsganges und durch Secretansammlung eine cystische Entartung. Mitunter kommt es auch zu Neubildung von Drüsen, und es bilden sich in den cystisch entarteten Drüsen papillöse, mit Epithel bedeckte Erhebungen. Da die hierdurch entstehenden Schleimhautwucherungen mitunter zu knotigen Bildungen heranwachsen, welche in einem bindegewebigen Stroma drüsige Gebilde enthalten, so hat man dieselben vielfach fälschlich Adenome genannt. Richtiger ist es, dieselben, sofern sie wesentlich durch entzündliche Bindegewebswucherung entstehen, als entzündliche Schleimhaut Papillome oder „Warzen zu bezeichnen. Hat eine Drüsenneubildung Statt gefunden, so kann man sie den glandulären Hyperplasien zuzählen". — Ebenso findet sich in dem grossen Handbuch der Kinderkrankheiten von Gerhardt in der Bearbeitung der Darmkrankheiten durch Wiederhofer keine Andeutung über diese Processe.

Und doch glaube ich annehmen zu dürfen, dass dieselben nicht bedeutungslos sind, denn weitere Untersuchungen haben mir gezeigt, dass schon bei verhältnissmässig nicht so schweren Formen der Katarrhe die Anfänge dieser Bildungen zu constatiren sind. Man wird demnach beim chronischen Katarrh der Darmwand nicht mehr allein Rücksicht zu nehmen haben auf das Verhalten der Plaques und der Follikel, sondern es wird auch darauf zu sehen sein, welche Veränderungen die Lieberkühn'schen Drüsen zeigen. Wir wissen über die Function dieser Drüsen allerdings nichts Genaues. Dass sie aber nicht blos Schleimdrüsen sind, möchte ich a priori behaupten, da nicht anzunehmen ist, dass Drüsen, die in solcher Anzahl die ganze Darmwand, in regelmässiger Stellung dicht an einander, gleichsam austapeziren, nur der Schleimbildung vorstehen; dass ihnen eine gewisse, und nicht geringe Bedeutung für die Verdauung zukommt, glaube ich überdies aus dem mir gelungenen Nachweis des Labfermentes in der Darmwand annehmen zu können. — Ich halte also die beschriebene Veränderung für den Verlauf der chronischen Darmkatarrhe durchaus nicht für bedeutungslos. —

Herr Leyden fragt den Vortragenden, ob die Wucherungen direct in Verbindung mit den Lieberkühn'schen Drüsen standen?

Herr Baginsky: Sie stehen direct in Verbindung mit den Drüsen, wie aus meinen Präparaten hervorgeht.

Herr Leyden fragt, in welchem zeitlichen Zusammenhange der Process mit dem chronischen Katarrh stehe, und ob der Vortragende im Stande ist, eine Parallele zu ziehen mit den Epithelwucherungen bei chronischer Nephritis.

Herr Baginsky beantwortet die erste Frage dahin, dass er den Beginn des Erkrankungsprocesses schon im Anfange der Erkrankung gesehen hat. Ueber den letzten Gegenstand hat er keine genauen Untersuchungen angestellt.

4. Herr Altmann. Ueber Adonis vernalis.

Meine Herren: Ich hatte seit Juni vorigen Jahres Gelegenheit, bei einer grösseren Zahl von Herz- und Nierenkranken zwei neuere Mittel zu prüfen, von denen das eine, die Adonis vernalis, in Deutschland nur wenig bekannt oder vielmehr fast vergessen, das andere aber, das Coffëin auch erst seit circa einem Jahre genauer in seiner Wirkung auf Herz und Nieren untersucht worden ist. Bei dem allgemeinen Wunsche, Ersatzmittel für die Digitalis zu finden, schien es mir nicht unwichtig, Ihnen eine kurze Mittheilung zu machen. Ueber das Coffëin brauche ich nicht viel zu sagen, Sie kennen ja die Arbeit von Riegel, die er auf dem letzten Congress für innere Medicin veröffentlichte. In allerneuester Zeit ist noch eine zweite Arbeit von Carl Becher, „das Coffëin als Herztonicum und Diureticum" in No. 21 der Wiener medicinischen Blätter (1884), erschienen, über die ich einige Worte sagen will. Becher prüfte auf Veranlassung von Professor Nothnagel seit Sommer vorigen Jahres, — Riegel's Arbeit kannte er damals noch nicht, sie entstand gleichzeitig —, die Coffëinwirkung bei einer grösseren Zahl von Kranken; zur Anwendung gelangten Coffëin. citric., Coffëin. hydrobromic. und Coffëin. purum; die Grösse der Einzeldose bei Coffëin. citric. war 0,20—0,50, die der Tagesdosis 0,60—2,00, in einigen Fällen stieg er bis zu 2,50 pro die; bei Coffëin. hydrobromic. gab er dieselben Dosen, bei Coffëin. pur. entsprechend kleinere und zwar, 0,15—0,25 pro dosi und 0,40—0,75 pro die. Er wandte das Coffëin an bei Herzfehlern mit mehr oder weniger bedeutenden Compensationsstörungen, bei Pleuritis exsudativa, einem Falle von Pericarditis exsudativa und bei Nephritis. Seine Resultate fallen ganz mit denen Riegel's zusammen; es wirkte das Coffëin wie die Digitalis, die Herzcontractionen wurden kräftiger, der arterielle Druck stieg; auf die Pulsfrequenz hatte es nicht den mächtigen Einfluss, wie die Digitalis; eine Vermehrung der Diurese konnte er entsprechend constatiren, die Harnmenge nahm meist sehr rasch zu, stieg auf das Eineinhalb bis Dreifache des physiologischen Tagesquantums. In einigen sehr schweren Fällen (6) verglich er unter allen Cautelen die Wirkung der Digitalis, der Adonis vernalis mit der des Coffëins, der Erfolg war negativ, die Diurese stieg nicht, ebensowenig besserte sich wesentlich das subjective Befinden der Kranken; er schloss daraus, dass Digitalis und Adonis vernalis in sehr schweren Fällen von gestörter Compensation vor den Coffëinpräparaten nichts voraus haben, umgekehrt sah er von Coffëin noch Wirkung wo Digitalis mit negativem Erfolge verabreicht war; er fand ferner wiederholt, (während Riegel keine erhebliche Nachwirkung constatiren konnte), noch eine über zwei Tage anhaltende Vermehrung der Diurese nach bereits sistirter Coffëinverabreichung. Bezüglich der rein diuretischen Wirkung verdient nach Becher das Coffëin keinen Vorzug vor den bereits bekannten Diureticis; seine Coffëinpräparate wurden meist gut vertragen, nur einzelne Patienten klagten über Appetitlosigkeit, es kam auch zu Nausea und Erbrechen; nach Coffëin. citric. und purum fand sich öfters Schlaflosigkeit, nicht nach Coffëin. hydrobromic. Intoxications-Erscheinungen leichter Art traten einmal auf nach einer Tagesdosis von 2,0 Coffëin. citric.; sie bestanden in Eingenommensein des Kopfes, heftigem Schwindelgefühl und Erbrechen; auch Becher stellt, wie Riegel, das Coffëin der Digitalis ebenbürtig zur Seite, in einzelnen Fällen giebt er ihm sogar den Vorzug. — Ich war in der Lage, diese Beobachtungen grösstentheils bestätigen zu können, was ich hier bald bemerken will, ich komme später bei den Krankengeschichten noch auf das Coffëin zurück.

Die Adonis vernalis, eine auch bei uns einheimische Pflanze, welche im südlichen Europa wild wächst, gehört zu den Ranunculaceen, wie Sie wissen; sie wurde früher ihrer drastischen Wirkung wegen oft angewandt und galt, was höchst interessant ist, auch als Mittel gegen Herzkrankheiten; man wandte früher die Radix, nicht wie jetzt die folia an, trotz dessen wurde sie in Deutschland bald vergessen und zu den obsoleten Mitteln gezählt. Das Verdienst, sie wieder entdeckt und dem Arzneischatz einverleibt zu haben, gebührt Bubnow in Petersburg.[1]) Von Professor Botkin veranlasst, erforschte er die Wirkung der Adonis auf's Herz und machte darüber in der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift zwei vorläufige, aber schon sehr wichtige Mittheilungen im Jahre 1879, denen eine grössere Arbeit als Dissertation im darauffolgenden Jahre folgte. Bubnow experimentirte an Kalt-, an Warmblütern und am Krankenbett; er fand, dass die Adonis zur Gruppe der sogenannten Herzgifte gehörte und der Digitalis am nächsten stand; die Untersuchungen am Krankenbett ergaben: eine Steigerung der Herzenergie und Regulirung der Herzthätigkeit, die Harnmenge nahm zu, der Hydrops schwand, es blieb der Effect da aus, wo das Herz bereits insufficient war, contraindicirt schien sie in Fällen, wo das hypertrophische Herz schon verstärkt arbeitete, eine cumulative Wirkung war nicht vorhanden, obwohl die Adonis oft monatelang gebraucht wurde, ferner machte die Adonis stärkere Einwirkungen auf den Darm wie die Digitalis. Bubnow bezog diese Wirkung auf stärkere Vaguserregung, denn er fand keine entsprechende Veränderungen auf der Darmschleimhaut bei den Thier- und Menschensectionen; am Krankenbett reichte er die Adonis als Infus, 4,0—8,0 auf 180,0, zweistündlich. Die chemischen Untersuchungen der Pflanze machte Günther; es gelang ihm nicht, den wirksamen Bestandtheil zu isoliren und so führten die chemischen Untersuchungen eigentlich zu keinem Resultat. Glücklicher darin war Vincenzo Cervello, der im Laboratorium zu Strassburg die Adonis untersuchte. Die Arbeit über die Resultate erschien in italienischer Sprache 1881,[2]) in deutscher Sprache im 15. Bande des Archivs für experimentelle Pathologie 1882 unter dem Titel: „Ueber den wirksamen Bestandtheil der Adonis vernalis". Cervello experimentirte an Fröschen, Kaninchen und Hunden; es gelang ihm, den wirksamen Bestandtheil zu finden; es war dies ein einziger Körper, den er Adonidin nannte und der zu den Glycosiden gehört; es ist das Adonidin stickstofffrei, farblos, geruchlos, amorph, äusserst bitter, es löst sich in Weingeist, nur in kleiner Menge in Aether und Wasser, in der Pflanze kommt es in verhältnissmässig geringer Quantität vor. Cervello controlirte das Adonidin in seinem Einfluss auf Herzthätigkeit, Blutdruck und musculäre Leistungsfähigkeit und fand, dass das Adonidin erheblich die Herzenergie und den arteriellen Druck steigerte, bei längerer Anwendung die Erregbarkeit der quergestreiften Muskeln aufhob, es wirkte das Adonidin ganz wie das Digitalin, jedoch noch energischer. Cervello glaubt, so schliesst er seine Abhandlung, dass das neue Glucosid oder die ganze Pflanze eine ausgedehnte und nützliche Anwendung finden dürfte

[1]) Siehe das ausführliche Referat über N. Bubnow's Arbeit von Dr. Kobert-Strassburg. Diese W. 1881, S. 599. Die Red.

[2]) Siehe das ausführliche Referat über die italienische Arbeit Cervello's von Dr. Kobert-Strassburg, ibid. 1881, S. 698. Die Red.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

überall da, wo Digitalis indicirt ist, zumal die Adonis keine cumulative Eigenschaft besitzt und deshalb schon vor der Digitalis einen grossen Vorzug besitzt; es bestätigt, wie Sie sehen, Cervello somit die Untersuchungen Bubnow's. Der Vollständigkeit wegen will ich noch anführen, dass eine dritte, kleine, rein pharmaceutische Arbeit von Provisor Linderos, publicirt im 182. Bande der Liebig'schen Annalen der Chemie 1876, ausgeführt im Laboratorium und unter Leitung des Professor Markownikoff in Moskau unter dem Titel: „Ueber einige Bestandtheile der Adonis vernalis" existirt. Linderos fand einen krystallinischen Körper, der Aconitsäure war und sich in der Pflanze als Calcium- und Kaliumsalz befindet. Soweit die Litteratur der Adonis. —

Ich hatte nun Gelegenheit, die Adonis bei einer grösseren Zahl von Kranken mit Herzklappenfehlern bei gestörter Compensation; ferner bei Fettherz; bei Myocarditis; bei parenchymatöser Nephritis mit stark verminderter Diurese anzuwenden und erlaube mir, zwei charakteristische Fälle, die recht interessant, hier anzuführen.

Der erste Fall betraf einen 54jährigen Collegen mit starker Stenose der Aorta, den ich die Ehre hatte, mit unserem Herrn Vorsitzenden zu behandeln. Es bestanden hochgradige Compensationsstörungen, erhebliche Dyspnöe, die sich bei geringen Gehversuchen schnell steigerte, Oedeme der unteren und der oberen Extremitäten, mässiger Ascites, wiederholt bedeutender Hydrops pericardii, die Herzdämpfung überragte dann den rechten Sternalrand um ca. 3 Finger, dabei waren oft heftige Herzpalpitationen vorhanden; die Harnsecretion war tief gesunken, zeitweise auf $^3/_4$ Liter in 24 Stunden, der Harn enthielt Eiweiss in mässiger Menge; Untersuchungen auf Cylinder, die in der ersten Zeit gemacht wurden, fielen negativ aus; die Farbe war braun, klar. Bei meinem ersten Besuche war ich Zeuge eines schweren epileptischen Anfalls, der sich im Laufe der Erkrankung noch dreimal, aber schwächer wiederholte; es ist dies derselbe Fall, über den Herr Geh.-R. Leyden bei Demonstration des Herzens hier gesprochen hat. Ich reichte dem Kranken Digitalis, die nach $1^1/_2$ bis 2 Tagen Wirkung zeigte, es steigerte sich die Herzenergie, eine erhebliche Abnahme der Pulsfrequenz war nicht nachzuweisen, es hob sich der Puls, verminderte sich die Dyspnöe, es steigerte sich die Diurese; jedoch vertrug der Kranke nur 2 Gramm der Digitalis im Infus gut, während des Gebrauches des 3. Gramms traten erst leichtere, dann stärkere Intoxicationserscheinungen ein, sodass ich froh war, wenn die Digitaliswirkung nicht lange anhielt. Bei dem trostlosen Zustande des Kranken sahen wir uns nun nach Ersatzmitteln um; da erinnerte uns der Kranke, der einige zwanzig Jahre in Petersburg practicirt hatte und von durchreisenden Petersburger Collegen wiederholt auf die Adonis aufmerksam gemacht worden war, an die Bubnow'schen Untersuchungen.

Auf Veranlassung des Herrn Leyden liessen wir die Adonis aus der Petersburger Universitätsapotheke kommen. Zur genaueren Controle gaben wir das Mittel zuerst in kleinerer Dosis, theils als Infus, theils als Decoct 4,0 auf 180,0, zweistündlich.

Schon nach 24stündigem Gebrauche stieg die Harnmenge von $1^1/_4$ Liter auf $2^1/_4$ Liter, auf welcher Höhe sie blieb, um nach dem Aussetzen bald auf $1^1/_2$ und schliesslich auf 1 Liter zu fallen; da während des Gebrauches ein dumpfer Schmerz in der Nierengegend und allgemeine Muskelschwäche eingetreten war, so gaben wir bei der 2. Periode des Gebrauches die Adonis statt 2stündlich, nur 4 mal täglich und liessen bei dem elftägigem Gebrauche zweimal einen arzneifreien Tag eintreten; hierbei blieb jeder diuretische Erfolg aus, die Dosis war zu klein; nun stiegen wir bei der nächsten Versuchsreihe auf 6,0 auf 180,0, 4 mal täglich einen Esslöffel, da trat bald prompter Erfolg ein, es stieg die 24stündige Harnmenge schnell von $1^1/_6$ Liter auf $2^1/_4$ Liter, blieb auf dieser Höhe und ging langsam nach dem Aussetzen des Mittels herunter, so dass noch längere Zeit $1^2/_3$ Liter entleert wurden. Zugleich mit Hebung der Diurese schwand der Hydrops pericardii, die Oedeme, es steigerte sich die Herzenergie, es hob sich der Puls, namentlich aber besserte sich das Allgemeinbefinden. War der Kranke in diesem relativ günstigem Zustande, Herzthätigkeit und Diurese geregelt, so führten wir entweder keine Medication durch, oder gaben bei kleinen Schwankungen Coffëin. citric. in kleinen Dosen, 0,06—0,12 pro dosi, 2 mal — 4 mal pro die und sahen selbst von diesen kleinen Dosen guten Erfolg, — Riegel's und Becher's Arbeiten waren damals noch nicht erschienen. Wir wandten nun die genannten drei Medicamente in folgendem und regelmässigem Turnus an: Zuerst gaben wir Digitalis bis zum Eintritt der cumulativen Wirkung derselben, dann kam die Adonis an die Reihe und zuletzt das Coffëin. Ich glaube, dass wir in diesem Falle noch bessere Diurese gehabt hätten, wenn wir das Infus statt 4 mal täglich, zweistündlich gegeben hätten, wie wir dies später thaten. Es ist dieser Fall vom Kranken selbst, einen sehr intelligenten und bewährten Practiker sowie von Herrn Geh.-Rath Leyden und mir sehr genau über ein Jahr hindurch beobachtet worden.

Bei dem zweiten Fall, den ich gleichfalls die Ehre hatte, mit Herrn Leyden zu behandeln, war die Wirkung der Adonis noch eclatanter.

Die Kranke, eine fettreiche, wenig resistente Dame, 32 Jahre alt, litt an einer bedeutenden Insufficienz der Mitralis und Myocarditis mit schweren Compensationsstörungen, die Herzdämpfung war mässig vergrössert, der Spitzenstoss etwas nach aussen und unten von der Papilla, schwach, an der Herzspitze lautes systolisches Blasen, 2. Pulmonalton verstärkt, grosse Arythmie des Herzens, Puls sehr verlangsamt, mitunter auf 40, ja sogar 38 Schläge herabgesunken, schlecht gespannt, oft fadenförmig, die Hautdecken icterisch gefärbt, Harnmenge minimal, zeitweise kaum $^1/_3$ Liter in 24 Stunden, Harn mässig eiweisshaltig, ab und zu stark bluthaltig, starkes Oedem der unteren, geringeres der oberen Extremitäten, mässiger Ascites, hochgradige Dyspnöe selbst bei ruhiger Rückenlage, Schlaflosigkeit, grosse Schmerzhaftigkeit in der Herzgegend, Appetitmangel; ausser der Endo- und Myocarditis bestand ein subacuter Gelenk- und Muskelrheumatismus, Erythema nodosum, Pneumonia crouposa duplex posterior. Wie Sie sehen, meine Herren, ein höchst desolater Zustand; nur anhaltende, relativ grosse Dosen von Aether per os, da derselbe subcutan nicht vertragen wurde, sowie subcutane Injectionen von Moschustinctur und Wein waren im Stande, die drohende Herzparalyse, die wir drei Wochen hindurch jeden Augenblick erwarten konnten, aufzuhalten; trotz aller Reizmittel blieb die schlechte Diurese bestehen oder ging höchstens auf $^1/_2$ Liter in 24 Stunden hinauf. Digitalis vertrug die Kranke nicht, nicht einmal Acetum digit. in kleinen Dosen; da wandten wir auch hier die Adonis an, 6,0 auf 180,0 im Decoct 2stündlich, der Erfolg war geradezu frappirend, bald hob sich die tief gesunkene Herzenergie und der Puls, die Dyspnöe minderte sich, die Harnmenge stieg schnell nach 24 Stunden von $^1/_4$ Liter auf 2 und sogar $3^1/_2$ Liter, die Oedeme schwanden, es schwand die icterische Färbung der Hautdecken, ebenso das Blut aus dem Harn und auch der mässige Eiweissgehalt desselben, auffallend besserte sich das Allgemeinbefinden, es fand sich der lang entbehrte Schlaf und Appetit. Die Kranke selbst schrieb diese Besserung der Arznei zu und nach 8tägigem Adonisgebrauch drängte sie zum Aufstehen. Die Kranke, welche über 4 Monate in andauernd elendem Zustande zu Bett gelegen, verliess nach 9tägigem Adonisgebrauch dasselbe und ging ohne Stütze umher, controlirte sogar flüchtig die Wirthschaft. Dieses Wohlbefinden hielt an, so lange Adonis gereicht wurde, gingen wir zum Coffëin über — wir gaben sowohl Coffëin. natrobenzoic., wie Coffëin. natrosalicylic. und Coffëin. hydrobromic. nach Riegel's Vorschlag — so verschlechterte sich das Allgemeinbefinden, die Herzenergie, der arterielle Druck nahm langsam ab, die sehr gemässigte Dyspnöe wurde stärker und die Diurese sank von ca. $3^1/_4$ Liter auf 1 Liter; bei diesem Falle wirkte das Coffëin nur mässig; wir gingen aber wiederholt zu demselben über, weil hier die drastischen Eigenschaften der Adonis nach längerem Gebrauche eintraten; die Kranke fühlte sich jedoch bei den stark wässrigen Entleerungen ganz wohl: bei den anderen Kranken trat die drastische Wirkung gar nicht oder wenig hervor; bei fast allen trat die geschilderte Wirkung der Adonis auf Herz und Niere ein, wenn auch die Diurese nicht immer so schnell und so hoch stieg; bei nur wenigen blieb überhaupt die Wirkung aus oder war unerheblich, wie dies bei Digitalis und Coffëin ja auch vorkommt; zwei Kranke unter ca. 50 vertrugen das Mittel überhaupt nicht, klagten über Schmerzen in der Nierengegend, die nicht in sie hineinexaminirt waren, und über Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Collegen, die ich auf die Adonis aufmerksam gemacht, bestätigten meine Beobachtungen; einige gaben noch grössere Dosen z. B. 7,0 auf 150,0, zweistündlich. Ich glaube, dass es am zweckmässigsten ist, ein Infus von 6,0—8,0 auf 150,0 Aq. destill. und 30,0 Syrup zweistündlich zu reichen und zwar mehrere Flaschen hintereinander.

Was den gleichzeitigen Gebrauch von Narcoticis betrifft, so kann ich erwähnen, dass die beiden angeführten Fälle gleichzeitig Morphium subcutan gebrauchten, das die Adoniswirkung aber nicht wesentlich beeinträchtigte, wie die gute Diurese beweist; hierüber müssen noch weitere Beobachtungen gemacht werden. Zum Beweise, dass selbst grosse Dosen Adonis ohne Nachtheil vertragen werden, diene die Mittheilung des Collegen, dass in Russland auf dem Lande die Adonis in unbegrenzter Quantität als Abkochung zum Abgewöhnen des Suffs als Volksmittel gegeben wird; es werden bei dieser thatsächlich erfolgreichen Cur dem armen Opfer grosse Massen eingegossen; ohne Zweifel muss der Kranke bei dieser Parforcekur stark abführen; ein Nachtheil an Gesundheit und Leben ist aber nie beobachtet worden. Wie Sie sich, meine Herren, noch erinnern, machte unser verehrter Herr Vorsitzender in dem höchst instructiven Vortrage über die Wirkungsweise und die Indicationen der Digitalis in der 8. Sitzung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieses Vereins am 30. Mai 1881 uns auf die Gefahren beim längeren Digitalisgebrauche, besonders auf die Starre des Herzmuskels, die dann erfolge, aufmerksam und zeigte uns, wie wünschenswerth es wäre, Ersatzmittel für Digitalis zu finden; von den empfohlenen Ersatzmitteln besprach er damals das Helleborein und die Convallaria, die früher oft bei uns angewandt wurde; beide Mittel konnte er nicht empfehlen, er sah keine Wirkung auf Herz, Dyspnoe, Diurese; dagegen forderte er uns zu Versuchen mit der Squilla auf, die nach den Röhmann'schen Untersuchungen der Digitalis sehr ähnlich ist, eine Steigerung des Blutdruckes, Verlangsamung des Pulses und ergiebige Diurese bewirkt; jedoch konnte Herr Leyden die Squilla nicht als vollständigen Ersatz für Digitalis empfehlen, da die Wirkung auf Herz und Arterien nur mässig, dagegen auf die Diurese gut ist; sie ist hiernach am Platze nach dem Gebrauche der Digitalis, sobald Herz und arterieller Druck sich gebessert, nur die Diurese noch schlecht, oder, sobald der Weitergebrauch der Digitalis gefährlich ist.

Gewiss werden Sie, meine Herren, mit mir die Squilla bald am Krankenbett geprüft, dann aber gefunden haben, dass die Anwendung sehr beschränkt ist, da die meisten Kranken Uebelkeiten, Magen- und Darmkatarrhe bekommen. In der Adonis kann ich Ihnen nun ein ungefährliches Ersatzmittel der Digitalis empfehlen, sie ist ein herzregulirendes Mittel im Sinne der Digitalis, sie vermehrt die Herzkraft, verlangsamt die Herzaction und erhöht den arteriellen Blutdruck; sie bewirkt schnell eine bedeutende Vermehrung der Diurese, ihre Indication fällt mit der der Digitalis zusammen, sie wirkt schneller wie Digitalis und hat keine cumulative Wirkung, sie wirkt oft da noch, wo Digitalis unwirksam ist. Die Adonis scheint nicht qualificirt, die Digitalis, welche in der Behandlung der Herzkrankheiten so vortreffliche Dienste leistet, zu verdrängen, jedoch ist sie, wie ich glaube, überall da am Platze, wo Digitalis nicht vertragen, unwirksam, oder gefährlich ist. — Ich bitte Sie, meine Herren, das Mittel zu prüfen; es sollte mich freuen, wenn Sie diese Beobachtungen bald bestätigen könnten.

Einen Einwand des Herrn Michaelis, dass es nicht nöthig gewesen wäre, das Präparat aus Petersburg kommen zu lassen, weil es in Berlin zu haben war, beantwortet Herr Altmann dahin, dass dies deshalb geschehen sei, um die Wirkung des Adonis so unparteiisch wie möglich zu prüfen.

Herr Michaelis: Ich hatte auch einen Fall in meiner Praxis, den ich mit Adonis behandelte, und der sich dadurch hervorthat, dass Adonis vortrefflich wirkte, als andere Diuretica nicht mehr von Erfolg waren. Es handelte sich um einen Herrn in den fünfziger Jahren mit chronischer Pneumonie, die später in Phthisis überging, der enormen Ascites und starke Oedeme der unteren Extremitäten ohne Eiweiss im Harn hatte. Ich machte die Punction und es entleerten sich 8 Liter Flüssigkeit. Darauf stieg in den nächsten Tagen die Diurese auf 5—6 Liter Urin von 1007 spec. Gewicht. Der Bauch füllte sich aber nach den öfter wiederholten Punctionen natürlich immer bald wieder an, und die Urinsecretion wurde wieder sehr gering. Als der Kranke längere Zeit Digitalis mit Scilla und Kali aceticum bekommen hatte, was zuerst die Diurese steigerte, ging die Urinmenge auf 300—500 Gramm pro die herunter und Patient bekam gleichzeitig sehr unangenehme Herzerscheinungen, Aussetzen des Pulses etc. In dieser Zeit las ich eine Notiz über Bubnoff's Arbeit und beschloss daraufhin Adonis anzuwenden. Patient hatte, wie gesagt, vorher zuletzt höchstens 500 Gramm Urin pro die gelassen, der Puls war 90 gewesen. Er bekam am 7. August 1883 früh ein Infus von 4 Gramm auf 200 und bereits am Nachmittag um 2 Uhr hatte er fast einen Liter Urin gelassen. Nach 2 Tagen hatten die Oedeme bedeutend nachgelassen, der Urin stieg auf 2 Liter und hatte ein spec. Gew. von 1023, und während der ganzen Zeit des Adonis-Gebrauches sank das spec. Gew. nicht unter 1018. Während einer vierzehntägigen Abwesenheit von Berlin setzte mein Vertreter bald darauf die Darreichung von Adonis aus. Ich traf den Patienten wieder mit geringen Oedemen, mässigem Ascites, einer Diurese von nur 300 Gramm und mit schlechtem Allgemeinbefinden. Um unparteiisch zu urtheilen, andererseits wegen des schwachen und frequenten Pulses (124 bei wenig erhöhter Temperatur), wandte ich zuerst wieder Digitalis an. Trotzdem die Pulsfrequenz hierdurch bis auf 90 herabgesetzt wurde, stieg die Diurese nicht über 450 Gramm pro die. Ich liess jetzt wieder Adonis gebrauchen, und sogleich ging die tägliche Urinmenge auf 12—1500 Gramm hinauf, während der Puls bei meist normaler Temperatur zwischen 85 und 90 blieb. Die Oedeme und der Ascites verschwanden ganz. Bis zu dem Ende October 1883 an Phthisis erfolgten Tode blieb auch Appetit und Verdauung ungestört.

Herr W. Lublinski. Bei der grossen Menge von Arzeneimitteln, welche alljährlich auf den medicinischen Markt kommen, hält es schwer selbst bei einem so grossen Krankenmaterial, wie es die hiesige Universitäts-Poliklinik des Herrn Prof. Joseph Meyer darbietet, dieselben der Reihe nach auf ihre Wirksamkeit hin zu versuchen. Da es aber von der grössten Bedeutung wäre, ein genügendes Ersatzmittel der Digitalis zu besitzen, so habe ich auf die Empfehlung von Botkin hin die Adonis vernalis in grösserem Maassstabe angewandt und zwar namentlich deshalb, weil das von Cervello aufgefundene wirksame Princip, das Adonidin in seiner Wirkung dem Digitalin sehr ähnlich ist und die anderen ähnlichen Präparate das Digitoxin und das Scillain weit übertreffen sollte. Das Adonidin ein Glycosid, enthält keinen Stickstoff, ist amorph, leicht in Alcohol, dagegen wenig in Wasser und Aether löslich. Die für den Frosch grösste Gabe wurde auf 0,15 mgr bestimmt und als besonders bemerkenswerth der Umstand betont, dass es keine accumulative Wirkung habe.

Diejenigen Krankheitsformen, bei denen ich die Adonis verordnet habe, waren vor allem hydropische Erscheinungen, wie sie in Folge von Compensationsstörungen der Herzklappenfehler, bei geschwächtem Herzen, bei chronischem Morb. Brightii aufzutreten pflegen. Allerdings habe ich nicht so viele Fälle, wie Herr Altmann behandelt, aber es waren immerhin 15 Fälle von Stenose und meist auch Insufficienz der Mitralklappe, 7 Fälle von Stenosis ost. aort., 3 Fälle von weakened heart und 10 Fälle von chronischer Brightscher Nierenerkrankung.

Was nun die Hauptwirkung dieses Mittels anbelangt und sicherlich diejenige, der es seinen grossen Ruf als Volksmittel in Russland am meisten verdankt, so ist dieselbe dahin zu präcisiren, dass die Urinmenge in jedem Fall bedeutend vermehrt wird. Ich will hier nicht auf die einzelnen Fälle nähereingehen, nur einen oder den anderen sehr prägnanten möchte ich hervorheben. So stieg in einem Falle von Stenose und Insufficienz der Mitralis bei einer 44 jährigen Frau die Harnmenge nach Gebrauch von 8 gr Adonis vernalis, in einem Infus von 4,0 ad 200,0 gereicht von $\frac{1}{2}$ auf $2\frac{1}{2}$ Liter mit günstiger Beeinflussung der vorhandenen ziemlich bedeutenden Oedeme. Bei einer anderen Frau mit gleichem Herzfehler, starker Leberschwellung, Ascites und Oedemen der unteren Extremitäten nach Gebrauch von 12 gr in derselben Weise gereicht, von ca. $\frac{1}{2}$ auf fast 3 Liter. In einem Fall von Nephritis parenchymatosa, wo allgemeines Oedem, Uebelkeit, Kopfschmerzen und nur eine sehr geringe Tagesmenge Urin vorhanden war, hob sich dieselbe nach einem Infus von 6,0 ad 200,0 auf über ein Liter und nach der dreifachen Menge Adonis auf mehr als 2 Liter unter günstiger Beeinflussung der obengenannten Symptome. Selbst bei geschwächtem Herzen konnte eine Vermehrung der täglichen Urinmenge, wenn auch nicht in solchem Maasse constatirt werden. Gleichzeitig möchte ich noch bemerken, dass mir, ebenso wie Herrn Michaelis aufgefallen war, dass das specifische Gewicht des Urins im Verhältniss zu der gesteigerten Menge immer ein hohes blieb; es betrug dasselbe 1018 bis 1022, ja zuweilen noch mehr. Dieser auffallende Umstand hat seine Begründung in der schon von Botkin hervorgehobenen Vermehrung der Urate und Chloride in demselben bei Anwendung der Adonis vernalis.

Was aber die Wirkung auf das Herz betrifft, in welcher Hinsicht vor allem gerühmt wurde, dass die einzelnen Herzcontractionen an Kraft zunehmen sollten, der Puls regelmässiger und weniger frequent werde, die Dyspnoe sich mindere, so muss ich bekennen, dass es nur in einer sehr geringen Zahl von Fällen möglich war, dieses Ziel zu erreichen. Allerdings schienen sich die subjectiven Beschwerden der Kranken nicht selten zu legen, ohne dass man objectiv ausser der vermehrten Urinsecretion irgend eine Besserung wahrnehmen konnte. Ein gleiches kann man allerdings auch bei der Digitalis öfters beobachten, wo die Kranken sich manchmal schon erleichtert fühlen, bevor für den Untersucher eine bemerkenswerthe Veränderung eingetreten ist. Immerhin war ich gezwungen zu der Digitalis in der Mehrzahl der Fälle zu recurriren, die dann auch gewöhnlich ihre Schuldigkeit that. Als einen bemerkenswerthen Fall von dem Uebergewicht der Digitalis über die Adonis erlaube ich mir folgenden anzuführen. Anfangs März dieses Jahres erschien in der Poliklinik Frau A., 42 J. alt, mit den hochgradigsten Klagen über Athemnoth, Herzklopfen und Geschwulst des Leibes und der unteren Gliedmaassen. Pat. zeigte starke Dyspnoe, war sehr cyanotisch und liess bei der Untersuchung eine Stenose und Insufficienz der Mitralklappe erkennen. Die Leber war stark vergrössert, es bestand Ascites und bedeutendes Oedem der unteren Extremitäten. Der Puls war klein, sehr beschleunigt, 98 in der Minute, unregelmässig. Der Urin war spärlich, reich an Uraten, enthielt Eiweiss. Ich verordnete ein Digitalisinfus von 1,0 ad 200,0 2stündlich 1 Essl. Unter dieser Medication besserte sich nach und nach der Zustand der Pat. ganz bedeutend. Die Oedeme und der Ascites schwanden, die Urinmenge hob sich auf ca. 2 Liter, das Eiweiss verlor sich, die Dyspnoe und Cyanose minderte sich, der Puls wurde regelmässiger, weniger beschleunigt, 72 in der Minute, voller. Ich setzte nunmehr die Digitalis aus, aber nach einigen Tagen war ich gezwungen dieselbe wieder zu verordnen, da die Beschwerden der Kranken sich wieder steigerten. Noch zu wiederholten Malen versuchte ich die Digitalis wegzulassen, aber immer wieder wurde ich genöthigt dieselbe der Pat. zu reichen. Nachdem Pat. fast 40gr Digitalisblätter verbraucht hatte und ich fürchten musste, dass dieselben bei drohenderer Gefahr einmal versagen oder doch endlich schädlich einwirken würden, gab ich der Kranken ein Infus von Adonis vernalis und zwar zuerst 4,0, dann 6,0, endlich 8,0 ad 200. Aber ein Erfolg trat nicht ein, trotzdem die Urinsecretion in gutem Fluss blieb und ich war gezwungen, wieder zur Digitalis zurückzugreifen.

Ausserdem besitzt die Adonis vernalis noch einige unangenehme Eigenschaften, welche dieselbe auszusetzen gebieten. Allerdings sind dieselben nicht sehr gefährlicher Art, da eine der unangenehmsten Nebeneigenschaften der Digitalis, die accumulative Wirkung, derselben vollkommen abgeht. Aber immerhin sind dieselben doch vorhanden und einer Beachtung werth. So klagen die Kranken vor allem über die starke Bitterkeit der Medicin, die durch kein Corrigens ganz beseitigt werden kann, ferner sehr oft über Uebelkeit, ja auch über Erbrechen und manches Mal auch über Durchfall. Ich versuchte diesem Uebelstand durch Zusatz kleiner Gaben Natr. bicarb. abzuhelfen, muss aber bekennen, dass derselbe nicht viel genützt hat.

Fasse ich nunmehr kurz mein Urtheil über die Adonis vernalis zusammen, so muss ich sagen, dass dieselbe wohl niemals im Stande sein wird, die Digitalis, ihrem ganzen Werthe nach zu ersetzen. Wirklich von Nutzen ist sie, wenn ihre diuretische Wirkung in Frage kommt; anzuwenden ist sie aber auch dann, wenn die Digitalis fehlschlägt, oder wenn wir dieselbe zu geben uns scheuen, namentlich bei sehr verringerter Pulszahl, und wenn wir dieselbe ihrer accumulativen Wirkung halber aussetzen gezwungen sind. Jedenfalls steht dieses Mittel der Digitalis sehr nahe und, wie das Experiment auch zeigt, ist seine Wirkung ähnlich der Scilla, die in gleichem Falle wir bisher zu geben gewohnt waren.

Anmerken möchte ich noch, dass die von mir gebrauchte Adonis

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

vernalis durch Vermittelung der Kronen-Apotheke von Gehe und Co. in Dresden bezogen wurde.

Auf die therapeutische Wirksamkeit des Coffein in seinen Doppelsalzen, wie sie von Riegel unlängst gerühmt wurde, will ich heute nicht näher eingehen, da die diesbezüglichen Versuche in der Poliklinik, welche mein verehrter College Grunmach publiciren wird, noch nicht abgeschlossen sind. Gegeben wird dasselbe gewöhnlich subcutan und zwar Coff. natrobenzoic. 5,0 ad Aq. dest. 10,0 $^1/_3$—$^1/_2$ Spritze, oder auch innerlich 2,0 ad 150,0. 4 Mal tägl. 1 Esslöffel. Hervorheben möchte ich nur, dass da, wo es sich um eine prompte und schnelle Wirkung auf das Herz handelt, es kein Mittel giebt, das so energisch wirkt wie das Coffein in seinen Doppelsalzen. Allerdings scheint seine Wirkung keine so nachhaltige zu sein, wie die der Digitalis, aber bei gefahrdrohenden Symptomen, hochgradiger Dyspnoe, starker Cyanose, kleinem fliegenden Pulse ist es im Stande innerhalb weniger Minuten, subcutan beigebracht, dem Kranken wirksame Hilfe zu bringen, während doch die Digitalis zur Entfaltung ihrer Wirksamkeit immerhin eine gewisse Zeit erfordert. Als Beispiel hierfür möchte ich folgenden erst unlängst in der Poliklinik von mir beobachteten Fall mittheilen. Frau Kr., 46 Jahre alt, klagt seit 3 Jahren, nachdem sie einen Gelenkrheumatismus überstanden, über grosse Mattigkeit, Herzklopfen, Athemnoth und Anschwellung der Beine. Pat. ist hochgradig dyspnoetisch, die sichtbaren Schleimhäute stark cyanotisch verfärbt, der Puls vollkommen arythmisch, R. 120, L. nicht zählbar. Das Herz ist nach allen Seiten, namentlich aber nach R. stark vergrössert. Die Herzaction ist so stürmisch, dass nur ein systolisches Blasen bei grösster Aufmerksamkeit an der Spitze wahrgenommen werden konnte. Das Abdomen ist stark geschwollen, die Leber vergrössert, der Urin sparsam, hochgestellt und ist eiweisshaltig, die unteren Extremitäten sind stark ödematös. Pat. rang nach Luft und bot ein trauriges Bild des allgemeinen Marasmus dar. Es wurde derselben $^1/_3$ Spritze der obigen Lösung subcutan beigebracht und nach etwa 10 Minuten war das Krankheitsbild ein ganz anderes. Die Dyspnoe hatte nachgelassen, der Puls war ruhiger, regelmässiger und auch L. zählbar geworden, etwa 80 in der Minute, die Herzaction war nicht mehr so stürmisch und man konnte nun an der Spitze deutlich ein lautes systolisches Geräusch und einen gespaltenen diastolischen Ton nachweisen; ebenso war der 2. Pulmonalton sehr klappernd, so dass eine Insufficienz und Stenose der Mitralis diagnosticirt werden konnte. Diese Besserung hielt auch unter Fortgebrauch des Mittels, intern gereicht, an, als Pat. einige Tage später wieder in die Poliklinik kam. — Jedenfalls fordern dieser und noch andere ebenso günstig verlaufene Fälle zur weiteren Prüfung dieses Mittels auf.

Herr Lenhartz: Auf Anordnung des Herrn Leyden sind seit mehreren Monaten auf der 2. medicinischen Klinik Versuche mit Adonis vernalis angestellt, welche im Allgemeinen recht befriedigende Resultate ergeben haben. Es wurde das Mittel anfänglich in Tagesdosen von 4,0, späterhin von 6,0 den erwachsenen Patienten gereicht und zwar zumeist als Infusum, zuletzt auch in Form der Saturation. Die Beobachtungen betreffen Patt. mit grösseren pleuritischen Exsudaten (3), mit Herz- (8) und Nieren- (5) Erkrankungen. — Erfolglos blieb die Darreichung der Adonis: in 2 Fällen von Insuff. valv. Aort., einmal complicirt mit Insuff. valv. mitralis, welche tödtlich endeten; bemerkenswerth ist dabei, dass auch Digitalis und Coffeïn erfolglos gegeben wurden; — ferner in einem Falle von Dilatat. cordis (obesit.) bei einem 59jährigen Manne, welcher einige Tage das Infus mit sehr gutem Erfolge genommen hatte; leider versagte hier das Mittel sehr bald, und konnte auch Digitalis den tödtlichen Ausgang nicht abwenden. Wirkungslos erwies sich ferner die Adonis bei einem 37jährigen Manne mit Pyelonephritis und einem 43jährigen Anstreicher mit Pleuritis und Pericarditis, complicirt mit unregelmässiger Herzaction und heftigen Anfällen von Athemnoth, für welche letztere eine präcise Deutung nicht aufgefunden werden konnte.

Die drei Beobachtungen von Pleuritis betreffend, so wurden einem ziemlich kräftigen 36jährigen Manne (Pleur. haemorrhag.) in 14 Tagen 84,0 Adonis als Infusum gereicht: die Urinmenge stieg von 800 ccm auf 2000 durchschnittlich, nachdem vorher Kali acet. und diuret. Thee ohne besonderen Erfolg gegeben waren; bei einem 37jährigen Patienten mit derselben Affection, complicirt mit Insuff. valv. Aort. wurden in 28 Tagen 156,0 Adonis gebraucht: Die Menge des Urins stieg von ca. 1000 auf über 2000 ccm; bemerkenswerth war hier, dass Kali acet., Digitalis und Coffeïn vorher mit nur sehr kurzdauerndem Erfolge gereicht waren, während die Urinmenge nach Adonis-Gebrauch mit seltenen Unterbrechungen eine ziemlich beträchtliche blieb, und in max. 2800 ccm betrug. In einem Falle von Pleurit. serosa betrug der Verbrauch an Adonis in 57 Tagen 330,0 gr, die tägliche Urinmenge stieg von 1500 auf über 3000 ccm, welche letztere Menge zuerst am 16. Tage der Anwendung erreicht wurde, um sodann fast constant zu bleiben. — Ich möchte hier bemerken, dass ein schlechter Einfluss des Adonis - Gebrauches in den oben erwähnten Tagesdosen auf die Verdauung und die Herzthätigkeit bei keinem einzigen Kranken constatirt ist.

Die Nierenerkrankungen anlangend, so erhielt ein an Morb. Bright. schwer erkrankter 47jähriger Mann in 35 Tagen 180,0 Adonis. Die Urinmenge stieg von ca. 700 ccm bis auf zumeist über 2500, nachdem vorher Digitalis und Kali acet. ohne besondern Erfolg gebraucht waren; ein zweiter Morb. Brightii, bei welchem die Autopsie späterhin neben Hypertrophie und Dilatat. beider Ventrikel eine deformirende Endoaortitis und ein Aneurysma arcus aortae ergab, verbrauchte in 14 Tagen 84,0 Adonis mit ziemlich gutem Erfolge, doch war das Resultat kein nachhaltiges, ebenso auch wie nach den vorher angewandten Mitteln, Digitalis und Coffeïn, — gegen das Ende hin nahm die Urinsecretion bedeutend ab.

Ein 33jähr. Arbeiter mit einer acuten Nephritis verbrauchte in 6 Tagen 30,0 Adonis in der Form der Saturation; der Erfolg war ein ziemlich günstiger, indem sich die Urinausscheidung von ca. 1000 auf rot. 1500 ccm hob bei völligem subject. Wohlbefinden.

Ein sehr günstiges Resultat der Adonis konnten wir bei einem 40jähr. Kaufmanne mit weakened heart beobachten: es waren hier zuerst vorsichtig Digitalis, sodann späterhin Scilla und Coffeïn gereicht ohne allen Erfolg: die Urinsecretion hob sich durchaus nicht, die Oedeme hatten sehr beträchtlich zugenommen; schon nach 3tägigem Gebrauche der Adonis stieg die Urinmenge von 700 ccm auf das Doppelte, um sich sodann ziemlich constant auf ca. 25—3000 zu halten — einige Male sind Mengen von 4500, einmal von 5300 notirt! — In einem anderen Falle von Herzfehler mit sehr bedeutendem Anasarka führten 36,0 Adonis, in 11 Tagen gereicht, eine Steigerung der Urinmenge von 1400 auf 3000—4000 ccm herbei, nachdem vorher auch Digitalis bereits mit ziemlich gutem Erfolg versucht war. — Bei einem 60jähr. decrepiden Manne mit Insuff. valv. mitral. wurden in 42 Tagen 72,0 Adonis gegeben; die Folge war, dass die Urinmenge sich von 1400 auf in max. 3600 hob, sie betrug in der Regel 22—2400, doch finden sich auch besonders in den ersten Tagen der Anwendung des Mittels hier verhältnissmässig geringe Mengen — je ein Mal 900, 1200, und 1300, mehrere Male 1400 ccm notirt; Patient erlag am 1. Januar seinen Leiden; vom 6.—13. December war Adonis ausgesetzt, ohne dass eine besondere Abnahme der Urinsecretion hätte beobachtet werden können; vom 13.—17. December erhielt Pat. wieder Adonis 24,0, wodurch die Urinmenge auf 2100 in min. erhalten wurde, um sodann bis zum Tode langsam zu sinken (cf. oben Morb. Brightii 2. Fall).

Einen besonderen Einfluss der Adonis-Darreichung auf die Thätigkeit des Herzens: Verlangsamung des Pulses, Erzielung einer regelmässigern Herzaction konnten wir in den beobachteten Fällen nicht constatiren. Die sehr bedeutende Unregelmässigkeit der Herzaction blieb in den 2 mit Adonis behandelten Fällen unverändert — allerdings auch bei Anwendung der Digitalis —; niemals wurde eine Pulsverlangsamung beobachtet.

Herr Jastrowitz: Der Herr Vortr. erwähnte, dass in Russland Adonis Säufern gegeben würde; ich möchte mir die Frage erlauben, ob ihm bekannt ist, auf welche Indication hin dies geschieht?

Herr Altmann: Ich habe diese Indication nur als ein populäres Mittel erwähnt.

Herr Klaatsch: Ich möchte mir die Frage erlauben, ob das Mittel nur in Infus- und Decoctform gegeben ist, oder auch in der bequemeren Tinctur- oder Pillenform?

Herr Altmann: Was die Frage des Herrn Klaatsch anlangt, so ist darüber noch nichts publicirt. Herrn Lublinski muss ich erwidern, dass in einem meiner Fälle die Wirkung auf das Herz ganz zweifellos nachzuweisen war.

Herr Leyden: Wir sind mit weitern Versuchen noch beschäftigt, auch damit, das Mittel als Acetum in Form von Saturationen zu geben, was sich wegen der gleichzeitigen diuretischen Wirkung des Kali empfiehlt, ich bin aber noch nicht in der Lage Bestimmtes darüber mitzutheilen. An den Herrn Vortr. möchte ich noch die Frage richten, ob das Adonidin in Wasser löslich ist?

Herr Altmann: Ja, doch nur schwer löslich in Wasser.

Herr Leyden: Wenn ich mich mit ein Paar Worten über den Werth der in Rede stehenden Mittel äussern darf, so bin ich der Ansicht, dass beide, über welche Herr Altmann uns seine Erfahrungen vorgetragen hat, eine wichtige Bereicherung für die Therapie der Herzkrankheiten darstellen. In Bezug auf das Coffein stimme ich Herrn Lublinski bei, dass es wesentlich ein Analepticum für das Herz bedeutet und dass es gerade da in Anwendung kommen muss, wo wir schnell wirken wollen. Es schliesst sich diese Indication wohl an die allgemeine Erfahrung an, dass wir bei Herzschwäche Kaffee und Thee zu reichen pflegen.

Was die Adonis betrifft, so hatte ich im Anschluss an meine Arbeiten über die Ersatzmittel der Digitalis schon früher Versuche mit derselben angestellt, aber anscheinend ohne Erfolg. Sie wissen Alle, wie schwer es ist, ein therapeutisches Urtheil zu gewinnen; ich hatte die Versuche als resultatlos wieder aufgegeben. Als aber der Patient, von welchem Herr Altmann berichtet hat, selbst den Wunsch aussprach, Adonis in Anwendung zu ziehen und zwar von den in Russland bekannten und gerühmten Pflanzen, sind wir gern darauf eingegangen und haben uns die Drogue aus Petersburg kommen lassen; der Erfolg war sogleich der Art, dass ich mich wieder für das Mittel interessirte und es auch, wie Sie gehört haben, in der Charité in Anwendung zog.

Wir haben gehört, dass das Mittel hauptsächlich auf die Diurese wirkt, und dies möchte ich noch besonders hervorheben. Das Mittel hat offenbar Vortheile vor der Digitalis, aber auch Nachtheile. Letztere bestehen darin, dass es nach meinem Urtheil auf das Herz bei Weitem nicht so sicher und kräftig wirkt wie Digitalis. Es fehlt die regulirende Wirkung auf das Herz entweder ganz oder besteht nur in geringem Maasse. Eine Verlangsamung des Pulses ist fast niemals beobachtet. Auch bei Compensationsstörungen ist die Wirkung keine so sichere und intensive wie die der Digitalis.

Aber andrerseits ist es ein Uebelstand bei der Anwendung der Digitalis, dass ihre cumulative Wirkungsweise uns zwingt, das Mittel, nachdem es einige Tage gegeben ist, bei Seite zu setzen. Schon dieser Uebelstand allein ist ein hinreichender Grund, um wie Herr Altmann mit Recht hervorgehoben hat, das Bedürfniss nach einem Ersatzmittel für die Digitalis für die Praxis sehr fühlbar zu machen. Die Adonis und das ist ein grosser Vortheil, der ihr vor der Digitalis zukommt, hat keine cumulative Wirkung; ein zweiter Vortheil ist, dass sie den Digestionsapparat viel weniger beeinträchtigt. Wenn diese letzteren übeln Wirkungen, wie Erbrechen und Durchfall, nach den bisher gegebenen heutigen Mittheilungen auch nicht ganz ausbleiben, so sind sie doch viel seltener und weniger intensiv als bei Digitalis.

Nun ergiebt sich noch ein dritter Vorzug des Adonis vor der Digitalis. Wir Aerzte haben mit Recht eine gewisse Scheu die Digitalis bei grosser Herzschwäche und langsamem Puls anzuwenden, weil wir fürchten müssen, dass das geschwächte Herz durch die Digitalis noch mehr geschwächt, der Puls noch mehr verlangsamt und schliesslich der Eintritt der Herzparalyse begünstigt wird. Diese Gefahr schliesst die Adonis nicht in sich. Ich würde mich nicht scheuen, bei langsamem schwachem Puls Adonis anzuwenden, während ich die Digitalis nicht anwenden würde.

Soviel hätte ich also über die Indicationen und Contraindicationen, soviel über den Werth des Medicaments zu sagen, welches ich im Ganzen lange nicht

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

dem Werth der Digitalis gleichstelle, welches aber doch, wie ich meine, eine wichtige Bereicherung der Therapie darstellt.

Wenn man endlich die Adonis mit den übrigen Ersatzmitteln vergleicht, so ist sie nach meinem Dafürhalten das beste. In meinem früheren Vortrage habe ich über die Convallaria und das Helleborin berichtet. Das letztere ist aus der Therapie wieder ganz verschwunden, die Convallaria wird noch hie und da erwähnt, ich habe weiter keine Versuche darüber angestellt, aber gegenüber dem Umstande, dass mir zugeschrieben wird, ich hätte vollkommen darüber abgesprochen, möchte ich mir doch die Bemerkung erlauben, dass ich soweit nicht gehe, sondern nur gesagt habe, meine Versuche haben mich nicht ermuntert, damit fortzufahren. Das gebräuchliche Ersatzmittel der Digitalis, die Squilla hat mit der Adonis die Aehnlichkeit, dass sie hauptsächlich auf die Diurese wirkt. Vergleiche ich beide, so muss ich bekennen, dass ich die Adonis über die Squilla stelle.

Ich möchte hier noch eine kurze allgemeine Bemerkung anschliessen, die ich nicht unterdrücken kann. Es ist sehr bemerkenswerth, wie sich gerade bei der Beurtheilung der genannten Mittel das physiologische (pharmacologische) Experiment zu der Praxis verhält. Die Pharmacologie kennt eine grosse Zahl von Substanzen, welche sehr ähnliche Wirkung haben wie die Digitalis. Die Versuche am Froschherzen, am Kymographion geben Resultate, welche denen der Digitalis fast gleich sind. Nun ist es äusserst bemerkenswerth, dass in der Praxis sich diese Mittel durchaus nicht in gleicher Weise bewähren, dass diese Mittel, welche eine fast übereinstimmende physiologische Wirkung entfalten, therapeutisch einen sehr verschiedenen Werth zeigen. Diese Thatsache vergegenwärtigt uns, dass in der Therapie das physiologische Experiment allein nicht maassgebend sein kann, sondern dass es noch einer sorgfältigen, oft langjährigen Prüfung durch die ärztliche Praxis bedarf. Eine wissenschaftliche Therapie lässt sich nur gewinnen, wenn sich das physiologische Experiment und die practische Erfahrung gegenseitig unterstützen und controlliren. Die ärztliche Erfahrung, ohne die Controlle wissenschaftlicher Kritik ist in Gefahr sich Täuschungen und Illusionen hinzugeben, aber auch die wissenschaftlich exacte Untersuchung bedarf noch hundertfältiger Prüfung durch die ärztliche Beobachtung.

(Schluss der Sitzung $9^3/_4$ Uhr.)

IX. Sitzung des Aerzte-Vereins des Regierungs-Bezirks Stralsund.

Greifswald 14. Juni 1884.

Die Versammlung war von 34 Mitgliedern besucht und wurde durch den bisherigen Vorsitzenden, Herrn Mosler, eröffnet. Nachdem einige innere Angelegenheiten erledigt, erfolgte die Wahl des Vorstandes, und da Herr Mosler eine etwaige Wiederwahl bestimmt und wiederholt ablehnte, wurde zu seinem Nachfolger gewählt Herr Krabler, als II. Vorsitzender Herr v. Haselberg, als I. Schriftführer Herr Grünberg, als II. Schriftführer Herr v. Preuschen. Zu Delegirten für den diesjährigen Aerztetag wurden durch Acclamation die Herren Krabler und v. Haselberg bestimmt.

Darauf sprach Herr Landois über Localisation der Functionen des Grosshirns (S. diese No. S. 440). Es folgte der Vortrag des Herrn Hugo Schulz über den therapeutischen Werth des Arsens, der in extenso in dieser Wochenschrift veröffentlicht werden wird.

Herr v. Preuschen erwähnt, dass er in einigen Fällen von Phthisis arsenige Säure in Milch gegeben und als er nach 14tägigem Gebrauch das Mittel ausgesetzt, in der Zwischenzeit gerade keinen Verfall, sondern ein Andauern der Wirkung gesehen, so dass er, entsprechend den in den Verhandlungen der medicinischen Gesellschaft in Berlin bekannt gegebenen Anschauungen, an eine Aufspeicherung des Mittels innerhalb des Organismus glauben möchte. In einigen gynäkologischen Fällen habe er recht gute Wirkung gesehen und auch hier ein Andauern der Wirkung nach zeitweisem Aussetzen. Wesentlich sei es, wie auch Buchner empfiehlt, das Mittel immer mit der Mahlzeit zu geben, da nur so die Darmreize zu vermeiden. Vielleicht werde der Arsen an die Speisen gebunden.

Herr Schulz bestätigt, dass Arsen im leeren Magen stets schlecht vertragen werde. Bei Vergiftungsfällen (bei leerem Magen) trete ohne Darmerscheinungen durch schnelle Resorption öfter ein rapider Tod ein durch Wirkung auf das Gehirn, dessen zarte Zellen weniger Widerstandskraft besässen als der Magen. Um eine schnelle Resorption zu vermeiden, müsse man daher Arsen stets mit Speisen gemengt geben; eine Bindung an dieselben sei jedoch unmöglich, da es keine Albuminate bilde. Aufgespeichert könne das Mittel nur werden in Form von arsensauren Salzen, die sehr bald gelöst und ausgeschieden würden.

Herr Ollmann hat reichlich Erfahrungen gemacht bei Arsenfütterungen der Pferde, die in betrügerischer Absicht ausgeführt waren; jedesmal trat beim Verkauf der Thiere ein rascher Verfall ein. Sehr gute Resultate hat er bei „dämpfigen" Pferden gesehen, wo die Lungencontractilität in hohem Grade gestört. Doch muss zugleich die Diät geregelt und das Rauhfutter vermieden werden.

Herr Grünberg glaubt, dass die Mitglieder nach den eben gepflogen Verhandlungen, die dasselbe Resultat ergeben, wie die im letzten Bande der Charité-Annalen mitgetheilten Versuche auf der Leyden'schen Klinik, hinfort wenig Lust spüren werden, den Arsenik bei Lungenphthise anzuwenden. Doch bitte er, sich dadurch nicht abhalten zu lassen, das Mittel bei Hautkrankheiten weiter anzuwenden, wo es allen anderen inneren Mitteln vorzuziehen sei.

Herr Peiper und Herr Löbker berichten über günstige Erfahrungen bei Lymphomen. Herr Peiper hat in einem Falle hochgradiger Anschwellungen am Halse bei einem Kinde von der Solut. Fowl. sehr günstigen Erfolg gesehen, der sofort nachliess, als das Mittel ausgesetzt wurde. Herr Löbker sah wiederholt bei gutartigen Lymphomen vorzügliche Wirkung; auch bei sog. malignen multiplen Lymphomen hatte er recht guten, dagegen bei Carcinomen negativen Erfolg.

Der fünfte Punkt der Tagesordnung galt der Stellung der Aerzte zum Kranken-Versicherungs-Gesetz v. 15. Juni 1883. Herr Beumer hatte das Referat übernommen. Herr Krabler stellte den, nachher angenommenen Antrag:

„Die Versammlung stimmt dem Beumer'schen Antrag bei und beauftragt seine Delegirten, auf dem nächsten Aerztetag dementsprechend ihre Stimmen abzugeben."

Auf die folgenden Vorträge: Zur Amputation des Cervix uteri von Herrn v. Preuschen; zur Behandlung der Stricturen aus chronischen Entzündungen der Harnröhre mit Metallbougies, von Herrn Rinne gedenken wir später noch zurückzukommen.

X. Cholera. II. Einem zweiten längeren Artikel über die Cholera haben wir zurückstellen müssen, wegen grösserer Schwierigkeiten in der Officin die, noch Folge des Brandunglückes, bezüglich der nächsten Nummer vollständig gehoben sein werden. Wir begnügen uns heute damit, zu constatiren, dass der Charakter der Seuche als der asiatischen Cholera, nunmehr ausser von Herrn Fauvel, allgemein auch Seitens der Herren Brouardel und Proust anerkannt wird und dass von einem langsamen Erlöschen der Cholera in Toulon und Marseille, wie die Herren Sachverständigen prophezeiten, nicht die Rede ist. In Toulon starben vom 5. Juli Abends 8 Uhr bis zum 6. Abends 8 Uhr 19 Personen, in Marseille vom 5. Juli früh bis zum 6. Juli früh 14 und im Laufe des 6. Juli noch 9 Personen. Dabei sollen sich in Toulon Cholerakranke befunden haben im Marinehospital 114, im Civilspital 12 und eine gewisse Zahl in häuslicher Pflege. Das Verhältniss zwischen Erkrankungen und Todesfällen würde daher auch nicht sehr für einen milden Charakter der Epidemie sprechen. Indessen man darf nicht vergessen, dass die Mittheilungen der französischen Regierung bis jetzt noch keinen Anspruch auf Authenticität erheben können und hat daran festzuhalten, dass so lange die Cholera in Toulon und Marseille überhaupt noch nicht erloschen, auch die Gefahr für die übrigen Länder noch nicht beseitigt ist.

XI. Journal-Revue.

Pathologische Anatomie.

3.

Schüller. Ein Beitrag zur Anatomie der weiblichen Harnröhre. Virch. Arch. 94, S. 405.

Rieder. Ueber die Gartner'schen Kanäle beim menschlichen Weibe. Virch. Arch. 96, S. 100.

Beim Weibe bilden bekanntlich die Müller'schen Gänge die Grundlage für die Entwicklung der Geschlechtsorgane, während die Wolff'schen Gänge verschwinden. Jedoch bleiben beim Thiere und Menschen häufig Reste dieser Gänge bestehen, die seitlich an der vorderen Fläche des Uterus und im Septum urethro-vaginale verlaufen. Sie wurden bei Thieren zuerst von Gartner beschrieben und nach ihm benannt. Zuweilen münden sie an der vorderen Vaginalfläche aus. Im vergangenen Jahr hatte nun Kocks (Arch. f. Gyn.) im Septum urethro-vaginale zwei Gänge beschrieben, die, bis zu 2 cm lang, dicht oberhalb der Urethralmündung sich öffneten, nach aufwärts verliefen und für feine Sonden passirbar waren. Oft war nur ein Gang vorhanden. Drüsige Bildungen, als deren Ausführungsgänge die Kanäle hätten gelten können, wurden vermisst. Kocks fasste sie auf als unterste Enden der Gartner'schen Gänge.

Mit besonderer Rücksicht auf diese Angaben von Kocks hat nun Schüller die Verhältnisse an einem sehr reichen Material untersucht. Verf. beschreibt die Gänge nach ihrem makroskopischen Verhalten ähnlich wie Kocks, er fand sie besonders deutlich bei Weibern von 20—35 Jahren, aber auch bei jüngeren Individuen bis zu Embryonen von 29 cm Länge. Darunter waren makroskopisch keine Spuren der Gänge zu finden. Mikroskopisch zeigte sich, dass die „Urethralgänge" sich oben oft theilten, so dass bei Serienschnitten statt der anfänglich einfachen Oeffnung später mehrere unregelmässig begrenzte sich fanden. Ferner wurden drüsige Anhänge constatirt und ein Epithelbelag, der im Wesentlichen mit dem der Vagina übereinstimmte. In einigen Fällen fand sich zwischen beiden Gängen uoch ein dritter gleichgebauter. Bei Embryonen von 29 cm werden entsprechende Verhältnisse beschrieben, nur waren die Gänge hier weniger entwickelt. Bei einem Embryo von 28 cm stellten die Urethralgänge nur schlauchförmige mit blinddarmähnlichen Anhängen versehene Drüsen dar. Kleinere Embryonen liessen auch mikroskopisch keine Urethralgänge erkennen. Schüller kommt auf Grund der verschiedenen Momente, also des Fehlens der Gänge bei jungen Embryonen, des gelegentlichen Vorhandenseins eines dritten Ganges, der Beschaffenheit des Epithelbelags, und wegen der drüsigen Anhänge zu dem Schluss, dass die Kanäle nichts mit den Gartner'schen Gängen zu thun haben. Er hält sie für drüsige Bildungen und bestätigt die Mittheilung Böhm's, dass sie unter Umständen wegen catarrhalischer Erkrankung therapeutische Maassnahmen erfordern.

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Zu einem gleich negativen, wenn auch nicht so ausführlich begründeten Resultat bezüglich der Angaben Kocks's gelangt auch Rieder, der davon spricht, dass gewöhnlich mehrere Kanäle gefunden wurden, die als die von Kocks gemeinten ausgesprochen werden könnten. Sie sollen sich in nichts von den vielen der Urethra angehörigen Kanälen unterscheiden. Im Uebrigen bezieht sich die Arbeit wesentlich auf die eigentlichen Gartner'schen Gänge. Verf. berichtet, dass er als Reste der Wolff'schen Gänge in $^1/_5$ der Fälle einen mit Cylinderepithel ausgekleideten Schlauch, in $^1/_6$ einen Muskelstrang aufgefunden habe, so dass man etwa in $^1/_3$ der Fälle auf das Vorhandensein von Residuen Gartner'scher Gänge rechnen könne. Sie liegen an der vorderen Fläche des Uterus seitlich in dessen Musculatur eingebettet und weiter abwärts an der Scheidenwand, endigen blind und oft ist nur einer vorhanden, und zwar fehlt dann gewöhnlich der linke, wie das auch Dohrn angegeben hatte. Verf. hält es nicht für unmöglich, dass sich aus den Gängen Cysten entwickeln können. Ribbert.

Wutz. Ueber Urachus und Urachuscysten. Virch. Arch. 92, S. 387.

Das Ligamentum vesicae medium bleibt als Rest des Urachus, des Stieles der Allantois bestehen und enthält vom Vertex der Blase an eine Strecke weit einen Epithelschlauch, den Verf. genauer untersuchte. Er fand, dass dieser Schlauch in seiner Länge etwa dem unteren Drittel des Bandes entspricht und dass er von der Blase aus in den meisten Fällen sondirt werden kann. Dieses Epithelrohr giebt vielfach zur Bildung kleiner mikroskopischer bis bohnengrosser Cysten Veranlassung. Dieselben haben eine musculäre Umhüllung und einen einfachen oder geschichteten Plattenepithelbelag. Auch grössere Cysten sind beschrieben worden, jedoch steht ihre Entwicklung aus dem Epithelschlauch für die meisten nicht genügend fest. Practisch wichtige Urachuscysten sind bis jetzt nicht bekannt geworden. Ribbert.

Zahn. Ueber einen Fall von Ulcus rotundum simplex vaginae. Virch. 95, S. 388.

Bei einer 76jähr. Frau fand sich im oberen Theile der Vagina unterhalb der hinteren Muttermundslippe ein scharf umrandetes Geschwür von einem mittleren Durchmesser von 24 mm. Der Geschwürsgrund ist hyperämisch, die mikroskopische Untersuchung ergiebt keinerlei geschwulstartige Gewebselemente. Die Arteria uterina ist stark sclerotisch, mit sehr engem Lumen versehen und der auf das Geschwür zustrebende Ast scheint völlig geschlossen. Auf diesen Umstand muss die Entstehung des Ulcus zurückgeführt werden, und würde sich so anatomisch und ätiologisch eine Analogie mit einem runden Magengeschwür ergeben. Ribbert.

XII. Oeffentliches Sanitätswesen.

Amtliches.

Preussen.

Im II. Quartal 1884 haben nach abgelegter Prüfung nachbenannte practische Aerzte das Fähigkeitszeugniss zur Verwaltung einer Physicatsstelle erhalten: Dr. med. August Ludwig Becker in Homburg v. d. H., Reg.-Bez. Wiesbaden, Dr. med. Conrad Benda in Berlin, Dr. med. Heinrich Brieger in Cosel, Reg.-Bez. Oppeln, Dr. med. Friedrich Oscar Doepner in Bojanowo, Reg.-Bez. Posen, Dr. med. Richard Erbkam in Görlitz, Reg.-Bez. Liegnitz, Dr. med. Johann Rudolf Franz in Arnstadt, Dr. med. Heinrich Herbst in Wipperfürth, Reg.-Bez. Cöln, Dr. med. Maximilian Erdmann Eduard Hildebrandt in Berlin, Dr. med. Friedrich Otto Adolf Alfred Kirchner in Hannover, Dr. med. Joachim Kornalewski in Allenstein, Reg.-Bez. Königsberg i. Pr., Dr. med. August Kran in Labes, Reg.-Bez. Stettin, Dr. med. Emil Gustav Richard Liebert in Sagan, Reg.-Bez. Liegnitz, Dr. med. Philipp Ernst Franz August Willibald Julius Paul Luecker in Pr. Oldendorf, Reg.-Bez. Minden, Dr. med. Robert Carl Cölestin Nauwerk in Ohlau, Reg.-Bez. Breslau, Dr. med. Wilhelm Heinrich Rausche in Neustadt bei Magdeburg, Dr. med. Emil Rudolf Schlueter in Arnswalde, Reg.-Bez. Frankfurt a. O., Dr. med. Carl Emil Otto Schmidt in Ottenstein in Braunschweig, Dr. med. August Gottlieb Strube in Halle a. S., Reg.-Bez. Merseburg, Dr. med. Heinrich Vieson in Daun, Reg.-Bez. Trier, Dr. med. Reinhold Hermann Albert Wodtke in Neuteich, Reg.-Bez. Danzig.

Berlin, den 3. Juli 1884.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten. In Vertretung: Lucanus.

Entscheidungen des Reichsgerichts. Die Ausstellung eines unrichtigen Gesundheits-Attestes von einer Hebamme ist nach einem Urtheil des Reichsgerichts, III. Strafsenats, vom 27. März 1884 aus § 278 des Str.-G.-B. nicht zu ahnden, weil Hebammen zu den in dieser Bestimmung erwähnten approbirten Medicinal-Personen nicht gehören.

XIII. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. München. Die Direction des Dr. v. Haunerschen Kinderspitales ist vom k. Hofstabsarzte Dr. Alfred Hahn übernommen worden, welcher bereits seit 11 Jahren der Anstalt angehört. — Zum Ersatz des in den Ruhestand tretenden berühmten Naturforschers Th. v. Siebold ist ein Ruf an Prof. Weissmann in Freiburg ergangen. — Am 25. Juni fand die feierliche Einweihung des klinischen Hörsaales in der k. Universitäts-Frauenklinik (im früheren städtischen Gebärhause) statt, zu der Staatsminister des Cultus, Freiherr Dr. v. Lutz, der k. Ministerialrath Dr. v. Ziegler, eine grosse Anzahl von Professoren und Docenten, der k. Obermedicinalrath und Referent für Medicinal-Angelegenheiten Dr. v. Kerschensteiner, mehrere practische Aerzte und eine stattliche Menge von Studirenden erschienen war. — Der Vorstand der Anstalt, Geh. Med.-Rth. Prof. Dr. Winckel, begrüsste die Gäste, sprach der k. Staatsbehörde den Dank für die Fürsorge aus, welche sie dem Institute zugewendet habe, entwickelte in licht- und geistvoller Weise die Geschichte der Gynäkologie, bezeichnete die Ziele und Zwecke, zu welchen die Anstalt berufen sei und betonte die humanitäre Aufgabe derselben. — Die Senkenbergische naturforschende Gesellschaft zu Frankfurt a. M. hat Herrn Prof. Rüdinger zu ihrem Mitglied ernannt. — Heidelberg. Geh. Hofrath Dr. Otto Becker hat die Berufung als Director der Augenklinik nach Prag endgiltig abgelehnt. — Wien. In der Sitzung des Medicinischen Professoren-Collegiums wurde eine Massenernennung zu ausserordentlichen Professoren in Sicht gestellt. Es wurden vorgeschlagen: von Hofrath Prof. Billroth Docent Dr. Wölfler, von Prof. Albert Primararzt Dr. Hofmokl, von Prof. E. Ludwig Docent Dr. Mauthner und von Prof. von Dittel die Docenten Primararzt Dr. Englisch und Dr. Ultzmann. Prof. Leidesdorf kündigte überdies an, dass er in der nächsten Sitzung den Docenten Dr. Urbantschitsch vorschlagen werde. — Professor Ed. v. Jaeger der berühmte Ophthalmologe ist gestorben. — Die Academie der Wissenschaften hat in ihrer Sitzung vom 28. Mai d. J. zu correspondirenden Mitgliedern: Hofrath Prof. Leuckart (Leipzig), Professor v. Naegeli (München) und Prof. Frankland (London) ernannt. — Kijew. Zum Professor der Physiologie an der Wladimir-Universität ist an Prof. Tomsa's Stelle, welcher bekanntlich nach Prag übergesiedelt ist, der Docent Dr. S. Tschirjew gewählt worden.

XIV. Literatur.

Vierzehnter Jahresbericht des Landes-Medicinal-Collegiums über das Medicinalwesen im Königr. Sachsen pro 1882. Leipzig, F. C. W. Vogel 1884. — Dr. Reger, Gewehrschusswunden der Neuzeit. Strassburg, R. Schulte u. Cie. 1884. — Dr. Thoma, Ueber einige senile Veränderungen des menschl. Körpers u. ihre Beziehungen zur Schrumpfniere u. Herzhypertrophie. Leipzig, F. C. W. Vogel. — J. Mathews Dunkan, Sterilität bei Frauen. Berlin, Otto Enslin. — Dr. Mencke, Kriegschirurgische Hülfe unter freiem Himmel. Berlin, Th. Chr. Fr. Enslin. — Morell Mackenzie, Hay Fever. London, J. u. A. Churchill. — Aerztlicher Bericht der Privat-Heilanstalt des Dr. Albin Eder. Wien, Carl Ueberreuter'sche Buchdruckerei. — Verwaltungsbericht des Sanitäts-Departements pro 1883. Separat-Abdruck aus dem Verwaltungsbericht des Regierungsraths des Kantons Basel-Stadt. — Vierordt, Kurzer Abriss der Percussion und Auscultation. Tübingen, Franz Fues. — Koehler, General-Bericht über das Sanitäts- und Medicinalwesen im Reg.-Bez. Stralsund pro 1882. Greifswald, Julius Bindewald. —

XV. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den practischen Aerzten Sanitätsrath Dr. Friedrich Wilhelm Kauffmann in Berlin und Sanitätsrath Dr. Benno Fromm, Badearzt des Seebades Norderney den Charakter als Geheimer Sanitätsrath, sowie den practischen Aerzten Dr. Alexander Bertram und Dr. Hermann Hübener in Berlin und Dr. Carl Ferdinand Kunze zu Halle a. S. den Charakter als Sanitätsrath, ferner dem seitherigen pharmazeutischen Assessor beim Königl. Medicinal-Collegium der Provinz Posen, Apotheker Philipp Eduard Gustav Reimann in Posen den Charakter als Medicinalrath; endlich dem Stabsarzt Dr. Koerting vom 5. Thüringischen Inf.-Rgt. No. 94, Grossherzog von Sachsen, commandirt zur Dienstleistung beim Kriegsministerium in Berlin, dem Kreiswundarzt Dr. Rupp in Soemmerda und dem Corps-Stabsapotheker des IX. Armeecorps Koerner in Altona den rothen Adler-Orden 4. Classe zu verleihen.

Ernennungen: Der seitherige Kreiswundarzt des Kreises Mohrungen Dr. Heinrich August Moeller in Liebstadt ist zum Kreisphysicus des Kreises Braunsberg, sowie der seitherige commissarische Verwalter des Kreisphysicats des Kreises Daun pract. Arzt Dr. Heinrich Vieson zu Daun definitiv zum Kreisphysicus des gedachten Kreises ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Mart. Friedlaender in Breslau, Dr. Mittelstrass in Frankfurt a. M., Dr. Geerkens in Riegelsberg und Dr. Joh. Wirtz in Welschbillig.

Verzogen sind: Die Aerzte: Chotzen von Pöpelwitz nach Breslau, Dr. Krafft von Breslau nach Bonn, Ass.-Arzt Dr. Hüppe von Thorn nach Wiesbaden, Dr. Gottschalk von Eichberg nach Wiesbaden, Dr. Frickhoeffer von Bonn nach Langen-Schwalbach, Dr. Spaniol von Strassbessenbach (Bayern) nach Illingen, Stabsarzt Dr. Druffel und Ass.-Arzt Fleissner von Metz nach Trier.

Verstorben: Kreiswundarzt Dr. Paradies in Gnesen.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Schneider hat die Fengler'sche Apotheke in Heidersdorf gekauft, der Apotheker Neuss die früher bereits besessene inzwischen dem Apotheker Holle gehörige Apotheke in Wiesbaden zurückerworben. Der Apotheker Botzet hat an Stelle des Apothekers Heyd die Pachtung der Stoeck'schen Apotheke in Berncastel übernommen.

Vacant: Kreiswundarztstelle der Kreise Pleschen, Gnesen und des Landkreises Breslau.

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag №. 29. 17. Juli 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Eine Massenvergiftung durch „salpetrigsaure“ Dämpfe [1])

von

Prof. Dr. Richard Pott in Halle a. S.

Am 9. März d. J. Sonntag Nachmittag gegen 5 Uhr bemerkte man, dass aus einem Speicher des unweit Halle liegenden Rittergutes Oppin dicker Qualm hervordrang, der einen im Entstehen begriffenen Brand vermuthen liess. Dieser Speicher dient in seinen zu ebener Erde liegenden Räumen als Aufbewahrungsort für mehrere Wagenladungen künstlichen Düngers. Die Düngmittel bestehen aus Chilisalpeter und Superphosphat (aufgeschlossener Knochenkohle). Tags vorher war, wie das auf allen grösseren Wirthschaften allgemein üblich ist, Superphosphat und Chilisalpeter in dem Verhältniss von 3 : 2 mit einander vermengt und waren ca. 900 Centner dieses Gemisches in einer Ecke des Speichers aufgehäuft worden. In der Mitte und am entgegengesetzten Ende lagerten gesondert weitere Massen von Chilisalpeter und Superphosphat. Als man die Thürflügel öffnete, fand man den ganzen Speicherraum mit einem undurchdringlichen orangegelben Qualm erfüllt, der am dichtesten aus der Ecke hervorquoll, wo das Düngergemenge aufgeschüttet lag. Von dem Versuch, den betreffenden Raum zu betreten, nahm man zunächst Abstand. Einzelne Personen, die trotz erfolgter eindringlicher Warnung die Tollkühnheit hatten, vorzudringen, waren sofort bewusstlos umgesunken, aber herausgezogen und an die frische Luft gebracht, kamen dieselben bald wieder zu sich. Von zwei Seiten aus ergossen die herbeigeholten Feuerspritzen des Ortes grosse Wassermengen in den qualmenden Düngerhaufen, theils in der Absicht, das „Feuer“ zu löschen, theils, um die Düngermassen herauszuschwemmen. Eine grössere Anzahl Leute, Männer und Frauen begaben sich auf die unmittelbar darüberliegenden Bodenräume, um dort ausgebreitete „Rübenkerne“ in Säcke zu packen und zu retten. Eine leidlich erträgliche Existenz und ein längeres Verweilen daselbst wurde dadurch ermöglicht, dass Dachziegel abgedeckt und Löcher in die Wände geschlagen wurden. In Folge dessen scheint eine freiere Luftcirculation und ein Abzug der auch dort angesammelten gelben Gase in hinreichender Weise bedingt worden zu sein.

Die „Lösch- und Rettungsarbeiten“ dauerten bis gegen 10 Uhr Abends fort, so dass einzelne Individuen fast ununterbrochen 4 Stunden in Thätigkeit waren und wiederholt längere Zeit in der Dunstatmosphäre geweilt haben müssen. — Den Einathmungen der schädlichen Gase sind diejenigen am meisten ausgesetzt gewesen, welche am Spritzenrohr standen und den Wasserstrahl in den qualmenden Düngerhaufen hineinlenkten.

Alle, welche hülfreiche Hand leisteten, und die mögen ihrer wohl über 30 Personen, meist kräftige, gesunde Männer, gewesen sein, empfanden bei Einathmung der Gase einen unangenehmen, erstickenden, eigenthümlichen Geruch mit dem Gefühl, als ob ihnen die Kehle zugeschnürt würde und sich der Athem versetzte; selbst Ohnmachtsanwandlungen fehlten nicht. Nichtsdestoweniger kehrte Jeder, wenn er eine Zeitlang frische Luft geschöpft hatte, zu seiner Arbeit zurück.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Entwicklung diese enormen Mengen von Dämpfen resp. Gasen auf chemische Zersetzungsvorgänge in den Düngerhaufen zurückzuführen ist. Es steht ferner fest, das sich hier „salpetrigsaure Dämpfe“ (Gemische von Untersalpetersäure, salpetriger Säure, Stickstoffoxyd- oder Oxydul) entwickelt hatten. Ueber den Vorgang selbst können nur Vermuthungen ausgesprochen werden; derselbe ist bisher nicht genügend aufgeklärt. [1])

Dr. Teuchert hat zwar in einer Sitzung des naturwissenschaftlichen Vereins zu Halle a. S. (cf. das Referat in d. Saale-Zeitung vom 18. April d. J.) eine sehr einfache Erklärung abgegeben, doch stimmen seine Angaben mit den von mir direct an erster Quelle eingezogenen Erkundigungen nicht überein. Teuchert behauptet, man habe das Rohphosphat, in diesem Falle Knochenkohle und Chilisalpeter frisch mit Schwefelsäure übergossen und das Ganze durcheinander gerührt. In einem so absolut fehlerhaften Düngergemisch würde die Entwicklung der „salpetrigsauren“ Gase keine Schwierigkeiten bieten. Die Schwefelsäure würde sich sofort des Natrons im Chilisalpeter [2]) und in zweiter Linie des Kalkes des Phosphates [3]) bemächtigen.

Es wird zunächst die Salpetersäure des Chilisalpeters frei. Ist dann noch genügend Schwefelsäure disponibel, zerfällt die Salpetersäure in salpetrige Säure und Sauerstoff. Auch die Kohle der Knochenkohle wird auf die weitere Zersetzung der Salpetersäure hinwirken, indem sie sich mit einem Theil ihres Sauerstoffs chemisch vereinigt, während Untersalpetersäure, salpetrige Säure, Stickstoffoxyd- oder Oxydul als anderer Factor der Zersetzung auftreten. Wie bei jeder chemischen Zersetzung würde in einem derartigen Düngergemisch eine bedeutende Menge Wärme frei werden. Dass sich die Erhitzung aber auch bei Gegenwart organischer Substanzen (diese sind in der Knochenkohle in grösserer oder geringerer Menge enthalten!) bis zur Entzündung, wie im vorliegenden Falle angenommen wurde, gesteigert haben könnte, ist durchaus nicht ganz unwahrscheinlich.

Die Verhältnisse sind hier insofern wesentlich anderes, als das fertige Superphosphat (die mit Schwefelsäure bereits aufgeschlossene Knochenkohle) mit Chilisalpeter gemischt war und zwar 3 Theile Superphosphat mit 2 Theilen Chilisalpeter. Vorausgesetzt, dass von Seiten der Arbeiter ein Versehen beim Mischen der Düngstoffe nicht gemacht ist, (wer kann das wissen?) so würde sich eine Erklärung für den Vorfall in einer zu starken „Uebersäuerung“ des Superphosphates finden lassen. Die Rohphosphate werden durch Schwefelsäure aufgeschlossen. Der Zweck der Aufschliessung ist der, die basischen Phosphate in saure (lösliche) Phosphate umzuwandeln, vornehmlich den basisch phosphorsauren Kalk in ein saures Kalksalz. Diese Umwandlung wird eben durch Schwefelsäure bewirkt.

Es kann nun vorkommen und es kommt vor, dass die zum Aufschliessen des Rohmaterials nöthige Säure überschritten wird. Eine Uebersäuerung von beispielsweise 2—3 Proc. einer 50grädigen Säure schadet indessen nichts, ist sogar nothwendig, weil die Vertheilung der Säure in den Phosphaten nie eine ganz gleichmässige ist.

Ein weiterer Ueberschuss von Schwefelsäure hat zur Folge, dass sich aus den sauren Phosphaten noch freie Phosphorsäure bildet und eine grössere Menge Schwefelsäure nicht in Action tritt und in dem

[1]) Die Detailmittheilungen über den Verlauf der einzelnen Krankheitsfälle verdanke ich Herrn Sanitätsrath Dr. Wilke in Halle a. S. Derselbe war auch so liebenswürdig, mir die Gelegenheit zu verschaffen, eine grössere Menge Kranker persönlich untersuchen zu können.

[1]) Die folgenden chemischen Notizen entnehme ich grösstentheils wörtlich brieflichen Mittheilungen meines Bruders, Dr. Rob. Pott, chem. Assistent am physiologischen Institute zu Popelsdorf bei Bonn a. R.

[2]) Chilisalpeter enthält nach Rümpler (käufliche Düngestoffe 1875 S. 81) an reinem Natronsalpeter 90—100 Proc., entsprechend einem Gehalt von 57,2—63,5 Proc. wasserfreie Salpetersäure oder von 14,8—16,4 Proc. Stickstoff.

[3]) Die Rohphosphate haben eine sehr wechselnde Zusammensetzung. Die Phosphorsäure ist vor allen an Kalk, dann an Magnesia, zum Theil an Eisenoxyd, mitunter auch an Thonerde gebunden. Ausser phosphorsauren Salzen ist in den meisten Rohphosphaten auch eine nicht unerhebliche Menge kohlensaurer Kalk enthalten. Im wesentlichen bestehen aber die Rohphosphate aus basisch phosphorsauren Kalk.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Superphosphat als solche verbleibt. (Derartige Fabrikate sind auch schon durch eine nasse, klebrige Beschaffenheit gekennzeichnet.)

Wird ein regelrecht fabricirtes Superphosphat mit Chilisalpeter vermischt, so wird die freie Schwefelsäure desselben zwar zersetzend auf den Chilisalpeter einwirken können, aber nie in so energischer Weise, wie in dem vorliegenden Falle, da die Menge der Säure eine zu geringe ist (Rob. Pott).

Wird dagegen ein stark übersäuertes Superphosphat mit Chilisalpeter gemischt, so würde sich die Schwefelsäure, welche in grösserer Menge noch in dem Superphosphat ungebunden ist, als stärkere Säure des Natrons des Chilisalpeters bemächtigen und damit würde, wie bereits oben erörtert ist, der Entwicklung der salpetrigsauren Gase Vorschub geleistet sein.

Ob auch die freie Phosphorsäure und vielleicht auch die nur lose gebundene Phosphorsäure bei dem Zersetzungsprocess in zweiter Linie mitwirken kann, ist nicht unmöglich. Das aber die Phosphorsäure des sauren Phosphates zumal sie an Kalk, eine stärkere Base als Natron gebunden ist, für sich allein den in Frage kommenden Vorgang erklären könnte (eine Ansicht, die von anderer Seite ausgesprochen ist!), glaubte Rob. Pott entschieden verneinen zu müssen. Er ist der Meinung, dass höchstwahrscheinlich nur freie Schwefelsäure den rapiden Zersetzungsprocess in dem Düngergemisch eingeleitet haben könne. —

Die Einathmung der schädlichen Gase blieb nicht ohne traurige Folgen. Ihrer Intensität nach war die toxische Wirkung derselben sehr verschieden. Für die Schwere des Falles scheint, soweit man den Angaben des Einzelnen Glauben schenken kann, das längere Verweilen in den gasgeschwängerten Räumen und die daraus resultirende continuirliche Aufnahme grösserer Gasmengen durch die Lungen nicht absolut maassgebend gewesen zu sein. Es erkrankten etwa 30 Personen. In überwiegender Mehrzahl gesunde, kräftige Männer. Die Frauen, welche beim Einsacken der Rübenkerne auf den oberen Boden beschäftigt gewesen waren, scheinen fast ganz verschont geblieben zu sein. Wenigstens befanden sich unter den Kranken, welche ich zwei Tage darauf zu untersuchen Gelegenheit hatte, keine einzige Frauensperson.

Zwei Patienten starben, einer, der Korbmacher Böhm, (siehe weiter unten) war sehr schwer erkrankt, 6—8 Personen waren einige Tage bettlägerig oder mussten das Zimmer hüten, alle übrigen konnten ambulant behandelt werden. Zunächst die beiden Todesfälle:[1])

Der Gastwirth des Ortes, Linke, 26 J. alt, gesund, wenn auch nicht überaus kräftig gebaut, hatte sich beim Rettungswerk eifrig betheiligt; zurückgekehrt, unterhielt er sich noch lebhaft mit seinen Gästen, fühlte aber ein zusammenschnürendes, schmerzhaftes Gefühl in der Kehle, trank in Folge dessen grosse Quantitäten Wasser, ging mit seiner Frau gegen 11 Uhr Abends noch einmal zur „Brandstätte" und begab sich anscheinend gesund und munter gegen 12 Uhr zur Ruhe. Nach einer halben Stunde tiefen Schlafs erwachte derselbe mit den Erscheinungen der hochgradigsten Orthopnoe. Man fand den Kranken auf dem Bettrand sitzend, gierig nach Luft schnappend mit den Zeichen der äussersten Athemnoth und Erstickungsangst; die Extremitäten und Gesicht kühl, die Sprache coupirt; von Zeit zu Zeit heftige Hustenparoxysmen ohne Auswurf. Ein- oder zweimal soll sich Erbrechen eingestellt haben, dabei war das Sensorium völlig frei. Der Zustand verschlimmerte sich von Stunde zu Stunde. Gegen Morgen hörte man lautes Trachealrasseln, es hatte sich acutes Lungenödem entwickelt und verhältnissmässig schnell und plötzlich, früh um 9 Uhr erfolgte der Tod im Verlauf von etwa 12 Stunden. Die Section wurde nicht gestattet.

Der zweite letal endende Fall betraf den Sohn des Schmiedemeisters Wilde in Oppin. Dieser stand im Alter von 22 Jahren, war völlig gesund, von kräftigem robusten Körperbau. Der Vater des jungen Schmied hatte stundenlang am Spritzenrohr hantirt und den Wasserstrahl in den qualmenden Düngerhaufen geleitet, nur kurze Zeit liess er sich von seinem Sohne ablösen. Der junge Schmied musste indessen seinen Posten bald wieder aufgeben, da ihn ein ohnmachtsähnlicher Schwindel befallen zu haben scheint. In der freien Luft besserte sich der Zustand wieder; doch kehrten Vater und Sohn schon gegen 7 Uhr Abends nach ihrer Wohnung zurück. Letzterer fühlte sich ermüdet und abgespannt, während der Vater keine Mattigkeit verspürte. Beide assen mit gutem Appetit das Abendbrot und begaben sich nach 11 Uhr zur Ruhe. Gegen 3 Uhr Morgens vernahm der Vater ein lautes Klopfen und Pochen an der Wand der oberen Kammer, in welcher sein Sohn schlief. Man fand denselben aufrecht sitzend laut stöhnend und ächzend unter den Erscheinungen der höchsten Athemnoth und Erstickungsangst bei völlig klarem Bewusstsein. Die Augen waren aus dem Kopfe hervorgequollen. Die Respiration schnappend, die Sprache abgebrochen, einzelne Worte wurden kurz hervorgestossen. In schneller Folge stellten sich krampfartige, ungemein quälende Hustenparoxysmen von 5—8 Minuten langer Dauer ein. Mehrmals hatte der Kranke unter heftigen Würgbewegungen anfangs Speisebrei, später grünlich gelbe Schleimmassen ausgebrochen.

Trotz auf die Brust applicirter Senfpflaster und eines starken Expectorans (verordnet von Dr. Kahleiss-Halle) verschlimmerte sich der Zustand des Kranken von Stunde zu Stunde. Die Angst, die Athemnoth und das Beklemmungsgefühl steigerte sich, die Stickhustenanfälle wurden heftiger und quälender, ohne dass Sputa herausbefördert wurden. Patient empfand einen brennenden, zusammenschnürenden Schmerz im Kehlkopf und in der Magen- resp. Zwerchfellsgegend. College Wilke sah den Kranken Montag Mittag gegen 2 Uhr und fand denselben bei vollkommen klarem Bewusstsein im Zustande der hochgradigsten Inspirations-Dyspnoe, die sich zeitweise zur Orthopnoe steigerte. Gesicht war bleich, livid. Extremitäten kühl. Puls klein, fadenförmig. Temperatur eher subnormal. Fiebererscheinungen fehlen gänzlich. Das Sensorium ist vollkommen frei. Die Sprache mühsam, abgebrochen, einzelne Worte werden kurz hervorgestossen; von Zeit zu Zeit stellen sich krampfhafte erstickende Hustenanfälle ein, wobei Patient blau-roth im Gesicht wird und mit äusserster Anstrengung grünliche ungemein zähflüssige, citronengelbe Sputa entleert werden. Heftige Schmerzen in der Zwerchfellsgegend, die sich auf Druck steigern. Brechneigung vorhanden. Die Respiration sehr flach, geht mühsam von Statten unter Mitbetheiligung sämmtlicher accessorischer Athemmuskeln. Die Percussion der Lungen ergiebt vorn und hinten normalen vollen Lungenschall; bei der Auscultation hört man weit verbreitet auf beiden Lungen zähflüssiges Rasseln mit lautem Giemen und Pfeifen. Die Herztöne sind sehr schwach, aber rein. Die Herzaction ist stürmisch aber nicht intermittirend. Der Urin enthält kein Eiweiss.

Patient wird aus der kalten Kammer sofort in ein geheiztes Zimmer gebracht, in warme wollene Decken gewickelt, Senfpflaster werden applicirt, als Getränk wird heisse Milch mit Kalkwasser gegeben, grosse Dosen Aether, Wein und ein Senega-Infus verordnet. — Zwei Stunden darauf hat sich der Zustand des Patienten wenigstens in soweit gebessert, als Gesicht und Extremitäten ihr froschähnliches Kältegefühl verloren haben, der Puls kräftiger geworden ist, die Erstickungsangst etwas nachgelassen hat, und das Subjectiv-Befinden des Kranken sich wieder mehr gehoben zu haben scheint. In der Nacht verschlimmerte sich indessen der Zustand des Patienten wieder zusehends; die Dyspnoe hat sich gesteigert. Einmal oder zweimal sind wiederum grünlich gelbe Massen erbrochen worden; Collapstemperaturen haben sich eingestellt. Lautes grossblasiges Rasseln und laut schnarchendes Athmen ist wahrzunehmen. Der Kranke wird stark cyanotisch und unter den Erscheinungen eines acut fortschreitenden Lungenoedems erfolgt der exitus letalis. Dienstag Morgen nach 10 Uhr, also etwa 40 Stunden nach Einwirkung der schädlichen Gase war der junge kräftige Mann eine Leiche. Ich sah den Todten 24 h. p. m. Das Gesicht desselben war aufgedunsen, stark cyanotisch, aus Mund und Nasenlöchern waren citronengelbe Schaummassen hervorgequollen. Section nicht gestattet. —

Der Vater des Verstorbenen gehörte mit zu den schwerer Erkrankten. Beide standen an sehr exponirter Stelle.

Die Gasmengen sind dem Sohne direct durch ein in eine Holztreppe eingeschlagenes Loch in dickem Schwall entgegengequollen. Indessen hat der Sohn kaum eine halbe Stunde auf denselben Posten ausgehalten, wo der Vater stundenlang thätig gewesen war. — Die Zahl der Kranken betrug am Montag, also Tags darauf, an 30 Personen, am Mittwoch war sie bereits auf ca. 20 zurückgegangen, davon waren nur noch 3 Personen bettlägerig.

Ich selbst examinirte und untersuchte an diesem Tage 15 Kranke.

Am schwersten lag der Korbmacher Böhm, 35 Jahre alt, darnieder.

Nach seiner Angabe hatte sich bald nach der Affaire ein während der Nacht sich stetig und rapide steigernder Luftmangel eingestellt, so dass Patient mit Tagesanbruch ins Freie auf den Hof eilte und dort stundenlang, blauroth im Gesicht mit hervorquellenden Augen in vornüber geneigter Stellung, die Hände auf die Knie gestemmt, nach Luft schnappend, zubrachte, um nur einigermaassen in seiner fürchterlichen Erstickungsangst Linderung zu finden. Bald hatten sich krampfartige Hustenparoxysmen eingestellt, anfangs ohne jeden Auswurf, später wurden spärliche citronengelbe zähflüssige Sputa entleert. Anfangs erfolgten die Hustenanfälle continuirlich, später

[1]) Zu meinem grossen Bedauern habe ich diese beiden Kranken nicht untersuchen können. Der erste starb, ehe überhaupt ärztliche Hülfe zu beschaffen war. Der zweite befand sich in Behandlung des Collegen Wilke und war bereits verstorben, als ich nach Oppin kam. Ich gebe die Krankengeschichten nach Angabe des Sanitätsrathes Wilke.

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nach kleineren oder geringeren Pausen. Nebenbei empfand Patient heftige Schmerzen in der Gegend des Scrobiculus cordis; ein Gefühl hochgradiger Hinfälligkeit und Mattigkeit, eine Schwere und „Lähme" in den Gliedern, ein dumpfes Eingenommensein des Kopfes machten sich geltend, ohne dass Schwindelerscheinungen oder intensive Kopfschmerzen bestanden hätten. Neigung zum Brechen war nicht vorhanden. Stuhl- und Urinentleerung erfolgten in normaler Weise. Der Kranke wurde vom Collegen Wilke behandelt und hatte sich der Zustand des Patienten am folgenden Tage schon sichtlich gebessert. Ich fand denselben (am 12. März 1884, also 3 Tage später) im Bette liegend bei völlig klarem Bewusstsein, und behauptete Böhm sich bereits wieder „ganz wohl" zu befinden. Der Kranke hatte eine bleiche aschgraue Gesichtsfarbe, die Sclerae waren gelblich verfärbt. Der Gesichtsausdruck hatte etwas Verstörtes, Aengstliches, Schläfrig-Deprimirtes. Dyspnoeerscheinungen (z. B. Nasenflügelathmen) waren noch vorhanden, doch hatte die hochgradige Athemnoth bereits nachgelassen. Die Sprache war noch kurz, coupirt und hastig. Schmerzen in der Zwerchfellsgegend bestanden noch in fast gleicher Heftigkeit fort. Fiebererscheinungen waren nicht vorhanden. Beim Versuch, sich aufzurichten, bekam Patient einen Hustenschauer von Minutenlanger Dauer, wobei derselbe blauroth im Gesicht wurde und mit vieler Anstrengung die oben erwähnten citronengelben, zähflüssigen, cohärenten Sputa herausbefördert wurden. Beim Aufrechtsitzen geht die Inspiration noch immer mühsam von Statten unter Mitbetheiligung der accessorischen Athemmuskeln (namentlich der Mm. sternocleidomastoidei und pectorales). Die Inspirationen sind sehr flach, jeder Versuch tief Athem zu holen, löst sofort einen Hustenparoxysmus aus. Die Exspiration erfolgt ohne Beschwerden. Die Percussion ergab rechts oben bis zur 3. Rippe einen etwas matteren Schall, aber keine ausgesprochene Dämpfung, während an allen übrigen Stellen des Thorax die Percussion normale Verhältnisse bot. Bei der Auscultation nimmt man rechts oben feinblasiges Knisterrasseln wahr und weit verbreitet auf beiden Lungen trockene und zähflüssige Rasselgeräusche mit lautem Giemen und Pfeifen.

Die Sputa sind citronengelb bis schmutzig gelb, zäh, schleimig, fadenziehend am Glase klebend, nur wenige Luftblasen enthaltend, von neutraler Reaction. Ausser Platten- und Cylinderepithelien, die nur vereinzelt vorkommen, finden sich eine Unzahl freier Kerne (ob aus dem Lungenepithel?) und nebenbei in grosser Menge rothe und weisse Blutkörperchen. Ausserdem Gruppen von staubförmigen, deutlich gelbgefärbten, nicht lichtbrechenden, sich lebhaft bewegenden Pigmentmolecülen, die absolut regellos, vereinzelt oder in grösseren Colonien in den zähen Schleimmassen eingebettet sind.

Der frische Urin zeigt eine dunkelgelbe Färbung, enthält leichte Schleimwolken, aber keinen Bodensatz. Reaction schwach sauer; in seinem chemischen und mikroskopischen Verhalten ist der Harn normal, namentlich keine Spur von Eiweiss, keine Blutkörperchen, keine Cylinder.

Der Zustand des Kranken, der anfangs zu den grössten Besorgnissen Veranlassung gab, besserte sich unter der Behandlung des Herrn Sanitätsrath Wilke langsam, aber stetig. Die Expectoration wurde mit jedem Tage reichlicher. Die Athemnoth liess nach. Etwa 8 Tage lang dauerten die bronchitischen Erscheinungen fort. Nach dieser Zeit konnte Patient als geheilt entlassen werden.

Speciell erwähnen will ich hier nur noch eines Aufsehers Jacobs, 45 Jahre, dessen Krankheitsverlauf insofern von dem der übrigen Patienten wesentlich abweicht, als hier die Respirationsbeschwerden mehr in den Hintergrund traten und nur am ersten Tage ein starkes Oppressionsgefühl auf der Brust vorhanden war, dahingegen mehrere Tage lang wiederholt mit lästigen Würgbewegungen starkes Erbrechen gelbgefärbter Schleimmassen erfolgte. Patient zeigt Neigung zu Somnolenz, ist schwerfällig in seinen Antworten, klagt über Kältegefühl, heftige Schmerzen in der Magengegend, eine Schwere und Abgeschlagenheit in den Gliedern, Benommenheit des Kopfes und sehr heftigen Brechreiz. Die Athembeschwerden sind geringer, Husten ist wenig vorhanden und so gut, wie gar kein Auswurf.

Das anfänglich vorhanden gewesene Erstickungsgefühl hat sich nach Einathmungen von Ammoniak (verordnet von Dr. Wilke), nach wenig Stunden völlig verloren. Das häufige Brechen liess erst mit dem 3. Tage nach, doch konnte Patient bereits am 5. Tage nach der Katastrophe entlassen werden.

Bei allen übrigen Kranken waren die Krankheitssymptome im Wesentlichen dieselben, freilich trat bald dieses bald jenes Symptom mehr in den Vordergrund — immer waren es indessen die Luftwege, welche am meisten afficirt waren, und das Bild einer ganz acuten hyperämisch-entzündlichen Schwellung der Bronchialschleimhaut bis in die feineren Bronchialverzweigungen hinein, darbot.

Die Kranken fühlten sich matt, deprimirt, abgeschlagen, wie gelähmt in den Gliedern, der Kopf war eingenommen, doch fehlten heftige Kopfschmerzen und Schwindelerscheinungen. Von Einigen wurde ein intensiver brennender Schmerz in der Zwerchfellsgegend verspürt, andere klagten über ein zusammenschnürendes, schmerzhaftes Gefühl im Kehlkopf; bei Allen bestand Brustbeklemmung, mehr oder weniger Athemnoth und Hustenreiz, der sich bisweilen zu erstickenden Paroxysmen steigerte. Auswurf war bei den meisten nicht vorhanden, aber diejenigen Kranken, welche expectorirten entleerten alle die schon mehrfach erwähnten zähschleimigen citronengelben oder mehr graugelben Sputa. Die Percussion der Lunge ergab völlig negative Befunde, bei der Auscultation wurden meist nur spärliche trockene Rasselgeräusche, Giemen und Pfeifen, in vielen Fällen nur verschärftes Vesiculärathmen wahrgenommen. Herzaction nicht wesentlich beeinflusst. Puls bisweilen schwach und verlangsamt. Cyanose war nicht vorhanden, die Gesichtsfarbe war eher bleich, etwas schmutzig gelb, die Sclerae stark injicirt, oft leicht icterisch. Rachen und Mundschleimhaut meist nicht verändert, bei Einzelnen mässige Angina. Nur ausnahmsweise bestand Uebelkeit, Neigung zum Brechen oder saures Aufstossen und saurer Geschmack im Munde. Das Durstgefühl war gesteigert, Appetit gering. Stuhlgang und Urinentleerung erfolgten in völlig normaler Weise. Sämmtliche Kranke waren fieberfrei.

Die geschilderten Beschwerden hatten sich zwar nicht unmittelbar nach der Katastrophe, aber im Laufe derselben Nacht eingestellt und erreichten dieselben schon am ersten Tage ihren Höhepunkt. Selbst bei denen, welche schwerer unter den toxischen Wirkungen zu leiden gehabt hatten, war bereits am 2. Tage eine so bedeutende Besserung eingetreten, dass am 3. Tage nur noch 3 Patienten bettlägerig waren, von denen nur der Korbmacher Böhme eine quoad vitam sehr zweifelhafte Prognose bot.

Die Behandlung bestand in Verabreichung von „Kalkmilch" (warme Milch und Aq. Calcis zu gleichen Theilen) und alkalischen Wässern (Obersalzbrunnen). In einzelnen Fällen Einathmungen von Ammoniak mit anscheinend sehr gutem Erfolg (cf. den Fall Jacobs!). Innerlich Expectorantien (Ipecac. und Senega-Infuse), ausserdem Excitantien (Aether und Wein in grossen Dosen) und äusserlich Senfpflaster auf die Brust und in die Magengegend.

Eine ähnliche Massenvergiftung durch „salpetrigsaure" Dämpfe fand vor einigen Jahren laut mündlicher Mittheilung des Directors Herrn von Struve in der Dynamitfabrik Schleebusch unweit Köln a. R. statt. Es war Feuer ausgebrochen; die Arbeiter hatten eine grosse Anzahl Salpetersäureballons in Sicherheit zu bringen. Einige Ballons platzten und entwickelten sich sofort grosse Mengen von Untersalpetersäure-Gasen. Sämmtliche Arbeiter, welche die Gase eingeathmet hatten, litten längere Zeit an heftigen Luftröhrenkatarrhen mit erstickenden Hustenanfällen. Ein grosser Theil der Kranken spuckte Blut (? !), andere expectorirten schwefelgelb gefärbte Schleimmassen. Gestorben war indessen keiner.

Ueber zwei Todesfälle nach Einathmung salpetrigsaurer Gase referirt Orfila[1]) (Toxicologie übersetzt von Kühn Bd. I p. 124. Leipzig 1839).

(Schluss folgt.)

II. Ueber den therapeutischen Werth des Arsens.

Vortrag, gehalten auf der Versammlung der Aerzte des Regierungsbezirks Stralsund am 14. Juni 1884 zu Greifswald.

Von

Prof. Dr. Hugo Schulz.

M. H. Es ist eine doppelte Aufgabe, die der Arzneimittellehre zur Lösung vorliegt. Einmal ist es ihr Zweck, nach neuen Mitteln zu suchen, die geeignet sind, die vielfachen Leiden der Menschheit lindernd oder heilend zu beeinflussen und den Charakter jedes neuen Medicamentes so genau zu präcisiren, dass seinem Gebrauch am Krankenbette keine, auf nicht genügende Kenntniss der Wirkung zurückzuführende Bedenken in den Weg treten. Die Lösung dieser Aufgabe ist nicht leicht, und es wird in unserer rasch lebenden und rasch producirenden Zeit nicht immer die Sorgfalt aufgewendet, die gerade für diesen Zweig der Arzneimittellehre eine conditio sine qua non sein muss und ist.

Der andere Beschäftigungszweig unserer Wissenschaft verfolgt ein von dem ersten wesentlich verschiedenes Ziel. Ihm kommt es zu, nach den Gründen zu forschen, weshalb solche Arzneimittel, deren

[1]) Dieselben Fälle citirt auch Eulenberg, Lehre von den schädlichen und giftigen Gasen, S. 249f. Braunschweig 1865: ebenso findet sich bei Eulenberg als 3. Fall die Beobachtung Sucquet's (im Journ. d. médic. 1860).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heilsame Kraft bekannt ist, so wirken, wie sie es thun und nicht anders. Es ist die Lösung dieser Aufgabe erst in der neueren Zeit ernstlich in Angriff genommen worden, sie ist, fast möchte ich es sagen, noch schwieriger wie die der oben angeführten, weil sie die verschiedensten Factoren aus dem weitverzweigten Gebiet der Naturwissenschaft in ihrem ganzen grossen Umfang berücksichtigen muss, wenn anders an die Möglichkeit der Auffindung genügender Gründe überhaupt gedacht werden kann. Sie ist aber nothwendig, unumgänglich nothwendig, es gilt, der Empirie eine Basis zu verschaffen, ihr gewissermaassen die wissenschaftliche Berechtigung ihrer Existenz zu verleihen. Eine reine Erfahrungs-Heilmittellehre ist schliesslich ebensolch ein Unding, wie eine lediglich auf Thierversuche und Studien am Froschherzen begründete Lehre von der Wirkung der Arzneimittel. Die eine hängt ebenso in der Luft wie die andere, gelingt es uns, den Grund des Wirkens aufzudecken, so gewinnen wir damit, und das ist für uns das Wichtigste, eine genau festgestellte Weisung, in welchen Fällen von Krankheit ein Heilmittel überhaupt Erfolg haben kann, und wo das Gegentheil statthaben muss, mit einem Worte: Die Indication zur Anwendung irgend welcher Medicamente wird erst dann zu einer vollendeten, völlig in sich abgerundeten, wenn wir den letzten Grund der Wirksamkeit recht erkannt haben.

Sie werden, m. H., schon aus diesen Andeutungen ersehen haben, mit welchen Schwierigkeiten eine solche Arbeit verknüpft ist. Aber der Lohn, welcher uns schliesslich winkt, ist dafür auch um so grösser. Alles, was sich an Hilfsmitteln in der Wissenschaft bietet, muss herangezogen, jeder Wink benutzt werden, um ein einheitliches Bild zu gewinnen. Ich glaube, m. H., Ihnen einen kleinen Beweis für die Richtigkeit meiner Worte liefern zu können, wenn Sie mir einen Theil Ihrer reichbesetzten Zeit vergönnen wollen, um über den therapeutischen Werth eines Arzneimittels Ihnen Vortrag halten zu dürfen, das von jeher in der practischen Medicin eine hervorragende Rolle gespielt hat: das Arsen.

Wenn man, m. H., die Action der verschiedenen Medicamente auf den menschlichen Organismus vergleichend überschaut, so gewinnt man einen Eindruck, etwa dem ähnlich, wie ihn der Chemiker bei der Ueberlegung über das Verhalten seiner Reagentien empfindet. Sie lassen sich in gewisse grosse Klassen eintheilen, denen bestimmte Allgemeinreactionen eigenthümlich sind, aber jedes einzelne Reagens dient schliesslich doch einem speciellen Zweck, hat seine in seiner Eigenart begründete besondere Anwendung. Ebenso verhält es sich auch mit den Arzneimitteln. Das Arsen gehört in die grosse Klasse, deren Hauptvertreter neben ihm noch Phosphor, Antimon und Wismuth sind, ihre Allgemeinwirkungen sind Ihnen bekannt, sie ähneln einander sehr, und doch dienen die einzelnen Mittel so ganz verschiedenen Zwecken. Die verschiedenen Elemente, welche den menschlichen Organismus aufbauen, reagiren eben, wenn man ihr Verhalten genau verfolgt, in differenter Weise auf die genannten Medicamente. Ein einfaches Beispiel haben wir, wenn wir kurz Arsen und Phosphor vergleichen wollen. Beide erzeugen Gastro-Enteritis, beide führen gewisse Zellen, zumal die der Leber, der fettigen Degeneration entgegen, aber die gewaltige Zerstörung des Knochengerüstes, die Phosphor-Nekrose, ist doch nur dem Phosphor eigen, dem Arsen fehlt sie. Dasjenige Gewebe, welches der Arsenwirkung in hervorragendster Weise unterstellt ist, ist das der Drüsen, das der nervösen Centralorgane und dann das gewisser pathologischer Gebilde, die von den genannten Körperbestandtheilen ausgehend, sich durch ein besonders kräftiges, energisches Wachsthum auszeichnen, das als nothwendige Folge Zerstörung der Grundlage und auch den inneren, eigenen Zerfall der neuen Gebilde mit sich führt.

Worauf begründet sich nun diese, in therapeutischer Absicht von uns benutzte Wechselbeziehung zwischen dem Arsen und den eben aufgeführten Zellcomplexen? Um diese Frage beantworten zu können, wollen Sie mir gestatten, einen Excurs zu machen in das Gebiet der chemischen Technik. Zur Darstellung eines gewissen Farbstoffes, des Anilinschwarz, bedarf es der Oxydation einer anderen Verbindung, des salzsauren Anilins. Diese Oxydation hat man lange Zeit hindurch mit Arsensäure vorgenommen, erst in neuerer Zeit ist an ihre Stelle die noch wirksamere Vanadinsäure getreten. Das Grundprincip, um welches es sich hierbei handelt, beruht auf der Eigenschaft der Arsensäure, As_2O_5, mit Leichtigkeit einen Theil ihres Sauerstoffs an oxydirbare Substanzen abzugeben und dabei zu arseniger Säure, As_2O_3, dem gewöhnlichen weissen Arsenik zu werden. Nun hat aber, und das ist das Interessanteste an der ganzen Sache, die arsenige Säure ihrerseits in ausgesprochenster Weise die Tendenz, sich von neuem zu Arsensäure wieder zu oxydiren. Sie nimmt den dazu nothwendigen Sauerstoff von überall her, wo er überhaupt zur Verfügung steht. Der Modus der Darstellung des Anilinschwarz ist nun dieser: In ein grosses Quantum einer Lösung von salzsaurem Anilin in Wasser wird chlorsaures Kali, das bekannte vielbenutzte Medicament eingetragen, und dann ein, gegen die ganze Menge des Ansatzes verschwindendes Quantum von Arsensäure zugesetzt. Die Arsensäure oxydirt dann fast sofort einen Theil des salzsauren Anilin zu Anilinschwarz. Sie wird dabei selbst zu arseniger Säure. Diese entzieht dem sauerstoffreichen chlorsauren Kali einen Theil seines Sauerstoffs, wird wieder zu Arsensäure, diese oxydirt wieder ein Quantum Anilin, wird wieder zu arseniger Säure, und der ganze Vorgang geht so lange fort, als unverändertes Anilin und sauerstoffliefernedes chlorsaures Kali vorhanden sind. Mit derselben kleinen Menge von Arsen wird der Oxydationsvorgang beständig im Gange erhalten. Der Sauerstoff befindet sich dabei in einer äusserst lebhaften Bewegung zwischen der Arsensäure und dem Anilin einerseits und zwischen der durch die Reduction der Arsensäure entstandenen arsenigen Säure und dem chlorsauren Kali andererseits. Es ist dieser ganze Process eine der interessantesten Reactionen, die wir überhaupt kennen.

Aber, m. H., Sie fragen mit Recht, welche Nutzanwendung sollen und können wir aus diesem, für die Technik gewiss sehr wichtigen Vorgang ziehen? Wenn wir die Verhältnisse im Organismus betrachten, so wird die Antwort auf diese Frage eine leichte. Wir wissen, dass unser Körper Oxydationen zu Wege bringt von ganz colossaler Intensität. Erinnern wir uns nur daran, dass und welch grosse Mengen von Körpereiweiss beständig derart oxydirt werden, dass ihre Endproducte schliesslich die einfachsten Verbindungen, Kohlensäure, Wasser und Harnstoff werden. Bringt man arsenige Säure in den Organismus herein, so kann man auch an ihr die oxydirende Fähigkeit desselben darthun. Es gelingt nämlich mit positiver Gewissheit, wie Prof. Binz in Bonn und ich das seiner Zeit bewiesen haben, nach Einfuhr von arseniger Säure, z. B. in den Darm, dann Arsensäure wiederzufinden. Sie konnte nur entstehen dadurch, dass die arsenige Säure sich irgendwoher ihren Sauerstoff holte, auf Kosten allerdings der, auf reichliche Sauerstoffzufuhr angewiesenen lebendigen Zellen. Die so neuentstandene Arsensäure ist aber eine Verbindung, die, wie Sie aus dem vorher ausgeführten Beispiel der Anilinschwarz-Darstellung sich erinnern werden, ihren Sauerstoff nicht festhält, sondern leicht wieder zu arseniger Säure wird. Damit wäre dann der Circulus wieder geschlossen. Wie bei dem technischen Vorgang das Arsen dazu diente, das Anilin zu oxydiren unter gleichzeitiger Reduction des chlorsauren Kalis, so leistet es im Organismus ebenfalls Reduction und Oxydationsvorgänge von grösster Intensität, nur dass hier die lebenden Zellen den leidenden Theil bilden. Ihnen wird der zu ihrer Leistung nothwendige Sauerstoff entzogen und dann werden sie wieder von der auf ihre Kosten gebildeten Arsensäure oxydirt. Dass dabei ihr ganzer Aufbau schwer geschädigt wird, ist die natürliche Folge einer solchen Beeinflussung durch das Arsen. Wir sehen ja auch bei der Section an Arsen zu Grunde gegangener Individuen, wie die Magen- und Darmschleimhaut intensiv entzündet ist und die Leberzellen in exquisiter Weise fettig degenerirt sind. Aus allem diesem folgt nun, dass die Wirkung des Arsens eine viel eingreifendere, anhaltendere ist, als man aus den geringen Mengen schliessen sollte, die therapeutisch verwendet werden. Würde das Arsen nicht schliesslich durch Ausscheidung wieder aus dem Körper herausgeführt, so müsste sich mit einer einmaligen Dosis Alles erreichen lassen, was überhaupt erreichbar ist, es läge ja dann die Bedingung ebenso, wie bei der Darstellung des Anilinschwarz, wo die einmal zugesetzte Menge von Arsensäure immer dieselbe bleibt.

Schon vorher wies ich darauf hin, dass gerade die Elemente der Drüsen und der Nervensubstanz und dann die gewisser aus ihnen hervorgehender pathologischer Gebilde es seien, die vor Allem der Wirkung des Arsens ausgesetzt sind. Verfolgen wir nun diese Beziehungen etwas eingehender.

Die verbreitetste Anwendung hat das Arsen seit je bei der Behandlung gewisser Hautkrankheiten gefunden. Lichen ruber, Psoriasis, Lupus, ja selbst Carcinom hat man der Arsenwirkung unterworfen. Wir können gewiss annehmen, dass z. B. beim Lupus es sich um eine gesteigerte Lebensthätigkeit innerhalb der erkrankten Gebiete handelt, wir sehen ja dort die Haut sammt ihren Gebilden einem raschen Zerfall preisgegeben. So abnorm stark lebende Zellen müssen nun aber ihrerseits auch wieder ein günstiges Terrain abgeben für die Wirkung eines Medicamentes, das auf die Lebensvorgänge in solcher Weise influirt, wie das beim Arsen der Fall ist. Den Beweis dafür liefert uns die klinische Beobachtung: Bedecken wir eine lupös erkrankte Hautstelle, an der also sonst normales Gewebe mit zahlreichen grösseren oder kleineren Lupusknoten durchsetzt ist mit Arsenpaste. Nach Ablauf einiger Tage wird sie entfernt und was sehen wir: Die Haut ist von zahlreichen Löchern durchbohrt, jedes Loch entspricht einem vorher bestandenen, durch die Arsenwirkung zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grunde gegangenen Lupusknoten, und zwischen den Löchern zieht sich die noch von der Krankheit freie Haut unverändert hin. Das Gewebe der Lupusknoten mit seiner steten Neigung weiter zu wachsen und dabei in sich zu zerfallen, hat also dem Arsen ein passendes Arbeitsfeld geboten, die noch normalen Hautstellen hat es in derselben Zeit intact gelassen. Allerdings, hätten wir die Arsenpaste über Gebühr lange liegen gelassen, so würden wir auch bei der noch gesunden Haut Defecte erzielt haben, aber das lag nicht in unserer Absicht, es sollten ja nur die Lupusknoten zerstört werden.

Ein weiteres Feld der Arsentherapie bilden die malignen Geschwülste, die wir als Lymphome und leukämische Tumoren bezeichnen. Auch bei ihnen handelt es sich um abnorm zahlreiche und übermässig sich anbildende Zellcomplexe, die in ihrem weiteren Fortgang schliesslich das Leben in Gefahr bringen. Kommen diese Zellanhäufungen mit Arsen in Contact, so verfallen sie seiner specifischen Wirkung. Durch die wesentlich veränderte Sauerstoffbewegung, unter der sie nun zu leiden haben, werden sie zur fettigen Degeneration gebracht,, sie „schmelzen ein“ und werden resorptionsfähig. Billroth hat, wenn ich nicht irre, zuerst dargethan, dass parenchymatöse Einspritzung von Arsenlösung in ein Lymphom dessen Verschwinden herbeiführt, unser verehrter Vorsitzender, Herr Prof. Mosler, hat dann in seiner Klinik den Beweis geliefert, dass auch Milztumoren, zumal die auf Leukämie beruhenden, in gleicher Weise durch Arsen zu beseitigen sind. Ja, meine Herren, das Arsen braucht nicht einmal immer parenchymatös applicirt zu werden. Billroth fand, dass auch innerliche Darreichung von Arsen schon gute Dienste that, und das ist auch nicht zu verwundern. Das Arsen ist in Bezug auf die Art seines Eindringens in den Körper durchaus nicht wählerisch, und es ist vollständig gleichgültig, ob Sie z. B. einem Kaninchen eine letale Dosis von Arsen direct in den Magen oder subcutan beibringen. Sie finden nach dem Tode doch in beiden Fällen die grossartigsten Zerstörungen in der Darmschleimhaut vor. Es sind ja leider auch aus der Praxis solche Arsenvergiftungen von der Haut aus bekannt, ich erinnere Sie nur an den bekannten Fall von Roux. Weiterhin aber ist es auch irrelevant, ob das Arsen als arsenige Säure oder Arsensäure in den Körper gelangt, da ja doch die eine sich in die andere umsetzt und umgekehrt. Wir hätten nun an der Hand des bisher Mitgetheilten eine Indication zur therapeutischen Anwendung des Arsens, die aus der Empirie hervorgegangen, eine experimentell festgestellte Begründung besitzt: Bei bösartigen Erkrankungen der Haut und bei Anwesenheit maligner Tumoren, hervorgegangen aus abnormer Leistung bestimmter Drüsen, der Lymphdrüsen.

Weiterhin lehrt uns die klinische Erfahrung, dass auch gewisse Nervenleiden durch Arsen sich beeinflussen lassen. Ich habe seinerzeit dargethan, dass gerade die Substanz des noch lebend frischen Gehirns im hohen Maasse befähigt ist, aus arseniger Säure Arsensäure zu machen und umgekehrt. Wir haben also auch hier einen Erklärungsgrund für das Wirken des Arsens auf diesem Gebiete. Allerdings sind die pathologischen Verhältnisse, um welche es sich in diesen Fällen handelt. noch nicht völlig klar, aber das dürfen wir doch mit vollem Rechte behaupten: Bei den Affectionen des Nervensystems, bei welchen Arsen sich als helfendes Medicament beweist, thut es das nur in Folge seines eigenthümlichen Verhaltens, in Folge seiner specifischen Leistungsfähigkeit und der Beeinflussung der Sauerstoffbewegung innerhalb des erkrankten Gewebes.

Es bleiben uns nun noch zwei weitere Gebiete zu besprechen übrig, auf denen das Arsen der Therapie seine guten Dienste leistet: Malaria und perniciöse Anämie. Es ist ihnen bekannt, dass gewisse Fälle von Malaria nicht auf Chinin, wohl aber auf Arsen reagiren. Wir müssen da annehmen, dass die inneren Verhältnisse in beiden Fällen verschieden sind, obwohl das äussere Krankheitsbild beidemal identisch zu sein scheint. Wenn wir erst dazu gelangt sein werden, die Differenzen genau zu kennen, um die es sich handelt, so wird es dem Arzte von vornherein klar sein, ob er Chinin oder Arsen anzuwenden hat. Es handelt sich da, wo Arsen wirkt, bereits um tiefer gehende Veränderungen innerhalb des Gewebes der Lymphdrüsen oder in den physiologischen Verhältnissen der in ihnen lagernden weissen Blutkörperchen. Es ist das noch ein weites Feld für die Bearbeitung. Ebenso verhält es sich mit der Wirkung des Arsen bei der idiopathischen perniciösen Anämie. Auch von diesem pathologischen Zustand wissen wir zur Zeit eigentlich noch nichts. Es ist nur bekannt, dass er das Leben des von ihm Befallenen in bedenklichster Weise bedroht, worauf aber diese idiopathische perniciöse Anämie beruht, ist eben noch nicht klar. Nur eine Andeutung haben wir, und ich glaube, keine werthlose. Padley hat nämlich gefunden, dass die genannte Krankheit nicht auf Eisen, wohl aber auf Arsen reagirt. Er behandelte 48 Fälle von perniciöser Anämie ohne Arsen, mit Eisen, und hatte eine Sterblichkeit von 87,5 Proc. Das Verhältniss kehrte sich um in 22 weitern Fällen, die er mit Arsen behandelte, er erhielt dabei nur 36,35 Proc. Todesfälle. Padley behauptet auf Grund seiner Beobachtungen direct, dass die Nichtwirkung von Eisen als Differentialdiagnose sich verwerthen lasse zur Aufklärung der Frage, ob es sich um idiopathische, perniciöse Anämie oder irgend welche andere Form der Anämie handelt. Es kommen dabei gewiss tiefer gehende Veränderungen in Frage, als nur der Mangel an Eisen in den rothen Blutkörperchen. Möglicherweise ist es gerade die Fähigkeit, welche das Arsen in so hohem Grade besitzt, den Sauerstoffaustausch intensiv zu verstärken und damit je nach den Umständen Zellen zu zerstören oder sie wieder unter normalere Lebensbedingungen zu versetzen, auf die es hierbei ankommt. Wir wissen nämlich, dass das Arsen, ebenso wie es in grossen Dosen zerstörende Kräfte entfaltet, in kleinen durchaus befähigt ist, die Zellen zu vermehrter Arbeit anzuregen. Gaethgens und Kossel haben ihrer Zeit gefunden, dass kleine Mengen von Arsen eine deutliche Vermehrung des ausgeschiedenen Harnstoffs, also eines wesentlichen Productes der Zellthätigkeit, zu Wege bringen. Es kann ja auch nicht wohl anders sein, denn es ist eine selbstverständliche Sache, dass man mit einem Reizmittel, und als solches wirkt das Arsen auf die Zellen, beides leisten kann: Zerstörung, wenn es in Menge in Wirkung tritt, Anregung, wenn es in richtiger Weise und begrenzter Quantität angewendet wird. Ich erinnere Sie nochmals an die analogen Verhältnisse beim Phosphor: Grössere Mengen längere Zeit hindurch einwirkend erzeugen Knochennekrose, Zehntel Milligramme, von der Hand des Arztes gegeben, sind ein wesentliches und wirksames Mittel da, wo es sich darum handelt, das pathologische Knochengewebe in normales umzuwandeln. Oder aber, was vielleicht noch näher liegt: Giebt man Pferden kleine Mengen von Arsen, so gewahren wir bei ihnen eine deutliche Steigerung in den Aeusserungen der Lebensthätigkeit, die Thiere werden lebhafter, ihr Aussehen besser, die glänzende, glatte Haut, das lebhafte Auge contrastiren wirksam gegen das frühere Aussehen solcher Pferde, denen, allerdings nicht gerade zu lauteren Zwecken, Arsen in kleinen Dosen gegeben wurde. Giebt man die Arsenmenge zu hoch, so tritt an Stelle des gewünschten guten Erfolges Vergiftung ein, ebenso aber auch sinkt das Allgemeinbefinden wesentlich, wenn die Arsenfütterung eingestellt wird, der dann seines Anreizes entbehrende Organismus, an und für sich schon vorher unkräftig, verfällt jetzt nach der vermehrten Leistung um so rascher. Eine ganz analoge Bemerkung machen die Arsenesser in Steiermark an sich, sie dürfen ihrer Gewohnheit nicht entsagen, wollen sie sich nicht der Gefahr schwerer Erkrankung aussetzen.

Wir haben also, m. H., um es schliesslich nochmals kurz zu sagen, im Arsen ein Medicament, das vermöge seiner Eigenschaft, den Sauerstoffaustausch innerhalb der Gewebe in wesentlichem Grade zu fördern, im Stande ist, ja wir können jetzt wohl sagen, im Stande sein muss, einmal darnieder liegende vitale Functionen anzuregen, dann aber auch übermässig gesteigerte und damit pathologische Gewebsproduction zu hemmen und das neugebildete Material dem Verfall entgegenzuführen. Dass dem so ist, lehrt uns die Erfahrung, weshalb es so ist, sagt uns das Experiment. Es folgt aber auch weiter noch daraus, dass es an und für sich verfehlt sein musste, wie man es gethan hat, das Arsen bei Lungenphthise zu empfehlen. Die klinische Erfahrung hat die Unrichtigkeit des Arsengebrauchs bei dieser Krankheitsform dargethan, und wir haben in der theoretischen Erwägung über die Art und Weise der Arsenwirkung keinen Anhaltspunkt, der uns ermächtigen könnte, das Gegentheil von der klinischen Beobachtung zu behaupten.

III. Zur Behandlung der Cholera.

Von

Dr. Fr. Dornblüth in Rostock.

Die Entdeckung des Cholerabacillus und die allerdings noch ziemlich dürftige Kenntniss seiner Lebenseigenschaften kann nicht umhin, auf unser practisches Handeln einen bedeutenden Einfluss auszuüben.

In prophylactischer Beziehung wird Koch's Entdeckung uns zwar nicht abhalten dürfen, der Bekämpfung der Hülfsursachen im Sinne Pettenkofer's nach wie vor volle Aufmerksamkeit und Thätigkeit zu widmen; aber zugleich wird sie unter Zerstörung der Illusionen mancher Desinfectionisten, die genug gethan zu haben glauben, wenn nur die übelen Gerüche zerstört oder durch noch stärkere verdeckt werden, zuverlässigere Wege bahnen, um dem Bacillus selbst zu Leibe zu gehen. Darüber dürfen wir sicher bald nähere Aufklärungen aus dem Reichsgesundheitsamt erwarten.

Aber schon jetzt scheint es geboten, angesichts der drohenden Cholera-Invasion, eine Verständigung mindestens über die Richtung und die Grundzüge unseres therapeutischen Handelns anzubahnen.

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Denn wenn wir auch jetzt noch nicht in der Lage sind und vielleicht niemals oder wenigstens noch lange nicht in die Lage kommen werden, ein specifisches Heilmittel gegen die Cholera zu besitzen, das uns einen ähnlich sichern Erfolg verspricht, wie das Chinin gegen Wechselfieber hat, — schon die grosse Acuität des Processes und die geringe Zugänglichkeit seines Sitzes warnt vor allzu grossen Hoffnungen, — so können wir doch jetzt schon viele der früheren therapeutischen Versuche, zu denen selbst vorsichtige Aerzte durch das häufige Fehlschlagen ihrer Bemühungen immer wieder angereizt wurden, als vollkommen verfehlt bezeichnen und vor ihrer Wiederholung warnen.

Auf Grund der nicht mehr zweifelhaften Thatsache, dass die Cholera verursacht wird durch Einwanderung des Kommabacillus und Wucherung desselben im Darm, nachdem er irgendwie der zerstörenden Einwirkung des sauren Magensaftes entgangen ist, haben wir zunächst prophylactisch den Magen nach Möglichkeit in gesundem, Salzsäure producirendem Zustande zu halten und ihm, wo nöthig, durch Einführung freier Salzsäure zu Hülfe zu kommen. Wir werden, so viel es möglich ist, vermeiden, uns in nüchternem Zustande der Infection auszusetzen; wir werden ferner, wie schon immer gelehrt wurde, Indigestionen und andere Störungen der Verdauungsthätigkeit vermeiden lassen, und wir werden Magenkatarrhe, auch diejenigen der Säufer, und Dyspepsien durch Darreichung von Salzsäure zu beseitigen oder unschädlich zu machen suchen. Bei offenbaren Magenüberladungen oder nach dem Genuss von Speisen, welche die Verdauung erheblich zu stören drohen, darf man sich auch nicht scheuen, durch ein energisch wirkendes Brechmittel (aus Ipecacuanha) die gefährlichen Massen zu entfernen, was ich selbst mit unmittelbar günstigem Erfolge mehrfach gethan habe.

Die sogenannte prämonitorische Diarrhoe in Cholerazeiten mag zuweilen aus irgend welchen anderen Ursachen hervorgehen und dann durch Herabsetzung der Widerstandskraft des Darms gegen den Bacillus die Choleraerkrankung begünstigen; meistens aber ist sie ein Zeichen der stattgehabten Infection, die erste sichtbare Wirkung der Cholera, wie sich durch die sicher festgestellte Infectiosität dieser Ausleerungen zeigt. Da aber diese beiden Arten von Durchfällen sich nicht unterscheiden lassen, — von der Verwerthung des Kommabacillus für diese jedenfalls rasch zu stellende Diagnose dürfte wohl abzusehen sein, — wird man gut thun, jede Diarrhoe zur Zeit einer Choleraepidemie als wirklichen Choleradurchfall zu behandeln. Wenn dies richtig ist, so ist es unzweifelhaft verkehrt, diese Durchfälle schleunigst stopfen zu wollen, wozu die falsche Auffassung der Thatsache, dass während einer Choleraepidemie jeder Durchfall gefährlich ist, Aerzten und Laien nur zu viel Anlass giebt. Gilt es schon bei jedem Durchfall als erste therapeutische Regel, die freilich nur zu oft vergessen und gröblich verletzt wird, den schädlichen Darminhalt zu entfernen, so hat man dies ganz gewiss auch gegen gährenden p.p. Darminhalt, ganz besonders aber gegen die eingewanderten und in rascher Vermehrung begriffenen Bacillen zu thun.

In der That ist von verschiedenen Aerzten die Zweckmässigkeit eines kräftigen Abführmittels in diesem Stadium nicht blos theoretisch behauptet, sondern practisch dargethan, und die behaupteten günstigen Erfolge der Wassercuren können jedenfalls nur auf Ausleerung und Reinigung des Darms sich gründen. Andererseits ist die Darreichung von Stypticis, unter denen Opium die Hauptrolle spielt, auch in diesem Stadium der Cholera in der Regel unnütz, nach hiesigen Erfahrungen sehr oft direct nachtheilig. Während der grossen Epidemie von 1850 und 1859, an deren Bekämpfung ich in Rostock und Umgegend, sowie in unserm Hafen- und Badeorte Warnemünde mich sehr thätig betheiligt habe, hat sich diese Beobachtung mir so oft aufgedrängt, dass ich sie nicht für zufällig halten kann. Im Sommer 1859 waren viele Rostocker aus den wohlhabenderen Klassen nach Warnemünde geflüchtet, wo sie sich sicher wähnten, weil die früheren Epidemien von 1832 und 1850 diesen Ort verschont hatten. Viele hatten sich doch für sogenannte Nothfälle mit opiumhaltigen Choleratropfen oder Pulvern (namentlich Bism. subn. c. Op.) versehen, die bei Diarrhoen angewendet wurden. Diese schritten demungeachtet fort und entwickelten sich oft zu den allerschlimmsten Fällen von Cholera, so dass bei meinem Collegen und mir gerade die Rostocker Cholerakranken einen sehr übeln Ruf erwarben. Die Anschauung, dass durch solche Mittel, besonders Opium, die Choleradurchfälle nicht beseitigt, der Verlauf der Krankheit aber — unentschieden ob durch versäumte Hülfe oder positiv — verschlimmert wurde, war damals so allgemein, dass in der Wirkung und Nichtwirkung des Opium ein Unterschied zwischen Cholera nostras und asiatica gefunden wurde, und das auf ärztliches Andringen sowohl in der Rostocker Rathsverordnung vom 27. Juli 1861, als auch in der Grossherz. Mecklenburg-Schwerinschen Verordnung vom 27. Juni 1863 den Apothekern der Verkauf und die Reiteratur opiumhaltiger Mittel für Cholerazeiten ausdrücklich verboten wurde. Dass dies Verbot unter dem frischen Eindruck einer grossen Epidemie erlassen wurde, verdient um so mehr hervorgehoben zu werden, als in Niemeyer-Seitz (X. Aufl. II. 755) das Opium „eins der wirksamsten Mittel gegen Choleradiarrhoe" genannt wird, weshalb auch die Anwendung der Opiumtinctur „ohne besondere ärztliche Verordnung zu gestatten" sei.

Dem häufigen Andrängen nach einem Hausmittel, das bis zur Ankunft des Arztes anzuwenden sei, habe ich in Folge jener Erfahrungen mit dem Rathe erwidert: „Legen Sie sich bei den ersten Krankheitszeichen zu Bett, halten sich warm und trinken etwas Thee, einerlei ob chinesischen oder Pfeffermünzthee" (damals sehr beliebt), und ich habe diesen Rath niemals zu bereuen gehabt, bin vielmehr in der Behandlung solcher Fälle besonders glücklich gewesen, wenn sie nicht etwa, vermuthlich in Folge sehr starker Infection, von vornherein äusserst stürmisch einsetzten, wo dann freilich das Opium sicher auch nichts genützt haben würde.

Auch während des weitern Verlaufs der eigentlichen Cholera sind Opiate und Styptica, wenn nicht positiv schädlich, so doch ganz gewiss unnütz. Schon viele ältere nnd neuere Aerzte haben vor dem Opium gewarnt, weil seine Anwendung das Choleratyphoid zu begünstigen scheine. Sicher ist, dass wenn auf der Höhe der Krankheit die Darmausleerungen plötzlich aufhören, (etwa durch Darmlähmung?) die Prognose fast oder absolut lethal ist.

Heute, wo wir den Kommabacillus als Ursache der Cholera kennen, würde es meines Erachtens unbedingt verkehrt sein, denselben durch Verminderung der Darmausscheidungen und Darmbewegungen im Körper zurückhalten zu wollen. Im Gegentheil, die Losung muss sein: hinaus mit ihm!

In dieser Absicht ist theoretisch gewiss dasjenige Mittel am meisten gerechtfertigt, welches neben der darmentleerenden zugleich desinficirende, pilztödtende Eigenschaften besitzt: nämlich Calomel. Wir wissen, dass es grossentheils unzersetzt durch den Magen in den Darmkanal gelangt und hier wahrscheinlich Sublimat (die Bildung eines löslichen Quecksilberalbuminats ist im Choleradarm wegen seines eiweissarmen Inhalts wohl nicht anzunehmen) bildet, also nach unsern heutigen Erfahrungen das stärkste und zuverlässigste Desinficiens. Keins von den andern antibakteriellen Mitteln wirkt in so starker Verdünnung, und kein anderes hat zugleich die ausleerende Wirkung des Calomel.

Die Empfehlung des Calomel ist nicht neu. Neben vielen englischen Aerzten haben auch hervorragende deutsche Aerzte, von denen ich nur Pfeufer nennen will, dasselbe dringend empfohlen, und ich selbst habe davon so viel gute Erfolge gesehen, dass ich nach anderen Versuchen immer wieder darauf zurückgekommen bin. Man gab es zu 0,06 stündlich, oder 0,18 dreistündlich so lange bis entweder das Fortschreiten der Krankheit die Erfolglosigkeit des Versuches anzeigte, oder grüne Ausleerungen eintraten, womit die Wendung zum Bessern eingeleitet zu sein scheint. Ich würde bei der Choleradiarrhoe, ähnlich wie im Anfang des Abdominaltyphus, einmal oder mehrmals 0,5, später aber öfter wiederholte kleinere Dosen (0,05—0,1) geben, weil davon am ehesten eine dauerndere Wirkung, besonders antibacteriell, zu erwarten ist. Natürlich muss man individualisiren und sowohl die Natur, als auch den Verlauf der Krankheit genau beobachten, um weder zu viel, noch zu wenig zu thun, auch rechtzeitig die im algiden Stadium oft nöthigen Reizmittel zu geben. Als Beruhigungsmittel gegen das stürmische Erbrechen dienen Eispillen, kalte kohlensaure Getränke, Champagner, und feurige Weine, — ganz vorzüglich, manchmal augenscheinlich lebensrettend, warme Vollbäder. Von manchen Seiten sind subcutane Morphiumeinspritzungen empfohlen, über die mir, weil sie zur Zeit unserer letzten Choleraepidemie (1859) noch nicht bekannt waren, keine Erfahrungen zu Gebote stehen: jedenfalls dürften sie unschädlicher und wirksamer sein, als die innerlich verabreichten Opiate.

Von Argentum nitricum, Bismuth. subnitr., den Präparaten der Nux vomica, dem Tannin und anderen Adstringentien und Stypticis habe ich niemals Erfolge gesehen und sie deshalb, nachdem ich Erfahrungen gesammelt hatte, überhaupt nicht mehr angewendet. Dagegen halte ich den Versuch, durch subcutane oder sogar intravenöse Salzwasser-Einspritzungen die gefährliche Bluteindickung zu bekämpfen, für durchaus rationell; durch erstere kann wenigstens sicher kein Schaden angerichtet werden.

Wenn wir endlich das Choleratyphoid als Folge der Retention schädlicher Blutbestandtheile ansehen dürfen, an deren Zustandekommen die Leber einen gewiss nicht geringeren Antheil hat, als die Nieren, so dürfte auch hier ein energischer Versuch mit Calomel um so mehr gerechtfertigt sein, als englisch-ostindische Aerzte günstige Erfahrungen darüber beigebracht haben. Als Diureticum wurde hier vielfach Acidum citricum angewendet, — meine Erfahrungen sind nicht aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reichend, um darüber ein Urtheil zu fällen, da es aber die Aufnahme und Resorption reichlichen Getränkes erleichtert und nicht contraindicirt ist, so mag es sich zur Beachtung und Erprobung empfehlen.

Wenn wir Aerzte uns beständig die oben entwickelten Gesichtspunkte der Cholerabehandlung vor Augen halten, so werden nach meiner, durch immerhin nicht ganz geringe Erfahrungen und Erfolge gestützten Ueberzeugung unsere Erfolge besser sein, als sie bisher gewesen sind. Bei der Anerkennung, welche das Calomel neuerdings in der Typhusbehandlung findet, hoffe ich auf zahlreiche Versuche, bei denen sich noch herausstellen muss, ob und wie bald etwa das Quecksilber durch andere antibacterielle Mittel, wie etwa Resorcin oder Cotoin, ersetzt werden kann. Die nicht selten aufgestellte Behauptung: das Gleichbleiben der Sterblichkeitszahlen in allen Epidemien zeige die Unfruchtbarkeit jeder Behandlung, die in den Aussprüchen gipfelt: „lasciate ogni speranza", oder „wer nicht stirbt, hat keine Cholera gehabt", beweisen nur, dass die Behandlung bisher im Allgemeinen unzulänglich gewesen ist, was, wie ich oben an einigen Beispielen gezeigt habe, bei den unsichern, fortwährend mit den Mitteln wechselnden Versuchen, den Magendarmausleerungen Einhalt zu thun, und bei der grossen Anzahl der zu spät oder gar nicht in Behandlung gekommenen Cholerakranken wahrlich nicht zu verwundern ist. Jener Verzweiflung gegenüber muss ich gerade den jüngeren Collegen, die noch nicht selber Choleraerfahrungen gesammelt haben, meine Ueberzeugung ans Herz legen, dass die grosse Mehrzahl der rechtzeitig und richtig behandelten Cholerafälle zur Genesung geführt werden kann, dass man aber auch in anscheinend verzweifelten Fällen die Hoffnung nicht aufgeben darf. Die Prognosis infaustissima, mit welcher der Arzt sich achselzuckend abgewandt hatte, habe ich mehr als einmal durch einen glücklichen Ausgang als irrthümlich dargethan gesehen.

IV. Weitere Arbeiten zur Kenntniss der Infectionskrankheiten.

Referent Dr. Gaffky.

Chauveau, De l'atténuation des cultures virulentes par l'oxygène comprimé. Gaz. hebdomad. de médec. et de chirurg. 1884 No. 22.

Schon früher hatte Ch. in seinem Laboratorium durch Wosnessenski Versuche anstellen lassen darüber, ob sich nicht eine Abschwächung der pathogenen Eigenschaften der Milzbrandbacillen durch die Einwirkung von comprimirter Luft bezw. comprimirtem Sauerstoff erzielen lasse. Die Veranlassung zu diesen Versuchen gab die von P. Bert beobachtete Thatsache, dass Milzbrandbacillen absterben, wenn die über dem Milzbrandblut befindliche Luft unter einem hohen Druck (20 bis 40 Atmosphären) steht. Ch. vermuthete nämlich, dass eine Uebergangsstufe existiren müsse, in welcher bei nicht so weit getriebenem Druck die Bacillen in ihren pathogenen Eigenschaften abgeschwächt werden, ohne ihre Entwickelungsfähigkeit einzubüssen. — Nachdem die Versuche von Wosnessenski, welche nur an Meerschweinchen gemacht wurden, zu practisch verwerthbaren Resultaten nicht geführt hatten (vergl. Compt. rend. séance du 4. Févr. 1884), hat Ch. selbst neuerdings dieselben wieder aufgenommen, hat aber zur Prüfung der pathogenen Eigenschaften der Bacillen nicht nur Meerschweinchen, sondern auch Hammel benutzt. Die Resultate waren sehr bemerkenswerthe und, wie Ch. meint, auch für die Praxis vielversprechende.

Die von P. Bert und auch von Wosnessenski gemachte Beobachtung, dass bei einer nur wenig vermehrten Spannung des Sauerstoffs bezw. der atmosphärischen Luft die Virulenz der Culturen eher zu- als abnahm, konnte Ch. ebenfalls bestätigen. Unter stärkerem Druck machte Sauerstoff die Culturen virulenter für Meerschweinchen, verringerte aber ihre Virulenz für Hammel. Nahe der Grenze des Drucks, bei welcher überhaupt die Entwicklung der Bacillen aufhört, erhielt Ch. Sporen, welche Meerschweinchen noch tödteten, bei Hammeln aber nur vorübergehende leichte Störungen hervorriefen. Nach einmaliger Injection solcher Culturen waren die Hammel vollständig immun auch gegen das virulenteste Milzbrandmaterial. Der Grad der Virulenz der abgeschwächten Bacillen blieb bei einer unter gewöhnlichen Verhältnissen angestellten Weiterzüchtung in der zweiten Generation unverändert.

Weiterhin fand Ch. folgende Thatsache: Entnahm er Blut von einem Meerschweinchen, welches nach Injection einer durch comprimirten Sauerstoff behandelten Cultur eingegangen war, und injicirte dieses Blut Hammeln, so blieben dieselben am Leben und waren nachher ebenfalls immun gegen das virulenteste Milzbrandmaterial. Diese Untersuchungsreihe wurde an 8 Hammeln angestellt.

Die durch comprimirten Sauerstoff abgeschwächten Culturen konnten mehrere Monate lang aufbewahrt werden, ohne ihre Eigenschaften — bei Meerschweinchen tödtlich zu wirken, Hammeln Immunität zu verleihen — im geringsten einzubüssen.

Rinder verhielten sich den Culturen gegenüber wie Hammel.

Als wesentlichste Vortheile des nach seiner Methode gewonnenen Vaccins, hebt Ch. hervor, dass eine Präventivimpfung sicher immun mache, dass sie gefahrlos sei und dass der Impfstoff sich Monate lang in unveränderter Wirksamkeit aufbewahren lasse.

Baumgarten, Reincultur der Tuberkelbacillen. Centralbl. f. d. m. W. 1884 No. 22.

B. bringt ein kleines Fragment eines bacillenhaltigen Tuberkelknötchens unter aseptischen Cautelen in die vordere Augenkammer eines lebenden Kaninchens. Die in den nächsten 8 bis 14 Tagen eintretende Volumszunahme des eingebrachten Stückchens beruht zum grössten Theil auf der massenhaften Vermehrung der Tuberkelbacillen. Nach 6—8 Tagen nimmt B. das Stückchen heraus und überträgt Theile davon in die vordere Augenkammer anderer Kaninchen und erhält, indem er in gleicher Weise bei immer frischen Kaninchen verfährt, schliesslich vollständige Reinculturen der Tuberkelbacillen ohne Beimengung der ursprünglichen Gewebssubstanz und ohne Beimengung anderer Organismen.

B. sagt: „Das beschriebene Reinculturverfahren hat vor den Reinzüchtungsmethoden ausserhalb des lebenden Körpers mit künstlichen Culturapparaten den Vorzug, dass es ausser den aseptischen Cautelen bei der Operation keine weiteren Vorsichtsmaassregeln behufs Sterilisirung und Wärmeconstanz der Apparate nothwendig macht." — Dem Ref. drängt sich dabei die Frage auf, zu welchem Zwecke denn diese Reinculturen dienen sollen. — Zur Feststellung der Diagnose, ob ein Organstückchen, dessen mikroskopische Untersuchung ein negatives Resultat ergeben hatte, nicht doch Tuberkelbacillen oder deren Sporen enthält, ist ja unzweifelhaft die Einbringung in ein Kaninchenauge ein vorzügliches Mittel. Bis zur Reincultur der Bacillen brauchen wir es indess in diesem Falle nicht zu treiben. Kommt es uns aber ausschliesslich darauf an, Reinculturen zu gewinnen, so werden wir doch gern darauf verzichten eine ganze Reihe von Thieren zu inficiren, wenn wir denselben Zweck ohne allzu grosse Schwierigkeiten auch mit leblosen Nährsubstraten erzielen können. —

Ziehl, Ueber den Nachweis der Pneumoniekokken im Sputum. Centralbl. f. d. m. W. 1884 No. 7.

Z. wendet sich gegen die von C. Friedlaender (Fortschr. d. Med. 1883 No. 14) ausgesprochene Ansicht, dass auf den Nachweis von Mikrokokken im pneumonischen Sputum kein Werth zu legen sei, dass man insbesondere auf Grund des mikroskopischen Bildes nicht feststellen könne, ob die gefundenen Organismen Pneumoniekokken seien, oder ob es sich um von aussen her in die Bronchien gelangte zufällige Verunreinigungen handele. Z. spricht sich im Gegensatz zu jener Meinung dahin aus, dass man sehr wohl in einem frischen Sputum die Pneumoniekokken von anderen Mikrokokken zu unterscheiden im Stande sei und dass in Folge dessen die mikroskopische Untersuchung des Sputums unter Umständen auch für die Diagnose der Pneumonie von Wichtigkeit sein könne. — Einen besonderen Werth legt Z. auf die bekannte, die Pneumoniekokken umgebende Hülle, welche er in gleicher Mächtigkeit bisher niemals an Mikrokokken im phthisischen oder im bronchitischen Sputum gefunden habe. Er konnte diese Hülle an den Mikrokokken im pneumonischen Sputum mit vollkommener Sicherheit nachweisen, wenn auch die Anzahl derjenigen Organismen, welche eine Hülle im Präparat zeigten, ganz erheblich wechselte.

Ref. schliesst sich in dieser Controverse durchaus der Ansicht Friedlaender's an. In einem frischen pneumonischen Sputum, welches Ref. in diesen Tagen zu untersuchen Gelegenheit hatte, fanden sich neben vereinzelten Bacillen und einer kleineren reichlich vertretenen Mikrokokkenform auch zahlreiche den Friedlaender'schen Abbildungen entsprechende Mikrokokken. Von einer Hülle war an denselben aber nichts zu bemerken, trotzdem sie nach der von Ziehl empfohlenen Methode gefärbt waren. Ob sie in der That mit den Friedlaender'schen Pneumoniekokken identisch waren, oder ob es sich um nur der Form nach ähnliche, zufällig in die Bronchien gelangte, nicht pathogene Organismen handelte, musste auch in diesem Falle dahingestellt bleiben.

V. H. Schmaltz, Die Taubstummen im Königreich Sachsen. Ein Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie und Verbreitung der Taubstummheit. Mit 2 Tafeln, Leipzig 1884.

H. Bircher, Der endemische Kropf und seine Beziehungen zur Taubstummheit und zum Cretinismus. Mit 3 Karten. Basel 1883. Referent Dr. Julius Zucker in Berlin.

Obwohl die Vff. dieser beiden in gleicher Weise auf ungemein fleissige statistische Erhebungen gestützten Arbeiten ganz entgegen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesetzte Ansichten vertreten, so ist doch die Art und Weise der Untersuchung sowie die Uebereinstimmung der Autoren in gewissen Punkten eine so grosse, dass eine gemeinsame Besprechung wohl geeignet erscheint.

Während das Beobachtungsfeld von Schmaltz, Sachsen, wie schon vielfach betont worden, für statistische Untersuchungen gerade deshalb ein besonders günstiges Object ist, weil es bevölkert genug ist, um grosse Zahlen zu gewähren, und doch klein genug, dass sich das Material noch bequem übersehen lässt. erfüllte Bircher die schon häufig ausgesprochene Forderung, genauere Erhebungen in einer jener Gebirgsgegenden anzustellen, die sich erfahrungsgemäss durch eine hohe Taubstummenquote auszeichnen.

Freilich leugnet S. überhaupt völlig das Bestehen jenes Unterschiedes zwischen Gebirge und Flachland, auf Grund dessen eine Untersuchung, wie die von B. so wünschenswerth erscheinen muss. Er kommt vielmehr zu dem Resultate, dass zwar auch in Sachsen constant die Häufigkeit der Taubstummheit im Gebirge am stärksten erscheint, dass aber die Theilsummen, welche zusammen jene absoluten, scheinbar beweiskräftigen Ziffern ergeben, durchaus nicht für die von Escherich u. a. vertretenen Hypothesen von dem Einflusse terrestrischer Verhältnisse, sondern eher gegen sie sprechen. Genaue Zahlenangaben, die sich allerdings nicht zum Referat eignen, beweisen, dass in den einzelnen Amtshauptmannschaften der weitaus grösste Bruchtheil aller auf den Bezirk entfallenden Taubstummen derjenigen Höhe angehörte, welche der Durchschnittshöhe desselben entsprach. Dasselbe wie für die Höhenlagen durch Studium des orographischen Details, weist er durch geognostische und hydrographische, durch Specialkarten sehr anschaulich gemachte, Erörterungen für die Gesteinsformationen und die Erscheinungsformen des Wassers nach. Wenn er somit die terrestrischen Ursachen der Taubstummenhäufigkeit zurückweist, so sucht er vielmehr — und die Betonung dieser Verhältnisse ist der Hauptzweck der Schmaltz'schen Arbeit — in der socialen Lage einer Bevölkerung die Momente, welche zu der Taubstummenhäufigkeit einer Gegend in Parallele stehen und auch in ursächliche Beziehung zu ihr gebracht werden dürfen. Durch die Zusammenstellung der Anzahl der Taubstummen mit der Dichtigkeit der Bevölkerung sowie ihrer Stammeszugehörigkeit, dem Ziffernverhältniss der Geschlechter und Confessionen, der Art und Dichtigkeit ihres Wohnens, sowie endlich mit den Zahlen, die sich aus einer Statistik der Berufsklassen und des mit den einzelnen Gewerben erfahrungsgemäss verbundenen Einkommens ergeben, wird die sociale Lage ganzer Bevölkerungstheile illustrirt und hieraus die grössere oder geringere Wahrscheinlichkeit abgeleitet, mit welcher man die Ursache der Taubstummenhäufigkeit in eben dieser sehen darf. Gerade darnach erscheint die Höhe der Quote in dem gebirgigen Theile Sachsens überhaupt und der Lausitz, deren Niedrigkeit im platten Lande und ihr noch weiteres Abfallen in den Grossstädten mit ihrer Umgebung sehr plausibel und mit Recht bringt S. mit dem socialen Elend und der Armuth „die hiervon abhängige Inferiorität der Race und das weiter davon beeinflusste Maass sanitären Können und Wollens“ als die eigentliche Ursache für die Höhe der Quote in Verbindung. Und in der That ergab auch die Nachforschung nach der Abstammung und der äusseren Lage der einzelnen Taubstummen, dass die factischen Verhältnisse der Individuen grösstentheils völlig denen entsprachen, welche als giltig für die auf ganze Verwaltungsdistricte entfallende Gruppen aufgestellt waren.

Im engen Anschlusse hieran bespricht S. die Frage von dem Verhältnisse zwischen dem angeborenen Defecte und dem erworbenen. Er wünscht nämlich — und hierin stimmt er in gewisser Beziehung mit B. überein — diese Trennung nicht so strict durchgeführt zu sehen wie bisher und betont ganz richtig, dass die allgemein zugegebene hereditäre Belastung ja nicht nur intrauterin, sondern auch in den ersten Lebensjahren in verminderter Resistenz gegen die das Gehörorgan bedrohenden Erkrankungen sich äussern könne, wie er das durch mehrere Krankengeschichten illustrirt.

B. setzt sogar an die Stelle der bisher giltigen Trennung in angeborene und erworbene Taubstummheit die in endemische und sporadische, von denen er jene auf territoriale, diese auf Gelegenheitsursachen zurückgeführt. „Angeboren kann das Gebrechen bei beiden Kategorien sein; wenn demselben z. B. congenitale Missbildungen des Gehörorgans zu Grunde liegen, so haben wir es mit angeborener sporadischer T. zu thun, während die endemische T. angeboren ist, wenn unter dem Einflusse der endemischen Krankheitsursachen schon intrauterine Veränderungen der cerebralen Gehörs- und Sprachcentren entstehen, welche die Entwicklung der Sprache verunmöglichen.“ (S. 67.) Er vertritt somit einen gerade entgegengesetzten Standpunkt wie S., beweist dies aber ebenso durch geographisch-statistische Zahlen wie jener. Die endemische Taubstummheit (80 Proc. sämmtlicher Taubstummen in der Schweiz) ist nach ihm nur eine besondere Art der cretinischen Degeneration, bei welcher besonders die Centren für Sprache und Gehör betroffen sind, und die Häufigkeit ihres Vorkommens bei kropfigen Individuen keine Zufälligkeit, sondern beides sind Coeffecte einer Ursache. Durch genaue orographische und geologische Angaben, die durch sorgfältige Cartogramme erläutert werden, beweist er nämlich, dass diese Degeneration nur auf „Sedimenten des triasischen, des eocenen und des miocenen Meeres vorkommt, das crystallinische Urgebirge, die Jura- und die Kreideformation, sowie die Süsswasserablagerungen aber verschont“. Durch 70 Trinkwasseruntersuchungen fand er nun, dass in den Quellen der Kropfgegenden stäbchenförmige Mikroorganismen vorkamen, die in den Brunnen kropffreier Gebiete fehlten, konnte aber weder dieselben Organismen in den Strumen selbst nachweisen, noch durch Fütterung mit Kropfwasser bei Hunden Kröpfe erzeugen.

VI. G. Neuber. Vorschläge zur Beseitigung der Drainage für alle frischen Wunden. (Mittheil. aus d. chirurg. Klinik zu Kiel; herausgeg. von Fr. Esmarch. II. Kiel, Lipsius & Tischer.) Ref. A. Bidder-Berlin.

Seit dem Herbste vorigen Jahres ist in dem Kieler chirurg. Klinikum wiederum eine Modification des Dauerbandes versucht worden, indem die bisher benutzte Drainage mittelst entkalkter Knochenröhren und die Durchlochung der Wundlappen behufs „Canalisation“ sich nach manchen Richtungen hin als unzweckmässig erwiesen hatte. Die Drainage kann für eine grosse Zahl von Wunden dadurch umgangen werden, dass man die Wundflächen von der Tiefe bis nach oben durch versenkte Catgutnähte aneinander fixirt und so zu directer Verklebung, unter Vermeidung sog. todter Räume bringt. Die von Werth mit so grossem Erfolge eingeführte Benutzung versenkter Nähte bei Dammoperationen etc. wird also verallgemeinert. Lassen sich die Wundflächen nicht vollständig vereinigen, wie z. B. bei Necrosenoperationen, so werden die Hautlappen wenigstens in die tiefe Knochenmulde eingestülpt und zu directer Bekleidung der Knochenflächen benutzt. Es werden „Lappenimplantationen“ gemacht. Gewisse — noch nicht ganz gelöste — Schwierigkeiten macht die Sache bei Gelenkresectionen; am besten erscheint es, an dem tiefsten Punkte der Wundspalten einen zungenförmigen Hautlappen zu bilden, an die Unterlage zu nähen und den anderen Theil der Wunde nur soweit zu vereinigen, dass über diesen kleinen Hautlappen spaltförmige Oeffnungen zur „natürlichen Secretableitung“ zurückbleiben; solche Oeffnungen an den Wundwinkeln können auch durch Verziehung, „Verhaltung“, der Wundränder bei der Naht hergestellt werden. Damit die Heilung nun wirklich prima intentione eintrete, ist noch dafür zu sorgen, dass die Wundflächen vor Anlegung der Naht möglichst wenig gereizt werden. Zur reizlosen Irrigation haben sich, ausser 3 proc. Carbollösung, am besten bewährt Sublimatlösungen (1 : 2000) und 0,6 proc. Kochsalzlösungen. Ein besonderer, zur Herstellung dieser Lösungen von Neuber erfundener Apparat wird beschrieben und abgebildet; zahlreiche Abbildungen ferner illustriren die Technik der Anlegung der zum Ersatz der Drainage dienenden versenkten Nähte. Tabellen über 85 in solcher Weise in dem Kieler Klinikum im Wintersemester 1883/84 behandelte Fälle zeigen, dass 41 „absolut“ primär heilten. Die weiteren in der Schrift enthaltenen Anweisungen und Schlüsse wolle man im Original nachlesen.

VII. Geheimrath Robert Koch befindet sich auf der Rückreise, nachdem er die ihm gestellten Aufgaben in Frankreich vollendet hat. Als wir in No. 27 von seiner Abreise Kenntniss gaben, glaubten wir hinzusetzen zu dürfen, dass wir der französischen Regierung Unrecht gethan hätten, weil wir voraussetzten, der deutsche Forscher sei auf ihre Einladung hin nach Toulon gegangen. Dem war nun nicht so. Die deutsche Regierung erwirkte bei dem französischen Minister der auswärtigen Angelegenheiten lediglich die Genehmigung die ihrerseits Herrn Koch übertragene Mission.

Ueber die letztere hinaus hat derselbe dem Gesundheitsrathe der verseuchten Stadt Toulon bereitwillig die von diesem erbetene Belehrung ertheilt. Diese Gefälligkeit unseres berühmten Landsmannes hat in der französischen Presse zu den widerlichsten Angriffen auf ihn und seine wissenschaftlichen Entdeckungen geführt, denen die von ihm vorgeschlagenen sanitären Maassregeln entsprachen. Die dem Gesundheitsrathe in Toulon von ihm übergebenen Anweisungen wurden aber, wie gewöhnlich, vielfach missverstanden und daraufhin einer durchaus ungerechten Kritik unterworfen. Wir zweifeln keinen Augenblick daran, dass die Mehrzahl der wirklich soliden französischen Hygieniker unser Bedauern über diese Angriffe theilt. Natürlich steht Herr Pasteur an der Spitze der Angreifenden und wir werden ja

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wohl Gelegenheit haben, uns mit diesem Herrn und seinesgleichen jetzt wieder einmal etwas näher zu beschäftigen.

Die beste Antwort auf alle diese neue in Frankreich leider, wie der Regel nach immer, von dem Gefühle des Nationalhasses dictirte Verkleinerungen der deutschen Wissenschaft und eines ihrer hervorragendsten Vertreters würde zweifellos am besten ertheilt durch die Veröffentlichung der Berichte, die Herr Koch dem Staatssecretär des Innern aus Frankreich erstattet hat und wir gestatten uns, an den Herrn Minister das dringende Ersuchen zu stellen, durch die schleunige und vollständige Publication der Berichte auch dies Mal wieder die hygienische Wissenschaft wie die Praxis zu fördern.

Herr Koch selbst ist von Lyon zuvörderst auf die Aufforderung der Schweizer Choleracommission nach Bern gegangen, um auch dieser seine Erfahrungen und Kenntnisse zur Disposition zu stellen. Von dort kehrt er direct nach Berlin zurück, um ohne irgend eine Erholung seine Kraft fortgesetzt dem Hauptberichte über seine Forschungen und Erfahrungen in Aegypten und Indien zu widmen, und heissen wir ihn, wie vor zwei Monaten, auch dies Mal herzlich willkommen.

P. B.

VIII. Aus dem Verein für innere Medicin.

In der letzten Sitzung des Vereins am Montag, den 14. d. M., demonstrirte Herr Kronecker zuvörderst einen neuen vervollkommneten Transfusionsapparat für Kochsalzlösungen. An diesen Vortrag knüpfte Herr Dr. S. Guttmann den sehr zeitgemässen Antrag, es möge der Verein eine Commission erwählen mit der Aufgabe, für den Fall, dass die Epidemie nach Berlin gelange, die während derselben gemachten Erfahrungen über die Wirksamkeit der therapeutischen Methoden ihr gegenüber zu sammeln und später darüber zu berichten. Sie werde auch zu prüfen haben, welchen Einfluss die Koch'sche Entdeckung des Cholerabacillus auf das ärztliche Handeln in prophylaktischer und curativer Beziehung auszuüben im Stande sei. Dem Antrag folgte eine lebhafte Discussion, die um so interessanter und schwerwiegender war, als in der Versammlung gerade die Berliner Krankenhäuser zahlreich durch ihre Leiter vertreten waren und gaben in ihr die Herren Spinola, Fräntzel, Leyden, Klaatsch, Goltdammer, P. Guttmann und A. Wernich ihm volle Zustimmung zu erkennen. In die Commission wurden gewählt die Vorsitzenden des Vereins, Leyden, Fräntzel und Klaatsch und von den Mitgliedern die Herren Riess, Goltdammer, Lehnert, Baer, Wernich, P. und S. Guttmann und Guttstadt, denen als Beiräthe zur Seite stehen sollen die Herren Spinola und Kronecker. Aus den Mittheilungen des Herrn P. Guttmann ging hervor, dass in dem städtischen Krankenhause zu Moabit alle Vorbereitungen schon getroffen sind, dass sofort ein Choleralazareth für 500 Kranke eingerichtet werde.

IX. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 9. Juli 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

1. Herr P. Gueterbock. Demonstration eines Präparates von einseitiger Niere. Der Patient, dem das Präparat entstammt, war ein 75jähriger Herr, der in halb somnolentem Zustande in das jüdische Krankenhaus aufgenommen wurde. Er liess sehr wenig Urin, wenn man überhaupt eine eitrig-jauchige Flüssigkeit so nennen darf, welche jede Spur des Geruches und des sonstigen Habitus von Urin verloren hatte. Der Patient hatte seit 5—6 Jahren an starken Urinbeschwerden gelitten. Es lag die Vermuthung nahe, dass es sich um einen Stein handle, doch musste Angesichts des Zustandes des Patienten von der Untersuchung nach dieser Richtung hin abgesehen werden. Der Kranke ging, immer schwächer werdend, zu Grunde, und die Section ergab, dass derselbe nur eine Niere hatte, und zwar keine Hufeisenniere, sondern eine erheblich vergrösserte Niere der rechten Seite. Auf der andern Seite fand sich eine wohlerhaltene Nebenniere, aber nur ein kleiner Stumpf, welcher die Niere auf der linken Seite repräsentirte. Die vergrösserte Niere war durch Abscesse, jauchige Pyelitis-Erweiterung des Nierenbeckens etc. verändert. Auch der Ureter war erweitert, die Blase aber klein, mit mehrfacher Divertikelbildung und als Ursache des Ganzen eine mässige Prostatahypertrophie erweislich.

2. Herr Sonnenburg: Zur operativen Behandlung der Oesophagus-Carcinome. Der Grund, weshalb sich die Exstirpation eines Oesophagus-Carcinoms so selten ausführen lässt, liegt darin, dass die Carcinome meistens im unteren Drittel der Speiseröhre ihren Sitz haben, und selbst, wenn der günstigere Fall eintritt, dass sie sich im oberen Drittel befinden, sehr häufig an der hinteren Wand abwärts steigen, sodass man von vorn nicht im Stande ist, festzustellen, wie weit das Carcinom reicht. So mag es kommen, dass wohl häufiger der Versuch gemacht wurde, ein solches Carcinom zu exstirpiren, dass derselbe aber wieder aufgegeben werden musste, weil man während der Operation einsah, dass das Carcinom nicht rein zu entfernen war. Diese letztere Erfahrung machte Herr S. bei dem vorgestellten Fall, einem Herrn von 57 Jahren. Er bekam im April den Patienten in Behandlung, der an einem ausgesprochenen ringförmigen Carcinom des Oesophagus litt. Die Speiseröhre war so verengt, dass kaum eine ganz feine Sonde Eingang fand; das Allgemeinbefinden sehr herabgesetzt. Soweit die Beurtheilung möglich war, der sich auch Herr Krause, aus dessen Praxis der Fall stammte, anschloss, handelte es sich um ein Carcinom des Einganges des Oesophagus, und der Fall schien der operativen Behandlung zugänglich. Als aber der Oesophagus freigelegt war, zeigte es sich, dass die Infiltration an der hinteren Wand fortschritt, und die Grenze derselben nicht zu erreichen war. Herr S. öffnete nun die Speiseröhre unterhalb der am meisten verengten Stelle und legte eine Fistel an, durch welche der Patient ernährt wird. Die Heilung erfolgte ohne Schwierigkeit. Patient trägt eine Zinncanüle im Oesophagus; ausserdem ist eine Vorrichtung getroffen, dass der Patient die Speisen selbst kauen und durch einen Schlauch in den Oesophagus befördern kann.

Ein zweiter Fall bei einer 54jährigen Frau gelangte, ebenfalls aus der Praxis des Herrn Krause, kurze Zeit darauf in die Behandlung des Vortragenden. Der Tumor sass auch hier am Eingang des Oesophagus und war auf den Kehlkopf herübergewuchert. Da die Athemnoth und die Schlingbeschwerden so bedeutend waren, dass die Patientin seit Wochen nur nothdürftig hatte ernährt werden können, beschloss Herr S. den Tumor zu entfernen. Da der gewöhnliche Schnitt nicht ausreichte, den Oesophagus freizulegen, machte Herr S. zunächst den Langenbeck'schen Schnitt, sodann führte er vom Kieferwinkel nach abwärts vom Rande des linken Sternocleidomastoideus den Schnitt weiter, und es gelang, nachdem der Kiefer weit auseinandergezerrt war, den Tumor mit Hülfe des scharfen Löffels loszulösen. Zugleich musste die Pharyngotomie gemacht werden. Es gelang auf diese Weise, den Tumor sowie, in Verbindung damit, den Oesophagus hervorzuziehen und ein Stück des letzteren soweit zu reseciren, als es nöthig war, um im Gesunden zu operiren. Schwierigkeit machte es, den Oesophagus einzunähen, doch gelang es schliesslich, denselben in der Nähe des Zungenbeins mit acht starken Seidennähten zu fixiren. Die Operation konnte nur gemacht werden nach vorangegangener Tamponade der Trachea. Die Blutung war auffallend gering; schwieriger war die Schonung der Nerven. Die Patientin zeigte einen guten Wundverlauf; sie blieb fieberlos; eine katarrhalische Entzündung der Bronchien ging bald zurück. Jetzt, drei Wochen nach der Operation, sind die Weichtheilwunden geheilt, der Knochen ist wieder fest geworden. Die Wunden am Pharynx und am Oesophagus haben sich soweit geschlossen, dass nur noch die Ernährungsfistel vorhanden ist. Das Schlucken ist durch Bildung eines festen Narbengewebes, das nur einen engen Raum offen lässt, erschwert. Die Patientin wird durch ein dickes Rohr ernährt und ist im Stande, wenn sie die Wunde zudrückt, durch den Mund Flüssigkeit zu sich zu nehmen.

Vortragender glaubt die Frage, ob die Resultate einer derartigen Operation dieselbe empfehlenswerth machen, bejahen zu müssen. Man ist im Stande durch dieselbe einen Zustand zu schaffen, der für den Patienten sehr erträglicher Art ist, und selbst, wenn, wie in dem ersten Fall die Exstirpation nicht vollständig gelingt, wird durch Anlegung der Ernährungsfistel unterhalb der Geschwulstmasse ein erträglicher Zustand geschaffen. Eine Mediastinitis kann man bei sorgfältiger Behandlung vermeiden.

Herr Krause ergänzt die Mittheilungen des Herrn Sonnenburg durch einige Notizen, welche das laryngoskopische Bild der beiden Fälle erläutern.

3. Herr Hirschberg über Magnetoperation. Ein 56jähr. Böttcher schlug am 28. December 1883 mit einem eisernen Hammer auf einen eisernen Reifen, als er plötzlich eine Verletzung seines rechten Auges verspürte. Sehstörung und Entzündung folgten. Letztere liess wieder nach, trat aber am 10. Juni von neuem auf, mit solcher Heftigkeit, dass auch das zweite Auge genirt wurde und Patient die Arbeit aufgeben musste. Nachdem diese Entzündung 14 Tage gedauert, oder mit der ursprünglichen Verletzung 6 Monate verstrichen waren, kam er zum ersten Male in meine Poliklinik. Das verletzte Auge zählte die Finger knapp auf 2 Fuss Entfernung und passte das Bild einer ulcerösen Itidocyclitis. Es bestand eine lineare Narbe in der Hornhaut, wie sie nur durch das Eindringen eines Fremdkörpers bedingt wird, eine Narbe in der Iris und Linsenkapsel dahinter; Trübung der Linsen, deren Intensität jedoch nach dem untern Rande zu abnahm. Schon aus diesem Befunde stellte ich mit Sicherheit die Diagnose, dass ein kleiner Eisensplitter im Glasköper beweglich vorhanden sei. Es galt aber, denselben direct nachzuweisen. Die Magnetnadel ist bei so kleinen Eisenmassen ganz unsicher. Die brechenden Medien waren aber erheblich getrübt. Selbst als ich (mittelst eines kleinen Planspiegelchens) Sonnenlicht ins Auge lenkte, konnte ich nur die grüngelbe entzündliche Infiltration des Glaskörpers wahrnehmen. Allerdings sah ich auch eine schlauchförmige Trübung im Glaskörper, aber erst bei der zweiten Untersuchung am folgenden Abend, nachdem Patient zur Aufnahme gelangt, in demselben eine Stelle, die mehr Licht reflectirte, als entzündliche Producte des Glaskörpers zu thun pflegen, und die den Sitz des Fremdkörpers markirte. Diese Stelle lag unverändert am verticalen Meridian, nach unten zu.

Am folgenden Tag verrichtete ich die Operation unter Narcose. Hinter dem Ciliarkörper (8 Mm. am innern, untern Quadranten des Hornhautrandes

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anfangend) wurde ein meridionaler Schnitt von etwa 7 Mm. durch die Bulbushäute angelegt und schon bei der 2. Einführung meines Electromagneten der Fremdkörper herausgeholt. Derselbe misst 3 mal 3 Mm. und wiegt 25½ Milligr., war auch zum Theil von eitergelber Masse bedeckt. Durch Bindehautsutur wurde die Bulbuswunde geschlossen, mit Sublimat 1 : 10000 die Bulbusoberfläche gewaschen und damit der Verband getränkt.

Die Heilung erfolgte reizlos. Die schwere Iridocyclitis, die durch das 6 monatliche Verweilen des Fremdkörpers inducirt war, hat von Tag zu Tag abgenommen. Das Auge ist reizlos, das ohne den Magneten der Enucleation verfallen wäre, und wird später durch Staaroperation eine hoffentlich ganz befriedigende Sehkraft erlangen. Die Hauptsache ist exacte Diagnose.

Nicht auf die rohe Kraft colossaler Maschinen kommt es hierbei an, die kleineren Splitter von 10—30 Milligr. folgen leicht dem sanften Zuge des handlichen Electromagneten.

Es ist meine 27. Magnetoperation. 26 habe ich in 5 Jahren ausgeführt, zum Theil mit eclatantem Erfolg, auch für die Sehkraft. Es ist dies eines der wichtigsten Capitel der Ophthalmochirurgie, das fernerhin den Arbeiten zu Gute kommt.

4. Herr Virchow: Vorstellung der mikrocephalen Becker aus Offenbach. Die Dargestellte wurde schon vor 7 Jahren der Gesellschaft präsentirt und war bereits damals eine der interessantesten Mikrocephalen. Sie ist von normalen Eltern, von deren 7 Kindern 4, und zwar das erste, vierte, fünfte und sechste Kind mikrocephal geboren sind. Die Vorgestellte ist jetzt 14 Jahre alt; abgesehen vom Kopfe ist sie körperlich wenig hinter ihrem Alter zurückgeblieben. Sämmtliche Durchmesser des Kopfes, die der Vortr. vergleichen konnte, sind um ein Weniges grösser geworden; auch psychisch zeigt sich ein geringer Fortschritt, wenigstens hat die Vorgestellte ihre gewöhnlichen Bedürfnisse zu äussern gelernt, wenn sie auch ohne Sprache ist und keine regelmässige Thätigkeit auszuüben vermag. Redner erörtert an Präparaten den von ihm neuerlich entwickelten Unterschied zwischen Microcephalie und Nannocephalie und widerlegt die Hypothese von dem atavistischen Charakter der Microcephalie.

5. Herr Hirschberg: Ueber metastatischen Krebs der Aderhaut. Der Fall betraf eine 28jährige Frau, welcher vor 3 Wochen ein Brustdrüsenkrebs exstirpirt war. Es war normale Wundheilung eingetreten, trotzdem zeigte sich Fieber und Prostration. Dazu trat Amaurose des linken Auges. Der Augenspiegel zeigte nach unten eine dunkelgrünliche seröse Netzhautauflösung, weiter nach oben war letztere weisslich infiltrirt, von Gefässen überzogen. Es trat Dämpfung in der Lunge ein; 6 Tage später Exitus letalis. Alle inneren Organe waren von ausserordentlich zahlreichen weissen metastatischen Geschwüren durchsetzt. Vortr. demonstrirt die Abbildung eines Schnittes durch das betreffende Auge.

6. Herr Richter demonstrirt das Präparat eines Falles von Situs transversus eines 22jährigen Mannes, der dreimal in der Charité Aufnahme fand; das erste Mal wurde er wegen Lungenaffection, das zweite Mal wegen Lues behandelt und das dritte Mal kam er auf die Irrenabtheilung. Das demonstrirte Präparat entspricht vollständig dem Spiegelbild der Lage der Eingeweide eines gewöhnlichen Menschen.

7. Herr Baginsky demonstrirt ein Kind mit Gelenksyphilis mit Verlust der Epiphysen.

X. Medicinischer Verein zu Greifswald.

Sitzung Sonnabend den 30. Mai 1884. Abends 7 Uhr.

Vorsitzender: Geh. Med.-Rath Pernice.

Protokollführer: Stabsarzt Schondorff.

Professor Mosler: Ueber Spindelzellensarkom des Kreuzbeins als Ursache von Ischias postica.

M. H. die Ischias ist eine bei uns sehr häufig vorkommende Neurose, in Folge klimatischer Verhältnisse ist sie vielfach durch Erkältung bedingt. Zu wiederholten Malen habe ich Ischias aus dieser Ursache bei Aerzten unserer Provinz gesehen. Leider zeigen die rheumatischen Fälle hier grosse Hartnäckigkeit, weshalb ihre Kur oft Monate lang in meiner Klinik dauert. Die Ischias hervorrufenden Neubildungen des Beckens hatte ich früher noch keine Gelegenheit zu beobachten. Um so grösseres Interesse hatte für mich der folgende Fall, über den ich heute in Kürze zu berichten mir gestatte.

Th. L., 54 Jahre alt, Schäfer aus G., gab an, dass sein Vater im 72. Lebensjahre an Leberverhärtung, seine Mutter im 74. Lebensjahre an einer Brustkrankheit gestorben sei. Kinderkrankheiten hat Patient, soweit er sich erinnern kann, nicht durchgemacht. Die Lungenentzündung hatte er 2 mal überstanden. Auch an gastrischem Fieber litt er.

Vor ca. 4 Wochen bekam er Reissen und Stechen in der rechten Hüfte und im rechten Oberschenkel. Die Schmerzen strahlten bis in die Mitte der Wade aus und wurden so heftig, dass Patient schliesslich nicht mehr laufen konnte und sich am 28. Dec. 1883 in meine Klinik aufnehmen liess.

Stat. praes. vom 29. Dec. Pat. von mittlerer Statur, kräftigem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur und entsprechendem Panniculus adiposus. Gesichtsfarbe blass, Schleimhäute anämisch. Thorax zeigt mässige Wölbung und dehnt sich bei der Inspiration genügend aus. Der Herzstoss ist nicht zu erkennen. Bei der Percussion zeigen sich normale Verhältnisse, bei der Auscultation der rechten Lungenspitze kleinblasige Rasselgeräusche, während der In- und Exspiration R.H.U. unbestimmtes Athmen. Zunge mässig belegt, Appetit gering, Stuhlgang angehalten. Leber normal gross, Milz etwas vergrössert. Eine bedeutende Hyperästhesie und Schmerzhaftigkeit an der Austrittsstelle des Nervus ischiadicus aus dem Becken und im Verlauf desselben an der hinteren Seite des rechten Oberschenkels ist zu entdecken. Auch die rechte Wade ist zum Theil schmerzhaft. Patellarreflex beiderseits vorhanden. Veränderungen der motorischen Nerven fehlen, ebenso Abmagerung des Beines. Die Exploratio per anum ohne Resultat. Urin von hellgelber Farbe, reagirt sauer, hat ein spec. Gew. von 1013 und enthält bedeutende Mengen von Albumen. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt zahlreiche hyaline und epitheliale Cylinder. Die Therapie bestand in Anwendung des elektrischen Stromes, warmen Bädern und Einreibung der schmerzhaften Stellen mit Ol. terebinth.

Im Befinden des Patienten trat keine wesentliche Besserung ein. Es kommen vielmehr noch Schmerzen in der Nierengegend hinzu und der Eiweissgehalt des Urins war durchweg ein sehr bedeutender. Es wurden warme Bäder, Einwickelung in warme Decken und Kal. acet. in Anwendung gezogen. Die von der Ischias herrührenden Schmerzen wurden durch Thermokauterisation vorübergehend erleichtert. Am 19. Januar fühlte sich Patient bedeutend schwächer wie bisher, war nicht mehr im Stande sich allein aufzurichten. Die Athemfrequenz war gesteigert, das Sputum geröthet. Die physikalische Untersuchung der Lungen ergab H.U.R. eine Dämpfung und Knisterrasseln, links verschärftes Athmen. Im Verlauf des Ischiadicus dieselben Schmerzen wie früher. T 38,6 P 120. Pat. erhielt Benzoë mit Campher.

Während der folgenden Nacht schlief er garnicht, seine Schwäche nahm zu, er liess den Urin unter sich gehen. Athemfrequenz sehr gesteigert, T. 38,7. P. 120. Cyanotisches Aussehen. Nachmittags 2 Uhr trat der exitus letalis ein.

Die am folgenden Tage von Herrn Dr. Rieger vorgenommene Section ergab den wichtigsten Aufschluss in Betreff der Ischias, bestätigte die Diagnose der croupösen Pneumonie und der chronischen interstitiellen Nephritis.

Nach Oeffnung des Thorax zeigte es sich, dass die linke Lunge durch alte Verwachsungen mit der Costalpleura verbunden war, die sich aber leicht ablösen liessen. Inhalt war in der linken Pleurahöhle nicht vorhanden. Desgleichen fand sich die rechte Lunge mit der Rippenwand verwachsen, liess sich aber schwer ablösen. Am Herzen nichts Besonderes. Das Volumen der linken Lunge war etwas vermehrt, die Oberfläche zeigte grössere und kleinere Hervorragungen, die sich daunig anfühlten, namentlich im oberen Lappen. Die Pleura war überall von Schwarten bedeckt, so dass das Parenchym nur an einzelnen Stellen grauroth durchschimmerte. Pigmentgehalt reichlich. Auf Druck entleerte sich aus dem grossen Bronchus nur wenig Schleim. Knoten waren nirgends durchzufühlen. Auf dem Durchschnitt zeigte der Unterlappen mässigen Blutgehalt, Luftgehalt überall vorhanden, abnorme Flüssigkeit liess sich nicht ausdrücken. Im Unterlappen reichlichen Blut- und Luftgehalt, Oedem nicht vorhanden. Der Bronchus war mit sehr reichlichen, gelblichgrauen Schleimmassen bedeckt, die mittleren Bronchien erweitert, auch sie enthielten reichliche schleimige Massen.

Die rechte Lunge wurde mit der Costalpleura herausgeschält, Volumen sehr stark vermehrt. Die Oberfläche zeigte ebenfalls kleine blasige Hervorragungen. Die Pleura zeigte überall alte Auflagerungen. Auf dem Durchschnitt war der Lappen reichlich bluthaltig, überall Luftgehalt. Auf Druck entleerte sich aus den mittleren Bronchien blasiger Schleim und wenig ödematöse Flüssigkeit. Der Mittellappen zeigte auf dem Durschschnitt geringen Blutgehalt, Farbe grauroth. Auf Druck entleerte sich wenig kleinblasige wässerige Flüssigkeit. Der Unterlappen zeigte auf dem Durchschnitt graue, sehr derbe Beschaffenheit. Schnittfläche ganz leicht granulirt. Auf Druck entleerte sich aus den grossen Gefässen wenig Blut, grössere Pfröpfe liessen sich beim Streichen mit der Messerklinge nicht erhalten; namentlich aus den Randpartien liess sich eine schmutziggraugelbe Flüssigkeit ausdrücken. Luftgehalt absolut nicht vorhanden. Ein Schnitt, der weiter hinten geführt wurde, zeigte die Lunge in der Peripherie noch wenig blutig.

Am Gastrointestinaltractus nichts Besonderes. Milz etwas vergrössert, Kapsel verdickt.

Die linke Niere sass in einer ziemlich umfangreichen Fettkapsel. Auf dem Durchschnitt die Rindensubstanz intensiv graugelb. Die Intermediärsubstanz etwas blass, die Centralzone grau. Niere selbst war sehr stark vergrössert; die fibröse Kapsel leicht verdickt, doch schimmerte das Parenchym deutlich an einzelnen Stellen grauroth, an andern grauweiss durch, die fibröse Kapsel liess sich leicht abziehen. Länge der Niere betrug 15, grösste Breite 7, grösste Dicke 4½ cm. Die Oberfläche zeigte einzelne flache Furchen. Farbe der Oberfläche im Allgemeinen grauroth, an einzelnen Partien grauweiss. Bei genauem Zusehen bemerkte man auf dem graurothen Grunde blassgraue Pünktchen. Venensternchen nur vereinzelt stärker gefüllt. An der Oberfläche fand sich eine erbsengrosse Cyste mit klarem gelblichen Inhalt. Auf dem Durchschnitt war die Rindensubstanz verbreitert, ihre Farbe grauroth, an der Markkegel contrastirte wenigstens in den

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

peripheren Theilen durch eine mehr lebhafte Röthe. Die Zone der Gefässe, die Glomeruli traten an einzelnen Stellen wenigstens als mehr blassgraue Pünktchen hervor. Die rechte Niere zeigte in ihrer Fettkapsel dieselbe Beschaffenheit wie links, Nebenniere ebenso wie links. Im kleinen Becken, am rechten Rande des 2. Kreuzbeinwirbels war eine leicht fluctuirende, sich in der Ausdehnung eines kleinen Hühnereies hervorwölbende Geschwulst zu fühlen. Daher wurde das Kreuzbein in Verbindung mit Steissbein, dem letzten Lendenwirbel und dem anstossenden Theil der Darmbeinschaufel herausgenommen. Es ergab sich sodann, dass fast die ganze rechte Hälfte des 1. Kreuzbeinwirbels bis zum 4. herab von einer Geschwulst in einer Längsausdehnung von 11 cm. ersetzt war. Die grösste Querausdehnung betrug etwa 4 cm. Diese Geschwulst reichte einerseits bis in den Wirbelkanal, sie war weich und deshalb bei der Herausnahme eingerissen, im übrigen von blass hühnerfleischartigem, faserigem Ansehen. Auch hinten reichte sie bis zum Periost, desgl. nach vorn, letzteres etwas hervordrängend. Durch die Geschwulst wurden die Nervenstämme des Lumbalis, sodann die des I.—III. Sacralis von vorn nach hinten glatt gedrückt. Die Beschaffenheit der 3 letzteren war blassgrau sulzig aussehend, von stark verminderter Consistenz. Linkerseits fand sich seitlich von den Körpern des 1. und 2. Kreuzbeinwirbels ein etwa wallnussgrosser, weicher Geschwulstknoten, welcher den 1. Sacralnerven stark comprimirt hatte. Die beiderseitigen Darmbeinschaufeln zeigten auf dem Durchschnitt ebenfalls noch kleine Geschwulstheerde in ihrer spongiösen Substanz. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulstmasse erwies ein Spindelzellensarkom. Ich unterlasse es, weitere Bemerkungen an die Mittheilung dieses höchst interessanten Falles von Ischias zu knüpfen, der seiner Aetiologie wegen in die Casuistik eingereiht zu werden verdient. Derselbe ist ausführlich beschrieben in der kürzlich hier erschienenen Dissertation von Dr. L. Greger. —

2) Dr. Löbker über die Behandlung gangränöser Hernien:

M. H.! Wenn ich heute auf einen Gegenstand nochmals eingehe, den ich bereits vor einigen Jahren an dieser Stelle erörtert habe, so geschieht es aus dem Grunde, weil sich meine Ansichten über diese Angelegenheit inzwischen wesentlich geändert haben. Ich demonstrirte Ihnen damals ein Präparat von geheilter circulärer Darmnaht nach Resection einer incarcerirten gangränösen Dünndarmschlinge; da ein Theil der heute hier anwesenden Herren damals nicht zugegen waren, so erlaube ich mir das Präparat nochmals vorzulegen. — Redner demonstrirt das Präparat entsprechend der Beschreibung, welche er von demselben in den „Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik in Greifswald“ Wien u. Leipzig bei Urban und Schwarzenberg 1884 gegeben hat. — Die 69jährige Frau, von der das Präparat gewonnen wurde, starb zwar am vierzehnten Tage der Operation den Erschöpfungstod; dennoch glaubte ich damals Ihnen die operative Resection und Naht des Darmes bei gangränösen Hernien empfehlen zu dürfen, da trotz der ungünstigen Verhältnisse, unter denen die Operation unternommen war, keine Peritonitis eintrat und die einfache Lembert'sche Naht die Vereinigung der Darmenden in vollkommener Weise geleistet hatte. Die später von uns gesammelten Erfahrungen modificirten dieses Urtheil jedoch mehr und mehr und auch die an anderen Orten erzielten Resultate der Operation bestärkten uns in der Meinung, dass die in Rede stehende Indication im allgemeinen zu verwerfen ist. B. Schmidt theilte auf dem 12. Chirurgen-Congress mit, dass die Statistik der Resection des Darmes bei brandiger Hernia nicht weniger als 76,1 Proc. Mortalität aufweise, während nach der Angabe von Frickhöffer in der voraseptischen Zeit, in welcher nicht resecirt wurde, die Sterblichkeit bei gangränösen Hernien überhaupt nur 21 Proc. betrug. Von jenen 76,1 Proc. Todesfällen waren 87,5 Proc. auf septische Peritonitis zurückzuführen. Zweifellos steht die Steigerung der Sterblichkeit in directem Zusammenhang mit der Operation, welche bei brandigen Brüchen unter sehr ungünstigen Verhältnissen unternommen wird. Die Ursachen der Misserfolge habe ich bereits in unseren erwähnten Mittheilungen kurz dahin zusammengefasst: „Der meist sehr stark alterirte Kräftezustand des Kranken, welcher durch die lange Dauer des Eingriffs noch mehr leidet, die oft, wenn auch nicht immer nachweisbar, bereits bestehende Peritonitis, die Gefahr der Darmgangrän, das Auseinandergehen der Naht im entzündeten Gewebe, der im zuführenden Darmrohr angestaute Koth — das sind im wesentlichen die Momente, welche zusammen den ungünstigen Ausgang bedingen.“ Diese Complicationen können wir aber meistens ausschliessen, wenn wir zunächst die momentan bestehende Lebensgefahr durch Anlegung eines künstlichen Afters beseitigen und später diesen letzteren zum Verschluss bringen — mit anderen Worten, wenn wir auf das Verfahren der älteren Zeit zurückgehen. Dadurch schalten wir zunächst alle diejenigen Fälle aus, die überhaupt nicht zu retten sind, und die übrigen Kranken werden der eingreifenden Operation erst später unterworfen, nachdem sie sich leidlich erholt haben und nachdem sie in der nöthigen Weise für die Operation vorbereitet werden konnten. In dem letzten Jahre hatte ich drei Mal Gelegenheit, brandige Brüche behandeln zu müssen; in allen drei Fällen habe ich nur einen künstlichen After in der Weise angelegt, dass ich den brandigen Darm mit einer durch das Mesenterium gezogenen Fadenschlinge draussen fixirte, das Lumen des Darms öffnete und den letzteren mit mehreren Suturen festnähte. Zwei von den Kranken sind in den ersten zwölf Stunden nach der Operation an bereits vorher bestehender septischer Peritonitis gestorben; die dritte dagegen ist mit dem Leben davon gekommen, trotzdem sie zur Zeit der Operation nach acht Tage bestehender Einklemmung mit hohem Fieber aufs äusserste collabirt war. Ich bin der festen Ueberzeugung, dass auch diese Kranke gestorben wäre, wenn ich die primäre Resection und Vernähung des Darms ausgeführt hätte.

Was nun die nachträgliche Operation behufs Verschluss des widernatürlichen Afters anlangt, so bin ich der Meinung, dass man dieselbe nicht zu früh ausführen soll; ich würde im gegebenen Falle ruhig ein Jahr lang zwischen dem ersten und zweiten Eingriff verstreichen lassen, da notorisch eine Anzahl der Oeffnungen nach allmäliger Refraction des Darmes zum spontanen Verschluss gelangt. Vor etwa $1\frac{1}{2}$ Jahren suchte ich vergeblich einer Kranken mit Anus praeternaturalis in Folge Darmeinklemmung für unsere Klinik zu gewinnen — vor Kurzem erhielt ich die Nachricht, dass der Verschluss von selbst eingetreten sei. Ob die Operation des widernatürlichen Afters stets durch Resection und Darmnaht oder unter Umständen durch Anwendung der Darmscheere ausgeführt werden soll, scheint mir trotz der günstigen Erfolge der ersteren, die auch wir bei einem von P. Vogt operirten Fall erzielten, eine noch nicht ganz abgeschlossene Frage zu sein.

Schliesslich möchte ich noch meine durch eine grössere Reihe von Beobachtungen begründete Ansicht über die Behandlung irreponibler entzündeter oder gangränöser Netzstücke in incarcerirten Hernien im Gegensatz zu B. Schmidt dahin aussprechen, dass ich von der Resection dieser Netzstücke nur gutes gesehen habe. Ich resecire dieselben in jedem Falle, da eine genügende Desinfection des meist lipomatös entarteten und wegen des lockeren, weitmaschigen Gewebes zu fortschreitender septischer phlegmonöser Entzündung sehr geneigten Netzes nicht möglich ist. Eine radicale Beseitigung desselben kann daher nur von Nutzen sein.

XI. Allgemeiner Mecklenburgischer Aerzteverein.

Generalversammlung Rostock 6. Juni.

Die wissenschaftlichen Vorträge dieser Sitzung waren vorbereitet durch eine von Herrn Prof. Madelung betriebene Sammelforschung über den Echinokokkus in Mecklenburg.

Zur Einleitung sprach Herr Dr. Goette, Professor der Zoologie in R., über den Generationswechsel der Cestoden, deren Fortpflanzung durch Knospung und Theilung, oder durch Befruchtung geschehe. Wenn der im befruchteten Ei gebildete Embryo eine Schwanzblase entwickele, so habe man den als 2. Generation angesehenen Coenurus, oder genauer einen Scolex, der sich in seine Blase einstülpe, i. e. Cysticercus, auf deren Innenfläche durch beschränkte Sprossung neue Scolices sich bilden und durch Atrophirung der Blase frei werden können. Der Scolex wächst zum Bandwurm heran, indem durch fortgesetzte Knospung und Abschnürung die als 3. Generation aufgefassten Proglottiden sich bilden. Dies sind aber keine selbständigen Individuen, da die Centra der organischen Systeme im Kopf bleiben, in den reifenden Gliedern aber alle Gewebe bis auf die mit Eiern erfüllten Eiersäcke atrophiren. Ein Analogon zu der Proglottis als abgelöstem Theil eines Individuum bilde der mit männlichen Geschlechtsorganen erfüllte Arm der Cephalopoden, der sich ablöse und als Hexacotylus selbständig existire, bis er ein weibliches Organ finde. — Bei der Mehrzahl der Cestoden findet keine Blasenbildung statt, sondern ihre Scolices metamorphosiren sich alsbald zum Wurm. Die Coenuren und Echinokokken sichern die Fortpflanzung bei denjenigen wenigen Bandwurmarten, die unter ungünstigeren Verhältnissen ihre Art zu erhalten haben, sind aber keineswegs typisch für die Cestoden. —

Herr Prof. Madelung berichtete darauf über „Das Vorkommen der Echinokokkenkrankheit in Mecklenburg“, auf Grundlage des gemeinsamen Zusammenarbeitens der Aerzte, das in solcher Art noch nicht zu Stande gekommen sei und uns wohl mit Freude erfüllen dürfe, wenn auch die erreichten Resultate mit Nachsicht beurtheilt sein wollten. Aber solche Fragen werden nicht im Sturmschritt gelöst. An der Arbeit haben sich die ärztlichen Bezirksvereine, zum Theil in wiederholten Berathungen, und mit ganz unbedeutenden Ausnahmen sämmtliche Aerzte des Landes, auch die dem Verein nicht angehörenden, betheiligt, und da manche Mecklenburger in benachbar-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ten Krankenhäusern Hülfe suchen, so sind auch die Directoren derselben zur Theilnahme aufgefordert und haben derselben bereitwilligst entsprochen, so namentlich die Herren Hinkeldeyn in Lübeck und Schede in Hamburg. — Wenn M. in Bonn bei einem grossen klinischen Material in 12 Jahren nur zwei Fälle von Echinokokken, hier aber bei einer weit geringeren Krankenzahl in 2 Jahren schon fünf gesehen habe, so mögen dabei Zufälligkeiten mitspielen, wie ja auch manche Aerzte des Landes in 30, 20 und selbst 50 Jahren keinen einzigen gesehen haben. Aber auch Simon hatte in Süddeutschland binnen 12 Jahren keinen Fall gesehen, noch von solchem gehört, während ihm hier unter 3000 Fällen zehn Echinokokken begegneten und er in den Krankenhausbüchern in 100 Sectionen acht fand. Diese Resultate sind jedoch nicht zu verallgemeinern, wie Max Wolff Simon bereits Ueberschätzung nachgewiesen hat. Immer wird aber Rostock mit der Geschichte der Echinokokkenkrankheit rühmlich verbunden bleiben, weil Simon hier schon vor der Antisepsis sie durch Doppelpunction sicher und fast gefahrlos behandeln lehrte. Auch König und Trendelenburg kamen zu der Ansicht, dass nächst Irland Mecklenburg am meisten in Europa von Echinokokkus geplagt werde. — Heute können wir bestimmter sagen, dass die Krankheit hier endemisch ist, da allein in den letzten Jahren 192 Fälle, unter ihnen nur ein multiloculärer (von Trendelenburg), beobachtet sind. Die Resultate sind natürlich schon wegen der früher so unsicheren Diagnose unvollständig; der erste Fall ist 1832 mitgetheilt, aber erst die letzten zehn oder höchstens 20 Jahre geben einige Sicherheit. Die meisten Fälle sind natürlich verloren, entweder weil sie nicht zur ärztlichen Kenntniss gekommen sind, oder durch den Tod der Beobachter, um so mehr da Sectionen im Lande unbeliebt sind und nur selten gemacht werden. Dies ist auch von Bedeutung, da Prof. A. Thierfelder im hiesigen pathologischen Institute bei 775 Sectionen 7 Echinokokken gefunden hat, die im Lebenden nicht erkannt waren. — Mit andern Ländern ist kein Vergleich möglich, weil noch keine ähnliche Untersuchung angestellt ist; da aber in den letzten 4 Jahren 37, in den zehn Jahren vorher 80 Fälle beobachtet sind, so steht die Häufigkeit fest, wiewohl die irländische sicher bei Weitem nicht erreicht wird. —

Mecklenburg kann in dieser Beziehung eine Sonderstellung in Deutschland einnehmen, da es ein ziemlich geschlossenes Ganze bildet, durch Begrenzung, Klima, Bevölkerung etc., wo nur im Osten, nach Neuvorpommern unmerklicher Uebergang stattfindet. Dort ist die Krankheit aber ebenfalls häufig, weshalb die Greifswalder Kliniker aufgefordert sind, ihrem Vorkommen Aufmerksamkeit zu schenken, was auch zugesichert ist. Aber auch in Mecklenburg besteht keine gleichmässige Verbreitung, wie die vorgelegte Karte bezeugt. Da die Befallenen durchweg Landbewohner sind, die an der Scholle haften, so ist ziemlich sicher, dass die Krankheit in der Regel dort entdeckt wird, wo sie erworben ist, und dass also ein schmaler Strich des Südens und Westens ganz frei ist, dass darauf eine von Südosten nach Nordwesten ziehende Zone mässiger Häufigkeit folgt, die gegen Nordosten grösser wird und in der Gegend von Doberan-Rostock etc. die grösste Höhe erreicht. Dies erklärt sich nicht durch die grössere Sicherheit der Diagnose und die durch die Erfolge der Chirurgen geschärfte Aufmerksamkeit, wie aus den Berichten erhellt. In Schwerin ist z. B. seit 1871 bei 6—7000 Kranken kein Fall beobachtet, in Bethlehem (Ludwigslust) nur einer, in Rostock und nächster Umgebung dagegen 35. Jedenfalls ist hier der Hauptheerd für Mecklenburg. — So sicher angenommen werden kann, dass die Krankheit durch eierhaltige Proglottiden der Taenia echinococcus des Hundes verbreitet wird, so ist doch die Frage nicht zu beantworten, ob dieser Hundebandwurm hier häufiger ist, als anderswo. Trotz der Kostspieligkeit und Mühsamkeit von Hundesectionen sind solche an verschiedenen Orten, so von Marung in Schönberg, Walter in Güstrow, Alb. Thierfelder in Rostock angestellt, aber hier seit Ende Februar bei 7 Hunden, die allerdings grösstentheils als Versuchsobjecte aus den medicinischen Instituten stammten, keine Echinokokken gefunden, während sie früher zufällig fast regelmässig sich fanden. — Da nach Leuckart der Echinoc. hominis und veterinorum identisch sind, so kann man annehmen, dass die Krankheit um so häufiger sein muss, je mehr Vieh gehalten wird und je mehr Hunde Gelegenheit haben, Blasen zu fressen, aber auch hierüber ist wenig zu sagen, da die Echinokokken, mit Ausnahme des Coenurus cerebralis, wenig Symptome machen, wenn sie nicht grade im Herzen sitzen und platzen; die Schlächter nehmen gar keine Rücksicht auf die Blasen, Thierärzte sehen sie selten. Schäfereibesitzer behaupten, dass die Drehkrankheit bei Schafen jetzt häufiger sei, als früher; in Malchin sollen Echinokokken beim Rindvieh häufig vorkommen und sogar eine Art Epizootie von Lungenseuche verursacht haben. — Die Zahl der Hunde in Mecklenburg ist nach oberflächlicher Schätzung sehr gross; nach den Steuerlisten (Neisse) sollen in M.-Schwerin 29000 Hunde sein, also 1 : 19 Einwohner; aber die Zahl ist wahrscheinlich grösser, weil ausserordentlich viel Hunde der Besteuerung entzogen werden. Auf dem platten Lande schätzt man 1:12, wodurch wir schon ganz nahe an Irland kommen. — Von Wichtigkeit sind die Lebensgewohnheiten. Wenn die Krankheit nicht bei Kindern, die doch wohl am intimsten mit Hunden verkehren, sondern bei Erwachsenen von 25—30—40 Jahren am häufigsten beobachtet wird, so mag darauf Einfluss haben, dass die Blasen 5—10 Jahre in der Leber sitzen bis sie, wenn überhaupt erkannt werden, für die Bedeutung der Lebensgewohnheiten spricht, dass fast $^2/_3$ der Fälle Landleute betreffen und dass in den Städten die Schlächter überwiegen. Unter allen Fällen findet sich nur ein Förster. — Prophylactische Maassregeln sind jetzt noch nicht spruchreif, hier muss das Studium der Thierkrankheiten weiter helfen. Höhere Besteuerung ist sicher zu empfehlen, und dürfte als Finanzmittel in Staaten und Gemeinden gute Aufnahme finden. Populäre Darstellungen werden nicht viel helfen, wenn sie auch Sensation machen; Hunde werden deshalb nicht abgeschafft, weil jeder seinem Thier dergleichen nicht zutraut. (Vielleicht aber doch weniger angeschafft! D.) — In grossen Schafzüchtereien will man durch regelmässige Bandwurmkuren bei Hunden (mit Camala), Einsperrung derselben in gepflasterten Räumen, und sorgfältige Aufsammlung und Vernichtung der Excremente gute Resultate in Betreff der Verminderung der Drehkrankheit erzielt haben.

Herr G. M.-R. Prof. Dr. Th. Thierfelder „Zur Diagnostik der Echinokokkenkrankheit“ will sich auf einige Bemerkungen nach eigenen Beobachtungen beschränken. Er sah Echinok. bei Menschen in allen Altern ausser in den ersten Jahren, und in allen Lebensverhältnissen. Sie wachsen langsam und machen meistens geringe Beschwerden. Findet man eine nicht schmerzhafte, kugelige, deutlich fluctuirende Geschwulst, deren Natur sonst nicht sicher ist, so muss man immer an Echinokokkus denken; so fand er selbst beim Untersuchen einer Syphilitischen 4 bis 5 cm über dem Scheideneingang in der linken Vaginalwand eine kuglige Geschwulst als Hinderniss des Speculum, die durch Punction als Echinokokkus erwiesen wurde. Ausser der Raumbeschränkung und Compression können sie auch Usur und Entzündung bewirken. — Die Diagnose ist ohne weiteres zu stellen, wenn nach dem Bersten der Kapsel der Blaseninhalt nach aussen gelangt, was aber immer erst nach längerem Bestehen geschieht. Am häufigsten ist beim Sitz in der Lunge kaum eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, oft nur eine Vermuthung möglich. In der Spitze sind die Erscheinungen oft der Tuberculose ähnlich; aber es stellt sich kein Einsinken der Supra- und Infraclaviculargegenden ein; die Auscultationserscheinungen sind nicht so ausgeprägt, als wenn die Dämpfung von Infiltration herrührte; es findet sich kein, oder doch kein so deutlicher Simmfremitus. Ist die Geschwulst noch von Lungengewebe bedeckt, so giebt es kein sicheres Zeichen, es komme denn zur Entleerung des Inhalts oder der Trümmer der Blasen. So sah Th. $2^1/_4$ Jahre in einem blutigen Sputum zwei milchweisse, geschichtete Membranfetzen, die nur von einem Lungenechinokokkus herrühren konnten. Da weiter keine Entleerung kam, so stammten jene Fetzen vielleicht von einer kleinen Tochterblase, die sich nach aussen entwickelt hatte, was auch anderweitig beobachtet ist, besonders nach der Pleura hin, vielleicht in Folge des negativen Druckes. In solchen Fällen centralen Sitzes ist also nur durch Beachtung des Auswurfs die Diagnose möglich. — Häufiger sitzen die Echinokokken im unteren Lappen und gleichen der exsudativen Pleuritis; da der als diagnostisches Merkmal bezeichnete bogenförmige Verlauf der oberen Dämpfungsgrenze, wie Th. constatirt hat, nicht oder nicht immer besteht, so ist gewöhnlich der Echinok. nicht zu erkennen; denn auch ein pleuritisches Exsudat kann langsam ohne Schmerzen und subjective Fiebersymptome wachsen, oft ist auch der Lungenechinokokkus mit pleuritischen Schmerzen, Fieber durch Vereiterung etc. verbunden. Findet man in den Lungengrenzen eine entsprechende Dämpfung, ohne dass der Verdacht auszuschliessen wäre, so ist eine sichere Diagnose nur durch Probepunction zu machen, wozu aber ein Aspirationstroikar nöthig ist, weil die langsame Ausdehnung des Thorax etc. die Spannung so vermindert, dass ohne Saugen der Inhalt des Echinok. nicht herausbefördert wird. — Der Leber-Echinokokkus bietet gewöhnlich viel geringere Schwierigkeiten; er bildet in der Regel eine glatte (kugelige), oft fluctuirende Geschwulst in der vorderen Lebergegend und im Epigastrium; auch seine Häufigkeit erleichtert die Diagnose. Er macht nicht so schwere Symptome wie der Lungen-Echinok., weil die Lebertheile hauptsächlich nur langsam verschoben werden. Sicherung gewährt auch hier nur die Probepunction, wobei Ausfliessen von etwas Inhalt in das Peritonäum wohl Urticaria zu machen pflegt, aber immer weniger bedenklich ist, als das Liegenlassen der Röhren. — Viel schwieriger sind

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die unter der Kuppe des Zwerchfells versteckten Fälle zu erkennen, da oft die vorliegende Lunge keine Dämpfung aufkommen lässt; am häufigsten erscheint sie an der Seitenwand, nimmt langsam zu und bewirkt nicht die secundären Veränderungen der Thoraxformen, wie das pleuritische Exsudat. Ist der Echinok. der physikalischen Exploration nicht zugänglich, so ist die Diagnose eben so schwer, wie bei centralem Sitz in den Athmungsorganen. Nach voraufgegangenen Leberkoliken sind im Stuhl statt der gesuchten Gallensteine auch bereits Echinokokkusblasen gefunden worden. Auch hier ist die Punction sicheres Hülfsmittel der Diagnose.

Prof. Trendelenburg's schriftliche Mittheilung über die Operation des Echinokokkus ist nicht wohl im Auszug wiederzugeben, so dass auf die bevorstehende ausführliche Publication verwiesen werden muss. Ihm wurde sogleich telegraphisch der Dank der Versammlung übermittelt. — Auch Betreffs der casuistischen Mittheilungen von Seiten der Herren Ahlers, Scheel und Karsten beziehe ich mich auf die dem Ausschuss des Vereins aufgetragene ausführliche Veröffentlichung dieser Verhandlungen.

Ein ausführlicher Bericht der Geheimmittel-Commission (bestehend aus je zwei Delegirten des Aerztevereins und des Deutschen Apothekervereins, Bez. Mecklenburg) war sämmtlichen Vereinsmitgliedern acht Tage vor der Versammlung mit der Tagesordnung zugestellt. Aus demselben heben wir hervor, dass Anzeigen etc. von Geheimmitteln u. dgl. m. durch mecklenburgische Apotheker oder als Niederlagen bei solchen nur noch ein oder zwei Mal vorgekommen sind; den Zeitungsverlegern gegenüber ist meistens eine Hinweisung der Commission ausreichend gewesen, wo nicht die vor einem Jahre bekannt gemachte Auffassung des Oberstaatsanwalts und des Justizministeriums in Schwerin, sowie der Landesregierung in Neustrelitz, dass Verkaufsanzeigen solcher Arzneimittel, die nach den Reichsgesetzen nicht dem freien Verkehr überlassen sind, in den Zeitungen durch mecklenburgische Verordnungen mit Strafe bedroht sind, prophylactisch gewirkt hatte. Erst in jüngster Zeit ist wegen solcher Anzeigen zum ersten Male ein Strafantrag gestellt. Ueber viele Geheimmittel und Heilschwindler hat die Commission Ermittelungen angestellt und deren Ergebnisse durch die Tagespresse, namentlich durch die „Rostocker Zeitung" und Boerner's „Deutsches Wochenblatt" bekannt gemacht. — Namens der Commission führt der Vorsitzende derselben, Herr Dr. Dornblüth, im Anschlusse an den Bericht noch weiter aus, dass durch die Vereinbarung mit dem Apothekerverein und die Thätigkeit der Commission der Geheimmittelschwindel aus den mecklenburgischen Apotheken so gut wie verdrängt, und die Curpfuscherei derselben mindestens wesentlich vermindert sei: immerhin ein nicht zu verachtender Erfolg, weil die Empfehlung von Geheimmitteln durch die Apotheker ihnen am meisten Vertrauen und Absatz schaffen, wodurch andererseits das legitime Geschäft der Apotheker ebenso wie die Aerzte vorzugsweise discreditirt würden. Gegenüber der Bereitwilligkeit der Apotheker, den Grundsätzen der Vereinbarung („die Aerzte haben zu curiren, die Apotheker haben die Arzneien anzufertigen") zu folgen, erachte er es für eine Ehrenpflicht der Aerzte, auch ihrerseits, wo es noch nicht in vollem Maasse geschehen, von der Begünstigung der Drogisten abzulassen, welche die Apotheker nicht nur materiell schädige, sondern im Publikum, das keine Einsicht in die Ursachen der höheren Preise habe, die Apotheker und secundär auch die Aerzte moralisch discreditire. Es sei kaum zu bezweifeln, dass unter den Drogisten sich die gefährlichsten Curpfuscher finden, wie sich bei ihnen unter den gleichen Namen minderwerthige Waaren verstecken. Während z. B. die Apotheker durch die Vorschriften der Pharmakopoe gebunden seien, zu Tincturen und ähnlichen Präparaten reinen Spiritus zu benutzen, können die Drogisten unter den gleichen Namen für die dem freien Verkehr überlassenen (wie Tr. Valerianae, Spiritus saponatus, camphoratus etc.) fuselhaltigen Spiritus, statt des in der Pharmakopoe vorgeschriebenen Oleum olivarum zu Linimenten etc. Ol. Rapae verwenden, und was sich in den Gelatinekapseln statt reinem Ricinusöl, Terpentinöl, Copaivabalsam etc. befinde, sei nicht zu controlliren, wie sich denn glaubhaftem Vernehmen nach eine grosse Fabrik damit beschäftige, Kapseln mit Gurjum-, statt mit Copaibalsam zu füllen. Selbst einfache Substanzen, wie Karbolsäure, mit der so viel Missbrauch getrieben werde, und Salze werden nach hier und anderswo gemachten Erfahrungen in schlechter Beschaffenheit verkauft. Der Arzt, der dergleichen anrathe, übernehme eine Verantwortlichkeit für die Drogenhandlungen, die er weder leisten dürfe, noch könne. Andererseits würden die Apotheker immer bereit sein, solche Dinge auf Empfehlung der Aerzte im Handverkauf zu ermässigten Preisen abzugeben. Schliesslich empfahl er die Anträge der Commission: 1. Der Allg. Meckl. Aerzteverein wolle an der Vereinbarung mit dem Deutschen Apothekerverein Bez. Mecklenburg festhalten und wiederum Deputirte in die gemeinschaftliche Commission wählen. 2. Er wolle ausdrücklich die Genehmigung des Vorgehens der Commission auch gegen Betriebe, die nicht direct zum eigentlichen Geheimmittelschwindel gehören, wie z. B. die der DDr. Meyer, Killisch, des William Becker etc., aussprechen. — 3. Er wolle beim Deutschen Aerztetage beantragen, dass er die Aerztevereine zur Errichtung gemeinschaftlicher Commissionen der Aerzte und Apotheker zur Bekämpfung des Geheimmittel-Unwesens bezirksweise nach Art der Mecklenburgischen Commissionen auffordere. — Diese Anträge wurden einstimmig angenommen und die bisherigen Deputirten, Dr. Dornblüth sen. in Rostock und O.-M.-R. Dr. Peters-Neustrelitz wiedergewählt.

Der Geschäftsbericht des Ausschusses ergiebt, dass der Mitgliederbestand 174 (= 75 Proc. sämmtlicher Aerzte) geblieben ist, indem der Zugang den Abgang durch Tod, Wegzug etc. deckt. — Anträge zur Geschäftsordnung werden angenommen. — Der Hülfsverein für mecklenb. Medicinalpersonen, zu denen jedes Mitglied mit Ausnahme der Assistenzärzte jährlich 10 M. steuert, hat bei einer Jahreseinnahme von 4657 M. eine Ausgabe von 1706 M. gehabt.

Betreffs des Antrages auf Einführung einer mecklenburgischen Aerzteordnung ist unter dem 7. Mai vom Ministerium in Schwerin eine Antwort ergangen, aus der erhellt, dass man vorerst das Vorgehen des Reichskanzlers in dieser Richtung abwarten will. —

In den Ausschuss, den Ehrenrath und zum Delegirten für den XII. deutschen Aerztetag werden die bisherigen Mitglieder wiedergewählt. Der Jahresbeitrag wird wieder auf 5 M. (+ 10 M. für den Hülfsverein) festgesetzt, wofür die Mitglieder das Deutsche Aerzte-Vereins-Blatt und das Corresp.-Blatt des Allg. Meckl. Aerztevereins frei zugeschickt erhalten. — Zum Versammlungsort für das nächste Jahr wird wieder Rostock erwählt.

Nach beendigter Versammlung vereinigte ein Festmahl die Theilnehmer, etwa 60 an der Zahl, dessen Speisekarte als „Correspondenzblatt des Echinokokkenvereins" die Verhandlungen humoristisch travestirte, und dem auch zwei schöne neue Lieder „vom Schluckgeräusch" und von der „Doctorherrlichkeit" nicht fehlten.

Der folgende Morgen war der Besichtigung der medicinischen Institute und Demonstrationen daselbst gewidmet, der Nachmittag diente einem Ausfluge nach Doberan und dem Heiligendamm, deren Badeeinrichtungen eingehend besichtigt wurden, wegen der den modernen Anforderungen nicht ganz entsprechenden Warmbadevorrichtungen aber weniger Beifall fanden, als die wirklich entzückende Lage beider Orte, von denen auch Doberan wegen seiner vortrefflichen Lage zwischen waldbedeckten Hügeln, seines Reichthums an geschützten und anmuthigen Spaziergängen, wegen seiner ausgezeichneten Verpflegung und billigen Preise mehr als in den letzten Jahrzehnten geschehen, als Sommerfrische etc. benutzt werden sollte. F. D.

XII. Die Cholera.

III.

1. Entstehung und Verlauf der Epidemie.

Seit wir vor acht Tagen der Cholera an dieser Stelle Erwähnung thaten, hat eine zunehmende Klärung der Ansichten zu fast vollständiger Uebereinstimmung geführt. Selbst in Frankreich hält nur noch Herr Fauvel daran fest, dass es sich nicht um Cholera asiatica, sondern um irgend eine andere nicht infectiöse und nicht verschleppbare Krankheit handele, im Uebrigen haben sich auch die Pariser Epidemiologen der Macht der Thatsachen beugen müssen.

Herr Fauvel freilich verlangte noch am 8. Juli in der Pariser Academie den stricten unwiderleglichen Nachweis des Weges der Einschleppung. Es liegt auf der Hand, dass dies Verlangen unberechtigt ist. Die Möglichkeit der Einschleppung, sei es durch Transportschiffe, wie die Sarthe, aus Hinterindien, sei es durch Kauffahrteischiffe aus dem rothen Meere oder Alexandrien, war in den letzten Monaten oft genug gegeben, und dies genügt. Selbst die besten Quarantänen werden immer an der Unmöglichkeit laboriren, einen vollständigen Schutz gegen die Einschleppung von Cholerakeimen zu gewähren, wieviel mehr die Einrichtungen in Toulon, welche nach allen Seiten zu wünschen übrig lassen. Unsere Leser erinnern sich ferner aus früheren Darlegungen, dass Schiffe auch trotz langer Dauer ihrer Fahrt von einem inficirten Hafen nach dem Hafen, wo die Fahrt endet, in den letzteren entwicklungsfähige Keime verschleppen können, wenn letztere, wie wir jetzt wissen, durch Uebertragung von Mensch zu Mensch immer neu reproducirt werden.

Schliesslich hat Robert Koch, wie vorher zu sehen war, das ausnahmslose Vorkommen des Cholera-Pilzes auch in Toulon constatirt. Allerdings bedurfte es dieses Nachweises dort nicht mehr, indessen halten wir die Ansicht, dass der Cholera-Pilz in manchen schwierigen Fällen eine differentiell-diagnostische Bedeutung haben könne, durch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aus aufrecht. Der Einwurf, möglicherweise finde er sich auch bei Cholera nostras, bedeutet kaum etwas, denn es ist im höchsten Grade unwahrscheinlich, dass derselbe Mikroorganismus zwei Krankheiten hervorrufen soll, die sich durch nichts so scharf von einander unterscheiden, als dadurch, dass die eine übertragbar ist, während bei der anderen niemals auch nur ein Fall von Uebertragung beobachtet worden ist.

Aber auch der Verlauf der Epidemie, meinte man in Frankreich, sollte dem der Cholera asiatica nicht entsprechen. Auch dies Argument ist ganz nichtig, wie schon Soyka durch den Vergleich der Touloner Epidemie mit denen gezeigt hat, die in München bisher aufgetreten sind. Wir lassen dahingestellt sein, wann die ersten Cholerafälle in Toulon stattfanden, sehr möglicherweise schon am 26. April bei einem am 23. April auf dem Shamrock aus Cochinchina heimgekehrten Marine-Infanteristen. Am 6. Mai soll dann wieder ein Fall constatirt sein. Die Touloner Berichte indessen führen den Beginn der gegenwärtigen Epidemie auf den Cholerasterbefall eines Matrosen zwischen dem 14. und 16. Juni zurück, und erst vom 19. Juni an ereigneten sich ihnen zufolge täglich tödtliche, rasch auf einander folgende Choleraerkrankungen. Es ist endlich möglich, den nunmehr beginnenden Verlauf Tag für Tag zu verfolgen, da jetzt endlich authentischere Berichte vorliegen.

Datum.		19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.
Zahl der Todesfälle.	Toulon	1	2	3	13	5	1	6	6	7
Datum.		28.	29.	30.	Juni.	1.	2.	3.	4.	5.
Zahl der Todesfälle.	Toulon	8	8	7		15	14	8	17	15
	Marseille						5	2	6	12
Datum.		6.	7.	8.	Juli.					
Zahl der Todesfälle.	Toulon	18	17	12		im Ganzen 183 (nach Anderen 166) Todesfälle in 20 Tagen.				
	Marseille	20	63	?		also in sechs Tagen 108 Todesfälle.				

Ueber die Zahl der Erkrankungen liegt ein genügendes Material noch immer nicht vor, jedenfalls ist von einem gutartigen Charakter der Seuche weder in Toulon noch in Marseille die Rede, sondern viel eher, wie Drasche mit Recht hervorhebt, von einem sehr bösartigen, was zu Anfang einer Epidemie ja gewöhnlich der Fall ist.

Ausser in Toulon und Marseille sind übrigens auch in Aix 4 und in Coublivie (Isère) 1 Choleratodesfall constatirt worden.

Eine irgend wie sichere Prognose bezüglich der weiteren Verbreitung der Cholera zu stellen, ist zur Zeit unmöglich und sind die Schlüsse aus dem Verlauf der früheren in Südfrankreich aufgetretenen Epidemien trügerisch. So lange die Seuche überhaupt noch in Frankreich nicht vollständig erloschen, ist auch ihre Verschleppung über die Grenzen desselben möglich. Allerdings scheint es fast, dass sie auf dem Landwege allein fortschreiten will und nicht in grossen Sprüngen zur See. Vielleicht kommt selbst Frankreich dies Mal mit einer Reihe von Epidemieausbrüchen davon. Aber wie gesagt, alle diese Annahmen tragen einen hypothetischen Charakter. Die Gefahr ist auch für uns immer noch vorhanden, und es ist nothwendig ihr entgegenzusehen aber mit voller Ruhe.

2. Allgemeine und individuelle Schutzmaassregeln gegen die Cholera.

Die sanitären Zustände Toulons haben wir schon geschildert, ebenso das Vertuschungs-System und die Kopflosigkeit der französischen Behörden. Letztere haben ein gutes Theil Verantwortlichkeit an der Panik, die nun erfolgte, auf ihr Conto zu schreiben. Hätten sie von Anfang nichts verhehlt, keine auch nur choleraähnliche Fälle todt geschwiegen, so wäre es möglich gewesen letztere zu isoliren und jedenfalls wäre nicht der stürmische Ausbruch von Cholerafurcht eingetreten, den wir nun erleben mussten. Spanien und Italien wetteiferten mit Quarantänen der rigorosesten Art und sperrten sich selbst gegen vollkommen seuchenfreie Länder ab. Die Spitze dieser Sperrmaassregeln richtete sich dies Mal natürlich gegen Frankreich. Aber Herr Fauvel als Vertreter dieses Landes in epidemiologischen Dingen kann sich am wenigsten beklagen. Ist er es doch gewesen, der das Dogma von dem sicheren Schutze durch Quarantänen am meisten gepredigt hat. Was auf entgegengesetzter Seite England anlangt, so bestehen die Regulative noch, die dort im vorigen Jahre erlassen und von uns auszüglich wiedergegeben sind. Sie genügen allerdings unseres Erachtens für England selbst und haben den unschätzbaren Vortheil gehabt, dass sie dort zu dauernden sanitären Verbesserungen geführt haben. Was wir aber von der englischen Regierung an dieser Stelle so oft gefordert haben, wiederholen wir auch heute. Sie hat die Pflicht, die Sanitäts-Polizei in den indischen Hafenstädten, im rothen Meer und in Aegypten gewissenhaft auszuüben und zu hindern, dass verseuchte Schiffe unbehelligt weiter gehen können. Es wird doch dem Einflusse des vereinigten Europas möglich sein, England eventuell zu einer loyalen Achtung internationaler Vorschriften zu nöthigen. Oesterreich-Ungarn hat sich bisher von Uebertreibungen fern gehalten und seine Quarantäne-Vorschriften gehen kaum über das hinaus, was durchführbar ist. In Deutschland haben die Küstenstaaten die im vorigen Jahre vereinbarten Vorschriften (siehe diese Wochenschrift 1883 S. 466 und 479) wieder aufleben lassen. Andere Maassregeln gegen die Einschleppung der Seuche auf dem Landwege sind in der Cholera-Commission vereinbart und den Einzelstaaten empfohlen worden. Von Reichswegen können sie nicht angeordnet werden, weil ausser der Gesetzgebung auf dem Gebiete der Medicinal-Polizei dem Reiche nur die Beaufsichtigung zusteht. Das Eine wissen wir glücklicherweise bestimmt, Sperren sind nicht in Aussicht genommen.

3. R. Koch, v. Pettenkofer und A. Hirsch.

Unsere Leser sind genau unterrichtet über die Differenzen, welche bezüglich der Cholera zwischen den Ansichten v. Pettenkofer's und Koch's bestehen und es ist natürlich, dass auch die Wahl der Schutzmaassregeln durch den Standpunkt beeinflusst wird, den der Eine oder der Andere einnimmt. Nicht die Entdeckung des Cholera-Bacillus selbst brachte diese Differenz, durch ihn war ja in der That Pettenkofer's x eine benannte Grösse geworden, sondern dass bei ihm nicht, wie z. B. bei dem Milzbrand, Sporen, Dauerformen irgend einer Art vorkommen. Solcher Dauerformen glaubt die Pettenkofer'sche Anschauung aber zu bedürfen um zahlreiche Vorkommnisse und Beobachtungen erklären zu können. Pettenkofer hält hieran noch heute fest, und erst vor kurzem hat Soyka in demselben Sinne betont, dass der im vorigen Jahre in Toulon eingeschleppte Cholera-Keime dort möglicherweise latent geblieben und jetzt erst, begünstigt von örtlicher und zeitlicher Disposition, wirksam geworden seien.

Von dieser Anschauung ausgehend muss Pettenkofer den Hauptwerth darauf legen, die örtliche Disposition zu bekämpfen, und dem entsprach die Verfügung der bayrischen Regierung vom 6. August 1883 (diese Wochenschr. 1883 S. 523 und 536).

Nach Koch's Untersuchungsergebnissen dagegen findet die Ansteckung durch den Cholera-Bacillus direct statt, und zwar durch seine Aufnahme vermittelst der Verdauungswege. Die Lebensfähigkeit des Bacillus ist allgemein überhaupt eine beschränkte, aber er verträgt Trockenheit absolut nicht, durch Eintrocknen geht er schnell zu Grunde. Eine Aufnahme durch die Respirationsorgane und ein Uebergang von ihnen aus in das Blut findet nicht statt. Durch Trinkwasser und Nahrungsmittel kommt der Bacillus in den Darm und hier an Ort und Stelle ruft er die Cholera hervor.

Selbstverständlich legt Koch auf die Durchführung allgemeiner sanitärer Maassregeln keinen geringeren Werth als Pettenkofer, aber seine Beobachtungen über die Biologie des Komma-Bacillus führen zu weitergehenden, für die Praxis wichtigen Schlüssen, die der mit Koch's bisherigen Mittheilungen Vertraute leicht selbst ziehen kann. Abgesehen von der frühzeitigen Isolirung und Evacuation der Kranken und einer rationellen Desinfection, d. h. Zerstörung der Keime durch welche Mittel es sei, handelt es sich vor Allem um Speise und Trank. Koch will das Wasser wie die Speisen während der Cholera gekocht wissen, in einem Raum in welchem sich Cholerakranke befinden, soll überhaupt nicht gegessen und getrunken werden. August Hirsch hat sich schon vor Jahren in demselben Sinne ausgesprochen. Es unterlag für ihn damals keinem Zweifel, dass das Choleragift seine erste primäre Wirkung auf die Schleimhaut des Darmkanals entwickle, möge es unmittelbar vom Munde aus durch Hinabschlucken oder, „was aber weniger wahrscheinlich sei," durch die Athmungs- und Circulations-Organe dahin gelangen. Jedenfalls müsse das Gift denjenigen Stoffen beigemengt sein, welche der Mensch durch den Mund aufnehme, also der atmosphärischen Luft oder den Speisen und Getränken. Auch Hirsch legte damals auf die Verbreitung der Cholera durch Trinkwasser ein grosses Gewicht und empfahl den Verschluss suspecter Brunnen und Quellen.

Auch in späterer Zeit nähern sich August Hirsch's Ansichten vielfach dem, was sich für Koch aus seiner Untersuchung über den Bacillus anderweitig ergab. Wesentlich für die epidemische Verbreitung sei immer der Umstand, dass der Boden durchfeuchtet, aber noch in dem Grade der Luft zugängig sei, dass die in ihm aufgehäuften organischen Stoffe unter dem Einfluss höherer Temperatur eine Zersetzung erfahren (Hist. geogr. Pathologie 2. Auflage). Auch die Schiffsepidemien, bei denen „der Verlauf der Seuche auf eine fortgesetzte Infection durch fortdauernde Reproduction und Reifung des Krankheitsgiftes hindeutet", finden ebendaselbst eine eingehende Würdigung.

Bezüglich des Eindringens des Giftes in den menschlichen Körper hat Hirsch inzwischen seine Auffassung nur insofern modifi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

cirt, als er die Aufnahme durch die Luft mehr accentuirt. Es sei nicht in Abrede zu stellen, dass das Gift in der Luft suspendirt sein müsse, um durch dieselbe in den menschlichen Organismus eingeführt, aufgenommen zu werden. Diese Verbreitung durch den aufsteigenden oder horizontalen Luftstrom geschehe jedenfalls nicht auf weite Entfernung. Ob die Aufnahme des Giftes in den Organismus ausschliesslich in dieser Weise erfolge, ob es nicht auch unter Umständen durch Nahrungsmittel (incl. Trinkwasser) in die Verdauungsorgane gelange — und welcher Weg der Einverleibung der häufigere sei — lasse sich nicht mit Sicherheit beurtheilen. Entschieden protestirt A. H. gegen die Alternative ob Boden-Theorie, ob Trinkwasser-Theorie. Man könne sehr wohl annehmen, dass das — wirksam gewordene — Gift ebenso in die Atmosphäre gelangen, wie sich auf Speisen niederschlagen oder unter Umständen in Brunnen und andere Wasserbehälter, welche culinarischen Zwecken dienen, gerathen und damit auf verschiedenen Wegen in den Organismus eingeführt werden könne.

Man erkennt leicht, wie häufig sich Hirsch's Ansichten mit denen Koch's decken. Dass der Komma-Bacillus keiner Umwandlung bedarf, um wirksam zu werden, sondern es von Anfang ist, und dass der Keim in der Luft nicht suspendirt sein kann, weil der Bacillus keine, in der Trockenheit wirksam bleibende Dauerformen producirt, konnte 1881 Niemand wissen.

Es wird mit dem Komma-Bacillus, seinem biologischen Verhalten und den daraus zu ziehenden Schlüssen ebenso gehen wie mit dem Bacillus der Tuberculose. Zuerst vielseitiger Widerspruch, weil die früheren ganz sicheren Erfahrungen damit nicht stimmten, dann, nach und nach, Revision des wirklich Thatsächlichen und schliesslich das Eingeständniss, dass die behauptete Unvereinbarkeit durchaus nicht vorhanden ist.

4. Herr Fauvel als Prophet.

Wie wir schon meldeten prophezeiht der Chef des französischen Sanitätswesens in seinem Abschiedsbriefe an die Pariser Academie, die von ihm als Cholera nostras auch jetzt noch angesehene Seuche werde in Toulon, wo sie entstanden, auch erlöschen, ohne sich von diesem Heerde weiter zu verbreiten und Frankreich zu überziehen. Auch die vereinzelten Fälle in Marseille, fährt er fort, würden schnell erlöschen, sobald die grosse Hitze vorüber sei. G. hebdomadaire de médecin ist grausam genug der früheren Prophezeihungen Fauvel's in Sachen der Cholera Erwähnung zu thun. Am 12. Juli 1865 erklärte er in der Gesellschaft der Hospitalärzte, er glaube nicht, dass Frankreich von einer Cholera-Epidemie bedroht sei, und am 23. Juli desselben Jahres brach letztere in Marseille aus! Auch anderen französischen Epidemiologen ist es nicht besser gegangen. Herr Gallard erklärte am 13. September in einem officiellen Bericht, Alles beweise, dass die Cholera auf das Littorale des mittelländischen Meeres beschränkt bleiben werde, und am 22. September erschien die Seuche im Krankenhaus Lariboisière zu Paris, und zwar in ihrer heftigsten Form. Man erkennt daraus, wie vorsichtig selbst erfahrene Seuchenkenner in Prophezeihungen sein müssen. P. B.

XIII. Journal-Revue.

Geburtshülfe und Gynäkologie.

3.

Ueber Vaginalinjectionen bei normaler Geburt und normalem Wochenbette. Ein Beitrag zur Aetiologie und Prophylaxe des Puerperalfiebers von Dr. Mermann (Mannheim). Archiv für Gynäkologie Bd. XXIII. Heft 1.

Nach M. ist man noch immer zu vielthuerisch in der normalen Geburtshülfe, wiewohl man zum grossen Theil schon abgekommen ist von der Geburtsleitung nach idealen Lister'schen Principien, von den permanten Irrigationen, von dem Drainiren des Uterus, von der Leitung der Geburt unter Spray, von den zahllosen Uterusirrigationen zu prophylactischen Zwecken, von dem minutiösen Aufsuchen und aseptisch-machen kleiner Risse und Schrunden und von so vielen anderen aseptischen Cautelen, die in sich oft mehr Gefahr bergen, als man durch sie Gefahr verhüten wollte. Jenen Fällen gegenüber, bei welchen eine Selbstinfection möglich ist (todtfaule Früchte, verjauchte Placentar- und Eihautreste, nach operativen zu Quetschung und Gewebszertrümmerung führenden Eingriffen), genügen einfache Vaginalirrigationen nicht, und rubriciren dieselben eben nicht unter die normalen Geburtsfälle. In Fällen drohender Selbstinfection könne man doch wohl nicht mit den antiseptischen Ausspülungen rechnen, sondern müsse zu intensiver wirkenden Mitteln ausser ihnen greifen (intrauterine und intravaginale Anwendung des Jodoform als Kugel, Stäbchen, Pulver). Für das gesundheitsgemässe Wochenbett hält er die Vaginalinjectionen nicht nur für unnöthig und nutzlos, sondern selbst für gefährlich, da mit dem Einströmen der Injectionflüssigkeit Theile des ausfliessenden Lochialsecrets wieder an höher gelegene Theile getrieben werden, da ferner der ganze Eingriff die grossen Gefahren der Infection von aussen bringt. S. Guttmann.

Zur Therapie der Eclampsie. J. Ferguson, Amer. journ. of obstetr. 1884. Febr.

F. empfiehlt neben warmen Einwicklungen des ganzen Körpers reichliches Trinken warmen Wassers zur Hervorrufung von starker Transpiration und registrirt von diesem Verfahren guten Erfolg.

S. Guttmann.

Ophthalmologie.

1.

Prof. Dr. R. Berlin. Ueber Dyslexie. Medicin. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesver. 1883. No. 27. —

Mit „Dyslexie“ bezeichnet Berlin einen von ihm bereits in fünf Fällen beobachteten, von den bekannten Ursachen der accomodativen, mucsulären oder nervösen Asthenopie gänzlich unabhängigen Krankheitszustand, in welchem der Patient beim Lesen plötzlich eine Störung empfindet, und zwar derart, dass die Fähigkeit Worte im Zusammenhang, resp. solche überhaupt lesen zu können, aufhört — wobei es gleichgiltig, ob der Erkrankte laut oder für sich liest, ob der Druck klein oder grösser ist. Auch sind allgemeiner Schwächezustand und psychische Erschöpfung dabei ausgeschlossen; ophthalmoskopischer Befund jedesmal negativ.

Obgleich in den meisten Fällen nach einigen Wochen Besserung erfolgte, stellten sich in allen im weiteren Verlaufe cerebrale Symptome ein (Kopfweh, Schwindel, Aphasie, Hemianopsie, Parästhesien, Hemiplegien u. a.), mit zum Theil lethalem Ausgang. Boten die Sectionsbefunde zweier Fälle auch noch kein genügend erklärendes Material, so glaubt doch Berlin als Ursache der Lesestörung gleichfalls eine cerebrale annehmen zu müssen, und zwar eine pathologische Veränderung in der Rindenschicht des Grosshirns, theils circulatorischer, theils chronisch entzündlicher Art; wobei die fast ausnahmslose Rechtsseitigkeit im Auftreten der peripheren Störungen, sowie die mehrfach beobachtete Aphasie für die linke Hirnhemisphäre sprechen.

Dyslexie ist nach Berlin's Auffassung ein Initialsymptom einer in jedem Falle schweren Gehirnerkrankung. Hauptmann-Kassel.

Dr. Friedr. Dimmer. Ein Fall von metastatischer Chorioiditis nach Extraction eines Mahlzahnes. (Aus Prof. v. Arlt's Klinik.) Wien. Medicin. Wochenschr. 1883. No. 9. —

Verfasser veröffentlicht einen Fall von eitriger Chorioiditis, dessen Aetiologie besonderes Interesse beansprucht.

Ein 13jähriger schwächlicher Knabe, der bisher nie augenleidend gewesen war, erkrankte 14 Tage vor Aufnahme in die Klinik am rechten Auge. Die Untersuchung ergab die Symptome einer auf der Höhe angelangten, heftigen Chorioiditis suppurativa: Protrusio bulbi, Chemose, eitriges Exsudat in der vorderen Kammer, gelblich-grün verfärbte Iris, zudem eine Scleralfistel, aus welcher auf Druck Eiter entleert wird. — Die Anamnese ergab, dass dem Knaben 4 Wochen zuvor wegen Zahnschmerzen in der linken Unterkieferhälfte der betreffende I. Mahlzahn nach dreimaligem vergeblichen Ansetzen extrahirt worden war. Nach 2 Tagen traten schmerzhafte Schwellung des Zahnfleisches und der linken Wange auf, dabei Halsschmerzen und Schlingbeschwerden: diese Erscheinungen gingen zwar nach 5 Tagen etwas zurück; im weiteren Verlaufe jedoch stellten sich Schüttelfröste ein und in deren Gefolge die ersten Anzeigen der Augenerkrankung — Verschleierung des Gesichtsfelds, Schmerz im Auge, Lidschwellung, welche in kurzer Zeit zum vollständigen Verlust des Auges (partielle Phthisis bulbi) führten.

Dass die Veranlassung zu diesem pyämisch-metastatischen Process in der durch die Zahnextraction verursachten Verletzung des Unterkiefers zu suchen ist, bleibt zweifellos. Hauptmann-Kassel.

Prof. von Hasner. Periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. Prag. Medic. Wochenschr. 1883. No. 10. —

Hasner theilt folgenden, in der Literatur wohl einzig dastehenden Fall mit.

Ein 17jähriges, gut entwickeltes Mädchen leidet seit dem 13. Lebensjahre allmonatlich an einer Lähmung des linken oberen Augenlides; dieselbe beginnt mit Kopfschmerz und Erbrechen und dauert 3 Tage an. Die genannten Erscheinungen treten gleichzeitig mit der im übrigen spärlichen, gleichfalls 3 Tage dauernden Menstruation auf, um mit Beendigung derselben vollständig wieder zurückzugehen.

Hasner constatirte totale Lähmung des oberen Lides; Pupille

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mydriatisch, Bulbus nach aussen und etwas nach unten abgelenkt; ausserdem leichte Protrusion desselben. Binoculares Doppeltsehen mit gekreuzten Bildern. — Die Ptosis ging bereits am 2. Tag zurück und damit zugleich Kopfschmerz und Erbrechen. Mit Cession der Menses am 3. Tage war die Ablenkung wieder aufgehoben, Lid und Bulbus freibeweglich. Im weiteren Verlaufe stellte sich auch die binoculare Fixation wieder ein; nur die Mydriasis hielt noch an (am 8. Beobachtungstage). — Der gynäkologische Befund war belanglos.

Zur Erklärung des in diesem Falle bestehenden Causalnexus nimmt Hasner an, dass „es sich dabei um eine in Begleitung der Menstruation durch vasomotorische Reizung im Bereiche der sylvischen Grube und des linken Pedunculus periodisch auftretende, hyperämische Drucklähmung des Ursprungskernes des linken Oculomotorius handele, mit Reflexwirkung auf den Vagus, wobei die Muskelenergie periodisch erheblich sinkt, aber mit der Wiederkehr normaler Circulation in dem bezeichneten Gebiete auch sofort wiederkehrt".

Prognostisch ist länger anhaltende Mydriasis (Lähmung des vordersten Endes des Ursprungskernes des Oculomotorius) wichtig und lässt bei öfterer Repetition der beschriebenen Erscheinungen eine zunehmende, resp. dauernde Lähmung aller Zweige des Oculomotorius befürchten. — Von einer Behandlung wurde, um den in seiner Art gewiss seltenen Symptomencomplex nicht zu beeinflussen, vorläufig abgesehen. Hauptmann-Kassel.

Ohrenheilkunde.

3.

G. Bacon, Calcium-Sulphid bei Ohrenerkrankungen. Zeitschr.f. Ohrenheilk. XIII. H. 2/3. S. 126.

B. beobachtete bei der innerlichen Darreichung des von Sexton und Ringer empfohlenen Schwefelcalcium in Gaben von 0,003—0,03 günstige Erfolge in Fällen von Mittelohrentzündungen, in welchen der Ausfluss bereits begonnen hatte, ebensowohl wie bei Fällen von Furunkelbildung im äusseren Gehörgang, wo das Mittel entweder die Entzündung mässigte und das Eintrocknen des Furunkels veranlasste, oder, wenn das Centrum bereits nekrotisirt war, die Eiterung beförderte und den Verlauf der Erkrankung abkürzte. Aber auch in Fällen von Hyperämie und Vorwölbung des Trommelfells ohne Eiterung wich die Entzündung bei der Anwendung von Calc. sulfurata, und B. glaubt, wenn es früh genug gegeben wird, gerade durch dieses Mittel die Eiterung verhindern zu können. Ebenso bringt er die Thatsache, dass er seit Anwendung desselben nie eine ernste Complication von Seiten des Warzenfortsatzes beobachtete, damit in Verbindung. Die Lokalbehandlung bestand daneben in Einpulverung von Borsäure, z. Th. in Verbindung mit Hydrast. canad. oder Calendula. Acht Krankengeschichten sind beigefügt. Zucker.

XIV. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg. 18.—23. September 1884.

Programm der Sectionssitzungen.

Anatomie. 1) Herr Prof. Dr. Waldeyer-Berlin: Thema vorbehalten. 2) Herr Prof. Dr. A. Rauber-Leipzig: Thema vorbehalten.

Pathologische Anatomie. 1) Herr Prof. Dr. Ackermann-Halle: „Ueber Lebercirrhose." 2) Herr Dr. Aufrecht-Magdeburg: a. „Die experimentelle Erzeugung der Endometritis diphtheritica puerperalis nebst einigen Schlussfolgerungen für das menschliche Puerperalfieber." b. „Croup und Diphtheritis."

Innere Medicin. 1) Herr Prof. Dr. Seeligmüller-Halle: „Ueber Herzschwäche." 2) Herr Prof. Dr. Strümpell-Leipzig: „Ueber Syphilis des Rückenmarks." 3) Herr Prof. Dr. Ebstein-Göttingen: „Aetiologie und Behandlung des Abdominal-Typhus." 4) Herr Prof. Dr. Lichtheim-Bern: „Die Aetiologie der Lungenentzündung." 5) Herr Director Dr. Curschmann-Hamburg empfiehlt zur Discussion das Thema: „Aetiologie und Therapie des acuten Gelenkrheumatismus."

Chirurgie. 1) Herr Geheimrath Prof. Dr. v. Bergmann-Berlin: a. „Ueber die Litholapaxie und den hohen Steinschnitt." b. „Ueber Nierenexstirpation." c. Die Demonstration interessanter Präparate in Aussicht gestellt. 2) Herr Prof. Dr. Lücke-Strassburg: „Ueber die Ursachen der Gelenkstellungen bei Entzündungen." Herr Geheimrath Prof. Dr. Volkmann-Halle, Herr Prof. Dr. Mikulicz-Krakau, Herr Prof. Dr. Madelung-Rostock, Herr Prof. Dr. Küster-Berlin, Herr Dr. Eugen Hahn-Berlin, Herr Prof. Dr. Schede-Hamburg haben ihr Kommen in Aussicht gestellt; Themata noch vorbehalten.

Gynäkologie. Bis jetzt kein Vortrag angemeldet.

(Fortsetzung folgt.)

XV. Kleinere Mittheilungen.

— Nichts ist gewissenloser, als nachtheilige Gerüchte über angebliche sanitäre Missstände oder gar Angaben über das Vorkommen von Infectionskrankheiten in dem einen oder dem anderen Kurorte weiter zu tragen, ohne sie einer genauen Prüfung zu unterziehen, und schon oft haben wir Gelegenheit gehabt dem entgegenzutreten. Dies Mal ist Schuls-Tarasp in Angriff genommen, wo der Typhus herrschen solle. Dass dies Gerücht gänzlich aus der Luft gegriffen ist, bestätigt uns ein Schreiben Geh.-Rath Dr. Koerte's, demzufolge seit den drei Wochen seiner Anwesenheit daselbst der denkbar beste Gesundheitszustand herrschte und von Typhus gar keine Rede ist. Bekanntlich haben aus Italien in das Ober-Engadin eingeschleppte Fälle dort überhaupt niemals zu einer weiteren Verbreitung bisher Veranlassung gegeben. Wir bringen diese Mittheilung an markanter Stelle, weil wir hoffen, dadurch einer unnützen Beunruhigung ein für alle Mal ein Ziel zu setzen, und weil der berühmte Kurort eine solche Berücksichtigung nach jeder Richtung verdient. —

— Universitäten. Prof. Dr. Aeby ist als Professor der Anatomie an die deutsche medicinische Facultät in Prag berufen und hat die Berufung angenommen. Sein Nachfolger dürfte jedenfalls Professor Strasser werden.

XVI. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Stabs- und Bataillonsarzt vom 2. Schlesischen Jäger-Bataillon No. 6 Dr. Paetsch in Oels die Erlaubniss zur Anlegung des ihm verliehenen Ritterkreuzes 1. Klasse des Herzogl. Sachsen-Ernestinischen Hausordens zu ertheilen, sowie dem practischen Arzt Dr. Bernhard Oebeke zu Endenich den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen.

Ernennungen: Der practische Arzt Dr. Heinrich Herbst in Wipperfürth, seither commissarischer Verwalter der Kreiswundarztstelle ist definitiv zum Kreiswundarzt des Kreises Wipperfürth ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Feilchenfeld in Schlochau, Dr. Breitkopf in Schwetz, Dr. Winter, Dr. Jos. Hoffmann, Dr. Feld und Dr. Quetsch sämmtlich in Berlin, Dr. Herzfeld in Heldrungen, Dr. Wessel in Rossleben, Dr. Wander in Ellrich, Dr. Ewers in Wesel, Dr. Vogelsang in Werden, Dr. Wehrmann in Düsseldorf, Dr. Hofacker Düsseldorf.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. von Putiatycki von Lautenburg nach Poln. Lissa, Dr. Drozynski von Bukowitz nach Schneidemühl, Dr. Strowitzki von Liebemühl nach Schlochau, Dr. Pulvermacher von Posen nach Berlin, Dr. Seidel von Bremen nach Berlin, Priv. Docent Dr. Moeli von Berlin nach Dalldorf, Dr. Kaul von Zauditz nach Herrndorf, Wollecker von Weissenfels nach Jarmen, Dr. Albr. Fischer von Jarmen nach Langensalza, Dr. Willms von Heiligenstadt nach Voerde, Dr. Schirks von Remscheid nach Lennep, Dr. Dickmann von Düsseldorf nach Neuss, Dr. Ranschoff von Wesel nach Koeln.

Verstorbene: Kreisphysicus San.-Rath. Dr. Schoenian in Bremervoerde, San.-Rath. Dr. Woppisch in Zeitz und Dr. Bonnenberg in Werden.

Apotheken-Angelegenheiten: Apotheker Dronke hat die Sternsche Apotheke in Berlin, Apotheker Bourquin die Schickan'sche Apotheke in Priebus und Apotheker Schmidt die Truppel'sche Apotheke in Salzdetfurth gekauft. Der bisherige Verwalter der Krebs'schen Apotheke in Berlin, Apotheker Schaeffer, hat an Stelle des Apothekers Hink die Verwaltung der Graetz'schen Apotheke ebendaselbst und für ihn der Apotheker Braun die Verwaltung der Krebs'schen Apotheke übernommen. Die Verwaltung der Filial-Apotheke in Ohligs ist an Stelle des Apothekers Prümer dem Apotheker Brockmüller übertragen.

Vacante Medicinal-Beamten-Stellen: Kreisphysicat des Stader Geestkreises, Kreiswundarztstelle des Kreises Mohrungen.

Berichtigung.

Wir entnahmen das Referat über die Verhandlungen des Aerzte-Vereins des Regierungsbezirks Stralsund am 14. Juni 1884 (No. 28 dieser W. S. 440 und S. 449) dem uns wie gewöhnlich direct zugegangenen Correspondenzblatte des Vereins No. 18 in der wohl naheliegenden Voraussetzung, dass der Bericht, weil ein officieller, auch ein authentischer sein müsse.

In dieser Beziehung haben wir uns leider getäuscht. Herr Prof. Dr. Landois theilt uns mit, dass er das Referat weder verfasst noch eingesendet habe und Herr Prof. Dr. H. Schulz übergiebt uns Folgendes:

In No. 28 S. 449 dieser Zeitung hat sich in dem Referat über die Discussion nach meinem Vortrage[1]) über den therapeutischen Werth des Arsens ein Irrthum eingeschlichen. Es heisst darin, das Arsen könne nur aufgespeichert werden in Form von arsensauren Salzen, die sehr bald gelöst und ausgeschieden würden. Das habe ich nie behauptet, zudem würde es auch ziemlich in gradem Widerspruch zu der von mir vorgetragenen Theorie stehen. Ich habe das in dem Correspondenzblatte mitgetheilte Referat erst nach dem Druck desselben zu sehen bekommen, und daher zu einer Correctur desselben überhaupt keine Gelegenheit gehabt.

[1]) Derselbe befindet sich in dieser No. S. 453.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag № 30. 24. Juli 1884.

DEUTSCHE
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.
Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Ueber Jodoform-Exantheme.

Von
Prof. Dr. A. Neisser in Breslau.

So zahlreich auch die Literatur über durch Medicamente hervorgerufene Ausschlagsformen in den letzten Jahren geworden ist, so ist meines Wissens doch eine Form derselben nicht[1]) beschrieben worden, nämlich die durch äussere Jodoform-Application entstehende Dermatitis.

Die Kenntniss dieser Jodoform-Nebenwirkung scheint aber um so wichtiger zu sein, als das Jodoform, weil unstreitig zu den am häufigsten gebrauchten Medicamenten gehörig, gewiss in einer grossen Reihe von Fällen an sehr lästigen Ausschlägen schuld ist, welche, als in ihrer Aetiologie unbekannt, jeder gewöhnlichen Behandlung trotzen.

Seitdem meine Aufmerksamkeit auf diese Nebenwirkung des Jodoforms gerichtet ist, habe ich dasselbe in nicht weniger als 7 resp. 8 Fällen kurz hintereinander zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Das Krankheitsbild ist das einer sehr acut sich entwickelnden, erythematösen und klein-vesiculösen (dem acuten Eczem nahestehenden) Dermatitis.

Wenige Stunden nach der Application entwickelt sich um die behandelte Stelle herum, unter theils stark brennendem, theils stark juckendem Gefühl, eine intensive, gegen die Umgebung allmählich abklingende Röthe. Wenige Stunden später schiessen bis linsengrosse mit wasserheller Flüssigkeit gefüllte Bläschen hervor, deren weiteres Schicksal theils von äusseren Zufälligkeiten — Aufkratzen, Scheuern der Kleidung u. s. w. — theils von der Oertlichkeit resp. von der geringeren oder grösseren Dicke der Epithel- und Hornschichten abhängt. Je nachdem entwickeln sich Affectionen, welche entweder schnell zum Nässen führen und sich mit Krusten bedecken oder mehr pustulöse und circumscript impetiginöse Stellen. Wesentlich abhängig ist natürlich der Entwicklungsgrad der in Rede stehenden Dermatitis von der Dauer und Wiederholung der Jodoform-Einwirkung. Namentlich ist die Flächenausdehnung von der mehr oder weniger lange fortgesetzten Jodoformbehandlung beeinflusst; in geringerem Grade besteht ein Abhängigkeitsverhältniss zwischen der Höhe des örtlichen Processes und der Länge der Jodoformeinwirkung. Schon eine einmalige Application ruft den Process in seiner ganzen Intensität hervor.

Wir haben es also zu thun mit einer acuten Dermatitis, welche wir mit vollem Recht als specifisches Arznei-Exanthem bezeichnen können, und bei deren Zustandekommen in erster Reihe eine bestimmte Prädisposition resp. eine angeborne Idiosynkrasie dem Jodoform gegenüber eine grosse Rolle spielt.

Wir überzeugten uns, dass nicht etwa bestimmte Jodoformarten oder Verunreinigungen (chemischer Natur) von Belang seien; ebenso war die Form der Application gleichgiltig, mochte das Jodoform in Pulver- oder Salbenform, in Aether- oder Collodiumlösung applicirt werden.

Es reichten in den beobachteten Fällen die geringsten Spuren anfliegender Jodoformmengen aus, um die geschilderte Dermatitis zu produciren. Es scheint jedoch nur die externe Application als wirksam resp. als schädlich sich zu verhalten, wenigstens konnte in zwei Fällen, bei denen extern willkürlich die Dermatitis beliebig oft hervorgerufen werden konnte, durch innerliche Verabreichung ein artificielles Exanthem nicht bewirkt werden.

Es nähert sich unser Jodoform-Exanthem am meisten dem bei gewissen Personen auftretenden Mercurial-Eczem (nach localer Einreibung von Ung. cinereum oder Ung. praecipit. alb.). Beide Dermatitisformen haben das Gemeinsame, dass ihre Ausbreitung den Bezirk der directen Application bei weitem übertrifft, jedoch habe ich die sprungweise Verbreitung, welche bei den sogenannten Mercurial-Eczemen die Regel bildet, nur in einem einzigen Falle (auch in diesem in nicht ganz eindeutiger Weise, weil zufällige, disseminirte Jodoformberührungen nicht sicher ausgeschlossen werden konnten) beobachten können. — Andererseits unterscheidet sich unser Jodoform-Exanthem von den artificiellen Hautentzündungen, welche wir so häufig unter Carbolsäure- oder in neuester Zeit unter Sublimatverbänden zu Stande kommen sehen. Letztere sind meist rein örtliche Reizerscheinungen, haben nicht die Neigung der schnellen peripheren Verbreitung und, was das Wesentlichste ist, sie setzen nicht eine bestimmte Prädisposition der Haut (wie beim Jodoform-Exanthem) voraus.

Der objective Befund hat, wie aus Obigem bereits hervorgeht, nichts für das Jodoform-Exanthem Specifisches; höchstens die Schnelligkeit der Entwicklung und der Verbreitung könnten, ohne Kenntniss der Aetiologie, den Arzt auf die Vermuthung einer artificiellen resp. Jodoform-Dermatitis kommen lassen.

Für die Praxis ist aber die Kenntniss der geschilderten Nebenwirkung des Jodoforms, wie ich glaube, von hoher Bedeutung. Zwei der von mir beobachteten Kranken consultirten mich wegen eines, sie seit Jahren quälenden Eczems am Anus und Perineum, und zwar handelte es sich bei Beiden nicht um chronisch infiltrirte Eczemformen, sondern um häufig sich wiederholende, eigentlich nie recht zur Abheilung kommende acute Ausbrüche. Beide Patienten, die schwer unter ihrer Krankheit litten, hatten artificielle Jodoform-Dermatitiden, welche durch, wegen anderweitiger Rectalbeschwerden verordnete Jodoform-Suppositorien hervorgerufen wurden. Ihre Leiden waren leicht zu beseitigen. — In zwei Fällen sah ich unser Arznei-Exanthem bei weiblichen Kranken, welche regelmässig eine über die Oberschenkel-Innenfläche sich verbreitende Dermatitis bekamen, wenn Jodoform in den Scheiden-Eingang gebracht wurde.

Ein Patient gab an, regelmässig nach Karbunkel-Incisionen die „Rose“ bekommen zu haben. Es stellte sich heraus, dass er auf jede Jodoform-Application mit einem weit sich verbreitenden Erythem reagirte.

Den hochgradigsten practisch folgenschwersten Fall lernte ich durch die Güte des Herrn Collegen H. hierselbst kennen, und zwar war er selbst der vielgeplagte Kranke. Er litt seit vielen Jahren an einer chronischen Urticaria, deren häufige Ausbrüche ihn zwar viel belästigten, welche aber einigermaassen erträglich waren. Dazu jedoch gesellten sich in den letzten Monaten diffuse und disseminirte Eczem-Ausbrüche, für die und für deren fortwährend auftretende Recidive wir vergebens nach einer plausiblen Aetiologie suchten und die wir auch vergeblich behandelten, bis es sich gelegentlich einer Fussverletzung herausstellte, dass der College H. eine Idiosynkrasie gegen Jodoform besässe, dass die Eczeme artificielle Jodoform-Ausschläge seien. Seitdem der College jede Berührung mit Jodoform vermeidet, sind die „Eczeme“ nicht wieder aufgetreten.

Auf die Pathogenese — ob die artificielle Dermatitis entzündlicher Natur sei oder ob nervöse[1]), vielleicht reflectorische, Vorgänge

[1]) Nur König (Centralbl. für Chir. 1882, 7. 8.) erwähnt „zuweilen auftretende papulöse Exantheme. Sie verschwanden, wie es scheint, in der Regel schon bald nach dem Weglassen des Mittels.“

[1]) Hierfür spräche folgende Beobachtung, welche zugleich zeigt, wie stark die Idiosynkrasie mancher Individuen gegen das Jodoform ist: Ein 40jähriger Herr benutzte wegen einer Schwellung in der Parotidengegend beiderseits eine Jodoformsalbe (2,0 : 15,0 Vaseline, von der er erbsengrosse Mengen Abends einrieb. Jedes Mal, wenn er Abends eingerieben hatte, schlief er die Nacht so fest, dass er sich Morgens nur schwer ermuntern konnte, hatte bis Mittag einen wirren, eingenommenen Kopf und war appetitlos „als wenn er Morphium genommen hätte“. Liess er die Salbe Abends fort, so traten diese Erscheinungen nicht auf — so dass sich Pat., nachdem dies Experiment 3 Wochen hindurch mit wiederholten Pausen gemacht worden war, weigerte, die Salbe weiter zu brauchen, während er vorher Ungt. Kal. jod. und nachher Kal. jodat. innerlich ohne diese Beschwerden ertrug.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit im Spiele seien, will ich nicht eingehen. Ich würde mich doch auf rein theoretische Speculationen beschränken müssen.

Zur Behandlung der Dermatitis haben sich am meisten kühle Umschläge mit einer fünfprocentigen Lösung von essigsaurer Thonerde oder Waschungen mit zweiprocentigem Carbolspiritus mit nachträglicher Aufpulverung von Streupulvern bewährt. Selbstverständlich bleibt peinlichste Vermeidung von Jodoform die erste Regel für so disponirte Menschen.

II. Eine Massenvergiftung durch „salpetrigsaure“ Dämpfe

von

Prof. Dr. Richard Pott in Halle a. S.

(Schluss aus No. 29.)

I. Beobachtung: Desgranges. (Journ. d. méd. T. 8, et dictionaire des sciences médicals, Tom. II p. 388.)

Ein 45 Jahre alter Kaufmann, etwas engbrüstig, aber sonst kräftig und gesund, der schon mehrere Jahre mit Aq. fortis handelte, wird gegen 4 Uhr durch das laute Bellen eines Hundes geweckt, der aus Versehen im Magazin eingeschlossen war. Als die Thür geöffnet wird, stürzt der Hund mit verbrannten Pfoten nach dem nächsten Bache, wo er begierig trinkt, noch eine Zeit lang mit anderen Hunden spielt, aber zwei Stunden darauf unter Erbrechen dicker verschieden gefärbter Massen verendet.

Der Besitzer des Magazins hat sogleich einen sehr starken Geruch nach salpetrigsauren Gasen wahrgenommen, geht aber hinein; 5 Minuten darauf befällt ihn eine solche Erstickungsangst, dass er schleunigst wieder ins Freie eilen muss. Demungeachtet kehrt er kurze Zeit darauf noch einmal dahin zurück, um die Kiste mit den zerbrochenen Flaschen heraus zu holen. Gegen 6 Uhr Morgens trinkt er Milch, kurz darauf Wein, geht nach der Stadt und langt gegen 8 Uhr wieder zu Hause an.

Eine allgemeine Schwäche, trockene Hitze und Brennen im Schlunde, eine Reizung im Magen und in der Brust und ein zusammenschnürendes Schmerzgefühl im Epigastrium haben sich eingestellt. Die Brustbeklemmung ist gering. Patient trinkt viel Milch und fühlt gegen 1 Uhr Nachmittags Linderung. Dreimal sind Stuhlentleerungen erfolgt und hatten die beiden letzten Male eine exquisit citronengelbe Färbung. Urinentleerung sparsam, gegen Abend lästiger Harnzwang. Um 4 Uhr Nachmittags Hustenanfall mit gelblichem Auswurf. Mässiger Hustenreiz, Uebelsein und leichtes Erbrechen bestehen fort. Gegen 9 Uhr Abends hochgradige Athemnoth, bläuliche Gesichtsfarbe, Schleimrasseln auf der Brust, einige Male Schluchzen, grosse Schmerzen in der Zwerchfellsgegend, convulsivische Bewegungen und leichte Delirien. Gegen Morgen Steigerung des Angstgefühls. Patient trinkt Milch mit vollem Bewusstsein. Tod um 7 Uhr. Kurz nach dem Tode schwillt der Bauch an, das Gesicht wird roth, die Lippen färben sich schwarz und einige Tropfen Blut fliessen aus Nase und Mund.

II. Beobachtung: Cherrier, bulletins de la société méd. d'émulation 1823 Octob.

Ein 22jähr. junger Mann hatte längere Zeit grössere Mengen salpetrigsaurer Gase eingeathmet. Es war ein Ballon mit verdünnter Salpetersäure geborsten, durch den Riss floss die Flüssigkeit aus und entwickelten sich sofort dicke orangegelbe Dämpfe. Aus Angst vor Feuer goss der junge Mann den Rest Salpetersäure in einen alten Kessel von Eisenblech. Die Entwicklung der salpetrigsauren Gase wurde natürlich um so beträchtlicher; mit Mühe wurde der Kessel herausgebracht. Ein Sperling, der etwa 6 Fuss hoch im Zimmer gehängt hatte, starb sofort.

Der junge Mann arbeitete trotz sehr heftigen Hustens in gewohnter Weise weiter, ass zur bestimmten Stunde, machte gegen 6 Uhr Abends einen Spaziergang, da er Beklemmungen auf der Brust verspürte. Die erhoffte Erleichterung trat durch den Aufenthalt im Freien nicht ein, im Gegentheil die Athemnoth nahm zu, so dass er schleunigst nach Hause zurück fuhr. Abends 12 Uhr traf Orfila den Kranken im Bette sitzend an, mit bleichem Gesicht unter den Erscheinungen der schwersten Orthopnoe. Lautes Schleimrasseln! Nach heftigem quälenden Husten werden mit vieler Anstrengung orange-gelb gefärbte Sputa ausgeworfen. Dabei war die Hauttemperatur normal; Puls gehoben; nach einem Klystier erfolgte ein reichlicher, völlig normaler Stuhl.

Bis 4 Uhr Morgens ist der Zustand des Kranken leidlich. Erneute Erstickungsgefahr bei hartem vollem Puls indicirte einen Aderlass. Das Blut ist dunkel schwarz, klebt an den Wänden des Gefässes und scheidet sich das Blutserum erst nach 6 Stunden ab. — Um 10 Uhr und 6 Uhr Abends wird der Aderlass wiederholt.

Der Auswurf hat seine gelbe Farbe verloren, ist serös schaumig, die Respiration wird von Augenblick zu Augenblick mühsamer. Um 11 Uhr Abends ist der Kranke unfähig zu sprechen, aber bei vollem Bewusstsein. Um 6 Uhr Morgens sieht und hört Patient noch Alles, kann sich aber nicht mehr bewegen: eine Stunde darauf erfolgt der Tod.

Section 30 h. p. mort.

Die rechte Lunge füllte die ganze Thoraxhälfte aus und ist die Pleura costalis mit der Pleura pulmonalis innig verwachsen. Die Lunge erscheint völlig „desorganisirt“, enthält keine crepitirende Stellen, ist mit grossen Massen schwarzen flüssigen Blutes ausgefüllt und macht den Eindruck, als ob sie in einer Flüssigkeit macerirt sei.

Die linke Lunge ist nur wenig adhärent, erscheint comprimirt, und schwimmt gleichsam in einer grösseren Menge blutiger Flüssigkeit. Das Lungenparenchym crepitirt indessen an einigen Stellen. Herz dilatirt mit schwarzem flüssigem Blute gefüllt, namentlich das rechte Herz und die Vorhöfe. Herzmuskel dunkel braunroth. Die Schleimhaut der Trachea und der Bronchien livid verfärbt.

Zäpfchen- und Rachenschleimhaut von Brand (?) ergriffen.

Magen ausgedehnt, Inhalt stark sauer, Schleimhaut verdickt, an der Cardia und am Pylorus, oberflächliche Ulcerationen. Darm, Milz, Nieren, Harnblase nicht pathologisch verändert. Das ganze Gefässsystem mit schwarzen Blutmassen gefüllt.

III. Beobachtung: Sucquet. Journal de médicine 1860.

Ein 34jähriger kräftiger Mann war mit Reinigen von Kupfer mittelst Salpetersäure beschäftigt. Am 2. Tage, wo er längere Zeit grössere Mengen sich entwickelnder salpetrigsaurer Dämpfe eingeathmet hatte, stellten sich Kopfschmerzen, Husten und Beklemmungen ein und Unfähigkeit zu schlucken, Zustände, die sich im Laufe der Nacht bedeutend verschlimmerten. Am anderen Morgen findet man den Patienten auf dem Bette sitzen mit hervorstehenden Augen, bläulich-rothen Lippen, und kurzer, unterbrochener Sprache. Häufiger Husten mit reichlichem, zähem und gelblichem Auswurf. Stossweise unregelmässige äusserst mühsame Respiration. Percussion ergiebt normalen Befund; weitverbreitet auf der Brust feuchtes, grossblasiges Rasseln. Zunge feucht; Bauch schmerzlos. Haut feucht, fast kalt. Puls klein, regelmässig 98 Schläge in der Minute. Volles Bewusstsein, freie Bewegung. Tod 28 Stunden nach Beginn der Krankheit.

Bei der Section zeigten sich die Lungen sehr voluminös, crepitirten beim Einschneiden, hatten normale Farbe. Die Schleimhaut war livid verfärbt und verdickt. Die Bronchien enthielten viel gelbliche Flüssigkeit, die sich auch auf den Durchschnittsflächen der Lunge zeigte.

Unschwer wird man in den Oppiner Fällen das gleiche Krankheitsbild wiedererkennen, wie es uns in so drastischer Weise bereits Cherrier, Desgranges und Sucquet entworfen haben. — Völlig dunkel und unaufgeklärt bleibt indessen die physiologisch-toxische Wirkung der salpetrigsauren Gase. Weder die Obductionsbefunde, noch die experimentellen Versuche, die bisher nur von Eulenberg (l. c. S. 244) angestellt sind, bieten eine allseitig befriedigende Erklärung. Man rechnet die salpetrigsauren Gase zu den irrespirabeln, irritirenden Gasen und glaubt den Grund für die tödtlichen oder schädlichen Wirkungen derselben einmal in den Reizungen und Anätzungen der Respirationsschleimhaut bis in die feineren Bronchialverzweigungen hinein und zweitens in den muthmaasslichen Blutveränderungen gefunden zu haben.

Eulenberg[1]) und Gamgee[2]) nehmen an, dass es im Blute zu sogenannten Nitroverbindungen kommt. Versetzt man das Blut reichlich mit salpetrigsauren Gasen, so wird dasselbe schwarz und dick, ohne dass die Blutkörperchen sich verändern. In dem Verhalten des so veränderten Blutes zu bestimmten Reductionsmitteln (ammoniakalische Silbersalpeterlösung!) finden Eulenberg und Gamgee den Beweis, dass die salpetrigsauren Salze (Nitrite) Verbindungen mit dem Hämoglobin eingehen.

Preyer (die Blutkrystalle Jena 1871 p. 148) erklärt diese Erscheinung als blosse Säurewirkung (Bildung von Methämoglobin?). Indessen ist er nicht abgeneigt l. c. 146 ein „Untersalpetersäure-Hämoglobin“ anzunehmen, eine Verbindung, die ähnliche Absorptionsstreifen aufweisen soll, wie CO-Hämoglobin. Da aber Säuren sehr schnell eine Zersetzung des Hämoglobin bedingen (vgl. Hoppe-Seiler, chemische Analyse etc. 1875 S. 255), so muss es überhaupt höchst unwahrscheinlich erscheinen, dass salpetrige Säure resp. Untersalpetersäure Verbindungen mit dem Hämoglobin eingehen kann. Hermann (Lehrbuch der experimentellen Toxikologie 1874. Stickoxyd S. 112 ff.) äussert sich folgendermaassen:

„Das Stickoxyd gehört wegen seiner Eigenschaft, in Berührung mit Sauerstoff sogleich Dämpfe von Untersalpetersäure zu bilden zu den irrespirabeln Gasarten. Wird arterielles Blut mit Stickoxyd behandelt, so kommen 3 Affinitäten in Frage 1) die des Sauerstoffs zum Stickoxyd, 2) die des Sauerstoffs zum Hämoglobin und 3) die des Stickoxyd zum Hämoglobin.“

Eigentlich toxische Wirkungen auf den Gesammtorganismus kann das Stickoxyd nicht hervorbringen, weil es beim Versuche der Einathmung durch Bildung der ätzenden Dämpfe von Untersalpetersäure Stimmritzenkrampf und Verätzung der Luftwege hervorruft. Weiter indessen sagt er: (vergl. schweflige Säure p. 141 ff.) „Die Ursache der Reizwirkung ist fast bei allen irrispirabelen Gasen aus chemischen Eigenschaften erklärbar. Viele derselben sind Säuren, andere bilden beim Einathmen Säuren, wie das Stickoxydgas durch Berührung mit dem Sauerstoff der Athemluft. Trotzdem hat man sich in jedem einzelnen Falle zu fragen:

„1. ob die angedeuteten Eigenschaften schon allein die Reizung der Schleimhäute erklären und 2. ob nicht das Gas, wenn es trotz der Schleimhautreizung zur allgemeinen Wirkung gelangen kann, noch andere toxische Eigenschaften besitzt“, wie z. B. das Stickoxydgas, Amylnitrit u. s. w.

Die schwefligsauren und schwefelsauren Dämpfe wirken nach den Untersuchungen von Hirt (die Krankheiten der Arbeiter Bd. II S. 71 ff.) auf die Athmung in doppelter Weise: einmal direct lähmend auf den Vagus und zweitens in wechselnder Weise bald erregend, bald lähmend

[1]) l. c. S. 253.

[2]) Gamgee. Note on the action of nitric. oxid., introces acid and nitrites on haemoglobin. Proceedings of the royal society of Edinburgh VI. 1. 108 186f. ferner Philos. Transact. 1868 S. 589.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf das Athmungscentrum — unter allmählicher Abnahme der Erregbarkeit tritt der Tod ein, eine Folge der Lähmung des genannten Centrums.

Auf die Circulation wirken schwache Concentrationen des Gases (5—15 proc. SO_2) anders, als starke (50—70 proc. SO_2); jene lähmen bald das vasomotorische Centrum, diese thun es erst, nachdem eine bedeutende Erregung desselben vorangegangen ist. Auf den Herzmuskel wirkt das Gas lähmend.

Welcher Antheil den ätzenden Eigenschaften der salpetrigsauren (untersalpetersauren) Dämpfe zufällt, ob dieselben die gleichen toxischen Einwirkungen auf Athmung und Circulation auszuüben im Stande sind, wie die schwefligsauren Gase, das zunächst experimentell zu prüfen, war meine Absicht. Jedoch von verschiedenen Seiten gedrängt, über die Vorfälle in Oppin zu berichten, übergebe ich diese Mittheilungen der Oeffentlichkeit, obschon ich mir wohl bewusst bin, dass noch manche Lücke unausgefüllt bleiben musste und noch manch' dunkler Punkt der Klärung bedarf. —

III. Ueber individualisirende Antipyrese.

Vortrag für die Frühjahrsversammlung des Vereins der Aerzte des Regierungsbezirks Aachen, am 8. Mai 1884.

Von

Dr. G. Mayer, Geh. San.-Rath.

Wenn man den Werth einer therapeutischen Methode für lebensgefährliche, acute Krankheiten beurtheilen will, so muss man, wie mir scheint, auf drei Dinge Rücksicht nehmen; erstens auf das Verhältniss der Mortalität bei derselben, zweitens auf die Krankheitsdauer bis zu eingetretener Genesung, drittens auf die Vollständigkeit der Genesung, d. h. auf die Häufigkeit zurückbleibender Nachkrankheiten. Im Durchschnitt wird sich aber, wenn der erste Punkt günstig ausfällt, auch für die beiden andern ein befriedigendes Verhältniss ergeben.

Es haben nun fast alle neueren Statistiken bei Typhus abdominalis eine sehr erhebliche Abnahme des Sterbeprocents bei antipyretischer Behandlung, verglichen mit der abwartenden und symptomatischen ergeben; eine neuere Zusammenstellung darüber finden Sie im 94. Bande von Virchow's Archiv 1882 S. 490 ff. in einer Arbeit des russischen Arztes Sassetzky aus Manassein's Klinik. Ich möchte Sie mit Zahlen nicht ermüden, muss aber doch erwähnen, was Viele von Ihnen gelesen haben werden, dass nach dem Militärmedicinalbericht des Preussischen Kriegsministeriums vom 25. Januar 1883 seit dem Jahre 1865 die Typhussterblichkeit in der preussischen Armee in stetiger Progression von 25 Proc. auf 8 Proc. der Erkrankten gefallen ist, dass also von 2000—3000 jährlich an Typhus Erkrankten der Tod nicht mehr, wie früher bei 500—700, sondern nur noch bei 160—240 eintritt, und dass die allgemeine und stetige Verminderung der Typhussterblichkeit in der Gesammt-Armee bedingt ist durch die in immer weiteren Kreisen adoptirte Kaltwasserbehandlung des Typhus.

Wunderbarer Weise erschien fast gleichzeitig mit diesem Medicinalbericht eine Mittheilung aus einem der grössten deutschen Krankenhäuser, worin gesagt wird, dass dort die Mortalität bei strenger Wasserbehandlung (1870—73) grösser war, als bei gänzlicher Aufgabe dieser Behandlung oder nicht strenger Durchführung derselben (1874—77). Es ist dies die Mittheilung des Dr. Glaeser aus dem Hamburger Allgemeinen Krankenhause in No. 14 der Berliner klinischen Wochenschrift 1883. Hierzu ist aber zu bemerken 1) dass die angeführten Unterschiede in der Mortalität doch nur sehr gering waren (7,9 bei der Wasserbehandlung, 6,1 ohne dieselbe oder ohne strenge Durchführung).

2) Was wohl das entscheidende Moment ist, dass überhaupt nie eine methodische Wasserbehandlung stattgefunden hat, da stets nur von Morgens 7 bis Abends 9 gebadet wurde, also gerade die Nachtzeit, in welcher die bedeutendsten Temperaturabfälle bewirkt werden können, unbenutzt gelassen wurde, wodurch für wirklich schwere Fälle der Nutzen der Behandlung illusorisch wird.

3) Dass gerade eine modificirte Kaltwasserbehandlung, wie sie auch jetzt noch auf mehreren Abtheilungen des Hamburger Krankenhauses geübt wird, auch nach meiner Ueberzeugung für viele Fälle die richtigere ist.

4) Dass, wie auch Curschmann's Mittheilungen auf dem ersten Wiesbadener Congress annehmen liessen, und wie aus dem geringen Mortalitätsprocent bei abwartender Behandlung hervorgeht, der Typhus durchschnittlich in Hamburg leicht auftritt, also gerade hier offenbar in sehr vielen Fällen die Nothwendigkeit einer Kaltwasserbehandlung gar nicht eintritt.

Wenn ich nun über die Resultate sprechen soll, die unsere Behandlung im Luisenhospital ergeben hat, so muss ich zunächst hervorheben, dass unser Material an Typhen dort ein kleines ist, dass es sich aber dabei sehr oft um recht schwere Fälle handelt, vielfach auch um solche, welche erst sehr spät in unsere Behandlung kommen, und vorher nicht antipyretisch behandelt worden sind. Wir haben durchschnittlich jährlich zehn Fälle wirklicher, sich durch alle Symptome als solcher charakterisirender Typhen gehabt; in den letzten fünf Jahren (1879 bis 1883 incl.) genau 50 Fälle, darunter zwei Todesfälle; die letzteren betrafen einen Mann, der bereits drei Wochen vor der Aufnahme am Typhus erkrankt war, und am zweiten Tage nach seinem Eintritt eine Darmblutung erlitt, so dass die Bäder also seitdem gar nicht mehr zur Anwendung kamen; der zweite Todesfall im letzten Herbst, betraf einen an vorgeschrittener Lungentuberculose leidenden jungen Mann, der vom Typhus ergriffen ward, und wenige Tage nach seiner Aufnahme unter Lungenerscheinungen starb, obgleich das Fieber sehr erheblich gesunken war. Es handelte sich dabei um Hepatisation der linken, im oberen Theil tuberculösen Lunge und Oedem beider Lungen. Unter den Genesenen befanden sich, wie bemerkt, eine grössere Anzahl sehr schwerer Fälle. Um dieselbe Zeit behandelte ich in der Privatpraxis eine noch etwas grössere Anzahl von Typhen mit durchgehends glücklichem Erfolge nach denselben Grundsätzen. Es handelte sich also im Luisenhospital um eine Mortalität von 4 Proc., welche sich bei Hinzurechnung meiner Fälle aus der Privatpraxis auf etwa zwei Proc. bei p. p. 100 Fällen in einem fünfjährigen Zeitraum stelleu würde. —

Wenn ich dieses Verhältniss als ein glückliches bezeichnen darf, so möchte ich darauf hinweisen, dass wir mit der ganzen Behandlung, und zwar mit den Bädern sowohl, als mit den antipyretischen Mitteln so viel, als immer thunlich, individualisirt haben, und dabei gleichzeitig suchten, allen Nebensymptomen die gebührende Berücksichtigung zu schenken. Ein solches Individualisiren vermisse ich vielfach, auch in den Mittheilungen der tüchtigsten Fachgenossen, was allerdings bei der Spitalpraxis manchmal in der Grösse des Materials seine Entschuldigung finden mag. Am nothwendigsten ist das Individualisiren gerade bei der Verabreichung der Bäder, wenigstens muss in Bezug auf dieselben am meisten an diese Nothwendigkeit erinnert werden, während sie sich bei der Darreichung der Antipyretica schon mehr von selbst ergiebt. Bedenkt man, wie unendlich verschieden die Menschen gegen alle Eingriffe reagiren, so erscheint es wohl gerechtfertigt, diesem Punkte besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Wie verschieden ist nicht die Reaction, auch abgesehen von aller Gewöhnung auf Opium und Morphium, auf Taback, auf Alcoholica aller Art, wie verschieden auch bei Kindern schon gegen Witterungseinflüsse, Kälte etc., ganz abgesehen von der durch Erziehung zu erreichenden Abhärtung.

Die Methode unserer Typhusbehandlung im Luisenhospital ist folgende: Kommt der Kranke bereits in den ersten Tagen in Behandlung, so haben wir in einigen Fällen ein paar grosse Calomeldosen gegeben, doch kam dies selten zur Ausführung, weil eben die erwähnte Bedingung fast stets fehlte. Ich bin mit vielen anderen geneigt zu glauben, dass diese Behandlung auf den Krankheitsverlauf günstig einzuwirken vermag, auch die Diarrhoen vermindert.

Sonst aber geben wir in den letzten Jahren allen Kranken Salzsäure, von einer $^1/_2$ bis 1 procentigen Lösung zweistündlich einen Esslöffel, da es ja als bewiesen anzunehmen ist, dass bei hohem Fieber die Absonderung der Salzsäure im Magen stockt; der betreffenden Mixtur wurde, wenn der Kranke mehr als 3—4 dünne Stühle in 24 Stunden hat, Opiumtinctur in angemessener Dosis zugesetzt, oder auch neben ihr nach jedem dünnen Stuhl 4—5 Tropfen Opium bei Erwachsenen gegeben.

Hat das Fieber schon mindestens 2 Tage gedauert, und überschreitet die Temperatur der Achselhöhle 39°, so wird ein Bad von 26° oder 25° R. und etwa 20—30 Minuten Dauer gegeben, und von da an bei dreistündlicher Achselmessung Tag und Nacht so oft gebadet, als eine 39° überschreitende Temperatur gefunden wird. Bei jedem oder mit jedem zweiten Bade wird nun die Temperatur um einen halben bis ganzen Grad niedriger genommen, so lange der Kranke nicht im Bade oder nach demselben sehr erheblich fröstelt. Da ich mehrmals beobachtet habe, dass nach starkem Frösteln die Temperatur erheblich rascher und höher anstieg, so habe ich dies Symptom als Maassstab genommen, um zunächst die Temperatur des Bades nicht weiter zu erniedrigen, auch wohl etwas wieder zu erhöhen, bemerke aber zugleich, dass man in der Mehrzahl der Fälle später doch oft wieder erheblich tiefer gehen kann. Man muss eben gewissermassen den Kranken erst an das kühlere Bad gewöhnen, und es gelingt dann oft genug, wenn das hohe und anhaltende Fieber es erfordert, die Temperatur des Bades ohne zu grosse Beschwerde für den Kranken auf 16, 14, selbst 12° R. zu erniedrigen, während wir in anderen Fällen bei Erwachsenen nicht unter 18—20°, bei Kindern nicht unter 20—22° R. gingen.

Die kühleren Bäder werden von kürzerer Dauer, etwa 10—15

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Minuten gegeben; dass bei direct gefahrdrohenden Fieberhöhen, bei hyperpyretischer Temperatur sofort in einzelnen Fällen sehr kühle Bäder gegeben werden müssen, nehme ich als bekannt an; es handelt sich hierbei um Achseltemperaturen von 41°C. und mehr. Ueberhaupt individualisiren wir auch insofern, als wir bei höheren Temperaturen kältere, bei weniger hohen weniger kalte Bäder geben.

Kinder bedürfen bekanntlich überhaupt weniger kühler Bäder, als Erwachsene, weil der Kinderkörper im Verhältniss zu seinem Gesammtvolum eine grössere Oberfläche hat.

Ich fühle mich gedrungen, hier zu bemerken, dass ich bis auf Weiteres das allgemeine Bad für die zweckmässigste und in mehrfacher Beziehung auch für die einfachste Art der Wasserbehandlung des Fiebers halte. Dasselbe hat eben ausser der Herabsetzung der Temperatur noch andere sehr wichtige Wirkungen. In einem Vortrage über Typhusbehandlung in der Leipziger medicinischen Gesellschaft wurde von Strümpell und in der daran sich knüpfenden Discussion besonders von Heubner hervorgehoben, dass das Bad keineswegs blos den Zweck der Herabsetzung der Eigenwärme erfülle, sondern speciell auch durch Anregung tieferer Inspirationen und Beförderung der Expectoration die lobuläre Pneumonie verhüte, sowie durch Anregung der im Typhus oft in hohem Grade gesunkenen Reflexerregbarkeit wohlthätig auf das Respirations- und Herznervencentrum einwirke. Ich kann nach eigener Erfahrung diese Wirkung der Bäder, besonders den günstigen Einfluss auf Verhütung und Heilung bereits entstandener Pneumonien nur bestätigen, möchte aber auch Ihre Aufmerksamkeit auf die desinficirende Wirkung der Bäder lenken, auf die schon vor langer Zeit Mosler aufmerksam gemacht hat; durch Reinlichkeit und Desinfection verhüten sie gleichzeitig den Decubitus; die öftere Entfernung des Kranken aus seinem Bette kann ich, wenn nur geeignete Pflegekräfte vorhanden sind, mit Rücksicht auf diese Verhältnisse nur als einen Vortheil für den Kranken anerkennen, so sehr er auch selbst darüber klagen möge. Dass in einzelnen Fällen eine kalte Uebergiessung im lauen Bade zur Anregung der tiefgesunkenen Reflexerregbarkeit besonders in solchen Fällen, die bis dahin ohne Antipyrese behandelt worden sind, nöthig sein kann, sowie, dass ein hochfiebernder Kranker mit kalten Händen und Füssen und schwachem und sehr beschleunigtem Herzschlage nur in ein laues, allmählich abzukühlendes Bad gesetzt werden darf, ist selbstverständlich.

Ich kann bei der Kürze der mir zugemessenen Zeit auf verschiedene neuere abweichende Methoden, auf das permanente laue Bad von Riess, auf die sogenannte vicariirende Methode von Finkler und Pletzer, über welche eine neue Veröffentlichung bevorsteht, auf die Anwendung des Spray als Abkühlungsmittel nach Flashar und Preyer nur hinweisen.

Die von mir empfohlene Methode, wobei man sich nach den Empfindungen des Kranken und nach der eintretenden Reaction richtet, ist auch für den in der Antipyrese weniger erfahrenen Arzt weit leichter anzuwenden, als z. B. die complicirtere Methode, wie sie Heubner angiebt, und hat ausserdem den Vortheil, dass der Kranke dabei in relativ guter Stimmung verbleibt. Wie wohlthätig die abkühlenden Bäder auf das subjective Befinden der Kranken einwirken, das sieht man am besten bei Kindern, welche oft vor dem Bade apathisch oder mürrisch, nach demselben spielend und munter angetroffen werden, und nach Nahrung verlangen, die sie vorher verweigerten. Ich muss hier noch einmal hervorheben, was ich bei früheren Gelegenheiten oft ausgesprochen habe, dass gerade bei den fieberhaften Krankheiten der Kinder die Bäderbehandlung ihre höchsten Triumphe feiert, und dass sie um so leichter und erfolgreicher durchzuführen ist, je jünger das Kind ist.

Wenn ich nun mit Entschiedenheit darauf bestehe, dass der anhaltend und hoch fiebernde Kranke in der Nacht ebenso gut, wie am Tage gebadet werde, so beruht dies vor Allem darauf, dass ich durchaus der Anschauung Liebermeister's huldige, wonach es weit wichtiger ist, das Fieber in ein stark remittirendes zu verwandeln, wie man es durch Fortsetzung der Bäder in der Nacht und durch abendliche Darreichung starker antipyretischer Medicamente, besonders Chinin, erreichen kann, als die ganze Linie der Temperatur in etwas herabzudrücken. Dazu kommt, dass hochfiebernde Kranke oft nach den Bädern recht gut schlafen, während sie ohne dieselben nicht selten sehr schlechte, aufgeregte Nächte haben. —

Zu den wichtigsten und interessantesten Mittheilungen, welche uns die neuere Zeit über Antipyrese gebracht hat, gehört der Vortrag über Scharlachtherapie, welcher im Düsseldorfer Regierungs-Bezirks-Verein im Jahre 1882 von O. Leichtenstern gehalten wurde, und der in der deutschen medicinischen Wochenschrift abgedruckt worden ist. Ich muss hierzu, wie schon bei früherer Gelegenheit, bemerken, dass der Scharlach diejenige Krankheit ist, welche ihre Temperatur am hartnäckigsten festhält, daher die grössten Eingriffe unter Umständen erfordert, dass es im Scharlach viel häufiger, als z. B. im Typhus vorkommt, dass nicht die Höhe der Temperatur, sondern die Infection selbst, der Infectionsstoff wie ein bösartiges Gift durch Herz- und Hirnlähmung das tödtliche Ende herbeiführt, dass endlich die vielen oft unvermeidlichen Nachkrankheiten, wie Nephritis, Drüsenvereiterung, Laryngitis etc., den Ausgang sehr häufig ungünstig beeinflussen. Wenn ich bei einer früheren Gelegenheit mir den Ausspruch erlaubte, dass bei einer richtig geleiteten antipyretischen Behandlung der Typhus und die croupöse Pneumonie im Kindesalter zu fast gefahrlosen Krankheiten würden, ein Ausspruch, den ich auch heute noch aufrecht erhalte, so gilt dies doch keineswegs für den Scharlach, der in seiner bösartigen Form so lange bei jeder Behandlungsweise ein bedeutendes Mortalitätsprocent fordern wird, bis die vielleicht vergebliche Hoffnung erfüllt ist, ein directes Mittel gegen das Scharlachgift zu finden. Dennoch lässt sich, wie Leichtenstern ausführlich darlegt, und wie ich es in vielen Fällen, besonders der Privatpraxis, in den letzten 15 Jahren gesehen habe, durch Antipyrese, durch Behandlung mit kühlen Bädern, Chinin und Salicyl sehr vieles erreichen, und ein erheblich günstigeres Resultat erzielen, als bei blos exspectativer Behandlung.

Leider konnte ich bei Leichtenstern's Fällen, die sich auf weit über tausend Hospitalkranke erstrecken, eine Angabe der Gesammtmortalität nicht finden; für die ersten 476 betrug die Mortalität 23 Procent; dies ist für eine bösartige Scharlachepidemie, welche gerade ihre schlimmsten Fälle in's Hospital sendet, kein so ungünstiges Resultat, wie es auf den ersten Blick scheinen könnte. Leichtenstern hat im Allgemeinen seine Badetemperatur zwischen 14 und 16, selten 18 oder 20° R. gewählt; unter bestimmten Umständen, besonders bei Herzschwäche, grosser Empfindlichkeit, verzichtete er auf die Anwendung kalter Bäder und wendete allmählich abgekühlte an. Die Anwendung permanenter lauer Bäder nach Riess fand er nicht opportun. Ich muss nun, so sehr ich mich im Allgemeinen den Anschauungen und Ausführungen Leichtenstern's anschliesse, dennoch es für sehr wahrscheinlich erklären, dass auch in der bösartigen Cölner Epidemie das Resultat noch besser hätte sein können, wenn statt der principiell ganz kalten und kurz angewendeten Bäder, die von mir empfohlene Methode der mit 26 oder 25° R. beginnenden und allmählich prüfend bis zu tieferen Temperaturen absteigenden Vollbäder angewandt worden wären. Ich erkenne dabei gern an, dass ein solches jedesmaliges Individualisiren in grossen Spitälern nicht immer durchzuführen ist, ferner dass es manche Scharlachfälle mit hyperpyretischen Temperaturen giebt, welche gebieterisch schon in der allerersten Zeit die Anwendung möglichst kalter Bäder erfordern; für das Gros der Fälle muss ich aber, mehr noch auf Erfahrung, als auf Theorie gestützt, auch hier die Methode empfehlen, welche unter allmählicher Verminderung der Temperatur der einzelnen Bäder die Empfindlichkeit und Reaction des Kranken in jedem Falle berücksichtigt. Es ist ja auch damit nichts verloren, da man ja sehr rasch, wenn es gut ertragen wird, mit der Temperatur der Bäder bis auf 18, 16 oder selbst 14° heruntergehen kann.

Ich habe übrigens mehrfach Typhusfälle, besonders bei Kindern erlebt, wo ich mehrmals wegen der verschieden starken Reaction mit der Badetemperatur gewechselt habe. Ein ganz besonderes günstiges Object der consequenten Bäderbehandlung bildet ohne Zweifel auch die croupöse Pneumonie der Kinder, während in der Lungenentzündung der Erwachsenen, besonders älterer Leute, meiner Erfahrung nach, im Allgemeinen von allzu kühlen Bädern abgestanden werden sollte, und mehr Nutzen von solchen, die zwischen 26 bis 22° R. liegen, zu erwarten ist, auch, wie ich glaube, die Zahl der täglich verabreichten Bäder eine geringere sein sollte.

Ganz gewiss kann man nun in vielen Fällen hochfieberhafter Krankheiten mit dieser Bäderbehandlung allein sehr wohl auskommen; ja bei kleinen Kindern von wenigen Monaten bis zu etwa zwei Jahren ist man sehr häufig darauf allein angewiesen, da hier die Darreichung der antipyretischen Arzneien in geeigneter Weise mit Schwierigkeiten oder Unzuträglichkeiten verbunden ist. Der Begründer der neueren Wasserbehandlung des Typhus, Ernst Brandt in Stettin, schloss ja überhaupt andere Mittel aus und glaubte sogar, dieser Behandlung eine specifische Kraft zuschreiben zu dürfen. Auch Bartels und Jürgensen brauchten zunächst nur die Wasserbehandlung und erreichten damit höchst befriedigende Resultate, indem die Mortalität von 15,4 auf 3,1 Proc. sank. Erst in den zwei Jahre später 1868 veröffentlichten Mittheilungen von Liebermeister und Hagenbuch sehen wir zuerst das Chinin nach den noch jetzt mustergültigen Regeln anwenden. Ein Jahr später hat Liebermeister in dem heute noch sehr lesenswerthen Aufsatz im dritten Bande des deutschen Archivs für klinische Medicin die antipyretische Wirkung des Chinin klargestellt. Seit dieser Zeit nun spielen die inneren Antipyretica eine grosse Rolle in der Fieberbehandlung, und es haben sich, nachdem das Veratrin mehr und mehr in den Hintergrund getreten, dem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Chinin als zum Theil mächtige Bundesgenossen zunächst die Salicylsäure, dann auch das Conchinon, Hydrochinin und Resorcin, endlich das Kaïrin, zuletzt noch das Antipyrin zugesellt. Schon oben habe ich bei der Besprechung der antiparasitären Eigenschaften aller unserer Antipyretica darauf hingewiesen, dass bei der verschiedenen Natur der die einzelnen hochfieberhaften Krankheiten bedingenden Infectionsstoffe die Antipyretica in den verschiedenen Krankheiten auch von ungleichem Werth sein müssen, und ich erlaube mir hier nur wenige Worte in dieser Beziehung mitzutheilen.

Im Typhus steht wohl ohne Zweifel das Chinin als Antipyreticum noch immer oben an; ich möchte aber gleich in Parenthese hinzusetzen, dass wenigstens für einzelne Fälle das Kaïrin ihm möglicherweise den Rang streitig machen könnte. Nur muss ich noch einmal auf das Entschiedenste betonen, dass man der alten Liebermeister'schen Regel treu bleiben muss, das Chinin in einmaliger grosser Dosis am Abend, und zwar meist nur jeden zweiten Abend zu geben, da die Wirkung ausreichender Dosen, wie unsere Fiebercurven aufs deutlichste zeigen, sich stets bis auf den zweiten Tag erstreckt; dass wir die einmalige Darreichung einer grossen Dosis der öfteren Gabe kleinerer Mengen vorziehen, beruht aber wieder darauf, dass wir die Erzielung einer sehr erheblichen Morgenremission dem Kranken für weit erspriesslicher halten, als eine geringe Herabsetzung der ganzen Fieberlinie. Wir beginnen besonders bei schwachen, sensiblen Personen und Frauen mit 1,0, sonst auch mit 1,25—1,5; diese Dosis reicht aber selten zur Erzielung des gewünschten Resultates, einer Remission bis unter 38° von längerer Dauer, aus; ist die Wirkung sehr gering oder fehlend, so geben wir am folgenden Abend eine grössere Dosis, 1,5—2,0, sonst alle zwei Tage, und, wenn nöthig, auf 2,5—3,0 steigend: die Dosis von 3,0 mussten wir sehr oft geben, doch nur einmal in einem tödtlich abgelaufenen Falle von infectiöser Pneumonie stieg ich auf 3,5 ohne sichtlichen Nachtheil, aber auch ohne den gewünschten Erfolg. Man muss das Chinin entweder in Lösung geben, oder muss 6—8 Tropfen Salzsäure nachgeben, da es sonst in dem an Salzsäure armen Magen ungelöst bleiben könnte. — Chininum muriaticum wirkt stärker, als Chin. sulphur., schmeckt aber bitterer und wird leichter erbrochen, weshalb bei Kindern, die keine Pillen schlucken können, das schwefelsaure Salz vorzuziehen sein dürfte. Bei Kindern, die im ganzen Chinin sehr gut vertragen, und selten Ohrensausen danach haben, giebt man $^1/_2$ bis $1^1/_2$ Gramm, je nach dem Alter; ich bin bei acht- bis zehnjährigen Kindern häufig bis 1,5 in einer Dosis ohne jeden Nachtheil gestiegen. Bei kleineren Kindern stösst die innere Darreichung des Chinin bekanntlich oft auf die grössten Schwierigkeiten; Klystire mit Chinin werden sehr oft ausgestossen; hier empfiehlt sich, wie mir der hiesige College Dr. van Erkelens mittheilt, besonders die Darreichung in Suppositorien mit kleinen Gaben Morphium und Cacaobutter; etwa für ein 3—4jähriges Kind: Chinin. muriat. 1,0, Morph. muriat. 0,001 bis 0,002, Butyr. Cacao 2,0. — Die Salicylsäure wurde im Typhus von Riess, für Kinder von Steffen in mehrfach wiederholten Dosen mit Umgehung der Bäder versucht; die Resultate waren, besonders bei Riess keine ermunternden, und ich möchte diese Methode daher nicht empfehlen. Welche glänzenden Resultate dagegen die Behandlung mit salicylsaurem Natron in einer anderen Infectionskrankheit, dem acuten Rheumatismus hat, darüber brauche ich keine Worte mehr zu verlieren. Bei Typhus haben wir in einzelnen Fällen bei grosser Hartnäckigkeit der Temperatur der abendlichen Darreichung einer hohen Chiningabe einige Gaben salicylsauren Natrons zu etwa 2,5 am Nachmittage vorausgeschickt und glauben dadurch ein befriedigendes Resultat erreicht zu haben.

In der mehrfach erwähnten Leichtenstern'schen Arbeit wird für die Scharlachbehandlung dem Salicylnatron in mässigen Einzelgaben, mehrmals wiederholt, der Vorzug vor dem Chinin gegeben, ebenso für die Behandlung des Erysipelas. — Dass in diesen Krankheiten das Chinin weit weniger zuverlässig in der Wirkung ist, als im Typhus, habe ich auch mehrfach erfahren, und möchte mich der Empfehlung des Salicyl für diese beiden Krankheiten anschliessen, und für den Scharlach auch noch speciell das benzoesaure Natron, besonders bei gleichzeitiger Nephritis erwähnen.

Da ich, wie bemerkt, in den bei weitem meisten Typhusfällen, auch in sehr schweren, mit der Anwendung der Bäder und des Chinin vollständig meinen Zweck erreichte, so habe ich wenig Veranlassung gehabt, andere Antipyretica, mit der oben erwähnten Einschränkung in Bezug auf Natr. salicylicum, anzuwenden; nur in einem Falle meiner Privatpraxis, einem äusserst schweren und hartnäckigen Typhus eines zwölfjährigen Mädchens, wo das Chinin meistens erbrochen wurde, griff ich zum Kaïrin, welches bei stündlicher Messung in Dosen von 0,5 und 0,25 so oft gegeben wurde, als die Achseltemperatur 39° resp. 38° erreichte. Die Wirkung war eine sehr befriedigende; es traten Remissionen bis 36,3 ein, doch zeigte sich am Abend des zweiten Tages grosser Widerwillen gegen das Mittel, welcher sich unter grossem Unbehagen zum Erbrechen steigerte; es waren 5—6,0 Kaïrin im Ganzen verbraucht worden. Ich ging dann wieder zur Behandlung mit zunächst lauen Bädern und Chinin. sulphur. (statt des früher gegebenen Chinin. muriat.) über, mit schliesslich gutem Erfolge. Immerhin glaube ich, auch nach den mehrfach mitgetheilten Erfahrungen Anderer, dass das Kaïrin in Fällen, wo man mit den bisherigen Mitteln nicht auskommt, gute Dienste leisten kann. Aehnlich wirkt das Hydrochinon, welches Steffen in einer Anzahl von Typhen und anderen fieberhaften Krankheiten in seinem Kinderhospital in Gaben von 0,3 bis 1,0 versuchte. Es setzt die Temperatur schneller, aber nicht so nachhaltig herab, wie salicylsaures Natron. Steffen erklärt das Hydrochinon für ein zuverlässiges Antipyreticum ohne nachtheilige Nebenwirkung. Weniger günstige Erfahrungen machte er mit dem Conchinin. —

Auch das Resorcin ist, besondes von Lichtheim in Bern (Mittheilungen von Lurbeck) genauer geprüft worden. Die Flüchtigkeit seiner Wirkung, das rasche Wiederansteigen des Fiebers, die störenden nervösen Begleiterscheinungen lassen es hinter Chinin und Salicyl weit zurückstehen, doch kann es mit Nutzen zu rascher Unterdrückung von Fieberanfällen (z. B. Frostanfällen bei Pyämie in Gaben von 2—3,0) verwendet werden. Im Ganzen dürfen wir also nach den bisherigen Erfahrungen über diese neuern Antipyretica annehmen, dass sie einstweilen Chinin und Salicylsäure noch nicht zu verdrängen geeignet sind, doch, mit Ausnahme vielleicht des Conchinin eine fernere eingehende Prüfung verdienen, und in manchen Fällen als wirksame Unterstützungsmittel dienen können.

Kommen wir nun noch einmal kurz resumirend auf die Behandlung des Typhus abdominalis zurück, mit welchem wir glückliche Erfolge erzielt haben, so besteht dieselbe im Allgemeinen neben der innerlichen Anwendung der Salzsäure in, nach der Individualität des Kranken temperirten, mit 25—26° R. beginnenden und allmählich und prüfend manchmal bis zu 14° immer kühler gereichten Bädern von 30—10 Minuten Dauer, Tag und Nacht dreistündlich, wenn die Fieberhöhe es erfordert, angewandt, und in, zwischen 1,5 und 3 Gramm bei Erwachsenen, liegenden Gaben von Chinin. sulfur. oder muriaticum, nur Abends, und meist nur alle zwei Tage angewandt.

Wir geben dabei Wein in reichlicher Menge; je schwerer der Fall, desto mehr, so dass wir in einzelnen Fällen in 24 Stunden 2 Flaschen Bordeaux und eine Flasche Port oder Sherry gereicht haben; stets wurde vor und nach dem Bade, manchmal auch in demselben, Wein gegeben. Wo dies die Verhältnisse nicht erlauben, muss Brantwein gereicht werden; bei eintretenden Schwächezuständen gaben wir die Stokes'sche Cognacmixtur und machten bei sinkender Herzthätigkeit und elendem Pulse, besonders nach Darmblutungen den reichlichsten Gebrauch von subcutanen Injectionen von Campheröl und Aether.

Bei Darmblutungen ist selbstverständlich grosse Ruhe, Eis innerlich und äusserlich, Aussetzen der Bäder erforderlich. Als Arznei empfehle ich besonders den Gebrauch nicht zu kleiner Gaben Plumbum aceticum (0,03 bis 0,05 stündlich oder zweistündlich). In einzelnen Fällen konnte nach völliger Sistirung der Blutung im ferneren Verlauf der Krankheit wieder vorsichtig zur Anwendung der Bäder und des Chinin übergegangen werden.

Die Perforation des Darms erfordert die absoluteste Ruhe und Opium in sehr grossen Gaben, Stuhl darf in den ersten 6—8 Tagen nicht erfolgen, der Urin muss durch den Catheter entleert werden; ich habe in dieser Weise im Ganzen drei Fälle heilen sehen, zwei blieben gesund, in dem dritten, einem Fall aus dem Luisenhospital aus dem Jahre 1877, trat ein Recidiv des Typhus ein, in welchem Patient einer Darmblutung erlag; bei der Obduction ergab sich die Perforation als geheilt und der Darm mit der Blase verklebt.

Die Diarrhoe wird bei unserer Art der Anwendung der Salzsäure selten übermässig, wenn man dieser nach Bedarf Opiumtinctur zusetzt; wenn nöthig, haben wir Tanninmixtur (1—2,0 pro die) oder grosse Gaben Wismuth (0,5—1,0 pro dosi stündlich wiederholt) gegeben.

IV. Physiologische Untersuchungen über die Zeugung.

Besprochen

von

Dr. P. Grützner (Bern).

Es ist ein Verdienst von G. Born, einen Vorgang in das Bereich des physiologischen Versuches gezogen zu haben, dem man bisher seit den Arbeiten von Spallanzani unverhältnissmässig wenig Aufmerksamkeit zugewendet hat; es sind dies der Vorgang der Theilung

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oder Furchung des Froscheies, und insonderheit die Bedingungen und Ursachen, welche das Geschlecht der hierbei entstehenden Embryonen beeinflussen. Es ist bekannt, dass man durch Einlegen reifer Froscheier, die man dem Uterus eines brünstigen Froschweibchens entnommen hat, in eine bestimmte Menge von Wasser, welches den Inhalt der Samenblasen oder den Saft der zerquetschten Hoden eines brünstigen Männchens der gleichen Art enthält, eine künstliche Befruchtung der Eier einleiten und eine vollständig normale Entwicklung derselben erzielen kann.

Born (Breslauer ärztliche Zeitschrift 1881 No. 3) stellte sich nun die Frage, ob durch Einführung verschiedener künstlicher Bedingungen (verschiedenes Alter der Eltern, Ernährungs- und Wärmeverhältnisse etc.) sich irgend ein Einfluss auf das Geschlecht der entstehenden Fröschchen feststellen liesse. Nachdem die künstliche Befruchtung vor sich gegangen, wurden aus den Eiern unter den genannten Bedingungen die Larven beziehungsweise Frösche gross gezogen und sobald wie möglich auf ihr Geschlecht untersucht. Es ergab sich nun die bemerkenswerthe Thatsache, dass von etwa 1200 Fröschen 95 Proc. weiblichen Geschlechtes, die übrigen 5 Proc. dagegen männlichen Geschlechts waren. Nur in einem grossen Wassergefäss, dessen Boden mit Schlamm bedeckt war (der Boden aller übrigen war mit gereinigtem Kies belegt), stellte sich das Verhältniss der Männchen zu den Weibchen günstiger (7:18), während bei einer grossen Anzahl (160) in einem Tümpel gefangener Fröschchen desselben Jahres sich etwa gleichviel Männchen wie Weibchen ergaben. Hieraus zieht B. den Schluss, dass unter den vielen und noch völlig unbekannten Bedingungen, welche die Entstehung des Geschlechts beeinflussen, möglicherweise die Ernährung eine gewisse Rolle spielt; denn die bei weitem grösste Mehrzahl der künstlich aufgezogenen Frösche hatte nicht die ihnen zukommende Nahrung (Schlamm) und nur in einem Aquarium, in welchem sich verhältnissmässig viel mehr Männchen entwickelten, war Schlamm enthalten. Die Eier nach der Befruchtung seien also geschlechtslos, hermaphroditisch, durch gewisse äussere Einflüsse könne man sie entweder zu Männchen oder Weibchen umwandeln.

Gegen diese Ausführungen trat nun Pflüger auf, (Archiv für die ges. Physiol. Bd. 26 S. 237) indem er ausführte, dass möglicherweise die grössere Sterblichkeit der männlichen Frösche, da überhaupt sehr viele Frösche zu Grunde gingen, dieses Ergebniss erklären könnte; übrigens fand auch P. bei seinen in Gemeinschaft mit W. Kochs und A. v. Griesheim angestellten künstlichen Befruchtungsversuchen ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts, mochte er nun mit concentrirtem oder mit Wasser verdünntem Sperma die Befruchtung vorgenommen haben. Junge Frösche, in grösserer Menge aus einem Teiche bei Bonn gefischt, ergaben übrigens auch annähernd dasselbe Verhältniss, das heisst ein Ueberwiegen der Weibchen, ungefähr in dem Verhältniss wie 2:1. Das ausserordentlich starke Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts bei den Born'schen Untersuchungen blieb daher immer noch unaufgeklärt; denn auch die Annahme von P., es könne sich B. in der Bestimmung des Geschlechts geirrt haben, da bei den jungen Fröschen sowohl Eierstöcke wie Hoden vorhanden sind und die ersteren mit ihren Eiern und Follikeln sich dem Beobachter gewissermaassen aufdrängen, wird vorläufig noch nicht als vollkommen ausreichend erkannt.

P. sucht also mit Recht nach neuen Gründen für die genannten Thatsachen und bringt dabei (s. sein Archiv Bd. 29 S. 1) folgende, höchst merkwürdige Vorkommnisse ans Tageslicht. P. liess sich aus verschiedenen Gegenden von Deutschland, Holland und der Schweiz sowohl brünstige Froschpaare senden, mit denen er unter den mannigfaltigsten Bedingungen künstliche Befruchtungsversuche anstellte und das Verhältniss der sich entwickelnden Männchen und Weibchen feststellte. Andererseits unterrichtete er sich über das Geschlechtsverhältniss derjenigen Frösche, die sich in eben dem Jahre in den genannten Orten im Freien entwickelt hatten, und siehe da, es ergaben sich die auffälligsten Unterschiede in dem Geschlechtsverhältniss der künstlich gezüchteten Frösche, aber nicht sowohl in Folge irgend welcher äusseren künstlichen Züchtungsbedingungen, sondern vielmehr je nach dem Orte ihrer Herkunft. Die Frösche aus Ostpreussen gaben beispielsweise 48,5 Proc. Männchen, diejenigen aus Holland 13 Proc., andere noch weniger und so fort. Ganz dieselben Zahlen erhielt nun P. auch, als er die in den betreffenden Orten frei aufgewachsenen kleinen Fröschchen nach ihrem Geschlecht bestimmte. Es ergaben sich für die in Ostpreussen eingefangenen kleinen Frösche 46,7 Proc., bei den in Holland aufgewachsenen 13,2 Proc. und sofort. Merkwürdig war nun aber, dass, wenn man ausgewachsene Frösche von irgendwo her auf ihr Geschlecht untersuchte, beide Geschlechter gleich stark vertreten waren. P. kommt daher auf Grund mühevoller Untersuchungen zu der schon oben angedeuteten Annahme, dass die Frösche längere Zeit hindurch hermaphroditisch sind, dann wegen der in die Augen springenden Eier und Follikel als Weibchen gerechnet werden, während später, nach vielleicht zwei Jahren, die Eierstöcke zu Grunde gehen und nur noch die Hoden übrig bleiben, beziehungsweise sich entwickeln, was ihm in der That an mehreren älteren Männchen zu beobachten gelang, denn sie zeigten deutlich Eier und Follikel in ihrem Hodengewebe. Daher also das scheinbar regelmässige Ueberwiegen bei den jungen Fröschchen, mögen sie nun unter irgend welchen Bedingungen künstlich aufgezogen sein oder sich in normaler Weise im Freien entwickelt haben. Hieraus folgt also nach P., dass die künstliche Befruchtung mit allen ihren abnormen Einwirkungen auf Ei und Samen, Aenderung des Wassers, des Klimas, der Nahrung u. s. w. keinen Einfluss auf die relative Beziehung der beiden Geschlechter zu einander gehabt hat, dass vielmehr das Geschlecht der jungen Frösche schon bestimmt war, ehe die Eier, aus denen sie entstanden, an P. nach Bonn kamen, um hier befruchtet zu werden. Es erscheint daher P. — und wohl auch mit Recht — kaum glaublich, dass durch irgend welche Einwirkungen das Geschlecht eines befruchteten Eies bestimmt werden könnte. Es ist eben schon vor der Befruchtung bestimmt.

Ferner stellte P. viele Kreuzungsversuche mit verschiedenen Froscharten an und fand, dass, obwohl kein Batrachierei ohne Befruchtung sich furcht, eigenthümlicher Weise die ersten Stadien der Furchung, wenn auch häufig in einer von der gewöhnlichen abweichenden Art, auftreten, sobald man sie mit dem Samen irgend einer andern Art befruchtet. So zeigen die Eier von Rana fusca mit dem Samen von Triton alpestris befruchtet, eine unregelmässige Furchung. Das Umgekehrte hat dagegen gar keinen Erfolg, eine höchst merkwürdige, auch bei je zwei Froscharten, z. B. Rana fusca und esculenta sich wiederholende Thatsache, auf deren Bedeutung wir noch später zurückkommen werden.

Anknüpfend an eine schon von Spallanzani gemachte Beobachtung, dass der Samen von Männchen, die sich ausserhalb der Brunstzeit befinden, keine Befruchtung mehr bedinge, prüft P. die Wirkung des Samens von Männchen, die schon aus der Brunstzeit heraus waren, von sogenanntem überreifen Samen mit reifen Eiern, was nicht schwer hält, wenn man sich Frösche aus Bergseen beschafft, die viel später ihre Laichzeit durchmachen, als die Frösche aus der Ebene. Hierbei fand eine, wenn auch ausserordentlich geringfügige Einwirkung des Samens statt; es entwickelte sich etwa 1 Proc. der Eier. Wenn man dagegen reifen Samen mit überreifen Eiern in Berührung bringt, so gehen mehr Eier an. Die sich entwickelnden Thiere haben vielfach zu einer Zeit, in der bei anderen normalen bereits wohlentwickelte Geschlechtsdrüsen vorhanden sind, entweder gar keine oder höchstens rudimentäre Geschlechtsdrüsen.

Auch Born (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1882 No. 14) theilt einige dahin gehende höchst bemerkenswerthe Versuche mit. Verwendet man überreife Froscheier oder solche, die man auf irgend eine Weise z. B. durch längeres Liegenlassen an der freien Luft geschädigt hat, zur Befruchtung mit reifem Samen, so erhält man nicht selten Doppelmissgeburten, während dieselben sonst bei den Batrachiern zu den allergrössten Seltenheiten gehören und kaum je beoabachtet worden sind. Bei der künstlichen Befruchtung der Fischeier, die vielleicht auch hin und wieder die Eier schädigt, sind dagegen Doppelmissgeburten gerade keine Seltenheiten. Da nun nach der Ansicht der in dieser Richtung maassgebenden Forscher (Hertwig, Fol u. A.) nur ein Spermatozoon eine Eizelle befruchtet und das Ei selbst unmittelbar nach der Befruchtung sich gegen das weitere Eindringen von Spermatozoen schützt, indem es schnell eine feste Hülle um sich herum bildet, so liegt für B. die Vermuthung nahe, dass bei einer nicht näher zu definirenden Schwäche der Eizelle zwei oder mehr Spermatozoen in das Ei eindringen, die dann zur Entstehung von Doppel- oder von Missgeburten überhaupt führen. —

Wir wenden uns nun zum Schluss noch zu einer ganzen Reihe von neuern Arbeiten über dasselbe Thema, die wir wiederum Pflüger und Born, sowie Roux verdanken. P. (sein Archiv Bd. 31 S. 311 und B. 32 S. 1) und R. (Ueber die Zeit der Bestimmung der Hauptrichtungen des Froschembryo, Leipzig bei W. Engelmann) erkannten zu etwa derselben Zeit (natürlich unabhängig von einander) eine höchst wichtige Thatsache, nämlich, dass die erste Furchungsebene der Froscheier zugleich die Medianebene des späteren Embryo ist. Die Aufgabe wurde in der Art gelöst, dass man Froscheier künstlich befruchtete und in Uhrgläsern durch ihre eigene schleimige Hülle vermittelst besonderer Kunstgriffe befestigte. Bestimmt man nun durch Verlängerung der ersten Furche genau deren Richtung, etwa indem man die Glasschaalen einritzt, so zeigt sich dann, dass die Längsaxe des Embryo in derselben Linie liegt, die man sich vorher fixirte. Wo liegt nun das Kopf-, beziehungsweise das Schwanzende

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

des Embryo, wo also seine linke und rechte Seite? R. findet, dass hierüber bereits die zweite, auf der ersten senkrecht stehende Furche entscheidet. Dieselbe verläuft nämlich nicht genau symmetrisch und lässt in dem von ihr gebildeten grösseren Abschnitt den Kopf entstehen. P. (sein Archiv Bd. 32 S. 1) befasst sich ausserdem damit, den Einfluss der Schwerkraft auf die Entwicklung des Embryo festzustellen und schreibt ihr eine grosse Bedeutung zu. Es ist bekannt, dass wenn man reife Froscheier ins Wasser wirft, sie eine mehr oder weniger dicke Schleimhülle um sich entwickeln und in jeder beliebigen Lage in dem Wasser schwimmen. Das erkennt man sehr leicht daran, dass derartige Eier eine schwarze und weisse Hälfte haben. Bald ist die schwarze Hälfte, bald die weisse nach oben gekehrt, bald mehr die eine oder die andere. Befruchtet man dagegen Eier, die sich frei bewegen können, so drehen sie sich alsbald alle mit ihrem schwarzen Pole nach oben. Nun beginnt die Furchung. Die erste vertical stehende Furchungslinie theilt der Regel nach das Ei in zwei Hälften, deren obere Abschnitte also schwarz, deren untere weiss sind. Die zweite, auf der ersten senkrecht stehende Furchungslinie beziehungsweise Ebene steht ebenfalls vertical. Beide haben also eine den höchsten schwarzen und den tiefsten weissen Punkt des Eies mit einander verbindende verticale Linie gemeinsam, die man die primäre Eiaxe nennt. Erst die dritte Furchungsebene verläuft horizontal und innerhalb der schwarzen Hälfte, sodass, wenn man sich das Ei durch die genannten Ebenen zerschnitten denkt, es jetzt in vier kleinere obere schwarze und vier grössere untere vorzugsweise weisse Abschnitte zerfiele. Verhindert man die Eier an der eben beschriebenen Drehung, so werden sie nichtsdestoweniger auch befruchtet; die erste Furchung jedoch geht nicht durch die primäre Eiaxe, sondern folgt stets der Richtung der Schwerkraft, steht also immer vertical und geht durch den jeweiligen senkrechten Durchmesser des Eies. So kann es also kommen, dass schon die erste Furche das Ei in eine schwarze, jetzt seitlich stehende und eine weisse, ebenfalls seitlich stehende Halbkugel theilt. Selbstverständlich kommen auch alle anderen Stellungen vor; nur wenn die weisse Hälfte ganz nach oben gekehrt ist, findet keine Entwicklung statt. Die zweite Furchungsebene steht ebenfalls vertical und schneidet die erste senkrecht in einer verticalen Linie, die P. die secundäre Eiaxe oder Furchungsaxe nennt. Die dritte zeigt häufig Unregelmässigkeiten. Mit einem Worte also, das Ei ist zwar gedreht worden, die Furchungsebenen aber haben wie ein feststehendes Coordinatensystem ihre Lage beibehalten. Die Furchungsvorgänge in der oberen Halbkugel, trotzdem sie nicht schwarz ist, gehen schneller vor, als in der unteren, wie man dies auch bei normaler Entwicklung der Eier zu beobachten Gelegenheit hat. Nicht selten entwickeln sich lebendige Kaulquappen, die allerdings häufig albinotisch sind, so wie die Eihälfte, aus der sie entstanden. Nach einigen Tagen pflegen die Albinos zu Grunde zu gehen.

Hieraus ergiebt sich also, dass verschiedenes Eimaterial sich in gleicher Weise theilen und zum Aufbau eines Embryo führen kann. Je weiter übrigens die Theilung fortschreitet, um so weniger Einfluss hat die Schwerkraft auf den weiteren Theilungsprocess. Ferner fällt bei diesen Eiern mit nicht lothrechter primärer Eiaxe die Ebene der ersten Furchung nicht mit der Medianebene des Embryo zusammen, wie bei normal gelagerten Eiern, sondern wird nach P. wiederum durch die Schwerkraft beeinflusst. Die Medianebene liegt nämlich in dem verticalen Meridiane der primären Eiaxe, welche letztere jetzt bekanntlich beliebig schief steht oder künstlich gestellt werden kann, indem man den Eiern nur wenig Wasser giebt und sie an ihrer normalen Drehung verhindert. Man wird also zu der Annahme gedrängt, dass entweder diejenigen Theile des Eies, aus denen zunächst der Embryo sich entwickelt, in Folge der Schwerkraft wandern, was P. nicht wahrscheinlich dünkt, oder dass von den unzähligen primären Meridianen (das sind die grössten Kreise, welche alle durch die primäre Eiaxe gehen) jeder die Keime des zukünftigen Embryos in sich trüge, aber nur der zur Entwicklung käme, der senkrecht steht. Die verschiedenen primären Meridiane seien hiernach gleichwerthig, ein gewisser polarer Gegensatz finde sich nur zwischen dem einen Ende einer Meridionalhälfte und dem andern Ende derselben Hälfte; denn in der einen komme es dann zur Bildung des Kopfes, in der andern zu der des Schwanzes. Der Ort, wo die beiden polarisirten Hälften zusammenstossen, liegt in dem jeweiligen horizontalen grössten Kreise (tertiären Aequator). Unterhalb desselben, und zwar nach der weissen Hälfte zu, entwickelt sich das Schwanzende, nach der entgegengesetzten Richtung das Kopfende. Auf der weissen Halbkugel erscheint ausnahmslos (schon vorher) der Urmund, der Rusconische After, dicht unter dem grössten horizontalen Kreise als kleiner horizontaler Spalt. Durch seine Mitte verläuft die verticale Meridianebene, welche die primäre Eiaxe enthält.

Hiernach müsse also das Ei ausserordentlich viele einander gleichwerthige Keime enthalten. Eine Stütze für diese Annahme findet P. in der von O. Hertwig und H. Fol an Seeigeleiern experimentell festgestellten Thatsache, dass wenn zwei oder mehrere Spermatozoen in ein Ei eindringen, dann auch in der That ebenso viele Entwicklungscentren sich bilden, die schliesslich bis zu einem bestimmten embryonalen Zustande fortschreiten, ohne allerdings zur Bildung von Embryonen selbst zu führen. Es fragt sich nun, was wird aus den vielen anderen Keimen im Ei, die, weil sie zufälligerweise nicht gerade in der günstigen Lage sich befanden, auch nicht zur Entwicklung gelangten? P. ist geneigt anzunehmen, dass diese nicht vernichtet werden, sondern ihre Rolle als Keime beibehalten, indem aus ihnen sich vielleicht die Geschlechtstheile des bevorzugten Keimes bildeten. Wie also aus all dem Mitgetheilten hervorgeht, schreibt P. der Schwerkraft bei der Entwicklung der Eier einen ausserordentlich grossen Einfluss zu; ja sie ist für ihn die erste auslösende Kraft, welche die weitere Entwicklung des Eies bedingt; denn nur in Folge der Schwere wird ja von den ausserordentlich vielen Keimen nur einer begünstigt, der sich entwickelt. Pflüger geht sogar noch weiter; er steht nicht an, diese auslösende und auswählende Kraft der Schwere auch auf andere Zellen zu übertragen und gelangt für die Entwicklung der Eier zu folgender, ungemein weitgehenden Annahme: „Ich würde mir also vorstellen, dass das befruchtete Ei gar keine wesentliche Beziehung zu der späteren Organisation des Thieres besitzt, so wenig als die Schneeflocke in einer wesentlichen Beziehung zu der Grösse und Gestalt der Lawine steht, die unter Umständen aus ihr sich entwickelt. Dass aus dem Keime immer dasselbe entsteht, kommt daher, dass er immer unter dieselben äusseren Bedingungen gebracht ist."

Mit dieser Annahme schiesst nun aber P., wie wohl die Mehrzahl aller Biologen anerkennen wird, weit über das Ziel hinaus. Wenn nun die befruchteten Eier nach P. nicht aus sich selbst die Kraft ihrer Entwicklung schöpften, sondern des auslösenden Momentes der Schwere benöthigten, so ist eine unmittelbar daraus sich ergebende Folgerung die, dass sich Eier, auf welche die Schwerkraft gar nicht wirkte, überhaupt nicht entwickeln können. Diesen Gedanken in geistvoller Weise durch den Versuch zu prüfen, unternahm Roux (Breslauer ärztl. Zeitschr. 1884 No. 6). „Er geht von der Ueberzeugung aus, dass das Ei in sich die Kraft seiner Entwicklung besitzt, dass die Entwicklung des Eies ein Process vollkommener Selbstdifferenzirung ist, für dessen normalen Ablauf nur Schutz von äusseren Störungen und Zufuhr von Nahrung, Spannkraft oder lebendiger Kraft nöthig ist, ohne dass diesen Agentien indess eine directe differenzirende Wirkung zukomme."

Wenn man die Eier fortwährend um eine horizontale Axe dreht, dass kein Punkt dauernd nach oben gerichtet ist, oder wenn man die Schwerkraft durch eine andere stärkere aufhebt, z. B. die Eier auf einer Centrifugalmaschine dreht, so dass die Schwerkraft von der Centrifugalkraft je nach der Stellung des um eine horizontale Axe gedrehten Cylinders, welcher die Eier enthält, mehr oder weniger unterstützt oder aufgehoben wird; was wird dann aus den Eiern? entwickeln sie sich oder entwickeln sie sich nicht? Nun es geschieht das erstere. In einem derartigen Apparate stellen sie sich mit ihren weissen Polen centrifugal ein, (während bei regelrechter Entwicklung die weissen Hälften bekanntlich nach abwärts gekehrt sind) und machen alle in durchaus normaler Weise die Furchung durch, sowie andere neben diesen in Ruhe befindliche Eier. Die Furchungsaxe fiel hierbei immer mit der Eiaxe zusammen, die erste Horizontalfurche lag mit wenigen Ausnahmen, wie normal, näher dem schwarzen Pole; die schwarzen, jetzt weder oberen noch unteren Zellen theilten sich schneller, als die weissen. Kurzum, die Furchung lief normal ab, es entwickelten sich schliesslich auch normale muntere Kaulquappen. Die langsam gedrehten Eier zeigten im Wesentlichen ebenfalls dieselben Furchungsvorgänge, nur konnte man an ihnen noch Zeichen von einer Wanderung der weissen in die schwarze Substanz wahrnehmen.

Aus diesen und anderen sinnreichen Versuchen, von denen wir namentlich noch den einen hervorheben, in welchem eine Menge Eier in einem passenden sich langsam drehenden Gefässe fortwährend umgestürzt wurden und sich ebenfalls in oben geschilderter, normaler Weise entwickelten, schloss R., dass, wie schon oben erwähnt, die Entwickelung des Eies ein Selbstdifferenzirungsprocess ist, welcher der Schwerkraft nicht bedarf. —

Auf durchaus anderem Wege gelangte Born (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1884 No. 8) ebenfalls zu einer von P. abweichenden, mit R. übereinstimmenden Ansicht. Was zunächst die Drehung von befruchteten und unbefruchteten Froscheiern anlangt, so ist die Angabe von P., dass nur die befruchteten Eier ihre schwarzen Pole nach oben kehren, nach Beobachtungen von B. und R. dahin zu ergänzen, dass die Drehung bei derartigen Eiern sich in einigen Minuten, bei den unbefruch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

teten sich vielleicht in ebenso viel Stunden vollzieht, dass die Eier aber, wenn man nur die Beobachtung lange genug fortsetzt, keineswegs in jeder beliebigen Lage liegen bleiben. Also hat auch schon das unbefruchtete Ei, wenn man die Sache so einfach wie möglich auffasst, eine leichtere schwarze Hälfte, die sich nach oben kehrt und eine schwerere weisse, die sich nach unten wendet. Woher nun dieser Unterschied? Schon früher hatte B. darauf hingewiesen, dass P. bei dem Vorgange der Eitheilung einen Umstand ganz ausser Acht gelassen hatte, nämlich den Kern und dessen Theilung. Die verschiedenen künstlichen Befruchtungsversuche an Eiern von Wirbellosen ergaben, dass die Theilungsebene des Eies stets dieselbe ist, wie die des Kernes, dass also höchst wahrscheinlich die erstere durch die letztere bedingt wird, um so mehr da ja in dem Kern der Beginn des Theilungsvorganges statt hat. Nimmt man nun einfach an, dass der stets excentrisch gelagerte, der Regel nach nahe dem schwarzen Pol sitzende Kern specifisch leichter ist, als die übrige Masse des Eies, so versteht man eine ganze Reihe der P.'schen Angaben auf die leichteste Art. Wird beispielsweise das Ei festgehalten, so dass seine weisse Hälfte mehr oder weniger nach oben sieht, so wandert eben der leichte Kern unter die höchste Stelle der weissen Hälfte und leitet von dort aus die Furchung ein; daher die verticale Lage der ersten Furchungsebene bei gedrehten Eiern, eine offenbar nur mittelbare Wirkung der Schwerkraft.

Weiterhin macht B. auf eine ganze Reihe von Vorgängen aufmerksam, welche in der That darauf hinweisen, dass bei Eiern, die in Zwangslage gehalten werden, die Substanzen des Eies ihren Ort verändern, sich also wie zähflüssige, in einer Hülle eingeschlossene Massen von verschiedenem specifischen Gewicht verhalten. Das Ei dreht sich nicht als Ganzes, sondern die Massen in ihm verändern ihren Ort. Mikroskopische Schnitte durch derartige Eier, worüber B. in einer späteren Arbeit Ausführliches zu bringen verspricht, bestätigen diese Annahme, welche, wie oben mitgetheilt, gerade von P. verworfen wurde.

Zum Schluss theilen wir nun noch einige bemerkenswerthe Thatsachen aus den Untersuchungen von P. und B. über künstliche Bastardirung der verschiedenen Frosch- und Krötenarten mit (Archiv für die ges. Physiol. Bd. 32 S. 519). Wir nehmen zunächst an, es seien alle Fehlerquellen bei derartigen Versuchen ausgeschlossen, welche eine Befruchtung der Eier irgend einer Froschgattung mit dem Samen der gleichen Art nach sich zögen. Man hätte also wirklich immer nur Eier der einen Gattung mit Samen einer andern in Berührung gebracht, eine Bedingung, die wie aus den Arbeiten beider Autoren hervorgeht, ausserordentlich schwer zu erfüllen ist. B. findet hierbei, dass eine Befruchtung zwischen verschiedenen Anurenarten nur dann von einem positiven Erfolge begleitet ist, wenn nicht zu verdünnter Samen brünstiger Männchen angewendet wird. Unvermischter Samen löste ganz unregelmässige Furchungen aus, die B. als Barrockfurchung bezeichnet, infolge deren die Eier bald zerklüftet wurden und zerfielen. Einigermaassen stark verdünnter Samen, der die Eier derselben Art, wie schon Spallanzani wusste, in normaler Weise befruchtet, war völlig unwirksam. B. ist es vielfach gelungen dergleichen Bastarde gross zu ziehen, die dann Eigenschaften der Mutter und des Vaters aufwiesen.

Dabei zeigte sich ein merkwürdiges Gesetz, auf welches schon P. in früheren Arbeiten hingewiesen hatte. Die Möglichkeit Bastarde zu erzeugen, ist nämlich eine einseitige, so dass also z. B. der Samen der Froschgattung a sehr wohl die Eier der Froschgattung b, aber nicht umgekehrt Samen der Gattung b Eier von der Gattung a befruchten kann. Die ungemein einfache und geistvolle Erklärung von P. hierüber lautet folgendermaassen. Wenn man die reifen Spermatozoen der verschiedenen Froscharten mikroskopisch untersucht, erweisen sich dieselben hinsichtlich ihres Kopfes und ihrer sonstigen Grössenverhältnisse ungemein verschieden. Viele haben sehr dünne und spitze Köpfe, andere dagegen dicke und plumpe. Im Allgemeinen sind nun die Spermatozoen der ersten Art am geeignetsten zur Vermittelung der Bastardzeugung. Andrerseits sind im Allgemeinen diejenigen Eier der Befruchtung am zugänglichsten, deren zugehörige Spermatozoen dicke Köpfe haben, während dickköpfige Spermatozoen an Eiern mit zugehörigen spitzen Spermatozoen nie Furchungsvorgänge auslösen. Diese Einseitigkeit der künstlichen Bastardirung hat also nach P. einfache grob mechanische Ursachen, indem eben spitzige, vielleicht auch mit grosser Beweglichkeit und Ausdauer ausgestattete Spermatozoen am ehesten in Eier eindringen und befruchtend wirken können. Am geeignetsten hierzu sind natürlich diejenigen Eier, in welche selbst dickköpfige Spermatozoen unter normalen Bedingungen sich einbohren. Dringen Spermatozoen, wie P. annimmt, hierbei nicht vollständig in das Ei ein, so sollen jene eigenthümlichen von B. beobachteten Furchungsvorgänge entstehen, indem vielleicht das oder die in das Ei eingetretenen Spermatozoenstücke abschmelzen und abnorme Theilungen veranlassen. B. ist allerdings geneigt, hier das Eindringen von viel Spermatozoen verantwortlich zu machen, da wie bekannt das Eindringen von nur einem Spermatozoon für das Zustandekommen einer normalen Furchung und Weiterentwicklung ausreiche. —

Der Leser wird hoffentlich aus all diesen überaus mühevollen und interessanten Untersuchungen, die wir hier in Kürze zusammengestellt, gleich uns die Ueberzeugung gewonnen haben, dass durch dieselben ein ganz neues und überaus wichtiges Gebiet biologischer Vorgänge dem Versuche und damit hoffentlich auch binnen kurz oder lang einem natürlich bis zu gewissen Grenzen gehenden Verständniss eröffnet worden ist.

V. Zur galvanokaustischen Behandlung hypertrophischer Nasenschleimhaut.

Von

Maximilian Bresgen.

In No. 28 d. Bl. beschreibt Hack ein Verfahren, welches er „mit dem Namen des „„Furchenziehens““ bezeichnen möchte“. Da auf die vorhandene Litteratur keine Rücksicht genommen ist, so muss es jedem Leser scheinen, als ob Hack jenes Operationsverfahren zuerst angewendet und beschrieben hätte. Dem gegenüber möchte ich aber constatiren, dass ich bereits vor $3^1/_2$ Jahren das gleiche Verfahren als das beste und wirksamste beschrieben habe, und zwar mit diesen Worten: „Früher pflegte ich die Schwellungen der Nasenschleimhaut mit einem Flachbrenner zu kauterisiren; man trifft jene damit in der Fläche wohl ausgiebiger, allein der Erfolg ist nicht sehr nachhaltig. In neuerer Zeit pflege ich mit einem schmalen oder sogar spitzen Brenner tiefe strichweise Kauterisationen vorzunehmen, z. B. die untere Muschel über ihre ganze Länge zwei bis drei Mal. Dadurch erzielte ich einen nachhaltigeren Erfolg, wahrscheinlich weil die hierdurch gesetzten Narben mehr Resistenzfähigkeit besitzen.“ Man vergleiche meine Schrift über den Chronischen Nasen- und Rachen-Katarrh. 1. Auflage 1881. Seite 71. — 2. Auflage 1883. Seite 113. — Meine Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen-, Mundrachen- und Kehlkopf-Krankheiten. 1884. S. 106f.-

Frankfurt a. Main, den 13. Juli 1884.

VI. B. Hirsch: Vergleichende Uebersicht zwischen der ersten und zweiten Ausgabe der Pharmacopoea germanica. Für Apotheker, Aerzte, Medicinal-Beamte, Drogisten. R. v. Decker. Berlin 1883. 491 S. Ref. Langgaard.

Unter den zahlreichen nach Herausgabe der neuen Pharmacopoe erschienenen Werken, welche dazu bestimmt sind, den Aerzten und Apothekern den Uebergang von der einen Pharmacopoe auf die andere zu erleichtern, nimmt das in Rede stehende Werk des Herrn Verfassers, dessen Name durch eine lange Reihe von Jahren auf dem Gebiete der Pharmacie rühmlichst bekannt ist, einen hervorragenden Platz ein.

Eine vergleichende Uebersicht nennt sich das Werk, in Wahrheit ist es aber ein Commentar, welches neben einer eingehenden sachgemässen Kritik auch die Darstellung von Präparaten, soweit sie heute noch für das pharmaceutische Laboratorium anzuempfehlen ist, enthält. Die Forderungen der neuen Pharmacopoe sind durch Cursivschrift, besonders wichtige Punkte durch fetten Druck kenntlich gemacht, so dass eine grosse Uebersichtlichkeit erzielt wird, die eine schnelle Orientirung gestattet. Das Werk kann nicht nur Apothekern und Apothekervereinen, sondern auch allen Aerzten dringend empfohlen werden.

VII. F. Straub: Beitrag zur operativen Behandlung der Oedeme der Haut. Inaug.-Diss. Tübingen 1882. Ref. Edmund Lesser (Leipzig).

Verfasser giebt eine der Punction mit dem Capillartroikar vorzuziehende Methode zur Entleerung von Oedemflüssigkeit an, die er als Trichterdrainage bezeichnet und die darin besteht, dass in die hydropische Haut ein kleiner Einschnitt gemacht wird und dann ein mit einem herunterhängenden Kautschukschlauch versehener Trichter mit seiner weiten Mündung auf die Haut aufgesetzt und so lange festgehalten wird, bis die ausfliessende Flüssigkeit den Schlauch füllt. Dann hält sich der Trichter durch den Luftdruck von selbst auf der Haut und übt fortdauernd einen mässigen Zug aus, welcher eine continuirliche Flüssigkeitsaussaugung unterhält. Bequemer ist es noch, den Schlauch vor dem Aufsetzen des Trichters mit dünner Carbolsäurelösung zu füllen, da dann der Trichter gleich haftet. Bei einer Anzahl von Kranken hat Verfasser die Methode mit gutem Erfolg angewandt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VIII. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 14. Juli 1884.

Vorsitzender: Herr Leyden.
Schriftführer: Herr P. Guttmann.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

Neu aufgenommen sind die Herren Oskar Schulz, H. Kronecker, A. Eulenburg.

Der Vortrag des Herrn P. Guttmann über Antipyrin wird demnächst in extenso in dieser Wochenschrift zur Veröffentlichung gelangen; ebenso können wir den Vortrag des Herrn Kronecker über Kochsalz-Infusion, sowie die sich daran schliessende Discussion erst in einer der nächsten Nnmmern zum Abdruck bringen.

IX. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung am 14. Juli 1884.

Vorsitzender: Herr Westphal.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Nach Verlesung und Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung hielt

Herr Westphal seinen angekündigten Vortrag: Ueber einen Fall von allgemeiner Paralyse mit spinaler Erkrankung und Erblindung.

Im April 1878 kam ein Herr in die Sprechstunde und klagte über die verschiedensten subjectiven Beschwerden, über Beklemmungen auf der Brust, Schmerzen beim Urinlassen und dergl. Er war psychisch erregt und machte den Eindruck eines Hypochonders. Besonders hob er hervor, dass er 1874 syphilitisch geworden und noch jetzt mit Lues behaftet sei. Es liess sich aber weder von Syphilis eine Spur auffinden, noch zeigten sich andere Symptome einer Erkrankung des centralen Nervensystems. Nur fehlte sonderbarer Weise das Kniephänomen. Patient erzählte ferner, dass er vor circa 12 Tagen eine Art Anfall gehabt, wobei er nur halb sehen und sich der Namen seiner Kinder nicht erinnern konnte. — Im August 1879 stellte Pat. sich wieder vor. Er klagte über allerlei Sensationen, Blitzen vor den Augen und bot das typische Bild eines hypochondrischen Menschen. — Es wurde aber ermittelt, dass er in der That 1874 syphilitisch inficirt gewesen und später von Herrn Professor Schweigger wegen eines Augenleidens (Iritis) behandelt worden und schon damals aufgeregt erschienen sei. Im October 1880 wurde die erste Andeutung eines Sehnervenleidens constatirt. Bei erneuter Untersuchung im April 1881 deutliche Verschlimmerung, die — trotz Behandlung mit Jodkalium — im December 1881 noch weiter fortgeschritten war. Vollständige Erblindung war etwa Mitte 1882 eingetreten. — Der Gang des Patienten war stets gut gewesen; nie Klagen über Kriebeln in den Beinen; Blasenfunction mangelhaft. In der Familie keine Psychosen.

Im November 1882 vier bis fünf Tage vor seiner Aufnahme in der Charité erkrankte er plötzlich unter maniakalischen Grössenideen, gestikulirte, wollte der erste Beamte des deutschen Reiches sein; sprach viel von seiner früheren Syphilis. Er war vollständig blind; Opticusatrophie beiderseits. — Beim Sprechen Sylbenstolpern. Zunge zittert wenig. Obere Extremitäten ohne Störung. Aus dem Bette genommen, konnte Patient gut stehen; liess man die Augen schliessen, so fing er an zu schwanken. Der Gang war kein tabischer, nur durch die Blindheit beeinträchtigt, vorsichtig. Stiche in die Beine wurden als solche erkannt. Kniephänomen fehlte auch jetzt. Die tobsüchtige Aufregung dauerte fort; Patient collabirte und starb 14 Tage nach seiner Aufnahme an Lungenödem.

Section ergiebt — ausser am Rückenmark — keine auffallende Veränderungen. Das Rückenmark lässt eine graue Degeneration vom Halsbis zum Lendentheil erkennen. Es sind wesentlich die äusseren Theile betroffen. Die Hauptveränderung betrifft den Dorsaltheil, wo ziemlich der ganze Querschnitt erkrankt ist. Die Affection geht bis an den Lendentheil herunter. Bemerkenswerth ist, dass die peripheren Nerven intact geblieben.

Der Fall erscheint von Interesse, weil er von Anfang an beobachtet worden ist, während man sonst nur einzelne Stadien zu beobachten Gelegenheit hat. Es bestand 5 Jahre lang vor dem Ausbruche der Krankheit ein blosser hypochondrischer Zustand. Allerdings war ein vorübergehender Anfall von Aphasie mit Hemanopsie dagewesen, doch solche Anfälle kommen auch ohne palpable Hirnerkrankungen bei nervösen Menschen vor.

Dass schon jetzt das Kniephänomen fehlte, war besonders interessant. Die Opticusatrophie begann zwei Jahre vor dem Ausbruch der Geistesstörung, die Manie war eine ausserordentlich plötzliche. Bemerkenswerth ist ferner, dass trotz der Erkrankung im Rückenmark keine Ataxie bestand, keine Schmerzen vorhanden waren, dass dagegen leichte Blasenbeschwerden existirten. — Es steht dieser Fall im Gegensatz zu einem andern, den Vortragender im Jahre 1881 beschrieben.

Ein Mann, der 1877 aufgenommen wurde, litt ein Jahr vorher an Manie, und war ein halbes Jahr erblindet. Es schwankte der Zustand, bis allmählich Schwachsinn eintrat. Während der ganzen Zeit war das Kniephänomen immer noch vorhanden und erst während der Beobachtung, zwei Jahre nach Constatirung der Atrophie des Nervi optici erlosch das Kniephänomen. — Es giebt noch andere Fälle, wo zuerst die Erblindung auftrat, dann psychische Alteration, dann die Manie. —

Als Aetiologie wird in diesem Falle die Syphilis angenommen. Nach Angabe der Frau war Patient immer etwas exaltirt. Hierauf sei mehr Gewicht zu legen als auf das Moment der Lues. Von besonderem Interesse ist noch die Thatsache, dass ein vollständig blinder Mann, der nicht schwankt, wenn er die Augen geöffnet hat, schwankt, wenn er die Augen schliesst.

Herr Mendel fragt, ob die Hirnrinde untersucht worden sei. Er habe gerade in solchen Fällen ausgedehnte Veränderungen in der Hirnrinde gefunden.

Herr Westphal: Dieselbe sei nicht genauer untersucht worden, da er sich von solchen Untersuchungen nichts versprochen. Grosse Veränderungen waren nicht vorhanden.

Herr P. Rosenbach (aus St. Petersburg als Gast): Ueber das Verhalten des Nervensystems im Hungerzustande. (Autorreferat.)

Die Angabe Chossats (1843), dass das centrale Nervensystem beim Hungern einen sehr geringen Gewichtsverlust erleide, die auch von spätern Forschern bestätigt wurde, hat zu der fast allgemein verbreiteten Anschauung geführt, dass das Nervensystem durch Inanition überhaupt nicht geschädigt werde. Indessen zeigt die mikroskopische Untersuchung der Nervencentren an Thieren, die dem Hungertode erlegen waren, dass in demselben mit Beständigkeit pathologische Veränderungen auftreten. Vortr. untersuchte Grosshirn, Kleinhirn, Rückenmark, Intervertebral- und Sympathicusganglien von verhungerten Hunden und Kaninchen. Er fand in allen benannten Nervencentren solcher Thiere eine ausgedehnte Degeneration der Nervenzellen, die sich in chemischer Veränderung des Protoplasmas, Schwund der Fortsätze und Kerne, Substanzverlusten (Vacuolen) und Zerfall der Zellkörper kundgab; ausserdem Ueberfüllung der Blutcapillaren und zuweilen Degeneration der Endothelialbekleidung (letzterer bei Kaninchen) und sogen. exsud. plasmatique (colloide). Die weisse Substanz der Nervencentren sowohl als die peripheren Nerven liessen nichts Pathologisches erkennen. Vortr. hat über „die durch Inanition bewirkten Texturveränderungen der Nervencentren" bereits in der deutschen Literatur eine kurze vorläufige Mittheilung veröffentlicht (Neurolog. Centralbl. 1883, No. 15). In seinem Vortrag illustrirte er die Beschreibung durch mikroskopische Präparate und Zeichnungen. —

Was die Natur der besprochenen histologischen Veränderungen anbetrifft, so betont Vortr. das Fehlen entzündlicher Vorgänge seitens der Gefässe und hält die Degeneration der Nervenzellen für eine primäre, bedingt durch den Mangel an Nahrungsstoffen im Hungerzustande. Seines Erachtens lässt die Art und Weise der degenerativen Veränderung erkennen, dass der krankhafte Process sich in den Zellen allmählich entwickele und um so ausgeprägter erscheine, je länger die Thiere den Hunger ertragen. Dagegen entbehrt die Behauptung Siemens' (Arch. f. Psych. XV, 1), dass die beschriebenen pathologischen Veränderungen erst in den letzten Tagen oder Stunden des Lebens sich entwickeln, jeglicher Begründung.

Ferner berichtet Vortr. über seine Versuche mit Reizung der Hirnrinde an hungernden Thieren. Nachdem er sich überzeugt hatte, dass die electrische Erregbarkeit des motorischen Rindengebietes an beiden Hemisphären keine wesentliche Differenz erkennen lässt, stellte er an seinen Versuchsthieren (Hunden und Kaninchen) zuerst im gesunden Zustande die Erregbarkeit an einer Hemisphäre fest, und ermittelte sodann nach einer bestimmten Hungerperiode die Erregbarkeit an der anderen Hemisphäre. Zum Vergleich diente der Rollenabstand eines Dubois-Reymond'schen Schlittenapparates, der erforderlich war, um bei directer Reizung eines Rindencentrums eine minimale Bewegung des entsprechenden Gliedes an der gegenüberliegenden Körperseite hervorzubringen. Seine Versuche führten zu dem Ergebniss, dass die electrische Erregbarkeit der Hirnrinde im Hungerzustande bemerkbar herabsinkt, und dass ausser dieser quantitativen Herabsetzung auch eine qualitative Veränderung der Rindenerregbarkeit bei hungernden Thieren beobachtet wird, indem sich bei manchen derselben durch mittelstarke Ströme keine partiellen klonischen Krämpfe erzeugen liessen, während noch bei weiterer Verstärkung des Stromes allgemeine (epileptische) Krämpfe eintraten.

Am Menschen äussert sich der Einfluss des Hungerzustandes auf das Nervensystem durch psychische Störungen. Abgesehen davon, dass ungenügende Ernährung ein allgemeines ätiologisches Moment psychischer Erkrankung bildet, und dass nach der Angabe einiger autoritätsvollen Irrenärzte (Flemming, Guislain u. A.) Fälle von Geistesstörungen vorkommen, in denen kein anderer Grund nachweisbar ist, als Nahrungsmangel, wird bei Hungernden ein sogen. Inanitionsdelirium beobachtet, welches sich durch gewisse Merkmale von anderen Delirien unterscheiden lässt. Diejenigen psychischen Erscheinungen, die bei früher gesunden, durch Unglückszufälle (Verschüttungen, Ueberschwemmungen, Schiffbruch etc.) der Nahrungszufuhr beraubten Menschen auftreten, lassen sich für das Studium der Inanitionsdelirien nicht gut verwerthen, da hier andere ätiologische Momente, wie Schreck, Angst, Kälte Verzweiflung etc. eine wichtige Rolle spielen. Doch sind zahlreiche Beobachtungen von Inanitionsdelirium an solchen Kranken bekannt, die durch acute somatische Erkrankungen (Pneumonie, Typhus, Scharlach, Affectionen des Darmkanals) zur Erschöpfung gebracht worden; besonders reich an solchen Beobachtungen ist die französische Literatur der 50er und 60er Jahre, als bezeichnete Krankheitsformen mit Hungerdiät und Aderlässen behandelt wurden. —

Auf die Bemerkungen des Herrn Westphal erwiderte Vortr., dass er den Ausdruck „trübe Schwellung" für eine gewisse Veränderungsweise der Nervenzellen nur per analogiam gebrauche, ohne damit behaupten zu wollen, dass in den Nervenzellen überhaupt der nämliche pathologische Process vorkomme, der in anderen Zellen unter diesem Namen bekannt ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

X. Dreizehnter Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

Vierter Sitzungstag Sonnabend den 19. April 1884.

Morgensitzung im Amphitheater der königl. chirurg. Universitätsklinik Ziegelstrasse 5/9 von 10—1 Uhr.

(Schluss aus No. 26.)[1])

Herr Partsch (Breslau) demonstrirt Knochenpräparate, welche mit einer bequemen Macerationsmethode gewonnen sind. Knochenpräparate in Wickersheimer'scher Lösung zu erhalten, gelingt sehr schwer. Die seit Jahr und Tag sehr gut bewährte durch Vorzeigung mehrerer Objecte illustrirte Methode ist folgende: man bringt die frischen möglichst von Weichtheilen befreiten Präparate in eine 30° C. warme 3—5% Lösung von Kali caust., welche man in der ersten Woche öfters wechselt; hier quellen die Weichtheile glasig auf; das Fett wird gelöst, so dass es sich in grössere Tropfen auf der Oberfläche der Flüssigkeit abscheidet. Nach wenig Tagen lassen sich mit dem Messer die Weichtheile vom Knochen mit Leichtigkeit abschaben, Bänder und Muskelansätze widerstehen etwa 14 Tage. Dann kann der Knochen ganz weiss, die feinste Structur zeigend aus der Flüssigkeit genommen werden. Am besten schlägt man ihn dann in Fliesspapier, nachdem man ihn in kaltem Wasser einige Tage hat liegen lassen und trocknet ihn bei Zimmertemperatur.

So gelang es, Präparate von resecirten Gelenken oder von Gelenken, die zur Amputation geführt hatten, schon beim ersten Verbandwechsel vollständig fertig demonstriren zu können. —

Herr Busch (Berlin) bemerkt, dass die sogenannten Pariser Schädel mittels ähnlicher Methode, durch Maceration in verdünnter Natronlauge präparirt würden; doch lege man dieselben zur besseren Entfettung in eine Mischung von Aether und Benzin. Eine sehr bequeme Macerationsmethode sei das Legen in einen Ameisenhaufen.

Herr Haberern (Budapest) demonstrirt ein anatomisches Präparat nach Mikulicz'scher osteoplastischer Resection. Ein 18jähr. Schuhmacher, welchem 1875 wegen Caries der linke Unterschenkel amputirt war, kam Ende 1882 wegen Caries am rechten Talus, Calcaneus und den Malleolen auf die Lumniczer'sche Klinik. Die Haut der Ferse war durch Fisteln und fungöse Ulceration zerstört; die Zerstörung reichte am Unterschenkel seitlich weit hinauf, so dass dem abgemagerten, anämischen Knaben die Amputation vorgeschlagen wurde; da dieselbe verweigert wurde, so machte L. einen Versuch mit der Methode von Mikulicz. Die im December 1882 gemachte Operation, bei der sich auch die hintere Fläche des Schiff- und Würfelbeins cariös zeigten, hatte nicht den gewünschten Erfolg, da die fungöse Erkrankung die Weichtheile entlang fortschritt, so dass der übrigens schon consolidirte Stumpf 5 Monate nach der Operation entfernt werden musste. Einige Wochen später verliess Pat. gut aussehend die Klinik. — Dieser höchst ungünstige Fall kann nicht als Contraindication gegen die Operation bei Caries angesehen werden, da die bisherigen Fälle von Socin, Lauenstein und Mikulicz auch quoad functionem gute Resultate gaben. Auch ein noch nicht veröffentlichter Fall aus der Krakauer Klinik vom November v. J. ist günstig verlaufen. Was an dem vorgezeigten Präparat wichtig ist, ist die auch in den andern Fällen beobachtete nicht vollständige Berührung der Sägeflächen und dadurch bedingte Abweichung nach vorne und etwas nach aussen. Deshalb räth Vortr., bei der Mikulicz-schen Operation immer exacte Knochennaht anzulegen. Dies wäre um so mehr zu empfehlen, als M. neuerdings um eine Verlängerung des operirten Fusses zu vermeiden, von den Knochen mehr abzusägen räth — dadurch aber eine bedeutendere Verlängerung der dorsalen Brücke zu Stande kommt, die dann die Sägeflächen noch mehr zu dislociren bestrebt sein wird.

In der Discussion erklärt Herr von Adelmann, dass er die Mikulicz-sche Operation für vollberechtigt halte; durch sie werde gleichsam ein lebendiger Stelzfuss geschaffen. Indessen der Ausdruck osteoplastisch sei nicht zutreffend, denn durch die Operation werde nicht ein Substanzverlust ersetzt, sondern nur eine Veränderung der Form herbeigeführt.

Herr Mikulicz (Krakau) zeigt ein Compressorium zur Blutstillung durch Tamponade und Compression. Es giebt Fälle, wo die Gefässunterbindung sehr schwierig oder ganz undurchführbar ist oder wo die Operation rasch beendigt werden muss; hier hilft nur Tamponade mit Compression. Indessen während man diese früher nur zur temporären Blutstillung benutzte, können wir gegenwärtig durch Benutzung der Jodoformgaze selbst bedeutende arterielle Blutungen durch die Tamponade stillen; wie es Küster bei einer Blutung aus der Arter. vertebralis gelang. Das vorgezeigte Instrument ist für Blutungen in der Tonsillengegend, und den Boden der Mundhöhle bestimmt; es ist dem von Péan angegebenen sehr ähnlich; es ist ein zangenartiges Instrument, dessen Arme an den Enden mit je einer Pelotte versehen sind. Die kleinere Pelotte wird mit Jodoformgaze umwickelt und an die blutende vorher ebenfalls mit Jodoformgaze bedeckte Stelle angelegt; die andre längliche, halbmondförmig gekrümmte und verschieden stellbare hat auf der Aussenseite des Halses oder Gesichtes den Gegendruck zu leisten. Der Schluss der Zange geschieht mittelst einer Rosenkranzkette. Das Instrument in drei Jahren 5 Mal mit Erfolg angewendet (bei Blutungen aus dem Mundboden, nach Zungenexstirpation etc.) lag 6—24 Stunden ohne Beschwerde. Hr. Leiter (Wien) verfertigt es. Wie werthvoll die Tamponade mit Jodoformgaze bei Blutungen am Halse ist, hat M. in einem Falle eines kolossalen Hals-Sarkomes erprobt. bei dem die Vena jugul. com. einriss und Luft aspirirt wurde. Es wurden die vorher angelegten Schieber und Pinces zurückgelassen, die ganze kindskopfgrosse Wunde mit Jodoformgaze ausgefüllt und ein stark comprimirender Verband angelegt. Als Pat. zu sich kam, erneuerte sich die Blutung und der Puls wurde schwächer. Nun wurde der ganze Hals kräftig mit einer elast. Binde umwickelt, die theils um den Hals selbst, theils um die gesunde Achsel herumging. Um den Kehlkopf und die Gefässe der andern Seite frei zu halten, wurde eine starke, 50 cm lange, 3—4 Finger breite Holzschiene derart unter die elastischen Binden geschoben, dass sich dieselbe oben an die Schläfen, unten an die Schulter anlegte. Nun erst hörte die Blutung auf; Pat. kam nach einer Stunde zu sich; die elast. Binden blieben 24 Stunden liegen und wurde der Verband bis auf den starken Druck auf die Schläfe gut vertragen. Nach 48 Stunden wurden Jodoformgaze und die Schieber entfernt, die Wunde drainirt und genäht. An der Stelle der verletzten Vene blieb ein schmaler Streifen übrig, der zum untern Wundwinkel herausgeleitet wurde. —

Herr Madelung-Rostock sprach über Ausschälung cirsoider Varicen an den untern Extremitäten: er wählt diese Methode statt multipler Excisionen etc. und entfernt die Plexus möglichst so weit, als die Wandungen sich verändert zeigen; dadurch dehnt sich die Operation häufig auf sehr grosse, fusslange und handbreite Strecken der Unterschenkeloberfläche aus; nöthigenfalls werden an demselben Beine zwei oder mehre Male die Varicen-Ausschälungen wiederholt. Die Bildung gestielter Hautlappen wird bei der schlechten Ernährung der dünnen Unterschenkelhaut principiell vermieden. Nach 2—3 Wochen können die Pat. das Hospital verlassen. Die Kurresultate sind sehr gut, sowohl in Betreff der Heilung der Operationswunden, als auch Betreff der Verhütung der Eczeme und Ulcerationen und definitiver Beseitigung der Varicen selber.

In der Discussion bestätigt Herr Schede die Recidive nach einfacher Veränderung der Venen und hält die Exstirpation für das sicherste, während Exc. v. Langenbeck auch die Exstirpation nicht für absolut sicher hält, da er eine ziemlich rasche Neubildung von gradlinig verlaufenden Venen im Gebiete des excidirten Gefässgebietes beobachtet hat. Herr Starcke (Berlin) hat in ca. 30 Fällen Venen-Excisionen vorgenommen: indem er im Verlaufe der degenerirten Gefässe mehrere Stücke entfernte; denn es kömmt wesentlich darauf an, den exspiratorischen Venendruck aufzuheben. Das geschieht am besten durch eine derartige staffelförmige Excision, da so die Bildung von Collateralen am sichersten verhütet wird.

Herr Madelung spricht über totale Rhinoplastik in mehreren Operationsacten. Da die bisherigen plastischen Operationen bei totalem Nasenverlust nur einen „Vorhang" über den Naseneingang legen, so verfuhr M. in einem Falle, wo die ganze häutige, knorpelige und knöcherne Nase und ein Theil der rechten Wange verloren gegangen war, folgendermaassen: zunächst wurde der Proc. nasalis des linken Oberkiefers nach von Langenbeck abgesprengt und aufgerichtet und die Schleimhaut der neuen Nase durch von allen Seiten her abpräparirte Narben und Schleimhautlappen ersetzt, endlich ein grosser Stirnlappen zur Bildung der rechten Wange und Bedeckung der Nasenhöhle herabgepflanzt. 5 Monate später wurde der in der Glabella gelegene Stil mit einem grossen Theil der Stirnhaut gleichfalls in die Gegend verpflanzt, wo die Nase stehen soll. Erst ein Jahr später wurde das ganze fast aus der Hälfte der Stirnhaut bestehende Hautconglomerat, welches jetzt in der Nasengegend lag, ohne dass seine inneren Verwachsungen gelöst wurden, so zurecht gestellt, dass eine Art prominenter Nase mit wirklicher Nasenspitze entstand. In der Discussion bemerkt Excl. v. Langenbeck, dass er mit der alten bisherigen Methode doch leidlich gute Resultate erzielt habe.

Schliesslich sprach Herr Madelung über eine Modification der Colotomie wegen Carcinoma recti. Schon auf der Salzburger Naturforscher-Versammlung 1881 besprach er den Plan, den Nutzen, welchen diese Operation bei Kranken mit unexstirpirbarem Mastdarmkrebs gewährt zu erhöhen, indem man nicht einfach ein Fenster in den Darm einschneidet, sondern den Darm vollständig durchschneidet, und das centrale Ende in die Bauchwand einpflanzt, das perifere definitiv verschliesst und versenkt. Natürlich muss man genau bestimmen, was zuführendes, was abführendes Ende ist. Auf diese Weise werden die Kothmassen vom Carcinome abgehalten (das Regurgitiren des an dem Colonfenster vorbeigetretenen Kothes bedingt den in manchen Fällen continuirlichen Kothausfluss aus dem Anus praeternaturalis), die Ansammlungen zwischen Strictur und Sphinct. ext. verhindert und die Neigung zum Darmprolaps verhindert. Die modificirte Colotomie ist in den letzten Krankheitsstadien bei hochgradiger Darmüberfüllung und Entkräftung des Pat. nicht verwendbar, dagegen wird sie sich auch für syphilitische und gonorrhoische Mastdarmstricturen eignen.

Herr Max Schede-Hamburg berichtet über einen glänzenden Fall von Resection des Dünndarms wegen eines mit den Bauchdecken verwachsenen Drüsenkrebses. Ein 50jähr. Herr zeigte dicht über dem linken Poupart'schen Bande einen kinderfaustgrossen Tumor in den Bauchdecken angeblich seit 4 Wochen. Eine leichte Abmagerung und wechselnde Verdauungsstörungen erregten den Verdacht auf Darmkrebs, aber auch die Untersuchung mit der in den Mastdarm eingeführten ganzen Hand liess nur einen ziemlich weit in die Bauchhöhle vorspringenden Tumor der Bauchdecken erkennen; ein Zusammenhang mit dem Damme war nicht zu constatiren. Die Operation zeigte, dass es sich um ein vom Dünndarm ausgegangenes, breit mit den Bauchdecken verwachsenes und diffus in sie hineingewuchertes Drüsencarcinom handelte, welches jetzt etwa mannsfaustgross geworden war. 20 cm. Dünndarm mussten nach temporärer Ligatur oberhalb und unterhalb exstirpirt und resecirt werden; im Mesenterium carcinom. Drüsen. Keilförmige Excision desselben, innere Schleimhautnaht und doppelte Serosanaht des Darmes mit Sublimatcatgut und Kürschnernaht, Reposition desselben; der Defect der Bauchdecken wird mit grosser Mühe geschlossen. Reactionsloser Verlauf, völlige prima, Stuhlgang vom 1. Tage trotz Opium. Rasche Zunahme des Körpergewichts. Im September wird der Kranke blühend und gesund im Hamburger ärztlichen Vereine vorgestellt. — Darmgeschwülste, welche mit den Bauchdecken verwachsen sind, werden stets der präcisen Diagnose Schwierigkeiten bereiten; wenn es nicht gelingt einen gespannten zu dem Tumor

[1]) Die Verspätung des Abdrucks bitten wir freundlichst entschuldigen zu wollen. Sie gehörte noch zu den Folgen der nunmehr beseitigten Schwierigkeiten, die durch das Brandunglück hervorgerufen waren.
D. Red.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hin- oder von ihm abführenden Darmabschnitt zu fühlen, werden dieselben auch bei der combinirten Untersuchung vom Mastdarm als Bauchdeckentumoren imponiren, wie das in einem gleichen Fall auch kürzlich nach mündlicher Mittheilung Volkmann erging.

Ende März d. J., nachdem sich Schede noch kurz vorher von dem guten Befinden des Pat. überzeugt, wird derselbe wieder fast sterbend mit seit 4 Tagen bestehendem Ileus ins Krankenhaus aufgenommen; bei dem elenden Zustande des Pat. sollte links ein Anus artific. angelegt werden. Da aber der von der Wunde aus eingeführte Finger an der Operationsstelle Fehlen eines Recidivs, aber Vorhandensein eines einschnürenden Ligamentes constatirte, wurde einfach der Schnitt bogenförmig parallel der alten Narbe weitergeführt, das Pseudoligament gespalten und der Darm befreit. Voller Erfolg; denselben Tag sieben Stühle. 4 Tage lang guter Verlauf, dann plötzlich hohe Temperatur, Pleuropneumonie des rechten obern und mittleren Lappens, 2 Tage später Tod. Section ergab Fehlen jeder Peritonitis, ausgedehnte genuine croupöse Pneumonie. Nirgends Recidiv. — Auf die Besprechung der Indicationen für die radicale Entfernung der Darmkrebse eingehend warnt S. eindringlich bei bestehendem Ileus vor jedem ernsten Eingriff und empfiehlt nur zunächst einen künstlichen After anzulegen, wie es W. Baum rieth, da in solcher Zeit länger dauernde Operationen nicht vertragen werden. Dementsprechend sind von 19 Darmresectionen wegen Carcinomen die 5 bei bestehendem totalem Darmverschluss unternommenen unmittelbar tödtlich abgelaufen, während von 13 andern Fällen, bei denen eine völlige Darmocclusion zur Zeit der Operation nicht bestand, nur 3 im Choc starben (einer von Thiersch, einer von Kraussold, einer von Czerny). Von einem geheilten Falle Kraussold's fehlen nähere Angaben. Von den andern 9 sind 8 geheilt, ein Fall Baum's starb am 9. Tage daran, dass die Naht nicht hielt. Von den 8 geheilten sind 5 an Recidiven später gestorben, ausserdem Schede's Pat., so dass noch 2 am Leben sind, ein Fall von Gussenbauer-Martini, (mit künstlichem After), einer von Billroth. — Als Nähmaterial empfiehlt S. Catgut, das sich in 11 Fällen vorzüglich bewährt habe und zwar Sublimatcatgut, als Nähmethode die Anlegung einer innern Schleimhaut und zweier äusserer Serosanähte mittelst der Kürschnernaht, welche nicht blos dichter schliesse, sondern wegen der grossen Zeitersparniss vorzuziehen sei. Die vorgelegten Präparate zeigen 1) das exstirpirte breit in die Bauchdecken übergehende und das Darmlumen fast völlig verschliessende Dünndarm-Carcinom und 2) Darm und Mesenterium 9 Monate post oper. Eine feine kaum sichtbare Narbe durchsetzt Darm und Mesenterium bis zu seiner Wurzel, das Darmlumen ist an der Nahtstelle absolut nicht verengert.

Herr M. Schede demonstrirt eine neue Schiene zur allmälichen Beugung des Kniegelenks durch Zugwirkung. Er benutzt dazu den Zug, welchen ein ungenügend oder gar nicht unterstützter Unterschenkel im Sinne der Flexion ausüben muss, wenn der Oberschenkel allein bis zum Knie auf ein Planum inclin. befestigt wird. Die gewöhnliche Volkmann'sche Hohlschiene mit T-Stütze besitzt entsprechend dem Kniegelenk ein Charnier, welches durch eine die T-Stütze durchbohrende, längs der Rückseite der ganzen Schiene verlaufende und mit dem obern Ende derselben durch ein Charnier articulirende Gewindestange in beliebigem Winkel festgestellt werden kann. Der Oberschenkel wird bis zum Knie mit einer Flanellbinde sicher auf der Schiene fixirt, der Unterschenkel bleibt frei von jeder Einwicklung. Die ausserordentlich milde, aber doch energische Wirkung dieser Methode wird von Herrn Schede besonders betont und auch die Resultate der gewaltsamen Beugung auf diese Weise wesentlich gefördert, so dass man dem Brisement nur eine ganz geringe Ausdehnung zu geben braucht.

Herr von Bergmann giebt einen Beitrag zur Casuistik der Verletzung grosser Gefässstämme. Ein 39jähr. Mann erlitt im Sept. v. J. eine Stichverletzung der Art. subcl. sin, welcher eine sehr profuse Blutung mit ausgedehnter Blutinfiltration der linken vordern und seitlichen Thoraxwand gefolgt war. Erst 9 Wochen später nach Heilung der äussern Wunde und Resorption des Infiltrats liess sich Pat. mit einem grossen pulsirenden in der letzten Zeit gewachsenen Tumor, welcher durch Druck auf die Nervenplexus zu Sensibilitätsstörungen Veranlassung gegeben hatte, aufnehmen. Durch Digitalcompression oberhalb der Clavicula wurde nach längerer Zeit das Aneurysma der Subclavia ohne sonstigen operativen Eingriff zur Heilung gebracht.

In der Discussion erwähnt Herr Volkmann (Halle), dass er nur einen Fall eines traumatischen Aneurysma der Subclavia gesehen habe; derselbe wuchs sehr rasch und wurde durch doppelte Ligatur des Gefässes, das oberhalb der Clavicula isolirt werden konnte, geheilt. V. glaubt indess, dass zuweilen eine Osteotomie der Clavicula nothwendig werden dürfte, um den Zugang zur Verletzungsstelle der Subclavia zu ermöglichen.

Exc. von Langenbeck empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen so früh als möglich in solchen Fällen zu operiren, und zwar durch Unterbindung ober- und unterhalb des Aneurysma, da die Compression doch nur selten zum Ziele führen würde. Er erlebte 3 Fälle; im 1. einen 6jähr. Knaben betr. war das Aneurysma der Subclavia durch einen Federmesserstich entstanden. Da der Assistent versicherte, dass nur venöses Blut aus der Wunde geflossen unterliess v. L. die Ligatur. Der Pat. ging kurze Zeit darauf an einer Nachblutung zu Grunde. Bei dem 2. gleichfalls jugendlichen Pat. hatte ein Messerstich unterhalb Clavicula einen sehr bedeutenden Bluterguss unter die Weichtheile der vordern Thoraxwand hervorgerufen; die Clavicula wurde durchsägt, die Subclavia ober- und unterhalb des Aneurysma unterbunden, doch starb Pat. an Sepsis. — Im 3. Falle war Arterie und Plexus brach. durch einen Revolverschuss verletzt, es erfolgte geringe Blutung nach aussen, indessen sofort die Bildung eines langsam wachsenden Hämatoms. Alsdann traten von Neuem kleine Blutungen auf, die häufiger wurden und hochgradige Anämie erzeugten. Die unter dem Pectoral. major nach abwärts entwickelte Blutgeschwulst wurde gespalten, die zahlreichen Coagula entleert, die Arterie doppelt ligirt. Guter Verlauf, Pat. lebt noch mit leichter Parese des Arms.

Herr von Bergmann hat wiederholt traumatische Aneurysmen der Axillaris gesehen und durch doppelte Unterbindung geheilt; er wollte durch Vorführung seines Falles durchaus nicht vor der Operation warnen.

Herr Davidson (Aberdeen) demonstrirt ein Lithophon (cf. Centralbl. f. Chir. 1884 pag. 27). Dasselbe besteht aus einer kurzschnabligen Metallsteinsonde, deren unteres Ende einen hohen Cylinder trägt, in welchen das eine Ende eines Gummischlauchs gesteckt wird, während das andere ins Ohr des Untersuchers geführt wird. Der Gummischlauch leitet den Schall des in der Blase beim Anstossen an einen Stein erzeugten Geräusches.

Herr A. von Winiwarter (Lüttich) spricht über einen Fall von Substanzverlust des knöchernen Schädeldachs in Folge einer während des ersten Lebensjahres erlittenen Verletzung und demonstrirt den betreffenden Gipsabguss. Ein jetzt 13jähr. Knabe hatte im 6. Monat durch Fall von der Treppe eine schwere Commotio cerebr. erlitten. Es entwickelte sich einige Tage später über der rechten Schädelhälfte eine allmähliche zunehmende Geschwulst von normaler Haut bedeckt ohne Hirnstörungen; dieselbe wuchs trotz Compression bis zum 8. Jahre, dann verkleinerte sie sich zeitweilig, wurde dann wieder grösser und machte dem jetzigen Befunde Platz: der Schädel ist hochgradig asymmetrisch, die rechte Hälfte ist nach der Seite flach, dafür aber viel höher. Von der Kronennaht ziehen divergirend nach rückwärts 2 stark aufgeworfene Knochenwülste, die unmittelbar vor der Lambdanaht sich wieder vereinen; zwischen ihnen befindet sich ein rhomboider Substanzverlust des rechten Ospariet., dessen Längendurchmesser 14, dessen Breite 6 cm beträgt; im Bereiche der Lücke ist die intacte, keine Narbe zeigende Haut tief nach innen eingesunken. Bei Druck auf dieselbe fühlt man keine Fluctuation, jedoch Pulsation, die auch sichtbar ist. Auch im Gefühl ist die rechte Seite viel kleiner, als die linke. In horizontaler Lage sammelt sich ausserhalb der Lücke eine fluctuirende schlaffe Geschwulst, welche im Stehen verschwindet. Ein Druck auf die Lücke erzeugt Verlangsamung des Radialpulses. Die Deutung des Falles ist nach von Bergmann folgende: im 6. Monate entstand eine subcutane Fractur des Ospariet. dext., complicirt durch Zerreissung der Meningen und Austritt von Liq. cerebrospin. unter die Schädeldecke. Die allmählich sich entwickelnde Geschwulst ist durch Ansammlung des Liq. cerebrosp. hervorgerufen. Unter dem Eindruck des permanenten Druckes und durch Resorption erweiterte sich der Bruchspalt. Aus unbekannten Gründen ist die Ansammlung von Liq. cerebrosp. verschwunden, die Lücke ist eingezogen und wird nur von den weichen Schädeldecken überzogen. Dass jedoch auch jetzt noch ein Substanzverlust der Meningen besteht, beweist die Ansammlung der Flüssigkeit bei horizontaler Lage. Die Lückenbildung ist der Grund der auffallenden Asymmetrie des Schädels und Gesichts. Der Fall ist das typische Resultat einer im Kindesalter erlittenen subcutanen Fractur mit Zerreissung der Meningen. Solche Fälle, sowie ähnliche, bei denen der Druck von innen her durch eine andere Ursache z. B. durch einen gleichzeitigen Hydrocephalus ersetzt wird werden immer nothwendig zur Entwicklung von entsprechend grossen Substanzverlusten führen, umsomehr, in einer je frühern Periode die Verletzung stattgefunden hatte. — In der Discussion erinnert Herr von Bergmann an den auf dem vorjährigen Congresse geschilderten Fall.

Herr Czerny demonstrirt Magenresectionspräparate; zunächst 2, die an dem von Herrn Lauenstein zuerst betonten Unglück, Gangrän des Colon zu Grunde gingen. — Herr Czerny hat bisher 6 Magenresectionen ausgeführt, 2 mal elliptische Excisionen, 1 mal wegen Ulc. rotund., das Stenose verursachte und auf andere Weise unheilbar war; das 2. Mal entfernte er wegen eines Myxosarkoms des grossen Netzes, welches mit der Magenwand verwachsen war, ein Stück der grossen Curvatur. Die andern Fälle waren 4 circuläre Pylorus-Exstirpationen wegen Carcinom. 2 Pat. sind genesen; der 1. vor 2 Jahren in Wiesbaden vorgestellt, starb 18 Monat post oper. an Recidiv. Der 2. Fall ist noch zu frisch; indessen hat leider die mikroskopische Untersuchung der Schnittränder noch Krebsnester ergeben. Czerny scheint es, selbst wenn wir bei der Pylorusresection noch schlechtere Resultate haben sollten, wie bei andern Carcinom-Operationen, wir doch die Technik weiter auszubilden verpflichtet sind. Die Indication muss Beschränkung erleiden; oft werden wir nach der Probeincision abstehen. Auch an den Präparaten der zwei unglücklichen Operationen ist das Resultat technisch gelungen, eine wahre Gastroplastik. Das Mesocolon transvers. war in beiden Fällen mit dem Carcinom verwachsen und musste durchtrennt werden; daher entstand Gangrän, der die typisch embolische Pneumonie folgte. Des Mesenteriums beraubte Darmtheile werden eben gangränös und der Chirurg muss solche unerbittlich reseciren.

Herr Czerny demonstrirt ein Präparat einer Radialisparalyse. Ein Knabe von 6 Jahren war 5 m von einer Mauer gefallen und hatte eine schwere Fractur am untern Humerusende (wahrscheinlich T-Fractur) erlitten. Nach 3 Wochen Consolidation bei beschränkter Beweglichkeit im Ellbogen. Erst eine Woche später wurde die Radialislähmung beobachtet; vollständige Entartungs-Reaction; Supinator und Extensoren waren faradisch nicht erregbar, Triceps intact; sensible Störungen fehlten, weil der Nerv unterhalb seiner Theilung nach Abgabe des sensiblen Zweiges lädirt war. Da die Fractur mit bedeutendem Callus geheilt war, so wurde der Nerv freipräparirt; als Cz. ihn verfolgte, kam er auf eine scharfe Knochenkante, die durch das nach innen dislocirte obere Bruchstück gebildet wurde, über welche der Nerv im scharfen Winkel geknickt hinwegलief; daselbst war er verdünnt, durchgeschürft, grauroth, degenerirt. Der Nerv hat sich an dieser Kante durchgewetzt, daher die nachträgliche secundäre Lähmung. Electricität und Massage wurden vergeblich angewandt, daher Blosslegung des Nerven, subperiost. Resection des Knochvorsprungs, Vereinigung der Periostlappen und Sublimatverband. In der 6. Woche nach der Operation völlige Wiederherstellung der Beweglichkeit.

In der Discussion erwähnt Herr Israel (Berlin) eines ähnlichen Falles, wo kurze Zeit nach Anlegung eines Verbandes um den fractur. Ober- und Vorderarm eines 16jährigen Arbeiters sensible und später motor. Lähmung des Triceps und Supin. longus entstand. Heilung der Fractur in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

8 Wochen. Bei der Operation fand sich das untere Bruchstück des Humerus gegen das obere verschoben, so dass ein Vorsprung bestand, an dem der Nerv geknickt war. Abmeisselung des Fortsatzes, allmähliche Restitution des Nerven.

Herr A. Bidder hat zwei Radialislähmungen nach Oberarmfracturen 8 Wochen resp. 4 Monate später spontan heilen sehen, daher er räth, blutige Eingriffe nicht zu beeilen.

Herr Rydygier (Kulm) stellt den ersten Fall von Gastroenterostomie bei Stenose des Duodenum in Folge eines Geschwürs geheilt vor. Ein seit 4 Jahren leidender 20jähriger Mann, war durch anfängliches Blutbrechen, späteres Erbrechen bis auf 51 Pfund heruntergekommen. Es wurde Ulc. pylori mit Magendilatation diagnosticirt und die Pumpe angewandt. Nach anfänglicher Besserung kehrten die alten Beschwerden zurück. Es wird Resectio pylori beschlossen. Bei der Operation fand sich das Ulc. im Duodenum, und entschloss sich R. von den zwei Möglichkeiten: Gastroenterostomie oder Wiederzunähen zum letzteren, da er fürchtete, dass nach ersterer Operation Speisetheile im ausgeschalteten Darme stauen würden. Auch sind von den 7 Operirten nur 2 geheilt, 5 gestorben. Daher wurde wieder zur Magenpumpe gegriffen. Als jedoch auch diese vergeblich war, so entschloss sich R. am 13. März zur Gastroenterostomie. Anfangs fieberloser Verlauf, am 5. Tage Parotitis dextr. Fieber bis 39; am 8. Tage Verbandwechsel, kleiner Bauchdecken-Abscess. Decubitus, am 10. Tage Incision der Parotis; vollständiger Fieberabfall. Nachher allmähliche Zunahme der Kräfte. Bemerkungen über die Technik dieser interessanten Operation beschliessen den Vortrag des kühnen Operateurs von Kulm. —

Am Sonnabend früh hatte Herr von Bergmann die Congressmitglieder in seiner Klinik umhergeführt. In den glänzenden Räumen waltet derselbe schöpferische Geist, wie unter seinem berühmten Vorgänger.

Pauly (Posen).

XI. Die Cholera.

IV.

1. Weiterer Verlauf der Epidemie in Südfrankreich.

Es ist bezeichnend für die französischen Verhältnisse, dass es nicht mehr gelingt, die Choleratodesfälle in Toulon und Marseille, den beiden Heerden der Seuche, Tag für Tag festzustellen, so verschieden sind die Mittheilungen, und zwar nicht am wenigsten um deswillen, weil die einzelnen Berichterstatter ganz willkürlich nach verschiedenen Stunden rechnen. Wir müssen, der G. hebdomadaire demnach darin beistimmend, erst sicherere Zahlen abwarten, ehe wir die Uebersicht fortsetzen. Der allgemeine Eindruck, den die letzten Nachrichten hervorrufen, lässt sich dahin präcisiren, dass die Seuche stationär geblieben ist, insofern vor Allem, als eine epidemische Verbreitung von Toulon und Marseille aus in die Provence bisher nicht stattfand. Nach den verschiedensten Orten Aix, Nisme, Grenoble, Auteuil etc. ist sie durch Flüchtlinge verschleppt worden, nirgendwo hat sie bisher festen Fuss gefasst. Nur die erheblichen zahlreicheren Fälle in Arles erregen entschieden Verdacht.

Prof. Drasche in Wien stellt so auf Grund des bisherigen Verlaufs der Epidemie in der letzten Nummer der W. Med. W. bezüglich weiterer Eventualitäten eine günstige Prognose.

„Eine unmittelbare Gefahr, sagt er, droht jetzt den Frankreichs Grenzen näher oder entfernter gelegenen Ländern weit weniger, als vor Wochen, wo das vermeintlich plötzliche Erscheinen der Seuche aus Toulon gemeldet wurde. Die Cholera schreitet selbst auf dem von ihr bereits occupirten Gebiete, von der drückenden Sommerschwüle so sehr begünstigt, eigentlich gar nicht oder doch nur äusserst beschränkt und langsam vor. Vielleicht bekundet sie auch diesmal, wie überhaupt in den letzten Decennien, ihre entschiedene Neigung, localisirt zu bleiben.

In den italienischen Einbruchs- und Quarantainestationen: Chiasso, Bardonnèche und Ventimiglia, wo Tausende von Flüchtlingen aus Toulon und Marseille, selbst mit der wirklichen Cholera Behaftete, unter den nicht gerade günstigsten sanitären Verhältnissen internirt gehalten werden, greift die Seuche doch nicht um sich. Bei der einheimischen Bevölkerung von Saluzzo (Piemont) hat sich trotz dreier eingeschleppter Cholerafälle bis jetzt noch keine verdächtige Erkrankung gezeigt. Die Schweiz und Südtirol, welche doch ebenfalls zahlreichen Zuzug aus dem verseuchten Gebiete Frankreichs erhielten, erfreuen sich gegenwärtig noch des besten Gesundheitszustandes. Längs der Verkehrslinien Toulons und Marseilles zur See sind wohl auf den Schiffen, aber keineswegs an den auswärtigen Landungsplätzen vereinzelte Cholerafälle vorgekommen.

Demungeachtet ist es natürlich nicht ausgeschlossen, dass die Epidemie, wenn auch nur langsam fortkriechend, weiter nach Norden zieht und sich auch seitwärts verbreitet. Die drei Todesfälle in Paris, die man als Cholera nostras bezeichnet, geben zu denken. Möge man nur um Alles in der Welt in Frankreich endlich das Vertuschungs-System aufgeben. Durch Aufrichtigkeit allein bekämpft man wirksam die von der Furcht erzeugten Gespenster.

2. Die allgemeine Verfügung des preussischen Cultusministers.

Die lang erwartete Verfügung ist endlich erschienen, und wollen wir nur hoffen, dass auch die weiteren Anträge und Vorlagen der Cholera-Commission in gleicher Weise realisirt werden. Dieselbe hat bekanntlich noch zwei Entwürfe festgestellt. Der eine beschäftigt sich mit einer öffentlichen Belehrung des Volkes, während der andere den Plan angiebt, durch dessen Befolgung, falls die Cholera bei uns erscheint, die Beobachtungen der Aerzte am besten zur Erforschung des Wesens der Epidemie und der Art ihrer Verbreitung beizutragen vermögen. Die Aerzte baldmöglichst mit diesem Plane bekannt zu machen, ist gewiss sehr nothwendig, während es Sache der medicinischen Publicistik sein wird, den jedenfalls kurzen, bestimmt formulirten Sätzen der „Belehrung“ durch weitere Ausführungen ein grösseres Verständniss zu sichern.

Die allgemeine Verfügung der preussischen Regierung, der zweifellos entsprechende in den anderen deutschen Bundesstaaten folgen werden, wird, soweit sie allgemeine sanitäre Maassregeln bedingt, keinen Widerspruch finden.

Mehr als bei früheren Gelegenheiten, wird aber, wie wir schon in der vor. No. andeuteten, die Nothwendigkeit der Isolirung der ersten Fälle hervorgehoben, eventuell dadurch, dass alle übrigen Bewohner des betreffenden Hauses evacuirt werden. Für diese Eventualität, beziehungsweise für genügende Transportmittel rechtzeitig Sorge zu tragen, wird eine der vornehmsten Aufgaben der Staats- und Communal-Behörden sein.

Die Instruction für Vornahme der Desinfection weist auf drei Mittel hin, die fünfprocentige Carbolsäure, den heissen Wasserdampf und das Austrocknen sowohl einer Anzahl von Gegenständen, bei denen eine anderweitige, genügende Desinfection nicht ausführbar ist, als besonders der Wohnungen selbst.

Bei dieser letzteren Desinfectionsmethode müssen wir allerdings etwas verweilen, beruht sie doch auf Beobachtungen und Erwägungen, die Koch schliesslich zu einem Resultate geführt haben, welches, neben der Entdeckung selbst, zweiffellos der wichtigste Erwerb ist, den er aus Aegypten und Indien zurückgebracht hat, aber der Natur der Seuche nach auch der, welcher die meisten Angriffe erlitten hat.

Gewiss musste die Thatsache selbst, dass der Cholera-Bacillus keine Dauerformen besitzt, sondern durch Eintrocknen schnell zu Grunde geht, dahin führen, ihr im Kampfe gegen die Krankheit Rechnung zu tragen, aber gewiss wäre es nicht zulässig gewesen, auf sie allein den Vorschlag bestimmter Maassregeln zu gründen. Es kam aber hinzu, dass die bei dem Bacillus gefundene Eigenschaft durchaus vielfältigen, von ihm ganz unabhängigen Beobachtungen entsprach. So wissen wir ja längst, dass die Cholera in der Wüste erlischt, ebenso auf Schiffen, falls die Keime nicht durch wirksame Uebertragungen von Individuen auf Individuen immer von Neuem erzeugt werden. Wir wissen, dass die Cholera im Gegensatz z. B. zu Pocken und Milzbrand niemals durch Lumpen und Hadern, die aus verseuchten Gegenden herrührten, sich weiter verbreitet hat. Auch bezüglich der Verschleppung des Choleragiftes ist freilich der Luftstrom von jeher in Anspruch genommen worden und wird es noch heute, aber die Entfernungen, in denen diese Art der Verschleppung möglich sein sollte, sind von Epidemie zu Epidemie geringer geworden, und Anschauungen wie sie (siehe unten) bei Léon Colin noch jetzt vorkommen, sind Ausnahmen. Im Gegentheil, wie ganz anders ist die Art und Weise der Ansteckung durch die Cholera als z. B. durch Masern und Scharlach, bei denen die Uebertragung durch die Luft keinem Zweifel unterliegt. Wäre die Luft bei der Cholera in der That das Vehikel, durch welches das Krankheitsgift von Individuum zu Individuum getragen wird, ein wie viel grösserer Procentsatz der Aerzte müsste inficirt werden als es der Fall ist, und, um noch eins zu erwähnen, hätte denn nicht ein Cholerakranker, der wie früher ganz gewöhnlich, in einen Saal unter andere Kranke gelegt wurde, ein Ansteckungsheerd für alle Mit-Einsassen ganz nothwendig werden müssen? Den Unterschied zwischen der Cholera und andererseits Masern, Scharlach und Pocken bezüglich der Contagiosität giebt auch Biermer, auf dessen sonstige Ausführungen wir später noch eingehen werden, unbedingt zu, behauptet aber trotzdem, dass die Luft in den Häusern den Ansteckungskeim verbreite, ja sogar ein Gassengift der Cholera ist ihm wahrscheinlich. Es sei „anerkannt gefährlich Hemden, Bettleinwand, Wäsche, sobald sie durch vertrocknete Cholera-injectionen beschmutzt seien, zu sortiren und zu waschen. Das Choleragift in zerstäubtem Zustande mit der Luft eingeathmet, erzeuge die Cholera, wenn auch nicht zu leugnen sei, dass durch Wasser grosse Infectionen verursacht würden.“ Man sieht, Biermer's Choleragift ist recht reich an den verschiedenartigsten und zum Theil widersprechendsten Eigenschaften! Aber fast alle diese Angaben sind doch rein hypothetischer Natur. Man kann sich den Ursprung irgend eines Falles, irgend einer Epidemie nicht erklären, und flugs erhält das Gift eine neue Qualität.

Wir wollen nicht leugnen, dass auch heute die Anschauung von der Verbreitung der Cholera durch die Luft sowohl bei Laien wie auch bei Aerzten noch vielfach eine sehr populäre ist. Aber man vergesse

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

doch nicht, dass diese Anschauung sich stets darauf stützte, ein anderer Weg der Uebertragung sei in den betreffenden Fällen nicht möglich gewesen. Da wir aber jetzt die Verbreitung durch den Bacillus kennen gelernt haben, sowie dass derselbe nicht nur im Trinkwasser, sondern durch Nahrungsmittel überhaupt, ja dass er durch einen nur minimal verunreinigten Finger in den Mund gebracht werden kann, um von da aus in die Verdauungswege einzuwandern, so ist die Hypothese der Uebertragung durch die Luft nicht mehr nothwendig. Da ferner die Uebertragung durch die Luft nur möglich wäre, wenn der Bacillus trotz Eintrocknens lebensfähig bliebe oder entsprechende Dauerformen erzeugte, beides aber nicht zutrifft, andererseits aber viele Thatsachen, die gesammelt sind, lange bevor man den Bacillus kannte, dafür sprechen, dass Trockenheit der Cholera feindlich ist, so ist die oben genannte Hypothese nicht nur überflüssig sondern unhaltbar. Man möge nur ein Mal retrospectiv die Fälle darauf hin jetzt genau prüfen, ob die früher vorhandenen Schwierigkeiten, welche die Verbreitung durch die Luft als letztes Auskunftsmittel hinstellen liessen, in der That unlösbar sind, seit man den Bacillus kennt und weiss, dass es nur seiner Einführung in den Verdauungskanal bedarf, um den Cholera-process zu erzeugen. Ist dem aber so, und wir zweifeln nicht, dass veraussetzungslose Forschung und Beobachtung Koch hier ebenso Recht geben werden wie bei dem Tuberkel-Bacillus, so ist seine Entdeckung, dass das Eintrocknen den Cholera-Bacillus tödtet, eine solche ersten Ranges nicht nur in wissenschaftlicher, sondern auch in wirthschaftlicher Beziehung. Sie wird bei jeder Cholera-Epidemie Millionen ersparen, die man sonst für unnütze Desinfectionsmittel vergeudete, besonders um ganze Zimmer wieder zu „saniren“.

3. Koch in Marseille.

Den irrigen Darstellungen gegenüber, welche über R. Koch's Aeusserungen in Toulon und Marseille durch die französiche Presse verbreitet wurde, kann folgender Artikel des „Petit Provençal“ vom 13. ds. als eine annähernd richtige Wiedergabe dessen gelten, was Dr. Koch in der zu Marseille abgehaltenen ärztlichen Versammlung gesagt hat. Wir drucken das Document aber nicht nur aus diesem Grunde ab, sondern auch um deswillen, weil es ein sehr klares, wenn auch nicht vollständiges Bild, der Ansichten Koch's über die Mittel zur Verhütnng und Bekämpfung der Cholera enthält. Der Artikel lautet in der Uebersetzung wie folgt:

Herr Rietsch, Professor an der medicinischen Lehranstalt in Marseille, der die von Herrn Koch in der Versammlung der Aerzte im Hospital des Pharo gemachten Aeusserungen ins Französische übersetzte, hat uns eine zusammenhängende Darstellung dieser Conferenz mitgetheilt. Die Cholera wird durch Mikroben verursacht, die sich im Darmkanal, und zwar nur im Darmkanal entwickeln. Damit jemand die Cholera bekomme, ist es nothwendig, dass solche Mikroben lebend in die Verdauungsorgane gelangen, indem sie den Magen passiren, dessen Säure ihnen schädlich ist; jede Magenstörung begünstigt deshalb die Cholera. In Marseille stehen die Aborte vielfach mit den Rinnsteinen in Verbindung und die Wirthschaftswässer münden in dieselben Gossen. Alles, was auf diese Weise aus einem Cholerahause kommt, verbreitet das Gift durch die Strassen bis in den Hafen. Die Abflüsse aus den Cloaken der Stadt verunreinigen durch ihr Einmünden in den Hafen diesen letztern gleichfalls. Die in diesem gefahrdrohenden Hafen beschäftigten Personen sind der Cholera besonders ausgesetzt. (Bis zum 12. Juli waren sieben in diesem Hafen liegende Schiffe von der Cholera ergriffen.) Auch die Dejectionen dieser neuen Fälle von Cholera-Erkrankungen müssen nachher denselben Weg zurücklegen. Durch diesen verhängnissvollen Kreislauf werden immer beträchtlichere Mengen von Einwohnern in Mitleidenschaft gezogen. Es ist nothwendig, einen Ring dieser Kette zu zerbrechen. Dieses könnte z. B. dadurch geschehen, dass alle unreinen Wasser auf eine grosse Entfernung ins Meer übergeleitet werden. Da dies eine längere Zeit zur Ausführung beansprucht und jetzt nicht möglich ist, so müssen alle Aborte geschlossen und dieselben so zugemauert werden, dass sie weder mit den Rinnsteinen der Strassen, noch mit den in das Innere des Hafens sich ergiessenden Sielen irgendwelche Verbindung haben. Wenn auch diese letztere Maassnahme in dieser Allgemeinheit unmöglich erscheinen sollte, müsste man sie zum wenigsten in jedem Hause zur Ausführung bringen, in welchem die Cholera ausgebrochen ist. Die Fäcalmassen müssen zu Schiff mehrere Kilometer von der Küste entfernt abgeführt werden; indess könnten die Poudrette-Fabriken in ihrer Thätigkeit fortfahren, müssten sich aber eine sehr strenge Beaufsichtigung ihres Personals angelegen sein lassen. Wenn die Cholera dort ausbräche, so würde das zu dem Schlusse berechtigen, dass die bei der Herstellung der Poudrette angewandte Fabrikationsweise nicht genügt, die Mikroben zu tödten, und es bliebe alsdann nichts übrig, als diese Etablissements sofort zu schliessen. Die in der beschriebenen Weise geschlossenen Aborte brauchen dann nicht weiter desinficirt zu werden; höchstens mit Eisenvitriol, um den Geruch zu vernichten. Herr Koch denkt, dass der Cholerabacillus unter diesen Bedingungen aus Mangel an Sauerstoff abstirbt und durch die Fäulniss getödtet werde. Da Trockenheit den Cholerabacillus mit Sicherheit tödtet, erscheint es wichtig, in den Rinnsteinen kein Wasser mehr laufen zu lassen. Der Hafen muss von jetzt an als ein sehr gefährlicher Ansteckungsheerd angesehen werden. Man soll sich nicht in demselben baden, selbst die Hände, die mit solchem Wasser benetzt gewesen sind, können Mikroben zurückhalten und auf die berührten Nahrungsmittel übertragen, und von da bis zu den Eingeweiden ist nicht mehr weit. Man kann sich versichert halten, dass viele vorgekommenen Erkrankungsfälle keine andern Ursachen haben. Die ganze Stadt müsste in sehr kleine, nur fünf bis sechs Häuser umfassende Bezirke eingetheilt werden, über welche in jedem ein Inspector gesetzt werden müsste, der sie zweimal täglich sorgfältigst besichtigte. Die Pflichten dieser Inspectoren, welche aus dem Gemeinwohl sich hingebenden Personen, hauptsächlich aus der Zahl der Aerzte und der mit einigen hygienischen Kenntnissen versehenen Leuten auszuwählen wären, würden folgende sein: die Schmutzwasser-Auslässe der Häuser nach den Rinnsteinen zu schliessen in der oben erwähnten Weise; wenn diese Maassregel nicht allgemein eingeführt wird, sich persönlich mit allen Bewohnern in Verbindung zu setzen und über den Gesundheitszustand der Häuser zu wachen, den von der Krankheit Befallenen die ersten Hülfeleistungen angedeihen zu lassen und dafür zu sorgen, dass folgende Verhaltungsmaassregeln aufs strengste ausgeführt werden: Die Stühle und das Erbrochene der Cholerakranken sollen in Gefässen aufgefangen werden, die eine fünfprocentige Lösung von Carbolsäure enthalten, in welcher man sie 24 Stunden lässt, ehe man sie wegschafft. Auch kann man dieselben auf trockene Leintücher auffangen, die man dann an der Luft ausröstet. Ein Trocknungsprocess von sechs Tagen reicht hin, um sie unschädlich zu machen. Ebenso kann man alles, was mit diesen Dejectionen in Berührung gekommen ist, verbrennen oder in der angegebenen Weise trocknen. Endlich können alle diese Substanzen und auch die Fäcalien selbst noch durch heissen Wasserdampf unschädlich gemacht werden, was in einem geschlossenen Apparat zu geschehen hätte, aus dem der Wasserdampf mit einer Temperatur von 100° C. ausströmt. Alle Hausbewohner, welche zur Pflege des Kranken nicht nothwendig sind, müssten anderwärts untergebracht werden. Wenn der Cholerakranke selbst das Haus verlassen hat, durch Transport nach dem Hospital, oder durch Heilung oder auf eine andere Weise, soll man die ganze Wohnung räumen. Man breitet die Leinwand und alle Dinge, die mit dem Cholerakranken oder seinen Dejectionen in Berührung gewesen, gut aus, öffnet die Thüren und Fenster, um der Luft überall in reichlichem Maasse Zutritt zu gestatten, und belässt dasselbe während sechs Tagen in diesem Zustande. Nachher kann man die Wohnung wieder benutzen. Ausserdem müssen wir allem, was wir essen und trinken, die grösste Aufmerksamkeit schenken. Alles, was gekocht ist, kann keine Mikroben enthalten, weil dieselben bei hundert Grad Celsius sterben. Auch darf man nur Wasser trinken, das gekocht worden ist. Des weitern darf man nicht ausser Acht lassen, dass Gläser, Schüsseln und Küchengeschirre gleichfalls die Ansteckung der Cholera vermitteln können, wenn man sie in verunreinigtem Wasser spült. Uebrigens können wir uns schützen, wenn wir dafür Sorge tragen, dass solche Gefässe vor dem Gebrauch mehrere Stunden trocken waren. Besser wäre es noch, nur gekochtes Wasser zum Spülen zu verwenden. Wahrscheinlich enthält das Bier keine Mikroben; immerhin kann auch hier eine Ansteckung stattfinden, wenn das zum Waschen der Gläser benutzte Wasser unrein war. Häufig ist auch die Milch ein Mittel zur Verbreitung, und man sollte nicht zögern, die in dieser Hinsicht verdächtigen Molkereien zu schliessen. Vor allen Dingen sind die Wirthschaftswasser und die Waschwasser verdächtig, welche zum Reinigen vorher nicht völlig getrockneter Wäsche benutzt worden sind. Diejenigen, welche mit den Cholerakranken in Berührung kommen, vor allen Dingen die Aerzte, müssen sich häufig, besonders aber vor dem Einnehmen der Mahlzeiten, mit nicht verunreinigtem Wasser, besser noch mit einer Sublimatauflösung (von 1:1000) waschen. Herr Koch sagt, dass er nie andere Vorsichtsmaassregeln in Aegypten, Indien und Toulon eingehalten habe, als diese Sublimatwaschungen und die strengste Ueberwachung aller Nahrungsmittel, indem er sich alle versagte, die verdächtig sein könnten. Thatsächlich hat Herr Koch in Toulon kein anderes als Mineralwasser getrunken. Hinsichtlich der Behandlung wird für den Beginn der Krankheit das Opium angerathen, welches jedoch sofort wegzulassen ist, wenn ein Sinken der Kräfte eintritt. In letzterm Falle soll man nur noch erregende Mittel benutzen, von denen das Ammoniak eines der wirksamsten ist. Das Zinkchlorid hält Herr Koch als Desinfectionsmittel für wenig werth. Die in den Strassen brennenden Feuer haben keinen Nutzen, und das zu ihrer Unterhaltung nothwendige Geld könnte besser in anderer Weise verwandt werden. Endlich hält Herr Koch auch die auf den Bahnhöfen und an andern Stellen vorgenommene Desinfeetion der Reisenden und Wagen für völlig unzureichend. Nach seiner Ansicht hat ein solches Verfahren den Nachtheil, dass es ein trügerisches Gefühl der Sicherheit giebt und häufig die Veranlassung ist, andere wichtigere Vorsichtsmaassregeln ausser Acht zu lassen. Von diesem Gesichtspunkte aus wäre es besser, dieselben zu unterdrücken. Es liegt den städtischen Behörden, besonders unterstützt von dem ärztlichen Personal, ob, energische und schnelle Maassregeln zu ergreifen. Sind dieselben auch theuer, so handelt es sich doch um Tausende von Menschenleben; denn eine Verlängerung des gegenwärtigen Zustandes wäre der Ruin von Marseille und der Verlust seines Handels.

4. Léon Colin in der Sitzung der Pariser medicinischen Akademie am 15. Juli über die Cholera.

Es ist interessant, gerade Léon Colin über die Cholera zu hören, wohl zu unterscheiden von Colin d'Alfort, weil er zweifellos einer der hervorragendsten und aufrichtigsten Epidemiologen Frankreichs ist. Zuvörderst erörtert er das Verhältniss von Cholera nostras zu der Epidemie von Toulon. Selbstverständlich betont er die zwischen ihnen vorhandenen Differenzen sehr energisch. Unter gewissen noch nicht genügend bekannten Bedingungen könne Cholera nostras in einzelnen Fällen ähnliche functionelle Störungen und anatomische Veränderungen hervorrufen, wie die asiatische Cholera, dagegen erscheine sie im Gegensatze zu der letzteren regelmässig in jedem Sommer in der betreffenden Ortschaft, beschränke sich auf die Einwohner der letzteren und besitze vor allem keine Specifität. Sie übertrage sich niemals und sei vor allem ohne eine Incubationszeit, welche dem von asiatischer Cholera inficirten Individuum die Möglichkeit gebe, seine

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Affection nach aussen zu verschleppen. Bei Cholera nostras erkrankt man an Ort und Stelle oder gar nicht.

Alle Erscheinungen nun, welche bei der Epidemie in Toulon zu Tage traten, sprachen für asiatische Cholera, und diese Thatsache konnte nach Colin auch dadurch nicht erschüttert werden, wenn man wirklich constatirt hätte, dass zwischen Toulon und irgend einem inficirten Lande jede Communication ausgeschlossen war. Colin bestreitet dies, discutirt aber dabei die Frage selbst. Er behauptet, dass in der That die Cholera manchmal fern von ihrem Heerde in Asien entstanden sei. Die Pariser Epidemien der Jahre 1853 und 1873 seien aus secundären Heerden im Nord-Osten Europas eingeschleppt worden, wo von den Epidemien asiatischer Herkunft der Jahre 1849 und 1866 Keime zurückgeblieben seien, welche nach, ihrer Entwicklung günstigen Gegenden verschleppt, in diesen ihre frühere Virulenz wieder gewonnen hätten. Solche Perioden von Conservirung der Cholerakeime in verschiedenen Gegenden des nördlichen Europas seien aber stets von relativ kurzer Dauer gewesen, indem höchstens einige Jahre vergingen, bis neue durch sie veranlasste Cholerafälle auftraten. In Toulon sei aber die asiatische Cholera zum letzten Mal 1865 aufgetreten, und dass sie bei den bekannten sanitären Missständen dieser Stadt inzwischen nicht ausgebrochen sei, spreche entschieden gegen die Persistenz ihrer Keime während dieser neunzehn Jahre.

Colin weist natürlich die Ansicht von der ganz autochthonen Entstehung der Cholera zurück. Er meint, dass die, welche dies bezüglich Toulons behauptet, es gethan hätten, lediglich um zu beruhigen. Dies sei aber der schlechteste Weg dazu und gerade durch Offenheit erziele man, was man durch Unaufrichtigkeit verfehle.

Colin stellt bezüglich der zu erwartenden Intensität der Cholera, falls sie wirklich in Paris einbrechen sollte, eine günstige Prognose, gestützt auf die Erfahrungen während der Pariser Epidemie des Jahres 1873. Letztere verursachte 869 Todesfälle, d. h. im Verhältniss zur Einwohnerzahl fünfzig Mal weniger als die des Jahres 1832. Sie wich dem Typhus, der, statt, wie früher, vor ihr zu verschwinden, sie übertraf, da durch ihn während der ganzen Dauer der Cholera-Epidemie mehr Todesfälle verursacht wurden, als durch sie, welche fast allein die Krankenhäuser befiel und damit die Nothwendigkeit specieller Cholerahospitäler practisch demonstrirt habe.

Zum Schluss wendet sich Herr Colin gegen die von Koch ausgesprochene Ansicht von dem wohlthätigen Einfluss der Trockenheit während der Cholerazeiten.

Was zuvörderst atmosphärische Störungen speciell Stürme in ihrem Einfluss auf die Verbreitung der Cholera anlangt, so vermeidet Colin ein bestimmtes Urtheil. Theoretisch müsse man zugeben, dass letztere die Krankheitsursache von einem Ort zum andern tragen, jenen also reinigen, in diesen sie einschleppen könnten.(?) Bezüglich des Einflusses der Feuchtigkeit der Luft auf den Gang der Cholera-Epidemien citirt Colin Cazalas, der ganz besonders die Gefahr betone, welche durch die Ruhe und Trockenheit der Atmosphäre hervorgerufen werde, die gewissermaassen die Choleraconstitution erzeuge. Diese Ansicht, fährt Colin fort, entspreche im Allgemeinen den Thatsachen und widerspreche absolut der Meinung Koch's.

Er, Colin, gehöre überhaupt zu der geringen Zahl derjenigen, welche zögerten, abgesehen von der „peripherischen" Thätigkeit der Flüssigkeiten, das Trinkwasser für das Hauptagens der Cholera-Ansteckung zu erklären. Er weisst auf eine Reihe von Beobachtungen hin, welche allerdings dafür sprächen, fügt aber andere hinzu, mit denen die Trinkwassertheorie unvereinbar sei. So würden, wenn ein Individuum mit Cholera oder Choleradiarrhoe eine bisher gesunde Localität inficire, zuerst gewöhnlich die Personen betroffen, welche mit dem Kranken gelebt und ihn zuerst gepflegt hatten, ohne dass sie von dem durch die Ausleerungen des Kranken inficirten Wasser irgend Gebrauch gemacht hätten. Die Infection selbst verwirkliche sich vielmehr durch Brunnen- und Quellen ausserhalb der Wohnung und bedrohe die Einwohner des betreffenden städtischen Quartiers ebenso wie die Personen, welche sich mit dem Kranken in demselben Raum befanden, und die ihn umgebende Atmosphäre einathmeten. Und doch würden gerade letztere in neun von zehn Fällen inficirt (?) 2. Wenn ein Schiff, mit reinem Wasser versorgt, verdächtige Passagiere aus einem verdächtigen Ort aufnehme, und dann auf dem Schiffe eine Epidemie entstehe, könne man doch nicht das Trinkwasser anklagen. 3. Die Cholera folge keineswegs immer den grossen Flussläufen, sondern durchschneide sie oft fast im geraden Winkel. Die Immunität von Versailles, das dasselbe Trinkwasser nördlich der Seine consumire wie Paris, sei schlagend. 4. Bei Ausbruch der Cholera in einer auf dem Marsch befindlichen Armee sei es, im Gegensatz zum Typhus nothwendig, den Marsch sofort zu unterbrechen, während doch gerade diese Maassregel geeignet sei, die Infection der Flussläufe zu befördern. 6. Die Doktrin sei unvereinbar mit der Thatsache des gleichzeitigen Auftretens einer Epidemie in den von einander entferntesten Quartieren einer Stadt. Diese Art der Verbreitung lasse sich nur dadurch erklären, dass die Atmosphäre die Keime, deren eigentlicher Wohnsitz sie sei, weiter trage. Letztere drängten sich manchmal zu dichten Schwärmen zusammen und verursachten dann Epidemieen mit grosser Sterblichkeit oder sie seien durch weite Zwischenräume von einander getrennt, in welchem Falle ihnen eine nur beschränkte Zahl von Todesfällen entspreche. Die Fälle von Cholera-Infection durch Trinkwasser will Colin nicht gänzlich ausschliessen, sie seien aber so überaus selten, dass sie bei der Verbreitung der Cholera kaum in Betracht kämen. Die Verunreinigung des Wassers durch lediglich faulende Stoffe wie die Darmentleerungen einer von Krankheiten freien Bevölkerung hätten allein die Bedeutung, dass sie zu Cholera disponirten.

Wir haben diesen Ausführungen nur wenig hinzuzusetzen.

Die Frage von der längeren Latenz und Conservirung, dem Winterschlaf der Cholerakeime, haben wir schon mehrfach erörtert. Mehr als je muss sie jetzt nach dem Resultate der Koch'schen Untersuchungen verneinend beantwortet werden. In keinem der Fälle die Colin vorführt, ist die Möglichkeit ausgeschlossen, dass die Keime von anderen Cholera-Heerden in feuchten Medien und in infectionsfähigem Zustande eingeschleppt wurden.

Was Colin's Polemik gegen Koch anlangt, so ergiebt sich aus ihr, dass selbst er, der hervorragendste Epidemiologe Frankreichs, die Berichte des deutschen Forschers nicht kennt. Er würde sich sonst seinen Beweis, dass die Trinkwasserdoctrin unfähig sei, in Betreff der Choleraverbreitung alle Thatsachen zu erklären, erspart haben, diese Lücken sind eben durch Koch nunmehr wesentlich ausgefüllt. Herr Colin würde aber dann auch nicht der Atmosphäre nachgesagt haben, sie enthalte Keime in Schwärmen und vereinzelt, je nach dem, und versende sie wie die Heuschrecken selbst auf weite Entfernungen hin, um intensive oder milde Epidemieen zur verursachen. P. B.

XII. Oeffentliches Sanitätswesen.

Amtliches.

Preussen.

Durch Verfügung vom 19. Juli v. J. habe ich die Aufmerksamkeit der Sanitätsbehörden auf diejenigen vorbeugenden Maassnahmen gelenkt, welche im Falle einer Einschleppung der Cholera geeignet erscheinen, die grössere Verbreitung der Krankheit nach Möglichkeit zu verhüten. Auch habe ich in dem, an die betheiligten Herren Ober-Präsidenten gerichteten Schreiben vom 5. Juli 1883 besondere Anordnungen getroffen, um einer Einschleppung der Cholera im See-Schiffahrtsverkehr entgegen zu treten.

Das neuerliche Auftreten der Cholera in Frankreich veranlasst mich, die Befolgung dieser Vorschriften in Erinnerung zu bringen und in weiterer Ausführung derselben das Folgende zu bemerken:

Um im Falle einer weiteren Annäherung der Cholera an die deutsche Grenze einer Einschleppung derselben entgegen zu wirken, ist dem Eisenbahn-Grenzverkehr an denjenigen Orten besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden, wo ein erheblicherer Zutritt von Reisenden aus Frankreich stattfindet. Es werden Aerzte mit der Aufgabe zu betrauen sein, die Reisenden in den Eisenbahncoupés einer Besichtigung zu unterziehen und Personen, welche an der Cholera erkrankt oder der Erkrankung verdächtig sind, von der Weiterreise auszuschliessen. Die Reisenden zum Zwecke der ärztlichen Besichtigung in Einen Raum zu versammeln, ist nicht rathsam, zumal der Arzt neben der Auskunft des Zugpersonals bei der Besichtigung der Coupés von den Mitreisenden wichtige Aufschlüsse über etwaige, von ihnen wahrgenommene Krankheitserscheinungen zu erhalten in der Lage sein wird. Eintretenden Falls wird für die Aufnahme der Kranken in die, im Voraus für ihre Pflege zu bestimmenden Räume Vorsorge zu treffen und wegen Ausserdienststellung und Desinfection der Eisenbahn-Coupés das Erforderliche zu veranlassen sein. Ich erwarte baldige Vorschläge der betheiligten Behörden über die näheren, ihnen zweckmässig scheinenden Maassnahmen, insbesondere darüber, an welchen Orten bei thunlichster Rücksichtnahme auf die Eisenbahn-Verkehrsverhältnisse (Zollcontrolstationen?) die Ueberwachung des Fremdenverkehrs einzurichten sein wird.

Gleiche Vorkehrungen würden in anderen Grenzdistricten zu treffen sein, wenn sich daselbst die Gefahr einer Einschleppung der Cholera zeigen sollte, auch würde bei einem Auftreten der Cholera im Lande selbst die angeordnete Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Reisenden auf allen wichtigeren Knotenpunkten der Eisenbahnen in den bedrohten Bezirken zur Ausführung zu bringen sein, um einer weiteren Verschleppung der Krankheit vorzubeugen.

Besondere Maassnahmen zur Ueberwachung des Fluss-Schiffahrtverkehrs werden, wie ich annehme, vorerst nicht erforderlich sein. Nach den Erfahrungen, welche bei dem früheren Auftreten der Epidemie an der Ostgrenze hinsichtlich der Einschleppung der Cholera, insbesondere durch Flösser und die Bemannung der Flussfrachtschiffe gemacht worden sind, erwarte ich jedoch, dass nach Lage der gegebenen Verhältnisse die Sanitätsbehörden dieser Seite des Verkehrs ihre besondere Aufmerksamkeit zuwenden und nöthigenfalls die gebotenen Controlmaassregeln unverzüglich treffen werden.

Wenn in dieser Weise gegen die Einschleppung der Cholera Vorsorge zu treffen ist, so wird doch, wie ich bereits in meinem Erlasse vom 19. Juli

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

v. J. betont habe, das Hauptgewicht darauf zu legen sein, dass die gesundheitlichen Verhältnisse allerorts einer eingehenden Prüfung unterzogen und sanitäre Missstände beseitigt werden, welche erfahrungsgemäss der Entwickelung der Krankheit den Boden bereiten, und ohne welche die Cholera einen weit weniger gefährlichen Charakter anzunehmen pflegt.

Zugleich ist dem allgemeinen Gesundheitszustande der Bevölkerung besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden, um zu verhüten, dass durch gelegentliche, selbst an sich unerhebliche Erkrankungen namentlich der Verdauungsorgane individuelle Dispositionen für die Cholera hervorgerufen werden.

Schliesslich wird, wo es erforderlich sein sollte, Fürsorge dafür zu treffen sein, dass den etwa erkrankten Personen die nöthige ärztliche Behandlung und Pflege in geeigneter Weise sofort zu Theil werden kann.

Besonderer Nutzen für die erfolgreiche Durchführung dieser sanitären Maassnahmen darf nach den seitherigen, neuerdings wiederum bei Gelegenheit der Rheinüberschwemmung gemachten Erfahrungen aus der Thätigkeit von Sanitätscommissionen erwartet werden, wie sie behufs Verhütung und Beschränkung ansteckender Krankheiten durch das Regulativ vom 8. August 1835 (G.-S. S. 240) als Beirath und zur Unterstützung der Ortspolizeibehörden angeordnet sind.

Wo derartige Sanitätscommissionen noch nicht bestehen, ist daher mit der Bildung derselben unverzüglich vorzugehen, und zwar wird es sich empfehlen, die Errichtung derselben auch in Städten von weniger als 5000 Einwohnern und in ländlichen Bezirken insoweit durchzuführen, als es die Verhältnisse irgendwie gestatten.

Die Sanitätscommissionen sind auch da, wo die Gefahr eines Auftretens der Cholera nicht nahe gerückt erscheint, baldigst in Thätigkeit zu setzen, da sie vermöge ihrer Kenntniss der Verhältnisse im Stande sein werden, für die Aufdeckung und die rechtseitige Beseitigung gesundheitswidriger Zustände in den einzelnen Ortschaften besonders Erspriessliches zu leisten.

Soweit es angängig ist, würde es sich empfehlen, dass die königlichen Landräthe (Amtshauptmänner, Ober-Amtmänner) und Kreisphysiker an den wichtigeren Berathungen der Sanitätscommissionen ihres Bezirks persönlich Theil nehmen, auch sind diejenigen Gemeindebezirke der besonderen Aufmerksamkeit und Fürsorge dieser Beamten zu empfehlen, für welche auf die Bildung von Sanitätscommissionen hat verzichtet werden müssen.

Die Aufgaben der Sanitätsbehörden werden sich, je nach den örtlichen Verhältnissen, verschieden gestalten. Ich beschränke mich deshalb, auf folgende allgemeine Gesichtspunkte hinzuweisen:

1) Strassen und Plätze der Ortschaften sind von faulenden und fäulnissfähigen Substanzen rein zu halten, die Einleitung derartiger unreiner Flüssigkeiten aus Haushaltungen und gewerblichen Anlagen in Rinnsteine etc. ist thunlichst zu verhindern, und wo dies nicht in genügendem Maasse geschehen kann, sind die Entwässerungsanlagen häufig, womöglich durch Spülung mit Wasser zu reinigen.

Die Dungstätten auf den Höfen oder in der Nachbarschaft der Wohnungen in ländlichen Ortschaften sind derartig herzustellen und zu halten, dass eine Verunreinigung des Bodens und namentlich der etwa in der Nähe liegenden Brunnen verhütet wird.

Für die rasche Abführung der Schmutzwässer aus der Nähe der Häuser ist Sorge zu tragen und deren Einleitung in etwa vorhandene Senkgruben am Hause zu vermeiden.

Abtrittsgruben sind, so lange die Cholera nicht im Orte ist, häufig zu räumen, und es werden bei dieser Gelegenheit fehlerhaft angelegte, oder durchlässig gewordene Gruben ordnungsmässig herzustellen sein. Während der Herrschaft der Epidemie dagegen ist die Räumung, wenn thunlich, zu unterlassen.

Eine Desinfection von Abtrittsgruben und Bedürfnissanstalten ist der Regel nach und an den dem öffentlichen Verkehr zugänglichen Anlagen dieser Art (Eisenbahnstationen, Gasthäusern und dergl.) erforderlich, deren Benutzung durch Cholerakranke zu besorgen ist.

Wie bei den Abtrittsgruben ist auch die Räumung verunreinigter Wasserläufe (alter Gräben, Kanäle u. dergl.) zu bewirken, bevor die Gefahr der Cholera unmittelbar droht.

2) Wo Wasserleitungen bestehen, ist die Benutzung vorhandener Brunnen, welche das Wasser aus dem Untergrunde des Ortes erhalten, thunlichst auszuschliessen, und zwar sowohl, was die Entnahme von Trinkwasser als die von Haushaltungswasser betrifft.

Wo Brunnen benutzt werden müssen, ist zu prüfen, ob das Wasser in gesundheitsgefährlicher Weise verunreinigt ist, oder ob nach Beschaffenheit und Lage des Brunnens (Nachbarschaft von Jauchegruben, Abtritten etc.) eine Verunreinigung anzunehmen ist. Unreine oder verdächtige Brunnen sind zu schliessen.

3) Dem Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln ist besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden und eine Ueberwachung desselben nach Maassgabe des Reichsgesetzes vom 14. Mai 1879 mit möglichster Strenge auszuführen, um den Verkauf und das Feilhalten verdorbener oder sonst gesundheitsgefährlicher Nahrungs- und Genussmittel zu verhindern.

4) Bezüglich der Wohnungen ist auf Reinlichkeit im Allgemeinen und besonders auf eine ordnungsmässige Beseitigung der Abfälle hinzuwirken. Auch ist, soweit es polizeilich geschehen kann, einer Ueberfüllung der Räumlichkeiten entgegenzutreten.

Eingehender Controle sind namentlich zu unterwerfen Herbergen, Logir- und Kosthäuser, Massenquartiere der Arbeiter, die Wohnungen der ärmeren Bevölkerungsklassen, sowie diejenigen Räume, welche von den bei öffentlichen Arbeiten (Chaussee-, Eisenbahn- etc. Bauten) beschäftigten Arbeitern zum Wohnen benutzt werden.

Vorzugsweise Beachtung ist solchen Grundstücken und Wohnungen zuzuwenden, welche bei früheren Epidemien besonders stark und häufig von der Cholera heimgesucht worden sind.

Wohnungen, deren Benutzung eine ernste Gefahr für die Gesundheit mit sich bringt, sind, wenn die vorhandenen Mängel sich nicht abstellen lassen, zu schliessen.

5) Sollte die Cholera einen Verwaltungsbezirk unmittelbar bedrohen, so ist die Beachtung der Vorschriften des § 25 des Regulativs vom 8. August 1835, betreffend die Anmeldung von Cholera-Erkrankungsfällen, öffentlich in Erinnerung zu bringen.

Es ist zu erwägen, ob feststehende Messen und Märkte aufzuheben und Veranstaltungen, welche ein gefährliches Zusammenströmen von Menschen zur Folge haben, zu verbieten sind.

Es ist zu prüfen, ob die vorhandenen Krankenanstalten, sowie der Bestand an Aerzten den Bedürfnissen im Falle des Ausbruchs der Epidemie entsprechen, und das Erforderliche zu veranlassen.

Wegen Entsendung von Aerzten in unvermögende Bezirke für den Fall des Ausbruchs der Krankheit würde ich etwaigen Anträgen entgegensehen.

In grösseren Städten ist auf die Errichtung öffentlicher Desinfectionsanstalten, in welchen die Anwendung heisser Wasserdämpfe als Desinfectionsmittel erfolgen kann, hinzuwirken.

6) Falls die Cholera in Ihrem Verwaltungsbezirk ausbrechen sollte, werden die Berichte über Ausbruch und Verlauf der Krankheit in Gemässheit des Erlasses vom 25. April 1879 M. 2547 an mich zu erstatten sein.

Um der Verschleppung der Krankheit innerhalb des Bezirkes von Ort zu Ort thunlichst entgegenzutreten, ist zu verhindern, dass Schulkinder, welche ausserhalb des Schulorts wohnen, so lange in dem letzteren die Cholera herrscht, die Schule besuchen.

Desgleichen müssen Schulkinder, in deren Wohnort die Cholera herrscht, vom Besuch der Schule in einem noch cholerafreien Orte ausgeschlossen werden.

Erforderlichenfalls sind Schulen in den von der Cholera ergriffenen Orten zu schliessen.

Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die gleiche Vorsicht bei dem Confirmanden-Unterricht beobachtet wird.

7) In den von der Cholera ergriffenen Orten sind folgende Vorschriften zu beachten:

Die Ortspolizeibehörde hat auf Grund der eingegangenen Anmeldungen von Cholera-Erkrankungen und der Feststellungen über Cholera-Todesfälle neben den ihr sonst hierüber obliegenden Berichten Zusammenstellungen nach dem obenstehenden Schema fortdauernd anzufertigen.

Die ersten Cholerakranken sind entweder in ihren Wohnungen selbst zu isoliren, oder nach einer Krankenanstalt überzuführen.

Auf das letztere ist namentlich hinzuwirken bei Kranken, welche sich in ungünstigen häuslichen Verhältnissen befinden.

Unter Umständen kann es sich empfehlen, den Kranken in der Wohnung zu belassen und die Gesunden aus derselben fortzuschaffen. Zur Unterbringung der letzteren eignen sich am Besten disponible Gebäude auf frei und hoch gelegenen Plätzen, namentlich an solchen Stellen, von denen etwa bekannt ist, dass sie in früheren Epidemien von der Seuche verschont geblieben sind.

Für den Transport der Kranken sind dem öffentlichen Verkehr dienende Fuhrwerke (Droschken etc.) nicht zu benutzen. Hat eine solche Benutzung trotzdem stattgefunden, so ist das Gefährt vor weiterem Gebrauch zu desinficiren.

Leichen der an Cholera Gestorbenen sind thunlichst bald aus der Behausung zu entfernen, namentlich dann, wenn für die Aufstellung der Leiche ein gesonderter Raum nicht vorhanden ist.

Für Einrichtung von Leichenhäusern ist Sorge zu tragen, die Aus-

Schema.

Anzeige der Cholerafälle.

1. Ort.	2. Wohnung (Strasse, Hausnummer, Stockwerk).	3. Zahl der Bewohner des befall. Hauses.	4. Ob der Erkrankte zugereist, wann und woher?	5. Familien-Name	6. Geschlecht		7. Alter	8. Stand oder Gewerbe	9. Tag der Erkrankung.	10. Tag des Todes.	11. Bemerkungen.
				des Erkrankten							
					männlich.	weiblich.					

Anmerkungen:

Zu 8. Bei Kindern unter 14 Jahren ist Stand oder Gewerbe der Eltern, bei Personen, die gewöhnlich ausserhalb ihrer Wohnung arbeiten, auch der betreffende Aufenthaltsort, z. B. die Werkstatt, Fabrik, das Bergwerk etc., wo sie arbeiten, zu bemerken.

Zu 11. Hier sind womöglich Andeutungen über Beschaffenheit der Wohnung, der Aborte, des Trinkwassers, der Verkehrsverhältnisse etc. zu machen.

Von den früher Erkrankten sind gestorben	Tag des Todes	Namen der Verstorbenen:
	. . .	. . . .
	. . .	. . . .
	. . .	. . . .
	. . .	. . . . ,
		(Datum.) (Unterschrift.)
		. . . .

Generated on 2018-08-12 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

stellung der Leichen vor dem Begräbniss zu untersagen, das Leichengefolge möglichst zu beschränken und dessen Eintritt in die Sterbewohnung zu verbieten. Die Beerdigung ist unter Abkürzung der für gewöhnliche Zeiten vorgeschriebene Fristen thunlichst zu beschleunigen.

Für Ortschaften, welche keinen eigenen Begräbnissplatz besitzen, ist erforderlichenfalls ein solcher einzurichten.

Sollte sich im Laufe der Epidemie ein Mangel an ärztlicher Hülfe oder an Medicamenten fühlbar machen, so hat die Ortspolizeibehörde die erforderlichen Anträge zu stellen.

Die Sanitätscommissionen haben, auch während die Epidemie am Orte herrscht, ihre Thätigkeit behufs Ermittelung gesundheitswidriger örtlicher Verhältnisse fortzusetzen.

Sie haben sich persönlich in geeigneter Weise über den Gesundheitszustand der Bewohner in Kenntniss zu erhalten. In Häusern, wo Cholerafälle vorkommen, haben sie nach Maassgabe der anliegenden Instruction die erforderlichen Anordnungen und Belehrungen betreffs der Desinfection der Abgänge sowie der Umgebungen des Kranken oder Gestorbenen zu geben. Ganz besondere Aufmerksamkeit ist der Desinfection der Betten und der Leibwäsche des Kranken oder Gestorbenen zu widmen, wobei darauf hinzuweisen ist, dass geringwerthige Sachen am besten sofort zu verbrennen sind. In keinem Falle ist das Spülen von Gefässen und Wäsche, welche mit Cholerakranken in Berührung gekommen sind, an Brunnen oder sonstigen Wasserentnahmestellen zu gestatten.

Weder die Ausleerungen der Cholerakranken, noch irgend welche mit solchen Ausleerungen beschmutzte Gegenstände dürfen, abgesehen von dem Transport der letzteren nach Desinfectionsanstalten, aus dem Kranken- (Sterbe-) Raum vor erfolgter Desinfection entfernt werden.

Es ist dahin zu wirken, dass in den von Cholerakranken benutzten Räumen nicht gegessen oder getrunken wird.

Bei Ausführung dieser Maassregeln ist thunlichst Alles zu vermeiden, was Aufregung oder Beunruhigung in die Bevölkerung hineintragen könnte. Die Bevölkerung muss auf der einen Seite die Ueberzeugung gewinnen, dass die mit der Fürsorge für die öffentliche Gesundheit betrauten Behörden mit vollem Ernst und mit voller Hingebung ihre Pflicht thun, auf der anderen Seite aber wird sie sich auch der Erkenntniss nicht verschliessen dürfen, dass das, was die Behörden verlangen und anordnen, nichts anderes ist, als was unter allen Voraussetzungen den öffentlichen Gesundheitszustand zu heben und zu fördern geeignet ist, und dass ein Jeder, welcher sich der Mässigkeit und der Reinlichkeit an seinem Körper, wie in seiner Umgebung befleissigt und in Fällen der Erkrankung, insbesondere der Verdauungsorgane, baldigst ärztliche Hülfe in Anspruch nimmt, nicht allein für sich selbst am Besten sorgt, sondern auch die auf das allgemeine Wohl gerichteten Anstrengungen der Behörden am wirksamsten unterstützt.

Indem ich vertraue, dass die Sanitätsbehörden den zur Abwehr der Choleragefahr zu treffenden Maassnahmen ihre volle Aufmerksamkeit zuwenden und die Durchführung derselben auf das Strengste beobachten werden, bemerke ich, dass ich über alle beachtenswerthen, insbesondere auf eine Annäherung der Cholera hinweisenden Vorgänge umgehende, den Umständen nach telegraphische Berichterstattung erwarte.

Berlin, 14. Juli 1884.

von Gossler.

An sämmtliche königliche Regierungs-Präsidenten bezw. Regierungen und Landdrosteien, sowie an den königlichen Polizei-Präsidenten von Berlin.

Abschrift vorstehenden Erlasses theile ich Ew. etc. zur gefälligen Kenntnissnahme ganz ergebenst mit, indem ich bitte, dem Gegenstande auch Ihre besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

von Gossler.

An sämmtliche königliche Ober-Präsidenten.

Frankfurt a. M.

Der Stadtarzt Herr Dr. A. Spiess hat folgendes Circular an die Aerzte von Frankfurt a. M. erlassen:

Nachdem der Magistrat in seiner Sitzung vom 15. d. beschlossen hat, dass bei etwaiger Erkrankung an Cholera in hiesiger Stadt die betr. Kranken zunächst ausschliesslich in das städtische Krankenhaus und nicht in eines der anderen hiesigen Hospitäler verbracht werden sollen, beehre ich mich, Sie von diesem Beschluss hierdurch in Kenntniss zu setzen und erlaube mir noch folgende Bemerkungen hinzuzufügen:

1. In dem städtischen Krankenhause sind sowohl gemeinsame Säle, wie Einzelzimmer für besser situirte Kranke in dem neuen, bisher noch nicht benutzten Blatternhause zur Aufnahme Cholerakranker bereit und werden Sie dringend ersucht, überall da, wo eine vollkommene Isolirung eines Cholerakranken nicht mit Sicherheit durchführbar ist, oder wo dessen Verbleiben in der Wohnung für ihn oder seine Umgebung möglicherweise von Nachtheil sein könnte, eine Ueberführung desselben in das städtische Krankenhaus veranlassen zu wollen, wo Cholerakranke ohne weitere Einweisung auf ein ärztliches Attest hin Aufnahme finden.

2. Da zum Transport Cholerakranker in das städtische Krankenhaus Droschken nicht benutzt werden dürfen, so sind zunächst und solange die Cholera nur höchstens in ganz vereinzelten Fällen hier vorkommt, im Dr. Senkenberg'schen Bürger-Hospital Transportwagen des städtischen Krankenhauses aufgestellt, die nebst 2 Wärtern auf Ihre Requisition mit dem Vermerk: „Zum Transport eines Cholerakranken in das städtische Krankenhaus" Ihnen eintretenden Falles zur Verfügung stehen. Weitere Stellen, an denen Krankentransportwagen je nach Bedürfniss aufgestellt werden sollen, werden Ihnen s. Z. mitgetheilt werden.

3. Schliesslich erlaube ich mir die ergebene Anfrage, ob und in welcher Weise Sie eventuell bereit wären, die Behandlung Cholerakranker, sei es in dem städtischen Krankenhause, sei es in vielleicht später im Innern der Stadt zu errichtenden Krankenstationen zur Gewährung rascher ärztlicher Hülfe, zu übernehmen.

XIII. Kleinere Mittheilungen.

— Einem der verdientesten Veteranen der deutschen Chirurgie Med.-R. Uhde in Braunschweig ist durch Ernennung zum Geheimen Medicinalrath eine längst verdiente Auszeichnung zu Theil geworden.

— Universitäten. Tübingen. Der Prof. Dr. v. Reusch an der naturwissenschaftlichen und der Prof. Dr. v. Vierordt an der medicinischen Facultät der Universität Tübingen sind auf ihr Ansuchen in den Ruhestand versetzt und ist denselben je das Comthurkreuz 2. Cl. des Friedrichsordens verliehen worden.

— Die letzte Nummer der „Fortschritte der Medicin" brachte die Nachricht, der treffliche Kliniker an der Prager deutschen Universität, Professor Dr. Alfred Pribram sei gestorben. Wir freuen uns mittheilen zu dürfen, dass diese Nachricht eine irrthümliche ist und Professor Pribram sich des besten Wohlseins erfreut.

XIV. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg 18.—23. September 1884.

(Fortsetzung aus No. 29.)

Pädiatrie. I. Rhachitis. 1) „Allgemeine patholog. Anatomie und Pathogenese": Herr Dr. M. Kassowitz-Wien. 2) „Spec. patholog. Anatomie" (Reihenfolge der Erkrankung der Knochen, die Formveränderungen derselben und deren Ursachen, die Veränderungen anderer Organe): Herr Dr. Unruh-Dresden. 3) „Uebersicht des bisher vorliegenden chemischen Materials": Herr Prof. Drechsel-Leipzig. 4) „Allgemeines klinisches Bild, Diagnose und Prognose": Herr Prof. Heubner-Leipzig. 5) „Complicationen und innere Behandlung": Herr Prof. Bohn-Königsberg. 6) „Chirurgische und orthopädische Behandlung": Herr Dr. Sprengel-Dresden. II. Behandlung der Pleuritis, mit besonderer Rücksicht auf vorzunehmende operative Eingriffe. 1) Referent Herr Dr. Biedert-Hagenau. 2) Correferent Herr Prof. Pott-Halle. III. Angemeldete Vorträge. 1) „Ueber Scharlachnephritis": Herr Dr. Silbermann-Breslau. 2) „Ueber Therapie des Keuchhustens": Herr Prof. Thomas-Freiburg. 3) „Ueber den practischen Werth der Blutkörperchenzählungen": Herr Prof. Pott-Halle. 4) „Ueber Durchfallkrankheiten": Herr Dr. A. Baginsky-Berlin. 5) „Ueber Diphtheritis": Herr Dr. Steffen-Stettin.

Ophthalmologie. 1) Herr Prof. Dr. Alfred Graefe-Halle: „Enucleatio oder Exenteratio bulbi?" 2) Herr Prof. Dr. Hirschberg-Berlin: Thema vorbehalten. 3) Herr Prof. Dr. Magnus-Breslau: „Die moderne Blindenstatistik, ihre Leistungsfähigkeit und die Nothwendigkeit ihrer Reform." 4) Herr Sanitätsrath Dr. Dürr-Hannover: „Ueber die Entwickelung der Kurzsichtigkeit während der Schuljahre nebst Vorlegung einer darauf bezüglichen Arbeit und einer graphischen Darstellung der Refraction von Schülern des Lyceums II. in Hannover. 5) Herr Dr. Wilbrand-Hamburg: „Ueber Tabes-Amblyopie." 6) Herr Prof. Dr. Förster-Breslau schlägt zur Besprechung vor: a. „Aetiologie und Prophylaxe der Myopie." b. „Jequirity-Ophthalmie." c. Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum." d. „die epidemische Xerose aus Allgemeinerkrankung."

(Schluss folgt).

XV. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht dem Kreisphysikus Dr. Peter Julius Kribben zu Aachen und dem Director der Prov.-Irren-Anstalt Dr. Ludwig Hugo Ripping zu Düren, den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Mosler in Beelitz, Dr. Chaym in Rogaetz, Dr. Gutjahr in Voerde und Dr. Junkers in Hamm.

Verzogen sind: Die Aerzte: Stabsarzt Dr. Kunow von Metz nach Lyck, Dr. Gruber von Jaenischken nach Marggrabowa, Dr. Ruehl von Halle a. S. nach Gr. Lichterfelde, Dr. Hans Laehr von Berlin nach Zehlendorf, Dr. Bernhard von Zehlendorf nach Görlitz, Dr. Binner von Dahme nach Stettin, Hammel von Friedrichsberg nach Dahme, Dr. Elten von Gransee nach Kassel, Dr. Victor von Sorau als Schiffsarzt ins Ausland. Dr. Münnich von Quaritz nach Christianstadt, Dr. von Voigt von Guben nach St. Gilgenberg, Dr. Besser von Gr. Wanzleben nach Kemberg, Dr. Hülsmann von Rogaetz nach Würzburg, Dr. Weddige von Lipporg nach Wolbeck, Ass.-Arzt 1. Kl. Dr. Goerne von Düsseldorf nach Münster, Dr. Weddiger von Obernkirchen nach Hamburg.

Verstorben: Dr. Boxel in Sorau, Dr. Notarp in Wolbeck und Dr. Schroeder in Voerde.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Heydecke hat die Sartorius'sche Apotheke in Hamersleben, der Apotheker Sartorius die Levinsohn'sche Apotheke Hofapotheke in Küstrin, der Apotheker Fiermann die Geissler'sche Apotheke in Königsberg N.-M. und der Apotheker Keyser die Hornemann'sche Apotheke in Wilhelmshaven gekauft.

Vacant: Kreiswundarztstelle des Kreises Czarnikau.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag №. 31. 31. Juli 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Ueber Tuberkel-Bacillen im Ohre.

Von

Prof. Dr. Voltolini in Breslau.

In No. 2, 1884 dieser Zeitschrift habe ich eine „vorläufige Mittheilung" über diesen Gegenstand bekannt gemacht und damit in Aussicht gestellt, weitere Mittheilungen folgen zu lassen. Dies soll hiermit geschehen.

Zunächst muss ich bemerken, dass ich es in meiner „vorläufigen Mittheilung" verabsäumt hatte, anzuführen, dass vor mir über Tuberkel-Bacillen im Ohre, Dr. Eschle, jetzt in Hamburg, damals in Berlin, eine Mittheilung in dieser Zeitschrift (No. 30, 1883) veröffentlicht hatte.

Nachdem es feststeht, dass die Tuberkel-Bacillen für den tuberculösen Process charakteristisch sind und sich überall finden, wo Tuberculose vorliegt, möchte es nachgrade langweilig sein, ferner nachzuweisen, dass sich in verschiedenen Secreten und Excreten Tuberculöser jene Bacillen vorfinden und in dieser Beziehung ist es nicht meine Absicht, hier vorzuführen, dass ich bei so und soviel Tuberculösen auch Bacillen im Ohre gefunden habe. Aber die Sache hat noch eine andere Bedeutung.

„Die weit überwiegende Mehrzahl aller Fälle von Tuberculose nimmt ihren Anfang in den Respirationswegen und der Infectionsstoff macht sich zuerst in den Lungen oder in den Bronchialdrüsen bemerklich." (Koch in Berlin. klin. Wochenschr. No. 15, 1882.) Daraus geht mindestens hervor, dass die Tuberculose eine ganz besondere Beziehung zu den Respirationsorganen hat.

Nun ist es aber hinlänglich bekannt, dass häufig weder durch Percussion noch Auscultation die Tuberculose in den Lungen nachzuweisen ist. Dieser Satz hat wohl seit Skoda's Zeiten noch keine Veränderung erlitten. Skoda sagt Folgendes (Auscultation und Percussion 6. Aufl. S. 284 u. f.): „Die isolirten Tuberkel ändern für sich allein den Percussionsschall nicht im Geringsten, selbst wenn sie in sehr bedeutender Menge in der ganzen Lunge sich wie eingesäet befinden." — „Die schnell sich entwickelnden Tuberkeln keimen aber nicht zuerst in der Spitze der Lunge, sondern sind nicht selten in der ganzen Lunge oder in einem Lungenlappen gleichmässig vertheilt. Ich bemerke bei dieser Gelegenheit, dass für die acuten solitären Tuberkeln kein Complex von Symptomen charakteristisch ist, und dass diese Krankheitsform sich nie mit Bestimmtheit erkennen, sondern nur mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit vermuthen lässt." Ja, was nun noch schlimmer ist, Skoda sagt sogar: „Man sieht aus dieser Darstellung, dass für Excavationen häufig weder die Percussion noch die Auscultation ein sicheres Zeichen giebt." Zu Alle dem nehme man noch hinzu, dass gleichzeitig bei der Lungenaffection eine Stenose des Larynx in irgend einer Weise bestehen kann. Dann wird das Respirationsgeräusch (Stridor oder dgl.) im Larynx auf den Thorax fortgeleitet und man bleibt erst recht im Ungewissen darüber, wie es in den Lungen beschaffen ist. In No. 24, 1884 dieser Zeitschr. machte ich einen solchen Fall aus der Biermer'schen Klinik bekannt, wo die Diagnose zweifelhaft war, bis ich durch Untersuchung des Secretes in dem Larynx Bacillen nachwies und dadurch die Diagnose feststellte. („Tuberculose des Larynx bei einem fünfjährigen Kinde. Tuberkel-Bacillen".) Wir haben nunmehr also in zweifelhaften Fällen ein sicheres Diagnosticum in den Bacillen — wenn wir solche nachweisen können. Bei Excavationen in den Lungen Erwachsener wird es wohl sicher sein, dass wir im Sputum Bacillen finden, aber wie steht es bei solitären Tuberkeln und wie bei Kindern, bei denen wir wohl niemals das Sputum untersuchen können, weil diese es hinabschlucken? In solchen Fällen wird es von grosser Wichtigkeit sein, wenn wir in anderen Secreten und Excreten des menschlichen Körpers Tuberkel-Bacillen nachweisen z. B. in den Darmentleerungen oder im Ohre.

Ich habe schon seit langen Jahren meine Zuhörer in den Vorlesungen auf den Zusammenhang von Ohrenfluss und Lungentuberkulose aufmerksam gemacht und so viel ich mich erinnere dies auch schon schriftlich bekannt gegeben, weiss aber nicht mehr, in welchem Aufsatze. Ich hatte darauf aufmerksam gemacht, dass ein doppelter Fall eintreten kann: entweder kommt das Lungenleiden zuerst in die Erscheinung und ihm folgt die Otorrhoe oder umgekehrt zuerst manifestirt sich die Otorrhoe und ihm folgt das Lungenleiden. Früher musste man diese Erscheinung durch die Annahme von Buhl erklären, nehmlich, dass von einem Eiterheerde aus eine Infection des übrigen Körpers erfolgen könne; heutzutage nach Entdeckung der Bacillen liegt die Sache anders.

Ich werde nun durch einige prägnante Fälle das Gesagte näher bestätigen und erläutern.

1. Der Brauer Elberling, 33 Jahre alt, aus gesunder Familie stammend, dessen Eltern noch leben und dessen Geschwister ebenfalls gesund sind, versah bis vor Kurzem seinen Beruf und war scheinbar gesund, nur dass er seit Jahren etwas Husten hatte, welcher aber nicht weiter beachtet wurde. Im October 1883 bekam er ohne alle Veranlassung plötzlich Ohrenfluss auf der linken Seite: nach Auftreten desselben wurde der Husten auch ärger und im Januar 1884 bekam er eines Tages Bluthusten, so dass er einen Tassenkopf voll Blut auswarf. Studios. medic. Carl Schreiber, welcher bei den Eltern des Patienten wohnte, führte mir denselben zu. Die Untersuchung ergab Infiltration der Lunge und Tuberculose des Larynx: Heiserkeit, fast Stimmlosigkeit, Verschwellung des Larynx, namentlich der hinteren Wand und der Giesskannenknorpel, grosse Schmerzhaftigkeit beim Schlingen. Auf dem linken Ohre profuse Otorrhoe mit Perforation des Trommelfelles. Die weitere Untersuchung ergab massenhaft Bacillen im Sputum, ebenfalls solche im Secret des Larynx, mit dem Schwamme herausgeholt und ebenso zahlreiche Bacillen im Eiter des Ohres. Der Kranke erlag seinem Leiden. Derselbe wurde mir zwar erst zugeführt, als ich im Larynx schon mit Sicherheit die Tuberculose diagnosticiren und nun auch gleich im Ohrenflusse Bacillen nachweisen konnte, es unterliegt aber keinem Zweifel, dass der Ohrenfluss schon bei seinem ersten Auftreten ein tuberculöser gewesen ist und man damals schon, wie hernach, würde Bacillen in demselben gefunden haben.

2. Carl Flessner, 4½ Jahre alt, von Herdain bei Breslau, aus ganz gesunder Familie, dessen Eltern noch leben und Geschwister völlig gesund sind, bekam vor Weihnachten 1883 die Masern mit allen seinen Geschwistern. Bis dahin war er ganz gesund gewesen und hatte sich mit seinen Geschwistern in der Landluft fleissig herumgetummelt. Nach Verlauf der Masern konnte er sich nicht erholen, war immer müde, timide, wollte mit den Geschwistern nicht mehr recht sich herumtummeln, sondern lieber in der Stube sitzen, hustete viel und bekam Ohrenfluss auf beiden Ohren. Anfangs hörte er noch so ziemlich, aber allmählich verlor sich das Gehör immermehr und endlich wurde der Knabe absolut taub, so dass man nur durch Zeichen sich ihm verständlich machen konnte. Es stellten sich profuse Diarrhöen mit Blut vermengt ein; der Husten dauerte immer fort, aber das Sputum schluckte das Kind beständig hinunter; die Abmagerung und Anämie nahm immer mehr zu. In diesem Zustande wurde das Kind am 4. Juni c. zu mir gebracht: in den Lungen kaum nachweisbare Zeichen der Infiltration, in den Ohren auf beiden Seiten die Trommelfelle zerstört, profuser Ohrenfluss, profuse Diarrhöen. Ein Sputum konnte ich, da eben das Kind keines auswarf, nicht untersuchen; in den Darmentleerungen suchte ich vergeblich nach Bacillen, wobei ich aber nicht behaupten will, es wären keine darin enthalten gewesen, ich habe sie nur nicht gefunden, weil ich blos eine einmalige Untersuchung vorgenommen hatte. Dagegen fand ich deutliche Tuberkel-Bacillen im Ohrenflusse, indem ich mit einem kleinen Schwamm die Paukenhöhle auswischte und den Eiter auf Deckgläschen brachte. Das Kind ging an Marasmus am 9. Juli c. zu Grunde und es wurde mir gestattet, wenigstens ein Schläfenbein aus der Leiche zu entnehmen; Eröffnung der Brusthöhle wurde nicht gestattet. Die Section und weitere Untersuchung unternahm ich unter Assistenz von Dr. Ziem aus Hamburg, welcher zu dieser Zeit mich gerade besuchte. Diese weitere Untersuchung des Schläfenbeins ergab Folgendes: Aeusserer Gehörgang voll Eiter, Auskleidung vom Knochen leicht ablösbar, Trommelfell total verschwunden resp. zerstört, ebenso Hammer und Ambos, auch die Sehne des Tensor tympani verschwunden; vom Steigbügel nur eine Spur vorhanden. Die ganze Labyrinthwand der Paukenhöhle durch Caries so zerstört, dass

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

man die einzelnen Gebilde kaum mehr erkennen kann, also keine Fenetra ovalis und rotunda, das Promontorium zerfressen; statt der Fenestra ovalis ein grosses Loch, worin man fast die Spitze des kleinen Fingers stecken kann: dieses Loch ist ausgefüllt von einem missfarbigen gallertigen Bindegewebspfropfen: die Schnecke noch leidlich erhalten, obwohl Spirale derselben zum Theil missfarben, verdickt und geröthet ist. Die Wände des Labyrinthes nach der Schädelhöhle zu, waren noch intact, auch hatte das Kind keinerlei Gehirnsymptome gezeigt, sondern war bis zum letzten Athemzuge bei Bewusstsein und hatte die Wange der Mutter gestreichelt. Die Tuba Eustachii bot nichts Abnormes dar, namentlich konnte ich nach dem Ostium pharyngeum zu keine tuberculöse Zerstörung der Schleimhaut nachweisen. Die Paukenhöhle und mastoidischen Zellen waren voll Eiter, aber eigentliche Tuberkeln waren nicht zu finden. In diesem Eiter nun, sowohl in dem der Paukenhöhle als in dem der mastoidischen Zellen fand ich massenhaft Tuberkel-Bacillen, ganze Nester bei einander liegend, so dass also an dem tuberculösen Processe im Ohre und daher wohl auch in den Lungen nicht zu zweifeln ist.

Dieser Fall bietet ein mehrfaches, hohes Interesse dar.

1. Zeigt er die Bedeutsamkeit der Masern für Entwickelung des tuberculösen Processes: ein gesundes Kind gesunder Eltern, in der Landluft aufgewachsen, erkrankt an den Masern und geht an der Tuberculose zu Grunde.

2. Der tuberculöse Process wird zuerst und sicher im Ohre diagnosticirt, so dass es keinem Zweifel unterliegt, dass auch die Lungen und der Darm von der Tuberculose ergriffen waren.

3. Noch niemals, so viel ich mich erinnere, habe ich absolute Taubheit nach Masern beobachtet, am allerwenigsten durch Caries resp. Tuberculose des Felsenbeins.

4. Da die Tuba Eustachii von dem tuberculösen Processe verschont war, so muss man annehmen, dass derselbe in die Paukenhöhle auf dem Wege der Blutbahnen gelangt ist.

Lebert, welcher eine sehr werthvolle Abhandlung in Virchow's Archiv (Band X) geliefert hat über den häufigen Zusammenhang von Gehirnabscessen mit Ohrenleiden, that den Ausspruch, dass man viel öfter Tuberculose des Schläfenbeins annehme, als sie in Wirklichkeit vorkomme. Nach dem heutigen Stande unseres Wissens wird sich der Satz wahrscheinlich umkehren lassen und so formulirt werden müssen, dass die Tuberculose hier noch öfter vorkommt, als man bisher annahm, da man, wie in unserem Falle, durch Auffinden des Tuberkel-Bacillus den directen Nachweis der Tuberculose liefern kann.

In Virchow's Archiv (Band XVIII, XXII, XXVII, XXXI etc.) habe ich eine grössere Reihe von Sectionsbefunden bei Schwerhörigen bekannt gemacht, die an den verschiedensten Krankheiten gestorben waren. Unter den Verstorbenen waren elf, welche an Tuberculosis pulmonum zu Grunde gegangen waren und unter diesen Elfen befanden sich acht Fälle von Ohrenfluss, Vereiterung resp. Caries der Paukenhöhle. Die Verwüstungen in der Paukenhöhle waren im Allgemeinen ebenso gross wie in dem oben mitgetheilten Falle bei dem Kinde.

Merkwürdiger Weise war in mehreren Fällen die Schnecke ebenso leidlich intact wie im obigen Falle, neben arger Zerstörung des übrigen Labyrinthes. Die Schneckenkapsel scheint somit der cariösen Zerstörung resp. der Tuberculose am meisten zu widerstehen. Ebenso war auch, wie im obigen Falle, einigemal die Tuba nicht vom tuberculösen Processe ergriffen, woraus zu schliessen, dass dieser Process nicht auf dem Wege der Contiguität sich nach den Lungen, oder vice versa, fortgepflanzt, sondern auf dem Wege der Blutbahnen sich im Ohre abgelagert hatte.

Ich habe eine grosse Anzahl Kranker, Erwachsener, kleiner und grösserer Kinder mit Ohrenfluss auf Bacillen untersucht und keine gefunden, dennoch ist ein Ohrenfluss für jeden Arzt eine beachtenswerthe Krankheit, bei die er immer den Allgemeinzustand des Patienten in Rechnung ziehen muss. Hat ein Patient ohne besondere Veranlassung einen Ohrenfluss bekommen und hustet er vielleicht schon längere Zeit — ein Husten, den man gar keiner Beachtung werth gehalten hat, so ist der Ohrenfluss verdächtig und man untersuche denselben auf Bacillen, die man — wie in den angeführten Fällen — nicht selten finden wird. In dieser Beziehung hat also der Ohrenfluss und die Tuberkel-Bacillen in demselben eine grosse diagnostische Bedeutung. Für die Behandlung und Prognose folgt aus dem Gesagten, dass wir solchen Patienten, bei denen wir also Bacillen im Ohre finden, sagen müssen: lassen Sie sich Ihr Brustleiden heilen, dann wird der Ohrenfluss von selbst heilen — eher aber nicht. Andererseits aber braucht deshalb ein Ohrenfluss bei einem Lungenschwindsüchtigen nicht immer ein tuberculöser zu sein und dann kann er geheilt werden. Dies wird eben der Fall sein, wenn wir keine Bacillen im Ausflusse finden und so ist denn in jeder Beziehung die Forschung nach Bacillen von Wichtigkeit.

II. Aus dem städtischen Krankenhause Moabit in Berlin.

Ueber Antipyrin.

Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin am 14. Juli 1884.

Von

Paul Guttmann,
ärztl. Director.

M. H. Es ist von Mitgliedern des Vereins in Anregung gebracht worden, dass die vorliegenden Erfahrungen über das Antipyrin wegen der practischen Bedeutung, welche dieses Alkaloid in der antifebrilen Therapie vielleicht gewinnen kann, hier zur Mittheilung gelangen. Diesem Wunsche entsprechend, der zugleich an mich persönlich gerichtet war, erlaube ich mir heute das Wort zu nehmen.

Es sind in den letzten Jahren verschiedene chemische Körper auf synthetischem Wege dargestellt worden, von welchen man mit einiger Wahrscheinlichkeit voraussetzen konnte, dass sie in geeigneten Mengen antifebril wirken würden, weil sie nämlich Derivate des Chinolins waren oder dem Chinolin wenigstens sehr nahe standen, also demjenigen Körper, der ja auch im Chinin sich findet, und zwar als hydrirter Chinolinkern. Zu diesen synthetisch dargestellten Substanzen gehört auch das Antipyrin. Seiner chemischen Constitution nach ist der wissenschaftliche Name für dasselbe, wie mir kürzlich Herr Dr. Knorr in Erlangen, der diesen Körper dargestellt hat, mittheilte, Dimethyloxychinicin.[1]) Dieser Körper, ein weissliches Pulver, mit leichtem Stich ins Gelbliche, ist in Wasser und Alkohol äusserst leicht löslich; es lösen sich in 3 gr. Wasser bei Erwärmung desselben 7 gr. Antipyrin und bei Erkaltung der Flüssigkeit fällt nur wenig und erst nach langer Zeit in Krystallen aus. Diese grosse Löslichkeit erleichtert nicht blos die innere Anwendung dieser Substanz, sondern ermöglicht auch die subcutane Injection, wenn die innerliche Anwendung in einzelnen Fällen nicht statthaben kann.

Das Antipyrin hat einen viel weniger bitteren Geschmack als das Chinin, und einen nur kurz dauernden Nachgeschmack. Es zeigt in wässriger Lösung (schon in einer 1procentigen) zwei schöne Reactionen: durch Eisenchlorid wird es tiefroth, durch salpetrige Säure blaugrün gefärbt.

Die antifebrile Wirkung dieses Körpers ist von Filehne nachgewiesen und mir alsbald (im Dec. 1883) zur Kenntniss gegeben worden, mit dem Ersuchen, sie an einer grösseren Krankenzahl zu prüfen. Die Ergebnisse dieser Versuche habe ich vor zwei Monaten im Anschluss an die unmittelbar vorher erschienene Mittheilung von Filehne veröffentlicht.[2]) Seit dieser Zeit habe ich die Versuche fortgesetzt, und meine Erfahrungen beziehen sich gegenwärtig auf 122 Versuche bei 60 Kranken.[3]) Bei einer grösseren Zahl derselben wurden die Versuche während eines längeren Krankheitsverlaufes mehrfach wiederholt. Inzwischen sind auch von verschiedenen anderen Seiten[4]) bereits Mittheilungen über die Wirkung dieses Körpers erfolgt, welche alle Angaben von Filehne und mir bestätigen. Ich kann daher in meinem heutigen Bericht mich auf das beschränken, was ich selbst beobachtet habe, und kann darauf verzichten, die gleichlautenden Angaben der späteren Beobachter besonders zu citiren.

Was zunächst die Krankheitsfälle betrifft, bei welchen ich das Antipyrin angewandt habe, so waren es 13 Fälle von Abdominal-Typhus, 12 von Phthisis pulmonum, 8 von Pneumonie, 5 von Morbilli, 4 von Intermittens tertiana, 4 von Variola, 3 von Scarlatina, 3 von Erysipelas faciei et capitis, 2 von Febris recurrens, 2 von Diphtherie, 1 von Meningitis exsudativa, 1 von Pleuritis, 1 von Phlegmone cruris, 1 von Phlegmone brachii. Alle diese Fälle waren hochfiebernde.

Die Versuche haben ergeben, und zwar ausnahmslos: dass das Antipyrin, in der Quantität von 4—5 gr., welche in 3 Dosen von je 2 gr. beziehungsweise 1 gr. in stündlichen Zwischenräumen gegeben werden, eine sehr starke, mindestens 5—6 Stunden, häufig 10 Stunden und noch länger dauernde Herabsetzung der Fiebertemperatur bewirkt. Die Dosirung von je 2 gr. in den ersten beiden Stunden und beim Beginn der dritten als dritte Dosis noch 1 gr., also im Ganzen 5 gr., ist als sehr zweckmässig befunden worden bei sehr hohen

[1]) Eine kurze Mittheilung hierüber findet sich in den Berichten der deutschen chemischen Gesellschaft, 1884, Jahrgang XVII, Heft 5, Seite 549.

[2]) Berliner klin. Wochenschrift 1884, No. 20.

[3]) Die Zahl der Versuche ist in der seit dem Vortrage verflossenen Zeit wieder gestiegen, da nunmehr das Antipyrin im Krankenhause täglich zur Anwendung gelangt, als Substituens für das Chinin.

[4]) Berliner klinische Wochenschrift 1884, No. 24, No. 27. Deutsche med. Wochenschrift, No. 24, 25, 26, Breslauer ärztliche Zeitschrift No. 11.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fiebertemperaturen, sie ist indessen nicht durchaus nothwendig. Auch eine einmalige sehr grosse Dosis von 3—4 gr. hat eine starke und langdauernde antipyretische Wirkung. Ebenso wirken Dosen von 1 gr., die aber mindestens 4—5 mal hintereinander stündlich gegeben werden müssen, stark und langdauernd antipyretisch. Oefters wiederholte Halbgramm-Dosen wirken nur schwach und unsicher. Bei Kindern reichen 0,5 gr. Dosen, mehrmals in stündlichen Zwischenräumen gegeben, aus, um ebenfalls starke antifebrile Wirkung zu erzielen, aber ebenso kann man ohne den geringsten Nachtheil auch 2 Dosen von je 1 gr. stündlich geben.

Was nun den Gang des Temperatur-Abfalles betrifft, wie man ihn bei einer Gesammtmenge von 4—5 gr. Antipyrin, auf 3 Dosen mit stündlichen Intervallen vertheilt, beobachtet, so ist er ein continuirlicher; schon innerhalb der ersten Stunde sieht man einen Abfall der Temperatur um mindestens 0,5° C., oft mehr. Dieser Abfall nimmt in der zweiten Stunde weiter zu und erreicht in der dritten bis vierten Stunde (nur in vereinzelten Fällen erst in der fünften Stunde) sein Maximum. Es beträgt dieses Maximum mindestens über $1\frac{1}{2}$ Grad, in den meisten Fällen über 2°, oft 3°, ja Sie werden in den Curven, die ich mir erlauben werde, circuliren zu lassen, selbst Temperatur-Abfälle von 4° und noch etwas darüber, sehen. Man kann also sehr hohe Fiebertemperaturen, beispielsweise von mehr als 40° C., mit Leichtigkeit auf 38° erniedrigen, ja öfter bis auf die Norm, und in einzelnen Fällen sogar unter die Norm bringen. Es ist nun selbstverständlich für therapeutische Zwecke nicht nothwendig, stets einen so tiefen Temperatur-Abfall zu erzeugen. Man kann also, wenn man die Temperatur nur um 1° bis $1\frac{1}{2}$° C. herabsetzen will, eine geringere Gesammtmenge von Antipyrin geben; mit einer Menge von 2 oder 3 gr. auf 2 Dosen vertheilt, reicht man dann aus.

Der durch das Antipyrin bewirkte Temperatur-Abfall bleibt nur kurze Zeit auf dem niedrigsten Niveau stehen, etwa eine Stunde, dann fängt die Temperatur an, mit der beginnenden Abschwächung der Wirkung des Mittels, langsam wieder anzusteigen, und zwar so langsam, dass meistens 4—5 Stunden vergehen, ehe eine nennenswerthe Fieber-Höhe wieder erreicht ist; noch viel länger aber dauert es, 10, 12 und selbst 18 Stunden, ehe die Temperatur bis zu demjenigen Niveau wieder angestiegen ist, welches vor Ordination des Antipyrin bestanden hatte. So kann man z. B. in hochfebrilen Fällen von Typhus und zwar selbst in der 1. und 2. Woche es beobachten, dass nach 4—5—6 gr. Antipyrin, welches in den ersten Nachmittagsstunden bei 40° C. gegeben worden ist, erst am nächsten Tage gegen die Mittagszeit hin dieselbe Temperaturhöhe wieder erreicht ist.

Die Antipyrinwirkung kennzeichnet sich also in einem continuirlichen, allmäligen Sinken und in einem, bei Nachlass der Wirkung, wieder sehr allmäligem Ansteigen der Temperatur. Dieser Gang der Temperatur ist, so verschieden man auch das Antipyrin dosiren mag, immer wieder derselbe, nur natürlich je nach den Grössen der Dosen verschieden in Bezug auf Grösse und Dauer der Temperaturerniedrigung. Ebenso tritt bei jeder erneuten Darreichung des Mittels während eines längeren hochfebrilen Krankheitsverlaufs immer die geschilderte Wirkung ein. Gleichzeitig mit der Temperatur sinkt, aber durchaus nicht proportional, die Pulsfrequenz; auch die Respirationsfrequenz, soweit sie von der hohen Fiebertemperatur abhängig war, nimmt etwas ab.

Während der ganzen Zeit der Antipyrinwirkung treten keine unangenehmen Nebenwirkungen des Mittels ein. Während des Temperatur-Abfalles erfolgt, wenn derselbe stark ist, fast stets starker Schweiss. Derselbe ist aber den Kranken niemals unangenehm. Hin und wieder beobachtet man, dass ein Theil des Antipyrin, namentlich wenn man es in Pulverform und in Oblate gehüllt gegeben hat, erbrochen wird; das Erbrechen fällt aber dem Kranken so leicht, dass es nicht als unangenehme Nebenwirkung in Betracht kommt. Auch das Wiederansteigen der Temperatur beim Nachlass der Wirkung des Antipyrins erfolgt ohne das geringste Unbehagen für den Kranken, ohne Frostgefühl. Es fehlt der Frost, weil die Temperatur nur sehr allmälig ansteigt. Frostgefühl ist ja bekanntlich immer der Ausdruck dafür, dass die Körpertemperatur plötzlich und sehr rasch in die Höhe geht. Dieses so unangenehme Frostgefühl war es auch wesentlich, welches dem so energisch aber nur so kurze Zeit antifebril wirkenden Kairin den Boden für die practische Anwendung entzog.

Auch in subcutaner Injection kann man das Antipyrin anwenden. Da es äusserst leicht löslich ist, und zwar so, dass in einer 1 gr. Flüssigkeit enthaltenden Pravaz'schen Spritze $^7/_{10}$ gr. Antipyrin gelöst sind, so genügen 1—2 Pravaz'sche Spritzen, wenigstens bei Kindern, um einen ziemlich beträchtlichen Temperaturabfall zu erzeugen. Ich habe 5 derartige Versuche angestellt, und reiche auch davon einige Curven herum.

Der Harn zeigt auch nach sehr grossen Dosen Antipyrin — in einem Falle wurden 9 gr. innerhalb 24 Stunden gegeben — keine Veränderung in seinem Aussehn.

Nach diesen kurz skizzirten Wirkungen des Antipyrin hat dasselbe ganz unzweifelhaft die Berechtigung als ein antifebriles Mittel in die Therapie eingeführt zu werden. Es frägt sich nur: kann dasselbe die Concurrenz mit dem Chinin ertragen? Bei der Beantwortung dieser Frage muss zunächst das Intermittens-Fieber ausgeschieden werden, denn gegen dieses wirkt bekanntlich nur Chinin, und zwar, nicht weil es antifebril, sondern weil es gegen das Wesen der Krankheit wirkt. Alle anderen antifebril wirkenden Mittel sind gegen das Wechselfieber unwirksam, sie können wohl die Temperaturhöhe im Anfall etwas erniedrigen, nicht aber das Eintreten des Anfalls verhindern. Dies gilt auch für das Antipyrin. Die einzige Wirkung, welche es beim Wechselfieber hat, besteht darin, dass wenn mehrere Stunden vor dem Anfalle eine grosse Dosis, 4—5 gr., auf einmal gegeben wird, die Temperatur in dem Fieberanfall eine geringere Höhe, etwa um einen Grad C. geringere, erreicht als in den vorhergegangenen und in den nachfolgenden durch keine Medication beeinflussten Anfällen. In sehr anschaulicher Weise zeigen dies die unter Ihnen circulirenden Curven von 2 Intermittens-Kranken, bei denen der gleiche Versuch 2 mal zu verschiedenen Zeiten des Krankheitsverlaufes mit dem gleichen Erfolge angestellt ist, bis dann nach beendeten Versuchen die Intermittens-Anfälle durch Chinin coupirt sind. Schalten wir also die Intermittens aus, so ist die Frage jetzt so zu stellen: wie verhält sich die Stärke der Wirkung des Antipyrin zu der Stärke der antifebrilen Wirkung des Chinin? Meine eigenen Erfahrungen haben mir gezeigt, dass eine sichere, starke antipyretische Wirkung beim Chinin erst in der Dosis von 2 gr. auf einmal oder in zwei rasch auf einander folgenden Dosen von je 1 gr. zu erwarten ist. Bei etwas geringeren Dosen ist die Wirkung schon schwächer, unsicher, sie kann sogar unter Umständen ganz ausbleiben, wie Sie dies in den circulirenden Curven bei 2 Versuchen von je $1\frac{1}{2}$ gr. Chinin sehen. Vielfache von mir vergleichend angestellte Versuche zeigen nun, dass 2 gr. Chinin auf einmal gegeben, eine etwa eben so starke und andauernde Wirkung haben als 4—5 gr. Antipyrin. Das Chinin hat aber, in grossen Dosen gereicht, öfters eine unangenehme Nebenwirkung, das Ohrensausen, den sogenannten Chininrausch, während das Antipyrin von Nebenwirkungen frei ist. Wenn somit das Antipyrin in einer doppelt so grossen Dosis als das Chinin eine ebenso starke und in jedem Falle absolut sichere antifebrile Wirkung hat, so wird die Beantwortung der Frage, ob es dem Chinin substituirt oder gar vorgezogen werden könnte, wesentlich von dem Preisverhältnisse dieser beiden Substanzen abhängen. Gegenwärtig beträgt der Preis für 1 kg. Antipyrin 120 Mk., für 1 kg. Chinin, (welches im Preise sehr wechselt, gegenwärtig niedrig ist) etwa 190 Mk. Wird es möglich sein, das Antipyrin noch viel wohlfeiler als bisher darzustellen[1]), dann habe ich die zuversichtliche Hoffnung, dass dieses Mittel eine sehr werthvolle Bereicherung unserer antifebrilen Therapie bilden wird.

Discussion.

Herr Tilmann: Auch in der zweiten medicinischen Klinik des Geh. Rath Professor Dr. Leyden wurden Versuche über die Brauchbarkeit und die Vorzüge des Antipyrins angestellt. Ich hatte, da ich gerade auf der Station als Unterarzt Dienste that, Gelegenheit, die Fälle selbst zu beobachten, und war Geh. Rath Leyden so gütig, mir das Material zur Bearbeitung zu überlassen. Es wurden im Ganzen 48 Pat. mit Antipyrin behandelt und zwar wurden ihnen im Ganzen 600 gr. verabreicht, wovon der grösste Theil durch die Fabrik Meister, Lucius und Brüning zur Verfügung gestellt war. Theils waren es einzelne Versuche, theils wurden die Kranken monatelang mit dem Mittel tractirt. Es wurde angewandt bei 8 Fällen von reiner Intermittens, 15 Phthisis pulmonum, 6 Pneumonia crouposa, 4 Typhus abdominalis, 3 Rheumatismus art. acutus, 2 Peritonitis, 1 Endocarditis ulcerosa, 3 Pleuritis, 2 Empyem., 1 Hirnabscess. Die Verabreichung erfolgte in Pulvern, in Solution und in subcutanen Injectionen. Letztere Versuche sind nicht sehr zahlreich, denn trotz der Erfolge, die Dr. Rank in Stuttgart mit subcutanen Injectionen erzielt haben will, kommen wir doch davon ab, denn sie verursachten doch in allen Fällen den Pat. ziemlich nachhaltige Schmerzen und war ja ferner die Darreichung per os ohne irgend welches Bedenken. Die Temperaturmessungen erfolgten stündlich in der Achselhöhle.

Was zunächst die Wirkung bei reiner Intermittens anbetrifft, so war sie bei allen Fällen fast völlig gleich. In Dosen von 4—6 gr. zu je 2.0 vermochte das Mittel, kurz nach Eintreten des Schüttelfrostes gegeben, denselben abzukürzen, die Temperatur erreicht nicht die Höhe der früheren Tage, und geht der Abfall der Temperatur bis zur Norm bedeutend rapider vor sich als sonst z. B. statt in 5 schon in 3 Stunden. Vor dem erwarteten Eintritt des

[1]) Nach einer mir kürzlich gewordenen Mittheilung der Herren Meister, Lucius und Brüning in Höchst a. M., welche das Antipyrin darstellen, wird später bei der Fabrication im Grossen der Preis bedeutend unter den jetzigen sinken, vielleicht noch unter 80 Mark für das kg.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Frostes verabreicht, vermochte es den Frost zu coupiren, derselbe trat nicht ein. In einzelnen Fällen war statt des Frostes nur eine geringe Steigerung der Temperatur bis zu 38,5 zu verzeichnen, die jedoch den Pat. nicht incommodirte. Durch längeres Fortsetzen der Kur war man so im Stande ein Aussetzen der Fröste zu erreichen, in keinem Falle ist es jedoch gelungen die Krankheit selbst zu heilen. Nach Aussetzen des Antipyrins kehrten auch die Fröste wieder, und musste hier das altbewährte Chinin eingreifen. Es erübrigt noch zu bemerken, dass in diesen Fällen das Antipyrin, das doch prophylaktisch bei normaler Temperatur gereicht wurde, in keinem Falle Temperaturerniedrigung bewirkte. In der fieberfreien Zeit verhält sich also der Intermittent dem Antipyrin gegenüber wie der gesunde Mensch, der auch auf Antipyrin nicht reagirt.

Werthvoller ist schon die Wirkung des Antipyrins auf den Fieberverlauf der Krankheiten, die mit intermittirenden Frösten einhergehen, da diese ja besonders unter andern noch dadurch charakterisirt sind, dass Chinin auf den Fieberverlauf wenig einwirkt. Ein Pat. mit Hirnabscess, der tägliche Schüttelfröste hatte, wurde ohne Erfolg mit Chinin. sulfur. und Arsen behandelt. Schon 3 gramm Antipyrin bewirkten Aussetzen der Fröste und gelang es, durch regelmässig gegebene Dosen ein Wiederauftreten des Fiebers zu verhindern. Auch bei einem Fall von Endocarditis ulcerosa gelang es, durch Dosen von Antipyrin bis zu 5,0 gr. auf mehrere Stunden vertheilt die Fröste zu coupiren. Als dann wieder ein Ansteigen der Temperatur erfolgte ohne Frost, wurde jedesmal 1 gr. Antipyrin verabreicht, wenn die Temperatur 38,0 überschritt. Jedes gr. bewirkte einen prompten Abfall um einige Zehntel Grade, und gelang es so, die Temperatur dauernd zwischen 37,0 und 38,0 zu halten.

Bei diesen beiden Pat. fiel es auf, dass sie bei der ersten Verabreichung so sehr stark auf geringe Dosen Antipyrin reagirten. Es wurden 3,0 auf 4 Stunden vertheilt in Einzeldosen von 1,0 gr. bei einer Anfangstemperatur von 37,2 gegeben. Die Temperatur sank stetig und langsam, bis sie 6 Stunden nach Verabreichung der ersten Dose 35,5 als Minimum erreicht hatte. Dabei fehlten jegliche sonstigen Collapserscheinungen. Der Puls war gut und kräftig. Schweiss gering. Sie stieg auch bald wieder langsam an und hatte 12 Stunden nachher die Morgentemperatur wieder erreicht. Es wurde überhaupt die Beobachtung gemacht, dass schwächliche oder durch langes Kranksein geschwächte Personen besonders auf die ersten Dosen Antipyrin aussergewöhnlich stark reagiren, mögen diese prophylaktisch bei normaler Temperatur gegeben werden oder in hohen Fieberzuständen. Es kommen dann leicht subnormale Temperaturen zu Stande, die aber im Allgemeinen nicht das Gepräge des Collapses an sich tragen. So erhielt ein Pat. mit Empyem, das mit continuirlich hohem Fieber einherging, bei einer Abendtemperatur von 39,5, 1+1+1 gr. Antipyrin auf 3 Stunden vertheilt. Die Temperatur sank continuirlich und betrug am andern Morgen, 12 Stunden nach der ersten Dose, noch 35,5, um dann wieder anzusteigen. Das Allgemeinbefinden war dabei kein schlechtes.

Aehnlich war die Wirkung bei den Phthisikern. Gleich der erste Phthisiker reagirte dermaassen, selbst auf kleine Dosen Antipyrin, dass überhaupt davon Abstand genommen wurde, das Mittel bei Schwindsucht in grösseren Dosen zu verabreichen. Bei ihm wurden Morgens bei normaler Temperatur 3,0 gr. Antipyrin verordnet, um die sonst regelmässig stattfindenden abendlichen hohen Fieber bis zu 40,0 zu unterdrücken. Die Temperatur sank sofort aber allmählich herab und erreichte 8 Stunden nach Verabreichung der ersten Dose als Minimum 34,1. Dabei brach der heftigste Schweiss aus, es fehlten aber alle sonstigen Collapserscheinungen, auch stieg die Temperatur allmählich wieder an. Bei einem andern Fall bewirkten 2,0 gr. bei dem ersten Versuch einen Abfall von 39,1—35,5 in 4 Stunden, also pro Stunde circa 1,0°. Hieraus geht hervor, dass man bei der ersten Verabreichung des Mittels an Phthisiker recht vorsichtig sein muss. Man muss mit kleinen Dosen anfangen, und dann allmählich steigen, es scheint dann ja eine Gewöhnung an das Mittel einzutreten. Denn in späteren Tagen der Verabreichung vermochten selbst 6,0 gr. nicht annähernd diese intensive Wirkung zu äussern. Im Allgemeinen wurden die Phthisen derart behandelt, entweder dass bei jedesmaligem Ansteigen der Temperatur über 38,0 1,0 gr. Antipyrin verabreicht wurde, oder es wurden Morgens prophylaktisch 1+1+1 gr. gegeben. Der Erfolg war, dass die Temperatur immer zwischen 37,0 und 38,0 gehalten wurde, resp. dass sie den ganzen Tag normal blieb. In allen Fällen erfolgte schon nach 1,0 Antipyrin ein promptes Abfallen der Temperatur, meistens um einige Zehntel Grade. Die Wirkung wurde noch öfter controlirt durch Aussetzen des Mittels. Es trat dann fast regelmässig sofort auch wieder eine Steigerung der Maximaltemperatur des Tages ein. Es wurden auch Versuche mit Chinin bei denselben Pat. eingeschoben, die zu Ungunsten dieses Mittels ausfielen, da es fast gar keinen Einfluss hatte, wo Antipyrin vorzüglich gewirkt hatte. Die fiebernden Pat. selbst nahmen das Mittel sehr gern. In sehr vielen Fällen baten sie sogar um das Medicament, da es ohne unangenehme Nebenwirkung sie von den lästigen Frösten befreite. Manche Pat. wurden so einen ganzen Monat mit Antipyrin behandelt, und gelang es, ihre Temperatur immer zwischen 37.5 und 38.5 zu halten.

In einzelnen Fällen wurde Erbrechen nach Antipyrin beobachtet, aber immer waren das solche Pat., die überhaupt fast alles Genossene ausbrachen, und immer ging es rasch vorüber. Eine dauernde Schädigung des Appetits wurde nie beobachtet, trotz grosser Dosen des Medicamentes. Es wurde also bei keinem Phthisiker die von Filehne und Guttmann angerathene Dosirung angewandt, da die meistens schon geschwächten Personen zu stark darauf reagirten. Bei robusten kräftigen Menschen mit acuten fieberhaften Krankheiten schien sie jedoch indicirt. So bekam ein Pneumoniker am 4. und 7. Krankheitstage Antipyrin, und bewirkten 5 gr. eine Apyrexie von 6 Stunden. Am 7. Tage bewirkten die auf 6 Stunden vertheilten 6,0 gr. Antipyrins einen continuirlichen Abfall von 40,1 bis 37,6. Die Apyrexie dauerte 10 Stunden, dann erstreckte sich die Wirkung noch auf den folgenden Tag, wo das Fieber nur wenig intensiv war. Nur beim Einsetzen der antifebrilen Wirkung wurde Schweiss beobachtet. Der harte und noch frequente Puls sicherte vor dem Irrthum, als ob die Krise eingetreten wäre. In fast allen Fällen war die Wirkung bei Pneumonie wie in diesem. Es trat ein allmähliches Abfallen und ein allmähliches Ansteigen der Temperatur ein. In 2 Fällen von Pneumonie fiel die Temperatur nach 6,0 gr. Antipyrin am 3. Tage der Krankheit zur Norm, um dann überhaupt nicht mehr anzusteigen. Aehnliche Fälle sind auch von andern Autoren beobachtet worden, die es für zufälliges Zusammentreffen hielten. Es entsprach nun in diesen Fällen der Puls nicht dem der Krise, er war hart frequent, die Infiltration blieb derbe, das Sputum rubiginös, auch herrschte nicht das Wohlbefinden, wie es die Regel ist bei der Krise. Trotzdem halte ich dies nicht für specifische Wirkung des Antipyrins; es wäre aber interessant, an der Hand von weiterem statistischen Material dies festzustellen.

Aehnliche Wirkungen wurden auch bei Typhus abdominalis beobachtet. Grössere Dosen Antipyrins bewirkten immer eine Apyrexie von 8—10 Stunden. Ein Fall von schwerem Typhus abdominalis verlief sehr gut unter dauernder Antipyrinbehandlung. Er bekam täglich 3—6 gr. Antipyrin, und zwar so oft die Temperatur 38,5 überstieg 1,0 gr. Es gelang dadurch, die Temperatur immer in mässiger Höhe unter 39,0 zu halten, und verlief der Fall günstig. Schon am 18. Tage war Pat. fieberfrei, und hatten die sehr heftigen Diarrhöen schon nach den ersten 10 gr. sehr nachgelassen. In 2 Fällen hatten wir auch Gelegenheit, zu beobachten, dass schon 2,0 gr., die sonst bei Typhus ohne Wirkung sind, eine Herabsetzung der Temperatur bis 36,0 bewirkten, der eine von den beiden zeigte auch schon nach 2,0 gr. unangenehme Nebenwirkungen, wie Erbrechen und Ohrensausen. Aber auch diese verliefen sonst gut. Um zu beurtheilen, ob das Antipyrin der Bäderbehandlung vorzuziehen sei, dazu ist das Material noch zu gering. Auf jeden Fall scheint das Antipyrin auch von günstigem Einfluss auf den Verlauf des Typhus zu sein.

Endlich wäre es noch die Frage, ob Antipyrin auch die Salicylsäure bei Rheumatismus artic. acutus ersetzen kann. Nach Mittheilungen des Herrn Stabsarzt Dr. Lenhartz sind in den letzten Tagen einige Fälle von acutem Gelenkrheumatismus mit Antipyrin behandelt, und zwar sämmtlich mit sehr gutem Erfolge, da nicht nur das Fieber, sondern auch die Schmerzen und Lokalerscheinungen an den Gelenken nach Antipyrin prompt innerhalb 24 Stunden zurückgingen, ohne die üblen Nebenwirkungen der Salicylsäure zu zeigen. Auch in allen übrigen Fällen wirkte Antipyrin wie in den hier beschriebenen.

Um kurz die Wirkung zusammenzufassen, so erwies sich das Antipyrin bei allen fieberhaften Krankheiten als ein sicher und prompt wirkendes Antipyreticum. Das Fieber sank ohne nennenswerthe Neben- oder Nachwirkungen continuirlich, und hing die Stärke des Abfalls von der Grösse der Dosis ab.

Das Sinken der Temperatur beginnt sofort nach Verabreichung der kleinsten Dose Antipyrin und ist um so grösser, je grösser die Dose. Jedoch ist hier eine individuelle Verschiedenheit zu constatiren. Schwächliche oder durch langes Kranksein geschwächte Personen reagiren stärker, als kräftige robuste Menschen, die an acuten fieberhaften Krankheiten leiden. Der Abfall ist von einem mehr oder weniger starken Schweisse begleitet, der bereits 5 Minuten nach Verabreichung des Mittels eintritt; er ist am heftigsten bei Phthisikern. Im Allgemeinen ist der Schweiss am deutlichsten nach der ersten Dose Antipyrin; nach späteren Mengen ist er nur gering. Der Abfall des Fiebers erreicht in der Regel nach 3—6 Stunden sein Maximum. Die daran sich anschliessende Apyrexie dauert verschieden lange bis zu 20 Stunden, das dann erfolgende Wiederansteigen der Temperatur erfolgt allmählich ohne Frost und unangenehme Nebenwirkungen. Die Nachwirkung des Antipyrins erstreckt sich noch über die Apyrexie hinaus, und zwar insofern, als das Fieber an den Tagen nach der Verabreichung des Mittels nicht mehr das ursprüngliche Maximum erreicht.

Hand in Hand mit dem Abfall der Temperatur geht das Niedergehen der Pulsfrequenz. Dies setzt jedoch nicht sofort ein, es dauert oft $1/2$ oder auch 1 Stunde, bis die Pulsfrequenz zu sinken beginnt. Eine Steigerung der Pulsfrequenz nach Antipyrin oder andere Reizerscheinungen wurden im Allgemeinen nicht beobachtet, die Pat. fühlten sich danach wohler. Auch im Digestionsapparat zeigten sich nach Antipyrin keine Störungen, Erbrechen trat allerdings einige Male nach Antipyrin ein, jedoch waren das solche Pat., die überhaupt zu Erbrechen neigten, und war dasselbe immer vorübergehend. Eine Schädigung des Appetits oder Beeinträchtigung der Verdauung ist in keinem Falle beobachtet, selbst nicht nach dauernder Verabreichung grösserer Dosen Antipyrin.

Wenn nun auch das Chinin neben dem Antipyrin nicht entbehrt werden kann wegen seiner specifischen Wirkung bei Malaria, so ist letzteres dem Chinin doch in vielen Fällen vorzuziehen. Was die Preisverhältnisse anbelangt, so wird der billigere Preis des Antipyrins reichlich compensirt durch die Nothwendigkeit der grösseren Dosirung.

Herr P. Guttmann: Auf die Ausführungen des Herrn Tilmann habe ich nichts zu erwidern, weil sie Alles bestätigen, was ich in Kürze angegeben habe. Ich habe darauf verzichtet, Fälle anzuführen und gab nur ein Resumé. Ich habe ebenfalls schon erwähnt, dass es nicht in jedem Falle nöthig ist, die grossen Dosen von 4 gr. und darüber zu geben. Ich habe diese Dosirung besonders hervorgehoben, um an ihr den Typus einer starken antifebrilen Wirkung und den Gang der Temperatur zu zeigen. Es ist aber selbstverständlich, dass man je nach Bedürfniss und nach der beobachteten Wirkung die Dosirung sehr verschieden variiren kann, und dass man auch mit mehrfach wiederholten Dosen von 1 gr. häufig eine genügend starke antipyretische Wirkung erzielen wird, wie ich dies selbst oft gesehen habe bei meinen so vielfach variirten Versuchen mit diesem Mittel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Ueber einen Fall von Zwangsvorstellungen vor Gericht, nebst einigen Bemerkungen über Zwangsvorstellungen.

Vortrag gehalten in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Von

Dr. M. Jastrowitz.

M. H. Es geschieht selten, dass Handlungen, die aus Zwangsvorstellungen hervorgehen, Gegenstand gerichtsärztlicher Beurtheilung werden. Das liegt in der Natur der Sache. Denn Zwangsvorstellungen sind bekanntlich Gedankenreihen, die zwar wider Willen, wie die Wahnvorstellungen, dem Kranken sich aufdrängen, deren krankhafter fremdartiger Natur er sich aber bewusst bleibt. Dies Bewusstsein nebst der Empfindung von der Natur einer rechtswidrigen Handlung bei den häufig ethisch sehr fein organisirten Kranken dieser Art, wo nicht gar Furcht vor der Strafe, reichen gemeinhin aus, eine strafbare Handlung zu verhindern. In dem folgenden Falle ist es dennoch zu einer solchen gekommen, und es hat derselbe überdies diagnostische und ätiologisch bemerkenswerthe Eigenthümlichkeiten dargeboten:

Im April v. J. stellte sich mir ein Herr vor, der anscheinend in grosser ängstlicher Aufregung war und verstört aussah, mit den Worten: „Ich werde an Sie gewiesen, weil ich an Kleptomanie leide; ich bitte, mich zu heilen." Er sprach so dringlich, insbesondere in so überschwenglicher Weise, dass er sofort den Verdacht wachrief, er müsse in strafrechtlichem Conflict stehen. Auf die desfalsige Frage bejahte er; er erklärte sich für den unglücklichsten aller Menschen; er habe eine unwiderstehliche Neigung zu oft ganz werthlosen Gegenständen, und zwar nur zu solchen, die mit Weibern in Bezug ständen, z. B. zu Haarnadeln. Wenn er mit einem Weibe in irgend welche Berührung komme, so fühle er eine unwiderstehliche Sucht, einen Gegenstand von diesem Weibe zu haben; doch versetze ihn der blosse Anblick von Weiberwäsche, die z. B. auf einer Leine hänge, in einen Zustand, dass er solche sich gleichfalls aneignen möchte. Er sei dabei ganz ohne Wollustgefühl, müsse damit indess etwas zu thun haben, denn bei Männerwäsche habe er solche Empfindungen nicht. Er ist stets ein Freund reiner Wäsche bei Frauen gewesen, hätte eine Person mit schmutziger Gewandung nie berühren mögen. „Es ist die Sucht, von einem Weibe etwas zu haben, der Gedanke regt mich auf, ich weiss nicht warum!" Sowie er die Sachen, besonders die Wäsche, angefasst habe, sei es gut.

Diese ihm unerklärliche Sucht sei ganz allmählich in ihm unbekannter Weise entstanden, sonst sei er ganz gesund, liege seinem Berufe ob. Nur habe er Nachts unruhigen Schlaf mit schweren Träumen, meist sexueller Natur und Samenverluste. —

Ueber die Art des verübten Verbrechens macht er folgende Mittheilung: Er sei am 11. Febr. zur Mittagszeit mit der Pferdebahn nach dem Brandenburger Thor gefahren; der Waggon war gefüllt; eine Dame in den Zwanzigern stand vor ihm auf dem Hinterperron; „durch die Berührung mit ihr," sagte er, „vibrirten meine Nerven und zuckten, ich hatte ein Gefühl von Beklemmung, welches von der Unterbrust aufstieg und den Hals zuschnürte, und bekam Schauder, wie wenn Jemand in kaltes Wasser sich begiebt; ich wollte mir einen andern Platz suchen, um der Aufregung zu entgehen, es war keiner vorhanden, auch war ich bereits nahe am Ziel und überdies durch andere Passagiere eingekeilt. In dieser Situation habe ich die fürchterliche That begangen, bei vollkommener Geistesverwirrung, denn mein Verstand war wie umnachtet." — Die Dame hatte in ihrem Jaquet eine grosse Tasche, worin ein Portemonnaie und das Schnupftuch lagen; dieses Portemonnaie nahm er und steckte es in die Seitentasche seines Ueberziehers. Die Dame, welche es sofort merkte, schrie: „Der hat mir mein Portemonnaie genommen!" Er habe sie gleich um Verzeihung gebeten; das Unmoralische dieses Vergehens fasse er, wie jeder anständige Mensch es muss.

Die Sache wäre beigelegt worden, aber der Conducteur litt es nicht; er übergab ihn einem Schutzmann, der ihn zur Wache führte, wo er bei Aufnahme des Protokolls erklärte, dass er krank sei. Er wurde entlassen, weil man ihn dort kannte; sein Principal, er ist in einer der grössten Klavierfabriken noch heute beschäftigt, behielt ihn, da er ihn während einer Reihe von Jahren als einen ordentlichen, tüchtigen Menschen erkannt hat. Er war über die That in solcher Verzweiflung, dass er Hand an sich legen wollte. 6 Wochen später, da ich ihn wiedersah, berichtete er von sich, dass das Gefühl zur Aneignung von Frauensachen zwar immer noch bei ihm vorhanden sei, doch könne es seit jener Affaire beherrscht werden. Eine wiederholte körperliche Untersuchung hat nichts ergeben; von besondern äussern Anomalien ist das Fehlen der Ohrläppchen bemerkenswerth. Genitalien normal: das Wesen hat etwas scheues und deprimirtes; er spricht mit leiser Stimme. — Zur Anamnese bemerkt er auf Befragen, dass er 31 Jahre alt, seit 9 Jahren verheirathet sei, mit seiner Frau glücklich lebe und fünf gesunde Kinder erzeugt habe; in seiner Familie seien Alle gesund, Geistes- oder Nervenkrankheiten nicht vorhanden. Eine Schwester hat jedoch als Kind Krämpfe gehabt, die er nicht näher beschreiben kann. Er selber hat grössere Krankheiten nicht überstanden; vom 9. bis zum 11. Jahre hatte er mehrfach Ohnmachten, die sich zwei Mal in seinem 18. und 24. Lebensjahre wiederholten, im letzteren ohne Bewusstseinsverlust. Vor 3 Jahren litt er an rheumatischem Kopfschmerz, anscheinend an Neuralg. supraorb. Im Mai v. J. stellten sich bei ihm zwei Mal Schmerzanfälle im linken Hypochondrium ein, die bis in den Hals hinaufstiegen und fast 10 Stunden lang andauerten. Dieselben nöthigten ihn einmal, in der Nacht 3 Stunden lang aufzusitzen, und wichen erst nach Anwendung von Sinapismen. Er ist ziemlich früh zu Frauen gegangen, war irritabel, niemals pervers oder conträr in seinen diesbezüglichen Empfindungen und kein Onanist. —

Es war nicht leicht, in diesem Falle ein Urtheil abzugeben, zu dem ich bald, da der Vertheidiger des Inculpaten sich auf mich als Sachverständigen berief, gerichtlicherseits im mündlichen Termin aufgefordert wurde. Wenn unter der eigenthümlichen verdächtigenden Beleuchtung, welche im Criminal-Forum jede Handlungsweise der Beschuldigten erfährt, manche wirklich krankhafte That noch immer als zweifelhafte erscheint oder verkannt wird, sobald nur subjective Angaben dieselbe motivirte, so musste man sich nach der Natur der That selber hier von vornherein sagen, dass der Anschein gegen den Inculpaten sprach. Auch ein vollsinniger, bisher anständiger Mensch kann sich einmal vergessen; nicht jede auffällige, unerklärliche Handlung entspringt einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit; wenn es dem Inculpaten darauf ankam, von der Dame etwas zu haben, weshalb entwandte er nicht das Taschentuch, welches in derselben Tasche lag, das als ein Wäschestück, falls seine Angabe richtig war, für ihn besondere Anziehung haben musste? Dazu kam sein Benehmen, dass er mit dem Ausdruck Kleptomanie gleich bei der Hand gewesen war, während doch diese That isolirt bei ihm dastand, und dass er in auffälliger Weise ärztlichen Beistand erst nachsuchte, als es galt, von Strafe befreit zu werden. —

Wenn man von dem Vergehen aber ganz absah und seine Person und seine angegebenen Beschwerden in's Auge fasste, so war gleichfalls, auch wenn man ihm vollen Glauben schenkte, und ohne Rücksicht auf die forensische Verwerthung die Diagnose zu stellen trachtete, diese von nicht geringer Schwierigkeit. Es lag nahe, an epileptische Zustände zu denken, an diejenigen, wo es nur zu einer rauschähnlichen Verwirrtheit kommt, mit auraartigen Empfindungen, die hier von den Hypochondrien nach dem Halse aufstiegen. Diese Annahme wurde unterstützt durch das Moment, dass die Schwester als Kind an Krämpfen gelitten haben soll, und das weitere, dass der Inculpat in seiner Jugend mehrfach Ohnmachtsanfällen unterworfen gewesen ist. Indess schien mir die Annahme eines epileptischen Zustandes bei genauerer Betrachtung nicht gerechtfertigt, in keinem Falle genügend gestützt. Je leichter und bequemer zur Entschuldigung irgend welchen Verbrechens, besonders, wenn es unvermittelt und unbegreiflich dasteht, die Epilepsie mit ihren psychischen Aequivalenten sich darleiht, um so gewissenhafter und ernster muss im concreten Falle unsere Begründung von der epileptischen Natur der incriminirten Handlung sein, und besser ist es, dem Richter gegenüber bei nicht genügend vorhandenen Beweisen sein Unvermögen zu einem ordentlich basirten Urtheile zu bekennen, als solches leichthin zu erstatten.

Hier waren die genannten Momente, welche für Epilepsie sprachen, sehr schwache; auf einige Ohnmachtsanfälle in der Jugend, darauf, dass die Schwester als Kind Krämpfe gehabt haben soll, die nicht einmal genauer beschrieben werden können, konnte unmöglich schon auf Epilepsie erkannt werden. Dazu kam, dass alle Kriterien des epileptischen Anfalles fehlten, dass Inculpat die genaueste Erinnerung an die einzelnen Vorgänge vor, während und nach der incriminirten That besass, sodass er eben im Stande war, en détail Auskunft zu ertheilen. Während dieses ganzen nervösen Leidens sind niemals Absencen oder Zuckungen irgend welcher Art beobachtet worden.

Das Hauptsymptom ist — seine Wahrhaftigkeit vorausgesetzt — vielmehr eine blosse Zwangsvorstellung gewesen, die nur ziemlich lose an das sexuelle Gebiet anknüpfte und schliesslich in ein Begehren nach Gegenständen ausgeartet ist, welche Weibern gehören, nicht nach diesen selber, wie er mir wiederholentlich versichert hat, und dieser Trieb hat ihn zu einem Diebstahl und auf die Anklagebank geführt. —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es sind in neuerer Zeit von Passow[1]) und Zippe,[2]) von Charcot und Magnan[3]) interessante Fälle mitgetheilt worden, welche ein gewisses Verständniss für den unsrigen, wenn auch nur nach der Richtung eröffnen konnten, dass man erfuhr, die Angaben des Inculpaten, so unwahrscheinlich sie klangen, hätten in der Pathologie Analogien und brauchten nicht völlig erfunden zu sein.

Passow berichtet von einem anscheinend chronisch verrückten Hallucinanten, der Damenwäsche, Hemden, Unterhosen, Jacken etc. bis zu 300 Stück zusammenstahl, versteckte und anlegte. Indem er dabei sich schöne Frauenzimmer vorstellte, erzielte er dadurch, ohne zu onaniren, wollüstige Empfindungen bis zur Ejaculatio seminis. Zippe begutachtete einen schwachsinnigen, stark der Onanie ergebenen 32jährigen Bäckergesellen, der über mannichfache, den Onanisten eigene Sensationen klagte und von einer traurig ängstlichen Stimmung war, die ihn den Verkehr mit Anderen meiden liess. Obgleich er den geschlechtlichen Umgang mit Weibern in übertriebener Weise fürchtete, trug er sich doch mit Heirathsgedanken. Seit 6 Monaten hatte er den Trieb, im Volksgewühl sich an irgend ein junges Frauenzimmer mit üppigen Formen heranzudrängen, wobei er heftige Aufregung, Angst und unter Erection impetus coeundi empfand und befriedigte seine leidenschaftliche Aufwallung — durch Entwendung ihres Sacktuches. Er hatte es bis zu 100 Taschentüchern auf diese Weise gebracht und wurde ertappt, als er einer Dame — umgekehrt wie unser Inculpat — ein solches aus der Tasche zog, das daneben liegende Portemonnaie aber unberührt liess.

Die Charcot-Magnan'schen Fälle betreffen eine Person mit conträrer Sexualempfindung und solche, bei denen die geschlechtliche Erregung mit seltsamen Zwangsvorstellungen und Handlungen verknüpft war. Diese „Inversion et Perversion du sens génital“, wie sie es nennen, äusserte sich schon in der Kindheit. Der erste Fall, ein Arzt, hatte seit dem 12. Jahre die zwingende Idee, Gegenstände, welche er in der Hand hielt, zu Boden werfen zu müssen. Später musste er, um Erectionen zu erzielen, Frauen und Mädchen auf den Hintertheil schauen; ein Jahr lang konnte er keinen kleinen Knaben sehen, ohne dessen Anus sich vorzustellen. Ein anderer hat seit dem 7. Jahre eine Leidenschaft für benagelte Damenschuhsohlen, deren Betrachtung ihm sexuelle Erregung verschafft. Er kam unter Anklage, weil er durch den Anblick solcher vor einem Schuhladen sich zum öffentlichen Masturbiren verleiten liess. Ein dritter bekam mit 5 Jahren, als er seinen erwachsenen Schlafgenossen eine Schlafmütze aufsetzen sah, die erste Erection, später wiederholte sich solche, als er wahrnahm, dass eine alte Magd sich ihre Schlafhaube aufsetzte, und seit dieser Zeit kann er eine Erection, selbst neben seiner Frau nur durch Berührung einer Schlafhaube oder durch die Vorstellung eines damit bedeckten alten Weiberkopfes erzielen. Die letzte, hier besonders interessirende Beobachtung betrifft einen 37jährigen von väterlicher und mütterlicher Seite belasteten schwachsinnigen Mann mit plagiocephalem Schädel und rückliegender Stirn. Als er 15 Jahre alt war, fiel ihm eine blendend weisse Schürze in die Augen, welche in der Sonne trocknend hin und her flatterte. Er band sich dieselbe um und masturbirte hinter einer Hecke. Seitdem ziehen weisse Schürzen ihn magisch an, gleichviel ob Mann ob Weib solche tragen, er muss nachlaufen, sie sich aneignen, um davon beim Masturbiren Gebrauch zu machen. Es ist die Schürze, nicht die Person, welche den Reiz auslöst. Wiederholentlich ist er wegen Schürzendiebstähle bestraft worden, einmal sogar mit einem Jahr Gefängniss, weil er einen ganzen Stoss davon aus einem Laden entwendete. Um ihm jede Gelegenheit zu nehmen, wurde er aufs Schiff geschickt, in ein Kloster gesteckt, Alles vergebens. Noch später, als er wenigstens die Diebstähle unterliess, benutzte er das Erinnerungsbild einer Schürze, um zu masturbiren oder den Coitus zu vollführen. —

Lag hier etwas Aehnliches vor? Wenn der Inculpat auch bestimmt jede wollüstige Erregung beim Anblick der Weibersachen in Abrede stellte und das Begehren gerade nach solchen als eine ihm völlig unbegreifliche Sucht bezeichnete, so mochte doch ein vielleicht krankhafter Reiz in der Genitalsphäre, der freilich in seinem ehelichen Leben nicht zu Tage trat, im Untergrunde obwalten, ihm selber unbewusst und verdeckt durch die Angstgefühle, die er zu gleicher Zeit hatte. Darauf deutete die Begierde nach Wäschestücken, die Weibern gehörten, darauf die häufig mit Pollutionen verbundenen Träume in der Nacht.

Statuirte man indess selbst einen Sexualreiz, so konnte dieser Fall den obigen doch nicht ohne Weiteres angereiht werden. Passow's Kranker war ein chronisch Verrückter, die Charcot-Magnan'schen stark hereditär veranlagte, seit der Jugend mit einem perversen Gefühlsleben, zum Theil mit constitutionellen Neurosen oder mit Gemüthsstörungen und Selbstmordtrieben behaftete Individuen, der noch am meisten ähnliche Zippe'sche Fall betraf einen Schwachsinnigen, der starker Onanist war. Hier dagegen haben wir eine im Vergleich fast acut zu bezeichnende Entstehung des Leidens bei einem bisher gesunden Individuum, das im ganzen sonstigen Geistes- und Gefühlsleben intact geblieben ist, das nur einmal sich zu einer strafbaren Handlung hat hinreissen lassen, nicht aber wie jene Fälle in förmlich reflectorischer Weise auf die krankhafte Vorstellung reagirt hat. Aus diesen Gründen verzichtete ich vorläufig auf die Diagnose bis die Verhandlung neue, die Glaubwürdigkeit und Krankheit des Angeklagten bestätigende Data ans Licht gefördert hätte.

Die Verhandlung nahm nun einen sehr ungewöhnlichen Verlauf; fast schien es, als wären die Aufgaben vertauscht, welche Arzt, Ankläger und Vertheidiger gemeinhin zu übernehmen haben. Wenn unserem Stande sonst gewöhnlich die Arbeit zufällt gegenüber der Präsumption des Gerichtsfaches, dass wo Gesetzesübertretung und Anklage auch Verantwortlichkeit und Geistesgesundheit vorliege, die etwaigen, oft verborgenen Momente für den Beweis einer geistigen Krankheit herauszufinden, wodurch wir leicht den Anschein von Vertheidigern gewinnen, so lautete die Zeugenaussage hier derartig, dass selbst der Staatsanwalt die Bestätigung einer bestehenden Geistesstörung bei dem Angeklagten von mir zu erwarten schien, welche ich doch aus eigener Beobachtung und Wissenschaft bislang nicht geben konnte. Das ausgezeichnetste Zeugniss wurde letzterem von seinem Principal und anderen Personen über seine Vergangenheit ertheilt, die bestohlene Dame, beiläufig keine Schönheit, und die beim Diebstahl zugegen gewesenen Zeugen bekundeten, dass er aufgeregt und wie abwesend ausgesehen habe, der Wachtmeister des Polizeibüreaus, wohin er damals zur vorläufigen Vernehmung war geführt worden, äusserte, er habe in einer langen criminalpolizeilichen Carriere einen solchen Dieb mit solchem Benehmen noch nie gesehen. So wuchs denn begreiflicherweise meine Verlegenheit. Da indess durch die Zeugenaussagen Simulation ausgeschlossen schien, so erklärte ich schliesslich auch, dass Inculpat die incriminirte That in einem unfreien Zustande begangen habe, indem ich die Schwierigkeiten der Beurtheilung mittheilte. Es erfolgte Freisprechung, und ich will gleich hinzufügen, dass der Patient unter dem Gebrauch einer gelinden Kaltwasserkur und nervenberuhigender Mittel vollkommen genas. Die moralische Erschütterung hatte fast wie eine nervöse Krise eingewirkt, jedenfalls seine „Stehlsucht“ vertrieben.

Dies ist nicht auffallend und spricht nicht für Simulation. Denn selbst plötzliche Besserungen dieses Leidens sind von Morel[1]) und Westphal mitgetheilt worden; der Kranke des Letzteren genas plötzlich, indem er ein Gefühl von Knacken im Kopfe verspürte. Die Angelegenheit war somit erledigt, soweit sie practisch von Belang war. Noch vor wenigen Tagen berichtete mir der Patient freudig, dass er sich ganz wohl fühle und 14 Pfund schwerer geworden sei. Nur zuweilen hat er noch Beklemmungsgefühle in den Hypochondrien. Er erzählte bestätigend, — und ich liess ihn absichtlich frei berichten, — ganz genau, wie angegeben, die Symptome seiner Krankheit. Dass er gerade das Portemonnaie griff, meint er, sei reiner Zufall gewesen. Es fiel mir auf, dass seine Augen eigenthümlich erglänzten und seine Stimme sich senkte, als er einmal „reiner, weisser Wäsche“ Erwähnung that; er sprach davon mit der Mimik des Entzückens wie ein Feinschmecker von einem Leckerbissen oder einem köstlichen Wein.

Eine Aufklärung über das Räthsel, wie dies Leiden bei einem bisher gesunden Mann entstanden war, erhielt ich gleich nach Schluss der Gerichtssitzung, und es scheint mir dadurch unsere Kenntniss von den Ursachen der Zwangsvorstellungen in einer besonderen, deren Verständniss fördernden Weise bereichert zu werden:

Als ich nämlich, nachdem das Urtheil ergangen, den mitanwesenden Principal des Patienten, Herrn Pianofortefabrikanten Bechstein fragte, ob er früher an demselben geistige Abnormität wahrgenommen, verneinte er zwar, setzte aber hinzu, etwas curios sei er ihm in letzter Zeit allerdings erschienen, das läge in seiner Beschäftigung. Seine Stimmer würden oft sonderbare Kerle. Die Schuld daran trüge das beständige Anstrengen des Gehörs, da sie den ganzen Tag mit dem Abstimmen der Instrumente in seinen Klaviersälen beschäftigt seien. Es versicherte mir auch der Patient wiederholentlich bezüglich seiner Beschäftigung, dass sie dazu angethan sei „den Vogel zu kriegen“.

Erst jüngst hat Herr Professor Lucae in einem in der physiologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage über Nachklänge, der Gefährdung der Psyche durch fortgesetzte, angestrengte Studien an der Stimmgabel Erwähnung gethan, und dies ist einigermaassen begreiflich

[1]) Eulenberg's Vierteljahrschr. 1878 p. 61ff.
[2]) Wiener medicin. Wochenschr. 1878 p. 630.
[3]) Archives de neurologie Vol. III 53 und Vol. IV 296 1882.

[1]) Archives générales 1866 du délire émotif 5 Fall pag. 540.

Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

bei der überaus wichtigen Rolle, welche die centrale Reizung des Hörnerven in der Pathologie der Geisteskrankheiten spielt.

Ich habe bei der Discussion über Zwangsvorstellungen, welche im Schoosse dieser Gesellschaft 1877 statt hatte, derselben zuerst meines Wissens als eines bei allen möglichen Geisteskrankheiten zu findenden elementaren Symptoms gedacht, aber auch ihres gewissermaassen physiologischen Vorkommens und ich machte auf die Bedingungen aufmerksam, unter welchen sie in letzterem Falle producirt würden, wodurch wir auch ihr pathologisches Auftreten besser begreifen könnten[1]). Wenn wir untersuchen, weshalb wir ein bestimmtes Wort, einen Gedanken, besonders eine Melodie, einen Gassenhauer lange zu unserer Verzweiflung nicht los werden, so ergiebt sich, dass dies dann geschieht, wenn unser Gehirn durch anderweites körperliches Unwohlsein, besonders Schnupfen, durch starke geistige Arbeit, durch Nachtwache, durch den Genuss schlechter Weine in einen eigenthümlichen Zustand der Impressionabilität versetzt wurde, und nun, sei es durch eindringliche Wiederholung, oder unter besonders starker gemüthlicher Betonung durch einen Affect, durch Schreck, Gram, Kummer, irgend ein Ton oder Gedanke in dasselbe sich einprägt, gleichsam einbohrt. Wir hören deshalb häufig noch am folgenden Tage die Weisen einer Tanzmusik nach durchwachter Nacht und dem Genuss schlechten Weines. Dieser impressionable Zustand des Gehirns — wenn man will, eine Art Cerebralasthenie, — kann, wo es zur Psychoneurose oder Psychose kommt, durch mannichfache Ursachen gesetzt werden. Ein sehr gewichtiger ist der krankhafte Genitalreiz überhaupt, z. B. gehäufte Pollutionen, nicht nur Onanie, worin ich Wille beistimme, durch eine starke hereditäre Belastung, durch hysterische, hypochondrische, epileptische Anlage ist er gleichfalls gegeben und steigert sich namentlich, wie Krafft-Ebing hervorgehoben hat, durch physiologische Zustände, welche den Organismus stärker beanspruchen, Schwangerschaft, Wochenbetten, Blutungen etc.; er kommt ferner nach erschöpfenden Krankheiten vor, wie Morel nach einem überstandenen Typhus an sich selber erfahren hat.

Bei manchen hereditär stark belasteten Kranken meiner Beobachtung, wo jedoch von ausgesprochener geistiger oder körperlicher Degeneration nichts vorhanden war, bestand seit dem Kindesalter theils ein hypochondrischer Zug beständiger Selbstbeobachtung der eigenen psychischen Vorgänge, eine Zwiespältigkeit des geistigen Lebens, welche in Grübelsucht auswuchs, theils eine übertrieben peinliche Ordnungsliebe und Sauberkeit, welche durch ganze Familien ging, die einmal nach dem Puerperium, mehrmals nach unbekannten Gelegenheiten allmählich in die knöchernste Pedanterie, in ein sinnloses Reinmachen nach bestimmter Ordnung, in ein beständiges Herumwirthschaften bis in die Nächte hinein ausartete, weil die Kranken glaubten, in Reinlichkeit, die sich seltsamer Weise in mehreren Fällen aber nicht auf den eigenen Körper erstreckte, noch immer nicht genug gethan zu haben, oder fürchteten durch Papierschnitzel, die liegen geblieben sein könnten, sich zu compromittiren, oder Werthgegenstände hinter den Spinden, Sophas verloren zu haben. Es war auffallend, bis zu welchem Grade der Tyrannei gegen ihre Umgebung und des crassesten Egoismus diese Kranken unter dem Einflusse ihrer Zwangsvorstellungen gelangten. Von einer Anzahl dieser Leidenden, unter welchen Frauen die Mehrzahl bildeten, wurde mir die Angabe gemacht, dass sie äusserst erregten Geistes wären. Eine Dame theilte mir mit, dass sie schon seit ihrer Jugend stundenlang laute Selbstgespräche über Gegenstände führen konnte, die sie beschäftigten. Von mehreren hörte ich, dass sie anhaltend an Schlaflosigkeit gelitten hätten; bei zweien war die Schlaflosigkeit in der Familie erblich.

Ich glaube kaum, dass es Zufall ist, dass unter meinen Patientinnen eine ziemliche Anzahl Lehrerinnen und unverheirathete ältere Frauen waren, welche viel lasen und sich geistig stark beschäftigten, indem sie auf die moderne Bildung grossen Werth legten. Alle die besprochenen Momente bewirken eben eine Impressionabilität des Gehirns, die cerebrale Asthenie die Basis der Erkrankung; insofern sie geistige Ueberanstrengung betrafen, konnten sie auch die letzte Ursache, cause déterminante, wie die französischen Autoren sagen, abgeben. Mehrmals lieferten mir junge Leute dafür Beispiele, die im juristischen Examen lagen; ein sehr frappantes findet sich in Berger's zweiter Mittheilung (Griesinger, Archiv VIII. 616ff. Fall III).

Ich habe als ein rechtes Paradigma für die gemachten Ausführungen in der damaligen Discussion eines Falles erwähnt, den ich kurz recapituliren will: Ein gesunder, hereditär gar nicht belasteter Oekonom erlitt im Kriege 1870 bei St. Privat durch einen Granatschuss am Kopf Commotio cerebri und eine Knochenzersplitterung des rechten Stirnbeins, welche mit tiefer Depression heilte. Auf dem Marsch nach seiner Wiederherstellung fuhr er mit pockenkranken Franzosen zusammen und empfand das Gefühl von Schauder und Ekel; dadurch kam ihm die Idee, er könne sich verunreinigen und sich anstecken, und seitdem wurde er diese Vorstellung nicht mehr los, er hatte beständig das Gefühl wie Einer, der Schmutz angefasst und sich noch nicht gereinigt hat, und musste Tag und Nacht sich waschen, da er Handtücher, an denen er sich trocknete, wieder als schmutzig ansah und so fort. Hier wurde durch die Wunde die Cerebralasthenie gesetzt, denn der Kranke hatte eingenommenen Kopf, war reizbar, konnte keinen Lärm vertragen, empfand Kopfschmerz, das occasionelle Moment war der Schauder über den Anblick der Pockenkranken, welcher der Zwangsidee auch die Farbe gab.

[1]) Berl. klin. Wochenschrift 1877, No. 46, 47.

Von diesen Gesichtspunkten aus wird auch der schwierige Fall begreiflich, welchen ich heute vorgetragen habe. Hier ist der Zustand von Reizbarkeit und Schwäche im Gehirn durch die anhaltende, monotone, den empfindlichen Hörnerv anstrengende Arbeit des Klavierstimmens bewirkt worden.

Die Genitalreize, welche durch entsprechende Träume und gehäufte Pollutionen, dem Patienten unbewusst sich andeuteten, lenkten seine Phantasie gleichwohl auf das andere Geschlecht und er gelangte so zu dem seltsamen Zwangsgedanken, dass er Sachen von irgend welcher Frau oder Frauenwäsche haben müsse, die er erblickte — entweder in einer Art logischer Verknüpfung, indem er wie Zippe's Kranker sich eine Art idealer Entschädigung dadurch verschaffen wollte, für die Unmöglichkeit ausgiebiger Befriedigung, was er indess durchaus negirte — oder indem der Gedanke aus den unbestimmten Gefühlen der sexualen Erregung und der von jeher ihm eigenen Vorliebe für reine Wäsche durch irgend ein Ungefähr primordial bei ihm sich einstellte. Nach anderweiten Erfahrungen, welche ich gemacht habe, ist es durchaus glaublich, dass die von den Hypochondrien aufsteigende auraartige Empfindung ihm die Besinnung raubte und dazu beigetragen hat, die Zwangsvorstellung in eine Zwangshandlung umzusetzen, denn dazu bedarf es keiner weiteren Ausbildung der Krankheit, wie Schüle und Wille meinen. Die Empfindungen, welche ich nach seiner Beschreibung Ihnen mitgetheilt habe, sind charakteristisch und zutreffend und könnten nicht leicht erfunden werden. — Ein gewisser Parallelismus bei aller Verschiedenheit stellt sich denn auch mit dem erwähnten Charcot-Magnan'schen Schürzenfall heraus, bei dem in der schweren hereditären Belastung die Impressionabilität des Hirns von vornherein gegeben war, das occasionelle Moment das im Masturbationsaffect der Vorstellung einverleibte Bild der weissen Schürze war.

(Schluss folgt).

IV. Ueber den Zusammenhang von Melliturie und Furunkelbildung (nebst Mittheilung eines Falles von Melliturie bei einem einjährigen Knaben).

Von
Dr. Ottomar Rosenbach,
Privatdocent an der Universität Breslau.

So sicher gestellt das Factum ist, dass sich im Verlauf der schweren Formen des Diabetes, — sei es in Folge der Constitutionsanomalie, sei es als Effect der gestörten Ernährung des Hautorgans, — relativ häufig leichtere oder schwerere Entzündungen der Haut, Furunkel, Carbunkel, Phlegmonen, gangränöse Processe etc. finden, so zweifelhaft muss in einer Reihe von Fällen, in denen das Auftreten einer derartigen Hautaffection zum ersten Male zur genauen Urinuntersuchung auf Eiweiss und Zucker auffordert und in denen dann auch wirklich grösserer oder geringerer Zuckergehalt des Harns entdeckt wird, das Causalverhältniss, in welchem die Erkrankung der Haut und die Melliturie stehen, erscheinen, wenn nach kurzer Dauer der genannten Symptome, oft gleich nach der Heilung der Entzündung, der Zucker völlig aus dem Urin verschwindet. Handelt es sich in diesen Beobachtungen noch um Individuen, bei denen ausser der abnormen Zuckerausscheidung kein anderes der dem ausgeprägten Bilde der Diabetes zukommenden Symptome vorhanden ist, zeigt der weitere Verlauf der Beobachtung, dass auch bei ganz und gar normalem, nicht etwa antidiabetischem Regime der Urin jahrelang von Zucker frei bleibt, so müssen unzweifelhaft sich Bedenken gegen die Auffassung erheben, dass die Hautentzündung das Secundäre, der Diabetes das Primäre in der Symptomenreihe ist und dass die Hautaffection in demselben Causalverhältnisse zu der Zuckerausscheidung steht, wie in den Eingangs geschilderten Fällen. Es liegt nahe in solchen Fällen daran zu denken, dass die temporäre Zuckerausscheidung blos das Zeichen zufälliger Beimischung von Zucker (oder einer andern reducirenden Substanz) zum Blute ist, von Stoffen, die, vielleicht aus

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Heerde der Entzündung resorbirt, durch den Urin aus dem Körper vermittelst eines Actes regulatorischer Thätigkeit der excernirenden Organe ausgeschieden werden und man kann eine wesentliche Stütze für diese Annahme in analogen Vorgängen finden, welche durch klinische Beobachtung und experimentelle Untersuchungen wohl constatirt sind, so z. B. in dem Auftreten von Pepton im Harn, welches aus Eiterheerden in die Blutbahn aufgenommen und durch den Urin als unverwerthbar für den Stoffwechsel ausgeschieden wird, oder in der von uns beschriebenen Form der Albuminurie bei Eiterretention, bei der, wie wir zu erweisen versucht haben, das im Harn zu Tage tretende Eiweiss aus den unter hohem Druck stehenden Eiterdepots ins Blut aufgenommen und ebenfalls als werthlose oder vielleicht sogar schädliche Beimischung des Blutes durch die regulatorische Thätigkeit der Nieren prompt aus dem Körper eliminirt wird[1] (regulatorische Albuminurie).

Bei der Wichtigkeit, welche derartige Beobachtungen von primärer Hautentzündung und secundärer Melliturie für die Lehre vom Stoffwechsel und für andere physiologische und pathologische Fragen haben, scheint es uns gestattet unter Bezugnahme auf einen von uns vor einigen Jahren über denselben Gegenstand (Carbunkelbildung und Melliturie) gehaltenen Vortrag, von welchem ein kurzes Referat in No. 24 der Bresl. ärztl. Zeitschr. vom Jahre 1881 vorliegt[2], auch an dieser Stelle die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf derartige Vorkommnisse zu lenken und einen neuen, wie uns scheint sehr beweisenden Fall mitzutheilen, der um so mehr Interesse verdient, als der Patient, bei dem die Furunculose von Zuckerausscheidung begleitet war, ein Kind von einem Jahre war, also in einem Alter stand, in dem Zuckerausscheidung im Harn wohl zu den grössten Seltenheiten gehört. —

Der von einem gesunden Vater und einer etwas anämischen Mutter stammende Knabe L. war bis zu seinem 11. Lebensmonat, in welchem er von Morbilli befallen wurde, gesund. Nach Ablauf des Exanthems stellten sich Furunkel am Hinterhaupt, an der Kopfschwarte und im Nacken ein, bis sich allmählich eine fast die ganze Rückenfläche des Rumpfes einnehmende Furunkeleruption entwickelte. Aus einzelnen dieser Furunkel, namentlich an der Kopfschwarte, bildeten sich Abscesse, die mit dem Messer eröffnet werden mussten; die andern heilten theils in normaler Weise, theils liessen sie Exfoliationen der Hautdecke zurück, die nur schwach granulirten. Die Kräfte des Kindes nahmen unter diesen Verhältnissen natürlich schnell ab; es stellten sich Diarrhöen und kleine lobuläre Pneumonien ein, so dass einige Wochen nach dem Beginn der Furunculose der Exitus eintrat. Was den Urinbefund anbetrifft, so war im Beginn der Erkrankung ganz normales Verhalten des Urins zu constatiren gewesen; die Diurese war den Verhältnissen entsprechend normal; der Urin frei von Zucker und Eiweiss. Dagegen ergab eine erneute Untersuchung zu der Zeit, als sich die Furunkelbildung ausgebreitet hatte und die Abscessbildungen unter der prall gespannten Kopfhaut begannen, die Anwesenheit von Zucker und Eiweiss in dem weder an Menge noch an Aussehen etwas besonderes bietenden Urin, dessen specifisches Gewicht — einmal gemessen — 1010 betrug. Die mit allen Cautelen entnommenen Urinproben zeigten während einer Reihe von Tagen deutlichen Zuckergehalt (Ausfällung von rothem Kupferoxydul, Braunfärbung mit Kalilauge, Reduction von Indigblau), der zwischen $^1/_2$ und $^3/_4$ Proc. schwankte und auch während der letzten Lebenstage des Kindes noch deutlich, wenn auch schwach, nachzuweisen war. Pepton liess sich in dem enteiweissten Urin nicht nachweisen, obwohl der Harn vor Ausfällung des Albumin durch Kochen und Salpetersäure deutliche Biuretreaction zeigte, ein Verhalten, welches wir bei stark eiweisshaltigem Urin schon öfter zu constatiren Gelegenheit hatten; Cylinder fehlten bei allen Untersuchungen. (Es braucht hier wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden, dass die Untersuchung auf Zucker auch nach Ausfällung des Eiweiss positiv ausfiel.)

Wir meinen, dass der eben vorgeführte Fall in jeder Beziehung geeignet ist, die Ansicht zu erhärten, dass aus den entzündeten und vereiterten Partien der Haut Zucker auf dem Wege der Resorption in das Blut gelangen und als unverwerthbares Material durch die Nieren zur Ausscheidung gelangen kann, und glauben, dass sich etwa folgende Punkte als Stütze für die Annahme, dass die Furunculose der primäre, die Melliturie der secundäre Process sei, anführen lassen. 1) Der normale Befund des Urins bei der ersten Untersuchung. 2) Das Wohlbefinden des Kindes bis zum Zeitpunkte der Morbillenerkrankung, die zweifsllos doch als eine das Hautorgan afficirende und zu Ernährungsstörungen und Entzündungen in der Haut disponirende Schädlichkeit, aber kaum als ätiologisches Moment für die Entstehung der Melliturie betrachtet werden kann. 3) Handelt es sich im vorliegenden Falle doch nur um eine relativ geringfügige Zuckerausscheidung; auch fehlten alle sonstigen die Melliturie höheren Grades, den Diabetes, begleitenden und von der erwähnten Stoffwechselanomalie abhängigen Symptome, während die Disposition zu Hautentzündungen, Carbunkel- und Furunkelbildung, doch eigentlich nur den ausgeprägteren Fällen des Diabetes und meist solchen, bei denen die Erkrankung bereits längere Zeit besteht, eigen ist. 4) Kann man wohl auch den Umstand, dass es sich um ein Kind im frühesten Alter handelte, bei dem unseres Wissens Diabetes noch nicht constatirt ist, als Beweis für die secundäre Natur der Melliturie in unserem Falle ansehen. Schliesslich möchten wir noch bemerken, dass auch der Eiweissgehalt des Urins wohl derselben Quelle, nämlich den entzündeten und vereiterten Hautpartien, seine Entstehung verdankt, und dass es sich, da keine Zeichen von Nierenentzündung bestanden, da auch jede beträchtlichere Temperaturerhöhung, sowie Zeichen von Herzschwäche fehlten, wohl auch hier um Resorptions-Albuminurie handelte. Es wäre sehr zu wünschen, dass durch eine genaue Prüfung aller ähnlichen Fälle, namentlich solcher, in denen der Eiterheerd durch starke Spannung der ihn bedeckenden Haut die günstigsten Verhältnisse für die Resorption der in ihm enthaltenen Substanzen bietet, der Mechanismus des Uebertritts des Zuckers (oder der stark reducirenden Substanz) in das Blut genauer bestimmt und die Bedingungen, unter welchen seine Resorption und die regulatorische sich anschliessende Melliturie zu Stande kommt, an einer grösseren Zahl von Beobachtungen studirt würden. Namentlich scheinen uns nach zwei eigenen, allerdings nicht genügend genau beobachteten und darum hier nicht verwertheten Beobachtungen, grössere phlegmonöse Hautaffectionen zur Prüfung des Zusammenhanges von Eiterung und Resorptions-Melliturie sehr geeignet zu sein und wir wollen deshalb nicht unterlassen zur Untersuchung solcher Fälle aufzufordern.

[1] Wir verweisen bezüglich der hier in Betracht kommenden Fragen auf unsere Abhandlung: Zur Lehre von der Albuminurie in der Zeitschr. für klin. Medicin, Bd. V, Heft 1, sowie auf eine ebendaselbst in Bd. VIII erschienene Mittheilung.

[2] Derselbe lautet: Zur Lehre von der Melliturie. Vortragender hat in zwei Fällen von Carbunculose im Urin Zucker nachweisen können, der nach Heilung des localen Processes verschwand. Er glaubt deshalb, dass die Carbunculose nicht das Zeichen eines Diabetes, sondern umgekehrt die Zuckerausscheidung die Folge der Carbunculose gewesen sei und spricht die Ansicht aus, dass aus dem Carbunkel auf dem Wege der Resorption Zucker oder eine andere stark reducirende Substanz (Harnsäure liess sich zweifellos ausschliessen) in die Blutbahn und von da in den Harn übergegangen sei. Man müsse also in Fällen der genannten Kategorie erst die Heilung der Entzündung abwarten, ehe man ein definitives Urtheil bezüglich der Melliturie abgiebt.

V. Zur Aetiologie der Trichorrhexis nodosa.

Von

Dr. S. Wolffberg,

Privatdocenten der Hygiene in Bonn.

Die Veranlassung zu der folgenden Mittheilung bietet mir die neueste Publication über Trichorrhexis nodosa, welche wir Prof. Eichhorst verdanken.[1] Dieselbe erinnert mich an einige Fälle eigener Beobachtung, die mir einen, wie ich glaube, befriedigenden Aufschluss über die Aetiologie der genannten Haaraffection gegeben haben. Der erste dieser Fälle betraf vor etwa drei Jahren mich selbst, da ich in den Mittelpartien des beiderseitigen Backenbartes jene kleinen weisslichen Knötchen an den Haaren beobachtete, die den Eindruck hervorriefen, als sei der Bart mit Läuseeiern bedeckt. Diese Auftreibungen fanden sich an zahlreichen sonst normalen Haaren und zwar in wechselnden Abständen; stets war ein kürzerer oder längerer Theil des sichtbaren Haares von der Hautoberfläche ab von jeder Abnormität frei; an den Knötchen wurden die befallenen Haare leicht geknickt, und viele waren hier abgebrochen und endeten mit leichten weisslichen Anschwellungen. Kurz, es war makroskopisch das ächte Bild der nun des Oefteren beschriebenen Trichorrhexis nodosa; und die mikroskopische Untersuchung bestätigte die geweblichen Veränderungen, welche frühere Beobachter als charakteristisch angegeben haben. Der mikroskopische Befund legte mir eine Vermuthung über die Entstehungsursache nahe, welche in diesem Falle dadurch bestätigt wurde, dass es mir gelang, die abnormen Erscheinungen an den nachwachsenden Haaren zu verhüten. Der Zufall führte mir gleich darauf bei einem an einer andern Krankheit Leidenden einen zweiten Fall derselben Haarveränderung zu, und auch hier gelang die Heilung. Seit jener Zeit der Praxis im Allgemeinen ferner stehend, beobachtete ich keine neuen Fälle des, wie ich vermuthe, ziemlich häufigen Leidens. Der Aufsatz von Eichhorst belehrt mich, dass inzwischen die von mir für meine Fälle gefundene Aetiologie in keiner der beschriebenen neueren Beobachtungen von den Autoren vermuthet worden ist. Ich kann nun mittheilen, dass wiederholte Misshandlung dickerer, markhaltiger Barthaare, z. B. durch stärkeres Reiben beim Abtrocknen des Gesichts nach dem Waschen, bei vielen Personen ausreicht, um Trichorrhexis nodosa hervorzurufen. Ich habe diese soeben wieder an mir selbst erzeugte „Krankheit“ — und zwar

[1] S. Zeitschrift für klinische Medicin. Festschrift. Supplement zum VII. Bande 1884. S. 58.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diesmal nur an einer Backenbartseite — mehreren Fachgenossen zeigen, auch die mikroskopischen Präparate vorlegen können, welche eine vollkommene Uebereinstimmung mit den älteren Abbildungen sowie mit denen von Eichhorst aufweisen.

Die wissenschaftliche Vorsicht verlangt, die Möglichkeit zuzugeben, dass in allen oder in einigen der bisher beschriebenen Fälle andere Ursachen als die von mir in meinen Fällen gefundene wirksam gewesen sind. Als Vermittler der Krankheit sind von mehreren Autoren Pilze angenommen worden, zuerst von Samuel Wilks,[1]) der, wie ich Schwimmer[2]) entnehme, die obigen Haarveränderungen zuerst beschrieben hat. Die vermutheten Pilze sind niemals gesehen worden. Sodann betrachtete Beigel[3]) als Ursache der Knötchen gewisse Gase, die in der Substanz des Haares entstehen und dasselbe stellenweise auftreiben sollen. Schwimmer (l. c.) fand Verschmälerung des Wurzeltheils und vermuthet eine Ernährungsstörung des Haares. Kaposi,[4]) dem die Affection ihren Namen verdankt, giebt an, dass häufig der Markkanal innerhalb der Knötchen selbst spindelförmig aufgetrieben sei; eine Beobachtung, welche Schwimmer an keinem der von ihm untersuchten Haare bestätigen konnte. Aus Eichhorst's Mittheilung geht hervor, dass er diese Anschwellungen des Markkanals regelmässig gesehen; er findet hier die Markzellen mit grossen Fetttropfen und Fettklumpen überladen und meint, dass von diesen „hyperplastischen" Vorgängen innerhalb der Markzellen die spindelförmigen Auftreibungen und Zerfaserungen der Haarsubstanz abhängen. — Wie ich Eichhorst entnehme, hat neuerdings Mc. C. Anderson einen bemerkenswerthen Fall beschrieben, in welchem die Trichorrhexis erblich erschien.

Die Gründe, welche mich vorläufig veranlassen, die mechanische Misshandlung als alleinige Ursache der Affection zu betrachten, sind folgende:

1. Der anatomische Befund. Das Haar verhält sich ausserhalb der Knötchen durchaus wie ein gesundes. Dies ist in allen Fällen constatirt worden. Nur Schwimmer giebt an, den Wurzeltheil verschmälert gefunden zu haben. Die Haarpapille soll verkleinert wie geschrumpft erscheinen und an mehreren Punkten einzelne schollenartige Einlagerungen, wie sie auch in den Knötchen vorhanden, enthalten.[5]) So viel ich weiss, ist dieser Befund von keinem andern (geschweige als ein regelmässiger) bestätigt worden. — Das mikroskopische Bild der Knötchen selbst lehrt deutlich, dass die Substanz des Haares aufgefasert worden ist, so dass das obere und das untere Ende wie zwei Besen in einander greifen. Während nun die meisten Autoren annehmen, dass diese Auffaserung durch eine von innen nach aussen wirkende Gewalt entstanden, hierfür aber keine Beweise bringen, lehrt die thatsächliche künstliche Erzeugung der Affection, die jedem wie mir an Personen mit dicken, etwas borstigen Haaren gelingen wird, dass das ächte mikroskopische Bild durch äussere Einwirkung (Reiben des Bartes) gewonnen werden kann. —

Die Trichorrhexis ist übrigens auch (ohne besondere Charakterisirung als solche) in dem anatomischen Bilde anderer Krankheiten der Barthaare beschrieben worden, welche den dringenden Verdacht zulassen, dass die Haare (in Folge von Juckreiz, zu therapeutischen Zwecken) gerieben wurden. Ein Blick auf die Tafel VII, welche Prof. Eduard Lang seiner Abhandlung über eine seltenere Form der parasitären Sykosis u. s. w.[6]) beigefügt, lehrt, dass das Bild dieser Erkrankung in dem von Lang beobachteten Falle durch Trichorrhexis complicirt war. Die Krankheitsgeschichte berichtet über heftiges Jucken, das zu energischem Kratzen aufforderte. Die Beschreibung des mikroskopischen Befundes zeigt, dass Lang ausser den Pilzfäden, welche auf der beigegebenen Tafel sich in einem sonst kaum veränderten, jedenfalls nicht zerfaserten Haarstück vorfinden, an anderen Haartheilen die ächte Trichorrhexis vor sich gehabt, ohne dass er diese jedoch nennt[7]).

2. Die Localisation. Die Trichorrhexis wurde bisher nur an den markhaltigen Barthaaren (nur einmal [von Devergie] an Kopfhaaren) beobachtet. Man begreift es, dass die Bildung runder Knötchen leichter an solchen Haaren möglich ist, welche einen cylindrischen Inhalt, das Markrohr, haben. Auch an den dünneren, feineren, deshalb nachgiebigeren Haaren, welche der Marksubstanz entbehren, gelingt es zuweilen, das Haar zu zerfasern, d. i. einzelne kleine Theilchen abzusplittern. Aber eine einfache mechanische Betrachtung lehrt, dass durch mechanische Misshandlung spindel- oder knotenförmige Auffaserungen nicht leicht an feinen und dünnen, viel leichter an dickeren Haaren von spröder Substanz zustandekommen, wie sie sich unter den markhaltigen Barthaaren meistens zahlreich finden. Die Entstehung der Knotenform wird durch das centrale Rohr begünstigt, von welchem die geknickten und zerriebenen Fasern sich abheben. Daher erkennt man, dass für das Zustandekommen der Trichorrhexis ausser der Sprödigkeit der Rindensubstanz die Dicke derselben sowie die pralle Füllung oder die Dicke des Haarmarkrohrs nicht ohne Bedeutung sind.

Es ist ferner charakteristisch, dass die Affection vorzüglich an solchen Theilen des Bartes sich findet, welche wegen der festen Unterlage (Kiefer) eine Misshandlung durch Reiben leichter ermöglichen. Auch in dem Falle von Eichhorst wurde die Knötchenbildung an symmetrischen Stellen beider Backenbartseiten beobachtet, welche etwa auf der Mitte zwischen Unterkieferwinkel und vorderer Kinnspitze lagen. In andern Fällen ist auch der Schnurrbart Sitz des Leidens. In der Sitzung des Niederrheinischen Vereins für Natur- und Heilkunde, in welcher ich die Aetiologie der Trichorrhexis besprach, zeigte mir ein College die Knötchenbildung an seinem Schnurrbart und bestätigte, dass er den Schnurrbart scharf zu reiben gewöhnt ist.

3. Die bisherigen Erklärungsversuche sind unzureichend. Weder die Hypothese von Wilks noch die von Schwimmer sind auf regelmässige Befunde gestützt. Auch die von Beigel und die von Eichhorst angenommenen Veränderungen kann ich nicht als Ursachen der Knötchenbildung betrachten. Luftbläschen (Beigel) finden sich bekanntlich in sehr vielen normalen Haaren. Eine „Hyperplasie" der Fettbildung innerhalb der Zellen des Haarmarks oder eine „Infiltration" derselben mit Fett, wie Eichhorst will, welche primär das Mark auftreiben und secundär zur Zerfaserung der Rinde führen soll, kann sicherlich nicht für alle Fälle als ausreichende Ursache angenommen werden, weil diese Anschwellung des Markkanals, von Schwimmer gänzlich bestritten, von Kaposi nicht regelmässig gefunden worden ist. Auch in meinen Präparaten finde ich zuweilen eine Anschwellung des Markrohrs innerhalb der Knötchen, keineswegs immer. Ich halte die Auffaserung der Rinde für das Primäre; und es ist leicht erklärlich, dass nicht selten der fast flüssige, grossentheils fettige Inhalt der Markzellen durch die Reibung und Knetung der Haare aus den Zellen austritt, theilweise grössere Klümpchen oder auch Tröpfchen bildet und in die der Rinde beraubten, daher nachgiebigeren Stellen des Haares verdrängt wird, so dass hier spindelförmige Auftreibungen der Marksubstanz entstehen. Oft wird auch umgekehrt der fettige Inhalt aus der Gegend der Knötchen in die Nachbarschaft verdrängt. Man begreift aber auch, dass die Fettkörnchen aus dem centralen Rohr austreten, dass sie hier und da in die Rindensubstanz eingepresst werden und durch die aufgefaserten Partien an die Oberfläche des Haares gelangen können[1]).

4. Die bisher angenommene Unheilbarkeit der Trichorrhexis erklärt sich leicht, wenn man erwägt, dass die Versuche zur Heilung der durch Reiben entstandenen Affection in Einreibungen (spirituöser Flüssigkeiten, reizender Salben u. s. f.) bestanden haben.

Während also keine der bisher angenommenen Ursachen für einen Einzelfall bewiesen worden ist und so viel feststeht, dass keine

[1]) Schwimmer citirt: The Lancet. 7. December 1878.
[2]) Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis. Herausgegeben von Pick und Auspitz. Bd. V. 1878. S. 581.
[3]) The humain hair etc. London 1869. pag. 109. (Citirt nach Schwimmer.)
[4]) Hebra-Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten II. 1876, pg. 177.
[5]) Schollenartige Einlagerungen, dunkle, zum Theil gefärbte Theilchen von verschiedenartiger Gestalt, finde ich auch in einem Präparate meiner künstlichen Trichorrhexis; von Andern ausser Schwimmer sind sie nicht beschrieben worden. Ich vermuthe in ihnen Verunreinigungen.
[6]) Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis. 1878. V. S. 393.
[7]) Die „kleinen runden hellglänzenden Körperchen", welche Lang an und in den zerfaserten Stellen sowie an den Wurzelscheiden gefunden, welche auch den Markraum dickerer Haare gewöhnlich ganz erfüllten, an manchen Stellen den Markkanal varicös verbreiterten, hält der Autor für Zerfallsproducte der Pilze. Man sieht ähnliche Körperchen häufig in ganz analoger Weise bei Trichorrhexis; hier sind dieselben nach Eichhorst's und meinen Erfahrungen als Fettkörnchen aufzufassen. — Die Figuren 12, 13, 14 (zumal Fig. 14) auf Tafel VII, welche Lang aus Tilbury Fox' Lehrbuch (Skin diseases. London. 1873) wiedergiebt, und welche der Letztere als Befunde bei parasitärer Sykosis bezeichnet, sind ächte Trichorrhexis-Bilder.

[1]) Gelegentlich dieser Studie fand ich in der mir bekannten Literatur kaum mehr als Andeutungen darüber, dass die Markzellen des Barthaares fettige Einlagerungen enthalten. Doch ist es bekannt, wie auch Eichhorst anführt, dass die Markzellen kleine Fetttropfen beherbergen können. In den ziemlich zahlreichen Barthaaren verschiedener Personen, die ich darauf untersucht, fand ich fettige Einlagerungen innerhalb des Markrohrs als eine sehr regelmässige Erscheinung. Durch Behandeln der Haarstückchen mit Kalilauge von $33^1/_3$ Proc., nachheriges Einlegen in Wasser und in Alkohol und Behandeln mit Ueberosmiumsäure von 1 Proc. (Untersuchung in Glycerin) gelingt es oft, grössere und kleinere Fetttröpfchen und -Klümpchen in grosser Menge im Markrohr nachzuweisen. Individuelle Verschiedenheiten sind vorhanden. — Die Fettbildung ist durchaus nicht etwa eine Erscheinung der Atrophie, da sie sich gerade in der üppig wachsenden Marksubstanz findet. Die Atrophie bewirkt hier Schrumpfung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für alle Fälle zutrifft, lässt sich nicht bestreiten, dass die Misshandlung markhaltiger Haare durch Reiben die Trichorrhexis nodosa hervorruft, sowie dass dieses ätiologische Moment für alle bisherigen Fälle zur Erklärung ausreicht.

VI. Epidemiologie und Medicin.

Nach der Ansicht der grossen Kliniker und Aerzte vergangener Zeit gab es nichts Belehrenderes als eine Epidemie. In Deutschland seit Peter Franck bis zu Schönlein, Griesinger und Virchow sind bei uns die hervorragenden Aerzte aller Jahrzehnte einig darin gewesen. In England ist diese gute Tradition gerade bei den grossen Practikern des Landes lebendig geblieben, in Frankreich und zum grossen Theil auch in Deutschland überwuchert Casuistik und was damit zusammenhängt immermehr. Schon die Forderung, vor Allem physiologisch und pathologisch denken zu lernen, weil man dann leicht den Ariadnefaden durch die verwirrende Fülle der Einzelthatsachen zu finden vermöge, soll für den „practischen" Arzt zu weit gehen. Für ihn sei Alles in usum delphini zubereitet, hübsch compendiös, leicht verständlich, so etwa im Styl der Gartenlaube, so proclamirt sich die modernste Tagesweisheit, seit einigen Jahren selbst von der Stelle aus patronisirt, wo man wahrlich Grund hätte, gerade im Interesse des Standes darüber zu wachen, dass das wissenschaftliche Niveau seiner Genossen nicht still stehe oder gar zurückgehe.

Was ist der Fluth medicinisch-literarischer Industrie gegenüber, deren Erzeugnisse meist nach dem Muster zugeschnitten: In sechs Stunden (wenn schon viel verlangt wird) ein erfahrener Ophthalmoskopiker, Laryngoskopiker, Rhinologe, Gynäkologe, und vor Allem Bacterioskopiker und wer weiss was noch zu werden — eine Epidemie? Die so Belehrten denken über sie höchstens wie Faust's ehrsame Bürgersleute. Sie freuen sich, dass sie so gemüthliche Discurse mit einander führen können, wenn draussen weit in der Türkei die Völker auf einander schlagen.

Unsere eigene Ansicht von der Bedeutung der Epidemiologie für die Medicin liegt hiervon freilich weit ab, sie stützt sich unter Anderem auf das, was Pettenkofer und Virchow stets gelehrt haben, so verschieden sie in Einzelheiten dachten und denken. Jede Epidemie muss unseres Erachtens möglichst genau verfolgt werden. Die Kenntniss der Art und Weise ihres Fortschreitens, die Erfahrungen über die geringere oder grössere Wirksamkeit der gegen sie angewendeten Mittel sind im höchsten Grade und zwar allgemein belehrend. Muss ferner nicht jeden Arzt die Frage interessiren, wie sich denn eine Reihe von Beobachtungen Pettenkofer's und seiner Schüler vereinigen lassen mit dem, was wir jetzt über den Bacillus der Cholera und seine Biologie wissen, vor allem damit, dass er keine Dauerformen bildet und in der Trockenheit schnell zu Grunde geht? Wahrlich keine Doctorfrage, sondern eine solchen Charakters, dass ihre Beantwortung für unser Denken und Handeln auf dem Gebiete der Hygiene vielfach maassgebend sein wird!

Aber auch das ist nicht ohne Wichtigkeit für die Medicin, wie denn die Aerzte zu der betreffenden Epidemie sich stellten? Epidemien sind nicht allein, wie Virchow so schön sagt, grosse Warnungstafeln für die Völker, sondern auch für die Medicin. Während ihrer Herrschaft vorzugsweise wird es sich immer wieder erweisen, ob pathologisches und hygienisches klares Denken noch nicht von der gedankenlosen Empirie unserer Tage ganz zurückgedrängt ist.

Wie einst bei Gelegenheit des Flecktyphus und des Rückfalltyphus in Deutschland, der Pest in Astrachan und der Cholera-Epidemie des letzten Jahres werden wir daher auch jetzt unbeirrt fortfahren, nach besten Kräften das Material über die jetzt in Südfrankreich herrschende Cholera zusammenzutragen, sie auf ihren weiteren Wegen zu begleiten und über die durch sie angeregten Discussionen kritisch zu berichten. Wir glauben dadurch der Medicin selbst auch dann zu nützen, wenn in Folge davon hin und wieder eine neue „Heilmethode" etwas warten müsste. P. B.

VII. M. Gangolphe. De la Resection du poignet dans le Traitement des osteo-arthrites fongueuses, ses résultats definitifs. (Revue de chirurgie No. 5. u. 6. Mai, Juli 1884.) Ref. A. Bidder-Berlin.

Die vorliegende Arbeit G.'s, eines Schülers Ollier's, basirt auf den Erfahrungen des Letzteren und ist bedeutungsvoll durch die Objectivität und Sorgfalt, mit der die schwierige Angelegenheit besprochen und durch die Entschiedenheit, mit welcher für die Resection des tuberculös-erkrankten Handgelenks eingetreten wird. Es ist zu hoffen, dass die Resultate Ollier's auf die zahlreichen Gegner der Handgelenksresection in Frankreich, Deutschland etc. ihren Eindruck nicht verfehlen werden. Den Ref. hat die Arbeit besonders interessirt, da er mit den Ansichten des Verf. im Wesentlichen übereinstimmt und der letztere mit Anerkennung des hierhergehörigen Aufsatzes des Ref. (Langenbeck's Archiv, Bd. 28) gedenkt, zu dessen Vervollständigung und Ergänzung die Untersuchungen G.'s wohl geeignet erscheinen.

Angezeigt hält Ollier die Resection bei jeder Tuberculose des Handgelenks, ausgenommen die Fälle, in denen bereits allgemeine Kachexie eingetreten ist, oder schon intensive Erkrankung innerer Organe besteht. Auch bei Kindern unter 10 Jahren sei die Resection meist zu umgehen und durch Evidement, Aetzungen etc. zu ersetzen. Gerade die neue Lehre von der bacillären Natur der Tuberculose mache die energische Inangriffnahme der localen Heerde nöthig, und diese geschehe am besten durch eine rationelle Resection. Die Art wie O. dabei verfährt, ist im Wesentlichen folgende: das Gelenk wird in der Regel durch den bekannten Dorso-Radialschnitt (unter Esmarch'scher Blutleere) freigelegt und diesem, wenn nöthig, ein ulnarer Längsschnitt hinzugefügt. Nach Ausräumung der erkrankten Knochen und Weichtheile werden alle noch verdächtig erscheinenden Theile der Wundhöhle vorsichtig mit dem Glüheisen (Pacquelin) tractirt; nach Auswaschung der Höhle mit Carbollösung werden in die Höhle kleine, aus Carbolgaze gemachte und mit Jodoformkrystallen gefüllte Tampons und zahlreiche oberflächliche und tiefgehende Drainröhren eingelegt. Ueber das Ganze kommt ein Lister'scher Verband (eine Naht scheint nicht angelegt zu werden). Die Hand wird sodann auf eine einfache Schiene gelagert, welche so gebogen ist, dass die Hand etwas nach der Rückseite flectirt gehalten wird, und welche die Phalangen frei lässt, um ihre Beweglichkeit nicht zu stören.

Nach 14—20 Tagen (während welcher Zeit der erste Verband meist liegen bleiben kann) werden nun ungefähr alle 2 Tage systematische Einspritzungen medicamentöser Flüssigkeiten „injections modificatrices" durch die Drainröhren in die Wundhöhle gemacht und zwar meistentheils mit Villate'scher Lösung oder Jodtinctur oder Kreosot etc. Diese und das gleich nach der Operation benutzte Glüheisen sollen die etwa noch vorhandenen Keime zerstören und der „Auto-inoculation" (Verneuil) vorbeugen. Endlich wird auf eine kräftigende Allgemeinbehandlung Gewicht gelegt, aber nicht gesagt, worin dieselbe bestehe. Zur weiteren Nachbehandlung sind active und passive Bewegungen, energische Massage, auch wohl Electricität zur Kräftigung und Beweglichmachung von Fingern und Hand dringend nothwendig. Gerade auf die wiederholten Cauterisationen und die Drainage legt G. das Hauptgewicht und vermisst die Betonung derselben in dem Aufsatze des Referenten, und zwar in sofern mit Recht, als Ref. diese wiederholten Aetzungen, Evidements etc. deswegen nicht hervorgehoben hat, weil er sie für selbstverständlich hielt für die Fälle, in denen die Heilung sich verzögerte, und er allerdings in so methodischer Weise wie Ollier nicht vorging. Dagegen hat sich Ref. gefreut von G. in seiner jetzigen Ansicht (welche in einer demnächst in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie unter dem Titel „Ueber zuwartende und thätig eingreifende Behandlungsweisen der Gelenktuberculose" veröffentlicht wird) bestärkt zu sein, dass bei Gelenkresectionen wegen Tuberculose die Wunde in der Regel mit energischen Aetzmitteln zu behandeln sei, und dass man auf die Heilung per primam intentionem dementsprechend verzichten müsse. Ob eine solche bei Frühresectionen nicht doch in Fällen erstrebt werden dürfe, wo es mit Sicherheit gelingt, mit dem Messer alles Krankhafte zu entfernen, und sonst die constitutionellen Verhältnisse günstig liegen, möge vorläufig dahingestellt bleiben.

Der ausgezeichnet rationellen Operations- und Nachbehandlungsmethode Ollier's ist es sicherlich allein zu danken, dass die Heilresultate der 17 Fälle, deren Krankheitsgeschichten G. mittheilt, so vorzügliche sind. Denn in allen diesen Fällen handelte es sich nicht nur um erwachsene zum Theil alte Personen (mit Ausnahme von 2 14jährigen jungen Leuten), sondern in allen Fällen hatte der Process schon lange gedauert, bestanden Fisteln neben gänzlicher Unbrauchbarkeit der Hand, so dass ohne Zweifel sogenannte Spätresectionen gemacht wurden. Demgemäss mussten die letzteren auch stets sehr ausgedehnt sein. In allen Fällen mussten alle Handwurzelknochen und die Gelenkfläche des Radius, in einigen auch das Ende der Ulna und die Gelenkfläche der Metacarpalknochen entfernt werden. Die Wunden heilten natürlich langsam; bei allen lange genug beobachteten Fällen schlossen sich aber die zurückgebliebenen Fisteln schliesslich definitiv, und war die Brauchbarkeit der Hand und Finger eine sehr befriedigende geworden; alle kleinen Verrichtungen des täglichen Lebens konnten die Operirten besorgen; alle konnten schwere Gewichte von 4 und mehr Kgr. aufheben, einige Patienten waren sogar im Stande, sie bei ausgestrecktem Arme zu halten. Mehrere in solcher Weise belastete, definitiv geheilte Hände werden in Holzschnitten dargestellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei einigen Patienten besserten sich mässige Infiltrationen der Lunge im Laufe der Jahre; mehrere litten gleichzeitig an Spondylitis dorsalis, andere an tuberculösen Affectionen anderer Gelenke, dem Fussgelenk, Ellenbogengelenk etc. Die Resultate dieser Resectionen, von denen die Mehrzahl in den Jahren 1881/82 gemacht wurden, konnten nach Verlauf von $1\frac{1}{2}$ bis 10 Jahren controlirt werden.

Aus der ganzen Arbeit Gangolphe's, aus welcher hier ja nur einiges besonders Wichtige angeführt werden konnte, geht das erfreuliche und erfolgreiche Bestreben Ollier's hervor, die Resectionen bei Gelenktuberculose — um welche letztere es sich hier einzig und allein handelt — und ihre Nachbehandlung mit allen uns durch die fortschreitende Wissenschaft gebotenen Kräften zu vervollkommnen und es liegt in ihr die Aufforderung, den auch von O. gemissbilligten Weg Albert's der gänzlichen Verwerfung der Resectionen bei Tuberculose nicht zu betreten. — Was endlich die Neubildung des excidirten Handgelenkes betrifft, so findet auch G., dass sich die Knochen im Ganzen selten und wenig neubilden, dass in dieser Hinsicht von den Carpalknochen auch wenig zu erwarten sei. Sie können nicht subperiostal entfernt werden, weil sie eben kaum etwas von Knochenhaut besitzen; dagegen sei das Periost von Radius und Ulna möglichst zu schonen, wenngleich auch von ihnen sich nur wenig regenerire. Meist wurde eine fibröse Verbindung der Knochen constatirt.

VIII. Wilhelm Hack, Ueber die operative Radical-Behandlung bestimmter Formen von Migraine, Asthma, Heufieber sowie zahlreicher verwandter Erscheinungen. Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten. Wiesbaden 1884. Bergmann. Refer.: Maximilian Bresgen (Frankfurt a. Main).

Es thut den in vorliegender Schrift mitgetheilten sehr interessanten und wichtigen Beobachtungen keinen wesentlichen Eintrag, wenn wir an der Spitze unserer Besprechung die Thatsache feststellen, dass der Verf. die aus seinen Beobachtungen gezogenen Schlüsse mit einer an sich schon sehr unwahrscheinlichen, von ihm auch histologisch nicht gestützten, übrigens ganz unnöthigen Hypothese verknüpft. Verf. glaubt in den Fällen, in welchen (Seite 1) das Lumen der Nasenhöhle durch eine auffallend starke Vorwulstung der Schleimhautpartie, welche das vordere Ende der unteren Muschel überzieht, verlegt ist, das Schleimhautgewebe selbst durchaus nicht an dieser Schwellung betheiligt, die Schleimhaut vielmehr meist ganz normal gefunden zu haben. Wir sehen ganz davon ab, dass es ohnehin überaus schwer ist, von einer so stark „geschwellten" Schleimhaut innerhalb der Nasenhöhle in vivo zu constatiren, dass sie nicht auch geschwollen sei; schon die Erfahrung spricht dagegen, dass in einer mit nicht entzündeter Schleimhaut ausgekleideten Nase eine auch nur flüchtige, vorübergehende Schwellung sich geltend mache. Wir haben in hunderten von Fällen beobachtet, dass das sog. Schwellgewebe nur dann in der Nase entwickelt ist, wenn eine Entzündung der dasselbe bedeckenden Schleimhaut vorhanden ist. Im Beginne einer Rhinitis tritt besonders deutlich das häufige, flüchtige Verlegtsein der Nase, die vorübergehende Anfüllung des Schwellgewebes in den Vordergrund, während im späteren Verlaufe daneben noch die Hyperplasie der Schleimhaut selbst deutlich sich geltend macht. Wenn Verf. (Seite 2) in vielen Fällen sogar eine anämische Schleimhaut glaubt gefunden zu haben, so können wir als sicher annehmen, dass diese anämische Farbe nicht, wie Verf. annimmt, eine Folge der grossen Spannung des Gewebes bei Anfüllung des Schwellgewebes ist, sondern aus einer Hyperplasie der Schleimhaut resultirt, deren verdicktes Epithellager das blasse Aussehen verursacht.

Constatiren müssen aber auch wir mit Verf. — und es ist dies ja auch schon früher von uns und anderen Autoren geschehen —, dass von jenen geschwellten Partien der Nasenhöhle häufig nervöse Erregungszustände der verschiedensten Gebiete ihren Ursprung nehmen. So können, und dafür bietet uns Verf. eine schöne Reihe von Fällen, Alpdruck und Asthma, Husten, Migraine, Supraorbitalneuralgie, Schwellung und Röthung der Nasenhaut, Schwindelanfälle, epileptiforme Anfälle durch die Füllung des Schwellgewebes in der Nase hervorgerufen werden. Diese Füllung kann nun auch durch Reizzustände mehr oder weniger entfernter Körperregionen hervorgerufen werden, so bei pathologischen Veränderungen der Rachenschleimhaut, durch Erregung specifischer Sinnesnerven, der sensibeln Hautnerven, von Seiten der Sexualorgane (Menstruation), durch directe Reize (Staub, Kälte, Wärme) und durch psychische Einflüsse; wir aber fügen hinzu, dass in diesen Fällen stets eine entzündliche Veränderung der Nasenschleimhaut selbst vorhanden sein muss. Wir haben schon vor mehreren Jahren darauf aufmerksam gemacht, wie gerade im Beginne chronischer Rhinitis, wenn die Hyperplasie der Schleimhaut noch eine wenig augenfällige ist, einige oben namhaft gemachte Reflexvorgänge sich zuweilen einzustellen pflegen. Später mit Zunahme der Rhinitis vermindern sich meist jene Reflexerscheinungen, aber nicht, wie Verf. (Seite 70) meint, dadurch, dass die pathologische Structurveränderung der Nasenschleimhaut sich auch auf die über den cavernösen Räumen befindliche Mucosa ausdehne und so direct die Schwellbarkeit derselben unmöglich mache, sondern lediglich durch die über Jahre hinaus andauernde Angewöhnung an die überaus langsam sich entwickelnden pathologischen Schleimhautveränderungen.

Die Reflexvorgänge, welche von den gefüllten Schwellkörpern ihren Ausgangspunkt nehmen, sind nach Verf. als vasodilatatorische Reflexe oder als reflectorische Krampfzustände aufzufassen. Zu den ersteren gehören die von der Nasenschleimhaut aus erregte Röthung und Schwellung der Gesichtshaut; auch für die Schwindel- und epileptiformen Anfälle glaubt Verf. den gleichen Vorgang zur Erklärung heranziehen zu sollen. Hierher gehören auch Migraineanfälle, gewisse Formen von schmerzhaftem Drucke, Benommenheit des Kopfes, Ciliarneuralgie, Lidschmerzen, manche in den oberen Zahnreihen sich abspielende neuralgische Anfälle, Flimmerscotom, Steifigkeit der Nackenmusculatur etc. Beim Asthma nervosum müssten sowohl vasodilatatorische wie spastische Vorgänge eine Rolle spielen. Reflectorische Krampfzustände hätten wir auch in nervösen Husten- und in Niesanfällen zu sehen. Alle diese Reflexe können sich in der verschiedensten Art mit einander verbinden, aber auch bis zu einem gewissen Grade unabhängig von einander, einzeln oder in isolirten Gruppen, auftreten. Es würde uns zu weit führen, wollten wir noch mehr, als es schon geschehen ist, dem Verfasser in's Detail folgen, zumal wir alsdann genöthigt wären, noch manche Schlüsse des Verfassers angreifen und manche Beobachtungen desselben anders deuten zu müssen.

Die Beseitigung der in Rede stehenden krankhaften Zustände ist eine operative, indem das Schwellgewebe mit der dasselbe bedeckenden Schleimhaut nach Einführung eines Speculums in die betreffende Nasenöffnung und unter künstlicher Beleuchtung des Operationsfeldes mit dem Galvanokauter in einer oder mehreren Sitzungen zerstört wird. Behandlung der chronischen Rhinitis ist übrigens selbstverständlich, soll der momentane Erfolg ein wirklich dauernder sein.

Da das vorliegende Buch in nicht allzu langer Zeit gewiss eine neue Auflage erleben wird, so möchten wir der Hoffnung Ausdruck geben, dass Verf. dasselbe gänzlich umarbeite und besonders die selbstgefundenen Thatsachen mit den von anderen Autoren bereits mitgetheilten in etwas nähere Beziehung bringe, auch die verschiedenen Deutungsversuche etwas eingehender auf ihre mehr oder weniger grosse Wahrscheinlichkeit untersuche. Ferner auch möchten wir wünschen — und wir sehen, dass uns alle Collegen darin beistimmen —, dass Verf. in seinem eigenen Interesse seinen ganzen Einfluss beim Verleger dahin geltend mache, dass die reklamehaften Anzeigen seiner Schrift in den politischen Tagesblättern für die Zukunft unterbleiben.

Wir wünschen mit dem Verf., dass seine Schrift allerwärts dazu beitrage, die Wichtigkeit der Nasenerkrankungen in's rechte Licht zu setzen und dadurch auch zu häufiger und gründlicher Untersuchung der Nasenhöhle und zur sachgemässen Behandlung der Erkrankungen derselben erneute Veranlassung zu werden.

Den 6. Januar 1884.

IX. Kühner (Eisfeld). Wie sind Epileptiker zu behandeln? — Mit besonderer Berücksichtigung der dabei herrschenden Irrthümer und Vorurtheile. Leipz. u. Neuwied 1884. Ref. Eickholt.

Das vorliegende Schriftchen, welches zwar für die Pathologie der Epilepsie nichts wesentlich Neues enthält, berührt verschiedene Fragen, die für Aerzte und Laien von grosser Bedeutung sind und berücksichtigt namentlich die bei der Behandlung der Epilepsie herrschenden Irrthümer. Verf. brandmarkt das schablonenmässige Vorgehen gewisser Heilkünstler und Anstalten und betont die Nothwendigkeit des Individualisirens bei einer Krankheit, deren Natur eine so verschiedene ist. Man muss zunächst versuchen, einer Causalcur gerecht zu werden, dann die gesammte Lebensordnung, die Aussenverhältnisse des Kranken, seine Gewohnheiten und sein körperliches Befinden in sorgfältiger Weise regeln.

Unter den specifischen Mitteln nimmt das Bromkalium die erste Stelle ein. Verf. erwähnt die physiologischen Wirkungen des Präparates und betont namentlich den Umstand, dass das Bromkalium eine auffallend deprimirende Einwirkung auf die psychischen Functionen hat, und zwar bei solchen Epileptikern, die trotz jahrelanger Dauer der Krankheit bis dahin keine bemerkenswerthe Einbusse ihrer Intelligenz erlitten hatten (Berger). Berücksichtigt man ausserdem die Thatsache, dass zwischen der Arzneiwirkung des Bromkalis und den in den freien, zwischen den Anfällen gelegenen Intervallen beobachteten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankheitserscheinungen eine grosse Aehnlichkeit besteht, so wird man bei der Anwendung des Mittels mit Vorsicht handeln und eine schablonenmässige Therapie verurtheilen müssen. In welchem Umfange das Bromkalium an Kranke abgegeben wird, geht daraus hervor, dass die Direction der Assistance publique 1875 an 800 kg Bromkalium vertheilte. In Bielefeld wurden an Kranke, die sich dorthin wendeten im J. 1882 abgegeben: 1160 kg; bis Ende Juni 1883 waren schon 1500 kg also 30 Centner (!) dieses Medicamentes versandt.

Was die Beantwortung der Frage betrifft: soll und wann soll der Epileptiker in eine Anstalt, so empfiehlt Verf. auch hier ein Individualisiren und eine sorgfältige Einzelbehandlung gegenüber dem mehr systematischen Verfahren in einer Anstalt, solange noch Aussichten auf Heilung gegeben sind.

X. Beitrag zur Kenntniss der Diphtheritis und Tracheotomie. Statistik über 932 Diphth.-Fälle u. 565 Tracheotomien aus dem Lazaruskrankenhaus in Berlin vom 1. Jan. 1874 bis 1 Nov. 1882. Inaug.-Dissert. von Otto Volbehr aus Kiel, z. Z. Assist. am Lazaruskrankenhause. Ref. Pauly-Posen.

Die seit[1]) Jahren mit wechselnder Intensität grassirende Diphtheritis-Endemie Berlins, welcher wir die Arbeiten aus der Langenbeckschen Klinik und aus Bethanien verdanken, hat auch das Material zu obiger fleissigen Dissertation geliefert. Seitdem Carl Langenbuch das vordem unbekannte Lazaruskrankenhaus dirigirt, wird ein stattliches chirurgisches Material daselbst erledigt. In diesen 9 Jahren litten von 8939 station. Kranken 932 d. i. 10,4 Proc. an Halsdiphtheritis mit einer Mortalität von 56,4 Proc., und zwar 58 Erwachsene (7 todt, darunter 2 Tracheot.) und 874 Kinder, von denen 519 starben. Die Diphtheritisfälle nehmen von Jahr zu Jahr zu (der Krankenbestand nicht in dem Maasse), die Mortalität ab. Die Heilziffer differirt zwischen 25—50 Proc. Tracheotomirt mussten 65 Proc. werden, das Procentverhältniss der Nicht-Tracheotom. zur Gesammtzahl der an Diphth. Erkrankten wechselt in den einzelnen Jahren zwischen 11—50 Proc. — Die 309 von der Trach. Verschonten setzen sich aus leichten Fällen (195, geh. 98 Proc.), aus schweren septischen (39, geh. 2,5 Proc.) und mit Scharlach complicirten Fällen (75, geh. 46 Proc.) zusammen. Tracheotomirt wurde bei progredienter Laryngostenose grundsätzlich ohne jede Contraindication unbekümmert um den Erfolg; geheilt wurden 23,18 Proc., eine anscheinend geringere Zahl, als in den andern Berliner Hospitälern; doch steigt dieselbe nach Weglassung der Kinder unter 2 Jahren auf 33 Proc. Die Zahl der Operirten nimmt auch dort von Jahr zu Jahr zu; doch die Heilziffer schwankte entsprechend der Bösartigkeit der Epidemie von 33 Proc. zu 16 Proc. Die Mortalität der tracheot. Mädchen ist grösser, wie die der Knaben. Sorgfältige statistische Tabellen geben fast dieselben Resultate, wie bei Kroenlein und Settegast. Der Monat October zeigt die meiste Frequenz der Tracheot. Die 5 ersten Lebensjahre stellen das grösste Contingent zur Operation (70 Proc.) mit einer Heilungsziffer von nur 19 Proc., während von den 168 der spätern Jahre 33,3 Proc. durchkamen. Alle Operirten unter 1 Jahre starben; von 101 Kindern im 2. Jahre wurden immerhin 8 geheilt; das jüngste geheilte war $1^1/_4$ Jahr alt, das jüngste Operirte war 4 Monat alt. — Die Frequenzzahl der Nicht-Tracheotomirten zu den Tracheot. verhält sich für das 1.—5. Jahr wie 1:2,8 Proc., für 6—10 Jahr wie 1:1,3, für das 11.—15. wie 7,5[2]):1. — Die Todesfälle nach der Operation fallen vorwiegend in die ersten 3 Tage (57,6 Proc. aller Todesfälle); mit jedem neuen Tage, den die Operirten überstehen, wird die Prognose besser. Dass Langenbuch als Schüler von Wilms die Trach. inferior stets geübt hat, und die in der Literatur übertriebenen Schwierigkeiten meist nicht vorfand, darf allerdings die Empfehlung der Tr. superior als typischen Methode für den pract. Arzt nicht tangiren, wie in den vorigen Refer. genügend auseinandergesetzt wurde.

XI. Goedicke: Malariaformen im östlichen Holstein. Eine topographisch-pathologische Studie. Separatabdruck aus der Deutsch. militärärztl. Ztschr. 1884, p. 113. Ref. Schill.

In dem östlichen Holstein hat sich nach den Beobachtungen von Goedicke in den letzten Jahren eine wesentliche Aenderung der früher angenommenen Immunität vollzogen. Seit 7 Jahren in Plön, konnte G. Malariakrankheiten daselbst nie als Seltenheit betrachten, aber sie waren meist leichterer Natur und traten als Neuralgien, Angioneurosen, Trophoneurosen, Neurosen des Acusticus, Vagus und Splanchnicus auf, wirkliche intermittirende Fieber waren höchst selten. In den letzten Jahren sind die Erkrankungsformen mannigfacher geworden und auch perniciöse Formen hinzugekommen: das Malariatyphoid und die Pneumonia intermittens. Von der letzteren Erkrankung sei es gestattet eine kurze Krankengeschichte zu geben. Ein in sumpfiger Gegend wohnendes, etwas anämisches 15jähriges Mädchen erkrankt am 17. März plötzlich mit Frost, Hitze, linksseitigem Seitenstechen und grosser, bis zu Delirien gesteigerter nervöser Unruhe. Gegen Abend ist der ganze Anfall ohne Schweiss vorüber. Befund: in den Lungen nichts Abnormes, Milz nicht geschwollen, T. 37,2°, Puls 120 klein, von geringer Spannung. 18. März früh 9 Uhr: T. 37,6, P. 108. Percutorisch nichts Abnormes, aber l. hinten in der Höhe der 8. Rippe an einer zweimarkstückgrossen Stelle Bronchialathmen. Ein deutlich pneumon. Sputum. Ausser Mattigkeit und mehrmaligem Erbrechen subj. Wohlbefinden. $11^1/_2$ Uhr Vm. starker Frost, bald darauf T. über 40°, Seitenstiche, Delirien. 6 Uhr Nm.: Abfall der Temperatur, ohne Schweiss, subj. besseres Befinden, 37,2°. 19. März Vm. 37,3°, P. 110, voller und besser gespannt, wenig Husten, anfallsweise auftretend, kein Seitenstechen; Sputum sehr gering, etwas blutig gefärbt. L. h. Dämpfung und deutliches Bronchialathmen in Ausdehnung eines Handtellers. Milz etwas geschwollen. Mittags: Schüttelfrost. T. bis 40°, Delirien. Der Anfall dauert bis in die Nacht hinein. 20. März Morgens. Temperaturabfall z. Norm. Nm. 2 Uhr: Schüttelfrost, 40,4°; 5 Uhr: 40,3°, 120 P. klein, fast fadenförmig. Grosse Unruhe bei fast völlig aufgehobenem Bewusstsein, Uebelkeit, Aufstossen, Erbrechen, stark meteoristisch aufgetriebenes Abdomen. L. h. bis hinauf zur Mitte der Scapula Dämpfung, deutliches Bronchialathmen, ebenso in der l. Seitenwand. L. vorn tympanitischer Percussionsschall, verschärftes Vesiculär-Athmen. R. hinten und in der r. Seite gedämpfter Schall, hauchendes dem bronchialen sich näherndes Athmungsgeräusch. Spät Abends fiel die Temp., die Nacht war ziemlich ruhig, ohne Delirien. Uebelkeit und Erbrechen hörten auf, nach Clysma starke Entleerung 21.3: bei Chinin, Wein und Camphergebrauch Temp. Vorm. normal, P. 110, von besserer Spannung. Nm. 4 Uhr 40,0°, 120 P., stark ausgesprochene pneum. Erscheinungen auf beiden Lungen. Abends fiel die Temp. ohne Schweiss. Nacht ruhig. 22. März fieberfrei. Die pneum. Erscheinungen sind nur noch sehr mässig, Dämpfung gering, Bronchialathmen sehr weich. Vom 23. März ab fieberfrei; 30. März volle Reconvalescenz; später dauerndes Wohlbefinden.

Das Krankheitsbild zeigt mannigfache Abweichungen vom gewöhnlichen Bilde einer Pneumonie. Während der Intermissionen bestand völlige Apyrexie und subjectives Wohlbefinden. Jeder folgende Paroxysmus übertraf den vorhergehenden an Heftigkeit. Nach Chinin auffallend rasche Besserung, Verschwinden der perniciösen Symptome trotz noch fortbestehenden Fiebers und der noch bestehenden pneumonischen Erscheinungen.

Im letzten Winter beobachtete G. in Plön 12 Fälle des sonst nur südlicheren Klimaten eigenthümlichen Malariatyphoids. G. hält diese Krankheitsform lediglich für eine schwere Malaria mit typhösen Erscheinungen, nur ist ihm der Umstand bedenklich, dass das Contagium im kranken Organismus reproducirt und auf Gesunde übertragen wird.

Alle Fälle hatten gemeinsam, dass die Krankheit einen bestimmten Anfang nahm: Frost, Druck im Kopf, Schwindel, unruhigen Schlaf, starken Schweiss. Der Frost wiederholte sich in zwei Fällen mehrmals in ziemlich bestimmten Zwischenräumen. Das Krankheitsgefühl war anfänglich gering, so dass die meisten Pat. noch 1—2 Tage arbeiteten, trotzdem die Temp. bis zu 40° betrug und die Pat. zuerst matt und anämisch aussahen. Der Katarrh der Luftwege war weit mehr ausgesprochen als beim Typhus abdominalis. Einige zeigten heftige Reizungen der Conjunctival- und Nasenschleimhaut, auch Nasenbluten; Sensorium bei den meisten ganz frei, doch der Schlaf unruhig und von Träumen gestört. 3 Pat. lagen mehrere Tage ganz bewusstlos. Durchfall bestand anfänglich in einigen Fällen. Die Stühle waren äusserst fötid, dunkelbraun, später erst gelb (Milchdiät!). Eigenthümlich war allen Kranken ein übler, moderartiger Geruch, der selbst in geräumigen Krankensälen auffiel. — Bei 3 Pat. trat ausgesprochene icterische Hautfärbung ein. Das Exanthem war stets vorhanden: bald petechial und so reichlich wie ein sehr entwickeltes Masernexanthem, bald reichlichere Roseola als gewöhnlich, bald Roseola und Petechien untermischt; in 2 Fällen bestand es nur 1—2 T. aus vereinzelten Roseolen und nahm dann den Charakter einer in regelmässig intermittirendem Typhus auftretenden Urticaria an; in einigen Fällen waren nur vereinzelte Roseolen im Epigastrium und am Abdomen sichtbar. Die Milz war stets von Anfang an stark geschwollen, das Abdomen meteoristisch aufgetrieben, Ileocöcalgegend meist nicht schmerzhaft, aber Gurren daselbst fühlbar. Nur 2 Kranke

[1]) fast 20 A. d. Ref.
[2]) nicht 7,1. In Rubrik XV. befindet sich ein Rechenfehler: statt 66,6 muss es heissen 6,6, statt 33,4 — 93,4 Proc.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hatten starke Delirien. — Der hervorspringendste Unterschied von andern Typhen liegt in der Temperaturcurve. Die Krankheit wurde durch einige intermittensartige Anfälle eingeleitet oder die Temperatur blieb vom ersten Tag an sehr hoch mit Morgenremissionen. Die Curve hielt sich dann meist auf beträchtlicher Höhe bis zum ca. 14. Tage, wo die Morgentemperatur sich schon der Norm näherte. Die Tagescurven zeigten oft, aber nicht regelmässig 2 Spitzen. Nach einigen Tagen mit normaler Temperatur kamen wieder plötzlich einige nicht motivirte Erhebungen bei subjectivem Wohlbefinden und dies wiederholte sich, wenn auch weniger ausgesprochen mehreremale. Die Reconvalescenz zog sich stets sehr in die Länge. — Der Puls war während der Fieberzeit stets 100—120, klein, von geringer Spannung, nur selten dicrot. — Es starb keiner der 12 Patienten.

Bezüglich der Therapie bemerkt G., dass Chinin im Anfang und gegen Ende des Fiebers sich wirksamer erwies, als gewöhnlich beim Ileotyphus, dagegen hatten kalte Bäder wenig Erfolg. Wein wurde regelmässig ($^1/_2$ L. in 24 St.) gegeben. So lange das Fieber anhielt, wurden bei Verstopfung wie Durchfall Ausspülungen des Darms mit Bor- oder Salicyllösung gemacht. Natr. benz. und Salicyl. rühmt G. nicht. Bis 8 Tage nach der Entfieberung streng geregelte, nur flüssige Nahrung, dann Fleisch- und Eizusatz.

G. erklärt das Malariatyphoid für ansteckend.

G. wirft die Frage auf, wodurch in den letzten Jahren die Steigerung der Malariaerkrankungen an Zahl und Heftigkeit veranlasst sein könnte, und kommt auf Grund eingehender örtlicher Studien zu dem Resultat, dieselbe beruhe auf der ungewöhnlichen Trockenheit des Herbstes 1882, des Winters 1882/83 und überhaupt des Jahres 1883 bis zur Mitte des Sommers, verbunden mit einer für die dortigen Breiten ganz ungewönlichen anhaltenden Hitze im Frühjahr und Sommer 1883, ferner auf einer aus wirthschaftlichen Gründen hervorgerufenen Senkung des grossen Plöner-Sees in seinem Wasserstande um mehr als einen Meter, wodurch bedeutende Schwankungen im Wasserstande des kleinen Plöner-Sees bewirkt worden, von dem wiederum der Stand des Grundwassers in der Stadt Plön direct abhängig ist.

XII. Journal-Revue.

Chirurgie.

7.

Diphtheritis und Tracheotomie. Eine Erwiederung auf die Abhandlung des Herrn Dr. Rouge in Lausanne bet. Croup und Trach. von Prof. Kroenlein. Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte 1882. 21.

Bekanntlich verdanken wir Kroenlein eine mustergiltige Arbeit über obiges Thema (Archiv f. klin. Chir. XXI. S. 253), welche die Maximen der Langenbeck'schen Klinik durch ein grosses Material begründet; diese lauten einfach: dass es Pflicht des Chirurgen sei, keinen seiner Behandlung anvertrauten Diphtheritiskranken an Laryngostenose zu Grunde gehen zu lassen, ohne wenigstens den Versuch gemacht zu haben, bei Zeiten das mechanische Hinderniss für die Respiration durch die Tracheotomie zu heben. Mag der in Erstickungsnoth sich befindende Kranke vielleicht nur wenige Lebensmonate zählen, mag vielleicht eine ausgedehnte Erkrankung der Lungen die Chancen für einen glücklichen Ausgang noch so sehr herunterrücken, mag endlich das Kind vollkommen asphyctisch bereits den letzten Athemzug eben gethan haben — niemals kann darin der Grund liegen, von dem Versuche abzustehen, durch die Tracheotomie ein fliehendes Leben vielleicht noch zu retten, vielleicht auch nur zu verlängern und die Qualen des Erstickungs-Todes zu mildern. (Details cfr. Arbeit, die wohl jeder pract. Arzt einmal gelesen haben muss. A. des Ref.) Dass diese für eine Reihe von Aerzten selbstverständlichen Grundsätze nicht allgemein adoptirt sind, beweist die Abhandlung des Lausanner Chirurgen, den ein sonderbarer Rechenfehler zur Antipathie gegen diese rettendste aller Operationen verführt hat. Die aussergewöhnlich schwere Diphter.-Epidemie Russlands ergab eine Mortalität von nur 57,2 Proc., während die Tracheotomie-Statistiken Deutschlands und Frankreichs sich um 70 Proc. herumbewegen. Daraus folgt, dass Herr Rouge — 2 Werthe in Parallele stellt, die nicht zu vergleichen sind. Denn nicht jede Diphtheritis wird in Berlin, Paris oder Genf tracheotomirt. Kaum je ist ein ärgerer Trugschluss gemacht worden, als er hier unserm geschätzten Collegen begegnet ist. Auch die Behauptung von Dr. Mongeot, dass die Mehrzahl der tracheotomirten Kinder ihre Volljährigkeit nicht erreichen, weil er bei den Rekrutenaushebungen wenig Tracheotomie-Narben gesehen hat, — findet Kr. wunderbar. Die Widerlegung solcher Behauptungen würde wirklich zu viel Zeit fordern. Refer. verfolgt das Schicksal seiner 16 unter den ungünstigsten Verhältnissen Geheilten; nur 2 Kinder starben mehrere Jahre nach der Tracheotomie an Scharlach. — Wenn Rouge die Tracheotomie durch die Tubage ersetzt wissen will, so wäre das mindestens ein Rückschritt. — Zur Zeit herrschte in Zürich eine heftige Diphter.-Epidemie (cfr. nächstes Refer.) und Kr. hat mit seiner Abfertigung der Sache einen Dienst geleistet; denn „solche von der Operation abmahnenden Worte von namhafter Seite fallen auf fruchtbaren Boden". (Schon Trousseau sagte: nur Ignoranten oder Böswillige können den Werth der Operation verkennen; hierzu kommen als Dritte die — irrenden Statistiker. A. d. Ref.) Pauly (Posen).

Syphilis.

3.

Welander, Ed. (Kopenhagen). Untersuchungen über die pathogenen Microorganismen der Blenorrhagie. Gaz. méd. de Paris. 1884 No. 23.

In 129 Fällen acuter und 15 Fällen chronischer Urethritis des Mannes ebenso, wie bei 79 an Urethritis leidenden Frauen hat W. stets die Neisser'schen Gonococcen nachweisen können, was ihm bei Untersuchungen anderer Secrete oder Eiters aus Abscessen nicht gelungen ist. In 25 Fällen hat W. die Personen, die das Virus mitgetheilt hatten, untersuchen können und bei ihnen stets den Gonococcus constatiren können. Inoculationen mit Secreten, die keine Gonococcen enthielten, blieben stets ohne Erfolg: so in 5 Fällen, wo Secret von fötider Balanitis in die Urethra eingeführt (sollte im Original wohl besser eingeimpft heissen, Ref.) wurde und ferner, wo Vaginalsecret mit einer Menge verschiedenartiger anderer Pilze erfolglos inoculirt wurde. Das Vaginalsecret einer 14jähr. Jungfrau wurde in die Harnröhre dreier Männer ohne jede Reaction eingeimpft. Fötides und eitriges Vaginalsecret einer Gravida (viele bacilliforme Microorganismen mit sehr lebhafter Bewegung) wurde ebenso ohne jeden Effect auf die Schleimhaut der Harnröhre bei 3 Männern geimpft. Vaginalsecret dreier Frauen — deren Urethral-, nicht Vaginalsecret Gonococcen enthielt — wurde in beträchtlicher Menge in die Urethra dreier Männer mit negativem Erfolge gebracht. Eine der Frauen hatte ihre Menses. Bei dieser Gelegenheit wurde etwas Urethralsecret, mit Gonococcen darin, in die Urethra eines Mannes eingeführt. Am Ende des 2. Tages Ausfluss aus der Harnröhre, auf den Epithelzellen Gonococcen. Am 3. Tage grosse Mengen Gonococcen. Dieselbe Versuchsreihe von dem Vaginal-, resp. Urethralsecret zweier ebenso afficirten Frauen mit demselben Erfolge auf die männliche Urethra.

Die grosse Schwierigkeit der Züchtung des Gonococcus lässt den wissenschaftlichen Beweis für die pathogene Natur des Gonococcus nicht leicht erbringen; auch an Thieren hafteten bisher Impfungen mit Gonococcen nicht. Die Fehleisen'sche Methode der Züchtung der Gonococcen, die Löffler schon im Stich gelassen hat, hat bei W. auch nur negativen Erfolg gehabt. Somit ist der wissenschaftliche Beweis für die pathogene Natur der Gonococcen noch nicht erbracht, wenn die Wahrscheinlichkeit derselben auch eine fast an Gewissheit grenzende ist.

Bockhardt's Ansicht, dass die Gonococcen zwischen den Epithelien bis zu den Lymphgefässen der Mucosa hinabsteigen und dort erst ihre Vermehrung beginnen, hält W. für irrig. Practisch wichtig wäre diese Frage deshalb, weil sie uns aufklären würde, ob eine Abortiv-Behandlung gerechtfertigt sein kann.

Ausser im Urethralsecret von Männern hat man noch in vier Fällen bei Periurethral-Abscessen und ein Mal bei einer abscedirenden Lymphangitis Gonococcen gefunden. Bei Weibern hat man in der Vagina nur bei 10 Fällen Gonococcen, vier Mal bei acuter, in den andern Fällen bei subacuter Vaginitis mit purulentem Secrete gefunden. Im mehr oder weniger purulenten Uterinsecret von Prostituirten keine Gonococcen. W. hat in der Urethra der Frau dagegen viel öfter Gonococcen gefunden: unter 163 Frauen 79 Mal.

In dem klaren, dicken Secrete der Bartholin'schen Drüsen hat W. in 12 darauf hin untersuchten Fällen keine Gonococcen gefunden, wohl aber andere Pilze. Ebenso in 5 Fällen von acuter Bartholinitis war kein Gonococcus zu finden, trotzdem er bei dreien in der Urethra war; die Bartholinitis heilte auch nach wenigen Tagen. Bei 2 Frauen, die in Folge einer früheren Bartholinitis eine Fistel zurückbehalten hatten, wurden im Fistelsecret Gonococcen, daneben auch Maden gefunden. In der Urethra gleichfalls bei Beiden Gonococcen. Bei 21 Frauen mit eitrigem Ausfluss aus dem Ausführungsgange der Bartholin'schen Drüse waren Gonococcen in jedem Falle zu finden. Alle — eine ausgenommen — hatten auch Gonococcen in der Urethra. Practisch wichtig ist dies deshalb, weil eine Frau mit Bartholinitis viel leichter die Blenorrhagie auf den Mann übertragen wird, als diejenige, die nur in der Urethra einige Gonococcen hat. (Daher die bekannte empirische Vorsichtsmassregel der Bordellmütter und der Puellae publicae, vor der ärztlichen Untersuchung den Ausführungsgang der Bartholin'schen Drüse auszudrücken und so den Arzt zu täuschen. Ref.)

Während Bockhardt jedem abortiven Curverfahren die Berechtigung abspricht, da die Gonococcen nur in den Lymphwegen, nicht zwischen den Epithelzellen wären, ist W. für ein Abortiv-Verfahren, wenn man es in den ersten 2 oder 3 Tagen einleitet, wo die Gonococcen noch zwischen den Epithelzellen sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am geeignetsten hält W. eine Lösung von Arg. nitr. (Dosis nicht angegeben), nachdem man den vorderen Theil der Harnröhre und besonders die Fossa navicularis völlig ausgestrichen hat vermittelst eines an eine Pincette befestigten Wattebäuschchens. So nimmt man viele Gonococcen auf oder zwischen den Epithelzellen mit diesen Letzteren mit und die Cauterisation wirkt lebhafter.

Practische Wichtigkeit misst W. dem Nachweis von Gonococcen bei: 1) bei der Untersuchung Prostituirter oder anderer Frauen; 2) bei der Entscheidung der Frage, wann die Contagiosität der Blenorrhagie aufhört; 3) für den Augenarzt und 4) für den Gerichtsarzt.

Pauly-Berlin.

XIII. Die Cholera.

V.

1. Weiterer Verlauf der Epidemie in Südfrankreich.

Leider sind wir auch in dieser Nummer noch nicht im Stande, eine authentische Mortalitätsstatistik über den bisherigen Verlauf der Epidemie zu bringen, während für eine Morbiditätsstatistik offenbar noch die ersten Anfänge fehlen. Wir müssen uns daher damit begnügen, unabhängigen medicinischen Blättern glaubwürdige Mittheilungen zu entnehmen, so weit sie für den Verlauf der Seuche besonders in ihren Hauptheerden charakteristisch sind.

Nach dem übereinstimmenden Urtheil der Gazette hebdomadaire de médecine und der Gazette des hôpitaux hat sich die Situation in Toulon verschlechtert, sowohl der Zahl der Todesfälle nach als in Bezug auf die foudroyanten Fälle. Vom 17. zum 18. Juli wurden 36 Choleratodesfälle constatirt, vom 18. zum 19. Juli 41. Am 18. Juli befanden sich in den Militär-Spitälern 126 Cholerakranke, am 19. Juli in den Civil-Spitälern 157. Dazu kamen am 20. Juli 18 Neuaufnahmen.

In Marseille 56 Choleratodesfälle am 16./17., 58 am 17./18., 65 am 18./19, 57 am 19./20. Juli. Die Zahl der Choleratodesfälle hat sich auf 805 erhoben. Inzwischen sind weitere Choleratodesfälle vorgekommen in La Seyne, La Garde, Hyères, Pierrefeu, Nimes, Montpellier, Bessan bei Béziers, Valence, Sisteron, Basses Alpes, in welchem Departement noch weitere 3 Todesfälle constatirt wurden. Ueberall handelt es sich um Flüchtlinge aus Toulon und Marseille, und ist es nirgendwo zur Bildung neuer Heerde gekommen, ausser in Arles, wo am 17. Juli 3 und am 18./19. Juli 10 Todesfälle vorkamen. — In Paris nimmt die Cholerine etwas zu, jedoch ist der Gesundheitszustand immer noch ein durchaus befriedigender. Nur zwei Todesfälle an zweifellos sporadischer Cholera (zwei dekrepide 75jährige Greise) werden in der Woche vom 11.—17. Juli constatirt. —

Trotz des bisherigen Verlaufes der Epidemie bleibt Herr Fauvel bei seiner Ansicht. Wieder hat er einen Brief an die Akademie der Medicin gerichtet, in welchem er einerseits die lächerlichen Sperr- und sonstige Schutzmaassregeln aufs Neue beklagt, die man der Cholera entgegenstellt, immer wieder vergessend, dass in der letzten Instanz die intellectuelle Urheberschaft dieser Verirrungen der französischen epidemiologischen Schule und ihm selbst angehört. Herr Fauvel hebt dann weiter hervor, dass keiner der aus Toulon und Marseille nach anderen Orten verschleppten Fälle zu einer neuen Heerd-Bildung Veranlassung gegeben habe. Es sei so gut wie gewiss, dass die Epidemie sich nicht weiter verbreiten werde, trotz Virchow's entgegengesetzter Prophezeihung (V. hat die Weiterverbreitung nur für durchaus möglich erklärt. D. Red.). Er schreibt der Nicht-Contagiosität der in Toulon und Marseille herrschenden Krankheit es zu, dass sie sich nicht weiter verbreitet, und damit ist sie für ihn keine Cholera. Dass Fauvel's Schlüsse ganz hinfällig sind, brauchen wir unsern Lesern nicht erst darzulegen.

2. Wissenschaftliche Forschungen über den Cholerakeim.

1) Die Herren Straus und Roux haben, wie G. hebdomadaire berichtet, ihre Studien in Toulon beendet, welche sie zur Vervollständigung der von ihnen in Alexandrien begonnenen pathologisch-anatomischen Untersuchungen unternommen hatten. Sie bereiten eine ausführliche Abhandlung darüber vor, und sollen vorläufige Mittheilungen vorher nicht publicirt werden. Beide Gelehrte haben sofort nach ihrer Rückkehr in Paris im Laboratorium Pasteur's das gesammte von ihnen mitgebrachte Material noch ein Mal unter seiner Mitwirkung revidirt, damit sie in der Lage seien „nichts zu veröffentlichen, was nicht im rigorösesten Sinne wahr und wissenschaftlich annehmbar sei."

In derselben Nummer lüftet indessen Herr Lereboullet ein wenig den Schleier. Ihm zufolge haben die Herren Straus und Roux Koch's Entdeckung „zum Theil" bestätigt, dass man den Bacillus „beinahe" immer im Darmkanal des an Cholera Verstorbenen finde, in foudroyanten Fällen nur im Darminhalt, bei längerer Dauer der Krankheit auch in der Darmwand. Sie scheinen zu bestätigen, dass man den Bacillus isoliren und züchten könne, dass er bestimmte morphologische Eigenschaften und eine ihm eigenthümliche Art der Entwicklung besitze, so dass auch Straus und Roux zu dem Schlusse gelangen, man sei trotz des Mangels erfolgreicher künstlicher Uebertragungen sur la voie d'une nouvelle doctrine, qui pourra, dans un avenir plus ou moins prochain, éclairer d'un jour nouveau la pathogénie du choléra. (Etwas dunkel!)

2) Eine englische Cholera-Commission. Die DDr. Klein und Heneage Gibbes sind Seitens der englischen Regierung beauftragt worden, nach Indien Behufs wissenschaftlicher Forschungen über die Cholera sich zu begeben. Sie werden dort in Gemeinschaft mit der Commission arbeiten, welche vor einigen Wochen zu dem gleichen Zwecke Seitens der indischen Regierung eingesetzt ist.

3. Die französische Kritik der Koch'schen Cholera-forschungen.

Wir haben schon über die Auslassungen einiger Mitglieder der Academie referirt, besonders über die des sonst so beachtenswerthen Léon Colin. Selbst bei ihm tritt ein Moment in voller Schärfe, wie wir sehen, hervor, die geradezu erstaunliche Unkenntniss der französischen „Notabilitäten" mit den Resultaten der fremden, vor Allem der deutschen Forschung. Bekanntschaft mit der nicht französischen Literatur gehörte niemals zu den starken Seiten der französischen Medicin. In dem Decennium vor dem Kriege war darin allerdings eine Wendung zum Besseren unverkennbar, besonders was die deutsche medicinische Literatur anlangt. Seitdem hat das Hineintragen politisch-nationaler Tendenzen jede Verständigung erschwert. Besonders wenn es sich um den Wettkampf zwischen französischen und deutschen Forschern auf demselben Gebiete handelt, fehlt jenseit der Vogesen zumeist jede Unbefangenheit des Urtheils. Dafür giebt vollgiltiges Zeugniss ab die Haltung in der Controverse zwischen Pasteur und Koch über den Milzbrand, und wenn man die glänzende Entdeckung des letzteren zur Tuberculose schliesslich doch bestätigen musste, so giebt man sich doch bis heute Mühe, die „eigentliche" Priorität französischer Wissenschaft zu vindiciren. Geradezu beschämend für die Vertreter der französischen Wissenschaft ist aber ihre Haltung den Cholera-Forschungen Koch's gegenüber. In sämmtlichen uns zugehenden französischen Fachzeitschriften — nur Sémaine médicale macht eine rühmliche Ausnahme — haben wir vergeblich nach einer Analyse der Berichte Koch's gesucht. Und sollte man uns entgegenhalten, wir überschätzten letztere aus nationaler Voreingenommenheit, so fällt diese Supposition der einstimmigen Anerkennung gegenüber in sich zusammen, welche die ganz unparteiische medicinische Presse Englands ihnen hat zu Theil werden lassen. Wir in Deutschland werden uns niemals scheuen, wenn es sein muss, die Arbeiten eines Pasteur, eines P. Bert, Proust, Brouardel etc. zu bekämpfen, sie todtzuschweigen werden, wir niemals die leiseste Absicht haben.

Nun ist freilich dafür gesorgt worden, dass der in Frankreich gemachte Versuch, die Koch'schen Forschungen todtzuschweigen, kläglich misslang. Selbst in den Debatten der Pariser Academie machten sie sich geltend und Jeder war gezwungen, sich mit ihnen abzufinden. Aber die Unkenntniss rächte sich bei den hochmögenden Akademikern und war nicht im Handumdrehen wieder gut zu machen. Nur so ist es zu verstehen, dass man die Berichte unwissender Reporter über Koch's angebliche Aussprüche für baare Münze nahm und an ihnen eine sehr wohlfeile Kritik ausübte. Auch hier freilich sehen wir den auffälligen Unterschied zwischen der Capitale und der Provinz, der sich ja auch sonst so bemerklich macht. Die Collegen in Toulon und Marseille haben dem deutschen Forscher freundlichstes und sympathisches Entgegenkommen gezeigt, haben gern von ihm gelernt, während man in Paris die Miene annahm, als hätten sich vor dem Richterstuhl der unfehlbaren französischen Kritik die Resultate Koch's zu Nichts verflüchtigt. Natürlich befand sich Herr L. Pasteur unter den Triariern dieser allerdings sehr gemischten Cohorte. Bei ihm nehmen wir nicht einmal bona fides wie bei den übrigen Literaten an. Was er dem Figaro schriftlich mitgetheilt hat und seine mündlichen Ergänzungen dazu geben vollgiltiges Zeugniss dafür ab, dass er die Substanz der Koch'schen Berichte absichtlich ignorirt, um die ganz unzuverlässigen Referate über die Aeusserungen des deutschen Forschers, im Kreise französischer Aerzte zu Marseille zur bequemen Basis einer absprechenden Kritik zu machen, bei der er freilich der Gefahr trotzdem nicht entgangen ist, seine Unwissenheit wie seinen Mangel an Logik zu documentiren. Der Redacteur der Semaine médicale Mr. de Maurans muss sogar noch in der neusten Nummer seines Blattes die von Koch im Kreise der Aerzte zu Marseille ausgesprochenen Ansichten gegen die Kritik vertheidigen, welche in der Sitzung der medicinischen Gesellschaft dieser Stadt am 12. Juli geltend gemacht sind. Herr de Maurans, dessen Objectivität wir unsere volle Anerkennung zollen, weist darauf hin, dass die meisten Redner jener Sitzung sich nicht au courant der Resultate des deutschen Forschers gezeigt hatten, so wenig, dass einer von ihnen behaupten konnte, Koch habe im Wasser nie den Komma-Bacillus gefunden, während Semaine médicale in ihrer No. vom 10. April den betreffenden Bericht Koch's wörtlich publicirt hat. Man sollte doch die Documente wenigstens kennen, betont Herr de Maurans, ehe man sie kritisirt.

Wir in Deutschland können diesem ganzen Treiben ruhig zusehen. Dasselbe wird an der Thatsache nichts ändern, dass die Erkenntniss der Aetiologie der Infectionskrankheiten wesentlich auf deutschen Arbeiten beruht. Den Antheil Davaine's, Villemin's, Pasteur's, Chauveau's u. A. m. werden wir keinen Augenblick übersehen, behaupten aber, dass ihre Gesammtleistung den Vergleich nicht auszuhalten vermag

Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

zwischen der eines Henle, Griesinger, Virchow, Pettenkofer und desjenigen, der durch seine vollendet exacten Methoden erst die Möglichkeit gegeben hat, das Gebiet der pathogenen Mikroorganismen vollständig zu beherrschen.

XIV. Erklärung.

Die Aerztekammer des Regierungsbezirkes Wiesbaden hat uns am 6. Mai des J. ein Circular übersendet, in welchem sie den ärztlichen Vereinen Mittheilung darüber macht, dass sie sich der bekannten in der Berliner med. Gesellschaft am 30. Januar 1884 gefassten Resolution in Sachen der badischen Verordnungen, die Disciplinarkammer betreffend, anschliesst und somit ihre Missbilligung der betreffenden Bestimmungen ausspricht.

Dem gegenüber sehen wir uns zu folgender Erklärung veranlasst.

1) Wir erkennen in dem Umstande, dass die Entscheidung über etwaige Approbationsentziehung wesentlich in die Hände des von den badischen Aerzten frei gewählten ärztlichen Ausschusses gelegt ist, einen entschiedenen Fortschritt.

2) In der Zuziehung eines Verwaltungsbeamten als Vorsitzenden des ärztlichen Ausschusses für solche Fälle, in welchen derselbe als ärztliche Disciplinarkammer fungirt, können wir eine Beeinträchtigung der Freiheit des ärztlichen Ausschusses und ihrer Beschlüsse nicht finden. Dass eine ähnliche Mitwirkung eines Beamten bei der Anwaltskammer nicht stattfindet, hat darin seinen Grund, dass es sich bei den Anwälten um juristisch geschulte Kräfte handelt, während es für die Aerzte wünschenswerth erscheint, eines juristischen Beistandes bei den in Rede stehenden Fragen nicht zu entbehren. Die acht ärztlichen Mitglieder des ärztlichen Ausschusses dürften zudem dem einzigen nicht ärztlichen Mitgliede gegenüber stets hinreichend die Rechte und Interessen des ärztlichen Standes zu wahren im Stande sein.

3) Von einer disciplinaren Beaufsichtigung der Aerzte seitens des Staates, von welcher die seitens der Aerztekammer Wiesbaden's acceptirte Resolution der Berliner med. Gesellschaft spricht, ist somit weder für solche Fälle, in denen es sich um Approbationsentziehung handelt noch in anderen die Rede. Es entscheidet der von den badischen Aerzten selbst gewählte ärztliche Ausschuss, mit dessen Zustimmung ausserdem die Berufspflichten der badischen Aerzte als solche festgestellt wurden.

Die von einem Mitgliede der Berliner med. Gesellschaft beliebte Zusammenstellung der badischen Aerzte mit den Prostituirten weisen wir als unwürdig zurück.

4) Dass ein Missbrauch der dem ärztlichen Ausschusse zustehenden Befugnisse nicht stattfinden wird, dazu hegen wir das vollste Vertrauen. Bisher ist von denselben nur in einem Falle ein sehr gerechtfertigter Gebrauch gemacht worden, in welchem durch den ärztlichen Ausschuss einem Arzte, welcher durch gerichtliche Entscheidung zu Zuchthaus und zeitweiligem Verluste der Ehrenrechte verurtheilt war, die Approbation entzogen wurde.

Der ärztliche Kreisverein Mannheim-Heidelberg.
Lindmann. Peitavy.

XV. Oeffentliches Sanitätswesen.

Amtliches.

Preussen.

Ew. Hochwohlgeboren übersende ich im Anschluss an den Erlass vom 23. April d. J. anliegend ein Schema für die von den Medicinal-Beamten zu erstattenden Sanitätsberichte von einigen Bemerkungen, betreffend die Benutzung des Schema's, begleitet, mit dem ergebenen Ersuchen, das Schema sowie die bezüglichen Bemerkungen dem dortigen Regierungs- und Medicinalrath (Medicinal-Referenten) und sämmtlichen Kreis-Physikern mit der Anweisung mitzutheilen, dieselben fortan als Anhalt bei der Erstattung der Sanitätsberichte zu benutzen.

Was die Sanitätsberichte der Physiker betrifft, welche der Circular-Verfügung vom 3. Juli 1829 gemäss bisher vierteljährlich erstattet wurden, so bestimme ich, dass dieselben fortan jährlich, und zwar spätestens bis zum 1. April jedes Jahres für das Vorjahr erstattet werden, indem ich voraussetze, dass die Regierungen (Landdrosteien) von allen besonderen Vorgängen auf dem sanitären Gebiet, welche für sie von Interesse sein und namentlich ein schleuniges Eingreifen erfordern könnten, ohnehin durch die Kreisbehörden sofort Kenntniss erhalten werden.

Berlin, den 8. Juli 1884.

Im Auftrage: Greiff.

An sämmtliche Königliche Regierungs-Präsidenten und Landdrosten, sowie an den Königlichen Polizei-Präsidenten zu Berlin.

Schema
für die von den Medicinal-Beamten zu erstattenden periodischen Sanitätsberichte.

Einleitung.

Geographische Beschreibung des Bezirkes (Kreises) — Hydrographisches, Oreographisches, Geognostisches — Bevölkerung, Städte, Ortschaften.

1. Kapitel.

Meteorologische Beobachtungen. Hierzu auch Wasserstands- und Grundwasser-Beobachtungen, wo solche gemacht werden. — Ueberschwemmungen.

2. Kapitel. Bewegung der Bevölkerung.

1. Zahl der Einwohner (männlich — weiblich). 2. Geburten (männlich — weiblich; ehelich — unehelich; lebend — todtgeboren) — nach Monaten. 3. Zahl der Gestorbenenen (männlich — weiblich), nach dem Alter (für Kinder bis zu 1 Jahr ehelich — unehelich), nach den Monaten, nach den Todesursachen.

3. Kapitel. Gesundheitsverhältnisse.

a. Allgemeine Schilderung der Vorgänge der Berichtszeit.
b. Specielle Darstellung.

1. Infections-Krankheiten.

a. Cholera, b. Pocken, c. Typhus (Unterleibstyphus, Flecktyphus, Rückfallfieber), d. Ruhr, e. Diphtheritis, f. Scharlach, g. Masern, h. Keuchhusten, i. croupöse Pneumonie, k. Tuberculose, l. Kindbettfieber, m. contagiöse Augenentzündung, n. Syphilis, o. Zoonosen. (Eventuell andere bemerkenswerthe Infections-Krankheiten.)

Betreffs sämmtlicher dieser Krankheiten Verbreitung etwaiger Epidemien nach Ort und Zeit, Zahl der Erkrankungs- und Todesfälle; Art der Entstehung (Einschleppung, sanitäre locale Missstände), Wege der Verbreitung — Regelung und Wirksamkeit des Anmeldewesens, Art der Constatirung. Sanitätspolizeiliche Anordnungen, welche zur Abwehr drohender Epidemien und zur Tilgung der zum Ausbruch gelangten getroffen worden sind, — Impfgeschäft, Ueberwachung der Prostitution.

2. Kindersterblichkeit.

(Zustände (womöglich mit genauerer Statistik), besondere Ursachen, Ernährungsverhältnisse der Kinder im 1. Lebensjahr. Haltekinder und deren Beaufsichtigung.

3. Andere Krankheiten.

4. Kapitel. Wohnstätten.

1. Allgemeiner Charakter der menschlichen Wohnungen in den Städten und auf dem flachen Lande. Baupolizeiliche Vorschriften und Anordnungen von sanitärer Bedeutung. Vorgänge mit Bezug auf gesundheitswidrige Wohnungen.

2. Massenwohnungen von Fabrikarbeitern — Schlafstellen und Kostgängerwesen — Asyle für Obdachlose.

3. Art der Behandlung der unreinen Abgänge auf den Grundstücken und in den Ortschaften (menschliche und thierische Excremente, Haushaltungsabfälle und Abwässer), vorhandene Schmutzwasserleitungen (Rinnsteine — geschlossene Kanäle), Verbleib der Schmutzwässer.

Zustände — besondere Vorgänge. — Strassenreinigung, Pflasterung der Ortschaften.

5. Kapitel. Wasser.

1. Wasserversorgung der Ortschaften — Brunnen, Wasserleitungen — Controle derselben.

2. Oeffentliche Wasserläufe. Zustand derselben, event. Missstände, die sich aus der Verunreinigung ergeben haben; Maassnahmen.

6. Kapitel. Nahrungs- und Genussmittel. Gebrauchsgegenstände.

Art und Umfang der Controle des Verkehrs mit Nahrungs- und Genussmitteln — Untersuchungsanstalten, Schlachthäuser (öffentliche und private), sanitätspolizeiliche Beaufsichtigung des Betriebs — Ergebniss der Controle, Bestrafungen.

Dasselbe betreffs der Gebrauchsgegenstände im Sinne des Gesetzes vom 14. Mai 1879.

Vorkommenden Falles Mittheilung bemerkenswerther Gesundheitsschädigungen durch verfälschte oder verdorbene Nahrungs- und Genussmittel oder in Folge der Benutzung von gesundheitsschädlichen Gebrauchsgegenständen.

7. Kapitel. Gewerbliche Anlagen.

Art und Häufigkeit derselben. Neu Anlagen, namentlich mit Berücksichtigung der concessionspflichtigen (Gewerbe-Ordnung vom 21. Juni 1869 § 16.) Verhältnisse der jugendlichen Arbeiter. Unfälle (statistisch) und sonstige Gesundheits-Beschädigungen, welche in Bezug auf die Arbeiter und die Anwohnenden als Folge von Gewerbe-Betrieben bezw. gewerblichen Anlagen hervorgetreten sind. Maassnahmen zur Verhütung solcher Unfälle und Gesundheits-Beschädigungen — sonstige Vorgänge.

8. Kapitel. Schulen.

Bauliche Einrichtung derselben vom sanitären Standpunkt (auch Turnplätze), innere Einrichtung. Gesundheitszustand der Schüler. Vorgänge, Schliessung von Schulen aus sanitätspolizeilichen Gründen. Ferien-Kolonien, Kindergärten, Spielschulen.

9. Kapitel. Gefängnisse.

Sanitäre Einrichtungen in denselben, sanitäre Zustände, Sterblichkeit, Geisteskrankheiten bei Gefangenen.

10. Kapitel. Fürsorge für die Kranken und Gebrechlichen.

1. Art und Zustand der Armenkrankenpflege in Stadt und Land. Armenärzte, communale Krankenhäuser (Kreis-Lazarethe). Krankenhäuser anderer Art (öffentliche und private), heilgymnastische und orthopädische Anstalten. Sanitäts-Wachen und ähnliche Voranstalten zur Hülfeleistung bei Unglücksfällen.

(Zustände der Anstalten, Einrichtung, Art und Umfang der Wirksamkeit, Concessionirungen, Revisionen und sonstige besondere Vorgänge.)

2. Irrenhäuser. Oeffentliche und private Zustände, Concessionirungen, Beaufsichtigung, besondere Vorgänge.

3. Sonstige zur Heilung und Pflege von Siechen und Gebrechlichen dienende Anstalten.

4. Zustand der Krankenpflege. Geistliche Genossenschaften und weltliche Krankenpflege-Vereine. Krankenwärter- und Krankenwärterinnen-Schulen.

11. Kapitel. Bäder.

1. Oeffentliche Bade-Anstalten für warme und kalte Bäder. Schwimm-Anstalten. Sicherheits-Einrichtungen bei denselben.

2. Heilquellen. Art und Einrichtung derselben. Verkehr. Sanitäre Zustände in den Badeörtern.

12. Kapitel. Leichenschau und Begräbnisswesen.

Leichenschau. Fälle von Scheintod; Prämien für Wiederbelebung Scheintodter. Veranstaltungen zur Wiederbelebung Scheintodter. Begräbnissplätze (Einrichtung, Leichenhäuser, Begräbniss-Ordnung). Neu-Anlagen, Verlegung und Erweiterung von Begräbnissplätzen. Etwaige gesundheitsschädliche Einflüsse der Begräbnissplätze auf die Umgebung.

13. Kapitel. Medicinal-Personal.

1. Beamtete Aerzte. Personenwechsel und sonstige Vorgänge. Umfang der Thätigkeit in summarischer Zusammenstellung, a. in sanitätspolizeilicher, b. in gerichtsärztlicher Beziehung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Nicht beamtete Aerzte. Zahnärzte. Zahl der Vertheilung. Besondere Vorgänge. — Aerzte-Vereine und deren Thätigkeit. (Gewerbsmässiger Betrieb der Heilkunst durch nicht approbirte Personen.)

3. Apotheker. Vertheilung der Apotheken; Dispensir-Anstalten der Krankenhäuser, Hausapotheken der Aerzte, selbstdispensirende Homöopathen. — Neu-Anlage von Apotheken und Besitzwechsel. Revisionen und deren allgemeine Ergebnisse. Droguenhandlungen und Beaufsichtigung derselben. (Gesetzwidriger Arzneimittel- und Giftverkauf, Geheimmittel-Verkauf.) Apotheker-Vereine.

4. Hebammen. Zahl und Vertheilung, (Districts-Hebammen und frei practicirende). Zustand des Hebammenwesens. Beaufsichtigung, Nachprüfungen, besondere Vorgänge. Hebammen-Lehranstalten und deren Thätigkeit.

(Gewerbsmässige Ausübung der Hebammenkunst durch nicht approbirte Personen; Bestrafungen deswegen.

5. Heilgehülfen. Unterricht, Prüfung.

(Schluss folgt.)

XVI. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg 18.—23. September 1884.

(Schluss aus No. 30.)

Psychiatrie und Neurologie. 1) Herr Dr. Mendel-Berlin: „Hysterische Psychosen beim männlichen Geschlecht." 2) Herr Prof. Dr. Berger-Breslau: „Zur Pathologie der Tabes." 3) Herr Prof. Dr. Hitzig-Nietleben-Halle: Thema vorbehalten. 4) Herr Prof. Dr. Binswanger-Jena: Thema vorbehalten. 5) Herr Dr. Paetz-Alt-Scherbitz: „Ueber den Werth der agricolen Irrenanstalten für die Behandlung der Geisteskranken und insbesondere über die Einrichtung der Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Rittergut Alt-Scherbitz in der Provinz Sachsen." 6) Herr Prof. Dr. v. Gudden-München: a. „Ueber Neuroparalytische Entzündung." b. „Ueber die Kerne des N. acusticus." c. „Ueber das Corpus mamillare." 7) Herr Dr. Kahlbaum-Görlitz: „Ueber eine besondere klinische Form des moralischen Irreseins." 8) Herr Dr. Guttstadt-Berlin: „Die Ursachen der Geisteskrankheiten im jugendlichen und im höheren Lebensalter." 9) Herr Dr. Hasse-Königslutter: „Ueber die Beziehungen der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane zu den Geistesstörungen." 10) Herr Dr. Jahn-Merzig: „Beitrag zur Schulhygiene: Pubertätszeit und Schülerüberbürdung." 11) Herr Dr. Grashey-Deggendorf: „Ueber die Blutbewegung im Schädel." 12) Herr Prof. Dr. Seeligmüller-Halle: a. „Ueber Hemianästhesie." b. „Ueber Myelitis der Säufer." 13) Herr Dr. Fränckel-Bernburg: „Ueber Degenerationserscheinungen bei Psychosen." 14) Herr Prof. Dr. Strümpell-Leipzig: „Acute Encephalitis der Kinder" (cerebrale Kinderlähmung). 15) Herr Dr. Knecht-Colditz: „Das Verhalten gelähmter Glieder im epileptischen Anfall." 16) Herr Dr. Möbius-Leipzig: Thema vorbehalten. 17) Herr Dr. Eyselein-Blankenburg am Harz: „Ueber den Einfluss der Witterungsverhältnisse, speciell des Ozon auf das Allgemeinbefinden chronischer Nervenkranker nach fast 2000 Einzelbeobachtungen unter Zugrundelegung meteorologischer Tabellen." 18) Herr Dr. Pierson-Dresden: „Ueber Rinden-Encephalitis der Kinder."

Otiatrie. 1) Herr Prof. Dr. Aug. Lucae-Berlin: Thema vorbehalten. 2) Herr Prof. Dr. Herm. Schwartze-Halle a./S.: Thema vorbehalten. 3) Herr Prof. Dr. Berthold-Königsberg i./Pr.: a. „Ueber Störungen in der Dämpfung des acustischen Apparats." b. „Ueber Nasenduschen mit Demonstration einer von mir construirten Olive zu einer Nasendusche resp. Nasenspritze." c. „Notiz zur operativen Behandlung von Geschwülsten in der Nase." 4) Herr Prof. Dr. A. Kuhn-Strassburg: Thema vorbehalten. 5) Herr Oberstabsarzt Dr. Trautmann-Berlin: „Anatomische und pathologische Mittheilungen zur Kenntniss des Nasenrachenraumes." 6) Herr Privatdocent Dr. H. Steinbrügge-Heidelberg: „Demonstration von Präparaten von Durchschnitten durch den menschlichen Vorhof." 7) Herr Privatdocent Dr. Kirchner-Würzburg: „Beitrag zur sogenannten Otorrhoea cerebralis." 8) Herr Privatdocent Dr. Bürkner-Göttingen: „Ueber Paracusis Willisiana." 9) Herr Dr. Benno Baginsky-Berlin: a. „Ueber die Druckverhältnisse des inneren Ohres." b. Demonstration von Präparaten, betreffend die Function der Gehörschnecke." 10) Herr Dr. Oscar Wolf-Frankfurt a./M.: „Ueber Metallvergiftungen und deren Beziehung zu den Affectionen des Gehörorgans." Derselbe wünscht Discussion über die Indicationen zur inneren und äusseren Eröffnung des Warzenfortsatzes. 11) Herr Prof. Dr. Voltolini-Breslau wünscht Discussion über den Zusammenhang der Lungen- resp. Kehlkopftuberculose mit Ohreneiterung.

Laryngologie und Rhinologie. 1) Herr Dr. Michel-Köln: „Die elektrolytische Behandlung der (malignen) fibrösen Nasenrachentumoren." 2) Derselbe empfiehlt zur Discussion das Thema: „Der Zusammenhang von Asthma, Migräne etc. mit Nasenleiden." 3) Herr Dr. Moritz Schmidt-Frankfurt a./M.: „Die Therapie der Laryngitis und Pharyngitis." 4) Herr Dr. Albert Jacoby-Magdeburg: „Beitrag zur galvanokaustischen Behandlung der Nasenkrankheiten." 5) Derselbe: „Ueber einen Ersatz der Nasendusche."

Oeffentl. Gesundheitspflege. 1) „Ueber Flussverunreinigung durch mineralische Effluvien." Beispiele aus Magdeburgs nächster Umgebung sind: Die hochgradige Verderbniss des Wassers in einigen Nebenflüssen der Elbe (Eine, Bode, Saale) in Folge des massenhaften Einfliessens salzhaltiger Laugen aus den grossen Kaliwerken und Sodafabriken Stassfurts, Aschersleben, Bernburgs. Referent: Herr Dr. Emmerich-München. Correferent: Herr Prof. Dr. Schreiber-Magdeburg. 2) „Die Licht- und Schattenseiten der Wasserversorgung der Städte aus den Flüssen." (Material: Die Erfahrungen bei Magdeburgs Wasserversorgung mit filtrirtem Elbwasser.) Referent: Herr Prof. Dr. Reichardt-Jena. 3) „Inwieweit hat sich die in verschiedenen Gegenden Deutschlands eingeführte obligatorische Trichinenschau zur Verhütung der Trichinenkrankheit bewährt?" (Wohl keine Gegend Deutschlands bietet zur Beantwortung dieser Frage einen reicheren Stoff als der, durch immer wiederkehrende, furchtbare Trichinenepidemien heimgesuchte Regierungsbezirk Magdeburg.) Referent: Herr Dr. Paul Boerner-Berlin. Correferent: Herr Dr. Brill-Magdeburg. 4) „Ueber Grundluft und Grundwasser in ihren Beziehungen zur Entstehung und Verbreitung epidemischer Krankheiten." Referent: Herr Prof. Dr. Soyka-München. 5) „Die Rauchplage in den Städten und die Mittel der Abhülfe." Referent: Herr Director Weinlig-Sudenburg-Magdeburg. 6) „Ueber die gesundheitlichen Nachtheile der städtischen Keller- und Hofwohnungen." Referent: Herr Bezirks-Physikus Dr. Jacobi-Breslau.

Militär-Sanitätswesen. Bis jetzt kein Vortrag angemeldet.

XVII. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Jena. Prof. Dr. Braun in Heidelberg hat den Ruf als ausserordentlicher Professor der Chirurgie in Jena angenommen. — Königsberg. Für den durch v. Wittich's Abgang vacant gewordenen Lehrstuhl der Physiologie, ist Prof. Herrmann aus Zürich einstimmig und primo loco vorgeschlagen. — Wien. Zum Nachfolger Prof. von Jaeger's ernannt zu werden, hat allem Anscheine nach Prof. Dr. L. Mauthner die meiste Aussicht, wenn auch die Supplirung der Lehrkanzel zuvörderst dem ältesten Docenten Dr. v. Reuss übertragen ist. in derselben Sitzung des medicinischen Professoren-Collegiums, in der man hierüber verhandelte, wurden auf Grund der betreffenden Comitéreferate die Privatdocenten Wölfler, Englisch, Hofmokl, Mauthner und Ultzmann dem Ministerium zur Ernennung als ausserordentliche Professoren empfohlen; ausserdem wurden drei neue Vorschläge eingebracht, und zwar wurden vorgeschlagen: von Professor v. Bamberger der Privatdocent und Primararzt Dr. Oser, von Prof. Nothnagel der Privatdocent und Primararzt Dr. Carl Bettelheim und schliesslich von Prof. Leidesdorf der Privatdocent Dr. Urbantschitsch.

— Die Conferenz über Schulhygiene, von der wir früher berichtet haben, wird bestimmt am 28. Juli bis 2. August in London stattfinden, und sind auch eine Reihe hervorragender deutscher Paediatriker dazu eingeladen worden. Das uns zugegangene definitive Programm entspricht den in dieser Wochenschrift publicirten vorläufigen Grundzügen durchaus. Unter den Referenten über die einzelnen Themata heben wir hervor Prof. de Chaumont, R. Brudenell Carter, Sir Jos. Fayne, S. Crichton Browne, Sir Andrew Clark, Prof. Michael Foster. Als Vorsitzende unter Anderen fungiren Sir James Paget, und George Buchanan.

— Die Pariser Akademie der Medecin hat Cornil an des verstorbenen Parrot Stelle zum ordentlichen Mitgliede für die sechste Section (pathologische Anatomie) gewählt und den hoch angesehenen englischen Militärarzt Dr. Longmore (in Netley) zu ihrem correspondirenden Mitgliede ernannt.

XVIII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Kreisphysikus Dr. Friedrich Albert Brand zu Geldern den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen.

Niederlassungen: Die Aerzte: Grumme in Wennigsen, Dr. Kliemann in Peine, Dr. Brand in Gnarrenburg, Dr. Wulff in Worpswede, Dr. Henrichs in Doerverden, Dr. Enlau in Frankfurt a. M., Dr. Herrmann in Homburg v. d. H., Ullmann in Westerburg.

Verzogen sind: Dr. Panckocke von Bisperode nach Grohnde, Dr. Scherf von Quackenbrück nach Bremervoerde, Dr. Rebs von Frankfurt a. M. nach Gotha, Dr. König von Oberursel nach Gonsenheim, Dr. Dieckmann von Wehrheim nach Schernberg, Dr. Liebert von St. Goar ins Ausland.

Apotheken-Angelegenheiten: Dem Apotheker Scherner ist die Verwaltung der Bartels'schen Apotheke in Wagenfeld übertragen worden, der Apotheker Camphausen hat die Verwaltung der Caelius'schen Apotheke in Brandoberndorf abgegeben. Der Apotheker Alfermann in Frankfurt a. M. hat die seither vom Apotheker Siebert verwaltete Jost'sche Apotheke daselbst und der Apotheker Hirschfeld die Alfermann'sche Apotheke in Frankfurt a. M. gekauft.

Verstorben: Dr. Caspari in Frankfurt a. M., Dr. Stahl in Berlin, Kreisphysikus Dr. Monski in Wongrowitz.

2. Baden.

(Aerztliche Mittheilungen No. 12 und 13.)

Niederlassung und Wohnungswechsel. Bouvus de Boer, approb. 1883, hat sich in Elzach niedergelassen; Arzt Ewerth ist von Elzach weggezogen; Arzt Dr. Fr. Freivogel von Sufflenheim nach Forbach, Arzt Gernandt von da verzogen; zu Herbolzheim hat sich Arzt Moses Kaufmann, approb. 1884, zu Tauberbischofsheim Arzt K. Henrici, approbirt 1884, niedergelassen.

Ernennung. Bezirksarztstelle zu Ettenheim dem Bezirksarzt Dr. H. Ritter in Messkirch übertragen.

3. Bayern.

(Aerztl. Intelligenzblatt No. 30.)

Functionsenthebung und Auszeichnung. Prof. der Hebammenschule in München Dr. Ignaz Schmitt auf sein Ansuchen von der Function eines Repetitors der Hebammenschule enthoben und Titel und Rang eines k. Medicinalrathes verliehen.

Quiescirung. Der k. Landgerichtsarzt Dr. Friedrich Osann in Hof wurde seiner Bitte entsprechend wegen nachgewiesener physischer Gebrechlichkeit unter Anerkennung seiner mit Eifer und Treue geleisteten Dienste in den dauernden Ruhestand versetzt.

Gestorben. Der practische Arzt Dr. Adam Barthelmess in Nürnberg; Dr. M. L. Medicus. k. Bezirksarzt a. D.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besondere Beilage

zu

No. 31 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Ueber den heutigen Stand der Syphilis-Behandlung.

Von

Dr. Th. Görges.

Es ist keine kleine Aufgabe, wenn ich es versuche, Ihnen über den heutigen Stand der Syphilis-Therapie eine kurze und übersichtliche Darlegung zu geben. Denn trotz der allgemein anerkannten Bedeutung dieser internationalen Krankheit, und trotz der zahlreichen und sorgfältigen Arbeiten gerade auf diesem Gebiete ist eine Einigung in der Behandlung noch immer nicht erzielt, und nicht nur jedes Volk, sondern auch jeder Specialist folgt seiner eigenen Methode und hält mit zäher Hartnäckigkeit an seiner Behandlung als der besten, fest.

Bei der fast in's Unermessliche angewachsenen Literatur habe ich mich daher darauf beschränkt, nur die Ansichten der hervorragendsten Syphilidologen hervorzuheben, und nur die neuesten Behandlungsmethoden einander gegenüberzustellen, so dass ich um Ihre gütige Nachsicht bitte, wenn ich nicht völlig erschöpfend auf alles eingehe. Ehe ich jedoch zu den jetzt üblichen Methoden der Syphilis-Behandlung übergehe, wird es zunächst nöthig sein, über das Wesen und die Ursachen der Syphilis einiges voranzuschicken. Denn wenn man auch in praxi sehr wohl rein nach den jeweiligen Erscheinungen, welche eine Krankheit darbietet, symptomatisch verfahren kann, so verlangt doch die Aufstellung einer bestimmten, specifischen Behandlungsmethode, welche auf Wissenschaftlichkeit Anspruch erheben will, dass man nicht nur in pathologisch-anatomischer Beziehung genau orientirt ist, nicht nur die durch die Krankheit hervorgerufenen Veränderungen genau kennt, sondern dass man auch die sie bedingenden Ursachen weiss, respective sich über dieselben eine klare Meinung, sei es auf dem Wege der Erfahrung, sei es auf dem des Experiments, gebildet hat, auf deren Boden man zur Behandlung übergehen kann. Auch ist es von Wichtigkeit, sich darüber klar zu sein, ob wir in der Krankheit eine Gefahr für die Umgebung erkennen, ob wir sie für infectiös oder contagiös halten dürfen und müssen; und endlich muss bei der Behandlung darauf Rücksicht genommen werden, ob wir nur die Symptome bekämpfen, oder ob wir die Krankheit selbst angreifen event. zerstören können.

Leider tritt uns bei der Beantwortung dieser Fragen sofort ein Heer von verschiedenen Ansichten und Meinungen gegenüber. Jedoch können wir eins sofort als fest annehmen: Die Syphilis ist eine chronische Krankheit mit acutem Beginn, aber schleichendem Verlauf. Nur in den seltensten Fällen erschöpft sie sich, nachdem sie in kurzer Aufeinanderfolge Primäraffect und secundäre Erscheinungen gesetzt hat, um dann für immer zu erlöschen. Meist zieht sie sich mit kürzeren oder längeren Pausen über Jahre dahin, um entweder schwächer und schwächer werdend allmählich abzusterben, oder mit immer neuen, immer schwereren Attaquen die Gesundheit des Befallenen zu untergraben und über kurz oder lang zum Tode zu führen.

Es ist daher begreiflicher Weise die Meinung eine weit verbreitete, dass wir es mit einer Dyskrasie zu thun haben, ähnlich der Skrofulose, welche wie diese erblich ist und bei den Nachkommen wieder dieselbe Krankheit herbeiführt. Als richtig ist aber diese Ansicht nicht anzusehen, sondern die Syphilis ist im Gegentheil eine reine Infectionskrankheit und mit allen Merkmalen einer solchen ausgerüstet. — Hierfür sprechen verschiedene Gründe: In erster Linie die Uebertragbarkeit und die Ueberimpfbarkeit, welche mit den minimalsten Mengen des Krankheitsträgers zu bewerkstelligen ist. Ferner die ganz bestimmte Incubationszeit, welche nach erfolgter Impfung oder Infection verfliesst. Auch die immer in typischer Reihenfolge mit acutestem Beginn auftretenden Erscheinungen sprechen für die infectiöse Natur der Syphilis. Bei keiner dyskrasischen Krankheit finden wir im Verlaufe von wenigen Stunden so plötzlich, so unvermittelt eine neue Erscheinung, ein neues Symptom wie gerade bei der Lues. Endlich ähnelt die oft so charakteristische Lymphangitis, welche sich an ein Primärgeschwür anschliesst, mit der nachfolgenden Drüsenschwellung nur zu sehr den allbekannten Vorgängen bei anderen Infectionen, bei Vergiftungen durch Leichengift, phlegmonösen Entzündungen etc.

Andere Gründe, welche lange Zeit gegen eine infectiöse Natur der Syphilis herangezogen wurden, sind bei näherer Untersuchung auch nur eine Stütze für dieselbe. Hierher gehört die Heredität der Syphilis. Die letztere ist wohl einfach als eine Impfung aufzufassen, indem sich das Gift entweder durch das Ei, oder durch ein inficirendes Spermatozoon oder durch die Placenta überträgt. Was die erblichen Krankheiten auszeichnet, ist ja die Variabilität der Krankheit, während bei den durch Impfung oder Infection bewirkten die Identität der hervorgerufenen Krankheit mit der hervorrufenden in's Auge fällt. Und während bei erblichen Krankheiten sich die Dyskrasien in der Familie fortpflanzen, wird die Syphilis immer nur auf die erste Generation übertragen.

Die Constitutionsanomalien bei Kindern syphilitischer Eltern erklären sich endlich leicht dadurch, dass die Syphilis bei den Eltern eine allgemeine Schwäche hervorruft, welche ihrerseits bei den Kindern dann Prädispositionen erzeugt.

Auch den chronischen Verlauf der Syphilis hat man gegen die infectiöse Natur angeführt. Aber weder die Chronicität der Symptome, noch die krankhaften Gewebswucherungen, noch die allmählich entstehende Schwellung der Drüsen kann man als Beweis für die Dyskrasie gelten lassen. Aehnliches sehen wir ja auch bei anderen Infectionskrankheiten, wie z. B. bei der Tuberculose. Und doch zweifelt hier wohl Niemand mehr, sie zu den Infectionskrankheiten zu rechnen.

Fassen wir die Urtheile der neueren und namhaftesten Forscher auf diesem Gebiete zusammen, so handelt es sich bei der Syphilis um die Ueberimpfung eines fixen Contagiums. Wie sich das in den Organismus eingedrungene Gift verhält, wie es seine Wirkung entfaltet, und wo es seinen Sitz hat, das alles liegt noch heute trotz genauer und zahlreicher Untersuchungen und trotz aller Experimente so sehr im Dunkeln, dass alle Ansichten schliesslich mehr oder weniger nur auf allerdings wahrscheinliche Hypothesen hinauslaufen.

Immerhin lassen sich die Erscheinungen der Syphilis am natürlichsten und ungezwungensten erklären, wenn man mit Bäumler, Zeissl, Fournier etc. annimmt, dass auch bei der Syphilis niedrigste Organismen, wie bei der Tuberculose, die Träger des Giftes sind, und durch ihre Ausbreitung und Vermehrung die specifischen Wirkungen hervorbringen. Wenn Wilhelm Müller in seinem kürzlich erschienenen Buche daran festhält: „Dass der Träger des syphil. Virus ein organisches Element, eine Zelle sei, welche sich weiterpflanzt und den Körper ebenso durchwandert wie die Trichina spiralis oder der Blasenwurm“, so ist das zwar eine eigenartige, völlig isolirt stehende Hypothese, aber zugleich eine solche, welche viel weniger zur Klärung der Verhältnisse beiträgt, als die obige. Im Gegentheil, wir mögen aus den uns bekannten Krankheiten auswählen zum Vergleiche, welche wir wollen, immer muss die Aehnlichkeit der Syphilis mit anderen Infectionskrankheiten, mit Pocken, Milzbrand etc. auffallen nnd auf die gleiche Entstehungsursache hinweisen.

Obgleich nun oft genug von dem Auffinden der Syphilis-Bakterien berichtet wird, ist es bis zur Stunde noch nicht gelungen, ihren stricten Nachweis zu führen. Auch die Lostorfer'schen Körperchen haben sich als etwas anderes herausgestellt.

Gehen wir nun von der Hypothese aus, dass die Syphilis durch Bakterien unterhalten, durch diese übertragen wird, und dass diese nur infectiös, nicht contagiös wirken, mit anderen Worten, dass das syphilitische Gift als ein fixes an niederen Organismen haftet und nur durch directe Uebertragung in Action treten kann, so müssen wir uns fragen, ob es möglich ist, die Entwicklung des Giftes zu hindern, oder wenn es bereits zur Wirkung gelangt, durch eine eingreifende

Digitized by Google · Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Behandlung der Krankheit dies Gift unwirksam zu machen und das befallene Individuum zu seinem status quo ante zurückzuführen.

Von Vorne herein sollte man annehmen, dass, wie der Vergleich mit anderen Infectionskrankheiten zeigt, dieses möglich ist. Sowohl bei der Malaria, wie beim Gelenkrheumatismus besitzen wir im Chinin und in der Salicylsäure Medicamente, welche, wie wir annehmen müssen, die Wirksamkeit des aufgenommenen Infectionsstoffes aufheben. Wie sie dies thun, ob durch directe Zerstörung des Giftes in der Blutbahn, ob durch eine durch die Mittel bedingte, grössere Widerstandsfähigkeit der einzelnen Organe, ist eine zweite Frage. Freilich stehen auf der anderen Seite zahlreiche Infectionskrankheiten, deren Verlauf, wie bei der Pneumonie, beim Scharlach wir wohl beeinflussen können in dem Grad der Erscheinungen, die wir aber weder zu coupiren, noch deren Dauer wir irgendwie abzuändern im Stande sind.

Wie steht es damit bei der Syphilis?

Zunächst müssen wir constatiren, dass auch hier Fälle vorkommen, in denen sie ohne jede Anwendung von Mitteln zur Heilung kommt. Sowohl Bäumler, wie Sigmund, Zeissl und Fournier geben dies einstimmig an, wenn es auch vor allen Autoren als die Ausnahme betrachtet wird.

Was die weitere Frage betrifft, ob wir im Stande sind den Ausbruch der Syphilis zu verhindern, sie zu coupiren, so werde ich später bei der Besprechung der einzelnen Behandlungs-Methoden darauf zurückkommen. Für jetzt möchte ich noch die Frage überhaupt bejahen, ob es möglich ist, mittelst irgend einer Behandlung die Syphilis völlig zu heilen.

Beispiele hierfür können wir in jedem einschlägigen Werke finden, es herrscht wohl darüber kein Zweifel. Ganz anders stellt sich aber die Frage, wenn wir entscheiden sollen, ob in einem gegebenen Falle mittelst irgend einer Behandlung die Syphilis in gegebener Zeit radical heilbar ist. Hier können wir — und wenn wir aufrichtig sind, müssen wir es sogar sagen — dass wir in keinem Falle dem Betroffenen die positive Gewissheit geben können, er sei nach so und so viel Jahren, oder nach so und so langer Behandlung nun sicher und unzweifelhaft geheilt. Ein Blick in die bezügliche Literatur belehrt uns über die Richtigkeit dieser Thatsache. Wie oft werden Fälle erzählt, wo ein anscheinend Geheilter nach langen, oft nach 20 und mehr Jahren plötzlich sich mit einem Gumma cerebri oder mit einer schweren Erkrankung des Centralnervensystems auf syph. Basis vorstellt, der längst von seiner Krankheit geheilt schien. Es ist daher nöthig, immer und immer wieder darauf hinzuweisen, dass wir wohl Mittel besitzen, die Erscheinungen der Syphilis in den bei weitem meisten Fällen zum Schwinden zu bringen, dass wir wohl durch eine länger fortgesetzte Behandlung mit Wahrscheinlichkeit hoffen lassen dürfen, dass die Syphilis erloschen sei, dass wir aber weder von Anfang an aus den heftigeren oder milderen Erscheinungen irgend einen Schluss auf den weiteren Verlauf ziehen dürfen, noch nach längerer Behandlung und bei Abwesenheit aller und jeglicher Symptome nun mit Sicherheit behaupten können, der Betreffende sei gänzlich geheilt.

Wenn wir offen sein wollen, dürfen wir streng genommen erst nach dem Tode des Betreffenden dies behaupten. Denn selbst die sonst als sicher für die Heilung angesehene Thatsache, dass ein früherer Syphilitiker gesunde Kinder erzeugt, lässt unter Umständen im Stich. Es giebt zu den Lebzeiten des Betreffenden eigentlich nur ein sicheres Zeichen, dass die Syphilis völlig erloschen ist: das ist die Reinfection. Und da diese doch nicht mit Absicht herbeizuführen ist, so müssen wir eben eine absolute Sicherheit in der Beantwortung der Frage stets ausschliessen.

Da aber beglaubigte Fälle von Reinfection vorhanden und ausserdem Fälle genügend bekannt sind, wo früher Angesteckte während des ganzen Lebens bis in's hohe Alter gesund geblieben, gesunde Kinder gezeugt, und seit dem ersten einmaligen Auftreten der Syphilis nie wieder Erscheinungen gehabt haben, so dürfen wir auch diese Fälle mit heranziehen. Wir dürfen demnach die Frage, ob wir Mittel besitzen, die Syphilis zu beeinflussen, resp. zu zerstören, ebenso wie die Frage nach der Heilbarkeit der Syphilis bejahen und können uns nun, nachdem wir einen bestimmten Träger der Syphilis angenommen haben, zu der weiteren Frage wenden, welche Behandlungsmethoden die heutige Syphilis-Wissenschaft anwendet.

Wir können ganz im Allgemeinen die Behandlungsmethoden der Syphilis mit Zeissl eintheilen in die exspectative und in die medicamentöse. Als 3. müssen wir die neuerdings wieder in Aufnahme gekommene s. g. Abortiv-Methode mit in den Kreis unserer Betrachtungen ziehen. Wir wollen zunächst auf diese 3. näher eingehen. Sowohl Ricord wie Sigmund hatten behauptet, dass es möglich sei, der constitutionellen Syphilis vorzubeugen, wenn man innerhalb 5 Tagen nach der Entstehung das primäre Ulcus tief und nachdrücklich ätze; beide kamen aber später zu dem entgegengesetzten Resultat. Fast alle namhaften Forscher gelangten zu demselben Ergebniss, dass diese Methode den Ausbruch der constitutionellen Syphilis nicht verhindere und daher nutzlos sei. Erst in den letzten Jahren ist die Frage der Abortiv-Behandlung durch Excision der Induration besonders von Ausspitz und Unna wieder aufgenommen und wenigstens theilweise von günstigem Erfolge gekrönt worden. Ich selbst habe mehrere Fälle, die alle innerhalb der ersten 3 Tage nach Entstehung des Primäraffectes mittelst Excision behandelt wurden, in der hiesigen Lassar'schen Poliklinik beobachtet und auch selbst 2 solche Fälle operirt, bei denen das Resultat allen Erwartungen entsprach. Obgleich in allen Fällen die syphilitische Natur der Induration zweifellos war, trat dennoch nach der möglichst ausgiebigen Excision kein weiteres Symptom der constitutionellen Syphilis ein. Traten sie aber dennoch ein, so waren die Erscheinungen auffallend leicht und milde. Freilich äussern namhafte Autoren ihre Zweifel; Zeissl, welcher selbst vielfach Versuche in dieser Richtung angestellt hat, verwirft diese Abortiv-Methode vollständig und ebenso gehen z. B. Drysdale u. a. völlig mit Stillschweigen über diese Methode hinweg, oder stimmen dem abfälligen Urtheile Zeissl's bei.

Trotzdem sollte die Methode näher geprüft werden, da sie in keinem Falle schadet und nach Ausspitz auch mindestens eine Milderung der Symptome herbeiführt, wenn sie den Ausbruch der eigentlichen Syphilis nicht verhindert. Die Excision kann natürlich nur bei einer beschränkten Zahl von Fällen ausgeführt werden, nämlich, wenn die Lage der Induration günstig ist. In den meisten Fällen genügt eine locale Anästhesirung durch Aetherspray, obgleich man sicherer und besser operirt in Chloroform-Narcose. Die Operation muss unter allen antiseptischen Cautelen ausgeführt werden. Nach der Entfernung der Induration legt man eine fortlaufende Naht an, am besten mit Catgut, bedeckt die Wunde mit Jodoform und legt darüber einen gelinden Compressionsverband an. Nach 6—8 Tagen, wobei je nachdem inzwischen der Verband gewechselt ist, hat man unter günstigen Umständen eine Heilung per prim. vor sich.

Freilich tritt auch hier der Fall ein, dass die Wunde von Neuem indurirt. Aber selbst wenn unter 10 oder 20 Fällen auch nur einer gelingt, würde ich doch stets die Excision versuchen. Ich will bemerken, dass diese Methode, wie ich fest glaube, ebenso angebracht ist, wenn es sich um ein Ulcus molle handelt, dass also der Einwurf, ich befreie dann mitunter bei Schwierigkeiten in der Diagnose den Kranken von einem molle, kein stichhaltiger ist. Auch hier erlöse ich den Pat. in 8 Tagen von einer schmerzhaften und unangenehmen Affection, die sonst mindestens 14 Tage, oft 6 Wochen zur Heilung bedarf.

Sind bereits mehrere Tage verstrichen, sind beide Leistendrüsen schon geschwollen, oder ist das Geschwür so umfangreich, dass es nicht rein zu exstirpiren ist, so muss man davon absehen. Immerhin habe ich mich überzeugt, dass die Methode entschieden zu empfehlen ist.

Gehen wir nunmehr zu der exspectativen Behandlung über, so hat diese Behandlung in neuerer Zeit sehr eifrige und warme Fürsprecher gefunden. Nachdem Bärensprung in Berlin und Diday in Lyon die nicht mercurielle Behandlung der Syphilis empfohlen hatten, ist es jetzt vor allem Zeissl in Wien, welcher der exspectativen Methode den ersten Rang einräumt. „Die exspectative Behandlung, sagt er in seinem Lehrbuche, nimmt eine lange Zeit in Anspruch, um die Symptome der Syphilis zum Schwinden zu bringen, heilt aber in der Mehrzahl der Fälle die Syphilis definitiv. Nach der exspectativen Behandlung recidivirt die Syphilis sehr selten und namentlich seltener als bei einer frühzeitigen Mercurialkur."

Zugegeben, dass die meisten Fälle ohne jede Behandlung heilen, so muss doch jeder Practiker ohne Weiteres eingestehen, dass diese Art der Behandlung in der Praxis fast immer undurchführbar ist. Denn Zeissl sagt selbst: „Im Falle sich der Arzt zur exspectativen Behandlung entschliesst, darf er nicht hoffen, schon in wenigen Tagen oder Wochen die initialen und consecutiven Erscheinungen der Syphilis verschwinden zu sehen. Im Gegentheile, er muss sich mit einiger Geduld ausrüsten, denn in den allergünstigsten Fällen verstreichen wenigstens 2—6 Monate und darüber, ehe die Initialsclerose und die Folgeerscheinungen an der allgemeinen Bedeckung und der Schleimhaut schwinden."

Was hilft es, wenn diese Heilung dann fast immer nahezu eine definitive ist? Wohl in den seltensten Fällen wird es dem practischen Arzte erlaubt, ja nur möglich sein eine derartige Behandlung seinem Patienten auch nur vorzuschlagen; und wenn ein Pat. darauf eingeht,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so wird er es nur können, wenn er frei und unabhängig dasteht. Unter 100 Pat. sind sicher 99, welche wenigstens baldmöglichst von den äusseren sichtbaren Erscheinungen der Syphilis befreit sein wollen, und die einfach zu einem Anderen gehen würden, wenn man sie so behandeln wollte. Und Zeissl selbst giebt an, dass er in seinem Hospital meist gezwungen sei, diese Behandlung zu verlassen, weil er den Pat. nicht habe zumuthen können, diese Opfer an Zeit und Geld zu bringen. Gerade diese Gründe sind es, welche auch andere Kliniker bestimmt haben, sofort mit der medicamentösen Behandlung vorzugehen und die hygienische Behandlung zu verlassen.

Wenden wir uns nunmehr zu der medicamentösen Behandlung, so haben wir hier eine Reihe von Mitteln, welche noch heute in Gebrauch sind und angewandt werden.

Obenan steht unter ihnen das Quecksilber, und da dieses bei Weitem das Wichtigste ist, wollen wir zuerst seine Anwendung besprechen.

Zwei Arten in der Anwendung des Merkur dürfen wir unterscheiden: die Einverleibung in den Organismus durch die äusseren Bedeckungen und die innerliche Anwendung. Beide sind gleich verbreitet, beide zählen zahlreiche Anhänger, wenn man auch sagen darf, dass in Deutschland die erstere Anwendungsweise die gebräuchlichere ist. Dafür wird im Auslande die letztere Darreichung mehr geübt und seitdem Ricord das Protoioduretum so warm empfohlen hatte, wird das letztere ganz besonders in Frankreich angewandt. Ausser dem Protoioduretum wird auch das Deuteroioduretum gegeben, welches aber viel leichter Darmerscheinungen hervorruft und daher von Vielen ganz verworfen wird. — Das Hauptmittel für die innerliche Behandlung bildet das Sublimat, welches bald in Pillen, bald in Lösung verschrieben wird und fast allgemein als das werthvollste Mittel anerkannt ist. Jedoch muss man die Fälle für seine Anwendung genau aussuchen, da es eigentlich nur Erwachsenen gegeben werden sollte, die eine gesunde ungestörte Verdauung besitzen.

Von den gebräuchlichen ist noch das Calomel zu erwähnen, welches seine Hauptverwendung in der Kinderpraxis findet. Neuerdings ist endlich das Hg tannicum oxydulatum durch Lustgarten in Wien sehr warm empfohlen worden. Der Verf. giebt es in Dosen von 0,1 mit 4 Thl. Sach. lactis $^1/_2$—1 Stunde nach der Mahlzeit in Oblaten, um eine Reizung der Mundschleimhaut zu vermeiden. Später setzte er bei schwächlichen und zu Diarrhöe geneigten Personen noch Gerbsäure 0,05 hinzu. Unangenehme Nebenerscheinungen beobachtete L. nie, obwohl meist 0,3 — 0,4 täglich wochenlang fortgegeben wurden. Die Wirkung war eine prompte, so dass es vom Verf. den besten Hg-Präparaten zur Seite gestellt wird. Jedenfalls habe ich auch von anderer Seite bereits günstige Erfolge berichten hören, so dass diese zu weiteren Versuchen auffordern.

Es giebt allerdings noch eine ganze Reihe von Hg-Präparaten, welche zur Bekämpfung der Syphilis versucht sind; aber den eben genannten gegenüber haben sie alle mehr oder weniger nur untergeordnete Bedeutung, und ich darf daher wohl sogleich zu der anderen, der äusseren Einverleibung des Hg in den Körper übergehen.

Diese kann erfolgen durch Räucherungen, durch Bäder, durch Einreibungen und durch die subcutane Injection.

Die erstere Methode, die Räucherung, ist wohl so ziemlich der Vergessenheit anheimgefallen. Sagt doch auch Zeissl, dass er diese Art der Behandlung nur des klinischen Unterrichts halber versucht, sie aber bald wieder aufgegeben habe. In der That haben sie wohl kaum einen anderen Werth, als den des Studiums, da sie einmal ihrer Umständlichkeit halber für den practischen Arzt völlig unzweckmässig sind, und ihre Erfolge ausserdem viel zu unsicher erscheinen, als dass man versucht wäre, diese Methode noch zu empfehlen. Sowohl Dr. Kraus, wie Zeissl, wie Ricord sprechen sich übereinstimmend ungünstig aus. Dasselbe gilt mutatis mutandis von der Einlegung merkurhaltiger Suppositorien in den Darm.

Anders steht es mit den Bädern, zu denen ausschliesslich das Sublimat verwandt wird.

Jedoch haben auch die Sublimatbäder ihre bestimmten Indicationen: sie werden vor allem in der Kinderpraxis angewandt und hier mit dem besten Erfolge. Die Dosis Sublimat, welche dem Badewasser zugesetzt wird, schwankt nach der Menge des Wassers und nach dem Alter des Kindes von 0,1—0,5 und 2,0. Je nachdem wird das Bad 10 Minuten bis $^1/_2$ Stunde ausgedehnt und entweder täglich oder alle 2—3 Tage gegeben. Bei kleinen Kindern unter einem Jahre genügen nach meiner Erfahrung Bäder von höchstens 15 Minuten Dauer mit 0,1—0,5 Sublimat, die allerdings dann täglich oder jeden 3. Tag gegeben werden müssen.

Für Erwachsene sollten die Bäder nur in den seltensten Fällen zur Anwendung kommen. Denn einmal erscheint, wie Zeissl sagt, die Haut Erwachsener in ihrer Resorptionsfähigkeit bei den einzelnen Individuen sehr verschieden zu sein, dann aber kommt hinzu, wie Müller sehr treffend bemerkt, dass in der Privatpraxis wenige Pat. Gelegenheit haben werden, sich so häufige Bäder in bequemer Weise zu verschaffen, und dass es nicht ganz gleichgültig ist, den Laien ein solches Gift in solcher Menge in die Hand zu geben. Denn für ein einzelnes Bad sind bei Erwachsenen doch immerhin 8,0—15,0 Sublimat und mehr nothwendig, und sobald man Sublimat in solchen Mengen anwendet, tritt seine adstringirende Wirkung auf die Haut derart in den Vordergrund, dass eine Resorption nur sehr unvollkommen oder gar nicht erfolgt.

Es ist daher begreiflich, dass man trotz aller Angriffe, trotz der heftigsten Opposition immer und immer wieder auf das alte, bewährte Verfahren zurückgriff, auf die Schmierkur. Freilich hatte man es auch gelernt, das richtige Maass inne zu halten, sich zu beschränken, indem man einsah, dass es nicht darauf ankam, den Organismus möglichst mit Hg zu überladen, sondern ihm nur gerade so viel einzuverleiben, als er ertragen konnte ohne Vergiftungssymptome zu zeigen, und als nöthig war, die Erscheinungen zu beseitigen.

Die Art und Weise wie die Schmierkur geübt wird, ist im Grossen und Ganzen dieselbe. Zeissl lässt vor dem Beginn ein Bad nehmen und dann jeden Abend 2,0 Ung. Hydrarg. cin. an einer Körperstelle einreiben, deren er 6 verschiedene annimmt. Ist die Reihe durchgegangen, so beginnt er am 7. Tage wieder von vorne. Die Salbe wird wie beim Pomadisiren in die Hohlhand genommen und dann langsam und stetig so lange eingerieben, bis der grösste Theil der unter der Hand befindlichen Salbe verschwunden und in die Haut eingedrungen ist. Am Besten lässt man die Einreibung durch einen geübten Wärter vornehmen, der zur Vermeidung der Merkurvergiftung einen weichen, geölten Handschuh anzieht oder die Hand vorher mit Seife bestreicht. Im Nothfalle besorgt der Pat. es selbst; auch hier sind gut anliegende Handschuhe anzuziehen, falls die Hände sehr rauh und hart sind.

Am zweckmässigsten ist es, wenn zur Beförderung der Resorption und im Interesse der Reinlichkeit die betreffende Einreibungsstelle hinterher mit einer Flanellbinde umwickelt wird. Jede Einreibung dauert beiläufig 15—20 Minuten. Es ist ohne Belang, die einzelnen Abweichungen in der Methodik näher zu beleuchten. Jedoch dürfte es auch hier zu empfehlen sein, wenn nicht nur jeden 7. Tag ein Reinigungsbad genommen würde, sondern täglich ein Bad vorher möglich wäre, worauf Pat. sich nach einstündiger zum Trocknen der Haut und zur Erwärmung nöthigen Bettruhe der neuen Einreibung zu unterziehen hätte.

Wie viele Einreibungen nöthig sind, hängt von jedem einzelnen Falle ab. Während Zeissl 12—16 als Minimum hinstellt, selten aber seinen Kranken mehr als 30 Einreibungen zuzumuthen pflegt, geben andere wie Müller 25 als die Mindestzahl, 35 als Mittelzahl und 45—50 als Maximalzahl an. In der hiesigen Charité werden ebenfalls 30—35 Einreibungen gemacht.

Von grosser Wichtigkeit ist bei jeder Hg-Behandlung, vor allem aber bei der Inunctionskur eine strenge Regulirung der Lebensweise neben passender Diät und Reinlichkeit. Dass die Pflege des Mundes und der Zähne eine hervorragende Rolle spiele, darin sind alle einig. Es ist nicht nur nothwendig, für eine Reinigung der Zähne mittelst Bürste und Zahnpulver nach jedesmaliger Mahlzeit zu sorgen, nicht nur nöthig, eine wiederholte Reinigung des Mundes mit irgend einem adstringirenden oder desinficirenden Mundwasser vornehmen zu lassen, sondern, wenn irgend angängig, sollte auch jedesmal vor der Cur eine sorgfältige Ausbesserung der Zähne vorgenommen werden.

Ueber die Lebensweise, die Diät schwanken die Ansichten. Dass erstere möglichst geregelt werden muss, dass bestimmte Stunden für die Mahlzeiten inne gehalten werden, bestimmte Zeit für den Schlaf erforderlich ist, darüber herrscht wohl ziemliche Uebereinstimmung. Nicht so über die Diät und die Bewegung in freier Luft. Bäumler, Zeissl u. A. gestatten dem Kranken bei der inneren Hg-Behandlung, wie bei der Frictionskur, Nahrung in mässiger Quantität, jedoch in guter Qualität. Sie untersagen alle blähenden Gemüse, vor allem Obst und vegetabilische Säuren enthaltende Speisen, ebenso sodahaltige Getränke. Auch verbieten sie jeglichen Genuss des Rauchens. Bewegungen in freier Luft sind nur für einige Stunden bei günstigem Wetter in der wärmeren Jahreszeit gestattet, jedoch muss für gute und frische Luft in den Krankenzimmern möglichst gesorgt werden. Immerhin hat man den Pat. gegen die früheren Entziehungskuren erhebliche Concessionen gemacht, und im Allgemeinen darf man wohl sagen, dass in der Praxis die Einschränkungen für den Pat. noch bei Weitem geringer sind. Auch kann man Dr. Müller nur voll und ganz

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beistimmen, wenn er sagt: „Es muss sohin bei jeder Behandlungsweise der Grundsatz gelten: der Kranke bleibe möglichst bei seinem gewohnten Verhalten; er werde so gut genährt, als es ihm seine persönlichen Verhältnisse gestatten; es werde ihm alles gegeben, was zur Erhaltung und Förderung seiner normalen Functionen dienlich ist; es werde ihm nichts entzogen, was nicht im Interesse des Heilverfahrens factisch geboten wäre. Man muss also den Kranken die entsprechende Quantität von Nahrungsmitteln und Genussmitteln gewähren, man muss ihnen auch den Tabakconsum erlauben und man darf ihnen ebensowenig bezüglich der Bewegung in freier Luft, der Beschäftigung und Zerstreuung eine unnöthige Einschränkung auflegen."

Im Vorstehenden ist mit kurzen Worten der Standpunkt bezeichnet, welchen heute die meisten Aerzte in der Privatpraxis inne halten, und die Erfahrung zeigt, dass sowohl Arzt wie Publikum hierbei gut fahren. Dem Letzteren wird die sonst so schwere, an Entbehrungen, an Opfern, an materieller Schädigung so reiche Zeit der Behandlung minder qualvoll und freundlicher gestaltet; dem Arzte gewinnt diese humane und rationelle Behandlung das Vertrauen der Pat. und befähigt ihn mit weit grösserer Aussicht auf Erfolg den Kampf gegen die moderne Völkerpest aufzunehmen.

Es ist ja etwas anderes, ob man in einer grossen Klinik mit allen möglichen Factoren rechnen muss, oder ob man als practischer Arzt nur das Wohl des einzelnen Pat. im Auge hat. Und von diesem doppelten Gesichtspunkte aus betrachtet hat schliesslich auch der erstere Recht, wenn er gezwungen durch die Verhältnisse mehr schablonenmässig vorgeht und summarische Beschränkungen trifft, welche vielleicht nur für einzelne passend alle in gleicher Weise treffen.

Es versteht sich von selbst, dass damit nicht der Willkür Thür und Thor geöffnet sein soll; jeder Excess ist natürlich ebenso zu meiden, wie Unvorsichtigkeiten in der Ernährung, in der Kleidung etc. Unter Umständen wird es gewiss auch nöthig sein zeitweise den Tabaksgenuss ganz einzustellen, oder den Alkohol zu verbieten. Die Ausübung des Coitus ist natürlich immer ganz zu verbieten.

Jedenfalls ist diese möglichst geringe Aenderung der einmal gewohnten Lebensweise ganz besonders möglich bei der 3. Methode der äusseren Anwendung des Hg, bei der subcutanen Injection.

Obgleich dieselbe von allen Seiten hart angegriffen wurde und zum Theil noch ist, hat sie sich doch bereits unzählige Anhänger erworben, nicht allein weil sie eine genaue Dosirung des dem Körper einverleibten Hg gestattet, sondern auch weil sie von allen Methoden die reinlichste und bequemste ist und doch dabei völlig ihren Zweck erreicht. Hauptsächlich hat sie sich in Berlin eingebürgert, dem Ort, in welchem sie zuerst in grossem Maassstabe von Lewin angewandt und ausgebildet wurde.

In der hiesigen Charité wird zu der Injection folgende Lösung benutzt:

Solut. Sublim. 5,0 : 1000,0.
Natr. chlor. 10,0.

Die Spritzen fassen gewöhnlich 2,0, so dass eine ganze Spritze = 0,01 Sublimat enthält.

Die Einspritzungen werden entweder mit Aufhebung einer breiten Hautfalte in das subcutane Gewebe gemacht, gewöhnlich des Rückens, oder wie jetzt üblich in senkrechter Richtung in die Clunes, wobei die zu injicirende Flüssigkeit direct in's Muskelgewebe dringt oder doch unter die Haut kommt.

Die Zahl der Einspritzungen beträgt 40—30, im Wiederholungsfalle entsprechend weniger. Zur Injection wird meistens Sublimat benutzt, welches mit 5proc. NaCl versetzt wird. Auch Pepton-Hg von Bamberger ist viel angewandt, hat aber den grossen Nachtheil, dass es sich sehr leicht zersetzt. Das Hg bicyanetum, welches von Sigmund und Güntz empfohlen wurde, ist entschieden dem Sublimat nicht vorzuziehen wegen seiner Ableitung aus dem so äusserst giftigen Cyan.

Anders steht es dagegen mit dem kürzlich von Herrn Prof. Liebreich empfohlenen Hg-formamidatum. Zwar liegen mir nur wenige Publicationen über dieses Mittel vor, welche verschieden lauten. Dr. Müller sagt, dass dies Präparat keinen Vorzug habe vor dem einfachen Sublimat, indem es entschieden weniger wirksam und überdies schmerzhafter sei. Und Prof. H. Zeissl sagt: „Wir haben mit diesem Präparat zahlreiche Versuche gemacht. Was das Formamid anlangt, so können wir sagen, dass es sich in seiner Wirkung durchaus nicht von anderen Hg-Präparaten unterscheidet. Es bringt nämlich die Symptome mit der gleichen Raschheit zum Schwinden, ruft aber, ebenso wie die anderen Hg-Präparate leicht Salivation hervor, und treten die Recidive nach Formamidbehandlung ebenso häufig auf, wie nach der Anwendung anderer Hg-Präparate."

Dem gegenüber stehen aber sehr günstige Zeugnisse. Bekanntlich ging Liebreich von der Idee aus, ein Präparat herzustellen, welches nicht wie Sublimat, sich nach der Injection erst mit dem Eiweiss verbinde, um sich dann unter Einfluss der Alkalien allmählich wieder abzuspalten und nun in die Circulation zu gelangen. Er wollte ein Präparat herstellen, welches keine Verwandtschaft zum Eiweiss besitzt, direct in die Blutbahn gelangt und sofort an allen Stellen seine Wirksamkeit entfalten kann. Nun, nach meiner Erfahrung muss ich diesem Präparat entschieden eine schnellere Wirkung zusprechen, als dem Sublimat. Ich habe nie selbst schwerere Munderscheinungen, welche gewöhnlich doch so äusserst hartnäckig sind, so auffallend schnell, noch dazu ohne jegliche Lokalbehandlung schwinden und heilen sehen, als gerade beim Formamid. In keinem Falle hat es seinen Dienst versagt, und in den meisten Fällen schneller und sicherer gewirkt, als ich beim Sublimat gesehen habe.

Dasselbe sagen andere Beobachter, welche mit dem Mittel operirt haben. So spricht sich ein Dr. Stützer in Lüttich, welcher das Formamid mehrfach gebraucht hat, ausserordentlich günstig über dasselbe aus. Ebenso ein Militärarzt, welcher es in grösserem Maassstabe anwandte. Auch Prof. Neisser und ein Assistenzarzt in Würzburg rühmen die schnelle Wirkung und die absolut schmerzlose Anwendung.

Auf die sonstigen, zahlreichen Fälle, in denen Prof. Liebreich sowie ihm bekannte Aerzte dies Mittel anwandten, will ich nicht näher eingehen. Nur einen Fall möchte ich kurz anführen, da er als einer der ersten von Liebreich selbst behandelt und für die Wirkung des Formamid beweisend ist. Es handelt sich um einen Herrn im späteren Lebensalter, Anfang der Fünfziger, welcher sich eine syphilitische Infection zuzog. Nachdem derselbe an dem nicht unbeträchtlichen Primäraffect zwei Monate lang behandelt war, ohne dass irgend eine Besserung eintrat, und die nunmehrige Drüsenschwellung nebst einzelnen Roseolaflecken die Diagnose zweifellos gemacht hatten, wurde er vom 6. December an mit Formamid-Injectionen behandelt. Nachdem in unregelmässiger, aber schneller Folge 19 Injectionen gemacht waren — in den ersten Tagen täglich zwei —, waren sämmtliche Symptome verschwunden, und der Pat. konnte noch vor Weihnachten geheilt entlassen werden.

Obgleich beinahe fünf Jahre seitdem verflossen sind, hat sich seitdem kein einziges Symptom der Lues wieder eingestellt, und der Pat. gilt als völlig geheilt.

Was den zweiten Vorwurf anlangt, das Formamid sei schmerzhafter als Sublimat, so muss ich nach meinen Erfahrungen ebenfalls das Gegentheil behaupten. Unter den letzten zehn Privat-Patienten, welche ich mit Formamidinjectionen in die Glutäen behandelte, waren allerdings drei, welche über ziemlich heftige Schmerzen klagten. Trotzdem bemerkte ich nur bei einem, einer Frau, eine entzündliche Reaction, die sich schliesslich derart steigerte, dass ich die Injectionen aufgeben und zum Protojoduret greifen musste.

Bei den anderen Pat. trat eine entzündliche Reaction trotz der Schmerzen nur bei den letzten Einspritzungen auf und zwar nur so gering, dass sie bei zweitägiger Ruhe wieder zurückgegangen war. Bei den übrigen Pat. war nicht eine Spur von Reaction bemerkbar, ausser dass sie natürlich unmittelbar nachher ein Gefühl von Brennen und Spannen klagten, wie es nicht anders sein kann.

Meiner Ansicht nach kommt es bei jeder eintretenden, entzündlichen Reaction und bei jeder starken Schmerzempfindung nach Formamid- wie nach Sublimat-Injection einzig und allein auf die individuelle Empfindlichkeit an. Den Eindruck habe ich jetzt ganz entschieden gewonnen, nachdem ich in letzter Zeit mehr meine Aufmerksamkeit diesem Gegenstande zugewandt habe. Ausserdem kommt gewiss sehr viel auf das Präparat selbst an. Ein Dr. Biel in Russland — Pharmaceutische Zeitung vom 12. April h. a. —, welcher viel mit Formamid gearbeitet hat, schiebt ausdrücklich die Schuld einem fehlerhaften Präparat zu, wenn Schmerzen entstehen. Er giebt an, dass bei einem vorschriftsmässigen Präparat, wenn zu 5 ccm desselben eine J.K.-Lösung 1:20 tropfenweise unter Umschütteln zugesetzt wird, niemals eine rothe Färbung noch ein gleichgefärbter Niederschlag entsteht, sondern nur eine gelbliche Trübung; ausserdem muss die Reaction neutral sein, und eine Eiweisslösung 1:100 darf auf Zusatz des Präparates nicht gefällt werden. Ich setze natürlich voraus, dass die Injectionsspritzen auf das Peinlichste sauber und reinlich gehalten werden, so dass man in dieser Hinsicht sich keinerlei Versäumniss schuldig macht.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag № 32. 7. August 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Die Conferenz zur Erörterung der Choleratrage.

I.

Erster Sitzungstag.

Verhandelt Berlin, im Kaiserlich Deutschen Gesundheitsamt am 26. Juli 1884, Abends 6 Uhr.

Anwesend die Herren: Geh. Rath Prof. Dr. v. Bergmann, Generalarzt Dr. Coler, Geh. Rath Dr. Eulenberg, Docent Dr. B. Fränkel, Stabsarzt Dr. Gaffky, Geh. Rath Prof. Dr. Hirsch, Geh. Rath Dr. Koch, Geh. Rath Prof. Dr. Leyden, San.-Rath Dr. S. Neumann, Med.-Rath Dr. Pistor, Generalarzt Dr. Schubert, Geh. Rath Dr. Skrzeczka, Geh. Rath Dr. Struck, Geh. Rath Prof. Dr. Virchow, Reg.-Rath Dr. Wolffhügel.

Vor Eröffnung der Sitzung wurden von Herrn Koch einige mikroskopische Präparate, von denen Abbildungen beigefügt werden, sowie die Methoden der Präparation und des Verfahrens zur Cultur der Cholerabacillen gezeigt.

Die Präparation geschieht in der gewöhnlichen Weise. Es wird eine Schleimflocke aus der Dejection oder aus dem Darminhalt auf einem Deckglase ausgebreitet und getrocknet. Das Deckglas wird dann dreimal durch eine Gas- oder Spiritusflamme gezogen, mit einer wässrigen Lösung von Fuchsin oder Methylenblau übergossen und nach einigen Sekunden abgespült, um sofort mikroskopisch unter Benutzung eines Oelsystems $^1/_{12}$" und des Abbe'schen Beleuchtungsapparates untersucht zu werden.

Schnitte vom Darm, welcher in absolutem Alkohol gut gehärtet sein muss, werden am besten in einer starken wässrigen Methylenblau-Lösung 24 Std. lang oder unter Erwärmen eine kürzere Zeit gefärbt und dann in der gewöhnlichen Weise behandelt.

Der mikroskopische Nachweis allein genügt nur in verhältnissmässig wenigen Fällen zur Diagnose und es bedarf meistens zum sicheren Nachweis der Kommabacillen des folgenden Culturverfahrens.

Ein sehr kleines Schleimflöckchen wird in 10 ccm Nährgelatine (Fleischwasser-Pepton-Gelatine mit 10 Proc. Gelatinegehalt und schwach alkalischer Reaction) gebracht und darin durch Bewegen der Flüssigkeit vertheilt. Dann giesst man die flüssige Gelatine auf eine horizontal liegende Glasplatte, welche durch darunter befindliches Eis abgekühlt ist. Die mit einem sterilisirten Glasstabe ausgebreitete Gelatine erstarrt sehr schnell. Die Platte kommt dann unter eine feucht gehaltene Glasglocke, bis die Bakteriencolonien sich entwickeln, und wird mit Zeis A. A. Ocular 4 oder entsprechender Vergrössesung untersucht.

Herr Virchow eröffnet die Sitzung mit folgenden Worten:

Ich darf wohl ein paar Worte sagen, wie ich zu der Ehre komme, Sie hierher eingeladen zu haben. Die Berliner medicinische Gesellschaft hatte durch ihren Vorstand Herrn Koch wiederholt um einen Vortrag in Bezug auf die Cholera und seine reichen Beobachtungen darüber ersucht, und sie konnte auch anfangs die Hoffnung hegen, einen solchen Vortrag in einer Sitzung entgegenzunehmen. Es hat sich nachher herausgestellt, dass dem allerlei Schwierigkeiten entgegenstanden und Herr Koch selbst war der Meinung, es würde am nützlichsten sein, zunächst im kleinen Kreise dasjenige zu zeigen und zu erörtern, was von besonderem Interesse wäre. Da wir uns auch unmittelbar vor den Ferien befinden und eine weitere Mittheilung nach anderer Richtung schwierig ist, so haben wir geglaubt, es würde sich empfehlen, die Besprechungen, welche hier stattfinden, stenographisch aufnehmen zu lassen, natürlich unter der Voraussetzung der nachherigen freien Redaction der Einzelnen, und sodann diese Besprechungen, wie sie hier gehalten sind, den Hauptorganen der medicinischen Presse mitzutheilen, damit unsere ärztlichen Collegen einen möglichst authentischen Bericht erhalten. Es ist ja nach vielen Richtungen hin schon jetzt Klage zu führen über die Art, wie sich die Presse gewisser kursorischen Mittheilungen bemächtigt hat, und insofern ist es besonders wünschenswerth, eine authentische Form für die Publication zu wählen. Das ist der Grund, weshalb ich dem Wunsche des Herrn Koch nachgekommen bin und meinerseits die Einladungen erlassen habe. Ich begrüsse Sie auf das Freundlichste. Mehrere der Eingeladenen sind leider abwesend. Herr Unter-Staatssecretär Lucanus hat mir in einem Briefe sein Bedauern ausgedrückt, nicht anwesend sein zu können und auf der anderen Seite seine Freude darüber geäussert, dass diese Verhandlungen stattfinden, von denen er erwartet, dass sie auch für die practischen Maassnahmen, welche die Regierung vorzunehmen hat, gewisse Anhaltspunkte gewähren werden. Herr Präsident Sydow hat mich besonders beauftragt, sein Bedauern auszudrücken. Er ist schon gestern Abend abgereist. Ebenso sind mehrere andere Herren, die wir nicht unter uns sehen, verreist, nämlich die Herren von Lauer, von Frerichs, Mehlhausen und Kersandt.

Herr Koch hat für eine etwaige Discussion Sätze aufgestellt, ich setze aber voraus, dass wir zuerst zusammenhängende Mittheilungen aus seinem Munde erhalten werden.

Herr Koch: M. H.! Wir brauchen für sanitäre Maassregeln möglichst fest begründete wissenschaftliche Unterlagen. Es handelt sich dabei nicht allein um sehr kostspielige Einrichtungen, sondern auch um das Wohl und Wehe von vielen Menschen. Ganz besonders gilt dies für die Abwehr der Seuchen, mit welcher sich, wie man ohne Uebertreibung sagen kann, die wichtigsten sanitären Bestrebungen beschäftigen. Wir sollten deswegen voraussetzen, dass gerade in dem Kampf gegen Seuchen von ganz festen und wissenschaftlich durchgearbeiteten Grundlagen ausgegangen wird; aber leider ist das noch nicht überall der Fall und namentlich der Cholera gegenüber fehlt es an einer solchen festen Basis. Man hat allerdings eine Menge von Ansichten über das Wesen, die Verbreitungs- und Infectionsweise der Cholera bereits geäussert, und es sind verschiedene Theorien darüber aufgestellt; aber die Meinungen gehen doch noch soweit auseinander, sie stehen sich noch so schroff gegenüber, dass wir sie als Stützen, als Ausgangspunkt für unsere Maassnahmen zur Bekämpfung dieser Seuche nicht ohne Weiteres annehmen können.

So wird von der einen Seite behauptet, dass die Cholera eine aus Indien stammende specifische Krankheit sei; von der anderen Seite wird dies bestritten und gesagt, die Cholera könne auch spontan in anderen Ländern entstehen und sei nicht durch eine specifische Ursache bedingt. Der Eine nimmt an, dass die Cholera nur durch Kranke und deren Effecten verschleppt wird, der Andere lässt sie auch durch Waaren, gesunde Menschen, Luftströmungen verbreitet werden. Ebenso widersprechende Meinungen bestehen über die Bedeutung des Trinkwassers als Vehikel für den Infectionsstoff, über den Einfluss der Bodenverhältnisse, über die Frage, ob in den Dejectionen der Kranken der Infectionsstoff enthalten sei oder nicht, über die Dauer der Incubation. Alle diese Punkte sind aber gerade von der grössten Wichtigkeit für die Abwehr der Cholera und es wird nicht eher ein erfolgreiches Vorgehen gegen die Krankheit möglich sein, ehe nicht über diese Grundfragen der Cholera-Aetiologie eine Einigung erzielt ist.

Die Cholera-Aetiologie hat nun allerdings von den Fortschritten, welche wir in der Kenntniss von der Aetiologie anderer Infectionskrankheiten gemacht haben, wenig profitiren können. Jene Fortschritte haben sich hauptsächlich in den letzten zehn Jahren entwickelt, und gerade in dieser Zeit hat sich keine Gelegenheit geboten über die Cholera, wenigstens nicht in Europa oder den in der Nähe gelegenen Ländern, Forschungen anzustellen, und in Indien, wo die Cholera ja fortwährend Material zur Forschung hätte bieten können, hat sich Niemand gefunden, der sich mit dieser Aufgabe unter Zugrundelegung der neueren Untersuchungsmethoden beschäftigt hat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es war deswegen in dieser Beziehung nicht ungünstig, dass die Cholera im vergangenen Jahre in Egypten zum Ausbruch kam und damit die Gelegenheit geboten wurde, Studien über das Wesen und die Infectionsweise dieser Krankheit zu machen, ehe sie auf europäischen Boden übergriff. Diese Gelegenheit ist denn auch von verschiedenen Regierungen benutzt, welche Expeditionen zur Erforschung der Cholera dort hingeschickt haben.

Mir wurde der ehrenvolle Auftrag zu Theil, eine dieser Expeditionen zu führen.

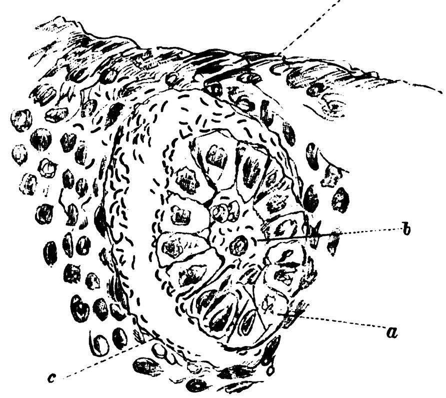
Als ich diesen Auftrag übernahm, war ich mir der Schwierigkeit der Aufgabe, die mir bevorstand, wohl bewusst. Man kannte eigentlich noch nichts von dem Cholerainfectionsstoff; man wusste nicht, wo man ihn suchen sollte, ob er etwa nur im Darmcanal oder im Blut oder sonst irgendwo seinen Sitz hatte. Man wusste ferner nicht, ob es sich in diesem Falle auch um Bakterien handeln würde, oder etwa um Sprosspilze, oder dergleichen, oder gar um thierische Parasiten, z. B. Amöben. Allerdings haben sich nach dieser Richtung hin nicht so bedeutende Schwierigkeiten gezeigt, als in einer anderen Beziehung, wo ich sie eigentlich am wenigsten erwartet hätte. Ich hatte mir nämlich das Bild des pathologischen Befundes ganz nach der Schilderung der Lehrbücher construirt und hatte angenommen, dass der Choleradarm eigentlich sehr wenig Veränderungen darbietet und dass er mit einer reiswasserähnlichen Flüssigkeit gefüllt sei. Die Sectionen, die ich früher gesehen hatte, waren meinem Gedächtniss schon halb und halb entschwunden, so dass ich diese irrige Anschauung nicht corrigiren konnte. Ich war deswegen anfangs etwas überrascht und unsicher, als ich im Darm ganz etwas anderes zu sehen bekam. Schon gleich bei den ersten Sectionen zeigte sich, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ausserordentlich tiefe und auffallende Veränderungen im Darm vorhanden waren. Andere Fälle wieder zeigten leichtere Veränderungen, und schliesslich bekam ich auch solche Fälle zu sehen, welche dem Typus, der in den Lehrbüchern aufgestellt ist, einigermaassen entsprachen. Es gehörte aber doch eine gewisse Zeit und eine Anzahl von Sectionen dazu, ehe es gelang, sich einen richtigen Ueberblick zu verschaffen und alle diese verschiedenen Veränderungen, die mir entgegengetreten waren, richtig zu deuten.

Ich will gleich hier bemerken, dass trotz der sorgfältigsten Untersuchung aller anderen Organe und des Blutes sich daselbst nichts gefunden hat, was auf das Vorhandensein eines Infectionsstoffes schliessen liesse. Das Interesse concentrirte sich also schliesslich auf die im Darm vorhandenen Veränderungen, und diese lassen sich ungefähr in folgender Weise gruppiren: Es kamen Fälle vor, in denen der untere Abschnitt des Dünndarms, und zwar am intensivsten unmittelbar oberhalb der Ileocoecalklappe und nach oben zu abnehmend, dunkelbraunroth gefärbt, die Schleimhaut mit oberflächlichen Hämorrhagien durchsetzt war. In manchen Fällen war die Schleimhaut sogar oberflächlich nekrotisirt und mit diphtheritischen Auflagerungen versehen. Dem entsprechend war auch der Darminhalt keine reiswasserähnliche, farblose, sondern eine blutig-jauchige, stinkende Flüssigkeit. Andere Fälle zeigten einen allmäligen Uebergang zu weniger tiefen Veränderungen. Die Röthung war in denselben weniger intensiv, schliesslich nur noch fleckweise, und an diese schlossen sich solche an, in denen nur noch die Ränder der Follikel und Peyer'schen Plaques geröthet waren. Diese letzterwähnte Form bietet ein sehr charakteristisches Aussehen, welches bei anderen Darmaffectionen wohl kaum noch vorkommt und der Cholera ganz eigen ist. In verhältnissmässig sehr wenigen Fällen aber war die Schleimhaut auffallend wenig verändert; sie sah etwas geschwollen und weniger durchsichtig in den oberflächlichen Schichten aus, die solitären Follikel und die Peyer'schen Plaques waren stärker prominirend. Die ganze Schleimhaut war leicht rosenroth gefärbt, aber es war nirgend wo zu capillären Blutungen gekommen. In diesen Fällen sah auch der Darminhalt farblos aus; doch war er keineswegs immer wie Reiswasser, sondern liess sich gewöhnlich eher mit einer Mehlsuppe vergleichen. Nur in einzelnen Fällen habe ich gesehen, dass der Darminhalt rein wässerig, schleimig war und verhältnissmässig wenige Flocken enthielt.

Wenn man nun den Darm und dessen Inhalt mikroskopisch untersuchte, dann stellte sich heraus, dass in einigen Fällen, namentlich in denjenigen, wo die Peyer'schen Plaques am Rande geröthet waren, dieser Röthe entsprechend eine Einwanderung von Bakterien stattgefunden hatte. Es zeigten sich dann Bilder, wie Sie es in einem der vorgelegten Präparate gesehen haben, das von einem solchen Falle herstammt (Fig. 1). Die Bakterien waren zum Theil in die schlauchförmigen Drüsen vorgedrungen, zum Theil hatten sie sich zwischen das Epithel und die Basalmembran geschoben und dadurch das Epithel gleichsam abgehoben. An anderen Stellen sah man, dass sie auch tiefer in das Gewebe hineingedrungen waren. Dann fanden sich solche Fälle, in denen hinter diesen Bakterien, die in Bezug auf

Figur 1.

Vom Epithel entblösste Schleimhautoberfläche.



Schnittpräparat von der Schleimhaut des Choleradarms. Eine schlauchförmige Drüse (a) ist schräg durchschnitten. Im Innern (b) derselben und zwischen Epithel und Basalmembran (c) zahlreiche Kommabacillen. 600fache Vergrösserung.

Grösse und Gestalt ein bestimmtes Aussehen hatten, so dass man sie von anderen Bakterien unterscheiden und ihnen eine besondere Aufmerksamkeit widmen konnte, verschiedene andere Bakterien in die schlauchförmigen Drüsen und das umgebende Gewebe eindrangen, z. B. grössere dicke Bacillen und sehr feine Bacillen. Es bilden sich dadurch ähnliche Verhältnisse, wie bei nekrotischen, diphtheritischen Veränderungen der Darmschleimhaut und in Typhusgeschwüren, wo ebenfalls in die von pathogenen Bakterien zum Absterben gebrachten Gewebe nachträglich andere nicht pathogene Bakterien eindringen. Man musste also von vorn herein diese ersterwähnten Bakterien als nicht ganz gleichgültig für den Choleraprocess ansehen, während alles Andere den Eindruck machte, dass es etwas Secundäres sei; denn die erstbeschriebenen Bakterien gingen immer den anderen voraus, sie drangen tiefer hinein und machten ganz den Eindruck, als ob sie den anderen Bacillen den Weg geebnet hätten.

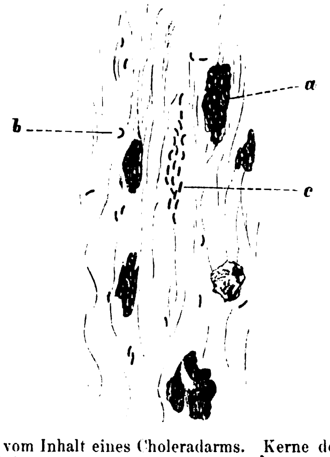
Was nun den Darminhalt betrifft, so liess sich Anfangs, da gerade solche Fälle zur Untersuchung kamen, die wenig geeignet waren und bei denen der Darminhalt schon eine blutig-faulige Beschaffenheit hatte, kein klares Bild gewinnen. Es fand sich darin eine Unzahl der verschiedensten Bakterien, so dass man auf die eigentlichen Cholerabacillen gar nicht aufmerksam werden konnte. Erst nachdem ich ein paar ganz acute und uncomplicirte Fälle secirt hatte, in denen es noch nicht zu Blutungen gekommen und in denen der Darminhalt noch nicht in faulige Zersetzung übergegangen war, erkannte ich, dass je reiner, je frischer die Fälle sind, um so mehr eine bestimmte Bakterienart auch im Darminhalt prävalirt, und es stellte sich sehr bald heraus, dass dies dieselben Bakterien waren, die ich in der Schleimhaut gesehen hatte. Dieser Befund musste selbstverständlich immer mehr und mehr die Aufmerksamkeit gerade auf diese Bakterienart lenken. Ich habe dieselben also nach allen Richtungen hin untersucht, um ihre besonderen Eigenthümlichkeiten festzustellen, und kann hierüber Folgendes mittheilen.

Diese Bakterien, die ich wegen ihrer eigenthümlichen Form Kommabacillen genannt habe, sind kleiner als die Tuberkelbacillen. Durch die Angabe der Dimensionen in Zahlen erhält man kaum eine richtige Vorstellung von der Grösse, Länge und Breite von Bakterien; ich ziehe es deswegen vor, die Grössenverhältnisse von Bakterien mit anderen bekannten Objecten zu vergleichen, damit man sofort ungefähr ein Bild davon gewinnt.

Da die Tuberkelbacillen Allen bekannt sind, so will ich die Cholerabakterien mit diesen vergleichen. Die Cholerabacillen sind ungefähr halb oder höchstens $^{2}/_{3}$ so lang, als die Tuberkelbacillen, aber viel plumper, dicker und mit einer leichten Krümmung versehen. Diese Krümmung ist für gewöhnlich nicht stärker als die eines Komma; sie kann aber unter Umständen weiter gehen, bis zur halbkreisförmigen Krümmung (Fig. 2 u. 3). In anderen Fällen sieht man, dass die Krümmung eine doppelte ist, dass also an das eine Komma sich ein zweites anlegt, aber in entgegengesetzter Richtung, sodass eine s-Form daraus entsteht. Ich glaube, dass in beiden Fällen 2 Individuen, nach der Theilung im Zusammenhang geblieben sind und danach den Anschein erwecken, als ob eine stärkere Krümmung da sei. In Kulturen findet sich aber ausserdem noch eine sehr merkwürdige Entwicklungsform der Kommabacillen, welche für dieselbe sehr charakteristisch ist.

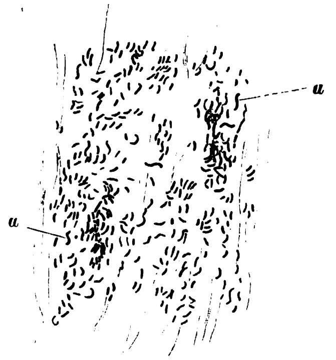
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Figur 2.



Deckglaspräparat vom Inhalt eines Choleradarms. Kerne der abgestorbenen Epithelien (a). Halbkreisförmiger Kommabacillus. b Besonders charakteristische Gruppirung der Kommabacillen. c · 600fache Vergrösserung.

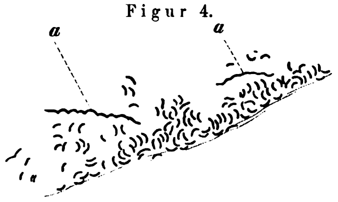
Figur 3.



Deckglaspräparat. Choleradejection auf feuchter Leinwand 2 Tage lang. Starke Vermehrung der Kommabacillen, darunter S-förmige (a). 600fache Vergrösserung.

In einem der vorgelegten Präparate ist diese Form in mehreren ausgezeichneten Exemplaren zu sehen und ich hatte Gelegenheit bei der Demonstration dieses Präparats besonders darauf aufmerksam zu machen. Die Kommabacillen wachsen nämlich häufig zu mehr oder weniger langen Fäden aus (Fig. 4). Sie bilden dann aber nicht grade Fäden,

Figur 4.



Deckglaspräparat vom Rande eines Tropfens Fleischbrühe mit Reincultur der Kommabacillen. Lange schraubenförmige Fäden (a). 600fache Vergrösserung.

wie andere Bacillen, z. B. die Milzbrandbacillen, oder wie es nach dem Aussehen des mikroskopischen Bildes erscheinen könnte, einfach wellenförmig gestaltete Fäden, sondern sehr zierliche lange Schrauben, die, was ihre Länge und ihr übriges Aussehen anbetrifft, die grösste Aehnlichkeit mit den Recurrens-Spirochäten haben. Ich würde sie, wenn man beide neben einander hätte, nicht von einander unterscheiden können. Wegen dieser eigenthümlichen Entwickelungsform neige ich mich auch der Ansicht zu, dass der Kommabacillus gar kein echter Bacillus ist, dass er eigentlich eine Uebergangsform zwischen Bacillen und Spirillen bildet. Möglicherweise handelt es sich hier sogar um ein echtes Spirillum, von dem wir ein Bruchstück vor uns haben. Man sieht auch bei anderen Spirillen, z. B. bei Spirilla undula, dass ganz kurze Exemplare nicht eine vollständige Schraubenwindung bilden, sondern nur noch aus einem kurzen Stäbchen bestehen, welches mehr oder weniger gekrümmt ist. Ich komme auf diesen Punkt, der durchaus nicht unwichtig ist, später noch zurück.

Bei der Demonstration des einen Präparates, welches in Fleischbrühe cultivirte Kommabacillen enthielt, haben Sie schon erfahren, dass man die Kommabacillen in Fleischbrühe züchten kann. Sie wachsen in dieser Flüssigkeit ausserordentlich schnell und reichlich, und man kann dieses Verhalten benutzen, um ihre übrigen Eigenschaften zu studiren, indem ein Tröpfchen einer Fleischbrühe-Cultur am Deckglas suspendirt, direct mit starker Vergrösserung untersucht wird. Man sieht dann, dass die Kommabacillen ausserordentlich lebhaft beweglich sind. Wenn sie sich in Menge am Rande des Tropfens angesammelt haben und durcheinander schwärmen, dann sieht es ganz so aus wie ein Schwarm tanzender Mücken, und dazwischen tauchen ab und an jene langen schraubenförmigen Fäden auf, welche sich ebenfalls ziemlich lebhaft bewegen, so dass das Ganze ein eigenthümliches und höchst charakteristisches Bild abgiebt.

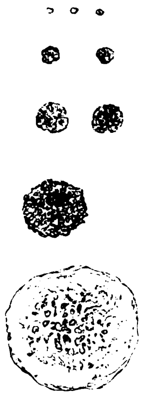
Die Kommabacillen wachsen nun aber auch in anderen Flüssigkeiten, vor allen Dingen wachsen sie in Milch sehr reichlich und schnell. Sie bringen die Milch nicht zum Gerinnen und fällen nicht das Casein aus, wie das viele andere Bakterien thun, welche in der Milch ebenfalls zu wachsen vermögen. Die Milch sieht also ganz unverändert aus; nimmt man aber einen kleinen Tropfen von der Oberfläche und untersucht ihn mikroskopisch, so wimmelt er von Kommabacillen. Sie wachsen ferner im Blutserum, worin sie sich ebenfalls sehr rasch entwickeln und reichlich vermehren. Ein sehr guter Nährboden für die Kommabacillen ist ferner die Nährgelatine, von welcher Sie vorhin eine Probe gesehen haben. Diese Nährgelatine kann dazu dienen, wie bereits bei der Demonstration des Culturverfahrens auseinandergesetzt wurde, das Auffinden der Kommabacillen zu erleichtern und ausserordentlich sicher zu machen. Es nehmen nämlich die Colonien der Kommabacillen in der Nährgelatine eine ganz charakteristische und bestimmte Form an, die, soweit ich das bis jetzt übersehen kann und soweit meine Erfahrung reicht, keine andere Bakterienart in gleicher Weise bildet.

Die Kolonie sieht, wenn sie noch sehr jung ist, wie ein sehr blasses und kleines Tröpfchen aus (Fig. 5), welches aber nicht vollständig kreisrund ist, wie sonst gewöhnlich diese Bakteriencolonien in Gelatine zu sein pflegen, sondern sie hat eine mehr oder weniger unregelmässig begrenzte, ausgebuchtete, stellenweise auch rauhe oder zackige Contur. Auch besitzt sie schon sehr frühzeitig ein etwas granulirtes Aussehen und ist nicht von so gleichmässiger Beschaffenheit wie andere Bakteriencolonien.

Wenn die Colonie etwas grösser wird, tritt die Granulation immer deutlicher hervor. Schliesslich sieht sie so aus, wie ein Häufchen von stark lichtbrechenden Körnchen. Ich möchte das Aussehen einer solchen Colonie noch am meisten mit demjenigen eines Häufchens von Glasstückchen vergleichen. Bei weiterem Wachsthum verflüssigt sich die Gelatine in der nächsten Umgebung der Bacterienkolonie und letztere sinkt zu gleicher Zeit etwas tiefer in die Gelatinemasse hinein. Es bildet sich dadurch eine kleine trichterförmige Vertiefung in der Gelatine, in deren Mitte die Colonie als ein kleines weissliches Pünktchen zu erkennen ist (Fig. 5). Auch dieses Verhalten ist ganz eigenthümlich; man sieht es wenigstens in dieser Weise bei sehr wenigen anderen Bakterienarten und meines Wissens nie so ausgeprägt, wie gerade bei den Kommabacillen. Am deutlichsten kann man das Einsinken der Colonien beobachten, wenn man in der Art und Weise, wie es bei der Demonstration des Culturverfahrens beschrieben wurde, eine Reincultur anfertigt. Man sucht also unter dem Mikroskop mit schwacher Vergrösserung auf der Gelatineplatte eine geeignete Colonie aus, berührt dieselbe mit einem Platindraht, welcher vorher ausgeglüht ist, überträgt die Bacillen mit dem Draht in ein Reagenzglas mit Gelatine und verschliesst letzteres durch sterilisirte Watte. Eine derartig erhaltene Reincultur wächst dann in gleicher Weise, wie die Colonie auf der Gelatineplatte. Ich besitze eine zahlreiche Sammlung von in gleicher Weise angelegten Bakterien-Reinculturen, aber ich habe bei denselben niemals solche Veränderungen gesehen, wie sie die Kommabacillen nach der Uebertragung in die Gelatine hervorrufen. Man sieht, sobald die Cultur sich zu entwickeln beginnt, auch hier wieder einen kleinen Trichter (Fig. 5), der die Spitze des Impfstiches bezeichnet. Allmälig verflüssigt sich im Bereich dieses Impfstiches die Gelatine; man sieht dann deutlich schon die kleine Colonie, die sich immer mehr erweitert, aber stets bleibt oben eine tiefe, eingesunkene Stelle, welche in der theilweise verflüssigten Gelatine so aussieht, als ob eine Luftblase über der Bacillencolonie schwebt. Es macht fast den Eindruck, als ob die Bacillenvegetation nicht allein eine Verflüssigung der Gelatine, sondern auch eine rasche Verdunstung der gebildeten Flüssigkeit bewirkt. Wir kennen bereits eine Menge anderer Bakterienarten, welche die Gelatine in Reagenzglasculturen ganz in derselben Weise vom Impfstich aus allmälig flüssig machen. Aber es findet sich bei die-

Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

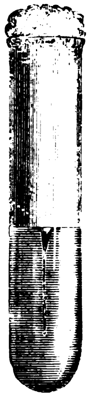
Figur 5.



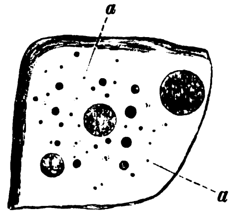
Jüngste Colonie.

Nach Verflüssigung der Gelatine.

Kolonie der Kommabacillen in der Gelatineplatte bei 80facher Vergrösserung.



Trichterförmige Einziehung am Impfstich der Gelatine im Reagenzglas.



Aussehen der Kolonien in der Gelatineplatte bei natürlicher Grösse.

sen niemals eine solche Vertiefung und auch niemals dieser blasenartige Hohlraum an der Oberfläche. Ich habe noch zu erwähnen, dass die Verflüssigung der Gelatine von einer einzigen isolirten Colonie aus, wie es am besten in einer Gelatineschicht zu beobachten ist, welche auf der Glasplatte ausgebreitet ist, nie sehr weit um sich greift. Ungefähr auf 1 Mm. ist die Dimension des verflüssigten Bezirkes einer Colonie zu schätzen. Andere Bakterienarten können, wie Sie in den vorgelegten Gelatineplatten gesehen haben, die Gelatine in weit grösserem Umfange, verflüssigen, so dass eine Colonie 1 Cm. und mehr im Durchmesser erreicht. Bei den im Reagenzglas angelegten Culturen der Kommabacillen breitet sich die Verflüssigung der Gelatine vom Impfstiche ausgehend allmälig und sehr langsam aus und bewirkt, dass nach ungefähr einer Woche der gesammte Inhalt des Gläschens flüssig geworden ist. Auf alle diese Eigenschaften, so unbedeutend sie an und für sich erscheinen, ist dennoch besonderes Gewicht zu legen, weil sie dazu dienen, die Kommabacillen von anderen Bakterienarten zu unterscheiden.

Man kann nun ferner die Kommabacillen noch auf Agar-Agar, dem Fleischbrühe und Pepton zugesetzt ist, cultiviren. Diese Agar-Agar-Gallerte wird von den Kommabacillen nicht verflüssigt. Dann kann man sie, was für gewisse Fragen sehr wichtig ist, auf gekochten Kartoffeln züchten. Sie wachsen auf Kartoffeln ganz ähnlich wie die Rotzbacillen. Letztere bilden, wie Sie vielleicht an den gelegentlich der Hygieneausstellung demonstrirten Culturen gesehen haben, auf den Kartoffeln einen dünnen, breiartigen, bräunlichen Ueberzug. Diesem ähnlich, aber nicht ganz so intensiv braun gefärbt, sondern mehr hellgrau-braun sehen die Culturen der Kommabacillen aus, wenn sie auf Kartoffeln gewachsen sind.

Am besten gedeihen die Kommabacillen bei Temperaturen zwischen 30° und 40° C., aber sie sind auch nicht sehr empfindlich gegen niedere Temperaturen. Es sind Versuche darüber angestellt, welche gezeigt haben, dass sie noch bei 17° C. recht gut, wenn auch entsprechend langsamer wachsen können. Unter 17° C. ist das Wachsthum sehr gering und scheint unter 16° aufzuhören. In diesem Punkt stimmen die Kommabacillen merkwürdigerweise vollständig mit den Milzbrandbacillen überein, die auch für ihr Wachsthum ungefähr diese Grenze der Temperatur nach unten haben. Ich habe einmal einen Versuch über den Einfluss noch niedrigerer Temperaturen auf die Kommabacillen angestellt um zu erfahren, ob sie nicht möglicherweise durch sehr niedrige Temperatur nicht allein in ihrer Entwickelung verhindert, sondern möglicherweise abgetödtet werden. Zu diesem Zwecke wurde eine Cultur eine Stunde lang einer Temperatur von —10° C. ausgesetzt; sie war während dieser Zeit vollständig gefroren. Als dann eine Aussaat davon in Gelatine gemacht wurde, zeigte sich in der Entwickelung und im Wachsthum auch nicht der allergeringste Unterschied. Sie vertragen das Frieren also ganz gut. Nicht so ist es mit der Entziehung der Luft und des Sauerstoffes. Sie hören nämlich sofort auf zu wachsen, wenn man ihnen die Luft entzieht und gehören demnach, wenn man die Eintheilung in aërobe und anaërobe Bakterien gelten lassen will, zu den aëroben. Man kann sich hiervon einfach in der Weise überzeugen, dass man, nachdem die Aussaat in noch flüssige Gelatine auf einer Glasplatte erfolgt ist, und die Gelatine eben zu erstarren beginnt, ein Blatt von Marienglas oder Glimmer darauflegt, welches möglichst dünn abgespalten ist und mindestens $^1/_4$ der Gelatine-Oberfläche in der Mitte deckt. Das Glimmerblatt legt sich wegen seiner Elasticität vollständig der Gelatinefläche an, und sperrt also an der bedeckten Stelle die Luft ab. Man sieht dann, sobald die Entwicklung der Colonien erfolgt, dass letztere nur soweit, wie die Gelatine unbedeckt war, entstehen und nur noch ein klein wenig, etwa 2 Millimeter weit, unter die Platte reichen, bis wohin noch eine Diffusion der Luft dringen kann. Aber unter der Glimmerplatte selbst wächst nichts. Es entstehen allerdings ganz ausserordentlich kleine, dem blossen Auge nicht sichtbare Colonien, die wahrscheinlich von dem noch in der Gelatine enthaltenen Sauerstoff ihr Dasein gefristet haben, die sich aber nachher nicht weiter vergrössern. Uebrigens ist der Versuch auch noch in anderer Weise gemacht. Es wurden Nährgelatine enthaltende Gläschen, welche mit Kommabacillen geimpft waren, unter die Glocke der Luftpumpe gesetzt und andere ebenso präparirte Gläschen zur Controle ausserhalb der Luftpumpe aufgestellt Es zeigte sich dann, dass die unter der Luftpumpe befindlichen nicht wuchsen, wohl aber diejenigen, welche ausserhalb derselben gestanden hatten. Setzte man nun aber die unter der Luftpumpe gewesenen später wieder der Luft aus, dann fingen sie nachträglich zu wachsen an. Sie waren also nicht etwa abgestorben, es fehlte ihnen nur an dem nöthigen Sauerstoff, um wachsen zu können. Aehnlich geht es, wenn man Culturen in eine Atmosphäre von Kohlensäure bringt. Während die zur Controle ausserhalb der Kohlensäure-Atmosphäre aufgestellten Culturen in gewöhnlicher Weise heranwuchsen, blieben die in einem Kohlensäurestrom befindlichen ganz unentwickelt. Aber sie sterben auch in diesem Falle nicht ab, denn nachdem sie längere Zeit in der Kohlensäure sich befunden haben, fangen sie sofort an zu wachsen, nachdem sie herausgenommen sind.

Im Ganzen genommen wachsen die Kommabacillen, wie ich schon mehrfach angedeutet habe, ausserordentlich rasch. Ihre Vegetation erreicht sehr schnell einen Höhepunkt, auf dem sie nur kurze Zeit stationär bleibt und dann schnell wieder abnimmt. Die absterbenden Kommabacillen verlieren ihre Form, sie erscheinen bald geschrumpft, bald haben sie ein mehr gequollenes Aussehen, auch nehmen sie in diesem Zustande die Farbstoffe wenig oder gar nicht mehr an. Am besten kann man die eigenthümlichen Vegetationsverhältnisse der Kommabacillen beobachten, wenn man Substanzen, welche reich an Kommabacillen sind, daneben aber auch andere Bakterien enthalten, z. B. Darminhalt oder Choleradejection auf feuchte Erde bringt oder auf Leinwand ausbreitet und in feuchtem Zustande erhält. Es vermehren sich dann die Kommabacillen in kurzer Zeit, z. B. innerhalb 24 Stunden in ausserordentlicher Weise. Andere mit ihnen zusammen vorkommende Bakterien werden Anfangs von den Kommabacillen überwuchert, es bildet sich da eine natürliche Reincultur und man erhält bei der mikroskopischen Untersuchung der Masse, welche von der Oberfläche der feuchten Erde oder Leinwand genommen ist, Präparate, welche fast nur noch Kommabacillen zeigen. Ein solches Präparat, von der mit Dejectionen beschmutzten und feuchten Wäsche eines Cholerakranken stammend, haben Sie gesehen. (Figur 3.) Sehr lange hält indessen dieses üppige Wachsthum der Kommabacillen nicht an. Nach 2—3 Tagen fangen sie an abzusterben und andere Bakterien kommen dann zur Vermehrung. Die Verhältnisse gestalten sich also ähnlich wie im Darm selbst. Da findet ja auch eine schnelle Vermehrung statt, wenn aber die eigentliche Vegetationsperiode, die nur kurze Zeit dauert, vorüber ist, und namentlich, wenn Transsudationen von Blut in den Darm erfolgen, verschwinden die Kommabacillen wieder und es entwickeln sich anstatt dessen wieder mehr die andern, namentlich die Fäulnissbakterien. Ich möchte deswegen auch fast annehmen, dass, wenn man die Kommabacillen von vornherein in eine ausgefaulte Flüssigkeit bringt, die sehr viel von den Stoffwechselprodukten anderer Bakterien und insbesondere der Fäulnissbakterien enthält, sie gar nicht recht zur Entwickelung

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kommen, sondern bald absterben. Ueber diesen Punkt sind aber noch nicht hinreichend Versuche gemacht, das ist nur eine Vermuthung, die ich auf Grund anderer mit Bakterienculturen gemachter Erfahrungen aufstellen möchte. Dieser Punkt ist insofern wichtig, weil es nicht gleichgiltig ist, ob die Kommabacillen, wenn sie in eine Abtrittsgrube hineingelangen, dort einen guten oder einen sehr schlechten Nährboden finden. Im ersteren Falle werden sie sich vermehren und müssten durch Desinfection zerstört werden, im letzteren aber würden sie absterben und es würde keiner weiteren Desinfection bedürfen. Nach allen mir bis jetzt darüber zu Gebote stehenden Erfahrnngen möchte ich das Letztere annehmen.

Am besten gedeihen die Kommabacillen in Flüssigkeiten, die nicht zu wenig Nährstoffe enthalten. Hierüber sind mehrere Versuche gemacht. Es wurden Verdünnungen der alkalisch reagirenden Fleischbrühe hergestellt und in diese eine Aussaat von Kommabacillen gebracht. In einem dieser Versuche erwies sich die Fleischbrühe schon nach 5facher Verdünnung nicht mehr als eine geeignete Nährlösung. In anderen Versuchen wuchsen die Bacillen noch in 10facher Verdünnung. Diese Versuche müssen selbstverständlich wiederholt und in ausgedehnterer Weise angestellt werden, um eine sichere Grenze zu finden, aber auf jeden Fall lässt sich schon aus diesen Resultaten erkennen, dass man in der Verdünnung nicht sehr weit gehen darf und dass die Kommabacillen doch eine gewisse Concentration der Nährsubstanzen, in denen sie wachsen, beanspruchen.

Bei den Culturversuchen stellte sich dann ferner heraus, dass die Nährsubstanzen, wenigstens die Nährgelatine und die Fleischbrühe, durchaus nicht sauer sein dürfen. Sobald die Nährgelatine auch nur eine Spur von saurer Reaction zeigt, ist das Wachsthum der Kommabacillen schon ein sehr verkümmertes. Ist die Reaction deutlich sauer, dann hört die Entwicklung der Bacillen vollkommen auf. Merkwürdig ist dabei allerdings, dass nicht alle Säuren dem Kommabacillus feindlich zu sein scheinen, denn die Schnittfläche einer gekochten Kartoffel reagirt bekanntlich auch sauer, wenn ich nicht irre, in Folge des Gehaltes an Apfelsäure. Trotzdem wachsen die Kommabacillen auf der Kartoffel recht üppig. Also man kann nicht ohne Weiteres sagen: alle Säuren verhindern das Wachsthum, aber auf jeden Fall giebt es eine Anzahl von Säuren, bei denen das der Fall ist. In der Fleischbrühe wird es wahrscheinlich die Milchsäure oder ein saures, phosphorsaures Salz sein.

Da der Einfluss entwicklungshemmender Substanzen auf das Wachsthum der Kommabacillen ein nicht geringes Interesse hat, so ist auch eine Anzahl anderer Substanzen darauf hin untersucht. Ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam machen, dass die Entwicklungshemmung noch keine Desinfection bedeutet; es handelt sich bei diesen Versuchen nur um die Bestimmung derjenigen Menge einer Substanz, welche eben ausreicht, um das Wachsthum der Bakterien zu verhindern. Damit sind letztere aber noch keinesweges abgetödtet, wie es die Desinfection thun soll. Etwas Aehnliches hatten wir bei dem Experiment über den Einfluss der Kohlensäure auf die Kommabacillen erfahren, wobei auch nur, so lange man die Kohlensäure wirken lässt, das Wachsthum zurückgehalten wird. Dasselbe gilt also auch hier von diesen Zahlen, welche ich Ihnen jetzt mittheilen werde.

Jod ist bekanntlich von **Davaine** als ein sehr intensives Gift für Bakterien bezeichnet, und unter bestimmten Verhältnissen ganz mit Recht. **Davaine** hatte seine Versuche in der Weise gemacht, dass er eine Flüssigkeit, welche Milzbrandbacillen enthielt, z. B. Milzbrandblut, ausserordentlich verdünnte, so dass er eigentlich schliesslich nur noch reines Wasser hatte, in dem sehr wenige Milzbrandbacillen suspendirt waren. Dieser Flüssigkeit setzte er Jod hinzu, und da zeigte sich, dass die Milzbrandbacillen durch ausserordentlich geringe Mengen Jod abgetödtet wurden. Nun liegen aber die Verhältnisse in der Praxis ganz anders. Wir haben niemals das Wachsthum der Infectionsstoffe in reinem Wasser zu verhindern, sondern im alkalischen Darminhalt oder im Blut oder Gewebssäften, und in diesen wird das Jod nicht frei bleiben, sondern sofort Verbindungen mit den Alkalien eingehen. Die Prüfung des Einflusses von Jod auf die Kommabacillen geschah nun in der Weise, dass Jodwasser einer Fleischbrühe, die gerade noch geeignet war, eine gute Nährflüssigkeit zu geben, zugesetzt wurde. Das Jod löst sich ungefähr im Verhältniss von 1 : 4000 im Wasser auf. Von diesem Jodwasser wurde 1 Cbctm. mit 10 Cbctm. Fleischbrühe gemischt, doch behinderte dieser Zusatz das Wachsthum der Bacillen auch noch nicht im allergeringsten; die Grenze, bei welcher Jod die Bacillen nicht mehr zur Entwicklung kommen lässt, muss also noch weit unter der in diesem Versuch zur Anwendung gekommenen Menge liegen. Mir scheint es indessen nicht nöthig, darüber noch weitere Versuche anzustellen, da in der Praxis grössere Mengen von Jod, als diese nicht gegeben werden können.

Der Alkohol hält die Entwicklung der Kommabacillen erst dann auf, wenn man 1 Theil zu 10 Theilen Nährflüssigkeit fügt, also bei einem Gehalt von 10 pCt. Es ist das eine Concentration, die man ebenfalls practisch nicht mehr verwenden kann.

Das Kochsalz wurde versucht bis zu einem Gehalt von 2 pCt., ohne dass damit eine Behinderung im Wachsthum der Kommabacillen erzielt wurde.

Eisensulphat behindert erst, wenn man davon 2 pCt. der Nährflüssigkeit hinzusetzt. Gerade bei diesem Mittel, welches vielfach zur Desinfection in Cholerazeiten gebraucht ist, möchte ich in Erinnerung bringen, dass ein Gehalt von 2 pCt. erst die Grenze der Entwicklungsbehinderung ist. In dieser Concentration tödtet das Eisensulphat die Kommabacillen noch nicht. Die entwicklungshemmende Eigenschaft des Eisensulphats hat wahrscheinlich ihren Grund darin, dass aus der Nährlösung das Pepton und die Albuminate, welche zur Ernährung der Bakterien dienen, ausgefällt werden, denn es entsteht beim Zusatz von 2 pCt. Eisensulphat in der Nährlösung ein reichlicher Niederschlag. Möglicherweise wirkt ausserdem noch die eintretende saure Reaction hemmend auf das Wachsthum. Eine specifische Wirkung auf die Bakterien scheint dieses Mittel demnach nicht zu besitzen und überhaupt kein eigentliches Tödtungs- oder Desinfectionsmittel zu sein. Ich halte es sogar für möglich, dass man mit einem derartigen Mittel gerade das Gegentheil von dem erreicht, was man beabsichtigt. Gesetzt den Fall, es wäre der Inhalt einer Abtrittsgrube zu desinficiren, von der vorausgesetzt werden kann, dass Kommabacillen hineingekommen sind. Nach meiner Ansicht genügt schon der im Grubeninhalt vor sich gehende Fäulnissprocess, um die Kommabacillen zu tödten. Wenn nun aber Eisensulphat bis zur sauren Reaction zugesetzt und dadurch der Fäulnissprocess unterbrochen wird, dann erreicht man nichts Anderes, als dass das Wachsthum der Bakterien und auch der Kommabacillen nur eben aufhört. Getödtet werden die Bakterien dadurch keinesweges, und was die Kommabacillen anbetrifft, so werden sie dem ihnen nachtheiligen Einfluss der Fäulnissbakterien entzogen und conservirt, anstatt vernichtet zu werden.

Dieses Beispiel ist sehr geeignet, um zu zeigen, dass die Desinfectionsmittel gerade in dieser Beziehung richtig beurtheilt und geprüft werden müssen, und dass man wohl zu unterscheiden hat, was nur fäulnisshemmend und was wirklich tödtend auf die Bakterien wirkt. Das erstere kann möglicherweise gerade zur Conservirung der Infectionsstoffe dienen.

Von anderen Substanzen will ich nur kurz die Grenzwerthe der Entwicklungshemmung anführen: Alaun 1:100. Kampher 1:300. Ich hatte eigentlich von Kampher eine stärkere Wirkung erwartet, aber mehrere sorgfältige Versuche haben ergeben, dass dieses Mittel nur einen geringen Einfluss auf die Kommabacillen besitzt. Carbolsäure 1 : 400. Diese Zahl stimmt ungefähr mit dem, was wir auch sonst von der Carbolsäure bei anderen Bacterien wissen. Pfefferminzöl 1 : 2000. Kupfersulphat 1 : 2500. Dieses Mittel hat also schon eine ziemlich kräftige Wirkung. Aber wenn man ausrechnen wollte, wie viel Kupfersulphat man geben muss, um die Kommabacillen nur am Wachsthum im Darmkanal zu hindern, so würde man doch zu Quantitäten kommen, die man einem Menschen nicht mehr geben kann. Chinin 1 : 5000 und Sublimat, das sich auch hier wieder als allen anderen Substanzen weit überlegen zeigt, 1 : 100000.

Bei diesen Versuchen über den Einfluss der entwicklungshemmenden Mittel ergab sich noch die auffallende Thatsache, dass die Kommabacillen ausserordentlich leicht absterben, wenn sie getrocknet werden. Man macht nämlich jene Versuche in der Weise, dass man auf Deckgläschen ein ganz kleines Tröpfchen bacillenhaltiger Substanz eintrocknen lässt, und zwar wird gleich für eine Reihe von Experimenten ein grösserer Vorrath von solchen Deckgläschen präparirt. Auf ein solches Deckgläschen wird dann später von der Flüssigkeit, welche geprüft werden soll, ein Tropfen gebracht und im hohlen Objectträger der Entwickelung überlassen. Als in dieser Weise verfahren wurde, wuchs in keinem einzigen Präparate etwas, auffallender Weise aber auch in dem Controlpräparate nicht, das als Nährflüssigkeit reine Fleischbrühe bekommen hatte. Ich wusste anfangs gar nicht, wodurch das Ausbleiben des Wachsthums bedingt sein könnte und dachte zunächst daran, dass es an der Fleischbrühe liegen müsse, denn bei ähnlichen Versuchen mit anderen Bakterien war mir etwas derartiges noch nicht begegnet. So kann man beispielsweise Milzbrandbacillen längere Zeit getrocknet auf Deckgläschen vorräthig halten, sie bleiben eine halbe bis eine ganze Woche lang in dieser Weise lebensfähig. Als indessen die Untersuchung der Fleischbrühe zeigte, dass dieselbe tadellos war, musste geprüft werden, ob nicht doch etwa die Kommabacillen in Folge des Eintrocknens auf dem Deckglase abgestorben waren. Um hierüber Auskunft zu erhalten, wurde folgender Versuch gemacht: Es wurde eine Anzahl von Deckgläschen mit einem Tröpfchen bacillen-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haltiger Substanz versehen. Das Tröpfchen trocknete nach wenigen Minuten ein. Ein Deckglas wurde nun nach einer Viertelstunde, eins nach einer halben Stunde, eins nach einer Stunde u. s. w. mit einem Tropfen Fleischbrühe versetzt. Dann stellte sich heraus, und zwar sind mehrere Reihen solcher Versuche gemacht, dass die Kommabacillen zwar auf den in einer viertel, einer halben und einer ganzen Stunde getrockneten Deckgläsern noch zur Entwickelung kamen, aber manchmal schon nach zwei Stunden abgestorben waren; über drei Stunden konnte ich bei diesen Versuchen die Bacillen nicht am Leben erhalten. Nur wenn compacte Massen von Bacillenculturen, z. B. die breiartige Substanz einer auf Kartoffeln gewachsenen Cultur getrocknet wurde, hielten sich die Bacillen etwas länger lebensfähig; offenbar weil in diesem Falle sehr viel später ein vollständiges Eintrocknen erfolgte. Aber auch unter diesen Verhältnissen ist es nie gelungen, die Bacillen länger als 24 Stunden in trockenem Zustande lebensfähig zu erhalten

Dieses Resultat war zunächst insofern wichtig, als man mit Hülfe desselben sehr leicht prüfen konnte, ob die Bakterien einen Dauerzustand haben. Wir wissen ja, dass andere pathogene Bakterien, z. B. Milzbrandbakterien, welche Sporen bilden, in diesem Dauerzustande Jahre lang getrocknet auf einem Deckgläschen aufbewahrt werden können, ohne dass sie absterben. Wir wissen auch von anderen Infectionsstoffen, deren Natur wir noch nicht genau kennen, z. B. von dem Pockenstoff und von der Vaccine, dass sie längere Zeit, selbst mehrere Jahre hindurch, im getrockneten Zustande infectionsfähig bleiben können. In diesen Fällen handelt es sich um wirkliche Dauerzustände. Wenn nun also die Kommabacillen, welche als solche so ungemein schnell durch Trocknen getödtet werden, unter irgend welchen Verhältnissen in einen Dauerzustand übergehen, dann müsste sich das beim Eintrocknen sehr bald herausstellen.

Es ist dies auf jeden Fall eine der wichtigsten Fragen für die Aetiologie einer Infectionskrankheit und ganz besonders für die Cholera. Die Untersuchung darüber ist deswegen auch in einer möglichst sorgfältigen Weise und nach allen Richtungen hin geschehen, und ich glaube kaum, dass sich in dieser Beziehung noch mehr wird thun lassen. Vor allen Dingen wurden Choleradejectionen und Darminhalt von Choleraleichen auf Leinwand in feuchtem Zustande gelassen, damit sich die Kommabacillen unter den günstigsten Bedingungen entwickeln konnten. Nach verschiedenen Zeiten wurden Stücke der Leinwand getrocknet, also z. B. nach 24 Stunden, nach einigen Tagen, nach mehreren Wochen, um zu sehen, ob sich nicht doch in dieser Zeit irgend wie ein Dauerzustand gebildet haben würde. Denn die Infection durch Cholerawäsche liefert das einzige unbestrittene Beispiel für das Vorhandensein eines wirksamen Infectionsstoffes, welcher einem bestimmten Gegenstand anhaftet. Wenn irgend wo ein Dauerzustand zu finden war, dann hätte es gerade in der Cholerawäsche geschehen müssen.

In allen diesen Versuchen hat sich aber niemals ein Dauerzustand nachweisen lassen. Wenn die getrockneten Sachen untersucht wurden, zeigte es sich, dass die Kommabacillen abgestorben waren. Es sind dann ferner die Dejectionen in Erde gebracht und zwar entweder mit der Erde gemischt oder an der Oberfläche der Erde ausgebreitet, welche entweder trocken oder feucht gehalten wurde; sie sind mit Sumpfwasser gemischt, auch ohne irgend welchen Zusatz der Zersetzung überlassen. In Gelatine-Culturen sind die Kommabacillen bis zu 6 Wochen cultivirt, ebenso in Blutserum, in Milch, auf Kartoffeln, auf welchen bekanntlich die Milzbrandbacillen ausserordentlich schnell und reichlich Sporen bilden. Es ist aber niemals zu einem Dauerzustand der Kommabacillen gekommen. Da wir wissen, dass die meisten Bacillen einen Dauerzustand besitzen, so muss dieses Resultat sehr auffallend erscheinen. Aber ich will hier an das, was ich bereits früher erwähnte, erinnern, dass es sich hier höchstwahrscheinlich um einen Mikroorganismus handelt, der gar kein echter Bacillus ist, sondern der Gruppe der schraubenförmigen Bakterien, den Spirillen, näher steht. Wir kennen aber von den Spirillen überhaupt noch keine Dauerformen. Die Spirillen sind Bakterien, welche ein für alle Mal auf Flüssigkeiten angewiesen sind und nicht, wie die Milzbrandbacillen, unter Verhältnissen vegetiren, unter denen sie auch einmal einen trockenen Zustand zu bestehen haben. Es scheint mir deswegen, wenigstens so weit meine Erfahrung reicht, auch ganz aussichtslos zu sein, dass noch ein Dauerzustand der Kommabacillen aufgefunden werden könnte. Uebrigens werde ich auch später noch auseinanderzusetzen haben, dass das Fehlen eines Dauerzustandes mit den Erfahrungen über die Choleraätiologie vollständig im Einklang steht.

Zieht man alle bis jetzt geschilderten Eigenschaften der Kommabacillen in Betracht, dann muss man die Ueberzeugung gewinnen, dass dieselben einer bestimmten, gut charakterisirten Bakterienart angehören und dass sie sich mit Hülfe ihrer charakteristischen Eigenschaften auch leicht erkennen und von anderen Bakterien unterscheiden lassen.

Nachdem diese Ueberzeugung gewonnen war, kam es vor allen Dingen darauf an, nunmehr festzustellen, in welcher Beziehung die Kommabacillen zu dem eigentlichen Choleraprocess stehen, und zwar musste zunächst untersucht werden, ob sie in allen Fällen von Cholera vorkommen und ob sie andererseits in allen Nicht-Cholerafällen fehlen, d. h. also, ob sie der Cholera ausschliesslich angehören. In dieser Richtung ist nun eine möglichst grosse Reihe von Fällen sehr gründlich untersucht. In Egypten konnten 10 Obductionen verwerthet werden, allerdings sind diese nur mikroskopisch geprüft; denn die Eigenschaften der Kommabacillen, welche sie bei ihrem Wachsthum in Nährgelatine zeigen, waren mir damals noch nicht hinreichend bekannt, um das Gelatineverfahren für den Nachweis der Bacillen anwenden zu können. Aber ich habe mich durch sorgfältige mikroskopische Untersuchung davon überzeugt, dass die Kommabacillen in allen diesen Fällen vorhanden waren. Dann sind in Indien 42 Obductionen sowohl mikroskopisch, als auch zu gleicher Zeit durch Kulturen in Nährgelatine untersucht, und in keinem Falle wurden die Bacillen vermisst. In einer Reihe von Fällen, die ganz acut verlaufen waren, wurde im Darmkanal nahezu eine Reinkultur der Kommabacillen angetroffen. Ausserdem sind in Indien noch die Dejectionen von 32 Cholerakranken in gleicher Weise untersucht, und jedes Mal sind die Kommabacillen darin nachgewiesen. Auch die von Cholerakranken erbrochenen Flüssigkeiten sind sehr oft untersucht. Aber es wurden nur zweimal die Kommabacillen darin gefunden, und in diesen Fällen liess die Beschaffenheit des Erbrochenen darauf schliessen, dass es kein eigentlicher Mageninhalt war, sondern Darminhalt, der durch die Bauchpresse in die Höhe getrieben und entleert war. Die Flüssigkeit reagirte alkalisch und hatte auch ganz das Aussehen von Darminhalt. Ich habe die Kommabacillen ferner noch in den Präparaten von 8 andern Obductionen gefunden; welche ich zum Theil früher schon aus Indien zugeschickt erhalten, zum Theil aus Alexandrien von Dr. Kartulis und Dr. Schiess-Bey bekommen hatte. Schliesslich habe ich kürzlich noch in Toulon 2 Obductionen mit Dr. Strauss und Dr. Roux gemeinschaftlich gemacht und sowohl in diesen Fällen, als auch in den Dejectionen von 2 Kranken die Kommabacillen nachgewiesen. Bei diesen beiden Obductionen in Toulon handelte es sich um ausserordentlich charakteristische, ganz acut verlaufene Fälle. Der eine Mensch, ein Matrose, sollte als Reconvalescent von Malaria an demselben Tage aus dem Hospital entlassen werden. Es kam aber nicht dazu, da er gegen 11 Uhr Vormittags an einem Choleraanfalle erkrankte. Nachmittags um 3 Uhr starb er, und die Leiche konnte bereits um $^{1}/_{2}4$ Uhr secirt werden. Ich will bei dieser Gelegenheit bemerken, dass auch bei fast allen andern von mir untersuchten Fällen die Obductionen ganz kurze Zeit nach dem Tode gemacht sind. Wir haben mehrmals unmittelbar nach dem Tode die Section gemacht, in den meisten Fällen höchstens zwei oder drei Stunden nach dem Tode, so dass die postmortale Fäulniss noch nicht verändernd auf die Beschaffenheit des Darms und seines Inhaltes gewirkt haben konnte. Bei dem erwähnten Falle konnte man sich, wie bei einer Anzahl von früheren Obductionen nun ebenfalls davon überzeugen, dass im Darm in den ganz acuten Fällen nahezu eine Reincultur von Kommabacillen vorkommt. Ich konnte diese Thatsache den Herren Dr. Strauss und Dr. Roux, welchen es bis dahin noch nicht gelungen war, die Kommabacillen mikroskopisch oder durch Kultur auf festem Nährboden nachzuweisen, demonstriren. Diese Herren waren, wie mir Dr. Strauss mittheilte, immer der Meinung gewesen, dass noch ein besonderer Kniff bezüglich der Präparation dazu gehöre, um die Kommabacillen zu färben und zu kultiviren. Sie haben sich dann aber davon überzeugt, dass nichts einfacher ist, als dies, wenn für die Untersuchung nur ein reiner und uncomplicirter Fall ausgewählt wird.

Auch bei der zweiten Obduction, an welcher ich mich in Toulon betheiligte fanden sich die Kommabacillen im Darm fast in einer Reinkultur. Ich habe dann Herrn Dr. Strauss gebeten, mir bei dieser Gelegenheit die Mikroben zu zeigen, welche seiner Angabe nach im Cholera-Blut vorkommen sollen. Aber in beiden Fällen waren diese Gebilde nicht zu finden.

Rechnen wir nun alle diese Fälle zusammen, dann kommen nahezu 100 heraus, die auf das Vorhandensein von Kommabacillen untersucht sind, und in allen sind sie gefunden. Aber nicht allein, dass sie vorhanden sind, hat die Untersuchung ergeben, sondern, wie ich schon mehrfach angedeutet habe, sie stehen auch immer in einem geraden Verhältniss zum Choleraprozess selbst. Denn da, wo der eigentliche Choleraprozess die tiefsten Veränderungen im Darm hervorruft, nämlich im untern Abschnitt des Dünndarms, fanden sie sich am reichlichsten; nach oben zu nahmen sie mehr und mehr ab. Sie erschienen in den reinsten Fällen nahezu in Reinkulturen. Je älter

Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

aber die Fälle sind, und je mehr secundäre Veränderungen im Darm stattgefunden haben, um so mehr traten sie in den Hintergrund.

Auf Grund des von mir bis dahin untersuchten Cholera-Materials glaube ich nunmehr behaupten zu können, dass die Kommabacillen niemals bei der Cholera fehlen; sie sind etwas für die Cholera Specifisches.

Zur Controle sind nun eine ganze Anzahl anderer Leichen, Dejectionen von Kranken und Gesunden und sonstige Substanzen, die bakterienreich sind, in gleicher Weise untersucht worden, um zu erfahren, ob nicht doch diese bei der Cholera nie fehlenden Bacillen vielleicht noch anders wo auftreten, was zur Beurtheilung des causalen Zusammenhangs zwischen Kommabacillen und Cholera von grösster Bedeutung ist. Zu diesen Untersuchungsobjecten gehörte die Leiche von einem Menschen, der 6 Wochen vorher Cholera gehabt hatte und dann an Anämie gestorben war. In seinem Darm war absolut nichts mehr von Kommabacillen zu finden. Es wurde ferner die Dejection von einem Menschen untersucht, der 7 oder 8 Tage zuvor einen Choleraanfall gehabt hatte und bei dem die Entleerungen schon anfingen consistent zu werden; auch in diesem Falle fehlten die Kommabacillen. Ich habe dann noch mehr als 30 Leichen gründlich untersucht, um mich immer wieder davon zu überzeugen, dass die Bacillen wirklich nur in Cholerafällen vorkommen. Es wurden hierzu hauptsächlich Leichen von Solchen ausgewählt, die an Darmaffectionen, wie Dysenterie, oder an den in den Tropen so häufig tödtlichen Darmkatarrhen gestorben waren, ferner Fälle mit Ulcerationen im Darm, ein Fall von Abdominaltyphus, dann mehrere Fälle von biliösem Typhoid. Bei dieser letzterwähnten Krankheit sind die Veränderungen im Darm auf den ersten Anblick denjenigen sehr änlich, welche bei schweren mit Darmblutungen verlaufenen Cholerafällen vorkommen. Der Dünndarm ist im untern Abschnitt auch hämorrhagisch infiltrirt aber merkwürdiger Weise betrifft diese Veränderung beim biliösen Typhoid vielmehr die Peyer'schen Plaques, während sich dieselben bei der Cholera am wenigsten verändert zeigen. In allen diesen Fällen, in denen es sich hauptsächlich um Darmkrankheiten handelte, ist nun niemals etwas von Kommabacillen gefunden worden. Die Erfahrung lehrt, dass derartige Darmaffectionen für die Choleraerkrankung ganz besonders disponirt machen, man hätte also voraussetzen können, dass die Kommabacillen, wenn sie sonst vorkämen, gerade in solchen Fällen zu finden sein müssten. Ausserdem ist eine ganze Anzahl von Entleerungen Dysenterie-Kranker untersucht, ohne dass die Kommabacillen jemals angetroffen wurden. Diese Untersuchungen habe ich später in Berlin fortgesetzt, in Gemeinschaft mit Dr. Stahl, meinem unermüdlichen und für die Bakterienforschung vielversprechenden Mitarbeiter, dessen Thätigkeit der Tod leider ein zu frühes Ende bereitet hat. Wir haben eine grosse Zahl von Entleerungen, namentlich von Kinderdiarrhoen, aber auch von Erwachsenen, ferner Speichel, sowie den an den Zähnen und auf der Zunge haftenden bakterienreichen Schleim auf das Vorkommen von Kommabacillen geprüft aber stets mit negativem Erfolg. Auch die verschiedensten Thiere sind daraufhin untersucht. Weil durch Arsenikvergiftung ein der Cholera sehr ähnlicher Symptomencomplex erzeugt werden kann, so wurden Thiere mit Arsenik vergiftet und nachher untersucht. Es fanden sich allerdings eine Menge von Bakterien im Darm, aber keine Kommabacillen. Ebensowenig fanden sich letztere in der Spüljauche aus den Canälen der Stadt Calcutta, im stark verunreinigten Wasser des Hughli-Flusses, in einer Anzahl von Tanks, welche in den Dörfern und zwischen den Hütten der Eingeborenen liegen und ein sehr schmutziges Wasser enthalten. Ich habe, wo ich nur irgendwie eine bakterienhaltige Flüssigkeit erreichen konnte, sie auf das Vorkommen von Kommabacillen untersucht, aber niemals solche darin gefunden. Nur einmal traf ich in dem Wasser, welches zur Fluthzeit das östlich von Calcutta gelegene Terrain des Salt-water-lake überschwemmt, eine Bakterienart, welche beim ersten Anblick eine gewisse Aehnlichkeit mit den Cholerabacillen hatte; aber bei genauer Untersuchung erschienen sie doch etwas grösser und dicker als jene, und ihre Kulturen verflüssigten die Gelatine nicht. Nun steht mir aber auch ausser diesen Beobachtungen doch schon eine ziemlich reiche Erfahrung über Bakterien zu Gebote, aber ich kann mich nicht erinnern, dass ich früher jemals Bakterien gesehen hätte, welche den Kommabacillen gleichen. Ich habe mit Manchen gesprochen, welche sehr viele Bakterienkulturen gemacht und ebenfalls Erfahrung haben, aber Alle haben mir erklärt, dass sie eine solche Bakterienart noch nicht gesehen haben. Ich glaube also mit Bestimmtheit aussprechen zu können, dass die Kommabacillen constante Begleiter des Choleraprozesses sind und dass sie nirgends anderswo vorkommen.

Es wird nunmehr die Frage zu beantworten sein, wie wir uns das Verhältniss zwischen dem Kommabacillus und dem Choleraprozess vorzustellen haben. Für die Beantwortung dieser Frage kann man drei verschiedene Annahmen zu Grunde legen. Man kann erstens sagen: der Choleraprocess begünstigt das Wachsthum der Kommabacillen, indem er ihnen den Nährboden vorbereitet, und in Folge dessen kommt es zu einer so auffallenden Vermehrung gerade dieser Bakterienart. Wenn man diese Behauptung aufstellt, dann muss man von der Voraussetzung ausgehen, dass jeder Mensch schon Kommabacillen in sich hat, wenn er cholerakrank wird, denn sie wurden an den verschiedensten Orten in Indien, in Egypten, in Frankreich und in Menschen der verschiedensten Herkunft und Nationalität gefunden. Diese Bakterienart müsste bei dieser Annahme eine der verbreitetsten und gewöhnlichsten sein. Aber es ist das Gegentheil der Fall, denn sie kommen, wie wir gesehen haben, weder bei solchen, die an anderen Krankheiten leiden, noch bei Gesunden, noch ausserhalb des Menschen an den der Bakterienentwicklung günstigsten Orten vor: sie erscheinen immer nur dort, wo die Cholera auftritt. Diese Annahme kann also nicht als eine zulässige angesehen werden, und wir müssen sie deswegen fallen lassen.

Zweitens könnte man sich das regelmässige Zusammentreffen der Kommabacillen und des Choleraprocesses in der Weise zu erklären versuchen, dass durch die Krankheit Verhältnisse geschaffen werden, durch welche unter den vielen Bakterien, die im Darm vorkommen, die eine oder andere Art sich verändert und die Form und Eigenschaften annimmt, die wir an dem Kommabacillus kennen gelernt haben. In Betreff dieser Deutung muss ich nun aber gestehen, dass sie ohne irgend welche thatsächliche Begründung, dass sie eine reine Hypothese ist. Wir kennen bis jetzt noch nicht eine derartige Umwandlung einer Bakterienart in eine andere. Die einzigen Beispiele von Umwandlung in den Eigenschaften der Bakterien beziehen sich auf ihre physiologischen und pathogenen Wirkungen, aber nicht auf die Form. Die Milzbrandbacillen verlieren beispielsweise, wenn sie in einer bestimmten Weise behandelt werden, ihre pathogene Wirkung, sie bleiben aber in ihrer Form ganz unverändert. In diesem Beispiel handelt es sich ausserdem auch um den Verlust der pathogenen Eigenschaften. Dies ist aber gerade das Gegentheil von dem, was bei der Umwandlung unschädlicher Darmbakterien in die gefährlichen Cholerabacillen stattfinden würde. Für diese letztere Art der Abänderung von unschädlichen in schädliche Bakterien existirt überhaupt noch kein exact bewiesenes Beispiel. Vor einer Reihe von Jahren, als die Bakterien-Forschung sich noch in den ersten Anfängen befand, konnte man noch mit einiger Berechtigung eine solche Hypothese aufstellen. Aber je weiter die Bakterienkunde sich entwickelt hat, um so mehr hat sich auch herausgestellt, dass die Bakterien gerade in Bezug auf ihre Form ausserordentlich constant sind. Speciell in Bezug auf die Kommabacillen will ich noch bemerken, dass sie alle die früher geschilderten Eigenschaften vollkommen beibehalten, wenn sie ausserhalb des menschlichen Körpers weiter gezüchtet werden. Sie wurden beispielsweise mehrfach bis zu zwanzig Umzüchtungen in Gelatine kultivirt und hätten, wenn sie in ihren Eigenschaften nicht ebenso constant wären wie andere Bakterien, bei diesem Versuch sich doch wieder in die bekannten Formen der gewöhnlichen Darmbakterien zurückverwandeln müssen, was aber keineswegs der Fall war.

Es bleibt nunmehr nur noch die dritte Annahme übrig, dass nämlich der Choleraprocess und die Kommabacillen in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen, und ich kenne in dieser Beziehung keinen andern als den, dass die Kommabacillen den Choleraprocess verursachen, dass sie der Krankheit vorhergehen und dass sie dieselbe erzeugen. Das Umgekehrte würde ja auf das herauskommen, was ich eben auseinandergesetzt habe, dass der Choleraprocess die Kommabacillen hervorbringt, und das ist, wie gezeigt wurde, nicht möglich. Für mich ist also die Sache erwiesen, dass die Kommabacillen die Ursache der Cholera sind.

Nun kann man allerdings verlangen, dass wenn dem so ist, auch weitere Beweise dafür erbracht werden und vor allen Dingen, dass der Choleraprocess auch experimentell durch die Kommabacillen erzeugt wird. Es ist denn auch in aller erdenklichen Weise versucht, dieser Forderung gerecht zu werden. Die einzige Möglichkeit, einen solchen direkten Beweis für die choleraerzeugende Wirkung der Kommabacillen zu liefern, bietet das Thierexperiment, welches, wenn man den Angaben der Autoren ohne Weiteres Glauben schenken könnte, auch ohne Schwierigkeit auszuführen sein müsste. Man hat behauptet, dass die Cholera bei Kühen, bei Hunden, bei Hühnern, bei Elephanten, bei Katzen und manchen anderen Thieren vorkäme, aber wenn man diese Angaben etwas genauer untersucht, findet man stets, dass sie ganz unzuverlässig sind. Bis jetzt besitzen wir eigentlich noch gar kein sicheres Beispiel, dass Thiere in Cholerazeiten spontan an Cholera erkrankt sind. Auch alle Experimente, die bis jetzt an Thieren mit Cholerasubstanzen gemacht wurden, sind entweder direkt negativ ausgefallen, oder, wenn sie angeblich positiv ausfielen, so waren sie doch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht vollständig beweiskräftig oder wurden von anderen Experimentatoren widerlegt. Trotzdem haben wir uns auch mit dem Thierversuche auf's eingehendste beschäftigt. Ich habe insbesondere, weil man auf die von Thiersch an weissen Mäusen erzielten Resultate viel Gewicht legen musste, von Berlin 50 Mäuse mitgenommen, und alle möglichen Infectionsversuche damit angestellt, zunächst wurden sie mit Entleerungen von Cholerakranken und mit dem Darminhalt von Cholera-Leichen gefüttert. Wir haben uns möglichst genau an die Versuchsanordnung von Thiersch gehalten und nicht allein mit frischem Material gefüttert, sondern auch, nachdem die Flüssigkeiten in Zersetzung übergegangen waren. Trotzdem diese Experimente immer und immer wieder mit Material von neuen Cholerafällen wiederholt sind, blieben unsere Mäuse gesund. Es wurde dann an Affen experimentirt, an Katzen, Hühnern, Hunden und verschiedenen andern Thieren, deren wir habhaft werden konnten, aber niemals haben wir etwas dem Choleraprozess Aehnliches bei Thieren erzielen können. Ganz ebenso haben wir mit den Kulturen der Kommabacillen Versuche gemacht, auch diese wurden verfüttert in allen möglichen Stadien der Entwicklung. Als dann ferner das Experiment so angestellt wurde, dass Thiere mit grossen Quantitäten von Kommabacillen gefüttert, dann getödtet und der Inhalt des Magens und Darms auf Kommabacillen untersucht wurde, stellte sich heraus, dass die Kommabacillen schon im Magen zn Grunde gehen und für gewöhnlich gar nicht in den Darmkanal gelangen. Andere Bakterien verhalten sich in dieser Beziehung anders, denn es wurde zufällig in Calcutta ein sehr schön roth gefärbter Mikrokokkus gefunden, welcher an seiner auffallenden Farbe leicht zu erkennen war und sich für ein solches Experiment deswegen besonders gut eignete. Dieser Mikrokokkus wurde auf meine Veranlassung von Dr. Barclay in Calcutta an Mäuse verfüttert und der Darminhalt dieser Thiere auf Kartoffeln gebracht. Es bildeten sich dann wieder die rothen Kolonien des Mikrokokkus, der also unbeschädigt den Magen der Maus passirt hatte. Die Kommabacillen gehen dagegen im Magen der Thiere zu Grunde. Man musste hieraus schliessen, dass das Misslingen der Fütterungsversuche in diesem Verhalten der Kommabacillen seinen Grund haben könnte. Deswegen wurde der Versuch dahin abgeändert, dass man den Thieren die Substanzen direkt in den Darm brachte. Es wurde der Bauch geöffnet und die Flüssigkeit mit einer Pravaz'schen Spritze unmittelbar in den Dünndarm injicirt. Die Thiere vertrugen diesen Eingriff sehr gut, aber sie wurden nicht krank davon. Wir haben ferner bei Affen versucht, durch einen langen Katheter die Choleradejection möglichst hoch hinauf in den Darm zu bringen. Auch dies ging sehr gut, aber die Thiere sind gesund geblieben. Es wurden auch, was ich noch erwähnen will, den Thieren vorher Abführmittel gegeben, um den Darm in einen gewissen Reizzustand zu versetzen, und dann die inficirende Substanz gegeben, ohne dass ein anderes Resultat erzielt wurde. Das einzige Experiment, bei welchen die Kommabacillen eine pathogene Wirkung äusserten, und welches mir deswegen auch anfangs Hoffnung machte, dass man damit doch zu einem Resultat kommen könnte, war, dass man Reinkulturen den Kaninchen direkt in die Blutbahn oder Mäusen in die Bauchhöhle injicirte. Die Kaninchen erscheinen nach der Injection sehr krank, erholen sich aber nach einigen Tagen wieder. Mäuse starben dagegen 24 bis 48 Stunden nach der Injection, und es liessen sich die Kommabacillen im Blute derselben nachweisen.

Man muss allerdings den Thieren ziemlich grosse Mengen beibringen; und es ist nicht wie bei anderen Infections-Versuchen, wo man die kleinsten Mengen anwendet und dennoch eine Wirkung damit erzielt. Um über die Möglichkeit, Thiere mit Cholera inficiren zu können, Gewissheit zu erlangen, habe ich mich in Indien überall erkundigt, ob bei den Thieren je ähnliche Krankheiten beobachtet sind. Es ist mir aber gerade in Bengalen versichert worden, dass niemals derartiges vorgekommen sei. In dieser Provinz findet sich eine ausserordentlich dichte Bevölkerung, und es giebt dort mancherlei Thiere, die mit den Menschen zusammenleben. Man sollte nun annehmen, dass in diesem Lande, wo überall und fortwährend Cholera vorhanden ist, die Thiere recht oft den Cholerainfectionsstoff und zwar in einer ebenso wirksamen Form wie die Menschen in ihren Verdauungskanal bekommen müssen, aber niemals ist dort beobachtet, dass Thiere an choleraartigen Zufällen erkrankt sind. Ich glaube deswegen auch, dass alle die Thiere, die uns zu solchen Versuchen zu Gebote stehen und ebenso diejenigen, welche mit den Menschen gewöhnlich in Berührung kommen, sämmtlich für Cholera immun sind, und dass ein richtiger Choleraprozess bei ihnen auch nicht künstlich erzeugt werden kann. Wir müssen daher auf dieses Beweismittel verzichten.

Nun ist aber damit durchaus noch nicht gesagt, dass überhaupt kein Beweis für die pathogene Wirkung der Kommabacillen zu erbringen ist. Ich habe Ihnen ja schon auseinandergesetzt, m. H., dass ich für meine Person auch ohne diese Thierversuche mir keine andere Vorstellung davon machen kann, als dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den Kommabacillen und dem Choleraprozess existirt. Wenn es auch wirklich später noch gelingen sollte bei den Thieren irgend etwas der Cholera Aehnliches zu produciren, so würde das für mich nicht mehr beweisend sein, als die Thatsachen, welche uns jetzt schon zur Verfügung stehen. Wir kennen übrigens auch andere Krankheiten, die sich nicht auf Thiere übertragen lassen, z. B. Lepra, und doch müssen wir nach Allem was wir von den Leprabacillen wissen, annehmen, dass sie die Ursache der Lepra sind. Wir müssen auch für diese Krankheit auf Thierversuche verzichten, weil bislang noch keine für Lepra empfängliche Thierspecies gefunden ist. Mit dem Abdominaltyphus verhält es sich wahrscheinlich ebenso; ich wüsste nicht, dass es schon gelungen wäre, Thiere damit zu inficiren. Wir werden uns damit begnügen müssen, dass wir das constante Vorkommen einer bestimmten Art von Bakterien bei der betreffenden Krankheit und das Fehlen derselben Bakterien in anderen Krankheiten constatiren. Die fraglichen Bakterien müssen sich stets mit dem Infectionsstoff dieser bestimmten Krankheit decken und, worauf ich namentlich Werth lege, das Vorkommen der pathogenen Bakterien muss ein den pathologischen Veränderungen im Körper und dem Verlauf der Krankheit entsprechendes sein. Wir kennen auf der anderen Seite z. B. auch Thierkrankheiten, die nicht auf den Menschen zu übertragen sind, z. B. die Rinderpest und die Lungenseuche. Wir begegnen hier einer in der Natur weitverbreiteten Erscheinung. Fast alle Parasiten sind nur auf eine oder wenige Thierspecies angewiesen, die ihnen als Wirth dient. Ich erinnere an die Bandwürmer. Viele Thierarten haben ihren eigenen Bandwurm, der nur bei dieser Art und keiner anderen sich zu entwickeln vermag.

Wir werden also bei einer ganzen Anzahl von Infectionskrankheiten, zu denen auch die exanthematischen Krankheiten gehören, auf diesen Theil des Beweises verzichten müssen, und wir können das auch um so eher thun, als wir schon eine ganze Reihe von andern Krankheiten kennen, die durch pathogene Organismen bedingt werden, bei denen die Verhältnisse aber im Uebrigen ebenso liegen, und von denen wir mit aller Bestimmtheit wissen, dass die Krankheit durch die ihnen zugehörigen Mikroorganismen veranlasst wird, während wir noch niemals gesehen haben, dass etwa die Krankheit einen specifischen Mikroorganismus producirt. Ich glaube, dass hier ein Analogie-Schluss, nachdem man schon eine ganze Reihe von solchen durch Mikroparasiten erzeugten Krankheiten kennen gelernt hat, durchaus berechtigt ist.

Uebrigens stehen aber auch schon einige Beobachtungen zu Gebote, die eigentlich so gut wie Experimente am Menschen sind. Wir können sie vollständig als Experimente, die sich unter natürlichen Verhältnissen vollziehen, auffassen. Die wichtigste derartige Beobachtung ist die Infection solcher Personen, welche mit Cholerawäsche zu thun haben. Ich habe mehrfach Gelegenheit gehabt, Cholerawäsche zu untersuchen, und habe, wie Sie sich auch selbst an einem der mikroskopischen Präparate überzeugen konnten, in der schleimigen Substanz, welche an der Oberfläche der mit Dejection beschmutzten Leinwand sitzt, immer die Kommabacillen in ungeheuren Mengen und gewöhnlich geradezu in einer Reinkultur gefunden.

Wenn also eine Infection durch Cholerawäsche zu Stande kommt, dann kann dies, weil in diesem Falle die Kommabacillen die einzigen in Frage kommenden Mikroorganismen sind, auch nur durch diese geschehen sein. Mag nun die Uebertragung in der Weise stattgefunden haben, dass die Wäscherin die mit Kommabacillen beschmutzten Hände mit ihren Speisen oder direct mit ihrem Munde in Berührung gebracht hat, oder dadurch, dass das bacillenhaltige Waschwasser verspritzt und einzelne Tropfen auf die Lippen und in den Mund der Wäscherin gelangen; auf jeden Fall liegen hier die Verhältnisse so, wie bei einem Experiment, in welchem ein Mensch mit geringen Mengen einer Reinkultur von Kommabacillen gefüttert wäre. Es ist in der That ein Experiment, welches ein Mensch unbewusst an sich selbst vornimmt und dem ganz die nämliche Beweiskraft zukommt, als wenn es absichtlich herbeigeführt wäre. Ausserdem ist diese Beobachtung so häufig und von den verschiedensten Aerzten gemacht, dass die Zuverlässigkeit derselben absolut keinem Zweifel unterliegt. Ausserdem kann ich mich aber auch noch auf eine eigene hierher gehörige Beobachtung berufen. Es ist mir nämlich gelungen, in einem Tank, der das Trink- und Gebrauchswasser für sämmtliche umwohnenden Menschen liefert, und in dessen unmittelbarer Umgebung eine Anzahl tödtlicher Cholerafälle vorgekommon waren, die Kommabacillen mit allen ihren charakteristischen Eigenschaften zu finden. Es wurde dann später festgestellt, dass die Wäsche von dem ersten in der Nähe dieses Tanks an Cholera Gestorbenen in dem Tank gewaschen war. Das ist das einzige Mal gewesen, dass ich bis jetzt die Komma-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bacillen ausserhalb des menschlichen Körpers nachweisen konnte. Am Ufer dieses Tanks befanden sich 30 bis 40 Hütten, in denen etwa 2—300 Menschen wohnten, und von diesen waren 17 an Cholera gestorben. Wie viele krank gewesen waren, liess sich nicht genau feststellen. Ein solcher Tank liefert den Anwohnenden das Trink- und Gebrauchswasser, zugleich nimmt er aber auch alle Abgänge aus den Haushaltungen auf. Die Hindus baden täglich in demselben, sie waschen ihr Zeug darin, die menschlichen Fäkalien werden mit Vorliebe am Ufer desselben deponirt, und wenn eine Hütte mit einer Latrine versehen ist, dann hat letztere ihren Abfluss nach dem Tank zu. Gerade so verhielt es sich auch mit dem in Frage stehenden Tank. Als die Kommabacillen in ziemlich reichlicher Menge und an mehreren Stellen des Ufers zum ersten male gefunden wurden, hatte die kleine Epidemie ihren Höhepunkt bereits erreicht. Kurze Zeit darauf, als nur noch vereinzelte Erkrankungen vorkamen, fanden sich die Kommabacillen nur noch an einer Stelle und in geringer Zahl. Bei dem ersten Befund waren sie so reichlich, dass nicht allein durch etwa in den Tank gelangte Dejectionen und das Waschwasser von Cholerawäsche ihre Zahl bedingt sein konnte; es musste eine Vermehrung stattgefunden haben. Bei der zweiten Untersuchung entsprach dagegen ihre geringe Zahl nicht den kurz vorhergehenden zahlreichen Erkrankungen. Wenn letztere die Bacillen in das Tankwasser geliefert hätten, dann hätten die Bacillen im Verhältniss zum ersten Befund diesmal weit zahlreicher sein müssen. Man kann also in diesem Falle nicht sagen, dass das Auftreten der Kommabacillen im Tank nur eine Folge der Choleraepidemie war. Es war im Gegentheil das Verhältniss ein solches, dass die Epidemie eine Folge der Bacillen sein musste. Auf derartige Beobachtungen, ganz besonders aber auf die Infection durch Cholerawäsche müssen wir um so grösseren Werth legen, als es uns vielleicht für immer versagt ist, erfolgreiche direkte Infectionsversuche mit den Kommabacillen anzustellen.

(Schluss folgt).

II. Ueber Kochsalzwasser-Infusion.

Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin am 14. Juli 1884.

Von

Prof. **Dr. H. Kronecker.**

Der Einladung des Herrn Vorsitzenden folgend, wollte ich Ihnen eine ganz einfache Methode zur Kochsalzwasser-Infusion zeigen, da es bei der voraussichtlichen ärztlichen Mobilmachung in dieser kritischen Zeit vortheilhaft sein dürfte, unsere Waffen so einfach als möglich zu machen.

Es handelt sich um die Infusion einer unschädlichen Kochsalzlösung behufs Ersatz der etwa fehlenden Flüssigkeitsmenge im Circulationsapparat.

Nachdem Hr. Dr. J. Sander mit mir im Laufe des Jahres 1879 lebenrettende Infusionen von Kochsalzlösung bei verbluteten Hunden ausgeführt hat, sind solche nach sorgfältiger Prüfung und Empfehlung durch E. Schwarz von vielen Praktikern bei anämischen Menschen mit gutem Erfolge ausgeführt worden. Diese Kochsalzwasser-Infusion muss aber natürlich unter Vorsichtsmassregeln ausgeführt werden. Erstens muss für den richtigen Kochsalzgehalt gesorgt werden; d. h. die Lösung muss für die Gewebe unschädlich sein. Koelliker hat zuerst gezeigt, wie die Function der Samenzellen abhängig ist von der Concentration der Kochsalzlösung, von welcher sie bespült werden, und dass Froschmuskeln in 0,5—1,0 procentiger sich lange erhalten, ohne todtenstarr zu werden, während Wasser (wie schon Haller wusste) schnell die Starre herbeiführt und ebenso etwas concentrirtere Salzlösungen rascher die Muskelsubstanz verändern.

Kühne gab 1859 (Reichert's und du Bois-Reymond's Arch. S. 769) eine danach oft geübte Methode an, „um die Frösche ihres ganzen Blutinhalts zu berauben". Dazu giebt es, wie er ausführt, „kaum etwas Besseres als eine Kochsalzlösung von 0,5 Proc. Man kann zwar noch bis 1 Proc. concentrirte Auflösungen anwenden, es ist aber immer vorzuziehen, die Concentration nicht über 0,5 oder 0,7 Proc. zu steigern. Eine derartige Lösung hat den Vortheil, dass sie beim Einspritzen in die Gefässe keine übermässige Diffusion aus den Blutkörperchen erzeugt und andererseits auch die Muskeln vor zu heftigen Veränderungen bewahrt."

Cohnheim verwendete solche „Salzfrösche" in seinen berühmten Untersuchungen über die Entzündung.

Roth und Engelmann fanden Kochsalzlösung von 0,5 Proc. für Froschzellen am günstigsten; später erwies O. Nasse für die Froschmuskeln eine Lösung von 0,6 procentiger Kochsalzlösung als noch vortheilhafter.

Auch Kaninchen hatte Kühne mit solcher Kochsalzlösung perfundirt, ohne die Muskeln unerregbar zu machen. Cohnheim fand, dass für Infusionswasser bei Kaninchen 1 Proc. Kochsalz die günstigste Concentration ist. Schwalbe bestimmte für verschiedene Thiere die Optima.

Ich habe (1874) mit Stirling gefunden, dass man mit 0,6 procentiger Kochsalzlösung ein Froschherz völlig seines Blutes berauben kann, ohne es zu tödten. Es vermag dann garnicht mehr zu pulsiren, aber es behält seine Lebensfähigkeit latent vollkommen, so dass es durch ein paar Tropfen Blut wieder seine volle Kraft wiedergewinnen kann. Gaule hat darauf gezeigt, dass Zusatz einer sehr kleinen Menge von Alkali 0,005 Proc. Natriumhydrat zur Kochsalzlösung von ausgewaschenen Herzen noch eine Reihe von Schlägen ermöglicht. Schon 1853 hat Virchow gezeigt, dass ganz verdünnte Lösungen von Alkalien in den Bronchen von menschlichen Leichen die erloschene Flimmerbewegung wieder erwecken können.

Martius fand im hiesigen Laboratorium, dass selbst die Gaule'sche Lösung nicht unschädlich bleibt sondern nahezu ausgewaschene Froschherzen in tonische Contractionen versetzen kann und es vortheilhaft ist, dieselbe schwächer anzuwenden.

Danach ist es recht erstaunlich, dass Hr. Szumann (Berl. klin. Wochenschr. 21. Mai 1883) ohne weitere Motivirung zur lebenrettenden Infusion bei Menschen wässrige Lösungen von 0,6 Proc. Kochsalz und 0,1 Proc. (!) Natrium carbonicum empfiehlt. Bald nach der Infusion (von 760 ccm) bekam sein Patient „einen länger andauernden Schüttelfrost", scheint aber schliesslich gerettet worden zu sein. Auch Samuel antwortete in seiner bekannten Broschüre „die subcutane Infusion als Behandlungsmethode der Cholera" (Stuttgart 1883) S. 71 auf seine Frage: „Was soll eingespritzt werden? Wohl erwärmt auf Blutwärme sollen fertige Salzlösungen von 6 gr. Kochsalz und 1 gr. Natr. carbonicum auf 1000 Theile Aqu. destil. eingespritzt werden: Es ist zunächst keine Aenderung nöthig in dieser Solution, welche schon bei directer Infusion in's Blut vielfach gute Dienste geleistet hat."

Nun meine Herren, ein Mensch kann viel ertragen, aber ehe man ihm von den bisher üblichen so auffallend verschiedene Lösungen in's Herz spritzt, sollte man doch versuchen, ob dies Thieren nichts schadet. Man wird die Erfahrungen nicht ohne Weiteres übertragen dürfen, aber doch ungefähre Anhaltspunkte behalten. Herr Sander und ich, wir haben nur solche Controlversuche angestellt. Folgendes Protokoll möge als Beispiel dienen: Am 23. Juni 1884 wurde einem Hunde von 6650 gr. Gewicht (präsumtive Blutmenge 511 gr.) 340 ccm (also $^2/_3$ seines Blutes) Blut aus einer Carotis entleert und dafür die gleiche Menge Kochsalzlösung von 0,6 Proc. in eine Vena jugul. externa infundirt. Der Hund war anfänglich etwas matt (morphonisirt), am nächsten Tage ganz munter und blieb so.

Der zweite Hund von 5050 gr Körpergewicht (388 gr präsumptivem Blutgehalt) verlor durch die Carotis 200 ccm (also nur etwas über $^1/_2$ seines Gesammtblutes) und erhielt dafür ebensoviel alkalische Kochsalzlösung, 0,1 Proc. Natron auf 0,6 Proc. Kochsalz. Der Hund erholte sich bald nach der Transfusion starb aber schon 3 Stunden später.

In einem anderen Parallelversuchspaare entzog ich einem Hunde von 6200 gr. Gewicht aus einer Carotis nicht ganz $^2/_3$ seines Gesammtblutes 290 ccm und injicirte ihm anstatt dessen die Szumann'sche Lösung (6 gr. Kochsalz 1 gr. Soda auf 1 Liter Wasser) in einer der entzogenen Blutmenge gleichen Quantität 300 ccm. — Einem zweiten ganz ähnlichen Hunde (ebenfalls Pinscher) von 5670 gr. Gewicht entzog sich bald danach über $^2/_3$ seines Blutes (300 ccm.) ersetzte dies durch neutrale Kochsalzlösung. Der erste Hund richtete sich nicht mehr auf und starb nach einigen Stunden, der andere lebt heute noch munter wie zuvor.

Um den für das menschliche Blut geeigneten Verdünnungsgrad der Kochsalzlösung zu bestimmen, habe ich einen Umweg eingeschlagen.

Herr Aronsohn hat kürzlich in meiner Abtheilung Versuche über die Wirkung von Flüssigkeiten auf die Nasenschleimhaut angestellt und gefunden, dass eine 0,73 procentige auf etwa 38° erwärmte Kochsalzlösung sich so vollkommen indifferent gegen die Geruchsschleimhaut verhält, dass ihre Anwesenheit in der Nase überhaupt nicht gespürt wird.

Herr Dr. Marckwald in Kreuznach hat mir mitgetheilt, dass er jetzt diese Flüssigkeit als Lösungsmittel für subcutan zu injicirende Arzneimittel verwendet und dabei findet, dass sie keinen Schmerz verursacht. Vielfache Infusionsversuche, welche Herr J. Sander an Hunden und Kaninchen vorgenommen hat, lehrten uns, dass neutrale Kochsalzlösung bester Concentration mindestens so brauchbar ist, wie das schwach alkalische Salzwasser. Auch hielten sich rothe Blutkörperchen von Mensch, Hund und Kaninchen in neutraler Salzlösung mindestens so gut wie in alkalischen, zum Theil sogar besser.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf die Frage, wohin soll man infundiren, muss ich mit Entschiedenheit antworten „in die Venen“. Cohnheim verurtheilt in seiner allgemeinen Pathologie (2. Auflage I S. 424) die centrifugale arterielle Transfusion, „denn die peripherischen Arterienäste contrahiren sich gegen das eindringende fremde Blut mit solcher Energie, dass es öfters ganz gewaltiger Anstrengungen bedarf, um die Widerstände zu überwinden, der Art, dass es nur selten ohne Gefässzersprengungen abgeht“. Subcutane und intraabdominelle Infusionen können nur nach gar nicht bestimmbarer Zeit die Flüssigkeiten in den Kreislauf bringen. Den Einfluss durch die Venen kann man ganz nach Belieben regeln.

Die dritte Frage wäre: Mit welcher Geschwindigkeit soll man die Infusionsflüssigkeit in die Vene dem Herzen zuströmen lassen.

Man darf aus den Verhältnissen der Venenquerschnitte wohl den Schluss ziehen, dass bei gleichmässigem Blutkreislauf durch eine Vena jugularis communis des Menschen etwa der 12. Theil des venösen Blutes in das Herz fliesst.

Da nun jede Herzkammer beim erwachsenen Menschen etwa 150 bis 200 ccm Blut fasst und mit jedem Pulse entleert, so muss während jeder Diastole soviel zu jedem Ventrikel fliessen.

Da nun, nach Ceradini's Beobachtung, die Vorhöfe stets für Blut durchgängig sind, so fliessen während eines gesammten Herzpulses d. h. etwa 1″ lang die 150—200 ccm in den rechten Vorhof, es passiren also eine Vena jugularis etwa 12—18 ccm pro Secunde. Bei sehr anämischen Menschen, welche lebenrettende Infusion brauchen, kann man wohl annehmen, dass nur die Hälfte des Blutes in Bewegung ist. Es würden also nur 6—9 ccm in 1″ durch die Drosselvene fliessen. Schneller dürfte man also keinesfalls Kochsalzlösung infundiren, wenn man nicht gewärtigen wollte, das Herz überwiegend mit Kochsalzlösung zu füllen und damit seine Leistungsfähigkeit noch zu mindern. Der normale Druck in den grossen Venen beträgt nach den Bestimmungen von H. Jacobsen höchstens 1 cm Quecksilber, also etwa 13 cm unserer Kochsalzlösung. Höher dürfte also bei normalen Widerständen der Infusionsdruck in den Venen nicht gesteigert werden.

Wenn aber Verengerungen der Canüle oder der Venen hinderlich sein sollten, so kann man den Druck ein wenig steigern bis man etwa 6—9 ccm pro Secunde aus der Infusionsflasche ausfliessen sieht. Um den Ausfluss constant zu erhalten trotz fallenden Flüssigkeitsniveau in der Flasche, macht man diese zu einer Mariotte'schen, d. h. man führt durch den Halsstöpsel der tubulirten Flasche luftdicht ein Glasrohr bis nahe zum Boden der Flasche. Dann ist dieses Niveau das constant drückende, denn die in der Flasche stehende Säule wird von dem verdünnten Luftraume in der verschlossenen Flasche aspirirt. In dem Maasse wie die Flüssigkeitsäule sinkt, treten Luftblasen durch die Röhre: Das ausströmende Wasser wird durch Luft, welches durch die Röhre nachdringt, ersetzt.

Der ganze Infusionsapparat besteht also, wie Sie sehen, aus einer Literflasche, welche nahe dem Boden in der Wand einen Tubulus trägt. In diesen Tubulus ist wasserdicht ein Ausflussröhrchen eingesetzt, an dem ein Kautschukschlauch von etwa 1/2 Meter Länge hängt, über den eine Schraubenklemme zum Absperren geschoben ist. Dieser Kautschukschlauch endigt in ein Glasröhrchen, auf welches eine gläserne Venencanüle mit Kautschukrohransatz passt. Die Flasche ist grob graduirt, so dass man Inhaltsänderungen von 10 ccm ablesen kann. Nachdem die Flasche mit ausgekochter 0,7 procentiger Kochsalzlösung (also 7 g Kochsalz auf 1 Liter Wasser) gefüllt ist, wird durch den Stöpsel des Halses das Mariotte'sche Luftrohr bis zum Boden der Flasche geschoben und zur Vorsicht, dass keine Keime aus der Luft angesaugt werden mit Sublimatwatte lose bedeckt.

Man bindet die Glascanüle in das centrale Ende der zugeklemmten Vene ein, verdrängt durch eine feine Pipette mit Kochsalzlösung die Luft, verbindet die gefüllte Canüle mit dem gefüllten Schlauch der Salzwasserflasche und lässt vorsichtig einfliessen, während man mit der Secundenuhr die Geschwindigkeit des Einströmens controlirt.

Herr Leyden glaubt im Namen der Gesellschaft Herrn Kronecker seinen Dank aussprechen zu sollen, dass er gerade in diesem Augenblick der drohenden Choleragefahr auf eine therapeutische Maassregel aufmerksam gemacht hat, die zweifellos in Anwendung gezogen werden dürfte. Wenn Herr Leyden selbst auch nicht die pessimistischen Anschauungen hegt, wie sie fast alle Tage in den Zeitungen ausgesprochen werden, dass womöglich schon in diesem Jahre das Auftreten der Cholera in Berlin zu erwarten sei, so erscheint es ihm trotzdem von Wichtigkeit, dass, wie Herr Kronecker sagte, eine ärztliche Mobilmachung stattfinde, und dass alle Mittel in Erwägung gezogen werden, die bei einem eventuellen Ausbruch der Cholera auf das therapeutische Handeln von Einfluss sein könnten.

Herr S. Guttmann stellt, gegenüber der Thatsache, dass durch die Koch'sche Entdeckung zwar unsere ätiologische Kenntniss der Cholera einen bedeutungsvollen Schritt vorwärts gemacht, unser therapeutisches Handeln jedoch nur insofern einen weiteren Anhaltspunkt gewonnen hat, als wir wissen, dass wir auch hier mit der Thatsache eines Infectionsträgers zu rechnen haben, den Antrag, der Verein wolle eine Commission niedersetzen, welche die bisherigen ärztlichen Erfahrungen zu prüfen und für den Fall einer wirklichen Invasion für eine Berichterstattung Material herbeizuschaffen habe.

Herr Fraentzel glaubt auf Grund seiner Erfahrungen während der Choleraepidemie von 1873 der Kochsalz-Infusion einen therapeutischen Werth nicht beilegen zu können. Dagegen glaubt er die Aufmerksamkeit auf einige hygienische Mängel hinlenken zu müssen, die sich in Berlin geltend gemacht haben, d. i. einmal der Rückstand der Canalisationswässer, wie er bei plötzlichen starken Regengüssen sich geltend gemacht hat, andererseits der mangelhafte Zustand der Müllgruben, denen eine grössere Aufmerksamkeit zu schenken sein dürfte, als das bisher geschehen ist.

Herr P. Guttmann hat bereits während der Choleraepidemie von 1866 Versuche mit Kochsalz-Infusionen gemacht und davon ebenfalls keine Erfolge gesehen (Berl. klin. Wochenschrift 1866, S 335). Für den Fall einer erneuten Cholerainvasion dürfte ein erneuter Versuch nach dem von Herrn Kronecker angegebenen Verfahren nicht ganz von der Hand zu weisen sein, doch zweifelt er an einem Erfolg. Was die Gefahr der Invasion anlangt, so glaubt Herr Guttmann nicht, dass die Cholera in diesem Jahre nach Berlin kommen wird, weil die Erfahrung gezeigt hat, dass dieselbe mit dem Herannahen des Herbstes nur noch schwer Eingang findet. Da dieselbe jetzt noch so weit entfernt ist und die Einführung nicht auf Courirwegen erfolgt, sondern mittelst des langsameren Verkehrs so würde die Zeit bis zum Herbst verstrichen sein, ehe die Seuche bis zu uns gelangt wäre, und würde sie dennoch Berlin erreichen, so dürfte sie sicherlich keinen allzu erheblichen Umfang mehr gewinnen.

Herr Spinola constatirt, dass die von Herrn Fraentzel hervorgehobene Gefahr eines Rückstauens des Wasserleitungswassers in neuster Zeit durch Vermehrung der Nothauslässe gänzlich gehoben ist. Was die Müllgruben anlangt, so liege die Reinigung derselben den einzelnen Hausbesitzern ob, und die Schwierigkeit, geeignete Ablagerungsplätze für ihren Inhalt zu beschaffen, nehme von Jahr zu Jahr zu. Der Berliner Hausbesitzer-Verein habe sich bereits mit der Bitte an den Magistrat gewandt, die Reinigung der Müllgruben in communalen Betrieb zu nehmen. Leider habe der letztere jedoch eine abschlägliche Antwort ertheilen müssen.

Herr Löwenstein hält es gegenüber verfrühten Zeitungsnachrichten für wichtig, wenn von autoritativer Seite darauf hingewiesen wird, dass die absolute Nothwendigkeit einer Cholera-Invasion in diesem Jahre nicht vorliege. Was die Frage der Kochsalz-Infusion anlangt, so glaubt auch er nach seinen Beobachtungen während der Epidemie von 1866 derselben einen therapeutischen Werth nicht beilegen zu sollen.

Herr Goltdammer weist auf das wichtige Moment des Transportwesens hin, welches bei früheren Epidemien nicht die verdiente Beachtung gefunden.

Herr Wernich warnt davor, dass der Verein über seine Competenzen hinausgehe und in Bezug auf sanitätspolizeiliche Maassregeln mit andern zuständigen Körperschaften in Concurrenz trete. Mit dem Vorschlage des Herrn S. Guttmann dagegen, eine Commission einzusetzen, welche auf recht breiter Grundlage die therapeutischen Maassregeln gründlich discutire und eventuell darüber Bericht erstatte, kann er sich nach jeder Richtung einverstanden erklären.

Herr P. Guttmann kann constatiren, dass hinsichtlich des Transportwesens an competenter Stelle bereits Maassregeln in Aussicht genommen seien, die nach dieser Richtung vollständige Beruhigung zu gewähren geeignet seien.

Es wird alsdann der Antrag des Herrn S. Guttmann angenommen. Die betreffende Commission wird zusammengesetzt aus dem jeweilig in Berlin anwesenden Vorsitzenden des Vereins und den Herren Baer, Goltdammer, P. Guttmann, S. Guttmann, Guttstadt, Lehnerdt, Riess und Wernich.

Schluss der Sitzung 10 Uhr.

III. Ueber einen Fall von Zwangsvorstellungen vor Gericht, nebst einigen Bemerkungen über Zwangsvorstellungen.

Vortrag gehalten in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Von

Dr. M. Jastrowitz.

(Schluss aus No. 31.)

Es ist bei der Entstehung und Gestaltung der Zwangsvorstellungen durch einen Affect bemerkenswerth, dass der in solchen Momenten zuerst aufstossende Gedanke, wie ich mehrmals erfuhr, ganz wie eine gehörte Melodie zunächst im Bewusstsein untertauchen kann, bis ein Anklang daran, im analogen oder gegensätzlichen Sinne oft Stunden und Tage hinterher ihn weckt und er den Patienten nicht mehr verlässt. Bei aufmerksamem Krankenexamen kann man dann, die anscheinend aus der unbewussten Hirnmechanik heraus „primordial“ entsprungene Zwangsvorstellung doch noch rückwärts verfolgen. Im Gegensatz zu der eisernen Beharrlichkeit der letzteren scheint mir das Associationsvermögen sonst gesteigert, insofern gedankliche Verbindungen der ungeheuerlichsten oder subtilsten Art selbst bei ungebildeten, einfachen Kranken vorkommen; es ist ein unruhiges Flattern des Geistes von einem Gegenstande zum andern, ohne ordentliches Durchdenken, mit häufiger Verbindung oder Anknüpfung an die quälende Vorstellung.

Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

was einen gewissen differentiell diagnostischen Unterschied von manchen hypochondrischen Melancholien an die Hand giebt, bei denen die Kranken der pathologischen Eigenschaft ihrer Einbildungen sich gleichfalls bewusst sind, in welchen aber ihr Geist in öder Monotonie ausschliesslich sich bewegt. Jeder dieser mit der Zwangsvorstellung associirten Gedanken kann sie dann hervorrufen, es können auch ferner Sensationen der verschiedensten Art im Kopfe, im Kreuz, in den Präcordien und Hypochondrien, Hitzegefühl, Angst, welche bei diesem Leiden vorkommen, damit in Beziehung treten und sie leicht auslösen. Ich beobachtete mehrmals, dass solche mit der Zwangsvorstellung associirte Gedanken, indem erstere als solche verschwand, sich unter einander dann mit reflectorischem Zwang bedingten und an ihre Stelle traten. Das practisch sehr wichtige, weil ganz häufig zu Handlungen treibende Angstgefühl ist von Westphal, Schüle, Krafft-Ebing, Wille auf die verschiedenen Ursachen zurückgeführt worden. Die Ungeheuerlichkeit des Zwangsgedankens, der verwirrende Kampf mit dem normalen übrigen Bewusstseinsinhalt, die Nothwendigkeit Handlungen unterdrücken zu müssen, welche diese Gedanken fordern, endlich, wie Schüle treffend bemerkt, die „Angst vor der Angst" rufen dasselbe hervor. Ganz gewöhnlich aber ist es nicht consecutiv, sondern gleichzeitig, oder geht den Zwangsgedanken voran, kann auch bei derlei Leidenden zu Zeiten ohne solche auftreten.

Bei einem 46jährigen, blühend aussehenden Fräulein, welches seit ihrer Jugend an Insomnie, seit Jahren an Schwerhörigkeit litt — es fand sich ausserdem Skoliose und Uterusfibroid —, deren Neffe und Nichte geisteskrank geworden sind, trat, wie nach genauer mehrfacher Nachfrage festgestellt werden konnte, Angstgefühl und Zwangsvorstellung zum ersten Male gleichzeitig auf. Sie hatte im Hôtel bei Tische davon erzählen hören, dass eine ihr nicht weiter bekannte Person sich erhängt habe. Am Abend desselben Tages fand sich mit dem Gefühl der Angst der sie seitdem hartnäckig verfolgende Gedanke ein, sie müsse desgleichen thun. Einmal hatte sie sogar vorübergehend eine Sinnestäuschnng, indem sie sich hängen sah und denken musste „So wirst du nach dem Tode aussehen!" Bei ihr kamen Angstzustände und Zwangsgedanken oft ganz unabhängig von einander vor; erstere hatten manchmal nur eine Dauer von 10 Minuten, man beobachtete dabei starke Röthung des Gesichts und einen Puls von 140; die grösste Qual empfand sie durch die Combination beider Symptome. Selbstverständlich ist die Angst, auch wo sie peripher, etwa in den Präcordien oder im Kopfe, localisirt wird, doch central durch die gleiche Hirnaffection wie die Zwangsvorstellungen verursacht, welche als eine Hemmung im Ablauf der psychischen Functionen von manchen Kranken bezeichnet wird.

Ueber diese Hemmung machte mir eine 24jährige Dame, die seit 5 Jahren schwer, mit nur geringen Remissionen litt, eine interessante Mittheilung, als sich eine charakteristische Umänderung ihres Leidens vollzogen hatte: „Früher erschien es mir in bestimmter Gestalt oder vielmehr Vorstellung, die jedoch je nach Zeit und Verhältnissen wechselte, jetzt ist es völlig unbestimmt, nur ein gestaltloses, unendlich qualvolles Gefühl, als wären 2 Seelen in mir, die eine, welche will, die andere, welche nicht will". Gegen die bestimmten, in Worte gekleideten Zwangsvorstellungen habe sie ankämpfen können, indem sie gewisse Gegenstände ins Auge gefasst und sich laut vorgesagt habe. So habe sie z. B. beim Aufwachen am Morgen, sobald die Gedanken sich eingestellt, sich laut vorgesagt: „Das ist die Decke, das ist ein Stuhl, ein Tisch, das sind meine Finger etc." und so dieselben verjagt; gegen dies unbestimmte Gefühl sei sie machtlos und haltlos. Obgleich für sie die Hemmung weniger quälend war, gerieth sie doch in Folge derselben in solche Angstzustände, dass sie ihren Bruder thätlich angriff. — Hier also haben wir gleichsam die Empfindung der pathologisch veränderten Hirnfunctionen an sich, ganz abstract als das Gefühl der Stockung des Vorstellungsmechanismus im Allgemeinen.

Die Lehre von den Zwangsvorstellungen hat seit dem an dieser Stelle darüber von Westphal gehaltenen Vortrag mannigfache Bereicherung erfahren, man kann indess nicht behaupten, dass ihre Einreihung in die Systematik, worauf in der Psychiatrie viel ankommt, eine glückliche gewesen ist. Nachdem in Deutschland Griesinger die Aufmerksamkeit auf eine Abart derselben, auf die Grübelsucht als eine eigenartige Psychose gelenkt hatte, that ihrer in seiner bekannten Mittheilung über Paranoia in Hamburg Westphal Erwähnung, indem er sie als „abortive Verrücktheit" bezeichnete. Es sei derselbe Vorgang wie bei Entstehung der Wahnideen und spiele sich ohne Vermittelung des Gefühls rein im Gebiet der Vorstellungen ab, nur würden die Zwangsvorstellungen nicht wie die Wahnideen dem Bewusstseinsinhalt einverleibt und ein Theil desselben. Da dieser wichtige Schritt noch fehle, so sei die Verrücktheit eben abortiv. Westphal selber hat diese leicht zu Missverständnissen führende Bezeichnung als keine gute angesehen, weil diese Kranken weder verrückt seien, noch würden. In der That ist eine Verrücktheit ohne Wahnidee ein Messer ohne Klinge. Von anderen neueren Autoren reiht Schüle in seinem bekannten Lehrbuch der Geisteskrankheiten II. Aufl. pag. 452 die Zwangsvorstellungen einfach in die Verrücktheiten ein und statuirt eine „Verrücktheit aus Vorstellungsschwindel" und eine solche aus „Fragezwang". Krafft-Ebing erklärt sie für eine degenerative Psychosenform, wie die folie raisonnante, moral insanity, das epileptische, hysterische, hypochondrische Irresein (Lehrbuch der Psychiatrie II. Aufl. 2. Theil pag. 10)[1]).

Wenn wir indess unbefangen die vorliegenden Erfahrungen Anderer und unsere eigenen über diese Krankheit ordnen, so kann es keinem Zweifel unterliegen, dass, von dem occasionellen, vorübergehenden Auftreten bei Gesunden abgesehen, die Zwangsvorstellungen auch als dauernde Psychose bei gesunden, wenig oder gar nicht belasteten und absolut nicht degenerirten Individuen dann vorkommen, wenn die mehrfach bereits erwähnten prädisponirenden Momente gegeben sind[2]). Allerdings ist das Gehirn, wie wir annehmen, alsdann geschwächt; allein ein vorübergehend geschwächtes Gehirn ist noch lange kein degenerirtes. Schwer veranlagte, degenerirte Personen werden immerhin leichter erkranken, und es tragen der Natur der Sache nach ihre Ideen, je nachdem, schwachsinnige oder seltsame, barocke Eigenthümlichkeiten. Die Charcot-Magnan'schen Fälle würden bei uns als Kranke von Hause aus gelten, obgleich diese Autoren nur ein functionelles Degenerationszeichen an Belasteten, keine Krankheitsform dabei erblicken. Man muss sich nämlich gegenwärtig halten, dass es zweierlei Arten der Heredität giebt: die eine ist die Krankheit selber schon von vornherein, die andere die blosse Anlage dazu; die erstere gleicht der unter der Asche glimmenden Kohlengluth, die ein Windstoss, die Gelegenheitsursache, nur entblösst und unserem Auge zeigt, die andere, — um in demselben Beispiel zu bleiben — bedeutet trocknes Holz, Schwefel etc., woselbst die Flamme sich unter besonderen Umständen leichter etablirt und rascher um sich greift. —

Endlich bedarf es des Beweises für das von mir damals behauptete Vorkommen der Zwangsvorstellung als eines elementaren Symptomes bei den verschiedensten Psychosen heute nicht mehr, und es kann dies bei degenerirten wie bei kräftigen Gehirnen natürlich der Fall sein. Ich möchte jedoch darauf aufmerksam machen, dass manche periodische Geistesstörungen Manien sowohl als Melancholien, gänzlich in solchen Zwangsideen ablaufen. So kenne ich einen jungen, sehr wohlgebauten Mann, Sohn einer unheilbar geisteskranken Mutter, der zu Zeiten durch geistige Anstrengung oder gemüthliche Aufregung in leichte Manie geräth. Er wird unruhig, schlaflos, und empfindet den Drang vor den Spiegel zu treten und dort die unglaublichsten Fratzen zu schneiden. Von dieser, schon während der Ausführung ihm lächerlichen und peinlichen Sucht wird er geheilt, sobald er sich für einige Zeit zurückzieht, kräftigt und beruhigt. Bei einem ehemaligen Arzt setzt die periodische Melancholie mit Schlaflosigkeit und Angstgefühl ein. Zugleich wird er von den lächerlichsten Zwangsvorstellungen gepeinigt, dass er seiner Frau untreu geworden, weil er ein anderes weibliches Wesen angeblickt, dass er Geld habe mitgehen heissen, das bei einem Freunde auf dem Tische lag etc., deren Absurdität er vollkommen erkennt, die ihn jedoch nöthigen, in ihrem Sinne zu handeln. Einmal kehrte er von Kissingen, woselbst er zur Kur weilte, spornstreichs nach Berlin zurück, um seiner Frau zu berichten, dass er an eine andere Dame bei Tisch mit dem Fuss angestossen habe. —

Soviel über die Anschauung der Zwangsvorstellungen als einer degenerativen Psychose.

Ihre Einreihung in die Verrücktheit, in die primäre Verrücktheit, entspricht, wie ich glaube, der Naturbeobachtung, ganz abgesehen von dem durch Westphal bekannt gegebenen diagnostischen Moment, ebensowenig. Denn will man mit dem Ausdruck primär nicht einen Gegensatz zu secundär,[3]) sondern das primordiale bezeichnen,

[1]) cf. Koch, Beitrag zur Lehre von der primären Verrücktheit, Laehr's Zeitschrift XXXVI. 561.

[2]) Dass sie mitten aus geistigem Wohlbefinden heraus ganz Gesunde überfielen, habe ich unter einer erklecklichen Anzahl solcher Patienten, die ich behandelte, noch nie beobachtet. Es wären eingehende Mittheilungen solcher Fälle erwünscht, denn in der bisherigen Literatur, soweit sie mir zugänglich war, findet sich kein einziges unzweifelhaftes Beispiel.

[3]) Es ist am besten die s. g. secundäre Verrücktheit, die sich aus den Psychoneurosen nach früherer Annahme herausbilden sollte, völlig fallen zu lassen und wo eine Melancholie, eine Manie nicht vollständig schwindet, sondern Reste falscher Vorstellungen, Schwächezustände etc. dem Patienten verbleiben, was bei Hypochondrischen, Epileptischen, Hysterischen und Imbecillen, oder bei schlechter Behandlung geschieht, von chronischer Manie etc. mit Dementia zu sprechen.

Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

damit andeuten, dass der krankhafte Vorgang bei beiden Geistesstörungen zuerst und ausschliesslich in den ideagenen Centren abliefe, so ist dies, in solcher Weise ausgedrückt, meiner Ansicht nach unzutreffend. Die primäre Verrücktheit ist durchaus keine blosse Erkrankung des Vorstellungsvermögens; nicht nur giebt es gewisse Gefühlsverrücktheiten, die hypochondrischen, Abarten der Moral insanity, sondern es kommen auch acute Verrücktheitsformen vor, welche mit tage- und wochenlanger Angst beginnen, welche Angst sich nicht objectivirt und anscheinend durch Nichts, durch keine Sinnestäuschung bedingt wird. Wie ich mehrmals beobachtete, localisirte sie sich zugleich mit anderen Sensationen, mit Druck und Spannung im Kopfe. Die Kranken, bei denen Epilepsie und Paralyse sich ausschliessen liess, rannten in grösster Angst umher, sahen verstört und erschrocken aus, strichen sich mit der Hand über Stirn und Kopf, fragten, was mit ihnen los sei, was vorginge, bis dann mit einem Male eine Illusion, eine Hallucination wie ein feindlicher Vorposten erschien und nun in langsamerem oder rascherem Tempo die Verrücktheit sich täglich mehr entwickelte, oder letztere in der That primordial, ohne dass ein Zug fehlte, als fertiges Wahngebilde eines Tages gleichsam gewappnet und gepanzert in dem unglücklichen Kranken dastand. Solche Fälle beweisen also, dass umgekehrt bei der Paranoia sowohl wie bei den Zwangsvorstellungen alle psychischen Functionen, auch die schwer analysirbaren der gemüthlichen Stimmung betroffen und manchmal sogar zuerst betroffen werden.

Nur in den Fällen chronischer Verrücktheit treten die Störungen im Gedankeninhalt in den Vordergrund, ohne dass darum solche in der Gemüthssphäre vermisst werden. Andererseits bleibt bei den Psychoneurosen, der Melancholie, der Manie, wie Jedem bekannt, das Vorstellungsvermögen nicht intact und nicht etwa erst aus der veränderten Stimmung heraus, aus Depression oder Exaltation ist diese Störung secundär herzuleiten. Wir sagen zwar bei den Melancholischen z. B., hier wachsen die entsprechenden Ideen auf der Basis seiner Gemüthsverstimmung. Weil ein armer Mann gewöhnlich gedrückt und traurig ist, so geschieht es, dass der Melancholische sich arm dünkt; weil ein Schuldbewusster häufig Beklemmungen empfindet, so soll der, Präcordialangst und Beklemmung empfindende, Melancholische sich schuldbewusst glauben. Aber ist diese Erklärungsweise, so naheliegend und natürlich sie erscheint, auch richtig, ist sie aus dem Gesetze gesunder Logik abstrahirt, die wir doch auch bei Kranken zu Grunde legen müssen, wenn nicht alle Erklärung aufhören soll? Denken wir uns einen noch so sehr durch anderweite Ursachen traurig gestimmten, aber gesunden reichen Mann, wird er, um dieser Traurigkeit willen, oder weil er Beklemmung fühlt, sagen, er habe keinen Pfennig mehr, seine Familie müsse verhungern, er sei ein Sünder etc., wie dies ein Melancholiker thut? Und wie steht es mit den Contrastvorstellungen, worauf Griesinger die Lehre von den Primordialdelirien mit begründete, wenn ein Melancholiker, der Stimmung geradezu entgegengesetzt, eine Grössenidee vorbringt. Sie sehen, jede Psychose ohne Ausnahme betrifft alle Seelenvermögen und nur von einem Vorwiegen der Störung im Bereich der Affecte, im Bereich der Stimmungen oder im Bereich der Vorstellungen kann die Rede sein, nicht aber von „psychischen Systemerkrankungen". (Cf. Krafft-Ebing loco citato pag. 7.)

Ein weiteres Moment für die Aehnlichkeit oder Verwandtschaft der Zwangsideen mit der Verrücktheit sollte darin bestehen, dass bei beiden eine Abschwächung der Intelligenz sich nicht bemerklich mache. Nun tritt aber bei der Verrücktheit in den überaus meisten Fällen Geistesschwäche ein, das lehrt jede Pflegeanstalt, und es ist unbegreiflich, wie die alten Lehrsätze hierüber, welche die Demenz mit als charakteristisches Symptom der Verrücktheit bezeichneten, so in ihr volles Gegentheil haben verkehrt werden können. Wiederum sind es vielmehr nur gewisse, sehr chronisch verlaufende Formen der Paranoia mit seltenen Hallucinationen, wo die Intelligenz sich lange relativ ungeschwächt erhalten kann. Die Zwangsvorstellungen dagegen scheinen allerdings auch bei sehr langer Dauer nicht zur Demenz zu führen. Eine mehr denn 20 Jahre daran leidende Dame meiner Beobachtung hat an ihrer Intelligenz keine Einbusse erlitten; es fällt an ihr nur zu Zeiten ein eigenthümliches, grinsendes Lächeln und eine fast choreaartige Unruhe in den Gliedern auf, welche vielleicht mit einem complicirten Herzfehler zusammen hängt, den sie bei einem Rheumatismus sich zugezogen hat.

Heilungen von dieser Krankheit, die jetzt schon Jahre lang, bei einem Patienten fast 10 Jahre vorhalten, sah ich meist so sich vollziehen, dass zuerst die Angstanfälle wichen, sodann die peinigende Vorstellung; zuweilen schwanden beide zu gleicher Zeit. Weniger günstig scheint die Prognose in den Fällen, wo, wie in den oben berichteten des jungen Mädchens, die Zwangsidee schwindet, die ängstliche Stimmung, das abstracte Hemmungsgefühl aber beharrt. Sehr ungünstig endlich scheinen diejenigen Fälle zu sein, bei denen die begleitenden Affecte abblassen, die sich aufdrängenden Vorstellungen aber bleiben, sich immer mehr ausdehnen, polymorph werden, oder, oft ohne auraähnliche Sensationen, in Zwangshandlungen umschlagen. Bei langem Bestehen werden sie dann weniger quälend und bilden für manche Kranke ein buntes Spiel der Phantasie, dem sie sich willenlos hingeben, indem sie an ihr Doppelleben sich gewöhnt haben. Obgleich für gewöhnlich solche Kranke einer Anstaltsbehandlung nicht bedürfen, so können Zwangshandlungen und Angstgefühl solche doch, wenigstens für einige Zeit, nothwendig machen. Dies ist besonders, wie Wille schon ausgeführt hat, dann der Fall, wenn Selbstmordideen, die Vorstellung, Andere angreifen zu müssen, vorwalten. Auch bei blosser heftiger reactiver Angst ist sie wohlthätig, und es wird die Controle und Disciplinirung ihrer Zwangshandlungen von den Patienten auch als wohlthätig empfunden. Diese Disciplinirung muss sich auch damit befassen, ihre geistige Thätigkeit zu regeln. Es ist vortheilhaft, sie zuweilen energisch auf gewisse Zwecke hinzuleiten, ihre herumschweifende Phantasie zu fesseln, den Geist zum Erfassen und Durchdenken eines Gegenstandes anzuregen. Ich habe bei einem mit Grübelsucht über metaphysische Dinge Behafteten, der dieselbe von einer mangelnden Schulbildung herleitete, welche seinem natürlichen starken Forschensdrange nicht Genüge leistete, dadurch eine erhebliche Besserung erzielt, dass ich u. A. ihm auch empfahl, den Dingen, soweit angängig, näher zu treten und ernstlich Naturwissenschaften zu treiben. Denn nicht immer sind körperliche Beschäftigungen als Ablenkung des Geistes, wie bei anderen Psychosen, hier am Platze, weil die eigen gearteten, quälenden Gedanken trotzdem ungehindert ihren Weg gehen, weil sie das körperliche Arbeiten hemmen und ihr Kampf mit motorischen Verrichtungen dem Patienten oft noch schwerer fällt und ihn in grössere Aufregung versetzt als der Kampf mit psychischer Thätigkeit, die auf anderweiten oder demselben Gebiete liegt wie seine Zwangsvorstellungen.

IV. Journal of nervous and mental disease (New series, vol. IX, No. 2; April 1884). Ref. A. Eulenburg.

Enthält folgende Originalarbeiten: 1) Das Verhältniss des Nervensystems zur Körpertemperatur, von J. Ott. 2) Ueber nervöse Schlafsucht und Somnolenz, von Dana. 3) Fingirter Wahnsinn; eine Untersuchung über den Werth der Criterien für neuere Diagnosen dieser Art, von Kiernan. 4) Neurotische Störungen nach Gelenkaffectionen, von Jacoby. 5) Automatismus in der Trunkenheit, von Crothers. 6) Ueber die an den Enden der Tibialnerven bei einem Amputationsstumpfe beobachteten Structurveränderungen, von U. D. Schmidt. 7) Muskel- und Nervenaction, von Heitzmann. 8) Kniephänomen bei locomotorischer Ataxie, ein klinischer Beitrag von Ph. Zenner.

Ott (1) studirte experimentell an Kaninchen und Katzen den Einfluss querer Durchschneidungen des Gehirns auf die Körpertemperatur. Die Thiere wurden in einen d'Arsonval'schen Calorimeter gesetzt, dessen Luft durch den Voit'schen Respirationsapparat aspirirt wurde; die Temperatur durch ein Rectalthermometer gemessen. Nach 1—2 Stunden wurde das Thier herausgenommen, ätherisirt, ein Querschnitt im Gehirn angelegt, und nachdem das Thier sich von der Aethernarkose erholt hatte, wurde es wieder in den Apparat zurückgebracht. — Es sollte die Wirkung von Querschnitten in verschiedenem Niveau, von vorn nach hinten fortschreitend, geprüft werden. O. meint dabei zu dem Resultat gekommen zu sein, „dass in der Nachbarschaft der Corpora striata Centren liegen, welche die Körpertemperatur beeinflussen", wie dies bekanntlich u. A. schon Tseschichin, sowie neuerdings Wood constatirt hatten. Ob die dabei beobachtete Temperaturerhöhung auf eine verminderte Wärmeabgabe oder gesteigerte Wärmeproduction zurückzuführen sei, lässt O unentschieden — stellt aber darüber weitere Versuche mit einem veränderten Calorimeter in Aussicht.

Dana (2) bespricht die Zustände abnormer Schlafsucht und Somnolenz, welche mit gewissen constitutionellen, neuropathischen Anomalien im Zusammenhang steht (bekanntlich neuerdings zum Theil als „Narcolepsie" von Gelineau und Anderen beschrieben). D. unterscheidet besonders drei hierhergehörige Categorien von Fällen: 1) epileptoide Schlafzustände, die einem Anfall von petit mal oder auch von haut mal entsprechen; 2) hysteroide Schlafzustände (hierher rechnet D. die Lethargischen, die „schlafenden Mädchen" u. s. w., aber auch die Opfer des spontanen oder provocirten Hypnotismus); endlich 3) Fälle von unsicherer Natur, ohne evidente Epilepsie oder Hysterie, also anscheinend einer besonderen „krankhaften Hypnosis" angehörig, welche sich bald nur durch ein gesteigertes Schlafbedürfniss, bald

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch continuirliche Schläfrigkeit oder häufige Anfälle von Somnolenz und selbst von protrahirter und schwerer Lethargie kundgiebt. Unter den Fällen letzterer Categorie sind Männer überwiegend, sonst Frauen (im Ganzen 18 Männer auf 31 Frauen). Das Leiden beginnt im Alter von 11 bis 47 Jahren, meist zwischen 20 und 40; die Gelegenheitsursachen sind schwer zu bestimmen. Die Therapie hat Beseitigung cerebraler Anämien oder Hyperämien, Hebung der Ernährung u. s. w. anzustreben; symptomatisch empfiehlt D. Kaffee und Coffein, Coca, Belladonna, Amylnitrit und (wie schon Galen und Aretaeus) Sternutatorien — letztere nach Laycock aus gepulverter Chinarinde und Helleborus alb. zu bereiten!; bei hysterischen Fällen auch Tartarus emeticus. Nöthigenfalls Fütterung mit Schlundrohr. — Einige von D. selbst beobachtete Fälle werden ausführlich beschrieben. —

Jacoby (4) hat über 30 Fälle von Nervenstörungen nach Gelenkerkrankungen Notizen gemacht; er zieht aus denselben folgende Schlüsse: 1) In allen Fällen, ausgenommen diejenigen, welche das Fuss- oder Handgelenk betrafen, waren die afficirten Muskeln die Extensoren des erkrankten Gelenkes. 2) Bei den Erkrankungen des Hand- und Fussgelenkes waren die consecutiven Störungen in ihrem Verlaufe descendirend, nicht ascendirend, und betrafen die Extensoren nicht in höherem Grade als die übrigen Muskeln. 3) In Fällen von Arthritis der Fingergelenke waren stets die Interossei die zuerst und vorzugsweise ergriffenen Muskeln. — Ferner macht J. darauf aufmerksam, wie rasch Paralyse und Atrophie auf eine Gelenkverletzung folgen können, und wie disproportional der ursprünglichen Verletzung dieser Secundäreffect ist. — Als „Periarthritiden", besonders im Schultergelenk, beschreibt J. nach Putnam eine Reihe von Fällen, welche sich durch Unfähigkeit, den Arm über die Horizontale zu erheben, spontanen Schmerz (in der Regel Nachts gesteigert), geringe Atrophie des Deltoides und anderer Schultermuskeln, und schmerzhafte Druckpunkte in der Schultergegend charakterisiren. (Diese Fälle sollen nach Duplay und Desplats von dem subacromialen Schleimbeutel und dem losen bursoidalen Zellgewebe unterhalb des Deltoides etc. ausgehen, das Gelenk selbst aber intact lassen.) Therapeutisch empfiehlt J. hier ganz besonders die Massage, welche durch Zertheilung von Ergüssen und Exsudationen, Lockerung und Zerstörung von Adhärenzen, Steigerung der Circulation, Anregung der Muskelfasern ihre Wirkung entfalte.

Zenner (8) theilt einen Fall von „locomotorischer Ataxie" mit, in welchem das Kniephänomen vollständig erhalten, ja sogar excessiv war. (Bekanntlich sind solche Fälle von amerikanischen Autoren schon mehrfach berichtet. Der vorstehende beweist aber gar nichts; Z. selbst äussert mit Recht Zweifel an der Diagnose wegen des Vorhandenseins von Muskelatrophie und Paralyse an den oberen Extremitäten und der sehr geringfügigen Sensibilitätsstörungen, und ist geneigt, auf eine „diffuse Myelitis" zu schliessen.) Der Fall betraf einen 40jährigen Eisenbahnarbeiter, der vor 20 Jahren einen nicht von allgemeiner Syphilis gefolgten Schanker durchgemacht hatte. Die Beobachtungszeit war nur eine kurze.

V. Festschrift dem Herrn Dr. med. Fr. Th. v. Frerichs zum Jubiläum seiner 25jährigen Thätigkeit in Berlin gewidmet am 20. April 1884. Supplement zum VII. Bande der Zeitschrift für klin. Medicin. Mit dem Portrait des Herrn Jubilars. Ref. O. Rosenbach.

Die vorliegende Schrift enthält folgende Arbeiten:

1) H. Rühle. Die medicinische Klinik in Breslau unter Leitung des Herrn Prof. Fr. Th. Frerichs, von Ostern 1852 an. Schilderung der Verhältnisse der damaligen Breslauer medicinischen Facultät und der ausgebreiteten Thätigkeit von Frerichs als Lehrer, Forscher und Arzt.

2) F. A. Hoffmann in Dorpat. Betrachtungen über absolute Milchdiät. Nachdem Verf. den Werth der Milchdiät von practischen und theoretischen Gesichtspunkten aus besprochen und die Ergebnisse einiger theils in russischen Arbeiten enthaltenen, theils von ihm selbst angestellten Versuche mit absoluter und fast absoluter Milchdiät mitgetheilt hat — mit über 3 Liter Milch pro Tag können bestimmte Personen bis zu einer Woche lang, ohne Verlust an N und Körpergewicht zu erleiden, leben —, kommt er zu dem Schlusse, dass die Milch eine „Bildungsdiät" im Gegensatze zur „Arbeitsdiät" sei und dass sie dort empfohlen werden müsse, wo es sich darum handelt der Fettbildung entgegen zu wirken und den Eiweissgehalt des Körpers zu conserviren, dass sie also unter zwei scheinbar entgegengesetzten Indicationen von Vortheil sein könne, nämlich bei der eigentlichen Fettleibigkeit und bei chronischen Krankheiten, bei denen eine Neigung zur fettigen Degeneration innerer Organe besteht.

3) H. Quincke. Ueber einige Bedingungen der alkalischen Reaction des Harns. Alcalescenz des Harns bedingen a) Einfuhr von kohlensaurem (pflanzensaurem) Alkali, b) Resorption alkalischer Transsudate oder von eingespritztem oder extravasirtem Blute (bei Transfusion, spontaner Hämoglobinurie etc.), c) Säureverlust des Organismus (beim Erbrechen Magenkranker). Der Säuregrad des Urins zeigt Schwankungen im Laufe des Tages, so dass in den Morgen- und Vormittagstunden nicht selten frisch gelassener Harn alkalisch oder amphoter reagirt und durch phosphorsauren Kalk getrübt ist. Namentlich scheinen reizbare nervöse Individuen zu solcher zeitweilig alkalischen Beschaffenheit des Harns disponirt zu sein.

4) L. Riess. Ueber das Vorkommen eines dem sogenannten Coma diabeticum gleichen Symptomencomplexes ohne Diabetes. Auf Grundlage von 17 den verschiedensten Krankheitszuständen angehörigen Fällen, in denen Diabetes ausgeschlossen werden konnte, welche aber durchgängig neben der Bewusstlosigkeit die eigenthümliche tiefe Respiration (grosse Athmung Kussmaul's) zeigten, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die in Rede stehenden comatösen Zustände entweder durch Intoxication des Organismus mit verschiedenen Schädlichkeiten (wie z. B. beim Diabetes) oder durch Verarmung des Blutes an rothen Blutkörperchen, (bei vorgeschrittenen Anämien, carcinomatösen und verwandten Zuständen) hervorgerufen werden können. Zur Bezeichnung des Symptomenbildes würde sich der am wenigsten präjudicirende Name „dyspnoisches Coma" (Kussmaul) am meisten empfehlen.

5) C. A. Ewald. Zwei Fälle choreatischer Zwangsbewegungen mit ausgesprochener Heredität. Die Fälle boten folgende Abweichungen von dem typischen Bilde der Chorea: 1) hörten die Zuckungen bei intendirten Bewegungen auf, 2) war die Erkrankung bei beiden Personen (Frauen) erst im späteren Alter (mit 30 resp. 35 Jahr) eingetreten, 3) hatte sich trotz der langen Dauer der Krankheit (über 15 Jahr in einem, 7 im andern Falle) keine psychische Störung entwickelt. In den Familien der Kranken war das Leiden in allen Generationen heimisch und hatte männliche und weibliche Angehörige befallen. Mit dem Paramyoklonus Friedreich's haben die beschriebenen Fälle zwar eine gewisse äussere Aehnlichkeit; doch sind beide Zustände, wie E. meint, zweifellos verschieden.

6) H. Eichhorst. Beobachtungen über Trichorrhexis nodosa (mit einer Tafel). An dem Haarpräparat (nur der Bart war befallen) fiel der ungewöhnlich grosse Reichthum der Markzellen an Fetttropfen auf; an den meisten Haarauftreibungen reichte das mit Fett infiltrirte Markgewebe bis in die Haaranschwellungen, an welchen die Fettablagerung eine besonders starke war, so dass es zunächst zu einer Anschwellung des Haarmarks, sowie zu einer solchen der Haarrinde kommt, wobei die Rindenzellen gesprengt werden und auffasern. Haarzwiebel und unterer Abschnitt des Haarschaftes erweisen sich als normal.

7) Georg Salomon. Ueber das Paraxanthin, einen neuen Bestandtheil des normalen menschlichen Harns (mit einer Tafel). Das von S. gefundene Paraxanthin bildet sehr vollkommene Crystalle bis zu 4 mm Grösse, und tritt entweder in sechseckigen regelmässigen Tafeln oder in würfelähnlichen Formen auf. Bezüglich der Darstellungsmethode, durch die es dem Verf. gelang mit Sicherheit den Nachweis zu führen, dass das P. ein präformirter Harnbestandtheil ist, muss auf das Original verwiesen werden.

8) M. Litten. Ueber einen eigenartigen Symptomencomplex in Folge von Selbstinfection bei dyspeptischen Zuständen (Coma dyspepticum). Bei 5 nicht an Diabetes leidenden Männern hat Litten folgenden Symptomencomplex beobachtet: Unter den Erscheinungen eines schweren Magenkatarrhs mit unregelmässigen Fieberschwankungen und stark ausgeprägten nervösen Symptomen begann das Leiden, dann stellte sich ein eigenthümlich aromatischer Geruch der Exspirationsluft und Schlafsucht ein, während vorher Schlaflosigkeit bestanden hatte. Der Urin enthielt in allen Fällen eine Substanz, welche sich mit Eisenchlorid intensiv burgunderroth färbte, durch Kochen zerstört wurde, leicht in Aether überging u. s. w., also die von v. Jacksch beschriebenen Charakteristica der Aethyldiacetsäure darbot. Allmählich bildete sich der soporöse Zustand zurück und proportional dem Freiwerden des Sensorium verschwanden der obstartige Geruch und die erwähnte Rothfärbung des Urins mit Eisenchlorid, so dass nach wenigen Tagen völlige Reconvalescenz bestand. Litten ist geneigt in dem rothfärbenden Körper die Ursache der beschriebenen Intoxicationserscheinungen zu erblicken, hält aber nach dem Vorgange von v. Frerichs denselben nicht für Aethyldiacetsäure.

9) E. Mannkopf. Beitrag zur Lehre von der Localisation der Gehirnkrankheiten, von der secundären Degeneration und dem Faserverlauf in den Centralorganen des Nervensystems (mit 2 Tafeln). Bezüglich der Einzelheiten des klinisch und anatomisch ausserordentlich genau beschriebenen Falles müssen wir auf das Original verweisen und wollen hier nur die Uebersichtsdiagnose, welche die Ar-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beit einleitet, reproduciren. Mitralinsufficienz; apoplectischer Insult bei Vitium cordis; totale Hemiplegie links; Dysarthrie, Besserung; dauernde Hemiparesis facio-linguo-brachialis; später Betheiligung des oberen Facialisgebietes. Leichte circumscripte Sensibilitätsherabsetzung; später geringe vasomotorische und trophische Störungen, zuletzt leichte Contractur am paretischen Arm. Tod 7 Monat nach dem Insult. Section: Chronische Endocarditis mitralis; Erweichungscyste mit umgebender secundärer Entzündung, fast ausschliesslich den untern 2 Dritteln der hintern Centralwindung und dem entsprechenden Abschnitt des Centrum ovale angehörig, wenig auf die benachbarten Partien der vorderen Centralwindung und beider Scheitelläppchen übergreifend. Absteigende secundäre Degeneration vom Fusse des Stabkranzes bis zum Rückenmark.

10) v. Mering. Ueber das Schicksal des Kairin im menschlichen Organismus. Kairin wird als kairinschwefelsaures Salz in ähnlicher Weise ausgeschieden, wie es Baumann für die verschiedensten Hydroxylderivate des Benzol (Phenol etc.) nachgewiesen hat; ein Theil des Kairin wird wie das mit dem Phenol auch der Fall ist, zu farbigen Producten weiter oxydirt. Vielleicht ist es rathsam bei Kairingebrauch dem Organismus gleichzeitig Natriumsulfat zuzuführen, um geeignetes Material zur Bildung der Kairinschwefelsäure zu bieten, wie dies von Baumann und Sonnenburg bei Einverleibung grosser Phenolgaben emfpohlen ist.

11) Ehrlich und Brieger. Ueber die Ausschaltung des Lendenmarkgrau. Erste Mittheilung. Verf. haben experimentell geprüft, welche Veränderungen das Absterben der motorischen Ganglienzellen in den von ihnen versorgten Gebieten hervorruft, indem sie durch Unterbindung der Aorta (Stenson'scher Versuch) die graue Substanz des Lendentheiles der Kaninchen zu ertödten versuchten. Dies gelang völlig; unter dem Einflusse der Anämie ging der gesammte Querschnitt der grauen Masse bis auf Reste der gelatinösen, vorzugsweise Stützgewebe enthaltenden Substanz zu Grunde. Von der weissen Substanz blieben die Hinterstränge wohlerhalten bis auf eine kleine Partie in ihrem obersten Theile (die Kuppe); das Vorderseitenstrangbahngebiet zeigte sich weithin degenerirt; erhalten schienen nur eine vielleicht der Pyramidenvorderstrangbahn und eine andere vielleicht der Kleinhirnseitenstrangbahn des menschlichen Rückenmarkes entsprechende Zone. Die aus dem Mark austretenden Stämme waren in ihrem motorischen Theile vollkommen bindegewebig entartet, während die sensiblen (hintere Wurzeln) in ihrer Structur normale Verhältnisse aufwiesen. Normal waren die Spinalganglien, während sich den Verhältnissen in den Wurzeln entsprechend, in den peripheren Nerven wohlerhaltene mit degenerirten Fasern vermischt zeigten. Nach diesen schönen Untersuchungen ist es nicht mehr gestattet Degenerationsprocesse sensibler Nerven ohne weiteres auf Läsionen des Rückenmarks resp. der grauen Substanz zurückzuführen, da diese ja, wie die Experimente beweisen, keinen Einfluss auf die Ernährung der peripheren Nervenfasern ausübt. Aus den Versuchen lässt sich weiter folgern, dass die supponirten trophischen Centren nicht im Lendenmarkgrau ihren Sitz haben können, sowie dass die trophischen Centren der Hinterstränge auch ausserhalb der Spinalaxe gelegen sein müssen und wahrscheinlich in den Spinalganglien zu suchen sind.

Was die klinischen Erscheinungen anbetrifft, so boten die Thiere nach längerer Dauer der Unterbindung — circa 1 Stunde — das ausgeprägte Bild der diffusen acuten Myelitis (Lähmung der Extremitäten, Reflexlosigkeit, Blasenlähmung) ohne Reizerscheinungen, bei kürzerer Dauer der Abklemmung des Blutzuflusses zeigten sich oft starke Reizerscheinungen in den von den anämisirten Rückenmarkspartien abhängigen Muskeln. Die gelähmte und prall gefüllte Blase zeigte schon nach kurzer Zeit eine excessive Hypertrophie ihrer Wandung, so dass die Verf. geneigt sind, in der andauernden starken Ueberdehnung des Organs den Grund für diese Zunahme der Musculatur zu sehen; eine beträchtliche Schwellung der Lymphdrüsen der Schenkelbeuge führen sie auf die durch Wegfall der den Blutabfluss beschleunigenden Muskelkräfte bedingte Lymphstase zurück. Bei den längere Zeit am Leben erhaltenen Thieren bilden sich nach etwa 12 Tagen Beugecontracturen aus, die zur Fixation der Gelenke führen. Ein bis 2 Tage nach Lösung der Ligatur blieb der Nerv in völlig normaler Weise electrisch erregbar, dann nahm die Erregbarkeit successiv ab, bis er zuletzt ganz unerregbar wurde, während die Muskeln, so lange die schlaffe Lähmung bestand, electrisch und mechanisch erregbar blieben.

12) G. Krönig. Spondylolisthese bei einem Tabiker. Es handelt sich um den mittleren Grad einer nicht fixirten Spondylolisthese des 5. Lendenwirbelkörpers mit geringen Beckenveränderungen bei einem 35jährigen Tabiker, der vor einigen Jahren ein Trauma der Wirbelsäule erlitten hat, und Verf. hält es für nicht unwahrscheinlich, dass der spondylolisthetische Process dem Einflusse des erwähnten Trauma auf das vielleicht nach Analogie der sonstigen Arthropathien der Tabiker tabisch erkrankt gewesene Sacrolumbalgelenk zuzuschreiben sei.

VI. Pfuhl: Aus dem Garnison-Lazareth Altona: Ueber das z. Z. einfachste Verfahren zur Auffindung der Tuberkelbacillen im Auswurf. Deutsche militärärztliche Zeitschschrift 1884. p. 137. Ref. Schill.

Pfuhl empfiehlt als das einfachste Verfahren zur Färbung von Tuberkelbacillen im Auswurf das von Petri angegebene, welches zur Herstellung eines Präparates etwa 10 Minuten beansprucht. Dasselbe verzichtet auf den Zusatz von Anilinwasser (Ehrlich) oder von Carbolsäure, Resorcin und Pyrogallussäure (Ziehl) zu der Tuberkelbacillenfärbeflüssigkeit und setzt an die Stelle von Salpetersäure zur Entfärbung Eisessig. Nöthig sind: 1) gesättigte Fuchsinlösung (in Alcohol) mit destillirtem Wasser bis zu rubinrother Farbe (5—10 : 100) verdünnt, 2) gesättigte alcoholische oder wässrige Malachitgrünlösung, 3) Acidum aceticum (Eisessig), 4) Glycerin, 5) Canadabalsam. Das Verfahren gestaltet sich wie folgt: Auflegen der in bekannter Weise mit eingetrocknetem und durch Erhitzen fixirten Sputum versehenen Deckgläschen auf ein mit der unter 1) bezeichneten Färbflüssigkeit halb gefülltes Uhrgläschen, Erhitzen desselben über der Spiritusflamme bis reichlich Dämpfe aufsteigen, nach weiteren 2 Minuten Herausnehmen und Abspülen in Wasser, Uebergiessen mit Eisessig. Sobald die Entfärbung bis auf hellrothe Spuren eingetreten ist: Abspülen mit Wasser und Nachfärben mit Malachitgrün, Abspülen mit Wasser, Trocknen des Präparates zwischen Fliesspapier und Untersuchen in einem Tropfen Glycerin oder Canadabalsam. Im gelungenen Präparate erscheinen die Tuberkelbacillen hellrubinroth, die Eiterkörperchen, Schleim, Bakterien, Coccen etc. blaugrün.

VII. Ministerialrath Dr. H. Wasserfuhr in Strassburg ist die nachgesuchte Dienstentlassung mit Pension ertheilt worden, unter Verleihung des Rothen Adler-Ordens 3. Cl. mit der Schleife. Wir haben gerade um der persönlichen Beziehungen willen, in denen wir zu Herrn Wasserfuhr stehen, der dieser Wochenschrift vom Beginn an ein treuer Freund und Förderer gewesen ist, so lange Abstand genommen, auf seine Pensionirung einzugehen, als die definitive Entscheidung noch nicht vorlag. Auch jetzt verzeichnen wir nur die vollendete Thatsache selbst, die wir tief bedauern, behalten uns aber eine eingehende Analyse der Wirksamkeit Wasserfuhr's in den Reichslanden vor. Heute wollen wir aber schon den Worten der Strassburger Post in vollem Maasse unsere Zustimmung geben, die sich in folgender Weise ausspricht:

„Mit Ministerialrath Dr. Wasserfuhr scheidet ein tüchtiger, verdienter, pflichttreuer und im Verkehr mit seinen Untergebenen liebenswürdiger Beamter, der dem Reichslande seit 1870, zuerst als Decernent im kaiserlichen Civilcommissariat, dann, nach Einrichtung der Verwaltung durch das Gesetz vom 30. December 1871, dieser als Ministerialrath angehörte, aus einer langen amtlichen Thätigkeit. Der Kaiser hat dem in den Ruhestand tretenden Beamten als Zeichen seiner Anerkennung den Rothen Adler-Orden 3. Cl. mit der Schleife verliehen; alle Kreise, mit denen Dr. Wasserfuhr amtlich zu verkehren hatte und auf die der Einfluss seiner dienstlichen Thätigkeit sich erstreckte, werden dem Scheidenden ein treues und sympathisches Andenken stets bewahren.

VIII. Die Cholera.

VI.

1. Weiterer Verlauf der Epidemie.

Wir hatten in No. 29 die Mortalitätsstatistik der Epidemie in Südfrankreich bis zum 8. Juli geführt und sind erst jetzt in der Lage, sie nach authentischen Quellen fortzusetzen:

	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16. Juli
Zahl der Todesfälle	15	14	9	24	35	17	20	30	37
	17.	18.	19.				20.	21.	22. Juli
Zahl der Todesfälle	30	39	54 Maximum				42	45	44
	23.	24.	25.	26.	27. Juli				
Zahl der Todesfälle	25	19	25	13	17.				

Im Ganzen betrug die Mortalität in diesen 38 Tagen der Epidemie 656 Todesfälle. Die Epidemie des Jahres 1835 dauerte 125 Tage mit 1682 Todesfällen, die des Jahres 1849 — 77 Tage mit 765 Todesfällen, die des Jahres 1854 — 123 Tage mit 1302 Todesfällen und die des Jahres 1865 — 64 Tage mit 1317 Todesfällen. Vom 29. Juli an machte sich der Rückgang der Epidemie in Toulon immer deutlicher bemerkbar. Die Sterblichkeit sank auf 4 Todesfälle am 4. August.

Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ueber **Marseille** liegen so authentische Mittheilungen noch immer nicht vor. Im Allgemeinen dürfen folgende Zahlen als vertrauenswerth angesehen werden.

	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20. Juli
Zahl der Todesfälle	52	47	65	57	61	69	63	43	58	65	57
	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30. Juli	
Zahl der Todesfälle	61	44	48	38	38	58	38	24	23	24.	

In dem Monate vom 27. Juni bis 27. Juli hatte Marseille im Ganzen 1146 Cholera-Todesfälle, unter denen sich 12 Nonnen befanden.

Mit Rücksicht auf die Abnahme der Epidemie lassen wir eine vergleichsweise Uebersicht der Todesfälle aus den früheren Cholerajahren, in denen die Epidemie ebenfalls in den Monaten Juni und Juli gewüthet, nach Wochenziffern hier folgen. Es starben:

	1835	1854	1884
		Personen	
1. Woche	37	18	23
2. „	209	46	83
3. „	730	220	405
4. „	664	639	418
5. „	342	791	278
6. „	118	430	
7. „	91	194	

Dabei ist zu notiren, dass Marseille im Jahre 1835 blos 145000 Einwohner, 1854 an 235000 Einwohner hatte und gegenwärtig fast 400000 Einwohner zählt.

Ueber die sanitären Zustände Marseille's spricht sich ein französischer Berichterstatter in folgender Weise aus: In dem Viertel La Capelette, das von der Seuche am unerbittlichsten heimgesucht wurde, wälzt sich in einer offenen Cloake auf einer Strecke von etwa 400 Metern eine schwarze, unleidlichen Gestank verbreitende Flüssigkeit, und keines der daranstossenden Häuser ist verschont worden. Die inneren Höfe entsprechen der Aussenseite. Aller Unrath, auch der von Cholerakranken herrührende, wird aus den Fenstern und von kleinen Balconen hinuntergeworfen, und auch hier haben die Geruchsorgane eine wahre Marter zu erdulden. In einem einzigen dieser Häuser sind 31 Fälle vorgekommen, in einem andern 19 Personen gestorben. In diesem letzteren ist noch eine kleine Familie zurückgeblieben: ein cholerakranker Vater mit drei kleinen Kindern, denen der schmutzige Erdboden als Lager dient. Einzelne Häuser sind ganz verlassen, und der Besucher kann hier Trümmer von Möbeln, Bettstücke, verfaulte Mundvorräthe in buntem Gemisch und in der entsetzlichsten Verwirrung finden. Weder der Professor **Brouardel** noch die Minister sollen sich in diese Gegend gewagt haben.

Glücklicherweise hat, wie wir schon früher darlegten, die Seuche nirgendwo anders die Tendenz zur Bildung besonderer Heerde.

Auch in **Aix** und **Arles** blieb die Zahl der Todesfälle verhältnissmässig sehr niedrig. In letzterer Stadt trat das Maximum von 15 Todesfällen auf am 26. Juli. Am 27. Juli 12, am 28. Juli 6, am 30. Juli 8 und am 31. Juli 1 Todesfall. Aix hatte am 28. Juli 6, am 30. 3 und am 31. Juli 1 Todesfall. Ueberall kommen in der Umgegend der befallenen Ortschaften — und es dürfte fast keine in der ganzen Provence verschont sein — vereinzelte Fälle vor, aber wie gesagt, es kam zu keiner weiteren Verbreitung.

Lyon bewahrte auch dies Mal seine Immunität, theilte sie aber mit fast allen Städten ausser Toulon, Marseille, Aix und Arles. In Marseille verschlimmerte sich vom 4. zum 5. August die Situation. Es kamen 28 Choleratodesfälle vor und wieder folgt ihnen der unausrottbare Aberglaube. Die Journale selbst machen den sinnlosen Vorschlag, für 50000 Francs Petroleumfässer anzukaufen und in allen Strassen der Stadt gleichzeitig anzuzünden. Der Maire ordnete die Sperrung des Friedhofes Saint-Loup an, wo zwölf Choleraleichen ohne Desinfection begraben worden sind.

Von grosser Wichtigkeit sind die Nachrichten aus Italien. Offenbar hat die Regierung auch dort für gut gehalten, dasselbe Vertuschungs-System in Anwendung zu bringen, welches eben in Frankreich so schmählich Bankerott gemacht hat und erntet die gleichen Folgen — man glaubt ihr nicht mehr. Jetzt endlich gesteht sie officiell, dass in **Vignarolo** ein Todesfall und drei neue Erkrankungsfälle vorgekommen seien, ebenso mehrere in **Villafranca** (Prov. Alessandria) und Villafranca di Piemonte (Prof. Torino), in **Cairo** (Prov. Montenotte) und **Pancalieri**. Natürlich „tritt die Krankheit sehr milde auf." In **Pancalieri** seien einige leichte Erkrankungsfälle vorgekommen, „doch befinden sich die Kranken besser". Ueberall nehme die Krankheit mehr einen localen als einen epidemischen Charakter an. Da die Umstände es nicht erheischten, so wurden **keine officiellen Bulletins** veröffentlicht. Diese Selbst(?)-Täuschung dauerte nicht lange.

Nach der Gazetta di Trento kamen in dem genannten Pancalieri, einem Dorfe in der Nähe von **Turin**, vielmehr bis zum 2. August 27 Erkrankungs- und 8 Todesfälle vor, ebenso ist in **Riomaggiore** in der Nähe von Genua die Cholera zum Ausbruche gekommen. Riomaggiore ist die nächste Eisenbahnstation bei Spezzia, und es wird uns bestätigt, dass die Cholera daselbst sehr stark herrsche. Der Ort ist durch einen militärischen Cordon ganz abgesperrt, und die Züge passiren die Station, ohne daselbst anzuhalten.

Jedenfalls hat die italienische Quarantäne das Eindringen der Cholera nicht verhindert. Wäre der Charakter der Epidemie ein anderer, hätte sie die Tendenz, Heerde zu bilden, so würde die Nutzlosigkeit der vexatorischen Maassregeln Italiens noch evidenter hervortreten.

2. R. Virchow und M. von Pettenkofer zur Cholerafrage.

Als in der 26. Sitzung des deutschen Reichstages am 13. Mai 1884 die dritte Berathung des Entwurfs eines Gesetzes betreffend die zur Erforschung der Cholera nach Aegypten und Ostindien entsandte wissenschaftliche Commission zur Debatte stand, nahm bekanntlich auch Herr **Virchow** das Wort. Er wies in seiner Rede darauf hin, dass allerdings durch die Untersuchungen des Herrn Koch der unmittelbare experimentelle Nachweis, dass der Bacillus es gerade sei, der die Cholera mache, bisher nicht habe erbracht werden können, weil die Thiere, welche man benutzte, der Cholera nicht zugänglich waren. Herr **Virchow** hielt es aber gleichzeitig für höchst wahrscheinlich, ja fast für sicher, dass diese Constatirung endlich eintreten werde.

Die überaus ehrende aber nur gerechte Anerkennung, welche Herr **Virchow Koch** bei dieser Gelegenheit aussprach, ist unseren Lesern bekannt. Wir müssen aber, um die Discussion zwischen ihm und Herrn **von Pettenkofer** ganz klarlegen zu können, noch auf den weiteren Inhalt von Virchow's damaliger Parlamentsrede eingehen.

Herr **Virchow** polemisirte gegen den Gedanken, dass mit dem Auffinden des Bacillus Alles gegeben, was nothwendig sei, um die Krankheit zu beseitigen. In vielen Dingen seien wir durch die Constatirung der wissenschaftlichen Thatsache im Gegentheil unmittelbar practisch nicht viel weiter gekommen. Der Redner exemplificirte in dieser Beziehung auf den Tuberkelbacillus und auf die Pocken. Das letzte Beispiel scheint uns insofern nicht ganz glücklich gewählt zu sein, als Herr **Virchow** sagte, „er möchte daran erinnern, dass wir jetzt schon länger als 30 Jahre den kleinen Organismus kennen, welcher dem Pockencontagium zu Grunde liegt". Wir möchten dem gegenüber vielmehr für festgestellt halten, dass wir denjenigen kleinen Organismus, welcher dem Pockencontagium zu Grunde liegt, auch heute noch nicht kennen.

Was die Cholera selbst anlangt, so betonte Herr **Virchow**, dass unsere Sanitätspolizei allerdings seit einer Reihe von Jahren von der Voraussetzung ausgegangen sei, dass ein Organismus da sein müsse, und dass dieser Cholerakeim sich in der That direct übertragen lasse. Herr **Virchow** wies dann auf die Bedeutung der inficirten feuchten Wäsche nach **Koch's** Untersuchungen hin, sowie darauf, dass die Cholera sich in wohlconstatirten Fällen in Schiffen fortgepflanzt habe und dass auch in dieser Beziehung durch die **Koch**'schen Untersuchungen ein wesentlicher Fortschritt für die Erklärung gewonnen sei.

In der in Berlin erscheinenden Wochenschrift „die Nation", und zwar in No. 40 und 41 vom 5. und 12. Juli d. J. setzte Herr **Virchow** die Darlegungen fort, deren Beginn er in seiner Parlamentsrede gegeben hatte. Er wandte sich zuvörderst gegen die französischen Behörden, gegen deren Nachlässigkeit bezw. Vertuschungsmethode er vollkommen begründete Anklagen erhob. Die Diagnose auf Cholera hätte in Toulon seiner Ueberzeugung nach gestellt werden können auch ohne Auffindung des Bacillus. Sämmtliche Epidemieen von Cholera, von denen die Welt bisher heimgesucht worden, seien ohne den Nachweis des Bacillus erkannt. Zweifellos ist dies, abgesehen von den ersten Fällen, richtig und selbst das Beispiel aus der Choleraepidemie des Jahres 1848 in Berlin soll nicht übersehen werden. Es handelte sich aber um einen tödtlich verlaufenen Fall, der zur Section kam während schon in der Stadt ein zweiter Todesfall constatirt wurde. Herr **Virchow** selbst berichtete damals in No. 5 seiner „Medicinischen Reform" mit dem Ausdrucke, dass der betreffende Fall „kaum noch" an der Anwesenheit des gefürchteten Gastes zweifeln lasse. Abgesehen von dieser Fassung des Berichtes darf wohl darauf hingewiesen werden, dass es sich hier eben um einen zur **Section** gelangten Fall und um einen Pathologen von der Genialität **Virchow**'s handelte.

Die diagnostische Bedeutung des Cholerabacillus in zweifelhaften Fällen, besonders dann, wenn nicht, wie 1848 in Berlin aus der Nachbarschaft schon die Cholera heranrückte, wird damit unserer Ansicht nach nicht aus der Welt geschafft und zwar um so weniger, als das Auffinden des Bacillus bei Cholera nostras, wie wir schon früher betonten, in hohem Grade unwahrscheinlich sein würde. Inzwischen hat sich herausgestellt, dass in denjenigen Fällen von Brechdurchfall, die competente Beobachter zu untersuchen Gelegenheit hatten, der Kommabacillus in der That constant gefehlt hat. (Siehe oben S. 506.)

Im dem zweiten Artikel der Nation wendet sich Herr **Virchow**, nachdem er die verschiedenen Möglichkeiten discutirt hat, welche für die Einschleppung der Cholera in Toulon in Frage kommen könnten, gegen die localistische Theorie **M. v. Pettenkofer's**, der zur Stütze derselben genöthigt gewesen sei, die Thatsachen recht gewaltsam zu beugen. Auf die Einzelheiten dieser Polemik brauchen gerade wir nicht eingehen, da wir sowohl im vorigen wie in diesem Jahre eine ausführliche Analyse der sich entgegenstehenden Theorien gebracht haben. Es handelt sich auch hier wieder in erster Linie um die Schiffsepidemien, die Bedeutung der inficirten feuchten Wäsche und das Verhalten des Cholerabacillus zum Wasser. Herr **Virchow** bedauert, dass Jahre lang die Untersuchungen der Reichsbehörden in dem engen Rahmen der ausschliesslichen Bodentheorie fortgeführt seien. Er hält es solcher Auffassung gegenüber mit Recht nicht für weise, wenn man nach Schaffung zweifellos überaus vortrefflicher sanitärer Werke sich dem Glauben hingeben wollte, es sei nun nichts mehr zu thun. Auch die besten Gemeindeeinrichtungen schlössen die Möglichkeit localer Verunreinigung in Häusern, Höfen, Gärten u. s. w. nicht gänzlich aus, noch weniger hinderten sie jene Ansteckung, welche ohne Boden im Wachsen zu Stande käme.

Herr **Virchow** geht dann auf andere durchaus berechtigte Forderungen der Sanitätspolizei ein, speciell auf die Sperre, die freilich für einzelne Orte fast unausführbar sei, aber es gäbe Orte, ja ganze Länder, welche sich durch Sperre und Quarantänen schützen könnten. Ueberall wo der Seeverkehr der alleinige Vermittler der Ansteckung sei, lasse sich eine wirksame Ueberwachung herstellen, da falle der Gegensatz zwischen Theorie und Praxis mehr oder weniger fort.

Ziemlich gleichzeitig mit dem ersten Artikel **Virchow's** hatte ein Schüler **v. Pettenkofer's**, Professor **Soyka**, in den Münchener Neuesten Nachrichten eine Serie von Artikeln über die gegenwärtige Choleragefahr für Europa veröffentlicht. Auf den ersten Artikel dieser Serie sind wir schon eingegangen. Derselbe beschäftigte sich wesentlich mit der Darlegung, dass der Charakter der Toulonér Epidemie kein exceptioneller, dieselbe vielmehr ganz entschieden als asiatische Cholera aufzufassen sei. Der zweite Artikel ging auf die 4 bisher erlebten Pandemien der Cholera ein und wies darauf hin, dass eine allgemeine Verbreitung der Cholera doch noch keine nothwendige Consequenz einer einmaligen Ansteckung sei. Der dritte Artikel **Soyka's** brachte eine ausführliche Analyse der uns ja bekannten zeitlichen und örtlichen Disposition. Hervorheben wollen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wir nur, dass Herr Soyka die Thatsache als festgestellt ansieht, dass in Indien der tiefste Stand des Grundwassers mit dem Maximum der Choleraepidemie zusammenfalle, der höchste Stand mit dem Minimum. Hierfür findet er ein schlagendes Beispiel auch in der Choleraepidemie 1873/74 in München. Seiner Ansicht nach sprechen dafür ebenso die Erfahrungen, über welche die Choleracommission für das deutsche Reich betreffend die Choleraepidemie 1873 berichtet hat. Sie gingen bekanntlich dahin, dass die Epidemie mit der fortschreitenden Trockenlegung des Bodens, mit dem Sinken des Grundwassers Hand in Hand gegangen sei. Prof. Soyka kommt zu dem Resultat, es werde auch jetzt wohl wieder die Erfahrung gemacht werden, dass es nicht erreichbar sei, die Einschleppung der Cholera nach Europa zu verhindern, wohl aber, durch hygienische und damit auch theilweise culturelle Fortschritte dem Cholerakeim das Substrat für seine Entwickelung oder Ausbreitung zu entziehen.

An die bisher nur indirect geführte Discussion zwischen v. Pettenkofer und Virchow knüpfte sich in No. 43 der schon erwähnten Zeitschrift „Die Nation" eine directe Aussprache. Professor von Pettenkofer geht in seinem Artikel zuvörderst auf die Schiffsepidemieen ein, die er ausführlich analysirt. Er glaubt darlegen zu können, dass die Cholera auf Schiffen „in der Regel" nicht anstecke und tadelt die Contagionisten, welche es sich bequem machten, indem sie aus der Geschichte der Cholera auf Schiffen die äusserst seltenen Fälle herausnähmen, die ihnen passten, und die grosse Anzahl vom Gegentheil todtschwiegen.

Wir wollen sofort die Ansicht Virchow's hierüber mittheilen, wie er sie in seinem in derselben Nummer erschienenen Artikel präcisirt. Unserer Ansicht nach hat Virchow vollkommen Recht, dass er den Ausdruck M. von Pettenkofer's monirt „die Cholera stecke auf Schiffen in der Regel nicht an". Wirkt, sagt Virchow, die Cholera ein einziges Mal auf Schiffen ansteckend, so ist dann ihre Ansteckungsfähigkeit überhaupt dargethan. Dies ist ganz gewiss richtig. Im Uebrigen aber möchten wir darauf hinweisen, dass die Frage, ob die Cholera auf Schiffen wirklich nur ausnahmsweise ansteckend wirkt, vor Allem entschieden werden muss durch Beobachtungen in Gegenden, wo die Cholera heimisch ist. So viel wir wissen, lauten die Erfahrungen über den Schiffsverkehr in Indien ganz anders als über den europäischen.

Herr von Pettenkofer beschäftigt sich dann mit der sogenannten Trinkwassertheorie und ist der Ansicht, dass der Nachweis des Koch'schen Cholerabacillus in einem Weiher in Calcutta im Interesse der Anhänger der Trinkwassertheorie besser nicht veröffentlicht worden wäre. Er geht dann auf die Cholerawäsche ein. (Wir verweisen dem gegenüber lediglich auf die schlagenden Ausführungen Koch's selbst, diese Nr. S. 506 f.).

Virchow hatte ferner aus der, wie er sagt, längst festgestellten Thatsache, dass durch die verunreinigte Wäsche der Cholerakranken die Ansteckung bis dahin gesunder Personen festgestellt sei, geschlossen, dass in der Verunreinigung der Wäsche der Krankheitskeim enthalten sei, und dass derselbe durch Vermittelung der Wäsche von den Kranken auf gesunde Personen übertragen werden könne. M. v. Pettenkofer leugne die Richtigkeit dieses Schlusses, indem er sage, es sei der Krankheitskeim erst durch die Luft des Localheerdes aus dem Erdboden in die Wäsche eingeführt worden. Aber, fragt Virchow, weshalb wirkt denn nur die Wäsche der Cholerakranken ansteckend, wenn die Luft eines Ortes voll von Krankheitskeimen ist, und diese in die Wäsche eindringen? Es müsste ja jede beliebige Wäsche in diesem Orte inficirt werden und ansteckend wirken können.

Allerdings habe Pettenkofer hervorgehoben, dass die contagionistische Theorie ausser Stande sei, eine Reihe von Schwierigkeiten zu lösen, die sich auf ganz zweifellose Beobachtungen stützten, Virchow erwidert darauf aber mit Recht, dass wir die Einzelheiten der betreffenden Fälle noch lange nicht genug kennen, um ein abschliessendes Urtheil fällen zu können.

Dasselbe gilt, wie wir schon früher hervorgehoben haben, von der unleugbaren Thatsache, der dauernden oder zeitlichen Immunität gewisser Orte, darunter sogar grosser Städte, für Choleraepidemien. Gewiss lässt sich diese Immunität zur Zeit nicht durch die contagionistische Theorie überall erklären, aber darin liegt gewiss kein Grund, die letztere zu verwerfen. Wir wiederholen vielmehr, es muss jetzt, nachdem wir den Cholerabacillus und zum Theil auch seine Biologie kennen gelernt haben, eine Revision derjenigen Beobachtungen stattfinden, welche der Entdeckung Koch's nicht zu entsprechen scheinen. Geht man auf diesem Wege unbefangen vor, so wird sich, davon sind wir überzeugt, herausstellen, dass eine Unvereinbarkeit nicht vorhanden ist, während es Niemand einfällt, die Thatsachen selbst zu bezweifeln, die Pettenkofer und seine Mitarbeiter gefunden haben.

Für die Bodentheorie ist es noch heute ein Postulat, wie v. Pettenkofer darlegt, dass der von Koch entdeckte Cholerabacillus Dauerformen producire. Uns Allen, die wir zu Pettenkofer aufblicken als unserem vornehmsten Lehrer in der Hygiene ist dies ebenfalls wahrscheinlich gewesen. Aber nachdem einmal Koch bewiesen, dass der Cholerabacillus Dauerformen nicht besitzt und nachdem er dafür eine Reihe von massgebenden Beobachtungen angeführt hat, müssen wir mit dieser Thatsache ebenfalls rechnen. Wir sind aber auch andererseits überzeugt, dass unsere Erfahrungen über Immunität gegen Cholera schliesslich ihre Erklärung finden werde, ohne dass man das Postulat der Dauerformen des Bacillus aufrecht zu erhalten hat.

„Locale Verbesserungen", sagt Virchow zum Schluss seines Artikels, „sind ein wichtiges Hinderungsmittel für die weitere Entwickelung der Seuche. Mit Recht verweist Herr von Pettenkofer auf England. In der That ist dieses Land von 1849 an eine lange Reihe von Jahren hindurch von keiner schweren Choleraepidemie heimgesucht worden, aber 1866 hatte es wieder einen Ausbruch mit einer Mortalität von 9,2 per Mille. Daher möchte ich meinen, es sei nicht wohlgethan, Alles auf die eine Karte der Localisten zu setzen; das Spiel könnte leicht verloren werden. Fege jeder vor seiner Thür und in seinem Hause, aber hüte er sich auch vor Ansteckung!"

Dagegen können wir freilich nicht zugeben, dass die Gelegenheit, welche uns die Pest in neuerer Zeit wieder nahe brachte, den practischen Beweis geliefert habe, dass man die Verschleppung der Pest hindern könne. Die prophylaktischen Vorkehrungen, welche damals getroffen wurden, erklärte Herr Virchow in seinem vortrefflichen Vortrage in der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 19. Februar 1879, hatten mehr dazu beigetragen, das Volk zu beunruhigen, als zu beruhigen. Man habe von vornherein eine Breite der prophylaktischen Massregeln zugelassen, welche ausserhalb der Möglichkeit der practischen Ausführung liegt. Man könne das Reich nicht schützen, wie das Königreich Neapel vor der Pest von Noja, der Schmuggel würde eine Ausdehnung gewinnen, dass sich ihm nicht begegnen liesse, man müsste sich denn entschliessen, gegen den Cordonbruch das Kriegsgesetz in Anwendung zu bringen. Grenzsperre ohne Erschiessen sei Illusion. Darum seien solche theoretisch ganz zweckmässigen Massregeln nicht mehr innerhalb von Virchow's prophylaktischen Arsenal.

Ganz das Gleiche gilt in vieler Beziehung von der Cholera. Practisch sind Sperren nur anwendbar für beschränkte Heerde bezw. für leicht zu isolirende Ortschaften. Wer strengere Massregeln will, übersieht zu oft ihre practische Unausführbarkeit. Gerade die Erfahrungen des Viehseuchengesetzes, auf die so oft exemplificirt wird, sprechen für die Schwierigkeit einer Landgrenzsperre selbst unter den günstigsten Umständen. Die Ausführung des Viehseuchengesetzes ist nur möglich, weil es die Berechtigung giebt, jedes befallene, ja jedes verdächtige Thier zu tödten, eine Berechtigung, die bei Menschenseuchen selbstverständlich wegfällt. Dasselbe gilt von der ebenfalls als Beispiel angezogenen Zollgesetzgebung. Es ist bekannt, dass man auch hierin den Bogen nicht zu straff spannen darf. Sobald der voraussichtliche Gewinn des Schmuggels gewisse Grenzen überschreitet, spottet der Schmuggel jedes Risicos. Diese Erfahrungen sind zweifellos zu verwerthen, wenn es sich um den Schutz gegen Epidemieen handelt. Wir freuen uns, dass die Berathungen der neuesten deutschen Choleracommission dieser Schwierigkeit vollkommen Rechnung getragen haben bei aller Rücksichtnahme auf den wissenschaftlichen Standpunkt, auf den sie sich gründeten. Speciell die allgemeine Verfügung des preussischen Ministeriums für geistliche, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten (No. 30 dieser Wochenschrift) ist ein leuchtendes Beispiel dafür, dass sich in Preussen die öffentliche Gesundheitspflege, was die letzte Instanz anlangt, in den besten Händen befindet.

3. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Biermer zur Cholerafrage.

Bezüglich unserer Polemik in No. 30 unserer Wochenschrift schreibt uns Herr Biermer, dass das Referat der Breslauer Zeitung, auf welches dieselbe sich allerdings bezieht, nicht von ihm herrühre, ihm auch nicht vor dem Druck zur Durchsicht vorgelegt sei. Es sei in Folge davon sehr lückenhaft und theilweise sogar unrichtig. Herr Biermer verweist auf seinen, auch uns sehr wohl bekannten Vortrag „Ueber die Ursachen der Volkskrankheiten, insbesondere der Cholera". Er halte noch heute an dem dort Gesagten fest, abgesehen davon, dass er der Verbreitung des Cholerakeimes durch Trinkwasser jetzt eine grössere Bedeutung beilege, als damals. In der That ist es interessant, auf Biermer's im Jahre 1867 ausgesprochene Anschauungen noch zurückzukommen. Er erklärte damals, dass die asiatische Cholera unzweifelhaft kein Miasma sei, sondern durch ein besonderes Krankheitsgift, durch einen reproductionsfähigen Krankheitskeim entstehe. Er sei in Bezug auf Cholera entschiedener Contagionist. Die Cholera verbreite sich durch den Verkehr und könne durch alle Träger des Contagiums, mögen sie krank oder gesund sein, verschleppt werden.

Das Choleracontagium reproducire sich im menschlichen Darm und überall, wo thierische Excremente das Material für die Fortentwickelung des Keimes abgäben. Alles, was dazu nöthig sei, bestehe wahrscheinlich nur in zersetzungsfähigem Material und den physikalischen Bedingungen der Verwesung (Feuchtigkeit, Wärme, Luft). Der Vorstellung, dass im Boden zu dem x des Cholerakeimes noch ein y des Bodens hinzukommen müsse, könne er sich nicht anschliessen. Die Verschleppung durch verunreinigte Wäsche und Kleidungsstücke beweise zur Genüge, dass die contagiösen Producte nicht mit dem Boden in Berührung zu kommen brauchen, um dort eine weitere Entwickelung durchzumachen.

Von den inficirten Abtritten aus komme das Contagium mit den Abtrittgasen in die Luft der Wohnungsräume, möglicher Weise auch durch Imprägnation (Durchtränkung) in den Boden und von da in die Brunnen, oder auch von den Canälen direct in Bäche und Flüsse. Am häufigsten verbreite sich die Cholera so, dass die Träger des Contagiums ihre Dejectionen in Abtritte entleerten und von dort aus die Wohnungen inficirt würden. Wer in solchen Wohnungen bleibe, sei in Gefahr, das Gift einzuathmen. Die Häuser bildeten also die regelmässigen Infectionsheerde, und in diesem Sinne möchte er sagen: die Wohnungen seien viel ansteckender als die Bewohner.

Durch das Trinkwasser werde die Seuche nur sehr selten verbreitet (siehe aber weiter unten); es müsse der specifische Keim darin sein, wenn es cholerakrank machen solle; ausserdem könne es höchstens Diarrhoe veranlassen und dadurch die Disposition für Cholera erhöhen. Die Verbreitung der Seuche durch Bäche und Flüsse, sowie die unterirdische Verbreitung des Choleragiftes durch Bewegung der Bodenfeuchtigkeit wird zugegeben. Die Hausepidemien führt Biermer auf Einschleppung und entsprechende Abtrittsverhältnisse zurück, ohne ein grosses Gewicht auf die Bodenverhältnisse zu legen.

Die Immunität einzelner Orte sei ein noch nicht genügend aufgeklärter Punkt und ebenso wenig das, was man zeitliche Disposition nenne. Das Choleragift werde fast immer nur durch die Athmungsluft in den Körper resp. in Mund und Nase gebracht. Die Verbreitung durch Trinkwasser (worüber Biermer aber seine Ansicht modificirt hat) geschehe selten. Noch viel seltener komme es durch verunreinigte Finger, Trinkgeschirre u. s. w. an und in den Mund. Durch Mund und Nase komme es mit dem Speichel und Mundschleim beim Schlucken in die Verdauungsorgane und errege dort eine abnorme Umsetzung, Gährung, welche giftige Producte liefere, die aufgesogen würden und den Choleraanfall bewirkten. Nach dieser Hypothese würde also das Choleracontagium selbst nicht in's Blut gelangen, sondern die Blutvergiftung würde durch Aufsaugung der bei der Choleragährung gebildeten Umsetzungsproducte geschehen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Blut und die übrigen Körpersäfte der Cholerakranken seien nicht ansteckend; auch in den Hautausdünstungen sei das Choleracontagium nicht vorhanden, der Kranke sei nur durch seine Ausleerungen ansteckend. Als Grund dafür, dass die frischen Dejectionen wenig ansteckend seien, nimmt B. an, dass sie, weil flüssig, von ihrem Contagium zu wenig an die Luft abgeben. Seien sie vertrocknet, z. B. auf Bettzeug, Hemden, Stubenböden, so könnten sie leichter verstäuben und die Luft verunreinigen. Wärter, welche Cholerakranke ohne Schaden pflegten, seien alsbald von der Cholera ergriffen worden, nachdem sie beschmutztes Bettzeug abgezogen hätten. (Sollte sich die verunreinigte Wäsche wirklich im Zustande der Trockenheit befunden haben?)

Die Hauptgefahr der Ansteckung erblickt Biermer wiederholt in der Luft der Cholerahäuser und meint, dass die Züricher Epidemie 1867 für diese Anschauung viele Belege geliefert habe. An der Möglichkeit der Ansteckung durch trockene Lumpen aus Cholerahäusern hält Biermer auch heute noch fest. Sie sei 1867 erwiesen, wo trockene Lumpen das Contagium von Zürich nach Kriegstetten im Kanton Solothurn gebracht hätten, wo in der dortigen Papierfabrik die Mädchen, welche die Lumpen sortirten, zuerst erkrankten. Indem wir bezüglich dieser Differenzen auf die Darlegungen Koch's selbst verweisen, haben wir doch gern die Gelegenheit benützt, unserem verehrten Freunde Biermer gerecht zu werden.

Was die Prophylaxis der Cholera anlangt, so führte man in Zürich Absperrung der Choleraheerde im Anfang der Epidemie durch und, wo sie nicht möglich war, wenigstens die Sperrung der Abtritte. Als die wichtigste sanitätspolizeiliche Maassregel bei Choleraepidemien bewährte sich auch dort die Errichtung von Evacuationslokalen. Das Princip der Leerung und Sperrung der Choleraheerde sei das einzig richtige, möge es auch nicht überall vollkommen durchgeführt werden können.

4. Die Priorität der Entdeckung des Cholerabacillus.

Professor Tommasi-Crudeli hat am 29. Juni in Arezzo einen Vortrag über die Cholera gehalten, um die aufgeregten Gemüther seiner Landsleute zu beruhigen und benutzte die Gelegenheit, auf Pacini's, des berühmten italienischen Anatomen und Pathologen „Instituzioni di anatomia patologica“ aufmerksam zu machen. Pacini habe seit dem Jahre 1854, so meint Herr Tommasi-Crudeli, die Geschichte des Cholerabacillus geschrieben, „zu deren Vervollständigung“ Herr Koch „bisher wenig beigetragen habe.“ Für Pacini habe es sich schon 1854 bei der Cholera um ein „organisches Ferment“ gehandelt, einen bacillären Schizomyzeten, der sich in den Darmwänden fixire, bis in's Unendliche vermehre und in grossen Quantitäten mit den Dejectionen abgehe. Spätere Untersuchungen bei Gelegenheit der Choleraepidemie 1867 in Florenz hätten Pacini zu denselben Resultaten geführt. Ausserdem habe Pacini schon seit 1854 die Gefahr der durch Cholerakranke beschmutzten Wäsche signalisirt. Tommasi-Crudeli selbst habe, überzeugt von der Ansteckungsgefahr durch schmutzige Wäsche 1866 in Palermo eine municipale Wasch- und Desinfectionsanstalt mit dem besten Erfolge eingerichtet. — Dr. Macario behauptet ebenfalls, dass Filippo Pacini der eigentliche Entdecker des Cholerabacillus sei. Wir brauchen die Frage unsern Lesern gegenüber eigentlich nicht ernsthaft behandeln. Dass Pacini einen Mikroorganismus bei der Cholera gefunden hat, bedeutet wenig. Näheres über ihn erfahren wir nicht, ganz abgesehen davon, dass auch hier gilt: trouver ce n'est pas prouver! Grade Pacini würde selbst, nachdem er die Arbeiten Koch's kennen gelernt, gewiss nicht mehr den Anspruch machen, der Entdecker des Cholerabacillus zu sein. Bezüglich der durch die Dejectionen der Cholerakranken inficirten Wäsche ereifert sich Herr Tommasi-Crudeli mehr als billig; es ist Niemand eingefallen, zu behaupten, dass diese Thatsache erst jetzt festgestellt sei. Dass aber durch Koch nunmehr die wissenschaftliche Begründung dafür gegeben ist, halten wir allerdings in Gemeinschaft mit Virchow für ein sehr anerkennenswerthes Resultat.

5. Die Französische Kritik über Deutschlands Schutzmaassregeln.

Das bekannte hervorragende Fachblatt „Gazette hebdomadaire de médecine“ bringt eine vollständige Uebersetzung der allgemeinen Verfügung des preussischen Cultusministers Herrn Dr. von Gossler und zollt derselben die höchste Anerkennung, leider unter dem Irrthum, sie sei schon im vorigen Jahre bei der damals drohenden Gefahr der Einschleppung der Cholera von Egypten erlassen worden. Das französische Fachblatt hätte aus dem Inhalte der Verfügung erkennen können, dass sie sich auf die neuesten Errungenschaften der Wissenschaft stützt.

Gazette hebdomadaire hebt die Sorgfalt und Präcision der Verfügung ausdrücklich hervor und lobt, dass die preussische Regierung ebenso wie die übrigen deutschen Bundesstaaten keine Furcht gehabt haben, schon vor dem Erscheinen der Epidemie die nöthigen prophylaktischen Maassregeln festzusetzen, welche durchweg der Wissenschaft entsprachen.

In derselben Nummer verweilt Herr Lereboullet bei den in der preussischen Verfügung vorgeschriebenen Desinfectionsmethoden, deren Auswahl sich, wie er ganz richtig voraussetzt, auf die Untersuchungen Koch's stützt, Herr Lereboullet polemisirt aber gegen die Anwendung der 5proc. Carbolsäure, indem er meint, diese zerstöre nicht den Krankheitskeim, sondern verlangsame seine Entwickelung. Leider sind in Frankreich die deutschen Arbeiten über Desinfection noch immer nicht genügend bekannt und erklären sich daraus zahlreiche Irrthümer. Herr Lereboullet nimmt aber bei seiner Specialkritik gar keine Rücksicht auf die Natur des Cholerabacillus, dem gegenüber die 5proc. Carbolsäure durchaus gerechtfertigt ist. Er selbst hält das schwefelsaure Kupfer und das Chlorzink für die zweckmässigsten Desinfectionsmittel bei der Cholera und lässt ihm Chlorkalk in der Rangordnung folgen. Wir werden demnächst von sachverständiger Seite eine eingehende Kritik der französischen Arbeiten über Desinfection und Desinfectionsmittel bringen.

6. Die Maassregeln der Schweiz gegen die Einschleppung der Cholera entsprechen den Grundsätzen, die in Deutschland zur Anwendung kommen. Wir sind heute dadurch, dass der Raum der Wochenschrift mehr als je in Anspruch genommen wurde, verhindert, auf die von den Experten, zu denen ausser den Professoren Kocher und Lichtheim die von dem Schweizer Bundesrath ernannten regionalen Choleraexperten gehören, vorgeschlagenen Maassregeln näher einzugehen, und werden dies in der nächsten Nummer nachholen. Die Schweiz ist in 7 Bezirke getheilt. Dr. Sonderegger in St. Gallen befindet sich natürlich unter den Experten.

IX. Das Medicinisch-chirurgische Friedrich-Wilhelms-Institut zu Berlin feierte am 2. August sein 90. Stiftungsfest unter zahlreicher Theilnahme von Vertretern der Regierung, Professoren, Aerzten und Studirenden aller Facultäten. Auch der Cultusminister v. Gossler sowie als Vertreter des Kriegsministers Generalmajor v. Hänisch wohnten der Feier bei. Nachdem der von den Studirenden der Anstalt gebildete Chor mit dem Gesange „Salvum fac regem“ die Feier eingeleitet hatte, erstattete der Generalarzt Dr. Schubert einen eingehenden Bericht über das abgelaufene Studienjahr. Von 129 Hörern haben 39 die Prüfung vollständig bestanden, 57 sind am Schlusse des Jahres ausgetreten, von denen 50 an der Universität das Doctorexamen — darunter 6 summa cum laude — abgelegt haben, während 27 Zöglinge zur Dienstleistung zu den Regimentern abcommandirt wurden. Von den Stabsärzten haben 10 die Anstalt verlassen. Hierauf wurden die üblichen Prämien an die vier vorzüglichsten Eleven Arnolt, Uhl, Bäge und Löwe vertheilt. Professor Waldeyer hielt dann einen Vortrag über das Thema: „Wie soll man Anatomie lehren und lernen?“ den wir demnächst in extenso bringen werden. Sehr interessant waren die Ausführungen des Generalarztes Dr. Schubert über die Wirkungen der neuen medicinischen Prüfungs-Ordnung. Es hat sich nämlich herausgestellt, dass, während die Zöglinge des Friedrich-Wilhelms-Instituts sowohl bei den Doctorprüfungen, als in den ersten Abschnitten der Prüfung (Anatomie, Physiologie — Pathologische Anatomie) wie früher die günstigsten Resultate erzielten, in den späteren Studien ein erheblicher Rückschlag erfolgt ist, besonders in dem der medicinischen Klinik gewidmeten Abschnitte, in welchem zum ersten Male der Professor der Arzeneimittellehre als dritter Examinator fungirte. Jedenfalls ist es nothwendig, diese Erfahrungen eingehend zu prüfen. Einerseits ist wohl kaum eine Verwaltung so für die wissenschaftliche und praktische Ausbildung ihrer Zöglinge bemüht wie die des Friedrich-Wilhelms-Instituts, andererseits aber liegt allerdings die Frage nahe, wo unter solchen Umständen die Schuld liegt, wenn in dieser Schule ausgebildete Mediciner, die sich aller Anerkennung ihrer Lehrer erfreuen, in einem Abschnitte des Examens trotzdem nicht bestehen. Der männliche Freimuth, mit dem Generalarzt Schubert dies, für die ihm unterstellte Anstalt so hochwichtige Thema discutirte, fand unter den Zuhörern allgemeinen und wohlberechtigten Beifall.

X. Bezüglich der in No. 31 abgedruckten „Erklärung“ des ärztlichen Kreisvereines Mannheim—Heidelberg bringen wir den Wortlaut der Aeusserungen des Herrn Jacusiel aus dem officiellen Berichte der Berliner Medicinischen Gesellschaft. Aus derselben geht hervor, dass Herr Jacusiel die badischen Aerzte allein offenbar nicht gemeint hat.

Er sagte: „Ich meine Ihnen so gezeigt zu haben, dass grundsätzlich nicht allein ich, sondern ich glaube ein grosser Theil und ich hoffe die Majorität der practischen Aerzte nicht im mindesten dahin tendiren, den jetzigen Zustand insofern zu verändern, dass aus uns freien Erwerbtreibenden etwas wird, was sich einer gewissen staatlichen Controle zu unterwerfen hat, wie etwa Prostituirte. M. H., ich habe kein anderes Beispiel; ich weiss nicht: Schuster sind bis jetzt einer Controle in dieser Weise nicht unterworfen, nur Prostituirte, von denen ja allerdings eine gewisse Gemeingefährlichkeit befürchtet werden kann, ohne dass sie überall vorhanden zu sein braucht. Ich meine Ihnen grundsätzlich widerrathen zu können dahin zu tendiren, und grundsätzlich so die Annahme des Antrages des Vorstandes in der ersten Fassung empfehlen zu sollen.“

XI. Oeffentliches Sanitätswesen.

1.* Der Gesundheitszustand Alexandriens im Jahre 1883.

Bezüglich der Stadt Alexandrien liegen die nach den amtlichen Listen des Conseil de Santé et d'Hygiène publique d'Egypte von Dr. Kulp zusammengestellten Daten über die Sterblichkeitsvorgänge der egyptischen Metropole für eine Reihe von Jahren vor, so dass sich auf Grund dieses zuverlässigen Materials sehr wohl ein Urtheil über die dortigen Gesundheitsverhältnisse, speciell das Auftreten der epidemischen Krankheiten, wie Pocken, Cholera, Typhus, Diphtheritis in Aegypten fällen lässt. Im Jahre 1883 starben in Alexandrien 10092 Personen, das ist 47,30 von Tausend, und zwar treffen davon auf Einheimische 8820 (= 53,55 pro Mille) und auf Fremde 1209 (= 25,55 pro Mille). Nach dem Lebensalter entfallen auf das erste Lebensjahr 4056 oder 40,44 Proc. der Gestorbenen, darunter 3780 Einheimische; die Altersklasse von 2 bis 5 Jahren ist mit 1321 Todesfällen oder 13,17 Proc. betheiligt, darunter 1173 Einheimische. — Hinsichtlich der Todesursachen sind zunächst zu erwähnen Masern mit 60, Scharlach 2, Diphtheritis und Croup 172, Keuchhusten 363, Unterleibstyphus, typhöse und gastrische Fieber 734, Flecktyphus 3, biliöser Typhus 8, perniciöses Malariafieber 64, Ruhr 472, Lungenschwindsucht 560, Lungen- und Luftröhrenentzündung 353 und andere acute und entzündliche Krankheiten der Athmungsorgane mit 714 Todesfällen. Was die Mortalität je nach den Einheimischen und Fremden betrifft, so war dieselbe, nach den Todesursachen unterschieden, diese:

	Egypter	Fremde
Masern	0,52 Proc.	1,16 Proc.
Scharlach	0,02 „	— „
Diphtheritis und Croup	1,38 „	4,14 „
Keuchhusten	4,11 „	0,08 „
Unterleibstyphus und andere	7,52 „	5,87 „
Ruhr	4,94 „	2,98 „
Malaria	0,59 „	0,99 „
Lungenschwindsucht	5,22 „	8,27 „
Lungenentzündung	3,47 „	3,89 „
Andere acute Krankheiten der Athmungsorgane	7,56 „	3,89 „

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mithin wurden die Fremden häufiger von Masern, Diphtheritis, Malaria und Lungenschwindsucht befallen, während Sterbefälle an Keuchhusten, Typhus, Ruhr und acuten, entzündlichen Krankheiten der Athmungsorgane unter den Einheimischen zahlreicher auftraten.

Die Pocken forderten 181 Opfer, darunter 83 Einheimische und 98 Fremde, das ist von ersteren 0,50 vom Tausend, von letzteren 2,07 vom Tausend; dieselben herrschten namentlich in den Monaten Februar bis April (29 bis 45), vom Juni ab ist eine Abnahme der Epidemie eingetreten, October und November wiesen nur ganz vereinzelte Todesfälle auf.

Die Cholera wies sehr zahlreiche Opfer auf, 924 (9 Proc. aller Todesfälle) und zwar trafen davon auf Einheimische 719 = 8,15 Proc., auf Fremde 205 = 16,96 Proc.; im Verhältniss zur Bevölkerung starben an Cholera von den Einheimischen 4,37, von den Fremden 4,33 vom Tausend; die Cholera trat besonders heftig im Monat August auf (698 Todesfälle), dann im September 84, October 68, November 48 und im December nur noch 10 Sterbefälle. P.

2. Amtliches.

1. Deutsches Reich.

In der Beilage bringen wir eine Belehrung über das Wesen der Cholera und das Verhalten während der Cholerazeit, welche von einer vom Reichskanzler einberufenen Commission Sachverständiger bearbeitet worden ist, zur öffentlichen Kenntniss.

Wir ersuchen die Herren Landräthe, Bürgermeister und Schultheissen, diese Belehrung thunlichst zu verbreiten.

Meiningen, den 12. Juli 1884.

Herzogliches Staatsministerium, Abt. d. Inn. Heim.

Belehrung über das Wesen der Cholera und das Verhalten während der Cholerazeit.

Die Cholera wird durch den menschlichen Verkehr verbreitet und zwar haftet der Ansteckungsstoff fast ausnahmlos an den Menschen selbst und an den mit ihnen in unmittelbare Berührung gekommenen Gegenständen.

Die Ausbreitung der Seuche wird deswegen, wie die Erfahrung vielfach gelehrt hat, am meisten gefördert, wenn bei ihrem Erscheinen in grösseren Orten die Einwohner die Flucht ergreifen und den Krankheitskeim nach allen Richtungen hin und oft auf weite Entfernungen verbreiten.

Dieser überaus gefährlichen Massenflucht muss mit aller Energie entgegengetreten werden.

Zu dem Verlassen des von der Krankheit ergriffenen Ortes ist nun aber auch um so weniger Veranlassung, als es jeder in der Hand hat, sich durch eine geeignete Lebensweise und Befolgung der hiernach zu gebenden Vorsichtsmaassregeln besser gegen die Cholera zu schützen, als er es auf Reisen und fern von seiner Häuslichkeit zu thun vermag.

Jeder, der sich nicht in die Gefahr begeben will, den Krankheitskeim in sein Haus einschleppen zu lassen, hüte sich, Menschen, die aus Choleraorten kommen, bei sich aufzunehmen. Schon nach dem Auftreten der ersten Cholerafälle in einem Orte sind die von daher kommenden Personen als solche anzusehen, welche möglicherweise den Krankheitskeim mit sich führen.

In Cholerazeiten soll man eine möglichst geregelte Lebensweise führen. Die Erfahrung hat gelehrt, dass alle Störungen der Verdauung vorzugsweise die Erkrankung an Cholera begünstigen. Man hüte sich deswegen vor allem, was Verdauungsstörungen hervorrufen kann, wie Uebermaass von Essen und Trinken, Genuss von schwerverdaulichen Speisen.

Ganz besonders ist alles zu meiden, was Durchfall verursacht. Tritt dennoch Durchfall ein, dann ist so frühzeitig als möglich ärztlicher Rath einzuholen.

Man geniesse keine Nahrungsmittel, welche aus einem Hause stammen, in welchem Cholera herrscht.

Solche Nahrungsmittel, über deren Herkunft man ungewiss ist, sollten nur in gekochtem Zustande genossen werden. Insbesondere wird vor dem Gebrauch ungekochter Milch gewarnt.

Alles Wasser, welches durch menschliche Abfallstoffe verunreinigt sein könnte, ist strengstens zu vermeiden. Verdächtig ist Wasser, welches durch Flachbrunnen aus dem Untergrunde bewohnter Orte entnommen wird, ferner aus Sümpfen, Teichen, Wasserläufen, Flüssen, welche in der Regel unreine Zuflüsse haben. Als besonders gefährlich gilt Wasser, das durch Auswurfstoffe von Cholerakranken in irgend einer Weise verunreinigt ist. In Bezug hierauf ist die Aufmerksamkeit vorzugsweise darauf zu richten, dass die vom Reinigen der Gefässe und beschmutzter Wäsche herrührenden Spülwasser nicht in die Brunnen und Wasserläufe, auch nicht einmal in deren Nähe gelangen.

Ist es nicht möglich, sich ein unverdächtiges Wasser zu beschaffen, dann ist es rathsam, das Wasser zu kochen und nur gekochtes Wasser zu geniessen.

Was hier vom Wasser gesagt ist, gilt nicht allein vom Trinkwasser, sondern auch von allem zum Hausgebrauch dienenden Wasser, weil im Wasser befindliche Krankheitsstoffe auch durch das zum Spülen der Küchengeräthe, zum Reinigen und Kochen der Speisen, zum Waschen etc. dienende Wasser dem menschlichen Körper zugeführt werden können.

Ueberhaupt ist dringend vor der Auffassung zu warnen, dass das Trinkwasser allein als der Träger des Krankheitsstoffes anzusehen sei, und dass man sich schon vollkommen geschützt glaubt, wenn man untadelhaftes Wasser oder nur gekochtes Wasser trinkt.

Jeder Cholerakranke kann der Ausgangspunkt für einen Krankheitsheerd werden und es ist deswegen rathsam, die Kranken, soweit es irgend angängig ist, nicht im Hause zu pflegen, sondern einem Krankenhause zu übergeben. Ist dies nicht ausführbar, dann halte man wenigstens jeden unnöthigen Verkehr von dem Kranken fern.

Es besuche Niemand, den nicht seine Pflicht dahin führt, ein Cholerahaus und insbesondere nicht solche Häuser, welche in früheren Epidemien von der Krankheit vorzugsweise heimgesucht sind.

Ebenso besuche man zur Cholerazeit keine Orte, wo grössere Anhäufungen von Menschen stattfinden (Jahrmärkte, grössere Lustbarkeiten etc.)

In Räumlichkeiten, in welchen sich Cholerakranke befinden, soll man keine Speisen oder Getränke zu sich nehmen.

Durch Ausleerungen von Cholerakranken beschmutzte Kleider oder Wäsche sind entweder sofort zu verbrennen oder auszukochen, oder mindestens 24 Stunden in 5procentige Karbolsäurelösung zu stecken.

Die Ausleerungen von Cholerakranken sind womöglich in Gefässen aufzufangen, welche eine 5procentige Karbolsäurelösung enthalten. Mit derselben Lösung sind die Gefässe nach dem Entleeren zu spülen. Mit Karbolsäurelösung gemischte Ausleerungen können unbedenklich in Abortgruben oder Closetts entleert werden. Man wache auf das sorgfältigste darüber, dass Choleraausleerungen nicht in die Nähe der Brunnen oder der zur Wasserentnahme dienenden Flussläufe gelangen.

Die Fussböden und alle Gegenstände, welche mit Choleraausleerungen beschmutzt sind, reinige man mit trockenen Tüchern oder Lappen, welche sofort verbrannt oder in 5procentige Karbolsäurelösung gelegt werden. Alle mit dem Kranken in Berührung gekommenen Gegenstände, welche nicht vernichtet oder durch Auskochen oder mit 5procentiger Karbolsäurelösung desinficirt werden können, müssen in besonderen Desinfectionsanstalten vermittelst heisser Dämpfe unschädlich gemacht oder mindestens sechs Tage lang ausser Gebrauch gesetzt und an einem trockenen, luftigen Ort aufbewahrt werden. Die Räume, in welchen Cholerakranke sich befunden haben, müssen womöglich ebenfalls sechs Tage lang unbewohnt bleiben und sind während dieser Zeit Tag und Nacht zu lüften, damit sie vollständig austrocknen. Eventuell ist das Austrocknen durch Heizen zu unterstützen.

Diejenigen, welche mit dem Cholerakranken oder dessen Bett und Bekleidung in Berührung gekommen sind, sollen die Hände mit Seife und Wasser gründlich waschen und womöglich mit einer 5procentigen Karbolsäurelösung nachspülen. Ganz besonders ist dies erforderlich, wenn eine Verunreinigung mit den Ausleerungen des Kranken stattgefunden hat. Ausdrücklich wird noch gewarnt, mit ungereinigten Händen Speisen zu berühren.

Wenn ein Todesfall eintritt, ist die Leiche sobald als irgend möglich aus der Behausung zu entfernen und in ein Leichenhaus zu bringen. Kann das Waschen der Leiche nicht im Leichenhause vorgenommen werden, dann soll es überhaupt unterbleiben.

Das Leichenbegängniss ist so einfach als möglich einzurichten. Das Gefolge betrete das Sterbehaus nicht und man betheilige sich nicht an Leichenfestlichkeiten.

Kleidungsstücke, Wäsche und sonstige Gebrauchsgegenstände von Cholerakranken oder Leichen sollen nicht nach anderen Orten verschickt werden, ehe dieselben nicht in zuverlässiger Weise desinficirt sind. Den Empfängern von Postsendungen, welche derartige Gegenstände enthalten, wird dringend gerathen, dieselben sofort einer Desinfectionsanstalt zu übergeben.

Personen, welche sich mit dem Reinigen von Wäsche befassen, sollen Cholerawäsche nur dann annehmen, wenn dieselbe zuvor desinficirt ist.

Andere Schutzmittel gegen Cholera, als die hier genannten kennt man nicht und es wird vom Gebrauch der in Cholerazeiten regelmässig angepriesenen medicamentösen Schutzmittel abgerathen.

(gez.) Dr. Koch. Skrzeczka. Dr. M. v. Pettenkofer.

2. Preussen.

(Schluss aus No 31.)

Bemerkungen betreffend die Benutzung des vorstehenden Schemas für Abfassung der Sanitäts-Berichte der Kreisphysiker.

Da die in der Einleitung zu besprechenden Verhältnisse betreffs der meisten Regierungs-Bezirke (Landdrosteien) in den durch den Druck veröffentlichten General-Sanitätsberichten in mehr oder weniger ausführlicher Weise erörtert sind, wird ein Eingehen auf dieselben nur dann in den Physikatsberichten erforderlich sein, wenn dieses von der Regierung (Landdrostei) ausdrücklich angeordnet werden sollte.

Die Mittheilung auf diesem Gebiete etwa vorgekommener neuerer Feststellungen oder Veränderungen der früheren Zustände wird, soweit dieselben eine sanitäre Bedeutung haben, zu wünschen sein.

Zu Kapitel 1.

Selbstständige fortlaufende meteorologische Beobachtungen können von den Physikern nicht verlangt werden, wo solche jedoch von ihnen trotzdem angestellt werden, sind die Ergebnisse in den Sanitäts-Bericht aufzunehmen; desgleichen die den Physikern etwa zugängigen anderweiten Beobachtungen, welche im Kreise an zuverlässiger Stelle ausgeführt werden (Meteorologische Stationen u. Aehnl.).

Wenn genauere Beobachtungen überhaupt nicht zur Verfügung stehen, genügt die allgemeine Charakterisirung der Witterungs-Verhältnisse im Verlauf der Berichtszeit.

Zu Kapitel 2.

Ueber die Bewegung der Bevölkerung des Kreises statistische Mittheilungen zu machen, werden die Physiker nur da in der Lage sein, wo ihnen durch die Vermittelung der Kreisbehörden das Material von den Standesbeamten geliefert wird. Wo eine Leichenschau eingeführt ist und wo die Beerdigung der Verstorbenen von der Beibringung eines Todtenscheines abhängig gemacht wird, auf welchen die Todesursache angegeben ist, geht dem Kreisphysikus aus denselben, da er die Kenntnissnahme durch die Kreis-Verwaltungsbehörde regelmässig zu erlangen in der Lage ist, ein werthvolles ziffermässiges Material betreffs der Sterblichkeit zu, aus welchem zugleich Wichtiges über die Verbreitung von Krankheiten im Kreise ersichtlich wird.

Zu Kapitel 3.

Ausreichendes und zuverlässiges Material für die Berichterstattung über die Gesundheitsverhältnisse im Kreise zu erlangen wird an manchen Orten mit mehr oder weniger grossen Schwierigkeiten verbunden sein, deren Ueberwindung besondere Umsicht und Thätigkeit des Physikus er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fordert. Zum Theil wird ihm dasselbe durch dienstliche Vorgänge zufliessen, zum Theil durch die eigne ärztliche Praxis. Ausserdem ist aber zu empfehlen, dass der Physikus eine derartige Verbindung mit den Aerzten des Kreises und mit den dort etwa vorhandenen Aerzte-Vereinen zu unterhalten sucht, dass es ihm möglich wird, mit Erfolg dahin zu wirken, dass die Aerzte (auch über die gesetzliche Verpflichtung hinaus) ihm persönlich oder den Ortspolizei-Behörden regelmässige Meldungen über die von ihnen in Behandlung genommenen Fälle ansteckender Krankheiten Meldung machen. Von allen bei den Polizeibehörden eingehenden Meldungen über das Auftreten und die Verbreitung ansteckender Krankheiten wird dem Physikus durch die Kreis-Verwaltungs-Behörde Mittheilung gemacht werden.

In diesem Abschnitte wird besonders auch zu berichten sein, welche Maassnahmen zur Constatirung und Beschränkung etwa aufgetretener Epidemien Seitens der Kreis-Verwaltungsbehörde getroffen sind, wie dieselben zur Ausführung gelangt sind und wie weit bei letzteren die Mitwirkung des Physikus stattgefunden hat. — Bei dem Bericht über die öffentlichen Impfungen wird unbeschadet der Befolgung der dieserhalb erlassenen besonderen Bestimmungen zu melden sein, ob dieselben ordnungsmässig erledigt sind und namentlich auch, ob etwa Gesundheitsbeschädigungen der Impflinge in Folge der Impfung eingetreten sind.

Allgemein ist für diesen Abschnitt festzuhalten, dass, wenn ziffermässige Angaben gemacht werden, zugleich mitgetheilt worden wird, wie dieselben gewonnen worden sind.

Zu Kapitel 4—9.

In dem ersten der auf Grund dieses Erlasses zu erstattenden Berichte wird eine umfassendere Darstellung der Zustände des Kreises in Bezug auf die einzelnen in diesen Kapiteln abzuhandelnden Verhältnisse vom sanitätspolizeilichen Standpunkt aus zu geben sein, während es in den folgenden Berichten genügt, die fernerweit eingetretenen bemerkenswerthen Veränderungen und Vorgänge zur Sprache zu bringen.

Betreffs jedes einzelnen Gegenstandes wird zu berichten sein, welche auf denselben bezüglichen Aufträge der Physikus erhalten, wie er sie erledigt hat und was ihm anderweit Bemerkenswerthes wahrzunehmen Gelegenheit geworden ist.

Handelt es sich um sanitäre Missstände, so wird stets anzugeben sein, was zur Beseitigung derselben angeordnet oder vom Physikus in Anregung gebracht worden ist. — Berichte, welche an die Regierung (Landdrostei) erstattet worden sind, sind nicht nochmals zu wiederholen, sondern es ist auf dieselben lediglich (unter Angabe des Datums der Erstattung und der Geschäftsnummer) Bezug zu nehmen.

Betreffs der Berichterstattung über die in Kapitel 10—13 erwähnten Gegenstände ergiebt sich das Erforderliche aus dem Schema selbst.

Bemerkungen, betreffend die Benutzung des vorstehenden Schemas für Abfassung der General-Sanitäts-Berichte der Regierungs- und Medicinal-Räthe.

Da die dreijährigen Berichte lediglich eine Fortsetzung der bisherigen jährlich erstatteten bilden, ist an die letzteren anzuknüpfen und auf dieselben Bezug zu nehmen, soweit sie bereits durch den Druck veröffentlicht sind. Es wird demgemäss die im Schema vorgesehene Einleitung bei der grössten Zahl der Regierungsbezirke (Landdrosteien) gänzlich in Fortfall kommen und ebenso die für mehrere Kapitel geforderte Schilderung der bestehenden Zustände oder Einrichtungen, soweit sie bereits in früheren Berichten gegeben ist, unterbleiben können. Dagegen wird vielfach ein Vergleich ziffermässiger Angaben über mancherlei Vorgänge und Verhältnisse der Berichtszeit mit den entsprechenden der Vorjahre zweckmässig sein.

Bei den im 2. Kapitel zu machenden statistischen Angaben werden die Verhältnisse der einzelnen Kreise, sowie die der Städte und des flachen Landes, eventuell auch die der grösseren Städte und kleinen Landstädte gesondert ersichtlich zu machen sein.

Im 3. Kapitel kann die allgemeine Schilderung der Gesundheits-Verhältnisse des Bezirkes (a) nach Art der von den Regierungen gegebenen monatlichen Zeitungs-Berichten abgefasst werden. Specielle Bemerkungen zu den übrigen Kapiteln erscheinen entbehrlich, dagegen muss im Allgemeinen noch darauf hingewiesen werden, dass die Berichte, soweit dies ohne Beeinträchtigung der erforderlichen Gründlichkeit geschehen kann, in ihrer Fassung möglichst knapp zu halten sind. Allgemeine Erörterungen, welche auf die sanitären Verhältnisse des Regierungs-Bezirks (der Landdrostei) keinen directen Bezug haben, werden in der Regel entbehrlich und die Seitens der Regierung etc. an die Centralstelle erstatteten Berichte werden, so weit sie sich für den Sanitäts-Bericht eignen, in gekürzter Form wiederzugeben sein. —

Wo die Tabellenform eine übersichtliche und kurze Zusammenfassung der Mittheilungen ermöglicht, ist dieselbe thunlichst in Anwendung zu bringen; graphische Darstellungen sind wegen der Kostspieligkeit des Druckes mit Maass zu verwenden. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass es sich nicht empfiehlt, bei Erörterung der einzelnen im Schema angedeuteten Gegenstände eine Zusammenstellung aus den bezüglichen Abschnitten der Physikats-Berichte nach den einzelnen Kreisen gesondert zu geben, sondern dass in diesen Berichten enthaltene Material wird in geeigneter Weise verarbeitet werden müssen, wobei eine besondere Berücksichtigung jedes einzelnen Kreises keineswegs überall nothwendig ist.

---

3. Bayern.

a. Choleramaassregeln.

Infolge des Auftretens der Cholera im südlichen Frankreich sieht sich das k. Staatsministerium des Innern, obgleich zur Zeit Grund zur Beunruhigung nicht besteht, veranlasst, nach wiederholter Einvernahme des k. Obermedicinal-Ausschusses vorsorglich nachstehende Anordnungen zu treffen:

1. Die oberpolizeilichen Vorschriften vom 11. November 1872, Maassregeln gegen die Verbreitung der asiatischen Cholera betr. (Reggsbl. 1872 S. 2523 ff.; Ministerialamtsblatt 1872/73 S. 97 ff.), sowie die unterm 6. August v. J. revidirten „Allgemeinen Grundsätze bezüglich der Maassregeln zum Schutze gegen Eintritt und Verbreitung der asiatischen Cholera" (Ministerialamtsbl. 1883 S. 286 ff.) bestehen unverändert in Kraft und sind gegebenenfalls auf das genaueste in Vollzug zu setzen.

2. Um diesen Vollzug entsprechend zu sichern und für den Fall von Choleraerkrankungen innerhalb Bayerns jeden nachtheiligen Verzug zu vermeiden, sind schon jetzt vorsorglich die zu diesem Behufe erforderlichen Vorbereitungen nach Anleitung der erwähnten „Grundsätze" zu treffen.

Insbesondere ist die Bereitstellung von — abgesonderten — Localitäten zur Unterbringung von Cohlerakranken, sowie die Beschaffung von Desinfectionsmitteln, erforderlichen Falles auch die Einrichtung von Desinfectionsanstalten ins Auge zu fassen.

3. Es erscheint geboten, den örtlichen sanitären Verhältnissen erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden und Missstände oder Mängel, welche sich in dieser Beziehung bemerklich machen, energisch zu beseitigen.

Die Gesundheits-, Reinlichkeits- und Lebensmittelpolizei ist strenge zu handhaben. Ferner ist der Fremdenpolizei ein besonderes Augenmerk zuzuwenden. Die bezüglichen Vorschriften sind in Erinnerung zu bringen; wo es an den nöthigen Vorschriften fehlt, sind solche auf Grund der einschlägigen Bestimmungen des Reichs-Strafgesetzbuches und des Polizei-Strafgesetzbuches ungesäumt zu erlassen.

Insbesondere ist auch auf das zum menschlichen Genusse und Gebrauche dienende Wasser sorgfältig acht zu haben. Brunnen mit unreinem Wasser sind ausser Gebrauch zu setzen.

4. Die in Bezug auf Choleraerkrankungen bestehende Anzeigepflicht (§ 1 Abs. 1 und 2 der oberpolizeilichen Vorschrift vom 11. November 1872) ist in Erinnerung zu bringen.

Die Ortspolizeibehörden haben jeden Cholerafall oder Choleraverdachtsfall **unverzüglich** zur Kenntniss der Districtspolizeibehörde zu bringen, welche im Benehmen mit dem k. Bezirksarzte sofort das Erforderliche vorkehren und sowohl der Kreisregierung, Kammer des Innern, als dem k. Staatsministerium des Innern — zunächst auf telegraphischem Wege — Anzeige erstatten wird.

5. Wo Gesundheitscommissionen bestehen, ist deren Mitwirkung in Anspruch zu nehmen; wo solche nicht bestehen, ist deren Aufstellung anzustreben.

In Ansehung der Reinhaltung und Desinfection der Eisenbahnhöfe und des Fahrmateriales, sowie hinsichtlich der Ueberwachung der Eisenbahnzüge sind die erforderlichen Anordnngen theils bereits getroffen, theils eingeleitet.

München, den 11. Juli 1884.

Kgl. Staatsministerium des Innern Frhr. v. Feilitzsch.
Der Generalsecretär, v. Schlereth, Ministerialrath.

b. Die Choleragefahr betreffend.

München, den 22. Juli 1884.

Durch höchste Entschliessung des Kgl. Staatsministeriums des Kgl. Hauses und des Aeussern vom 12. l. Mts. wurde verfügt, dass der Gesundheitszustand der mit directen Zügen reisenden, aus Frankreich kommenden Personen einer besonderen Ueberwachung unterstellt werde. Diese Ueberwachung soll mit Vermeidung jeder Belästigung des reisenden Publikums lediglich in der Weise bethätigt werden, dass das Conducteurpersonal und die Stationsbeamten Anweisung zu erhalten haben, auf den Gesundheitszustand der aus Frankreich kommenden Reisenden ein wachsames Auge zu richten und bei etwaigen auffälligen Wahrnehmungen ein geeignetes Vorgehen einzuleiten. Auf Grund genannter höchster Entschliessung wurde ferner angeordnet, dass in mehreren Hauptstationen bei Ankunft der directen internationalen Züge ein Bahnarzt anwesend sei, welcher kranken Reisenden die erforderliche Hilfe angedeihen zu lassen, und eventuelle Meldungen des Zugpersonals über auffällige Wahrnehmungen entgegenzunehmen, sowie die hiernach erforderlich scheinenden weiteren Maassnahmen zu beantragen hat.

Hierzu wird Folgendes bemerkt:

Durch die Anwesenheit der Bahnärzte bei den betr. Zügen wird neben der Constatirung ernsterer Erkrankungen beabsichtigt, besonders den mit Störungen der Unterleibs-Organe Behafteten möglichst sofortige Krankenhilfe zu gewähren, es bleibt hierbei den Erkrankten selbstverständlich unbenommen, für anderweitige Krankenhilfe selbst zu sorgen und ist daher ein Honorar nur dann anzusprechen, wenn die Kranken sich auch fernerhin der Thätigkeit des Bahnarztes bedienen, während die erste Hilfe, welche in der Regel auf dem Bahnhofe selbst stattfinden wird, als in Ausübung der dienstlichen Stellung geleistet, zu gelten hat.

Wirkliche Cholerakranke, oder an heftigem Brechdurchfall Leidende sind womöglich in ein Krankenhaus zu verbringen und ist für das Vorhandensein von passendem Transportmaterial (Tragbahren oder Lohnfuhrwerken, z. B. Droschken) rechtzeitig Sorge zu tragen. — Da ein zwangsweiser Transport Cholerakranker in die Spitäler von den Polizeibehörden nicht in allen Fällen angeordnet werden kann, so wird vertraut, dass es dem taktvollen Vorgehen der Bahnärzte gelingen werde, im Einzelfalle das vom sanitären Standpunkte Nothwendige durchzuführen, bezw. die Verbringung in ein Krankenhaus zu ermöglichen.

Der Ausschluss kranker Personen von der Weiterfahrt kann übrigens auf Grund des § 13 des Betriebs-Reglements für die deutschen Eisenbahnen vom 1. Januar 1882 jederzeit verfügt werden.

Sollte den Stationsbeamten solcher Orte, an welchen kein Bahnarzt beim Passiren der Züge anwesend ist, Mittheilung über das Vorkommen einer choleraverdächtigen Erkrankung werden, so ist der Bahnarzt jener nächsten Station, welcher über ein geeignetes Krankenhaus verfügt, telegraphisch zu requiriren. An welchen Orten derartige Krankenhäuser bestehen, wird nachträglich bekannt gegeben werden.

Auf den Hauptstationen ist ein Raum zu bestimmen, in welchen Erkrankte einstweilen untergebracht werden, bis deren Verbringung in ein Krankenhaus bethätigt werden kann. —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

So lange der Erkrankte noch im Zuge behalten wird, ist er in der Weise zu isoliren, dass den übrigen Mitreisenden Plätze in anderen Cupés angewiesen werden. Das Verbleiben der Angehörigen bei dem Kranken ist zu gestatten.

Bei der Ankunft des Zuges an der Endstation ist für Desinfection des Wagens zu sorgen, in welchem sich der Erkrankte befunden hat. — Von jeder zur Kenntniss eines Bahnarztes kommenden in Bezug auf die Choleragefahr verdächtigen Erkrankung eines Bediensteten oder Reisenden ist sofort direct an die Unterabtheilung für Personal-Verhältnisse und bahnärztl. Dienst Bericht zu erstatten, in welchem auch der getroffenen Maassnahmen zu erwähnen ist. Eine allgemeine Desinfection der Reiseeffecten ist nicht beabsichtigt. Im Falle sicher constatirter Cholera-Erkrankung sind indessen Wäsche und Kleidungsstücke des Kranken nach Maassgabe der Ministerialentschliessung vom 6. August v. J. „Maassregeln gegen die Verbreitung der asiatischen Cholera betr." zu desinficiren.

In dieser Beziehung ist auf Grund des Art. 67 des Polizeistraf-Gesetzes ein polizeilicher Zwang zulässig. Bezüglich der Vornahme der Desinfection wird auf die in obengenannter Ministerial-Entschliessung vom 6. August 1883 enthaltene Instruction, Amtsblatt des Kgl. Staatsministeriums des Jahres 1883 S. 286, ferner abgedruckt in Dr. Kuby's Medicinalgesetzgebung Seite 1107, sowie im Börner'schen Medicinal-Kalender 1884 Band II, Seite 220 hingewiesen. In letztgenanntem Werke findet sich auch die Anleitung zum Desinfectionsverfahren von Dr. Wernich.

Von vorstehender Entschliessung ist den in Betracht kommenden Stationen des Bezirkes sowie den Bahnärzten zur Darnachachtung Kenntniss zu geben. —

General-Direction der k. b. Verkehrs-Anstalten. Betriebs-Abtheilung.
Schamberger.

An die Kgl. Oberbahnämter.

XII. Kleinere Mittheilungen.

— Den vielfachen Gerüchten und Mittheilungen gegenüber, welche über die künftige Gestaltung und Leitung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes verbreitet werden, glauben wir zu grosser Vorsicht rathen zu dürfen. Dass der auf längere Zeit wegen seines Gesundheitszustandes beurlaubte Director des Amtes Geh.-Rath und Generalarzt Dr. Struck schon vor längerer Zeit sein Entlassungsgesuch eingereicht hat, steht wohl fest. Ueber die weitere Gestaltung des Amtes liegt Authentisches zur Zeit nicht vor und mag ausserdem noch besonders hervorgehoben werden, dass die Frage eines hygienischen Institutes der Universität Berlin zu einem endgültigen Abschlusse noch nicht gelangt ist.

— Universitäten. Berlin. Prof. Dr. E. Schweninger ist nunmehr auch zum ausserordentlichen Professor der Medicin an der medicinischen Facultät der Berliner Universität ernannt. Im Laufe eines Jahres wurde er Ritter des rothen Adler-Ordens III. Cl., erhielt das Prädicat Professor, wurde ausserordentliches Mitglied des kaiserlichen Gesundheits-Amtes und jetzt ausserordentlicher Professor der Medicin an der ersten Universität des deutschen Reiches.

— Universitäten. Berlin. Zum Decan der Medicinischen Facultät wurde Geheimer Medicinalrath Prof. Dr. Leyden gewählt. — Bern. Die Universität feierte am 4. und 5. August ihr fünfzigjähriges Jubiläum. Seitens der Universität Bonn war Prof. Dr. Koester mit der Ueberreichung einer Adresse beauftragt. Zu Ehrendoctoren der Medicin wurden ernannt Prof. der Chemie Ladenburg in Kiel, der hervorragende Pharmacologe Flückiger in Strassburg und der evangelische Theologe Diaconus Tollin in Magdeburg, hochverdient um die Geschichte der Medicin. — Bonn. Privatdocent Dr. Walb ist zum ausserordentlichen Professor an der medicinischen Facultät der Universität ernannt worden. — Kiel. Prof. Hensen hatte einen Ruf als Professor der Physiologie an Stelle Prof. v. Wittich's erhalten, aber abgelehnt. — Breslau. Zum Decan der medicinischen Facultät wurde Prof. Dr. Hasse gewählt. — München. Am 1. August feierte Prof. Dr. Seitz sein fünfzigjähriges Doctor-Jubiläum. Aus diesem Anlasse veranstaltete die Poliklinik, deren Vorstand der Jubilar ist, eine Festfeier. Der Prof. Dr. Ranke beglückwünschte den Jubilar, Dr. Graf überreichte ihm ein Album mit den Photographien von 300 Aerzten. Heute begab sich eine Deputation des Senats der Universität zu dem Gefeierten, um ihm die Glückwünsche der Hochschule zu überbringen. Später fanden sich die Professoren der medicinischen Facultät bei dem Jubilar ein. Dabei überreichte ihm der Prof. Dr. v. Pettenkofer das erneute Doctordiplom. Im Namen der Facultät gratulirte Geh.-Rath Professor Dr. F. Winckel durch die Ueberreichung einer vortrefflichen Festschrift, „Ueber die Bedeutung präcipitirter Geburten für die Aetiologie des Puerperalfiebers". Die Gemeindevertretung richtete eine Glückwunsch-Adresse an den Gefeierten. — Tübingen. Prof. Dr. Grützner in Bern hat einen Ruf nach Tübingen als Nachfolger Prof. v. Vierordt's erhalten und angenommen. — Würzburg. Hofrath Prof. Dr. Maas ist zum Generalarzt à l. s. der bayrischen Armee ernannt worden. Generalarzt Dr. Friedrich erhielt den preuss. Kronen-Orden 2. Cl. — Wien. Die Wiederherstellung der Josefs-Academie unterliegt keinem Zweifel mehr. Der Referent der Commission Ober-Stabsarzt Dr. Podradzky legte einen Organisations- und Studienplan vor, der nach längerer Debatte, an welcher sich der Reichs-Kriegsminister Graf Bylandt-Rheidt, Hofrath Langer als Vertreter des Ministeriums für Cultus und Unterricht, Ober-Stabsarzt Podradzky, die Professoren Billroth und Braun betheiligten, genehmigt und der Verfasser desselben beauftragt wurde, den eigentlichen Studienplan einem engeren Comité, bestehend aus Ober-Stabsarzt Podradzky, Hofrath Langer und den Professoren Billroth und Braun, zur Beschlussfassung und Genehmigung vorzulegen. — Prag. Herr Prof. Soyka ist von dem österreichischen Ministerium für Cultus und Unterricht zu der am 4. August in London stattfindenden internationalen Conferenz über Erziehungswesen, zu der ebendaselbst stattfindenden internationalen Hygieneausstellung, sowie zu dem in Kopenhagen stattfindenden internationalen medicinischen Congresse delegirt worden. — Priv.-Doc. Dr. Biedermann wurde zum Prof. der Physiologie an der deutschen med. Facultät ernannt. — Kiew. Anlässlich des Jubiläums der Universität wurden die Professoren Billroth, Brücke, Langer, Meynert und Nothnagel zu Ehrendoctoren ernannt.

— Wien. Der allbekannte Chef einer der ersten Verlagsbuchhandlungen für Medicin W. Braumüller ist in hohem Alter gestorben.

— Berlin. Am 25. Mai ist die Bildung eines Aerzte-Vereines des Reg.-Bezirks Potsdam in's Leben getreten und wird am 7. September Mittags 12 Uhr zu Berlin im Franziskaner (Bahnhof Friedrichstrasse) die Constituirung desselben stattfinden. Der Statuten-Entwurf bestimmt in seinen ersten beiden Paragraphen Folgendes: „§ 1. Zweck des Vereins ist, das collegialische Leben und die Interessen des ärztlichen Standes zu fördern. § 2. Mitglied kann jeder approbirte Arzt des Regierungsbezirkes Potsdam sein, der nicht Homöopath ist. Meldung geschieht beim Vorstande. Sollte dieser die Aufnahme beanstanden, so entscheidet die nächste Versammlung mit einfacher Majorität über dieselbe." Die Tagesordnung der für den 7. September angesetzten constituirenden Versammlung lautet: „1. Eröffnung der Versammlung durch Zinn-Eberswalde. 2. Berathung und Beschlussfassung der Statuten. 3. Wahl des Vorstandes. 4. Berathung über die Betheiligung an den Verhandlungen des Aerzte-Vereins-Tages zu Eisenach. 5. Allfällige weitere Anträge aus dem Schoosse der Versammlung." Der vorbereitende Geschäfts-Ausschuss. Grosser. Wiedemann. Zinn.

— Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen. L. Pasteur, dessen Sohn als Secretair der französischen Gesandtschaft in Kopenhagen fungirt, ist zur Theilnahme an den Sitzungen des Congresses eingetroffen.

XIII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Oberstabsarzt I. Kl. a. D. Dr. Regenbrecht, bisher Regimentsarzt des 4. Pommerschen Infanterie-Regiments No. 21 und beauftragt mit Wahrnehmung der divisionsärztlichen Functionen bei der 4. Division, den Rothen Adler-Orden 3. Klasse mit der Schleife zu verleihen, ferner den nachbenannten Personen die Erlaubniss zur Anlegung der ihnen verliehenen nichtpreussischen Ordensinsignien zu ertheilen, und zwar: des von des Königs von Spanien Majestät ihm verliehenen Militair-Verdienst-Ordens dritter Klasse dem Generalarzt I. Kl. Dr. Coler vom Kriegsministerium; des Fürstlich schwarzburgischen Ehrenkreuzes erster Klasse dem Generalarzt II. Kl. Dr. Lommer, Corpsarzt des IV. Armee-Corps; des Commandeurkreuzes zweiter Klasse des Grossherzoglich badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem ordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Universität zu Marburg, Dr. Cramer; des Ritterkreuzes zweiter Klasse desselben Ordens: dem practischen Arzt Dr. Pinner zu Frankfurt a./M. und des Grossherrlich türkischen Medschidje-Ordens vierter Klasse: dem practischen Arzt Dr. Rosenthal zu Berlin.

Ernennungen: Der practische Arzt Dr. Gustav Kersten zu Salzwedel ist zum Kreiswundarzt des Kreises Guben ernannt worden. Der seitherige Kreiswundarzt des Landkreises Koeln, practische Arzt Dr. Ludwig Schmitz zu Koeln ist auf seinen Antrag aus dem Staatsdienst entlassen.

Niederlassungen: Die practischen Aerzte: Dr. Kuschbert in Ober-Salzbrunn, Dr. Hirschberg in Steinau a./O., Dr. Bobrecker in Breslau, Dr. Creutzfeldt in Harburg in Hannover, Dr. Bundschu in Crefeld, Dr. Christer in Kirn, Dr. Schmitt in Rheinböllen.

Verzogen sind: Dr. Roth von Kraschnitz nach Schneeberg in Sachsen.

Verstorben: Kreisphysikus Dr. Rothe in Guhrau, Dr. Butry in Kirn.

Vacant: Kreisphysikat des Kreises Guhrau.

2. Würtemberg.

Med. Corr.-Bl. No. 23.

Seine Königliche Majestät haben durch Höchste Entschliessung vom 8. Mai die Stelle eines Assistenzarztes und zweiten Lehrers an der Landeshebammenschule dem approbirten Arzt Dr. Römer von Stuttgart, sowie am 10. Mai die erledigte Assistenzarztstelle bei der K. Heil- und Pfleganstalt Schussenried dem approbirten Arzt Dr. Oscar Binder in Ebingen, Oberamts Balingen, und am 19. Mai dem Professor Dr. v. Marx bei dem Polytechnikum die Stelle eines ausserordentlichen Mitglieds des Medicinalcollegiums als Nebenamt gnädigst übertragen. Die von der Amtsversammlung in Neuenbürg vorgenommene Wahl des approbirten Arztes Paul Süsskind zum Oberamtswundarzt daselbst ist von der K. Regierung des Schwarzwaldkreises am 20. Mai d. J. bestätigt worden. Die Wahl des practischen Arztes Dr. Degen in Rottweil zum Oberamtswundarzt, sowie zum Districtsarzt für 19 Gemeinden des Oberamtsbezirks Rottweil ist von der K. Regierung des Schwarzwaldkreises am 26. Mai d. J. bestätigt worden. Von der K. Regierung des Jagstkreises wurde am 27. Mai d. J. die von den Gemeindecollegien zu Bartenstein unterm 11. Januar d. J. beschlossene Aufstellung des approbirten Arztes Dr. Nörr von Rinderfeld, Oberamts Mergentheim, als Stadtarzt in Bartenstein, sowie die durch Beschluss der Amtsversammlung vom 21. April d. J. vollzogene Berufung des Dr. Nörr als Districtsarzt für die Gemeinden Bartenstein, Herrenthierbach und Riedbach und als Districtswundarzt für die Gemeinden Niederstetten, Oberstetten, Spielbach und Wildenthierbach bestätigt. Von der K. Regierung des Schwarzwaldkreises ist die von der Amtsversammlung in Neuenbürg vorgenommene Wahl des Stadtarztes Dr. Kommerell in Liebenzell, Oberamts Calw, zum Districts- und Armenarzt für eine Anzahl von Gemeinden des Oberamts Neuenbürg am 30. Mai d. J. bestätigt worden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Montag **№ 32 A.** 11. August 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

Die Conferenz zur Erörterung der Cholerafrage.

I.

Erster Sitzungstag.

Verhandelt Berlin, im Kaiserlich Deutschen Gesundheitsamt am 26. Juli 1884, Abends 6 Uhr.

(Schluss.)

Für meine Auffassung, dass die Kommabacillen die Ursache der Cholera sind, finde ich noch darin eine wesentliche Stütze, dass die ganze Choleraätiologie, soweit sie uns bekannt ist, durchaus im Einklang mit den Eigenschaften der Kommabacillen steht.

Wir haben gesehen, dass die Kommabacillen ausserordentlich schnell wachsen, dass ihre Vegetation rasch einen Höhepunkt erreicht, dann aufhört, und dass die Bacillen schliesslich durch andere Bakterien verdrängt werden. Das entspricht genau dem, was im Choleradarm vor sich geht.

Es lässt sich annehmen, dass, wie es bei andern Bakterien der Fall ist, sehr wenige Exemplare, unter Umständen ein einziges genügt, um eine Infection zu bewirken. Dementsprechend können wir uns sehr wohl vorstellen, dass einzelne Kommabacillen gelegentlich in den Darmkanal gelangen und sich daselbst sehr schnell vermehren. Sobald sie sich bis zu einem gewissen Grade vermehrt haben, werden sie einen Reizzustand der Darmschleimhaut und Durchfall veranlassen, wenn dann aber die Vermehrung in steigender Progression vor sich geht und den Höhepunkt erreicht, dann lösen sie den eigenthümlichen Symptomencomplex aus, den wir als den eigentlichen Choleraanfall bezeichnen.

Wir haben früher gesehen, dass die Kommabacillen höchst wahrscheinlich unter gewöhnlichen Verhältnissen den Magen, wenigstens bei Thieren nicht passiren können. Auch das stimmt wieder mit allen Erfahrungen über die Cholera. Denn es scheint die Prädisposition bei der Cholerainfection eine ausserordentlich wichtige Rolle zu spielen. Es lässt sich annehmen, dass von einer Anzahl von Menschen, die der Cholerainfection ausgesetzt waren, nur ein Bruchtheil erkrankt, und dies sind fast immer solche, die vorher schon an irgend welchen Verdauungsstörungen, z. B. einem Magen- oder Darmkatarrh litten, oder welche den Magen mit unverdaulichen Speisen überladen hatten. Namentlich in letzterem Falle können mehr oder weniger unverdaute, nicht vollständig im Magen verarbeitete Massen in den Darmkanal übergehen und möglicherweise die im Magen noch nicht abgetödteten Kommabacillen in den Darm hinüberführen. Gewiss ist Ihnen die oft gemachte Beobachtung bekannt, dass die meisten Choleraanfälle sich am Montag und Dienstag ereignen, also an den Tagen, denen gewöhnlich Excesse im Essen und Trinken vorausgegangen sind.

Nun ist es allerdings eine eigenthümliche Erscheinung, dass die Kommabacillen sich auf den Darm beschränken. Sie gehen nicht ins Blut über, nicht einmal in die Mesenterialdrüsen. Wie kommt es nun, dass diese Bakterienvegetation im Darm einen Menschen tödten kann? Um dies zu erklären, muss ich daran erinnern, dass die Bakterien bei ihrem Wachsthum nicht allein Stoffe verbrauchen, sondern auch sehr verschiedenartige Stoffe produciren. Derartige Producte des Bakterien-Stoffwechsels kennen wir jetzt schon eine Menge, die sehr eigenthümlicher Art sind. Manche sind flüchtiger Natur und geben intensiven Geruch, andere liefern Farbstoffe, noch andere giftige Substanzen. Bei Fäulniss eiweisshaltiger Flüssigkeiten, z. B. des Blutes, bilden sich Gifte, welche, da die Fäulniss nur eine Folge der Bakterienvegetation ist, Stoffwechsel-Producte dieser Bakterien sein müssen. Manche Erscheinungen sprechen dafür, dass diese Gifte nur von bestimmten Bakterienarten producirt werden, denn wir sehen, dass faulige Flüssigkeiten, das eine Mal einem Thier injicirt werden können, ohne eine Wirkung zu äussern, während sie sich ein anderes Mal sehr giftig erweisen. So stelle ich mir auch die Wirkung der Kommabacillen im Darm vor, welche durch giftige Stoffwechselproducte bedingt wird. Ich besitze für diese Annahme noch besondere Anhaltspunkte. Es traf sich bei einem Culturversuch, dass die Nährgelatine zugleich Blutkörperchen in ziemlich grosser Zahl und Kommabacillen enthielt. Nachdem diese Gelatine auf eine Platte ausgegossen war, wuchs eine Anzahl von Colonien der Kommabacillen. Die Platte hatte ein Aussehen, als ob ein röthlicher Staub darin suspendirt sei, da man bei durchfallendem Lichte deutlich noch den Eindruck der einzelnen Blutkörperchen hatte. In dieser röthlichen feinkörnigen Schicht erschienen nun die Colonien der Kommabacillen schon mit blossem Auge wie kleine farblose Löcher. Wenn man sie mikroskopisch untersuchte, zeigte sich die auffallende Erscheinung, dass die Colonien der Kommabacillen in ziemlich weitem Umkreise alle Blutkörperchen zerstört hatten, auch weit über die Grenze hinaus, innerhalb welcher sie die Gelatine verflüssigen. Also man sieht daraus, dass die Kommabacillen auf die Formelemente des Blutes, höchst wahrscheinlich auch auf andere Zellen, einen zerstörenden Einfluss ausüben können.

Es ist ausserdem eine Beobachtung von einem indischen Arzt. Dr. Richards in Goalundo gemacht, welche ebenfalls für das Vorhandensein eines Giftstoffes im Inhalt des Choleradarms spricht. Dr. Richards hat zuerst Hunde mit grossen Mengen von Choleradejectionen gefüttert, ohne dass dies bei den Thieren eine Wirkung gehabt hätte. Dann stellte er dieselben Versuche mit Schweinen an, welche seiner Angabe nach in sehr kurzer Zeit, 15 Minuten bis $2^1/_2$ Stunden, nach der Fütterung unter Krämpfen starben. Es handelte sich hier offenbar um eine Intoxication und nicht, wie Dr. Richards annimmt, um eine künstliche Cholerainfection. Dass es sich in der That so verhält, geht besonders aus einem der Versuche hervor, in welchem der Darminhalt eines durch Fütterung mit Choleradejection getödteten Schweins, das nach Dr. Richards Meinung die Cholera hatte, einem zweiten Schwein gefüttert wurde. Dieses zweite Thier blieb gesund, und es konnte also eine Reproduction des vermeintlichen Infectionsstoffes im Darm des zuerst gefütterten Schweins nicht stattgefunden haben. Wenn sich wirklich eine echte Cholera bei Schweinen erzeugen liesse, dann müsste doch mit dem Darminhalt eines solchen Thieres wieder ein zweites und von diesem ein drittes u. s. w. inficirt werden können. Wenn diese Versuche auch nicht das beweisen, was Dr. Richards damit beabsichtigte, so sind sie doch insofern ganz interessant, als sie zeigen, dass in den Choleradejectionen unter Umständen Substanzen enthalten sein können, welche für Schweine giftig sind. Hunde schienen davon nicht berührt zu werden, Mäuse und viele andere Thiere ebenfalls nicht, wie unsere Versuche darthun. Die Widerstandsfähigkeit anderer Thiere gegen dieses Gift und die Empfänglichkeit der Schweine dafür darf nicht überraschen, wenn man sich daran erinnert, dass auch von dem Gift, welches sich bisweilen in der Salzfleisch- und Heringslake bildet, anscheinend nur Schweine getödtet werden.

Mit der Annahme, dass die Kommabacillen ein specifisches Gift produciren, lassen sich die Erscheinungen und der Verlauf der Cholera in folgender Weise erklären. Die Wirkung des Giftes äussert sich theils in unmittelbarer Weise, indem dadurch das Epithel und in den schwersten Fällen auch die oberen Schichten der Darmschleimhaut abgetödtet werden, theils wird es resorbirt und wirkt auf den Gesammtorganismus, vorzugsweise aber auf die Circulationsorgane, welche in einen lähmungsartigen Zustand versetzt werden. Der Symptomencomplex des eigentlichen Choleraanfalles, welchen man ge-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wöhnlich als eine Folge des Wasserverlustes und der Eindickung des Blutes auffasst, ist meiner Meinung nach im Wesentlichen als eine Vergiftung anzusehen. Denn er kommt nicht selten auch dann zu Stande, wenn verhältnissmässig sehr geringe Mengen Flüssigkeit durch Erbrechen und Diarrhoe bei Lebzeiten verloren sind, und wenn gleich nach dem Tode der Darm ebenfalls nur wenig Flüssigkeit enthält.

Erfolgt nun der Tod im Stadium der Choleravergiftung, dann entsprechen die Leichenerscheinungen jenen Fällen, in denen die Darmschleimhaut wenig verändert ist und der Darminhalt aus einer Reincultur der Kommabacillen besteht.

Zieht sich dagegen dieses Stadium in die Länge oder wird es überstanden, dann machen sich nachträglich die Folgen der Nekrotisirung des Epithels und der Schleimhaut geltend; es kommt zu capillären Blutungen in der Schleimhaut, dem Darminhalt mischen sich Blutbestandtheile mehr oder weniger reichlich bei. Die alsdann eiweissreiche Flüssigkeit im Darm beginnt zu faulen, und es bilden sich unter dem Einfluss der Fäulnissbakterien andere giftige Producte, welche ebenfalls resorbirt werden. Doch wirken diese anders als das Choleragift; die von ihnen hervorgerufenen Symptome entsprechen dem, was gewöhnlich als Choleratyphoid bezeichnet wird.

Entsprechend der Auffassung, dass die Kommabacillen nur im Darm vegetiren und ihre Wirkung entfalten, kann man auch den Sitz des Infectionsstoffes nur in den Dejectionen der Kranken suchen, ausnahmsweise noch in dem Erbrochenen. Ich glaube übrigens, dass ich damit auch in Uebereinstimmung mit den neueren Anschauungen bin. Allerdings findet diese Ansicht bei einigen Forschern noch Widerspruch, aber wir besitzen so unbestreitbare Beispiele dafür, vor Allem die Infection durch die Wäsche, dass es auch, abgesehen von den Kommabacillen, gar nicht in Zweifel sein kann, dass wirklich die Dejectionen den Cholerainfectionsstoff enthalten.

Für die weitere Verbreitung des Infectionsstoffes ist die erste Bedingung, dass die Dejectionen in einem feuchten Zustand bleiben. Sobald sie zum Trocknen kommen, verlieren sie ihre Wirksamkeit.

Einer der häufigsten Wege, auf welchem der Infectionsstoff zur Verbreitung gelangt und wovon wir ein Beispiel in der Tank-Epidemie gehabt haben, ist das Wasser. Wie leicht können Choleradejectionen oder das zum Reinigen von Cholerawäsche benutzte Wasser in Brunnen, öffentliche Wasserläufe oder sonstige Entnahmestellen für Trink- und Gebrauchswasser gerathen. Von da finden die Kommabacillen vielfache Gelegenheit in den menschlichen Haushalt zurückzugelangen, entweder mit dem Trinkwasser oder mit dem Wasser, welches zum Verdünnen der Milch, zum Kochen der Speisen, zum Spülen der Geräthschaften, zum Reinigen von Gemüse und Früchten, zum Waschen, Baden u. s. w. dient.

Ausserdem kann der Infectionsstoff auch auf kürzerem Wege in die Verdauungsorgane eines Menschen gelangen. Denn die Kommabacillen können sich unzweifelhaft auf Nahrungsmitteln, welche eine feuchte Oberfläche haben, längere Zeit lebensfähig halten, und es lässt sich wohl denken, dass sie durch Berührung mit beschmutzten Händen oder dergl. nicht selten da hingebracht werden. Ich halte es auch gar nicht für unmöglich, dass der Infectionsstoff durch Insekten, z. B. durch Stubenfliegen, auf Speisen übertragen wird. In den meisten Fällen wird allerdings der Infectionsstoff mit den Dejectionen in den Boden gelangen und irgendwie einmal seinen Weg in Wasserbehälter finden.

Ich gehe also von der Annahme aus, dass nur feuchte Substanzen, und zwar der verschiedensten Art — ich beschränke mich da durchaus nicht auf das Trinkwasser — die in irgend einer Weise durch feuchte Dejectionen verunreinigt werden, auch den Infectionsstoff dem Körper zuführen können. Dagegen glaube ich nicht, dass der Infectionsstoff der Cholera sich in einem trockenen Zustand erhalten kann, oder dass er, was dasselbe ist, durch die Luft übertragen wird. Denn die Verbreitung eines Infectionsstoffes durch die Luft kann für gewöhnlich nur im trockenen, staubförmigen Zustande geschehen. Auch die Erfahrung spricht dafür, dass der Infectionsstoff in trockenem Zustande nicht verschleppt werden kann, denn wir wissen, dass bis jetzt die Cholera noch niemals durch Waaren auf dem Wege von Indien hierher zu uns gekommen ist; noch niemals haben Briefe oder Postsendungen, auch wenn sie nicht, wie es jetzt vielfach geschieht, durchstochen und geräuchert wurden, die Cholera gebracht. Die Cholera ist überhaupt, wenn man den Ursprung der einzelnen Epidemien genauer untersucht, noch nie anders zu uns gekommen, als durch die Menschen selbst, und wenn es in einzelnen Epidemien auch nicht gelungen ist, denjenigen Menschen ausfindig zu machen, welcher den Cholerainfectionsstoff brachte, so darf man danach nicht glauben, dass hier eine Ausnahme stattgefunden hat. Denn wir müssen bedenken, dass nicht blos derjenige, der an der Cholera stirbt oder der einen unzweifelhaften Choleraanfall hat, geeignet ist, die Infection zu übertragen, sondern dass alle möglichen Uebergänge zu dieser heftigsten Form der Krankheit, ja ganz leichte Diarrhoen vorkommen, die wahrscheinlich ebenso inficiren können, wie der schwerste Cholerafall. Allerdings wird man über diesen wichtigen Punkt erst dann volle Gewissheit erhalten, wenn man auch die leichtesten Fälle durch die Untersuchung auf Kommabacillen als wirkliche Cholerafälle diagnosticirt.

Es bleibt noch die sehr wichtige Frage zu beantworten, ob der Infectionsstoff ausserhalb des menschlichen Körpers sich reproduciren oder vermehren kann. Ich glaube, dass dies der Fall ist. Da die Kommabacillen auf einer Gelatineplatte wachsen, da sie auf einem Stück Leinwand oder in Fleischbrühe oder auf einer Kartoffel wachsen können, so müssen sie sich auch im Freien vermehren können, namentlich da wir gesehen haben, dass eine verhältnissmässig niedrige Temperatur ihnen noch die Entwickelung ermöglicht. Ich möchte allerdings nicht annehmen, dass die Vermehrung der Kommabacillen ausserhalb des Körpers etwa unmittelbar in dem Brunnen- oder im Flusswasser vor sich geht; denn diese Flüssigkeiten besitzen nicht diejenige Concentration der Nährsubstanz, welche für das Wachsthum der Bacillen erforderlich ist. Ich kann mir dagegen wohl vorstellen, dass, wenn auch die Gesammtmasse des Wassers in einem Behälter zu arm an Nährsubstanz für das Gedeihen der Bacillen ist, doch bestimmte Stellen die genügende Concentration an Nährstoffen besitzen können, z. B. diejenigen Stellen, wo ein Rinnstein oder der Ablauf einer Abtrittsgrube in ein stehendes Gewässer einmündet, wo Pflanzentheile, thierische Abfallstoffe u. dergl. liegen und der Zersetzung durch Bakterien ausgesetzt sind. An solchen Punkten kann sich ein reges Leben entwickeln. Ich habe früher vielfach solche Untersuchungen gemacht, und es ist mir oft begegnet, dass ein Wasser fast gar keine Bakterien enthielt, während Reste von Pflanzen, namentlich Wurzeln oder Früchte, welche darin schwammen, von Bakterien, und zwar vorzugsweise Bacillen- und Spirillenarten, wimmelten. Selbst noch in der nächsten Umgebung solcher Objecte war das Wasser durch Bakterienschwärme getrübt, welche offenbar den durch Diffusion bis auf geringe Entfernung sich ausbreitenden Nährstoffen ihren Nahrungsbedarf entnahmen.

Ich glaube, dass wir auf diese Weise uns am allerleichtesten die Beziehungen des Grundwassers zur Verbreitung der Cholera erklären können. Also überall da, wo Wasser an der Oberfläche oder im Boden stagnirt, in Sümpfen, in Häfen, welche keinen Abfluss haben, an Stellen, wo der Boden muldenförmig gestaltet ist, an sehr langsam fliessenden Strömen u. dergl. können sich die geschilderten Verhältnisse entwickeln. Dort werden sich am leichtesten in der Umgebung thierischer und pflanzlicher Abfälle concentrirte Nährlösungen bilden und den Mikroorganismen Gelegenheit zur Ansiedelung und Vermehrung bieten. Dagegen überall da, wo das Wasser sowohl an der Oberfläche wie im Boden in einer schnellen Strömung begriffen und einem steten Wechsel unterworfen ist, kann dieses Verhältniss weniger leicht oder auch gar nicht eintreten. Denn die fortwährende Strömung verhindert, dass es zu einer für pathogene Bakterien ausreichenden localen Concentration der Nährsubstanzen in der Flüssigkeit kommt. Den Zusammenhang zwischen dem Sinken des Grundwassers und dem Steigen mancher Infectionskrankheit möchte ich dadurch erklären, dass beim Sinken des Grundwassers auch die Strömung, die im Grundwasser stattfindet, eine viel geringere wird. Ausserdem werden die an der Oberfläche zur Verfügung stehenden Wassermengen erheblich beschränkt und es muss deswegen viel eher zu solchen Concentrationen, wie ich sie für das Wachsthum der Bakterien voraussetze, kommen.

Wenn wir annehmen, dass der Cholera ein ganz bestimmter specifischer Oganismus zu Grunde liegt, so können wir nicht an eine autochthone, von beliebigen Orten ausgehende Entstehung der Cholera denken. Ein solcher specifischer Organismus, und wenn es auch nur ein Kommabacillus ist, folgt doch ebenso den Vegetationsgesetzen, wie eine hochentwickelte Pflanze. Er muss sich immer wieder aus seinesgleichen entwickeln und kann nicht so ohne Weiteres aus andern Dingen oder aus einem Nichts hervorgehen. Da aber die Kommabacillen nicht zu den überall verbreiteten Mikroorganismen gehören, so sind wir gezwungen die von ihnen abhängige Krankheit auf ganz bestimmte Oertlichkeiten zurückzuführen, von denen diese specifischen Mikroorganismen uns zugeführt werden. Wir können es uns also nicht etwa so vorstellen, als ob ausnahmsweise im Delta des Nils, weil dasselbe in einigen Punkten dem Gangesdelta ähnlich ist, die Cholera von selbst entstehen könne, wie das im vorigen Jahr ja allen Ernstes behauptet ist. Eben so wenig können wir uns z. B. denken, dass hier bei uns in Europa die Cholera entstehen sollte, ohne vorherige Einschleppung des Kommabacillus. Man hat auch schon einmal den Versuch gemacht, eine in Europa vorgekommene Cholera-epidemie, die scheinbar isolirt in Polen ausbrach, als autoch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

thon entstanden hinzustellen, aber später hat sich dann herausgestellt, dass es doch nicht angängig war, diese Art der Entstehung gelten zu lassen. Die Cholera hatte sich nämlich in Russland an verschiedenen Stellen noch in kleinen unbeachteten Epidemien erhalten und war nach Polen durch Truppen verschleppt. Noch kürzlich habe ich etwas Aehnliches erfahren. Vor etwa 10 Jahren brach in der Stadt Hama in Syrien plötzlich die Cholera aus, und man wusste nicht, wie sie dorthin gekommen war. Vielfach wird noch jetzt behauptet, sie sei autochthon entstanden. Ich wurde kürzlich in Frankreich von französischen Aerzten darüber interpellirt, und konnte, da in der Literatur nichts Bestimmtes über den Ursprung dieser Epidemie zu finden ist, nur darauf antworten, dass die Einschleppungsweise in diesem Falle bis dahin nicht aufgeklärt sei; aber ich sprach meine Ueberzeugung aus, dass der Ursprung der Cholera in Syrien auch auf Indien zurückgeführt werden müsse, indem ich zugleich darauf hinwies, wie die scheinbar autochthon entstandenen Epidemien in Syrien und Egypten sich an den Verkehrsweg von Indien nach Europa oder die nächste Nähe desselben halten, aber niemals an Orten entstehen, welche gar keine Beziehungen zu Indien haben. Schon bald darauf bin ich durch einen Zufall in die Lage versetzt, auch über den Ursprung der Epidemie in Syrien eine befriedigende Aufklärung zu bekommen. In Lyon theilte mir nämlich Professor Lortet, der während dieser Epidemie selbst in Hama gewesen ist und Nachforschungen über die Herkunft dieser Cholera angestellt hat, mit, dass die Cholera durch türkische Soldaten von Djedah nach Hama gebracht sei.

Unzweifelhaft spontan ausserhalb Indiens entstandene Cholera-epidemien kennen wir bislang nicht, und es stimmt also auch in diesem Punkte die Erfahrung mit der Voraussetzung, dass die Cholera durch einen specifischen Organismus bedingt ist, welcher seine Heimath in Indien hat.

Nun sind die auf die Cholera bezüglichen Verhältnisse in Indien ganz eigener Art. Ich glaube nicht, dass ganz Indien das Vaterland des Kommabacillus ist. Früher hat man zwar behauptet, die Cholera sei in Ceylon, in Madras, in Bombay heimisch und sei somit fast über ganz Indien verbreitet, doch ist dies andererseits und mit Recht bestritten. Nur über die Provinz Bengalen besteht keine Meinungsverschiedenheit. Alle Autoren sind darüber einig, dass das Delta des Ganges die eigentliche Heimath der Cholera sei. Auch ich habe die Ueberzeugung gewonnen, dass es in der That so ist, und weitere Choleraherde in Indien nicht existiren. Denn die einzige Gegend in Indien, wo die Cholera beständig in ganz gleichmässiger Weise Jahr für Jahr herrscht, ist das Gangesdelta; an allen anderen Stellen macht sie bedeutende Schwankungen oder erlischt oft gänzlich für kürzere oder längere Zeit. An einzelnen Orten, wie z. B. in Bombay, verschwindet sie auch niemals ganz, aber es ist höchst wahrscheinlich, dass sie durch den ausserordentlich regen Verkehr mit dem übrigen Indien immer wieder von Neuem dorthin eingeschleppt wird.

Auf dieser Karte der Provinz Bengalen sehen sie das Gangesdelta, welches nach Westen vom Hughli-Fluss, einem Arm des Ganges, und im Osten vom Brahmaputra begrenzt wird.

In diesem ganzen Gebiet und an den Ufern des Ganges aufwärts bis Benares herrscht die Cholera beständig. Bei einer genaueren Betrachtung der Karte muss es auffallen, dass der obere Theil des Delta mit Ortschaften dicht besät ist, während die Basis des Dreiecks ganz unbewohnt erscheint. Dieser unbewohnte Landstrich, Sundarbans genannt, umfasst ein Areal von 7500 englischen Quadratmeilen und scheidet sich von dem dicht bewohnten nördlichen Theil des Delta durch eine ganze scharfe Linie. Hier lösen sich die grossen Ströme Ganges und Brahmaputra in ein Netz von Wasserläufen auf, in denen bei Ebbe und Fluth das mit dem Flusswasser sich mischende Meerwasser hin und her wogt und zur Fluthzeit weite Strecken der Sundarbans unter Wasser setzt.

Eine üppige Vegetation und ein reiches Thierleben hat sich in diesem unbewohnten Landstrich entwickelt, der für den Menschen nicht allein wegen der Ueberschwemmungen und wegen der zahlreichen Tiger unzugänglich ist, sondern hauptsächlich wegen der perniciösen Fieber gemieden wird, welche jeden befallen, der sich auch nur ganz kurze Zeit dort aufhält. Man wird sich leicht vorstellen können, wie massenhaft vegetabilische und thierische Stoffe in dem Sumpfgebiet der Sundarbans der Zersetzung unterliegen, und dass hier die Gelegenheit zur Entwicklung von Mikroorganismen geboten ist, wie kaum an einem anderen Platz auf der Erde. Ganz besonders günstig ist in dieser Beziehung das Grenzgebiet zwischen dem bewohnten und unbewohnten Theil des Delta, wo die Abfallsstoffe aus einem ausserordentlich dicht bevölkerten Lande von den Flussläufen herabgeschwemmt werden und sich mit dem hin und her fluthenden, bereits mit Zersetzungsstoffen geschwängerten Brackwasser der Sundarbans mischen. Unter so eigenthümlichen Verhältnissen muss sich in diesem Gebiet eine ganz eigenartige Fauna und Flora von Mikroorganismen entwickeln, der aller Wahrscheinlichkeit nach auch der Cholerabacillus angehört. Denn Alles deutet darauf hin, dass die Cholera in diesem Grenzgebiet ihren Ursprung hat. Alle grösseren Epidemien beginnen mit einer Zunahme der Cholera im südlichen Theil von Bengalen. Jessore, von wo die ersten Nachrichten über die Epidemie von 1817 kamen, liegt an der Grenze der Sundarbans, und Calcutta, welches jetzt der ständige Herd der Cholera ist, wird durch einen sumpfigen und wenig bewohnten Strich Landes mit den nahen Sundarbans verbunden.

Nun findet aber weiter der Kommabacillus in dem an seine muthmaassliche Heimath angrenzenden Gebiete die denkbar günstigsten Verhältnisse, um sich einzunisten und von einem Menschen auf den andern übertragen zu werden.

Niederbengalen ist nämlich ein vollkommen flaches Land, welches sich nur ganz unbedeutend über das Meeresniveau erhebt und während der tropischen Regenzeit fast in seiner ganzen Ausdehnung unter Wasser gesetzt wird. Jeder Mensch, der sich dort anbaut, muss also, schon um sich vor diesen alljährlichen Ueberschwemmungen zu schützen, seine Hütte auf ein erhöhtes Terrain stellen. Man sieht diese Bauart in allen Dörfern im Delta, auch in Calcutta selbst, namentlich in unmittelbarer Nähe und in den Vorstädten von Calcutta, die mehr oder weniger einen Dorfcharakter tragen. Jedes Haus oder eine Gruppe von Häusern steht auf einer flachen Bodenerhöhung, welche dadurch entstanden ist, dass man von einer neben dem Bauplatz gelegenen Stelle die Erde wegnahm und die Baustelle damit erhöhte. Die auf diese Weise entstandene Vertiefung füllt sich mit Wasser und bildet einen sogenannten Tank.

Eine jede Hütte oder Gruppe von Hütten muss deswegen einen mehr oder weniger grossen Tank haben, und ihre Anzahl ist dem entsprechend eine sehr grosse. Allein die Stadt Calcutta hatte bis vor Kurzem noch gegen 800 Tanks, trotzdem schon sehr viele aus sanitäts-polizeilichen Gründen zugeschüttet sind. In den Vorstädten von Calcutta finden sich jetzt noch mehr als Tausend Tanks. Welche Rolle die Tanks im Haushalte der indischen Bevölkerung spielen, und wie sie geeignet sind, die Cholera zu verbreiten, das habe ich bereits früher erwähnt.

Es liegt auf der Hand, dass eine Verbesserung in der Wasserversorgung in jenen Gegenden einen entschiedenen Einfluss auf die Cholera-Verhältnisse ausüben muss. In Wirklichkeit hat sich dies auch mit aller Evidenz in Calcutta gezeigt. Diese am Hughli-Fluss gelegene Stadt hat gegen 400,000 Einwohner und in den Vorstädten leben mindestens ebensoviel Menschen. Bis zum Jahre 1870 hat Calcutta, d. h. die innere Stadt, jährlich ungefähr zwischen 3500 und 5000 Todesfälle an Cholera gehabt und die Vorstädte dem entsprechend. Schon von 1865 ab fing man an, die Stadt zu canalisiren, und zwar zuerst den Stadttheil, welcher von den Europäern bewohnt und am weitläufigsten bebaut ist. Später hat man allmählich auch die übrige Stadt mit Sammelcanälen versehen, aber bis zum Jahre 1874 waren noch nicht viele Häuser in demjenigen Theil der Stadt, welcher von den Eingeborenen bewohnt wird, wirklich angeschlossen. Nur in einigen Vierteln war damals das Canalnetz vollständig ausgebaut, wie auf dem hier vorliegenden Plan zu sehen ist. Seitdem ist fortwährend an der Vollendung der Canalisation gearbeitet und dieselbe ist jetzt ziemlich weit gefördert.

Eine Eigenthümlichkeit von Calcutta muss ich bei dieser Gelegenheit noch erwähnen. Im Innern der Stadt, mitten zwischen massiven Häusern und palastartigen Villen, finden sich dorfähnliche, dicht zusammengedrängte Gruppen von Hütten, welche ausschliesslich von Eingeborenen bewohnt werden. Man nennt diese innerhalb der Stadt gelegenen Dörfer bustees. Abtritte, Latrinen oder dergleichen besitzen die Hütten eines bustee nicht. Aller Schmutz sammelt sich zwischen den Wohnungen an, kann wegen der engen Bauart nur unvollkommen entfernt werden und gelangt schliesslich direct oder vom Regen dahin gespült in die Tanks, die natürlichen Sammelbassins für allen flüssigen Unrath. Von einem Anschluss solcher Hütten an die Canalisation kann überhaupt kein Rede sein.

Zu gleicher Zeit mit der Kanalisation ist der Bau einer Wasserleitung für Calcutta in Angriff genommen. Das Wasser wird mehrere Meilen oberhalb Calcutta aus dem Hughli entnommen, gut filtrirt und dann der Stadt zugeführt. Die Wasserleitung wurde im Jahre 1870 eröffnet.

Vom Jahre 1865 bis 1870 war ein Effect der immer mehr sich ausdehnenden Canalisation auf die Cholerasterblichkeit in Calcutta nicht bemerkt. Aber sofort nach Eröffnung der Wasserleitung nahm die Cholera ab und hat sich seitdem durchschnittlich auf dem dritten Theil der früheren Höhe gehalten. Auch die seit 1870 erheblich vervollständigte Canalisation hat diese plötzlich mit der Zufuhr eines guten Trinkwassers eingetretene Abnahme der Cholera nicht etwa noch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weiter gebessert. Man kann deswegen den günstigen Effect in diesem Falle auch nur der Wasserleitung zuschreiben. Wenn trotzdem die Cholera immer noch verhältnissmässig häufig in Calcutta ist, so liegt das daran, dass ein grosser Theil der Bevölkerung seinen Wasserbedarf nicht aus der Leitung, sondern in althergebrachter Weise aus dem Hughli oder aus den zahlreichen Tanks entnimmt.

In den Vorstädten, die mit der Stadt in unmittelbarem Zusammenhang und in lebhaftestem Verkehr stehen, aber an der Wasserleitung nicht participiren, ist die Cholerasterblichkeit dieselbe geblieben wie früher.

Noch deutlicher hat sich der Einfluss der Wasserversorgung im Fort William, welches fast in Mitten der Stadt am Hughli liegt, gezeigt. Das Fort selbst ist nicht canalisirt und kann auch wegen der Entfernung der nächsten städtischen Canäle von der Canalisation der Stadt nicht beeinflusst werden. Die Grundwasserverhältnisse müssen noch genau dieselben sein, wie zur Zeit der Erbauung des Forts. Früher wurde die Besatzung des Forts alljährlich von Cholera schwer heimgesucht. Aber seit Anfang der sechziger Jahre lenkte sich die Aufmerksamkeit der Officiere auf das Trinkwasser; dasselbe wurde möglichst vor Verunreinigung bewahrt und seitdem nahm die Cholera erheblich ab. Zugleich mit der Stadt erhielt dann auch das Fort ein durchaus zuverlässiges Wasser, und von da ab ist die Cholera aus dem Fort verschwunden. Dieser Fall kann als ein regelrechtes Experiment gelten, bei dem alle Verhältnisse unverändert geblieben sind bis auf das Trinkwasser. Wenn die Cholera das Fort jetzt nicht mehr heimsucht, so kann das nur dem veränderten Trinkwasser zugeschrieben werden.

Es giebt noch ähnliche, wenn auch nicht so schlagende Beispiele vom Einfluss des Trinkwassers auf Cholera in anderen indischen Städten. So hat in Madras, seitdem eine Wasserleitung eingeführt ist, die Cholera bedeutend abgenommen. Dasselbe gilt von Bombay. Besonders interessant ist in dieser Beziehung das Verhalten von Pondicherry. Früher kam in dieser Stadt Cholera sehr häufig vor. Vor einer Reihe von Jahren sind artesische Brunnen dort angelegt, die eine Tiefe von 300—400′ haben, und von dieser Zeit an verschwand die Cholera aus Pondicherry. Im letzten Frühjahr jedoch kam plötzlich die Meldung, dass die bereits als sicher angenommene Immunität von Pondicherry sich doch nicht als zuverlässig erwiesen habe, da die Cholera daselbst wieder aufgetreten sei. Ich wandte mich in Folge dessen an Dr. Furnell in Madras, welcher sich hauptsächlich mit dem Verhalten der Cholera in Pondicherry beschäftigt und sie immer verfolgt hat, und erhielt von ihm die Auskunft, dass in der That in Pondicherry eine Anzahl von Cholerafällen vorgekommen seien, aber ausschliesslich in den Stadttheilen, welche noch nicht mit artesischen Brunnen versehen sind.

Wenn ich Ihnen hier einige Beispiele für den Nutzen einer guten Trinkwasserversorgung angeführt habe, bedarf es nach meinen früheren Ausführungen wohl kaum der Versicherung, dass ich nicht etwa ein Anhänger der exclusiven Trinkwassertheorie bin. Ich möchte überhaupt jeden principiellen Standpunkt vermeiden, sondern ich glaube, dass die Wege, auf denen die Cholera in einem Orte sich verbreiten kann, ausserordentlich verschieden sind, und dass fast jeder Ort seine eigenen Verhältnisse hat, die gründlich zu erforschen sind, und denen entsprechend sich auch die Maassregeln gestalten müssen, welche zur Abwehr der Seuche für den betreffenden Ort dienen sollen.

Auch in Indien hängt die Ausbreitung der Cholera vom menschlichen Verkehr ab und sie wird hauptsächlich durch das in Indien in ganz ungewöhnlicher Weise entwickelte Pilgerwesen bedingt. Wir machen uns kaum eine Vorstellung davon, welchen Umfang das Pilgerwesen in Indien hat. Um Ihnen ein Beispiel davon zu geben, will ich nur die beiden Hauptpilgerorte anführen, Hurdwar und Puri. Das sind Orte, nach denen alljährlich Hunderttausende, manchmal über eine Million Menschen aus ganz Indien zusammenströmen. Dort bleiben die Pilger mehrere Wochen lang, sie sind auf den engsten Raum zusammengepfercht und leben in der erbärmlichsten Weise. Auch an diesen Orten finden sich überall Tanks, in denen Tausende von Menschen baden und aus denen sie trinken. Dies sind Zustände, die es durchaus nicht wunderbar erscheinen lassen, dass die Krankheit, wenn sie unter die Pilgerschaaren geräth, sich über ganz Indien rasch ausbreitet und überall hingelangt.

Den weiteren Weg über die Grenzen von Indien hinaus hat die Cholera ursprünglich durch Nordindien nach dem Inneren von Asien, von da nach Persien und dann weiter nach dem Süden von Europa genommen. Das ist aber anders geworden, seitdem der Handelsverkehr nicht mehr auf dem Karawanenwege durch Persien, sondern auf dem Seewege durch das rothe Meer und den Suezkanal geht. Ich glaube kaum, dass jetzt noch auf dem Landwege durch Asien eine Verschleppung der Cholera zu fürchten ist. Es ist ja nicht gerade unmöglich, dass sie auch noch einmal diesen Weg nimmt, aber es ist nicht wahrscheinlich. Dagegen wird der andere Weg, der Seeweg von Indien her durch das rothe Meer und namentlich von dem Hauptausgangshafen, von Bombay, nach meiner Meinung von Jahr zu Jahr gefährlicher. Man kann von Bombay, das ja selten frei von Cholera ist, jetzt schon in 11 Tagen nach Egypten, in 16 Tagen nach Italien gelangen, und man kann in 18 oder höchstens 20 Tagen in Südfrankreich sein. Also das sind Zeiträume, die gegen früher so ausserordentlich kurz geworden sind, dass dadurch die Gefahr der directen Importation der Cholera von Indien nach Europa eine immer grössere wird. Da für diese Verhältnisse die Art und Weise, wie die Cholera auf Schiffen verläuft, von besonderem Interesse ist, so möchte ich mir hierüber noch eine Bemerkung erlauben.

Es ist mir immer auffallend gewesen, dass eigentliche Choleraepidemien nur auf Schiffen vorkommen, welche eine grössere Menge von Menschen an Bord haben, während auf Schiffen mit geringer Bemannung, also auf allen Handelsschiffen, selbst wenn in den ersten Tagen der Fahrt Cholerafälle vorkommen, sich niemals Epidemien entwickeln, welche sich wochenlang hinziehen. Weil diese Sache von der grössten Wichtigkeit nicht allein für die Aetiologie der Cholera, sondern auch für den Schiffsverkehr ist, habe ich so viel als möglich Erkundigungen darüber eingezogen und jene Beobachtung vollkommen bestätigt gefunden.

Wenn es sich also um Fragen handelt, welche sich auf Schiffs-Cholera beziehen, dann müssen wir unser Augenmerk auf Schiffe richten, welche dem Massentransport von Menschen dienen, wie Truppentransportschiffe, Pilger-, Kuli- und Emigrantenschiffe. Auf diesen kommt, wenn sie von cholerainficirten Häfen ausgehen, die Cholera nicht so selten vor, wie öfter angenommen wird. Man begegnet mitunter dem Bestreben, den Schiffsverkehr als ganz ungefährlich in Bezug auf Choleraverschleppung hinzustellen, indem man ausrechnet, dass auf so und so viel cholerafreie Schiffe nur eins komme, auf welchem Cholera ausbrach. Dieser Rechnung ist allerdings entgegen zu halten, dass, wenn auch unter tausend Schiffen nur eins Cholera an Bord hat, selbstverständlich dieses eine Choleraschiff genau ebenso viel Unheil anrichten kann, als wenn alle tausend mit Cholera inficirt gewesen wären. Beschränkt man sich jedoch bei der Berechnung des Verhältnisses von cholerafreien zu cholerainficirten Schiffen auf die Massentransportschiffe, dann fällt das Resultat, wie gesagt, weit weniger günstig aus, als man gewöhnlich meint.

In den Reports of the Sanitary Commissioner with the Government of India vom Jahre 1881 findet sich eine höchst interessante Zusammenstellung über die Cholera auf Kulischiffen, welche von Calcutta abgegangen sind. Diese Schiffe sind nicht sehr gross, befördern aber trotzdem 300—600 indische Arbeiter, sogenannte Kulis, meistens nach den englischen Kolonien in Amerika. Von solchen Schiffen fuhren im Laufe von 10 Jahren 222 und von diesen hatten 33 Cholera und zwar dauerte die Epidemie auf 16 Schiffen länger als 20 Tage. Man kann sich danach leicht eine Vorstellung machen, wie gross die Gefahr einer Choleraeinschleppung für das näher gelegene Europa sein müsste, wenn ein ähnlicher Arbeitertransport von Indien z. B. nach Egypten oder nach irgend einem Mittelmeerhafen ginge.

Ueber eine Frage der Choleraätiologie, welche mehr ein theoretisches Interesse bietet, habe ich noch nicht Gelegenheit gehabt mich zu äussern, und möchte sie deswegen nur noch kurz berühren. Es handelt sich nämlich um die Erklärung der merkwürdigen Thatsache, dass die Cholera ausserhalb Indiens immer wieder nach einem verhältnissmässig kurzen Zeitraum verschwindet.

Mir scheint dieses Erlöschen der Seuche durch verschiedene Factoren bedingt zu sein.

Zunächst halte ich es für feststehend, dass schon der einzelne Mensch, wie bei vielen anderen Infectionskrankheiten, durch das einmalige Ueberstehen der Cholera eine gewisse Immunität erlangt. Diese Immunität scheint nicht von allzu langer Dauer zu sein, denn man hat genug Beispiele, dass ein Mensch, der während einer Epidemie befallen war, in einer anderen zum zweiten Mal an der Cholera erkrankte; aber man hört sehr selten, dass Jemand in derselben Choleraepidemie zwei Mal befallen wird. Ein mehrfaches Erkranken müsste aber gerade bei der Cholera öfter vorkommen, weil der Mensch, der von einem Anfall genesen ist, meistens nach wenigen Tagen wieder in dieselben Verhältnisse zurückkehrt und sich auch immer wieder denselben Schädlichkeiten und derselben Infectionsquelle aussetzt. Ausserdem sprechen noch einige Erfahrungen, die in Indien gemacht sind, dafür, dass eine gewisse Immunität nach dem Ueberstehen der Cholera gewonnen wird. In gleicher Weise nun wie das einzelne Individuum eine Immunität erlangen kann, können, wie vielfache Erfahrung lehrt, auch ganze Ortschaften für eine gewisse Zeitdauer mehr oder weniger immun werden. Man sieht sehr oft, dass, wenn die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Cholera einen Ort ergriffen und ihn durchseucht hat und dann im nächsten Jahre wieder dahin kommt, dieser Ort fast ganz verschont bleibt, oder nur sehr leicht ergriffen wird.

Als zweiter Grund für das Erlöschen einer Choleraepidemie muss das Fehlen eines Dauerzustandes geltend gemacht werden, mit Hülfe dessen der Infectionsstoff den seiner Weiterentwicklung ungünstigen Zeitraum der Immunität einer Bevölkerung überstehen könnte.

Endlich ist noch der Umstand zu berücksichtigen, dass die Temperaturen, die unter 17° sind, auf das Wachsthum der Bacillen ausserhalb des Körpers so ungünstig wirken, dass eine Vermehrung nicht mehr stattfinden kann. Wenn alle diese Factoren zusammenwirken, wenn also der Winter kommt und nur noch eine mehr oder minder immune Bevölkerung für die Epidemie übrig ist, dann muss, da kein Dauerzustand des Infectionsstoffes besteht, auch die Epidemie erlöschen.

Ehe ich schliesse, möchte ich noch mit ein Paar Worten auf die Nutzanwendung eingehen, die wir aus der Entdeckung der Cholerabacillen ziehen können. Gewöhnlich heisst es: Ja, was nützt uns eine solche Entdeckung. Wir wissen nun allerdings, dass die Cholera durch Bacillen verursacht wird, aber trotzdem können wir diese Krankheit noch nicht besser kuriren, als früher. Ich erinnere mich, dass man sich vielfach in gleicher Weise auch über die Entdeckung der Tuberkelbacillen geäussert hat. Wer diese Dinge ganz allein vom Standpunkt des receptschreibenden Arztes betrachtet, hat allerdings Recht, dass er noch keinen greifbaren Nutzen vor Augen hat, und doch sollten auch diese Kritiker bedenken, dass eine rationelle Therapie für die meisten Krankheiten und insbesondere für die Infectionskrankheiten nicht eher erhalten werden kann, als bis wir die Ursachen und das Wesen derselben erkannt haben. Von der Entdeckung der Cholerabacillen verspreche ich mir aber auch ohne dies jetzt schon recht erheblichen Nutzen. Zunächst denke ich an die Verwerthung in diagnostischer Beziehung. Es ist überaus wichtig, dass gerade die ersten Fälle, die in irgend einem Lande oder Orte vorkommen, richtig diagnosticirt werden. Meiner Ansicht nach kann man jetzt durch den Nachweis der Cholerabacillen mit Sicherheit constatiren, ob Cholera vorliegt oder nicht. Das scheint mir doch ein ganz wesentlicher Vortheil zu sein.

Ferner glaube ich, dass, nachdem wir die eigentliche Krankheitsursache und deren Eigenschaften kennen gelernt haben, die Aetiologie der Cholera in bestimmten und festen Umrissen construirt werden kann, und dass man endlich einmal aus diesen vielen Widersprüchen herauskommt. Wir werden nunmehr feste Unterlagen für ein einheitliches und zielbewusstes Handeln gewinnen. Einen ganz besonderen Nutzen verspreche ich mir von der Beobachtung, dass die Kommabacillen durch Trocknen getödtet werden. Allerdings hätte die Thatsache, dass der Cholera-Infectionsstoff durch Trockenheit vernichtet wird, an der Hand der Erfahrung eigentlich schon früher gefunden werden sollen, aber es fehlte an experimentellen Stützen und man war immer unsicher darüber. Jetzt können wir diese Eigenschaft des Infectionsstoffes ganz bestimmt als Thatsache hinstellen und in Zukunft damit rechnen. Hieraus können wir aber vor allem den Vortheil ziehen, dass der schrecklichen Vergeudung von Desinfectionsstoffen endlich doch ein Mal ein Ziel gesetzt, wird und dass nicht wieder, wie in den letzten Epidemien, Millionen in die Rinnsteine und Abtritte geschüttet werden, ohne dass es auch nur das geringste genützt hat.

Ich gebe mich übrigens sogar der Hoffnung hin, dass auch therapeutisch die Kenntniss von den Kommabacillen zu verwerthen ist. Man wird in Zukunft selbst in leichteren Fällen und in den Anfangsstadien die Diagnose machen können. Dem entsprechend werden auch therapeutische Versuche an Sicherheit gewinnen, wenn man weiss, dass der Kranke wirklich an Cholera leidet. Eine frühzeitige Diagnose muss aber von um so grösserem Werthe sein, als die Aussicht auf therapeutische Erfolge gerade in den Anfangsstadien noch am grössten ist.

Herr Virchow: Bei der vorgerückten Zeit darf ich mich wohl darauf beschränken, wie ich glaube in Ihrer Aller Namen, den allerherzlichsten Dank auszusprechen für den Vortrag, der uns einmal ganz mitten in die Anschauungen des Herrn Geh. Rath Koch hinein versetzt hat. Wir waren ja einigermaassen durch die eingehenden und lichtvollen Berichte, die er während der Reise geschickt hatte, in der Lage, den Weg seiner Untersuchungen zu verfolgen, indess ich kann wenigstens von mir sagen, und ich denke, das wird auch Ihnen so gegangen sein, dass die detaillirte und ausführliche Darlegung, wie wir sie heute gehört haben, ganz wesentlich gewesen ist, um uns ein Urtheil bilden zu können. Ich erkläre ausdrücklich für mich, dass ich es von Anfang an für höchst wahrscheinlich gehalten habe, dass der Bacillus in der That das Ens morbi sei, indess nach dem, was ich heute hörte, haben meine Vorstellungen doch ein ganzes Stück an Sicherheit mehr gewonnen. Was die Frage anbetrifft, ob der Bacillus irgend wo anders als in der Cholera vorkommt, so wird es ja nie an solchen fehlen, welche die nöthige Controle ausführen. Es ist daher keine Nothwendigkeit vorhanden, nach dieser Richtung hin einen neuen Impuls auszuüben. Das wird sich ganz von selber finden, und ich denke, ich darf wohl in Ihrer Aller Namen sagen, dass wir schon heute in der Hauptsache durchaus geneigt sind, uns der Ansicht des Herrn Vortragenden zu fügen.

Nun möchte ich in Bezug auf die weiter vorgeschlagene Discussion bemerken, dass soweit ich das Programm übersehe, wir vor einer Reihe von Fragen stehen, die in der That Niemand als der Herr Vortragende beantworten kann, und wo wir höchstens sagen können, ob wir in dem, was er uns mittheilt, Widersprüche oder Bedenken finden. Aber die Mehrzahl dieser Fragen zu beantworten, scheint mir vermessen zu sein. Es giebt ja einige darunter, die derartig sind, dass diejenigen Herren, welche Erfahrungen in früheren Cholera-Epidemien gesammelt haben, sich darüber äussern können, und es würde gewiss sehr nützlich sein, in einer nächsten Sitzung noch einmal dieser Angelegenheit näher zu treten. Ich möchte mir also den Vorschlag erlauben, dass wir für heute unsere Berathung schliessen, und dass wir vielleicht in der nächsten Woche noch einmal am Abend zusammenkommen, um wenigstens über diejenigen Punkte zu discutiren, über die wir überhaupt discutiren können.

Die Discussion wird hierauf auf Dienstag Abend 7 Uhr vertagt. Schluss $9^1/_4$ Uhr.

II.

Zweiter Sitzungstag.

Verhandelt Berlin, im Kaiserlich Deutschen Gesundheitsamt am 29. Juli 1884, Abends 7 Uhr.

Anwesend die Herren: Geh.-Rath Prof. Dr. Bardeleben, Geh. Rath Prof. Dr. v. Bergmann, Generalarzt Dr. Coler, Geh.-Rath Dr. Eulenberg, Docent Dr. B. Fränkel, Stabsarzt Dr. Gaffky, Geh. Rath Prof. Dr. Hirsch, Geh.-Rath Dr. Koch, Geh.-Rath Prof. Dr. Leyden, San.-Rath Dr. S. Neumann, Med.-Rath. Dr. Pistor, Generalarzt Dr. Schubert, Geh.-Rath Dr. Skrzeczka, Geh.-Rath Prof. Dr. Virchow, Reg.-Rath Dr. Wolffhügel.

Herr Virchow: Meiner Auffassung nach zerlegen sich die verschiedenen Punkte der von Herrn Koch für die Discussion aufgestellten Sätze[1]) in solche, wo wir eigentlich nur in der Lage sind, etwa wie eine Jury Herrn Dr. Koch gegenüber zu sagen, ob wir von seinen Mittheilungen befriedigt sind oder nicht, wo wir aber ein eigentliches Urtheil nicht fällen können, und in solche, bei denen uns die Erfahrung früherer Epidemien in die Lage setzt, ein eigenes Urtheil aussprechen zu können.

Wir kommen zunächst an die Frage:

1. Wird die Cholera durch einen specifischen, nur aus Indien kommenden Infectionsstoff erzeugt?

Herr Koch: Ich habe es für nöthig gehalten, diesen Satz aufzustellen, weil von manchen Seiten, auch noch wieder in allerletzter

[1]) 1. Wird die Cholera durch einen specifischen, nur aus Indien kommenden Infectionsstoff erzeugt?
2. Wird der Infectionsstoff nur durch den menschlichen Verkehr verschleppt?
3. Welches sind die Träger des Infectionsstoffes im Fernverkehr: Schiffe, Waaren, Briefe, gesunde Menschen, inficirte Menschen?
4. Welches sind die Träger des Infectionsstoffes im Nahverkehr: Choleraleichen, Choleraeffecten, Wäsche, Nahrungsmittel, Trink- und Gebrauchswasser, Luft, Insekten?
5. Ist eine directe Uebertragung möglich, oder muss der Infectionsstoff eine Art Reifung oder Generationswechsel im Boden oder sonstwo durchmachen?
6. Wird der Infectionsstoff im Menschen reproducirt oder geschieht dies unabhängig vom Menschen im Boden und dient alsdann der Mensch (Thiere etc.) nur als Träger?
7. Ist der Infectionsstoff in den Dejectionen, event. im Erbrochenen enthalten, oder findet er sich auch im Blute, Urin, Schweiss, Athemluft?
8. Besitzt der Infectionsstoff grosse Widerstandsfähigkeit, Dauerzustand?
9. Wird er durch Trocknen innerhalb kurzer Zeit vernichtet?
10. Kann der Infectionsstoff auf anderen Wegen als durch den Verdauungskanal in den Körper gelangen?
11. Sind besondere individuelle Dispositionen erforderlich, um ihn wirksam werden zu lassen?
12. Wie lang ist das Incubationsstadium?
13. Giebt das einmalige Ueberstehen der Cholera Immunität für eine gewisse Zeit?
14. Ist der Cholera-Infectionsstoff mit den Kommabacillen identisch?
15. Kann die Wirkungsweise der Bacillen als eine Intoxication aufgefasst werden?
16. Ist der Nachweis der Kommabacillen diagnostisch verwerthbar?

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeit, in Zweifel gezogen ist, dass die Cholera überhaupt eine specifische und eine aus Indien stammende Krankheit sei. Namentlich mit Bezug auf die egyptische Epidemie ist im letzten Jahre von mehreren Autoren ein solcher Zweifel ausgesprochen.

Was die von mir aufgestellten Sätze betrifft, so bin ich nicht der Meinung, dass dieselben alles enthalten, was überhaupt zu discutiren ist, und stelle anheim Sätze zu streichen oder neue hinzuzufügen. Ich habe mich absichtlich immer des Ausdrucks „Infectionsstoff" bedient. Die Frage über die Bedeutung der Kommabacillen kommt ganz zuletzt, weil ich Niemandem in seinem Urtheil über das Wesen des Infectionsstoffes vorgreifen wollte.

Herr Virchow: Ich möchte glauben, dass in Deutschland eigentlich kaum eine Discussion über diesen Punkt erforderlich ist. Wenigstens weiss ich nicht, dass im Laufe der letzten Decennien irgend ein nennenswerther Ansatz gemacht worden wäre, die Wahrheit dieses Satzes anzuzweifeln. Es würde ja etwas weit führen, wenn wir alle die verschiedenen Möglichkeiten, die einmal aufgestellt worden sind, durchdiscutiren wollten. Sollte das irgend eine Bedeutung für uns haben, so könnte das ja geschehen. Aber ich glaube constatiren zu können, dass in diesem Punkte eine Meinungsverschiedenheit wohl kaum möglich ist.

Herr Hirsch: Gestatten Sie mir die Bemerkung, dass auf der Sanitäts-Conferenz 1874 in Wien, der ich als Delegirter des deutschen Reiches beiwohnte, darüber vollkommene Uebereinstimmung herrschte, dass die Cholera in Europa nur in Folge der Einschleppung des specifischen Cholera-Giftes aus Indien vorkomme; diese Uebereinstimmung ist um so bemerkenswerther, als in vielen andern, die Cholera betreffenden Fragen die Ansichten der Theilnehmer an der Conferenz sehr weit auseinander gingen.

Es folgt Punkt 7:

Ist der Infectionsstoff in den Dejectionen, event. im Erbrochenen enthalten oder findet er sich auch im Blute, Urin, Schweiss, Athemluft?

Herr Virchow: Die Frage ist wohl wesentlich dadurch entstanden, dass die französische Commission in Egypten geglaubt hat, die Infectionsstoffe in andern Körpertheilen, namentlich im Blut zu finden, was Seitens des Herrn Koch geleugnet wird.

Herr Koch: Ich habe diesem Satze nichts hinzuzufügen. Ich kann mich nur auf das beziehen, was ich neulich gesagt habe. Meiner Ansicht nach ist der Infectionsstoff nur in den Dejectionen, ausnahmsweise auch einmal im Erbrochenen, enthalten; aber alle übrigen Dinge, welche in Frage kommen könnten, also namentlich Urin und Schweiss, dann die Athemluft kann ich nicht für Träger des Infectionsstoffes halten. Auch im Blut kann er schon aus dem Grunde nicht enthalten sein, weil noch niemals bei Sectionen eine Infection vorgekommen ist, während doch von anderen Krankheiten, deren Infectionsstoff sich im Blute befindet, z. B. von Milzbrand und Recurrens, schon eine Anzahl solcher Infectionen bekannt sind.

Herr Virchow: Ich kann nur sagen, dass alle früheren Untersuchungen in Bezug auf das Blut meines Wissens zu irgend einem conclusiven Resultat nicht geführt haben. Was die andern Secrete betrifft, so ist mir wenigstens der Gedanke, dass dadurch eine Ansteckung erfolgen könnte, niemals gekommen. Es war ein Act der Genauigkeit, dass die Substanzen alle aufgeführt sind, aber ich halte es kaum für nöthig, darüber weiter zu discutiren.

Wir kämen dann zu Punkt 16:

Ist der Nachweis der Kommabacillen diagnostisch verwerthbar?

Damit ist zugleich die Frage gegeben, in wie weit der Kommabacillus nunmehr als das eigentlich specifische Element der Diagnose und demnach, wie ich gleich hinzufügen will, als das eigentliche Agens anzusehen ist. (Punkt 14.)

Herr Koch: Dann würde sich allerdings die Frage No. 16 mit 14:

„Ist der Cholerainfectionsstoff mit dem Kommabacillus indentisch?" decken.

Man würde also diese beiden Punkte zusammenfassen können. (Zustimmung.) Ich habe bei Aufstellung der Frage unter No. 16 namentlich daran gedacht, ob wohl die practische Ausführung des Verfahrens zum Nachweis der Kommabacillen nicht über dasjenige hinausgeht, was man von jedem Arzt oder wenigstens von jedem Sanitätsbeamten verlangen kann. Letzteren würde es doch zunächst zufallen, eventuell die Diagnose zu stellen. Ich dachte dabei viel weniger an die therapeutische Seite der Frage, als an die sanitätspolizeiliche Verwerthung und dass womöglich die ersten Cholerafälle sofort diagnosticirt werden müssen. Kann man nun den Sanitätsbeamten zumuthen, dass sie mit den erforderlichen Methoden soweit vertraut sind, um die Diagnose in zuverlässiger Weise stellen zu können? Ich erlaube mir hierbei nochmals ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass das Mikroskop allein nur in wenigen Fällen hierzu genügt; es ist vor allem nothwendig auch das Culturverfahren zu kennen.

Herr Skrzeczka: In der gegenwärtigen Zeit und auch in der nächsten Zukunft kann man wohl unmöglich darauf rechnen, dass die Kenntniss dieser Methode und die Geschicklichkeit in der Ausführung eine so allgemeine wird, dass sie von den Medicinalbeamten durchweg zu erwarten stünde. Ob das vielleicht späterhin der Fall sein wird, ist eine andere Frage.

Herr Virchow: Diese practische Frage ist doch untergeordnet. Wir müssen wohl den Punkt 14 zunächst voranstellen. Wenn ich in dieser Beziehung meine Meinung sagen dürfte, so ist es folgende. Wenn ich ganz exact frage: ist der Cholerainfectionsstoff mit dem Kommabacillus als identisch zu betrachten? so muss ich sagen, dass immer noch einige Momente der Sicherheit fehlen. Einerseits ist es eben bis jetzt nicht gelungen, auf irgend eine Weise durch Uebertragung des Kommabacillus auf Thiere die Cholera zu erzeugen. Nun erkenne ich vollständig an, dass das kein absoluter Gegenbeweis ist. In früheren Zeiten sind freilich sehr viele Versuche über die Uebertragbarkeit der Cholera auf Thiere gemacht; zum Theil hat man behauptet, die Krankheit erzeugt zu haben, zum Theil ist es geleugnet worden; eine vollkommene Erledigung der Frage hat nicht stattgefunden. In jeder Epidemie hat es auch gewisse Beispiele gegeben, wo man geglaubt hat, cholerakranke Thiere zu sehen, aber ich selber war nie in der Lage, ein solches Thier zu untersuchen und mich davon zu überzeugen. Also ich erkenne an, dass die Nothwendigkeit nicht vorliegt, ein gelungenes Thierexperiment vorzuführen. Nun erschwert sich die Sache ein wenig durch die Mittheilung, die wir von Herrn Koch erhalten haben, dass es Herrn Richards gelungen ist, bei Schweinen durch Verfütterung von Inhaltsmassen des Choleradarms schwere Zufälle und zuletzt den Tod herbeizuführen. Es würde sich also darum handeln, zu wissen, in wie weit derartige Zufälle mit der Cholera als identisch angesehen werden können. Herr Koch hat die Erklärung gegeben, dass es sich dabei wahrscheinlich um eine Intoxication handle, welche möglicherweise durch Stoffe hervorgebracht sei, die erst durch die Bacillen producirt waren. Immerhin kann ich nicht leugnen, dass es recht wünschenswerth wäre, comparative Versuche in der Richtung anzustellen, dass man theils Reinculturen zu Thierinfectionen benutzt, andererseits die Choleradejectionen, wie sie sind. Denn wenn die Möglichkeit zugestanden wäre, dass neben dem Bacillus noch ein anderer Infectionsstoff existirt, so müsste sich doch durch comparative Versuche ergeben, ob es möglich ist, bei Thieren irgend etwas hervorzubringen, was man Cholera nennen kann. Ganz ausgeschlossen scheint mir diese Möglichkeit noch nicht zu sein.

Auf der andern Seite habe ich mich schon von Anfang an dahin ausgesprochen, dass ich es für sehr wahrscheinlich halte, dass es nunmehr gelungen sei, das seit Decennien schwebende Problem von der Existenz eines specifischen Mikroorganismus zu einer definitiven Lösung zu bringen. Ich muss zunächst hervorheben, dass aus der ganzen Gruppe zahlreicher Mikroorganismen, die in den Dejectionen von Cholerakranken enthalten sind, vorläufig wenigstens kein anderer vorhanden ist, den man mit einiger Wahrscheinlichkeit anschuldigen könnte. Wir waren schon seit Decennien in der bestimmten Erwartung, es werde gelingen, einen bestimmten Organismus zu finden, weil die ganze Geschichte der Cholera, die Art ihrer Verbreitung und Uebertragung unverständlich wurde, sobald man nicht auf ein wirkliches Ens vivum zurückgehen durfte. Daher ist von uns schon in früheren Epidemien bei der Frage der Desinfection dieser Gesichtspunkt stets als maassgebend betrachtet worden. Man muss sich, sagte ich, so einrichten, man muss die Mittel so wählen, als wenn man ein Ens vivum vor sich hätte. Ich kann auch jetzt in keiner Weise sagen, dass ich es für wahrscheinlich erachte, dass durch die Uebertragung von blos chemischen Substanzen die Verbreitung einer Cholera-Epidemie erklärlich wird. Wenn man diese Voraussetzung hat, und wenn man auf der andern Seite aus der ganzen Summe der vorhandenen Organismen keinen zweiten aufzeigen kann, der in gleicher Weise absonderlich und eigenthümlich erscheint, so muss man auch anerkennen, dass die Wahrscheinlichkeit eine ausserordentlich grosse ist, dass gerade dieser Organismus der richtige ist. Herr Koch hat uns nun mitgetheilt, das in gewissen Dejectionen, auch in gewissen Därmen von Cholerakranken, fast Reinculturen gerade von diesem Bacillus existiren, dass ebenso in der Wäsche, die wir als gefährlichstes Mittel der Uebertragung kennen, gerade das Wachsthum dieser Bacillen eine hervorragende Schnelligkeit und Gewalt zeigt. Damit schliesst sich, wenigstens zunächst, gewissermaassen die Pforte für jede weitere Hypothese. Ich wüsste wenigstens kaum, wie man weiter kommen sollte und ich verstehe nicht, wie man dem

Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Gedanken Raum geben könnte, dass der Bacillus nicht das wesentliche Ding wäre.

Die Frage, ob es eine andere Krankheit oder einen anderen Zustand giebt, wobei im Menschen der gleiche Bacillus vorkommt, wird sich ja augenblicklich nicht definitiv lösen lassen; sie wird wahrscheinlich noch Jahre lang schweben, und man wird immer wieder von Zeit zu Zeit eine neue Krankheit vornehmen müssen, um zu sehen, wie sie sich in dieser Beziehung verhält. Eine im streng wissenschaftlichen Sinne vollständig abschliessende Lösung kann man daher, wie es scheint, momentan kaum erwarten.

Aber ich bin doch der Meinung, dass die practische Handhabung der Sanitätspolizei davon wird ausgehen müssen, wie sie früher schon das Ens vivum vorauszusetzen hatte, so jetzt, wenigstens vorläufig, den Bacillus als dasjenige Ding zu betrachten, gegen welches sich wesentlich die Maassregeln zu richten haben. Gleichviel welcher Widerspruch auftreten wird, so scheint mir, dass auch Diejenigen, welche die Möglichkeit einer weiteren Beweisführung offen halten, sich doch vorerst so verhalten müssen, als wenn die Sache schon wirklich in aller Form Rechtens erledigt wäre.

Herr Koch: Ich möchte nur bezüglich der Versuche von Richards noch in Erinnerung bringen, dass man sie eigentlich gar nicht anders auffassen kann, als eine Intoxication. Die Schweine starben in unglaublich kurzer Zeit; nach höchstens $2^1/_2$ Stunden, und das kann man nicht mehr als eine Infectionskrankheit auffassen. Namentlich ist auch die Reproduction des Infectionsstoffes in dem Versuch von Richards nicht gelungen. Dennoch will ich keineswegs behaupten, dass es gar kein Thier giebt, an dem nicht möglicherweise doch noch einmal der Infectionsversuch gelingen könnte. Ich habe neulich immer nur gesagt, dass man bei allen den Thieren, mit denen bis jetzt experimentirt ist und welche bis jetzt in Choleragegenden mit Menschen in Berührung gekommen sind, niemals etwas cholera-artiges beobachtet hat. Also ich halte auch diese Frage durchaus noch nicht für abgeschlossen. Ich möchte nur betonen, dass die Versuche von Richards nicht im geringsten etwas gegen die Bedeutung der Kommabacillen beweisen; im Gegentheil mir sind sie mehr als eine Bestätigung meiner Auffassung der Choleraätiologie erschienen, weil man auf diese Weise erfährt, dass sich im Darminhalt unter dem Einfluss der Kommabacillen eine toxische Substanz bildet.

Herr Hirsch: Ich erlaube mir auf einen Umstand aufmerksam zu machen, der für die Constatirung der Specificität des Cholerabacillus nicht ohne Bedeutung sein dürfte, ich meine Untersuchungen des Darminhaltes, bezw. der Ausleerungen bei Cholera nostras. — Ich habe Fälle dieser Krankheitsform gesehen, welche es mir sehr wahrscheinlich machten, dass auch diese Form von Cholera auf einer Infection beruht, und diese Ansicht findet in den Beobachtungen anderer Forscher eine Bestätigung. — Gegen die Annahme, dass die Cholera nostras lediglich hoher Sommertemperatur ihren Ursprung verdankt, spricht schon der Umstand, dass die Krankheit zuweilen im Winter vorkommt. — Schwere Fälle einheimischer Cholera tragen so vollständig und in allen Erscheinungen das Gepräge der indischen Cholera, dass eine Diagnose mit Sicherheit kaum gestellt werden kann, und wenn nun solche Fälle an einem Orte auftreten, an welchem im Jahre zuvor eine Cholera-Epidemie geherrscht hat — wie ich dies im Jahre 1852 in Danzig an einem Falle beobachtet habe, — dann ist die Frage, ob man es mit indischer oder einheimischer Cholera zu thun hat, überhaupt gar nicht zu beantworten und schliesslich dürfte nur der Ausgang der Krankheit für das Urtheil entscheidend sein. Hier böte also der Nachweis des Kommabacillus ein werthvolles diagnostisches Mittel, vorausgesetzt, das derselbe bei Cholera nostras nicht vorkommt. — Die sogenannte Cholera infantum kommt hierbei übrigens gar nicht in Betracht, da dieselbe ausser den profusen Entleerungen per os et anum weder mit der indischen noch mit der einheimischen Cholera etwas gemein hat.

Herr Koch: Ich habe in der letzten Zeit noch Gelegenheit gehabt, Material von Cholera nostras zu untersuchen. Nämlich Schnitte von der Darmschleimhaut eines sehr schweren und schnell tödtlich verlaufenen Falles. Es waren keine Kommabacillen, dagegen eine Menge anderer Bacillen an der Darmoberfläche und in den schlauchförmigen Drüsen zu sehen. Ausserdem erhielt ich Präparate aus Wien geschickt von Fällen, die dort vorgekommen sind, von denen man allerdings noch nicht mit Sicherheit sagen konnte, ob es Cholera nostras oder ob es Hitzschlag sei. Es waren Deckglas-Präparate mit dem Darminhalt von zweien dieser Fälle. Kommabacillen waren nicht darin nachzuweisen.

Herr v. Bergmann: Ist die Cholera nostras immer nur sporadisch beobachtet worden oder auch epidemisch? Soviel mir bekannt, doch nur sporadisch.

Herr Hirsch: Allerdings sind kleine Epidemien von Cholera nostras vorgekommen.

Herr Virchow: Das heisst kurz hintereinander einige Fälle ohne Zusammenhang unter einander.

Herr Hirsch: Es bleibt dahin gestellt, ob man derartige gehäufte Fälle von Cholera nostras als Epidemie bezeichnen will.

Herr Virchow: Wie unsere Kindercholera, die ja auch zu gewissen Zeiten epidemisch vorkommt. Es ist keine Epidemie von Cholera nostras bekannt, die sich über grössere Bezirke verbreitet hätte. Stets ist es so, dass an irgend einem Orte eine Reihe von Fällen vorkommt. Aber selbst in Berlin ist das doch immer eine relativ beschränkte Zahl bei der grossen Masse der Einwohner und den starken Angriffen, welche dieselben unter Umständen auf ihren Darmcanal unternehmen.

Herr Skrzeczka: Es kommen hier im Laufe jedes Sommers 3—4 Fälle, mitunter auch einmal ein tödtlicher vor, die aber in ihrer äusseren Erscheinung sich eigentlich kaum von der indischen Cholera unterscheiden lassen, so dass man nur, weil man sich sagt, dass die Cholera asiatica kaum von irgend woher eingeschleppt sein kann, weil Europa frei von derselben ist, die Fälle als Cholera nostras ansieht.

Herr Virchow: Ich möchte mir noch eine Frage in Bezug auf No. 16 erlauben. Nach dem, was wir gehört haben, ist Herr Koch nicht ganz sicher, dass mit dem blossen mikroskopischen Nachweis dieser Bacillen die Diagnose gesichert sei. Nun möchte ich sagen: früher hat man sich auch ohne die Bacillen durchhelfen müssen und ist im Allgemeinen auch ziemlich ausgekommen. Die Frage, ob man im gegebenen Fall einen epidemisch erkrankten Menschen vor sich hat, oder einen nur sporadisch erkrankten, ist in der That die einzige, welche für den practischen Gesundheitsbeamten wichtig ist. Er hat einen Fall vor sich, der entweder Cholera nostras oder Cholera asiatica sein muss. Nun hören wir, dass von Cholera nostras wenigstens ein einzelner Fall untersucht ist; in dem fehlten die Bacillen. Somit möchte ich mir die Frage erlauben: Wenn ein zweifelhafter Fall vorliegt, der in der Symptomatologie bis an die Erscheinungen der Cholera asiatica hinreicht, und es würde durch die mikroskopische Untersuchung ohne alles Weitere dargethan, dass zahllose Bacillen in den Entleerungen vorhanden sind, würde Herr Dr. Koch dann zweifelhaft sein, dass es ein echter Fall ist?

Herr Koch: Ich würde in diesem Falle auch nicht einen Moment in Zweifel sein. Aber es kommt nicht sehr oft vor, dass man schon bei der mikroskopischen Untersuchung für die Diagnose ausreichende Mengen von Kommabacillen findet. Meistens ist noch das Culturverfahren erforderlich, welches niemals im Stich lässt. Ich wiederhole deshalb die Frage, ob der Nachweis der Kommabacillen sich auch practisch verwerthen lässt, und in dieser Beziehung meine ich doch, dass es nicht ganz gleichgiltig ist, ob man z. B. bei dem allerersten Fall, der etwa durch Schiffe oder sonstwie eingeschleppt wird, sofort mit Sicherheit feststellen kann, ob es wirklich Cholera ist oder nicht. Wie Herr Hirsch eben sagte, half man sich bei Cholera nostras-Fällen damit, dass man wartete, ob die Kranken gesund wurden oder nicht. Auch dann weiss man es noch nicht, denn auch Menschen mit Cholera asiatica können gesund werden. Man muss also noch länger warten, bis die Fälle sich häufen; dann ist aber der günstigste Moment zum Handeln vorüber. Ich glaube doch, dass es unter allen Umständen sehr wichtig ist, gerade die ersten Fälle sofort als solche zu constatiren und durch geeignete Maassregeln unschädlich zu machen. Wenn auch die frühere Praxis schliesslich genau mit derselben Sicherheit darüber entscheiden konnte, ob Cholera asiatica vorlag oder nicht, so kam diese Entscheidung doch immer etwas spät, gerade wann die beste Zeit des Handelns vorüber ist. Die Diagnose der ersten Fälle ist übrigens nicht nur für die allererste Einschleppung der Cholera nach Europa, sondern auch beim Erscheinen der Cholera in einem Orte von grösster Bedeutung, weil auch hier die ersten Fälle durch Isoliren unschädlich gemacht werden können. Will man aber mit der Diagnose warten, bis ein halbes Dutzend und mehr Fälle vorgekommen sind, dann hat man eigentlich schon die Uebersicht und die Herrschaft über die Krankheit verloren. Was nun die Schwierigkeit der Methode zum Nachweis der Bacillen betrifft, so glaube ich, dass die Färbung der Tuberkelbacillen, die sich doch sehr rasch eingebürgert hat, schwieriger ist als die Herstellung einer Cultur von Kommabacillen. Ich denke mir: so gut wie sich die meisten Aerzte auf das Färben der Tuberkelbacillen eingeübt haben, könnte man auch von den Sanitätsbeamten, wenn auch nicht von allen, so doch von der Mehrzahl verlangen, dass sie eine solche Untersuchung ausführen können.

Herr Schubert: Darf ich vielleicht bitten, zu sagen, in welchem Stadium resp. wie früh die Kommabacillen sich finden?

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herr Koch: Ich habe die Bacillen in mehreren Fällen gesehen, die eben ins Krankenhaus geliefert wurden; allerdings sind auch dies nicht immer die ersten Stadien der Krankheit. Doch habe ich in Toulon einen im Hospital erkrankten und nach wenigen Stunden gestorbenen Menschen untersucht, in dessen Darminhalt die Kommabacillen in grosser Menge zu finden waren. Ein von diesem Falle herstammendes Präparat habe ich ihnen vorgelegt. Demnach nehme ich an, dass die Bacillen schon sehr frühzeitig nachzuweisen sind, und dass die ersten farblosen wässerigen Entleerungen eine grosse Menge Bacillen enthalten müssen.

Herr Schubert: Darauf sollte meine Frage eigentlich zielen, ob in den Dejectionen bereits im Beginn der Krankheit die Kommabacillen constatirt sind.

Herr Koch: Ja, das kann ich bestätigen.

Herr Hirsch (zu Herrn Koch): Bezüglich der practischen Bedeutung der Untersuchung auf den Bacillus gestatten Sie mir eine Frage. Angenommen, es käme jetzt ein Fremder nach Berlin zugereist, welcher an choleraverdächtigen Erscheinungen erkrankt und in dessen Darmentleerungen der Bacillus nicht nachweisbar wäre: würden Sie ihn frei verkehren lassen, oder unter Observation stellen?

Herr Koch: Ich würde einen solchen Menschen entschieden als verdächtig unter Beobachtung stellen. Aber dadurch wird durchaus nicht das, was ich beabsichtige, eingeschränkt, meine Intentionen gehen noch weiter.

Herr Hirsch: Ich wollte mit jener Frage nur andeuten, wo der Schwerpunkt der Frage liegt. — Ein unter den Erscheinungen der Cholera auftretender und verlaufender Fall, der zu einer Zeit auftritt, in welcher in Europa und anderen ausserindischen Gebieten nirgends asiatische Cholera epidemisch herrscht, und der nicht etwa direct aus Indien stammt, dürfte wohl immer als unverdächtig angesehen werden, während ein solcher Fall zur Zeit des Vorkommens indischer Cholera an irgend einem Orte Europas stets verdächtig ist, gleichgültig, ob man den Bacillus in den Ausleerungen des Kranken antrifft oder nicht. Solche Kranke müssten unter allen Umständen unter Observation gestellt, bezw. streng isolirt und als verdächtig behandelt werden.

Herr Koch: In der Praxis kommt es wohl nicht so häufig vor, dass Jemand aus einem Choleraort angereist kommt und sofort an einem unzweifelhalten Cholerafall erkrankt. In diesem Fall könnten wir, wenn alles ganz klar und offen liegt, auch das Mikroskop und das Culturverfahren bei Seite lassen. Einen solchen Menschen würde ich ohne Weiteres als Cholerakranken behandeln und isoliren. Gewöhnlich geht es aber anders. Vorläufig beschränkt sich die Cholera noch auf Südfrankreich. Ich will nun aber den Fall setzen, es ereignet sich ein choleraartiger Fall in einer deutschen Stadt und man würde die Kommabacillen in diesem Falle nachweisen, dann muss man sich doch sagen: der Infectionsstoff ist nun schon in der Stadt. Dann wird man doch noch ganz andere Maassregeln ergreifen, als dass man sich darauf beschränkt, den Menschen zu begraben und seine Sachen zu desinficiren. Ich glaube, dass es gerade unter derartigen Umständen ausserordentlich wichtig ist, die Diagnose zu stellen. Es ist ja das immerhin kein sehr häufiger Fall, dass die Cholera so weite Sprünge macht, aber sie hat es doch schon verschiedentlich gethan, und es wäre garnicht undenkbar, dass bei dem jetzigen Reiseverkehr plötzlich irgendwo in einem Nachbarlande von Frankreich die Cholera zum Ausbruch kommt. Es wäre nicht unmöglich, dass man sich lange Zeit dagegen sträuben und damit trösten wird, dass es nur Cholera nostras sei; aber inzwischen werden der Fälle immer mehr und mehr, und wenn man sich endlich dazu entschliesst, auf Grund der immer häufiger werdenden Todesfälle auszusprechen, dass es doch Cholera asiatica ist, dann ist es auch wieder zu spät, um die Epidemie noch einzudämmen. Also ich muss doch immer die Nothwendigkeit des Nachweises der Kommabacillen in diagnostischer Beziehung aufrecht erhalten.

Herr B. Fränkel: Meiner Ansicht nach ist es doch ein grosser Unterschied, Tuberkelbacillen zu färben oder Züchtungsversuche zu machen. Ich habe beides geübt, und während das eine kein grosses Material erfordert, erfordert das Züchtungsverfahren ein wohleingerichtetes Laboratorium, nicht nur um sterilisirte Nährflüssigkeit etc. zu machen, sondern auch die Wärmekasten herzustellen, da die Kommabacillen unter 17° C. nicht wachsen. Ich weiss nicht, wie viel andere Bacillen neben den Kommabacillen im Choleradarm vorkommen; je mehr Arten da sind, desto schwieriger wird die Trennung des Kommabacillus werden. Jedenfalls aber glaube ich, dass nach Lage der Sache jetzt immer mehr die Nothwendigkeit entsteht, Laboratorien, in denen gezüchtet werden kann, also hygienische Stationen, einzurichten. Ich glaube aber, dahin werden wir kommen, um so mehr, als, wenn die Cholera ausgebrochen ist, eine fortlaufende Untersuchung des Trink- resp. Leitungswassers nothwendig wird. Ich glaube nicht, dass man vom einzelnen Arzte und auch von den untergeordneten Kreis-Medicinalbeamten derartige Einrichtungen verlangen kann. Denn es bedarf dazu auf alle Fälle, da es sich um Cholera handelt, eines besonderen, nur hierzu benutzten Raumes.

Herr Pistor: Ich glaube, dass es auf dem Lande kaum möglich sein wird, das Koch'sche Verfahren anzuwenden. Sie, Herr Koch, wissen so wohl wie ich, dass es manchmal auf dem Lande seine besonderen Schwierigkeiten haben dürfte, die Dejectionen von Kranken zu erhalten, und zu Obductionen kommt man ja fast gar nicht. In so fern scheint mir die Frage für das Land eigentlich ziemlich bestimmt zu verneinen. Dagegen wird die Sache in grösseren, auch in mittleren Städten wohl mit der Zeit durchzuführen sein, wenn immer mehr jüngere Medicinalbeamte, die mit der Untersuchungsmethode vertraut sind, angestellt sein werden. Die jüngeren jetzt im Amt befindlichen Beamten werden sich ja auch hineinleben; dann dürfte es wohl möglich sein, die Methode des Herrn Koch zu verwerthen.

Herr Koch: Ich glaube doch, dass die Schwierigkeiten des Verfahrens überschätzt werden. Sie haben es neulich selbst gesehen, es sah doch sehr einfach aus. Die Nähr-Gelatine ist ausserdem jetzt käuflich zu haben. Man hat also nur die Gelatine zu erwärmen, mit einem Schleimflöckchen aus der Dejection zu mischen und auf eine Glasplatte auszugiessen. Die Platte wird dann unter eine Glasglocke gebracht oder in Ermangelung einer solchen zwischen zwei aufeinandergedeckte Teller gelegt, wie wir es bei unseren Versuchen in Calcutta gemacht haben. Auch in Bezug auf die Beschaffung der Dejectionen möchte ich annehmen, dass die Verhältnisse bei der Cholera ausserordentlich günstig liegen. Sie wissen ja, dass die Dejectionen zum grossen Theil in die Wäsche hineinkommen. Man braucht sich nur ein mit Dejection beschmutztes Hemd geben zu lassen, wie ich das mehrfach gethan habe, und einige von den Schleimflöckchen, die der Leinwand anhaften, zu untersuchen. Es ist dies das allergünstigste Untersuchungsobject, um die Diagnose zu stellen, und das steht doch gewiss sehr leicht zur Verfügung. Eines besonderen Wärmeapparats bedarf man zur Herstellung der Culturen nicht, die Sommertemperatur im Zimmer genügt immer, um die Kommabacillen zum Wachsen zu bringen.

Herr B. Fränkel: In meinem Zimmer sind in den letzten Tagen nur 16°C. gewesen.

Herr Koch: Dann müsste man im Nothfalle ein wenig heizen lassen. Also besondere, complicirte Apparate sind dazu nicht nöthig. Meines Erachtens ist die Methode mindestens ebenso leicht zu handhaben, wie die Tuberkelbacillenfärbung.

Herr S. Neumann: M. H.! Unsere Discussion steht auf der Grundlage, dass der Kommabacillus die specifische Ursache der Cholera und ihrer epidemischen Verbreitung ist. Die practische Consequenz kann daher eigentlich nicht zweifelhaft sein. Das Kriegsministerium commandirt nach dem Generalstab der Reihe nach Officiere, die zur zweckmässigen Kriegsführung gegen den Feind instruirt werden. Die Gesundheitsbehörde muss in diesem Falle das Gleiche thun und — ob leicht oder schwer — für ein gut instruirtes Personal Sorge tragen. Die Erklärung, dass in der Provinz dieser oder jener Ort, weil daselbst der Cholerabacillus constatirt worden, von der Cholera befallen sei, darf nur von einer wohlinstruirten und eben darum glaubwürdigen Person erfolgen. Aus jeder Provinz oder aus jedem Bezirk wird eine gewisse Anzahl von Aerzten oder ärztlicher Beamten hierher kommen müssen behufs ihrer genügenden Instruction für die Untersuchung und Entscheidung über das Vorhandensein des Cholerabacillus im gegebenen Falle. Vorläufig aber wird, wenn eben ein näherer Ort nicht vorhanden, die Untersuchung und Entscheidung hier stattfinden müssen. Die Befürchtung, dass die in der Provinz vorkommenden Fälle überhaupt hierher nicht werden gemeldet werden und dass Untersuchungsmaterial hierher nicht geschickt werden wird, scheint ausgeschlossen schon durch die Verantwortlichkeit, welche mit Verschweigung verdächtiger Fälle verbunden sein würde. Wie leicht und oft könnten solche Fälle eben nur den Anfang grosser Epidemien darstellen! Ich meine, wenn eine solche Entdeckung gemacht und anerkannt ist, dann muss in unserer Zeit auch die practische Möglichkeit gegeben sein, sie im Kampfe gegen den Feind zu verwerthen, und ich zweifle auch nicht daran, dass das mit verhältnissmässig geringen Mitteln geschehen kann.

Herr Virchow: Ich denke, m. H., so wünschenswerth es ist, dass die Sache gleich bis in die letzten Consequenzen geführt wird, so wird es wohl in der Praxis, wie immer, allmählich gehen; man wird wohl anfangen mit dem mikroskopischen Nachweis der Bacillen und dann suchen, wie man die Nachweise noch weiter führt. Aber ich denke, wir können das aussprechen, dass es wünschenswerth ist, dass gewisse Centralisationen begründet werden, wohin man mit

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schnelligkeit Material geben kann, um weitere Untersuchungen zu machen. Immerhin werden auch dabei ein Paar Tage vergehen, ehe die Vegetation so weit vorgeschritten ist. (Herr Koch: Das kann in 24 Stunden geschehen!) Auch so würde die mikroskopische Untersuchung die Basis bleiben, auf die man sein erstes Urtheil begründet; die Correctur wird möglicher Weise später hinzugefügt werden müssen.

Herr Koch: Das Versenden von Cholerastoffen scheint mir doch bedenklich zu sein. Es wäre wohl richtiger, den mit der Untersuchung Beauftragten an Ort und Stelle zu schicken. Ich glaube auch, dass sich dementsprechende Einrichtungen treffen lassen. Ich hoffe, dass später ein jeder Physikus eine solche Untersuchung machen kann. Wenn sich die Untersuchungsmethode erst eingebürgert hat, und wenn Jeder es einmal gesehen hat, dann ist es gar keine schwierige Sache mehr, aber das wird sich allerdings nicht so rasch machen lassen. Ich stimme da vollständig mit dem Herrn Vorsitzenden überein, dass die Aerzte sich erst allmählich mehr und mehr damit vertraut machen werden, aber deswegen könnte doch schon in grösseren Städten der Eine oder Andere zu finden sein, der einer solchen Untersuchung gewachsen ist und der sofort an Ort und Stelle gehen könnte.

Herr v. Bergmann: Um auch ein therapeutisch-practisches Resultat der Discussion zu sichern, möchte ich den Wunsch aussprechen, dass wenigstens in grossen Städten zur Zeit, wo Gefahr droht, ganz bestimmte Untersuchungslocale und untersuchende Aerzte bezeichnet werden, die methodisch und regelmässig die betreffenden bakterioskopischen Forschungen anstellen. Ich halte es z. B. für möglich, dass von militärärztlicher Seite angeordnet werde, bei bestimmten Vorkommnissen in einer Kaserne bakterioskopische Untersuchungen anzustellen. Es scheint mir nichts dem entgegenzustehen, dass auch die Verwaltung der Stadt Berlin solche Anordnungen trifft.

Herr Coler: Die Militär-Verwaltung hat in verschiedenen grossen Städten bereits Laboratorien, in denen mit leichter Mühe diese Untersuchungen ausgeführt werden können.

Herr S. Neumann: Unsere heftigsten Epidemien haben wir bisher in kleinen Städten gehabt, die theilweise decimirt worden sind.

Es folgen Punkt 8. u. 9.

„Besitzt der Infectionsstoff grosse Widerstandsfähigkeit, Dauerzustand?“

Wird er durch Trocknen innerhalb kurzer Zeit vernichtet?

Herr Virchow: Ich darf wohl besonders erwähnen, dass in einer neueren Discussion, in welche ich mit Herrn v. Pettenkofer gerathen bin, gerade von dieser einflussreichen Seite aus mit Bestimmtheit die Erwartung ausgesprochen worden ist, dass nicht der jetzige Kommabacillus, sondern erst eine noch zu findende Dauerform desselben Dasjenige ist, was als das gefährlichste Element zu betrachten sei. Herr v. Pettenkofer ist so weit gegangen, dass er die Möglichkeit statuirt, dieser Dauerzustand könne sich auf ganz lange Zeiträume erstrecken, sodass an irgend einem Platze durch viele Monate hindurch der Keim latent bleiben könne, um nachher zur gegebenen Zeit auszubrechen. Er hat ausdrücklich erklärt, er halte es für durchaus möglich, dass die Verschleppung des Keims nach Toulon schon im Anfang dieses Jahres erfolgt sei. Es würde daher gerade dieser Punkt für die allgemeine Beurtheilung von besonderem Werthe sein. Nach dem, was wir gehört haben, ist Herr Koch nicht der Meinung, dass irgend eine neue Dauerform zu erwarten steht, und durch das, was er uns mitgetheilt hat, ist, glaube ich, der thatsächliche Beweis geliefert, dass wenigstens irgend ein Anhalt vorläufig nicht existirt, um eine solche Vermuthung zu unterstützen.

Herr Koch: Ich will noch einmal daran erinnern, dass meine Ueberzeugung von dem Fehlen eines Dauerzustandes, d. h. einer besonders grossen Widerstandsfähigkeit des Cholerainfectionsstoffes sich nicht allein aus meinen Beobachtungen über das Verhalten der Kommabacillen gebildet hat, sondern dass auch alle früheren Erfahrungen schon dahin führen mussten. Wir haben eigentlich gar kein Beispiel, aus dem mit Sicherheit hervorgeht, dass der Infectionsstoff sich lange halten könnte, und ich muss immer wieder auf das Verhalten der uns bereits bekannten, mit einem Dauerzustand versehenen Infectionsstoffe verweisen; der Cholerainfectionsstoff müsste sich diesen doch conform verhalten. Das ist aber nicht der Fall. Ich habe die Beispiele von Milzbrand und von Pocken angeführt, von denen die Erfahrung vielfach gelehrt hat, dass der Infectionsstoff gerade im getrockneten Zustande, z. B. im Luftstaub, in Lumpen, in Wolle u. dergl. sich verhältnissmässig lange Zeit gehalten hat. Etwas Aehnliches kennt man von der Cholera garnicht, und deswegen hätte man eigentlich schon im Voraus sagen müssen: es kann da keinen Dauerzustand geben. Allerdings habe ich jetzt eine Zeitungsnotiz zugeschickt bekommen, wonach behauptet wird, dass in Kriegstetten in der Schweiz eine Choleraepidemie vorgekommen sei in Folge einer aus Zürich stammenden Lumpensendung. Die ganze Sache ist aber so oberflächlich beschrieben und man erfährt nicht, ob alle anderen Infectionsmöglichkeiten ausgeschlossen gewesen sind, so dass ich auf diese Notiz doch nicht viel geben kann. Bis jetzt würde das der einzige Fall sein, wo man einmal eine Uebertragung durch Lumpen constatirt hätte, während doch gewiss unendlich viel Lumpen in den Verkehr gekommen sind, die mit Choleradejectionen beschmutzt waren und keine Cholera erzeugt haben.

Herr Leyden: Es wird ein Fall berichtet, in welchem ein aus Amerika verschickter Koffer die Infection vermittelt haben soll.

Herr Koch: Meines Wissens existiren, wie ich bereits mehrfach erwähnt habe, unanfechtbare Beispiele, dass der Cholerainfectionsstoff in getrocknetem Zustande sich längere Zeit wirksam gehalten hat, nicht, und ich muss deswegen, auch ganz abgesehen von den Beobachtungen über die Kommabacillen, den Satz für richtig halten, dass kein Dauerzustand besteht, und dass der Cholerainfectionsstoff durch Trocknen in kurzer Zeit vernichtet wird.

Herr Hirsch: Ueber den von Herrn Leyden erwähnten Fall kann ich Ihnen Aufschluss geben, zuvor aber erlaube ich mir Folgendes anzuführen. Als ich im Jahre 1873 im Auftrage des Reichskanzler-Amtes die von der Cholera heimgesuchten Gegenden Westpreussens und Posens bereiste, hatte ich mir die Aufgabe gestellt, Thatsachen zu sammeln, welche möglichst sichere Schlüsse darüber zulassen, ob und in wie weit die Cholera durch Effecten verschleppt werden kann, wie lange namentlich die mit Cholera-Dejecten besudelte Leib- und Bettwäsche infectiös bleibt. Ich benutzte für diese Bestimmung solche Fälle, in welchen derartige Gegenstände aus inficirten Orten, zumeist Dörfern oder kleinen Städten, nach andern von denselben Meilen weit entfernten und von der Cholera bis dahin vollkommen verschont gebliebenen Gegenden gebracht und hier in den Besitz gesunder Individuen gekommen waren. In vielen solcher Fälle waren die Effecten einige Zeit unbenutzt liegen geblieben, dann ausgepackt und, wenn es sich um beschmutzte Wäsche oder Kleidungsstücke handelte, gereinigt, bezw. gewaschen worden. Die ersten Erkrankungen an Cholera betrafen nun stets diejenigen Individuen, die sich mit den inficirten Sachen zu schaffen gemacht, namentlich Frauen, welche dieselben gewaschen hatten, sodann andere Mitglieder derselben Familie oder desselben Hausstandes und nicht selten verbreitete sich die Krankheit dann von diesem Heerde weiter über die Ortschaft aus. Derartige Thatsachen habe ich in einer relativ grossen Zahl sammeln können, und noch zahlreicher sind gleichlautende Mittheilungen, welche ich in den Berichten der Sanitätsbeamten aus der Cholera-Epidemie des Jahres 1873 in verschiedenen Gegenden des preussischen Staates verzeichnet gefunden habe. — Ich verkenne nicht, dass hier immer ein Schluss post hoc ergo propter hoc gemacht wird, allein, meine Herren, wir sind ja nicht in der glücklichen Lage, in medicinischen Fragen immer mathematische Beweise führen zu können, am wenigsten in der Krankheits-Aetiologie, hier urtheilen wir über das causale Verhältniss aus der Zahl der Fälle, in welchen bestimmten Einflüssen bestimmte Wirkungen gefolgt sind und je grösser die Zahl dieser Fälle ist, um so mehr dürfen wir post hoc erga propter hoc schliessen. — Ueber den von Herrn Leyden angeführten Fall kann ich Ihnen Folgendes berichten[1]). In der Stadt Mühlhausen (Thüringen) sind in der Cholera-Epidemie des Jahres 1873 im Ganzen 9 Erkrankungen mit vier Todesfällen an Cholera vorgekommen, welche, mit Ausnahme eines Falles, sämmtlich die Bewohnerschaft eines Hauses betrafen. Das Haus war von 6 Familien bewohnt, welche 23 Personen zählten, davon im Erdgeschoss 3 Familien mit 11 Mitgliedern. Hinter dem Hause befand sich die Senkgrube eines Abtrittes, welcher nur von den im Erdgeschoss wohnenden Personen benutzt wurde, während für die Bewohner der oberen Stockwerke andere Aborte bestanden. — Der erste, am 26. August vorgekommene Cholerafall betraf eine Frau, welche einige Wochen zuvor aus St. Louis (Missouri, N.-Am.) über New-York, Hamburg und Bremen nach Mühlhausen gekommen war, jedoch erst Anfang August ihre aus Amerika mitgebrachten Effecten nachgeschickt erhalten hatte. Unter diesen befand sich schmutzige Wäsche, welche sie einer Reinigung unterwarf, und Süssigkeiten, von welchen sie selbst genoss und ihrer Schwester, bei der sie eingekehrt war, mittheilte. — Wenige Tage darnach erkrankte zuerst die Fremde, sodann die Schwester an Cholera, auch ihr Kind und ihre Grossmutter wurden von heftiger Diarrhoe befallen, und bald darnach kamen auch unter den andern, das Erdgeschoss bewohnenden Familien Erkrankungsfälle an Cholera vor, so dass von den

[1]) Ich theile diesen Fall, den ich dem amtlichen Sanitätsberichte des Herrn Medicinalraths des Regierungsbezirks Erfurt entnommen habe, etwas ausführlicher mit, als es in der Sitzung geschehen ist, da mir Einzelheiten desselben damals nicht ganz gegenwärtig waren. H.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

11 in dem Erdgeschosse lebenden Personen nur 2 gesund geblieben und 4 erlagen, während unter den Bewohnern der oberen Stockwerke, welche den Erkrankten Hülfe geleistet und bei welchen auch die erkrankte alte Frau und das Kind Aufnahme gefunden hatten, nicht ein Cholerafall vorgekommen ist. — Dass zur Zeit, als die Effekten aus St. Louis abgingen, eben dort und zwar gerade in dem Stadttheile, aus welchem dieselben kamen, die Cholera besonders stark geherrscht hat, ist sicher nachgewiesen. Das Auftreten der Cholera in jenem Hause in Mühlhausen, wo bis dahin kein Erkrankungsfall vorgekommen war, nach Eintreffen des Gepäckes, legt nach Ansicht des Herrn Berichterstatters die Vermuthung nahe, dass mit demselben das specifische Krankheitsgift eingeschleppt worden ist, während sich die weitere Verbreitung der Krankheit unter denjenigen Bewohnern des Erdgeschosses, welche mit den Effecten nicht in Berührung gekommen waren, aus Infection des den im Parterre gelegenen Wohnungen gemeinsamen Abtritts erklärt, in welchen die Dejectionen der zuerst erkrankten Frau geschüttet worden waren.

Herr Koch: Darf ich mir zunächst die Frage erlauben, welches die längste Zeit gewesen, binnen welcher in wohl constatirten Fällen durch Effecten die Ansteckung vermittelt wurde?

Herr Hirsch: Mit Sicherheit kann ich diese Frage nicht beantworten; wenigstens mögen 5—6 Tage, also Zeit genug zum Trockenwerden der Effecten, dazwischen gelegen haben.

Herr Koch: Ich dachte, es würde sich um eine Dauer von 4 bis 6 Wochen gehandelt haben.

Herr Hirsch: Keineswegs; ich lege auf den Fall in Mühlhausen kein Gewicht, da mir die Sache sehr dunkel erscheint; ich habe ihn nur mitgetheilt, weil Herr Leyden desselben gedacht hat.

Herr Koch: Der Mühlhauser Fall lässt sich nicht verwerthen, da es einen Ort betrifft, wo kurze Zeit vorher die Cholera herrschte. Ich halte übrigens sogar eine Zwischenzeit von 4—6 Wochen zwischen einem Cholerafall und dem Ausbruch einer Epidemie, welche durch Effecten vermittelt wurde, mit meinen Auffassungen noch durchaus vereinbar. Das ist noch kein Dauerzustand, der in einem solchen Falle vorliegen würde. Von Milzbrand besitze ich Material in getrocknetem Zustande, das nach 12 Jahren noch wirksam ist. Wir haben bei den Pocken Beispiele, dass Ansteckung nach 1 Jahr und länger erfolgte. Von der Vaccine wissen wir, dass sie sich mehrere Jahre im trocknen Zustande hält. Das nenne ich Dauerzustand. Zusammengepackte Wäsche kann nach einigen Wochen noch feucht sein und somit lebensfähige Kommabacillen enthalten. Wir haben, wie ich neulich noch besonders anführte, in den Reagensgläschen die Kommabacillen 6 Wochen und länger am Leben erhalten, sie hatten dennoch keinen Dauerzustand gebildet. Sobald man sie dann trocknete, starben sie sofort ab. Zu Gunsten meiner Annahme erinnere ich noch an das, was ich früher über die Schiffscholera erwähnte. Es ist doch sehr merkwürdig, dass auf gewöhnlichen Handelsschiffen, welche doch auch alle möglichen Dinge an Bord führen, die aus Choleragegenden kommen und also eigentlich den Infectionsstoff in der einen oder anderen Form enthalten müssten, niemals die Cholera anders als in den ersten Tagen nach der Abfahrt vorkommt. Bei den grossen Transportschiffen aber verhält sich die Sache ganz anders. Der Ausbruch der Krankheit fängt gewöhnlich auch schon bald nach Abgang des Schiffes an, zieht sich aber nachher lange hin, bis zu 2, 3, 4 Wochen und noch länger. Es ist doch auffallend, dass nur auf solchen Schiffen, die viele Menschen an Bord haben, der Infectionsstoff sich in einem solchen Dauerzustand befinden und nun immer nach und nach zur Wirkung kommen sollte. Weswegen kommt das nicht auch einmal auf einem Kauffahrer vor, oder auf solchen Schiffen, auf denen nur wenige Menschen sind, die nicht so dicht zusammengedrängt sind? Dies ist meiner Meinung nach eins der schlagendsten Beispiele dafür, dass für gewöhnlich der Infectionsstoff ausserordentlich rasch abstirbt und dass er nur in den Menschen selbst sich erhält durch fortlaufende Ansteckung, welche gerade in diesen aussergewöhnlichen Verhältnissen durch das so enge Zusammenleben der Menschen ermöglicht ist. Man hat bei allen Epidemien, die auf grössere Strecken hin über See verschleppt sind, immer nur die Menschen in Verdacht ziehen können. Die Angaben, die hin und wieder wohl über die Verschleppung durch Waaren oder Effecten von Reisenden gemacht sind, haben sich nachher als unsichere herausgestellt. Also ich glaube, dass auch schon aus allen diesen Thatsachen, die wir der Erfahrung entnehmen, die Richtigkeit dieser Sätze erwiesen wird.

Herr Virchow: Ich darf noch einmal hervorheben, dass, botanisch betrachtet, es sich bei dem Suchen nach einem Dauerzustande darum handeln würde, ob irgend eine Form von Vegetation eintreten kann, vermöge deren neue Elemente entstehen, welche im Stande sind, während einer sehr langen Zeit sich lebensfähig zu erhalten. Vorläufig lassen alle diese Fälle, soweit wir sie übersehen, sich durch das Leben derjenigen Elemente erklären, welche bis jetzt bekannt sind. Somit bedarf es keiner neuen. Wenn jedoch nachgewiesen würde, dass in der That analog dem Milzbrande sich Cholerastoffe Jahre lang halten, so würde es eben einer neuen Vegetationsform bedürfen, die bis jetzt nicht gefunden ist und die, wie uns Herr Koch glaubhaft auseinandersetzt, in der That auch nicht erwartet werden darf.

Herr Hirsch: Ich will auf eine von Herrn Koch in der vorigen Sitzung mitgetheilte Thatsache noch einmal zurückkommen. — Sie (zu Herrn Koch) halten die Lebensdauer des Cholera-Bacillus in feuchtem Zustande für eine unbegrenzte oder wenigstens zeitlich nicht sehr eng begrenzte. Ich halte es daher wohl für möglich, dass an einem Orte, an welchem die Cholera epidemisch geherrscht hat, der Bacillus sich zu einer Zeit, wo anderweitige Verhältnisse seiner Reproduction nicht günstig sind, in feuchtem Boden oder in einem andern feuchten Zustande erhalten, mit dem Eintritte günstiger Verhältnisse sich reproduciren und somit zu einem neuen epidemischen Ausbruche der Krankheit Veranlassung geben kann. Es würde sich hier also nicht um eine Metamorphose oder um die Bildung von Dauersporen, sondern lediglich um einen latenten Zustand des Krankheitsgiftes handeln. Ich halte diese Vermuthung für um so mehr berechtigt, als Sie selbst anerkannt haben, dass feuchter Boden für die Existenz und Vegetation des Bacillus besonders günstig ist, und andererseits Erfahrungen vorliegen, wie u. A. die von mir selbst in den Jahren 1848 und 1849 in Danzig gemachten, welche es im höchsten Grade wahrscheinlich machen, dass die Cholera an einem Orte, an welchem sie epidemisch geherrscht hatte und mit Eintritt kalter Jahreszeit erloschen war, im folgenden Jahre von Neuem auftrat, ohne dass man auch nur entfernt an eine neue Einschleppung des Krankheitsgiftes denken konnte.

Herr Koch: Ein Dauerzustand, wie wir ihn von anderen Bakterien kennen, würde das niemals sein, und diese Frage würde also nicht zur Erörterung dieses Satzes gehören. Es würde eigentlich eine ganz neue Frage aufzustellen und als solche zu discutiren sein, wenn nicht mit dem Ausdruck „Dauerzustand“ Verwirrung angerichtet werden soll. Aber ich muss gestehen, dass diese Frage der vollen Erwägung werth ist. Nachdem ich gesehen habe, dass die Kommabacillen eine sehr niedrige Temperatur ertragen können, und da ich weiss, dass sie abgetrennt vom menschlichen Köper existiren können, z. B. auf Kartoffeln, oder dass sie im Reagenzglas mit Gelatine oder auf Wäsche eine Zeit lang ihr Dasein fristen können, halte ich es wohl für möglich, dass etwas Derartiges vorkommen kann, und dass sich die Kommabacillen durch ein verlangsamtes Wachsthum unter beschränkenden Verhältnissen eine Zeit lang an geeigneten Stellen im Boden oder sonstwo zu halten vermögen, ohne dass sie Gelegenheit zur Infection finden. Möglich ist das auf jeden Fall, aber es fehlt mir darüber an Erfahrung, und ich kann mich nicht bestimmt darüber aussprechen. Man müsste dazu in solchen Orten, aus denen die Cholera verschwunden ist, noch eine Zeit lang Boden und Wasser und alles das, was möglicherweise noch Infectionsstoffe enthalten könnte, gründlich untersuchen. Das ist eine Frage, deren Lösung der Zukunft angehört, die aber jedenfalls sehr wichtig ist. In Calcutta konnten solche Untersuchungen selbstverständlich nicht gemacht werden, weil die Cholera dort keine Pausen macht. Erst bei einer Epidemie in Europa kann diese Frage gelöst werden, und ich glaube, dass es sehr zweckmässig ist, sie in Anregung zu bringen. Es werden sich auf diesem Wege ganz gewiss manche der von Pettenkofer gefundenen Thatsachen leichter als bisher erklären lassen.

Herr Hirsch: Ist unter den hier aufgestellten Fragen auch die Beziehung des Krankheitsgiftes, also des Bacillus, zu Temperaturverhältnissen mit in Betracht gezogen?

Herr Koch: Das ist hier nicht in Betracht gezogen.

Herr Virchow: Aber wir haben darüber Mittheilungen gehabt. Es kommt ja immer noch eine andere Frage in Betracht: wie weit sich die Infection unter den Menschen durch blosse Choleradiarrhöe fortsetzt, eine Frage, die bisher am allerwenigsten Gegenstand der Untersuchung werden konnte. Die Annahme der Choleradiarrhöe war ja bisher nur ein Aushilfsmittel; von jetzt an wird sie ein Mittel der wirklichen Untersuchungen werden können, und es wird sich zeigen, ob ohne ausgemachte Symptomatologie die Choleradiarrhöe die Cholera längere Zeit erhalten kann. Aber ich meine, wir werden wohl heute darüber nichts ausmachen.

Der nunmehr zur Verhandlung gelangende Punkt 10 lautet:

Kann der Infectionsstoff auf anderen Wegen als durch den Verdauungscanal in den Körper gelangen?

Herr Koch: Ich habe diese Frage hauptsächlich deswegen zur Discussion vorgeschlagen, weil Pettenkofer der Ansicht ist, der Infectionsstoff könne auch durch Athmung und durch die Lungen in den Körper eindringen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herr Virchow: Nicht „auch", sondern nur; er scheidet jede andere Form aus.

Herr Koch: Weil dies von so gewichtiger Seite ausgesprochen ist, wäre es doch sehr wünschenswerth, über diese Frage zu discutiren.

Herr B. Fränkel: Ich möchte mir die Frage erlauben, ob die Bejahung der Frage 10 die Infection durch die Luft ausschliessen soll?

Herr Virchow: Sie schliesst sie nicht absolut aus, es wäre ja denkbar, dass der Infectionsstoff durch das Athmen in den Mund und von da in den Magen gebracht wird.

Herr Koch: Ich glaube bei meinen Mittheilungen neulich schon darauf hingewiesen zu haben, dass ich mir doch Verhältnisse denken kann, unter denen der Infectionsstoff auch einmal durch die Luft übertragen wird. Das kommt aber nur ausnahmsweise vor, und die Verschleppung kann dann auch nur auf sehr kurze Distanzen vor sich gehen. Man kann es deshalb immer noch als Regel gelten lassen, dass durch die Luft eine Verschleppung nicht stattfindet. Eine Ausnahme von dieser Regel kann beispielsweise unter folgenden Verhältnissen zu Stande kommen. In Alexandrien münden in den neuen Hafen die Kloaken ein. Der Inhalt dieser Kloaken mischt sich mit dem Meerwasser, welches nahe am Strande dem entsprechend schmutzig aussieht. Wenn man sich nun an diesem Strande aufhält, dann kann man sehr bald bemerken, dass fortwährend ein Theil von diesem verunreinigten Seewasser durch die Brandung zerstäubt wird. Wie reichlich die Verstäubung ist, mögen Sie daraus entnehmen, dass ich nach ungefähr 5 Minuten das verstäubte Seewasser von den Brillengläsern abwischen musste, weil ich am Sehen behindert war. Da kann ich mir wohl denken, dass, wenn durch die Kloaken irgend ein Infectionsstoff, z. B. Choleradejectionen an den Strand gespült und da fortwährend verstäubt wird, derselbe den Anwohnern durch den Luftstrom zugeführt werden kann. Mag sich nun der Infectionsstoff auf Nahrungsmittel niederschlagen, oder mag er eingeathmet werden, so kann er immer in die Verdauungsorgane gelangen. Das ist allerdings der einzige, mir bis jetzt bekannte Fall, in dem ich überzeugt bin, dass der Infectionsstoff durch die Luft verschleppt werden kann. Ich will noch erwähnen, dass gerade in den Häusern am neuen Hafen von Alexandrien, welche in der Nähe der Kloakenausmündung stehen, eine Anzahl von Cholerafällen vorgekommen ist.

Herr Leyden: Ich möchte mich auch dahin aussprechen, dass unter Umständen eine Ansteckung durch die Luft übertragen werden kann, aber nur in unmittelbarer Nähe des Cholerakranken, und ich möchte, um das zu beweisen, daran erinnern, dass verhältnissmässig häufig, wenigstens soweit meine Beobachtungen reichen, die Leichenträger erkranken, und dass ich auch wiederholt gesehen habe, dass unmittelbar nach dem Leichenbegängniss eines Cholerakranken dieser oder jener aus dem Gefolge erkrankt ist. Wenn es ja natürlich nun auch möglich ist, dass diese Leute sich auf andere Weise angesteckt haben, so glaube ich doch, dass die verhältnissmässige Reichlichkeit dieser Erfahrung darauf gedeutet werden kann, dass die unmittelbare Atmosphäre der Cholerakranken in der That Infectionsstoffe enthält. Damit ist natürlich nicht gesagt, dass dieselben durch die Athmungsorgane wirken. Sie können ja eben so gut durch den Mund aufgenommen und in den Verdauungskanal gekommen sein.

Herr Skrzeczka: Es würde ja doch ebenso möglich sein, dass in trocknen Zeiten durch die Luft, d. h. durch den Staub in der Luft, der in ganz analoger Weise in den Mund gelangt, die Infection vom Darm aus erfolgen könnte, z. B. von Rinnsteinen aus, in welche Waterclosets einmünden, die wenig Wasser haben und gelegentlich trocken liegen. Es könnte ja möglich sein, dass sie erst kürzlich eingetrocknet sind, so dass die Stoffe vom Winde fortgetragen werden könnten, ohne dass ihnen anhaftende oder in sie eingeschlossene Keime nothwendig ertödtet sein müssten. Da würde doch ähnlich wie bei dem verstäubten Meerwasser die Möglichkeit der Infection auf diesem Wege zuzugestehen sein.

Herr Eulenberg: Was die Ansteckung durch gesunde Menschen betrifft, so erlaube ich mir, eines Falles zu gedenken, den ich in Bromberg erlebt habe. Der dortige Pfarrer hatte in seiner amtlichen Thätigkeit viele Cholerakranke besucht, war aber stets gesund geblieben. Dagegen erkrankte seine Frau in der ersten Zeit der Epidemie und starb an den Folgen der Cholera, obgleich sie weder mit einem Cholerakranken, noch mit irgend einem Gegenstande, der einem Cholerakranken angehört hatte, in Berührung gekommen war.

Herr Koch: Zunächst möchte ich zu dem, was Herr Leyden gesagt hat, bemerken, dass es doch auffallend ist, wenn nur die Leichenträger und das Leichengefolge erkrankten, während wir doch wissen, dass gerade Krankenwärter und Aerzte, die doch in viel innigere Berührung mit dem Kranken und mit staubförmigen Abgängen desselben kommen, lange nicht in der Weise leiden, wie gerade die beim Begräbniss betheiligten Menschen.

Herr Leyden: Mit den Krankenwärtern ist das wohl nicht ganz richtig, denn in der Danziger Epidemie von 1866 sind eine ganze Menge derselben erkrankt und gestorben. Die Aerzte sind ja bei Weitem nicht so viel und so lange Zeit bei den Kranken beschäftigt.

Herr Koch: Es kommen auch in Krankenhäusern Choleraepidemien vor, aber im Grossen und Ganzen kann man sagen, dass Krankenwärter und Aerzte nicht viel häufiger erkranken als andere Menschen. Sie sind gewöhnt, sich zu reinigen und zu waschen, nur gegen den Staub würden sie sich nicht schützen können, während die Leichenträger und das Leichengefolge in sofern immer einer besonderen Gefahr sich aussetzen müssen, als sie in das Sterbehaus hineingehen und dort meistens etwas geniessen. Sie kommen da nicht blos mit staubförmigen Dingen in Berührung, und eine Infection derselben kann auf vielfache andere Weise zu Stande kommen.

Dann wissen wir doch — wenn ich nicht irre, hat Herr Hirsch darüber in seiner Beschreibung der Epidemie vom Jahre 1872 berichtet — dass diejenigen Menschen, welche die Leichen von Flössern transportirt hatten, die Cholera bekamen. Das kann aber kaum durch staubförmige Bestandtheile gekommen sein. Höchst wahrscheinlich haben sich die Leute die Hände beschmutzt und nachher mit den beschmutzten Händen gegessen. Ich glaube, dass bei den Leichenträgern immer noch die Erklärung der unmittelbaren Uebertragung durch Nahrungsmittel oder durch beschmutzte Hände viel näher liegt als durch Staub. Wenn der Staub inficirend wäre, müssten ja ähnlich wie bei einer anderen Kategorie von Infectionskrankheiten z. B. exanthematischem Typhus oder Masern, Scharlach eine viel grössere Anzahl unmittelbarer Ansteckungen bekannt sein.

Herr Leyden: Durch Staub meine ich auch nicht. Aber ich sehe auch keine Schwierigkeit darin, anzunehmen, dass, wenn eine starke Verdunstung stattfindet, Keime des Infectionsstoffes in der Atmosphäre suspendirt sein können.

Herr Koch: Dem muss ich allerdings widersprechen. Alle Erfahrungen, die wir über Infectionsstoffe und über Mikroorganismen besitzen, sprechen dagegen. Ohne dass die Flüssigkeit zerstäubt wird oder dass Blasenbildung stattfindet, können die Bakterien sich nicht aus einer solchen Flüssigkeit erheben. Die Flüssigkeit muss erst eintrocknen, die eingetrocknete Masse muss in Staubform gebracht und dann durch den Luftstrom fortgeführt werden. Wäre der Infectionsstoff in getrocknetem Zustande haltbar, dann müsste bei den grossen Mengen von Choleradejectionen, welche auf Kleidern, Betten u. s. w. trocknen und fortwährend staubförmig in die Luft gelangen, von den Kranken viel häufiger eine directe Ansteckung z. B. in demselben Zimmer, in demselben Krankensaale vorkommen. Was schliesslich noch die Einschleppung durch Gesunde betrifft, so wird von einer solchen sehr selten berichtet. Es ist wahrscheinlich, dass irgend welche andere Dinge dabei im Spiel gewesen sind, z. B. dass Jemand Esswaaren oder sonst etwas mitgebracht und seinen Angehörigen gegeben hat, oder dass der scheinbar Gesunde doch einen ganz leichten Choleraanfall gehabt hat, der unbemerkt geblieben ist.

Herr Leyden: Ich kann noch von einem analogen Fall berichten, wo ein junges Mädchen in ein anderes Haus ging, um für eine an der Cholera gestorbene Frau, ein Leichenkleid zu machen. Sie selbst blieb gesund, aber ihre Mutter, die gar nicht mit Cholerakranken in Berührung gekommen war, erkrankte und starb an der Cholera.

Herr Koch: Betreff der Verschleppung durch Gesunde möchte ich noch hervorheben, dass es sich doch hier um eine ganz andere Art und Weise der Verschleppung durch gesunde Menschen handelt, als Pettenkofer annimmt. Nach Pettenkofer hängt sich der aus dem Boden stammende, in der Luft vertheilte Infectionsstoff einem Menschen an, er haftet an ihm und an seinen Kleidern und kann auf grosse Entfernungen hin verschleppt werden. Das Beispiel, welches Herr Leyden anführt, ist ein ganz anderes und stimmt mehr mit dem, was ich annehme. In solcher Weise kann auch einmal der Gesunde Träger des Infectionsstoffes werden, doch wird das nur höchst selten vorkommen und die Verschleppung kann nur auf sehr geringe Entfernungen geschehen. Es ist also auch nicht daran zu denken, dass die Cholera möglicherweise durch den Seeverkehr auf diese Art zu uns gebracht werden kann.

Es folgt Punkt 6:

Wird der Infectionsstoff im Menschen reproducirt oder geschieht dies unabhängig vom Menschen im Boden und dient alsdann der Mensch (Thier etc.) nur als Träger?

Herr Virchow: Ich möchte mir hier gleich eine Frage an den Herrn Vortragenden erlauben. Es ist mir nämlich das Eine etwas zweifelhaft: Wenn dieser Organismus ein wesentlich aërober ist, ist dann der menschliche Darm ein besonders günstiger Platz für seine Entwicklung?

Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Herr Koch: Ja, diese Frage habe ich mir auch schon vorgelegt. Aber es muss doch freier Sauerstoff im Darm zur Verfügung stehen oder es müssen wenigstens solche Verbindungen vorhanden sein, welche dem Bacillus den Sauerstoff liefern. Wir sehen die Bacillen lebend in grossen Massen im Darm und sehen andererseits, dass, wenn wir ihnen ausserhalb des Körpers die Luft entziehen, sie dann sofort aufhören zu wachsen. Ich folgere daraus, dass die Bakterien im Darm in irgend einer Weise Sauerstoff finden müssen. Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass im Darm noch eine ganze Anzahl anderer Bakterien vorkommen, die auch bei Luftabschluss nicht wachsen. Auch das Oidium lactis, welches Sauerstoff zu seiner Entwicklung bedarf, kommt bisweilen im Darm sehr reichlich vor.

Herr Leyden: Ich möchte daran erinnern, dass doch jedenfalls Transsudationen in den Darm stattfinden, die aus dem Blute Sauerstoff mitnehmen.

Herr v. Bergmann: Soviel mir bekannt, steht es fest, dass auch Sauerstoff, suspendirt in atmosphärischer Luft, im Darmlumen vorkommt.

Herr Virchow: Wo soll derselbe denn herkommen? (Zuruf: Durch Verschlucken). Das ist wohl etwas schwierig.

Herr Koch: Vielleicht könnten die Kohlenhydrate einen Ersatz liefern.

Herr Bardeleben: Es sind darüber wohl auch noch keine Versuche gemacht, ob es durchaus Sauerstoff sein muss; möglicherweise ist es Wasserstoff.

Herr Koch: Bislang wissen wir nur, dass die Bacillen bei Entziehung des Sauerstoffs nicht wachsen und ebenso nicht in Kohlensäure-Atmosphäre.

Herr Virchow: Ich habe das nur anregen wollen, da ja wahrscheinlich dieser Punkt in der weiteren Discussion nicht ganz ohne Bedeutung sein wird. Wichtiger ist die andere Frage, welche sich auf den Boden bezieht, inwieweit also die Infectionsstoffe im Boden reproducirt werden und der Mensch nur als Träger dient. Die Gegensätze sind hier ein wenig scharf gegeneinander gestellt. Es würde ja denkbar sein, dass Beides vorkommt, sowohl die Reproduction im Menschen als auch die im Boden. Was den Boden betrifft, so ist durch die Beobachtungen des Herrn Koch wenigstens die Möglichkeit einer Züchtung auf feuchter Erde nachgewiesen worden. Es würde also möglicherweise Beides zugestanden werden müssen.

Herr Hirsch: Ich halte diese Frage doch für ganz eminent wichtig in Bezug auf die Verunreinigung des Bodens.

Herr Koch: Das wird sich nicht eher entscheiden lassen, als bis cholerainficirte Localitäten untersucht werden können.

Herr B. Fränkel: Meinem Gefühle nach wäre es wünschenswerth, wenn eine Fassung gefunden würde, wodurch unsere Stellung zur Bodentheorie deutlicher würde. Ich glaube, dass in diesem Kreise Niemand ist, der stricte die Pettenkofer'sche Theorie vertritt. Wir wollen nicht ausschliessen, dass unter Umständen auch einmal der Cholerakeim im Boden reproducirt werden kann. Gewöhnlich geschieht dies aber im menschlichen Darm.

Herr Virchow: Das bezieht sich mehr auf einen anderen Punkt. Wir bekommen das noch unter No. 4, bei der Luft.

Herr Fränkel: Hier ist aber gerade von der Reproduction im Boden die Rede.

Herr Virchow: Ich möchte aber bemerken, dass Pettenkofer nicht blos den Boden braucht, sondern auch die Luft, insofern er ja leugnet, dass vom Boden aus wirksame Keime ins Trinkwasser kommen. Er verlangt, dass sie immer durch die Luft kommen. Indess das ist eigentlich schon discutirt und braucht nicht nochmals erörtert zu werden. Dagegen scheint mir die Möglichkeit, dass im Boden eine Vermehrung stattfindet, direct aus dem zu folgen, was wir erfahren haben.

Herr Koch: Daraus, dass man diesen Satz theilweise bejahen kann, ergiebt sich am Besten, dass doch noch eine Einigung über die verschiedenen auseinandergehenden Meinungen zu erzielen sein wird.

Herr Hirsch: Ich glaube das nicht. Herr Pettenkofer legt ja, soweit es sich um das eigentliche Choleragift handelt, auf den Boden gar kein Gewicht. Er nimmt an, dass sich in dem Boden ein gewisses Etwas, ein y entwickelt, welches mit dem Choleragifte, dem x, innerhalb oder ausserhalb des Individuums in Verbindung tritt, und dass eben dieses x erst dann wirksam werde. Die Entwicklung jenes y aber erfolge in einem zuvor durchfeuchteten und sodann mit Sinken des Grundwassers trocken gelegten und der Luft zugängigen Boden unter gleichzeitiger Einwirkung höherer Temperatur auf denselben.

Herr Virchow: Ich glaube aber, es ist doch festgestellt, was einzig und allein möglich ist. In welcher Ausdehnung das vorkommt und wann der Boden wirklich inficirt wird, das können wir im Augenblick nicht bestimmen; das wird erst durch die Erfahrung ermittelt werden können. Darum lässt sich darüber im Augenblick noch gar kein Urtheil aussprechen.

Herr Wolffhügel: M. H.! Ich für mein Theil halte die Stellungnahme hier nicht für nöthig. Mir erscheinen einige Punkte, die gerade bei Erledigung der These 6 in Betracht kommen, noch wenig spruchreif. Wir müssen Herrn Koch dankbar dafür sein, dass er uns durch die von ihm neu erschlossene Richtung der Forschung erst in den Stand gesetzt hat, auf experimentellem Wege den Prüfstein an die verschiedenen Hypothesen und die Fundirung derselben anzulegen. Was aber speciell die Fragen anlangt, ob der Infectionsstoff im Boden reproducirt werde, in welcher Beziehung zu ihm der Boden stehe, ob der Boden dazu verunreinigt oder wie und in welchem Grade die Verunreinigung beschaffen sein müsse, das sind Dinge, die für uns vorerst wegen Mangels experimenteller Erfahrungen noch sehr schwierig zu beurtheilen sind, nachdem wir u. A. aus dem Vortrage des Herrn Koch erfahren haben, dass der Cholerabacillus recht empfindlich ist gegenüber seinem Nährsubstrat, dass er eine gewisse Concentration der Nährstoffe verlangt und sich auch wenig widerstandsfähig erweist im Kampfe ums Dasein mit andern Mikroorganismen. Wir haben dann weiter aus den Darlegungen des Herrn Koch vernommen, dass im Trinkwasser endlich einmal der Infectionsstoff der Cholera nachgewiesen worden ist, und wissen jetzt, dass wir in Zukunft bei der Wasseranalyse, wenn es gilt, ätiologische Beziehungen festzustellen, nach bestimmten, wohl charakterisirten Mikroorganismen zu suchen haben. Bei den Erörterungen über den Trinkwassereinfluss ist bisher oft auf beiden Seiten gefehlt worden, insofern die Einen das Trinkwasser für inficirt erklärt haben, wenn es nach chemischen Begriffen verunreinigt war, während die Andern dasselbe als frei von Infectionsstoffen ansahen, wenn es nach Maassgabe des chemischen Befundes nicht verunreinigt zu sein schien. Ich habe in den letzten Jahren schon wiederholt klar zu machen versucht, dass man damit in der Aetiologie nicht weiter kommt, wenn nicht zugleich auf bestimmte Infectionserreger untersucht und deren Wesen festgestellt wird. Allerdings ist ja bei dem ersten und vorerst einzigen Fall, in welchem zu Calcutta der auf den Menschen pathogen wirkende, specifische Mikroorganismus im Wasser aufgefunden worden ist, auch noch nicht zur vollen Gewissheit der Nachweis geliefert, ob die Infection durch den Genuss oder Gebrauch des Tank-Wassers erfolgt ist, oder ob erst später die Mikrophyten in dasselbe hineingekommen sind. Für mich genügt aber der Fall, um zu sagen: Jetzt ist es an der Zeit, an alle Theorien, wie sie da bestehen, den Prüfstein anzulegen; wir haben dazu nunmehr die Mittel in Händen.

Ich bin gegenüber Pettenkofer's Anschauungen der festen Ueberzeugung, dass das, was er durch seine Forschungen als thatsächliche Grundlagen zu seiner Bodentheorie gefunden hat, Thatsachen für uns Alle werden bleiben können. Die Deutung dieser Thatsachen wird sich vielleicht über kurz oder lang in dem einen oder anderen Punkte ändern. Ich glaube also, dass wir nach den Erklärungen, die Herr Koch gegeben hat, und zwar nach der von ihm anerkannten Möglichkeit, dass der Infectionsstoff im Boden weiter gedeiht, vor allen Dingen aber nach der bezüglich der These 8 gegebenen Erläuterung, dass man den Dauerzustand nicht mit der engbegrenzten Auffassung als eine Dauersporenbildung, sondern auch als eine Art des Weiterbestehens der Entwickelungsfähigkeit des Cholerabacillus bei gehemmter Fortpflanzung sich vorstellen darf, ja schon zugeben müssen, dass der Boden eine Rolle in der Entstehung und Verbreitung der Cholera mitspielen kann. Vor allen Dingen können wir mit den Forschungsergebnissen der Choleraexpedition vor der Hand doch nicht darüber hinwegkommen, dass die Verbreitung der Cholera von gewissen localen Verhältnissen abhängt und dass es eine örtliche Disposition wie eine örtliche Immunität giebt.

Herr B. Fränkel: Ich wollte nur einem Missverständniss dieser Fassung vorbeugen. Es ist augenscheinlich, dass diese These 6 von Herrn Koch aufgestellt ist, um die Contagionstheorie gegenüber der Theorie der localen Propagation durch den Boden zu präcisiren. Nun haben wir eine doppelte Antwort gegeben. Einmal nehmen wir die Contagion und zweitens auch die Möglichkeit der Infection des Bodens an. Ich wollte verhindern, dass durch die Bejahung beider durch ein „oder“ getrennter Sätze ein Missverständniss hervorgerufen würde. Ich glaube, dass wir Alle eine vom Boden unabhängige Contagion durch den Menschen annehmen. Das war es, was ich aussprechen wollte.

Punkt 5:

Ist eine directe Uebertragung möglich oder muss der Infectionsstoff eine Art Reifung oder Generationswechsel im Boden oder sonstwo durchmachen?

Herr Virchow: Ich denke, wir können darüber wohl nichts weiter sagen, als dass nach dem, was wir gehört haben, in der That kein Anhalt vorliegt, eine solche Hypothese zuzulassen, nämlich dass noch eine besondere Reifung oder ein Generationswechsel stattfinden muss. Immerhin bleibt die weitere Untersuchung offen, aber ich kann viel-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

leicht constatiren, dass nach dem, was wir erfahren haben, eine solche Annahme eine etwas willkürliche sein würde.

Herr Koch: Das bezieht sich nicht allein auf den Boden, sondern es ist auch behauptet, dass der Infectionsstoff selbst in der Cholerawäsche einer besonderen Reifung bedürfe, weil die Wäsche in ganz frischem Zustande nicht infectionsfähig sei. Diese Annahme stützt sich hauptsächlich auf die Versuche von Thiersch, und darüber hätte ich sehr gern ein Urtheil gehört, in wie weit das begründet ist. Ich glaube, dass die Wäsche schon unmittelbar nach der Beschmutzung ansteckend ist. Ist vielleicht irgendwie ein Beispiel bekannt, aus dem man schliessen könnte, dass erst eine Art Reifung und Umwandlung des Infectionsstoffes nöthig gewesen wäre? Mir ist nichts bekannt.

Herr Virchow: Nachdem das Hauptresultat der Versuche von Thiersch, nämlich dass weisse Mäuse durch einen Stoff, der aus der Zersetzung der Choleradejectionen hervorgegangen sein sollte, die Cholera bekommen, hinfällig geworden ist, so fällt damit auch die Grundlage zu dieser Vermuthung weg. Da wir übrigens nur einen einzigen Zustand des Bacillus kennen, der sich regelmässig fortsetzt und höchstens sich zu einer grösseren oder geringeren Vollkommenheit entwickelt, so würde es gänzlich arbiträr sein, einen neuen Zustand zu supponiren, der sich erst dazwischen schieben müsste.

Die Discussion über die Punkte 2, 3 und 4 wird vereinigt: Dieselben lauten:

2. Wird der Infectionsstoff nur durch den menschlichen Verkehr verschleppt?

3. Welches sind die Träger des Infectionsstoffes im Fernverkehr: Schiffe, Waaren, Briefe, gesunde Menschen, inficirte Menschen?

4. Welches sind die Träger des Infectionsstoffes im Nahverkehr: Choleraleichen, Choleraeffecten, Wäsche, Nahrungsmittel, Trink- und Gebrauchswasser, Luft, Insekten?

Herr Skrzeczka: Diese 3 Fragen hängen ganz eng mit einer practisch recht wichtigen Frage zusammen, nämlich der wegen der Bedeutung des Verkehrs mit Lumpen und gebrauchten Kleidern, und da muss ich sagen, dass es mir gerade vom Standpunkt des Herrn Koch aus doch nicht unmöglich erscheint, dass durch Lumpen und gebrauchte Kleider eine Verschleppung stattfinden kann. Es ist zwar nachgewiesen, dass durch Trocknung innerhalb einer gewissen nicht langen Zeit die fernere Entwickelung und Vermehrungsfähigkeit des Bacillus aufgehoben wird. Es ist aber meines Erachtens vorläufig noch nicht sehr sichergestellt, was unter diesem trockenen Zustand zu verstehen ist, ob also eine feuchte und eine kalte Luft z. B. ausreichend ist, in derselben Weise diese Trocknung hervorzubringen, welche die Vermehrungsunfähigkeit bedingt, als wie eine warme und trockene Luft; wie die specielleren Verhältnisse, für eine genügende Austrocknung zu gestalten sind, und es scheint mir daher gar nicht unmöglich, dass gebrauchte Kleider und Lumpen sich auch längere Zeit unter Verhältnissen befinden, welche die weitere Vegetation oder wenigstens das Fortbestehen des Bacillus in einen vermehrungsfähigen Zustand ermöglichen, sodass man blos deshalb, weil eine gewisse Zeit seit der Benutzung verflossen ist, eine Sicherheit nicht gewinnen kann, dass nun jener trockene Zustand wirklich eingetreten ist und genügend lange angehalten hat, um die Vermehrungsfähigkeit auszuschliessen. Wir kommen da auf einen Punkt zurück, der erst schon angeregt war. Herr College Koch hat schon selbst gesagt, er halte es für möglich, dass Sachen feucht so verpackt werden, dass sie doch auf recht lange Zeit den Bacillus im Vermehrungszustand in sich erhalten können, und da scheint es mir denn doch practisch wichtig, dass nicht nur diese Möglichkeit der Verschleppung der Cholera durch gebrauchte Kleidungsstücke und Wäsche festgehalten wird, sondern auch die der Verschleppung durch Lumpen. Mir ist ja sehr wohl bekannt, dass man die Lumpen in grossen Collis mit der Bahn befördert und dass sie alle möglichen Phasen vorher erst durchmachen müssen, aber es scheint mir nicht die Garantie gegeben zu sein, dass die vorgängige Behandlung der Lumpen immer eine solche ist, um sicherzustellen, dass ein genügender Trockenzustand längere Zeit angehalten hat. Wenn ich denke, dass die gesammelten Lumpen in feuchtem Zustande aufbewahrt werden können, bis sie zu grossen Massen sich angesammelt haben, in Detailgeschäften, die sich in feuchten Kellern befinden, dass auf diese Weise das Substrat, auf dem die Choleradejectionen haften, immer noch ein solches ist, dass es der weiteren Entwickelung oder dem Fortbestehen in entwickelungsfähigem Zustande Vorschub leistet, dass dann die Sachen nachher möglicherweise in kurzer Zeit in grosse Collis gepackt werden, derart, dass die Feuchtigkeit, die vielleicht noch in den Lumpen vorhanden ist, auch conservirt wird — denn gerade bei dem festen Verpacken, bei der Abgeschlossenheit von der Luft wird sich die Feuchtigkeit länger halten, als es sonst der Fall wäre — da scheint mir die Möglichkeit nicht ausgeschlossen zu sein, dass, abgesehen von gebrauchter Wäsche und gebrauchten Kleidern, unter Umständen auch Lumpen, die mit der Eisenbahn in grösseren Packen ankommen, eine Verschleppung vermitteln können.

Herr Virchow: Ich möchte sagen: Lumpen sind ja kein eigentlich technischer Begriff, ebenso wenig wie Schmutz, es können also gerade erhebliche Bestandtheile von alten Kleidungsstücken zu Lumpen werden, und wenn z. B. die sehr schlechten Hosen oder sonstigen Kleidungsstücke eines armen Mannes, der an der Cholera gestorben ist, mit in die Lumpen geworfen werden, so ist die Möglichkeit wenigstens gerade so gegeben, wie wenn die Wäsche selbst in die Lumpen käme. Nebenbei ist die Wäsche bei den Lumpen garnicht ausgeschlossen; es giebt ja vielerlei Lumpen, die aus Wäsche hervorgehen.

Also ich glaube, die Sache hat doch insofern eine erhebliche Wichtigkeit, als, wenn überhaupt auf diesem Wege eine Verschleppung stattfindet, sie in einer gewissen Concentration erfolgt, und da wir ja doch selten in der Lage sind, den Lumpenhandel gleichzeitig auf allen Grenzen auszuschliessen, wenn auch auf der einen oder anderen Grenze, so glaube ich, dass die Industrie im Lande dadurch nicht so unterbrochen würde, dass sie sich nicht aushelfen könnte.

Herr Koch: Ich kann mich dem gegenüber nur darauf berufen, dass das in der Praxis überhaupt noch nicht vorgekommen ist, bis auf den Fall, den ich Ihnen heute schon angeführt habe, der mir sehr fraglich zu sein scheint. Es müsste doch, da man früher meines Wissens garnicht so grossen Werth auf die Unterdrückung des Lumpenhandels in Cholerazeiten gelegt hat, öfter vorgekommen sein. Die Frage der Möglichkeit der Infection durch Lumpen ist auf den Choleracongressen in Wien und in Constantinopel angeregt, und Niemand hat ein Beispiel anführen können, dass durch Lumpen z. B. bei der Bearbeitung derselben in Papierfabriken oder sonstwo einmal die Cholera entstanden sei. Daraus möchte ich doch schliessen, dass die Behandlung und Verarbeitung der Lumpen eine derartige sein muss, dass der Cholerainfectionsstoff zu Grunde geht. Dieser Frage ist übrigens garnicht so grosse Bedeutung beizumessen. Was soll es uns viel nützen, wenn wir den Lumpenhandel unterdrücken, während wir cholerakranke Menschen über unsere Grenzen kommen lassen müssen. Die Möglichkeit, dass durch Lumpen der Infectionsstoff übertragen wird, kann nach den jetzigen Erfahrungen nur eine unendlich geringe sein, während die Möglichkeit, dass uns die Cholera durch scheinbar gesunde Menschen ins Land gebracht wird, eine ungemein grössere ist, und die können wir nicht abwehren.

Herr Wolffhügel: Hier in Berlin werden in die Müllkästen doch alle möglichen Dinge, so auch mitunter werthlos gewordene Stücke der Wäsche von Kranken und Verstorbenen geworfen. Dann kommen die Lumpensammler, holen die Sachen mit ihren eisernen Haken heraus und tragen sie weiter nach den Sammelstellen. Dass auf diese Weise eine Verschleppung des Infectionsstoffes innerhalb der Stadt bewirkt werden kann, erscheint mir ganz plausibel. Allerdings weiss auch ich keinen Fall anzuführen, in welchem durch einen derartigen Vorgang die Cholera thatsächlich verbreitet worden ist. Nichtsdestoweniger könnte man meines Erachtens doch das Augenmerk auf diese Möglichkeit einer Verschleppung richten.

Herr Virchow: Es hat verschiedene Fälle gegeben, in denen Lumpen angeschuldigt sind. Selbst bei der Schiffsepidemie auf dem Franklin hat man behauptet, dass Lumpen, die im Zwischendeck aufgestaut waren, die Ursache gewesen seien; so auch, so viel ich weiss, bei andern Gelegenheiten. Aber es ist allerdings nicht mit der Evidenz nachgewiesen, wie das bei der Wäsche der Fall ist.

Herr Eulenberg: Bei den im Handel vorkommenden Lumpenballen ist nicht unbeachtet zu lassen, dass die Lumpen schon viele Hände passirt haben, der Luft vielfach ausgesetzt gewesen und nach ihrem Werthe sortirt worden sind, bevor sie zu Ballen verpackt werden. (Herr Hirsch: Sortirt werden sie erst, wenn sie gebraucht werden!) — Feuchte Lumpen kommen nicht zur Verpackung, da Feuchtigkeit die Waare beeinträchtigt.

Herr Wolffhügel: Ueber die Art und den Umfang des Lumpen-Grosshandels habe ich zur Zeit der Pestgefahr einiges vernommen. Es ist namentlich an der deutsch-russischen Grenze mit dem Handel auch ein sehr reger Industriebetrieb verbunden, der auf die Sortirung gerichtet ist. England bezieht mit Vorliebe aus Königsberg seine Lumpen, weil die dortigen Handlungshäuser dafür bekannt sind, dass sie die Lumpen vorzüglich sortirt liefern. In dieser Industrie werden ei ige Tausend Arbeiter beschäftigt.

Herr Virchow: Wir werden nicht so weit in die Details dieser Verhältnisse eingehen können. Das muss schliesslich doch durch die Verwaltung ermittelt werden, in welcher Weise der Lumpenverkehr gehandhabt wird.

Dagegen ist noch ein Punkt unter No. 3, der vielleicht verdient, besonders besprochen zu werden, nämlich die Behandlung der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Briefe. Das ist eine Behandlung, die in der That recht unangenehm berührt hat. Der bayerische Obermedicinalrath hat sich dagegen erklärt, und ich würde mich dem vollständig anschliessen. Wenn man den Verkehr der Menschen zulässt, so soll man auch die Briefe zulassen. Ist irgend ein Widerspruch dagegen? — Das scheint nicht der Fall zu sein.

Was die Uebertragung durch gesunde Menschen betrifft, so ist diese Frage schon vorher behandelt worden. Ich möchte dann glauben, dass es sich vorzüglich noch um einen Punkt handelt, der für grössere Kreise von Wichtigkeit ist, das ist die Frage des Trink- und Gebrauchswassers. Da möchte ich mir die Frage erlauben, ob es nicht irgend eine gewisse Grenze giebt, wo der Bacillus nicht mehr lebensfähig im Wasser ist, oder ob er nach Ansicht des Herrn Koch beliebig lange im Wasser existiren und wirksam bleiben kann?

Herr Koch: Soweit meine Erfahrungen bis jetzt reichen, scheinen die Kommabacillen in reinem Wasser ziemlich rasch abzusterben; nicht sofort, wenn man sie hineinbringt, aber nach einigen Tagen. Sie können sich nicht blos nicht vermehren, sondern sie scheinen auch nach einiger Zeit zu Grunde zu gehen.

Herr Virchow: Die anderen Punkte sind zum Theil schon erörtert. Es bleiben jetzt noch ein Paar Punkte übrig, nämlich 11, 12, 13 und 15. Dieselben lauten:

11) Sind besondere individuelle Dispositionen erforderlich, um ihn (den Infectionsstoff) wirksam werden zu lassen?
12) Wie lange ist das Incubationsstadium?
13) Giebt das einmalige Ueberstehen der Cholera Immunität für eine gewisse Zeit?
15) Kann die Wirkungsweise der Bacillen als eine Intoxication aufgefasst werden?

Von diesen Punkten möchte ich fast glauben, dass es nicht nöthig wäre, sie hier zum Gegenstande einer Erörterung zu machen. Es sind so weitgehende Fragen, die sehr viel Details erfordern, und die doch auch nicht so unmittelbar mit den Fragen zusammenhängen, welche uns gegenwärtig beschäftigen und welche zunächst eine unmittelbar practische Bedeutung haben. Wenn Herr Koch nicht sehr grossen Werth darauf legt, dann möchte ich vorschlagen, dass wir vorläufig diese Fragen in suspenso lassen. Vielleicht findet sich in späterer Zeit Gelegenheit, dass wir noch einmal darauf zurückkommen.

Herr Leyden: Eine gewisse Immunität gegen eine zweite Erkrankung scheint allerdings durch das einmalige Ueberstehen der Cholera erworben zu werden. Indessen ist auch diese Immunität keine absolute. Wiederholt ist es vorgekommen, dass Personen in verschiedenen Epidemien zwei-, selbst dreimal von der Cholera betroffen wurden, und dass die neue Erkrankung tödtlich verlief. Sie hatten also nicht einmal eine abgeschwächte Receptivität gegen die Cholera erworben. Sehr selten ist es dagegen meines Wissens, dass derselbe Patient in derselben Epidemie kurz hinter einander von der Cholera befallen wird. Einen solchen Fall habe ich in Königsberg in der Cholera-Epidemie des Jahres 1866 beobachtet. Er ist in der Dissertation von Dr. Wiwiorowski beschrieben. Der Patient ist bei mir im Hospital behandelt, so dass kein Zweifel über die Diagnose vorliegen kann. Das erste Mal erkrankte er am 13. August und wurde am 20. entlassen und dann kam er nach 16 Tagen am 5. September wieder und ist an der Cholera zu Grunde gegangen.

Herr Koch: Jedenfalls geht daraus hervor, dass die Fälle sehr vereinzelt sein müssen.

Herr Hirsch (zu Herrn Koch): Haben Sie etwas über die Incubationszeit der Cholera constatiren können?

Herr Koch: Ich habe aus eigener Erfahrung nichts weiter constatiren können. Was mir darüber bekannt ist, ist aus der Literatur entnommen. Es wäre mir aber sehr lieb, wenn ich wenigstens noch über diesen Punkt das Urtheil der Versammlung hören könnte. Meiner Ansicht nach giebt es kein langes Incubationsstadium. Alle die Fälle, in denen ein scheinbar langes Incubationsstadium beobachtet ist, lassen auch eine andere Erklärung zu.

Herr Hirsch: Ich habe mich auf meiner Cholera-Expedition im Jahre 1873 bemüht, solche Fälle zu sammeln, welche einen möglichst sicheren Schluss über die Incubationszeit gestatten, d. h. Fälle, in welchen ein Individuum kurze Zeit (einige Stunden) an einem von Cholera inficirten Orte verweilt hat, alsdann in seine Heimath oder nach einem anderen Orte, an welchem bis dahin kein Cholerafall vorgekommen, gegangen, und hier als der erste an Cholera erkrankt ist. Auf diese Weise habe ich constatiren können, dass die Incubation in den meisten Fällen 3—4, niemals 5 Tage betragen hat. (Zuruf: Aber kürzer?) Jawohl.

Herr Leyden: Entsinnen Sie sich solcher Fälle, die mehrere Tage Diarrhöe hatten und dann Cholera?

Herr Hirsch: Gewiss. Dann war aber das, was man Diarrhöe genannt hat, in vielen Fällen schon Cholera, d. h. Cholera-Diarrhöe oder Cholerine.

Herr Skrzeczka: Uebrigens scheint mir auch die Frage wegen der kürzesten Incubationsdauer für die Aetiologie nicht unwichtig zu sein.

Herr Hirsch: Unter 2 Tagen ist mir kein Fall bekannt geworden.

Herr Eulenberg: Bisher hat man bei der Quarantaine der Seeschiffe im Orient 14tägige Incubationsdauer angenommen und neuerdings dieselbe auf 12 Tage reducirt.

Herr v. Bergmann: Es scheint mir, dass wir dem Schlusse nahe sind. Deswegen möchte ich mir noch erlauben, im Hinblick auf die Worte, mit welchen Herr Virchow unsere Discussion eröffnet hat, nunmehr darauf zurück zu kommen, dass, wie man früher gegen ein unbekanntes Agens aber doch immer gegen ein Ens seine therapeutischen Maassnahmen gerichtet hat, so sollte man jetzt, bei drohender Choleraepidemie den practischen Aerzten den Rath geben, sich zunächst an diese hier entwickelte Bacillentheorie zu halten. Es scheint mir das wichtig, um bei den prophylactischen Maassnahmen, die wir zu treffen haben, namentlich diejenigen Erfahrungen ausnutzen zu können, welche Herr Koch über die Verbreitung und Vernichtung des bestimmt jetzt mikroskopisch gekennzeichneten Infectionsstoffes gemacht hat. Wir würden dadurch, glaube ich, diese Erfahrungen sowohl zu prüfen als zu verwerthen in den Stand gesetzt werden.

Herr Koch: Ich möchte von diesem Vorgehen abrathen. Das würde doch wieder auf das hinauskommen, was wir vermeiden wollen, es würde ein bestimmtes Urtheil über die ganze Auffassung der Cholera-ätiologie sein. Ich denke mir, Jeder möge sich selbst sein Urtheil nach dem was hier verhandelt ist, bilden.

Herr v. Bergmann: Das kann wohl der Einzelne thun, aber hier handelt es sich um die Gemeinschaft, um die Commune, die sich schützen soll. Nun sehe ich nicht ein, nachdem man auch früher auf Theorien sein Handeln gestützt hat, weshalb man nicht jetzt die Bitte aussprechen soll, dass diese Theorie von Seiten der ärztlichen Gemeinschaft berücksichtigt wird. Ich glaube, das greift nicht in die Ueberzeugung des Einzelnen hinein.

Herr B. Fränkel: Hierbei möchte ich bemerken, dass für Herrn Geheimrath Virchow und mich gerade dieser Gesichtspunkt mit die Veranlassung war, weshalb wir eine baldige authentische Veröffentlichung der von Herrn Koch gemachten Entdeckungen wünschten. Ich glaube es wird wesentlich im Sinne des Herrn Geheimrath v. Bergmann wirken, wenn durch Veröffentlichung dieser Verhandlungen allen Aerzten bald die Möglichkeit gewährt wird, sich selbst ein Urtheil zu bilden.

Herr Virchow: Ich möchte auch zur Beschränkung dessen, was Herr Koch gesagt hat, einmal darauf hinweisen: Nach meiner Auffassung wird man nicht gleich den practischen Aerzten sagen können: Das ist das bestimmte Ens und das allein fasst ins Auge, aber alle diejenigen Massregeln, welche zunächst darauf gerichtet sind, dieses Ens zu bekämpfen, werden das Minimum dessen darstellen, was man überhaupt machen kann. Dass man darüber hinaus noch andere Vorsichtsmaassregeln ergreift, wie man das eben auf Grund früherer anderweitiger Erfahrungen thun kann, ist nicht ausgeschlossen, ja, ich denke, jede Regierung, jede Gemeinde, welche sich schützen will, wird allen Grund haben, über dieses Maass hinaus zu gehen. Aber das Erwähnte kann man gegenwärtig als Minimum dessen bezeichnen, was überhaupt geschehen muss. Diejenigen Schritte, welche direct durch die Lebensart, die Lebensfähigkeit und die Disposition des Bacillus bedingt sind, müssen nach meiner Auffassung die minimale Grenze dessen bezeichnen, was überhaupt angeordnet wird.

Herr v. Bergmann: Ich finde, dass gerade diese Auffassung den Aerzten ziemlich viel Spielraum giebt. Wenn ich z. B. an die Erfahrungen mit dem Trocknen denke, so würde ich vorschlagen, bestimmte Desinfectionsmaassregeln aus denjenigen herauszugreifen, die jetzt geübt werden. Alle möglichen Stoffe werden in Anwendung gebracht, Desinfection mit den verschiedensten Antisepticis an den verschiedensten Stellen. Beschränkt man sich auf einen bestimmten Angriff, so wird Keinem zu nahe getreten, aber doch ein practisches Resultat erzielt. Damit ist durchaus noch nicht über die ganze Theorie geurtheilt.

Herr Virchow: Ich darf nun wohl die Aufgabe, die wir uns zunächst gestellt hatten, als erledigt ansehen. Ich habe vorhin schon die Frage angeregt, ob sie den Wunsch hegen, dass die Möglichkeit festgehalten wird, dass wir noch einmal in späterer Zeit zusammentreten, um uns vielleicht durch neue Erfahrungen informiren zu lassen und vielleicht noch einmal dies und jenes zu erörtern. Das würde von dem Gang der Dinge und von den besonderen Verhältnissen abhängig sein, welche die Zeit bringt. Sie scheinen damit einverstanden zu sein.

Ich darf dann noch einmal meinen besonderen Dank dafür ausdrücken, dass das Reichsgesundheitsamt und speciell Herr Koch uns nicht blos hier empfangen, sondern so stark mit neuen Kenntnissen erfüllt hat. (Schluss $9^1/_4$ Uhr.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag № 33. 14. August 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Die Conferenzen im Kaiserlich Deutschen Gesundheitsamte zur Erörterung der Cholera-frage.

Nachdem die klassischen Berichte der Deutschen Cholera-Commission aus Aegypten und Indien sich Monate lang in unseren Händen befanden und die einstimmige Anerkennung Aller sich erworben haben, die eines unbefangenen Urtheiles fähig sind, konnte man zweifeln, ob denn die Conferenzen im Kaiserlichen Gesundheitsamte, die wir der Initiative des Herrn Virchow verdanken, viel Neues und Wichtiges zu Tage bringen würden. Hatten wir doch schon erfahren, dass die Untersuchungen Koch's in Toulon und Marseille wesentlich die früheren Befunde bestätigt, neben dem Verdienste, sie auch den Herren Straus und Roux ad oculos demonstrirt zu haben.

Die Leser unserer Zeitschrift werden durch den Inhalt der Conferenzen indessen angenehm enttäuscht worden sein. Zuvörderst bietet die Auseinandersetzung Koch's selbst, trotz seiner früheren Berichte, die ja nicht für Fachmänner allein bestimmt waren, des Neuen, Wichtigen, Anregenden überaus viel. Grössere Gebiete, die früher nur skizzenhaft behandelt werden konnten, gewinnen jetzt in breiterer Ausführung erst an Verständniss und Bedeutung, indem sie in das rechte Licht treten, und eine Fülle von bisher unbekannten Thatsachen und scharfsinnigsten Argumentationen lehrt uns, dass nicht nur die ersten Fundamente gewonnen sind, sondern schon jetzt die Einsicht in die Aetiologie der Cholera weit grössere Fortschritte gemacht hat, als wir hoffen durften.

Die Discussion des zweiten Tages ist in trefflichster Weise denselben Zielen dienstbar gemacht worden, und es wird für alle Zeiten eine unbestreitbare Bedeutung haben, dass so hervorragende Männer der Wissenschaft und der Praxis, wie sie bei dieser Gelegenheit sich zusammen fanden, schliesslich einstimmig waren in der Anerkennung der ihnen dargebotenen neuen Kenntnisse.

Die Wichtigkeit dieser Materie, denn es handelte sich nicht um die Feststellung der Aetiologie der Cholera allein, legt einer loyalen Publicistik nicht geringe Opfer auf, gilt es doch, trotz der Fülle des Stoffes auch den übrigen Gebieten der Medicin gerecht zu bleiben. Redaction und Verlag dieser Wochenschrift haben sie ohne Bedenken gebracht — möchte ihnen der Dank der Leser dafür nicht ganz entgehen, denn eigenthümliche Verhältnisse haben uns die Erfüllung unserer Aufgabe noch ausnahmsweise erschwert.

Manches, was in dem Vortrage R. Koch's und in der Discussion zu Tage gefördert ist, erfüllt uns speciell mit persönlicher Genugthuung. So hatten wir wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass der Komma-Bacillus zweifellos auch eine differentialdiagnostische Bedeutung habe und hatten dafür ziemlich heftige Angriffe erlitten. In der Conferenz wurde diese Bedeutung fast allseitig anerkannt und nur vielfach betont, dass die Uebung in den hier nothwendigen Untersuchungsmethoden vorläufig noch zu wenig vorbereitet sei. Auch wir glauben kaum, dass diese Schwierigkeiten schon jetzt überwunden werden können, jedenfalls sprechen grade sie eindringlich für die Errichtung hygienischer Institute, die es ermöglichen werden, dass die Zahl derer von Jahr zu Jahr unter uns zunimmt, welche der Koch-schen Methoden vollständig Herr sind.

Selbstverständlich beginnt, wie wir schon mehrfach dargelegt haben, nachdem der Kommabacillus als Infectionsstoff der Cholera unter uns kaum noch einen Widerspruch hervorrufen dürfte, jetzt erst recht eine umfassende Arbeit. Herr Wolffhügel hat ganz Recht, wenn er am Trinkwasser exemplificirt, nun sei es an der Zeit, an alle Theorien, wie sie da beständen, den Maassstab der Prüfung anzulegen, „wir haben dazu nunmehr die Mittel in Händen.“ Ebenso zweifeln wir keinen Augenblick daran, das, was Hr. v. Pettenkofer und seine Schüler an Thatsachen gefunden haben, wird bestehen bleiben, während sich allerdings ihre Deutung vielfach ändern dürfte.

Wenn Jemand, führte F. Marchand in dieser Wochenschrift 1883 S. 213 aus, sein ganzes Leben hindurch für eine Lehre gearbeitet und gekämpft hat, welche sich schliesslich als irrig erweist, so ist es gewiss hart, zu verlangen, dass er ohne Weiteres diese seine Bemühungen als verfehlt betrachtet, und wir können es verstehen, wenn in einem solchen Falle eine offene und rückhaltlose Anerkennung der neuen Thatsache nicht grade übereilt wird. — Und wer sein Leben lang gewohnt gewesen ist, selbst zu prüfen und nur Selbstgeprüftes zu glauben, wird leicht in die Lage kommen, sich gegen alles, seinen Anschauungen Heterogene misstrauisch und ablehnend zu verhalten. Grosse Autoritäten können aber durch diese zu weit getriebene Conservativität der freien Entwickelung der Sache schaden. Einer Reihe von Autoren sind die Tuberkelbacillen, fuhr F. Marchand damals fort, offenbar unbequem. Sie erkennen zwar die ausgezeichneten Arbeiten R. Koch's an, glauben auch an die Richtigkeit seiner Versuche, aber sie möchten sich doch nicht ganz für besiegt erklären. — — Dass die Tuberculose auch nach der Entdeckung der Bacillen noch ihre grossen Schwierigkeiten hat, will Marchand gern zugeben. Anstatt nun aber den Versuch zu machen, diese Schwierigkeiten zu lösen, werden dieselben als Argumente gegen die Bacillen benutzt.

In der Tuberculosefrage sind diese Schwierigkeiten in überaus rascher Entwicklung zum grossen Theil so weit gelöst, dass die principiellen Gegner fast alle verstummt sind. Wir sagen dasselbe für den Cholera-Bacillus voraus. Die Hauptthatsachen, dass er keine eigentlichen Dauerformen producirt und dass er nur in feuchten Medien zu wuchern vermag, sind nun einmal da und gelten so strengen Kritikern wie Virchow als unwiderleglich. Wir können ihnen gegenüber uns nur so verhalten wie z. B. Bockendahl es der Tuberculose gegenüber schon vor Entdeckung ihres Bacillus gethan hat, sie anerkennen und unser früheres Wissen darauf hin von Neuem revidiren.

Wir zweifeln nicht daran, dass auch M. v. Pettenkofer den gleichen Weg finden wird. Ist es ihm doch leichter als den meisten Anderen. Wer so viele Gebiete der Hygiene erfolgreich bearbeitet hat wie er, stets anregend, belehrend, schöpferisch, der hat um so weniger auf einem Gebiete das Zugeständniss zu fürchten, dass neue Thatsachen seinen Anschauungen eine andere Richtung geben müssen, um so weniger als die Resultate seiner Forschungen auch hier, wenn auch vielleicht nicht richtig gedeutet, dennoch die Wissenschaft in hohem Maasse bereichert haben. Gerade er und seine Schüler, dessen sind wir gewiss, werden bald genug die Hand anlegen, die noch nicht gelösten Schwierigkeiten in der Cholera-Aetiologie zur Lösung bringen zu helfen.

Es mag uns schliesslich gestattet sein, grade jetzt an die Worte C. v. Sigmund's zu erinnern, wohl die letzten, die von ihm publicirt sind. „Vielleicht“, so schrieb er am 7. September 1882: (diese W. 1883, S. 85 f.) „bessert die Errungenschaft Koch's (es ist der Tuberkelpilz gemeint) diese (hochgestellten) Collegen und sie raffen sich auf, den Regierungen nachdrücklicher Koch's Weg anzurathen, auf dem allein Licht zu gewinnen ist.“ Leider hat der berühmte Epidemiologe die Erfüllung seiner Hoffnung nicht mehr erlebt! P. B.

II. Zur Aetiologie der Trichterbrust.

Von
Prof. Dr. Hugo Ribbert
in Bonn.

Mit dem Namen Trichterbrust hat Ebstein[1]) eine Deformität des Thorax belegt, bei welcher an der vorderen Fläche desselben eine

[1]) Ueber die Trichterbrust. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 30. S. 411.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

trichterförmige Einsenkung besteht, die dem Sternum entspricht und ihre tiefste Stelle gleich oder einige Centimeter oberhalb des Schwertfortsatzes hat. Sie ist veranlasst durch eine Verlagerung oder Knickung des unteren Brustbeinabschnittes nach hinten. Die entsprechende Grube ist unter Umständen so tief, dass die Faust eines Mannes sie nicht ganz ausfüllt und sie führt dementsprechend zu einer erheblichen Verkürzung des Thoraxdurchmessers von vorn nach hinten. Trotz dieser Beeinträchtigung des Brustraums werden erhebliche Störungen der Brusteingeweide durch diese Anomalie nicht hervorgerufen. Sie nimmt daher hauptsächlich in ätiologischer Hinsicht unser Interesse in Anspruch.

Die Trichterbrust ist bis jetzt fast ausnahmslos bei Erwachsenen, nur in einem Falle bei einem neunjährigen Knaben, beobachtet worden. Sie kann erworben werden, wie in zweien der beschriebenen Fälle, meist aber wurde sie schon bei der Geburt bemerkt. Mir kommt es hier nur auf die letztere grössere Gruppe an. Zur Erklärung der intrauterin entstandenen Anomalie sind verschiedene Momente herangezogen worden. Da eine Deformität des Brustkorbes vorliegt, so hat man naturgemäss zunächst an fötale Knochenerkrankung, an Rachitis gedacht. Aber in keinem der bisher veröffentlichten Fälle hat sich diese Vermuthung bestätigt gefunden. Auch macht die fötale Rachitis zwar Thoraxverbiegungen, aber nicht solche, die der Trichterbrust entsprechen.

Ferner hat man eine Mediastinitis beschuldigt, welche das Sternum dauernd in einer zu tiefen Lage fixiren soll. Auch für diese Auffassung haben sich keine Anhaltspunkte ergeben.

Weiterhin ist die Anomalie auch auf traumatische Einrichtung bezogen worden. So erzählt Graeffner[1]), dass in dem von ihm beobachteten Falle die Mutter am Beginn des letzten Schwangerschaftsmonates mit dem Unterleib gegen einen spitzen Stein gefallen sei und bringt damit die Erscheinung in Zusammenhang. Eine derartige Anschauung ist aber in mancher Hinsicht unwahrscheinlich.

Viel zusagender ist dagegen die auch von Graeffner getheilte Annahme, wonach der Druck des Unterkiefers [Zuckerkandl[2])] oder der Fersen [Hagmann[3])] auf den Thorax zu der abnormen Lagerung des Sternums führen soll. Ebstein[4]) wendet sich allerdings gegen diese Erklärung, er glaubt, der intrauterine Druck müsse dabei so stark sein, dass auch die Nabelschnur zu leiden hätte und die so ungenügende Circulation in derselben den Fötus zum Absterben brächte. Aber einmal ist wohl eine sehr beträchtliche Erhöhung des Druckes kaum nothwendig um den weichen fötalen Thorax einzudrücken, resp. an seiner Vorwärtsbewegung zu hindern. Andererseits genügt schon eine zu geringe Menge von Fruchtwasser um den Embryo abnorm gekrümmt zu erhalten, und so den Unterkiefer auf die Brust wirken zu lassen, ohne dass deshalb die Nabelschnur irgendwie comprimirt zu werden braucht.

Ebstein führt die Trichterbrust auf Entwicklungshemmung zurück; das Sternum soll zu lange in ein und derselben Lage beharren. Durch eine derartige Annahme gewinnen wir aber wenig. Wir benutzen zur Erklärung eben nur ein Moment, welches für sich selbst wieder erklärt werden muss, verbergen damit unsere Unkenntniss nur hinter einem technischen Ausdruck. Eine mechanische Auffassung, sofern sie nur irgend möglich, ist jedenfalls vorzuziehen.

Nun ist es schwierig, an erwachsenen Individuen die Frage nach der Aetiologie zu entscheiden und es wäre, wie mehrseitig betont worden ist, wünschenswerth, möglichst junge Individuen, womöglich Embryonen untersuchen zu können.

Mir ist nun ein Fall von Trichterbrust zur Beobachtung gekommen, an welchem ich glaube zeigen zu können, dass die Vorstellung Zuckerkandl's von dem Drucke des Unterkiefers die richtige ist.

Ich erhielt nämlich ein nur 5 Tage altes todtes männliches Kind mit der fraglichen Deformität aus der hiesigen geburtshilflichen Klinik. An der Vorderfläche des Thorax fiel mir sofort eine Grube auf, deren tiefste Stelle dicht an dem Ansatz des Schwertfortsatzes an das Sternum lag. Von hier aus erhob sich die Thoraxwand ziemlich gleichmässig nach allen Seiten, am wenigsten steil gegen den Nabel hin. Die Grube war, wenn man die Ebene der vorderen Rippenwölbungen als Thoraxhöhe nimmt, $1^1/_2$ cm tief. Von der Fossa jugularis verläuft das Sternum mit flacher vorderer Wölbung allmählich nach hinten bis zur tiefsten Trichterstelle, von hier steigt der Schwertfortsatz mit einer Abweichung nach rechts wieder auf. Die Rippenbogen sind zu beiden Seiten der Grube stark vorgewölbt und an den Seitenwänden des Thorax erscheint, besonders rechts ausgeprägt, eine flache, in der Axillarlinie verlaufende Rinne, durch mässige Biegung der Rippen nach innen hingestellt. Dadurch wird die erweiterte Wölbung der Rippenknorpel nach vorn erhöht. Die ganze Deformität des Thorax bietet das Bild einer ausgeprägten Trichterbrust.

Mein Augenmerk war nun zunächst auf Rachitis gerichtet, aber ich fand davon keine Andeutung. Sodann untersuchte ich, ob etwa Mediastinitis vorhanden sei, aber auch eine solche fehlte. Dabei tastete ich natürlich auch die hintere Sternalfläche ab und fand der tiefsten Trichterstelle entsprechend einen ziemlich scharfen Vorsprung des Brustbeins nach innen. Abnormitäten des Herzbeutels oder des Herzens waren nicht vorhanden.

Als ich nun aber zur Prüfung der Angabe Zuckerkandls den Unterkiefer bei starker Biegung des Kopfes in die geschilderte Grube zu legen versuchte, ging das ohne jede Schwierigkeit und das Kinn passte vortrefflich hinein. Diese Verhältnisse sprachen in deutlichster Weise zu Gunsten der bezüglichen Erklärung.

Ich suchte nun weiter nach Merkmalen einer intrauterinen Raumbeengung oder eines zu hohen Druckes. Zunächst waren an Ort und Stelle Druckmarken der Haut weder am Kinn noch an der Trichtergrube vorhanden. Trendelenburg[1]) hat solche an einem Falle von Klumpfüssen demonstrirt, in welchem an der Aussenseite der Condylen und der Füsse Schwielen vorhanden waren[2]). Das Fehlen ähnlicher Merkmale an unserem Object kann natürlich nichts beweisen.

Aber zwei andere Momente sprechen für jene Aetiologie.

Einmal war es die Längsfurche an der Seitenfläche des Thorax in welche die Oberarme hineinpassten. Letztere waren offenbar gegen denselben stark angedrückt worden und hatten so die Rinne veranlasst. Der Druck hatte hingereicht, um die Uebergangsstellen der unteren Rippenknorpel in den Knochen in den Thorax einzubiegen, so dass eine Aehnlichkeit mit einem rachitischen Rosenkranz entstand und ich im ersten Augenblick verführt wurde, Rachitis anzunehmen.

Zweitens war am Schädel eine beträchtliche Uebereinanderschiebung der platten Knochen zu constatiren, so dass der obere den unteren oft mehrere Millimeter weit bedeckte. An einzelnen Stellen waren sie zackig ineinander geschoben. Die grosse Fontanelle hatte nicht die Grösse eines Zwanzigpfennigstückes. Nun ist zwar eine solche Verschiebung der Knochen ein gewöhnliches Ereigniss bei der Geburt, besonders bei engem Becken. Im vorliegenden Falle war aber die Geburt sehr leicht von Statten gegangen. Ausserdem ist die Fixirung der über einandergeschobenen Ränder eine derartige, dass es nicht möglich ist, durch kräftigen Zug ohne Zerreissung der verlöthenden Gewebe die Verschiebung aufzuheben. Mikroskopisch zeigte sich eine erhebliche Krümmung der Randzonen der verkalkten Lamellen, oft nach Art eines von oben nach unten plattgedrückten S. Auch an einem solchen Präparat machten die verbindenden Weichtheile eine Aufhebung der Verschiebung unmöglich. Das ganze Verhalten scheint mir nicht auf eine etwaige Compression des Kopfes bei der Geburt zurückgeführt werden zu können, sondern nur durch eine länger dauernde Beeinträchtigung des Schädelwachsthums im Uterus verständlich.

So weit die anatomischen Anhaltspunkte. Von klinischer Seite erhielt ich folgende Angaben. Die Mutter war eine 18jährige Primipara, die Geburt erfolgte im Anfang des neunten Monats. Wichtig ist, dass bei Beginn derselben der Uterus als auffallend wenig ausgedehnt bezeichnet wird, was vielleicht auf eine zu geringe Menge Fruchtwassers hindeutet. Auch wird der Kopf gleich nach der Geburt als besonders klein beschrieben.

Die Mutter wies zahlreiche Symptome frischer Lues auf. Ob diese Erkrankung im Zusammenhang mit der intrauterinen Raumbeengung steht, lässt sich nicht entscheiden. Das Kind zeigte keinerlei Spuren von Syphilis.

Nach allem Gesagten glaube ich, dass der Fall wohl geeignet ist, die Ansicht von der ätiologischen Bedeutung des Unterkieferdruckes für die Entstehung der Trichterbrust zu stützen. Möglich ist es allerdings, dass gelegentlich auch die Fersen die Stelle des Kinnes vertreten können.

[1]) Ein Fall von Trichterbrust. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 33. S. 95.
[2]) Eine merkwürdige Difformität. Wiener med. Blätter 1880 No. 50.
[3]) Selten vorkommende Abnormität des Brustkastens. Jahrb. d. Kinderheilkunde XV. S. 454.
[4]) Ein weiterer Fall von Trichterbrust. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 33. S. 100.

[1]) Niederrh. Gesellsch. für Natur- und Heilkunde. Sitz. vom 15. Febr. 1884.
[2]) Es sei wegen des Genaueren hier auf die demnächstige ausführliche Beschreibung dieses Falles durch Herrn Dr. Reckmann verwiesen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Ein Fall von geheilter Ellenbogenankylose.

Von

Dr. med. Otto Dornblüth in Rostock.

Fräulein S. R. aus D., ein siebzehnjähriges junges Mädchen, das auf einem mecklenburgischen Gute die Hauswirthschaft erlernte, hatte im Januar 1883 im Umhergehen ein leichtes Unwohlsein, das sich durch Schmerzen in allen grösseren Gelenken äusserte, aber anscheinend ohne Fieber, jedenfalls ohne bedeutendere Befindensstörung verlief. Bald darauf fühlte sie eines Tages, durch das Heben schwerer Wäschekörbe angegriffen, Schmerzen im rechten Ellenbogengelenk, welche bald so heftig wurden, dass sie um ärztliche Hülfe bat. Der Arzt wurde leider erst am siebenten Tage requirirt; er ordnete Eisumschläge an und liess den in krummer Stellung ruhenden Arm mit einer Tuchbinde einwickeln. Nach zwei Tagen schickte er die Patientin mit der Diagnose „Gelenkentzündung“ nach dem mehrere Stunden entfernten Wohnorte ihrer Eltern. Während der Reise wurde der Arm in einer Art Mitella getragen. Der Hausarzt der Eltern erklärte den Fall für nicht unbedenklich und rieth die Ueberführung in die chirurgische Klinik zu Rostock an. Dieser Vorschlag wurde jedoch nicht acceptirt, sondern weiter auf seinen Rath der Arm mittelst Sandsäcken fixirt und die Gelenkgegend mit Jodtinctur bepinselt. Nach Verlauf von vierzehn Tagen, seit dem Beginne des Leidens gerechnet, wurde noch ein Arzt consultirt, der gemeinschaftlich mit dem Hausarzte einen Gypsverband anlegte. Diesen liess man ungeachtet der heftigen Schmerzen, über welche die Patientin klagte, fast vier Wochen lang liegen. Dann wurde er durch eine Gypshanfschiene ersetzt, diese wiederum nach vierzehn Tagen durch eine Flanellbinde, mit welcher der nun ziemlich schmerzfreie, aber gänzlich steife Arm wochenlang kunstgerecht gewickelt wurde. Vom Mai bis zum August wurden zur Beseitigung der Steifheit täglich Armbäder und Massage der Gelenkgegend angewendet, jedoch mit sehr geringem Erfolg, wie der Befund bei meiner ersten Befragung, in der zweiten Augustwoche 1883 zeigte. Der Arm bildete damals bei möglichst vollständiger Streckung am Ellbogen einen Winkel von etwa 170°, bei starker Beugung einen Winkel von etwa 160°, so dass die Bewegung nur in einer Ausdehnung von ungefähr 10° möglich war. Dabei war die Hand in starker Pronation fixirt. Eine Forcirung der einzelnen Stellungen war äusserst schmerzhaft, und auch in tiefer Chloroformnarkose gelang es bei Anwendung ziemlicher Kraft nicht, eine Aenderung in der Beweglichkeit zu erzielen. Da die chirurgische Operation mit Entschiedenheit abgelehnt wurde, glaubte ich noch einen Versuch mit langsamer wirkenden Eingriffen machen zu müssen und rieth zu allnächtlicher Anlegung eines Zugapparates, bei welchem ein mehrpfündiger Sandsack einen Zug an einer Schnur ausübte, die von einer leinenen, schnürbaren Handgelenkmanchette zum Kopfende des Bettes verlief. Der Oberarm wurde durch eine ebenso einfache Vorrichtung fixirt. Ausserdem verordnete ich, in Erinnerung an die von Senator[1]) hervorgehobene resorptionserregende Wirkung der Kaliseife, Sapo kalinus albus (mit einem kleinen Zusatze von Ol. Aurant. flor. als Geruchscorrigens), wovon allabendlich eine nussgrosse Portion in die Gelenkgegend eingerieben oder richtiger auf dieselbe aufgestrichen werden sollte. Auffallender Weise nahm darauf in wenigen Tagen die Beweglichkeit um einige Grade zu, in drei Wochen um etwa 10°. Bei starken passiven Bewegungen trat damals ein knackendes Geräusch im Gelenke auf, das den Eindruck einer Lösung von Adhäsionen machte. Von Mitte September an wurde gewöhnliche grüne Seife eingerieben, aber von der Haut so schlecht vertragen, dass die Anwendung nur in grösseren Pausen erfolgte. Auch der Zugapparat wurde wenig mehr gebraucht, zumal da der inzwischen gegründete Ehestand der Patientin und eine Gravidität andere Anforderungen in reichem Maasse erwachsen liessen. Erst Ende Februar 1884, wo ich nach längerer Pause wieder briefliche Nachricht von dem Zustande des Armes erhielt, wurde auf mein Andrängen die Kur wieder energischer in Angriff genommen. Am 16. März fand ich eine Bewegungsweite von etwa 70° und eine geringe Supinationsfreiheit vor, und überdies gelang es jetzt, in Chloroformnarkose ohne erhebliche Gewaltanwendung, die Beugung bis zu einem Winkel von etwa 25° freizumachen und die Supinationsfreiheit bis über die Hälfte des Normalen herzustellen. Nachdem die vorsichtshalber angeordneten antiphlogistischen Maassregeln sich unnöthig gezeigt hatten, wurde das alte Verfahren insofern wieder aufgenommen, dass täglich einige Minuten lang der Zugapparat angelegt und etwa dreimal in zwei Wochen die grüne Seife applicirt wurde.

Die junge Frau, welcher über ein Jahr lang eine wirksame Verwendung ihres rechten Armes ganz unmöglich war, die mit dem ganzen Uebelstande eines gestreckt steifen Ellbogens so lange geplagt gewesen war, dass sie bereits die Hoffnung aufgegeben hatte, in so einfachen körperlichen Verrichtungen wie Haarmachen, Handarbeiten, Essen wieder ganz selbständig zu werden, kann ihrer eigenen Angabe nach den Arm jetzt wieder gerade so gut verwenden, wie vor der Erkrankung. Die Kraft der supinirenden Muskeln ist vorläufig noch ziemlich gering, nimmt aber bei regelmässiger Uebung und Knetung in erfreulichster Weise zu, so dass ausser der bereits erzielten functionell vollkommen ausreichenden Besserung auch anatomisch eine restitutio in integrum in kürzester Zeit zu erwarten steht.

Es kann nach dem Mitgetheilten kaum zweifelhaft sein, dass der erzielte Erfolg der Hauptsache nach der Kaliseife zuzuschreiben ist. Ich will durchaus nicht die Wirkung des Zugapparates unterschätzen, auf den ich ja von vornherein die Haupthoffnung gesetzt hatte; aber dass derselbe nach einer erst wenige Tage durchgeführten Anwendung bereits eine solche Wirkung entfaltet hätte, wie die Krankengeschichte ergiebt, ist wohl nicht anzunehmen.

Wie man sich die Wirkung der Kaliseife zu denken hat, dafür giebt Senator a. a. O. S. 577 einigen Anhalt. Er denkt nach seiner Mittheilung dabei an drei Momente: die Massage, die Hautreizung und an die verflüssigende Wirkung des Kali. Vielleicht ist gerade der vorliegende Fall besonders geeignet, dem letztgenannten Punkte die richtige Schätzung zu sichern. Denn eine eigentliche Massage war ja vorher lange Zeit und in weit energischerer Weise ohne erheblichen Erfolg verwendet; die Beseitigung so fester Adhäsionen durch Hautreize ist aber recht unwahrscheinlich, und überdies hat gerade die von der Haut so gut ertragene Anwendung des Sapo kalinus albus von vornherein eine sehr energische Einwirkung auf die Gelenksteifigkeit erkennen lassen. Sicher fordert der Fall zu weiteren Versuchen auf.

[1]) Berliner Klinische Wochenschrift 1882, No. 38.

IV. A. Reibmayr (Ischl-Wien). Die Technik der Massage. Mit 126 Holzschnitten, 136 Seiten. Wien 1884. Toeplitz und Deuticke. Ref. Beely.

Unter obigem Titel hat R. eine durch zahlreiche gute Abbildungen erläuterte, kurz gefasste Beschreibung der technischen Handgriffe der Massage gegeben, die Jeden, der einiges Talent zur practischen Ausübung der Massage besitzt, in den Stand setzt, sich schnell mit ihren brauchbarsten Methoden bekannt zu machen. Die Arbeit zerfällt in zwei Theile, von denen der erste folgende Kapitel enthält: 1) Einfache Massage-Handgriffe, 2) Halsmassage, 3) Bauchmassage, 4) Massage des Uterus und seiner Adnexa, 5) Massage des Auges, 6) allgemeine Körpermassage, 7) Massage mit Geräthen, Instrumenten und Maschinen, 8) allgemeine Bemerkungen zur Technik der Massage, 9) Passivbewegungen.

Der zweite Theil beschäftigt sich mit den „Activbewegungen“ und ist auch unter dem Titel: „Die Activbewegungen im Anschluss an die Massage“ als Separatabdruck zum Gebrauch für Patienten herausgegeben worden.

Die schwedische Heilgymnastik als solche, die im nördlichen Europa häufig mit Massage combinirt wird, wendet R. nicht an und hat dieselbe dementsprechend auch nicht eingehender behandelt, wo sie nothwendig ist, macht er passive Bewegungen und begnügt sich in der Mehrzahl der Fälle mit den Activbewegungen, die der Patient genau nach der Vorschrift täglich auszuführen hat. Ebenso hat er auch diejenigen Uebungen vollständig bei Seite gelassen, die zur orthopädischen Behandlung der Scoliose dienen und die dem Bedürfniss des practischen Arztes ferner liegen.

Grosses Gewicht legt R. auf diejenigen Manipulationen, die vor und nach der eigentlichen Massage Anwendung finden. Besonders bei Gelenkaffectionen ist es häufig angezeigt, nicht sogleich mit der Massage der kranken Partie zu beginnen, sondern zunächst die dem Centrum zu gelegenen, angrenzenden, scheinbar gesunden Gewebe zu massiren. Nach dieser sogenannten „Einleitungsmassage“ gelingt es später viel leichter und schneller, das Gelenk selbst wieder zur Norm zurückzuführen.

Nach der Massage werden in vielen Fällen mit grossem Vortheil Activbewegungen angewendet. Hierbei thut der Arzt gut, dem Patienten die angeordneten Bewegungen das erste Mal genau vorzumachen und dieselben weiterhin nach dem Vorbilde der dem zweiten Theile beigegebenen Figuren ausführen zu lassen. Auf diese Weise kann man den Patienten dahin bringen, dass er jede einzelne Bewegung correct, stramm und in der vorgeschriebenen Haltung ausführt, wodurch der Heileffect ein viel bedeutenderer wird, als wenn die Bewegungen nachlässig und ohne Energie gemacht werden.

Es war die Absicht des Verfassers, durch die „Technik der

Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Massage" denjenigen Collegen, die sich mit dieser Behandlungsmethode zu beschäftigen gedenken, einige der Hauptschwierigkeiten aus dem Wege zu räumen, mit denen er selbst im Anfang seiner Massagepraxis zu kämpfen hatte, und die natürlicher Weise hauptsächlich im Bereich der Technik liegen. Die „Technik der Massage" hat dadurch einen mehr practischen als wissenschaftlichen Charakter erhalten, was ihr aber, wie der Autor hofft und Referent glaubt, in den Augen der Collegen nicht zum Nachtheil gereichen dürfte.

V. v. Recklinghausen, Handbuch der allgemeinen Pathologie des Kreislaufs und der Ernährung. Stuttgart, F. Enke 1883. Ref. Ribbert.

Das vorliegende Buch, die zweite und dritte Lieferung der deutschen Chirurgie von Billroth und Luecke, behandelt in denkbar vollständigster Weise die Fundamente der Pathologie, die Störungen des Kreislaufs und der Ernährung. Eine enorme Fülle des Stoffs ist hier zu einem allerdings auch ziemlich umfangreichen Bande verarbeitet. In ausgedehntester Weise ist die gesammte Literatur, auch die ältere, herangezogen und jede einzelne Arbeit nach Verdienst gewürdigt, jeder die brauchbare Seite abgewonnen. Man lernt einsehen, dass auch in den früheren Untersuchungen, die man in unserer ja auch wissenschaftlich so raschlebigen Zeit leicht vergisst und für überholt ansieht, viele gute Mittheilungen stecken, dass auch die früheren Generationen zu beobachten und die Beobachtungen zu verwerthen verstanden. Und es ist nicht etwa eine ermüdende Aufzählung und Aneinanderreihung der einzelnen Arbeiten, sondern eine zusammenhängende, wohl durchgearbeitete Darstellung, in welcher jede Abhandlung den ihr gebührenden Platz erhält. Um den Gang der Schilderung nicht zu umständlich zu machen, um nicht durch Anführungen vieler Einzelheiten die Uebersicht zu erschweren, ist die Literatur vorwiegend in kleingedruckten Abschnitten untergebracht, die, wenn es nicht auf detaillirtere Angaben ankommt, ohne Verlust des Zusammenhanges überschlagen werden können. Viel Raum ist gewonnen durch die Zusammenstellung der Titel der angeführten Arbeiten am Eingang des Buches unter den Ueberschriften der entsprechenden Capitel. Wenn Ref. hier einem Wunsch Ausdruck geben soll, so ist es der, dass die Namen der Autoren im Text mit Zahlen versehen wären, damit man in dem gleichfalls zu numerirenden Verzeichniss sich leichter zurechtfände. Wenn man, etwa in der Mitte eines Capitels in der Lectüre begriffen, den Titel einer Arbeit erfahren möchte, so ist es schwierig, unter den zahlreichen der Reihenfolge des Textes entsprechend aufgeführten den gewünschten aufzufinden.

Wohlthuend ist die streng durchgeführte Objectivität in der Behandlung des Stoffes, nicht minder ausgezeichnet ist das Werk durch die Vorsicht bei den Schlussfolgerungen. Wenn eine Frage von allen Seiten beleuchtet und erörtert wurde und die Beweise für oder gegen sich nicht in durchaus unwiderleglicher Weise zusammenordnen, dann bleibt der Punkt lieber in der Schwebe, als dass Verf. sich nach der einen oder anderen Seite entscheidet. Ungemein anregend wirkt so das Buch, es reizt geradezu den Leser, die Untersuchung unklarer Punkte aufzunehmen, indem es immer wieder zeigt, wie wenig Fragen definitiv entschieden sind, wie ausserordentlich viele noch zu lösen. Es würde zu weit führen, diese Art der Darstellung an einem Beispiele zu erörtern, eine Vorstellung davon gewinnt man nur durch die Lectüre, für die Ref. etwa das Capitel über die Entzündung empfehlen möchte.

Es ist auch das Buch viel zu umfangreich, als dass hier ein Abriss des Inhaltes gegeben, oder auch nur die wesentlichsten Punkte genauer besprochen werden könnten. Etwas Eigenartiges soll aber doch hervorgehoben werden, das ist der Abschnitt über die hyaline Degeneration, die mit der amyloiden und der schleimigen Degeneration das Capitel der colloiden Umwandlungen ausmacht. Das Hyalin hat ja wesentlich auch durch die Untersuchungen Recklinghausen's und seiner Schüler eine grössere Bedeutung gewonnen und hier ist zum ersten Male Alles nach der Meinung des Verf. hierhergehörige zusammengestellt. Wir finden hier untergebracht zwei Vorgänge, die sonst für sich allein abgehandelt worden sind, die colloide und die gallertige Metamorphose. Ausser der hyalinen Degeneration der Gefässwandungen begegnen wir dementsprechend hier den Ablagerungen hyaliner Substanz am Auge, der colloiden Degeneration der Schilddrüse, der Hypophysis etc., den hyalinen Harncylindern, den hyalinen Einlagerungen der Eierstockfollikel, der gallertigen Degeneration der Geschwülste, den hyalinen Hauptbestandtheilen der diphtheritischen Membranen, der wachsartigen Degeneration etc. Das Gemeinsame aller dieser scheinbar heterogenen Processe sieht Verf. in dem Reichthum der betreffenden Gewebe an protoplasmatischen Zellen und Zellderivaten, er ist geneigt die hyaline Substanz als einen directen Abkömmling des Protoplasmas anzusprechen. Eine scharfe Trennung gegen das Amyloid ist nicht möglich, es scheinen vielfache Uebergänge vorzukommen.

Das Werk ist ein Handbuch im wahren Sinne des Wortes, es wird Jedem, der etwas tiefer in die allgemeine Pathologie eindringen möchte, geradezu unentbehrlich sein.

VI. B. v. Aurep u. A. Poehl. Ueber die Ptomaine und ihre Bedeutung für die gerichtliche Medicin. St. Petersburg 1884. 8°. 29 S. 1 tabell. Uebersicht (russisch). Referent M. Buch.

Die Ptomaine gewinnen von Tag zu Tag eine immer grössere Bedeutung in der gerichtlichen Medicin, so dass vorliegendes Werkchen einem wirklichen Bedürfniss entspricht. Die beiden bewährten Forscher haben die vorhandene Literatur zusammengestellt und durch eigene Beobachtungen und Untersuchungen ergänzt. Sie ziehen aus ihrer Arbeit folgende Schlusssätze:

1. Bei allen fauligen Zersetzungen, Fermentationen und vielen anderen, noch undefinirbaren, Veränderungen der Eiweissstoffe, bilden sich, neben anderen Producten dieser Veränderungen, alkaloidähnliche Körper — die Ptomaine.

2. Die Zahl dieser Ptomaine ist sehr gross und ihre physikalischen, chemischen und toxischen Eigenschaften sehr verschiedenartig.

3. Wir kennen flüchtige und nicht flüchtige Ptomaine, flüssige, feste amorphe und krystallische. Sehr interessant ist, dass die bislang bekannten flüssigen Ptomaine, gleich den meisten flüssigen Pflanzenalkaloiden (mit Ausnahme des Pilocarpin) keinen Sauerstoff enthalten.

4. Fast alle Ptomaine färben rothen Lakmus blau, und Veilchensyrup grün.

5. Gleich den Alkaloiden verbinden sie sich mit Säuren zu Salzen, und diese Verbindung geht wie beim Ammoniak und den Alkaloiden ohne Wasserausscheidung vor sich.

6. In Betreff der Löslichkeit verhalten sich die Ptomaine ebenso ungleich wie die Alkaloide. Einige von ihnen lösen sich sehr leicht in Wasser, andere in Aether, Alkohol, Benzin, Chloroform und Amylalkohol. Die Salze der Ptomaine lösen sich leicht in Wasser.

7. Einige der Ptomaine sind geschmack- und geruchlos, andere von stark bitterem Geschmack mit aromatisch-süsslichem Geruch, andere erinnern deutlich an den Geruch des Weissdorns (Pyrus torminalis), Coniins, Nicotins, einige an Leichen. Mit Säuren verbunden, entwickeln sie oft einen angenehmen Geruch von Feldblumen.

8. Die Ptomaine, welche aus der Fermentation unterworfenem Roggenmehle erhalten werden, geben die allgemeinen Reactionen der Alkaloide und zeichnen sich in dieser Hinsicht nicht wesentlich von den anderen Ptomainen aus; diese Reactionen sind folgende:

a. Eine Lösung von Jodkalium mit Doppeljodquecksilber giebt in mit Salzsäure angesäuerter Lösung weissliche Niederschläge. Nach 24 Stunden konnte man sich in einigen Fällen durch die mikroskopische Untersuchung davon überzeugen, dass der Niederschlag aus prismatischen Krystallen bestand.

b. Eine Lösung von Jod mit Jodkalium giebt in angesäuerter Lösung bisweilen flockige, bisweilen feinkörnige dunkelrothbraune Niederschläge, welche in verdünnter Salzsäure nicht löslich sind.

c. Eine Lösung von phosphormolybdänsaurem Natron giebt gelbliche Niederschläge, welche sich unter dem Mikroskope als amorphe erweisen. Die Niederschläge sind in verdünnter Salpetersäure nicht löslich. Beim Hinzufügen von Ammoniak im Ueberschuss färbt sich der Niederschlag anfangs blaugrün und löst sich dann auf, indem er die Flüssigkeit bisweilen leuchtend blau färbt, bisweilen grün. In den ersten Stadien der fauligen Zersetzung tritt meistens die blaue Färbung ein, aber später erhält man unter den erwähnten Umständen auch die grüne Färbung. Wenn man den durch Hinzufügung einer Lösung von phosphormolybdänsaurem Natron erhaltenen anfänglichen Niederschlag erwärmt, so färbt er sich ohne Zusatz von Ammoniak grün.

d. Phosphorwolframsäure, nach Scheibler bereitet, giebt weissliche oder ins Graue spielende Niederschläge; die Niederschläge sind in verdünnter Schwefel- oder Salzsäure nicht löslich. In Ammoniak lösen sie sich leicht.

e. Tanninlösung giebt weisse Niederschläge, bei Gegenwart von Weinsäure kommt kein Niederschlag zu Stande.

f. Eine Lösung von Jodkalium mit Jodwismuth giebt in Verbindung mit verdünnter Schwefelsäure gelbliche Niederschläge. Beim Erwärmen löst sich ein Theil des Niederschlages und scheidet sich beim Erkalten wieder aus.

g. Eine Lösung von Jodkalium mit Jodkadmium giebt in einigen Fällen Niederschläge, welche in einem Ueberschusse des Reagens löslich sind. Die Niederschläge nehmen zuweilen mit der Zeit die Form

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Krystallen an. Die Fäulnissproducte der ersten Stadien der Fäulniss, bilden in diesem Reagens grösstentheils Niederschläge, während dagegen bei fortgeschrittener fauliger Zersetzung die Producte derselben in erwähntem Reagens keine Niederschläge bilden.

h. Sublimatlösung giebt in einigen Fällen Niederschläge, welche sich allmählich krystallisiren, in anderen Fällen wieder erwiesen sich die Ptomaine diesem Reagens gegenüber unempfindlich.

i. Eine Lösung von Platinchlorid giebt mit einigen der erhaltenen Ptomaine Niederschläge, grösstentheils krystallischer Natur und in Salzsäure löslich; einige der erhaltenen Producte bildeten keine Niederschläge. Die Niederschläge stellen, wie auch bei den pflanzlichen Alkaloiden, Doppelsalze der Chlorwasserstoffverbindung des Ptomains mit dem Platinchlorid dar; die Chlorsalze des Goldes und Zinkes geben ähnliche Verbindungen.

9. Die Ptomaine gehören augenscheinlich zu den optisch inactiven Körpern, daher ist es bei der gerichtlich-medicinischen Analyse nothwendig, die Aufmerksamkeit auf die optische Fähigkeit der erhaltenen Producte zu richten.

10. Was die Farbenreactionen betrifft, so sind sie ebenso verschiedenartig, wie bei den pflanzlichen Alkaloiden. Daher ist eine spectroskopische Untersuchung sehr nothwendig zum Vergleich der Farbenreactionen der bekannten Pflanzenalkaloide mit den Reactionen des bestimmten Ptomains.

11. Bei der gerichtlich-chemischen Untersuchung vermeidet man am besten die Schwefelsäure ganz und ersetzt sie durch Weinsäure, da diese Ansäuerung vollkommen genügend ist zum Extrahiren der Alkaloide. Die weitere Behandlung, d. h. das mehrfach wiederholte Durchschütteln etc. geschieht am zweckmässigsten nach der Methode von Dragendorff, wie die Versuche Graebner's[1]) beweisen.

VII. Die Zuckerharnruhr. Mit einer ausführlichen Diätetik für Zuckerkranke von Dr. Emerich Hertzka. Karlsbad u. Nizza. Verlag von Hans Feller. 1884. Ref. S. Guttmann.

Bei der Beurtheilung einer neuen Darstellung der Zuckerharnruhr kommt man zunächst in die Lage, sich zu fragen, ob denn bei der geradezu abnormen Fülle von Abhandlungen über diesen Gegenstand eine weitere, im Ganzen und Grossen sich doch nur auf die bereits vorhandenen Kenntnisse stützende Ausdehnung der Literatur berechtigt ist. Trotzdem neue Bahnen für die Erkenntniss der chemisch-physiologischen Vorgänge und der Therapie auch in dieser Schrift nicht geebnet, sind, wird doch bald jeder Leser des vorliegenden Buches, und sollte er es mit noch so wenig entgegenkommendem Wohlwollen in die Hand nehmen, sich überzeugen, dass der Autor sich auf Grund einer Fülle in dem Buche niedergelegter werthvoller Beobachtungen und auf Grund der Art der Darstellung an die Aufgabe wagen durfte. In anschaulicher und verständiger Weise führt er den Leser durch das Labyrinth der heutigen, jeder Kritik nicht Stich haltenden Theorien und weiss er sich durch die Art der Sichtung des Materials und durch Kritik zum Theilhaber an der Mitarbeit zur Lösung dieser so schwierigen Frage zu machen. Seine Schlüsse und Rathschläge legt er in dem ausführlich behandelten Capitel der Behandlung nieder.

Er hebt ausdrücklich hervor, dass wir nicht ganz so waffenlos dieser Krankheit gegenüber wären, wie es hie und da heisst — und weist er auf die gegenüber so manchem Erfolge gewiss nicht zu verkennenden Vorzüge der Karlsbader Kur hin.

Das Capitel der Behandlung gliedert er in die hygienische (Zimmergymnastik, Abreibungen, Gymnastik, Schwimmen), in die diätetische und therapeutische Behandlung.

Bei der entschieden hervortretenden Tendenz des Leidens an Verbreitung zuzunehmen, verdient Jeder Dank, der so wie der Autor seine eigenen, wie die vorhandenen Erfahrungen prüft, um die Krankheit zur rechten Zeit zu erkennen, die Mittel zu ihrer Heilung und ihrer Verhütung zu ergründen.

VIII. Der Bericht der zur Prüfung des Pasteur'schen Experiments über die Prophylaxe der Wuth-Krankheit eingesetzten Commission. (Commission dite de la rage.)

In Nummer 23 dieser Wochenschrift gab Herr Dr. Thieme einen ausführlichen Bericht über die Mittheilungen Pasteur's an die Akademie der Wissenschaften zu Paris bezüglich seiner Versuche über das Wuthgift und die von ihm seiner Ansicht nach erzielte sichere Prophylaxe gegen die Wuth durch Schutzimpfungen mit dem abgeschwächten Virus. 1881 hatte Pasteur bekanntlich gezeigt, dass die Wuthkrankheit constant bei gesunden Hunden hervorgerufen werde, wenn man Cerebrospinalmasse wuthkranker auf sie einimpfe, sei es durch Trepanation oder durch intravenöse Injection. Die Abschwächung des Virus, dessen Mikroorganismus immer noch nicht gefunden ist, trotzdem ihn Pasteur früher bekanntlich mehrmals entdeckt hatte, wurde hervorgebracht, um dies noch ein Mal kurz zu resumiren, während wir im Uebrigen auf Dr. Thieme's Artikel verweisen, nicht durch, bestimmten Einwirkungen ausgesetzte Culturen, sondern durch die Ueberimpfung des Wuthgiftes von dem Hunde auf den Affen, wodurch es geschwächt wird, während die Virulenz desselben gesteigert wird durch Ueberimpfung auf Kaninchen und Meerschweinchen. (Es handelt sich daher um die gleichen Erfahrungen wie bei den Experimenten Pasteur's und Thuillier's dem Rouget des porcs gegenüber. Diese Wochenschrift 1883, S. 768). Die Ueberimpfungen von Affe auf Affe könnten so weit fortgesetzt werden, bis ein Virus erzeugt werde, der, selbst durch Trepanation auf Hunde übertragen, diese gesund lasse, aber in einen für die Tollwuth refractären Zustand versetze. Auf Pasteur's Antrag wurde eine Commission eingesetzt, bestehend aus Bouley Vorsitzender, Villemin Schriftführer, Paul Bert, Béclard, Tisserand Director im Ackerbau-Ministerium und Vulpian. Sie hat am 4. August ihren ersten Bericht an den Minister veröffentlicht.

Zuvörderst bestätigte sie in Pasteur's Laboratorium die Wirksamkeit der Impfungen auf Meerschweinchen; wie P. annoncirt hatte, trat die Wuth fünf Tage nach der Inoculation ein.

Am 1. Juni begann die Controlle der Pasteur'schen Experimente. Stückchen von dem Bulbus eines zu Alfort an Wuthkrankheit zu Grunde gegangenen Hundes wurden in sterilisirter Bouillon emulsirt und davon zwei Tropfen vermittelst Pravaz'scher Spritze, deren Nadel an ihrem Ende fast rechtwinklig gekrümmt ist, unter die Dura mater des Thieres gebracht, die durch eine kleine Trepankrone von 5—6 mm Durchmesser freigelegt war. Jede Verletzung der Hirnsubstanz wurde vermieden. Während Pasteur selbst die Immunität der von ihm der Schutzimpfung unterworfenen Hunde gegen den stärksten von ihm gezüchteten Virus zeigte, fand die Commission Gelegenheit, sie auch den Bissen wuthkranker Hunde gegenüber zu prüfen.

Die Commission ist zu folgenden Schlüssen gekommen.

1. Am 1. und 6. Juni werden vermittelst Trepanation durch den einem wuthkranken Hunde (Rage des rue's) entnommenen Virus 10 Hunde inoculirt, von denen 5 schutzgeimpft, 5 frisch dem Hundestall entnommen waren.

2. Am 3., 4., 10., 17. und 28. Juni lässt man durch Hunde, welche an spontan entstandener Wuthkrankheit leiden, 12 Hunde beissen, von denen 6 schutzgeimpft sind, 6 als Controllthiere dienen.

3. Man inoculirt durch intravenöse Injection von Virus spontan entstandener Wuthkrankheit am 19. Juni 6 Hunde. Am 20. Juni inoculirt man 12 Hunde durch einen sehr starken Virus aus dem Bulbus eines Kaninchens. Dieser Virus war erzeugt, indem Pasteur die Intensität den ursprünglichen Stoff durch 46 Ueberimpfungen von Kaninchen auf Kaninchen gesteigert hatte und, ruft ihm zufolge bei Anwendung der Trepanation ausnahmslos die Wuthkrankheit bei Kaninchen in 7—8 Tagen, bei Hunden in 8—10 Tagen hervor. Am 26. Juli endlich werden noch 2 Hunde mit dem Virus eines nach der Impfung gefallenen Controllhundes geimpft.

Die Commission hat also zu ihren verschiedenen Versuchen 42 Hunde benutzt, von denen 23 durch Pasteur als refractär erklärt wurden, während 19 Controllhunde einer Präventiv-Impfung nicht unterworfen waren.

Von den 19 Controllhunden sind wuthkrank geworden:

3 von sechs durch Bisse wuthkranker Hunde,

6 von acht durch intravenöse Inoculation des Wuthgiftes,

5 von fünf durch Inoculation des Wuthgiftes vermittelst Trepanation.

Von den 23 schutzgeimpften Hunden ist kein einziger wuthkrank geworden.

Ein refractär gemachter und am 6. Juni durch Trepanation inoculirter Hund fiel am 13. Juli in Folge von Diarrhoe. Man impfte von seinem Bulbus durch Trepanation an demselben Tage 3 Kaninchen und ein Meerschweinchen. Alle vier waren am 4. August noch vollkommen gesund.

Die Commission hält ihre Aufgabe noch nicht für beendet, ihre ersten Ergebnisse aber schon jetzt für derartige, dass sie hätten veröffentlicht werden dürfen.

Es blieben aber, fährt sie fort, noch zahlreiche Thatsachen durch Versuche zu prüfen.

Für eine der wichtigsten Aufgaben der Experimentalkritik hält die Commission die folgende.

Es müssten durch sie oder in ihrer Gegenwart eine grosse Zahl

[1]) Beiträge zur Kenntniss der Ptomaine. Diss. Dorpat 1882 und Dragendorff, Pharm. Zeitschr. f. Russland 1882 No. 28 und 29.

Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ganz frischer Hunde schutzgeimpft und ihr ferneres Verhalten mit einer gleichen Zahl nicht schutzgeimpfter Controll-Hunde geprüft werden.

Mit anderem Worte die Experimente, welche an den Hunden, die Herr Pasteur schutzgeimpft habe, hätten zu entscheidenden Resultaten geführt. Es handle sich für die Commission aber noch darum, zahlreiche Thiere, die von ihr selbst geimpft seien, Versuchen verschiedensten Charakters zu unterziehen.

Später werde sich die Commission noch mit der Prophylaxe gegen die Wuthkrankheit bei schon gebissenen Hunden zu beschäftigen haben, d. h. mit der Möglichkeit, bei ihnen während der Incubationszeit eine Immunität hervorzurufen, welche den Ausbruch der Wuth verhindere. Herr Bouley fügt noch hinzu, dass auch die Dauer der Immunität jedenfalls zu prüfen sei.

Herr Bouley verfehlt nicht, die Veröffentlichung des Berichtes, trotzdem es sich in demselben nur um die erste Serie von Experimenten handle, seinerseits damit zu motiviren, dass man Herrn Pasteur in den Stand setzen wolle, sich auf diesen Bericht in der Mittheilung zu berufen, die er sich vorgenommen habe, dem internationalen Congress in Kopenhagen zu unterbreiten, „sur ces magnifiques résultats, qui honorent à un si haut degré la science française et lui constituent un nouveau titre à la reconnaissance de l'humanité.“ Sapienti sat!

P. B.

IX. Der Bericht Straus' in der Pariser Akademie der Medicin am 5. August 1884 über die von ihm und Roux in Toulon vorgenommenen Untersuchungen zur Cholera mit einigen kritischen Bemerkungen dazu.

(Bulletin de l'Académie de Médecine No. 32.)

I.

Straus und Roux haben in zwei Hospitälern Toulons 18 Sectionen ausgeführt und zwar zumeist unter den günstigsten Bedingungen. Ausserdem standen ihnen die Dejectionen, das Erbrochene und der Urin zahlreicher im Marinehospital behandelter Cholerakranker zu Gebote.

Zuvörderst geht ihr Bericht auf die Seitens der französischen Commission in Egypten gesammelten Erfahrungen zurück. Sie hatten damals in einer gewissen Zahl von Fällen in den oberflächlichen Partien des Dünndarms Mikroorganismen aller Art, meistens Bacillen, verschieden nach Grösse und Aussehen gefunden. Einer der häufigsten sei ein Bacillus gewesen, der ziemlich an den der Tuberculose erinnerte. An manchen Stellen überwog diese Varietät offenbar und zeigte sich bis in der Submucosa, ohne jemals in die Muscularis oder in die Blutgefässe zu dringen. Es fanden sich noch andere bacilläre Formen und „hier und da die Dicke der Mucosa infiltrirend, verschiedene Mikrokokken“. Diese Enteromykose sei besonders in dem untern Theil des Dünndarms ausgesprochen gewesen.

Allerdings habe es sich bei der Frühzeitigkeit der Sectionen nicht um cadaveröse Processe handeln können, aber positive Schlüsse über die Ursache der Krankheit habe die Commission aus ihnen doch nicht ziehen können. Die Verschiedenheit der Mikroorganismen erregte vielmehr bei ihnen den Verdacht einer secundären Invasion. Herr Straus citirt aus dem ersten Bericht der französischen Commission über die Cholera in Egypten wörtlich, dass letztere damals die Forderung nicht erfüllt gesehen habe; dass wenn einer der in der Darmwand gefundenen Mikroben die Ursache der Krankheit sei, man ihn hätte stets finden müssen. Dies sei nicht der Fall gewesen. Die Commission habe die Mikroorganismen besonders in Fällen protrahirter Cholera gefunden, die mit Hämorrhagien des Darmes verbunden waren. „In drei Fällen foudroyanter Cholera — konnte die Commission in der Darmwand die Gegenwart von Mikroorganismen nicht feststellten.“ „In einem anderen sehr acuten Falle war ihre Zahl sehr gering.“ Nun hätte aber gerade in diesen peracuten Fällen „der in der Darmschleimhaut gefundene Mikroorganismus sich besonders deutlich zeigen müssen, wenn er in der That primär und für die Cholera charakteristisch war“.

Verweilen wir an dieser Stelle einen Augenblick. Der von Straus angezogene Bericht befindet sich Revue scientifique 1883, II, No. 21 S. 644ff., die in ihrer No. 18 S. 561ff. schon den Bericht R. Koch's vom 17. September gebracht hatte. In diesem Berichte erwähnt Herr Straus aber auch seine mikroskopischen Untersuchungen der Cholerastühle. Sie wie die des Darminhaltes, der frisch den Choleraleichen entnommen wurde, „erwies die Gegenwart einer grossen Zahl von Organismen“. Sie gehörten verschiedenen Varietäten an, es waren unter ihnen Bakterien von verschiedenen Dimensionen, die einen unbeweglich, die anderen unbeweglich, isolirte oder in Zoogloea oder in Ketten vereinigte Mikroorganismen. Es war Herrn Straus damals „evident, dass unter den so überaus verschiedenen Organismen es unmöglich sei, den zu unterscheiden und zu bezeichnen, der mehr als ein anderer die Ursache der Cholera sein konnte“. (Wir übergehen denjenigen Theil des Berichtes, der sich mit der pathologischen Anatomie der Cholera sowie den, der sich mit den Thierversuchen beschäftigt, hier vollkommen. Auf einen anderen Punkt aber kommen wir noch zurück — nämlich auf die im Blute gefundenen „Körperchen“.) In der vierten Nummer der Archives de Physiologie normale et pathologique 1884 veröffentlichten die Herren Straus, Roux und Nocard, zugleich im Namen des verstorbenen Thuillier, dann noch eine ausführlichere Arbeit über ihre anatomischen und experimentellen Untersuchungen, über die ich in No. 26 dieser Wochenschrift S. 409 referirt habe.

In dieser Arbeit wird ebenfalls nur R. Koch's erster Bericht angezogen, trotzdem auch die späteren in Frankreich selbst durch die Sémaine médicale längst veröffentlicht worden waren. Sie ignorirt daher vollständig, dass wie ich in meinem Referate betonte, erst diese späteren Untersuchungen es gewesen sind, auf welche Koch sein Urtheil über die Bedeutung der „Cholerabacillen“ begründet. Indessen wir müssen doch einen eigentlichen Fortschritt constatiren.

Wir sehen, in der Revue scientifique wird der dem Bacillus der Tuberculose ähnliche Bacillus am häufigsten gefunden und, setzen wir hinzu, auch direct ausgesprochen, jedenfalls habe Koch in seinem ersten Berichte ihn gemeint. In den Archives begegnet er den französischen Forschern in „fast allen Fällen“. Aber auch jetzt noch schliessen die Herren Straus etc. daraus, dass seine häufige Gegenwart lediglich beweise, dass er im Choleradarm einen besseren Nährboden finde, als die anderen Mikroorganismen, und wiederholen, was sie über die peracuten Fälle gesagt hatten. Aber fahren sie jetzt fort, selbst wenn dieser Bacillus constant wäre, so würde dies doch nur als ein Indicium seiner Rolle für die Cholera angesehen werden, um Schlüsse zu ziehen sei ein geschlossener Kreis von Experimental-Untersuchungen nothwendig. Indessen die Verfasser behaupten nicht mehr mit der früheren Bestimmtheit, jedenfalls habe Koch diesen von ihnen gefundenen Bacillus gemeint. Sie erklären vielmehr, da Herr Koch die von ihm geübte Technik bisher nicht kund gegeben habe, so wäre ihnen eine Entscheidung nicht möglich. Nach den früheren, ausführlichen Veröffentlichungen Koch's ist ein naiveres Zugeständniss selbst verschuldeter Unwissenheit nicht möglich. (Wir wollen nur noch erwähnen, dass bekanntlich der Kommabacillus nur halb oder höchstens $^2/_3$ so lang als die Tuberkelbacillen ist.) Der Arbeit in den Archives sind auch Tafeln beigegeben, deren erste anscheinend die Identität des von ihnen häufigst gefundenen und des Koch'schen Cholerabacillus erweisen sollen, indessen keiner der auf ihr abgebildeten Mikroorganismen hat die charakteristischen Merkmale des Cholerabacillus.

II.

In Toulon finden die Herren Straus und Roux Alles bestätigt, was sie über Egypten berichtet. Wieder finden sie vielfach in der Darmschleimhaut verschiedene Formen von Mikroorganismen und zwar wieder vor Allem in protrahirten Fällen überhaupt Mikroorganismen, und vermissen sie in acuten. Von 18 Fällen finden sie sie nur in 7 Fällen. Aber sie erfahren jetzt, dass Koch keinen besonderen technischen „Kniff“ anwendet, er färbt wie sie, und so hielten sie sich für berechtigt auszusprechen, dass in einer grossen Zahl von Cholerafällen, und zwar in den ausgesprochensten, Mikroorganismen in der Darmwand nicht gefunden würden.

Wir halten es, ganz abgesehen davon, ob die Herren Straus und Roux diesmal zufällig Recht haben sollten, für einen Trugschluss.

III.

Herr Straus kommt nun zu der pièce de resistance seines Exposé, zu seinen Beobachtungen in Toulon in Gemeinschaft mit Koch. Bis dahin hatten sie den Kommabacillus noch gar nicht gesehen, jetzt fanden Straus und Roux in vielen Fällen im Darminhalt, auch in dem reisartigen, je nachdem prädominirend oder nicht, unter verschiedenen Arten von Mikroorganismen, den Bacille en virgule und zwar in 3 unter 13 Fällen in grosser, in 4 in kleiner Zahl, in 5 gar nicht. Allerdings, sie geben zu, dass sie es nicht mit Fällen zu thun hatten, die der Untersuchung günstig waren.

In einem Falle foudroyanter Cholera, den sie in Gemeinschaft mit Koch secirten, fanden sie endlich den Kommabacillus in solcher Reichhaltigkeit, dass sie geradezu den Eindruck einer Reincultur erhielten, und dieselbe Beobachtung machten sie auf's Neue in einem zweiten ebenfalls sehr rapide verlaufenden Falle.

Diese Fälle sieht sich Herr Straus selbst gezwungen für „packende“ zu erklären, in anderen sei die Verschiedenheit der im Darm gefundenen Mikroorganismen so gross, dass die präponderirenden sich nicht sofort erkennen liessen. Hier mache Koch von seiner Methode der Reincultur Gebrauch, die uns ja allen bekannt ist.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Trotz alledem wollen die Herren Straus und Roux hieraus noch nicht den Schluss ziehen, dass der Kommabacillus der Cholerabacillus sei. Sie führen dagegen zuvörderst an das Fehlschlagen aller Thierversuche. Immerhin sei es möglich, dass der Bacillus im Choleradarm nur den ihm günstigen Nährboden finde und nicht primär sei.

Ausserdem sei der Nachweiss, dass der Kommabacillus sich nur im Choleradarm finde, auch von Koch noch nicht geführt. Seine Form sei für die Cholera nicht charakteristisch, man finde ganz ähnliche Formen in Fällen, die mit der Cholera nichts zu thun hätten. So habe Maddox einen solchen Kommabacillus photographirt, den er in einem Wasser-Reservoir gefunden. Malassez habe Präparate von gleichen Bacillen vorgezeigt aus dysenterischen Stühlen, dem Vaginalschleim leukorrhoischer Frauen, und der Schleimabsonderung aus einem Uterus mit beginnendem Epithelial-Carcinom. Herr Straus muss aber selbst darauf hinweisen, dass in solchen Fällen die Isolation dieser dem Kommabacillus ähnlichen Mikroorganismen durch die Reincultur erzielt werden müsse — aber warum fällt er denn schon vorher ein Urtheil?

Sei der Kommabacillus die wahre Ursache der Cholera, so müsse man annehmen, dass er ein lösliches Ferment, ein Ptomain, irgend ein Gift absondere, und man solle versuchen, dies Gift aus den Reinculturen zu extrahiren und mit demselben am Thier zu experimentiren.

IV.

In ihren ersten Berichten gab die französische Choleracommission (Revue scientifique 1883) noch von einem Befunde Kenntniss, dem sie offenbar eine grosse Bedeutung zusprach. Sie sah im Blute, das Choleraleichen einige Stunden nach dem Tode entnommen wurde, kleine sehr bleiche, etwas langgezogene, in der Mitte wie eingeschnürt erscheinende Körperchen, die sich am besten mit denen des Milchfermentes vergleichen liessen, nur seien sie viel kleiner und von so geringer Brechbarkeit, dass sie sich schwer erkennen liessen. Wenn man Cholera-Blut sorgfältig auffange und bei 38° C. conservire, und es nach 24-48 Stunden untersuche, so finde man diese Körperchen sehr vermehrt und bisweilen in kleinen Ketten vereinigt. Es scheine, dass unter solchen Bedingungen eine Cultur von Mikroorganismen im Blute stattfinde. Die Reincultur dieser anscheinenden Organismen in Nährlösungen gelang freilich nicht. Trotzdem also auch für sie der Beweis, dass sich ein Mikrobe im Cholerablute finde, nicht vorhanden war, hielt die französische Choleracommission doch den Gedanken fest, dass sich bei neuen Untersuchungen die Aufmerksamkeit besonders auf das Blut richten müsse. Man dürfe hoffen, dass später neue Versuche einer Reincultur erfolgreich sein würden, um so mehr als der Gedanke durch die klinische Erfahrung unterstützt werde.

Herr Koch kam in seinem vierten Berichte auf diesen Befund kurz und schlagend zurück. Er zeigte, dass die von der französischen Commission gegebene Beschreibung der von ihnen im Cholerablute gefundenen Körperchen durchaus den bekannten, auch im Blute gesunder Menschen und solcher, die andere Krankheiten als Cholera überstanden, vorkommenden Blutplättchen entspreche, und dass sie in denselben Irrthum wie andere Forscher verfallen seien, indem sie sie für specifische Organismen hielten.

In der viel später in den Archives erschienenen schon erwähnten Arbeit der französischen Cholera-Commission spricht sich dieselbe, da ihr Koch's Kritik wohl bekannt geworden war, sehr viel vorsichtiger aus. „Obwohl das Fehlschlagen von Reinculturen" heisst es dort „nicht beweist, dass mikroskopische Organismen im Cholerablute nicht existiren, so haben wir doch über diesen Punkt einen Beweis nicht beigebracht." Neue Culturversuche werden nicht mehr angerathen. In der Sitzung der Akademie der Medicin vom 5. August berichtet Herr Straus, dass ihnen in Toulon dieselben Körperchen in vielen Fällen begegnet seien. „Wir glauben" fährt er fort „dass diese Körperchen auf eine Veränderung des Hämoglobin zurückzuführen sind, dies ist anscheinend auch die Meinung unseres Freundes Malassez". In der That, nur die Franzosen verstehen es, Irrthümer zuzugeben und dabei doch zu behaupten, sie hätten von Anfang an Recht gehabt, während doch Herr Straus in der Academie nunmehr lediglich bestätigte, was Herr Koch von Calcutta aus nach der Beschreibung der Commission sofort erklärt hatte.

V.

Résumiren wir.

Die französische Choleracommission fand in Egypten in der Darmschleimhaut die verschiedenartigsten Organismen (auch Mikrokokken!) und unter ihnen einen der in vielen Fällen zu präponderiren schien — alle aber hatten ihr zu Folge einen secundären Charakter und keinen Zusammenhang mit der Cholera. Ganz willkürlich insinuirte sie, dieser oft präponderirende Bacillus werde wohl der von Koch in seinem ersten Berichte beschriebene sein.

Mit dem Darminhalt und den Dejectionen weiss die französische Choleracommission gar nichts anzufangen; die Koch'sche Methode der Reincultur auf festem Nährboden kennt sie nicht. Im Blute findet sie ein Körperchen, den sie für einen Mikroorganismus ausspricht.

Das ist die ganze Ausbeute, mit der sie heimkehrt. Diese Ausbeute erscheint in keiner Weise vermehrt in der ausführlichen Arbeit des Archives, aber etwas vorsichtiger werden in ihr schon die Resultate formulirt. Auch in Toulon bleiben die Ergebnisse, zu denen Straus und Roux gelangen, zuvörderst gering und unsicher. Erst durch Koch werden sie in den Stand gesetzt, eine wahre Reincultur des Kommabacillus in Fällen von foudroyanter Cholera im Darm zu constatiren, während sie in diesen selben Fällen die berühmten Körperchen im Blute nicht finden. Vor Koch's Demonstrationen haben die Herren Straus und Roux den Kommabacillus überhaupt gar nicht unterscheiden können. Was sie bis dahin an Mikroorganismen fanden, entspricht ganz den „Resultaten" ihrer Forschungen in Egypten und ist nach ihrer eigenen Darlegung irrelevant.

Herr Straus giebt in der Akademie, so weit diese Thatsachen in Frage kommen, der Wahrheit die Ehre, aber ihre Bedeutung kann und darf er natürlich nicht anerkennen, und dennoch, trotz der mehr als dürftigen Motivirung seiner Bedenken, trotzdem Herr Straus eigentlich Alles zurücknimmt, was er aus Egypten referirt hat, feiert die Akademie seinen Bericht als ein hervorragendes Ereigniss, als einen Sieg französischer Wissenschaft über die deutsche! In der That, selbst nach den Erfahrungen der letzten Jahre hätten wir diese Bescheidenheit in ihren Anforderungen der gelehrten Körperschaft doch nicht zugetraut.

Freilich sie trat darin, und zwar immer noch relativ schüchtern in die Fusstapfen zweier Leuchten französischer Wissenschaft.

Zuvörderst zeigt sich Herr Paul Bert auch hier ganz seiner würdig.

In der Sitzung der Société de Biologie am 10. November, in welcher der Bericht der französischen Cholera-Comission verlesen wurde, präsidirte Herr Bert und erklärte, die von jener erzielten Resultate bewiesen, dass der Punkt von dem die deutsche Mission ausgegangen, ein falscher gewesen sei. Also die Deutschen suchen die Ursache der Cholera in einem Mikroorganismus im Darm — falsch, grundfalsch, im Blute wird man sie suchen. Und dieser selbe Paul Bert scheut sich nicht, im Neuen Wiener Tageblatt (No. 191, 12. Juli) zu schreiben, schon im Vorjahre in Egypten hätten Herr Dr. Koch und die Mitglieder der französischen Commission in den Choleraentleerungen und in der Schleimhaut des Darmrohres, unter manchen anderen wahrscheinlich harmlose Mikrobien eine besondere Mikrobie erfasst, bestimmt „und gezeichnet, die dann in Gelatine-Abkochungen gezüchtet werden konnte!" „Die betreffende Bacterie" heisst es weiter „wurde von dem Einen und wurde von den Anderen gesehen". P. Bert findet den einzigen Unterschied zwischen Koch und den Schülern Pasteur's darin, dass jener sich mit zu grosser Bestimmtheit ausspreche, die Franzosen seien reservirter und nicht mit Unrecht. „Der beständige und übereinstimmende Befund, dass diese Mikrobie bei allen Cholerakranken vorhanden sei, und ihr ebenso beständiges Fehlen in Leichen von Personen, die an anderen Krankheiten verstorben waren, macht es in hohem Grade warscheinlich, dass man es da mit der Ursache der Cholera zu thun habe."

Welche Lügenhaftigkeit in so wenigen Zeilen! Erst sind die Deutschen auf ganz falschem Wege. Dann war es doch der rechte, nun sind sie es aber nicht allein gewesen, sondern ganz gleichberechtigt die Franzosen.

Herr Pasteur spielt diesmal eine mehr komische Rolle.

Am 27. August 1883 telegraphirte er an Dumas, den Präsidenten der Akademie der Wissenschaften zu Paris:

Je reçois ce matin des nouvelles telegraphiques de la Mission française de cholèra en Egypte.

Très curieuses observations avec grand caractère de nouveauté et constantes dans le sens espéré.

Je vous communiquerai la lettre détaillée attendue.

Vergeblich wartete die wissenschaftliche Welt auf diesen Brief. Herr Pasteur schwieg, und er hat bis auf den heutigen Tag geschwiegen.

Ist er denn wirklich nicht zu bewegen, den so emphatisch angekündigten Brief und die darin enthaltenen curieuses observations d'un caractère de nouveauté et constantes dans le sens espéré als einen Beitrag zur Geschichte französischer Wissenschaft noch zu veröffentlichen?

P. B.

Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

X. Journal-Revue.

Physiologie.

2.

Ueber directe Reizung der Herzoberfläche von M. Schiff, Archiv für die ges. Physiol. Bd. 28, S. 200.

Ueber die locale Diastole des Herzens von B. Luchsinger. Ebenda S. 556.

Die von S. vor etwa 30 Jahren entdeckte, dann neuerdings von Ranvier, Aubert, Rossbach wieder aufgefundene locale Diastole des Herzmuskels ist eine interessante Thatsache, welche von S. und L. in höchst einfacher Weise erklärt wird. Der Vorgang ist bekanntlich folgender. Wenn man bei einem langsam schlagenden Herzen eines Kaltblüters etwa dem eines Frosches, einer Kröte etc. eine Stelle des Ventrikels mechanisch reizt, z. B. mit einem stumpfen Instrument betupft, so markirt sich bei der darauf folgenden Systole (mitunter auch mehreremale hintereinander) die berührte Stelle in höchst eigenthümlicher Weise. Sie hebt sich nämlich als diastolischer, rother Wulst von dem übrigen blassen, contrahirten Herzmuskel deutlich ab. Im Wesentlichen dasselbe Resultat erhält man bei elektrischer, chemischer und wie L. zeigte, auch bei localer thermischer Reizung. Letztere beschleunigt aber bekanntlich den Ablauf einer Muskelcontraction; und hierin liegt denn die einfache Lösung dieses soviel besprochenen Vorganges. Reizt man diastolisch (wo die Erscheinung am klarsten) oder systolisch, immer läuft die Contraction der gereizten Stelle schneller ab, als die des übrigen Herzmuskels. Sie ist also während einer längern Zeit der Systole schon wieder erschlafft und wird von dem unter starkem Druck stehenden Blute diastolisch hervorgetrieben. Auch an atropinisirten Herzen beobachtet man die gleiche Erscheinung.

Grützner.

Ueber das Herz von Helix pomatia von Dr. Wilhelm Biedermann in Prag. (Wiener Akademieber. Bd. 89, Abthlg. 3, S. 19.)

Einen höchst interessanten, sich unmittelbar an die voraufgehenden Arbeiten anschliessenden Beitrag zur Lehre von den erregbaren und contractilen Substanzen liefert obengenannte Arbeit.

Es ist nicht schwer durch Entfernung entsprechender Schalenstücke das Herz der Weinbergsschnecke (Helix pomatia) blosszulegen und in seiner rythmischen Thätigkeit zu beobachten, wie dies vor B. schon Andere z. B. Foster gethan haben. Da dieses Organ, soweit wenigstens die mikroskopischen Untersuchungen zeigten, frei von nervösen Elementen ist und nur Muskelfasern enthält, so stellt es gewissermaassen ein reineres, einfacheres Versuchsobject dar, als das Herz des Frosches. An diesem Schneckenherzen zeigte nun B. zunächst, dass seine Thätigkeit wesentlich von dem Spannungszustande abhängig ist, unter welchem die vermittelst eingebundener Canülen eingeführte Flüssigkeit (Schneckenblut, physiologische Kochsalzlösung) steht. Mit der Druckhöhe wächst, wie dies nach neueren Untersuchungen auch an vielen andern musculösen Hohlorganen beobachtet wurde, die Schlagzahl. Hierbei bemerkt man nicht selten einen lang anhaltenden, gleichmässigen Contractionszustand des Ventrikels, der sich in Folge plötzlicher Drucksteigerung unmittelbar an eine Reihe regelmässiger, rhythmischer Zusammenziehungen anschliesst. Ein Analogon findet dieser Zustand in den cardiotonischen Zuständen des gesammten Froschherzens (Aubert, Gaskell) und in der nur örtlich beschränkten idiomusculären Zusammenziehung desselben, welche zuerst Schiff beobachtet und Rossbach unter dem Namen der Schrumpfung beschrieben hat.

Erhöhung der Temperatur auf 38—40°C. vermehrt ebenfalls die Schlagzahl des Herzens; zudem löst sie schnell jenen oben beschriebenen „Drucktonus" und noch schneller einen durch Abkühlung eines vorher erwärmten Herzens erzeugten „Kältetonus", der sofort in einen dauernden diastolischen Zustand übergeht. Hierbei kann man beobachten, dass ein in derartiger tonischer Contraction befindlicher Ventrikel auch durch locale, mechanische Reizung in vollkommene diastolische Erschlaffung geräth, deren langsames Fortschreiten von dem Orte der Berührung sich mit dem Auge verfolgen lässt. In seltenen Fällen bleibt die Erschlaffung local. Man hat also die oben beschriebene locale Diastole vor sich.

Die merkwürdigsten Ergebnisse aber liefert die elektrische Reizung des Schneckenherzens, insonderheit diejenige mit constanten Strömen. Leitet man nämlich einen Strom von 1—2 Daniells vermittelst unpolarisirbarer Elektroden durch ein in Contraction befindliches Herz, so beobachtet man ausnahmslos, dass die nach Schliessung des Stromkreises auftretende Erschlaffung des Ventrikels von der Anode ausgeht und von hier aus langsam zur Kathode fortschreitet. Bei Anwendung schwächerer Ströme bleibt sie auf die Anode beschränkt. Hin und wieder geht, wenn der Tonus nicht allzustark entwickelt war, der Erschlaffung eine ganz kurz dauernde Zusammenziehung voraus, die wie es scheint, alle Theile des Ventrikels gleichzeitig erfasst. Quetscht man jedoch den Ventrikel quer mitten durch, so dass der physiologische Zusammenhang der Theile aufgehoben wird, und leitet längs durch ihn einen Strom, so bedingt die Schliessung des Stromes eine sofortige Contraction auf der Seite der Kathode und eine später erfolgende Erschlaffung auf der Seite der Anode. Bei Oeffnung des Kreises kehrt sich das Verhalten um und es gleichen einander durchaus die anodische Oeffnungs- und die kathodische Schliessungszusammenziehung auf der einen und umgekehrt die anodische Schliessungs- und kathodische Oeffnungserschlaffung auf der andern Seite. Die beiden letzteren pflanzen sich von den Orten ihrer Entstehung nach den gegenüberliegenden Herzabschnitten also in umgekehrter Richtung fort, indem der Erschlaffungszustand sich von Zelle zu Zelle überträgt.

Inductionsströme wirken wie auf andere sich langsam zusammenziehende Organe (glatte Muskeln) auch auf das Schneckenherz in höchst geringem Maasse, zeigen aber im Uebrigen keine von den constanten Strömen principiell verschiedene Wirkungen.

Schliesslich wendet sich B. auch zu der elektrischen Reizung des Froschherzens und findet, dass man bei unipolarer Reizung desselben mit schwachen Strömen (eine feine Elektrode auf das Herz, die andere indifferente auf die Kehlhaut oder sonstwo) an dem systolisch contrahirten Ventrikel eine auf die Gegend der Anode beschränkte Erschlaffung wahrnimmt; bei Anwendung stärkerer Ströme pflanzt sie sich, wie dies bereits Schiff von der localen, auf mechanischem Wege erzeugten Diastole beschrieben hat, von dem Orte ihres Entstehens weiter fort. Genau dieselben Erscheinungen, die man an dem contrahirten Ventrikel bei Schliessung eines Stromes an Stelle der Anode beobachtet, treten unmittelbar nach Oeffnung des Kreises an der Stelle der Kathode hervor. Erwähnt sei ausserdem noch, dass elektrische Reizung eines erschlafften ganglienfreien Herzens (wie bekannt) eine Zusammenziehung auslöst, die wie B. findet, von der Kathode ausgeht und sich ebenfalls von hier aus weiter verbreitet. Aehnlich behauptete bereits Schiff, dass die Zusammenziehung der Kammern in Folge Einwirkung äusserer Reize niemals in allen Theilen gleichzeitig erfolgt, sondern „stets peristaltisch von der Reizstelle ausgeht".

Aus der B.'schen Arbeit geht also die überaus wichtige Thatsache hervor, „dass irgend ein Vorgang z. B. der elektrische Strom, welcher bei directer Einwirkung den erschlafften, ruhenden Muskel nach bekannten Gesetzen zur Contraction bringt, eine schon bestehende Erregung in nicht minder gesetzmässiger Weise zu hemmen und so eine Erschlaffung des contrahirten Muskels herbeizuführen vermag. Ja man kann sogar nachweisen, dass sich diese Hemmung im Herzmuskel in ganz ähnlicher Weise wie die Erregung von dem Orte ihrer Entstehung aus fortpflanzt." — Hiernach muss also die locale Diastole des Herzmuskels in der entsprechenden Weise, also durchaus anders aufgefasst werden, als es bisher geschehen ist.

Grützner.

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

11.

Krafft-Ebing: Ueber transitorisches Irresein auf neurasthenischer Grundlage. — Irrenfr. 1883. No. 8.

Fälle von transitorischem Irresein sind in der Regel auf Epilepsie zurückzuführen. Die vom Verf. veröffentlichten 5 Beobachtungen sind dadurch ausgezeichnet, dass stuporartige Dämmerzustände, zum Theil mit Delirien der Standeserhöhung, Inanitionserscheinungen, Tremor der Musculatur, subnormaler Temperatur bei Individuen zur Erscheinung kamen, in deren Vorleben absolut keine Epilepsie sich nachweisen liess. Dagegen war bei Allen eine Neurasthenia cerebralis, durch körperliche und geistige Ueberanstrengung erworben, vorhanden und ging dem Ausbruch des transitorischen Irreseins voraus. Verf. warnt auf Grund dieser Fälle vor einer zu voreiligen Diagnose auf Epilepsie, wenn es sich um transitorisches Irresein handelt, da derartige epileptische und neurasthenische psychische Insulte sich zwar sehr ähnlich sein können, rücksichtlich der Prognose und Therapie aber einer verschiedenen Beurtheilung anheimfallen. Eickholt.

Kinderkrankheiten.

5.

De la tuberculose du testicle chez les jeunes enfants par P.-E. Launois, interne des hôpitaux. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Mai 1883.

Nachdem der Autor die Arbeiten von Giraldès, Papavonie, Dufour und Bonier über Hodentuberculose erwähnt, bemerkt er zunächst, dass die Hodentuberculose im Kindesalter keineswegs so sel-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ten ist, wie man für gewöhnlich glaubt. Dass die Krankheit aber häufiger beim Erwachsenen als beim Kinde angetroffen wird, erklärt Launois aus der so grossen physiologischen Verschiedenheit der Drüse vor und nach der Pubertät. Die Hodentuberculose beobachtete der Autor bei ganzen kleinen (mehrmonatlichen) Kindern, die von tuberculösen oder zum mindesten sehr schwächlichen Eltern stammten. Bei diesen Kindern, die theils mit der Mutterbrust, theils mit der Flasche aufgezogen wurden, bot das klinische Bild der Hodentuberculose geringe Abweichungen von dem bei Erwachsenen, nur entwickelt sich hier der Krankheitsprocess etwas langsamer. Eine genaue Untersuchung der übrigen Unterleibsorgane ergab bei diesen Kindern keine, der Untersuchung irgend wie zugängliche Abnormität. Die bei den Kranken eingeleitete Jodkali-Behandlung hatte, soweit dies Launois zu beobachten in der Lage war, auf die Geschwulstbildung keinerlei Einfluss. Im Anschluss an diese klinischen Bemerkungen über Hodentuberculose theilt L. 4 Krankheitsfälle mit. Der erste Fall betrifft einen 5monatlichen, durch seinen Vater tuberculös belasteten Knaben, bei dem der rechte Hoden im 3. Monate nach der Geburt sich auffallend vergrösserte und bald einen beträchtlichen Tumor darstellte. Der linke Hoden ist völlig normal. Fall III. hat mit Fall I. sehr viel Aehnlichkeit, indem ein 13monatlicher Knabe ebenfalls durch seinen Vater tuberculös belastet ist, während die Mutter gesund erscheint. Der Tumor befindet sich hier am linken Hoden und ist von aussergewöhnlicher Grösse. — Der dritte Fall betrifft einen 7monatlichen, der 4. einen $2^1/_2$jährigen Knaben, und beidemal handelt es sich um rechtsseitige Hodentuberculose. Beide Kinder sind von Seiten ihrer Eltern nicht tuberculös belastet.

Silbermann-Breslau.

XI. Die Cholera[1]).

VII.

1. Weiterer Verlauf der Epidemie.

In Südfrankreich charakterisirt sich die Epidemie anscheinend dadurch, dass sie nach kurzer Pause ihre frühere Intensität zum Theil wieder gewonnen hat. Sie überzog inzwischen eine gewisse Anzahl bisher frei gebliebener Ortschaften, so Lunel und vor Allem Gigean, wo sie mit so grosser Heftigkeit auftrat, dass von Montpellier Todtengräber und Särge dorthin geschickt werden mussten.

Die Cholerastatistik in Marseille, Toulon, Aix und Arles müssen wir zur Zeit wieder unterbrechen, da das authenthische Material fehlt.

Von grosser Bedeutung ist die zunehmende Verbreitung der Cholera in Italien, trotz der strengen, ja vexatorischen Sperrmaassregeln dieses Landes. Zum Glück ist der Charakter der Epidemie in Italien bisher derselbe geblieben, so dass grössere Besorgnisse noch nicht berechtigt sind, indessen die Seuche schwelt, möchten wir sagen, ununterbrochen fort und hat zur Bildung verschiedener Heerde geführt.

Noch bringen wir eine sehr verständige Verfügung des Statthalters der Reichslande, Feldmarschall Freiherr v. Manteuffel:

Strassburg, 8. August 1884.

Ew. Excellenz sende ich die mir vorgelegten Berichte der Bezirkspräsidenten zu Metz und Strassburg vom 7., bezw. 8. d. M. ganz ergebenst zurück, wonach für den 18. d. M. von Angehörigen Elsass-Lothringens eine Wallfahrt nach Lourdes veranstaltet werden soll. Solche Wallfahrten beruhen auf dem Glauben der einzelnen Individuen, und ich würde Bedenken tragen, auch angesichts der Choleragefahr in Glaubenssachen Verbote zu erlassen und den Hoffnungen, welche einzelne Kranke aus einer Wallfahrt nach Lourdes für ihre Heilung hegen mögen, hindernd entgegenzutreten. Diese Kranken haben unstreitig Veranlassung, sich selbst die Frage vorzulegen, ob es richtig ist, in dem Wunsche, eigene Heilung zu finden, den Landsleuten die Gefahr einer Erkrankung an der Cholera näher zu bringen, allein auch diese Prüfung bleibt Gewissenssache des Einzelnen. Wenn hiernach Verbote in solchen Glaubenssachen von seiten des Staates nicht zu erlassen sind, so steht andererseits ebenso fest für mich die Verpflichtung der Staatsgewalt, die Landeseinwohner, soweit dieses in menschlicher Kraft beruht, gegen die Gefahr der Cholera zu schützen. Wenn auch Lourdes nicht im derzeitigen Choleragebiete Frankreichs liegt, so lehrt doch die Erfahrung, dass die Ausbreitung dieser Krankheit vielfach sprungweise vor sich geht, und besteht keine Gewähr dafür, dass die Wallfahrer nicht auch Strecken passiren, in denen die Cholera ausgebrochen. Pflicht der Staatsgewalt ist es daher, alle Vorsichtsmaassregeln zu treffen, die geeignet sind, um bei der Rückkehr der Wallfahrer Elsass-Lothringen vor der Einschleppung der Cholera zu sichern. Ew. Excellenz stelle ich deshalb Ihrer mir ausgesprochenen Ansicht entsprechend anheim, das Erforderliche anzuordnen, um die Wallfahrer bei ihrer Rückkehr, sei es einzeln oder in ihrer Gesammtheit, einer strengen Quarantäne, die erfahrungsgemäss nicht nur wenige Tage dauern darf, zu unterwerfen, auch deren Bekleidungsstücke und Effecten auf das genaueste desinficiren zu lassen. Ew. Excellenz ersuche ich ganz ergebenst, diesen meinen Erlass den Herren Bischöfen mitzutheilen und seinen Inhalt zu veröffentlichen.

gez. E. Manteuffel, Generalfeldmarschall.

An den kaiserlichen Staatssecretär, Herrn Staatsminister v. Hofmann, Excellenz hier.

[1]) Siehe auch den Artikel über die Sitzung der Pariser Akademie der Medicin S. 538.

Die Sicherheitsmaassregeln auf den deutschen Eisenbahnstationen an der französischen Grenze werden ebenfalls mit grosser Strenge betrieben, sodass in Elsass-Lothringen jetzt thatsächlich Alles geschieht, um den gefürchteten Gast von unsern Grenzen fernzuhalten. Auf den Stationen ist zu jedem ankommenden Zuge ein Arzt anwesend, um vorkommendenfalls sogleich Hülfe leisten zu können: auch ist ein Isolirzimmer eingerichtet, um choleraverdächtige Personen sofort abgesondert beobachten zu können. Bis jetzt ist in Elsass-Lothringen noch kein Fall asiatischer Cholera vorgekommen, und die von Colmar ausgegangenen Nachrichten über eingetretene Choleraerkrankungen haben sich in jeder Beziehung als hinfällig erwiesen. Die Regierung hat mit Bezug auf die Choleragefahr Alles gethan, was in ihren Kräften steht.

2. Noch ein Mal R. Virchow und M. v. Pettenkofer.

M. v. Pettenkofer nimmt in No. 44 der Nation wiederum das Wort, um Herrn Virchow gegenüber seinen Standpunkt in der Cholerafrage zu vertheidigen. Neues über die Bedeutung des Trinkwassers und die Erklärung von Schiffsepidemieen enthält die Entgegnung nicht. Er habe nicht gesagt, es könne an Bord eines Schiffes die Cholera Niemand bekommen, der nicht am Lande sich angesteckt habe. In seiner bereits vor mehr als einem Decennium veröffentlichten Abhandlung über das Vorkommen der Cholera auf Schiffen führe er vielmehr von Friedel mitgetheilte Fälle an, wo z. B. nicht ein am Lande gewesener Officier, sondern sein an Bord gebliebener Bursche, nicht ein beurlaubter Zahlmeister (Steward), sondern dessen nicht beurlaubter Gehilfe an Cholera erkrankte, ähnlich wie es auch auf dem Lande vorkommt, wo z. B. in immunen Orten einzelne Personen auch durch etwas, das aus einer Choleralocalität kommt, hie und da inficirt werden, ohne dort gewesen zu sein.

Herr v. Pettenkofer betont nochmals, nicht Theorien hätten ihn auf seinen ausschliesslich localistischen Standpunkt geführt, sondern lediglich die Thatsachen hätten ihn auf ihn gezwungen und beschränkt.

Zum Schlusse wendet sich v. P. gegen die neuesten Sperrmaassregeln. Man werde damit jetzt nicht mehr ausrichten, als früher auch. Dass die Pest nicht mehr nach Europa komme, auch daran seien nicht die contagionistischen Maassregeln schuld, was sich recht deutlich in Wetljanka zeigte, wo die Krankheit 1879 an der Wolga Halt machte, schon ehe man Sperren und Isolirungen und Desinfectionen einrichtete. Europa werde nun wieder viele Millionen Geld, das man zu nützlicheren Zwecken verwenden könnte, vergebens der Cholera opfern.

Herr Virchow erwidert auf das letztere mit Recht, dass er schon im Reichstage und nachher in der „Nation“ die Absicht der Reichsregierung, von Sperrmassregeln abzusehen, ausdrücklich gebilligt habe. Freilich habe er es nicht für gleichgültig angesehen, ob man ein Choleraschiff in seine Häfen lasse, zumal wenn man das Glück hat, keine Landverbindungen mit inficirten Gebieten zu besitzen. Auch liege es ihm sehr fern, sich gegen Desinfection überhaupt auszusprechen.

Im Uebrigen wendet er sich wiederholt gegen v. P.'s Ansichten über die Nothwendigkeit von Dauerformen des Kommabacillus und erkennt eine Berichtigung v. P.'s bezüglich der Cholera-Epidemieen Englands als begründet an.

Wir haben an anderer Stelle über diese ganze Controverse uns ausgesprochen.

XII. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

(Erste vorläufige Mittheilung.)

Der feierlichen Eröffnungs-Sitzung am 10. August, welche im Prachtsaale des Industriepalastes stattfand, wohnten das dänische und griechische Königspaar und der dänische Hof, sowie der Minister, das Präsidium des Reichstages und die Spitzen der Behörden bei. Die Begrüssungsrede hielt (französich) der Professor der Physiologie in Kopenhagen, Panum, namens der gesammten skandinavischen Aerzte. Ihm antwortete Sir James Paget, Präsident des letzten Londoner Congresses.

Hierauf betrat Virchow die Tribüne, um in deutscher Sprache ebenfalls dem Präsidenten zu antworten. Alle die hier versammelten Gelehrten der verschiedensten Staaten seien Repräsentanten der arischen Kultur. Der nun folgende Pasteur wurde mit enthusiastischem Jubel begrüsst. Die Wissenschaft, sagte er, habe kein Vaterland, sie gehöre der ganzen Menschheit an, doch sei jeder grosse Gelehrte auch ein guter Patriot, indem er am Ruhme seines Vaterlandes arbeite, während er für das Wohl der Menschheit thätig sei. Nach einer Pause, während welcher sich die königliche Familie mit den anwesenden Notabilitäten freundlichst unterhielt, wurde das definitive Bureau gebildet und Professor Panum zum Präsidenten, die skandinavischen Gelehrten Axel Key (Stockholm), Dall (Christiania), Held (Helsingfors) zu Vice-Präsidenten und Sir James Paget als Ehren-Präsident gewählt.

XIII. Oeffentliches Sanitätswesen.

I. Berlins Gesundheitszustand im Sommer 1884.

I.

Wenn in letzter Zeit im Hinblick auf die drohende Gefahr der in Frankreich herrschenden Cholera auch in Berlin allerlei beunruhigende Gerüchte von infectiösen Krankheiten, wie namentlich Cholera und Pocken zu cursiren pflegten, so muss demgegenüber auf Grund der authentischen Berichte des Statistischen-Büreaus der Stadt Berlin constatirt werden, dass nur ganz vereinzelte Cholerinefälle vorgekommen sind, wie solches

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eben in jedem Sommer bei unvernünftiger Lebensweise beobachtet worden ist. Einen Grund zu irgend welcher Beunruhigung ängstlicher Gemüther bietet der gegenwärtige Zustand der Berliner Gesundheitsverhältnisse keineswegs, denn ein Blick in die für eine lange Reihe von Jahren (seit 1873) vorliegenden Monatsberichte über Berlins Sterblichkeit besagt uns, dass in jedem Sommer, schon seit Beginn des Monat Mai, die Zahl der tödtlichen Fälle an Krankheiten des Verdauungsapparats der Kinder sich bedeutend steigert, eine Thatsache, die nicht bloss für Berlin, sondern auch für andere Grossstädte, wie namentlich München und Breslau ihre Geltung hat.

Für den Juni-Monat liegt der Bericht vor, dem wir die hauptsächlichsten Daten hier folgen lassen. Die Gesammtsterblichkeit im Juni betrug 2674 oder 26,25 vom Tausend der Bevölkerung, gegen 3852 bez. 38,84 im Vorjahre. Pocken weisen gegenüber 14 zur amtlichen Meldung gelangten Erkrankungsfällen nur einen Todesfall auf (im Mai wurden 18 Erkrankungen und 3 Todesfälle gemeldet). Typhus und Diphtheritis sind zwei Krankheiten, welche in einer Grossstadt wie Berlin nie ganz verschwinden, sondern je nach der Jahreszeit mehr oder weniger Opfer fordern. Dank der vorzüglichen sanitären Einrichtungen zur Entwässerung und Reinhaltung Berlins ist es allerdings gelungen, den Typhus allmählich auf eine nur geringe Zahl herabzudrücken. Die im Monat Juni vorgekommenen 12 Todesfälle an Typhus bei 69 Erkrankungen (im Mai 13 Todesfälle bei 62 Erkrankungen) sind wohl als ein günstiges Resultat dieser Bestrebungen anzusehen. Etwas stärker, doch keineswegs epidemisch, tritt die Diphtheritis auf, den 180 Todesfällen stehen 497 Erkrankungen gegenüber (im Mai 179 Todesfälle und 502 Erkrankungen). Masern und Scharlach traten gegenwärtig nur in geringer Anzahl und verhältnissmässig leicht auf, es sind im Juni 163 bzw. 181 Erkrankungen (gegen 129 bzw. 126 im Mai) mit 16 bzw. 38 Todesfällen (gegen 13, bzw. 26 im Mai) gemeldet worden.

In Bezug auf die ansteckenden Krankheiten, die ja für die öffentliche Gesundheitspflege von hervorragender Bedeutung sind, ist der gegenwärtige Gesundheitszustand Berlins als ein überaus günstiger und normaler zu bezeichnen; indess muss berücksichtigt werden, dass seit Eintritt der heissen, diesmal früh beginnenden Jahreszeit sich die Zahl der Sterbefälle an Verdauungskrankheiten, wie namentlich Diarrhöen, Brechdurchfall, Cholerine, Magen- und Magen- und Darmkatarrhen erheblich gesteigert hat. In den Jahren 1877/84 belief sich die Zahl der im Juni an Verdauungskrankheiten Gestorbenen auf:

1877:	1212	oder	34.5 Proc.	aller Todesfälle
1878:	1298	„	36,4	„ „
1879:	1158	„	36.4	„ „
1880:	1418	„	36,4	„ „
1881:	791	„	26,6	„ „
1882:	776	„	25.7	„ „
1883:	1001	„	25.1	„ „
1884:	585	„	21.8	„ „

Mithin lässt sich für die letzten Jahre eine ganz entschiedene Besserung constatiren, der tägliche Durchschnitt war diesmal pro Tag ca. 20 Todesfälle. Von eminenter Bedeutung sind bei Beurtheilung der Kindersterblichkeit die Ernährungsverhältnisse der Säuglinge: im Besonderen stellen sich die Todesfälle der gestorbenen Säuglinge folgendermaassen: natürliche Nahrung 151 oder 12.6 Proc., künstliche Nahrung 659 oder 56.4 Proc. und gemischte Nahrung 239 oder 20.4 Proc. Innerhalb ihres ersten Lebensjahres starben im Juni 1178 oder 44.2 Proc. der Gestorbenen, und zwar treffen davon auf den ersten Lebensmonat 266, auf den 2. = 136, den 3. = 124, den 4. = 118, den 5. = 121, u. s. w. Der Antheil der ersten fünf Lebensjahre an der Gesammtsterblichkeit in den letzten fünf Jahren war im Juni folgender:

1880:	2847	oder	73.1 Proc.
1881:	1868	„	62,8 „
1882:	2002	„	66.3 „
1883:	2678	„	67.4 „
1884:	1195	„	59,6 „

Auch hier zeigt sich in den letzten Jahren eine successive Verbesserung. Diese Thatsachen sind nicht allein von allgemein sanitärer, sondern auch von hoher socialer und socialökonomischer Bedeutung, und es dürfte deshalb wohl geboten sein, zu den Ursachen dieser für jede Grossstadt wohl zu beherzigenden, traurigen Erscheinung der Sommermonate hier einige Worte zu bemerken.

Es ist bereits nachgewiesen worden, dass es nur wenige Städte giebt, welche eine so hohe Temperatur im Innern der Wohnräume und eine so geringe Abkühlung während der Nachtzeit aufzuweisen haben, wie gerade Berlin. Diese andauernd hohen Temperaturen tragen nicht unwesentlich mit dazu bei, dass in den Verdauungsorganen insbesondere der Kinder eine rasche Gährung und Zersetzung der dargereichten Nahrungsmittel eintritt. Begünstigt wird dieser Missstand geradezu noch durch Fehler und grobe Nachlässigkeit bei der Art der Ernährung, so entstehen denn jene verheerenden Gesundheitsstörungen, denen der kindliche Organismus nur zu schnell unterliegt. In nicht geringem Maasse darf man wohl in Berlin die so rapid gesteigerte Zunahme der tödtlichen Brechdurchfälle im Sommer der Darreichung des Weissbieres zuschreiben, während auf der andern Seite in Weingegenden, Süddeutschland, derartige Krankheiten in Folge von Verdauungsstörungen weit seltner vorkommen. Die Ausserachtlassung der einfachsten Grundregeln der Diät trägt in erster Linie Schuld an der Berliner Kindersterblichkeit während der Sommermonate, auch Sauberkeit und Reinlichkeit bei Zubereitung der Kinderkost lassen vielfach zu wünschen übrig.

Was ferner die sociale Seite der Kindermortalität in einer Grossstadt wie Berlin anlangt, so kommt hierbei ein Moment in Betracht, welches, bevor das Kind das Licht der Welt erblickt, in ernste Erwägung gezogen werden muss: nämlich die Art der Verhältnisse, so zu sagen die sociale Lage, in der das Kind geboren wird. Es ist wohl klar, dass ein Kind, dessen Eltern gut situirt, mit dieser Eigenschaft allein schon einen höheren Grad von Lebenswahrscheinlichkeit mit sich bringt, als ein Wesen, das im Elend geboren wird, das vor der Zeit seines Daseins in seiner Entwicklung gehemmt wird und deshalb an und für sich schon einen gewissen Grad der Lebensgefährdung besitzt. Die körperliche Anlage des Kindes, wie sie sich erzeugt aus dem Wohlleben oder dem Elende der Eltern, bildet die ideelle Grundzahl für die Berechnung der Lebenswahrscheinlichkeit der Neugeborenen. Darum erscheint es nicht minder nothwendig, auch den begleitenden Umständen, unter denen die Kinder geboren werden, ein Augenmerk zuzuwenden, denn nicht immer ist diese oder jene Krankheit die alleinige Todesursache des schon im Mutterleibe ungenügend ernährten und lebensschwach geborenen Wesens, sondern die Gleichgültigkeit der Eltern, welche das Kind nicht als neues Glied der Familie willkommen heisst, vielmehr es als eine lästige Bürde betrachtet, und ehelicher Unfriede lassen das Neugeborene rasch dahinsiechen.

Diese Gesichtspunkte sind bei der Beurtheilung der Berliner Kindersterblichkeit bisher nur selten in Betracht gezogen worden, mögen dieselben künftig die Beachtung aller derer finden, die sich, seien es Aerzte, Laien oder Mütter, die Besserung dieser Verhältnisse zur Aufgabe gemacht haben, der Segen wird nicht ausbleiben. Petersen.

2. Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs 1871—1883.

Die von Seiten des Medicinalinspector Dr. Krauss für den Hamburgischen Staat erstatteten Jahresberichte über die medicinische Statistik haben sich seit dem Jahre 1871 neben einer fortlaufenden, kurzen Schilderung der allgemeinen Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse noch insbesondere die Aufstellung einer sehr umfassenden Morbiditätsstatistik in Bezug auf die Infectionskrankheiten angelegen sein lassen. Das in diesen Berichten niedergelegte ziffernmässige Material dürfte wohl, was Vollständigkeit und Durchsichtung anlangt, kaum anderswo erreicht sein; die kurzgefassten textlichen Ausführungen sind begleitet von einer Reihe tabellarischer und graphischer Uebersichten, deren Herstellung besonders deutlich und den geographischen Bezirken angepasst ist, welche das Studium dieser Berichte nicht blos für den Hygieniker, sondern auch für jeden Laien zu einem durchweg interessanten und höchst lehrreichen gestalten.

Die Statistik der Gestorbenen giebt zunächst die Mortalitätsverhältnisse seit 1871; die Sterblichkeit differirte zwischen 37,1 pro Mille (1871) und 24,5 (1882), im Jahre 1883 betrug dieselbe 25,93 pro Mille. Eine graphische Tafel zeigt die Vertheilung der Todesfälle auf die Jahreszeiten (Monate): deutlich heben sich hier die Epidemien von 1871 (Pocken) und 1873 (Cholera) hervor: man unterscheidet die wärmeren Jahre 1875/76 mit gesteigerter Sterblichkeit im Sommer von den kühleren mit der Höhe der Sterblichkeit im Winter und Frühling; das Jahr 1883 war im Sommer kühl, in Folge dessen ist die Sterblichkeit im August gering gewesen, und im März, April und Mai gleichmässig vermehrt. Die Gestorbenen nach dem Alter unterschieden, zeigen, dass das Jahr 1883 eine mittlere Mortalität aufzuweisen hatte: von 1000 Lebenden starben unter 1 Jahr alt 1883: 249,3, dagegen 1874: 364,4, 1875: 347,9, 1878: 306,1: im ersten Jahrfünft war die Mortalität am höchsten, 1879 (51,4), demnächst 1880: 47,14, 1883: 40.57, 1882 nur 35.35. Eine graphische Darstellung veranschaulicht den Einfluss der Jahreszeiten auf das Absterben der verschiedenen Altersklassen; die Sommerwärme erhöht regelmässig die Sterblichkeit des zarten Kindesalters im Juli resp. August und erniedrigt ebenso das Absterben der älteren Personen in denselben Monaten. Die Vergleichung der Mortalitätszahlen Hamburgs mit denen aus Berlin und London nach Monaten und Wochen ergiebt für Berlin eine hohe Säuglingssterblichkeit; London ist andererseits wieder günstiger als Hamburg gestellt; auffallend und zur Zeit noch nicht erscheint ferner die Thatsache, dass die vermehrte Sterblichkeit der Säuglinge in Berlin regelmässig einen Monat früher eintritt als in Hamburg; dies ist für eine Reihe von Jahren festgestellt und kann schwerlich auf die in diesen beiden Städten ziemlich gleichen Temperaturverhältnisse zurückgeführt werden. Als besonders beachtenswerth und in der That als einzig correct kann die Art der Darstellung gelten, welche bei der Kindersterblichkeit das Verhältniss der Zahlen der gestorbenen Säuglinge zu denen der Lebendgeborenen berücksichtigt: der Antheil des ersten Lebensjahres war im Mittel von 13 Jahren (1871/83) bei 200 489 Lebendgeborenen 44452 oder 42,17 Procent; für London stellt sich für 1883 die Zahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder (19487) im Verhältniss zu der Zahl der Lebendgeborenen auf 14,7 Procent, für Berlin ergeben sich 29.9 Procent, Hamburg steht demnach in der Mitte.

Die Sterblichkeit nach Krankheitsformen kann umsomehr Anspruch auf die vollste Zuverlässigkeit erheben, als in Hamburg bei jedem Sterbefall eine ärztliche Bescheinigung verlangt wird: über die Erkrankungen liegen gleichfalls ärztliche Meldungen vor, so dass sich für die Jahre 1872—1883 ein zusammenhängendes Bild von der Sterblichkeit und den Erkrankungsverhältnissen für die wesentlichen Infectionskrankheiten entrollte: in den letzten Jahren sind Scharlach und Diphtheritis häufiger aufgetreten, bei letzterer stieg die Erkrankungsziffer stetig während der letzten 6 Jahre (1882: 3020, 1883: 2708), die Mortalität erreichte 1883: 374 gegen 393 im Vorjahr, mithin ist ein zwar kleiner, aber doch deutlicher Nachlass wahrzunehmen; auch die Masern herrschten seit 1879 in hohem Grade (Erkrankungen 1879: 4751, 1880: 4995, 1883: 4557, Sterbefälle 1879: 227, seitdem aber geringer, 1883: 138): der Keuchhusten trat ebenfalls zahlreicher auf, die Erkrankungsziffer übertraf die des Jahres 1881 (1934) noch (1955), auch die Zahl der Sterbefälle war sehr hoch (259, gegen die bis dahin höchste Ziffer im Jahre 1878—254; typhöse Fieber traten gegenüber den Jahren 1880 und 1882 gleichfalls häufiger auf (803 Erkrankungen und 121 Todesfälle, die meisten Erkrankungen entfallen auf die Monate August, September und October; Cholerinen traten 1883 in sehr geringem Maasse auf, 1065 Erkrankungen, etwa 2.2 Procent; Sterbefälle an Diarrhöen und Brechdurchfall kamen nur 865 vor. Von den Todesursachen der Säuglinge sei noch erwähnt, dass an Lebensschwäche 707, Krämpfen 535, Atrophie 721, Sommerdiarrhöen 786 zu Grunde gingen. Petersen.

Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

3. Epidemiologie.

— Pest. Die Bubonen-Pest scheint schon seit längerer Zeit in der Nachbarschaft von Bagdad geherrscht zu haben und zeigte sich vor einigen Wochen an der persisch-türkischen Grenze, so wie in Kerbala und Umgegend. Natürlich fehlt es auch jetzt nicht an dem bekannten strengen Cordon. Zweckmässig erscheint die Maassregel des Gouverneur von Baku, der den Pilgern die verlangten Pässe nach Kerbala verweigert hat.

4. Amtliches.

1. Preussen.

Auf Ew. pp. gefälligen Bericht vom 5. April d. J. — Pr. I VIII. 1103 — erwidere ich ergebenst, dass Coso, Cortex Granati, Rhizoma Filicis und andere s. g. Bandwurmmittel, als Droguen von den Apothekern auch ohne ärztliche Verordnung an das Publikum verabfolgt werden dürfen, da diese Stoffe nicht zu denjenigen gehören, welche nach Maassgabe der diesseitigen Circular-Verfügung vom 3. Juni 1878 — M. 2350 —, betreffend die Abgabe stark wirkender Medicamente im Handverkauf und auf ärztliche Recepte, nur auf ärztliche schriftliche Verordnung abgegeben werden sollen. Anderseits aber kann es keinem Zweifel unterliegen, dass es sich in denjenigen Fällen, in welchen die genannten Mittel von den Apothekern speciell zum Zwecke der Abtreibung des Bandwurmes in bestimmter Form und Dosis, mit Gebrauchsanweisung versehen anempfohlen und im Handverkaufe abgegeben werden, nicht sowohl um die den Apothekern zweifellos zustehende Zubereitung und Feilhaltung von Arzneimitteln, als vielmehr um die Ausübung einer ärztlichen Thätigkeit handelt, welche ihnen nach § 14 Tit. I der revidirten Apotheker-Ordnung vom 11. October 1801 nicht gestattet und ausserdem noch durch die diesseitige Verfügung vom 23. September 1871, betreffend das Betreiben ärztlicher Praxis durch die Apotheker, ausdrücklich untersagt ist. Hiernach kann die Circular-Verfügung vom 11. März 1861 durch die vorhin angeführte generelle Verfügung vom 3. Juni 1878 als dem ganzen Umfange nach aufgehoben nicht erachtet werden, und ersuche ich Ew. pp. demgemäss ergebenst den Verein der dortigen Apotheker in meinem Namen auf seine diesbezügliche Eingabe vom 29. Februar d. J. unter Rückgabe der beikommenden Anlagen mit dem entsprechenden Bescheide zu versehen, auch das dortige Polizei-Präsidium hiervon in Kenntniss zu setzen.

Berlin, den 9. Juli 1884.

Der Minister pp. I. A. (gez.) Greiff.

An den Königlichen Regierungs-Präsidenten Herrn Freiherrn Juncker von Ober-Conreut Hochwohlgeboren zu Breslau.

2. Sachsen.

Bekanntmachung. Nach der den Handel mit Arzneiwaaren betreffenden Kaiserl. Verordnung vom 4. Januar 1875, ist der Einzelvertrieb gewisser Arzneimittel und aller Arzneimischungen nur den Apotheken gestattet. In Rücksicht auf die vielfach, namentlich von sogenannten Droguisten begangene Verletzung dieser Vorschrift und die Wirkungslosigkeit auferlegter Geldstrafen, hat das Königliche Ministerium des Innern die Polizeibehörden, die gegen Zuwiderhandlungen dieser Art einzuschreiten haben, angewiesen, in allen, an sich dazu geeigneten Fällen, namentlich bei Rückfälligkeit der Contravenienten „ohne Weiteres die nach § 367,3 des Strafgesetzbuchs alternativ zulässige Haftstrafe und zwar in möglichstem Umfange zu verfügen". Zur Warnung und Nachachtung für Alle, die solches angeht, bringen wir diese Anordnung hiermit zur öffentlichen Kenntniss. — Dresden, am 25. Juli 1884.

Der Rath der Königlichen Haupt- und Residenzstadt.

Dr. Stübel.

2. Württemberg.

Maassregeln wider die Cholera.

Im Hinblick auf den Ausbruch und die Verbreitung der asiatischen Cholera im südlichen Frankreich sieht man sich veranlasst, die Polizeibehörden bis auf weiteres auf die Ministerialverfügung vom 29. August 1873 (Reg.-Bl. S. 343) mit dem Anfügen hinzuweisen, dass eine Revision derselben demnächst erfolgen wird. Ausserdem werden folgende vorbereitende Anordnungen getroffen:

1. Sämmtliche Aerzte sind sofort durch die Bezirksämter auf die gemäss der Ministerialverfügung vom 5. Februar 1872 ihnen obliegende Verpflichtung zur Anzeige vom Ausbruch der Cholera mit dem Bemerken besonders hinzuweisen, dass um eine unbegründete Beunruhigung der Bevölkerung zu vermeiden, nur der Ausbruch der wirklichen asiatischen Cholera, nicht aber zweifellose Fälle von einheimischer Cholera (Cholera nostras) zur Anzeige zu bringen sind.

2. Seitens der Oberämter und Oberamtsphysikate, sowie der Gemeindebehörden ist ein besonderes Augenmerk auf die Reinhaltung der Wohnplätze, insbesondere darauf zu richten, dass die Strassen und Canäle gereinigt, die Abtritte und Düngerstätten in geordnetem Stand erhalten und die Brunnen gegen Verunreinigungen hinreichend geschützt werden.

In allen denjenigen Ortschaften, in welchen in früheren Jahren die Cholera epidemisch aufgetreten ist, sind von den Gemeindebehörden, wenn die betreffende Ortschaft der Sitz des Oberamts ist, vom Oberamt unter Zuziehung des Oberamtsphysikats in Gemeinschaft mit den Gemeindebehörden, schon jetzt der Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln, die Versorgung mit Nutz- und Trinkwasser, die Abführung der Schmutzwässer, das Abtrittswesen und der Zustand der Düngerstätten einer genauen Untersuchung zu unterziehen und ist auf möglichste Beseitigung der vorgefundenen Missstände unter besonderer Berücksichtigung der früher vorzugsweise von der Cholera betroffenen Häuser oder Häusergruppen allen Ernstes hinzuwirken.

3. Auf Personen, welche aus von der Cholera befallenen oder unmittelbar bedrohten Gegenden zureisen, ist während der ersten Woche ihres Aufenthalts bezüglich ihres Gesundheitszustands ein besonderes Auge zu haben. In grösseren Städten, sowie in sonstigen Orten mit erheblichem Fremdenverkehr ist von den Ortspolizeibehörden an die Gastwirthe die Aufforderung zu richten, sobald aus solchen Gegenden zugereiste Gäste von einer Krankheit befallen werden, bei der nicht sofort der Verdacht der Cholera ausgeschlossen ist, hievon unverzüglich der Polizeibehörde Anzeige zu machen.

4. Die Gemeindebehörden der Oberamtsstädte, sowie der Orte mit einer Einwohnerschaft von mehr als 5000 Seelen und des Grenzorts Friedrichshafen werden aufgefordert, jetzt schon in Erwägung zu ziehen, in welcher Weise für den Fall der Einschleppung der Cholera die zur Isolirung der Kranken erforderlichen Räume, sowie die alsdann nothwendigen Desinfectionsanstalten beschafft werden sollen. In letzterer Richtung wird beigefügt, dass in solchen Anstalten die Desinfection mittelst heisser Wasserdämpfe zu erfolgen hat, und dass zur Erzeugung dieser Dämpfe Dampfkessel oder, soweit solche nicht zur Verfügung stehen, auch Waschkessel nach einer demnächst ergehenden näheren Anweisung verwendet werden können.

5. In den grösseren Städten oder sonstigen Orten mit erheblichem Verkehr sind die Gastwirthe durch die Ortspolizeibehörde aufzufordern, sowohl ihre Abtritte als auch diejenige Bettwäsche, welche durch Dejectionen (Erbrechen oder Stuhlgang) von Gästen verunreinigt sind, zu desinficiren. Die Desinfection der Abtritte wäre täglich mittelst Einschüttens einer hinreichenden Menge roher Karbolsäure, diejenige der durch Dejectionen beschmutzten Bettwäsche sofort nach dem Abziehen derselben durch 24stündiges Einlegen in 5% wässerige Karbolsäurelösung zu bewerkstelligen.

Seitens der Oberämter und Oberamtsphysikate ist darüber zu wachen, dass die Gemeindebehörden den in diesem Erlass enthaltenen Anweisungen nachkommen. Stuttgart, den 12. Juli 1884. K. Ministerium des Innern.

Hölder.

XIV. Programm des III. internationalen otologischen Congresses in Basel 1.—4. September 1884.[1]

Sonntag den 31. August, Abends von 1/2 8 Uhr an gesellige Vereinigung in der Kunsthalle.

Montag den 1. September, Morgens 10 Uhr: Eröffnungssitzung in der Aula (Museum). 1. Ansprache des Präsidenten des letzten (II.) intern. otolog. Congresses Herrn Dr. Sapolini (Mailand). 2. Begrüssung durch den Herrn Vertreter des h. Bundesrathes. 3. Begrüssung durch den Herrn Vertreter der h. Regierung von Baselstadt. 4. Ansprache des Präsidenten des Organisations-Comité (Herrn Prof. Burckhardt-Merian). 5. Geschäftliches: Wahl des Präsidenten, der Vicepräsidenten, der Secretäre, des Redactionscomité etc. etc. 1/2 1 Uhr: Déjeuner in der Veltlinerhalle, dargeboten von den Schweizer Ohrenärzten. 3—6 Uhr: Sitzung im Grossrathssaale (Rathhaus): Vorträge. Abends: Gesellige Vereinigung in der Kunsthalle.

Dienstag den 2. September, Morgens 9—12 Uhr: Sitzung im Grossrathssaale: Wahl des nächsten Congressortes. Vorträge. 3 bis 6 Uhr: Sitzung im Saale des Bernoullianum: Demonstrationen. Abends: Gesellige Vereinigung im Sommer-Casino.

Mittwoch den 3. September, Morgens 9—12 Uhr: Sitzung im Grossrathssaale: Vorträge. 3—6 Uhr: Sitzung im Saale des Bernoullianum: Demonstrationen. Abends 1/2 8 Uhr: Diner im Stadt-Casino, dargeboten von der h. Regierung des Kantons Baselstadt.

Donnerstag den 4. September, Morgens 9—12 Uhr: Schluss-Sitzung im Grossrathssaale: Vorträge. 3—6: Sitzung im Saale des Bernoullianum: Demonstrationen.

Freitag den 5. September: Ausflug nach dem Vierwaldstättersee.

Besondere Bestimmungen.

1. Die Vorträge und Discussionen finden in französischer, deutscher, englischer oder italienischer Sprache statt. Auf Wunsch wird der Vortrag durch einen der Herren Theilnehmer in Kürze übersetzt. 2. Die Herren Vortragenden werden ersucht, ihren Vortrag so einzurichten, dass er die Zeit von 20 Minuten nicht übersteigt. In der Debatte darf Niemand länger wie 10 Minuten sprechen. 3. Die Vorträge werden im Generalbericht, welcher nach dem Congresse den Theilnehmern gratis zugestellt werden wird, veröffentlicht. 4. Im Interesse der prompten Publication des Generalberichtes werden die Herren Vortragenden dringend ersucht, unmittelbar nach Vollendung ihres Vortrages das betr. Manuscript dem Redactions-Comité zu übermitteln. 5. Zur Vermeidung von Ungenauigkeiten im Generalbericht werden die Herren Redner ersucht, vor dem Schluss jeder Sitzung dem Redactions-Comité ein schriftliches Résumé ihrer in der Debatte gemachten Bemerkungen einzuhändigen. 6. Während der Dauer des Congresses findet im Bernoullianum eine Ausstellung statt von neuen Instrumenten, Apparaten u. dgl., die das Gebiet der Otologie betreffen. Die Herren Collegen sind eingeladen, die Beschickung dieser Ausstellung durch Instrumentenmacher und andere Interessenten veranlassen zu wollen. Die bezüglichen Anmeldungen sind an Herrn Dr. Courvoisier in Basel zu adressiren. 7. Die Theilnehmerkarte zum Congress ist auf Fr. 20 fixirt und wird dieselbe durch Herrn Dr. Courvoisier auf Wunsch den Herren Theilnehmern gegen Postnachnahme zugeschickt.

In der angenehmen Hoffnung, Sie, hochgeehrter Herr College, am Congresse theilnehmen zu sehen, zeichnet in collegialer Hochachtung

Das Organisations-Comité für den III. internationalen otologischen Congress:

Alb. Burckhardt-Merian in Basel, Präsident. C. J. Blake in Boston. W. B. Dalby in London. A. Hartmann in Berlin. B. Löwenberg in Paris. E. Ménière in Paris. A. Politzer in Wien. Urban Pritchard in London. St. J. Roosa in New-York. G. Sapolini in Mailand.

[1] Zu dem Congresse haben sich bereits über 90 Theilnehmer aus allen Ländern gemeldet, so dass derselbe sowohl was die Theilnehmerzahl, als was den Programminhalt betrifft, die bedeutendste ohrenärztliche Versammlung zu werden verspricht, die bis jetzt stattgefunden hat.

Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Angemeldete Vorträge.

I. Normale Anatomie und pathologische Anatomie. 1. Prof. His (Leipzig). Zur Entwicklungsgeschichte der Ohrmuschel. 2. Prof. Politzer (Wien), Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie des Ohres (mit Demonstrationen). 3. Prof. Moos (Heidelberg), Lymphgefässe des Trommelfells. 4. Prof. Moos (Heidelberg), Ueber lacunäre Caries des Hammergriffs. 5. Prof. Moos (Heidelberg), Vorkommen von Zotten auf der inneren Trommelhöhlenwand. 6. Dr. Brunner (Zürich). Demonstrationen aus dem Gebiete der normalen Histologie des Ohres. 7. Prof. Politzer (Wien), Ueber Labyrinthbefund bei leukämischer Taubheit (mit Demonstrationen). 8. Dr. Bezold (München), Demonstration von Corrosionspräparaten aus der Anatomie des Ohres. 9. Prof. Kuhn (Strassburg), Zur Anatomie des inneren Ohres der Wirbelthiere. 10. Prof. Burckhardt-Merian (Basel), Demonstrationen aus dem Gebiete der normalen Anatomie des Ohres.

II. Physiologie und Untersuchungsmethoden. 11. Prof. Moos (Heidelberg), Zur Genese und Functionsprüfung der durch Hirntumoren bedingten Gehörstörungen. Diagnostischer Werth von Stimmgabelversuchen. 12. Dr. Gellée (Paris). Ueber den semiologischen Werth der Prüfung der Kopfknochenleitung mit der Stimmgabel. 13. Prof. Cozzolino (Neapel), Demonstration eines electro-mikrophonischen Hörmessers, der durch seine Einfachheit bei vollkommener Leistung sich auszeichnet. 14. Dr. Löwenberg (Paris). Eine neue Methode die Schalleitung im äusseren Ohre zu untersuchen. 15. Prof. Burckhardt-Merian (Basel). Vergleichende Ergebnisse verschiedenartiger Hörprüfungen. 16. Prof. Burckhardt-Merian (Basel). Demonstration eines neuen Hörrohres.

III. Pathologie und Therapie. 17. Dr. Grazzi (Floren), Beiträge zum Studium der Otomycose mit Demonstration mikroskopischer Präparate. 18. Dr. Siebenmann (Klosters), Demonstration von Aspergillus-Präparaten. 19. Dr. Ménière (Paris), Cancroid des mittleren Theiles des äusseren Gehörganges. Rasches Recidiv. Heilung. 20. Dr. Ménière (Paris), Ueber Stricturen des äusseren Gehörganges und deren Einfluss auf das Gehör. 21. Dr. Bobone (San Remo), Ueber die durch den Gebrauch von Seebädern hervorgerufenen Erkrankungen des Gehörorgans. 22. Prof. Cozzolino (Neapel). Anatomische Classification der verschiedenen Formen von Schwerhörigkeit vom pathogenetischen Standpunkt aus betrachtet. 23. Dr. Noquet (Lille). Fall von chron. Mittelohr-Eiterung mit auf reflectorischem Wege ausgelösten Complicationen. 24. Dr. Guye (Amsterdam), Ueber die Ursachen der Affectionen des Gehörorgans im Verlaufe acuter Exantheme. 25. Prof. Politzer (Wien), Operative Behandlung der Hörstörungen nach abgelaufenen Mittelohr-Eiterungen. 26. Dr. Boucheron (Paris), Tubenschluss („otopiesis“) als Ursache von Taubstummheit. 27. Dr. Sapolini (Mailand), Ueber eine Ursache von Hyperacouisie und vorübergehender oder bleibender Taubheit und deren Behandlung. 28. Prof. Longhi (Mailand), Ueber Zinc. sulfo-carbol. bei Ohr-Eiterungen. 29. Dr. Moresco (Cadix), Demonstration einer neuen Spritze fürs Mittel-Ohr. 30. Dr. Bendelack-Hewetson (Leeds), Ueber den Gebrauch von Einspritzungen von Carbol-Glycerin (Britische Pharmacopöe) in den äusseren Gehörgang zum prompten Sistiren von Ohrenschmerzen und Coupiren entzündlicher Mittelohrprocesse. 31. Dr. Bendelack-Hewetson (Leeds), Bemerkungen über therapeutische Erfolge täglich angewandter Nasendouchen mit einer starken Natron bicarb.-Lösung bei Katarrh. Mittelohr-Processen. Demonstration des hiebei angewandten Instrumentes. 32. Dr. Kirchner (Würzburg), Ueber Ohrenkrankheiten bei Diabetikern. 33. Prof. Longhi (Mailand). Zwei Fälle von schleichend auftretender Labyrinthaffection nach Icterus und Ausspritzen des Gehörgangs mit kaltem Wasser. 34. Dr. Hartmann (Berlin), Ueber die anatomischen Verhältnisse, welche bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes in Betracht kommen. 35. Dr. Morpurgo (Triest), Früh- oder Spätoperationen bei Mastoidealerkrankungen? 36. Dr. Novaro (Turin), Mittheilungen über die Trepanation des Warzenfortsatzes. 37. Prof. Cozzolino (Neapel), Beiträge zur Anwendung der Galvanocaustik bei Ohrenkrankheiten. 38. Dr. Löwenberg (Paris), Ueber das Wesen und die Behandlung der Ozäna. 39. Dr. Thomas Barr (Glasgow), Ueber adenoide Vegetationen im Nasen-Rachen-Raum.

XV. Kleinere Mittheilungen.

— Mit einer Consequenz, würdig einer besseren Sache, werden die Verhältnisse, welche für die Veröffentlichung der Conferenzen über die Cholera maassgebend gewesen sind, bis in die neueste Zeit, sei es durch directe Behauptungen, sei es durch Verschweigen nicht wegzuschaffender Thatsachen, fälschlich dargestellt. Der zufällige Umstand, dass Nr. 31 der Berliner Klinischen Wochenschrift wie immer, einige Tage nach derselben Nummer der Deutschen Medicinischen Wochenschrift erscheint und diesmal „natürlich“ schon am Freitag statt Sonnabend ausgegeben wurde, der Umstand, dass sie dadurch in der Lage war, den ersten Theil des Koch'schen Vortrages früher zu bringen als wir, ist, selbstverständlich nur von übereifrigen Freunden unserer Collegin, immerhin aber wiedertönend aus einem pomphaften Inserat, dahin gedeutet und urbi et orbi insinuirt worden, die Berliner Klinische Wochenschrift sei doch das eigentliche Publications-Organ gewesen. Bekanntlich wünschte die Conferenz und wünschte besonders auch Herr Virchow, dass in dieser Beziehung beide Blätter ganz gleich behandelt werden sollten und zum Erweise haben die Herren A. Hirschwald und G. Reimer die beiläufig nichts weniger als erheblichen Kosten zu gleichen Theilen getragen.

Demungeachtet ist es uns nicht leicht geworden, die Nummern 32 und 32A rechtzeitig fertig zu stellen. Kamen doch die Cliché's für die Abbildungen in Nr. 32 erst am Mittwoch Abend in den Besitz der Reimer'schen Druckerei! Natürlich messen wir Niemand die Schuld dafür zu, aber eine Pflicht haben wir allerdings zu erfüllen. Es ist die des Dankes an Herrn B. Fränkel, der gewissermaassen als Schriftführer der Conferenz fungirt hat und sich seiner hier nicht leichten Aufgabe, die Publication der Verhandlungen zu regeln, nicht nur mit voller unparteiischer Loyalität, die ist bei ihm ja selbstverständlich, sondern auch mit stets gleichbleibender Gefälligkeit zu entledigen wusste. P. B.

— Universitäten. Berlin. Mit grosser Genugthuung ist die Ernennung des Privatdocenten Herrn Dr. E. Mendel zum ausserordentlichen Professor der medicinischen Facultät für gerichtliche Psychiatrie aufgenommen worden. Sie erfolgte auf das einstimmig gefasste Votum der Facultät. Wien. Prof. der Histologie Wedl wurde auf sein Ansuchen pensionirt unter der Verleihung des Titels eines Hofrathes.

— Bremen. Zum Krankenkassengesetz. Kürzlich wurde Dr. W. Horn Seitens der staatlichen Organe zum Mitglied der Behörde für Krankenversicherung gewählt.

— England. Vom 29. Juli bis 1. August fand zu Belfast die 42. Versammlung der British Medical Association statt, über deren Verhandlungen wir noch berichten werden.

— Sir Erasmus Wilson, der berühmte englische Dermatologe ist hochbetagt gestorben.

XVI. Literatur.

Liebreich & Langgaard, Medic. Recept-Taschenbuch. Berlin 1884. Theodor Fischer. — Rosenthal, Therapie und Diagnostik der Rückenmarks-Krankheiten. Wien & Leipzig 1884. Urban & Schwarzenberg. — Bernatrik & Vogl, Lehrbuch der Arzneimittellehre. ibid. — Löbker, Chirurgische Operationslehre. ibid.. — Albert, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre 1884. — Silbermann, Recept-Taschenbuch f. Kinder-Krankheiten 1884. Breslau, Wilhelm Koebner. — Friedländer, Mikroskopische Technik 1884. Berlin. 2. Auflage Theodor Fischer. — Düsing, Die Regulirung des Geschlechtsverhältnisses. Jena, 1884 Gustav Fischer. — Genzmer, Lehrbuch der speciellen Chirurgie. Braunschweig, Friedrich Wreden. — Wigand, Entstehung und Fermentwirkung der Bakterien. Marburg, N. G. Elwert. — Nega, Vergleichende Untersuchungen über die Resorption und Wirkung verschiedener zur cutanen Behandlung verwandter Quecksilberpräparate. Strassburg. Karl F. Trübner. — Leyden & Pfeiffer, Verhandlungen des Congr. f. innere Medicin. (III. Congr.) Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Loewe, Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Berlin, G. Hempel. — Lucae, Zur Entstehung und Behandlung der subjectiven Gehörsempfindungen. Berlin, Otto Enslin. — Gruenhagen, Lehrbuch der Physiologie (1. Lieferung) Hamburg & Leipzig, Leopold Voss. — Fourth Annual Report of the secretary of the State Board of Health of the State of Michigan, Lausing, W. S. George & Co. — Plaut, Desinfection der Viehställe. Leipzig, Hugo Voigt. — Rose, Herztamponade. Leipzig, F. C. W. Vogel. — Berenberg, Nordsee-Inseln an der deutschen Küste. Norden & Norderney, Herm. Braems. —

XVII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Sanitätsrath Dr. Gerhardy zu Düsseldorf den Königlichen Kronen-Orden dritter Klasse zu verleihen.

Ernennungen: Das ausserordentliche Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes Prof. Dr. Schweninger zu München ist zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin ernannt worden. Der Privatdocent Dr. Heinrich Walb zu Bonn ist zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der dortigen Universität ernannt worden. Der seitherige commissarische Verwalter der Kreiswundarztstelle des Kreises Marienburg i./Pr. Dr. Wodtke zu Neuteich ist unter Belassung in seinem Wohnsitz definitiv zum Kreiswundarzt des gedachten Kreises und der practische Arzt Dr. med. Julius Brann zu Beuthen a./O. unter Belassung in seinem Wohnsitz zum Kreiswundarzt des Kreises Freystadt ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. von Chrzanowsky in Bukowitz Kr. Schwetz, Cohn, Dr. Franke, Bree, Alesch, Israel und Dr. Dorn sämmtlich in Berlin, Dr. Schulz in Sonnenburg, Dr. Lewin in Belgard i./Pom., Dr. Arnstein in Ratibor, Schlichting in Kroitsch, Reiss in Bendorf bei Coblenz, Nebel in Gehrde, Dr. te Gempt in Uelzen, Dr. Benzler in Stade und die Zahnärzte Kühns in Berlin und Banner in Grünberg.

Verzogen sind: Die Aerzte: Ass.-A. Dr. Hüppe von Thorn nach Berlin, Dr. Kuntze von Thorn, Hülsmeyer von Berlin nach Hayn a./Harz, Dr. Seiffert von Bendorf nach Würzburg, Dr. Brack von Gehrde nach Hofgeismar, Stabs- und Bat.-Arzt Dr. Demuth von Stade nach Berlin und Dr. Hinrichsen von Carolath nach Ahlfelde.

Apotheker-Angelegenheiten: Der Apotheker Dr. phil. Hübner hat die Teschke'sche Apotheke in Thorn, der Apotheker Rothe die Adler-Apotheke in Grünberg, der Apotheker Benkendorff die Apotheke in Hoyerswerda und der Apotheker Nagel die Hotze'sche Apotheke in Schlaben gekauft. Der Apotheker Bütow hat die Verwaltung der Bütow'schen Apotheke in Flatow für p. Bauer übernommen.

Verstorben: Geheimer Medicinalrath Dr. Alfons Wendt in Jannowitz, Dr. Schenk in Graudenz, Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. Vogel in Blumenthal, Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. Kloss zu Frankfurt a. M. und Stellmann zu Zeven.

Vacant: Kreisphysikate der Kreise Osterholz und Frankfurt a. M.: Kreiswundarztstellen der Kreise Johannisburg und Tilsit.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besondere Beilage

zu

No. 33 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Ueber den heutigen Stand der Syphilis-Behandlung.

Von

Dr. Th. Görges.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin am 29. April 1884.

(Schluss aus No. 31.)

Und gerade hier hat, wie ich meine, das Formamid vor dem Sublimat noch einen grossen Vortheil, der, so unwesentlich er klingen mag, dennoch von grosser Bedeutung ist. Das Formamid kann nämlich noch so oft mit der Kanüle in Berührung kommen, es tritt doch nie ein Rosten derselben im Innern ein. Anders dagegen beim Sublimat. Schon nach vier- bis fünfmaliger Benutzung zeigt die Kanüle Rostflecke, welche wegen des engen Lumens mit aller Reinlichkeit nicht zu verhindern sind. So passirt es denn nur zu leicht, dass einige kleine Rosttheilchen bei der Injection mit der Flüssigkeit in das Gewebe gelangen und hier entzündliche Reactionen hervorrufen. So sauber und so reinlich ist dem gegenüber die Benutzung des Formamid, dass es völlig genügt, wenn man vor und nach der Benutzung — vorausgesetzt, dass die Spritze sonst rein und gut ist — die Spritze mehrmals mit einfachem, reinem Wasser ausspritzt und reinigt und dann benutzt. Ich verfahre seit längerer Zeit so und habe trotzdem nie schlechte Erfolge gesehen.

Dass endlich das Formamid vor Recidiven nicht schützt, muss ich zugeben; aber welches Mittel schützte davor? Uebrigens verfüge ich jetzt nicht über ein genügendes Material, auch ist die Zeit noch zu kurz nach Einführung des Präparates, als dass man im Vergleich mit dem Sublimat bereits ein sicheres Urtheil fällen könnte. — Als mächtiger Concurrent des Merkur ist seit Wallach das Jod aufgetreten. Dass es besonders in den späteren Stadien sowie bei schwereren Formen der secundären Zeit von ausgezeichneter Wirkung sei, wusste man längst. Dass es aber auch in der früheren secundären Zeit Einfluss besitze, ist erst durch die neueren Versuche bestätigt worden. Indessen ist es beim Primäraffect wie bei allen Hauteruptionen des acuten Stadiums dem Merkur nachzusetzen. Seine Wirkung beginnt erst bei hartnäckigen Mund- und überhaupt Schleimhaut-Affectionen; gehen diese auf Quecksilbergebrauch nicht weiter zurück, so verwendet man mit Vortheil wenigstens für eine Zeit das Jod. Für gewöhnlich wird das Jod in der Verbindung Jodkalium gegeben, am gebräuchlichsten in einfacher, wässeriger Lösung, eventuell in Pillenform. Man beginnt mit einer kleinen Dosis von 0,2—0,3 mehrmals täglich, steigert diese bis zum Verschwinden der Hauptsymptome bis 0,5—2,0 und lässt es dann noch einige Zeit in schwacher Dosis weiternehmen. Ausser Jodkalium sind noch Jodnatrium und Jodeisen in Gebrauch. Letzteres passt für die Fälle, in denen man zugleich roborirend wirken will.

Die übrigen Jod-Präparate, die Jodtinctur und das Jodoform sind allerdings auch empfohlen; indessen muss man bei ihrer Anwendung ausserordentlich vorsichtig sein, da sie sehr leicht Gastricismus und Intoxicationserscheinungen hervorrufen. Zeissl lobt das Jodoform ganz besonders zur Bekämpfung syphilitischer Algien, indem er es mit einem bitteren Mittel in Pillenform giebt. Indessen wird man doch besonders nach den letzten Erfahrungen in der Chirurgie alle Ursache haben, mit dem letzteren Mittel sehr vorsichtig umzugehen.

Ausser diesen beiden, wohl von allen Seiten anerkannten Antisyphiliticis besitzen wir noch eine ganze Reihe von Mitteln, welche von irgend einer Seite empfohlen, bald wieder mehr oder weniger der Vergessenheit anheimfielen. Man kann wohl sagen, dass es kein Arzneimittel giebt, welches nicht gegen die Syphilis empfohlen und angewandt worden ist. Aber nur einige derselben haben heute noch eine grössere Bedeutung, so dass es nöthig ist, sie zu besprechen.

Am meisten gebräuchlich unter ihnen sind heute noch die Holzthees, und es giebt noch eine Anzahl von Instituten und Lazarethen, wo sie die Hauptrolle spielen. Gewöhnlich verabreicht man heute den Holzthee in Form des Zittmann'schen oder Pollini'schen Decocts. Wie Zeissl, der vor allem den ersteren warm empfiehlt, selbst sagt, beschränkt sich die ganze Einwirkung der meisten Holzthees auf die Anregung der Diurese und Diaphorese, wodurch jedenfalls eine Beschleunigung des Stoffwechsels erzielt wird, welche der Heilung der Syphilis zu Statten kommt. Nach Müller dagegen haben diese Mittel keine andere Bedeutung, als die eines irrationell zusammengesetzten, heftigen Purgirmittels und sind daher zu verwerfen. Indessen ist dies Urtheil entschieden zu hart und zu einseitig. Jedem Arzte wird es bekannt sein, dass Fälle vorkommen, wo man mit Merkur oder Jod allein absolut nicht weiter vorwärts kommt, sobald ein gewisser Punkt erreicht ist. Hier treten die Holzthees ein, hier wirken sie oft vorzüglich, und besonders in Fällen, wo Gefahr im Verzuge ist, erreicht man durch diese Methode oder auch durch eine andere Schwitzkur oft eine auffallende Besserung. Ueberhaupt muss ja bei Anwendung des Merkur immer darauf geachtet werden, dass die Diurese eine reichliche sei, und die Darmentleerung genügend erfolge; und in dieser Richtung hat man wohl auch die günstige Wirkung des Holzthees zu suchen.

Man unterscheidet ein stärkeres und ein schwächeres Decoct der Sassaparille, welche man beide beim Gebrauche combinirt, meist so, dass Morgens 300—400 von dem starken, Abends ebenso viel oder mehr von dem schwächeren verabfolgt werden.

Erwähnenswerth ist noch das Pilocarpin, welches von Mehreren empfohlen wurde. Jedoch hat das Mittel keine weite Verbreitung gefunden.

Immerhin werden diese Mittel am Besten nur auf die oben angedeuteten Fälle beschränkt, also zur Unterstützung einer Merkurial- oder Jod-Kur angewandt. Denn die Belästigung der Patienten dabei ist so gross, der psychische Eindruck so deprimirend, das ganze Verfahren so umständlich in der Privatpraxis und dabei offenbar schwächend, dass es wohl heute mehr und mehr verlassen wird.

Als völlig wirkungslos ist das von Güntz angewandte Chrom anzusehen. Derselbe gab es zuerst in Pillenform; später stellte er ein nach Art der kohlensauren Eisenwässer bereitetes Chromwasser her, von welchem er je nachdem 25 — 100 und mehr Flaschen im Laufe einer Kur verbrauchen liess. Jedoch sind die eigenen Resultate von Güntz sehr wenig ermuthigend; und wenn man bedenkt, dass ihm selbst bei grossem Verbrauche seines Wassers der Nachweis völlig missglückt ist, das Chrom im Stoffwechsel nachzuweisen, so kann man sich nicht veranlasst fühlen, Versuche damit anzustellen.

Es erübrigt noch, über die Kaltwasserkuren und die Schwefelbäder zu sprechen.

Die ersteren haben noch neuerdings durch Dr. Pingler eine begeisterte Fürsprache gefunden. Leider stehen die Thatsachen, welche der Verfasser anführt, so sehr mit einer nüchternen und objectiven Beurtheilung im Widerspruch, dass man schon dadurch stutzig gemacht wird. Vor allem führt der Verfasser selbst aber so viele Autoren an, und gerade Specialisten in seinem Fache, wie W. Winternitz, welche der Wasserkur allein die Fähigkeit absprechen, die Syphilis zu heilen, dass dadurch seine Behauptungen doch ziemlich widerlegt werden. Immerhin geben die meisten zu, dass eine Wasserkur in Verbindung mit Antisyphiliticis grosse Wirkung habe und Vortreffliches leiste bei herabgekommenen oder mit Merkur oder Jod übersättigten Kranken. — Die Kur besteht im Wesentlichen darin, dass die Kranken eng eingewickelt in wollene Decken zwei bis drei Stunden schwitzen, indem sie dabei durch Röhren frisches Wasser zu sich nehmen, dann in ein Vollbad von 18—20° R. für einige Minuten gesetzt werden und hinterher spazieren gehen, wobei sie wieder ab und zu frisches Wasser zu sich nehmen. Diese Procedur wird gewöhnlich zwei Mal täglich wiederholt. Daneben werden auch oder statt dessen Abreibungen und Sitzbäder von 10° R. oder Halbbäder von 18—20° R. 15 Minuten lang mit oder ohne nachfolgende Ueber-

Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

giessungen gegeben. Die Diät ist dabei streng geregelt. — Anders als diese einfachen Wasserkuren wirken anscheinend auch die Schwefelbäder nicht. Obgleich sie in neuerer Zeit vielfach empfohlen sind durch Sigmund, Schumacher, Reumont u. A., scheint doch der Schwefel keine specifische Einwirkung zu haben. Ob diese Bäder bei vorhandener Latenz die Syphilis zur Erscheinung bringen, bedarf jedenfalls noch der weiteren Untersuchung. —

Wie bei der acquirirten Lues, so ist auch bei der hereditären die Behandlung dieselbe, nur viel einfacher. Meistens giebt man Sublimatbäder, oder lässt schmieren, eventuell innerlich Calomel geben. Auch Jodkalium wird angewandt.

Alle anderen Behandlungsmethoden fallen selbstverständlich fort, da man dem kindlichen Organismus keine angreifenden Kuren zumuthen kann. —

Nachdem so im Vorstehenden eine summarische Uebersicht über die verschiedenen Behandlungsweisen der Lues gegeben ist, würde es sich nun fragen, welcher Weg im gegebenen Falle eingeschlagen werden soll.

Es ist leicht oder schwer, diese Fragen zu beantworten; leicht, wenn man schablonenmässig vorgeht und weder auf individuelle Verschiedenheiten, noch auf den Zeitpunkt der Syphilis oder ihre bestehenden Erscheinungen Rücksicht nimmt. Tagtäglich können wir ja an den grossen Statistiken, welche von grösseren Kliniken veröffentlicht werden, bemerken, wie wenig diese Forderungen gewürdigt werden, und wie nur Alles darauf ankommt, den Kranken schablonenmässig eine bestimmte Kur durchmachen zu lassen, um dann ihn oberflächlich geheilt zu entlassen und der günstigen Statistik einzuverleiben.

Und doch ist diese individuelle Verschiedenheit so überaus wichtig. Wir haben also in jedem einzelnen Falle Individualität, Constitution des Patienten wie den Zeitpunkt und die vorhandenen Symptome genau zu berücksichtigen. Denn nur so dürfen wir hoffen, dem Patienten am Besten zu nützen.

Dazu gehört nun vor allem, dass wir uns überzeugen, ob schwere Organerkrankungen vorhanden sind, und ob diese zur Syphilis in irgend einer Beziehung stehen, und haben darnach die Behandlung einzuleiten. Wenn man nun auch nicht in jedem Falle eine allgemeine Untersuchung zu machen braucht, so muss doch die dringende Forderung aufgestellt werden, dass in jedem Falle der Urin auf Zucker und Eiweiss untersucht werde. Auch die Untersuchung des Herzens sollte nie vernachlässigt werden, während man über den Zustand der Verdauungsorgane und etwaige Lungenkrankheiten sich anamnestisch unterrichten kann. — Hat man sich nun für eine Methode entschieden, so ist es geboten, dem Patienten genaue Verhaltungsmaassregeln über Diät und Lebensweise etc. in der früher besprochenen Weise zu geben. Auch trägt es zur leichteren Uebersicht bei, wenn wir allwöchentlich während der Kur das Körpergewicht feststellen lassen.

Welche Methode, ob die Quecksilber-Kur, ob die Jod-Kur vorzuziehen sei, darüber hat eigentlich jeder Syphilidologe seine eigene Meinung. Ich sehe von der Behandlung mit vegetabilischen Mitteln, von der Schwitzkur und Kaltwasserkur hier ab. Denn für sich allein sind sie, wie wohl ziemlich allgemein anerkannt ist, nicht im Stande, die Heilung der Syphylis herbeizuführen.

Wohl ziemlich isolirt in ihren Ansichten steht die heutige Wiener Schule dar. Sie hält die exspectative Methode für die beste; führt diese nicht zum Ziele, so wird eine Jod-Kur eingeleitet und erst, wenn auch diese die Heilung nicht herbeiführt, greift sie zum Hg, von welchem dann geringe Dosen genügen sollen. Ich habe vorher schon über die Schwierigkeit ja Unmöglichkeit gesprochen, diese exspectative Methode in der Praxis durchzuführen. Dann aber haben sich doch die grössten Autoritäten wie Ricord, Fournier, Hutchinson und andere entschieden gegen die Naturheilmethode ausgesprochen. „Was wird aus dem Kranken, sagt Fournier, wenn die Krankheit nicht behandelt wird? Wir haben ja häufig Gelegenheit, Leute zu sehen, welche bei Syphilis nicht behandelt sind. In solchen Fällen finden wir bald Gaumendefecte, bei anderen Verlust der Sehkraft etc. Ich sage, dass ein Arzt, welcher solche Thatsachen gesehen hat und dennoch kein Hg giebt, verkehrt handelt. Hg und JK sind die besten mir bekanten Heilmittel." Darin stimmen aber alle überein, dass das Hg in den frühen Stadien der Syphilis die Erscheinungen weit rascher zum Schwinden bringt, als das Jod. Anders bei den späten, gummösen Formen, den Knochenleiden. Das Heilmittel per excellence nennt Fournier hier das Jod, und ihm pflichten die meisten bei.

So darf man es wohl als feststehend annehmen, dass die tüchtigsten Aerzte aller Länder die feste Ueberzeugung von dem Nutzen des Hg erlangt haben, vor allem in den früheren Stadien, während in den späteren mehr das Jod an seine Stelle tritt. Aber wie sollen wir das Hg anwenden, innerlich subcutan oder in Form einer Schmierkur? Nun, ich meine, wenn man die Urtheile der verschiedenen Autoren zusammenfasst, so kann man sagen, dass jede dieser Anwendungsweisen zum Ziele führt, wir haben uns im gegebenen Falle allein nach den Verhältnissen zu richten. Dass die Schmierkur immer als die beste und sicherste auch heute noch angesehen wird, steht fest, wenigstens bei uns in Deutschland. Und doch leistet meiner Meinung nach die subcutane Methode dasselbe, wenn nicht mehr. Die Hauptsache ist, dass die Methode wirkt, und von der Wirkung der subcutanen Methode kann sich jeder überzeugen. Nun ist sie nicht nur viel einfacher, viel reinlicher als die Schmierkur, sondern — und das ist für die Privatpraxis ein ausserordentlicher Vortheil, — der Arzt sieht den Patienten tagtäglich und kann so eine wirksame Controle ausüben. Wie oft entziehen sich nicht Patienten der Controle des Arztes, sobald sie mit der Technik einer Schmierkur Bescheid wissen. Sie thun es theils aus Bequemlichkeit, theils weil sie sich sagen, was soll ich täglich den Arzt bezahlen, da er ja doch nichts thut als mich ansehn? Bei der Injectionskur sind die Patienten gezwungen, zum Arzt zu kommen, und so kommt es, dass man es viel mehr in der Hand hat, die Kur zu leiten und Intoxicationen zu vermeiden. Aber es kommt noch etwas anderes hinzu, ein Umstand, der wesentlich für die Injectionsmethode in's Gewicht fällt, das ist der psychische Einfluss des Arztes. Wenn ein solcher Patient sieht, wie nach 2—3 Injectionen die Symptome schwinden, wenn er merkt, dass er dabei ruhig seinen Beruf versehen kann, dass er discret von seinem Leiden befreit wird, so muss das mächtig auf die Depression einwirken, welcher die meisten, mindestens $^9/_{10}$ bei der ersten positiven Sicherheit der ausgebrochenen Syphilis unterliegen. Und die Hebung der Willenskraft, der günstige Einfluss auf diesen Depressionszustand tragen ihrerseits wieder zur Beeinflussung der Syphilis in günstigem Sinne bei. Denn es ist klar, dass bei einer Schmierkur, welche einmal schon gewisse Einschränkungen, grössere Vorsicht in der Lebensweise erfordert, und wo die Patienten durch die Manipulation selbst wieder und wieder auf ihr Leiden hingewiesen werden, der Depressionszustand weit hartnäckiger und anhaltender sein wird. Dann aber hat diese Methode auch eine eminent practische Bedeutung. Die Pat. sind durch die Injectionskur in den Stand gesetzt, unter allen Umständen ambulant behandelt zu werden. Das ist ein eminenter Vorzug nicht nur für die Gebildeten, sondern auch für die unteren Klassen. Wenn man bedenkt, wie gerade solche junge Leute der Syphilis anheimfallen, die eben erst anfangen, ihr Brod selbständig zu erwerben, in welche missliche Lage diese oft kommen, und wie viel Arbeit d. h. Capital verloren geht, wenn diese wie früher gezwungen sind, für 4—6 Wochen in ein Krankenhaus zu gehen, weil sie zu Hause einer Schmierkur sich nicht unterziehen können und wollen, so wird man mir darin beistimmen, wenn ich für die meisten Fälle die subcutane Methode vorziehe, ganz abgesehen davon, dass ein groser Procentsatz aller Syphilitiker, besonders der ärmeren Klassen um deswillen von einer Behandlung eines Recidivs absieht, weil sie zum 2. Male eine solche Kur nicht durchmachen können und wollen.

Wann soll die Behandlung beginnen? Die Ansichten darüber schwanken. Nach Ricord kann man durch frühzeitige Behandlung die Syphilis im primären Stadium heilen, und seiner Ansicht schliessen sich Fournier, Bäumler, Hutchinson etc. an. Man soll demnach sofort mit der Behandlung beginnen, sobald die Diagnose gesichert ist.

Wie lange soll nun die Behandlung fortgesetzt werden? Die meisten Aerzte und die meisten Patienten lassen sich mit einer einmaligen Behandlung genügen, und nur im Falle ein Recidiv kommt, wird die Behandlung wieder aufgenommen.

Im Gegensatze hierzu legen die neueren französischen und amerikanischen Forscher das Hauptgewicht auf die lange Behandlung. „Die Gesammtdauer der Behandlung sollte 2 Jahre sein, sagt Fournier, von denen 6 oder 8 Monate auf die merkurielle Behandlung kommen sollten." Der Dr. Heyes in New-York lässt dagegen das Hg 3 Jahre lang ununterbrochen in sehr kleinen Dosen fortnehmen, da es nach ihm die Blutkörper vermehrt. Er legt das Hauptgewicht auf die tonische und antiphlogistische Wirkung des Hg, wenn es in minimalen Dosen von 1—2 mmgr. verabreicht wird. Er behauptet, dass die unterbrochene Behandlung Fournier's eine lediglich symptomatische sei, während die seinige antidotal wirke.

Beide Ansichten haben die über 2—3 Jahre lang fortgesetzte Behandlung gemein, welche durch gewichtige Gründe unterstützt wird. Denn die Erfahrung lehrt, dass bei einer, nach nur einmaliger Kur scheinbar geheilten Syphilis dennoch oft genug Latenz vorhanden ist, welche durch die fortgesetzte Behandlung unmöglich gemacht wird. Ausserdem beugt man Recidiven vor und gewöhnt die Kranken daran, sich nicht für geheilt zu betrachten, wenn sie eine Kur durchgemacht

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haben. Ich möchte daher unbedingt der Ansicht Fournier's mit aller Entschiedenheit beipflichten.

Man würde hier so verfahren, dass man nach der Hauptkur alle halbe Jahre eine 3—4wöchentliche Kur brauchen lässt, entweder 12 Einreibungen oder 12—15 Injectionen. Ist der Pat. $2^1/_2$—3 Jahre so in fortgesetzter Behandlung gewesen, ohne dass Symptome wieder aufgetreten sind, so lässt man dann noch eine Jod-Nachkur gebrauchen und kann nun den Pat. mit gutem Gewissen aus der Behandlung geheilt entlassen.

Ein grosses Gewicht muss meiner Ansicht nach bei diesen regelmässigen Kuren darauf gelegt werden, dass man sie nicht im Sinne der Patienten überstürzt. Meist können die Letzteren nicht schnell genug fertig werden und drängen fortwährend den Arzt, die Kur so rasch wie möglich zu Ende zu bringen. Es kommt auch hier nicht darauf an in kürzester Zeit eine bestimmte Anzahl Spritzen zu geben, sondern langsam und allmählich von Neuem Hg in den Kreislauf zu bringen, um so desto sicherer noch etwa vorhandene Keime zu zerstören.

Endlich möchte ich noch daran erinnern, dass bei der allgemeinen Behandlung stets auch eine locale nebenher gehen muss. Welcher Art diese ist, richtet sich nach den Affectionen. Bei Condylomen erreicht man die Beseitigung wohl am Besten, Sichersten und Schmerzlosesten, wenn man sie nach vorheriger Befeuchtung mit Kochsalzlösung mit Calomelpulver bedeckt. — Bei Schleimhautaffectionen greift man immer wieder der Einfachheit wegen zum Lapisstift. Bei Geschwüren bepinselt man mit Sublimatlösung oder wendet Jodoform an.

Es erübrigte noch, über die Vergiftungserscheinungen durch Hg und Jod zu sprechen. Jedoch sind die ersten Symptome so allgemein bekannt, dass es mir wohl erspart sein kann, näher darauf einzugehen. Ausserdem wird man selten schwerere Erscheinungen sehen, wenn man sich daran gewöhnt, bei den ersten Anzeichen des Merkurialismus oder Jodismus sofort das Mittel auszusetzen.

Meine Herren, ich bin am Ende meiner Fragen. Wir haben die verschiedenen Behandlungsweisen gesehen, wir haben uns die Frage vorgelegt, welche die beste sei, wann man mit der Behandlung beginnen, wann man aufhören solle. Es erübrigt nun noch einiges über die Wirkung des Hg hinzuzufügen.

„Alle nach den älteren Untersuchungen von Voit, Overbeck und den neueren von Fürbringer und Blomberg gewonnenen Resultaten sagt Zeissl, deuten darauf hin, dass die thierischen Flüssigkeiten durch ihren Gehalt an Chloriden in der Richtung ihren Einfluss geltend machen, dass das Bichlorid des Hg oder dessen Verbindung mit NaCl entsteht. Trifft es zu, dass kein im Organismus vorhandener Eiweisskörper und kein Proteïd z. B. Hämoglobin, Sublimat fällt, sobald genug NaCl vorhanden ist und stellt es sich ferner heraus, dass der normale NaCl-Gehalt des Blutes u. s. w. dieser Menge gleichkommt, so ist nicht zu zweifeln, dass das Hg in kleinen Dosen wirklich gelöst und kreisend im Organismus sich befindet."

Am Schlusse möchte ich noch mit einigen Worten die hygienischen Bestrebungen, der Syphilis Einhalt zu thun, kurz berühren.

Es unterliegt wohl kaum einem Zweifel, dass es die Prostitution ist, welcher wir in erster Linie die heutige, eminente Verbreitung der Syphilis zu danken haben. Was man auch gegen dieselbe angeführt, welche Mittel man gegen sie gebraucht hat, stets hat es sich herausgestellt, dass wir mit ihr als einem einmal gegebenen Factor zu rechnen haben, und dass wir weder durch religiöse noch staatliche Hülfe sie verschwinden machen können. Zugleich hat aber auch die Erfahrung gelehrt, dass es vor allem die geheime Prostitution ist, welche zur Verbreitung der Syphilis beiträgt. Mag man daher denken, wie man will, mag man noch so sehr aus Gründen der Moralität, des öffentlichen Anstandes gegen die öffentlich anerkannte, in bestimmte Grenzen gebannte Prostitution eifern: man wird doch zugeben müssen, dass es keine wirksamere Bekämpfung der Syphilis giebt, als die öffentlich unter polizeilicher Aufsicht stehende Prostitution. Je mehr man danach gestrebt hat, dies öffentliche Aergerniss zu beseitigen, je strenger man vorgegangen ist, je härter man und je unnachsichtiger man bestraft hat, um so mehr hat sich die Prostitution in das Dunkle zurückgezogen, um so mehr ist die Syphilis in die Familien, in die Ehe eingedrungen und hat in zehnfacher Weise zerstört, was man dort anscheinend gewonnen sah. Es ist daher auch auf diesen Punkt die öffentliche Aufmerksamkeit mehr als bisher zu lenken, und vor allem die Aerzte sollten sich nicht scheuen, das Ding beim rechten Namen zu nennen und darauf hinzuwirken, dass die Prostitution wieder unter öffentliche, innerhalb enger Grenzen gehaltene Einschränkung und Controle gestellt werde.

Nur so wird es möglich sein, dem Uebel an der Wurzel zu begegnen und die Syphilis, diese furchtbare Geissel allmählich wieder einzudämmen und zu beschränken.

Aus der einschlägigen Literatur ist benutzt:

1) Lehrbuch der Syphilis u. d. mit dieser verwandten örtl. vener. Krankh. v. Prof. H. Zeissl u. Dr. M. Zeissl. Stuttgart 1882.

2) Grundriss d. Path. u. Ther. d. vener. Krankh. v. Dr. Fr. Wilhelm Müller. Leipzig 1884.

3) Grundriss d. Path. u. Ther. d. Syph. von Prof. Dr. H. Zeissl. 2. Aufl. Stuttgart 1884.

4) Handb. d. speciellen Path. u. Ther.; Abth. Syph. v. Ch. Bäumler. 2. Aufl. Leipzig 1876.

5) D. Pathol. u. Therap. d. Syph. u. d. a. s. g. vener. Krankh. von Charles Robert Drysdale übersetzt von Dr. H. Helmkampff. Stuttgart 1882.

6) Welches ist d. kürzeste Weg zur gründlichen Heilung der Syph. v. Medicinalrath Dr. Pingler. Heidelberg 1883.

7) Die Chromwasser-Behandl. d. Syph., eine neue Methode, von Dr. Edmund Güntz: Dresden 1883.

8) Ueber neuere Behandlungsweisen der Syph. Wien 1876 von v. Sigmund.

9) Zur Behandl. d. constitut. Syph. v. A. Reumont. Berlin 1878.

10) De l'hérédité syphil. (état actuel de la science) par Henri Blaise 1883.

11) Annalen der Charité 1868 Bd. XIV u. 1880 Bd. IX 1. H.

12) On the use of Mercury in Syph. Paper read at the Hunterian Society of London. Jan. 8. 1874. Med. Times and Gaz. 1874. Vol. I.

13) Gaz. hebdom. 1874, No. 21.

14) Ein neues Quecksilberpräparat von Dr. Sigmund Lustgarten in „Wiener medic. Wochenschrift No. 11—14 1884".

15) Zur Syph.-Behandl. v. Prof. Dr. A. Neisser in „Deutsche medic. Wochenschrift 1 u. 2 1884".

16) Lettres sur la syphilis, par Ricord. Paris 1863.

17) v. Sigmund, Wiener medic. Wochenschrift 1873, No. 15. 18, 19, 31 u. 35.

18) Gazette des Hôpit. 1867.

19) De la Syphilide gommeuse du voile du palais. Paris 1868 par Fournier.

20) Amer. Journ. of Med. Sciences, Jan. 1876.

21) Ueber d. Excision d. syph. Initialsclerose: Vierteljahrschrift für Dermat. u. Syph. IV. Jahrg.

22) Fournier, Syphilis et mariage 1880.

23) Ueber die Excision d. Hunter'schen Induration. Wiener med. Presse No. 50 u. 51, 1878 u. 17 u. 18. 1879.

Das Gehirn der Knochenfische.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin am 20. Juni 1884

von

H. Rabl-Rückhard.

Die vergleichende Hirnanatomie liegt zwar scheinbar fern ab von den brennenden Tagesfragen der practischen Heilkunde, allein die Probleme, deren Lösung sie verfolgt, gehören zu den wichtigsten der Biologie. Die wunderbar verwickelten Bahnen der Nerven, ihre Verknüpfungen unter einander und mit den Nervenkernen setzen der Forschung an dem Centralnervensystem der höheren Wirbelthiere oft unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen, denen selbst die ausserordentlich verfeinerte Technik der lückenlosen Schnittserien nicht gewachsen ist. — Man muss nach anderen Wegen der Forschung suchen, und unter diesen steht oben an die vergleichend anatomische Betrachtung und die Entwickelungsgeschichte.

Wenn wir in der Thierreihe hinabsteigen, stossen wir auf immer einfachere Formen des Centralnervensystems. Immer mehr nähert sich der Bau desselben gewissen Bildungen, wie sie das embryonale Gehirn der höheren Wirbelthiere auf irgend einer Entwickelungsstufe darbietet, die Gliederung in die 3 bezw. 5 Hirnbläschen tritt immer durchsichtiger zu Tage und damit vereinfachen sich die Beziehungen der einzelnen Theile und erleichtern ein Verständniss derselben.

Dabei findet man aber nicht etwa, je niedrere Gesammtformen man vor sich hat, alle Abschnitte des Organs in gleicher Weise reducirt und vereinfacht. — Im Gegentheil! Bestimmte Gebiete des Gehirns erreichen bei niederen Wirbelthieren eine relativ und absolut be-

Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

deutendere Entwicklung, als derselbe Theil bei höher organisirten Wesen. — So sehen wir z. B. das Kleinhirn bei Amphibien und Reptilien im Allgemeinen sehr, und bei einzelnen im Besonderen so reducirt, dass es nur eine einfache dünne Lamelle oder Leiste bildet, die über dem Eingang in den 4. Ventrikel gelegen ist. So z. B. beim Frosch, der Eidechse, dem Chamaeleon. Im Gegensatz dazu finden wir bei den Fischen, in Sonderheit bei den Knorpelfischen, eine viel mächtigere Entwicklung dieses Hirntheils. Bei letzteren kann es zu einem ansehnlichen Organ mit faltiger Oberfläche sich entwickeln, das die benachbarten Hirngebiete theilweise bedeckt und überragt. Ja einzelne Theile desselben können wiederum eine ganz enorme Entwicklung nehmen, sodass sie den Eindruck selbständiger Hirnabschnitte machen. Dahin gehört z. B. die Valvula cerebelli anterior: Dieses Gebilde, beim Menschen eine dünne Markplatte von nur 0,2—0,4 mm Mächtigkeit, bildet bei den Knochenfischen eine mehrfach gefaltete Duplicatur, und schiebt sich tief unter den zunächst davor gelegenen Abschnitt, die Zweihügelgegend, deren Hohlraum zum Theil ausfüllend.

Ich könnte diesem Beispiel noch andere hinzufügen, wenn dasselbe nicht schon für den Beweis des Satzes genügte, dass die relative Entwicklung einzelner Hirntheile unabhängig von der Stellung der betreffenden Thierart in der Stufenreihe der Lebewesen ist.

Da wir nun aber mit Fug und Recht aus der stärkeren Ausbildung eines Hirnabschnittes im Allgemeinen auf die Grösse der Aufgabe schliessen dürfen, die ihm in der Gesammtleistung des Organs zukommt, so gewinnen wir in der vergleichenden Betrachtung und unter Berücksichtigung des Gesammtkörperbaues des Thieres ein Mittel, um uns über die Function dieses Hirnabschnittes selbst Sicherheit zu verschaffen. Andererseits aber eröffnet uns die feinere Untersuchung der so vereinfachten Verhältnisse am Hirn niederer Wirbelthiere, wo ganze Gebiete gewissermaassen eliminirt erscheinen, neue Einblicke in seine Zusammensetzung, in die Art, wie hier die Bahnen verknüpft und verschlungen sind.

Darin also liegt die Bedeutung dieses Forschungsweges, der erst von Wenigen betreten ist, aber bestimmt scheint, Licht auf manche dunklen Beziehungen im Bau des Gehirns der höchsten Lebewesen und damit auch des Menschen, zu werfen. Von diesem Gesichtspunkt aus muss man die Arbeit des vergleichenden Anatomen beurtheilen. Hat schon die Ergründung jeder wissenschaftlichen Thatsache an sich ihren Werth, weil sie ein Schritt weiter ist zur Erkenntniss der Wahrheit, ohne Rücksicht auf den augenblicklichen practischen Nutzen, so lässt sich hier der Erfolg für spätere Zeit noch gar nicht absehen. Eine scheinbar unvermittelt dastehende unbedeutende Thatsache kann, sobald nur erst das benachbarte Gebiet gewissermaassen topographisch abgesteckt und aufgenommen ist, plötzlich eine ungeahnte Bedeutung gewinnen. Und wie der vereinzelte Fund eines römischen Meilensteins im tiefsten Waldesdunkel uns mit einem Male den verlorenen Zug der alten Römerstrasse erschliesst, so kann eine einzige Beobachtung der vergleichenden Hirnanatomie uns Ausblicke eröffnen, deren ferne Grenzen sich nicht ahnen lassen. —

Zum Aufbau dieses Forschungsbaues der Zukunft ist indess der Baugrund kaum geebnet. Noch ragen aus demselben die Trümmer veralteter, durch jahrzehntelange Duldung gewissermaassen geheiligter Anschauungen. Schon die vergleichend anatomische Deutung der hauptsächlichsten Hirnabschnitte bei den verschiedenen Wirbelthierklassen erweist sich als schwankend und streitig. Nirgend aber treten diese Gegensätze stärker zu Tage, als am Gehirn der Fische, wo man doch gerade erwarten sollte, dass die Verhältnisse am einfachsten sind und somit leicht verständlich sein müssen. Was hier dem Einen als Riechlappen erscheint, ist für den Andern Grosshirn, die Vierhügelregion, das Gebiet des embryonalen Mittelhirns, wird theilweise als Zwischenhirn gedeutet, das Kleinhirn des Einen heisst bei dem Andern Mittelhirn; kurz, die Verwirrung und Subjectivität in der Auffassung und Deutung der einzelnen Hirnabschnitte ist eine grenzenlose und beim ersten Anblick geradezu entmuthigende. —

Und dabei kann man nicht einmal behaupten, dass dieses Gebiet, das noch **Haller** als einen Ager parum cultus bezeichnen konnte, in den letzten Jahrzehnten ein besonders vernachlässigtes war. Im Gegentheil! Gerade hier arbeitete der später als Reisender bekannt gewordene **Miclucho Maclay** unter den Augen eines unserer grössten deutschen vergleichenden Anatomen; gerade hier wurde zuerst von einem sorgfältigen Forscher, **Fritsch**, die exacte Methode der lückenlosen Schnittserien herangezogen, ganz zu geschweigen der älteren Arbeiten, die den Namen eines **Camper**, **Haller**, **Arsaky**, **Carus**, **Treviranus**, **Tiedemann**, **Cuvier**, **Gottsche**, **Joh. Müller**, **v. Baer**, **Stieda** u. A. tragen. — Diese Namen, unter denen die ersten Anatomen der letzten hundert Jahre glänzen, beweisen aber schon an sich, welchen ausserordentlichen Reiz der Bau des räthselhaften Fischgehirns von jeher auf die Forscher ausübte. **Haller** leiht diesem Antheil Ausdruck in folgenden Worten: Est tamen etiam huic cerebro sua elegantia suaque peculiaris fabrica, neque unquam credo nos partium corporis animalis utilitatem recte perspecturos, nisi plenam habuerimus peculiaris in quaque specie fabricae enumerationem. Tunc enim, quae in ea fabrica per plurimas species communia erunt, eadem erunt instrumenta functionis, quae iisdem speciebus animalium communis fuerit; et quae fabrica cuique speciei peculiaris erit, eam probabile fuerit, ad peculiares ejus speciei functiones pertinere.

Ich habe mir daher zur Aufgabe gesetzt, Ihnen heut ein Bild vom Bau dieses Gehirns der Fische, in Sonderheit der Knochenfische, zu entwerfen, gewissermaassen ein Beispiel für die Art der Forschung auf diesem Gebiete und für die Ziele, die dabei verfolgt werden. — Denn die Methode ist es, die auch da unseren Antheil erregt, wo der Gegenstand der Forschung selbst uns fern liegt. — Andererseits hoffe ich aber, durch eine kurze, gewissermaassen populäre, d. h. auch dem Nichtanatomen verständliche Darstellung, weitere, namentlich experimentell physiologische Forschungen auf diesem Gebiet zu erleichtern, die vielleicht nicht minder wichtige Erfolge liefern werden, als die rein anatomische Untersuchung.

Bevor ich indess auf meine eigentliche Aufgabe eingehe, gestatten Sie mir eine kurze Darstellung der Genese des Wirbelthiergehirns im Allgemeinen, weil dieselbe für das Verständniss des heutigen Organs und der Beziehungen seiner einzelnen Abschnitte unerlässlich ist.

Der so wunderbar zusammengesetzte und scheinbar verwickelte Bau des höchst stehenden Säugethiergehirns lässt sich auf ein äusserst einfaches Schema reduciren, das uns in seiner embryonalen Anlage gegeben ist. Dieses Schema ist aber gleichzeitig der Grundplan sämmtlicher, noch so sehr von einander abweichender Wirbelthierhirne bis zu den Fischen abwärts. Man kann im Allgemeinen sagen, die verschiedenen Formen des ausgebildeten Gehirns in den niederen Abtheilungen der Wirbelthiere stellen dauernd gewordene niedre embryonale Stadien des Gehirns der höheren Wirbelthiere dar. Die Aufgabe der vergleichenden Hirnanatomie ist es nun, die Homologien der einzelnen Theile des Organs in den verschiedenen Thierklassen festzustellen und genetisch zu erklären, d. h. auf die typische embryonale Grundlage zurückzuführen.

Diese Grundlage ist bekanntlich folgende:

Aus der ursprünglich flächenartig ausgebreiteten Medullarplatte, die eine Verdickung des medialen Theils der äusseren Keimschicht, des Ectoderms oder Epiblasts darstellt, entsteht, indem die Ränder der Platte sich erheben, einander entgegenwachsen und schliesslich verschmelzen, erst eine offene Halbrinne, dann ein geschlossenes Rohr, das sog. Gehirnrohr. An seinem Kopftheil gliedert sich dasselbe durch seichte Einschnürungen, zwischen denen das Rohr entsprechend erweitert erscheint, in zunächst drei hinter einander liegende Abschnitte, deren Hohlräume continuirlich in einander übergehen. Es sind dies die drei primären Hirnbläschen oder Stammbläschen. Das vorderste ist das sog. Vorderhirnbläschen (Protencephalon), das zweite das Mittelhirnbläschen (Mesencephalon), das dritte das Hinterhirnbläschen (Epencephalon). — Letzteres verschmälert sich allmälig nach hinten und geht so in das Rückenmarksrohr über.

Zunächst entstehen nun am Vorderhirnbläschen zwei laterale Ausbuchtungen, die sog. primären Augenblasen. Dieselben schnüren sich allmälig vom Bläschen ab, bis sie schliesslich als zwei rundliche Bildungen nur noch durch einen schmalen, röhrenförmigen Stiel mit ihm zusammenhängen. Aus diesem ursprünglich hohlen Stiel wird der spätere Sehnerv. — Auch am Hinterhirnbläschen entwickelt sich durch eine weitere Einschnürung eine Zweitheilung, die zur Bildung des sog. Nachhirns (Metencephalon) führt. Viel wichtiger ist indess eine Veränderung am Vorderhirnbläschen, welche die Bildung der Grosshirnhemisphäre einleitet. — Es entsteht nämlich an der vorderen Wand desselben eine knospenartige Ausbuchtung, zunächst unpaar, und continuirlich in das Vorderhirn übergehend. Es ist dies das sog. secundäre Vorderhirn (Protencephalon sec.), während man jetzt das erste Stammbläschen, aus dem es hervorging, als primäres Vorderhirn oder auch als Zwischenhirn bezeichnet. Durch eine seichte faltenförmige Vertiefung grenzt sich das erstere vom letzteren dorsal- und lateralwärts ab, während an der Basis der Uebergang ohne Grenzen stattfindet. Somit haben wir nunmehr 5 Hirnbläschen, nebst den vom Zwischenhirn aus hervorgegangenen beiden Augenblasen.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 34.** 21. August 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Trunksucht und Dipsomanie.

Vortrag auf dem 6. oberrheinischen Aerztetag zu Freiburg i. B. gehalten von

Professor **Dr. Kirn**
in Freiburg i. B.

Meine Herren! In unserer Zeit, in welcher die Trunksucht leider eine sehr grosse Rolle spielt, in der man erkannt hat, dass die tiefsten socialen Schäden, Uebel jeder Art, Vergehen und Verbrechen durch sie erzeugt werden, ist schon wiederholt die Frage aufgetaucht, ob dieselbe nicht allein zu schweren Krankheiten führe, sondern an sich schon eine Krankheit sei; ob somit der Trunkenbold als Kranker zu behandeln und zu bedauern, nicht als unmoralisch zu verurtheilen sei! Man sprach von einer besonders gearteten psychischen Constitution, welche die Neigung zur Trunksucht nothwendig im Gefolge habe, von inneren Antrieben, denen ein erfolgreicher Widerstand nicht entgegengesetzt werden könne.

Von den mancherlei Beweisen, die man zur Stütze dieser Hypothese beizubringen suchte, will ich hier nur der zweifellosen Thatsache erwähnen, dass in ganzen Familien die Neigung zur Trunksucht besteht, woraus man folgerte, dass dieselbe von einer Generation auf die andere erblich übertragen werden könne. Bei näherer Betrachtung des Sachverhaltes ergiebt sich aber, dass hier gewiss nicht direct die Neigung zu diesem Laster vererbt wird, vielmehr hat der durch den Potus geschwächte Vater seinem Sohne nur ein minder widerstandsfähiges Gehirn als Erbstück hinterlassen, er hat ihm damit eine allgemeine moralische Schwäche vererbt, vermöge derer der Sohn allen an ihn herantretenden Versuchungen, welche Richtung sie auch haben mögen, einen minder kräftigen Widerstand als eine normal constituirte Natur entgegenzusetzen vermag, — (Dies wird durch den Stammbaum vieler Strafanstalts-Bewohner bewiesen) — das väterliche Beispiel wird ihn aber nicht selten in die bestimmte Richtung treiben. Unterliegt es auch ferner keinem Zweifel, dass der organische Antrieb zum Genusse geistiger Getränke, wie schon die tägliche Erfahrung im geselligen Leben lehrt, ein individuell sehr verschiedener ist, dass er an manche Naturen mit grosser Stärke herantritt, während andere von demselben nur wenig berührt werden, so darf man demselben doch nicht das Prädicat des Unwiderstehlichen beilegen. Wenn auch die Freiheit des menschlichen Willens — nach unserem heutigen naturwissenschaftlichen Standpunkte — gewiss eine nur sehr relative ist und von organischen Zuständen wesentlich abhängt, so sind wir doch nicht berechtigt, dieselbe vollkommen zu negiren, um das menschliche Handeln einfach als eine Resultante seiner natürlichen Triebe aufzufassen. Auch will es mir, im Interesse der öffentlichen Moral entschieden bedenklich erscheinen, aus einer öfter beobachteten organischen Belastung gewisser Individuen für alle Trinker das beschönigende Prädicat der Krankheit abzuleiten.

Allein, meine Herren, es giebt auch eine entschieden krankhafte Trunksucht. Dies zu wissen ist für uns von der grössten Wichtigkeit. Und gerade weil wir die habituelle Trunksucht verdammen, müssen wir die pathologische Form derselben in ihrem specifischen Lichte erscheinen lassen, um sie richtig würdigen zu können. Diese Erkenntniss kann im einzelnen Falle ihre grosse Schwierigkeiten haben, weil in gewissen Perioden das Zustandsbild des pathologischen Trinkers dem des habituellen gleichsehen kann. Ich will es deshalb versuchen, Ihnen eine kurze Skizze jenes krankhaften Zustandes zu entwerfen.

Man hat die pathologische Trunksucht mit dem Namen Dipsomanie, auch Monomanie d'ivresse bezeichnet, während die von ihr Getroffenen: periodische Säufer genannt wurden. Solche Menschen trinken nur zu gewissen Zeiten, während sie sich Wochen und Monate lang absolut nüchtern verhalten, vielleicht vollständig abstiniren; sobald sie aber beginnen, nehmen sie enorme Mengen geistiger Getränke zu sich. Sie werden von Zeit zu Zeit in unwiderstehlicher Weise zu dem Genusse geistiger Getränke getrieben, welchem sie sich dann mit voller Intensität und Rücksichtslosigkeit hingeben müssen. Sie zeigen in der Folge jeweils Erscheinungen ausgesprochener Geistesstörung, welche unter Umständen denen der Alkoholiker ähnlich sehen können. Allein während der gewöhnliche Potator zuerst Trinker ist und erst in Folge des Trinkens gestört wird, ist der Dipsomane zuerst gestört und wird in Folge der Störung Trinker. Dies ist der cardinale Unterschied!

Es fragt sich nun, meine Herren, ist hier das unwiderstehliche Trinken das einzige Krankheitssymptom? Die Erfahrung hat uns hinlänglich belehrt, dass es keine Monomanien im Sinne der alten französischen Schule giebt, d. h. Geistesstörungen, die sich durch die Herrschaft eines einzigen krankhaften Triebes documentiren, die man früher auf den Namen, Kleptomanie, Pyromanie, Monomanie homicide u. dgl. m. getauft hatte. Stets handelt es sich um mehr oder weniger allgemeine psychische Erkrankungen, bei welchen nur eine Triebrichtung besonders hervortritt. Nicht anders verhält es sich auch bei der uns hier beschäftigenden Dipsomanie. Diese gehört — wenn wir ihr unter den psychiatrischen Krankheitsgruppen einen Platz einräumen wollen — zu den sogenannten periodischen Störungen, d. h. zu jenen Psychosen, welche nach mehr oder minder freien Zeiten in abgegrenzten Krankheitsanfällen hervortreten. Diese Anfälle bieten, so oft sie sich auch wiederholen mögen, stets das gleiche Symptomenbild, es sind die gleichen psychischen und somatischen Erscheinungen, die in jedem Anfalle in typischer Weise wiederkehren. Die nähere Analyse der Symptome ergiebt nun weiter, so sehr dies auch in späteren Stadien des Anfalls verwischt werden kann, dass es sich zunächst um melancholische Zustände handelt; somit ist die Dipsomanie nicht, wie es auf den ersten Blick zuweilen scheinen mag und öfter angenommen wurde, eine periodische Manie, sondern eine periodische Melancholie. Diese frappirende Annahme wird durch die Erscheinungen bestätigt. Was beobachten wir nämlich bei genauerer Ergründung? Der Kranke wird zuerst von Traurigkeit befallen, von einem schwer auf seinem Gemüthe lastenden Druck; es stellt sich Spannung im Kopfe ein in Verbindung mit Schlaflosigkeit, Gefühl der Ohnmacht, Unfähigkeit zur Arbeit; dann kommen Angstempfindungen mit Schwere und Beengung der Brust wie zum Ersticken — erst jetzt wird der Erkrankte, um sich von all diesen schweren Qualen zu befreien, instinctiv zum Trinken angetrieben. Um seinem gepressten Innern Erleichterung zu verschaffen, stellt sich somit bei dem von Angst Gefolterten ein übermächtiger Drang, ein unbezwingbares Verlangen nach Alkoholgenuss ein. Er sucht zu widerstehen, vielleicht so lange, bis die Depression zum Lebensüberdrusse angestiegen ist, der bei solchen Kranken schon manches Mal zu Selbstmordversuchen geführt hat. Endlich — oft nach schwerem innerem Kampfe — wird er überwältigt; er verschafft sich meist heimlich geistige Getränke und verfällt nun als volle Beute seinem krankhaften Triebe, dessen Befriedigung nunmehr alle andern Rücksichten geopfert werden. Je nach der Gelegenheit werden die grössten Mengen Biers consumirt, Flaschen Weines in die Kehle gegossen und meist auch bald zum Schnapse übergegangen, auch vor hässlich schmeckenden Spirituosen, wie arzneilichen Tincturen, wie kölnischem Wasser u. dgl. m., und vor widerlich riechendem Fusel wird nicht zurückgescheut. Der Dipsomane trinkt in der Regel ohne Genuss, ohne Befriedigung und doch muss er immer weiter trinken.

Bald stellt sich nun das zweite Stadium, das der Unruhe und

Digitized by Google — Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufregung ein, nicht aber das einer heiteren maniakalischen Erregung, sondern der Reizbarkeit und des feindlichen Auftretens, welches in der Regel einen bitteren schmerzlichen Kern bewahrt. In manchen Fällen werden sich nun bei längerer Dauer des Anfalls in Folge fortgesetzter Intoxication in secundärer Weise Erscheinungen des acuten oder chronischen Alkoholismus hinzugesellen, wie Trinker-Delirien, specifische Visionen, Tremor und Ataxie und die Diagnose erschweren. Endlich kann dieser Zustand verworrener, Tag und Nacht andauernder, Aufregung mit einem tiefen Schlafe seinen Abschluss finden — nach einer Dauer von einigen Tagen oder von einer bis mehreren Wochen. Es folgt nun nach einem Nachstadium der Erschöpfung und Prostration, öfter complicirt mit gastrischen Störungen, das anfallsfreie Intervall mit einem musterhaft eingezogenen Leben, in welchem die geistigen Getränke geflohen werden.

Aetiologisch ist die Dipsomanie nicht selten zurückzuführen auf erbliche Veranlagung zu Psychosen oder Neurosen. Es handelt sich dann um Menschen mit schwankendem geistigen Gleichgewichte, die auch ausserhalb der Anfälle nicht vollkommen geistig frei sind, die eigenartige Neigungen zeigen, verschieden nach Erziehung und Lebensmedium, die oft krankhaften Impulsen unterworfen sind. Bei Andern besteht grosse gemüthliche Reizbarkeit oder ein melancholischer Charakter, oder endlich ausgesprochene Hysterie oder Epilepsie. Zuweilen knüpft sich in anderen Fällen die Psychose an gewisse Entwicklungsphasen des Körpers an, welche in abnormer Weise das geistige Leben beeinflussen wie die Pubertät und besonders das Klimacterium. Endlich können auch moralisch deprimirende Ursachen von ätiologischer Bedeutung sein.

Ein Fall meiner eigenen Beobachtung dürfte am besten diesen Krankheitszustand illustriren und gleichzeitig die bescheidene Zahl der in der Literatur niedergelegten Fälle vermehren:

Frau B., eine in guten Verhältnissen lebende Bürgersfrau, nicht erblich zu Psychosen veranlagt, in der Jugend gesund, lebhaft, erregbar und reizbar, aber verständig und fleissig, hat sich in ihrem ganzen Vorleben durchaus mässig im Genusse geistiger Getränke verhalten. 1854 glücklich verheirathet, wurde sie Mutter von 4 Kindern, welche aber alle nach einander, das eine bereits 12 Jahre alt, wieder starben. Der Tod der Kinder übte auf sie einen tiefen psychischen Einfluss, sie machte sich Selbstvorwürfe, dieselben zu strenge gehalten zu haben, sie weinte viel, war untröstlich und seitdem mehr erregbar.

Seit dem Eintritt in das Klimacterium (die Menses waren früher reichlich geflossen) beiläufig im 50. Lebensjahre haben sich Anfälle von maassloser Trunksucht eingestellt und in der Folge heftige Erregungszustände mit Delirien. Man hielt die Frau für eine Gewohnheitssäuferin.

Die Zustände hatten etwa 5 Jahre gedauert, als die damals 55 Jahre alte Patientin meiner Behandlung übergeben wurde. Die Anamnese ergab, dass das Trinken durchaus in Anfällen auftrete. Durch die Beobachtung konnte weiter Folgendes festgestellt werden. Jeweils trat zuerst Präcordialangst ein, Bangigkeit, Oppressionsgefühl, Zusammenschnüren auf der Brust, das den Athem hemmte, hierauf folgte schmerzliche Unruhe und erst in Folge dieser, wahrscheinlich als instinctives Beruhigungsmittel, wurde zu geistigen Getränken gegriffen, welche sich Patientin zunächst heimlich zu verschaffen suchte. Nun ging es rasch weiter; grosse Quantitäten von Bier (etwa 6 Liter pro Tag, durch bestochene Helfer herbeigeholt) und Wein (circa 2 Liter) und nicht näher zu fixirende Quantitäten verschiedener Branntweine und Liqueure (die sich im Keller fanden), wurden mit Hast verschlungen. In der Folge wurde das Bewusstsein rasch tief gestört, bis zur Verworrenheit; unbändiges Wesen, Händel und Streitsucht hemmten jeden Einfluss; man liess die Kranke gewähren, weil durch Versagen der Getränke sich förmliche Zorntobsuchtsanfälle einzustellen pflegten. Intercostalschmerzen, rother Kopf, schneller Puls, Appetitlosigkeit; in der Folge Tremor, Thiervisionen, verworrener Wahn der ehelichen Untreue des Mannes.

Die Anfälle, sich selbst überlassen, protrahirten sich auf einige Wochen und waren von Erschöpfung gefolgt. Nach denselben wurden keine geistigen Getränke mehr aufgenommen. Die Haltung war ruhig, der Haushalt wurde geordnet weiter geführt. In jedem Jahre waren einige Anfälle mit Pausen von mehreren Monaten aufgetreten.

Nach Feststellung des Krankheitszustandes wurde, unter entsprechendem psychischen Regimen, eine systematische Opiumbehandlung eingeleitet, der Art, dass, sobald sich die ersten prodromalen Erscheinungen des Anfalls einstellten, jeweils Opium 0,06 dreimal des Tages gegeben wurde. Es gelang schon den ersten auf diese Weise behandelten Anfall wesentlich einzuschränken und zu kürzen; die folgenden Paroxysmen wurden in dem Grade milder, dass der fünfte derselben nur noch Rudera bot, in der Folge sich nur noch periodisch Aura ähnliche Erscheinungen zeigten, und auch diese nach Jahresfrist schwiegen. Seit zwei Jahren ist Patientin vollständig frei geblieben, sie lebt durchaus enthaltsam, und erfreut sich eines ungetrübten geistigen Zustandes.

Das skizzirte Krankheitsbild ist typisch. Die Erkrankung hat sich nach wohl begründeten Depressionszuständen mit Eintritt des Klimacteriums entwickelt. Die Anfälle, welche von Intervallen scharf abgegrenzt verliefen, zeigten in erster Linie die psychischen und somatischen Erscheinungen der Melancholie mit Angstzuständen, welche den Anstoss zum Trinken gaben. Im weiteren Verlaufe gesellten sich hierzu Zustände von, mit schmerzlicher Gereiztheit verbundener, Aufregung und endlich auf der Höhe des Anfalls alkoholistische Erscheinungen.

Die systematische Opiumbehandlung hat sich in unserem Fall als heilbringend erwiesen; der Erfolg war wesentlich dadurch bedingt, dass das Narcoticum jeweils in Anwendung gezogen wurde, sobald die ersten Erscheinungen der Verstimmung sich einstellten: auf diese Weise gelang es, die Anfälle allmählich immer mehr abzuschwächen uud schliesslich zu coupiren.

Es ist wohl anzunehmen, dass der Heilerfolg wesentlich dadurch gefördert wurde, dass die durch das Klimacterium ausgelösten (vasomotorischen?) centralen Störungen in der Zeit der Behandlung an sich schon geneigt waren, eine Ausgleichung zu finden.

Da die Prognose der Dipsomanie im Allgemeinen, wie die aller periodischen Störungen, erfahrungsgemäss als eine wenig günstige bezeichnet werden muss, dürfte der vorliegende Heilerfolg auffordern, in einschlägigen Fällen die gleiche Therapie zu versuchen. Unter Umständen wird dieselbe durch systematisch applicirte subcutane Morphium-Injectionen — sobald sich die prodromalen Angstzustände einstellen — zu ersetzen sein. Von anderer Seite wird der Bromkalium-Behandlung das Wort geredet, welche wohl in zweiter Linie zu versuchen wäre. Eine Erfolg versprechende Behandlung wird aber nur durchzuführen sein, wenn Patient im Beginne seines Anfalls isolirt und ihm die Zufuhr alkoholischer Getränke abgeschnitten wird; die Narcotica müssen dann an Stelle der heissersehnten Alcoholica den Seelenschmerz und die Angst betäuben.

Ausserhalb der Anfälle muss der Kranke in möglichst günstige Verhältnisse versetzt werden, um eine Kräftigung des geschädigten Nervensystems zu erzielen; Luftkuren und verständig geleitete Hydrotherapie dürften sich hier empfehlen. Alle psychisch deprimirenden Einwirkungen sind fern zu halten.

Da aber die richtige Erkenntniss jeder Therapie vorausgehen muss, so will ich schliesslich die Differential-Diagnose zwischen Dipsomanie und Trunksucht nochmals in wenigen Punkten kurz zusammenfassen.

1. Die Dipsomanie entwickelt sich auf Grundlage erblicher Veranlagung, früher vorhandener Erscheinungen von Nervosität oder geistiger Eigenart oder in Folge des Eintritts der Pubertät und namentlich des Klimacterium, während die Trunksucht unabhängig von solchen Momenten, mehr oder weniger durch äussere Lebensverhältnisse bedingt, aufzutreten pflegt.

2. Die Dipsomanie verläuft typisch in Anfällen, welche sich scharf von trunkfreien Intervallen abgrenzen, während die Trink-Excesse des Potator ohne jeden Typus verlaufen; die Zeiten der Abstinenz sind hier Erschöpfungspausen durch körperliches Uebelbefinden, oder auch durch Mangel an Genussmittel bedingt.

3. Die Anfälle des Dipsomanen werden regelmässig durch psychische Deppressionszustände mit entsprechenden Parästhesien eingeleitet, welche den Antrieb zum Genusse geben, — während der Gewohnheits-Trinker ohne derartige prodromale Verstimmung zum Glase greift.

4. Die psychischen alkoholistischen Störungen werden sich bei Jenem erst auf der Höhe des Anfalls in secundärer Weise einstellen, während sie bei Diesem in erster Linie in Scene treten können.

5. Der Dipsomane, mit Ekel von seinem kranken Triebe erfüllt, kämpft im Intervall in der Regel mit aller Kraft gegen Rückfälle, während der geschwächte Wille des Trunksüchtigen keine entschiedene Energie gegen seine Laster aufkommen lassen kann.

II. Der Moosfilz-Verband.

Von

Dr. H. Leisrink in Hamburg.

Es sind jetzt grade 3 Jahre, dass ich die ersten Versuche, das Torfmoos (Sphegnum) als Verbandmaterial in die chirurgische Praxis einzuführen, veröffentlichte. Jetzt wird dasselbe in einer Reihe grosser und kleiner Hospitäler mit dauerndem Erfolg als einziges Verbandmaterial benutzt. Ein Beweis für die stetig steigende Bedeutung des Mooses für die chirurgische Praxis liefern die Sendungen, welche

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach den Niederlanden, nach Rumänien etc. gelangen. Auch im fernen Nordamerika werden an verschiedenen Stellen die Torfmooskissenverbände mit Erfolg angewendet[1]). Gestützt auf diese Beweise der Güte des Torfmooses als wundsecret-aufsaugendes Material legte ich dem letzten Chirurgen-Congress meine Torfmoosfilze vor, indem ich die Hoffnung aussprach, dass das Moos auch in dieser Gestalt sich schnell und dauernd die Gunst der Chirurgen erringen möge. Ich legte der gelehrten Versammlung die Filze in 2 Härten vor und jede Härte wiederum in 3 verschiedenen Dicken.

Die festgepressten Filze dachte ich mir als besonders anwendbar zu starren Verbänden bei Fracturen, Resectionen etc., speciell in der Feldchirurgie. Ich hatte schon damals mehrere Fälle von complicirten Fracturen und Resectionen in diesen festen Moosschienen behandelt und zwar mit besonders günstigem Erfolge. Der Beweis für die Praxis war also geliefert, doch möchte ich für die Friedenspraxis mit ihren unerschöpflichen Hülfsquellen weniger Gewicht auf diese festen Platten legen als auf die weichen. Die fortschreitende Erfahrung hat mich weiter gelehrt, dass von den 3 verschiedenen Dicken der weichen Filze die dünnste Sorte für die Praxis ganz wohl fortfallen kann. Ich benutze jetzt zumeist die mittlere Sorte, je nach der wahrscheinlichen Menge des Wundsecretes in einer oder mehreren Lagen. Grade diese mittlere Dicke der weichen Platten liefert jetzt auch der Fabrikant, Herr Marwede, in einer ganz vorzüglichen Qualität. —

Was die Herstellung der Filze anlangt, so ist dieselbe eine ungemein saubere, jede Infection ausschliessende. Das frisch gesammelte Moos wird, nachdem es verlesen, in grossen, mit Wasser gefüllten Bottichen gleichsam geschlemmt, verfilzt und dann unter eine hydraulische Presse gebracht. Durch diese wird der grösste Theil des aufgesogenen Wassers ausgepresst, der Rest durch Aufhängen und Austrocknen entfernt. Um das Einnisten von Insecten zu verhüten, werden alle Platten mit einer Sublimatlösung 1 : 1000 besprengt. Besonders vorsichtigen Gemüthern stehen ausserdem sublimatisirte Filze zur Verfügung, die dadurch hergestellt werden, dass nach dem Trocknen die Platten noch einmal in Sublimatlösung 1:1000 getaucht werden, um dann wieder gepresst resp. getrocknet zu werden.

Es kann ja nun Jemand auf die Frage kommen, warum ich das Torfmoos nicht in seiner ursprünglichen Gestalt in Kissen eingenäht, als Wundverband gelassen habe und diese Frage ist in der That mir schon mehrere Male gestellt worden.

Ich glaube nun, die bedeutenden Vortheile des Filzverbandes beweisen zu können und kann mich nach meinen jetzt über halbjährigen Erfahrungen nur darüber wundern, dass nicht alle Anhänger der Mooskissen zu den Filzverbänden übergegangen sind. Vor allem springt die ungemeine Bequemlichkeit der Anwendung der Filze in die Augen. Anstatt der vielgestaltigen Kissen, welche der Chirurg je nach den verschiedenen Körpertheilen auf Lager halten musste, braucht er jetzt nur 2 Sorten Filze, welche in Platten oder aufgerollt aufbewahrt, es jederzeit gestatten, den nöthigen Bedarf mit einer Scheere in beliebiger Gestalt auszuschneiden. Es ist wahr, es geht dabei nicht ohne einigen Staub ab, aber stäuben denn die Kissen nicht, stäubt Holzwolle, Watte, Jute, Torfmull nicht und was macht diese kleine Unbequemlichkeit dem Chirurgen, welchem durch Carbolsäure, Jodoform, Sublimat doch ganz anders zugesetzt wird?

Neben der Bequemlichkeit, welche durch Anwendung der Filze dem verbindenden Chirurgen erwächst, wird zugleich eine nicht unbedeutende Arbeitsleistung dem Hospital erspart. Meine Abtheilung ist eine nur kleine, auch die chirurgische Poliklinik des Hospitals zählt nur 1600—2000 Nummern im Jahre und doch musste fast unausgesetzt eine Wärterin zum Nähen der Kissen verwendet werden. Man kann ja einwenden, dass diese Wärterin doch vorhanden wäre, aber man irrt sehr, wenn man annimmt, das dieselbe beliebig zum Krankendienste und zum Kissennähen verwendet werden kann. Nur zu leicht könnte sie aus den Krankensälen an Händen, Kleidern etc. Infectionsstoffe bringen und solche direct in die Kissen einführen. Bedarf es doch schon so einer stetigen Aufsicht durch den Hausarzt, um stets sicher zu sein, dass das kissenbereitende Personal sich in desinficirtem Zustande befindet. Allen diesen Unbequemlichkeiten weicht man aus, wenn man statt der Kissen die Filze anwendet. In durchaus sauberem Zustande kommen die Platten aus der Fabrik an, durch sorgfältige Verpackung gegen jede Beschmutzung geschützt. Aus der Verpackung gelangen die Platten in die flachen metallenen Kästen, aus dem sie nur genommen werden um zur directen Verwendung zu gelangen. — Diesen nach meiner Meinung grossen Vortheilen stehen noch andere zur Seite. Unzweifelhaft legen sich die Filze dem Körpertheile viel weicher und sorgfältiger an als die Kissen, namentlich wenn letztere etwas fest gestopft sind. Die Filze, welche ich auf dem Chirurgencongresse zeigte, waren noch durchaus nicht auf der Höhe der Weiche und Zartheit, welche die jetzt von Marwede hergestellten auszeichnen. Die mittelstarken, weichen Filze sind jetzt so elastisch und nachgiebig, dass sie sich wie Teppiche aufrollen lassen. Durch diese Eigenschaften des Verbandstoffes ist auch der Chirurg in der Privat- und der Landpraxis im Stande leicht und in kleinen Volumen sich seinen Bedarf mitzuführen. Betrachten wir nun einmal einen Filzverband z. B. nach einer Hüftresection. Auf die drainirte und genähte Wunde kommt das Antisepticum sei es Jodoform-Sublimatgaze oder ein anderes aus der vielnamigen Apotheke der Antiseptica. Diese Gaze wird durch eine Spica coxae mittels einer Gazebinde festgelegt. Auf diese Binde kommt dann der Moosfilz, in einfacher oder mehrfacher Schicht, das ganze Becken an seinen Seiten und seiner Hinterfläche bedeckend und bis zur Mitte des Oberschenkels hinabreichend. Nachdem der Filz durch Gazebinden fest angedrückt ist, kommt auf das Ganze eine Anzahl Touren einer gestärkten nassen Binde. Dieser erste Verband liegt oft 3 Wochen und wird nur abgenommen, um Nähte und Drains zu entfernen. — Ich glaube, man kann keinen einfacheren Verband erdenken und keinen, der so sicher seinen Zweck erfüllt; denn, was verlangt man von einem Wundverbande. I. dass er ein wirksames Dauer-Antisepticum enthält, II. dass das gebildete Wundsecret leicht abgeleitet wird und III. dass das von der Wunde abgeleitete Secret in beliebiger Menge vom Verbande aufgesogen wird. Erst diese 3 Punkte zusammen ermöglichen das, was man jetzt am meisten erstrebt, den antiseptischen Dauerverband. Jodoform- resp. Sublimatgaze sind Dauerantiseptica ersten Ranges, die Gummidrains leisten, was man auch sonst erkünsteln mag, doch das Beste im Ableiten des Wundsecrets und der Torfmoosfilz saugt Quantitäten Secrets auf, wie kein anderer in der Chirurgie benutzter Stoff. — Nach Versuchen, welche ich in Gemeinschaft mit meinem früheren Assistenten, Herrn Dr. Korach angestellt habe, ist die Aufsaugefähigkeit des Filzes nahezu gleich derjenigen einer gleich grossen Gewichtsmenge losen Mooses. Bedenkt man nun, dass in den Filzen durch Compression eine solche Menge Moos befindlich ist, wie sie in keinem Kissen vorkommt, so kann man sich wohl mit der Resorptionsfähigkeit der Platten zufrieden geben. Weiter ergaben unsere Versuche, dass die Aufsaugung des Secrets bei den Filzen früher beginnt, als beim losen Moose. Gerade diese Aufsaugefähigkeit lässt weiter die Filze ungemein gut geeignet erscheinen zu nassen, antiseptischen Umschlägen, zu Fomentationen etc. sowie zu Unterlagen in Wochenbetten, in Wiegen, zu Unterlagen bei Cholera- und Typhus-Kranken. — Die Filze sind so billig, dass sie häufig gewechselt werden können und dass die gebrauchten ohne Weiteres verbrannt werden können, bei manchen Infectionskrankheiten ein gewiss nicht zu unterschätzender Vortheil.

Was nun eben diese Preise anlangt, so stellen sie sich doch etwas höher als ich auf dem Chirurgen-Congresse angegeben habe. Die mitteldicke weiche Sorte, also diejenige, welche ich am meisten empfehle, kostet bei Bezug von 10 Platten von je 50 × 100 Ctm. M. 15. — Diese Grösse der Platten empfiehlt sich am meisten für Hospitäler. Für den Privatgebrauch sind andere Grössen vorhanden, z. B.

20 × 20 Ctm. je 10 Platten M. 1,40
20 × 30 Ctm. „ „ „ M. 2,00
30 × 50 Ctm. „ „ „ M. 5,00 etc.

Zu diesem Preise liefert sowohl die Fabrik in Neustadt a/R., als auch der Apotheker Beckström in Neustrelitz.

[1]) Seit Anfang 1882 sind allein von den Herrn Apothekern Beckström in Neustrelitz und Dr. Mielk in Hamburg über 80 Centner Torfmoos verkauft.

III. Mittheilungen aus der Praxis.

Von

Dr. med. Heusinger, Raguhn i. Anhalt.

1. Carcinoma medullare acutum hepatis mit Ausgang in Verjauchung und drohender Perforation durch die Bauchdecken.

Bei dem nicht gerade sehr häufigen Vorkommen von primärem Leberkrebs dürfte nachstehender Krankheitsfall nicht ohne einiges Interesse sein, der neben der bei Lebzeiten schwierigen Diagnose in seinem Verlauf manches Abweichende von der sonst üblichen klinischen Form darbot.

Am 6. April a. c. wurde ich zu der hiesigen Frau Wittwe P. gerufen, deren Persönlichkeit mir von früher her schon bekannt war. Patientin sass in Decken und Tücher eingehüllt, fortwährend über Frostgefühl klagend, in stark geheiztem Zimmer auf dem Sopha. Sie gab an, acht Tage vor obengenanntem Termin von einer Reise zu ihren Kindern in Dresden und Leipzig zurückgekehrt zu sein und sich während ihres dortigen Aufenthaltes einen heftigen Darmkatarrh zugezogen zu haben. Derselbe habe in den letzten Tagen bedeutend nach-

Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gelassen, indessen fehle ihr jeder Appetit, weshalb sie meine Hülfe in Anspruch nehme.

Frau P. ist 58 Jahre alt, eine grosse hagere Gestalt, etwas gelblichen Hautdecken, schwach entwickeltem Pannicul. adip. Seit 20 Jahren Wittwe, waren ihre äusseren Verhältnisse nicht gerade die günstigsten. Von ihrer Jugendzeit an sollen stets Störungen von Seiten des Magens vorhanden gewesen sein, welche sie als Magenkrampf bezeichnete, obwohl periodische Schmerzparoxysmen nicht bestanden, daneben fanden sich Auftreibungen an den Fingergelenken mit mässiger Contractur vor. Schwer verdauliche Speisen habe sie nie geniessen dürfen ohne dass von Seiten des Magens eine Reaction sich geltend gemacht hätte. Aerztlichen Rath hat Pat. dieserhalb nie beansprucht. Sonstige Krankheiten will dieselbe nicht durchgemacht haben, und jetzt auch erst auf Andringen ihrer Angehörigen sich ärztlicher Behandlung unterworfen.

Die physikalische Untersuchung der Lungen ergab ausser einer leichten Abschwächung des Percussionsschalls an der rechten Spitze nichts Abnormes. Athmung 16 p. Minute allenthalben vesiculär. Herzdämpfung in seinen normalen Grenzen. Spitzenstoss schwach fühlbar, Töne rein. Die Leber ragte fingerbreit unter dem rechten Rippenbogen hervor, äusserer scharfer Rand nicht fühlbar, nach der Medianlinie zu sich erstreckend. Nach oben normale Grenze. Milz desgl. nicht vergrössert. Abdomen eingesunken, Wirbelsäule durch die Bauchdecken hindurch fühlbar, von irgend welchen Tumoren keine Spur; Magen auf Druck in der Herzgrube sehr empfindlich. Zunge stark belegt, Stuhl stets angehalten, zeitweiliges Soodbrennen, Aufstossen, Trockenheit im Hals, reges Durstgefühl. Kopfschmerzen. Urin trüb, ohne Albumen und Gallenfarbstoff. Neigung zu Schwindel. Leichte Fieberbewegung, 38° C. Abends, Morgentemperatur normal. Puls 90 p. Minute, klein und schwach.

Nach vorliegendem objectiven Befunde glaubte ich mich zur Annahme einer Affection des Magens, eines fieberhaften Magenkatarrhs berechtigt, da Gründe für eine tiefergreifende Läsion desselben sich mir nicht aufdrängten. Ich verordnete demgemäss eine Säuremixtur aus Acid. muriat., liess gegen die hartnäckige Obstipation ein Klysma reichen und beschränkte die Diät auf Milch, Bouillon und Weissbrod. In dieser Weise vergingen ohne erhebliche Veränderungen in dem Krankheitsbilde acht Tage, als sich zeitweilige der Pat. sehr unangenehme Schmerzanfälle einstellten, stets auf die Herzgrube beschränkt, und fast täglich recidivirend. Der objective Befund blieb ganz unverändert. Ich reichte etwas Natr. bic. mit Opium in Solution, liess Priessnitz'sche Umschläge machen, die der Kranken grosse Erleichterung brachten. Die Stuhlverstopfung wurde allmählich hartnäckiger. So gelangte ich dann eine Woche weiter, ohne selbst klarer über die Natur des Leidens geworden zu sein, aber auch ohne erheblichen positiven Nutzen für meine Patientin. Das anfangs bestandene Aufstossen und Soodbrennen hatte sich durch die Saturation von Natr. bic. gelegt. Die Temperatur blieb ziemlich gleichmässig ohne nennenswerthe Steigerung. Auffallend war nur, dass die Ernährung statt sich zu heben, langsam aber stetig sank. Die täglich eingenommene Nahrungsmenge ward immer geringer, da die Kranke allen Aufforderungen dazu ein gleichmüthiges non possum entgegenstellte. Erst in der 3. Woche änderte sich das Bild, indem die Leber zu schwellen begann und sich innerhalb weniger Tage zu einem ganz erheblichen Tumor ausbildete, welcher nach unten bis über Handbreite, nach links bis in das betreffende Hypochondrium hineinragte, sich glatt und gleichmässig hart anfühlte, bei der Palpation heftige Schmerzen verursachend. Zugleich trat periodisches Erbrechen der genossenen Speisen auf und leichte icterische Färbung der Sclera, welche letztere übrigens auf diese im ganzen weiteren Verlauf beschränkt blieb. Der Kräftezustand nahm rapid ab, so dass Patientin bald das Bett nicht mehr ohne Hülfe verlassen konnte. Der Harn, in seiner Tagesmenge herabgesetzt, zeigte indess keine Gallen- und Eiweisssecretion. Das Dunkel der Diagnosis begann etwas Licht zu erhalten, indem sich meine Aufmerksamkeit nun auf die Leber richten musste. Therapeutisch beschränkte ich mich auf oben genannte Saturation, gab etwas Karlsbader Salz, um den Stuhl in regelmässigem Gang zu erhalten, der, nebenbei bemerkt, nie entfärbt gewesen ist. So war das Ende des Monats April herangekommen, als ich eines Tages bei der Untersuchung in der Gegend des Nabels, auf der Leber sitzend, eine circa wallnussgrosse, auf Druck zu entfernende Erhebung wahrnahm, welche im Laufe einer Nacht nach heftigen Schmerzen aufgetreten war. Dieselbe, von Tag zu Tag sich vergrössernd, liess auf dem Grunde eine dellenförmige Vertiefung erkennen, welche sich nach Aufhören des Fingerdrucks wieder füllte. Die Haut über derselben war anfangs abhebbar, im Aeusseren unverändert, nachher geröthet und gespannt. Da das Wachsthum rapide fortschritt, bis es die Grösse einer Mannsfaust erreicht hatte und alle Merkmale eines Abscesses darbot, den ich als von der Gallenblase ausgehend betrachtete, zudem Erbrechen kaffeesatzartiger Massen auftrat, schlug ich Patientin die Eröffnung derselben mit dem Messer vor. Nach erhaltener Einwilligung eröffnete ich denselben präparando unter antiseptischen Cautelen und im Beisein eines benachbarten Collegen, dem es auch nicht möglich war, eine sichere Diagnosis abzugeben, aber die Vermuthung eines bestehenden Magencarcinoms oder Ulcus aussprach. Nach geschehener Eröffnung des Peritoneums entleerte sich unter deutlichem Ausströmen von Gas eine grosse Menge schmutzigen grünlich gefärbten stinkigen Eiters. Die Gasentleerung liess auf eine bestehende Communication mit dem Darm schliessen. Beim Eingehen mit dem Finger gelangte man in eine grosse Höhle, die nach oben in weiter Ausdehnung die glatte Oberfläche der Leber erkennen liess, nach unten zahlreiche bindegewebige Adhäsionen, sonst aber auch weiter nichts zeigte. Nachdem die ganze Höhlung mit 2procent. lauem Salicylwasser gründlich ausgewaschen und drainirt war, wurde mit 10procent. Salicylwatte und Gazebinden verbunden. Der Tag verlief darauf in relativem Wohlbefinden, die Schmerzen hatten vollständig sistirt, Abends kein Fieber. Am folgenden Morgen Verbandwechsel. Derselbe reichlich mit missfarbigem ekelhaft riechendem Eiter durchtränkt; erneutes Ausspülen und gründliche Desinfection der ganzen Umgebung der Wunde. Da indess in den nächsten Tagen ein einmaliger Wechsel als nicht mehr genügend sich erwies, indem der Geruch trotz constantem Offenhalten der Fenster und ängstlicher Reinhaltung in Wäsche etc. das Krankenzimmer fast zum unerträglichen Aufenthalt machte, wurde an jedem Abend ein frischer Verband angelegt. Wir gaben uns der Hoffnung hin, es möchte die grosse Höhlung innerhalb der nächsten Wochen ausheilen, wenn auch mit event. Hinterlassung einer Fistel, sahen uns durch den Verlauf indess leider getäuscht. Das Erbrechen kaffeesatzartiger Massen nahm stetig zu trotz Eis, Opiaten, Sodawasser etc., so dass es schliesslich nach dem Genuss eines Schluck Wassers erfolgte. Die Speisen bekamen nach Aussage der Kranken denselben ekelhaften Geschmack wie das Wundsecret roch, starken Widerwillen und Enthaltung derselben in Folge dessen erregend. Der Kräftezustand sank natürlich rapid, die Abmagerung war mit jedem Tage ersichtlicher, dazu starker Foetor ex ore, trockene, schmutzig belegte Zunge, beschleunigter kleiner Puls, häufige unfreiwillige Kothausleerungen, leichter Decubitus des Kreuzbeins. Die Kranke bot somit das Bild einer rasch fortschreitenden Kachexie. Lungen etc. blieben im Verlauf intact, die Wunde verengte sich zu einem trichterförmigen Canal, dessen Ränder schmutziggrau verfärbt waren, die Secretion stets unverändert. Unter zunehmendem Marasmus und schliesslichem Coma trat endlich am 20. Mai der Exitus ein.

Die Section, 24 Stunden post mortem durfte sich auf Wunsch der Angehörigen leider nur auf die des Bauches beschränken. Nach Durchtrennung der Bauchdecken zeigte sich das Peritoneum in grosser Ausdehnung rings um die Wundöffnung mit ersteren verwachsen und schmutzig grau, fast schwarz verfärbt. Die Leber, an ihrer Oberfläche glatt, mit einem Stich in's Grünliche nahm fast die ganze Bauchhöhle ein vom rechten bis in's linke Hypochondrium, Magen und Dünndarm vollständig verdeckend. Am unteren Rand derselben, der Gallenblase entsprechend, ein mehr als hühnereigrosser, zerfallener schwärzlicher Tumor, seiner Lage nach der ursprünglich gemachten Incisionsöffnung entsprechend. Mesenterium, peritonealer Ueberzug des Darms missfarbig, mit Eiter überzogen. In der Bauchhöhle spärliche freie Flüssigkeit. Bei Herausnahme der Leber zeigte sich dieselbe unterhalb des Tumors fest mit dem anliegenden Duodenum verwachsen und im letzteren, circa 3 cm vom Pylorus entfernt, eine Markstück grosse Oeffnung mit schwieligen Rändern, ersterer vollständig frei und durchlässig. Von einer Gallenblase keine Spur zu entdecken, wohl aber 3 kirschkerngrosse Gallensteine frei in der Bauchhöhle liegend. Vena portarum theilweise durch zerfallene Tumormassen thrombosirt, in der Nachbarschaft stark hyperplastische Mesenterialdrüsen. Die Leber auf dem Durchschnitt ohne Einlagerungen event. Knoten, Acini erhalten, gelblichgrau gefärbt, mässig blutreich, der Tumor, weich anzufühlen, zeigte auf dem Durchschnitt das Bild eines durch Verjauchung zerfallenen Markschwammes. Magen, nicht dilatirt, ohne jeglichen Inhalt, mit blasser Schleimhaut und stark entwickelten Gefässen, Milz klein, schmutzig und matschig. Nierenkapsel fest adhärirend, Organ sonst normal. Darm leer, Serosa stark anämisch. Sonst nirgends Metastasen.

Demnach erwies sich der Befund als verjauchtes primäres Medullarcarcinom der Leber mit Compression und Zerstörung der Gallenblase, theilweiser Thrombosis der Vena port., Perforation des Duodenum, circumscripter adhäsiver Peritonitis und Metastase in den benachbarten Mesenterialdrüsen. Vorliegender Fall erweist sich nach zwei Seiten hin als klinisch interessant, einmal durch die Schwierigkeit seiner Diagnosis intra vitam und zweitens durch seinen eigentlich acuten Ver-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lauf. Innerhalb 6 Wochen spielte sich die Scene vor unseren Augen ab. Anfänglich durchaus nicht Besorgniss erregende, leichtere Störungen des Magens, dann die auftretenden Schmerzanfälle, endlich die bedeutende Leberanschwellung mit Abscessbildung, ohne je einen Tumor gefühlt zu haben. Die Art der Lebererkrankung war somit verhüllt geblieben bis zum Tode der Patientin.

2. Mittheilung über einen Anencephalus.

In der Nacht vom 19. zum 20. Mai a. c. wurde zu einer Kreissenden nach einem mehrere Stunden entfernten Dorfe gerufen, mit der Nachricht, die betr. Frucht liege in Steisslage. Nach $1^1/_2$-stündiger Fahrt am Orte der Bestimmung angelangt, fand die Geburt schon beendet und Hebamme sowohl als auch den Vater in nicht geringer Bestürzung. Die Entbundene IIIpara, circa 36 Jahre alt, eine kräftig gebaute, im Uebrigen ganz gesunde Bäuerin. Früher Krankheiten nicht überstanden, zweimal Abortus, ein Knabe 4 Jahre alt, lebt und ist gesund. Menstruation stets regelmässig gewesen. Die jetzige Schwangerschaft ohne Störung verlaufen, nur soll häufige Neigung zum Erschrecken und Widerwille gegen alles Fleisch bestanden haben. Beginn der Wehenthätigkeit am 19. ejusd. m. morgens, wo gelegentlich der Untersuchung die betr. Hebamme einen vorliegenden Kindestheil nicht entdeckte. Erst am Abend desselben Tages diagnosticirte sie eine Steisslage. Herztöne sollen nicht mehr hörbar gewesen sein, obschon die Gebärende angab, noch einige Tage zuvor Bewegungen verspürt zu haben. Da die Wehenthätigkeit bedeutend nachgelassen und ein Fortgang in der Entwicklung nicht mehr wahrgenommen wurde, requirirte man meine Hülfe. Allein, wie schon oben bemerkt, sie kam hier post festum, die Wehen hatten 12 Uhr Nachts energisch wieder eingesetzt, und nach Verlauf $^1/_2$ Stunde eine anscheinend vollkommene Frucht in Steisslage entwickelt, doch wer beschreibt den Schrecken der Hebamme, als sie den Mangel eines Kopfes bemerkt, und denselben in utero zurückgeblieben glaubte. Eine nähere Besichtigung deckte ihr dann den Thatbestand auf. Die Placenta erfolgte rasch und spontan, war vollständig ausgebildet und unversehrt, die Nabelschnur missfarbig, sehr dünn. Die Frucht selbst circa 40 cm lang, matschig, grösstentheils der Epidermis beraubt. Auf dem Rücken zwischen den Scapulis ein ausgedehnter Defect, der die Musculatur blossliegend zeigte. Extremitäten vollständig entwickelt und mit ausgebildeten Nägeln, Afteröffnung fehlte, auf dem Kreuzbein eine 10Pfenniggrosse Oeffnung, welche das Eingehen einer Sonde gestattete und sich als Endausgang des Rückenmarkkanals erwies. Geschlecht anscheinend weiblich, vorhanden 2 grosse Schamlippen, beim Oeffnen derselben gelangt man in eine blinde Tasche, von Urethra etc. nichts zu entdecken. Ein eigentlicher Kopf fehlte, auf dem Rumpf eine bucklige Hervorwölbung, ziemlich gleichmässig, aus dem ersteren direct hervorgegangen ohne Hals. Ohren vollständig entwickelt, Gehörgang offen. Rechtes Nasenloch durchgängig, linkes mit stecknadelgrosser Oeffnung. Harter Gaumen, in seiner Längsrichtung in 2 symmetrische Hälften getheilt.

Meinem Wunsche, mir die Frucht zur weiteren genaueren Untersuchung zu überlassen, wurde leider nicht entsprochen, da die Landleute hiesiger Gegend ein gewisser Aberglaube vor dem Aufbewahren derartiger Objecte zurückschrecken lässt.

IV. Julius Cohnheim.

Die letzten Tage des internationalen medicinischen Congresses in Kopenhagen wurden durch eine Trauerkunde aus Leipzig nicht wenig getrübt. Virchow theilte in der Section für pathologische Anatomie die Nachricht von dem Tode seines berühmten Schülers Julius Cohnheim mit, und die Section beschloss sofort, ein Beileidtelegramm an die Wittwe desselben zu richten. „Die Wissenschaft, heisst es darin, wird den Namen des unermüdlichen Forschers der dankbaren Nachwelt aufbewahren."

Es ist zu früh, in diesem Augenblick der grossen Leistungen des Verstorbenen eingehend zu gedenken. Von berufener Seite wird dies geschehen. Aber schon jetzt dürfen wir wohl darauf aufmerksam machen, dass mit Cohnheim einer der genialsten und geistreichsten Pathologen geschieden ist. Wohl hing ein schweres Verhängniss seit Jahren über seinem Haupte, aber stets hielt man die Hoffnung fest, es werde seiner zähen Natur gelingen, ihm und damit der Wissenschaft wenigstens noch einige Jahre zu erhalten.

Der Lebensgang Cohnheim's war der normale des deutschen Gelehrten. Geboren 1839 zu Demmin, studirte er 1856—60 Medicin in Berlin, Würzburg, Greifswald und Prag, machte nach dem Staatsexamen einen kurzen Versuch, sich als practischer Arzt in Berlin zu etabliren, hatte aber das Glück, 1864 als Virchow's Assistent am Berliner pathologischen Institut eine neue Epoche seines Lebens beginnen zu können. Schon 1868 erhielt er die ordentliche Professur der pathologischen Anatomie in Kiel, und als Waldeyer in Breslau die Pathologie mit der Anatomie vertauschte und an die neu gegründete Kaiser Wilhelms-Universität in Strassburg ging, trat Cohnheim als sein Nachfolger ein. Die Zeit seiner Breslauer Thätigkeit ist vielleicht die glänzendste und fruchtbarste seines nur allzu kurzen Lebens. Mit voller Begeisterung hingen seine Schüler an ihm, und nach allen Richtungen wusste er zu neuen Arbeiten anzuregen. Kein geringer Schmerz war es für die medicinische Facultät der Universität Breslau, dass sie ihn nach Leipzig ziehen lassen musste, wo allerdings ein grösseres Feld der Thätigkeit und reichere Mittel ihm zu Gebote standen. Trotzdem schon frühere Krankheitsanfälle in Leipzig sich vielfach wiederholten, hat Cohnheim dort demungeachtet, unterstützt von seinem trefflichen Freunde und Forschungsgenossen Professor C. Weigert, ebenfalls eine segensreiche Thätigkeit entfaltet. In literarischer Beziehung sind besonders seine Vorlesungen über allgemeine Pathologie ein Denkmal in der That wie wenige aere perennius.

V. Die neuesten Ernennungen in der medicinischen Fakultät der Universität Berlin.

Der Beförderung des Prof. Dr. Schweninger zum ausserordentlichen Professor der Fakultät sind eine Reihe weiterer Ernennungen gefolgt, welche allerdings längst erwartet wurden. Die eine derselben, die Dr. E. Mendel's, haben wir schon in der vorigen Nummer mit Beifall begrüsst. Ihm ist Dr. Jul. Wolff, ebenfalls auf Antrag der Fakultät, zur Seite gestellt worden. Beide Herren haben seit Jahren, und zwar für Gebiete, welche durch ordentliche Professuren nicht vertreten sind, eine höchst erspriessliche Thätigkeit entfaltet, während ihre wissenschaftlichen Leistungen ja ebenfalls allgemeine Anerkennung sich erworben haben.

Den Herren Sanitätsrath Dr. B. Fränkel, Dr. A. Fränkel und Dr. Litten ist das Prädicat als Professor verliehen worden, wie es bei den Herren Ehrlich und Brieger geschehen war. Der Cultusminister hat jüngst im preussischen Landtage Virchow gegenüber die Gründe dargelegt, welche ihn zu diesem, früher allerdings wenig geübten Verfahren bewegen. Er legte dar, dass infolge der Haltung gerade der Berliner medicinischen Fakultät, welche im Allgemeinen der Schaffung neuer ausserordentlicher Professuren widerstrebe, doch eine gewisse Ungerechtigkeit gegen viele hervorragende Docenten nicht zu vermeiden sei. Andererseits scheint er das Recht des Ministeriums, auch ohne die Fakultät zu hören, ausserordentliche Professuren zu schaffen, so sparsam als möglich üben zu wollen, was im Allgemeinen ja gewiss zu billigen ist.

Allerdings kann man nicht leugnen, dass auf manchen, besonders kleineren Universitäten das Avancement der Privatdocenten der medicinischen Fakultät zu ausserordentlichen Professoren ein viel rascheres ist als das in grösseren, als vor allem in Berlin und Breslau, und es lässt sich keineswegs behaupten, dass diese raschere Beförderung sich immer durch grössere wissenschaftliche Leistungen oder eine hervorragendere Lehrthätigkeit motiviren lasse, als sie von den Docenten der beiden zuletzt genannten Fakultäten ausgeübt wird. Wenn der Minister also hier auszugleichen sucht, so wird auch das grundsätzlich anerkannt werden müssen. Die Trennung indessen der ausserordentlichen Professoren der Medicin gewissermaassen in solche erster und zweiter Classe hat denn doch auch ihre sehr erheblichen Bedenken, wenn sie auch bei dieser Gelegenheit kaum hervortritt, da ebenso, wie es bezüglich der Herren Ehrlich und Brieger der Fall war, die wissenschaftliche Qualification und das Lehrtalent der drei Herren, die nur das Prädicat als Professor erhalten haben, allgemein anerkannt werden.

Wir haben die Absicht, diese ganze Frage noch eingehend meritorisch zu behandeln, keineswegs aufgegeben, und nur die Schwierigkeiten, ein authentisches Material in möglichster Vollständigkeit von allen deutschen medicinischen Fakultäten herbeizuschaffen, hat die Ausführung bis jetzt verzögert.

VI. Bezirksphysikus Dr. Sachse †. Unter der Last der Verpflichtungen, die gerade diese Tage einer medicinischen Wochenschrift auferlegen, soll doch nicht der Tod eines Collegen ohne Theilnahme bleiben, der, wenn auch grösseren Kreisen noch weniger bekannt, doch in vielfacher Beziehung nicht Geringes versprach, wir meinen den Stabsarzt a. D. und Bezirks-Physikus in Berlin Dr. E. Sachse.

Erst vor Kurzem hatte er seine militärärztliche Stellung, die er zur vollen Befriedigung seiner Vorgesetzten ausfüllte, mit der eines Berliner Bezirksphysikus vertauscht. Mit vollem Interesse und grosser Energie widmete er sich besonders den hygienischen Aufgaben, die ihm das neue Amt zubrachte. Bei seinem frischen und thatkräftigen Charakter und seiner gediegenen Vorbildung war vorauszusehen, dass er gerade als practischer Hygieniker Vortreffliches noch leisten würde. Diese Hoffnungen sind durch einen unerwarteten Tod abgeschnitten. In Sachse ist nicht nur ein tüchtiger und hingebender Arzt und Sanitätsbeamter, sondern auch ein College geschieden, dessen Hingang von Allen betrauert wird, die ihm jemals irgendwie nahe gestanden haben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VII. Achter Internationaler Medicinischer Congress Kopenhagen 10. — 16. August 1884.

I.

Die Vorträge in den allgemeinen Versammlungen.

1. L. Pasteur: Ueber pathogene Mikroorganismen und Vaccinestoffe.

Einen grossen Theil des Pasteur'schen Vortrages hat die Deutsche Medicinische Wochenschrift schon gebracht, ehe derselbe überhaupt gehalten worden ist. Herr Thieme-Mentone gab in No. 26 dieser W. einen ausführlichen Bericht über die Experimente Pasteur's und in No. 33 waren wir in der Lage, den Bericht der „Commission dite de la rage" auszüglich wieder zu geben. Es kann sich daher für uns nur um das handeln, was Herr Pasteur, abgesehen von den früheren, an neuen Mittheilungen in Kopenhagen vorgetragen hat.

Wie immer ging Herr Pasteur aus von Erwägungen allgemeinen Charakters. Vor dem Congresse in London 1881 hätten „esprits réfractaires aux idées de progrès" behauptet, die Krankheit entstehe in uns, aus uns, durch uns, aber die Bannerträger dieser Ansicht seien in London selbst sehr schweigsam gewesen, die Opposition gegen die neue Lehre von den ausserhalb des Organismus vorhandenen Ursachen der Infectionskrankheiten hätte sich gar nicht gerührt.

Auf dem Congresse zu London sei aber noch ein anderes grosses Princip festgestellt worden, das von der Möglichkeit, den Virus abzuschwächen, von der Variabilität desselben durch zweckentsprechende Culturen und die Anwendung dieser Fortschritte auf die Thiermedicin. Den als Vaccinestoffe dienenden Mikroorganismen der Hühner-Cholera und des Milzbrandes habe man andere hinzufügen können. Auf hunderttausende könne man gegenwärtig die Thiere bemessen, welche durch Schutzimpfung gegen, sonst unbedingt tödtliche Infectionskrankheiten gesichert wurden, und trotz des Widerspruchs gegen diese Neuerungen seien dieselben doch bald zur allgemeinen Anerkennung gebracht worden. — Die Anwendung des neuen Princips kann aber nicht auf die Thiere beschränkt bleiben. Vielfach ist ihre Bedeutung auch für den Menschen schon entschieden, der Milzbrand gehört ihm wie den Thieren an, und es unterliegt keinem Zweifel, dass man auch den Menschen durch dieselben Proceduren immun machen kann, die man bei Rind und Schaaf anwendet. Höchstens etwas vorsichtiger müsse man sein, sagt Herr Pasteur, und, statt der zwei Schutzimpfungen, die bei dem Thier genügten, bei dem Menschen 3—4 mit wachsender Virulenz ausführen, die ersten so schwach, dass sie gänzlich gefahrlos sind. Nicht um eine neue Methode der Prophylaxe also handelt es sich in dieser Beziehung bei dem Menschen, sondern nur um die genügende Abschwächung des Virus. Es bestehe freilich ein grosses Hinderniss. Was an Thieren zu experimentiren erlaubt, sei ein Verbrechen bei dem Menschen. Indessen, alle diese Erfahrungen datiren erst von gestern, und auch in Rücksicht auf den Menschen dürfen wir neue Erfolge erwarten, sobald die Kenntniss der Thierkrankheiten und besonders derjenigen, welche auch den Menschen befallen, eine vollständigere geworden sein wird.

Gerade um auf diesem Gebiete weiter vorzudringen, fährt Pasteur fort, habe er sich dem Studium der Wuthkrankheit gewidmet, trotz der sie verhüllenden Dunkelheit.

Was nun die eigentlichen Thema Pasteur's anlangt, so stützt er sich, was den Ort des Giftes, den Bulbus anlangt, auf zahlreichste Versuche. Jede Inoculation eines Theiles des Bulbus eines wuthkranken Hundes sofort nach seinem Tode auf einen gesunden ruft Rabies hervor.

Bis jetzt kennt man nur eine Rabies, die des Hundes, bei ihm wie bei jeder anderen Species wird sie allein durch den Hundebiss hervorgerufen, spontan entsteht sie niemals.

Aber das Gift der Rabies ist von verschiedener Intensität und das Maass derselben ist alles andere gleichgesetzt und bei Vermeidung aller störenden Eingriffe, die Dauer der Inoculation, wie sich besonders bei der Inoculation durch Trepanation ergiebt, (siehe diese Wochenschr. No. 26 u. 33), während die Inoculation durch den Biss wie durch intravenöse Inoculation gewissermaassen unreine Experimente sind.

Pasteur entdeckte im weiteren Verlauf seiner Experimente das hier ebenfalls schon mitgetheilte, verschiedene Verhalten der Kaninchen und Meerschweinchen, bei denen von Impfung zu Impfung die Intensität des Giftes grösser wurde, sowie andererseits des Affen, während der Dauer der Inoculationsabnahme, bei denen das Umgekehrte stattfindet.

Hierauf gründet Pasteur seine Schutzimpfungen und schloss mit der Wiedergabe der uns bekannten Resultate der Commission.

2. Tommasi-Crudeli. Die Veränderungen der rothen Blutkörperchen bei der Malaria. (Nach dem Bericht in der Semaine Médicale vom 20. d. Mts.)

Tommasi-Crudeli geht von dem Zeitpunkte der wissenschaftlichen Forschung aus, an dem fast alle Pathologen bereits dahin gekommen waren, die Melanämie als Wirkung einer Blutveränderung anzusehen, welche in der ganzen Ausdehnung des Gefässsystems und nicht nur in der Milz und im Knochenmark ihren Sitz hat.

Zwei Ansichten über die Entstehung des schwarzen Farbstoffs im Malaria-Blute standen sich lange gegenüber: Longhaus glaubte an eine Umwandlung des Hämoglobins in Melanin im Innern der rothen Blutkörperchen, nachdem diese von den weissen aufgenommen worden waren; Arstein und Kelsch glaubten an eine directe Auflösung der Blutkörperchen im Plasma, an die Umwandlung des aufgelösten Hämoglobins in Melanin und an die Niederschlagung des letzteren im Plasma in Gestalt schwarzer Körnchen. Arstein und Kelsch war es indess nicht gelungen, die ersten Veränderungen der zerstörten Blutkörperchen zu beobachten; Marchiafora sah dagegen 1878 zuerst die Umwandlung des Haemoglobins in Melanin im Innern der freien rothen Blutkörperchen.

Im folgenden Jahre sahen Klebs und ich mehrfach bei an perniciösem Fieber verendeten Kaninchen rothe Blutkörperchen, die eine Nickelfarbe angenommen hatten unter Beibehaltung ihrer Scheibenform, während zugleich andere rothe Blutkörperchen, bei denen die Veränderung weiter vorgeschritten war, ganz schwarz geworden waren und eine sphärische Gestalt angenommen hatten.

Dies bewies, dass die Umwandlung des Hämoglobins in Melanin im Innern der rothen Blutkörperchen statt hat, und zwar ehe ihr Zerfall beginnt, aber gleichzeitig sollten die obigen Beobachtungen beweisen, dass diese Umwandlung gleichmässig in der ganzen Ausdehnung des Blutkörperchen-Protoplasma vor sich geht.

Dem ist aber nicht so; nach Machiafora und Celli handelt es sich um eine progressive, graduell fortschreitende Entartung des Protoplasma der genannten Elemente.

Die successiven Phasen dieser Entartung sind die folgenden: Im Inneren des Protoplasma der Blutkügelchen erscheinen schwarze Körnchen, deren Zahl mit dem Fortschreiten der Degeneration steigt. Man sieht das Protoplasma der Blutkügelchen allmählich schwinden und sieht in entsprechendem Maasse eine farblose Substanz an seine Stelle treten. Bald fängt die Substituirung des Protoplasma durch diese farblose Substanz im Centrum, bald an der Peripherie der Blutkörperchen an. Am Ende des Vorgangs sind die rothen Körperchen in hyaline runde Kügelchen umgewandelt, welche eine grosse Anzahl schwarzer, mit einer oscillatorischen Bewegung begabter Körnchen enthalten.

(Tommasi-Crudeli erinnert hier an die Arbeiten Laveran's und Richard's, welche parasitaire Mikroorganismen im Malariablute zu sehen glaubten, was aber als Irrthum erkannt wurde.)

1881 und 1882 bot sich keine Gelegenheit zu weiteren Studien, wohl aber 1883. Marchiafora und Celli erreichten mittelst der Färbung mit Anilinblau constante Resultate: Wenn man rasch eine sehr dünne Schicht Blut auf einem Deckglas trocknen lässt, und das getrocknete Blut mit wässeriger oder alkoholischer Methylenblaulösung behandelt, wenn man ferner die Behandlung des mikroskopischen Präparats nach der von Koch und Ehrlich für die Untersuchung von Flüssigkeiten angegebenen Methode vervollständigt, so findet man die weissen Blutkörperchen hellblau und ihre Kerne dunkelblau gefärbt. Die rothen Blutkörperchen bewahren bisweilen ihre natürliche Farbe oder sie färben sich blassblau, und zwar stets gleichmässig blassblau, wenn das Blut von einem Gesunden stammte oder auch von einem Kranken, der aber nicht von Malaria inficirt war. Stammte aber das Blut von einem an schwerer Malaria Leidenden, so zeigten mehrere der rothen Blutkörperchen keine gleichmässige Färbung. Man sieht dann im Innern ihres Protoplasma, welches entweder blassblau oder gar nicht gefärbt ist, ein oder mehrere stark blau gefärbte runde Körperchen, die diese Färbung auch dann behalten, wenn die Körperchen, in denen sie enthalten sind, durch destillirtes Wasser vollständig entfärbt werden. Bisweilen befanden sich bis zu acht solcher runder Körperchen in den Blutkügelchen, deren Protoplasma normal erschien, und in denen keine Spur von schwarzem Farbstoff oder von hyaliner Substanz vorhanden war.

Das ist der Ausgangspunkt der melanämischen Degeneration, und dieser scheint für sich allein ein pathognomonisches Zeichen der Infection vorzustellen, da man im Blute nicht an Malaria leidender Personen niemals etwas Aehnliches gefunden hat. Dieses Symptom fehlt bei Malaria zuweilen, aber selten.

Die Diagnose wird erleichtert durch das Vorhandensein in der Entartung weiter vorgeschrittener Blutkörperchen. In dem Maasse, wie die Entartung fortschreitet, treten an die Stelle dieser runden Körperchen helle Hohlräume, deren Umkreis blau gefärbt ist, und die schwarze Farbstoffe enthalten. Noch später häufen sich diese Körnungen im Innern der Blutkügelchen an, und gleichzeitig tritt eine Vermehrung der hyalinen Substanzen auf, deren unregelmässige Massen

Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

stark vom Methylenblau gefärbt werden. Dann tritt endlich mehr weniger rasch der völlige Zerfall der entarteten Blutkörperchen ein.

Die runden Körperchen, die im Beginn der Entartung in den rothen Blutkörperchen auftreten, scheinen nach allen ihren Eigenschaften, auch nach der Eigenthümlichkeit, mit der die Anilinfarben sie färben, vegetativer Natur zu sein; man hat auch angenommen, dass die hyaline Substanz sich deshalb mit Methylenblau färbt, weil sie die Residuen dieser kleinen pflanzlichen Organismen, dem entarteten Protoplasma beigemischt, enthält. Hierfür fehlen einstweilen noch die Beweise. Culturversuche, um diese Körperchen auf Thiere zu übertragen, sind von keinem Erfolg begleitet gewesen.

Trotzdem betone ich die practische Wichtigkeit der Beobachtungen Marchiafora's und Celli's, denn sie gestatten in vielen zweifelhaften Fällen, besonders in denen, wo es sich um die häufig mit Typhus verwechselte Febris subcontinua handelt, eine sichere Diagnose. Ebenso muss man an die schleichenden Fälle denken, wo die durch die Malariainfection hervorgerufene perniciöse Anämie den Organismus untergräbt, ohne von Fieberanfällen begleitet zu sein. Hierher gehören ferner Neurosen und hartnäckige Neuralgicen, die anscheinend unheilbar erscheinende Entkräftung (maladies de langueur), Fälle von Purpura haemorrhagica oder von acutem Scorbut, alles Krankheiten, die wie durch Zauberei mit einigen Dosen Chinin geheilt werden, sobald man nur ihre eigentliche Natur erkannt hat. Zur Erkenntniss dieser, zur rechtzeitigen Stellung der richtigen Diagnose, kann aber die obige Beobachtung dienen.

Die Untersuchung des Blutes der Leiche giebt dasselbe Resultat wie die des Blutes des lebenden Kranken.

Mit der Zerstörung der rothen Blutkörperchen Schritt haltend, entwickelt sich oft die Wiederergänzung der rothen Blutkörperchen zu ihrer normlen Anzahl in energischer Weise. Die hämatopoetischen Organe entfalten eine Art Uebermaass ihrer specifischen Thätigkeit, und so lange sie nicht selbst durch die Folgen der Infection angegriffen sind, führen sie dem Gefässsystem in reichlicher Zahl junge Elemente zu, welche die zerstörten zu ersetzen bestimmt sind. Man erkennt, namentlich mit Hülfe der Anilinfärbung diese jungen Elemente leicht, da die meisten den den jungen rothen Blutkörperchen eigenthümlichen Kern noch besitzen, oder aber, wenn sie diesen Kern schon verloren haben, dicker sind als die alten (adultes) rothen Blutkörperchen, auch zeigen die jungen Blutkörperchen zuweilen eine oblonge Form und haben noch nicht die Scheibenform angenommen.

Marchiafora und Celli haben diese Ersatz schaffende Thätigkeit der hämatopoetischen Organe genau studirt, und haben ihre Studien durch Versuche am Hunde ergänzt. Man zerstörte bei den Hunden rasch eine grosse Anzahl der rothen Blutkörperchen durch Injectionen von Pyrogallussäure, und beobachtete alsdann genau den Vorgang der Ergänzung der Blutelemente, wie man es eben im Laufe der Malariainfectionen zuerst wahrgenommen hatte.

Diese Beobachtungen haben den Gedanken angeregt, die Reproduction von rothen Blutkörperchen anzuregen in den Fällen, in denen man, wie bei schwerer Malaria, an eine Herabsetzung der Thätigkeit der hämatopoetischen Organe zu denken hat.

Mein Mitarbeiter bei den Versuchen mit der Arsenikprophylaxis, Herr Dr. Ricchi sagte sich, als die prophylactische Behandlung fast immer negativ ausfiel, dass die mittlere Widerstandsfähigkeit des Organismus bei den Angriffen der Malariainfection unter das gewöhnliche Mittel herabgedrückt sein müsse, und zwar in Folge ungenügender Ernährung, die auf einem schlechten Verdauungssystem beruhe. Hiervon ausgehend hat er gedacht, geschwächte Organismen der gewöhnlichen mittleren Widerstandsfähigkeit dadurch wieder nahe zu bringen, dass er ihnen ein kräftiges, leicht verdauliches und doch billiges Nahrungsmittel, welches mit Kälberblut bereitet ist, darbot; die ersten Versuche damit erscheinen ziemlich ermuthigend.

M. A. Goldschmitt (von Lyngby). In Dänemark hat die Malaria zur Zeit ihre frühere Intensität verloren und ist heute eine gutartige und selten tödtliche Krankheit.

VIII. Die Sammelforschungen über Krankheiten auf dem Congress.

Wir werden in der nächsten Nummer über Sir William Gull's Vortrag berichten, nehmen aber schon jetzt vorweg, dass das Vorgehen des Vereins für innere Medicin zu Berlin unter der Führung Leyden's, sowie auch S. Guttmann's Referat sehr von Gull hervorgehoben werden. Zu Mitgliedern des Comité's zur Vorbereitung der Organisation einer internationalen Sammelforschung wurden gewählt für Dänemark — Trier und Lange, für Norwegen — Bull, für Oesterreich — Przibram und Schnitzler, für die Schweiz — d'Espine, für Frankreich — Bouchard und Lépine, für die Vereinigten Staaten — A. Jacobi (New-York) und Davies (Philadelphia), für Süd-Amerika — Gullienez Ponce (Columbia), für England — Gull, Humphrey und Mahomet, für Indien — Sir Joseph Fayrer und für Deutschland — Bernhardt und Ewald (Beide Berlin).

IX. Der nächste Internationale Congress wird im September 1887 in Washington stattfinden. In erster Reihe wurde neben Rom auch Berlin genannt. Zweifellos hält man den Wunsch für sehr gerechtfertigt, der Congress möge endlich ein Mal in Deutschland tagen, dem Lande welches auf dem Gebiete der Medicin gegenwärtig überall die führende Stellung einnimmt. Virchow wies auch darauf hin, dass der Congress in Berlin der freundlichsten Aufnahme und der Sympathie aller Kreise der Bevölkerung gewiss sein könne. Es will uns aber scheinen, als habe es an einer recht eindringlichen Einladung aus Berlin selbst gefehlt, man war nicht recht sicher, ob man in Berlin wirklich willkommen und die Reichshauptstadt gewillt sei, die Opfer gern zu bringen, welche bei solcher Gelegenheit unvermeidlich sind, und so folgte man der sehr warmen Aufforderung der Vereinigten Staaten, die allerdings nicht besser vertreten werden konnten als durch Dr. John S. Billings.

X. Dr. J. Heiberg. Ueber die Drehungen der Hand. Historisch und experimentell bearbeitet, mit 36 in den Text gedruckten Holzschnitten. 90 Seiten. Wien und Leipzig bei Urban und Schwarzenberg 1884. Ref. Beely.

Schon seit Jahren fand H. keine rechte Befriedigung bei der überall docirten Lehre, dass bei Pronation und Supination der Radius allein diese Bewegung ausführen sollte, es kam ihm sogar vor, als ob die Ulna bei den Drehungen seiner eigenen Hand einen noch grösseren Ausschlag gäbe als der Radius. Nachdem er sich eingehender mit der Gelenklehre beschäftigt hatte, gelangen ihm Versuche, durch welche er im Stande war, die Excursionen der Vorderarmknochen graphisch darzustellen, und durch die er seine Ansichten bestätigt sah. Beim nachträglichen Studium der älteren Literatur lernte er eine Reihe von Autoren kennen, die sich in ähnlichem Sinne geäussert, deren Angaben aber wenig beachtet worden waren, er konnte auch eine gewisse Sonderung zwischen der neueren deutschen und französischen Literatur derart constatiren, dass die deutschen Anatomen sich sehr kühl gegen französische Anschauungen, wie z. B. diejenigen von Duchenne verhielten.

Die herrschende Ansicht über die Drehung der Hand, insoweit man nach den Handbüchern der bewährtesten Lehrer schliessen kann, ist diejenige, nach welcher der Radius allein die Bewegung ausführt und zwar um eine Axe, welche vom Capit. radii nach dem Capit. ulnae läuft. Die ersten Spuren dieser Lehre lassen sich bis zu Galen verfolgen, sie hat sich lange Zeit wenig angefochten erhalten, erst im achtzehnten Jahrhundert findet man Angaben über die Betheiligung der Ulna an der Drehung der Hand, dann noch Andeutungen von einer Betheiligung des Humerus. Für eine Theilnahme der Ulna bei der Pro- und Supination haben sich ausgesprochen: Winslow, A. Monro d. V., J. Fr. Blumenbach, Vicq-d'Azyr, Boyer, G. M. Humphry, Duchenne (de Boulogne), Lecomte, Gerdy, Samuel Pozzi, Koster; eine gleichzeitige Bewegung des Humerus nehmen an: Winslow, A. Monro d. V., J. Fr. Blumenbach, Vicq-d'Azyr, Boyer, Brinton, Henke, Luschka, F. Krause, Morris, Pansch, Einthofen; die übrigen Autoren gehören zu den Anhängern der Lehre von der ausschliesslichen Drehung des Radius.

H. ging nun auf zwei Wegen experimentell vor, indem er versuchte, zunächst die Unhaltbarkeit der jetzigen Lehre von der alleinigen Radiusdrehung darzuthun und dann die Bewegung der Ulna bei der Drehung des Vorderarms in ihrem Verhalten zu der Bewegung des Radius zu präcisiren.

Versuche an einem genau nach dem Schema von Welcker gearbeiteten hölzernen Modell und an Lebenden ergaben, dass man zwar im Stande ist, Vorderarm und Hand um eine Axe zu drehen, die schräg von oben aussen nach unten innen durch die Mittelpunkte des Capit. radii oben und des Capit. ulnae unten verläuft, dass aber diese Bewegung nicht der gewöhnlichen Drehung der Hand entspricht, da der Ausschlag des Radius dabei zu gross wird, und dass sie daher im praktischen Leben wohl nie ausgeführt wird. Von Lecomte wird sie sogar vollständig geläugnet.

Durch die Experimente der zweiten Reihe, hauptsächlich Pinselversuche, bei denen die Bewegungen der Vorderarmknochen graphisch dargestellt wurden, (hinsichtlich deren Details auf das Original verwiesen werden muss), gelang es H. auf positivem Wege zu beweisen, dass sich die Ulna bei der Drehung des Vorderarms mitbewegt und diese Bewegung eine regelmässige und zwangläufige ist. Das untere Ende der Ulna beschreibt dabei den Bogen eines grösseren Kreises, dessen Mittelpunkt für gewöhnlich etwa 1,2 cm vom Proc. styl. ulnae entfernt ist, das obere Ende (Olecranon) den Bogen eines kleineren Kreises, jedoch in entgegengesetztem Sinne. Man kann sich leicht diese Bewegung der Ulna veranschaulichen, wenn man einen kleinen Stock, z. B. einen Bleistift, zwischen zwei Fingern oder mittels einer Pincette festhält und das eine Ende krumme Linien ausführen lässt,

Digitized by Google · Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

man wird am anderen Ende ganz entsprechende, aber negative Ausschläge erhalten.

Das untere, längere Ende der Ulna bewegt sich dabei nach der Mantelfläche eines längeren, das obere, kürzere Ende nach der Mantelfläche eines conformen kürzeren Kegels; die beiden gegen einander gerichteten Kegel haben ihre gemeinsame Spitze in der Fossa sigmoidea. Der Ausschlag am unteren Ende wird deshalb deutlicher beobachtet, weil der Hebelarm ein sehr viel längerer ist.

In dieses Schema der Ulnabewegung hat man die jetzt allgemein angenommene Bewegung des Radius um eine durch die Köpfe des Radius und der Ulna gehende Axe einzuordnen, wobei aber zu berücksichtigen ist, dass die Axe gleichzeitig in einem der Ortsveränderung des Proc. styl. radii entgegengesetzten Sinne bewegt wird. Der von dem unteren Ende des Radius beschriebene Bogen bildet daher keinen Theil eines Kreisbogens (wie bei der Ulna), sondern ist viel flacher, Prof. Guldberg hat durch eine ungefähre Ausmessung denselben als einen Theil eines Pericycloids bestimmt.

Die Drehungen des Vorderarms werden somit gegenseitig vicariirende Functionen der beiden Knochen, welche beide rotiren. Der Ausschlag des Radius ist zwar in der Regel der grössere; ... es kann aber auch die Ulna allein rotiren.

Nach Duchenne beschreiben bei der Pronation und Supination die unteren Extremitäten des Radius und der Ulna gleich grosse Bogen, Lecomte behauptet, dass es die Ulna sei, welche in der Mehrzahl der Fälle bei der Drehung der Hand den grössten Bogen ausführt.

Keiner der beiden Unterarmknochen jedoch ist auf eine unabänderliche Art der Rotation, sei es um sich selbst, sei es um den anderen angewiesen, beide vermögen um verschiedene, sowohl gesonderte als gemeinsame Axen zu kreisen. Gerade durch diesen Umstand wird die Hand mit ihrem Drehungsvermögen ein so unvergleichliches, unentbehrliches Instrument, wie sie es für uns ist.

Die Incongruenz der Gelenkflächen im humero-ulnaren, im humero-radialen, sowie in den radio-ulnaren Gelenken ist so erheblich, dass den kreisenden Bewegungen der Ulna seitens der Gelenkflächen kein Hinderniss in den Weg gelegt wird.

Was die Muskeln, die hier besonderes Interesse erregen, den Anconeus quartus und Pronator quadratus anbetrifft, so nimmt H. hinsichtlich des ersteren an, dass bei der Pronation der Hand, bei welcher Bewegung das untere Ende der Ulna lateral, das Olecranon aber medial verschoben wird, nur die unteren Fasern desselben contrahirt werden, während bei der entgegengesetzten Bewegung — der Supination — die oberen Fasern allein sich zusammenziehen. Der Pronator quadratus hat wenig mit der Pronation zu thun, seine Hauptwirkung besteht darin, die beiden Knochen fest aneinander zu halten, um gegen die durch die Incongruenz zwischen den beiden Capitulis und Incisuris semiulnaribus sonst leicht hervortretende Schlotterung zu wirken.

Diejenige Bewegung, welche man im täglichen Leben die Drehung der Hand nennt, ist in den meisten Fällen eine zusammengesetzte Function von mehreren Gelenken. Das Schultergelenk und die beiden Radio-ulnar-Gelenke sind die Hauptcomponenten, das Handgelenk und das Ellenbogengelenk haben aber auch ihren Antheil, ein Verhältniss, welches beim ersten Blick nicht in die Augen springt, besonders da die Axe des letzterwähnten Gelenkes fast lothrecht auf der Längsrichtung des Oberarmes steht.

Zahlreiche, zum Theil vorzügliche Abbildungen erläutern den Text. Der Literatur ist ein eigenes Kapitel, S. 13 bis 51, gewidmet, das die Angaben der meisten Autoren wörtlich citirt enthält.

XI. Die Therapie der Cholera während der jetzigen Epidemie zu Toulon. Refer. Rabow.

Sur le traitement du choléra dans les hôpitaux de la marine à Toulon; par M. le docteur Cunéo, médecin en chef de la marine. (Bul. gén. de Thérap. 30. Juillet 1884.)

Die Behandlung richtete sich nach der Intensität der Erkrankung. C. macht folgende Unterschiede:

1) Choleradiarrhoe oder leichte Cholera,
2) Mittelschwere Cholera und
3) Schwere Cholera.

I. Die Choleradiarrhoe wurde hauptsächlich mit Opium behandelt. Daneben kamen Amylumklystiere in Anwendung, denen gleichfalls Opium beigegeben wurde. Für die interne Darreichung war gewöhnlich folgende Formel bei der Hand:

Rp.	Aether.	1,0.
	Tinct. Opii gtt.	XV—XX.
	Extr. Ratanh.	1,0.
	Syrup. cort. Aurant.	30,0.
	Aq. Melissae	120,0.

Das Erbrechen wurde am besten gestillt, wenn viertelstündlich ein Kaffeelöffel voll Chartreuse und hinterher ein Stückchen Eis gereicht wurde.

Diarrhoe und Erbrechen wurden zuweilen erfolgreich bekämpft durch Magist. Bismuth (allein oder in Verb. mit Opium).

II. Die mittelschwere Cholera wurde im Beginn in derselben Weise behandelt. Indessen kamen hier schon Lavements von warmem Wein mit einigen Tropfen Opiumtinctur in Anwendung. Dieselben bewährten sich auch später als excitirendes Mittel. Kohlensäurehaltige und mit Eis gekühlte Getränke dienten zur Erleichterung beim Erbrechen. In zahlreichen Fällen wurde gegen die übermässigen Entleerungen mit Sauerstoff gesättigtes Wasser versucht — aber ohne Erfolg. Die Krämpfe wichen nach trocknen Frictionen mit Flanell, nach Einreibungen mit Campherspiritus, Opodeldoc, Terpenthin und Chloroform. Zwerchfellskrämpfe und Präcordialangst schwanden fast unmittelbar nach einer Morphiuminjection in der Magengrube. In der letzten Zeit erzielte C. noch besseren Erfolg, wenn er $^1/_2$ cgr Morphin. hydrochl. mit $^1/_4$ mgr Atropin injicirte. Wenn die Krämpfe in den Extremitäten, besonders aber die Wadenkrämpfe durch die eben erwähnten Mittel nicht beseitigt wurden, so wichen sie auf Injectionen von Aether in die contrahirten Partien. Beim Eintritt der Kälte wurden Aetherinjectionen gemacht, der Erfolg war jedoch selten bemerkenswerth. Es kamen alsdann eine Reihe von andern Mitteln hinzu, die C. auch bei der schweren Cholera anwandte.

III. Die schwere Cholera zeigt sich unter zwei Formen, die asphyctische oder algide und die nicht asphyctische. In letzter bewahrt der Kranke einen gewissen Grad von Wärme und einen Puls, der bis zum letzten Moment fühlbar ist. Diese Form hat oft die gute Prognose erfahrener Aerzte zu Schanden gemacht. Sie ist meistens insidiös.

Bei der asphyctichen Form versuchte C. zunächst die Aetherinjectionen (bis stündlich eine volle Spritze). Directer Erfolg wurde niemals erzielt. Nur in einigen Fällen wurde dadurch das Leben um 24 Stunden verlängert. — Opium und Morphium wirkten geradezu ungünstig. Dagegen war C. mit dem Erfolge zufrieden, den er mit Atropin. sulf. erhielt; er injicirte zuerst $^1/_2$ mgr, dann 1 mgr und wiederholte die Einspritzungen 4 bis 5 Mal in 24 Stunden. Unter dem Einflusse derselben hob sich der Puls und die Temperatur stieg (in 1 Fall um 2 Grade). Uebrigens wurden ausserdem noch andere Stimulantien: heisser Punsch, Chartreuse, Aether, Liq. Ammon. acet. gereicht.

Rp.	Liq. Ammon. acet.	10,0—50,0
	Syrup. Menth.	40,0—50,0
	Aq. Melissae	120,0—90,0.

Vor Allem aber hat C. mit einem Mittel Versuche angestellt, das bereits 1832 experimentirt worden ist. Er hat reinen Sauerstoff inhaliren lassen mit Hülfe einer Maske oder durch Einführung eines Tubus in ein Nasenloch. Halbstündlich wurde diese Procedur 1 bis 2 Minuten lang vorgenommen. Auf diese Weise wurden 6 bereits aufgegebene Kranke gerettet. Nicht immer war der Erfolg ein so günstiger. Immerhin verspricht sich C. viel von dieser Methode. Sie soll aber erfolglos sein bei der Form, die als nicht asphyctische bezeichnet wird, bei der weder Cyanose noch Kälte die hervorragenden Symptome bilden.

XII. Referate und Kritiken aus der medicinischen Literatur Russlands. Ref. Dr. Buch-Helsingfors.

1. N. Sassetzky: Ueber den Einfluss des Fiebers und der Wärme entziehenden Methoden auf den Stickstoffumsatz und die Assimilirung der stickstoffhaltigen Theile der Milch. Inaug.-Diss. 57 S. 8° russisch, St. Petersburg 1883 (Klinik des Prof. Manasseïn).

Verf. kommt auf Grund seiner sorgfältigen und fleissigen Untersuchungen zu folgenden Resultaten:

1. In allen Fällen ohne Ausnahme vermindert sich unter der Einwirkung kalter Wannenbäder der Stickstoffumsatz im Körper.

Unter dem Einflusse von Chinin vermindert sich der Stickstoffumsatz in den meisten Fällen (unter 4 F. in 3), aber im Durchschnitt in geringerem Maasse als unter dem Einflusse kalter Wannenbäder.

2. Bei Anwendung kalter Wannenbäder vermindert sich in allen Fällen ohne Ausnahme die Ausscheidung von Phosphaten aus dem Harne.

Unter dem Einflusse von Chinin und salicylsaurem Natron vermindert sich die Ausscheidung von Phosphaten aus dem Harne (beim Chinin nicht constant), aber im Durchschnitt in geringerem Maasse als nach kalten Wannenbäder.

3. Die Harnmenge wird unter dem Einflusse kalter Wannenbäder in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den meisten Fällen (von 9 in 6) vermehrt. Bei Anwendung von Chinin vermehrt sich die Harnmenge immer. Beim Gebrauch von salicylsaurem Natron vermehrt sich die Harnmenge.

4. Bei Anwendung kalter Wannenbäder geht die Assimilirung der festen und stickstoffhaltigen Bestandtheile der Milch in allen Fällen ohne Ausnahme besser von statten als ohne dieselben.

Unter dem Einflusse von Chinin erhält man in den meisten Fällen (von 4 in 3) eine bessere Assimilirung der festen und stickstoffhaltigen Bestandtheile der Milch, wenn auch in bedeutend geringerem Grade als nach Anwendung kalter Wannenbäder.

Unter dem Einflusse von salicylsaurem Natron geht die Assimilirung der festen und stickstoffhaltigen Bestandtheile der Milch besser von statten als ohne dasselbe, jedoch wie beim Chinin in bedeutend geringerem Grade als nach kalten Wannenbäder.

5. Nach Anwendung von temperaturherabsetzenden Mitteln im Allgemeinen wird in den meisten Fällen (unter 15 in 9) weniger Wasser getrunken; auf den Milchverbrauch konnte Verf. keinen deutlichen Einfluss bemerken.

6. Unter der Einwirkung von kalten Wannenbädern vermindert sich in der Mehrzahl der Fälle (unter 9 in 7) die Wasserausscheidung durch die Lungen und die Haut; unter dem Einflusse von Chinin wird diese Verminderung immer beobachtet; unter der Einwirkung von salicylsaurem Natron dagegen erhält man eine Vermehrung des Wasserverlustes durch die Lungen und durch die Haut.

7. Bei Fieber geht die Assimilirung der festen und stickstoffhaltigen Bestandtheile der Milch schlechter von statten als ohne Fieber; doch aber ziemlich befriedigend, und entspricht in einigen Fällen den niedrigsten von Rubbner, Laptschinski, Slatowski und Verfasser gefundenen Assimilirungsziffern gesunder Menschen.

2. K. Kosmin: Ueber die Entwickelung der gummösen Geschwülste in der Leber. (Histologische Untersuchung.) Diss. St. Petersburg 1883. 8°. 79 S.

Verf. kommt zum Resultat, dass die Zellen, aus denen die Gummata bestehen, je nach den verschiedenen Bedingungen von Seiten des Gefässapparates ihren Ursprung aus drei verschiedenen Quellen nehmen können.

1. Bei ungenügendem, schwachen Blutzuflusse: aus den Bindegewebskörpern.

2. Bei mässigen entzündlichen Veränderungen der Blutgefässe, hauptsächlich der Capillaren und Gefässe mittleren Calibers: aus dem Endothel durch Proliferation seiner Kerne und Bindegewebszellen.

3. Bei starken Reizzuständen, sei es in Folge von irgend welchen specifischen Ursachen oder einfach als Resultat collateraler Hyperämie durch Versperrung der directen Wege: aus den weissen Blutkörperchen mit späterer Vermehrung derselben.

4. Die Endarteriitis entsteht aller Wahrscheinlichkeit nach unter dem Einflusse des im Blute circulirenden specifischen Giftes durch Proliferation des Endothels.

5. Die Entzündung, auf deren Boden sich die Geschwulst entwickelt, wird durch mehr oder weniger eigenartigen Verlauf charakterisirt, der durch den Grad der Gefässaffection, die gummöse Infiltration in einem bestimmten Gewebstheile, von den gewöhnlichen Entzündungen abweicht.

6. Periangiocholitis, welche vom Verfasser sehr oft beobachtet wurde, kann seiner Meinung nach unzweifelhaft zum Ursprung von Gummata werden, wobei aller Wahrscheinlichkeit nach als Quelle der Granulationselemente die weissen Blutkörperchen anzusehen seien, welche aus den hyperämischen Capillaren der Wände des Gallenganges emigrirt seien.

7. Die Kerne und Zellen an der Stelle der obliterirten Capillaren zugleich mit den entzündlichen Veränderungen der Gefässe mittleren und kleinen Calibers haben eine wesentliche Bedeutung bei der Bildung der Gummata.

8. Keine Fettmetamorphose der Geschwulst wurde kein einziges Mal beobachtet, grösstentheils enthielt das Centrum der Geschwulst neben dem in Aether löslichen Fette, Fasern, Kerne und eine homogene in Essigsäure lösliche Grundsubstanz.

9. Die von vielen Autoren (Unna) in den gummösen Geschwülsten gefundenen Riesenzellen sind vom Verf. kein einziges Mal beobachtet worden.

3. J. W. Troïtzki: Zur Lehre von der epidemischen Periparotitis. (Inaug.-Diss. St. Petersburg 1883. 8°. 167 S. 3 lith. Taf., russisch.)

Verf. zieht folgende Schlussfolgerungen:

1. Die epidemische Periparotitis ist unzweifelhaft eine ansteckende Krankheit.

2. In Fällen, wo gleichzeitig viele Personen daran erkranken, die durch grössere Entfernungen von einander getrennt sind, und wo jegliche Verbindung zwischen den Kranken und Gesunden vermieden wird, muss angenommen werden, dass die Entstehung der Krankheit durch irgend welche, uns bislang unbekannte klimatische oder Bodenverhältnisse bedingt ist.

3. In einigen Fällen ist die Ansteckung allein nicht genügend die Entstehung und Verbreitung der Krankheit zu erklären.

4. Im kindlichen Alter verläuft die Periparotitis überhaupt leicht; gefährliche Localisationen in der Gegend der Geschlechtsorgane sind eine äusserst seltene Erscheinung.

5. Die Complication der Periparotitis durch andere Infectionskrankheiten spricht deutlich für die specifischen Eigenschaften ihrer Krankheitserreger.

6. Beide Geschlechter erkranken im kindlichen Alter gleich oft an Periparotitis.

7. Die Ansteckung geht um so schneller vor sich, je näher Kranke und Gesunde einander sind und je ausgedehnter der Umgang zwischen ihnen ist.

4. Al. Trinitatski: Bau und Abstammung der Sandkörperchen in Neubildungen und ihrer physiologischen Prototypen in plexu choroideo et gl. thymo. (Diss. inaug. St. Petersburg 1883. 8°. 45 S., russisch.)

Verf. resümirt seine unter Leitung von Prof. Klein in Moscau und Prof. Iwanowski in St. Petersburg angestellten Untersuchungen folgendermaassen.

1) Die concentrischen Körperchen im Plexus choroideus entwickeln sich bisweilen aus der Grundsubstanz der Bindegewebskörperchen, hauptsächlich aber auf Kosten der Blutgefässe und zwar auf zweierlei Art:

a) Entweder tritt zunächst colloide Entartung in den Gefässwänden auf; ihr hyperplastisches Endothel geht dieselbe Veränderung ein, so dass ein Gefässabschnitt, sich in eine homogene Kugel oder Cylinder verwandelt, aus welchem sich das concentrische Körperchen bildet.

b) Oder aber es findet die colloide Degeneration, wenn überhaupt, so nur in unbedeutendem Grade statt. Solche concentrische Körperchen lassen nach Entziehung des Kalkes deutlich ihren Ursprung erkennen.

2) Die concentrischen Körperchen der Thymusdrüse bilden sich innerhalb der Blutgefässe aus dem Endothel derselben. Indem sie auf diese Weise das Gefäss verstopfen, wirken sie wahrscheinlich zum Schwund des Organes mit.

3) Die concentrischen Körperchen der Psammome bestehen entweder aus Endothelialzellen oder aus einer homogenen geschichteten Substanz. Die letzteren finden sich in den verschiedensten Neubildungen sowie in chronisch entzündlichen Geweben. Sie bilden sich aus den regressiv-veränderten Elementen jener Geschwülste und aus den entzündlichen Geweben, haben also sehr verschiedenen Ursprung. Die Körperchen dieser Gruppe sind nicht immer concentrisch geschichtet. Aus dem Obigen resultirt, dass die Psammome nicht als selbständige Neubildungen aufgefasst werden dürfen.

5. Gretschichin: Ueber den Einfluss der Carbolsäure auf den fiebernden Organismus. (Verh. der Kaukasischen med. Gesellsch. 1883/84. Beilage, russisch.)

G. hat beim Typhus die Carbolsäure in derselben Form und Dosis angewandt wie Warfvinge, natürlich beide unabhängig von einander, nur dass er statt 150 gr Wasser 120 nimmt. Auch die Resultate sind dieselben. Namentlich betont er das seltene Erscheinen von Eiweiss im Harn. Einmal trat nach dem Klystier ein leichter Collaps ein, Temperatur 36°.

6. N. Filatow: Ueber die Diagnose des Anfangsstadiums fieberhafter Krankheiten bei Kindern. (Medicinskoje Obosrenie 1884 No. 1.)

F. betont die äusserste Wichtigkeit der Thermometrie im Kindesalter, zugleich aber auch die Schwierigkeiten, welche sich der Anwendung des Thermometers in diesem Alter gegenüberstellen. Er hat nun durch eine Reihe von Versuchen gefunden, dass man nach Erwärmung des Quecksilbergefässes durch Reiben auf 41—43° den Thermometer nur 2 Minuten in der Axelhöhle zu halten braucht und dann ablesen kann. Die abgelesene Temperatur entspricht dann meist der durch 15—25 Min. Messen zu erreichenden Höhe, oder aber sie ist um 0,1, selten 0,2 niedriger als dieselbe, was für practische Bedürfnisse ein unwesentlicher Fehler ist. Man muss nicht vergessen, dass nach 15minutigem Messen mit kaltem Thermometer die abgelesene Temperatur auch häufig um 0,1—0,2° zu niedrig ist. Man soll zweckmässiger Weise nicht mehr als 2—3° über die erwartete Temperatur erwärmen, dann erhält man die genauesten Angaben.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XIII. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung am 16. October 1883.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Beger.

Herr Denker stellt ein Kind mit Hydrocephalus vor. Dasselbe ist am 13. Nov. 1882 geboren und hat einen Kopfumfang von 76 cm, eine Ausdehnung, welche bei Hydrocephalischen in dem Alter noch nicht beobachtet worden ist. Dies Kind nimmt Mutterbrust, kann sehen, lacht, und scheinen überhaupt die psychischen Functionen, soweit erkennbar, normal zu sein.

Herr Waitz spricht über einen Fall von Extrauterinschwangerschaft: Die betreffende Frau wurde im Februar 1866 zum 3. Male schwanger, nachdem sie vorher 2 normale Wochenbetten durchgemacht hatte. Mitte April hatte sie Blutabgang aus der Scheide und schon damals wurde eine extrauterine Schwangerschaft diagnosticirt und der Frau dauernde Bettlage angerathen. In der 18. Woche zeigten sich zuerst Kindsbewegungen. Am 24. Nov. Nachm. $3\frac{1}{2}$ Uhr bekam sie plötzlich heftige Schmerzen „wie wenn ihr der Leib auseinander gerissen würde". Von da an schien das Leben der Frucht erloschen. 14 Tage später stellte sich eine 14 Wochen anhaltende Blutung ein; seitdem war Patientin regelmässig menstruirt. Noch 3 Jahre lang hatte sie Milch in den Brüsten. Bis vor 20 Wochen hatte sie keine nennenswerthen Beschwerden; dann aber stellten sich Fieber und so heftige Schmerzen ein, dass die Herausnahme der abgestorbenen Frucht wünschenswerth erschien.

Man fand bei der Operation in der Mitte des Bauches einen etwa mannskopfgrossen Tumor, rundlich, hart, mit glatter Oberfläche und beweglich. Die Scheidengewölbe waren durch den Tumor ausgefüllt, der Uterus schien mit der Geschwulst nicht zusammenzuhängen.

Der Exstirpation mittelst Laparotomie stellten sich fast unüberwindliche Hindernisse entgegen in Folge der breiten flächenhaften Adhäsionen der Geschwulst mit der Bauchwand, dem Netz und namentlich dem Uterus. Schliesslich gelang die Herausnahme, indem das Corpus uteri nach vorheriger Drahtligatur mitentfernt wurde. Die Frau starb 2 Stunden nachher an Collaps.

Die Untersuchung des Präparates ergab, dass es sich in diesem Fall um eine Ovarialschwangerschaft gehandelt hat. Der Fruchtsack stellt eine etwa $\frac{1}{2}$ cm dicke mit Knorpeleinlagen versehene Masse dar: zwischen ihm und dem von ihm eng umschlossenen Kinde findet sich eine bräunliche, breiige Schmiere. Das ausgetragene Kind (Mädchen) ist in seiner äusseren Form vollständig erhalten, die Weichtheile sind stark geschrumpft, der Nabelstrang und die der Innenseite des Fruchtsacks anhaftende Placenta sind wenig verändert.

Herr Franke hält seinen angekündigten Vortrag: über interessante Augenverletzungen mit Demonstration der extrahirten Fremdkörper.

Neuwahl des Bureaus:

Es werden gewählt zu Vorsitzenden: die Herren Bülau und Curschmann, zu Schriftführern: die Herren Korach und Marr.

Schluss der Sitzung 9 Uhr 30 Min.

Sitzung vom 30. October 1883.

Vorsitzender: Herr Bülau.
Schriftführer: Herr Korach.

Herr Simmonds demonstrirt das Becken eines an Tuberculose verstorbenen Mädchens, bei welchem sich eine angeborene Lageveränderung der linken Niere fand. Das Organ liegt ganz im kleinen Becken, ohne durch Form und Grössenverhältnisse irgend welche Besonderheiten zu zeigen. Dass es sich um eine angeborene, nicht um eine erworbene Lageanomalie der Niere handelt, geht einmal aus der festen Fixation des Organs, dann aber aus dem abnormen Verhalten der Gefässe hervor. Die Nierenarterie entspringt aus der Aorta an der Theilungsstelle zwischen beiden Art. iliacae, zwei Nierenvenen entspringen aus der rechten und linken Vena iliaca communis. Der Ureter ist kürzer als normal, geschlängelt und mündet an normaler Stelle in die Blase. Derartige Dislocationen der Niere sind von Treu, Varnier, Rayer, Birch-Hirschfeld u. A. beschrieben worden. Fast regelmässig handelte es sich um eine Lageanomalie der linken Niere, ohne dass hierfür eine Ursache aufzufinden gewesen wäre.

Herr Eisenlohr hält seinen angekündigten Vortrag über bulbäre Complicationen der Tabes.

Nachdem der Vortragende einen Ueberblick über Art und Häufigkeit des Ergriffenwerdens der Hirnnerven bei Tabes gegeben und hervorgehoben, dass sämmtliche Hirnnerven, allerdings in sehr verschiedener Häufigkeit sich betheiligen können, macht er auf die Frage nach der Bedeutung und anatomischen Begründung dieser Complicationen und auf die Beziehung aufmerksam, in der dieselben zu der systematischen Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarks stehen. Einzelne neue Befunde weisen auf centrale, nucleäre Alterationen hin, neben der schon früher bekannten grauen Entartung der Nerven selbst. Vortragender theilt nun einen Fall mit von ausgeprägter Betheiligung mehrerer bulbärer Nerven, die auch intra vitam einen interessanten klinischen Symptomencomplex bedingt hatte und bei dem er in der Lage war, post mortem eine genaue mikroskopische Untersuchung der interessirenden Theile vorzunehmen. Eine 54jährige Frau auf der Abtheilung des Herrn Dr. Bülau im allgemeinen Krankenhause bot neben ziemlich hochgradigen Erscheinungen der Ataxie und charakteristischen Sensibilitätsanomalien an den Extremitäten, Blasenstörung u. s. w. eine Reihe von Hirnnervenstörungen, die sich vor ca. 5 Jahren gleichzeitig mit den übrigen Symptomen (lanzinirenden Schmerzen) entwickelt hatten. Von Seiten des Hypoglossus: doppelseitige erhebliche Atrophie der Zunge mit fibrillären Zuckungen und Störung der articulirenden Bewegungen, leichte Beweglichkeitsdefecte in den übrigen Articulationsmuskeln, Lippen, stärker in der Gaumenmusculatur, ferner Larynxsymptome: Aphasie, mangelhafter Verschluss des Aditus laryngis, häufige Anfälle laryngealer Dyspnoe mit krampfhaften Hustenparoxysmen, erschwerte Expectoration. Laryngoskopisch war hochgradige Parese der Kehldeckelmuskeln und der M. cricoarytaenoidei postici neben leichten Beweglichkeitsdefecten in den Spannern der Stimmbänder zu constatiren. Schwierigkeit beim Schlingen und häufiges Verschlucken war wesentlich durch den mangelhaften Verschluss des Kehlkopfeinganges bedingt. Vermehrte Pulsfrequenz; rechtsseitige Abducenslähmung ohne Diplopie, Sehschwäche; leichte Störungen des Geschmacks und subjective Sensibilitätsstörungen im linken Trigeminusgebiet. Von Seiten des Verdauungsapparates häufiges Aufstossen, aber keine eigentlichen gastrischen Krisen. Die Section ergab intensive graue Degeneration der Hinterstränge und hinteren Wurzeln durch das ganze Rückenmark, Fortsetzung dieser Degeneration in die Kerne der Funiculi graciles und cuneati und der Medulla oblongata, wo dieselbe ihr Ende fand; exquisit atrophische Degeneration der N. vagi, glossopharyngei, der bulbären Abschnitte der Accessorii, der Hypoglossi, des rechten Abducens, partielle graue Degeneration der Optici. Circumscripte bündelweise Faserdegeneration im linken Vagusstamm, ausgedehnte Degeneration beider N. recurrentes, isolirte Erkrankung der M. cricoarytaenoidei postici im Kehlkopf. Veränderung der Kernregionen der afficirten Nerven (Hypoglossi und Vago-accessorii des rechten Abducens) bestehend in Atrophie zahlreicher Ganglienzellen ohne nachweisbare Alteration des Grundgewebes und des Ependyms.

Atrophie der aufsteigenden Wurzeln des seitlichen gemischten Systems, keine Veränderung in den Tractus intermediolaterales und den angrenzenden Faserregionen im Halsmark; beträchtliche Ectasie des Magens ohne Schleimhautveränderung. Bei Besprechung der einzelnen Symptome geht Vortragender näher auf die Larynxcomplicationen ein; in seinem Fach hält er sämmtliche Erscheinungen für genügend erklärt durch die constatirten Lähmungszustände der Kehlkopfmuskeln. Anders verhält es sich in Fällen, wie sie von französischen Autoren mehrfach mitgetheilt sind; bei den sg. Crises laryngées ist die Annahme eines spastischen Elementes — beruhend auf gesteigerter Sensibilitäts- und Reflexerregbarkeit des Kehlkopfs nothwendig. Jedenfalls sind Stimmbandlähmungen nur in einzelnen Fällen in Verbindung mit den sg. Larynxkrisen beobachtet. Vortr. selbst sah einen Fall, bei dem bedrohliche Anfälle von Spasmus glottidis als erstes Symptom der Tabes den übrigen lange vorausgehend und später völlig verschwindend, niemals mit Parese eines Kehlkopfmuskels complicirt waren. Seinen Befund am rechten Abducenskern (atrophische Destruction der Ganglienzellen) sieht Verf. als neuen Beweis für die nucleäre Natur der Augenmuskellähmungen bei der Tabes an. Schliesslich spricht Vortr. über die theoretische Bedeutung der bulbären Complicationen und anatomischen Veränderungen in ihrer Beziehung zur Hinterstrangerkrankung, über die Schwierigkeit, jenen Veränderungen eine systematische Stellung anzuweisen. Vortr. bespricht kurz die von Pierret aufgestellte Theorie bezüglich der Erklärung der motorischen, vasomotorischen und intestinalen Störungen im Verlaufe der Tabes, macht einige Ausstellungen an Einzelheiten der Pierret'schen Thesen, erklärt sie aber im Ganzen für sehr ansprechend.

Schluss der Sitzung 9 Uhr 30 M.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XIV. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

II.

Verhandlungen in den Sectionen.

1. Section für Anatomie.

Die anatomische Section wurde am Montag constituirt und durch A. v. Kölliker (Würzburg), als Ehrenpräsidenten, eröffnet. Die Physiognomie der anatomischen Section charakterisirte sich scharf als aus scandinavischen und in überwiegender Zahl deutschen Elementen zusammengesetzt. Engländer und Franzosen traten sehr in den Hintergrund, so dass die fast durchweg angewendete Sprache die deutsche war.

Weit über das Interesse der Section hinausgehend waren die conservirten Organe, von Professor Stieda (Dorpat), durch Injection und Imbibition mit Glycerin hergestellt. Das Glycerin scheint auch in der Wiggersheimer'schen Masse das Conservirende zu sein.

Prof. Tourneux (Lille) liess durch Baudry eine Abhandlung vorlesen, ein Verfahren, welches scharf verurtheilt wurde. Diesem schlossen sich einige kurze Mittheilungen an.

v. Meyer (Zürich) sprach in gründlicher Art und Weise über die statischen Verhältnisse des Fusses.

Die Nachmittagsitzung war combinirt mit der physiologischen Section. Die ganze Zeit wurde durch den Vortrag Prof. Merkel's (Königsberg) ausgefüllt, der über Tastnervenendigungen sprach und gleichfalls Präparate demonstrirte. Das grosse Interesse, welches dieser Gegenstand hervorgerufen, wäre gewiss noch erhöht worden, wenn Ranvier, der Hauptgegner Merkel's, nicht verhindert gewesen wäre zu erscheinen.

Die nächste Sitzung war wieder eine combinirte, Vors.: Hensen (Kiel), und trug Prof. v. Ebner (Graz) über die Histologie der quergestreiften Musculatur vor, ein Thema, welches zur Discussion gestellt worden war.

Prof. Retzius sprach dann über die Ausbreitung der Hörnerven in den Haarzellen, sowie im Allgemeinen über das Labyrinth des Ohres.

Es folgten dann Demonstrationen von Dr. Baginsky (Berlin) und der Vortrag von Professor Hensen (Kiel) über die Structur des Labyrinthes und seine Functionen. Am Nachmittage, Vorsitz. Prof. Marschall (London), sprach Professor His (Leipzig) über die Entwickelung der Herzform und seiner Abtheilungen.

Professor Morris (London) und Prof. Heimberg (Christiania) sprachen über die Bewegungen des Vorderarmknochens, bei denen eine nicht unbeträchtliche Betheiligung auch der Ulna zugeschrieben wird. An der Discussion betheiligt sich auch Prof. Braune (Leipzig). Die Discussion über diesen Gegenstand wurde am Donnerstag fortgesetzt.

Prof. v. Meyer spricht dann über die Bewegungen der Respirationsmuskeln und Professor Hasse (Breslau) über den Einfluss der Zwerchfell-Bewegungen. Seine Auseinandersetzungen erläutern die durch die Contraction bedingten Erweiterungen der diastolisch erschlafften Herzabtheilung und Vena cava inferior. Leber und Milz werden in ihren Circulationsverhältnissen direct vom Zwerchfell beeinflusst. Ebenso wirken die Contractionen auf die Entleerung des Magens und der Gallenblase.

Nachmittags demonstrirt Professor A. v. Kölliker (Würzburg) einen interessanten Fall von Hermaphroditismus eines Schweins und zeigt die Präparate des linksseitigen Eierstockes und rechtseitigen Hodens.

Professor A. Budge (Greifswald) zeigt Präparate, nach denen ein dem doppelten Blutkreislauf entsprechender doppelter Lymphkreislauf bei Hühnerembryonen besteht.

Prof. Adamkiewicz (Krakau) hat verschiedene Tinctionsmittel für das Rückenmark angewendet, mit denen er differente Färbungen einzelner Theile des Rückenmarks hervorbringt. Kollmann spricht über Segmentation der Selachier-Eier.

Prof. Weigert (Leipzig) demonstrirte nach einer neuen Methode den Nervenverlauf in der Hirnrinde und legte ganz ausgezeichnete Präparate vor.

Am letzten Tage, an welchem Stieda (Dorpat) präsidirte, demonstrirte zunächst Flemming an zahlreichen Präparaten den Zellkern und die Zelltheilung mit besonderer Berücksichtigung der Regeneration der Lymphzellen und einiger Punkte im Baue der Lymphdrüsen und Lymphknötchen.

Anknüpfend an den Vortrag von H. v. Meyer (Zürich) macht Braune (Leipzig) Mittheilung über den Fuss. A. v. Kölliker (Würzburg) spricht über Kiemenspalten, die er einer neueren Anschauung folgend, auch für geschlossen hält und macht darauf aufmerksam, wie sich hieraus die Entwickelung des Trommelfells zwanglos erkläre.

Nachmittag. Prof. His Vorsitzender. Nachdem Dr. Pozzi aus Paris über eine missdeutete Eigenthümlichkeit an den äusseren weiblichen Geschlechtstheilen gesprochen, machte Professor Albrecht (Brüssel) hochinteressante Mittheilungen zur vergleichenden Morphologie.

Den Schluss bildete eine Rede mit Demonstration, in der der Sections-Präsident Prof. Chievitz (Copenhagen) eine Reihe von Schädeln besprach, welche einer alten Königsfamilie aus Dänemark angehörten. Er deutete auf erbliche Veränderungen einzelner Nähte hin.

Am Freitag wurde die anatomische Section geschlossen, wobei Stieda (Dorpat) in herzlichen Worten dem Präsidenten Chievitz im Namen der Versammlung seinen Dank aussprach. B.

2. Section für Psychiatrie und Neurologie.

Die Section trat am 11. August zu ihrer ersten Sitzung zusammen, unter dem Vorsitz von Prof. Steenberg; als Schriftführer fungirte Dr. Friedenreich. Zu Ehrenpräsidenten wurden ernannt: Adamkiewicz-Krakau, Ball-Paris, Eulenburg-Berlin, Kjellberg-Upsala, Gaedeken-Kopenhagen, Lunier-Paris, Obersteiner-Wien und Ramaer-Haag. Der Vorsitzende Steenberg gab zuerst in französischer Sprache eine statistische Uebersicht der Geisteskrankheiten und der psychiatrischen Einrichtungen in den skandinavischen Ländern (Schweden, Norwegen, Finnland und Dänemark). Das reichhaltige und werthvolle in diesem Vortrage niedergelegte statistische Material ist leider einer auszugsweisen Wiedergabe nicht günstig. Wir erwähnen Folgendes: auf eine Gesammtbevölkerung von 10308465 kommen 17942 Geisteskranke, oder 17,4 auf 10000 (und zwar vertheilt auf Schweden 15,6; Norwegen 18,5; Finnland 21,2; Dänemark 16,6). Davon befinden sich in Anstalten zusammen 5553, in häuslicher Pflege 12,389; der Procentsatz der in häuslicher Pflege befindlichen Irren betrug in Schweden 73,6; in Norwegen 67,1; in Finnland 87,8; in Dänemark 36,2. Schweden besitzt gegenwärtig 10 Anstalten für zusammen 2248 Personen, Norwegen ebenfalls 10 Anstalten für 1041 Personen; Finnland 8 Anstalten für 899 Personen. Dänemark 4 Anstalten für 1959 Personen (ein neues Etablissement für 400, später 700 Kranke soll bei Middelfart erbaut werden). Die Kosten pro Kopf und Tag betragen für Schweden 1,80 — für Norwegen in den verschiedenen Anstalten 1,77 bis 2,14 — für Finnland 1,42 bis 3,04 — für Dänemark 1,85 bis 2,35 Francs. Die Zahl der Idioten betrug 1882 in Schweden 4227 (1 auf 1082); in Norwegen 2039 (1 auf 835); 1880 in Dänemark 2602 (13,2 auf 10000); in Finnland betrug die Zahl der Idioten im schulpflichtigen Alter (unter 17 Jahren) 1268 (6,05 auf 10000 der Gesammtbevölkerung oder 13,7 auf 10000 der correspondirenden Altersklasse).

Nach diesem mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Vortrage sprach Prof. Adamkiewicz über die anatomischen Veränderungen bei Tabes dorsalis. Nach A. sind zwei Tabesformen im anatomischen Sinne zu unterscheiden. Die eine ist eine interstitielle Degeneration, die primär aus den Bindegewebslagen (durch Wucherung derselben) hervorgeht, und zwar in unmittelbarer Nachbarschaft der die Hinterstränge durchsetzenden Arterien. Die andere Tabes-Form dagegen geht von den Nerven aus, als parenchymatöser Process, wobei die Nervendegeneration meist an zwei Orten gleichzeitig beginnt und abläuft, nämlich in den Goll'schen Strängen und in eigenthümlichen, ungefähr F förmigen (8) Feldern der Keilstränge. Von diesen letzteren Degenerationsfeldern aus pflegt die Erkrankung sich nach zwei Richtungen zu verbreiten: nach der Wurzelzone und den grauen Hinterhörnern einerseits, und nach dem hinteren Rückenmarksrand und den Hinterwurzeln andererseits. Die Tendenz zur Ausbreitung nach vorn, nach der hinteren Commissur, ist eine sehr geringe, so dass in den meisten Fällen das Degenerationsfeld von der hinteren Commissur durch ein sichelförmiges normales Gebiet getrennt ist. Charakteristisch für die letztbeschriebene Tabes-Form ist die durch Safraninfärbungen von A. besonders schön nachgewiesene primäre Veränderung der Nervenfasern. Bei Safranintinctionen zeigt sich nämlich, dass an den erkrankten Stellen zuerst die sogenannte chromoleptische Substanz schwindet, welche in Form von gelb oder gelbroth gefärbten Ringen in den Markscheiden der Nervenfasern hervortritt; woran sich erst später der Untergang der ganzen Faser anschliesst, der eine Lücke in dem Degenerationsfelde zurücklässt. In der Neuroglia findet bei dieser Tabes-Form keine anderweitige Veränderung statt als eine Schrumpfung, und dadurch bedingte Verdickung die Bindegewebsmaschen; keine Kernzunahme, wie sie dagegen bei primär interstitieller Tabes regelmässig stattfindet. Diese Verhältnisse sind an Safraninpräparaten um so besser zu beobachten, als das Safranin auch die Bindegewebs- und Neurogliakerne (und zwar, im Unterschiede von der chromoleptischen Substanz, blau oder blauviolett) färbte. Was schliesslich die Bedeutung der oben erwähnten F förmigen Felder betrifft, so sind sie nach A. identisch mit den von ihm durch die gleiche Färbemethode am normalen Rückenmark nachgewiesenen hinteren chromoleptischen Partien, d. h. Gruppen von Nervenfasern, die zur chromoleptischen Substanz in besonderer Beziehung stehen, wie ähnliche Gruppen, die übrigens mit den gewöhnlich angenommenen Fasersystemen nichts zu thun haben, auch in anderen Rückenmarkssträngen sich darstellen lassen. —

In der Nachmittagssitzung vom 11. August sprach Prof. Obersteiner über die Morphiumsucht und ihre Behandlung. Der ausführliche Vortrag gipfelte in folgenden Resultaten: Schon sehr geringe Dosen von Morphium, wenige Milligramm, genügen mitunter, um nach plötzlicher Entziehung des Mittels die bekannten Abstinenzerscheinungen zu erzeugen. Eine Maximaldosis von $3\frac{1}{2}$ Gramm scheint nur ganz ausnahmsweise überschritten zu werden. Uebrigens können bei fortgesetztem Gebrauch auch ziemlich hohe Tagesdosen von Morphium ohne directe Lebensgefahr lange Jahre hindurch ertragen werden. Was die Behandlung betrifft, so ist nach O. weder die Methode der plötzlichen, noch die der langsamen Entziehung, noch endlich eine dritte in der Mitte stehende Methode unter allen Umständen verwendbar; vielmehr empfiehlt O. in erster Reihe die individuellen Verhältnisse zu berücksichtigen. Zur Abschwächung der Abstinenzerscheinungen ist das Cocainum muriaticum zu 0,05 bis 0,1 pro dosi (in wässriger Lösung innerlich, mehrmals täglich) zu versuchen. Nicht selten sind die Fälle, in welchen eine Entwöhnungscur von vornherein als so aussichtslos erscheint, dass es zweckmässiger ist, derartige Kranke gar nicht erst den Qualen einer solchen Cur zu unterwerfen; das gilt namentlich von den Fällen, in welchen die krankhaften Zustände, welche zur Morphiumsucht geführt haben, noch fortdauern; auch für ältere Individuen über 60 Jahre und für sehr heruntergekommene, hochgradig nervöse, oder mit Herzfehlern behaftete Personen. — Unter den einzelnen Symptomen der Abstinenzperiode ist der Collaps das einzig gefährliche, und kann auch nach Schwund der anderweitigen lästigen Erscheinungen noch in einer verhältnissmässig späten Epoche der Abstinenz zur Entwicklung kommen. Auch nach glücklich durchgeführten Curen bleiben mitunter einige Folgeerscheinungen zurück, besonders auf dem psychischen Gebiete, selbst bis zu ausgesprochener Geistesstörung und Selbstmord.

Sehr häufig ist es nicht möglich, die Entziehungscur in der Privatpflege durchzuführen; andererseits bietet das Gesetz, wenigstens für Oesterreich, keine Handhabe, um einen Morphinisten auch gegen seinen Willen, in einer Anstalt zurückzuhalten. Gelegentlich kann auch an den Arzt die Frage herantreten, ob ein Morphinist sich im Besitze seiner vollen Zurechnungsfähigkeit befinde. — An den Vortrag knüpfte sich eine besonders, auf die Behandlungsmethode der Morphiumsucht bezügliche Discussion zwischen Burkart (Bonn) und dem Vortragenden.

In der Sitzung vom 12. August gab Prof. Eulenburg das einleitende Referat zu dem vom Organisations-Comité aufgestellten Thema: „Die Heil-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

barkeit der Tabes dorsalis". Die typische, ataktische Tabes für absolut unheilbar zu erklären — wie das die Mehrzahl älterer und neuerer Autoren von den ersten Beschreibungen der Krankheit an gethan haben — ist nach E. den zuverlässigen Einzelerfahrungen bewährter Beobachter gegenüber nicht ganz gerechtfertigt. Es seien vielmehr vereinzelte Heilungen (im klinischen Sinne) anzuerkennen; sowohl bei frischerer und anscheinend leichterer Tabes im Initialstadium, jedoch mit schon deutlich entwickelten Hauptsymptomen, wie auch mitunter selbst bei vorgeschrittener Tabes im ataktischen Stadium. Als „Heilungen" seien dabei selbstverständlich nur solche Fälle zu verzeichnen, in denen einerseits die Diagnose keinem begründeten Zweifel unterlag, andererseits das allmälige Verschwinden aller für die Krankheit charakteristischen Symptome durch gute Beobachter constatirt und die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit, das Freibleiben von Recidiven auch nach jahrelanger Zwischenzeit in überzeugender Weise dargethan wurde.

Immerhin sind auch derartige Heilungen nur als verschwindend seltene, als ganz exceptionelle Ausgänge der Tabes zu betrachten. Unter einer sich auf beinahe 500 Fälle erstreckenden Beobachtung zählt E. nur 5 sichere und diesen Namen verdienende Heilungen; also ungefähr 1 : 100. Indessen sei dabei zu berücksichtigen, dass unter günstigeren Aussenverhältnissen und wohl auch hier und da bei grösserer Behandlungsausdauer vielleicht noch mancher Fall gerettet werden könnte, bei dem wir uns jetzt mit blossen Stillständen oder kürzeren und längeren Remissionen begnügen. — Dass gerade eine bestimmte Behandlungsweise die Möglichkeit der Heilung in höherem Grade involvire als andere, geht aus den bisherigen Thatsachen wenigstens nicht hervor. Unter den von E. selbst beobachteten 5 Heilungen war eine durch Argentum nitricum (innerlich), eine unter Kaltwassercur, zwei unter Galvanisation und Thermalcuren, eine unter energisch geübter Antiluese und nachheriger Thermalcur. — Auch giebt es kein einigermaassen ausreichendes Kriterium, um die Tabes-Fälle mit besserer von denen mit schlechterer oder absolut ungünstiger Prognose a priori zu differenziren. Es lässt sich jedoch annehmen, und wird auch durch die Erfahrung einigermaassen bestätigt, dass bei mangelnder congenitaler Belastung, bei guter Gesammtconstitution, Freisein von anderweitigen Complicationen, bei gelinder und allmäliger Entwicklung der Tabes-Symptome, insbesondere bei geringer Intensität der neuralgischen Erscheinungen, der Sensibilitätsdefecte, Sinnesstörungen u. s. w. die Chancen auch in Beziehung auf Heilung sich vergleichsweise etwas günstiger gestalten, als bei entgegengesetztem Verhalten.

Im pathologisch-anatomischen Sinne dürfe man, nach E., von einer Heilung der Tabes wohl überhaupt gar nicht reden; es können vielmehr, wie Einzelfälle lehren, sehr diffuse Degenerationen der Hinterstränge auch da angetroffen werden, wo intra vitam die Erscheinungen der Tabes vollständig oder doch nahezu vollständig geschwunden waren. Immerhin liege es am nächsten, die „heilbaren" Fälle unter denjenigen zu suchen, bei denen entweder der Process mit neuritischen Veränderungen an der Peripherie, in den sensibeln Haut- und Muskelverzweigungen u. s. w. begann, oder im Rückenmark selbst den von Adamkiewicz geschilderten Charakter rein interstitieller, längs der Gefässe fortkriechender, herdweiser Veränderung in den Hintersträngen, im Gegensatz zu der parenchymatösen Form der Tabes-Degeneration, darbot.

An der Debatte betheiligten sich die Herren Remak, Fürstner Moebius, Bagewitsch und der Vortragende.

(Fortsetzung folgt.)

XV. Feuilleton.

Vom achten internationalen medicinischen Congress zu Kopenhagen.

I.

Wenn, wie ich hier hörte, vor drei Jahren die dänischen Aerzte in einer gewissen Angst und Aufregung waren, als sie erfuhren, dass nach dem in so ausserordentlich zufriedenstellender Weise beendigten Congress zu London nunmehr ihre Hauptstadt Kopenhagen das Quartier der ersten Mediciner der Welt im Jahre 1884 sein sollte, wenn sie fürchteten, dass sie den vielen an sie hierdurch herantretenden Forderungen nicht sollten gerecht werden können, so kann man jetzt, nachdem die Congresszeit soeben zu Ende ist, wohl sagen, dass diese Furcht in jeder Weise eine unbegründete war. — Sowohl was die wissenschaftliche Ausbeute im Allgemeinen, als auch was die Aufnahme der Gäste und — last not least, was die in geschickter Weise von Tag zu Tage eine Steigerung darbietenden Festlichkeiten anbetrifft, wird wohl fast jeder Theilnehmer gern und mit Befriedigung auf die jüngst verlebte Zeit zurückblicken. Um so auffallender und angenehmer wirkten diese guten und schönen Arrangements, als die von Deutschland über Kiel-Korsör kommenden Collegen viel durch die in keiner Weise dem plötzlichen massenhaften Verkehr genügenden Einrichtungen der deutschen Eisenbahn- und Dampfer-Compagnien zu leiden hatten. Es ist wirklich unbegreiflich, dass man an maassgebender Stelle so wenig sich über diese Verhältnisse unterrichten konnte. Die dänischen Dampfer waren ganz anders vorbereitet.

Eine grosse Theilnehmerzahl aus aller Herren Länder, im Ganzen etwa 1600 Aerzte, hatte sich versammelt, bis aus Südamerika, ja bis aus Japan waren sie herbeigeeilt. Immerhin stellte wohl Deutschland das stärkste Contingent und, ohne besonders eitel zu sein, kann man wohl sagen, dass die eigentlichen wissenschaftlichen Kämpfer und Streiter meist unserem Lande, nächst ihm wohl England angehörten, wobei allerdings nicht vergessen werden darf, dass, wie ich hörte, die einheimischen Collegen sich als Wirthe absichtlich etwas zurückhielten.

Die erste Gelegenheit, bei welcher der Congress sich zeigte, war

Die zwanglose Zusammenkunft am 9. August im Tivoli,

wo am Abend der Concertsaal für die Mitglieder reservirt worden war. Der Saal war geschmackvoll mit Blumen und Fahnen sowie einer Colossalbüste des Königs decorirt worden, ein unaufhörlich spielendes Orchester sorgte mit seinem Lärm dafür, dass bei etwa entstehenden Pausen in der Unterhaltung diese nicht auffallen möchten — man konnte wirklich kaum sein eigenes Wort verstehen — und so drängte und schob sich denn Alles durch einander, was bei der grossen Menge der in Reihen mitten im Saale in nicht gerade besonders geschickter Weise aufmarschirten Bänke häufig genug mit Schwierigkeiten verknüpft war. Es war daher auch noch nicht recht möglich zu sehen, wer eigentlich anwesend sei, da Reden nicht gehalten wurden, und eine wenn auch nur oberflächliche Beruhigung des unaufhörlich wogenden Menschenstromes nicht eintrat. — Aber man begrüsste sich wenigstens unter einander und mit den ebenfalls anwesenden Damen der Congressmitglieder, und auch das massenhaft die Fenster belagernde Volk von Kopenhagen fand seine Rechnung, wenngleich die Hoffnung, die ersten Congressheroen zu sehen, nur zum geringsten Theile erfüllt wurde.

Am folgenden Tage, Sonntag den 10. August, Mittags 1 Uhr fand dann

die officielle Eröffnung des Congresses

im grossen Saale des in der Westerboogade (neben Tivoli) gelegenen Industriepalastes statt. — In der Mitte der einen Breitseite stand die hohe mit violettem Sammet ausgeschlagene Rednerkanzel, vor welcher an einem Tisch der Rector der Universität Prof. Reisz, geschmückt mit seinen Amtsketten, ferner der Präsident des Congresses, Prof. Panum, der Generalsecretär Lector C. Lange und die übrigen Comité-Mitglieder Platz genommen hatten. Pünktlich um 1 Uhr erschienen die Majestäten von Dänemark und Griechenland, sowie der Kronprinz von Dänemark mit ihren erlauchten Gemahlinnen und nahmen die für sie bestimmten Plätze gegenüber dem Präsidententische ein. Nachdem hierauf der Universitätsgesangverein eine Mendelssohn'sche Cantate mit von V. Bergsöe für diesen Zweck untergelegtem Texte gesungen hatte, bestieg zuerst Prof. Panum die Tribüne, um im Namen der Dänen die fremden Mitglieder zu begrüssen. Er betonte den internationalen Charakter der Wissenschaft, ein Gedanke, den auch Virchow nachher weiter ausführte, sprach dann von den Momenten, welche bei der Wahl des diesmaligen Heimathsortes des Congresses und dem Schwanken zwischen Stockholm, Christiania und Kopenhagen das letztere vorziehen liess, und bat schliesslich die Mitglieder anderer Nationen gewissermaassen um Entschuldigung, wenn man aus Zweckmässigkeitsgründen das allgemein verstandene Französisch gewählt habe, da bei der so verschiedenen Aussprache seitens der verschiedenen Völker an eine Verständigung vermittelst des hier wohl in erster Linie in Frage kommenden Lateinischen unmöglich sei. — Neben dem Französischen sollten Deutsch und Englisch noch als Congresssprachen benutzt werden. —

Nach Panum nahmen nach einander Sir James Paget, Rudolf Virchow und Pasteur das Wort, um im Namen der Aerzte ihres Landes zu danken, wobei Virchow den von Panum angeregten Gedanken der Internationalität der Wissenschaft dahin präcisirte, dass dieselbe im Allgemeinen eine specifische Eigenthümlichkeit des arischen Stammes sei, und dass Völker anderen Ursprunges nur unter Aufgebung gewisser Raceeigenthümlichkeiten im Stande seien, an diesen wissenschaftlichen Bestrebungen mit Erfolg sich zu betheiligen. — Pasteur replicirte hierauf in echt französischer Weise, dass er zwar ein Mann der Wissenschaft, aber auch ein grosser Patriot sei und seine Wissenschaft nur übe, um seinem Vaterlande Ruhm und Ehre zu bringen.

Hierauf gab der Generalsecretär Lange einen kurzen Bericht über das vom Comité bisher Geleistete und das Beabsichtigte. —

Nunmehr bestieg Prof. Panum abermals die Tribüne um einen Ueberblick über die früheren internationalen Aerztecongresse zu geben. —

Der erste Congress tagte in Paris 1867 unter der Protection des Ministers des Innern. Er charakterisirte sich durch das gänzliche Fehlen officieller Festlichkeiten, die französische Sprache war natürlich obligatorisch. Der zweite Congress fand 1869 zu Florenz statt, der dritte 1873 zu Wien bei Gelegenheit der Weltausstellung, der vierte in Brüssel 1875. In diesem erst wurde die Organisation des Congresses befestigt und besonders seine Gliederung in Sectionen durchgeführt. Der fünfte Congress in Genf rief eine Einrichtung wieder in's Leben, die schon in Paris angenommen aber wieder verlassen war, die Bestellung nämlich von Berichterstattern aus den verschiedenen Nationen. In Genf wurde auch die Abstimmung über wissenschaftliche Fragen per majora abgestellt und wurden die Sectionen von 9 auf 6 verringert. Der sechste Congress zu Amsterdam stellte die Zahl 9 wieder her, der siebente in London erhob sie auf 16 und der diesjährige hat sie wieder um zwei verringert.

Nachdem hierauf vom Universitätsgesangvereine ein Schlusslied gesungen und damit die Feier ihr Ende erreicht hatte, liess sich die königliche Familie die hervorragendsten Männer vorstellen und verliess dann gegen 3 Uhr den Saal.

Was die versammelten Mitglieder, die wohl ziemlich vollzählig erschienen sein mögen, anbetrifft, so sei hier zunächst hervorgehoben, wie in merkwürdigem Gegensatze zu unserer jetzigen deutschen Sitte Alles im Frack erschienen war. — Wenn dies nun auch in einer Versammlung, in welcher der König kommt, nicht Wunder nimmt, so ist dies doch bei den vielen Festlichkeiten für uns etwas auffällig, und noch mehr frappirt es, wenn auch bei den stets am Nachmittage vor dem Diner stattfindenden allgemeinen Sitzungen — die Vormittage sind den Sectionssitzungen gewidmet — dieselbe Tracht vorherrscht.

Von den anwesenden Deutschen bemerkte man die Anatomen Kölliker, His, Braune, Waldeyer, Merkel, Budge, von Ebner, von Physiologen Kronecker, Munk, Hensen, von Pathologen Virchow, Weigert, Heller, von Chirurgen Gurlt, Volkmann, Esmarch, Mosetig von Moorhof, Mikulicz, Max Schede, Neudörfer, von inneren Klinikern Jürgensen, Lewin, Liebreich, Leube, Liebermeister und Ewald, von Pädiatrikern Rupprecht und Livius Fürst, von Geburtshelfern Breisky, Hegar, Koeberlé, Leopold, Martin, Müller (Bern), Olshausen, Saenger, von Dermatologen und Syphilidologen Doutrelepont, Grünfeld, Janowski, Kaposi, Pick, Unna, Vayda, von Psychiatern und Neurologen Adamkiewitsch, Eulenburg, Obersteiner, Paetz, von Laryngologen Cutti, B. und E. Fraenkel, Michaël, Max Schäffer, Schnitzler, von Otiatrikern Lucae und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schwarze, von Ophthalmologen Michel, Sattler, Schmidt-Rimpler und noch sonst viele Andere, die sich etwas schwer zusammenbringen lassen, da das officielle Mitgliederverzeichniss nach früheren Meldungen zusammengestellt ist, den wirklich erschienenen Aerzten aber nur mangelhaft Rechnung trägt.

Frankreich hatte entsandt: Barthélémy, Boucheron, Bonnaire, Chauveau, Cornil, Dianoux, Gayet, Gougenheim, Hardy, Jaccoud, ferner Ladreit de Lacharrière, Lépine, Margary, Menière, Ollier, Pasteur, Robin, Trélat, Verneuil und viele Andere.

Aus England waren da: Sir Henry Ackland, Barlow, Sir Risdon Bennet, Sir Mac Cormac, Mac Ewen, Erichsen, Sir John Fayrer, Sir Will. Gull, Braxton Hicks, Morell Mackenzie, Priestley, Simpson, Spencer Wells, Woakes und Andere.

Von Russen waren da: Lazarewitsch, Rauchfuss, Tolmatschew, von Italienern Bottini, Mosso, Tommasi Crudeli, Semmola, von Türken Zorboë Bey und Zambaro, von Amerikanern Billings, Bosworth, Engelmann, Flint, Sayre, ferner eine Anzahl Japaner, während die wissenschaftlichen Grössen Skandinaviens und Dänemarks wohl ziemlich vollzählig erschienen waren.

Es war gewiss keine Kleinigkeit, all' diese und die vielen übrigen erschienenen Gäste hier unterzubringen, und die Art und Weise, in der das Receptionscomité dieser Aufgabe gerecht geworden ist, ist wirklich über alles Lob erhaben. Eine derartig liebenswürdige Gastfreundschaft, wie hier geboten wurde, wo die Familien Alles den bisher nie gesehenen Gästen zur Verfügung stellten, dürfte selten wieder zu finden sein. Hierüber war auch nur eine Stimme überall laut, und nur die in den Hôtels untergebrachten Fremden klagten über ihre Quartiere.

Der Vormittag war jedesmal den Sectionssitzungen gewidmet, über welche von berufeneren Seiten später berichtet werden wird. Sie begannen um 10 Uhr und dauerten bis 3 Uhr, angenehm unterbrochen von der Stunde des Dejeuner zwischen 12 und 1 Uhr. Hier war stets Meinungseinheit vorhanden, hier bestand keine Trennung in einzelne Sectionen. Hier auf dem freien grünen Rasenplatze an der Ahlefeldtgade neben der „Technischen Schule" kamen sie zusammen, mochten sie nun in der Universität, im Industriepalast, in der Technischen Schule oder in der chirurgischen Akademie gesessen haben. Gut war es nur, dass das Wetter stets günstig war; denn die beiden Zelte, welche dort aufgeschlagen waren, hätten kaum den zehnten Theil der Essenden beherbergen können.

Um ½4 Uhr begannen die allgemeinen Sitzungen in der mit den Fahnen aller anwesenden Nationalitäten geschmückten Aula der Universität, und nachher fand dann meist irgend ein Diner oder Fest statt. — So waren am ersten Tage die Diners der einzelnen Sectionen, von denen ich das der verschiedenen Präsidenten im Hôtel d'Angleterre und das der vereinigten Laryngologen und Otologen in dem so prächtig gelegenen Seebade Skodsborg, wohin die Theilnehmer mittelst Extradampfers fuhren, hervorheben will. — Was bei diesen Diners alles geredet wurde und was alles „lebte", kann sich Jeder leicht denken. Erstaunlich war nur die Gewandtheit, mit der sich die Dänen in den verschiedenartigsten fremden Sprachen ausdrückten und überhaupt die lebhaft an den Thurmbau zu Babel erinnernde Sprachverwirrung. —

Am Mittwoch unternahm der gesammte Congress eine Fahrt nach Helsingoer, am Donnerstag gab die Commune den Gästen ein grosses Fest in einem dazu besonders errichteten Saalbau am Hafen, am Freitag Abend war Empfang und Souper beim Könige und am Sonnabend Abend endlich ein grosses Abschiedsfest mit Ball im National-Etablissement. — Es wurde dadurch eine gewisse Steigerung verwirklicht und so kam es, dass man wirklich Alles mitmachen konnte und doch immer des Neuen und Interessanten sich freute.

Der erste grössere allgemeine Vortrag wurde von dem Manne gehalten, der diesem Congress durch seine Persönlichkeit einen gewissen significanten Stempel aufdrückte, mit dem man sogar sit venia verbo, eine gewisse Abgötterei trieb, die ihm aber gar nicht so sehr unangenehm zu sein schien, von Pasteur. — Pasteur ist jetzt 62 Jahre alt, sieht aber trotz seines grauen Bartes und seines schwerfälligen, hinkenden Ganges erheblich jünger aus; er spricht mit ziemlichem Feuer und stets in gewählter, fesselnder Weise, der man allerdings fortdauernd anmerkt, welche grosse Hochachtung der Redner vor sich selber hat. Indessen werde ich mich jedes Berichtes über die Vorträge selbst enthalten. Ein Augenblicks-Referat würde der Natur der Sache nach nur lückenhaft und von Missverständnissen nicht frei sein können. Ich nehme ohnehin an, dass die Redaction sich im Besitze der vollständigen Reden schon jetzt befindet oder doch binnen Kurzem befinden wird. R.

XVI. Die Cholera.

VIII.

1. Weiterer Verlauf der Epidemie.

Immer deutlicher tritt der Charakter der Epidemie in Südfrankreich zu Tage. Allerdings kann man auch jetzt noch von einem im Allgemeinen milden Auftreten der Seuche sprechen, aber immer grösser wird das Terrain, auf dem sie sich, bald sich gleichmässig fortwälzend bald in Sprüngen ausbreitet. Sie ist in Marseille, Toulon und Arles in starker Abnahme begriffen (über Marseille siehe weiter unten), dagegen schritt sie

nach Westen und nach Nordosten in zwei Strahlen fort, deren Gang sehr genau zu verfolgen ist. Zuerst war sie von Marseille nach Arles gesprungen, das zu einem neuen Seuchenheerde wurde und zwei Strahlen, den einen nach Südwest, den andern nach Nordwest aussandte. Ersterer ging über Montpellier, Cette, Beziers bis nach Perpignan, das schon ziemlich nahe an der spanischen Grenze liegt und erst ganz vor kurzem ergriffen worden ist. Am 13. August waren daselbst bereits sechs Choleratodesfälle zu verzeichnen. Im allgemeinen ist in diesem südwestlichen Gebiete die Krankheit ziemlich milde aufgetreten, ebenso wie im nordwestlichen. Auch für letzteres war Arles anscheinend der Ausgangspunkt und die Verbreitung fand über Nimes in nordwestlicher Richtung bis gegen Alais hin statt. Aus dieser Gegend, die durch grosse Arbeiteransammlungen gefährlich ist, sind bisher nur ganz vereinzelte Fälle gemeldet. Bedenklicher lässt sich nach den neuesten Nachrichten das Auftreten der Krankheit im nordöstlichen Gebiete an. Von Marseille sprang die Cholera nach Aix, wo sie einige Zeit ziemlich bösartig auftrat, dann aber wieder nachliess. Plötzlich machte sie nun von da aus einen weiten Sprung bis in die Departements der Nieder- und Oberalpen, nach Gap und Sisteron. Dicht bei Sisteron, das bisher nur zwei Cholerafälle hatte, liegt das kleine Dorf Omerques, in dem die Cholera mit solcher Heftigkeit auftrat, dass von den 500 Einwohnern des Ortes in einigen Tagen 40 starben. Depeschen vom 14. August meldeten von dort für die letzten 24 Stunden 2 neue Todesfälle und 15 neue und schwere Erkrankungen.

Im Ganzen sind 15 französische Departements mehr oder weniger ergriffen: Bouches du Rhone, Var, Gard, Herault, Vaucluse, Ardeche, Rhone, Isere, Drome, Ande, Hochalpen, Niederalpen, Seealpen, Hoch Garonne, Corsica. Ebenso gewinnt die Epidemie auch im nordöstlichen Italien von Tag zu Tag räumlich an Umfang. Mag auch, wenigstens den officiellen Berichten nach, die Zahl der in den einzelnen Ortschaften Befallenen und Verstorbenen noch eine relativ geringe sein, so sind immerhin am 17. d. M. in den Provinzen Bergamo, Campobasso, Cosenza, Massa e Carrara, Parma, Porto Maurizio und Turin insgesammt 17 Choleraerkrankungs- und 10 Cholera-Todesfälle vorgekommen. In der Schweiz ist ein Cholera-Todesfall bei einer Emigrantin aus Frankreich vorgekommen. Er wurde sofort isolirt und alle Maassregeln gegen eine etwaige Weiterverschleppung des Infectionsstoffes sofort mit Erfolg durchgeführt. Ein choleraähnlicher Todesfall — zweifellos Cholera nostras — wurde trotzdem ganz so behandelt, als sei Ch. asiatica die Todesursache gewesen. Um allen auftauchenden Gerüchten von Cholerafällen von vornherein entgegenzutreten, hat der Bundesrath beschlossen, jeden einzelnen Fall von Cholera oder choleraähnlicher Affection, wenn solche in der Schweiz wirklich vorkommen sollten, amtlich zur öffentlichen Kenntniss zu bringen.

Wenn das langsame Zurückgehen der Cholera in Marseille als ein Zeichen dafür angesehen wird, dass eine weitere Verbreitung unwahrscheinlich sei, so ist dem gegenüber ein Vergleich mit den früheren Epidemieen Marseille's nach den einzelnen Wochen sehr instructiv.

Cholera-Todesfälle.

Woche	1835	1849	1854	1855	1865	1866	1884
1.	37	15	69	102	23	17	12
2.	209	37	327	181	48	132	37
3.	730	70	682	245	54	124	299
4.	664	262	747	240	114	112	419
5.	342	297	355	192	160	67	365
6.	118	353	149	141	207	40	162
7.	91	273	91	80	242	27	90
	2991	**1307**	**2420**	**1181**	**848**	**519**	**1884**

Le Petit Provençal, dem wir diese Tabelle entnehmen, führt aus, dass hiernach z. B. 1849—0,93, 1865—0,28, 1854—1,3, 1884—0,37 Procent der Einwohner in den ersten sieben Wochen an Cholera verstorben sind. Man sieht ferner, dass sich die Epidemie in Marseille im Niedergange befindet und im Ganzen mild verlief, dass aber ihr Verlauf den der früheren Epidemieen nicht verläugnet.

Toulon und Marseille sind bei ihrer an und für sich guten Trinkwasserversorgung eigentlich zur Cholera gar nicht vorzugsweise disponirt. Die Epidemieen haben dort immer relativ ohne besondere Intensität geherrscht und sich relativ schnell gemildert.

Nachdem nun aber die Epidemie sich ein so weites Gebiet in Frankreich und Italien erobert hat, ist unserer Ansicht nach an ein vollständiges Erlöschen oder Stillestehen nicht mehr zu denken. Es ist möglich, dass sie uns in diesem Jahre, da wir uns schon Mitte August befinden, verschont, im nächsten Jahre dürfen wir sie wohl mit Sicherheit erwarten. Andererseits ist eine gewisse sprungartige Verbreitung auch noch in diesem Jahre nicht ausgeschlossen, und wir werden gut thun, dem Beispiele der Eisenseiten Cromwell's zu folgen, die bei all' ihrem Gottvertrauen doch ihr Pulver trocken hielten.

2. Schutzmaassregeln.

1. Deutsches Reich. Der Reichskanzler hat Folgendes bekannt gegeben:

Unter Bezugnahme auf die von den betheiligten Bundesregierungen wegen der gesundheitspolizeilichen Kontrole der Seeschiffe erlassenen Verordnungen wird hierdurch bekannt gemacht, dass die an der Westküste Italiens von der französischen Grenze bis einschliesslich Civitavecchia belegenen Hafenplätze als der Cholera verdächtig anzusehen sind.

Dasselbe ist den Provenienzen aus den Seehäfen Norwegens gegenüber verfügt und zwar als Repressalie, weil Norwegen die deutschen Nordsee-

Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

häfen als verdächtig bezeichnet und demgemäss die Provenienzen von dorther zur Quarantaine verpflichtet hatte.

2. Die Schweiz hat ihre bisherigen Durchräucherungs-Maassregeln mit Recht aufgegeben und steht jetzt ganz auf dem Standpunkte der deutschen Reichsregierung. Dagegen finden die Strassenfeuer in Marseille noch eine lebhafte Vertheidigung. Le petit Provençal ruft für sie den Schatten des alten Raspail „des eigentlichen Entdeckers des Cholera-Bacillus" zu Hülfe, aber der selige Campher-Doctor wird in den Schatten gestellt durch einen Correspondenten des Blattes, einen alten Kanonier, der die Luft durch fünftägige Artilleriesalven von allen Mikroben reinigen will.

3. Untersuchungen bei Cholera nostras auf Kommabacillen.

Aus Hamburg wird uns freundlichst unter dem 19. d. M. mitgetheilt, dass daselbst in den letzten Tagen eine Anzahl rapid verlaufender Cholera nostras Fälle im Allgemeinen Krankenhause zur Beobachtung gelangt sind. Der letzte dort zur Section gekommene Fall (Frau von etwa 45 Jahren) ist sehr genau mikroskopisch untersucht und mit Culturversuchen auf Kommabacillen geprüft worden — mit völlig negativem Resultat.

XVII. Journal-Revue.

Innere Medicin.

4.

J. Mügge: Albuminurien under den tyfoide Feber. (Nord. med. Ark. 1883 H. 3.)

M. hat in 173 Fällen von typhoidem Fieber tägliche Untersuchungen des Albumingehaltes im Urin gemacht und erhielt in 52 Fällen (72 Proc.) eine unzweifelhafte Eiweissreaction, bei 9 fanden sich nur Spuren und in 11 Fällen keine Spur. Die Albuminurie zeigte sich gewöhnlich vor dem Ende der zweiten Woche, in 3 Fällen schon am 3. Tage.

Sie war transitorisch in 16 Fällen (1—3 Tage). In den 36 anderen Fällen dauerte sie 5—18 Tage.

Von 26 Kranken, die an beträchtlicher Albuminurie litten, erlagen zehn, von den übrigen kein einziger.

Chronische Nephritis erfolgte in keinem der vom Verf. im Ganzen beobachteten 217 (?) Fällen.

Bei evidenten Symptomen von Nephritis sind kalte Bäder nur mit grosser Vorsicht anzuwenden. Buch - Helsingfors.

F. W. Warfvinge: Om antiseptisk behandling af Infectionssjukdomar. (Nord. med. Arkiv 1883 H. 3.)

W. wendet bei Typhus abdominalis die von Desplats zuerst empfohlenen Carbolklystiere an und zwar nach Brochin nur zwei Mal täglich in der Dosis von 0,5 auf 150 Wasser. Nach jedem Klystiere erfolgte unter Schweiss eine beträchtliche Temperaturherabsetzung bis um 2°, die mehrere Stunden anhielt. In 12 Stunden war immer die alte Höhe wieder erreicht. Alle Symptome des Typhus werden günstig beeinflusst. Unbequeme Nebensymptome wie Aufstossen, Uebligkeit, Erbrechen, wurden nur selten veranlasst. „Der Urin war in den mit Carbolsäure behandelten Fällen nicht häufiger albuminhaltig als sonst, eher umgekehrt, und Albuminurie hat oft gefehlt, wo Carbolurie sich fand."

Bei höheren Graden von Carbolharn wurde die Behandlung zeitweilig ausgesetzt. Buch-Helsingfors.

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

11.

1. Bemerkungen über gewisse Formen der neurotischen Atrophie (sogen. multiple degenerative Neuritis) von Prof. Erb in Heidelberg. Neur. Centralbl. 21, 1883.

2. Ueber progressive Lähmungen, ihre centrale oder periphere Natur. Von Dr. C. Eisenlohr in Hamburg. Ebendaselbst 7 u. 8, 1884.

3. Ueber das Verhältniss der multiplen Neuritis zur Poliomyelitis. Von Prof. A. Strümpell in Leipzig. Ebendaselbst 11, 1884.

Erb will zunächst die wirkliche multiple Neuritis (mit entzündlichen Veränderungen, Gefässalteration, Schwellung und zelliger Infiltration der Nerven) von der der secundären Degeneration nach Nervendurchschneidung analogen rein degenerativen (neurotischen) Atrophie principiell unterschieden wissen. Es sei nun möglich und sogar wahrscheinlich, dass rein functionelle, mikroskopisch nicht erkennbare Störungen der trophischen Centralapparate an der Peripherie mikroskopisch erkennbare histologische Veränderungen herbeiführen können. Man dürfe also, wenn man auch im Rückenmark Nichts findet, immer noch nicht so ohne Weiteres auf die periphere Natur der auf degenerativer Atrophie der Nerven und Muskeln beruhenden Lähmungen schliessen. Es sei ferner möglich und sogar wahrscheinlich, dass es pathologische Zustände der Störungen der trophischen Centren von verschiedener Intensität und Qualität giebt, deren Wirkungen sich nicht immer unter dem Bilde einer totalen Degeneration zu äussern brauchen.

Für diesen letzten Satz bringt Eisenlohr einen anatomischen Beweis in folgender Beobachtung: Bei einem 23j. tuberculösen Manne hatte sich eine progressive aufsteigende atrophische Lähmung mit Entartungsreaction, sehr geringer Sensibilitätsstörung, ohne Schmerzen, mit nur vorübergehender Betheiligung der Sphincteren entwickelt und nach etwas über 2 Monate durch Respirationslähmung zum Tode geführt. Die Section ergab Vacuolendegeneration der Vorderhornganglien und Degeneration der peripheren Nerven und der Muskeln. Erstere zeigten sich, je mehr peripher, desto intensiver erkrankt, gar nicht, resp. fast gar nicht in den Stämmen. Die vorderen Wurzeln erschienen völlig unversehrt. Verf. sieht die Affection des Rückenmarks als das primäre, die des Nervmuskelapparats als das secundäre Moment (trophische Störung) an. Es können demnach bei Erkrankung der motorisch-trophischen Centren und consecutiver Degeneration ihres peripheren Bezirkes lange Strecken der motorischen Bahn intact bleiben. — Was die übrigen Ausführungen Erb's betrifft, so hält Eisenlohr die Möglichkeit primärer degenerativer Erkrankungen der peripheren Nerven für keineswegs fernliegend. Zum Schluss macht derselbe auf die genaue Coincidenz der Entwickelung der subacuten atrophischen Lähmung und der rasch verlaufenen Tuberculose und damit auf den möglichen ätiologischen Zusammenhang (Infection) beider Krankheiten aufmerksam. Dem Stande der Thatsachen scheine der von Vierordt ausgesprochene Gedanke am meisten zu entsprechen, dass nämlich vielleicht grade bei infectiöser (toxischer) Ursache eine mehr oder weniger gleichzeitige Erkrankung im gesammten Vorderhorn-Nerv-Muskeltractus primär auftreten, oder aber, dass diese Erkrankung von allen Punkten des Tractus ausgehen kann. —

Strümpell tritt der Erb'schen Hypothese durchweg entgegen. Es liege einmal kein principieller Grund gegen die Annahme einer primären Erkrankung der peripheren Nerven vor. In fast allen Fällen von multipler Neuritis seien ferner trotz stärkster peripherer Degeneration die vorderen Wurzeln völlig normal gefunden worden. Bei secundärer Degeneration bliebe dieser Umstand unerklärlich. In einem vom Verf. beobachteten Falle sei dasselbe Verhalten nach einer Krankheitsdauer von einem Jahre constatirt worden. Dies spreche gegen die Möglichkeit einer secundären Degeneration. Auch ein klinischer Einwand könne dagegen erhoben werden. In den meisten Fällen treten nämlich Sensibilitätsstörungen, vor allem Schmerzen auf, Symptome, die sich mit der Annahme einer secundären Degeneration der motorischen Nerven nicht vereinbaren lassen, vielmehr auf den primären Sitz in den peripheren Nerven hinweisen. Endlich lässt Strümpell die principielle Scheidung entzündlicher und degenerativer Vorgänge nicht gelten. In den Nieren spielen sich z. B. dieselben Vorgänge der acuten und chronischen Entzündung von der acuten hämorrhagischen Nephritis bis zur genuinen Schrumpfniere ab. Den vorstehenden Fall Eisenlohr's deutet Strümpell auch nicht als secundäre (trophische) Störung. Derselbe stützte vielmehr seine schon früher ausgesprochene Ansicht, dass eine principielle Scheidung der Veränderungen im Rückenmark (Poliomyelitis) und in den peripheren Nerven (multiple Neuritis) überhaupt gar nicht unter allen Umständen gerechtfertigt erscheint. Beide Affectionen seien vielmehr unter einem einheitlichen ätiologischen Gesichtspunkte aufzufassen. Dieselben Krankheitserreger können gleichzeitig und neben einander sowohl in den peripheren Nerven als im Rückenmark anatomische Veränderungen hervorrufen, die Krankheit könne sich vorwiegend oder sogar ausschliesslich bald im Rückenmark, bald in den peripheren Nerven localisiren. Kron.

Einiges über combinirte Psychosen. Von Director Dr. F. Siemens-Ueckermünde. Neurol. Centralbl. 10. 84. Melancholie, Manie und Verrücktheit sind Symptomencomplexe, welche

A. als selbständige functionelle Neurosen des Centralorgans entstehen und für sich weiter bestehen können, welche

B. im Verlaufe eines anderen, uns bekannten Krankheitsvorganges im Gehirn, also auf pathologisch verändertem, präparirtem Boden sich entwickeln und diesen Leiden sich zugesellen können.

Von den reinen Formen (A) können nur Melancholie und Manie in einander übergehen (mit einander wechseln), beide gehen jedoch niemals in Paranoia (Verrücktheit) über, ebensowenig wie umgekehrt. Gesellen sich aber (B) diese functionellen Psychosen einer bestehenden organischen Gehirnstörung zu, oder entstehen sie auf dem Boden einer auf irgend welcher sonstigen Körperkrankheit beruhenden krankhaften Disposition des Gehirns, so bleibt die Form der Psychosen selten rein, es stellen sich vielmehr sehr häufig Combinationen und abnorme Uebergänge heraus. Hierin sieht Verf. den Kernpunkt der Frage nach den combinirten Psychosen. Anlass zum Auftreten derselben gaben danach 1. die Entwicklungsstörungen. 2. Trauma, Embolie, Blutung, Parasiten, Tumoren, Sklerosen, Abscesse etc. 3. Körper-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liche, das Gehirn afficirende Krankheiten. 4. Epilepsie, Hysterie etc. 5. Das psychische Organ stark afficirende Körperzustände der Frauen (Menstruation, Gravidität, Puerperium, besonders Klimacterium). 6. Die senile Hirninvolution. Ebenso die Paralyse, deren sonst einfaches klinisches Bild (fortschreitende geistige Schwäche und Lähmung) in der grössten Mehrzahl der Fälle dadurch erst die bekannte Färbung erhält, dass sich auf dem durch den paralytischen Process geschwächten und präparirten Boden mit Vorliebe functionelle Neurosen entwickeln und untereinander combiniren.

Diese Betrachtungen haben nicht nur theoretischen, sondern auch practischen Werth, denn findet man in einem anamnestisch oder sonstwie dunklen Falle eine combinirte Psychose oder einen abnormen Uebergang, so kann man irgend eine der oben angedeuteten phatologischen Grundzustände des Gehirns vermuthen. Kron.

Traitement de la migraine ophthamique. — Ch. Féré. Le Progrès médical 23/1884.

Die Hemicrania ophthalmica, characterisirt durch Supraorbitalschmerz, Nausea, Erbrechen in Verbindung mit Flimmerskotom oder Hemianopsie, kann auch schwerere Symptome wie Aphasie, Monoplegie, Hemiplegie, partielle Epilepsie etc. im Gefolge haben. Diese Zustände können nach längerem transitorischen Auftreten sogar stationär werden. Es ist also diese Form der Migräne stets von ernster prognostischer Bedeutung. In einer gewissen Anzahl von Fällen ist es nun Charcot gelungen, die Häufigkeit und Schwere der Anfälle durch eine Brommedication herabzusetzen und zwar nach der Methode, die derselbe auch bei der Epilepsie anwendet: Bromcalium oder besser Bromcalium, Natrium und Ammonium zusammen in einer Lösung während 3—4 Wochen in steigenden Dosen, dann zurückgehend auf eine Dosis, die etwas höher ist als die anfängliche oder ebenso gross, je nach dem Resultat und so fort. Die Bromismen sollen auf diese Weise vermieden werden. Kron.

Arzneimittellehre.

10.

Kurze Mittheilung über die bisherigen Versuche mit Paraldehyd in Stephansfeld. Von Dr. Th. Benda. Neurol. Centralbl. 12, 1884.

Das Mittel wurde vom September bis März in 34 Fällen (12 M., 22 Fr.) in Dosen von 2,0—8,0, anfangs in Oel, später in Wein angewendet. Von den 12 M. bekamen 4 (2 Maniaci, 1 chronisch Verrückter, 1 mit circul. Irresein) nach 4,0 ruhigen Schlaf. Bei den übrigen 7 Kranken war die Wirkung entweder höchst unsicher oder = 0, trotzdem theilweise bis 8,0 gestiegen wurde. Bei den 22 Frauen wurde in 12 Fällen während der ganzen Dauer der Anwendung ruhiger Schlaf, in 7 anderen Fällen aber nur ein vorübergehender, in den übrigen 2 gar kein Erfolg erzielt. Eine Einwirkung auf das psychische Verhalten war im Allgemeinen nicht zu bemerken; einige Male wurde die Unruhe am Tage gesteigert, in einem Falle von circulärem Irresein trat die Depression früher ein, in einem anderen Falle wurde der psychische Zustand bei einer Frau günstig beeinflusst. Die Gewöhnung an das Mittel ist ziemlich stark, so dass die Dosis immer mehr gesteigert werden muss. Verf. glaubt, dass man bei der Unschädlichkeit des Mittels noch weit über 8,0 gehen kann. Der Appetit wird nicht herabgesetzt, in manchen Fällen eher gebessert. Dass das Paraldehyd durch die Lungen ausgeschieden wird, zeigt die intensive Schwängerung der Athemluft mit dem charakteristischen Geruch. Im Urin hat Verf. den P. nicht nachweisen können.

Kron.

Geburtshülfe und Gynäkologie.

4.

Zur Sublimatfrage von Dr. H. Taenzer Ass.-Arzt an der Frauenklinik zu Breslau. Centralblatt für Gynäkol. No. 31 1884.

Taenzer berichtet über die in der Breslauer Klinik an 624 Fällen gemachten Erfahrungen bei Anwendung von 0,1% Sublimatlösung als Desinficiens. Bei nur 4 Wöchnerinnen traten Intoxicationserscheinungen auf, welche nach Aussetzung des Mittels bald schwanden. Die intrauterine Anwendung des Mittels birgt die Hauptgefahr, welche man damit meidet, dass man, während die Uterusspülung statthat, den Uterus durch die aufgelegte Hand controllirt und vor Erschlaffung bewahrt, wodurch die Aspiration der Flüssigkeit in das Gewebe verhütet wird. Durch nochmalige Compression nach geschehener Spülung muss der Rest der Spülflüssigkeit ausgepresst werden.

T. macht folgenden Schluss: Das Sublimat ist nur unter genauer Controlle des einzelnen Falles anzuwenden. Intoxicationen schwinden nach Aussetzung des Sublimats ohne bleibende Störungen. Das Sublimat ist in der Geburtshülfe als das beste Desinficiens beizubehalten.

S. Guttmann.

XVIII. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Allgemeine Gesundheitspflege.

1. Gegen die inserirenden Aerzte ist das Royal College of surgeons Englands mit grosser Strenge eingeschritten. Eines seiner Mitglieder Namens Evans, der sich einer Uebertretung der Grundsätze des College durch Inserate und Publication von Broschüren schuldig gemacht hatte, ist in dem Medical Register gestrichen worden.

2. Fleischschau in Berlin. Central-Viehhof. Bei dem städtischen Fleischschauamt sind im Monat Juli d. J. 16117 Schweine auf Trichinen untersucht und davon 21 trichinöse und 72 finnige als zur menschlichen Nahrung ungeeignet verworfen worden.

2. Epidemiologie.

— Die Pest in Bagdad. Das Centrum der Seuche ist der Distrikt von Bedra, mit ungefähr 4000 Einwohnern. Die letzteren haben sich grösstentheils, von der Panik ergriffen, geflüchtet. Die Cordons sind bei der Bestechlichkeit der Officiere und Soldaten gänzlich nutzlos. Die Seuche brach Anfang März aus, bis zum 12. April verursachte sie 620 Todesfälle, vom 25. April bis 18. Mai 157. — Flecktyphus in Oberschlesien. Aus einem der Centren des oberschlesischen Industriebezirkes, aus Gleiwitz kommt die Nachricht, dass der Flecktyphus neuerdings schwere Opfer fordere. Wie der in Gleiwitz erscheinenden „Oberschl. Volksst." zu entnehmen ist, hat die Epidemie erst ziemlich stark in Gleiwitz selbst grassirt, und es sind ihr daselbst auch mehrere Menschen zum Opfer gefallen. Jetzt, nachdem sie in Gleiwitz etwas nachgelassen, hat die Seuche in bedenklicher Weise die Bewohner eines zum Dorfe Trynek gehörigen, glücklicher Weise einsam auf einer Wiese und ziemlich entfernt vom allgemeinen Verkehr gelegenen Hauses heimgesucht. Sieben Personen, fünf Erwachsene und zwei Kinder, sind in diesem Hause erkrankt; eine dieser Personen ist bereits gestorben. Die Erkrankten leben sämmtlich in den dürftigsten Verhältnissen. Die Lagerstätte des einen der typhuskranken Kinder bildet ein auf den Fussboden gebreiteter Strohsack. Dass es in Oberschlesien für die Aufsichtsbehörde eine keineswegs leichte Aufgabe ist, die Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten zu verhüten, erhellt schon aus den näheren Umständen, wie die hier in Rede stehende Typhusepidemie entstanden ist. Die in Trynek erkrankten Personen hatten die Unvorsichtigkeit begangen, die Kleider einer am Flecktyphus gestorbenen Person ohne vorhergegangene Desinfection in Gebrauch zu nehmen.

3. Amtliches.

1. Preussen.

Die Privatdocenten Dr. med. Emanuel Mendel und Dr. Julius Wolff sind zu ausserordentlichen Professoren in der medicinischen Facultät der königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin ernannt worden. Den Privatdocenten an der königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin, Sanitätsrath Dr. Bernhard Fränkel, Dr. Albert Fränkel und Dr. Moritz Litten, ist das Prädicat Professor beigelegt worden.

2. Mecklenburg-Schwerin.

Choleramaassregeln. In Rücksicht auf die Möglichkeit der Einschleppung der in Süd-Frankreich ausgebrochenen Cholera findet sich das unterzeichnete Ministerium veranlasst, hierdurch gesammte Ortsobrigkeiten anzuweisen, die in dem § 1 sub 1 und 2 der Verordnung vom 11. April 1872 vorgeschriebenen Maassregeln schon jetzt zur Ausführung zu bringen. Demgemäss haben sie

1. die sorgfältigste Revision aller auf den örtlichen Gesundheitszustand nachtheilig einwirkenden Verhältnisse vorzunehmen und für die schleunigste Entfernung aller eine gesundheitsschädliche Ausdünstung verursachenden Unreinlichkeiten aus der Nähe der menschlichen Wohnungen, daher insbesondere aus den Häusern, Hausgärten, Höfen, Latrinen, Kloaken, Tüschen, Abzugskanälen, Rinnsteinen, von den Strassen und öffentlichen Plätzen, sowie für die Erhaltung der möglichsten Reinlichkeit in allen betreffenden Beziehungen Sorge zu tragen, und ferner dafür zu sorgen, dass, wo möglich, der Inhalt der Abtrittsgruben ausgefahren wird, auch die Brunnen, deren Wasser nach sachverständigem Erachten durch schädliche Zuflüsse verunreinigt wird, geschlossen werden;
2. für die Ausführung einer prophylactischen Desinfection zu sorgen, welche sich auf die Abtritte der Bahnhöfe, Theater, Herbergen, Krüge, Gasthöfe, Schulen, Kasernen, Krankenanstalten und Gefängnisse, sowie der etwa in früheren Epidemieen der Cholera vorwiegend befallenen Häuser und Strassen zu erstrecken hat.

Den Obrigkeiten in den Städten und Flecken wird empfohlen, zu diesen Zwecken in Anlehnung an die Vorschriften in § 9 sub I der Verordnung vom 27. Juni 1863, betreffend die asiatische Cholera, schon jetzt mit der Bildung von Gesundheits-Commissionen vorzugehen.

Endlich ist dem Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden und eine Ueberwachung desselben nach Maassgabe des Reichsgesetzes vom 14. Mai 1879 mit möglichster Strenge auszuführen, um den Verkauf und das Feilhalten verdorbener oder sonst gesundheitsgefährlicher Nahrungs- und Genussmittel zu verhindern.

Schwerin, am 24. Juli 1884.

Grossh. Mecklenb. Minist., Abt. f. Medicinal-Angelegenheiten.

Buchka.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XIX. Zahl der Studirenden resp. der Studirenden der Medicin an den deutschen Universitäten im Sommer-Semester 1884.

Universität.	1. Zahl der Studirenden überhaupt:	davon a. Deutsche	davon b. Nicht-Deutsche	2. Zahl der Mediciner:	davon a. Deutsche	davon b. Nicht-Deutsche
Berlin	4384	4067	317	1154	1065	89
Bonn	1201	1157	44	289	286	3
Breslau	1481	1461	20	421	415	6
Erlangen	720	684	36	171	163	8
Freiburg	924	877	47	365	352	13
Giessen	521	514	7	131	131	—
Göttingen	1010	958	52	189	176	13
Greifswald	903	889	14	459	454	5
Halle	1593	1521	72	282	277	5
Heidelberg	968	803	165	267	202	65
Jena	611	568	43	162	154	8
Kiel	435	427	8	175	171	4
Königsberg	925	889	36	267	243	24
Leipzig	3160	2919	241	608	573	35
Marburg	803	781	22	210	200	10
München	2511	2352	159	848	804	44
Rostock	250	249	1	71	71	—
Strassburg	827	726	101	191	156	35
Tübingen	1417	1374	43	224	216	8
Würzburg	1232	1167	65	706	671	35
Sa.	25876	24383	1493	7190	6780	410
Som.-Sem. 1883:	24982	23598	1384	6350	5973	377
Som.-Sem. 1882:	23735	22494	1241	5484	5130	354
Som.-Sem. 1881:	22252	21089	1163	4781	4466	315
Som.-Sem. 1880:	20923	19684	1239	4224	3893	331

Im Anschluss an meine Mittheilung in No. 3 vom Jahre 1881 gebe ich vorstehende Zahlen, die ich der Güte der Registratur hiesiger Universität verdanke. Es hat also seit 1880 wiederum eine rapide Steigerung der Anzahl der Studenten der Medicin stattgefunden. Die Deutschen, die auf deutschen Universitäten studirten, haben insgesammt um 4999 zugenommen. Von dieser Vermehrung der Anzahl der Studirenden überhaupt, entfallen auf die Medicin 2887, also erheblich mehr als die Hälfte. Während 1880 noch nur $^1/_5$ der Studirenden Medicin studirte, widmen sich jetzt diesem Fache beinahe $^1/_3$, mehr wie $^1/_4$ der Gesammtzahl. B. Fränkel.

XX. Programm der zweiten Haupt-Versammlung des preussischen Medicinalbeamten-Vereins zu Berlin am 25., 26. und 27. September 1884.

Mittwoch, den 24. September. 7 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung zur Begrüssung im „Franciscaner" (Friedrichstrasse, nahe dem Centralbahnhof). Daselbst wird ein Bureau behufs Eintragung in die Präsenzliste, Austheilung von Mitglieds- und Festdinerkarten, sowie Ertheilung von etwa gewünschter Auskunft nach Wohnungen etc. errichtet sein.

Donnerstag, den 25. September. 9 Uhr Vormittags: Erste Sitzung im Saale der Theerbusch-Ressource. 1) Eröffnung der Versammlung. 2) Geschäfts- und Kassenbericht: Wahl der Kassenrevisoren. 3) Berathung und Beschlussfassung über die Geschäftsordnung. 4) Die Bestimmung der psychischen Freiheit. Referent: Herr Kreisphysikus und Sanitätsrath Prof. Dr. Horstmann-Marburg. 5) Das Institut der geprüften Heildiener vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus. Referent: Herr Kreisphysikus Dr. Fielitz-Querfurt. 6) Cholerabeobachtungen aus dem Jahre 1866 und 1873 im Lichte der Forschungsresultate der Neuzeit. Referent: Herr Kreisphysikus Dr. Litthauer-Schrimm. 4 Uhr Nachmittags: Festessen im Englischen Haus (Huster), Mohrenstrasse No. 49. Karten hierzu à 5 Mark sind bei dem Bureau bis Vormittags 11 Uhr zu lösen. 9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung im Café Lantzsch, Charlottenstrasse 56, obere Räumlichkeiten.

Freitag, den 26. September. 9 Uhr Vormittags: Zweite Sitzung im Saale der Theerbusch-Ressource. 1) Die Beurtheilung der Aufschiebung oder Unterbrechung von Freiheitsstrafen. Referent: Herr Bezirksphysikus Sanitätsrath Dr. Bär-Berlin. 2) Das preussische Hebammenwesen. Referent: Herr Kreisphysikus Dr. Mittenzweig-Duisburg. 3) Vorstandswahl und Bericht der Kassenrevision. 4) Der Kreisphysikus in der Verwaltung. Referent: Herr Kreisphysikus Dr. Ulmer-Dramburg. 5) Die Betheiligung der Medicinalbeamten bei Handhabung der Schulhygiene. Referent: Herr Kreisphysikus Dr. Schütte-Göttingen. 6) Ueber einige den Medicinalbeamten zu übertragende Amtsobliegenheiten. Referent: Herr Kreisphysikus Dr. Falk-Berlin. 1 Uhr Mittags: Einfaches gemeinschaftliches Mittagessen in der „Theerbusch-Ressource". $2^1/_2$ Uhr Nachm.: Fahrt auf bereitgehaltenen Pferdebahnwagen vom Versammlungslokal direct nach der Irrenanstalt zu Dalldorf und Besichtigung derselben unter sachverständiger Führung. 9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung in den Kaiserhallen, Unter den Linden.

Sonnabend, den 27. September. 9 Uhr Vormittags: Demonstration von pathogenen Mikroorganismen in mikroskopischen Präparaten und Culturen im Kaiserlichen Gesundheitsamte, Luisenstrasse No. 57. Referent: Herr Dr. A. Becker. 1 Uhr 50 Min. Mittags: Abfahrt vom anhaltischen Bahnhof nach Lichterfelde, von hier per Wagen nach Osdorf, Friederikenhof, Hainersdorf und Besichtigung der Rieselfelder. 5 Uhr Nachmittags: Rückkehr nach Berlin. 9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung in einem noch zu bestimmenden Lokale.

Indem der unterzeichnete Vorstand auf eine recht zahlreiche Betheiligung seitens der Vereinsmitglieder sowie auch seitens derjenigen Collegen hofft, die dem Verein bisher noch nicht beigetreten sind, bittet er eventuelle Beitrittserklärungen, Anmeldungen zur Theilnahme an der Versammlung oder sonstige Wünsche demnächst dem Schriftführer des Vereins gefälligst mittheilen zu wollen

Der Vorstand des preussischen Medicinalbeamten-Vereins.
Dr. Kanzow, Vorsitzender, Geheimer Medicinalrath, Potsdam. Dr. Rapmund, Schriftführer, Kreisphysikus, Nienburg a. d. W. Dr. Falk, Kreisphysikus, Berlin. Dr. Schulz, Bezirksphysikus, Berlin. Dr. Wolffhügel, Regierungsrath, Berlin.

XXI. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Berlin. Die neuen Ernennungen befinden sich in der Rubrik „Amtliches". — Freiburg. Docent Dr. W. Hack ist auf Grund Facultäts- und Senats-Beschlusses zum ausserordentlichen Professor ernannt worden. — Marburg. Herr Dr. Franz Tuczek hat sich als Docent für Psychiatrie habilitirt. — Breslau. Prof. Dr. Heidenhain ist die Cothenius-Médaille die höchste Auszeichnung der Kaiserl. Leopoldinischen Akademie der Wissenschaften verliehen. Ebenso wurde derselbe an Goeppert's Stelle zum Vorsitzenden der Schlesischen Gesellschaft für Vaterländische Cultur gewählt. — Paris. Trélat ist von dem Hôpital Hecker nach der Charité an Gosselin's Stelle übergesiedelt. — Upsala. Holmgrén erhielt eine Unterstützung von 1000 Kronen zur Förderung seiner Untersuchungen über Farbenblindheit.

— Am 10. August ist, vierundsiebzigjährig, der Sanitätsrath Dr. Pauly in Posen gestorben. Dreiunddreissig Jahre hat der College rastlos und mit aussergewöhnlicher Humanität in Tost in Oberschlesien practicirt, um alsdann, da die Beschwerden des beginnenden Alters ihn zwangen, der Landpraxis zu entsagen, in Posen mit seinem daselbst practicirenden Sohne, dem bekannten Chirurgen J. Pauly, gemeinschaftlich thätig zu sein. Mit dem Dahingeschiedenen ist ein Mann von hohem Edelsinn, ein trefflicher, bis in sein hohes Alter rastlos strebsamer Arzt, der die Ideale des Lebens höher gehalten, als die stete Sucht nach Erwerb und Geltung, ein Charakter voll wahrhaft antiker Einfachheit und Selbstlosigkeit von uns gegangen. Sei ihm die Erde leicht!

XXII. Personalien.

1. Preussen.
(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Medicinalrath Dr. med. Wasserfuhr im Ministerium für Elsass-Lothringen den Rothen Adler-Orden dritter Klasse mit der Schleife, dem Generalarzt II. Kl. und Corpsarzt des Kgl. Bayerischen II. Armeecorps Dr. Friedrich den Kgl. Kronen-Orden II. Kl. und den Aerzten Dr. Reinhardt zu Neuss und Dr. Naumann in Schkoelen den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen, sowie den nachbenannten Aerzten die Erlaubniss zum Anlegen der ihnen verliehenen nichtpreussischen Ordensinsignien zu ertheilen, und zwar: des Grossherrlich türkischen Osmanié-Ordens vierter Klasse dem Stabsarzt Dr. Fischer von der zweiten Matrosen-Division und der vierten Klasse des venezuelaischen Ordens der Büste Bolivar's dem Stabsarzt Prinz an Bord S. M. Glattdecks-Korvette „Freya".

Ernennungen: Der seitherige Kreiswundarzt Dr. med. Carl Vietor zu Hilders ist zum Kreisphysikus des Kreises Hersfeld mit Anweisung seines Wohnsitzes in Hersfeld, der practische Arzt Dr. med. Johannes ten Doornkaat-Koolmann zum Kreisphysikus des Kreises Wandsbeck und der seitherige commissarische Verwalter der Kreiswundarztstelle des Kreises Sagan, Arzt Dr. Liebert zu Sagan definitiv zum Kreiswundarzt des gedachten Kreises ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Ludwig Pincus in Danzig, Dr. Brüny in Niedermarschaft, Dr. Wulffert in Bonn, Stabsarzt Dr. Bliesener, Dr. Heinrich, Dr. Bartlitz und Dr. Wintersohle in Posen, Dr. Lachmann in Introschin, Dr. Wisniewski in Kosten, Konczynski in Obornik, Biziel in Storchnest und von Rekowski in Deutsch-Wilke.

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. Abrah. Pincus von Dirschau nach Marienburg, Dr. Henning als Ass.-A. nach Mainz, Dr. Schmidt von Coeln nach Stromberg Kr. Kreuznach, Berndt von Lippoldsberg.

Apotheker-Angelegenheiten: Der Apotheker Dr. med. Citron hat die Reimann'sche Apotheke in Posen, der p. Lang die Frost'sche Apotheke in Bomst, der p. Simon die Hayn'sche Apotheke in Koschmir, der p. Weichert die Glashagen'sche Apotheke in Obersitzko, der p. Weise die Wojta'sche Apotheke in Rawitsch, der p. Schild die Kölling'sche Apotheke in Münster, der p. Merscheim die Monheim'sche Apotheke in Kerpen, der p. Simon die Hirschapotheke in Mühlheim a./Rh. und der p. Stender die Vogel'sche Apotheke in Overath gekauft. Der p. Fangel-Nissen hat die Verwaltung der Claus'schen Apotheke in Ohra, der p. Bauer für p. Wiartella die Verwaltung der Knigge'schen Apotheke in Tiegenhof, der p. Schroeter für p. Sauermost die Verwaltung der Schroeter'schen Apotheke zu Burgsteinfurt und der p. Ritter die Verwaltung der Filialapotheke zu Wiehl übernommen. Dem p. Bakker ist die Concession zur Errichtung der neuen Apotheke auf Insel Borkum ertheilt worden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besondere Beilage

zu

No. 34 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Das Gehirn der Knochenfische.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin am 20. Juni 1884

von

H. Rabl-Rückhard.

(Fortsetzung aus No. 33.)

Aus dieser einfachsten embryonalen Anlage entsteht nun das so verwickelte Organ durch Vorgänge, die sich sämmtlich auf ganz elementare Wachsthumserscheinungen zurückführen lassen: örtliche Verdickungen und Verdünnungen der Wandungen der Hohlräume, Faltungen und Einstülpungen, Knickungen und Biegungen der ursprünglich geraden Längsaxe des Rohrs, secundäre Verwachsungen sich berührender Binnenflächen. Immer aber bleibt der ursprüngliche Hohlraum des Organs allseitig geschlossen. Die Auffassung des Organs, welche von einem offnen 4. oder 3. Ventrikel spricht, wo der Verschluss nur durch die Pia mater bewirkt wird, ist eine irrthümliche und in den neueren Darstellungen allgemein verlassene. Eine genetische Betrachtung ergiebt nämlich, dass das Epithel, das die dem Ventrikelbinnenraum zugekehrte Oberfläche der bindegewebigen Pia mater überzieht, und als Ependym bezeichnet wird, durch Reduction aus den ursprünglich markig, d. h. in Nervensubstanz angelegten Wandungen des Medullarrohrs hervorgeht. Ependymepithel und markige Wandung sind also homologe Bildungen, aus gleicher Anlage hervorgegangen und demgemäss auch am fertigen Organ unmittelbar in einander übergehend. Dieser Uebergang findet in der Weise statt, dass der Saum, mit welchem sich die Epithelschicht an die markige Wandung anschliesst, vielfach noch das Gepräge einer dünnen markigen, also aus Nervensubstanz bestehenden, Platte trägt. So entstehen jene lamellösen Umsäumungen, die man am 4. Ventrikel als Obex und Alae pontis (Ligula, Ponticulus) bezeichnet, während man am Eingang in den dritten Ventrikel die vom Conarium ausgehenden Markleisten der Taenia thalami optici vorfindet. — Der weitere Abschluss des Hohlraums wird aber durch eine einfache Lage meist flimmernden Cylinder- oder Pflasterepithels bewirkt, welches unmittelbar in die epitheliale Auskleidung der markigen Wandungen, das sog. Ependym im engern Sinne übergeht. Die Pia mater, die sich nach aussen daran schliesst, gehört nicht der ursprünglichen Hirnanlage an, sie ist bindegewebiger Natur und entstammt der mittleren Keimschicht, dem Mesoderm der sog. Kopfplatten. — Denken wir uns nun jene einfachste epitheliale Ependymschicht, die also eigentlich reducirte Hirnwandung ist, durch Wucherungen, welche von der Pia mater ausgehen, in's Innere der Binnenräume des Gehirns eingestülpt, so entstehen die sog. Telae chorioideae, d. h. von Epithel bekleidete Pialamellen. — Tragen dieselben noch gelappte Fortsätze oder Zotten, in deren bindegewebigem Stock capilläre Gefässschlingen verlaufen, so haben wir die Adergeflechte, Plexus chorioidei, vor uns. — Auf diese Weise finden wir im Innern der Hirnhöhlungen complicirte Bildungen, die von aussen in dieselben eingewuchert sind und nicht der ursprünglichen Hirnanlage, sondern dem umgebenden Bindegewebe angehören, aber dabei überall die verdünnte Hirnwandung vor sich einstülpen. Diese Schicht ist das Epithel der Adergeflechte. — Wir sehen also im Bau des Gehirns überall ein eigenthümliches Substitutionsverhältniss zwischen medullaren und epithelialen Theilen obwalten, welches uns nur die embryologische Thatsache in's Gedächtniss zurückruft, dass die epitheliale Oberhaut und das Centralnervensystem einer gemeinsamen Anlage entstammen, dem Ectoderm. Denselben Vorgang, die Umwandlung medullärer Hirnwandung in eine Epithelialschicht, finden wir ja auch am Auge vor, wo das Pigmentepithel dem nicht eingestülpten proximalen Theil der primären Augenblase entspricht. —

Diese gegenseitige Beziehung anscheinend so weit von einander verschiedener Gewebe müssen wir nun stets im Auge behalten, wenn wir uns an die vergleichend anatomische Betrachtung des Gehirns der Wirbelthiere begeben. Ihrer Vernachlässigung und Unkenntniss seitens der Forscher ist es hauptsächlich zuzuschreiben, dass namentlich das Verständniss des Fischgehirns bisher unmöglich war, weil gerade hier, wie wir sehen werden, jene Substitution medullärer Wandungen durch einfache Epithellagen, wie sie bei den höheren Wirbelthieren besonders im Dach des 3. und 4. Ventrikels gegeben ist, in viel umfangreicherem Maasse platzgreift.

Andererseits eröffnet aber dieses Verhältniss die weitgehendsten Ausblicke auf die Möglichkeit einer Entwicklung des Organs, selbst in seiner höchsten bisher erreichten Gestaltung beim Menschen, wie wir sie bei keinem andern Körpertheil kennen. — Wenn wir, im Sinne der Evolutionstheorie, eine allmälige Entwicklung der Organismen aus niederen Stufen zu der höchsten bisher erreichten, dem Menschen, für die Vergangenheit in Anspruch nehmen, so dürfen wir eine solche auch für die Zukunft nicht ohne Weiteres von der Hand weisen. Wir können uns, wie dies ja auch thatsächlich durch Haeckel in seiner Anthropogenie geschieht, vorstellen, dass auch der Mensch in seiner jetzigen Entwicklungsform nicht Endpunkt, sondern nur Durchgangsstadium des ewig fortwirkenden Evolutionsgesetzes ist, dass aus ihm sich in ungemessenen Zeitläuften auf Erden ein Wesen entwickelt, so viel höher an Intelligenz und Begabung über dem jetzigen Durchschnittsmenschen stehend, wie dieser über dem Affen. — Mag man der monistischen oder dualistischen Naturanschauung huldigen; selbst diejenigen, welche im Gehirn nur ein Werkzeug der Seele sehen, müssen mit der Vervollkommnung dieses Werkzeuges auch einen Fortschritt in seinen Bethätigungen zugestehen. Es ist nun jedenfalls von Bedeutung, dass im menschlichen Gehirn, gleichsam zur Zeit noch zusammengefaltet und auf den engsten Raum beschränkt, wie die Blätter der Pflanzenknospe, sich in den häutigen Einstülpungen der Plexus chorioidei Gebilde vorfinden, welche unter einem veränderten Entwicklungsgang sich zu medullaren Wandungen, die der Hirnrinde gleichwerthig sind, umzubilden im Stande wären. Diese Plexus sind gewissermaassen eingestülpte epithelial und embryonal gebliebene Hirnmantelwindungen, und der folgerechtig denkende Evolutionist kann mit Recht in ihnen Zukunftsorgane sehen, dazu bestimmt in der phylogenetischen Weiterentwicklung des Menschengehirns eine vorerst gar nicht abzusehende Rolle zu spielen. — Wenn ich aber, auf einen Augenblick den Boden der nüchternen Thatsachen verlassend, dieser vielleicht gewagten Ausschau in die Zukunft der menschlichen Entwicklung versuche, so ziehe ich diese Consequenz nur aus der Existenzberechtigung der Evolutionslehre überhaupt. Diese Lehre hat einen Januskopf, und ich sehe nicht ein, weshalb blos das in die Vergangenheit schauende Antlitz die Augen aufhaben soll, wo das in die Zukunft schauende gewisse räthselhafte Befunde der Gegenwart verständlich machen kann. — In diesem Sinne handelt es sich beim vorliegenden Fall nicht um ein müssiges Spiel der Phantasie, sondern um einen Erklärungsversuch thatsächlicher Erscheinungsformen. — Wir kennen eine Anzahl sogenannter rudimentärer Organe, gewisse Körpertheile, die, um mit Haeckel zu reden, im Laufe der Jahrtausende allmälig ausser Dienst getreten sind, welche bei unseren thierischen Vorfahren bestimmte Functionen verrichteten, welche aber für uns selbst ihre physiologische Bedeutung verloren haben. Ich erinnere nur an den Wurmfortsatz des menschlichen Blinddarms. — Neben diese Kategorie kann man als gleichberechtigt, wenn auch nicht gleich gut begründet, weil die Vergleichsobjecte fehlen, die Zukunftsorgane stellen, als deren Urbild ich die Plexus chorioidei des Gehirns ansehen möchte.

Gehen wir nach dieser orientirenden Einleitung nun an die vergleichende Betrachtung selbst, so finden wir Folgendes:

Unter den Kennzeichen, welche das Gehirn der übrigen Wirbelthiere von dem der Säugethiere auf den ersten Blick unterscheiden lassen, nimmt die auffallende relative Entwicklung des Mittelhirns den ersten Platz ein. Schon bei den Vögeln finden wir ein stark entwickeltes Zweihügelpaar, freilich hier in einer Lage, die einigermaassen, die Homologie zu ziehen, erschwert. — Die Viertheilung dieser Region,

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die bei den Säugern besteht und ihr den Namen der Corpora quadrigemina verschafft hat, ist nämlich durch Wegfall der Querfurche zu einer Zweitheilung geworden. — In diesem Zustand verharrt nur der Zweihügel, jetzt meist als Lobi bigemini bezeichnet, bei Vögeln, Reptilien, Amphibien und Fischen. Nur bei gewissen Schlangen, mit Sicherheit, wie ich bestätigen kann, bei der Riesenschlange (Python tigris) finden sich wieder vier deutlich unterscheidbare Hügel, doch bedarf es erst eingehenderer Untersuchungen, ob diese Viertheilung der Vierhügeltheilung des Säugethierhirns gleichzuachten ist.

Mit der stärkeren Entwicklung des äusseren Umfanges geht eine Vergrösserung des Hohlraums dieses Hirntheils, des Aquaeductus Sylvii, Hand in Hand. Während derselbe beim erwachsenen Menschen einen engen, nur spaltförmigen Verbindungscanal von wechselndem Querschnitt zwischen 3. und 4. Ventrikel darstellt, überall umgeben von dicken Markmassen (Fig. 1, $1/_2$ nat. Gr.), finden wir bei den niederen Wirbelthieren eine geräumige Höhle.

Fig. 1.

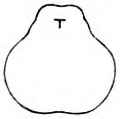
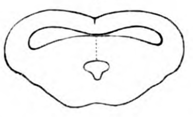


Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.



Der Querschnitt derselben ist zum grösseren Theil ein **T** oder ankerförmiger: ein senkrechter medianer Spalt läuft beiderseits dorsal in zwei Seitenarme aus. Somit gleicht die Figur dem Querschnitt des menschlichen Aquaeductus im Beginn und am Ende seines Verlaufs. Bei manchen Reptilien, z. B. den Krokodilen, springen noch zwei eigenthümliche Körper mit convexer Oberfläche ins Innere hervor, indem sich die beiden Seitenwandungen hügelartig gegen die Medianebene hervorwölben (Fig. 3, Alligator, schwach vergr.). Aehnliches zeigt der Zweihügel der Amphibien, z. B. des Frosches, nur sind hier, worauf bisher noch nicht genügend Gewicht gelegt wurde, die beiden Hügel in der Medianebene verwachsen. Dadurch entstehen im Querschnitt (Fig. 4, Vergr.: 6 lin:) zwei Hohlräume, die aber vor und hinter der Verwachsungsstelle zusammenfliessen. Ueberall entsteht so eine dünne dorsale Decke dieses Hirntheils, welche durch eine Längsfurche in zwei symmetrische Hälften zerfällt. Entsprechend dieser, buchtet sich das mediane Verbindungsstück der beiden Dachhälften ins Innere der Zweihügelhöhle ein. Bei den Vögeln (Fig. 2 Taube, Vergr. c. 2 lin:) tritt in sofern ein etwas anderes Verhalten ein, als hier der mediane Theil der Decke ausserordentlich dünn ist, während erst die seitlichen Theile eine bedeutende Verdickung und die charakteristische Schichtenbildung des mikroskopischen Baus erkennen lassen. — Ueberall aber ist die Grenze dieser Zweihügel-Region durch zwei Gebilde gegeben, die aus dorsalen Einfaltungen der Hirnwände hervorgehen: durch die Commissura posterior vorn und die Valvula cerebelli anterior hinten.

Gehen wir nach diesem kurzen vergleichend anatomischen Ueberblick der Zweihügelgegend an die Betrachtung des Knochenfischgehirns, so überrascht uns hier die ausserordentliche Grösse derjenigen Hirnpartie, welche unmittelbar nach vorn an das Kleinhirn sich anschliesst, also auf den ersten unbefangenen Blick als Zweihügel erscheint. — Bei fast allen Fischen, vielleicht mit Ausnahme der Mormyren, ist es der ansehnlichste Abschnitt des Gehirns überhaupt, so bedeutend überragt er die vor und hinter ihm gelegenen Theile, und die charakteristische Gestalt des Knochenfischgehirns wird wesentlich durch ihn bedingt. Daher hat auch diese Gegend von je her die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich gezogen. Sie wurde, weil man den Ursprung der Sehnerven daselbst erkannte, meist als Lobi optici bezeichnet. Dieselben stellen ein durch eine tiefe Längsfurche getrenntes Hügelpaar dar, deren dorsale Wölbungen stark convex hervortreten. Entfernt man die dünne markige Decke, die von den Autoren als Tectum loborum opticorum bezeichnet zu werden pflegt, und welche

Fig. 5.

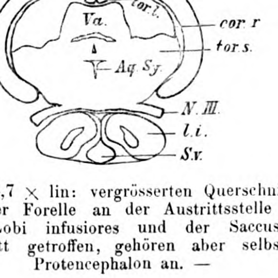


Fig. 5 stellt einen 4,7 × lin: vergrösserten Querschnitt durch die Lobi optici (Mittelhirn) der Forelle an der Austrittsstelle der Nervi oculomotorii dar. Die Lobi infusiores und der Saccus vasculosus sind ebenfalls vom Schnitt getroffen, gehören aber selbstverständlich dem Protencephalon an. —

dorsal den Binnenraum abschliesst (Fig. 5. t. l. o.) und blickt nun von oben in letzteren, so findet man denselben ausgefüllt bezw. begrenzt von Gebilden, deren Deutung lange Zeit zweifelhaft war, und die noch bis zuletzt Gegenstand des Zwiespalts blieben. Zunächst schiebt sich eine zungenförmige Markmasse, die mit dem Kleinhirn in directer Verbindung steht, von hinten her in den Hohlraum (Va. vergl. Fig. 6.). Die dorsale Oberfläche dieser Masse kann 2, 4, ja vielleicht 6 hügelartige Erhabenheiten zeigen, indem sie von entsprechenden sich senkrecht kreuzenden Längs- und Querfurchen durchsetzt wird. So entsteht bei erster Betrachtung ein Bild, wie an der Oberfläche der Vierhügel der Säugethiere, eine Aehnlichkeit, welche die älteren Anatomen thatsächlich verführte, in diesem Gebilde, das sie als Eminentia quadrigemina bezeichneten, ein Seitenstück der Vierhügel zu sehn. —

Vermeidbar wird dieser grobe Irrthum und verständlich der Bau des Gebildes erst, wenn man sagittale, d. h. dorsoventrale Längschnitte durch die Medianebene des Gehirns anfertigt. Dann erkennt man,

Fig. 6.

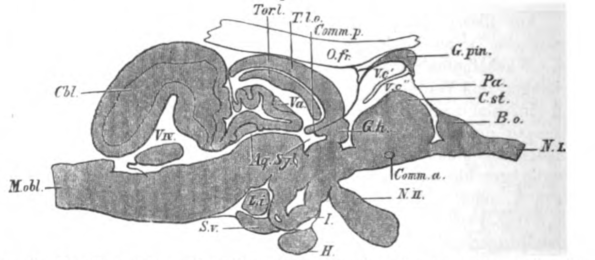


Fig. 6: Forellengehirn, (5 × lin:) dorsoventraler Längsschnitt nahe der Medianebene.

B. o. Bulbus olfactor.	T. l. o. Tectum lobor. optic.
N. I. Nervus olfact.	Tor. l. Torus longitudinalis
C. st. Corpus striatum.	V. c' u. c'' Ventriculus communis
Comm. a. Commissura anter.	V. IV. - - quartus
Comm. p. Commissura poster.	Aq. Sy. Aquaeductus Sylvii
Pa. Pallium.	M. obl. Medulla oblongata
G. pin. Glandula pinealis	O. fr: Os frontale
N. II. Nerv. opticus	Va. Valvula cerebelli
I. Infundibulum mit Ventric. III.	Cbl. Cerebellum
L. i. Lobus inferior	G. h. Ganglion habenulae
S. v. Saccus vasculosus	H. Hypophysis

dass jenes Gebilde nichts weiter ist, als eine mächtige Faltenbildung, die an der vorderen Grenze des Kleinhirns stattfindet, und deren nach vorn gerichtete Umbiegung, der Scheitel, sich tief unter das Dach der Zweihügelregion schiebt, indem sie den hinteren Theil ihres Binnenraums fast ganz ausgefüllt. — Unter ihr verläuft ein enger, spaltförmiger Verbindungsgang zwischen 3. und 4. Ventrikel, der eigentliche Aquaeductus Sylvii. — Die dorsale Verbindung zwischen der Valvula und dem Tectum loborum opticorum wird durch die einfache Ependymzellenschicht dargestellt, welche hier die in den Spalt zwischen Kleinhirn und Zweihügel eindringende Piafalte überzieht. — (Vergl. Fig. 6.) Ueber die Deutung dieses Hirntheils als Valvula giebt am besten die Entwicklungsgeschichte Aufschluss:

Schon frühzeitig entsteht nämlich bei Knochenfischembryonen im Bereich der Gegend des Hinterhirns, also dicht vor der Stelle, wo sich später die verdünnte Decke des 4. Ventrikels findet, eine tiefe Querfalte der dorsalen Hirnwand, die sich auch lateral fortsetzt, so dass nunmehr eine scharfe Grenze zwischen dem vordersten und dem übrigen Theil des embryonalen Medullarrohrs gegeben ist. — Im Sagittalschnitt können wir zwei Blätter, ein vorderes und ein hinteres, dieser Falte unterscheiden, die vorn in dem Scheitel der letzteren ineinander umbiegen. Dieser Scheitel legt sich rechtwinklig gegen die Richtung der Falte selbst nach vorn um. Die hintere Lamelle der letztern erfährt alsbald eine Verdickung in ihrer ganzen Ausdehnung, bis zu ihrer Umbiegungstelle in die Dorsaldecke des Hirnrohrs, ebenso die Wandungen des umgebogenen Scheitels. Aus ersterer geht das Cerebellum hervor, welches von oben gesehen als ein median ausgeschweifter leistenartiger Saum an der vorderen Grenze des 4. Ventrikels erscheint. Hinter der Kleinhirnleiste verdünnt sich nämlich die dorsale Hirnwandung entsprechend, und zwar im Bereich einer Zone, die einem hohen gleichschenkligem Dreieck mit nach hinten gekehrter Spitze entspricht. Durch diese durchsichtige Decke blickt man von oben in den durch Erweiterung des dritten Hirnbläschenbinnenraums entstandenen 4. Ventrikel. — Der vordere, aufsteigende Faltenschenkel verdünnt sich ebenfalls, am stärksten da, wo er in das dorsale Dach des Mittelhirns übergeht, bis schliesslich die ursprünglich markig angelegte Verbindung nur noch auf eine einfache Cylinderepithellage reducirt erscheint, die sich eng an das umgebende Bindegewebe der Pia mater anlegt. —

Aus dieser einfachsten Falte entsteht allmählich durch weitere

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einfache Wachsthumsvorgänge: locale Verdickung, secundäre Faltenbildung im Bereich des umgebogenen Scheitels u. s. w. jenes scheinbar so zusammengesetzte Gebilde, welches wir am fertigen Knochenfischgehirn als Valvula cerebelli bezeichnen. —

Es fragt sich, ob dieselbe lediglich Theile enthält, die auch der Valvula des Säugethiergehirns zukommen. Wahrscheinlich sind auch Theile der beiden benachbarten Hirnabschnitte in die Faltenbildung hineingezogen, und es wird wesentlich bei der Beantwortung dieser Frage darauf ankommen, wo man die conventionelle hintere Grenze des Mittelhirns beim Säugethier annimmt. Wird dieselbe durch die Kreuzung der Nervi trochleares in der Valvula gegeben, so würde der vor dieser gelegene vordere Abschnitt der ventralen Falte und die ganze dorsale dem Mittelhirn zuzurechnen sein. — Während in Betreff der Deutung dieses Binnengebildes des Mittelhirns eine vollständige Uebereinstimmung unter den jetzt lebenden Forschern herrscht, bestehen um so mehr Zweifel, wie man ein anderes Gebilde zu deuten habe, welches sich am Dach, dem Tectum loborum opticorum der Autoren, vorfindet. — Es ist dies ein doppelter, symmetrischer Längswulst, der in der Medianebene des Tectum, da, wo dessen beide Hälften sich zu einem First vereinigen, unter diesem, entsprechend der mittleren Längsfurche, die aussen sichtbar ist, von der später zu besprechenden Commissura posterior aus nach hinten zieht, um, sich allmählich verdünnend und auseinanderweichend, vor dem Kleinhirn zu enden (Fig. 5 u. 6 tor. l.). — Im Einzelnen finden sich freilich bei den verschiedenen Fischen mancherlei Abweichungen von der eben gegebenen, der Forelle entnommenen Schilderung, auf die ich hier nicht näher eingehen kann. Man hat dieses Gebilde als Torus longitudinalis bezeichnet, ein Name, der, weil er keine Deutung vorwegnimmt, beibehalten werden kann. —

Die älteren Autoren, Carus der ihn zuerst am Hering auffand, dann namentlich Gottsche, der ihn bei den verschiedensten Knochenfischen näher untersuchte, bezeichnen und deuten diesen Wulst als Fornix, eine Deutung, der sich in neuster Zeit auf Fritsch anschloss. Die mediane Verbindung der beiden Seitenhälften des Tectum, die über ihm liegt, homologisiren sie folgerichtig dem Corpus callosum der Säugethiere. —

Ich habe an anderer Stelle gezeigt, dass eine solche Deutung völlig unzutreffend und unstatthaft ist. — Wir haben es lediglich mit einem besonders entwickelten Theil des Mittelhirns zu thun, der dem Gehirn der Knochenfische eigenthümlich ist. Entwicklungsgeschichtlich lässt sich die relativ späte Bildung des Torus longitudinalis nachweisen, so dass er beim ausgeschlüpften Lachsembryo noch nicht erkennbar ist. Hier findet sich, im Gegensatz zu dem späteren bleibenden Zustand, gerade in der Medianfurche die dünnste Stelle des Tectum, während die beiden Seitenhälften des letzteren relativ sehr viel dicker sind, als später. Der Querschnitt zeigt hier einen breiten Spalt mit senkrechten lateralen Wänden, während die dünne Verbindungsbrücke des Daches winklig eingefaltet ist, derart, dass die Gestalt eines M entsteht. Die senkrechten Wände sind mit langen Ependym-Epithelzellen bekleidet. — Nach Allem, was ich selbst beobachtete, scheint der Torus an der Binnenfläche des Dachfirstes als eine Dependenz dieses Epemdymepithels zu entstehen, doch bin ich mit meinen Untersuchungen noch nicht zum Abschluss gekommen. —

Den Amphibien und Reptilien fehlt dieses Gebilde durchaus, allein es ist auffallend, dass sich bei einer Anzahl derselben hinter der Commissura posterior ebenfalls eine ausserordentliche Entwicklung des Ependymepithels im Bereich des dorsalen Theils des Aquaeductus Sylvii findet. Namentlich beim Alligator sieht man dies sehr schön. Es wird weiterer Prüfung bedürfen, ob diese Ependymwucherung mit der Entwicklung des Torus longitudinalis der Knochenfische einen homologisirenden Vergleich gestattet. —

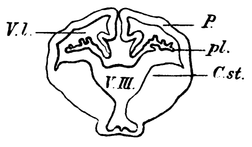
Kehren wir zur Betrachtung des Bodens des Binnenraumes, nach Entfernung des Tectum, zurück, so fallen zwei weitere Modellirungen desselben ins Auge, die jederseits lateral von der Valvula crbl. gelegen sind. Dieselben gehören den Seitenwandungen des Mittelhirns an und stellen zwei sichel- oder halbmondförmige Wülste dar, mit meist rundem, dickerem vorderm und dünnem spitzem hinterem Ende, die, mit ihrer Concavität nach innen gerichtet, beiderseits die Valvula umfassen (Fig. 5, tor.). Sie werden als Tori semicirculares Halleri bezeichnet, von Gottsche und Fritsch für die Thalami optici angesehen, während sie offenbar nichts anderes sind, als dieselben Verdickungen der Seitenwand und Basis an der Binnenfläche des Mittelhirns, welche wir oben bei den Reptilien und Amphibien kennen gelernt haben.

Endlich hat die Sucht, im Mittelhirn der Knochenfische allerlei Theile des Grosshirns der höheren Wirbelthiere zu suchen, noch zu einer ebenfalls durchaus unzutreffenden Bezeichnung einer Bildung Anlass gegeben, die in Gestalt zahlloser feiner Faserbündel von den Tori semicirculares in die lateralen Theile des Textum einstrahlt, des sog. Stabkranzes (Fig. 5, cor. r.). —

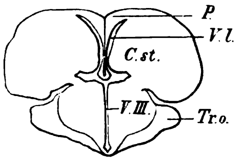
Schon aus dieser kurzen Darstellung dürfte der verwickelte Bau des Mittelhirns der Knochenfische hervorgehn. Es kann daher nicht Wunder nehmen, wenn über die Deutung der eben besprochenen Theile bis in die neueste Zeit die lebhaftesten Streitigkeiten herrschten. Weil man im Mittelhirn der Säugethiere keine Homologien für diese Theile fand, suchte man sie in deren Grosshirn, und so kam es, dass, wie gesagt, der Torus longitudinalis als Fornix, das Dach der Lobi optici als Grosshirnrinde, dessen mediane Vereinigung als Corpus callosum, die Tori semicirculares als Thalamus opticus gedeutet wurden. Besonders war es G. Fritsch, welcher diese alte, schon von Gottsche aufgestellte Deutung wieder aufnahm und gegen Stieda, der in diesem Hirnabschnitt lediglich Mittelhirn sah, durchzuführen suchte. —

Die Lösung dieser Frage der Homologisirung lag offenbar auf dem Gebiete der Embryologie. Zeigte diese, dass das fragliche Gebiet lediglich aus dem zweiten Hirnbläschen, dem Mesencephalon, hervorging, ohne irgend welche Betheiligung des vor ihm gelegenen Abschnitts, des Protencephalon, so war schon damit die Nothwendigkeit der Deutung als Mittelhirn, d. h. Zweihügel, gegeben. — So verlockend dann auch gewisse äussere und oberflächliche Aehnlichkeiten auf einen Vergleich mit gewissen Grosshirngebilden hinwiesen, so musste doch ein solcher Versuch von vornherein als ebenso unstatthaft, wie hoffnungslos zurückgewiesen werden. — In einer 1882 erschienenen Arbeit: „Zur Deutung und Entwicklung des Gehirns der Knochenfische“ führte ich, auf Grund eingehender Beobachtungen an Forellen- und Lachsembryonen, den strikten und unanfechtbaren Nachweis, dass Entwicklungsvorgänge, wie sie Fritsch als nothwendige Vorbedingung für seine Deutung des Mittelhirns voraussetzen musste, überhaupt nicht vorkommen, dass im Gegentheil die Entwicklung lehrt, wie der fragliche Gehirnabschnitt lediglich dem zweiten Hirnbläschen entstammt, und nur dem Zweihügel der übrigen Wirbelthiere gleichgestellt werden kann. —

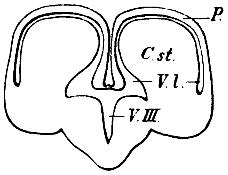
Figur 7.



Figur 8.



Figur 9.



Figur 10.

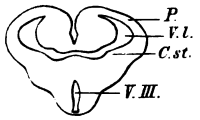


Fig. 7—10. Frontale Schnitte durch das Grosshirn von einem Schaafembryo von 2,7 cm Länge (nach Kölliker, Entwicklungsgesch. p. 520), der Taube, des Alligators und des Frosches. C. st.: Stammlappen bezw. Streifenkörper, P. Hirnmantel. pl.: Plexus chorioidei (auf Fig. 8—10 weggelassen). Tr. o.: Tractur optici. V. III: Ventriculus tertius. V. l.: Ventriculus lateralis, auf 7, 8, 9 durch das Foramen Monroi communicirend.

Somit war die ältere, von Stieda herrührende Deutung wieder als zu Recht bestehend erwiesen. Dieselbe begründete sich wesentlich auf dem vergleichend anatomisch geführten Nachweis, dass das Tectum loborum opticorum der Knochenfische sich in seinem mikroskopischen Bau eng an die Mittelhirndecke der Amphibien, Reptilien und Vögel anschliesst. Zu gleichen Schlüssen waren später Bellonci und Schulgin gelangt, und in einer 1882 erschienenen ausführlichen Arbeit über dasselbe Gebiet schloss sich Mayser der Stieda'schen Deutung an, ohne zur Zeit seiner Veröffentlichung von meiner entwicklungsgeschichtlichen Arbeit Kenntniss zu haben, somit also völlig unabhängig von mir auf anderem Wege zu denselben Schlüssen gelangend. —

Ich hatte bei meiner Beweisführung mich, ausser auf die embryologischen Thatsachen, wesentlich auf die Lage der Zirbeldrüse und hinteren Commissur gestützt, um daraus schon die Unmöglichkeit einer Deutung im Sinne von Fritsch herzuleiten. Die Zirbel, bekanntlich beim Menschen ein unbedeutendes, bis 12 Mm. im sagitalen, 8 im transversalen und 4 im vertikalen Durchmesser (Schwalbe) messendes grauröthliches Knötchen, von der Gestalt eines Pinienzapfens, liegt hier, vom oberen hinteren Ende des dritten Ventrikels ausgehend, auf den vorderen Vierhügeln, in deren Längsrinne, auf. Durch ihre untere Lamelle hängt sie continuirlich mit der Commissura posterior zusammen. — Ueber die Bedeutung dieses räthselhaften

Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Gebildes wusste man nichts; sein mikroskopischer Bau liess, wenigstens auf Grund des Befundes an Säugethieren und Vögeln, vermuthen, dass man es mit einer drüsenartigen Bildung zu thun habe, doch fehlte der Drüse ein Ausführungsgang. — Erst die embryologische und vergleichend anatomische Betrachtung warf ein helleres Licht auf die Bedeutung dieses Körpers. Durch die Untersuchungen von Mihalkovics wurde festgestellt, dass die Zirbeldrüse bei Säugethieren und Vögeln als eine handschuhfingerartige Ausstülpung der Decke des ersten Hirnbläschens, des primären Vorderhirns oder Zwischenhirns, an der Grenze des Mittelhirns, entsteht, welche oben, unmittelbar unter der Epidermis des Schädeldachs, blind endet, während sie unten in der Höhlung des Zwischenhirns einmündet. — Durch Götte für die Amphibien, durch Balfour für die Knorpelfische, war eine ganz analoge Entstehung nachgewiesen, obgleich ersterer noch gewisse Beziehungen zwischen dieser Ausstülpung und der Epidermis (bei der Unke) auffand, die vorerst der weiteren Bestätigung bedürfen. —

Aus diesen Beobachtungen ging einerseits hervor, dass die Zirbeldrüse thatsächlich zu gewissen Zeiten des Embryonallebens einen ausgesprochen drüsigen Bau und einen Ausführungsgang besitzt, vermittels dessen sie in den dritten Ventrikel mündet, und dessen Rest in dem sog. Processus infrapinealis der Säugethiere und des Menschen noch erkennbar bleibt, andererseits aber musste man sie genetisch als einen nur epithelial, d. h. drüsig umgewandelten Bestandtheil, besser Divertikel, der gemeinsamen Medullarwand und ihres Hohlraums, des späteren dritten Ventrikels, bezeichnen. —

Hand in Hand mit diesen Feststellungen auf dem Gebiete der Embryologie gingen die Untersuchungen, welche sich auf die Form und Grösse des fraglichen Organs im fertigen Organismus der niederen Wirbelthiere bezogen. Hier waren es namentlich Götte und Ehlers, denen wir die Kenntniss der Zirbel bei Amphibien und Knorpelfischen verdanken, während ich selbst ihr Vorhandensein beim Alligator und später, gegen Stieda, bei der Schildkröte, bestätigte. Ehlers wies nach, dass bei den Knorpelfischen die Zirbel ein langgestrecktes fadenförmiges Hohlgebilde ist, welches an der Grenze zwischen Mittel- und Zwischenhirn in der Medianebene sich von der Oberfläche der Hirndecke erhebt, aus den Hirnhäuten heraustritt und dann frei als ein Faden die Schädelhöhle in der Richtung nach vorn oben durchsetzt, um schliesslich mit einem erweiterten kopfförmigen Ende, weit vor der vorderen Grenze des Grosshirns, in das Schädeldach einzudringen. Letzteres zeigt beim Hai (Asanthias) eine Lücke in der Knorpelsubstanz, in der der Endknopf locker eingebettet liegt. —

Ganz ähnliche Verhältnisse finden sich bei den Amphibien, in Sonderheit den Batrachiern, wo man den Endknopf der Zirbel vor der Schädelwand unter der Haut liegend findet. Stieda bezeichnete dieselbe irrthümlich als „Stirndrüse“ und erst Götte wies deren Zusammenhang mit einem Stiel nach, der dem proximalen Theil der Knorpelfischepiphyse entspricht. —

Ueberall, soweit die Zirbel aufgefunden war, hatte ihre Wurzel, d. h. ihre Einmündung in den dritten Ventrikel einen ganz bestimmten Sitz, nämlich an der Grenze zwischen primärem Vorder- und Mittelhirn, dicht vor der Commissura posterior. Damit ist aber, wie zuerst Ehlers[1]) betonte, ein sicherer Anhalt für die Bestimmung der Homologien der einzelnen Hirnabschnitte bei den verschiedenen Wirbelthierklassen gegeben. — Schon vor ihm hatte v. Mihalkovics dasselbe Argument gegen die Fritsch'sche Deutung des Knochenfischgehirns verwerthet,[2]) noch früher Stieda damit die Gegenbaur-Miklucho-Maclay'sche Auffassung des Fischgehirns zu widerlegen versucht.[3]) Als ich, nach einer nochmaligen Feststellung der Lage der Zirbel bei den verschiedenen niederen Wirbelthieren, im Jahre 1880 mich in gleichem Sinne aussprach,[4]) fehlte noch das Schlussglied der Kette, die Sicherstellung des Befundes bei den Knochenfischen selbst, ebenso der Nachweis, dass sich hier die Entwicklung der Zirbel ganz gleich, wie bei den übrigen Wirbelthieren, verhalte. In einer 1882 erschienenen weiteren Arbeit[5]) führte ich diesen Beweis: nach Untersuchungen an der Bachforelle und am Lachs ergab sich, dass auch bei den Knochenfischen die Zirbel in völlig gleicher Weise und gleicher relativer Lage entsteht, ein Ergebniss, das durch eine spätere Arbeit C. K. Hoffmann's[6]) eine volle Bestätigung fand. —

[1]) Die Epiphyse am Gehirn des Plagiostomen (Zeitschr. f. wiss. Zool. XXX, Suppl., p. 630) 1878.
[2]) Entwicklungsgeschichte des Gehirns, 1877, pag. 67.
[3]) Ueber die Deutung der einzelnen Theile des Fischgehirns (Zeischr. f. wiss. Zool. XXIII, p. 443).
[4]) Das gegenseitige Verhältniss der Chorda etc. bei Haifischembryonen (Morphat. Jahrb. VI. Bd. 4. Heft, p. 535 ff.).
[5]) Zur Deutung und Entwicklung des Gehirns der Knochenfische (Arch. f. Anat. und Physiol., Anat. Abth. 1882, p. 111 ff.).
[6]) Zur Ontogenie der Knochenfische (Arch. f. mikr. Anat. XXIII, p. 45 ff. 1883).

Aber auch in Bezug auf die Zirbel im fertigen Knochenfischgehirn galt es noch eine Lücke auszufüllen. Die bisherigen Beschreibungen waren theils ungenau, theils falsch. So wurde ich nothwendigerweise dahingeführt, die Verhältnisse an der ganzen dorsalen Seite des vor dem Mittelhirn gelegenen Abschnitts des Knochenfischgehirns genauer zu erforschen. —

Dieser Abschnitt hatte nicht minder verschiedene Deutungen erfahren, als das eben besprochene Lobi optici. — Im Allgemeinen handelt es sich um zwei rundliche paarige Körper, die unmittelbar vor den Lobi optici gelegen, durch einen medianen Längsspalt von einander, und durch einen Querspalt von diesen geschieden sind. Fast stets sind sie bedeutend kleiner, als das Mittelhirn, nur bei einigen Fischen, z. B. Coris julis, nach einer von Fritsch gegebenen Abbildung (a. a. O. Taf. II. Fig. 22) zu urtheilen, erreichten sie dieses an Grösse oder übertreffen es gar. —

Vor diesen beiden Körpern liegen abermals zwei rundliche, noch kleinere Organe, aus denen zwei zum Riechorgan ziehende Nervenstränge hervorgehen. Auch ihre Grösse wechselt sehr nach den verschiedenen Fischarten. — Gewöhnlich bezeichnet man dieselben als Tubercula olfactoria oder Bulbi olfactorii. —

Die erst genannten hinter ihnen folgenden Körper tragen, entsprechend der ihnen gegebenen Deutung, bei den verschiedenen Schriftstellern, die verschiedensten Namen. — Die älteren Forscher bezeichneten sie als Hemisphaeria, Lobi anteriores, (Lobi olfactorii). Stieda sah in ihnen das Homologon des Vorderhirns, während Fritsch in ihnen nur das Stirnhirn der höheren Wirbelthiere erblickte. Die Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit einer vollständigen Homologisirung der einzelnen Hirnabschnitte der Knochenfische mit denen der übrigen Wirbelthierklassen war besonders durch den scheinbar durchaus abweichenden Bau dieser sog. Hemisphaeria bedingt. Das Grosshirn sämmtlicher Wirbelthiere lässt sich auf ein äusserst einfaches Schema zurückführen. In seiner einfachsten Gestalt wird es durch das Vorderhirnbläschen des embryonalen, noch dreigegliederten Hirnrohrs gegeben. Diese einfachste Form scheint in der Thierreihe nicht mehr vertreten zu sein. Im Querschnitt würde sich dieselbe als ein Ring von medullaren, ein kreisförmiges Lumen einschliessenden Wänden darstellen. Die nächste embryonale Stufe zeigt, wie oben auseinandergesetzt, die beiden Hemisphärenbläschen als vordere seitliche Knospen des nunmehr als primäres Vorder- oder auch Zwischenhirn bezeichneten bisher vordersten Bläschens. Der Hohlraum desselben wird zum 3. Ventrikel, der der Hemisphärenbläschen steht zunächst mit ihm beiderseits durch eine weite Oeffnung, das sog. Foramen Monroi, in offener Verbindung. Nunmehr treten Verdickungen der ursprünglich gleich dicken Medullarwände auf. Die eine sich verdickende Stelle ist am unteren Theil des Zwischenhirns gelegen. So entstehen hier die Sehhügel, welche, medianwärts einander entgegenwachsend, den 3. Ventrikel bis auf einen schmalen senkrechten Spalt verengern. Eine andere Stelle liegt nach vorn und aussen von der eben beschriebenen. Hier wuchert ein mächtiger, von der ventral-lateralen Medullarwand ausgehender Hügel mit convexer Oberfläche in den Hohlraum der Hemisphären hinein — der sogenannte Stammtheil, (Stammlappen Reichert) oder die Insel, deren freie nach dem Binnenraum gekehrte Oberfläche zum Streifenhügel wird. Fig. 7 stellt den Querschnitt des embryonalen Grosshirns vom Schaaf nach Kölliker vor, und lässt die eben geschilderten Verhältnisse ohne weiteres erkennen. Der untere Theil der medialen Mantelwandungen ist bereits zur Bildung des Ependyms der Plexus und Tela chorioidea media verdünnt und gefaltet. Dieser zweiten Entwicklungsstufe entspricht das fertige Gehirn der Amphibien, Reptilien und sogar der Vögel. Ueberall haben wir jetzt eine Sonderung des Grosshirns in zwei Haupttheile: einerseits die basal-laterale Verdickung, den Stammtheil, (C. st.) andererseits den schalenartig diese umhüllenden nicht verdickten Rest des Medullarrohrs der Hemisphären, den sog. Mantel oder Pallium (P). Der mehr weniger spaltförmige Rest des ursprünglichen Hemisphärenlumens, welcher zwischen beiden gelegen ist, wird Seitenventrikel (V. l.) genannt. Je höher das Gehirn entwickelt ist, um so mehr verkleinert sich derselbe, indem die Oberfläche des Stammtheils in immer weiterer Ausdehnung mit der Innenfläche des Mantels verwächst. Die weiteren Veränderungen, welche der Bau des Gross- und Zwischenhirns durch die in der Medianebene der dorsalen Hirndecke sich abspielenden Bildungsvorgänge, in Sonderheit durch die sog. Fissura pallii und die von hier aus in die Seitenventrikel einwuchernden Plexus chorioidei erfährt, lasse ich, als nicht unbedingt für das Verständniss des vorliegenden Gegenstands erforderlich, bei Seite. — (Vergl. Fig. 7, 8, 9, 10.)

(Schluss folgt).

Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag № 35. 28. August 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Die Waldwolle als antiseptisches Verbandmaterial.

Von

Dr. H. Kümmell,

Oberarzt der Chirurg. Abth. des Marien-Krankenhauses zu Hamburg.

(Nach einem im ärztlichen Verein zu Hamburg am 10. Juni gehaltenen Vortrage.)

M. H. Es bedarf eigentlich der Entschuldigung, wenn man bei den heutigen Anschauungen einer ärztlichen Versammlung über ein antiseptisches Verbandmaterial Mittheilung zu machen beabsichtigt und dadurch die Zahl der bereits vorhandenen bewährten Stoffe unnöthiger Weise noch um einen weiteren vermehrt; denn schon eine flüchtige Wanderung durch die deutschen Kliniken und Krankenhäuser zeigt uns eine wie mannigfache Verschiedenheit in der Wahl der Verbandstoffe und der Antiseptica dort herrscht; selbst auf noch kleinerem, uns näher liegendem Terrain, hier in Hamburg existirt wohl kaum ein Krankenhaus, welches in der Art und Weise der beim Wundverband zu verwendenden Materialien mit dem andern übereinstimmt. Hier herrscht der typische Lister'sche Verband, da wird die Jodoform-, dort die Sublimatbehandlung mit Moosverbänden u. a. m. zur Anwendung gebracht. Auffallend jedoch, aber zugleich erfreulich ist es, dass fast alle Berichte aus den verschiedensten chirurgischen Abtheilungen, welche Wundbehandlungsweise sie auch anwandten, welches Antisepticum sie auf ihre Fahne geschrieben haben mochten, nur die besten und günstigsten Heilungsresultate zu verzeichnen hatten.

Die letzten Jahre haben eben eine wesentliche Aenderung in unseren Anschauungen über practische Antisepsis, einen bedeutenden Fortschritt in der Ausbildung der Technik der Wundbehandlung hervorgebracht. Wenn auch an dem von Lister gelegten Grundstein nicht gerüttelt ist und wohl nie gerüttelt werden wird, so haben wir doch gelernt, auf dem festen Fundament verschiedene einfachere, practischere und billigere Bauten rasch aufzuführen, wir haben uns aus den pedantischen Fesseln der starren Form, wie sie der ursprüngliche Lister'sche Verband nothwendig machte, befreit und sind auf verschiedenen kürzeren Wegen zu demselben Ziele gelangt.

In einer fast ununterbrochenen Reihenfolge ist nach der Einführung der Carbolsäure ein Antisepticum dem anderen gefolgt; dieser reihte sich die Salicylsäure, das Thymol, das Chlorzink, das Jodoform, das Sublimat u. a. m. an, wie es jüngst in sehr drastischer und gewiss manches Wahre enthaltenden Weise von einem innern Kliniker geschildert wurde. Ist dies, möchte ich fragen, ein Nachtheil für die Entwickelung der chirurgischen Antisepsis gewesen, ich glaube gewiss nicht, wenn man die richtigen Schlüsse und Consequenzen aus diesen auf verschiedenen Wegen erzielten gleich günstigen Resultaten zieht. Wir haben gelernt, dass wir eigentlich jedes Desinficiens und ich möchte sagen, jeden Stoff, der einige Weichheit und Saugfähigkeit besitzt, der antiseptischen Technik dienstbar machen können; wir haben erfahren, dass es nicht auf das was, sondern auf das wie ankommt, dass nicht das Antisepticum, sondern die Antisepsis, die peinlichste, planmässig und zielbewusst durchgeführte Reinlichkeit, wenn nöthig, unterstützt durch wirksame Adjuvantien, die Desinfectionsmittel, dauernd günstige Resultate bei der Heilung der Wunden erreichen hilft. Das Fernhalten der Schädlichkeiten von den Wunden, nicht das Abtödten einmal eingedrungener Keime ist das Grundprincip unserer heutigen Antisepsis. Eine einmal in eine Wunde eingedrungene Erysipelcolonie oder ein Bakteriengemenge, welches beispielsweise von einer phlegmonösen Wunde oder einer Leiche herrührt, ist mit unsern jetzt gebräuchlichen Desinficientien wohl kaum unschädlich zu machen; denn einmal wird es dem desinficirenden Wasserstrahl nicht mehr möglich sein die bereits in das Innere der Gewebe eingedrungenen Keime sämmtlich zu erreichen und zu vernichten, dann ist uns überhaupt bis jetzt, wie es scheint, kein Antisepticum bekannt, welches in einer verdünnten, den Organismus nicht schädigenden und nicht toxisch wirkenden Lösung alle mikroparasitären Keime in wenigen Augenblicken zu zerstören vermag — und ein rasch wirkendes Antisepticum ist für die practische Verwendung während der Operation nothwendig, wenn es nicht einfach die Rolle einer mechanisch abspülenden, höchstens aseptischen Flüssigkeit spielen soll — und endlich wirken, wie ich mich durch eine Reihe von Experimenten, worüber Sie mir vielleicht ein anderes Mal Mittheilung zu machen gestatten, überzeugt habe, noch andere Factoren mit, welche eine sichere Wunddesinfection durch antiseptische Flüssigkeiten in der practischen Chirurgie nicht so leicht und rasch ausführbar erscheinen lassen. Es ist ein gewaltiger Unterschied, ob ich die Reincultur eines pathogenen Mikroorganismus eine bestimmte Zeit einem Antisepticum aussetze und sie in wenigen Minuten oder zuweilen in einigen Secunden nicht mehr weiter culturfähig, vernichtet finde, oder ob es gilt, die in den Buchten eines Schwammes, in den Falzen eines Instrumentes, in den Tiefen des Nagels verborgenen und schwer zugänglichen deletären Parasiten aufzusuchen und unwirksam zu machen. Dass dies möglich ist, haben uns die practischen Erfahrungen, die günstigen Resultate der operativen Chirurgie in den letzten Jahren gelehrt; dass aber den sogenannten Antisepticis der Löwenantheil daran gebührt, glaube ich nicht.

Wir wissen durch die Erfahrungen der neuesten Zeit, dass Irrigationen mit bakterienfreien Lösungen während der Operation z. B. mit schwacher Kochsalzlösung oder sterilisirtem Wasser schon ausreichen, um primäre Wundheilungen zu erreichen; wir wissen ferner, dass wir zur Erzielung guter Heilungsresultate überhaupt der Antiseptica nicht bedürfen; woher wären sonst die Erfolge von Spencer Wells und Köberle in früheren Jahren, von Lawson Tait u. A. zu erklären, die mit der peinlichsten Reinlichkeit ohne Anwendung eines Desinficiens, gerade bei den subtilsten Operationen, bei Eröffnung der Peritonealhöhle staunenswerthe Resultate erzielt haben. Auch v. Mosetig wendet nach seiner Mittheilung während der Operation als Irrigationsflüssigkeit nur klares Brunnenwasser an und verbindet dann mit Jodoform. Ich kann nach meinen experimentellen und klinischen Erfahrungen nicht glauben, dass das Jodoform, ein so werthvolles Mittel es durch seine sonstigen Eigenschaften für einzelne Fälle sein mag, im Stande ist einmal eingedrungene pathogene Keime zu zerstören, wohl aber spricht dieses Verfahren ebenfalls für die nicht absolute Nothwendigkeit eines Antisepticums und für eine gut durchgeführte Methode v. Mosetig's. Der Chirurg, der sich allein auf das Desinficiens verlässt, ist gewiss schlecht berathen, und der irrt sich, der seine guten Resultate allein dem momentan herrschenden Antisepticum zuschreibt. Unter dem dichtesten Sprühnebel von Carbolsäure, unter fast permanenter Ueberrieselung mit dem anscheinend wirksamsten Desinficienten hat man oft genug Pyämie, Sepsis und andere Wundinfectionen entstehen sehen. Ein anderes Mal geht bei der grössten Vernachlässigung der Reinlichkeit, bei den evidentesten Verstössen gegen die gewöhnlichsten Regeln der Antisepsis die Wundheilung in günstigster Weise von statten, was wohl nicht selten zu der gefährlichen Annahme verleitet hat, dass es denn doch nicht so ängstlich mit der Infection zu nehmen sei; bis dann einzelne schwere Niederlagen, unglückliche Ausgänge den Warnungsruf zur Vorsicht erschallen lassen. Wenn auch einzelne derartige glückliche Erfolge sich mühelos erzielen lassen, so ist das eben ein Zufall, die Regel wird es nie sein. Es ist ja auch glücklicher Weise nicht jeder Mikroorganismus, der in die Wunde gebracht wird, pathogen. Ferner ist es gewiss ein grosser Unterschied, wo man die Operation ausführt, ob in einem Privathause, wo vielleicht nie ein pathogener Pilz seinen Ein-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zug gehalten hat, oder in einer Krankenanstalt, in welcher der Zuzug von Phlegmonösen, Erysipelaskranken, Septischen u. a. nicht zu vermeiden ist, gegen die man allerdings bei einiger Aufmerksamkeit durch geeignete Isolirung und passende Einrichtung der Operationsräume ein genügendes Aequivalent schaffen und jede Gefahr einer Infection ausschliessen kann.

Unsere Anschauungen über Wundinfection sind in der letzten Zeit mehr und mehr derartige geworden, dass wir, so traurig es auch zuweilen sein mag, zugestehen müssen, dass jede frisch gesetzte Operationswunde — einige besondere Verhältnisse ausgenommen — die nicht zur primären Heilung kommt, von uns inficirt oder durch unsere nicht richtig ausgeführte Technik an der Heilung gehindert ist. Es ist gewiss richtiger, wenn wir ehrlich und offen gegen uns selbst die eigene Person verantwortlich machen und den begangenen Fehler in Zukunft zu vermeiden suchen, als dass wir in menschlicher Schwäche ausser uns und oft ausser unserer Machtsphäre liegende Einflüsse für die ungünstigen Erfolge verantwortlich machen, zumal sie meist die Schuld gar nicht tragen, sondern die Fehlerquellen oft recht nahe liegen.

Werden wir nun richtig und practisch handeln, wenn wir gestützt auf die mehr und mehr gemachte Erfahrung, dass sich auch ohne Desinfectionsmittel die wünschenswerthesten Heilungsresultate erzielen lassen, vollständig die Antiseptica aus der chirurgischen Praxis verbannen und damit allerdings gleichzeitig jede Gefahr einer Intoxication, die ja stets, wenn auch in geringem Maasse vorhanden ist, vom Organismus fernhalten? Gewiss nicht. Ein vollständiges Aufgeben der Desinfectionsmittel würde für die practische Chirurgie kaum möglich sein, ohne den ganzen Apparat wesentlich zu compliciren. Wenn wir auch unter geeigneten Verhältnissen für die Verbandstoffe, sowie für Fernhaltung der Schädlichkeit vor und während der Operation die Antiseptica entbehren können, so werden wir doch für die Fälle, wo es gilt nothwendiges Gebrauchsmaterial längere Zeit in desinficirtem Zustande zu erhalten, nicht gern auf sie verzichten wollen. Für die Aufbewahrung unserer Schwämme, Drainagen, Bürsten, des Catguts und dergl. wird sich nur schwierig ein einfacher und genügender Ersatz für die Antiseptica finden lassen. Für diese Zwecke scheint mir, so lange kein besseres Desinficiens empfohlen ist, das wirksamste, angenehmste und billigste das Sublimat zu sein, welches schon in 1‰ Lösung für alle obigen Zwecke ausreicht.

Als wir vor 2 Jahren die anorganischen Verbände, die Asche — Sand- und Glaspräparate empfohlen haben, gingen wir von der Annahme aus, Materialien verwenden zu müssen, die durch unsere energischsten Antiseptica durch concentrirte Säuren und Glühhitze vollständig desinficirt werden könnten. — Unsere Anschauungen über die die Wunden bedeckenden Verbandstoffe haben sich ebenfalls im Laufe der letzten Jahre wesentlich geändert. Die practische Erfahrung lehrte bald, dass man mit einfacheren, unschuldigeren Mitteln zum Ziele kommen konnte. Schon vor 2 Jahren hatten wir auf der Schede'schen Abtheilung zufällig durch Unachtsamkeit des die Verbandstoffe herstellenden Wärters fast eine ganze Woche lang eine Reihe von grösseren Operationswunden mit einfachen, nicht desinficirten Aschekissen bedeckt und unter denselben einen gleich günstigen Wundverlauf, wie unter wohl präparirten Verbanddecken beobachtet. Unter penetrant riechenden, mit dicken Schimmelrasen bedeckten Verbänden präsentirte sich die gewünschte primäre Verheilung. — Der Schwerpunkt, den man in den Entwicklungsjahren der antiseptischen Wundbehandlung vielfach in zu hohem Maasse auf die die Wunden bedeckenden Verbandstoffe gelegt hat, ist nach einer andern Richtung verlagert. Die primäre Desinfection, die strengste Antisepsis vor und während der Operation ist, wie bereits erwähnt, das Grundprincip unserer heutigen Wundbehandlung. Ist die Wunde geschlossen, so ist ihr Schicksal zum grössten Theil entschieden; mit welchem Stoffe sie zu bedecken ist, wird erst in zweiter Linie in Frage kommen und grösstentheils von der individuellen Anschauung und Neigung des betreffenden Chirurgen oder zuweilen von den Verhältnissen, unter denen er zu handeln gezwungen ist, abhängen.

Dass wir mit den bereits erwähnten Sand- und Ascheverbänden nicht das Ideal eines Verbandstoffes erreicht hatten, war uns wohl bewusst, immerhin glaubten wir bewiesen zu haben, dass man mit einfachen, leicht zu beschaffenden Mitteln die besten Erfolge in der Wundheilung erzielen kann. Wir haben seitdem Versuche mit anderen bequem zu erlangenden Stoffen gemacht, wir haben weiches Heu, Seegras, Charpie, welch letztere aus den Feldlazarethen des Jahres 1870 herstammte und im Marien-Krankenhause zufällig aufbewahrt wurde, ferner gebrauchte und zerhackte Binden in Gazebeutel gefüllt, mit Sublimat desinficirt und zum Wundverbande benutzt, die Resultate waren stets gleich günstige. Mögen auch die letztgenannten Stoffe in mechanischer Beziehung nicht zu den besten Verbandmaterialien gehören, so dürften sie doch darthun, wie einfache meist leicht zu beschaffende Mittel man unter besonderen Verhältnissen zu dem Occlusivverband verwenden kann, ohne den typischen Wundverlauf zu schädigen, wenn die primäre Antisepsis gelungen ist.

Wenn ich Ihnen nun, m. H., trotz des eben besprochenen sehr relativen Werthes unserer Verbandstoffe die Waldwolle zum Wundverbande empfehle, so geschieht es gewiss nicht, um dadurch andere erprobte Verbände in den Schatten zu stellen oder um die grossen Vorzüge dieses Stoffes gegenüber den anderen hervorzuheben, sondern nur, um sie auf ein Material aufmerksam zu machen, das manche angenehme und gute Eigenschaften besitzt, eine Vereinfachung der Verbandtechnik gestattet und daher wie andere mit Vortheil zu verwenden ist.

Die sogenannte Waldwolle[1]) wird fabrikmässig aus Kiefer- oder Tannennadeln hergestellt. Sie präsentirt sich als ein aus dünnen Fasern bestehender, grünlich aussehender, zusammengekrauster, trockner Stoff mit angenehmem Tannenwaldgeruch. Sie wird seit einer Reihe von Jahren als angeblich mottensicheres Polstermaterial an Stelle von Rosshaaren und Seegras vielfach verwandt und mit Wolle verwebt in Form von Strümpfen, Unterkleidern und dergl., als wirksames Schutzmittel gegen Rheumatismus getragen.

Ich lernte die Waldwolle zuerst im vorigen Sommer auf der Hygiene-Ausstellung kennen und schien mir dieser saubere, langfaserige, kräftig duftende und dabei billige Stoff ein geeignetes Verbandmaterial zu sein. Seit Juli v. J., nachdem mir die chirurgische Abtheilung des Marien-Krankenhauses übertragen ist, wende ich die Waldwolle als ausschliessliches Verbandmaterial zu Occlusivverbänden an.

Bei 240 Operationen, die ich seit der genannten Zeit auszuführen Gelegenheit hatte, hat sich — die geringe Anzahl der unblutigen oder nicht mit einem Occlusivverband bedeckten Fälle ausgenommen — die Waldwolle als ein zuverlässiges und durch seine einfache Handhabung practisches Verbandmaterial erwiesen.

In der Kieler Klinik wurden nach Mittheilungen Neuber's[2]) die Waldwollkissen nur als äussere desodorirende Schicht der Dauerverbände angewandt, während man ein directes Auflegen der Kissen auf die Wunden wegen zu geringer Resorptionsfähigkeit vermied.

Es scheint mir im Allgemeinen ein viel zu hoher Werth auf die Saugfähigkeit eines Verbandstoffes gelegt zu werden. Wenn ein neues Material zum Wundverbande empfohlen wurde, so fand man fast stets eine Tabelle zusammengestellt, welche die hohe Saugkraft des betr. neuen Verbandes gegenüber anderen darlegen und damit schon im Wesentlichen die Superiorität über andere Stoffe beweisen sollte. Abgesehen davon, dass die Experimente, auf welche Weise sie bis jetzt auch ausgeführt sind, nicht annähernd der Wirklichkeit entsprechen, nicht annähernd die Art und Schnelligkeit der Wundsecretion, die Beschaffenheit des Secrets u. s. w. nachahmen, besteht auch, wie sich ja leicht denken lässt, eine recht hohe Differenz in den Zahlenangaben der einzelnen Autoren. Nach einer kürzlich erschienenen Zusammenstellung Rönneberg's[3]) wiegen beispielsweise 10 g vollgesogener Watte nach den Angaben 3 verschiedener Experimentatoren 150,0, 150,0—200,0, 250,0; Moostorf 120,0, 80,0—90,0, 90,0—82,0; Holzwolle 82,5, 133,0—106,0. Fast alle einigermaassen weichen und langfaserigen Stoffe besitzen ein für ihre practische Verwendbarkeit vollständig genügendes Aufsaugungsvermögen für Wundsecrete, wenn man sie vor dem Gebrauch durch Eintauchen in eine Flüssigkeit und kräftiges Ausdrücken resorptionsfähig macht. Die Aufsaugung und Fortbewegung des Blutes oder der Wundsecrete wird sicher nicht durch die capillären Bahnen bewirkt, welche die einzelnen Fasern in sich durch ihre Structur besitzen, wenn sich dieser Vorgang auch mit gefärbten wässrigen Flüssigkeiten unter dem Mikroskop beobachten lässt, sondern durch die Spalträume, welche durch das Neben- und Durcheinandergelagertsein der einzelnen Theile des betr. Stoffes gebildet werden; in praxi wird es sich ausschliesslich um eine Aggregats-, nie um eine Molecular-Capillaritätswirkung[4]) handeln. Der Heilungsprocess unserer heutigen Operationswunden ist gar kein derartiger, dass die bedeckenden Verbandstoffe nöthig hätten, grosse Massen von Secret in sich aufzunehmen. Die Wundsecretion ist bei den primär heilenden Wunden — und das ist doch die Regel — eine sehr geringe und nur kurze Zeit dauernde.

Wenn uns einmal die prima intentio missglückt ist, oder wenn es sich von vornherein um stark eiternde Wunden, Phlegmonen u. dgl. handelt, so sind wir schon aus Reinlichkeitsrücksichten zu häufigerem Verbandwechsel genöthigt und werden nicht warten, bis das Verband-

[1]) Zu beziehen aus der Waldwollfabrik von Salo Grätzer. Carlsruh. Schlesien. pr. Centner 26 Mrk.

[2]) Neuber. Eine neue Amputationsmethode. (Heft I. d. Mittheil. d. Chirurg. Klinik zu Kiel.)

[3]) v. Langenbeck's Archiv, Bd. XXX. Heft 3.

[4]) Rönneberg l. c.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

material bis zum Maximum seiner Saugfähigkeit mit Eiter durchtränkt ist. Eine Secretretention in Folge von ungenügender Resorptionsfähigkeit eines richtig angewandten Verbandmaterials erinnere ich mich, selbst bei den Ascheverbänden, die ja nach den experimentellen Resultaten die geringste Aufsaugungsfähigkeit besitzen sollen, niemals gesehen zu haben. — Eine irgendwie ungenügende Resorptionsfähigkeit habe ich bis jetzt auch bei der Waldwolle nie zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Was die Art und Weise der Verwendung der Waldwolle anbetrifft, so wird dieselbe ohne weitere Vorbereitung, sowie sie uns aus der Fabrik zugesandt wird, in ebenfalls unpräparirte, verschieden grosse Mullsäckchen eingenäht und in dieser bekannten Kissenform in einem trockenen Glaskasten aufbewahrt. Vor dem jedesmaligen Gebrauch werden die Kissen kurze Zeit in heisses Wasser eingelegt, möglichst stark ausgedrückt und in der erforderlichen Anzahl zum Bedecken der Wunden verwandt. Anfangs liessen wir die Waldwolle mehrere Stunden in 1‰ Sublimatlösung liegen und feucht in desinficirte Mullbeutel einnähen, wie wir das auf der Schede'schen Abtheilung bei Herstellung der Mooskissen zu thun pflegten. Durch eine Reihe von Experimenten habe ich mich überzeugt, dass diese Vorsicht überflüssig ist, dass das Einlegen in heisses Wasser genügt, um ein mindestens aseptisches, an sich bakterienfreies Material herzustellen. In den Gläsern, die ich mir Ihnen vorzuzeigen erlaube, befindet sich ein nach der bekannten Koch und Loeffler'schen Vorschrift hergestellter sterilisirter Nährboden von Fleischinfus - Pepton - Gelatine; in diese sind in heissem Wasser ausgedrückte Waldwollkissen bei möglichster Vermeidung der Infection der Luft eingelegt. Bei den meisten derartigen Versuchen kam keine Bakteriencolonie zur Entwicklung, in einzelnen ein bis drei Heerde nach etwa 5—7 Tagen. Vornehmlich waren es Penecillium glaucum, Aspergillus niger und ein gelber in der Waldwolle häufig vorkommender Micrococcus flavus, welche sämmtlich, soweit ich an Thieren nachweisen konnte, absolut keine pathogenen Eigenschaften besitzen.

Die in 1‰ Sublimat oder 5% Carbollösung eingetauchten und ausgedrückten Waldwollkissen zeigten in Nährgelatine eingelegt keinen Vorzug vor den mit warmen Wasser behandelten. Dieselben blieben in der überwiegenden Mehrzahl frei von jeder Bakterienentwicklung, in einigen Gläsern waren nach einer Reihe von Tagen einzelne Pilzcolonien zu bemerken. — Fast ausnahmslos aseptisch erhält man die Waldwollkissen, wenn man sie vor dem Gebrauch mit möglichst heissem Wasser von circa 80—90° Celsius übergiesst und soweit abkühlen lässt, dass man sie nach circa 10—15 Minuten, etwa nach Beendigung der Operation zum Gebrauch ausdrücken kann, ohne dann die Haut des Kranken und die eigenen Hände durch die hohe Temperatur zu schädigen.

Die in der Waldwolle enthaltenen harzigen Stoffe und ätherischen Oele scheinen unter dem Einfluss des heissen Wassers zur Auflösung und dadurch zu einer desinficirenden Wirkung gebracht zu werden, wofür auch der intensivere Tannengeruch der mit heissem Wasser behandelten gegenüber den trockenen oder in kaltem Wasser angefeuchteten Kissen sprechen könnte. Die Desinfection der vor dem Gebrauch sehr pilzreichen Waldwolle mit heissem Wasser möchte ich nicht der Wirkung des letzteren zuschreiben, da andere in ihrer Structur ähnlich beschaffene Stoffe dadurch nicht aseptisch gemacht wurden. Ausser in Kissen legen wir die angefeuchtete Waldwolle direct auf die Wunden, um Höhlen damit auszufüllen oder die Haut über denselben durch stärkere Compression zu sichererm Anlegen zu bringen an Stelle der sonst gebräuchlichen Krüllgaze, welche wir ebenso wenig wie Sublimatwatte gar nicht mehr anwenden. Für sogenannte antiseptische Umschläge, zum Bedecken kleinerer Wunden in der poliklinischen Praxis bildet die feuchte Waldwolle ein billiges und brauchbares Material. Die desodorirende Eigenschaft der Waldwolle ist besonders für Dauerverbände eine recht grosse Annehmlichkeit. Wenn sich in einem Krankenzimmer eine grössere Anzahl von Patienten mit Waldwollverbänden zusammen befinden, ist die Luft dieses Zimmers in ausgesprochener Weise mit diesem angenehmen Kiefergeruch erfüllt.

Gestatten Sie mir, m. H., noch kurz einige Punkte der übrigen im Marien - Krankenhause üblichen Wundbehandlungsmethode zu berühren.

Unser hauptsächlichstes Desinfectionsverfahren besteht in der energischen und gründlichen Anwendung einer reinen (ca. 9—10 proc.(Kaliseife, der sog. Schmierseife, des warmen Wassers und einer antiseptischen Bürste. Operationstisch, Instrumente, Hände, Operationsfeld u. s. w. werden gründlich mit derselben gereinigt und durch Abspülen mit einer 1‰ Sublimatlösung von dem vorhandenen Seifenschaum befreit. Die Instrumente werden wie bisher in einer 5proc. Carbollösung aufbewahrt. Die Anwendung der desinficirenden Lösungen, speciell die häufige Wundirrigation während der Operation haben wir für die meisten Fälle wesentlich eingeschränkt, so dass wir frische, uncomplicirte Operationswunden nur vor Schluss der Wunde mit Sublimatlösung bespülen. Die während der Operation in Gebrauch befindlichen Schwämme liegen in 1 prom. Sublimatlösung, die zuvor mit etwa der Hälfte oder zwei Drittel warmen Wassers verdünnt ist. Drains, Glaswolle, Bürsten und Schwämme, welche letztere vorher in einer concentrirten Kaliseifenlösung, die ihre Haltbarkeit kaum beeinflusst, gereinigt werden, liegen dauernd in 1 prom. wässriger Sublimatlösung. Eine stärkere Sublimatlösung kommt überhaupt nicht zur Verwendung.

Was die Ableitung der Wundsecrete anbetrifft, so sind wir mehr und mehr bestrebt gewesen, die Drainage bei frischen Wunden, wenn irgend möglich ganz aufzugeben. Wir haben uns dazu der versenkten Catgutnaht oder der übrigen verschiedenen von Neuber*) angegebenen und sorgfältig ausgebildeten Methoden, die wir hier und da dem einzelnen Falle entsprechend modificirt haben, bedient. Meistens haben wir die fortlaufende Etagennaht mit Erfolg angewandt und dadurch, abgesehen von plastischen Operationen an Vagina und Blase, Dammplastiken und Blasenscheidefisteln nicht nur nach Exstirpationen kleiner Geschwülste, die einfach mit Watte und Collodium bedeckt wurden, sondern auch nach Exstirpation ansehnlicher Halslymphome, nach Operation incarcerirter Cruralhernien — bei Scrotalhernien wollte uns bis jetzt dieses Verfahren nicht glücken — und nach Amputationen eine primäre Heilung in relativ kurser Zeit eintreten sehen. Bei den Amputationen — es handelte sich um Ober- und Unterschenkelamputationen wurden die Haut- und Muskellappen in der geeigneten Weise gebildet, und nach Unterbindung der sichtbaren Gefässe, ohne Lösung der elastischen Binde das Periost über dem Knochen und darüber eine dünne Muskelschicht zusammengenäht. In den Wundspalt legten wir dann diesen gebogenen etwa Kleinfinger dicken Glasstab — einen aus Milchglas hergestellten Cervixdilatator nach Hegar — der Art dass die Enden des Stabes an den beiden tiefsten Punkten des Hautschnittes hervorsahen, nähten darüber mit mehreren Etagen die Weichtheile und schliesslich die Haut zusammen. Wird nun nach Schluss der Wunde der Glasstab entfernt, so bleibt ein von Weichtheilen gebildeter Wundcanal, welcher der an und für sich wenig secerirenden Wunde während der ersten Stunden einen genügenden Abzugscanal bietet. Bei einer in dieser Weise ausgeführten Unterschenkelamputation zeigte sich, als der Verband am 12. Tage entfernt wurde, ein absolut reizbar vollkommen geheilter Amputationsstumpf, nur befand sich auf der Innenseite der Wunde ein kleiner Granulationsstreif, der wohl in Folge einer durch zu starkes Anziehen der Hautnaht veranlassten Randnekrose entstanden war, ein Fehler, der sich bei lockerm Anlegen der Naht leicht beseitigen lässt. Eine Oberschenkelamputation, welche bei einem hochgradig phthisischen Patienten wegen ausgedehnter tuberculöser Zerstörung des linken Kniegelenks ausgeführt werden musste, heilte unter einem Verbande innerhalb 14 Tagen vollkommen per prim. int. Später bildete sich von Neuem eine fungöse Fistel, mit der Patient auf seinen Wunsch entlassen wurde. Eine ausgedehnte Necrosenoperation des Unterschenkels gelangte ohne Drainage und ohne Einstülpung der Hautlappen in folgender Weise zur primären Heilung. Bei einem 10 Jahre alten Knaben wurde etwa 14 Wochen nach Ablauf einer schweren acuten Osteomyelitis des rechten Unterschenkels eine totale Necrotomie der Tibia von einer Epiphysenlinie bis zur andern, an dem untern Ende sogar bis in den Gelenkknorpel der Tibia hineinreichend ausgeführt. Die durch vielfache Fistelöffnungen zerstörte Haut reichte nicht aus, um vereinigt und in die ausgeräumte Knochenhöhle hineingestülpt zu werden; ich nähte daher die Haut über der langen sorgfällig geglätteten und gesäuberten Knochenmulde der Tibia zusammen, indem ich nur zwei durch die ausgeschnittenen Fistelöffnungen von selbst gegebene Hautlöcher als Sicherheitsventile offen liess.

Nach Anlegung eines nur mässig comprimirenden Waldwollverbandes wurde die Esmarch'sche Binde entfernt, sodass sich die Knochenhöhle vollständig mit Blut anfüllen konnte. Nach Abnahme des ersten Verbandes, welcher 3 Wochen liegen bleiben konnte, zeigte sich die Wunde vollkommen primär verheilt, nur die Hautlöcher bildeten noch schmale gramulirende Streifen, die bald fest vernarbten.

Bei einem anderen 12jährigen Knaben, bei dem die Knochenhöhle tiefer und ihre Ränder weniger abgeflacht waren, gelang die primäre Heilung unter einem Verbande nur theilweise, wahrscheinlich durch den zu raschen Verschluss der im Spatium interosseum zwischen Tibia und Fibula gelegenen Hautloches bedingt. Ein Theil der Hautwunde war primär verheilt und mit dem darüber liegenden Knochen fest verwachsen; die Knochenhöhle war zum grössten Theil mit Granulationen bedeckt, sodass eine Verzögerung des Heilungsverlaufes selbst bei einer misslungenen prima intentio oder nach Lösung der Hautnaht durch dieses Verfahren nicht veranalsst zu werden braucht.

Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Wundbehandlung ohne Drainage lässt sich selbstverständlich nicht für alle Fälle und vor allem nicht unter allen Verhältnissen mit Erfolg zur Anwendung bringen. Ist man nicht in der Lage unter Beobachtung der minutiösesten antiseptischen Cautelen zu operiren, sind beispielsweise die Räume nicht die geeigneten oder sind während der Operation mehr Hände als nöthig betheiligt gewesen oder hat dieselbe zu lange Zeit in Anspruch genommen, kurz hat man die Ueberzeugung, dass ein vollkommen aseptischer Wundverlauf wahrscheinlich nicht eintreten wird, so wird es stets gerathener sein den sicherern, wenn auch nicht ganz so einfachen und so schnell zum Ziele führenden Weg zu betreten und sich der Drainagen zu bedienen. Dieselben werden um so grösser, die dadurch geschaffenen Sicherheitsventile um so zahlreicher sein müssen, je weniger man eine primäre Heilung zu erwarten berechtigt ist. Als Drainage verwenden wir, je nach dem betreffenden Falle Gummiröhren oder hauptsächlich Glasflechten von verschiedener Grösse.

Die durch die Naht geschlossene Wunde wird mit der Ihnen bekannten Glaswolle bedeckt und in der erwähnten Weise mit den Kissen geschlossen. — Bei dieser eben geschilderten Wundbehandlung habe ich bis jetzt auf der chirurgischen Abtheilung des Marien Krankenhauses nie ein Erysipel, eine Pyämie oder Sepsis oder eine Wundinfectionskrankheit irgend welcher Art entstehen sehen, obgleich eine relativ grosse Zahl an Phlegmonen, Erysipelen oder sonstigen infectiösen Krankheiten leidender Patienten zur Aufnahme kamen.

Erwähnen möchte ich noch, dass bei einer erfolgreichen Wundbehandlung ohne Drainage, speciell bei Anwendung der versenkten fortlaufenden Catgutnaht nächst der peinlichst durchgeführten Antisepsis sehr viel von der Güte des zur Verwendung kommenden Materials, des Catguts abhängt; dasselbe muss einmal bei geringer Fadenstärke möglichst haltbar und dann natürlich vollkommen desinficirt sein. Das Rohmaterial, welches jetzt meist zur Verwendung kommt, ist auch in seinen feinern Sorten sehr gleichmässig und ungemein haltbar gearbeitet. Um die Festigkeit der Darmsaiten durch den Präparationsprocess nicht zu verringern, wie es leider oft der Fall ist, muss man die wässrige Sublimatlösung in möglichst geringer Concentration und nur kurze Zeit auf das Rohmaterial einwirken lassen. Eine Reihe von Versuchen, von denen ich Ihnen hier einige vorzeige, haben mich gelehrt, dass schon eine einstündige Einwirkung einer 1‰ wässriger Sblimatlösung genügt um auch dickere Catgutsorten vollkommen zu desinficiren, so dass dieselbe in Nährgelatine gebracht, auch nach Wochen nicht die geringste Mikroorganismen-Entwickelung zeigen. Die Präparation des Sublimatcatguts geschieht am einfachsten in der Weise, dass man die in 1‰ wässriger Sublimatlösung etwas angefeuchteten Darmsaiten möglichst fest auf eine Glas- oder Porzellanrolle, welch' letztere haltbarer ist, aufwickelt, 6 Stunden in obige 1‰ Sublimatlösung legt und dann in reinen Spirit. rectiss. zum Gebrauch aufbewahrt. Ein Zeitraum von 6 Stunden genügt, um auch die in mehrfachen Lagen auf der Rolle gewickelten Catgutschichten vollständig mit der wässrigen Sublimatlösung zu durchfeuchten.

Um über die absolute Reinheit des präparirten Catguts volle Sicherheit zu haben, ist es rathsam, Proben der einzelnen Quantitäten vor dem Gebrauch in geeignetem Nährboden zu prüfen, indem man sie in ein Gläschen mit sterilisirtem Blutserum oder Fleischpeptongelatine bringt und diese der entsprechenden Temperatur längere Zeit aussetzt. Es ist dies ein leicht auszuführender Versuch, der ausserdem noch den Vortheil bietet, dass man bei den zuweilen vorkommenden sogenannten Stichkanaleiterungen die Schuld nicht allein dem Catgut beilegt, wozu man leicht geneigt ist, sondern auch die Ursache in ungenügend gereinigten oder in ungeeigneter Form angefertigten Nadeln, in zu grosser mechanischer Spannung oder in sonstigen Momenten suchen kann.

Um den Catgut erst direct vor dem Gebrauch in bequemer Weise aus dem Alcohol entnehmen zu können, bedienen wir uns eines in allen seinen Theilen aus Glas bestehenden Apparates.[1]) In ein mit eingeschliffenem Deckel versehenes Glasgefäss wird ein kleineres cylindrisches Glas, in welchem zwei oder drei Glas- oder Porzellanrollen um Glasachsen bewegt werden können, umgekehrt eingestellt. Die Fäden werden durch zwei Löcher aus dem nach oben gerichteten Boden in die Höhe geführt und durch Kugelventile am Zurückschnellen verhindert. Auf diese Weise werden auch die aus dem innern Cylinder hervorragenden Catgutenden dauernd unter Alkohol gehalten und können jederzeit leicht hervorgezogen werden.

Wenn ich schliesslich die Intoxicationsgefahr bei Anwendung der Sublimatlösung noch erwähnen darf, so ist dieselbe bei rationeller Anwendung des Mittels fast absolut auszuschliessen. Am meisten sind, wie ich sowohl im Allgemeinen- als im Marienkrankenhaus zu beobachten Gelegenheit hatte, die mit der Herstellung der Sublimatverbandstoffe beschäftigten Personen, die längere Zeit meist in einem geschlossenen Raum mit grossen Mengen des Quecksilberpräparats zu manipuliren haben, einer Vergiftungsgefahr ausgesetzt. Diese Gefahr fällt bei Verwendung unserer Waldwollverbände, die ohne jedes Antisepticum hergestellt werden, vollkommen weg. Eine Sublimatintoxication habe ich nur einmal zu Anfang meiner Thätigkeit im Marienkrankenhause bei einer ausgedehnten Mammaamputation beobachtet. Seitdem wir die Sublimatlösungen in der oben geschilderten Weise, in besonders geringem Maasse während der Operation zur Verwendung bringen, sahen wir keine unangenehme Nebenwirkung irgend welcher Art danach eintreten.

Dass das Sublimat besonders reizend auf Wunden wirkt, dass es spec. mehr als sonst ein Desinficiens Eczeme veranlassen soll, die sogar die prima intentio vereiteln, wie von Reichel aus der Breslauer chirurg. Klinik[1]) mitgetheilt wurde, habe ich bei nunmehr zwei und einhalbjähriger Anwendung weder auf der Schede'schen Abtheilung im Allgemeinen Krankenhause, noch auf meiner Abtheilung im Marien-Krankenhause beobachten können. Ich bin weit entfernt, die allgemein anerkannte Thatsache leugnen zu wollen, dass bei einzelnen Individuen eine bedeutende Idiosyncrasie gegen Quecksilberpräparate besteht; ich sah selbst bei einem 9jährigen Knaben, dem ich einen grossen Leberechinococcus operirt und in der üblichen Weise verbunden hatte, nach einigen Tagen ein starkes Eczem der die Wunde umgebenden Haut und ein sehr ausgedehntes den ganzen Körper einnehmendes Erythem mit Oedem des Scrotums und Unterhautzellgewebes an einzelnen Stellen, ähnlich wie es Reichel beschrieben,[2]) entstehen. Wir haben im Anfang der Sublimatwundbehandlung, als uns die Wirkung dieses Antisepticums auf die Haut noch nicht genau bekannt war, durch zu starken Sublimatgehalt der Gaze oder Watte locale Exzeme zuweilen hervorgerufen, dieselben jedoch auch bald vermeiden gelernt. Auch jetzt, wo der Verbandstoff frei von jedem Sublimat, nur mit heissem Wasser angefeuchtet ist, sehen wir hie und da Exzeme entstehen, meist in den Fällen, wo ein zu energisches Abbürsten einer an und für sich reizbaren Haut stattgefunden hat, oder wo ein Dauerverband lange Zeit hindurch unverändert die Wunde bedeckt und dadurch eine Maceration der Epidermis bewirkt hatte. Eine prima intentio hat uns ein Exzem nie vereitelt, in den Fällen, wo dieselbe uns misslungen ist, haben wir die Schuld anderen Ursachen, meist uns selbst beimessen können. Ich muss auch hier noch einmal wiederholen, was schon öfter ausgesprochen ist, es kommt weniger darauf an, was man anwendet, sondern wie man ein Mittel anwendet, um gute Resultate zu erzielen.

[1]) Zu beziehen bei Bodien. Glasinstrumentenfabrik. Thalstr. 73. St. Pauli. Hamburg.

[1]) Berl. Klin. Wochenschrift 1884. 2.

[2]) s. l. c.

II. Zur Differential-Diagnostik der mit Ascites verbundenen Erkrankungen der Leber und des Pfortadersystems.

Autoreferat eines im ärztlichen Verein zu Hamburg am 13. November 1883 gehaltenen Vortrages

von

H. Curschmann.

Vortragender erörtert ausführlich die bisher geläufigen Anschauungen über Natur und Wesen des hepatischen — und des Pfortaderstammascites und sucht die für beide Erkrankungsgruppen maassgebenden differentialdiagnostischen Momente festzustellen. Es werden namentlich die Granularatrophie, die Charcot'sche Cirrhose und die Mischformen beider, die Hepatit. syphilitic., die Pylephlebitis chron. adhaesiv., die Thrombose der Ven. portar. und diejenigen Veränderungen analysirt, welche durch Druck von aussen Unwegsamkeit der Pfortader oder ihrer grossen Aeste verursachen.

Für gewöhnlich begnüge man sich bei der Differentialdiagnose die angeführten Zustände, welche die hauptsächlichsten Ursachen des „intrahepatischen" und des durch Pfortaderstammveränderungen bedingten Ascites repräsentiren, in Rechnung zu ziehen. Man übersehe hierbei ein drittes mechanisches Moment, welches hochgradige Stauung im Pfortadersystem, unter bestimmten Bedingungen bis zur Bildung eines Ascites, hervorzurufen vermöge: nämlich eine gewisse Form chronischer Entzündungen des Leberüberzugs, durch deren Producte die Leber allseitig comprimirt und verkleinert und die Circulation in dem intrahepatischen Pfortadersystems erheblich behindert werde.

Dahin gehöre der folgende sehr charakteristische Fall:

Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

54jährige Dienstmagd aufgen. 15. Jan. 1880. Früher nie erheblich krank, namentlich nicht syphilitisch gewesen, kein Abusus spirituosorum. Hat vor 24 Jahren einmal normal geboren, ohne Puerperalerkrankung.

Erkrankte vor etwa 4 Jahren ohne bekannte Ursache unter Schüttelfrost mit heftigen Schmerzen in der Oberbauchgegend. Diese und besonders die Lebergegend waren erheblich geschwollen und höchst empfindlich. Nach allmählichem Ablauf dieser acuten Erscheinungen blieben Appetitlosigkeit, Völle und Druck im Leibe, Obstipation abwechselnd mit Durchfall, danach stetiges Anschwellen des Leibes und Entwickelung eines bedeutenden Ascites, der bald zur Paracentese nöthigte, deren Wiederholung noch 15mal nöthig wurde, da sich die Flüssigkeit immer wieder ansammelte bis zur Aufnahme auf des Vortr. Abtheilung. Bemerkenswerth ist, dass die Pausen zwischen den einzelnen Paracentesen immer längere wurden. Die letzte war 8 Monate vor der Reception ausgeführt.

Stat. praes. 5. Juni 1880. Mittelgrosse stark abgemagerte Frau; schlaffe, trockne, gelbliche, aber nicht icterische Hautdecken. Kein Fieber. Puls ruhig, regelmässig, mässig gespannt. Thorax schmal, flach. Lungen und Herz anscheinend normal.

Unterleib durch freie in der Bauchhöhle befindliche Flüssigkeit, gleichmässig und ganz enorm ausgedehnt. Leberdämpfung verkleinert, Leber nicht palpabel. Milzdämpfung bedeutend vergrössert. Urin sparsam, hochgestellt, eiweissfrei.

Durch Paracenthese des Unterleibs wurden 18 800 ccm klarer gelber Flüssigkeit abgelassen. Spec. Gew. 1020, Eiweissgehalt 3,2. Es gelingt jetzt die mässig verkleinerte, sehr derbe, glatte, stumpfrandige Leber und die gleichfalls stark vergrösserte harte Milz zu palpiren. Von der Punction an fühlt sich die Kranke erheblich freier und besser. Die Flüssigkeitsansammlung der Bauchhöhle kehrte nur sehr langsam wieder und hatte erst nach Monaten etwa $^4/_5$ des vor der Punction beobachtenden Grades erreicht. Von nun an vergrösserte sich der Ascites nicht mehr; der früher denselben begleitende Meteorismus verminderte sich wesentlich; der abnorm hohe Zwerchfellstand rückte herunter und die Kranke hatte, wenn sie mit einer passenden Leibbinde das Abdomen stützte, wenig Beschwerde. Sie war den ganzen Tag über ausser Bett und verrichtete kleinere Arbeiten. So blieb der Ascites über $1^1/_2$ Jahre völlig unverändert, ein Product eines offenbar zum Stillstand gekommenen Krankheitsprocesses. Die Leber liess sich nun nicht mehr genau palpiren, aber nicht selten gelang es wenigstens ihren stumpfen, harten, freien Rand an nicht höherer Stelle zu fühlen als während der ersten Zeit des Krankenhausaufenthalts. Das Organ schien nicht kleiner geworden zu sein. Erwähnenswerth ist, dass die Venen der Bauchdecken sich allmählich stark erweitert hatten.

Anfang November 1882, also beinahe $2^1/_2$ Jahre nach der Aufnahme in's Krankenhaus wurde die Kranke von wiederholten Schüttelfrösten befallen, an welche sich ein remittirendes Fieber mit Abendtemperaturen bis zu 39 und darüber anschloss. Es kam zu häufigem galligem Erbrechen, der Leib wurde stärker aufgetrieben, äusserst schmerzhaft, die Respiration kurz, oberflächlich; der Pulz klein und frequent. Es war kein Zweifel, dass zu der alten Unterleibsaffection ein frischer peritonitischer Process sich gesellt hatte. Unter wechselnder Verminderung und Steigerung der Erscheinungen schleppte sich der Zustand noch etwa 3 Wochen hin bis eine hinzutretende linksseitige exsudative Pleuritis den Eintritt des Todes beschleunigte.

Die Section ergab zunächst als Grundlage der finalen fieberhaften Erkrankung eine ganz frische tuberculose Peritonitis, deren Producte als graurothe, mit weisslichen Knötchen durchsetzte, in grossen Fetzen leicht abziehbare Auflagerung des Peritoneum parietale sowie den serösen Ueberzug der Gedärme und der grossen Unterleibsdrüsen überzog.

Nachdem die tuberculöse Pseudomembran abgezogen, zeigen sich unter derselben sehr ausgedehnte, alte Veränderungen des Peritoneums. Die ganze obere Hälfte des vorderen Bauchwand-Ueberzugs ist in eine dicke, weisse, ausserordentlich derbe, sehnige Masse verwandelt. Diese Veränderung setzt sich continuirlich auf das ganze Zwerchfell und von da auf Milz und Leber fort. Die letztere ist um reichlich $^1/_3$ verkleinert, sehr derb, rundlich, die freien Ränder stumpf. Das ganze Organ ist ununterbrochen von der eben erwähnten schwieligen weisslichen Masse eingehüllt, welche an vielen Stellen 4—5 mm Dicke erreicht. Das Leberparenchym ist trocken, zähe, von hellbraunrother Farbe. Läppchenzeichnung, wenn auch undeutlich, vorhanden. Keine Spur einer interstitiellen Bindegewebswucherung (was auch mikroskopisch sich bestätigte). An den Lebergefässen, namentlich auch dem Stamm der Vena portarum keine Abnormität. Die Gallenblase gleichfalls in den weissen, schwieligen Leberüberzug hereingezogen, wesentlich verkleinert. Die Galle dünn, hellgrün. Ductus cysticus und choledochus, sowie der Ductus hepaticus mit seinen Verzweigungen ohne abnormen Inhalt, ihre Schleimhaut intact. Die Milz um das Doppelte vergrössert, kugelig geformt, gleichfalls allseitig in jene derbe weisse Masse eingehüllt, sodass sie ganz wie die Leber wie mit einem Zuckerguss überzogen erscheint. Die Schleimhaut des Magens und Darmtractus ohne Abnormität. Von den Veränderungen der Brustorgane wären eine schwielige Obliteration der ganzen rechten Pleurahöhle und des Pericardiums zu nennen. Herzfleisch und Klappen normal. Auch das Bindegewebe des vorderen Mediastinums schwielig verdickt, einen Taubenei-grossen Käseherd einschliessend. In der linken Pleurahöhle etwa 1 Liter klarer seröser Flüssigkeit. Die Pleura fibrinös beschlagen, ohne tuberculöse Veränderungen. Das Lungengewebe im linken Unterlappen verdichtet, blutreich, sonst normal.

Vortragender betont, dass den der vorstehenden gleichenden Krankheitsformen bisher nicht diejenige Beachtung geschenkt wurde, welche sie in diagnostischer und prognostischer Beziehung verdienen. Die „Perihepatitis chronica hyperplastica“, („Zuckerguss-Leber“) werde bei der Beurtheilung der mit Pfortaderascites verbundenen Zustände stets mit herbeigezogen werden müssen. Keine andere Erkrankung bietet so viel den Erscheinungen der Granularatrophie der Leber Aehnliches: Verkleinerung, Formveränderung und Härte des Organs, Pfortaderascites. Vielfach werde die präcise Differential-Diagnose unmöglich sein, namentlich bei fehlenden anamnetischen Anhaltspunkten. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Zuständen lägen im Verlauf.

Für Zuckergussleber spräche:

1) Der nicht selten ganz acute Beginn unter Erscheinungen der circumscripten Peritonitis, resp. Perihepatitis, wofür der mitgetheilte Fall ein gutes Beispiel sei.

2) Der weit langsamere Verlauf, ja der zeitweilige, und selbst Jahre hindurch dauernde Stillstand des Processes, wobei der Ascites stabil bleibe. Der geschilderte Krankheitsfall habe $6^1/_2$ Jahr gedauert, und würde sicher länger gewährt haben, wenn er nicht durch die von dem Grundprocess sicher ganz unabhängige acute tuberculöse Peritonitis ein jähes Ende gefunden hätte. Bei der Granularatrophie der Leber habe der Vortragende nie eine solche Dauer und namentlich keinen Stillstand des Processes beobachtet. Die Granularatrophie sei ein stetig fortschreitendes, sicher tödtliches Leiden, während bei der Zuckergussleber die Krankheitserscheinungen während der verschiedensten Stadien einen Stillstand erfahren könnten, letzteres dann, wenn das durch die Perihepatitis bedingte, die Leber umschnürende derbe Exsudat sich nicht weiter verdickte und schrumpfte, und die Widerstände im Pfortadersystem ferner keine Steigerung mehr erführen. Wahrscheinlich beruhten nach Ansicht des Vortr. manche in der Literatur als „Heilung“ resp. zeitweiliger Stillstand der Lebercirrhose aufgeführten Fälle auf diagnostischer Verwechslung mit Zuckergussleber.

Vortr. betont weiter, dass man vom klinischen Standpunkte sehr wohl auseinanderhalten müsse, die von den Anatomen Klebs, Rokitansky u. a. beschriebenen, chronisch entzündlichen Verdickungen der Leberkapsel und das eben skizzirte, nur unter bestimmten Umständen zu Stande kommende klinische Bild. Die Perihepatitis chronica hyperplastica führe durchaus nicht immer, ja sogar nur in der Minderzahl der Fälle, zu dem der Cirrhose ähnlichem Zustande. Dieses nur dann, wenn das Exsudat bei einem hohen Grade von Derbheit und Neigung zur Schrumpfung das Organ überall gleichmässig umhülle und damit von allen Seiten zusammenpresse. Erst dann werde durch die allseitige Compression des sonst normalen Lebergewebes eine wesentliche Circulationsbehinderung innerhalb der intrahepatischen Pfortaderverzweigungen bedingt.

Ueber die Häufigkeit des geschilderten, durch Zuckergussleber bedingten Krankheitsbildes wagt Vortr. nichts Bestimmtes zu sagen. Sicherlich kommen die fraglichen Fälle der so sehr langen Dauer wegen im Krankenhause nur selten zur ununterbrochenen Beobachtung und aus demselben Grunde noch seltener zur Autopsie.

Von Autoren, welche dieser Krankheitsform gedenken, seien vor allem Thierfelder (Ziemssen's Handbuch) und Bamberger (Krankheiten des chylopoetischen Systems) zu nennen.[1])

Schluss der Sitzung $9^3/_4$ Uhr.

[1]) Die in der Discussion über vorstehenden Vortrag gemachten Angaben des Herrn Dr. Korach, dass in einer Dissertation von Hayler (Würzburg 1859) bereits brauchbare diagnostische Erörterungen über die uns beschäftigende Krankheitsform sich fänden, wird jeder, der sich die Mühe nimmt, sich aus dem Original zu informiren, völlig unzutreffend finden. —

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Achter Internationaler Medicinischer Congress Kopenhagen 10. — 16. August 1884.

I.

Die Vorträge in den allgemeinen Versammlungen.[1])

(Fortsetzung.)

2. Sir William Gull: Internationale, Gemeinschaftliche Untersuchungen über Krankheiten. (British Medical Journal 16. August 1884.)

Nachdem der Vortr. kurz das Ziel seines Antrages charakterisirt hatte, wies er darauf hin, dass kein Stand seinen Mitgliedern so grosse Pflichten auferlege als der ärztliche, vor Allem die Nothwendigkeit fortwährender Beobachtung und geistiger Vervollkommnung. Kein Mittel sei so geeignet, jene zu fördern, wie Versammlungen gleich diesem Congress und thätige Organisationen mit Comité's und Sub-Comité's, in Betreff deren er hoffe, dass sie dem Congresse entspringen würden. Nach kurzer Analyse der Arbeit des Einzelnen und der einer Gemeinschaft erinnerte der Redner an Baco's Novum Organan, dem entsprechend man auch hier eine neue intellectuelle Maschinerie zur Ueberwindung der Hindernisse gründen wolle, die dem Fortschritte der Medicin entgegenstehen. Die gemeinschaftliche geistige Arbeit soll verbreitert und methodischer, die Thätigkeit der weitzerstreuten Mitglieder des Standes sollen in eine oder mehrere Kraftlinien zusammengefasst werden. Dies setzt allerdings Vieles voraus. Es wird verlangt die Verbindung exacter Beobachtung und scharfer Analyse. An den Geist des Arztes werden die höchsten wissenschaftlichen Anforderungen gestellt, und andererseits muss er nicht minder bereit sein zu der bescheidenen Arbeit, anscheinend unbedeutende Thatsachen zu sammeln. Sir William Gull verweilte, diese Gedanken mit Vorliebe fortspinnend, noch einige Zeit bei seiner mehr philosophischen Betrachtung des Gegenstandes. Wie verschieden von der jetzigen würde die Thätigkeit und die Stellung des Arztes sein, wenn die Krankheiten nicht von Schmerz oder gemüthlicher Erregung begleitet wären. Dann könnte er mit Ruhe und Kaltblütigkeit die ihm gestellten Probleme bis zu ihrem Ende erforschen. Aber freilich er wäre dann der Beschäftigung mit dem Leben in seinen höheren Formen beraubt, er würde des Stimulus entbehren, der jetzt die Theilnahme für seine Patienten ihm giebt, ein Stimulus, der wie ein gleichmässiger Wind die Handelsschiffe wenigstens die Majorität der Aerzte vorwärts treibt.

Der Redner ging dann über auf die Geschichte der Collectiv-Untersuchung bei Krankheiten und speciell auf die Entwicklung des englischen Comité's, in dessen Namen er eben sprach. Er warf dabei einen Rückblick auf die British medical Association, welche seit fünfzig Jahren existirt und in der That eine freie Vertretung des ärztlichen Standes in England darstellt, wie kein anderes Land sich einer solchen rühmen kann. Von ihr ist auch die Sammelforschung ausgegangen, deren Entwicklung den Lesern der Deutschen medicinischen Wochenschrift ja hinlänglich bekannt ist.

Der Vortragende ging dann, nachdem er eingehend das in England geübte Verfahren geschildert, auch auf diejenigen Nationen über, bei denen nach dem Vortritt Englands die Sache festen Fuss gefasst hat. In erster Linie wurde natürlich Deutschland, und hier wieder der Verein für innere Medicin in Berlin, an seiner Spitze die Herren Leyden und Fraentzel und der Schriftführer S. Guttmann hervorgehoben. Der Bericht des letzteren gab dem Redner die Möglichkeit, ein treues Bild der für die Sammelforschung in Deutschland bestehenden Agitation wiederzugeben. Der neue Schritt, welchen Sir William Gull beantragte, geht dahin, die Thätigkeit der einzelnen Nationen zu einer internationalen zusammenzufassen, und hoffte er nicht mit Unrecht, dass aus einer so weit umfassenden gemeinsamen Arbeit die bisher schon erlangten Resultate sich in jetzt vielleicht noch nicht genau vorherzusehender Weise vermehren werden.

Der Beifall der Versammlung, den der Präsident Panum in begeisterte Worte übertrug, zeigte dem Redner, dass man seinen Antrag mit voller Sympathie aufnehme, und ein sofort gewähltes Comité, dessen Zusammensetzung wir in der vorigen Nummer vorweggenommen haben, wird hoffentlich Umsicht und Energie genug entfalten, um den schönen Gedanken Gull's zu verwirklichen.

3. R. Virchow: Ueber Metaplasie.

Während der ganzen ersten Hälfte dieses Jahrhunderts, so begann der Redner, war die Anschauung der Aerzte von der Natur der wesentlichen Lebensvorgänge im Körper, sowohl während des gesunden, als während des kranken Zustandes, im Grunde eine chemische. Man stellte sich vor, das Leben selbst sei an gewisse Stoffe geknüpft, welche ursprünglich in flüssiger Form im Körper, namentlich im Blut, enthalten seien und welche, indem sie in festere Formen übergingen, die verschiedenen Theile bildeten. Diese Vorstellung theilte noch Schwann; bekanntlich formulirte er seine berühmte Zellentheorie dahin, dass die organischen Formen, als deren Vollendung, zunächst wenigstens, die Zelle erschien, durch eine Art von Krystallisation aus dem Cytoblastem, einer Mutterlauge aus organisch-chemischen Substanzen, hervorgingen. Ihre eigentliche Begründung hatte aber die Lehre von den Bildungsstoffen schon im vorigen Jahrhundert in England erhalten, als Hewson und namentlich John Hunter die Doctrin von der plastischen Lymphe ausbildeten und der letztere die lebende Substanz aus dem Blute als dem eigentlichen Träger des Lebens ableitete. Damit begann jene neue Phase der Humoralpathologie, welche von der hippokratisch-galenischen allerdings gänzlich verschieden war, aber dennoch in der Meinung der Aerzte als eine Fortsetzung der uralten Tradition mit dem Heiligenschein des ererbten Dogmas umkleidet wurde.

In der Pathologie hat diese Auffassung ihre consequenteste Durchbildung erfahren in dem humoralpathologischen System Rokitansky's. Plastische und aplastische Stoffe lieferten die Erklärung für die Verschiedenheit der Formen und des Verlaufs der einzelnen Krankheiten. Aber sicherlich würde dieses System keine so weitgreifende Wirkung erzielt haben, wenn nicht auch in der Physiologie die Anschauung Wurzel gefasst hätte, dass in dem Blut und zwar in der Intercellularflüssigkeit desselben, welche durch C. H. Schultz deswegen den Namen des Plasma empfing, der letzte Grund nicht nur der Bildungs-, sondern auch der Ernährungsvorgänge zu suchen sei. Die Consequenzen dieser Anschauung für die Praxis der Aerzte waren gross. Es sah in der That eine Zeit lang so aus, als ob alle Therapie in letzter Instanz auf Regulirung der Ernährung hinauslaufen müsse.

Als Virchow vor nunmehr bald einem Menschenalter die ersten Schritte auf dem Wege der Cellularpathologie machte, konnte er als Signatur der neuen Anschauung den Satz aufstellen: Omnis cellula a cellula. Dieser Satz enthielt den offenen Bruch mit der Zellentheorie Schwann's. Niemand kann die unvergänglichen Verdienste dieses grossen Forschers um die Darstellung des Aufbaues der Gewebe und Zellen mehr anerkennen, als V. es zu allen Zeiten gethan hat, aber das, was Schwann selbst seine Zellentheorie genannt hat, die Lehre von der Entstehung der Zelle aus dem Blastem, — das und damit zugleich die Lehre von den plastischen Stoffen musste zunächst beseitigt werden, um für die neuen Erfahrungen freien Raum zu gewinnen. Wenn es keine andere Entstehung von Zellen giebt, als durch regelmässige Descendenz von früheren Zellen, so fällt selbstverständlich das Bedürfniss fort, extracelluläre Bildungsstoffe, wirkliche Blasteme auszusinnen.

Aber eine einfache Betrachtung ergiebt auch, dass die Identificirung von Bildung und Ernährung unhaltbar ist. Ernährung ist, wenn man diesen Ausdruck nicht absichtlich verdunkeln will, ein Vorgang, welcher an der schon gebildeten Zelle stattfindet, nicht der Vorgang, durch welchen sie erst entsteht. Das Ergebniss des nutritiven Vorganges ist eben die Erhaltung der Zelle. Teleologisch ausgedrückt, würde dieser Satz lauten: Die Ernährung hat den Zweck der Selbsterhaltung. Bildung hat den Zweck der Vermehrung der Zellen. Wenn aus einer Zelle zwei geworden sind, so ist die alte Zelle nicht mehr vorhanden. Der plastische Vorgang, obwohl productiv, ist also in einem gewissen Sinne ein destructiver: die Mutterzelle wird geopfert, um die Tochterzellen entstehen zu lassen. Es bestehe demnach ein offener Gegensatz zwischen nutritiven oder trophischen und formativen oder plastischen Vorgängen, welchen kein Raisonnement über Ernährungs- und Bildungsstoffe und deren Identität beseitigen werde. Den Satz von der Autonomie der Zellen zu erläutern, hält Virchow in einer Versammlung, wie dieser Congress, nicht für nothwendig, aber es empfehle sich, den Begriff der autonomen Ernährung etwas näher zu definiren. Für seine Betrachtung handelt es sich aber hier nur um die cellulare Ernährung, die erst da anfange, wo in der Erörterung des Diätetikers die Ernährung gewöhnlich aufhöre. Stoffwechsel und Ernährung seien keineswegs sich deckende Begriffe. Vielmehr bezeichne Ernährung eine ganz besondere Art des Stoffwechsels, neben welcher andere Arten vorhanden seien, welche mit der Ernährung gar nichts zu thun hätten.

Erstlich gebe es auch einen Stoffwechsel in todten Theilen. Wenn mitten im Körper ein Theil absterbe, so hörte damit der Stoffwechsel nicht auf. Zweitens nehmen lebende Theile Stoffe auf und geben Stoffe ab, ohne dass sie dieselben zu ihrer Ernährung verwenden. Er habe das einen Transit-Verkehr genannt. Dieser Ver-

[1]) Irrthümlich ist in der vorigen Nummer der Vortrag, den Herr Tommasi-Crudeli „Ueber die Veränderungen der rothen Blutkörperchen bei der Malaria-Infection“ hielt, unter die in den allgemeinen Versammlungen gehaltenen Vorträge gestellt worden. Er gehört in dem Bericht über die Medicinische Section. D. Red.

Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

kehr bilde einen Bestandtheil der Individual-Ernährung, aber er habe unmittelbar mit der Ernährung der betroffenen Zellen nichts zu thun.

Die cellulare Ernährung sei wesentlich eine restaurirende. Verbrauchte Stoffe, welche entfernt würden, sollten durch neue Stoffe ersetzt werden. Die autonome Zelle nehme aus den Säften der Umgebung einen noch nicht fertigen Stoff in sich auf und verarbeite ihn erst in ihrem Innern zu dem adäquaten Gewebsstoff. Das nenne man seit alter Zeit Assimilation und gerade darin beruhe das Wesen der Ernährung. Abgabe verbrauchten und Aufnahme neuen Stoffes, also Stoffwechsel, sei eine Vorbedingung der assimilatorischen Thätigkeit, aber nicht der eigentliche Inhalt derselben.

Die verschiedenartigen Zellen bilden so aus den Ernährungsstoffen Gewebsstoffe und in diesem Vorgange stecke allerdings ein Stück Plastik, aber nicht das, was man gewöhnlich unter dieser verstehe. Der Begriff Plastik müsse auf die Herstellung neuer Elemente, auf die Bildung neuer Zellen beschränkt werden.

Wenn man Ernährung und Bildung, Nutrition und Formation, auseinanderhalte, indem man beide Thätigkeiten auf Zellen, oder anders ausgedrückt, auf fungible Gewebselemente beziehe, so bleibe aber ein gewisses, recht grosses Gebiet übrig, bei welchem man zweifelhaft sein könne, wohin man dasselbe ziehen solle.

Dahin rechnet V. zunächst die Vorgänge des Wachsens, auf die er näher eingeht, indem er die Hypertrophie streng von der Hyperplasie scheidet. Aber es gebe noch eine andere Gruppe von Vorgängen, die viel dazu beigetragen haben, Verwirrung zu erregen und die gleichzeitig von der höchsten practischen Wichtigkeit seien. Ihrem Wesen nach stünden sie den plastischen Processen näher, als den nutritiven, denn ihr Endergebniss sei nicht so sehr die Erhaltung der Theile, obwohl diese dabei nicht in Frage gestellt werde, als vielmehr die organische Veränderung derselben, also die Erzeugung neuer Gewebsformen. Und doch seien sie nicht im gewöhnlichen Sinne plastisch, insofern dabei, wenigstens sehr häufig, keine neuen Elemente erzeugt werden. V. habe sie deshalb in seiner Cellular-Pathologie mit dem Namen der Metaplasie (Umbildung) belegt und als das Merkmal dieses Vorganges Persistenz der Zellen bei Veränderung des Gewebscharakters angegeben.

Metaplasie sei die Grundlage wichtiger pathologischer Processe. Aber sie sei nicht etwa wesentlich pathologisch. Im Gegentheil sie beherrsche zahlreiche Gebiete des physiologischen Lebens. Ja, sie habe nicht blos eine grosse Bedeutung für den vollen Aufbau des Individual-Körpers, sondern sie sei eine der hauptsächlichen Voraussetzungen aller derjenigen Lehrmeinungen, welche man gegenwärtig gewöhnlich in dem Namen des Darwinismus zusammenfasst. Denn was man zuerst in der Embryologie Differenzirung genannt habe, und was in den Evolutionstheorien Transformismus heisse, das falle in Hauptstücken, keineswegs ganz und gar, mit der Metaplasie zusammen. Das Verständniss sei nur dadurch erschwert worden, dass man nicht streng genug unterschieden habe zwischen den Vorgängen, welche auf die Herstellung ganzer Organe gerichtet seien und denjenigen, welche nur die Herstellung der Gewebe zum Ziele haben.

Der Redner geht, um ein bestimmtes Beispiel zu nehmen, ausführlich auf den Vorgang der Ossification ein, betonend dass der Knochen sich nirgends direct aus den embryonalen Bildungszellen bilde, stets entstehe zunächst ein sogenanntes Vorgebilde und erst aus diesem gestalte sich durch Metaplasie der wirkliche Knochen. Genau ebenso finde der Darwinist, wenn er den Stammbaum der thierischen Welt zeichne, erst spät solche Thiere, welche mit wahren Knochen ausgerüstet seien. V. unterscheidet im weiteren Verlauf den Ausdruck Ossification, den er nur im histogenetischen Sinne gebraucht wissen will, von der Osteogenese, der Bildung des Knochens als Organ. Letztere beruhe aber nicht blos auf der Ossification knorpeliger oder membranöser Vorgebilde, sondern, je weiter sie fortschreite, um so reichlicher werde die Markbildung. Das Mark sei nicht nur in sich der Metaplasie unterworfen, sondern es entstehe auch auf metaplastischem Wege. Die Medullification geschehe in der Weise, dass das Knochengewebe seine Kalksalze abgebe, dass seine Zellen, die Knochenkörperchen, sich in Markzellen umbilden, seine Grundsubstanz sich verändere und erweiche. Nehme dieser Vorgang unter krankhaften Verhältnissen einen excessiven Charakter an, so nennten wir ihn Osteoporose. Steigere er sich noch mehr, so dass die feste Knochenrinde mehr und mehr verzehrt werde, so sprächen wir von Osteomalacie. Aber das Mark könne wenn auch nur selten auch aus Knorpel entstehen. Die Metaplasie von Knorpel in Fettgewebe sei in der Regel keine directe.

Virchow résumirt, man dürfe ohne Bedenken zugestehen, dass der Knochen im weitesten Sinne für Metaplasie eingerichtet, und dass ein Haupttheil der Vorgänge bei der Osteogenie und bei den verschiedensten Erkrankungen eben darauf beruhe, dass der Charakter der constituirenden Gewebe sich zu gewissen Zeiten regelmässig umgestalte, dass er sich aber auch unter abnormen Verhältnissen in ungemessenem Wechsel immer von Neuem umgestalten könne. V. exemplificirt, um zu zeigen, wie wenig der einfach nutritive Standpunkt genüge, um die inneren Vorgänge des Knochens und die an ihm geschehenden Metaplasien zu erklären in sehr interessanter Weise auf die lange Reihe von Untersuchungen, welche im Laufe des letzten Decenniums über die Architectur der Spongiosa gemacht worden seien und welche gelehrt haben, in wie hohem Maasse Zahl und Richtung der Knochenbalken abhängig sei von der Belastung und den Zugwirkungen, welche von aussen her auf den Knochen einwirkten. Es ergebe sich aber, dass es nicht eine Neubildung von Knochenbalken sei, welche das entscheidende Causalmoment darstelle, sondern vielmehr eine Neubilduug von Mark, welche in gewissen Richtungen das vorhandene Knochengewebe metaplastisch auflöse, in anderen dagegen fortbestehen lasse, so zu sagen ausspanne.

Ausserhalb der Knochen gebe es, fuhr V. fort, kein Gewebe, welches mehr zu Metaplasie geneigt sei, als das Fettgewebe. Am häufigsten sei die Umwandlung im Schleimgewebe, zuweilen der Art, dass z. B. das ganze extrameningeale Fettpolster im Wirbelcanal zu einer gallertartigen Masse werde. Einige hätten das eine colloide Degeneration genannt. Dasselbe geschehe an dem epicardialen Fett, ganz besonders häufig aber an dem Fettgewebe des Hilus der Niere. Hier habe man das als einfaches Oedem bezeichnet. Erst in den letzten Jahren sei das sogenannte Myxoedema aufgekommen. In allen diesen Fällen handele es sich um eine Metaplasie des Fettgewebes in Schleimgewebe, wobei das Fett aus den Zellen entfernt werde, die Zellen selbst aber persistiren und Schleim erzeugen, der jedoch nicht von ihnen getrennt, nicht im eigentlichen Sinne des Wortes secernirt werde, sondern als Gewebsbestandtheil liegen bleibe. Dies sei eine Rückbildung des Fettgewebes zu demjenigen Gewebe, aus welchem es in der Embryonalentwicklung und namentlich um die Zeit der Geburt hervorgehe. Bei der Osteomalacia gelatinosa geschehe etwas ganz Aehnliches. Dieser Vorgang sei keineswegs eine einfache Atrophie. Es sei vielmehr ein erkennbarer Unterschied zwischen einfach atrophischem, d. h. abgemagertem Fettgewebe und dem, durch Metaplasie daraus hervorgegangenen Schleimgewebe. Ausser dem Lipoma mit mehr oder weniger grossen gelatinösen Stellen (L. gelatinosum s. colloides) gebe es Geschwülste, die aus dem Fettgewebe hervorwüchsen, welche in ihrer Totalität gelatinös oder colloid aussähen. V. habe nachgewiesen, dass diese Geschwülste oder Geschwulsttheile aus Schleimgewebe bestehen und habe diesen Zustand Myxoma genannt. V. habe allerdings eine höchst eigenthümliche Myxomform nachgewiesen, die ganz und gar embryonal sei, nämlich das Myxom der Chorionzotten, welches man früher Mola hydatidosa nannte. Aber er könne nicht zugestehen, dass jedes Myxom einen congenitalen Ursprung habe, so wenig als jedes Schleimgewebe ein embryonales Gewebe habe.

Ausser dem ursprünglichen oder primären Schleimgewebe, welches zumeist metaplastisch in Fettkerne übergehe, gebe es auch ein durch acquirirte Metaplasie entstandenes, secundäres Schleimgewebe, welches erst im Erwachsenen sich bilde, und auch aus diesem secundären Schleimgewebe könne durch Hyperplasie ein Myxom hervorgehen.

Cohnheim nehme bekanntlich an, dass alle Geschwülste aus Resten von Embryonalgewebe hervorwüchsen, welche von ihrer ersten Anlage im Fötus her in ihrer ursprünglichen Beschaffenheit liegen geblieben seien. V. glaube indessen nicht, dass thatsächliche Beweise für eine solche Verallgemeinerung in genügender Zahl geliefert worden seien. Ueber die zulässigen Grenzen einer solchen Doctrin werde die weitere Untersuchung entscheiden müssen. Aber das halte er für absolut sicher, dass es auch Geschwülste, und zwar sehr zahlreiche, gebe, deren Ausgang in Störungen der extrauterinen Entwickelung oder gar in nachträglichen Veränderungen zu suchen sei, welche erst im späteren Leben erworben würden.

Eine bis jetzt nicht gelöste Schwierigkeit bestehe darin, dass die bekannten Fälle der Metaplasie sich wesentlich auf solche Gewebe beziehen, welche wir auch sonst als verwandte und einander näherstehende betrachten müssten.

Nun streite man aber darüber, ob auch dissimiläre Gewebe, Gewebe einer anderen Kategorie oder eines differenten Typus, metaplastisch entstehen können. Manche hätten behauptet, dass Bindegewebe aus epithelialen Elementen, z. B. in der Leber entstehen könne. V. kann nicht sagen, dass er etwas gesehen hätte, was einer solchen Auffassung günstig wäre. Dagegen habe er Beobachtungen mitgetheilt, nach welchen Elemente von epithelialem Charakter aus Elementen des Bindegewebes, also metaplastisch, entstehen könnten. Er erinnere in dieser Beziehung an seine Untersuchungen über die Entstehung der Perlgeschwülste (Cholesteatome), welche er noch immer als ganz zutreffend betrachte.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die dagegen vorgebrachten Einwände kann V. als berechtigt nicht anerkennen.

Hier trete überdies die andere Frage ein, ob ausgewanderte Zellen, insbesondere farblose Blutkörperchen, den Ausgang von Inseln neuer Organisation, z. B. auf grossen Hautgeschwüren bilden können. Einzelne gingen freilich so weit, die Wanderzellen als befähigt zur Hervorbringung jedes neuen Gewebes, also als behaftet mit der Fähigkeit absoluter Metaplasie, darzustellen. Nach ihrer Meinung könnten Wanderzellen ebenso leicht Bindegewebe, wie Epidermis, also z. B. eine ganze Narbe, hervorbringen. Indessen werde man zugestehen müssen, dass es auch für die Metaplasie der farblosen Blutkörperchen gewisse Grenzen gebe.

Er seinerseits sei noch jetzt überzeugt, dass auch Geschwülste von epithelialem Bau durch Metaplasie aus Geweben der Bindesubstanz hervorgehen könnten und verweist daher unter Anderem auf die Entwickelung des Gallertkrebses ausserhalb der Schleimhäute.

Durch seine Mittheilungen solle in keiner Weise eine vorzeitige Entscheidung so schwieriger Probleme, wie die Möglichkeit einer Metaplasie im Sinne dissimilärer Gewebsbildung, herbergeführt werden. Aber es schien V., dass dieses Problem vor den berufenen Forschern wieder einmal in aller Schärfe aufgestellt werden sollte. Im Augenblick werde schwerlich eine abschliessende und allgemein befriedigende Lösung gefunden werden. Aber es dünke ihm schon ein grosser Gewinn zu sein, wenn es ihm gelungen sein sollte, den Gedanken der Metaplasie grösseren Kreisen wieder näher gebracht und damit eine Grundlage für die Betrachtung vieler Vorgänge geboten zu haben. (Grosser Beifall.)

(Schluss folgt.)

IV. Zur Cholerabehandlung.

Von

Dr. Rosenzweig, Stabsarzt.

Das Auftreten der Cholera in Frankreich und Italien bschäftigt die Fachpresse und die Fachvereine in der guten Absicht, die Schrecken der Cholera zu mildern.

Zu den Mitteln, welche berufen sind, in der Cholera eine hervorragende Rolle zu spielen, gehört, wie aus der Sitzung des Vereins für innere Medicin in Berlin vom 14. Juli a. c. hervorgeht, die Kochsalzinfusion, hauptsächlich um den Wasserverlust zu decken, da hierin die grösste Gefahr für's Leben angenommen wird. Die hochwichtige Entdeckung Koch's, dass die asiatische Cholera auf die Einwirkung eines Pilzes zurückzuführen sei, hat bisher practische Maassnahmen noch nicht gezeitigt, wie ein College in der in Rede stehenden Sitzung meint; eine antiparasitäre Behandlung scheine keine Aussicht zu haben.

Mir scheint die Hauptgefahr im Erlöschen der Lebenskraft, weniger im Wasserverlust zu liegen. Zu dieser Annahme führt mich die Behandlung eines Cholerafalles aus dem Jahre 1866, in dem alle Symptome des Stadium algidum (Pulslosigkeit, Kälte der Haut, vox cholerica, facies cholerica) vorhanden und der, um bei der stundenweiten Entfernung von der nächsten Apotheke keine Zeit zu verlieren, da sichtlich Gefahr im Verzug lag, mich zur Anwendung eines so heissen Bades veranlasste, als es überhaupt vertragen werden konnte. Die Wirkung war eine äusserst rasche — und der Kranke genas.

Die Wärme allein muss hier als Lebensretter angesehen werden; auch Dornblüth in Rostock erwähnt (Deutsche medicinische Wochenschrift No. 29), dass warme Vollbäder ganz vorzüglich, manchmal augenscheinlich lebensrettend wirkten.

Wenn man bedenkt, dass die Brutwärme, also die Wärme an und für sich im Stande ist, aus leblosen Stoffen mit präformativen Elementen lebende Wesen zu schaffen, liegt dann nicht der Gedanke nahe, da, wo die Lebenskraft im Erlöschen ist, die Wärme anzuwenden, um die Lebensgeister zu wecken.

Wunderbarer Weise ist die hohe Temperatur (34° R.), welche unter gewissen Umständen höhere organische Wesen in's Leben zu rufen fähig ist, für die Entwicklung niederer Thiere, wie der Cholerabacillus ist, verderbenbringend. Nach Koch vermögen die Bacillen nur bei einer Temperatur von 30—40° C. zu wachsen. Wir haben somit in einer Temperatur, welche der Brutwärme gleichkommt, ein Mittel, dass höhere organische Leben zu entfalten und dem Wachsthum niederer Thiere, wie der Bacillen, entgegenzuwirken. Ob wir dies durch heisse Bäder, Kochsalzinfusionen oder Sublimateingiessungen in den Darm mit einer Temperatur von 34° R. am besten erreichen, dürften weitere Beobachtungen noch ergeben; jedenfalls wären Parallelversuche mit den verschiedensten Methoden eintretenden Falls angezeigt.

Was für die Klinik sich eignet, ist vom Landarzt in seiner oft isolirten Stellung nicht immer ausführbar.

Nach Schluss dieser Zeilen lese ich in den Verhandlungen der Conferenz im Reichsgesundheitsamt zur Erörterung der Cholerafrage vom 26. und 29. Juli a. c., dass Prof. Koch den Symptomencomplex des eigentlichen Choleraanfalles, welchen man gewöhnlich als eine Folge des Wasserverlustes und der Eindickung des Blutes auffasst, als eine Vergiftung ansieht, welche auf den Gesammtorganismus, vorzugsweise auf die Circulationsorgane wirkt, welche in einen lähmungsartigen Zustand versetzt werden. Mit dieser Auffassung stimmt die belebende Wirkung der Wärme überein und sind die Erfolge von ihrer Anwendung erklärlich.

V. Nachtrag zur Exstirpation der nasalen Schwellapparate.

Von

Professor **Dr. Hack** in Freiburg.

Max. Bresgen versuchte in No. 30 dieses Blattes den Nachweis, dass ich in meiner in No. 28 der gleichen Zeitschrift erschienenen Publication eine Operationsmethode neu geschildert habe, während er dieselbe schon seit $3^1/_2$ Jahren anzuwenden pflege. Wenn sich dies so verhielte, so wäre mein Uebersehen unverzeihlich. Ich fürchte aber, der verehrte College dürfte in diesem Falle doch nicht völlig in seinem Rechte sein. Ich kann nicht läugnen, und darin befestigte mich eben meine Bekanntschaft mit Bresgen's zahlreichen Arbeiten, dass ich nie daran gedacht haben würde, die „strichweise Cauterisation“ dieses Autors mit meinem „Furchenziehen“ in irgend eine Parallele zu setzen. Ich will nicht in Abrede stellen, dass, wenn man, wie Bresgen es that, die citirten Stellen aus jedem Zusammenhang herausgelöst einander gegenüberstellt, eine gewisse Aehnlichkeit gefunden werden kann. Aber wie anders, wenn jene Stellen in ihrer Verbindung mit dem ganzen Gedankengang mit einander verglichen werden! Bresgen führt an jener Stelle aus, dass zur Beseitigung der Schleimhautverdickungen an der unteren Muschel sich ihm das Verfahren, mit einem Spitzbrenner tiefe Längsstriche über die ganze Oberfläche der Muschel zu machen, am besten bewährt habe. Ich dagegen suche an der angezogenen Stelle den Werth eben jener Verfahren zurückzuweisen, welche sich mit der Zerstörung lediglich der Schleimhaut begnügen; ich betone, dass nur eine Zerstörung der darunter liegenden Gebilde, der cavernösen Räume, deren B. mit keiner Silbe gedenkt, zum Ziel führen kann; ich hebe ausdrücklich hervor, dass diese Zerstörung deshalb mit einem seitlich abgebogenen, nicht etwa flach aufgesetzten, Spitzbrenner zu geschehen habe, der bis auf den Knochen eingestossen werden müsse. Man sieht, die Verschiedenheit im Plan der Operation kann wohl nicht grösser gedacht werden. Aber auch in der Methode besteht nicht, wie man vielleicht glauben möchte, ein einfach gradueller, sondern ein principieller Unterschied. Indem ich mit dem Spitzbrenner das Gewebe in tiefe klaffende Furchen zerschlitze, benutze ich ebenso sehr die schneidende Wirkung des zu diesem Zweck besonders gebogenen Instrumentes, wie die kaustische, während sich B. mit der letztern begnügt. Gerade als Beleg für die völlige Verschiedenheit unserer Verfahren könnte ich keineswegs vereinzelte Krankengeschichten von Patienten anführen, bei denen von competenter Seite die strichweise Cauterisation vorher vergebens ausgeführt worden war, und bei denen erst die von mir vorgenommene Exstirpation der Schwellkörper vermittelst des Furchenziehens die betreffenden Leiden zu beseitigen vermochte.

Uebrigens glaube ich, die zwischen unsern Anschauungen bestehende Differenz geht tiefer. Wenn B. ausdrücklich betont, so auch in einer von ihm jüngst erschienenen Kritik (diese Zeitschr. No. 31), „dass das sog. Schwellgewebe nur dann in der Nase entwickelt ist, wenn eine Entzündung der dasselbe bedeckenden Schleimhaut vorhanden ist“, wenn er mithin die physiologisch vorhandene Entwickelung des Schwellgewebes negirt, so begreife ich, wie eine derartige Auffassung, die übrigens die wenigsten Rhinologen theilen möchten, das therapeutische Handeln unseres Collegen beeinflussen muss.

VI. Richtigstellung.

In einem Vortrag „Ueber individualisirende Antipyrese“ (No. 30 1884 dieser Wochenschrift) spricht Herr Mayer die Meinung aus, es liesse sich aus meinen auf dem ersten Wiesbadener Congress (vgl. Verhandl. S. 103 u. 104) in der Discussion über die antipyretische

Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Behandlungsmethode gemachten Mittheilungen ein durchschnittlich leichtes Auftreten des Typhus in Hamburg annehmen. Ich muss dem gegenüber auf die protokollarischen Aufzeichnungen meiner damaligen Auseinandersetzungen hinweisen, welche für diese Auffassung nicht den mindesten Anhaltspunkt bieten.

Es geht aus denselben keineswegs hervor, dass der Typhus in Hamburg leichter als in Berlin, Aachen oder sonstwo verläuft, sondern dass auf meiner Abtheilung bei streng individualisirender und darum sparsamerer Anwendung kalter Bäder und anderer antipyretischer Methoden dem Typhus gegenüber nicht schlechtere Resultate erzielt werden als an andern Orten, wo man in mehr schablonenhafter Weise gegen die Krankheit zu Felde zieht.

Ich habe damals — was ich hier noch besonders betonen möchte — in keiner Weise den Werth der augenblicklich gebräuchlichen antipyretischen Hauptmethoden unterschätzt, glaubte vielmehr nur stärker als die meisten übrigen Redner die streng individualisirende Anwendung derselben betonen zu müssen.

Es wäre also weit entsprechender gewesen, wenn Herr Mayer mich als Vorgänger und Bundesgenossen betrachtet und, wenn schon, in diesem Sinne citirt hätte.

Hamburg, den 17. August 1884. H. Curschmann.

VII. Zusammenstellung neuer Heilmittel aus dem Droguenfache nebst solchen, welche in den letzten Jahren eine Rolle spielten. Von Gehe und Co. (Rundschau für die Interessen der Pharmacie, Chemie, Hygiene und der verwandten Fächer No. 20. 1884.) Ref. Rabow.

Der vorliegende Artikel enthält eine umfang- und inhaltreiche, alphabetisch geordnete Zusammenstellung aller neuerer Heilmittel. Bei der überaus grossen Fülle des Materials können an dieser Stelle nur diejenigen Mittel auszugsweise wiedergegeben werden, denen ein Anspruch auf allgemeines Interesse zuerkannt werden muss.

Arraroba, ein Krankheitsproduct des brasilianischen Baumes Andira Arraroba, das vielfach unter dem Namen Goa Powder im Handel passirt, kam früher meist nur in Indien gegen Psoriasis und unter Hautkrankheiten in Anwendung. Allgemeine Beachtung fand es, seitdem es zur Darstellung des Chrysarobin verwendet wird. Der Gehalt an demselben ist sehr schwankend.

Cascara Sagrada, seu Cortex rhamni Purshianae ist erst kürzlich von den Vereinigten Staaten zu uns gelangt. Nach Bell und Carter dient diese Rinde nicht allein gegen habituelle Stuhlverstopfung, sondern sie hat sich auch als zuverlässiges Mittel gegen Dysenterie bewährt. (Dosis 0,3—1,2 des Extracts allein oder in Verbindung mit Wismuthsubnitrat.)

Gortex calatropis giganteae, Mudar-Bark, wird von den Eingeborenen Indiens gegen Epilepsie, Paralysis und den Biss giftiger Thiere angewendet. Das wirksame Princip der Rinde Mudarin genannt (Duncan), erstarrt in der Hitze und wird durch Abkühlung wieder flüssig. Nach Duncan ist die Wirkung vielfach übereinstimmend mit der Ipecacuanha. Dr. Playfair hat den milchigen Saft der Rinde wirksam gefunden bei Leprosis, Lues, Herpes und Malaria. Dosis: Zweimal täglich 5—6 Gran der gepulverten Rinde.

Cortex Condurango Mataperro. Die von Ecuador stammende Condurangorinde hat, nachdem sie vor circa 15 Jahren humbugartig in den Handel gebracht war und dann bald das Schicksal von Anacahuitholz und dergl. theilte, indem der Centner in London zeitweilig für dasselbe Geld erlassen wurde, als Anfangs die Unze, seit einigen Jahren wieder an Ansehen gewonnen.

Cortex Coto kommt seit circa 9 Jahren von Ecuador in den medicinischen Handel. Man unterscheidet eine echte und eine Para-Cotorinde. Aus jeder derselben ist das entsprechende Alcaloid hergestellt worden. Nach Albertoni wirkt Cotoin vorzüglich gegen Diarrhoe, namentlich bei Gehirnkrankheiten, bei chron. Darmkatarrh, bei Kachexie und Marasmus in Folge zehrender Krankheiten, Anämie und Malaria, bei der Diarrhoe Schwindsüchtiger und bei Säuglingen, endlich bei Pellagra. In der That ist Cotoin von Italien regelmässig und lebhaft verlangt worden.

Cortex evonymi atropurpureae. Das aus der Rinde hergestellte, von den Vereinigten Staaten in den Handel kommende Glycosid Evonymin ist eines der wenigen Mittel, die in subcutaner Form Verwendung als Laxans finden.

Cortex hamamelis Virginianae stammt aus Nordamerika. Ein aus der Rinde des in seinem Vaterlande „Witch Hazel" genannten Baumes dargestelltes Destillat kommt neuerdings unter dem Namen „Hazeline" von England aus in den Handel. Es wird hauptsächlich gegen entzündlich-hämorrhoidalische Affectionen gerühmt.

Cortex piscidiae erythrinae (Jamaika Dogwood-Rinde) wurde in letzter Zeit vielfach als wirksames Narcoticum gegen uterine Kolik, Harnleiden, Krämpfe, Asthma und Kopfschmerz angewandt. Die Pflanze, welche auch Erythrina piscipula genannt wird, wächst auf den Antillen, und die Rinde soll daselbst zum Fischfange benutzt werden, indem sie in Säcken oder Körben ins Wasser gehängt, die Fische betäubt. Nach Landowsky soll die Pflanze die Eigenschaften von Opium ohne dessen Mängel besitzen. — Neuere Untersuchungen (Breslau) haben weniger günstige Resultate ergeben.

Cortex Quebracho blanco. Die Rinde von Aspidosperma Quebracho, aus Argentinien stammend, hat zwar bei Weitem nicht diejenige Verwendung als Fiebermittel gefunden, welche nach dem Auftreten desselben vor einigen Jahren zu erwarten stand; sie wird aber doch als Asthmamittel noch regelmässig verlangt, auch werden ihre guten Eigenschaften bei Leiden wie Emphysem, Bronchitis, Phthisis und Pleuritis, sowie gegen Dyspnoe gerühmt. Dr. O. Hesse hat aus der Rinde nicht weniger als 6 Alkaloide erlangt: Aspidospermin (Fraude), Aspidospermatin, Aspidosamin, Hypoquebrachin, Quebrachin und Quebrachamin, von denen jedoch bisher nur das erstere verlangt worden ist.

Cortex radicis gossypii herbaceae, die Wurzelrinde der egyptischen Baumwollstaude, wird in neuester Zeit begehrt als Ersatzmittel des Mutterkorns, dem sie an Intensität der Wirkung zwar nachstehen, dafür aber frei von den unangenehmen Nebenwirkungen, die das letztere hervorruft, sein soll.

Flores convallariae majalis. Unsere einheimischen Maiblumen wurden vor ca. 3 Jahren ein sehr gesuchter Artikel. In letzter Zeit ist die Nachfrage weniger dringend gewesen. Die aus den Blättern und Blüthen dargestellte Tinctur scheint sich aber doch als Digitalis-Substitut, besonders als Diureticum, dauernd im Arzneischatze erhalten zu wollen.

Folia caricae Papajae. Das Papajotin musste vor einigen Jahren, als dieser Körper zuerst in der Medicin Anwendung fand, aus der getrockneten oder mittelst Glycerin conservirten Carica-Papaja-Blättern hergestellt werden, bis der Milchsaft in eingetrockneter Form von Brasilien und den Fidschi-Inseln geliefert wurde.

Folia Carobae, von Jacaranda tomentosa, wirken harn- und schweisstreibend und werden als Antisyphiliticum empfohlen. In Brasilien ersetzen sie die Sassaparilla. Von Peckolt ist aus den Blättern ein Alkaloid, Carobin dargestellt, das bei syphilitischen und scrophulösen Affectionen in Dosen von 0,05 wirksam erschien.

Folia Cocae, von Erythroxylon Coca, bilden einen bedeutenden Handelsartikel in Bolivien, Argentinien und Brasilien. Es werden die eminent kräftigenden Eigenschaften dieser Blätter gerühmt. Dieselben sind den Eingeborenen unentbehrlich. Man schätzt den Consum in Südamerika auf 30,000,000 Pfd. pro Jahr. Die nach Europa gelangenden braunen Blätter sind weit weniger wirksam als die gut conservirten grünen. Therapeutisch finden die Blätter Anwendung bei Magenleiden, Phthisis, typhösem Fieber und ganz besonders bei Morphinismus. Das von Merck dargestellte salzsaure Cocain ist leicht löslich und wirkt dilatirend auf die Pupille.

Folia Duboisiae, von Duboisia myoporoides, kommen aus Australien und dienen zur Darstellung des Extractes und des Alkaloids. Es wird in der Augenheilkunde in gewissen Fällen wegen seiner starken Wirkung dem Atropin vorgezogen.

Grindelia robusta ist in Nordamerika ein beliebtes Mittel gegen Asthma. Die Pflanze, eine Composite, ist in Californien heimisch. Man verwendet von derselben die kräutigen Stauden zur Darstellung des Extractes.

Herba adonidis vernalis. Obgleich dieses Kraut auch bei uns vorkommt, musste es wegen starker Nachfrage aus Russland bezogen werden. Dort ist es schon lange als Mittel gegen Wassersucht und Herzkrankheiten populär. Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass es die Digitalis vortheilhaft zu ersetzen vermag.

Kawa-Kawa (Piper methysticum). Eine von den Inseln des stillen Oceans stammende Wurzel. Die Eingeborenen benutzen dieselbe zur Bereitung eines Getränkes. Die aus der Wurzel hergestellte Tinctur hat sich angeblich bei acuter Gonorrhoe bewährt.

Radix Caincae, Raiz preta der Brasilianer, von Chiococca anguifuga stammend, ist ein kräftig harntreibendes und drastisch purgirendes Mittel. Das wirksame Princip der Wurzel ist die Caincasäure, feine weisse Nadelkrystalle von bitterem Geschmack, die in Alkohol und Aether löslich sind.

Radix Manaca (Franciscea uniflora) wird neuerdings als ein höchst wirksames Antisyphiliticum bezeichnet. Die Verwendung desselben in seiner Heimath (Brasilien) ist schon sehr alt. In pharmakologischen Werken wird daher der Strauch (es finden sowohl Blätter, wie Wurzel und Stengel Verwendung) unter dem Namen „Mercurius vegetabilis" erwähnt.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Radix Pannae, der Wurzelstock von Aspidium athamanticum Kunze, einem Farnkraute von Port Natal. Bandwurmmittel ohne besondere Vorzüge.

Radix Tayuya, von Trianosperma ficifolia, als neues Mittel gegen tertiäre Syphilis empfohlen.

Semen Jequirity, von Abrus precatorius, die bekannten, zu Schmuckkästchen u. s. w. häufig benutzten Paternosterkörner, sind neuerdings in der Augenheilkunde zur Verwendung gelangt. Die zu den Leguminosen gehörige Pflanze ist in Brasilien heimisch. Im wässrigen Infus ist ein Bacillus gefunden und cultivirt worden, der bekanntlich von Einigen als die Ursache der Eiterbildung auf der Conjunctiva angesehen wird.

Xanthium spinosum, stammt von Südfrankreich, kam vor einigen Jahren als Heilmittel gegen Lyssa in den Handel, spielt gegenwärtig keine Rolle mehr.

VIII. Ministerialrath Weber in Darmstadt ist zum Präsidenten des Grossherzoglichen Finanz-Ministeriums ernannt worden und scheidet daher aus der Stellung, welche er mit seltenem Erfolge und unübertrefflicher Hingabe ausgefüllt hat, nämlich aus der des Vorsitzenden der Ministerialabtheilung für öffentliche Gesundheitspflege. Unterstützt durch vorzüglich befähigte Mitarbeiter auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege hat Herr Weber dasselbe nicht nur für sein engeres Vaterland nach allen Richtungen hin reformirt, sondern durch diese seine Thätigkeit gleichzeitig für ganz Deutschland Anregungen und Beispiele der werthvollsten Art gegeben, und gerade die Leser dieser Wochenschrift sind seit dem Bestehen derselben Zeugen gewesen, wie ein Schritt nach dem andern im Grossherzogthum Hessen zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege gethan wurde. In der richtigen Erkenntniss, dass die Ziele der Hygiene nicht erreicht werden können, wenn nicht der ärztliche Stand ihr seine geordnete Unterstützung zu leihen vermag, hat Hessen durch Weber's Initiative eine Organisation des Medicinalwesens erhalten, durch welche unserer Ansicht nach allen berechtigten Wünschen der Aerzte genug gethan wird. An die grundlegenden Gesetze und Verfügungen der Jahre 1876 und 1877 haben sich dann eine Reihe von Special-Verordnungen angeschlossen, die grossentheils anderen Bundesstaaten zum Muster gedient haben oder doch dienen sollten. Es würde zu weit führen, wollten wir im Einzelnen auf die Thätigkeit der Ministerialabtheilung für öffentliche Gesundheitspflege zum Schutze gegen Epidemien, zur Förderung der Schulhygiene und so vieles andere eingehen, obwohl es allerdings eine dankbare Aufgabe wäre, darzustellen, was in dem kurzen Raum von nicht acht Jahren in Hessen geleistet worden ist, so dass wir es nicht aufgeben, an anderer Stelle darauf zurückzukommen.

Herr Präsident Weber wird, davon sind wir überzeugt, Sorge tragen, dass das von ihm seither beherrschte Gebiet einem Manne übertragen werde, von dem vorausgesetzt werden kann, dass er in demselben Sinne wie sein Vorgänger weiter arbeite. Er selbst aber wird, davon sind wir ebenfalls überzeugt, auch in seiner neuen, noch einflussreicheren Stellung der öffentlichen Gesundheitspflege dasselbe Interesse bewahren, welches er ihr bisher nicht durch gute Wünsche allein, sondern durch gute Thaten zu erkennen gegeben hat.

IX. Friedrich Heinrich Bidder.

An anderer Stelle dieser No. bringen wir ein eingehendes Referat über die werthvollen Arbeiten, durch welche die Herren Ernst und Alfred Bidder das funfzigjährige Doctorjubiläum ihres berühmten Vaters gefeiert haben. Wir nehmen hieraus Veranlassung eine Pflicht nachzuholen, die in Folge der steigenden Anforderungen an unser Blatt sehr zu unserem Missfallen zurückgestellt war, indem auch wir des hervorragenden Physiologen an seinem Ehrentage gedenken, indem wir dabei wesentlich den Angaben der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift folgen können.

Am 12. April 1834 promovirt, wurde Fr. Bidder am 5. Juni 1834 als stellvertretender Prosector, und am 27. Juni 1836 als ausserordentlicher Professor und Prosector an der Universität Dorpat angestellt, der er 35 Jahre lang als Lehrer angehören sollte. Am 6. November 1842 wurde er zum ordentlichen Professor der Anatomie designirt und am 4. December desselben Jahre als solcher bestätigt. Darauf folgte am 22. Mai 1843 seine Designirung zum Professor der Physiologie und am 7. August desselben Jahres die Bestätigung für dieses Fach, dem er bis zuletzt vorgestanden hat. Von 1843—1855 war Bidder Decan der medicinischen Facultät, und am 23. December 1858 wurde er Rector der Universität, welche Stellung er bis zum 3. November 1864 bekleidete, und während dieser Zeit den abwesenden Curator (Bradke und Keyserlingk) wiederholt vertreten hat. Vom 20. August 1859 an hatte er die obligatorischen 25 Jahre abgedient und war pensionsberechtigt, doch wurde er auf 5 Jahre, und nach Ablauf derselben, am 20. August 1864, abermals auf weitere 5 Jahre wiedergewählt. Als auch dieser Termin abgelaufen war, trat Bidder definitiv aus dem Staatsdienste, doch noch nicht aus dem Dienste der Wissenschaft, da auch später noch eine Arbeit von ihm erschienen ist.

Bidder's wissenschaftliche Thätigkeit datirt vom Jahre 1836 (Neurologische Untersuchungen) und schliesst mit dem Jahre 1871 (Einige Bemerkungen über Hemmungsnerven und Hemmungscentra). Sie war eine ebenso ausgebreitete als tiefgehende und bereicherte zuvörderst die Physiologie, vor Allem die des Nervensystems, mit zahlreichen zum Theil bahnbrechenden Entdeckungen, die der gesicherte Besitz jedes Lehrbuches der Physiologie geworden sind. Noch populärer ist Bidder in den Kreisen der Mediciner durch sein in Gemeinschaft mit A. Schmidt verfasstes Werk geworden: „Die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel" 1852. Viele unserer Commilitonen aus dem Anfange der fünfziger Jahre erinnern sich wohl noch mit uns des maassgebenden Einflusses, den dieses vorzügliche Werk auf unser ganzes medicinisches Denken, ganz abgesehen von seinem Reichthum an Thatsachen, schon durch die dasselbe charakterisirende Methode ausübte. Mag es im Einzelnen vielfach überholt sein, das Werk bezeichnet in der Physiologie einen jener land-marks, die weit über das bunte Détail emporragen, welches sich an sie anzulehnen wusste.

Möge der Lebensabend Bidders noch lange währen und, wie bisher ein gesegneter bleiben. P. B.

X. Geh. Medicinalrath Prof. Dr. H. Haeser feierte am 21. August sein fünfzigjähriges Doctorjubiläum, da ihm am 21. August 1834 die medicinische Facultät der Universität Jena die Doctorwürde für seine Schrift „De influentia epidemica" verliehen hat. Auch wir schliessen uns den Glückwünschen an, die dem verehrten Jubilar, den auch der Schreiber dieser Zeilen als Lehrer in Greifswald kennen und schätzen zu lernen Gelegenheit hatte, von allen Seiten zu Theil geworden sind. Ein Leben, sagt die Breslauer ärztliche Zeitung, in ununterbrochener literarischer und akademischer Thätigkeit verbracht, liegt vor uns! Ein literarisches Leben, das im Jahre 1832 mit Veröffentlichung der von der philosophischen Facultät zu Jena gestellten Preisaufgabe „De radii lucis violacei vi magnetica" begann und noch im Jahre 1882 das ca. 200 Druckbogen umfassende „Lehrbuch der Geschichte der Medicin", das einzige in Deutschland, schuf!

Geh. Rath Haeser wurde am 15. October 1811 und zwar in Rom geboren. Er besuchte nach seiner Promotion auf längeren Reisen die Universitäten Halle, Leipzig, Berlin, München und Wien, wirkte kurze Zeit in dem Städtchen Auma, in dem eine Typhus-Epidemie herrschte, als Arzt und habilitirte sich sodann in Jena als Privatdocent.

An einer andern Stelle machen wir unsere Leser aufmerksam auf ein Werk, der Geschichte der Medicin angehörig, welches ganz in Haeser's Geiste concipirt ist und, so dürfen wir hoffen, auch durchgeführt werden wird. Unter den Mitarbeitern fungirt auch er, und ist sein Name unter den vielen weithin bekannten zweifellos einer der glänzendsten. Wir freuen uns, dass der Mann, dem wir die Neugründung der Geschichte der Medicin in Deutschland verdanken, am Abend seines Lebens noch die Freude hat, an einem Werke sich betheiligen zu können, in welchem er gewiss die Erfüllung so mancher berechtigten Wünsche sehen mag. P. B.

XI. Quist, Die künstliche Züchtung der Vaccine-Organismen. St. Petersburger med. Wochenschr. 1883 No. 46 *und* Berliner Klinische Wochenschrift 1883 No. 52. Ref. Dr. Gaffky.

Unter dem vorstehend angegebenen, viel verheissenden Titel veröffentlicht Dr. Quist in Helsingfors eine Reihe von Untersuchungen, über deren Werth der Leser sich am leichtesten selbst ein Urtheil wird bilden können, wenn wir einen der besonders charakteristischen Versuche hier mittheilen:

„10. Versuch: Auf den Grund eines $1\frac{1}{2}$ cm weiten Proberohrs wurde am 1. November ein Stück Epidermis, am 30. October einer 8 Tage alten Pustel entnommen, gethan und das Rohr $\frac{1}{2}$ cm hoch mit Nährlösung No. 2

(Rinderblutserum	. .	2 Theile
Glycerin	. . . . .	1 „
Aqu. destill.	. . .	2 „
Carbon. kali	. . .	$\frac{1}{400}$ „)

gefüllt.

Eine Probe der Flüssigkeit, am 11. November der Oberfläche entnommen und einem Kinde mittelst vier Schnitten eingeimpft, ergab bei der Revision am 18. November drei normale Pusteln.

Das nennt Qu. künstliche Züchtung der Vaccine-Organismen.

Er begnügt sich nicht damit, ein · man darf wohl sagen möglichst verunreinigtes Aussaatmaterial zu verwenden, er lässt es in dem mitgetheilten Experiment auch noch einen Tag liegen, bevor er es in seine Nährflüssigkeit einbringt. Wozu Qu. den Versuch gemacht hat, diese Nährflüssigkeit vorher zu sterilisiren, ist bei solchem Verfahren kaum verständlich. Dass übrigens auch das angewandte Sterilisirungsverfahren (Erwärmen der Flüssigkeit auf 60° C. während je $1\frac{1}{2}$ Stunden, drei Tage nach einander) keineswegs zuverlässig ist, weiss Jeder, der mit solchen Arbeiten vertraut ist. Watteverschluss scheint Qu. auch nicht für erforderlich zu halten: denn in anderen Versuchen züchtet er „in offenen Uhrgläschen, welche unter einer Glocke in völliger Ruhe gelassen wurden".

Wenn Qu. bei der Impfung mit der noch dazu Glycerin-haltigen Flüssigkeit des mitgetheilten Versuchs (wenige Tropfen Flüssigkeit mit einem Stück infectiöser Epidermis) nach 11 Tagen noch Pusteln erzeugen konnte, so wird das wohl Niemand überraschen.

Uebrigens hält es Ref. geradezu für gefährlich mit derartigen „künstlich gezüchteten Vaccine-Organismen", welche in Wirklichkeit nichts anderes als ein gar nicht zu controlirendes Gemisch aller mög-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichen Bakterien sind, Impfversuche an Kindern zu machen und würde nicht erstaunt sein, wenn eine solche Impfung einmal sehr bedauerliche Folgen haben sollte.

Im Anschluss an diese Besprechung, welche übrigens nur mit Rücksicht auf die Veröffentlichung der Quist'schen Arbeit auch in unserer deutschen Presse geschehen ist, möchte Ref. an die wohl noch zu wenig bekannten von Geh. Reg.-Rath Dr. Koch im Kaiserlichen Gesundheitsamte angestellten Untersuchungen über den Virus der Vaccine erinnern, über die in dieser Wochenschrift 1883 S. 500 ausführlich referirt ist.

XII. Die Geburt bei engem Becken. Nach eigenen Beobachtungen und Untersuchungen von Prof. Dr. Litzmann, ord. Professor an der Universität Kiel. Leipzig, Breitkopf und Härtel, 1884. Ref. S. Guttmann.

Im Verlaufe von nahezu drei Decennien baute sich, zumeist gestützt auf die eigenen Beobachtungen des Verfassers das vorliegende Werk auf. Der Letztere nennt es den 2. Theil der vor 23 Jahren voraufgegangenen Arbeit über die Formen des Beckens. In der Einleitung recapitulirt er in Kürze den Inhalt der früheren Arbeit und erläutert ergänzend seinen durch eigene fortgesetzte Beobachtungen, sowie durch die Leistungen Anderer nunmehr gewonnenen Standpunkt über die Gestaltung des Beckens. Hieran fügen sich vier Vorträge über die Geburt bei engem Becken. In den folgenden 3 Vorträgen schildert er den Entwicklungsgang, welchen die Forschung über die Geburt bei engem Becken von ihren ersten Anfängen bis zur Gegenwart eingeschlagen hat. Den Schluss bildet: Klinik der Geburtshülfe bei engem Becken. Hier finden wir durch Epikrisen vervollständigt jene Thatsachen niedergelegt, auf Grund deren L. die leitenden Gesichtspunkte gewonnen hat, aus welchen das vorliegende Werk hervorgegangen ist. Die mitgetheilten Fälle erstrecken sich über einen Zeitraum von 35 Jahren, und erreichte L. mit der fortschreitenden Erfahrung jene Sicherheit in der Beurtheilung der mechanischen Verhältnisse, die ihm gestattete, für die therapeutischen Grundsätze immer nutzbarere Anhaltspunkte zu gewinnen. Diese Beobachtungen und Epikrisen bilden den umfangreichsten Theil des Werkes, welches durchweg Zeugniss ablegt von dem Geiste wahrhafter dem Fortschritte dienender Arbeit, durch welche L.'s Anschauung in stufenweiser Entwicklung sich befestigte. Die Verdienste des Autors sind um so höher anzuerkennen, als, wie nun einmal der Zug der Zeit geht, die moderne Gynäkologie solchen Studien keine besondere Neigung entgegenbringt. Die Erfolge der modernen Gynäkologie haben vielfach nur imaginären Glanz, der da und dort schon verblasst. Um an einem nach heutigem Begriffe nur kleinem Eingriffe zu exemplificiren, so hat die eine Zeit lang bei den variabelsten Anzeigen beliebte Cervix-Amputation glücklicherweise in ihrer unbegrenzten Actualität eine mehr und mehr sich ausdehnende Einschränkung erfahren.

Gerade das vorliegende Buch giebt mit seinen erst durch Jahre lange Arbeit errungenen Erfolgen einen deutlichen Wink, etwas kritischer zu Werke zu gehen und nicht, mit Hintansetzung jener schon früher durch bedeutende Arbeiten geebneten Wege, uns nur auf den neuen Bahnen zu bewegen, bei denen so manche Entgleisung nicht ausbleiben wird. —

Das vorliegende Werk besitzt eine wahrhaft wissenschaftliche zum grössten Theil auf eigene Arbeit fussende Composition, und es bietet erschöpfende Vollständigkeit dar, ohne durch Ueberfüllung zu verwirren. Jeder Vortrag ist zum einheitlichen Bilde abgeschlossen, jede Beobachtung treu gezeichnet. Der Leser wird sich überzeugen, wie sich dieses Werk von den gerade in der Gynäkologie und Geburtshilfe so zahlreich erschienenen Compilationen vornehm abhebt und jeder Leser wird es dankend empfinden, dass ihm ein so schweres Gebiet durch die von dem Autor gewählte Methode in vortrefflicher Weise zugänglich gemacht ist.

XIII. Gynäkologische Mittheilungen. Gratulationsschrift zur Feier des 50jährigen Doctorjubiläums von Friedrich Heinrich Bidder Prof. der Physiologie von Prof. Dr. Ernst Bidder-Petersburg und Dr. A. Bidder-Berlin (früher in Mannheim). Berlin, Verlag von Aug. Hirschwald 1884. Ref. S. Guttmann.

Diese Gynäkologischen Mittheilungen bestehen aus zwei werthvollen, wissenschaftlichen Arbeiten, welche die Autoren in kindlicher Pietät zur Feier des 50jährigen Doctorjubiläums ihrem um die Wissenschaft und speciell um die Physiologie so hochverdienten Vater dem Prof. E. Bidder gewidmet haben.

Die erste Arbeit von E. Bidder behandelt die Vorder- und Hinterscheitellagen. In einem historischen Rückblick weist B. auf die Musterkarte verschiedener Nomenclaturen und Schilderungen des Mechanismus der Lagen hin. Er zeigt wie in den angeregten Fragen wenigstens ebenso viele Meinungen als Köpfe existiren und er nimmt Anlass, an der Hand einer Fülle einschlägiger Beobachtunger, etwas Einheitlichkeit in die Anschauungen zu bringen. Die Schilderung des Verlaufes der gewöhnlichsten Kopflagen der ersten und zweiten Stellungen und derjenigen hinteren Einstellungen, welche in die erste und zweite übergehen, ist das einzige bei allen Autoren Uebereinstimmende, während die Nomenclatur in Kopflagen, Schädellagen, Scheitellagen, Scheitelbeinslagen, Hinterhauptslagen variirt. B. verlangt, dass die Kindslage nur nach der vorliegenden Fläche genannt werde und hätten wir demnach Scheitellage und speciell Hinterscheitellage zu sagen bei Lagen, wo sich der Hinterkopf nach vorn dreht und Untersuchungsbefund, Geburtsmechanismus, Veränderungen am Kindskopf und Sitz der Kopfgeschwulst (hinteres oberes Viertel des einen Schädelbeines) dafür sprechen. Bei der sogenannten 3. und 4. Lage weist B. auf den bei den Autoren offenbaren Widerspruch hin, der sich dadurch manifestirt, dass sie Angaben machen über die Compression des Kopfes im geraden Durchmesser, seine brachycephale Form schildern, und Klage führen über die Erschwerung der Geburt durch den mit seinen grösseren Durchmessern durchtretenden Kopf, während doch, da die obere Stirngegend oder die Gegend der grossen Fontanelle gegen die Symphyse gedrängt ist, genau dieselben Durchmesser durch das Becken gehen, wie bei den ersten und zweiten Lagen. Hiernach kann der Kopf nur, wie es auch der Fall ist, eine Compression des kleinen schrägen Durchmessers erfahren, und zeigen auch die Köpfe, wie B. an einer Reihe von Beispielen demonstrirt, die gewöhnliche Verlängerung im grossen schrägen Durchmesser, eine auf den hinteren Partien der Scheitelbeine sitzende Kopfgeschwulst und Abplattung der Stirnbeine. Bei dieser dritten und vierten Schädellage ist auch die Bezeichnung Hinterscheitellage am Platze, indem der hintere Theil der Scheitelbeine auch hier der führende Theil ist. Obgleich die grosse nahe der vorderen Beckenwand stehende Fontanelle leichter erreicht wird, so bleibt sie doch fixirt, während der Hinterscheitel den Bogen durch Beckenhöhle und Ausgang beschreibt. Danach scheidet B. vier Hinterscheitellagen, wobei die erste und vierte, die zweite und dritte in einer gewissen, vielfach erörterten Beziehung stehen — und diesen gegenüber stellt er an der Hand von präcisen Beobachtungen die Vorderscheitellagen (frontoccipitale Abplattung, Verlängerung in perpendiculärem Durchmesser, Sitz der Kopfgeschwulst auf der Gegend der grossen Fontanelle). Der ausführlich dargestellte Mechanismus, die Aetiologie der Vorderscheitellagen und hinteren Stellungen der Hinterscheitellagen, der Verlauf der Geburt, die Prognose, Leitung der Geburt, Operatives bilden den weiteren Inhalt der werthvollen Arbeit E. Bidder's — und ist sein Wunsch, nicht, wie er will, durch eine, sondern durch seine Revision der Systematik der Schädellagen Wandel in der Nomenclatur herbeizuführen, ein gewiss berechtigter.

A. Bidder berichtet über zwei durch die Art der Rückbildung resp. Heilung bemerkenswerthe Fibromyome des Uterus bei zwei Schwestern. In dem einen Falle handelt es sich um die Rückbildung eines riesigen Tumors, in dem andern um die spontane Ausstossung eines kleinen interstitiellen Fibromyoms.

Unter dem Gebrauch von Ext. Secal. bis depuratum (Wernich) innerlich und später subcutan und Umschlägen von Kreuznacher Mutterlauge, (da nach dem Befunde der Untersuchung ein grosses das ganze Corpus uteri einnehmendes Fibromyom angenommen werden musste), schwankte zunächst die Geschwulst des ersten Falles durch An- und Abschwellung in der Zeit der Menstruation und bildete sich von einer Geschwulst, die den Unterleib einnahm, zu einem Tumor zurück, der kaum noch etwa die Grösse eines im 3. Monate schwangeren Uterus besass. Der Umfang des Tumors nahm erst von dem Moment ab, als das Secaleextract subcutan angewandt wurde, doch meint Bidder, dass von da ab nur eine Neigung und Fähigkeit des Tumors zur Rückbildung hervorgetreten sei. Erst nach Monaten, also gewiss nicht mehr abhängig von der Ergotincur, trat die fast vollständige Involution ein, sodass doch wohl eine spontane Rückbildung angenommen werden muss. Der Fall betraf eine 43 J. alte im 13. Lebensjahr menstruirte aus gesunder Familie stammende Jungfrau.

Der zweite nicht weniger instructive Fall betrifft die 35 Jahre alte verheirathete Schwester jener Pat., welche einmal regelrecht geboren und einmal abortirt hatte. Bei dieser handelte es sich um ein in der vorderen Wand sitzendes, intraparietales Fibromyom, welches nach einer, zu diagnostischen Zwecken ausgeführten Dilatation des Cervix mit Laminaria und nach dadurch aufgetretener theilweiser Gangrän der Uterusschleimhaut sich spontan auszustossen suchte und die versuchte Ablösung leicht machte. Nach der Heilung trat, trotz der theilweisen umfangreichen Abstossung necrotischer Uterusschleimhaut Conception ein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XIV. Referate und Kritiken aus der medicinischen Literatur Russlands. Ref. Dr. Buch-Helsingfors.

(Schluss.)

7. W. Stange: Der Steppenkumys und seine Anwendung als Heilmittel bei Leiden der Respirations- und Verdauungswege. Diss. St. Petersburg 1883. 8°. 86 S. 6 lith. Curven (russisch.)

Der Kumys wird namentlich in Russland immer allseitiger als mächtiges Heilmittel anerkannt, und ist die russische Literatur über den Gegenstand in Russland schon eine recht bedeutende und zum Theil von grossem Werth. Verf. zählt allein 56 Arbeiten auf und davon 33 in russischer Sprache. Die vorliegende verdienstliche und umfassende Arbeit, welche auf zweijähriger Beobachtung eines grossen Krankenmateriales und selbständigen chemischen Untersuchungen fusst, führt zu folgenden Hauptschlüssen:

1. Die Steppe bietet folgende Eigenthümlichkeiten dar, welche in der Kumysbehandlung eine grosse Rolle spielen: Reichliches Grasfutter, eine besondere, milchreiche Art von Steppenstuten, trockene, heisse Sommer und hohen atmosphärischen Druck.

2. Der Samara'sche Steppenkumys zeichnet sich vor dem Moskau'schen und St. Petersburg'schen durch grössere Mengen von Eiweiss und Fett aus bei fast gleichem Zuckergehalt. Die Procentgehalte an Alkohol und Milchsäure stehen in umgekehrtem Verhältnisse zu einander. Im Samara'schen Kumys ist mehr Alkohol und weniger Milchsäure enthalten, im Petersburger weniger Alkohol und mehr Milchsäure.

3. Die Gährung des Steppenkumysses ist 30 Stunden nach dem Ansäuern beendet, die chemische Zusammensetzung bleibt nach Verlauf dieser Zeit unverändert.

4. Das Kumysferment nährt sich die ersten 30 Stunden nur von Zucker.

5. Die mittlere Tagesdosis von 5 Litern bildet durch ihren Gehalt an Eiweiss und Fett eine reichliche Diät; die Menge von Kohlenwasserstoffen und Salzen ist geringer als zur Erhaltung eines mittleren Menschen bei gewöhnlicher Arbeit erforderlich ist. Fügt man nun eine geringe Quantität Kohlenwasserstoffe und Salze hinzu, so erhält man eine reichliche Diät, die allen wissenschaftlichen Forderungen der Jetztzeit entspricht.

6. Die Tagesquantität an Harnstoff wächst bei dieser Diät. In Samara erreicht diese Vermehrung 100 Proc., während sie in Petersburg nicht 50 Proc. übersteigt.

7. Auf die Temperatur des gesunden Menschen hat der Kumys keinen Einfluss. Bei chronischen Krankheiten, die von fieberhaften Zuständen begleitet sind, beobachtet man oft neben der allgemeinen heilenden Wirkung eine Herabsetzung der Temperatur oder ein Fallen derselben bis auf die Norm.

8. Chronische Bronchitiden werden mit Kumys vortrefflich geheilt; bei Schwindsucht sind die Resultate um so besser, je weniger locale Erscheinungen vorhanden sind und je niedriger die Temperatur ist; bei rasch verlaufenden Formen mit hoher Temperatur wird Kumys nur in Ausnahmsfällen vertragen und eine günstige Wirkung davon beobachtet.

9. Katarrhe des oberen Abschnittes der Verdauungswege werden erfolgreich mit Kumys behandelt; von den Erkrankungen des Dickdarmes werden am besten die von Diarrhoe begleiteten geheilt.

10. Am wirksamsten ist die Kumyskur bei Ernährungsstörungen: Anämie, Chlorose, Malariacachexie. Hier erfolgt gewöhnlich volle und gründliche Genesung.

8. S. P. Tomaschewsky: Ueber die Entfernung der primären syphilitischen Verhärtung und ihren Einfluss auf den weiteren Verlauf der Syphilis. (Inaug.-Diss. St. Petersburg 1883. 8°. 198 S.. russisch).

Verf. kommt auf Grund von 50 operirten Fällen zum Schluss, dass das Ausschneiden der primären Verhärtung den weiteren Verlauf der Krankheit in keiner Weise verändert, mithin für die Krankheit selbst vollständig irrelevant ist und höchstens nützlich insofern, als der locale Process abgekürzt wird, denn es tritt fast stets Verheilung per primam ein, und Recidive wurden nur höchst selten beobachtet. Bei Durchsehen der Fälle jedoch erweist es sich, dass alle mehr oder weniger fortgeschrittene harte Schanker betrafen. Für das primäre noch nicht zerfallene Knötchen ist also die Frage nach wie vor offen.

9. Unter dem Namen „Semskaja Medicina" hat in St. Petersburg ein wöchentliches Organ für die russischen Landschaftsärzte zu erscheinen begonnen. (Wratsch No. 12.)

XV. Rudolf Virchow's Vortrag über Metaplasie auf dem Kopenhagener internationalen Congresse wird in dem von ihm nun seit fast vier Decennien geleiteten Archiv erscheinen. Wenn wir in dieser Nummer eine eingehende Analyse desselben bringen, so wollen wir dadurch die Lectüre des Vortrages selbst keineswegs ersetzen. Der Vortrag gehört bei seinem Reichthum an werthvollen Einzelheiten, vor Allem aber durch seine principiellen Ausführungen zu den besten Arbeiten Virchow's dieser Art und reiht sich würdig den zahlreichen leitenden und orientirenden, grundlegenden Artikeln an, mit denen er sein Archiv von jeher zu bereichern und zu schmücken verstand. Unsere Leser werden nach der Lectüre der von uns gebrachten Analyse am besten zu beurtheilen vermögen, welchen Werth es besitzt, dass die französischen Referenten sich den Anschein geben, als hätten sie von Virchow nichts Neues zu erfahren gehabt, wobei es sich anscheinend um ein mot d'ordre auf der ganzen Linie handelt. Wir sind wahrlich keine blinden und kritiklosen Bewunderer Virchow's, aber abgesehen von Pasteur hätten die französischen Mediciner in Kopenhagen sich gratuliren können, hätten sie ein so gewichtvolles Zeugniss für den Ernst und die Erfolge ihrer Forschung dorthin mitgebracht, wie Virchow's Vortrag über Metaplasie es war.

XVI. Biographisches Lexikon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker. Unter Specialredaction von Dr. A. Wernich, Priv.-Doc. an der Universität Berlin, herausgegeben von Dr. Aug. Hirsch, Prof. der Medicin. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, Bd. I. Ref. P. Boerner.

I.

Wir haben schon früher, als uns der Prospect dieses umfassenden Werkes vorlag, auf die Bedeutung desselben aufmerksam gemacht und erfüllen jetzt eine angenehme Pflicht indem wir mittheilen, dass der erste Band fertig vorliegt.

Man darf sich freuen, dass der Sinn für die Kenntniss der geschichtlichen Entwicklung der Medicin in den letzten Jahrzehnten immer mehr Freunde unter den Aerzten sich wiedererworben hat, denn es lässt sich nicht läugnen, dass gerade der gewaltige Aufschwung der Medicin am Ende des vorigen Jahrhunderts bis in die ersten vier Jahrzehnte des jetzigen das Interesse an der Disciplin, welcher das vorliegende Werk gewidmet ist, zurückgedrängt hatte. Der Triumph der experimentellen Physiologie, der pathologischen Anatomie und der auf sie aufgebauten neuen Diagnostik schien die Geister der Mediciner so vollständig in Anspruch zu nehmen, dass diejenigen Gebiete der Gesammtwissenschaft, bei denen ein eigentlicher materieller Nutzen nicht vorliegt, weit zurückgedrängt wurden. Gerade der neusten Wiener Schule schien der Sinn für das geschichtliche Werden ganz abhanden gekommen zu sein, wie Virchow bei mehreren Gelegenheiten warnend und tadelnd nicht mit Unrecht glaubte betonen zu müssen. Virchow selbst, darin seinen grossen Lehrern Johannes Müller und Schönlein nachfolgend, dann auch Männer wie Henle, Frerichs, Wunderlich u. A. bilden abgesehen von den Fach-Historikern glänzende Ausnahmen. Es ist hier nicht der Ort, auf die grossen Verdienste hinzuweisen, welche sich dem gegenüber in unermüdlicher Arbeit, die von dem grossen Publikum noch dazu meistens ignorirt wurde, die eigentlichen Historiker der Medicin in Deutschland, wie z. B. Haeser, um die Geschichte der Medicin erworben haben. Eine reife Frucht ihrer Arbeiten und Bestrebungen ist auch das biographische Lexikon.

Wer mit solchen Unternehmungen vertraut ist, der weiss zur Genüge die Fülle von Arbeiten zu ermessen, die schon die Vorbereitungen in Anspruch nehmen. Ist bezüglich dieser irgend etwas versehen, so macht sich das für die Redaction nur zu schnell geltend, und schwer ist die Möglichkeit des Gutmachens später noch gegeben. Auch der Redaction dieses Werkes sind solche Erfahrungen nicht erspart worden, aber zur rechten Zeit noch hat die Leitung, irren wir nicht, in rascher Erkenntniss dessen, was sich nicht bewährte, Wandel geschafft und sich neue Grundlagen erworben. Der practische Tact und besonders die Vertrautheit mit den verschiedensten Gebieten der Medicin macht den Special-Redacteur, welchem von der redactionellen Arbeit zweifellos der Löwenantheil übertragen worden ist, höchst befähigt für eine solche Stellung. Man darf nie vergessen, dass auch ein solches Werk gerade für die practischen Aerzte bestimmt ist, und dass man daher, als Redacteur, die Bedürfnisse der letzteren kennen muss, wie dies bei Herrn Wernich gerade in vollem Maasse zutrifft.

Wir behalten uns vor, auf die Einzelheiten des ersten Bandes in weiteren Artikeln noch einzugehen und begnügen uns heute damit, die allgemeine Bedeutung des Werkes hervorzuheben mit dem Wunsche, dass die Verbreitung des Biographischen Lexikons dem inneren Werthe desselben entsprechen möge.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XVII. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 13. November 1883.

Vorsitzender: Herr Bülau.
Schriftführer: Herr Korach.

Herr Lauenstein stellt einen Kranken vor, dem die osteoplastische Resection des Fusses nach Mikulicz wegen Caries gemacht worden ist. Der Pat. wurde am 21. Februar d. J. in das Seemannskrankenhaus aufgenommen. Zur Anamnese gab Pat. an, dass er vor 5 Jahren an einer Knochenaffection des Vorderarmes gelitten habe; die Anschwellung des Fusses besteht seit $1^1/_2$ Jahr angeblich als Folge einer Verstauchung. Der Fuss war unterhalb der Malleolen stark geschwollen, an der Innenseite bestand eine, dünnen Knocheneiter secernirende Fistel, an der Aussenseite waren Narben früherer Fistelgänge vorhanden. Zu beiden Seiten der Achillessehne lagen Wülste, welche Pseudofluctuation gaben und sich bei der Operation als fungöse Granulationen erwiesen. Vortragender versuchte es Anfangs mit dem Evidement des hinteren Talocalcaneusgelenks und des Sinus tarsi, welche den Ausgangspunkt der Erkrankung zu bilden schienen; sehr bald recidivirte jedoch der Process und es bildeten sich Eitersenkungen den Beugesehnen entlang bis zur Planta pedis und im Verlauf der Peronealsehnen. Da sich auch das Allgemeinbefinden des Pat. verschlechterte, entschloss sich Vortragender zur osteoplastischen Resection des Fusses nach Mikulicz. Die Operation wurde am 24. März ausgeführt; nach Entfernung der erkrankten Partien hing der Fuss mit dem Unterschenkel durch eine nur 3 Finger breite Brücke zusammen. Die Heilung verlief ohne Störung, so dass Pat. bereits am 15. Mai mit einem Gipsverband entlassen werden konnte.

Die Verlängerung der operirten Unterextremität beträgt 3 cm, welche durch eine Erhöhung der Sohle auf der gesunden Seite ausgeglichen sind.

Dieselbe Operation hat Vortragender bei einem Patienten wegen cariöser Zerstörung des Talus, Calcaneus und Malleolus internus gemacht. Die Heilung verlief ohne Störung und war der Vorderfuss bereits fest mit dem Unterschenkel verheilt, als Pat. der, bereits vor der Operation bestehenden Lungenphthise erlag.

Herr Lauenstein liefert ferner einen Beitrag zur Lungenchirurgie.

Der vom Vortragenden operirte Fall betrifft einen 37jährigen Seemann, welcher bis vor $1^1/_2$ Jahren völlig gesund gewesen sein will; seit dieser Zeit klagt Pat. über starken Husten mit reichlichem übelriechenden Auswurf. Bei der Aufnahme des abgemagerten Kranken in das Hospital besteht hohes Fieber, starke Dyspnoe mit Expectoration sehr putrider, copiöser Sputa. In denselben finden sich Eiterkörperchen, elastische Fasern, verfettete Lungenepithelien, Fettkrystalle; Tuberkelbacillen waren niemals vorhanden. Die Untersuchung der Lungen ergab über der rechten Spitze leeren tympanitischen Percussionsschall bis zum oberen Rand der III. R., hinten bis ein Fingerbreit nach abwärts von der Spina scapulae; daselbst lautes amphorisches Athmen und metallisch klingende Rhonchi; beim Oeffnen des Mundes schien der Percussionsschall V. R. O. etwas höher zu sein, als bei geschlossenem Munde. Im Bereich der unteren Lungenabschnitte, sowie der ganzen linken Lunge zahlreiche grobe feuchte Rhonchi. Inhalationen von desinficirenden Medicamenten waren wirkungslos; das Sputum blieb copiös und übelriechend. Eine Probepunction im I J. C R. entleerte eine geringe Menge putrider Flüssigkeit. Da die Punctionsnadeln keine Excursionen mit den verschiedenen Respirationsphasen machten, wurde eine Verwachsung der Pleurablätter an dieser Stelle angenommen. Das Befinden des Pat. verschlechterte sich zusehends, und so entschloss sich Vortragender zur Operation. Nach Resection eines $3^1/_2$ cm langen Stückes der II. Rippe gelangte man mit der Kornzange (der Thermokauter versagte seinen Dienst) durch das vorliegende Lungengewebe in ein System von derbwandigen Hohlräumen, aus welchen eine geringe Menge mit Luft vermengten Blutes austrat; eine stärkere Blutung erfolgte nicht. Nach Ausspülung mit Carbolsäure wurde in die Höhle ein 9 cm langes Drainrohr eingeführt und ein typischer Listerverband angelegt. Der operative Eingriff wurde gut ertragen; der Verband wurde Anfangs täglich, später alle 2 Tage erneuert und jedesmal ein neues Drainrohr eingelegt. Nach Ausspülung der Wundhöhle mit Carbolsäure, welche später wegen Carbolerscheinungen mit Salicylsäure vertauscht wurde, wurde die Wunde mit Jodoformborsäure ausgefüllt, um das sehr übelriechende Secret gleich bei seiner Entleerung zu desinficiren. $1^1/_2$ Tage nach der Operation waren die Sputa noch blutig tingirt; das Secret wurde allmählich weniger übelriechend, mit Abnahme des Fiebers besserten sich Appetit und Allgemeinbefinden, so dass Pat. nach völliger Vernarbung der Wunde in 8 Wochen wieder seinen anstrengenden Dienst versehen konnte. Nach einiger Zeit brach die Narbe wieder auf und entleerte sich eine grosse Menge übelriechenden Secrets; sehr bald trat jedoch von Neuem Vernarbung ein. Gegenwärtig besteht noch Dämpfung R.O., jedoch weder amphorisches noch Bronchialathmen an dieser Stelle; die noch vorhandenen Rhonchi ohne metallischen Beiklang. Die Rhonchi, welche früher über dem r. Unterlappen und im Bereich der linken Lunge zu hören waren, ganz verschwunden, die Sputa sind noch immer sehr reichlich, jedoch gar nicht übelriechend, so dass, wenn auch nicht von völliger Heilung die Rede sein kann, die Besserung eine ganz auffallende ist.

Herr Gläser demonstrirt das Herz eines 45jährigen Mannes, welcher nach 48stündigem Aufenthalt im Krankenhaus verstorben ist.

Intra vitam bestand bei sehr hohem bis zur Norm remittirendem Fieber, complete linksseitige Hemiplegie, vollständige Lähmung des l. Abducens, unvollständige der unteren Facialisäste.

Auffallend war die enorme Athmungsfrequenz (70—80 in d. M.) bei nur geringer Infiltration der rechten Lunge; im Gegensatz hierzu stand die subjective Euphorie des Mannes.

Das Herz von normaler Grösse, die Töne nicht vernehmbar. Bei der Obduction erwies sich das Gehirn ganz intact. Im r. Oberlappen ein kinderfaustgrosses Infiltrat, im l. Unterlappen ein frischer Infarct. Der linke Ventrikel mässig erweitert; die hintere Aortalklappe durch Endocarditis bis auf den freien Schliessungsrand zerstört; auch im rechten Ventrikel finden sich endocarditische Auflagerungen, jedoch ohne Zerstörung der Klappen.

Herr Gläser demonstrirt eine Cystenentartung der Leber und Nieren eines an Hirnhämorrhagie verstorbenen 73jährigen Mannes; die Cysten in der Leber stehen in keinem Zusammenhang mit den Gallengängen. Das Gewicht der Nieren betrug 1500 rsp. 2000 Gramm.

Herr Krüger demonstrirt eine bronchiektatische Caverne eines an Hämoptoe gestorbenen 40jährigen Mannes. Die Quelle der Blutung fand sich in einem in der Höhle befindlichen wandständigen Aneurysma des l. Astes der Pulmonalarterie.

Das Autoreferat über den Vortrag des Herrn Curschmann. (Siehe diese No. S. 564).

(Schluss der Sitzung $9^3/_4$ Uhr.)

XVIII. Arco.

Wenn vor Allem in Deutschland die Zeiten immer wiederkehren, in denen ein radicaler und darum so recht muthig erscheinender Skepticismus alle klimatischen Kurorte für nutzlos erklärt, so ist er stets sicher, zahlreiche Gläubige zu finden. Zum Theil hat dies darin seinen Grund, dass neue Theorieen auftauchen, die man nach gewohnter Weise am liebsten sofort für die Praxis maassgebend erklären möchte, ehe sie noch allseitig fundirt und geprüft worden sind, uneingedenk dessen, dass man in der practischen Medicin zumeist Gleichungen mit vielen Unbekannten zu lösen hat. Zum Theil sind aber die klimatischen Kurorte selbst oder ihre Leiter, beziehungsweise ihre Protectoren daran schuld. Sie nehmen den Mund zu voll, sie halten ihre Kurmittel für universelle und sie sind mimosenhaft empfindlich gegen jede, auch die objectiveste Kritik. Wo die materiellen Interessen ins Spiel kommen, wächst der Eifer der Menschen, selbst auf die Gefahr hin einseitig zu werden. Datirte doch ein in der Wolle gefärbter Idealist H. E. Richter den Aufschwung der Bewegung für die Standesrechte der Aerzte zurück auf die Verordnung eines preussischen Ministeriums, welches den Preis der subcutanen Injection auf „fünf Silbergroschen“ festsetzte.

Indessen die klimatischen Kurorte pflegen sich von solchen Angriffen immer recht bald wieder zu erholen. Ihre unzerstörbaren Vorzüge, die Wahrnehmung, dass sie nun einmal nicht zu entbehren sind und dass einem ganz hervorragendem Bedürfnisse der Heilkunde nur durch sie Rechnung getragen werden kann, pflegt die Skeptischsten zu bekehren. Sind nun die Leiter und vor Allem die ärztlichen Berather klug, so machen sie sich auch die schärfste Kritik zu Nutze, denn fast jede birgt, so ungerecht ihr allgemeiner Charakter auch sein mag, Wahres und der Berücksichtigung Werthes. Besonders in hygienischer Beziehung ist, vor Allem in den südlichen Kurorten, eine Revision nur allzuoft nöthig.

Arco, dem wir heute ein paar Worte widmen wollen, hat sich in verhältnissmässig kurzer Zeit ein grosses Vertrauen in weiteren Kreisen errungen, jedoch ist immer Norddeutschland bei dem steigenden Besuche des Kurortes noch relativ wenig betheiligt. In dem an Naturschönheiten überreichen Sarkathal gelegen, nach drei Seiten von Bergen geschützt, nur nach Süden, dem Garda-See zu offen, zeichnet sich Arco durch Windstille und eine grosse Zahl sonnenklarer Tage auch während des Winters aus. Sein Klima hat alle Berechtigung, ein südliches genannt zu werden. Selbst sehr reizbaren

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Kranken bietet Arco die Möglichkeit, auch während der Wintermonate mehrere Tagesstunden im Freien zu verleben, sei es in dem ausgedehnten Park oder in Gärten und Olivenhainen, und stete Abwechslung zu finden auf den zahlreichen Spazierwegen künstlichster Art. Hiernach regeln sich die Indicationen für Arco, das, ohne dass wir auf eine kritische Vergleichung mit ähnlichen klimatischen Kurorten hier eingehen wollen, zweifellos seine besonderen Vorzüge besitzt und damit eine eigenartige Stellung in der Klimatotherapie beanspruchen kann. Es kommt dazu, dass, worauf wir hervorragend Gewicht legen, die hygienischen Verhältnisse vortrefflich sind, und das Leben einen ländlichen Charakter im besten Sinne besitzt, während der Deutsche keines der wesentlichen Elemente seiner heimathlichen Kultur zu entbehren gezwungen ist, (selbst den Kachelofen nicht) und dass die Preise sich innerhalb mässiger Grenzen befinden. Der Verkehr mit Deutschland ist bequem. Man fährt in ca. 25 Stunden von Berlin mit dem nach Rom gehenden Zuge durch bis Mori hinter Trient und von dort in 1½ Stunden nach Arco selbst, vom Rhein aus trachtet man am besten darnach, den Courierzug über den Brenner in München zu erreichen. Am besten trifft man im Beginne des September in Arco ein, wo die Kurzeit bis zum 1. Mai dauert.

Wenn ich gern auf diese Verhältnisse gerade die norddeutschen Collegen aufmerksam mache, so erfülle ich damit doch noch eine andere mehr persönliche Pflicht. Einer der ältesten Freunde und Mitarbeiter dieser Wochenschrift, der mit Fritz Sander, ich darf wohl sagen, ihr Pathendienste geleistet und trotz aller Differenzen im Einzelnen unwandelbar treu geblieben ist, Ludwig Rohden, hat seine ärztliche Thätigkeit für die Zukunft wesentlich an Arco geknüpft. Es wird ihm freilich gehen, wie Schultze-Delitzsch, dem man diese Bezeichnung nicht entzog, als er längst Abgeordneter für Berlin war. Auch Rohden wird uns Allen noch Rohden-Lippspringe bleiben, wenn er schon in Arco volles Heimathsrecht sich erworben hat. Dass dem so sein wird, gereicht ihm nicht wenig zur Ehre und ruft von Neuem das Bedauern wach, dass er, vielleicht in persönlichem Missmuth, einer Stellung entsagt hat, in der er Vortreffliches nicht nur für Lippspringe selbst zu leisten wusste, das ihm überaus viel verdankt, sondern auch durch die Formulirung und energische Durchführung einer eminent hygienischen Kurmethode, seine Wirksamkeit zu einer, die allgemeine Therapie der Constitutions-Anomalieen fördernden zu erweitern verstand. Ein schneidiger Polemiker ist Rohden nicht unangefochten durch das Leben gegangen und hat dies am Ende auch nicht gewollt. Nicht Wenige, die er hart gezaust, trugen es ihm natürlich auch dann noch nach, als er die strittigen Fragen selbst längst überwunden hatte. Aber wenn man jetzt, da für Rohden eine neue Periode seiner Thätigkeit beginnt, die Grundsätze sich vergegenwärtigt, die er und, im Bewusstsein ihrer Wahrheit, oft mit Leidenschaft auf dem Gebiete der Therapie der Constitutions-Anomalien und speciell der der Respirations-Organe vertreten hat, so erkennt man recht, wie viel er kritisirend und klärend, aber auch aufbauend genützt hat und wie hoch er über so Vielen seiner Gegner steht, denen es so schwer wird zu vergessen, was sie von ihm gelernt haben.

Indessen dem sei nun wie ihm wolle, zürnten wir Rohden, dass er Lippspringe verliess, mochte er auch in seinem Freunde Koeniger einen Nachfolger gefunden haben, mit dem er sich eins weiss in den wesentlichen Anschauungen, so freuen wir uns, dass er seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit doch nicht so niedrig schätzt, um der gewohnten liebgewordenen Thätigkeit ganz zu entsagen, und dass er sich entschlossen hat, in Arco, wie er sich bescheiden ausdrückt, „Landsleuten mit seiner Erfahrung und Kenntniss des dortigen Landes und Volkes hilfreich zu sein". Er wählte Arco, weil er „von keinem Winter-Kurorte eine so grosse Anzahl von Besserungen und Heilungen zurückerhielt" und wir meinen die idelle Verbindung mit Lippspringe ist für Rohden auch jetzt keineswegs gelöst, im Gegentheil sie wird ihm viele hilfreiche Combinationen ermöglichen. Rohden-Lippspringe, so wollen wir fortfahren ihn zu nennen, wird in Arco aber keinen Ruheposten finden. Seine Erfahrungen, die er auf der rothen Erde gesammelt und kritisch gesichtet hat, begleiten ihn dorthin, vor Allem aber das Vertrauen so vieler Collegen in Deutschland und das seiner überaus zahlreichen Patienten. Dass er fortan in Arco weilen wird, bringt uns in Nord- und West-Deutschland diesen aufblühenden Kurort noch näher, und im eigensten Interesse desselben wünschen wir, dass man der Thätigkeit eines Rohden dort keine Schwierigkeiten nativistischen Ursprungs bereiten möge. P. B.

XIX. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

II.

Verhandlungen in den Sectionen.

2. Section für Psychiatrie und Neurologie.

(Schluss.)

An demselben Tage sprachen noch Paetz („die Arbeitscolonien als Glied der Behandlung von Geisteskranken") und Kjellberg „der Einfluss der Schulen auf die Entstehung von Geisteskrankheiten".

Kjellberg citirte in seinem (in französischer Sprache verlesenen) sehr eingehenden Vortrage ein älteres von ihm verfasstes Mémoire „influence du régime scolaire et des méthodes de l'enseignement actuel sur la santé de la jeunesse", das im Jahre 1880 dem internationalen Congresse in Brüssel vorgelegt wurde. Wie er hier bereits ausführlich dargethan hat, sind die Schulkinder genöthigt, den grössten Theil des Tages in geistiger Beschäftigung zu verbringen, und die Arbeit erstreckt sich oft bis tief in die Nacht hinein. Vom physiologischen Standpunkte aus hat K. ebendaselbst dargelegt, dass eine so andauernde Arbeit selbst Individuen von reiferem Alter nicht ohne vielfache Vorsichtsmaassregeln auferlegt werden dürfte, und für die normale Entwicklung des Kindes als höchst gefährlich anzusehen ist. Er hat auch die Gefahren hervorgehoben, die aus dem Mangel an Schlaf hervorgehen, der durch die übermässige Schularbeit bedingt ist, und hat die Aufmerksamkeit auf die „unbestreitbare Thatsache" gelenkt, dass die sitzende Lebensweise, zu welcher die jungen Schüler gezwungen sind, auf deren ganze körperliche Entwickelung einen schwächenden Einfluss ausübt. Die ganze Lebensenergie bleibt auf einem niedrigeren Niveau stehen als in der Norm, die Symptome der „Schwäche" erscheinen ungewöhnlich früh, und diese allgemeine Schwäche wird später auf die Descendenten übertragen.

K. hat nun direct in einer Reihe bezüglicher Krankengeschichten das Uebermaass geistiger Arbeit als ätiologisches Moment nachweisen können. Indem er diese Fälle sämmtlich Revue passiren lässt, ergiebt sich eine bemerkenswerthe Analogie in ihrem Verlaufe. Das erste Krankheitszeichen ist Kopfschmerz, der von einem Gefühl von Schwere oder Hitze begleitet auftritt. Alsdann kommt die Schlaflosigkeit; der von Anstrengung erschöpfte Patient legt sich hin, kann aber keine Ruhe finden, weil die einmal angeregten und seine Aufmerksamkeit beschäftigenden Ideen ihn ununterbrochen wach halten. Später fühlt der Kranke eine eigenthümliche Unfähigkeit zu appercipiren und irgend etwas im Gedächtnisse zu behalten; endlich ein allgemeines Gefühl von Widerwillen, von Oppression mit Angst und quälender Unruhe. Seine Stimmung ist wechselnd, der jugendliche Frohsinn verschwindet, ein Gefühl von Absperrung und Entmuthigung macht sich dagegen geltend. — Dies sind die primären und regelmässigen Manifestationen eines Uebermaasses von Arbeit, deren unmittelbare Ursache in einem vermehrten Zuflusse zu gewissen Rindengebieten des Gehirns, einer „partiellen chronischen Congestion der grauen Substanz" gesucht werden muss. Zwei Noxen wirken dabei zusammen, die zu lange gespannte excessive Aufmerksamkeit und die Schlaflosigkeit, während ausserdem die Inactivität des Muskelsystems begünstigend mitwirkt.

Als secundäre Symptome sind anzusehen: eine plötzliche Schwäche des willkürlichen Muskelapparates, Krampferscheinungen, Hallucinationen des Gesicht-, Gehör-, und Gefühlsinns, impulsive Instincte, und plötzlich eintretende Bewusstseinspausen.

Auch die Untersuchungen in den schwedischen Schulen über den Zustand des Sehorgans haben ein sehr beunruhigendes Resultat geliefert. In den unteren Schulklassen fand man 3 bis 10 Proc. Myopen; in den oberen stieg ihre Zahl bis auf 51 Proc. Die Untersuchungen über den allgemeinen Gesundheitszustand der Schulkinder ergaben hinsichtlich der gesammten Körperentwickelung, der Ernährung und Blutbildung ähnliche Resultate. „Gleichzeitig muss nothwendig auch die seelische Entwickelung Schaden leiden, nicht allein bei Einzelnen, sondern bei der Mehrzahl der Tausende, welche die modernen Schulen alljährlich passiren, und wachsende Gefahren bedrohen somit nicht blos die Jugend, sondern die Nationen in ihrer Gesammtheit. Der grosse Zug der modernen Erziehung ist auf einen Abweg gerathen, der in's Wüste und Bodenlose zu führen droht; die ärztliche Wissenschaft hat die Gefahr aufgezeigt, ihrer jüngsten Tochter, der Psychiatrie, kommt es zu, in die richtigen Bahnen zurückzulenken." — An diesen Vortrag knüpften sich einige Bemerkungen von Lunier, der auf die Bedeutung der Onanie als ätiologischen Moments aufmerksam machte und im Zusammenhange damit betonte, dass man es bei den geistigen Störungen der Schulkinder wesentlich mit Depressivsymptomen zu thun habe.

In der folgenden Sitzung sprach Prof. Ball aus Paris über die Erblichkeit bei der allgemeinen progressiven Paralyse. B. stellte hierüber folgende Sätze auf: 1) Die directe Vererbung ist bei der allgemeinen Paralyse ziemlich selten. 2) Die Familien der Paralytiker bieten in ihrem allgemeinen Verhalten charakteristische Züge dar, und zwar a) die Longävität der Ascendenten, b) die grosse Zahl der Kinder, c) die geringe Häufigkeit der im engeren Sinne so bezeichneten Geisteskrankheiten, d) dagegen die sehr grosse Häufigkeit von Gehirnaffectionen, und e) die erhebliche Mortalitätsziffer bei den Kindern im niedrigen Alter. 3) Die Paralytiker erben also eine besondere Tendenz zu Gehirnaffectionen, und diese Tendenz prädisponirt sie zu der Krankheit, von welcher sie später ergriffen werden; ihre Familien, in ihrer Totalität aufgefasst, unterscheiden sich in mannichfacher Beziehung von der gewöhnlichen Bevölkerung, in deren Mitte sie leben. — Ein Theil dieser Sätze wurde von Ball's Landsmann und Collegen Lunier bestritten und die Beweiskräftigkeit der von B. beigebrachten Statistik in Zweifel gezogen.

Wir anticipiren hier gleich einen in einer späteren Sitzung gehaltenen Vortrag von Dr. Rohmell, der ein verwandtes Thema betraf, nämlich die Rolle der Syphilis bei der allgemeinen fortschreitenden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paralyse. Die Syphilis ist in den Antecedentien der Paralytiker so häufig, dass ihr nothwendig eine Hauptrolle beim Zustandekommen der allgemeinen Irrenparalyse vindicirt werden muss. Die Primärinfection liegt dabei immer um mehrere Jahre zurück und zeigt einen sehr günstigen Verlauf. Ein grosses Contingent derjenigen Sectionsfälle, bei welchen Erkrankungen atheromatöser Art an den Gehirnarterien gefunden werden, betrifft Paralytiker; ferner findet man bei diesen Adhärenzen zwischen Hirnhäuten und Gehirn als wesentliche Läsion — ein Fingerzeig, worin die Einwirkung der Syphilis bei allgemeiner Irrenparalyse sich kundgiebt. Da aber eine specifische Behandlung den Verlauf der Krankheit höchstens zu retardiren, nicht heilend zu beeinflussen scheint, so muss eine eigenthümliche Modification der Syphilis dabei in Annahme kommen. — Ueber die geäusserten Ansichten entspann sich eine Discussion, welche unter Betheiligung von Moebius, Bagénow, Magnan, Lunier, Kjellberg, Rammaer, Friedenreich und dem Vortragenden geführt wurde.

Am 14. August sprachen ausserdem Baraduc über Behandlung chronischer Congestionen und Exsudationen des Rückenmarks durch blasenziehende Schröpfköpfe und Homén über die histologischen Veränderungen und den Verlauf secundärer Rückenmarksdegenerationen (ein Thema, zu welchem eigentlich Pitres, der aber nicht erschienen war, das Referat übernommen hatte).

In der Nachmittagssitzung sprach Eulenburg über vasomotorische und trophische Neurosen. Mit diesen Ausdrücken wird — so führte E. aus — durch zu weite und vage Anwendung derselben vielfacher Missbrauch getrieben. Aufgabe der experimentellen und klinischen Beobachtung müsse es sein, einerseits diesen Missbrauch zu beseitigen, andererseits aber auch die Existenzberechtigung jener Benennungen für gewisse Formen pathologischer Innervationsstörung Zweifeln und Angriffen gegenüber in Schutz zu nehmen, und besonders die Gebiete der Angioneurosen und der Trophoneurosen schärfer, als es bisher im concreten Falle vielfach gelungen, von einander zu sondern.

E. ging dann auf die vasomotorischen Neurosen näher ein, unterschied cerebrale (speciell corticale), bulbäre, spinale und peripherische Formen derselben, Neurosen der Vasoconstrictoren und der Vasodilatatoren, cutane und viscerale Angioneurosen. Als Beispiele der cutanen Angioneurosen bezeichnete er gewisse Erythemformen und Urticaria, als Beispiele der visceralen gewisse Formen von Polyurie, Glykosurie, und vielleicht auch gewisse transitorische Albuminurien.

Die Existenz trophischer Nerven sei, trotz der noch immer von physiologischer Seite aufgeworfenen Bedenken, nicht zu bezweifeln; sie seien für die Pathologie ein unentbehrliches Postulat. Diese unterscheide Trophoneurosen der Haut, des Bewegungsapparates (Muskeln, Knochen, Gelenke), der Drüsen, Eingeweide, Sinnesorgane. Auch die Secretionsneurosen gehören hierher. E. geht näher auf die charakteristischen Eigenthümlichkeiten der Innervationsstörung ein, ihren den einzelnen Nervenbahnen sich anschliessenden Verlauf, ihr in der Medianlinie abschneidendes unilaterales oder symmetrisch-bilaterales Auftreten, ihre Combination mit motorischen und sensiblen Störungen u. s. w., und erklärte sich mit der von Samuel herrührenden Eintheilung im Wesentlichen einverstanden. Die trophischen Innervationsstörungen zerfallen demnach:

a) in solche, denen eine herabgesetzte oder aufgehobene Erregung, eine Anenergie trophischer Nerven zu Grunde liegt (neurotische Agenesien, Atrophien und Aplasien);

b) in solche, die auf einer chronisch gesteigerten Energie trophischer Nerven beruhen (neurotische Hypergenesien, Hypertrophien und Hyperplasien);

c) in solche, bei denen ein acuter, vorzugsweise entzündlicher (neuritischer) Reizzustand trophischer Nerven als Ursache angenommen werden muss (neurotische Dystrophien und Paratrophien).

Evidente Beispiele von a und b liefern u. A. die (einseitigen) neurotischen Gesichtsatrophien und Hypertrophien, sowie die entsprechenden Erkrankungsformen einer ganzen Körperhälfte; ferner die einseitigen und bilateralen Anhidrosen und Ephidrosen. Beispiele von c (Dystrophie in Folge acuter Reizung) liefern, ausser gewissen Folgezuständen traumatischer Nervenverletzung, der Herpes Zoster und gewisse andere Exanthemformen (Pemphigus); ferner der acute Decubitus, das Mal perforant du pied und verwandte Zustände; endlich die bekannte sogenannte Ophthalmia neuroparalytica. Bei der symmetrischen Gangrän scheint es sich nach E. vielleicht um eine Mischform vasomotorischer und trophischer Innervationsstörung zu handeln. —

Am 15. August sprachen u. A. Roth und Friedenreich über amyotrophische Lateralsclerose; ferner Adamkiewicz über Hirnreizung, Hirnverletzung und Hirncompression. Der (durch Demonstration von Zeichnungen und Präparaten unterstützte) Vortrag von A. gipfelte in folgenden Schlussfolgerungen: Compressio, Contusio und Commotio cerebri sind nicht — wie dies von Alters her geschehen — als von einander getrennte Affectionen des Gehirns zu betrachten, sondern stellen im Wesentlichen identische Reizungs- und Lähmungsphänomene derselben dar. Sie haben damit die wissenschaftliche Berechtigung, als gesonderte Krankheitszustände angesehen zu werden, verloren. Wissenschaftlich berechtigt kann demnach seitdem nur die Unterscheidung der drei allgemein pathologischen Zustände des Gehirns sein 1) der Hirnreizung und Hirnlähmung, 2) der Hirnverletzung, 3) der Hirncompression. Letztere hat ihre besondere, für sie charakteristische Pathologie. Wie der Effect der Hirnverletzung von der Art der letzteren abhängt, so ist für die Wirkung der Compression sowohl Art als Grad von entscheidender Bedeutung. Es sind drei Grade der Hirncompression zu unterscheiden.

Der erste ist derjenige, bei welchem die Compression der Compressibilität der Nervenmasse entspricht. Dieser Grad verläuft symptomlos. — Der zweite ist der, bei welchem die Compression die Compressibilität der Nervenmasse übertrifft, ohne jedoch zur Zerstörung zu führen; diesem Grade kommen die der Compression eigenthümlichen Functionsstörungen zu. — Der dritte Grad ist der, bei welchem der Druck gleichzeitig zerstörend auf das Nervengewebe einwirkt; seine Symptome sind von denen eines gewöhnlichen Traumas in keiner Weise verschieden.

XX. Die Cholera.

IX.

1. Weiterer Verlauf der Epidemie.

Wir können auch heute ein stetiges Sichverbreiten der Seuche in Südfrankreich und Italien und in letzterem Lande ausserdem das anscheinend plötzliche Entstehen sehr intensiver Heerde constatiren — wir sagen „anscheinend“, weil auch in Italien die Politik der Vertuschung auf der Tagesordnung steht. Wir wiederholen, je grösseres Terrain sich die Cholera erobert, um so weniger ist an ihr Erlöschen zu denken, um so wahrscheinlicher ihr Erscheinen auch bei uns, sei es schon in diesem, sei es im nächsten Jahre. In Marseille schwankt die Zahl der täglischen Cholera-Todesfälle zwischen 8 und 16, in Toulon zwischen 4 und 8. In den von uns früher bezeichneten Departements nistet sich die Seuche fester und fester ein und nimmt, was von Wichtigkeit ist, im Departement Ost-Pyrenäen entschieden zu. Auch Spanien wird die Quarantäne nichts nützen, mag es richtig sein oder nicht, dass die Cholera schon in Barcelona erschienen ist. Und wenn dies nicht der Fall sein sollte, so liegt lediglich eine Frage der Zeit vor. Spanien wird die gleiche Erfahrung wie Italien machen. Aus letzterem Lande sind am 23. August folgende charakteristischen Nachrichten eingetroffen. Die Zahl der am 22. constatirten Cholera-Erkrankungen und Todesfälle war folgende: in Bergamo 18 Erkrankungs- und 3 Todesfälle; in Campobasso 8 Erkrankungs- und 3 Todesfälle; in Consenza 1 Erkrankungs- und 1 Todesfall; in Cuneo 13 Erkrankungs- und 10 Todesfälle; in Genua, und zwar im Orte Spezia 15 Erkrankungsfälle; Massa-Carrara 5 Erkrankungs- und 4 Todesfälle; Neapel 1 Erkrankungsfall; Parma 1 Erkrankungsfall; Porto-Maurizio 6 Erkrankungsfälle, worunter 2 nur choleraverdächtige, und 3 Todesfälle; Turin 5 Erkrankungsfälle und 2 Todesfälle. Nach einer anderen Meldung aus Genua ist die Cholera in Spezia ganz plötzlich nach einem heftigen Gewittersturme (??) zum Ausbruch gekommen. Bis jetzt kamen hiernach im Ganzen 84 Todesfälle vor. Eine ebenso rasche Zunahme der Krankheit zeigte sich in der Stadt Busca (Provinz Cuneo), wo in den letzten 3 Tagen 108 Erkrankungsfälle und 58 Todesfälle constatirt sind. Beide Orte sind durch einen Militär-Cordon abgesperrt worden, der schwerlich jetzt noch etwas nützen wird.

Auch aus Genf werden mehrere Cholera-Todesfälle gemeldet.

Was die Schutzmaassregeln anlangt, so ist besonders der Kampf gegen Hadern etc. auf der Tagesordnung. Jetzt gilt es Frankreich, Italien etc., und auch Oesterreich-Ungarn hat folgende Verordnung erlassen:

„Wegen der Gefahr der Einschleppung ansteckender Krankheiten wird im Einvernehmen mit der königlich ungarischen Regierung das mit der Ministerial-Verordnung vom 1. Juli 1884 erlassene Verbot der Ein- und Durchfuhr von Hadern, altem Tauwerke, dann von alten Kleidern, gebrauchter Leibwäsche und gebrauchtem Bettzeuge, insofern diese Gegenstände für den Handel bestimmt sind, aus Frankreich, Algier und Tunis auf Italien ausgedehnt. Diese Verordnung tritt mit dem Tage, an welchem sie den betreffenden Zollämtern, beziehungsweise Seesanitäts-Behörden bekannt wird, in Kraft.“

2. M. v. Pettenkofer's neueste Erklärung.

Prof. v. Pettenkofer hat in der Allgemeinen Zeitung in München einen Artikel über Cholera auf Schiffen veröffentlicht, auf den wir noch zurückkommen.

Ausserdem wendet er sich in einer Erklärung gegen Virchow's letzten Artikel in der Nation, der wir Folgendes entnehmen, ohne für den Inhalt irgend wie einzustehen.

Ich behaupte, sagt Pettenkofer, gestützt auf grosse Reihen von Thatsachen, die sowohl in Indien als auch bei uns gesammelt und constatirt wurden, die Abhängigkeit der Cholera-Epidemien von Ort und Zeit. Es giebt Orte und es giebt Zeiten, wo die Cholera, in einzelnen Fällen auch vielfach eingeschleppt, nicht gedeiht. Gegen diesen meinen Hauptsatz hat Herr Virchow nichts vorgebracht. An diesen Thatsachen, auf welche ich mich stütze, hat auch die Entdeckung des Comma-Bacillus durch Koch nichts geändert, welche mir bekanntlich gar nicht unerwartet kam. Ich denke mir, wenn die Cholera von Ort und Zeit abhängig ist, so wird es auch der Cholera-Bacillus sein, obschon er „in allen möglichen Nährflüssigkeiten, auf gekochten Kartoffeln und ganz besonders reichlich in verunreinigter Wäsche wächst.“ Den Gedankengang der Herren Contagionisten, dass ein Mensch, der Cholera hat, den Comma-Bacillus im Darme hat, und dass seine Ausleerungen, individuelle Disposition vorausgesetzt, ohne weiteres Gesunde anstecken, „diesen ganz einfachen klaren Gedankengang“ stören nun ganz gewaltig die Thatsachen, auf welchen die Lehre von der örtlichen und zeitlichen Disposition ruht, auf die ich immer wieder zu sprechen kommen muss. Ich verlange durchaus nicht, wie Hr. Virchow angiebt, dass mir „gewisse sehr complicirte Einzelvorgänge, z. B. bestimmte Schiffsepidemien, erklärt werden“, sondern das Gegentheil, ich verlange von der contagionistischen Anschauung blos eine Erklärung

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

dafür, warum die Cholera auf Schiffen so wenig, nur in so seltenen Ausnahmsfällen vorkommt, trotz der Gegenwart von Comma-Bacillen, warum sich die Schiffe in der Regel wie immune Orte gegen Cholera verhalten. Die Ausnahmen von der Regel, die epidemischen Ausbrüche auf Schiffen, weiss ich mir von meinem localistischen Standpunkte aus genügend zu erklären. Auch habe ich mich mit der Entdeckung Koch's bereits „abgefunden“, ebenso wie Hr. Virchow, und sie sogar früher als Hr. Virchow anerkannt; aber die Entdeckung eines Mikro-Organismus vermag an so makroskopischen Thatsachen, wie die örtliche und zeitliche Disposition für Cholera sie bietet, nichts zu ändern; man kann sie wohl ignoriren und todtschweigen, aber nicht mehr aus der Welt schaffen. Der Zusammenhang damit in irgend einer Weise muss gefunden werden, wenn der Comma-Bacillus wirklich ein wesentliches Glied des Cholera-Processes ist. Ich sehe daher der weiteren Entwicklung der Forschung mit aller Gemüthsruhe entgegen.

XXI. Oeffentliches Sanitätswesen.

Amtliches.

Preussen.

Berlin, den 14. Juli 1884.

Zur Beseitigung von Zweifeln in Betreff der Schliessung von Schulen bei ansteckenden Krankheiten bestimmen wir unter Verweisung auf die Vorschriften in § 14 des durch die Allerhöchste Ordre vom 8. August 1835 genehmigten Regulativs über die sanitätspolizeilichen Vorschriften — G. S. S. 240 — und auf das Gutachten der Abtheilung für die Medicinal-Angelegenheiten im Ministerium der geistlichen pp. Angelegenheiten vom 26. October 1866 — Central-Blatt für die gesammte Unterrichts-Verwaltung in Preussen, Jahrgang 1867 S. 113 — sowie unter Beifügung einer Anweisung zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen, Folgendes:

Ueber die Schliessung einer Schule auf dem Lande und in Städten, welche unter dem Landrath stehen, hat der Landrath unter Zuziehung des Kreis-Physikus zu entscheiden.

Von jeder Schliessung hat der Landrath den Kreis-Schulinspector Mittheilung und der vorgesetzten Schulaufsichtsbehörde Anzeige zu machen.

In Städten, welche nicht unter einem Landrath stehen, ist über die Schliessung der Schulen von dem Polizei-Verwalter des Orts nach Anhörung des Kreis-Physikus und des Vorsitzenden der Schul-Deputation zu entscheiden. Die Schliessung ist durch den Ortsschulinspector zur Ausführung zu bringen und gleichzeitig von derselben der Schulaufsichtsbehörde Anzeige zu erstatten.

Ew. Hochwohlgeboren ersuchen wir ergebenst, das in medicinal-polizeilicher Hinsicht zur Durchführung der getroffenen Anordnungen Erforderliche gefälligst zu veranlassen.

Die Provinzial-Schul-Behörden haben Abschrift dieser Verfügung und ihrer Anlage erhalten.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten. — Der Minister des Innern. In Vertretung.

(Unterschriften.)

An den Königlichen Ober-Präsidenten zu . . . . .

An die Königlichen Regierungs-Präsidenten zu Königsberg, Gumbinnen, Danzig, Marienwerder, Potsdam, Frankfurt a./O., Stettin, Cöslin, Stralsund, Breslau, Liegnitz, Oppeln, Magdeburg, Merseburg, Erfurt, Sigmaringen und an den Königlichen Polizei-Präsidenten zu Berlin.

Abschrift der von dem Herrn Minister des Innern und mir getroffenen Verfügung vom heutigen Tage und ihre Anlage erhält die Königliche Regierung pp. zur Kenntnissnahme mit dem Auftrage, hinsichtlich der Ihr (resp. Ihm) unterstellten Schulen dafür zu sorgen, dass der Inhalt der Verfügung, insonderheit die Anweisung zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen den mit der Leitung der letzteren befassten Organen vollständig mitgetheilt, und ihnen die pünktliche Befolgung der gegebenen Vorschriften zur Pflicht gemacht werde.

(Unterschrift.)

An die Königlichen Regierungen zu Königsberg, Gumbinnen, Danzig, Marienwerder, Potsdam, Frankfurt a./O., Stettin, Cöslin, Stralsund, Breslau Liegnitz, Oppeln, Magdeburg, Merseburg, Erfurt, Sigmaringen und an die Königlichen Provinzial-Schulkollegien zu Königsberg, Danzig, Berlin, Stettin, Breslau, Magdeburg.

Abschrift erhalten Ew. Hochwohlgeboren zur gefälligen Kenntnissnahme. v. Gossler.

Anweisung zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen.

1. Zu den Krankheiten, welche vermöge ihrer Ansteckungsfähigkeit besondere Vorschriften für die Schulen nöthig machen, gehören:
   a) Cholera, Ruhr, Masern, Rötheln, Scharlach, Diphtherie, Pocken, Flecktyphus und Rückfallsfieber.
   b) Unterleibstyphus, contagiöse Augenentzündung, Krätze und Keuchhusten, der letztere, sobald und so lange er krampfartig auftritt.

2. Kinder, welche an einer in No. 1a oder b genannten ansteckenden Krankheit leiden, sind vom Besuche der Schule auszuschliessen.

3. Das Gleiche gilt von gesunden Kindern, wenn in dem Hausstande, welchem sie angehören, ein Fall der in No. 1a genannten ansteckenden Krankheiten vorkommt, es müsste denn ärztlich bescheinigt sein, dass das Schulkind durch ausreichende Absonderung vor der Gefahr der Ansteckung geschützt ist.

4. Kinder, welche gemäss No. 2 oder 3 vom Schulbesuch ausgeschlossen worden sind, dürfen zu demselben erst dann wieder zugelassen werden, wenn entweder die Gefahr der Ansteckung nach ärztlicher Bescheinigung für beseitigt anzusehen, oder die für den Verlauf der Krankheit erfahrungsmässig als Regel geltende Zeit abgelaufen ist.

Als normale Krankheitsdauer gelten bei Scharlach und Pocken sechs Wochen, bei Masern und Rötheln vier Wochen.

Es ist darauf zu achten, dass vor der Wiederzulassung zum Schulbesuch das Kind und seine Kleidungsstücke gründlich gereinigt werden.

5. Für die Beobachtung der unter No. 2—4 gegebenen Vorschriften ist der Vorsteher der Schule (Director, Rector, Hauptlehrer, erster Lehrer, Vorsteherin etc.), bei einklassigen Schulen der Lehrer (Lehrerin) verantwortlich. Von jeder Ausschliessung eines Kindes vom Schulbesuche wegen ansteckender Krankheit — No. 2 und 3 — ist der Ortspolizeibehörde sofort Anzeige zu machen.

6. Aus Pensionaten, Convicten, Alumnaten und Internaten dürfen Zöglinge während der Dauer oder unmittelbar nach dem Erlöschen einer im Hause aufgetretenen ansteckenden Krankheit nur dann in die Heimath entlassen werden, wenn dies nach ärztlichem Gutachten ohne die Gefahr einer Uebertragung der Krankheit geschehen kann und alle vom Arzte etwa für nöthig erachteten Vorsichtsmaassregeln beobachtet werden. Unter denselben Voraussetzungen sind die Zöglinge auf Verlangen ihrer Eltern, Vormünder oder Pfleger zu entlassen.

7. Wenn eine im Schulhause wohnhafte Person in eine der unter No. 1a u. 1b genannten, oder eine ausserhalb des Schulhauses wohnhafte, aber zum Hausstande eines Lehrers der Schule gehörigen Person in eine der unter No. 1a genannten Krankheiten verfällt, so hat der Haushaltungsvorstand hiervon sofort dem Schulvorstande (Curatorium) und der Ortspolizeibehörde Anzeige zu machen. Die letztere hat, wenn möglich unter Zuziehung eines Arztes, für die thunlichste Absonderung des Kranken zu sorgen und über die Lage der Sache, sowie über die von ihr vorläufig getroffenen Anordnungen dem Landrath (Amtshauptmann) Bericht zu erstatten. Der Landrath (Amtshauptmann) hat unter Zuziehung des Kreisphysicus darüber zu entscheiden, ob die Schule zu schliessen oder welche sonstige Anordnungen im Interesse der Gesundheitspflege zu treffen sind. In Städten, welche nicht unter dem Landrath (Amtshauptmann) stehen, tritt an die Stelle des letzteren der Polizei-Verwalter des Orts.

Diese Vorschrift gilt auch für die in No. 6 bezeichneten Anstalten.

8. Sobald in dem Ort, wo die Schule sich befindet, oder in seiner Nachbarschaft mehrere Fälle einer ansteckenden Krankheit (No. 1) zur Kenntniss kommen, haben Lehrer und Schulvorstand ihr besonderes Augenmerk auf Reinhaltung des Schulgrundstücks und aller seiner Theile, sowie auf gehörige Lüftung der Klassenräume zu richten. Insonderheit sind die Schulzimmer und die Bedürfnissanstalten täglich sorgsam zu reinigen. Schulkindern darf diese Arbeit nicht übertragen werden. Die Schulzimmer sind während der unterrichtsfreien Zeit andauernd zu lüften, die Bedürfnissanstalten nach der Anordnung der Ortspolizeibehörde regelmässig zu desinficiren.

Diese Vorschrift gilt auch für die in No. 6 bezeichneten Anstalten und erstreckt sich für diese auf die Wohnungs-, Arbeits- und Schlafräume der Zöglinge.

9. Ueber die Schliessung von Schulen oder einzelnen Klassen derselben wegen ansteckender Krankheiten hat der Landrath (Amtshauptmann) unter Zuziehung des Kreisphysicus zu entscheiden. Ist Gefahr im Verzuge, so können der Schulvorstand (Curatorium), und die Ortspolizeibehörde auf Grund ärztlichen Gutachtens die Schliessung anordnen. Sie haben aber hiervon sofort ihrer vorgesetzten Behörde Anzeige zu machen. Ausserdem sind sie verpflichtet, alle gefahrdrohenden Krankheitsverhältnisse, welche eine Schliessung der Schule angezeigt erscheinen lassen, zur Kenntniss ihrer vorgesetzten Behörden zu bringen.

10. Die Wiedereröffnung einer wegen ansteckender Krankheit geschlossenen Schule oder Schulklasse ist nur nach vorangegangener gründlicher Reinigung und Desinfection des Schullokals zulässig. Sie darf nur erfolgen auf Grund einer vom Landrath (Amtshauptmann) unter Zuziehung des Kreisphysicus zu treffenden Anordnung.

In Städten, welche nicht unter dem Landrath (Amtshauptmann) stehen, tritt an die Stelle des letzteren der Polizei-Verwalter des Orts.

11. Die vorstehenden Vorschriften No. 1—10 finden auch auf private Unterrichts- und Erziehungs-Anstalten einschliesslich der Kinderbewahranstalten, Spielschulen, Warteschulen, Kindergärten u. s. w. Anwendung.

Berlin, den 14. Juli 1884.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten. Gossler. — Der Minister des Innern. In Vertretung. Herrfurth.

XXII. Personalien.

Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnung: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Director der Provinzial-Irren-Anstalt zu Altscherbitz Dr. med. Paetz die Erlaubniss zum Anlegen des ihm verliehenen Ritterkreuzes erster Klasse des Grossherzoglich badischen Ordens vom Zähringer Löwen zu ertheilen, sowie dem practischen Arzt Dr. med. Jung zu Suhl den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen.

Ernennungen: Der Apothekenbesitzer Dr. Gustav Mankiewicz zu Posen ist zum pharmazeutischen Assessor bei dem Königlichen Medicinal-Collegium der Provinz Posen und der practische Arzt Dr. Dirska zu Namslau ist zum Kreiwundarzt des Kreises Namslau ernannt worden. Der Kreiswundarzt des Kreises Lippstadt Dr. Hillenkamp ist aus dem Staatsdienst entlassen.

In der Privatklagesache des Gutsbesitzers Adolph Scheumann, Privatklägers, gegen den Medicinalrath Dr. H. Reimer, Angeklagten, wegen Beleidigung hat Königl. Schöffengericht, Abtheilung 100 zu Berlin am 28. Juni 1884 für Recht erkannt: dass der Angeklagte, Medicinalrath Dr. Reimer der öffentlichen Beleidigung des Klägers durch die Presse schuldig und deshalb, unter Auferlegung der Kosten, mit einer Geldstrafe von Fünfzig Mark, im Unvermögensfalle zehn Tagen Haft zu bestrafen, dem Kläger auch die Befugniss zuzusprechen, den verfügenden Theil des Erkenntnisses binnen 4 Wochen nach der Rechtskraft einmal in der „Deutschen medicinischen Wochenschrift“ auf Kosten des Angeklagten zu veröffentlichen.

Die Richtigkeit der Abschrift der Urtheilsformel wird beglaubigt und die Vollstreckbarkeit des Urtheils bescheinigt.

Berlin, den 9. Juli 1884.

Königl. Preuss. Amtsgericht I.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 36.** 4. September 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Julius Cohnheim.

Von
Prof. **Marchand** in Marburg.

I.

Die Trauerkunde, dass Julius Cohnheim in der Nacht vom 14. zum 15. August aus seinem thätigen Leben in der Blüthe des Mannesalters geschieden sei, hat in den weitesten Kreisen lebhaften Widerhall gefunden. Galt doch der Name dieses Mannes schon seit lange als einer, welcher einen hervorragenden Markstein in der Entwickelung der wissenschaftlichen Medicin bezeichnet.

Wenn ich den Versuch mache, einer Aufforderung des Herausgebers dieser Blätter folgend, die wissenschaftliche Bedeutung Cohnheim's zu schildern, so geschieht dies nicht ohne Zögern, in dem Bewusstsein, dass ein solches Bild nur ein sehr unvollkommenes und farbloses sein kann, da ich selbst kaum in der Lage war, Cohnheim jemals persönlich näher zu treten. Auf eine Schilderung seiner Persönlichkeit als Mensch und als Lehrer muss ich aus diesem Grunde verzichten; ich empfinde dies selbst als eine grosse Lücke gerade bei einem Manne, welcher in so hohem Maasse befähigt war, als akademischer Lehrer anregend zu wirken, und der namentlich auch auf Alle, welche sich unter seiner Leitung in der Wissenschaft weiter auszubilden bestrebt waren, durch sachkundiges Eingehen auf die sie beschäftigenden Fragen, durch stete Geneigtheit zu lebhaftem Gedankenaustausch, kurz durch wahres Interesse den grössten Einfluss ausübte. Dafür spricht deutlich genug die grosse Zahl dankbarer Schüler und Freunde, welche sich Cohnheim während seiner akademischen Laufbahn, besonders in Breslau und Leipzig erworben hat.

Es kann daher hier nur meine Absicht sein, in kurzen Zügen die Bedeutung Cohnheim's für die Entwickelung unserer Wissenschaft auf Grund derjenigen Zeugnisse seiner reichen Thätigkeit zu schildern, welche vor Aller Augen liegen.

Eine reiche Thätigkeit, reich an Arbeit, aber auch an Erfolg, war es in der That! Leider waren die letzten Jahre seines Lebens auch reich an Leiden, und so sehr man diesem unermüdlichen Forscher noch eine lange Reihe von Jahren zum Vortheile der Wissenschaft wünschen mochte, so musste man doch seit längerer Zeit darauf vorbereitet sein, dass diesem Leben in nicht zu ferner Zeit ein Ziel gesetzt sein würde. Dieselbe schleichende, in ihrem Wesen noch so dunkle Krankheit, welcher vor drei Jahren Cohnheim's Breslauer College und Freund, der rastlose Spiegelberg zum Opfer gefallen war, bereitete auch seinem Leben ein zu frühes Ende.

Jetzt, so kurze Zeit nach dem Ableben Cohnheim's lässt sich über die Bedeutung dessen, was er für die Pathologie geleistet hat, noch nicht endgültig urtheilen; stehen wir doch noch fast inmitten der Bewegung, welche zum grossen Theil durch seine Arbeiten hervorgerufen ist; wir Jüngeren, deren Entwickelung gerade in die Zeit fällt, in welcher jene Bewegung begann, sind vielleicht noch weniger zu unbefangenem Urtheil darüber geeignet, als die Aelteren, welche, selbst zum Theil noch Lehrer Cohnheim's, ihn überlebt haben.

Man möge uns deswegen nicht tadeln.

Cohnheim war am 20. Juli 1839 zu Demmin in Pommern geboren; er studirte zu Würzburg, Marburg, Greifswald und Berlin. Die Doctordissertation des kaum 22jährigen, „de pyogenesi in tunicis serosis“, welche unter Leitung seines Lehrers Virchow gearbeitet worden war, und in etwas veränderter Form im Archiv für pathologische Anatomie[1]) erschien, bildet den Anfang seiner schriftstellerischen Thätigkeit, und zwar gerade auf dem Gebiete, mit welchem der Name Cohnheim's nochmals für alle Zeiten sich verknüpfte. In dieser experimentell-histologischen Arbeit kam er zu dem Resultat, dass die Eiterkörperchen aus der Proliferation der Bindegewebszellen hervorgehen, während die Epithelzellen einer körnigen Degeneration anheimfallen oder auch einfach abgestossen werden.

Ein zweiter Aufsatz über die zuckerbildenden Fermente[1]) ist unter der Leitung W. Kühne's entstanden in der Zeit, als Cohnheim sich in Berlin aufhielt, um sich dort eine Praxis zu erwerben. Er zeigte in jener Arbeit, dass das Ferment des Speichels, sowie die übrigen wichtigen thierischen und vegetabilischen Fermente, durch welche Stärke, Dextrin und Glykogen in Zucker umgewandelt werden, keine eiweissartige Körper sind, dasselbe, was Brücke für den Magensaft, Danilewski für den pankreatischen Saft nachgewiesen hatte.

Im Jahre 1864 trat Cohnheim als Assistent in das pathologische Institut in Berlin ein, und von dieser Zeit an beginnt seine selbständige wissenschaftliche Thätigkeit, welcher er in dem Zeitraum von kaum 20 Jahren, der ihm noch vergönnt war, man kann sagen, bis zum letzten Augenblicke treu geblieben ist. An äusserlicher Anerkennung in seiner Laufbahn fehlte es Cohnheim nicht; bereits 1868 war er Professor der pathologischen Anatomie in Kiel, 1872 in Breslau und 1878 in Leipzig.

Die lange Reihe der Bände des Virchow'schen Archives enthält nahe an 40, zum grossen Theil umfangreiche Arbeiten von Cohnheim's Hand. Ausserdem verfasste er einige selbständig erschienene Abhandlungen und das grosse, gewissermaassen seine Lebensarbeit zusammenfassende Werk: „Die Vorlesungen über allgemeine Pathologie“, welches 1877—1881 in erster, 1882—1883 in zweiter Auflage erschien. Dazu kommt eine sehr grosse Anzahl von Arbeiten seiner Schüler, welche mehr oder weniger direct durch ihn hervorgerufen, und unter seiner Leitung entstanden sind.

Cohnheim's Arbeiten lassen sich ihrem Inhalte nach in drei Hauptgruppen ordnen, deren erste eine Anzahl rein histologischer Untersuchungen umfasst, während die zweite kleinere pathologisch-anatomische Mittheilungen, namentlich casuistischer Natur enthält. Die dritte und grösste Gruppe wird aber von den pathologisch-histologischen und experimentell-pathologischen Untersuchungen gebildet. Hatte Cohnheim sich auch im Anfang seiner Laufbahn für rein histologische Aufgaben als ausserordentlich befähigt erwiesen, und wird auch seine practische Thätigkeit als pathologischer Anatom, als Prosector rühmend hervorgehoben, so hat er sich doch mit der Vergrösserung seines Wirkungskreises mehr und mehr, ja ausschliesslich der rein experimentellen Richtung zugewandt. Er konnte um so eher dieser seiner Hauptneigung folgen, als er in der Person seines langjährigen bewährten Gehülfen und Freundes Weigert eine so zuverlässige Stütze besass.

Vier Gebiete sind es, welche ganz besonders unter den Gegenständen der pathologischen Arbeiten Cohnheim's in den Vordergrund treten, zuerst und vor Allen die Entzündungslehre; im Anschluss daran die Lehre von den Circulationsstörungen, der Embolie, der Transsudatbildung, sodann die Geschwülste und die Tuberculose.

Die der normalen Histologie angehörenden Arbeiten Cohnheim's dürfen wohl z. Th. als Gelegenheits-Untersuchungen angesehen werden; war es doch von jeher ein nicht zu unterschätzender Vorzug der Assistenten des Berliner pathologischen Instituts, dass ihnen neben ihrer sonstigen Thätigkeit auch der practische Unterricht in der normalen Histologie oblag. — Unter dem Einfluss W. Kühne's entstand die kleine Arbeit über die Endigung der Muskel-Nerven, welche wesentlich auf der Anwendung der Versilberungsmethode v. Recklinghausen's, auf die Muskelfasern beruhte.[2]) Eine weitere Mittheilung

[1]) Ueber die Entzündung seröser Häute, Virchow's Archiv Bd. 22. p. 516. 1861.

[1]) Daselbst, Bd. 28. p. 241. 1863.
[2]) Virchow's Archiv Bd. 34. p. 194, 1865.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hatte die Untersuchung der Muskelfasern im Querschnitt zum Gegenstande, wobei sich C., wenn ich nicht irre, zuerst der Gefriermethode bediente.[1]) Die nachmals als Cohnheim'sche Felder bezeichneten polyedrischen Figuren, welche C. (allerdings nicht ganz richtig) mit den Brücke'schen Disdiaklasten identificirte, kommen dabei besonders deutlich zur Anschauung. Eine ganz hervorragende Bedeutung aber besitzt die Arbeit über die Nervenendigung in der Cornea,[2]) in welcher C. das Vorhandensein eines in seiner Reichhaltigkeit bis dahin nicht geahnten Netzwerkes feiner Nervenfasern in der Cornea nachwies und in seinen Einzelheiten beschrieb. Neben diesem positiven Resultat war die von Cohnheim hier zuerst eingeführte Methode der Chlorgold-Behandlung von besonderer Wichtigkeit. Die Eigenthümlichkeit des Goldchlorids, mit einer bis dahin unerreichten, und auch heute noch nicht übertroffenen Schärfe, nicht allein die feinsten Verzweigungen markloser Nervenfasern, sondern auch die sämmtlichen zelligen Elemente des Bindegewebes in ihrer natürlichen Lage zu fixiren und zu färben, wurde für alle späteren Untersucher der feineren normalen und pathologischen Zustände der Nerven und des Bindegewebes zu einem ausserordentlich wichtigen Hülfsmittel, ganz besonders auch für das Studium der feineren Entzündungsvorgänge.

Gleichzeitig mit diesen Arbeiten, welche seinem Namen allein schon eine bleibende Bedeutung gesichert haben würden, finden wir C. mit einer Anzahl pathologisch-anatomischer Untersuchungen beschäftigt, darunter auch zwei umfassende, von denen die eine die pathologische Anatomie der Trichinenkrankheit[3]), auf Grund zahlreicher Sectionen der Opfer der berühmten Hederslebener Epidemie, zum Gegenstande hatte, während die andere die Tuberculose der Chorioidea[4]) betraf.

Durch diese Arbeiten in ausgezeichneter Weise vorgebildet, ging Cohnheim an das experimentelle Studium der feineren Vorgänge bei der Entzündung heran.

Diejenige Leistung, welche den Namen Cohnheim's in kurzer Zeit berühmt gemacht hat, ist die Arbeit „über die Entzündung und Eiterung", welche im Jahre 1867 im 40. Bde. des Virchow'schen Archivs erschien.

Cohnheim suchte darin, wie bekannt, den Nachweis zu führen, dass die bei der acuten exsudativen oder eitrigen Entzündung auftretenden zelligen Elemente, die Eiterkörperchen, nichts anderes seien, als farblose Blutkörperchen, welche aus den kleinen Venen und Capillargefässen ausgewandert sind.

An die Stelle der alten Entzündungslehre mit ihren vier Cardinalsymptomen hatte die Cellular-Pathologie eine wesentlich andere treten lassen, welche den Hauptantheil an den bei der Entzündung auftretenden Veränderungen der eigenen Thätigkeit der Gewebszellen, unter der Einwirkung eines Reizes zuschrieb; alle Gewebe, gleichviel ob gefässhaltig oder nicht, konnten sich entzünden, wobei es entweder zu einer degenerativen Veränderung der Parenchymzellen, bis zum endlichen Zerfall derselben, oder zu einer Proliferation, zur Bildung der Eiterkörperchen, ebenso wie der jungen Zellen bei der entzündlichen Neubildung kommen sollte.

Wenn Cohnheim sich mit der in überzeugender Schärfe nachgewiesenen neuen Thatsache in Gegensatz zu der Lehre Virchow's brachte, so muss hervorgehoben werden, dass es nicht an gewichtigen Vorarbeiten fehlte, auf welchen er weiter bauen konnte.

Die Entzündungslehre Virchow's hing innig mit dessen Auffassung von dem Bau des Bindegewebes zusammen, welches im Wesentlichen aus einem Netz untereinander communicirender Zellen hervorgehen und bestehen sollte. Durch die Untersuchungen v. Recklinghausen's mit Hülfe der Versilberungs-Methode wurde diese Anschauung wesentlich modificirt, denn es wurde von ihm ein System von Spalträumen und Kanälchen im Bindegewebe nachgewiesen, aus welchem die Lymphgefässe hervorgehen, eine Anschauung, welche auch heute noch im Wesentlichen vollkommen anerkannt ist. Dadurch, und noch mehr allerdings durch die spätere Ausbildung der Lehre vom Bindegewebe, wurde den sogenannten fixen Bindegewebskörperchen eine ganz andere Bedeutung gegeben, und es war unabhängig von denselben ein System von Hohlräumen überall nachgewiesen, wo Bindegewebe vorhanden ist, also, mit wenigen Ausnahmen, in allen Theilen des Körpers.

Dazu kamen die immer mehr sich häufenden Beobachtungen der Contractilität und Locomotionsfähigkeit gewisser Zellformen, besonders der Lymphkörperchen (Lieberkühn, Virchow u. A.), aber auch anderer, z. B. der Zellen der Milzpulpa (W. Müller, Cohnheim), vor allen aber die vorzüglichen Untersuchungen v. Recklinghausen's „über Eiter- und Bindegewebskörperchen,"[1]) in welchen der Nachweis geführt wurde, dass das Bindegewebe bereits unter normalen Verhältnissen stets eine Anzahl rundlicher contractiler Elemente enthält, welche mit Lymph- und Eiterkörperchen ganz übereinstimmen. v. R. zeigte ferner, dass an der entzündeten Cornea diese „Wanderzellen des Bindegewebes" von der Peripherie hineindringen, er zeigte, dass die mit Farbstoffen beladenen Lymphzellen in dem entzündeten Lymphsack des Frosches in derselben Weise auch in todte Gewebsstücke vom Rande her einwandern, und war zu dem Schluss geneigt, dass auch die im lebenden Gewebe auftretenden Eiterkörperchen in derselben Weise als eingewanderte Zellen aufzufassen seien, unabhängig von den fixen Zellen des Bindegewebes.

Der entscheidende Schritt Cohnheim's bestand darin, dass er zeigte, dass die Lymphkörperchen in der That bei der Entzündung durch die unverletzten Gefässwandungen hindurchwandern, und dass somit die Eiterkörperchen und Wanderzellen des Bindegewebes mit den farblosen Blutkörperchen nicht blos der Form nach, sondern in Wirklichkeit identisch sind.

In seiner ersten Abhandlung begnügte sich Cohnheim damit, diesen Nachweis zu führen, indem er davon abstand, eine neue Theorie der Entzündung darauf zu basiren. Vorsichtig äusserte er, dass auf Grund der mitgetheilten Erscheinung es nöthig werden würde, die bisherige Theorie in einigen Punkten zu modificiren, dass namentlich die Bedeutung der Gefässe bei der Entzündung wieder in den Vordergrund treten müsse. „Ohne Gefässe keine Entzündung." Wahre exsudative Entzündung muss ferner an solche Gewebe geknüpft bleiben, welche Hohlräume enthalten, wie das Bindegewebe, denn nur in diese können Lymphkörperchen einwandern. Als Punkte, welche bei der acuten Entzündung noch der Aufklärung bedürften, bezeichnete C. selbst die Entstehung der initialen Gefässerweiterung, ferner die Frage, warum die Lymphkörperchen sich gerade nach der Stelle des „Reizes" hinbegeben. Auch das Verhalten der fixen Bindegewebszellen bei der Entzündung blieb vorläufig unberührt. Es bildete den Gegenstand einer zweiten Abhandlung[2]), in welcher C. zu dem Schluss kam, dass Veränderungen der fixen Zellen, abgesehen von Schrumpfung in der Nähe des Aetzbezirkes, nicht vorkommen. Zur Ausschaltung der farblosen Blutkörperchen bediente sich C. des Verfahrens, die ganze Blutmasse des lebenden Frosches durch eine Salzlösung zu ersetzen, wobei sich zeigte, dass die Entzündung der Hornhaut nach der Aetzung ausblieb.

Die Untersuchung des Verhaltens der Gefässe bei der Entzündung[3]) bildete den Gegenstand einer dritten Abhandlung, in welcher C. die Beobachtungen an Warmblütern nach der Application von Hitze und Kälte mittheilte; er kam zu dem Schluss, dass die die Entzündung einleitende Gefässerweiterung nicht auf einem Nerveneinfluss, sondern auf einer directen Veränderung der Gefässwand beruhe. Diese Alteration der Gefässwände, ohne erkennbare morphologische Structurveränderungen war das Neue, was durch jene Untersuchungen in die Geschichte der acuten Entzündung eingeführt wurde. Sie ist es, welche nach C.'s Ansicht „diejenigen Erscheinungen und Vorgänge herbeiführt, deren Gesammtheit wir unter dem Namen der acuten Entzündung begreifen" (l. c. pag. 67).

Die einschneidende Bedeutung der Cohnheim'schen Entdeckung erhellt sofort aus der grossen Anzahl von Entzündungsarbeiten, welche durch dieselbe hervorgerufen wurden; es fehlte nicht an Bestätigungen, aber auch nicht an Gegnern. Namentlich von Seiten Stricker's und seiner Schule wurde der Kampf mit einer Erbitterung, einer Hartnäckigkeit geführt, welche auch heute noch kaum nachgelassen haben, ohne dass dadurch der Gang der Ereignisse wesentlich aufgehalten worden wäre.

Hatte es sich in den bisherigen Arbeiten C.'s zunächst nur um die acute, exsudative Entzündung gehandelt, so blieb nun noch das grosse Gebiet der chronischen, productiven Entzündung zu prüfen, welche zu dauernder Gewebsbildung führt.

Dass ein principieller Unterschied zwischen der Heilung durch Granulationsbildung und der primären Verklebung nicht vorhanden sein könne, lernte man bald verstehen; die zu glücklicher Zeit eintretenden Erfolge der Lister'schen Wundbehandlung waren besonders geeignet, hierüber Klarheit zu schaffen; sah man doch nunmehr, was man früher nicht für möglich hielt, dass auch Granulationsbildung ohne Eiterung statthaben könne, dass grosse Defecte sich schliessen können, ohne dass es zu eigentlicher Eiterbildung kommt. Und doch handelte es sich in diesem, wie in jenem Falle um eine Entzündung, um entzünd-

[1]) Ueber den feinen Bau der quergestreiften Muskelfasern daselbst. Bd. 34, p. 606.
[2]) Daselbst, Bd. 38, p. 343, 1867.
[3]) Daselbst, Bd. 36, p. 161, 1866.
[4]) Daselbst, Bd. 39, p. 49, 1867.

[1]) Virchow's Archiv, Bd. 28, p. 157, 1863.
[2]) Ueber das Verhalten der fixen Bindegewebskörperchen bei der Entzündung. Virchow's Archiv Bd. 45 1869. p. 333.
[3]) Neue Untersuchungen über die Entzündung, Berlin 1873.

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

liche Gewebsneubildung. Von dieser aber zu der für gewöhnlich als chronische Entzündung an inneren Organen bezeichneten Neubildung von kleinzelligem Bindegewebe zu der Adhäsions- und Narbenbildung war nur ein Schritt.

Der Gedanke lag nahe, dass auch diejenigen kleinen Rundzellen, welche sich bei der chronischen Entzündung in den Interstitien des Bindegewebes anhäuften, ebenfalls nichts anderes als eingewanderte Lymphkörperchen seien.

Nun stellte sich dem allerdings eine Schwierigkeit entgegen, das sehr verschiedenartige histologische Verhalten der jungen Zellen des Granulationsgewebes. Neben unzweifelhaften Lymphkörperchen, welche hauptsächlich in der Umgebung der Gefässe angehäuft sind, wird die Hauptmasse des Granulationsgewebes durch grössere Zellen mit ein- oder mehrfachen grossen Kernen gebildet; von diesen wiederum giebt es alle Uebergänge zu spindelförmigen Zellen, zwischen welchen sich mehr und mehr fibrilläre Zwischensubstanz ausbildet.

Woher stammen nun jene grösseren Zellformen, zu welchen unter besonderen Verhältnissen sich nicht selten auch vielkernige, sogenannte Riesenzellen hinzugesellen? Was wird aus den notorischen Lymphkörperchen; wie verhalten sich hier die fixen Gewebszellen; woher stammen endlich die jungen Gefässe?

Diese Fragen konnten nur durch längere, sorgfältige histologische Untersuchungen entschieden werden. Cohnheim selbst hat diesen Gegenstand nicht eingehend verfolgt. Es entstanden aber sehr bald, theils unter seiner directen Leitung, theils angeregt durch seine Entzündungsarbeiten mehrere sehr sorgfältige Untersuchungen, welche sich mit dieser Frage beschäftigten. Namentlich zu erwähnen sind die bekannten Arbeiten Ziegler's über die Entwickelung des Bindegewebes und der Tuberkelelemente.

Es ist wohl zweifellos, dass die emigrirten Lymphkörperchen, wenn sie nicht in Folge bestimmter besonders infectiöser Einwirkungen sehr bald absterben, einer weiteren Entwickelung fähig sind, und sich zu Bindegewebszellen umwandeln können; dass also das Narbengewebe, als Resultat der productiven Entzündung, seine Entstehung zum grossen Theil wenigstens, den Lymphkörperchen verdankt. Hatte doch bereits Virchow die Vermuthung ausgesprochen, dass die Bildung des jungen Bindegewebes bei der sogenannten Organisation des Thrombus von den farblosen Blutkörperchen ausgehe. Es kommt aber noch ein zweites und drittes hinzu, nämlich die Gefässneubildung und die Regeneration specifischer Gewebselemente.

Namentlich die unzweifelhaft vorkommenden Regenerationsformen der letzteren waren es, welche der Anwendung der Cohnheim'schen Lehre auf das Gebiet der chronischen Entzündung die grössten Schwierigkeiten bereitet haben. Zwar hat es nicht an Solchen gefehlt, welche in übergrossem Eifer nun sämmtliche Neubildung specifischer Zellen einfach leugneten, und alle Regeneration, die der Nerven und Muskeln ebenso wie die des Bindegewebes und der Knochen, ja selbst der Epithelien auf emigrirte Lymphkörperchen zurückführten; Cohnheim selbst hat sich von dieser Uebertreibung freigehalten. Die Frage war ziemlich leicht zu entscheiden, so lange es sich um Organe handelte, deren charakteristische Zellformen eine Verwechselung nicht gut zuliessen; schwieriger lag die Sache aber bei dem Bindegewebe und ganz besonders auch bei der Cornea, dem klassischen Object der Entzündung. Die ursprüngliche Ansicht Cohnheim's, dass eine Betheiligung der Corneakörperchen bei der Entzündung nicht vorkomme, erwies sich nur in sofern als richtig, als dieselben zur Production der Eiterkörperchen nicht beitragen. Eine Vergrösserung, Vermehrung, Theilung der Hornhautzellen, wie sie durch die schönen Untersuchungen von Eberth nachgewiesen wurde, musste von Cohnheim anerkannt werden. Offenbar handelte es sich hier um Regeneration der fixen Gewebszellen, ebenso wie bei dem Knochenbruch neben den entzündlichen Veränderungen die Knochenneubildung von den Periostzellen ausgeht. — Was aber an der Cornea und an so vielen anderen Geweben, auch am Knorpel vorkommt, das kann auch an den fixen Zellen des gewöhnlichen Bindegewebes und an den Endothelien der Blut- und Lymphgefässe sich ereignen; die Betheiligung dieser Elemente an dem Ersatz von Defecten ganz zu leugnen, würde offenbar zu weit gegangen sein. Wir müssen hier eingestehen, dass die Untersuchungen darüber, wie weit die Betheiligung der Lymphkörperchen reicht, und wie gross die eigentliche regenerative Thätigkeit der Gewebszellen ist, noch nicht zu einem befriedigenden Abschluss geführt haben.

Die alte Lehre von der vasculären Entstehung der Entzündung war durch Cohnheim wieder zu Ehren gebracht worden. Wie wir gesehen haben, gipfelte seine Entzündungstheorie in der Annahme einer Alteration des physiologischen Verhaltens der Gefässwandungen, einer Annahme, welche allerdings bis zu einem gewissen Grade hypothetisch geblieben ist, da sie sich eben nicht sehen, sondern nur aus dem veränderten physikalischen Verhalten erschliessen lässt. Diese Annahme fand aber eine weitere Stütze in den Beobachtungen anderer Circulationsstörungen, auf welche wir noch zurückzukommen haben.

An die Alteration der Gefässwand schloss sich die Veränderung des Blutstroms, eine Verlangsamung in den erweiterten Gefässen, welche C. auf eine Vermehrung der Widerstände durch die alterirte Wandung zurückführen zu müssen glaubte. Unmittelbar damit im Zusammenhang und leichter erklärlich war die Transsudation, die Bildung des flüssigen gerinnbaren Exsudates, sodann die Emigration der farblosen Blutzellen, welche entweder Eiter liefern, oder weitere Veränderungen durchmachen, die der chronischen Entzündung angehören. Somit war die Lehre von der Entzündung von ihren ersten Anfängen bis zum Ende consequenter Weise entwickelt.

Irren wir nicht, so ist Cohnheim in seiner Auffassung des Entzündungsprocesses als einer reinen Circulationsstörung mit ihren Folgezuständen etwas zu weit gegangen, wie andererseits auch die Virchow-sche Lehre der Ernährungsstörung der Zellen eine zu ausschliessliche Bedeutung beilegte. Es ist unserer Meinung nach unmöglich, beides von einander zu trennen; der Entzündungsprocess ist ein complicirter, an welchem Ernährungsstörungen, Circulationsstörungen und Regenerationsprocesse sich in allerdings verschiedener Weise betheiligen. Das allerdeutlichste Beispiel liefert der Knochen, wo es ganz unmöglich ist, die productive Gewebsneubildung, welche zur Regeneration führt, von den rein entzündlichen Veränderungen zu trennen; beides geht Hand in Hand; ähnlich verhält es sich auch mit andern Geweben. Aber gerade das Neue, was Cohnheim in die Entzündungslehre einführte, die Emigration der farblosen Blutkörperchen, war von grösster Bedeutung für unser ganzes Verständniss der als Entzündung bezeichneten Vorgänge, und nicht allein für diese; denn es wurde damit auch der Kreis derjenigen Erscheinungen, welche man in Zukunft zu den entzündlichen zu rechnen hat, mit einer bis dahin nicht möglichen Sicherheit erweitert, wodurch auch auf scheinbar fernliegende Processe ein ganz neues Licht geworfen wurde.

(Schluss folgt.)

II. Aus dem Laboratorium der medicinischen Klinik in Bonn.

Untersuchungen über Cholera nostras.

Von

a. o. Prof. **Dr. D. Finkler** und Docent **Dr. J. Prior.**

Bei dem grossen Interesse, welches zur Zeit für die Cholerafrage existirt, scheint es uns richtig, mit unseren Beobachtungen über Cholera nostras nicht zurückzuhalten. Was wir thatsächlicher eruirt haben, mag schon jetzt zur Kenntniss Aller kommen, die sich mit einschlagenden Untersuchungen beschäftigen, damit möglichst viel Vortheil aus solchen Beobachtungen sich ergiebt. Ehe wir im Stande sind, eine vollständig geschlossene Arbeit zu liefern, könnte die Zeit der Cholera für dieses Jahr vielleicht vorüber sein und der Werth unserer Untersuchung sich dadurch vermindern. Gewissermaassen also nur als Betheiligung an der allgemeinen Discussion veröffentlichen wir die folgenden Zeilen, als Beitrag zur Kenntniss von der Cholera nostras.

Schon bevor die Erfahrungen Koch's durch die Veröffentlichungen der Conferenz in Berlin zu unserer Kenntniss gekommen war, hatten wir den Plan gefasst, die kommenden Fälle von Cholera nostras hierorts genau zu studiren. Wir erwarteten, entweder constatiren zu können, dass in einem oder dem anderen Falle wirkliche Cholera asiatica vorliege, oder aber zu finden, dass der Cholera nostras ein unterscheidbarer specifischer Infectionskeim zukomme. Auf eine derartige Arbeit hatten wir uns vorbereitet insofern, als wir seit langer Zeit mit mikroskopischen Untersuchungen der Stuhlentleerungen und allgemein bakteriologischen Forschungen uns beschäftigt haben. So hat Prior[1]) eine Untersuchung über die Dysenterie gemacht und bei dieser Gelegenheit mancherlei diarrhoische Stuhlentleerungen studirt, zahlreiche Bacillenarten[2]) in faulenden Flüssigkeiten etc. beobachtet, Finkler[3]) die Frage nach dem Auftreten der Tuberkelbacillen im Stuhl bearbeitet und bei dieser Gelegenheit viele normale Stühle, Stühle von Typhuskranken u. s. w. modificirten Untersuchungen und Durchforschungen unterworfen. Auch über Culturen hatten wir mancherlei Erfahrungen gesammelt. So eingeübt warteten wir auf die Choleraerkrankungen in der Stadt Bonn, und in der That traten dieselben bald in etwas überraschender Heftigkeit und Anzahl auf.

[1]) Prior: Ueber die Mikrokokken bei der Dysenterie. Centralblatt für klinische Medicin. 1883. 17.

[2]) Prior: Beitrag zur Färbbarkeit der Tuberkelbacillen. Berlin. klinische Wochenschrift. 1833. 33.

[3]) Finkler und Eichler: Ueber Erkennung der Tuberkelbacillen. Centralblatt für klinische Medicin. 1833. 15.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Als eben die Nachrichten aus Toulon und Marseille von dem Auftreten der Cholera asiatica die Gemüther in Spannung versetzten, kamen plötzlich hier in der Stadt mehrere Erkrankungen vor, die sehr lebhaft an Cholera asiatica erinnerten und auch unseren verehrten Lehrer Rühle veranlassten, einen dieser Fälle in der Klinik vorzustellen, weil an ihm alle Symptome der Cholera asiatica demonstrirbar waren. Massenhafte Diarrhöen und Erbrechen, rapider Kräfteverfall, Vox cholerica, Aufhebbarkeit der stehenbleibenden Hautfalten, Wadenkrämpfe, kurz das Bild, wie es in den Büchern steht. Wir geben das Untersuchungsprotokoll z. T. über den Fall W. P.:

14. Juli 1884. Ohne vorhergehende Indigestion plötzlich Kopfschmerzen, Erbrechen, wiederholte Durchfälle. Seit 2 Nächten Wadenziehen; Stuhl seit 2 Tagen hell, dünnflüssig. Objectiv: Zunge grau belegt, Vox cholerica, Hände, Füsse kalt; bedeckte Haut klebrig schwitzend, Haut in Falten aufstellbar. Puls regelmässig, schwach, 112. Milzdämpfung nicht vergrössert, ebensowenig die der Leber. Coecalgegend nicht schmerzhaft auf Druck. Temp. 38.1 11 Uhr Vormittags. Abends 6 Uhr 36,1.

Diagnose: Cholera nostras.

Behandlung: Russische Choleratropfen, Senfteige.

15. Juli. Pat. subjectiv wieder wohl.

16. Juli. Nimmt die Arbeit wieder auf.

Derartige Fälle mit einiger Abstufung in der Schwere des Falles kamen nun in kurzer Zeit in einem Hause 5, in einem anderen in nicht sehr entfernter Strasse gelegenen Hause 3 vor. Dann eine Anzahl ganz zerstreut gelegener Fälle; im Ganzen sahen wir 29 Patienten. In den ersten beiden Häusern, die man doch wohl als Heerde einer Erkrankung ansehen darf, ist gute Wasserleitung, in dem ersten Canalisationsanschluss. Keine Berührung mit Choleragegend nachweisbar, keine Althändler in der Nähe.

Was den Verlauf dieser Fälle angeht, so sind sie alle geheilt, die Wiederherstellung der Kräfte und der Arbeitsfähigkeit war auffallend schnell, selbst bei den Fällen mit schweren Symptomen, sodass, nachdem kaum die Diarrhöen verschwunden waren, die Leute wieder zur Arbeit gingen; ja in zwei Fällen Vormittags hochgradige Prostration der Kräfte, grosses Uebelbefinden bestand, und Nachmittags die Leute, nach dem Sistiren der Durchfälle, schon wieder das Haus verlassen hatten und bei der Feldarbeit waren. In vielen Erkrankungen hörten die Durchfälle sehr bald nach Verabreichung der gewöhnlichen Choleratropfen auf, und die schnelle Besserung war oft schuld daran, dass wir nicht die Stuhlentleerungen zur Untersuchung bekommen konnten. Während die ersten Stuhlentleerungen vorzugsweise aus Koth bestanden und gefärbt waren, stellten sich danach andere ein, die dünner, wässriger, heller gefärbt aussahen, und die durch Beimischung von Schleimflöckchen die Bezeichnung von Reiswasserstühlen wohl verdienten. Ganz farblose Stühle haben wir indessen nie gesehen. Wir dachten nun zuerst, gerade in diesen letzten Reiswasser ähnlichen Entleerungen das inficirende Material finden zu können, nachdem etwa alle älteren Darminsassen mit den ersten Kothmassen entleert gewesen. Unsere Untersuchung richtete sich deshalb zuerst auf diese wässrigen späteren Darmentleerungen.

Nach dem gewöhnlichen Verfahren haben wir die auf Deckgläschen haftenden angetrockneten Partieen gefärbt. Ausser der Flüssigkeit bestehen diese Entleerungen fast ausschliesslich aus Mikrokokken. Nichts anderes fast in allen Gesichtsfeldern erblickten wir als kleine Kokken, oft in Zahlen von 4, 6 etc. in kleine Ketten gelagert. Dabei sind aber die einzelnen Individuen so klein, dass die zierlichen Ketten wie Bacillen aussehen. Mit diesen Bildern können wir nur vergleichen die Culturen, welche man auf Fischen von Mikrokokkus Pflügeri findet; sie entsprechen eben einer vollendeten Reincultur solcher kleinen Kokken. In den ganz wässrigen Stuhlentleerungen Typhuskranker haben wir dieselben Kokken in gleicher Massenhaftigkeit gefunden, so dass wir schon gleich dem Verdacht Raum geben mussten, dass diese Individuen überhaupt die einzigen sind, welche bei den wässrigen Transsudationen heftiger Diarrhoen noch vorhanden sind. Dieser Gedanke liegt unserer Ansicht nach näher, als die Annahme, dass bei verschiedenen mit Diarrhoe einhergehenden Darmerkrankungen der gleich aussehende Kokkus die Ursache der dünnen Entleerungen sei. Etwas Specifisches war dem Kokkus in keinerlei Weise anzusehen, frappirend war nur die enorme Massenhaftigkeit; da dieselbe aber wie gesagt auch bei Typhus erkennbar, so mussten wir annehmen, dass diesem Wesen die Erregung der Cholera nostras wohl nicht zuzuschreiben sei. Dem zufolge wählten wir das nächste Mal zur Untersuchung die früheren Entleerungen des Darmes. Hierbei gelangten wir nun sehr bald zu einem wesentlich anderen Resultate, welches sich ableitet aus zwei charakteristischen Krankheitsfällen. Wir sahen die Gebilde, die auch im normalen Stuhle zu sehen sind: kleine Kokken, grosse runde Kokken, Bacillen in mehrfacher Art, sowohl ausserordentlich feine zierlich lange, als auch die breiten plumpen Stäbe normalen Kothes. Dazwischen aber Bacillen, auf welche die Koch'sche Beschreibung der Kommabacillen ganz vorzüglich passte. Die Länge erreicht nicht die der Tuberkelbacillen, sie sind etwa $^2/_3$ so lang, sind im Verhältniss zur Länge breiter, ja auch wohl absolut breiter als Tuberkelbacillen, gewinnen dadurch ein plumpes Ansehen, und viele von ihnen sind eben merklich, viele deutlich gekrümmt; manchmal will es scheinen, als wenn der kleine Bacillus in seiner Mitte, auf der Höhe der Krümmung etwas dicker wäre als an beiden Enden. Die Zeichnung Koch's von den Kommabacillen in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift hat uns noch bestärkt in der Annahme, dass wir ein sehr ähnliches Gebilde vor Augen hatten; als nun endlich Herr Geheimrath Prof. Dr. Finklenburg ein Präparat demonstrirte einer ihm von Koch übersandten Cultur von Kommabacillen der Cholera asiatica, musste uns der Vergleich belehren, dass unsere Gebilde eine ganz erstaunliche Aehnlichkeit mit den Koch'schen Kommabacillus aufweisen. Es stimmt die Grösse, die Krümmung, der ganze Habitus. Soweit also das subjective Bemessen des spähenden Auges beim Mikroskopiren zu Recht besteht, constatiren wir eine grosse Aehnlichkeit zwischen dem Kommabacillus Koch's und den Bacillen, welche wir in unsren Fällen von Cholera in Bonn gefunden haben.

Was nun ferner ausserordentlich frappirt, ist der Umstand, dass wir die besagten Bacillen oft in Nestern zusammenliegend angetroffen haben. Ein Lücke im Präparat, die hell das Licht durchlässt — und wie Krystalle in einer Druse, liegen darin die kurzen dicken häufig krummen Bacillen, sodass ihre Contur deutlich erkennbar ist. In der Nähe solcher Stellen fehlen andere Kokken, oder sie sind doch sehr spärlich; ja in einem ganzen Präparat, in welchem wir die schönsten Nester der Komma ähnlichen Bacillen gefunden, sind überall, auch an anderen Stellen, andere Kokkenarten spärlich vertreten. Da wir nun in vielen Präparaten keine ähnlichen Bacillen fanden, wir aber die Angaben Koch's lasen, dass das Trockenen den Cholerabacillus tödtet, andererseits abgestorbene Bacillen schlecht sich mit Farbe imbibiren, so versuchten wir die morphotischen Elemente der Stuhlentleerungen zu färben, ehe sie bei höherer Temperatur angetrocknet waren. Zu dem Zwecke haben wir eine Serie von Präparaten so hergestellt, dass wir ein Tröpfchen auf dem Deckglas bei niederer Temperatur in freier Luft eben antrocknen liessen, eine andere Serie so, dass wir Stuhlmassen direct in die Anilinfarbe hineingossen, nach längerem Stehen bei Zimmertemperatur von dem Bodensatz einiges heraushoberten, und auf Deckgläschen antrockneten. Bei diesem Verfahren färben sich im Allgemeinen die Bacillen schlecht, sodass sie nur sehr blass aussehen. Aber ein neues Bild trat uns vor Augen. Bei dieser Art der Färbung fanden wir in den Präparaten eine grosse Anzahl grosser Spirillen. Wenigstens 5 mal so lang als Bacillen, ziemlich dick, die Enden gewöhnlich dünner als das Mittelstück, Krümmung der Fäden nicht sehr ausgesprochen, und vor allem nicht regelmässig, sodass viele auch ganz gestreckt erschienen. Wir haben niemals in anderen Stuhlentleerungen in solcher Masse derartiger Gebilde angetroffen. In einzelnen Präparaten fanden wir von bacillären Gebilden nur diese Spirillen, in anderen und an anderen Stellen dagegen sahen wir neben den Nestern der Komma ähnlichen Bacillen solche Spirillen liegen; auch Zwischenformen in Länge und Ausdehnung liegen zwischen den langen Fäden und den kleinen dicken Bacillen, sodass man sich nicht des Gedankens entschlagen kann, als ob ein genetischer Zusammenhang dieser beiden Formen existire. In welcher Weise, darüber wagen wir keine Hypothese vorzubringen; sondern wir beschränken uns nur auf die Mittheilung des Thatsächlichen. Hier muss besonders erwähnt werden, dass wir die beschriebenen Bacillen jetzt zum ersten Male gesehen haben. Normale Stuhlentleerungen enthalten sie sicher nicht. Wir haben, um dies zu constatiren, jetzt normale Stuhlpräparate gemacht, und die zahlreichen Präparate revidirt, die wir von früheren Untersuchungen her besitzen. In den Entleerungen bei den verschiedensten Krankheiten, wie Typhus, Darmtuberculose, Dyssenterie, Kinderdiarrhoe, sind diese Bacillen uns niemals aufgefallen. Bei Untersuchung fauler Harne, fauler Schleimmassen aus Schweinemägen, bei der Untersuchung der verschiedenen Bakterien die im Blinddarm und überhaupt im Darme der Kaninchen vorkommen, sind derartige Bacillen uns vollständig unbekannt geblieben.

Blicken wir auf die geschilderten Befunde zurück, so müssen wir betonen:

1) dass wir in mehreren Stühlen von Menschen, die an einer Cholera erkrankten, welche wir nach der Art des Auftretens und dem Fehlen der Weiterverbreitung für Ch. nostras halten zu müssen glauben, kommaähnliche Bacillen gefunden, die den von Koch gezüchteten Bacillen der Cholera asiatica ausserordentlich ähnlich sind,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2) dass wir in denselben Stühlen in grosser Masse Spirillen auffinden,

3) dass diese Gebilde die einzigen von specifischem Aussehen sind, welche wir gesehen haben.

Nimmt man dazu das massenweise Auftreten der besagten Bacillen, den Umstand, dass wir ebenso wie Koch dieselben niemals bei irgend welcher anderen Gelegenheit gesehen haben, so macht es dieser mikroskopische Befund wahrscheinlich, dass hier etwas Eigenartiges, vielleicht Specifisches vorliegt.

Nachdem wir uns so über den mikroskopischen Befund soweit thunlich orientirt hatten, versuchten wir, folgend der Methode, die schon Gewohnheit geworden ist für dergleichen Untersuchungen, durch Züchtung weiteren Aufschluss zu erreichen. Man müsste ja erwarten, dass vorhandene Differenzen in der biologischen Eigenschaft der in den Entleerungen durch einander gemischten Mikroben durch fractionirte Culturen besser zur Erscheinung gebracht würden.

Wir nehmen aus den Stuhlentleerungen kleine Partikelchen getrennt und pflanzen sie theils auf feuchte Leinwand, die auch in einer feuchten Kammer gehalten wurde, theils auf Kartoffelstücke. Auf der Leinwand wurden etwa 50 verschiedene Culturen gezüchtet, auf den Kartoffeln einige 30 getrennte Pflanzungen; die Züchtung wurde gemacht in einem Ofen bei 30 bis 35°C.

Zuerst nach 2mal 24 Stunden, dann später entnahmen wir den Culturen Präparate. Das Resultat dieser Versuche ist, dass die Bacillen vollkommen verschwanden, und nur noch jene kleinen Mikrokokken in ungeheurer Vermehrung übrig blieben. Ganz selten erscheint in einem Gesichtsfeld überhaupt ein Bacillus, aber wir möchten nicht behaupten, dem Kommabacillus ähnliche Individuen in den Culturen gesehen zu haben.

Dass bei den Culturversuchen die Bedingung zur Existenz von Mikroben überhaupt vorhanden waren, geht hervor aus der Vermehrung der Kokken; dahingestellt müssen wir es aber lassen, welche specielle Bedingungen zum vorzugsweisen Wachsthum der kommaähnlichen Bacillen unserer Fälle erfüllt werden müssten. Das Material ging uns zu bald aus, als dass wir mehr darüber hätten eruiren können. Jedenfalls scheint es uns, dass die Züchtung sich anders verhält, als die von Koch am Cholerabacillus studirte. Nach Art der Cultur, Zeit und Temperatur hätte bei unserer Züchtungsweise der Kommabacillus der Cholera asiatica in reiner Form zu Tage treten müssen.

Der dritte Theil unserer Arbeit ging dahin, Versuche anzustellen, welchen Einfluss die in den Tractus intestinalis eingeführten Cholera-nostras-Stuhlmassen beim Hund und Kaninchen ausübt. Wir machten den Boden, auf welchem der eventuelle Infectionsstoff seine Thätigkeit entfalten sollte, dadurch geeignet, dass wir den Thieren Crotonöl, in verschiedener Dosis, einverleibten, um so die Schleimhaut des Magen-Darmkanals in einen Zustand zu versetzen, in welchem sicherlich hinreichend viele Stellen ihres Schutzes, des gesunden Epithels entbehrten.

Wenn nun die Symptome des Darmkatarrhes sich bemerkbar machten, so führten wir verschieden grosse Quantitäten der Cholera-nostras-Stühle ein. Diese Procedur gestaltet sich leichter als man denkt. Ein Hund frass von selbst die Masse auf, so dass es leicht gelang, bis zu 400 ccm des Stuhles in flüssiger Form ihm einzuverleiben. Das Resultat war, dass sich keine sichtbare Veränderung in dem Benehmen des Thieres einstellten: es traten vor Allem keine Durchfälle ein, der Hund blieb wohl und frass nach wie vor mit Behagen. Nun weiss man, dass die Hunde eine ausserordentlich energische Magen- und Dünndarm-Verdauung besitzen. Da schon Koch mitgetheilt hat, dass auch die ächten Kommabacillen der Cholera asiatica durch die Magenverdauung getödtet zu werden scheinen, so wäre es sehr wohl möglich, dass der absolut negative Erfolg beim Hunde auf das berührte Verhalten zurückzuführen sei. Unwahrscheinlich bleibt dies immerhin, weil die Masse des Verschluckten doch ausserordentlich gross war, und in flüssiger Form in den leeren, durch Crotonöl gereizten Magen hineinkam. Wir haben deshalb noch Kaninchen zu Infectionsversuchen benutzt. Die Thiere liessen wir einige Tage hungern und gossen ihnen dann grosse Kothmassen vermittelst der Schlundsonde direct in den Magen ein. Es ist uns aus andern Versuchen, die wir bei anderer Gelegenheit machten, bekannt, dass nach dem Eingiessen von Zuckerlösungen in den Kaninchenmagen Zucker im Colon schon nach einer halben Stunde nachweisbar ist; demgemäss ist es uns höchst wahrscheinlich, dass auch die eingegossenen Kothmassen nach nicht allzulanger Zeit in den Darm eintreten mussten. Indessen die Thiere blieben anscheinend gesund, frassen gut und leben heute noch.

Soviel über das Thatsächliche und über die Beobachtungen. Wir wollen dem nun noch eine kurze Besprechung anschliessen.

Zuerst ist die Frage zu ventiliren, ob die hier beobachtete Epidemie die einer Cholera nostras, oder Cholera asiatica gewesen sei.

Wenn man den Unterschied der beiden Krankheiten in den Symptomen suchen wollte, würde keine Grenze zwischen ihnen auffindbar sein.

Wir berufen uns hierin wohl am richtigsten auf die Discussion, welche in der öfters genannten Conferenz stattgefunden hat[1]) da diese wohl sicher auf dem allerneuesten und berechtigtsten Standpunkte steht. Dort sagte Hirsch: „Schwere Fälle einheimischer Cholera tragen so vollständig und in allen Erscheinungen das Gepräge der indischen Cholera, dass eine Diagnose mit Sicherheit kaum gestellt werden kann. . . .“ Skrzeczka sagt: „Es kommen hier in Berlin im Laufe jedes Sommers 3—4 Fälle, mitunter auch einmal ein tödtlicher vor, die aber in ihrer äusseren Erscheinung sich eigentlich kaum von der indischen Cholera unterscheiden lassen, sodass man nur, weil man sich sagt, dass die Cholera asiatica kaum von irgendwoher eingeschleppt sein kann, weil Europa frei von derselben ist, die Fälle als Cholera nostras ansieht.“ Diesen Angaben entsprechen ganz und gar unsere Erfahrungen. Die hier beobachteten Fälle zeigten alle ein plötzliches Auftreten, heftiges Erbrechen und Diarrhöen mit auffallend starken Collapserscheinungen und waren stets combinirt mit Wadenkrämpfen, Rückenschmerzen oder Ohnmachten, also mancherlei nervösen Erscheinungen, welche nicht in gradem Verhältnisse zu den Magen-Darmerscheinungen standen. Man wird deshalb die Frage der Contagiosität heranziehen zur Definition unserer Erkrankungsfälle. Giebt es epidemische Cholera nostras? von Bergmann sagt, dass ihm nur sporadische Cholera nostras bekannt sei, und während Hirsch angiebt, dass es allerdings kleine Epidemien von Cholera nostras giebt, betont Virchow, dass dies betreffe: kurz hintereinander vorkommende Fälle, die ohne Zusammenhang untereinander ständen, dass keine Epidemie von Cholera nostras bekannt sei, die über grössere Bezirke sich verbreitet hätte. Es wird von ihm dafür geltend gemacht die kleine Zahl von Fällen, welche in Berlin zur Beobachtung zu kommen pflegen.

Für unsere Erkrankungsfälle haben wir doch wohl das Recht von einer Epidemie zu sprechen, insofern als einmal die Gesammtzahl eine recht beträchtliche ist, als zweitens die Fälle der Zeit nach nicht nur sehr enge zusammenliegen, sondern sogar die in dem nämlichen Hause vorgekommenen Fälle absolut gleichzeitig waren. Wenn dies von der einen Seite uns berechtigt anzunehmen, dass eine Infection stattgefunden hat, so ist andererseits dagegen zu betonen, dass eine Contagion nicht nachweisbar erscheint; man müsste denn auf eine Contagion den Umstand beziehen, dass wir Beide im Verlauf unserer Untersuchung, zu verschiedener Zeit, eine Cholerine durchgemacht haben. Eine weitere Verbreitung über grössere Bezirke können wir nicht nachweisen. Indessen scheint die „Epidemie“ noch nicht vollkommen erloschen zu sein. Nach alledem ist es uns wahrscheinlicher, dass die verschiedenen Gruppen von Erkrankungsfällen einer Infection aus localen Heerden zuzuschreiben seien.

Ein Todesfall ist nicht vorgekommen; trotz heftiger einzelner Erscheinungen ist also der Gesammtverlauf als leicht zu bezeichnen. Da man nun endlich gewohnt ist, bei den Erkrankungen an Cholera asiatica schwere Ausgänge zu sehen, so entschliessen wir uns lieber unsere Fälle als Cholera nostras zu bezeichnen; allerdings betonen wir dabei, dass es eine Endemie dieser Erkrankung gewesen, dass es also nicht nur sporadische Fälle sind.

Wie steht es nun mit der Hauptfrage, ob wir aus der Untersuchung der Dejectionen das Recht für eine bestimmte Benennung beschriebener Erkrankungen ableiten können?

Hier müssen wir besprechen, in wiefern wir mit unsern Befunden in Widerspruch kommen mit denjenigen anderer Forscher. Koch[2]) theilt mit, dass er in der letzten Zeit Gelegenheit gehabt hat, Material von Cholera nostras zu untersuchen; er hat in der Darmschleimhaut eines schweren und schnell tödtlich verlaufenden Falles zwar sehr viele andere Bacillen, aber keine Kommabacillen gefunden; und in den Deckglaspräparaten, die ihm von Wien aus zugeschickt worden waren, liessen sich keine Kommabacillen nachweisen und auffinden. Thatsächlich ergeben unsere Befunde, dass wir in den ersten Darmentleerungen jene schon mehrfach beschriebenen Bacillen gefunden haben, deren Aehnlichkeit mit den Koch'schen Cholerabacillen wir immer wieder betonen. Es ist uns aber nicht geglückt in den wässerigen, späten Darmentleerungen, welche von Bakterien wimmelten, dieselben Bacillen wieder zu finden. Man muss demgemäss wohl schliessen, dass durch die ersten Diarrhöen jene Bacillen aus dem Darm fortgeschwemmt werden, und es ist daher ganz wohl denkbar, dass man trotz des Befundes specifischer Bacillen im Koth doch in der Darmschleimhaut vergeblich nach

[1]) Deutsche med. Wochenschrift 1884. No. 32 etc.

[2]) pag. 525 Deutsche med. Wochenschr. 32 A.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

denselben suchen würde. Dass Koch in den beiden Wiener Präparaten keine charakteristischen Bacillen gefunden hat, darüber ist nicht ernstlich zu discutiren; denn erstens giebt er selbst an, dass für diese Fälle die Diagnose zwischen Cholera nostras und Hitzschlag schwankt, und zweitens sind die Bacillen doch nicht so massenhaft, dass man sie gerade in zwei Präparaten auffinden müsste. Wir berufen uns wieder auf die Thatsachen, dass wir sie in den spätern Stuhlentleerungen überhaupt nicht gefunden haben. Der negative Befund aus den Wiener Präparaten kann desshalb unsern positiven Befunden gegenüber nicht verwerthbar sein.

Wenn nun auf der einen Seite unsere Angaben die Differentialdiagnose zwischen Cholera nostras und Cholera asiatica aus Stuhlpräparaten bedenklich erschwert, so heben wir andererseits hervor, dass auch bei der echten indischen Cholera die Untersuchung der Stuhlentleerung allein nicht immer eclatanten Erfolg zu geben scheint. Koch giebt in der Discussion an, dass es nicht sehr oft vorkommt, dass man schon bei der mikroskopischen Untersuchung bei der Cholera asiatica für die Diagnose ausreichende Mengen von Kommabacillen in den Stuhlentleerungen findet. Koch[1]) giebt auch weiter an dass er aus dem blutig-fauligen Darminhalt der asiatischen Cholera kein klares Bild der Bacillen gewinnen konnte. Da dieser Inhalt doch wohl den spätern Darmentleerungen entsprechen muss, so wird man wohl auch bei der Cholera asiatica zeitweise vergeblich die zersetzten Entleerungen auf Kommabacillen untersuchen.

Jedenfalls lässt sich aus alledem schliessen, dass die mikroskopische Untersuchung der Stuhlentleerung allein nicht zum Ziele führen kann, um die Diagnose zu entscheiden.

Ein unbedingt grösserer Werth ist daher auf die Herstellung der Culturen zu legen. Weitere Untersuchungen müssen es klarstellen, ob die Erfolglosigkeit unserer Culturversuche für Bacillen einen principiellen Grund hat, und ob es also nicht gelingen wird aus den Dejectionen von Cholera nostras in der von Koch angegebenen Weise Bacillen zu züchten. Denkbar ist es ja, dass die bei der Cholera nostras aufgefundenen Bacillen, trotz der grossen Aehnlichkeit in der Form mit dem Koch'schen Bacillus, in ihren biologischen Eigenschaften sich wesentlich von ihm unterschieden, und dass derartig veränderten biologischen Beziehungen, auch vielleicht andere pathogene Eigenschaften entsprächen.

Der negative Ausfall unserer Infectionsversuche an Thieren giebt bei dem jetzigen Stand der Frage keine Veranlassung zu weiterer Discussion. Da selbst bei der Cholera asiatica die Uebertragbarkeit auf Thiere bei den verschiedensten Versuchsanordnungen nicht nachgewiesen werden konnte.

Damit schliessen wir die Mittheilung unserer Untersuchung ab mit der Hoffnung, dass für weitere Arbeiten auf dem Choleragebiet unsere Beobachtungen bestimmte Fingerzeige geben, aber auch bestimmte Cautelen nahe legen mögen.

III. Ueber einige Folgezustände hochgradiger Erschlaffung der Beckenbauchwand.

Vortrag, gehalten auf dem sechsten oberrheinischen Aerztetage am 17. Juli dieses Jahres.

Von

Alfred Hegar in Freiburg.

Wenn man von hochgradig erschlafften Bauchdecken oder vom Hängebauch spricht, denkt man gewöhnlich nur an eine Relaxation der Musculatur und der Aponeurosen an der vordern und seitlichen Bauchwand, wie sie als Folgezustand der Schwangerschaft oder einer pathologischen Ausdehnung des Abdomens so häufig beobachtet wird. Diese Vorstellung entspricht nur unvollständig den thatsächlichen Verhältnissen. Die anatomische Veränderung ist intensiver, da nicht nur Muskeln und Aponeurosen, sondern auch das Bauchfell mit seinen Duplicaturen und deren eingeschlossenem Gewebe, also die Hauptbefestigungsmittel der Eingeweide, Antheil nehmen. Die Veränderung ist ferner ausgebreiteter und erstreckt sich auch fast stets auf den Beckenboden, das Beckenzwerchfell, Levator ani und Fascia pelvis, sowie die Peritonealbekleidung des Beckens nebst deren Falten, insbesondere die Ligg. sacrouterina und lata. — Auch ist die Anomalie nicht beschränkt auf Frauen, welche eine Schwangerschaft oder eine krankhafte Anschwellung des Bauches durchgemacht haben. Man sieht sie auch häufig bei Jungfrauen und Nulliparen in recht ausgesprochenem, wenn auch nicht gerade in dem höchsten Grade der Entwicklung. Die bewegliche Niere und die Retroversio uteri liefern in ihrem häufigen Vorkommen bei solchen Personen den Beweis, dass auch noch andere Ursachen bei der Entstehung solcher Erschlaffungszustände wirksam sind. Chlorose, schlechte Ernährung, unzweckmässige Lebensweise, wie besonders Mangel körperlicher Bewegung und Muskelthätigkeit, chronische Leiden, langsame Reconvalescenz nach acuten Krankheiten sind unschwer als ätiologische Momente zu erkennen.

Die Eingeweide der Beckenbauchhöhle sind sowohl durch die Schlaffheit der Ligamente, als auch in Folge des herabgesetzten intraabdominalen Drucks nicht selten dauernd dislocirt und abnorm beweglich. Dies betrifft die verschiedensten Organe, die Nieren, die Milz, die Leber, den Uterus, die Blase und die Gedärme. Letztere können, bei stark verlängertem Mesenterium, in einem von den nachgiebigen Bauchdecken gebildeten, von der Schoossfuge herabhängendem Sack liegen. Meist sind alle diese Zustände der verschiedenen Organe Coeffecte, bedingen und verstärken sich jedoch auch bisweilen. So wird ein prolabirter Uterus durch Zug an dem Harnleiter den Tiefstand der Niere befördern.

Die unvollkommene Stützung des Magens durch die schlaffe vordere Abdominalwand wird zur Dilatation des Magens disponiren und ebenso wird Auftreibung der Gedärme durch Gase, sowie Secretion der Fäcalmassen dadurch gefördert werden.

Die Herabsetzung des intraabdominellen Drucks bedingt stärkere Füllung der Blutgefässe des Unterleibs, in vorwiegendem Grad der Venen und Dilatation derselben. Besonders bekannt sind in dieser Hinsicht die Erweiterung der Hämorrhoidalgefässe und die Varicen der Ligg. lata.

Eine Besprechung aller vorkommenden Erscheinungen und Beschwerden, sowie der weiteren Folgezustände, würde mich viel zu weit führen. Ich möchte nur einige Folgen besprechen, welche gewöhnlich andern Ursachen zugeschrieben werden oder überhaupt nicht bekannt sind.

Viele Frauen, welche an Relaxationen der Beckenbauchwände leiden, klagen über Kreuzweh, Gefühl der Müdigkeit, Zerschlagenheit in dem untern Theile des Rückgrats, ziehende Schmerzen in den Reg. iliacae, Gefühl von Abwärtsdrängen, Druck und Schwere im Unterleib, wohl auch Beschwerden bei der Urinentleerung und Defäcation u. a. Die sehr verschiedenen, in den Nerven des Plex. lumbalis und sacralis sich abspielenden Erscheinungen sind vorhanden, welche ich der Kürze halber als Lendenmarkssymptome bezeichnet habe, weil die ergriffenen Nerven jenem Abschnitte des Rückenmarks entspringen. Ohne Zweifel werden jene Erscheinungen hauptsächlich durch directe Zerrung und Dehnung der in den Bauchfellduplicaturen, in den Bändern der Organe der Beckenbauchhöhle verlaufenden Nerven hervorgerufen. Besonders möchte ich die Zerrung der Ligg. sacro-uterina, des Mesenteriums, der Befestigungsmittel der Niere hervorheben. Uebrigens kann auch die Zerrung der in den Bauchdecken selbst verlaufenden Nerven in Betracht kommen, besonders dann, wenn ein vor der Schoossfuge herabhängender Sack vorhanden ist und durch reichliche Ablagerung von Fett die Schwere der Decken und der Eingeweide sehr vergrössert ist. Consensuelle und reflectorische Symptome in Nerven, welche von höheren Abschnitten der Centren entspringen, sind auch oft vorhanden.

Der Kreuzschmerz findet bei einem Theil der Kranken übrigens auch seine Erklärung in der starken, stetigen Thätigkeit des Rückgratstreckers. Die Haltung des Beckens und der Wirbelsäule ist bei der Lähmung oder Halblähmung der Bauchdecken das Gegenstück von derjenigen, welche bei der Lähmung des Rückenstreckers eingenommen wird und welche von Duchenne so gut beschrieben ist. Bei letzterer ist das Becken in sehr geringer Neigung, die Wirbelsäule nach hinten gestreckt, so dass der Schwerpunkt des Oberkörpers nach hinten verlegt ist. Dies ist deswegen nothwendig, weil der Mensch nach vorn umkippen müsste, sobald der Schwerpunkt, was bei gewöhnlicher Körperhaltung sehr häufig geschieht, etwas zu weit nach vorn fiele. Die gelähmten Rückenstrecker können ihn nicht wieder aufrichten. Die Bauchmuskeln und die Muskeln an der vordern Fläche des Oberkörpers bilden bei jener Rückwärtsstreckung ein Spannseil, welches jener Verlagerung des Schwerpunktes nach hinten das Gleichgewicht hält, wodurch ein stabiles Gleichgewicht hergestellt ist.

Bei der Lähmung der Bauchmuskeln wird das Becken in starke Neigung gebracht, die Lendenwirbelsäule befindet sich in starker Lordose, der Schwerpunkt des Oberkörpers fällt nach vorn, weil sonst bei zufälliger Verlagerung desselben nach hinten ein Umkippen in dieser Richtung hin stattfinden würde, da die gelähmten Bauchmuskeln den Rumpf nicht nach vorn zu bringen im Stande sind. Hier bilden nun die Rückenstrecker das Spannseil, welches der Verlagerung des Gewichts nach vorn entgegenarbeitet. So entsteht der Ermüdungsschmerz in der Musculatur des Rückens.

Ich habe mich mit diesem Gegenstande schon seit längerer Zeit beschäftigt, wurde aber neuerdings wieder besonders darauf aufmerksam, weil mir nach der Castration auftretende Bauchbrüche einige Male meine

[1]) pag. 500 Deutsche Med. Woch. 32.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Resultate erheblich geschmälert haben. Ich bemerkte nämlich, dass die Operirten sich längere Zeit recht gut befanden, wenig oder gar keine Schmerzen mehr hatten und Amenorrhoe zeigten. Trotz aller Warnung liessen sie die Bauchbinde weg und unterzogen sich körperlichen Arbeiten, worauf sehr bald die Eventration folgte. Sofort traten alle möglichen nervösen Symptome wieder ein, aber auch Blutabgänge ex utero. Im Anfang hielt ich das für ein zufälliges Zusammentreffen und erst später wurde mir der Causalnexus klar. Hierzu trug noch bei die Mittheilung Prochownik's[1]), in welcher eine sehr merkwürdige Erscheinung angeführt wird, welche ein sehr helles Licht auf den Vorgang wirft. Prochownik machte eine Castration mit gutem Erfolg für volle 8 Monate. Die nervösen Erscheinungen waren gebessert und die starken Menses hatten vollständig aufgehört, als sich die Frau, welche ihren Hausstand wieder besorgte, durch eine körperliche Anstrengung einen beträchtlichen Bauchbruch zuzog. Von dem Augenblicke an traten wieder geringe, aber unaufhörliche Blutabgänge aus der Gebärmutter auf und diese hypertrophirte so rasch, in geradezu elephantiastischer Weise, dass die Vaginalportion bald in der Vulva sichtbar wurde. Prochownik betrachtet dieses Eintreten der Hypertrophia uteri nach der Castration als ein Räthsel ohne Analogie. Ich glaube, dass dieser merkwürdige Vorgang nicht mit der Castration, sondern mit dem Bauchbruch in Zusammenhang steht, wofür auch das zeitliche Verhältniss spricht. Auch scheint mir eine Erklärung dafür nicht allzuschwierig zu finden. Um die hier in Betracht kommenden mechanischen Momente zu erläutern, möchte ich eine Beobachtung anführen, welche nicht gerade selten gemacht werden kann. Man legt bei einer Frau, welche sich in Rückenlage mit erhöhtem Oberkörper befindet, einen Katheter zur Ausspülung in die Gebärmutterhöhle, jedoch einen einfachen, bei dem das Wasser durch den Cervix selbst abfliesst oder die Ausflussöffnung ganz in der Nähe des äussern Muttermundes liegt. Beginnt man dann die Ausspülung bei mässiger Druckhöhe, so wird man oft bemerken, dass der Ausfluss schon nach einigen Secunden stockt. Führt man nun den Finger längs des Katheters bis an den Muttermund, wobei die vordere Scheidenwand etwas gelüftet wird, so wird die Flüssigkeit frei abfliessen. Zieht man den Finger heraus, so stockt der Abfluss wieder und so fort. Das Hinderniss kann selbstverständlich hier nicht im Cervicalcanal, sondern muss in der Scheide liegen und es besteht in dem Druck, welcher ein Zusammenliegen der vordern und hintern Vaginalwand bedingt. Dieser intravaginale Druck ist im Wesentlichen eine Fortsetzung des intraabdominellen Drucks, welcher sich vorzugsweise durch die vordere Wand hindurch auf die Vagina überträgt. Dieser Druck spielt eine grosse Rolle bei der Lageerhaltung des Uterus und ist auch sehr wichtig für die Circulationsverhältnisse im Becken. Durch abnorme Veränderungen dieses intravaginalen Drucks entstehen sehr bedeutende pathologische Vorgänge, auf welche ich hier nicht genauer eingehen kann. Ich will hier nur das hervorheben, was speciell das heutige Thema berührt. Durch verschiedene Umstände kann der intravaginale Druck abnorm herabgesetzt werden, selbst tiefer sinken, als der im Abdomen. Dies geschieht z. B. bei Nulliparen durch eine abnorme Straffheit der vordern Vaginalwand, wenn der Uterushals durch Schrumpfung der Ligg. sacro-uterina sehr stark nach hinten und oben gezogen wird. Am häufigsten ist jedoch die Herabsetzung des Druckes bedingt durch eine Insufficienz des Schlussapparates der Scheide in Folge von starker Dehnung und Einrissen bei Geburten. Die gewöhnliche Folge eines niedern Drucks in der Scheide ist eine Senkung des Uterus. Ist jedoch dieses Organ gut befestigt oder gar durch entzündliche Schrumpfungsprocesse ganz immobil gemacht, vielleicht gar dabei noch nach hinten und oben gezogen, so ist eine Ausgleichung der Druckerniedrigung durch Descensus uteri nicht möglich und kann nur durch stärkere Hyperämie erfolgen. Diese bedingt dann weiter hypertrophische Zustände, unter welchen der sogenannte Huguier'sche Prolaps besonders zu erwähnen sein dürfte, welcher gewiss häufig auf die genannte Art seine Entstehung nimmt. Nun bestehen häufig schon vor der Castration Adhäsivprocesse, welche auch in dem Prochownik'schen Falle vorhanden waren und Schrumpfungen der Bänder.

Bei der Operation wird durch Excision einer Partie des Lig. latum dasselbe schmäler und straffer. Dazu treten denn nicht selten leichte, entzündliche Adhäsivprocesse nach der Operation. Der Uterus ist also gewöhnlich gut fixirt. So lange nun der intraabdominelle Druck seine gewöhnliche Höhe hat, wird die vordere Vaginalwand noch stark genug gegen die hintere angedrückt und so eine Art Schluss erzeugt, welcher bei nicht zu starker Insufficienz des Scheidenschlussapparates einen genügenden Druck im obern Theile der Vagina, der Ampulle dieses Organs, erhält. Sinkt jedoch der Druck im Abdomen sehr beträchtlich, wie dies in Folge eines Bauchbruchs geschieht, so wird die vordere Vaginalwand gegen die hintere nicht mehr genügend angedrängt und es bildet sich in der Scheidenampulle ein niederer Druck aus, welcher dann leicht zu hypertrophischen Zuständen führen kann. Auf diese Weise ist ohne Zweifel die elephantiasisartige Schwellung des Collum uteri in dem Prochownik'schen Falle entstanden, bei dem man eher eine Schrumpfung in Folge der Castration hätte erwarten müssen. So erklärt sich auch der Eintritt der Uterinblutungen nach Bildung des Hängebauchs.

Ich habe keinen Zweifel, dass selbst typische Blutungen sich in der Art ausbilden können. Nachgewiesen ist ja, dass eine Gefässprovinz, welche durch irgend ein mechanisches Verhältniss abnorm dilatirt und mit Blut gefüllt erhalten wird, zuweilen in ganz regelmässigen Intervallen an irgend einer Stelle ihr Blut entleert. So hat man selbst bei Männern ganz regelmässige Hämorrhagieen aus dem Magen oder aus Hämorrhoidalknoten beobachtet. Manche sogenannte Menstruationen nach doppelseitiger Ovariotomie oder Castration sind gewiss auf solche Weise entstanden. Dazu kommt aber noch ein anderer Umstand, welcher schon für sich periodische Blutungen anzuregen vermag und welcher solche bei einer schon bestehenden stärkern Gefässfüllung noch leichter hervorbringen wird. Es unterliegt jetzt nach den Untersuchungen von Goltz wohl keinem Zweifel mehr, dass ein die Genitalfunctionen regulirender Apparat in den Nervencentren und zwar im Lendenmark existirt. Das Uhrwerk für die Menstruation wird gewöhnlich vorzugsweise durch die Ovulation im Gang erhalten und zum Schlagen gebracht. Allein der Apparat steht auch mit den übrigen Abschnitten der Nervencentren und dadurch mit den verschiedensten peripheren Nerven und abgesehen von den Nerven der Sexualorgane auch mit vielen anderen peripheren Nerven in directer Verbindung. Es ist nicht anders denkbar, als dass er von allen diesen Seiten aus beeinflusst werden kann, ausserdem aber noch vom Gefässsystem, vom Blut und endlich noch von den knöchern und häutigen Hüllen des Marks. Dies ist hinlänglich durch die Erfahrung bestätigt. Wir wissen, dass von verschiedenen Stellen her auf jenes Centrum bahnend oder hemmend eingewirkt werden kann. Eintauchen der Füsse in kaltes Wasser kann den Menstrualfluss sofort stillen. Ein Gemüthsaffect vermag die Menstruation viele Tage früher herbeizuführen oder die im Gang befindliche zu sistiren. Leider wissen wir wenig darüber, wenn Bahnung und wann Hemmung eintritt. Allein darüber ist uns auch sonst bei analogen Verhältnissen wenig bekannt.

Solche Einflüsse werden nun auch erzeugt durch pathologische Vorgänge in und in der Nähe der Genitalien. Ich glaube mich fest davon überzeugt zu haben, dass ein Exsudatknoten im breiten Mutterband nach der Castration einen Irritationsheerd für das Lendenmark darstellt, welcher äquivalent ist dem functionirenden Eierstock. Dass eine solche Aequivalenz eintreten kann, wird durch folgende Thatsachen bewiesen. Entzündlicher Process der Ovarien und ihrer Umgebung bedingen nicht selten anteponirende profuse Menstruation, selbst Menorrhagieen. Krankheitsprocesse in den Sexualorganen, wie Polypen, Carcinom u. a. können nach lange abgelaufenem Klimax typische Blutungen aus dem Uterus bedingen. Die Thierärzte geben an, dass die Brunst, welche ohne Zweifel das Analogon der Menstruation darstellt, auch nach der Castration von Thieren zuweilen wieder erscheine. Unter Anderem suchen sie die Ursache bei den Kühen in perlsüchtigen Ablagerungen der Tubenschleimhaut oder Mucosa uteri. So mag auch eine mechanische Zerrung der in das Lendenmark einlaufenden Nerven bei dem Hängebauch und dem Bauchbruch das Centrum der Geschlechtsfunctionen in ähnlicher Weise beeinflussen können.

Ein näheres Eingehen auf die Behandlung würde mich hier zu weit führen. Die Anomalie ist ohne Zweifel sehr vernachlässigt. Man würde viel Schaden verhüten, wenn man im Wochenbett und kurz nachher gegen die Relaxation der Bauchdecken und des Beckenbodens die gehörigen Maassregeln ergriffe. Kräftige Ernährung, Sorge für regelmässigen Stuhl und Urinentleerung, zweckmässiges Binden des Unterleibes, Vorschriften in Bezug auf Körperposition, später eine geeignete Gymnastik, besonders auch die Anwenduug der Electricität sind kräftige Mittel gegen die nachtheiligen Veränderungen in der Bauchbeckenwand. Durch die Kolpoperineorraphie können wir nöthigenfalls einen beliebig starken Schlussapparat der Scheide herstellen.

Ist ein eigentlicher Bauchbruch vorhanden oder sind die Muskeln der vordern und seitlichen Abdominalwand so entartet und atrophisch, dass sie, wie dies zuweilen vorkommt, auch auf den stärksten Inductionsstrom nicht mehr reagiren, so bleibt immer noch eine zweckmässige Bauchbinde als gutes Palliativmittel übrig. Solche Binden werden jetzt nach neuen Constructionen vortrefflich verfertigt.

---

[1]) Ueber einige interessantere Laparotomieen. Deutsche med. Wochenschrift 1882 No. 36.

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

IV. Zur Cholera. Das Reich wie die preussische Regierung haben für den Fall, dass uns die Seuche heimsuchen sollte, auch dafür Sorge getragen, dass die Möglichkeit einer rechtzeitigen Diagnose der ersten Fälle gesichert werde, so dass darauf hin die nothwendigen Gegenmaassregeln getroffen werden können. Wie wir hören, ist für diese Eventualität ein Mitglied der Medicinal-Abtheilung des Cultusministeriums schon zum Königlichen Commissarius designirt, und vorgesehen worden, dass derselbe in Gemeinschaft mit Herrn Geh.-Rath Dr. Koch sich nach den befallenen Gegenden begeben wird, um die nöthigen Feststellungen vorzunehmen.

Selbstverständlich haben die Regierungen aber keinen Augenblick verkannt, dass die Zeit gerade jetzt benutzt werden muss, um den drohenden Gegner nicht nur durch Vorkehrungen hygienischer Natur möglichst unschädlich, sondern auch, um diejenigen Methoden zum Eigenthum möglichst vieler Sachverständiger zu machen, welche geeignet sind, die Seuche sofort zu diagnosticiren. Wir meinen hiermit natürlich das Vertrautsein mit dem Verfahren, welches den Cholera-Pilz zu erkennen und von anderen Mikroorganismen sicher zu unterscheiden erlaubt.

In erster Reihe dürfte die Regierung in dieser Beziehung an die Institute unserer medicinischen Facultäten gedacht haben, insoweit in denselben die Methoden des Kaiserlichen Gesundheits-Amtes noch nicht geübt werden.

Mit Recht ist aber das preussische Cultusministerium hierbei nicht stehen geblieben, sondern will auch anderen Aerzten, vor Allem solchen, die sich im Sanitätsdienste befinden, Gelegenheit geben, sich ebenfalls durch Aneignung der Koch'schen Methoden auf den etwaigen Einbruch der Cholera vorzubereiten.

Bekanntlich sind nach dieser Richtung hin Verfügungen an die Regierungen erlassen, haben indessen offenbar zu seltsamen Missverständnissen geführt. So heisst es sogar in einem Fachblatte, es seien „aus jedem Regierungsbezirk einige Aerzte, theils die Medicinal-Decernenten der Regierungen selbst, theils geeignete Kreisphysiker nach Berlin berufen, um einen 14tägigen bis dreiwöchigen Cursus zur Erlernung der neueren Forschungsmethoden behufs Ermittelung von Bakterien und Mikroben, insbesondere aber zur Kenntnissnahme des Kommabacillus und der Culturmethoden zu dessen Reinzüchtung, wie Geh.-Rath Koch sie mit Erfolg angewendet hat, durchzumachen".

Es ist nun für Jeden der mit den Forschungsmethoden des Kaiserlichen Gesundheits-Amtes auch nur oberflächlich vertraut ist, von vornherein klar, dass für einen Arzt, der sich nicht schon früher mit denselben und den auf sie begründeten Untersuchungen der Mikroorganismen und ihrer Züchtung beschäftigt hat, ein 14tägiger bis dreiwöchentlicher Curs wenig nützen kann. Herr Geh.-Rath Koch hat noch auf der Cholera-Conferenz die Nothwendigkeit, den Cholera-Pilz in Reinculturen zu züchten, um die Diagnose derselben sicher zu stellen, wiederholt betont, und der in dieser Nummer veröffentlichte Artikel der Herren Finkler und Prior giebt dafür, so meinen wir, einen neuen Beweis. Nichts wäre bedenklicher, als wenn nicht vollständig geübte Untersucher auf diesem Wege die Differential-Diagnose zwischen Cholera nostras und Cholera asiatica stellen wollten.

Das Ministerium hat, so weit wir informirt sind, der Aufforderung, Aerzte und besonders Medicinalbeamte für einen Cursus im Kaiserlichen Gesundheits-Amte zu designiren, eine so weite Ausdehnung, wie sie vielfach angenommen wird, nicht gegeben. Sie hat vielmehr das Beiwort „geeignete" dahin interpretirt, dass es sich um Aerzte und beziehungsweise Medicinalbeamte handelt, die mit bakteriologischen Untersuchungen schon vertraut sind.

Wir benutzen die Richtigstellung dieses Punktes noch zu einigen Bemerkungen.

Wir haben in No. 32 S. 516 dieser Wochenschrift die „Belehrung über das Wesen der Cholera und das Verhalten während der Cholerazeit" veröffentlicht. Merkwürdiger Weise ist dieses wichtige Document bisher wenig beachtet worden, und doch ist es nicht nur in practischer Beziehung sondern auch um deswillen von hoher Bedeutung, weil die einzelnen Vorschriften der „Belehrung" grossentheils directe Folgerungen aus den Resultaten der Forschungen R. Koch's sind. Da die „Belehrung" neben den Unterschriften des Letzteren und Skrzeczka's auch die von M. v. Pettenkofer zeigt, so scheint uns daraus hervorzugehen, dass der berühmte Münchener Hygieniker auf dem Gebiete der practischen Cholera-Prophylaxe doch keineswegs durch eine solche Kluft von den Anschauungen Koch's getrennt ist, als es vielfach den Anschein hat.

Aber müssen wir noch fragen: aus welchem Grunde ist die „Belehrung" nur im Herzogthum Sachsen-Meiningen bisher veröffentlicht worden? Wenn, wie es scheint, das Reich sich die Bestimmung darüber vorbehalten hat, so ist die Veröffentlichung doch in denjenigen Bundesstaaten vor Allem wünschenswerth, die zuvörderst von einem Einbruche der Epidemie bedroht sind — die Reichslande, Baden, Bayern, Preussen, Hessen.

Nicht minder geboten will es uns scheinen, dass der von der Sachverständigen-Commission beschlossene „Untersuchungsplan" gerade jetzt in der noch freien Zeit veröffentlicht werde. Die Aerzte müssen sich mit den Anweisungen dieses Planes, soll er mit Nutzen für Wissenschaft und Praxis durchgeführt werden, doch so genau als möglich vertraut machen, ehe die Epidemie im Lande ist. Ist letzteres der Fall, so pflegt es zu spät zu sein, noch zu fragen was und wie man beobachten und untersuchen soll, dann muss man es wissen.

P. B.

V. In Sachen der disciplinaren Beaufsichtigung der Aerzte Seitens des Staates.

Der ärztliche Kreisverein Mannheim-Heidelberg hat eine in zahlreichen medicinischen Fachschriften veröffentlichte Erklärung erlassen, in welcher die an die badische Verordnungen am 6. und 11. December 1883 anknüpfende Resolution der Berliner Medicinischen Gesellschaft vom 30. Januar 1884, betreffend die disciplinare Beaufsichtigung der Aerzte Seitens des Staates, als unmotivirt dargestellt wird. In dieser Erklärung werden aber diejenigen Gründe, die für die Berliner Medicinische Gesellschaft bestimmend waren, durchaus nicht erwähnt. Als solche Gründe möchte ich in Kürze folgende hervorheben:

I. Die badische Verordnung vom 6. December 1883 bedroht mit Strafe erstens die Verletzung der Berufspflicht. Was aber als Berufspflicht der Aerzte zu gelten hat, das bestimmt die Verwaltungsbehörde. Es ist sicher von Wichtigkeit, wenn hierbei die Standesvertretung der Aerzte „gehört" wird, doch ändert dies an der principiellen Bedeutung der Thatsache nur sehr wenig, dass in Baden die Verwaltungsbehörde auf dem Verordnungswege festsetzt, welche Berufspflichten der Arzt zu erfüllen hat, wenn er nicht bestraft werden will.

II. Die badische Verordnung stellt aber nicht nur die Berufspflichten unter Androhung von Strafe unter disciplinare Aufsicht, sondern zweitens auch das „Verhalten der Aerzte, sofern sie sich dadurch der Achtung, die ihr Beruf erfordert, unwürdig zeigen". Wir haben angenommen, dass hierunter das Verhalten der Aerzte in- und ausserhalb ihres Berufes zu verstehen sei und halten diese Bestimmung für erschreckend ähnlich den Bestimmungen über die disciplinare Beaufsichtigung der Beamten.

III. Als Disciplinarkammer gilt in erster Instanz der gewählte ärztliche Ausschuss. Dass derselbe unter dem Vorsitz eines — juristischen oder nichtjuristischen — Verwaltungsbeamten tagen muss, ist eine nebensächliche Frage, die Einsetzung des Ausschusses als solche sicher ein Fortschritt. Als zweite Instanz ist aber das Ministerium eingesetzt. Wir können nicht umhin, anzunehmen, dass auch hier, wie überall, die zweite Instanz schliesslich die maassgebende sein wird.

Da die Berliner Medicinische Gesellschaft in diesen Monaten Ferien hat, halte ich mich als ihr damaliger Referent für verpflichtet, dies zur Klarlegung des Sachverhalts auszusprechen und ersuche diejenigen Zeitschriften, welche die Erklärung des ärztlichen Kreisvereins Mannheim-Heidelberg veröffentlicht haben, auch diesen Zeilen Raum geben zu wollen.

21. August 1884. B. Fränkel.

VI. Achter Internationaler Medicinischer Congress Kopenhagen 10. — 16. August 1884.

II.

Die Vorträge in den allgemeinen Versammlungen.)

(Schluss.)

4. Tommasi-Crudeli: Ueber die natürliche Entstehung der Malaria und über die Mittel den Gesundheitszustand der von Malaria heimgesuchten Gegenden zu verbessern. (Dagbladet. — Nat.-Zeit. — Originalbericht.)

Das Beste von dem, was der italienische Gelehrte über sein Thema vortrug, seine und seiner Schüler Marchiafava und Sulle Untersuchungen über die Veränderungen der rothen Blutkörper durch das Malariagift haben wir schon in No. 34 ausführlich wiedergegeben. Dass T. in der That in der Lage war, in den von ihm mitgebrachten Präparaten Kokken zu demonstriren, wird von sachverständigen Beobachtern bestätigt. Freilich die Ansprüche welche wir jetzt gewohnt und berechtigt sind auf diesem Gebiete zu stellen, werden von ihm nicht erfüllt und speciell Reinkulturen konnten nicht erzielt werden.

Was T. im Uebrigen brachte, ist, wie unser R.-Correspondent ganz richtig hervorhebt, fast durchweg in seiner von Dr. Schuster übersetzten und

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

von M. v. Pettenkofer in Deutschland eingeführten Broschüre enthalten: „Die Malaria von Rom.“

Vor Allem protestirt T. dort wie in Kopenhagen gegen das Vorurtheil, die Malaria sei an Sumpfboden gebunden.

Befinden sich doch zwei Drittel der italienischen Malariagegend auf Hügeln oder gar auf Bergen. Selbst wenn diese Bezirke im Sommer vollständig trocken sind, hört die Malaria nicht auf, sich fortzuerzeugen, insbesondere dann, wenn der Boden Poren oder Risse besitzt, in die die Luft eindringen kann, oder wenn der Untergrund durch besondere Verhältnisse feucht erhalten bleibt, was bei der Mehrzahl der Hügel der Campagna Roms bekanntlich der Fall ist. Sobald aber die Luft auf den Malariaboden nicht mehr direct einwirken kann, wie z. B. bei gutem Pflaster, rationeller Isolirung der Gebäude dem Boden zu, bei dem dichten Wurzelfilz gut bestandener Wiesen etc. hört die Malaria-Production auf.

Auch entsprechen Erfahrungen seit undenklicher Zeit der Thatsache, dass schon ein sehr mässiger Grad von Feuchtigkeit für die Erzeugung von Malaria genügt und dass letztere aufgehoben wird, wenn die mittlere Sommertemperatur ausnahmsweise niedrig ist, während hohe Temperatur an Orten, die, weil das Malariaferment in ihnen nur wenig der Regel nach sich entwickelt, gewöhnlich unschädlich sind, dasselbe in hohem Grade vermehrt. Ja, man kann das Malariaferment aus seiner Heimath sogar durch Blumentöpfe in die Häuser bringen, wo es Intermittens producirt, wie unter Anderem die Erfahrung eines russischen Arztes, Professor v. Eichwald, gelehrt hat, so dass die Rache der Blumen sich sogar des Untergrundes bedient. Was nun die Frage anlangt, die für die Allgemeinheit die wichtigste ist, nämlich nach der Prophylaxe der Malaria durch Assanirung des kranken Bodens, so lässt sie sich nach Tommasi-Crudeli vielfach schon jetzt lösen auf Grund der erzielten wissenschaftlichen Erkenntniss über das Wesen und die Bedingungen der Malaria. So lange das Sumpfvorurtheil freilich besteht, begnügte man sich, den fortwährenden Abfluss des Wassers zu begünstigen und zu reguliren, indem man die tiefen sumpfigen Gründe mit gesundem Erdreich ausfüllte. Man konnte dadurch in der That die Malaria in vielen ausgedehnten Ebenen unterdrücken, indem man die Feuchtigkeit der fermenthaltigen Bodenschichten beseitigte und die directe Einwirkung der Luft auf sie aufhob. Ausgelöscht wird der Malariaheerd nach Tommasi-Crudeli dadurch nicht, da ihm zufolge das latente Leben der Malariakeime Jahrhunderte (?) dauern kann. Ausserdem genügt diese Praxis aber für den grössten Theil der römischen Campagna überhaupt nicht.

Die ganze Campagna wird zu beiden Seiten des Tiber von alten vulkanischen Kratern beherrscht, die zum Theil jetzt zu Seen geworden sind, wie im Norden die Seen von Bracciano, Martignano, Stracciacape, Baccano und im Süden der Albaner und der Nemi-See. Andere sind jetzt geschlossene Bassins, wie das Thal della Riccia, die Gefilde des Hannibal, der alte Regillussee und das Thal von Molara auf den Bergen Latiums. Das Wasser dieser Seen und Becken wird nun in Folge der Niveaudifferenzen und des Druckes der Wassermassen selbst durch die permeablen Wände der Krater in den unter der Campagna liegenden Grund förmlich hineingepresst und bildet dort ausgedehnte unterirdische Wasserflächen, welche in der Richtung der Flussthäler nach abwärts verlaufen. Ein grosser Theil dieses Wassers speist allerdings den Tiber und die Nebenflüsse der Campagna, ein sehr erheblicher bleibt aber im Untergrund der Campagna als eine Brutstätte der Malaria. So weit es sich um die Ebenen zwischen den Hügeln handelt, genügt es, wie auch die Erfahrung gelehrt hat, tiefe Sammelgruben parallel mit der Basis der Hügel zu ziehen und durch sie die denselben entspringenden unterirdischen Quellen dem natürlichen Sammelplatz des Thales zuzuführen. Sehr viel complicirter wird aber das Problem, wenn es gilt, die römischen Hügel, vier Fünftel der Campagna von den in ihnen eingeschlossenen Gewässern zu befreien, die den sie bedeckenden Boden unaufhörlich feucht erhalten. Schon in der vorrömischen Zeit war eine ausgedehnte Drainage der Hügel durchgeführt und damit die Malaria-Erzeugung in denselben vermindert. Auch jetzt hält T. eine rationelle Drainage für das einzige Mittel, die Entstehung der Malaria zu verhindern, verlangt aber auch eingehende Studien über die Bodenverhältnisse, damit man mit Sicherheit vorgehen könne. Viel weniger Werth legt T.-C. auf Anpflanzungen und Ausbreitung der landwirthschaftlichen Erschliessung des Bodens und auch die Wirkung des Eucalyptus schlägt er gering an.

Bezüglich der persönlichen Prophylaxis bewährte sich nach T.-C.'s Versuchen das Arsen noch am besten. Er hat es in steigenden Dosen während der Malaria-freien Monate gegeben und will in einer ausgedehnten Versuchsreihe Immunität erzielt haben. Gegen das Chinin spreche dagegen, dass es, wenn längere Zeit genommen, auf die vasomotorischen Nerven schädlich einwirke. T.-C. empfiehlt endlich mit dem alten rein-empirischen Volksmittel der Citronensäure trotz der fehlenden wissenschaftlichen Basis ausgedehnte Versuche zu unternehmen.

5. Prof. Verneuil: Die neoplastische Diathese und die Bildung der Geschwülste. (Dagbladet. — Gazette hebdomadaire de médecine.)

Seitdem die französischen Chirurgen angefangen haben, in die Geheimnisse der Cellular-Pathologie und der pathologischen Histologie überhaupt einzudringen, wie sie sich durch die deutsche Forschung entwickelt hat, haben sie eine zumeist doch recht unzureichende Kenntniss davon nur zu oft durch erhebliche Schädigung ihrer besten Eigenschaften erkauft. Besonders an Stelle der ihnen sonst so eigenen Klarheit und Bestimmtheit ist nicht selten das Gegentheil getreten, an die Stelle nüchterner, immer das Thatsächliche im Auge haltender Kritik eine eigenthümliche Phantastik. Herr Verneuil lieferte als Beispiel dieser modernen Richtung ein wahres Kabinetstück, in welchem er freilich nur zusammenfasste, was er in seinen klinischen Vorträgen schon wiederholt orakelhaft vorgetragen hatte.

Es giebt nach Verneuil nur eine einzige und einheitliche Diathese, durch die alle Neubildungen erzeugt werden, die arthritische. Jede wahre Neubildung gehört der Arthritis ganz in derselben Weise an wie die Bildung von Gallensteinen, Eczem, Rheumatismus, Gicht etc. Die Neubildung ist ein accidentelles Organ, überflüssig und schädlich, gebildet durch Hyperplasie der anatomischen Elemente und der Gewebe, die in morphologischer und chemischer Beziehung verändert sind, und wird der Sitz nomaler Ernährung. Die Differenzen der Neubildungen unter einander hängen dabei lediglich von accessorischen Bedingungen ab. Je nach seiner individuellen Disposition erzeugt der Arthritiker einen Krebs, ein Lipom, ein Neurom etc. Aber alle diese Differenzen sind nach Verneuil nebensächlich, und nur anscheinend von Bedeutung, die arthritische Diathese ist die einzige Basis, auf der sie sich entwickeln.

6. Prof. Panum: Ueber Untersuchung der Kostrationen gesunder und kranker Menschen, besonders in Hospitälern, Verpflegungsanstalten und Gefängnissen verschiedener Länder. (Dagbladet.)

Wir stehen dem Vortrage P.'s etwas zweifelhaft gegenüber, da wir nicht wissen, wie wir uns zu ihm verhalten sollen. In Deutschland hat nämlich seine Klage, dass die Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung der Nahrungsmittel und die physiologische Wirksamkeit der Stoffe, aus denen sie zusammengesetzt sind, keine Berechtigung mehr, soweit die doch recht ausgedehnten Kreise der wissenschaftlich strebsam bleibenden Aerzte in Frage kommen. Ebenso wenig trifft hier die Besorgniss des Redners zu,

dass der grösste Theil der Aerzte nicht annähernd die Quantitäten von Albuminstoff, Fettstoff und Kohlenhydrat kennten, die sie den Insassen von Hospitälern, Stiftungen und Gefängnissen reichen liessen, während sie dagegen den Inhalt der verordneten Mixturen sehr genau wüssten. Die Gesundheitslehre sei seit Galen's Tagen als eins der Hauptkapitel der Heilkunde betrachtet worden und ihre Wichtigkeit für die Hygiene und Therapeutik sei zu allen Zeiten gerühmt worden; den Redner wolle es aber bedünken, als ob die Liebe der Aerzte zu derselben in der Regel mehr platonischer Natur gewesen sei; er gestatte sich sogar zu sagen, dass noch heutzutage die medicinische Gesundheitslehre ziemlich oft eher auf unbestimmte Annahmen, Traditionen und Vorurtheile vergangener Zeiten, als auf die moderne, wissenschaftliche Grundlage der experimentellen Physiologie und exacten Beobachtungen basire.

Unter solchen Umständen konnten auch die eingehenden Darlegungen P.'s über die Normalernährung uns irgendwie Neues nicht bringen, die Resultate der Untersuchungen von Männern wie Voit, Franz Hofmann, Forster, Flügge, Rubner, Wolffhügel, um nur Einige zu nennen, sind bei unseren besseren Aerzten, vor Allem denen, welche an Kranken- und Waisenhäusern, Erziehungsanstalten, Kasernen, Gefängnissen u. s. w. fungiren, längst Fleisch und Blut geworden. Wir glaubten bisher allerdings, es sei dies auch bei unseren skandinavischen Collegen der Fall.

Demungeachtet aber zögern wir keinen Augenblick, die Vorschläge selbst wiederzugeben, die der Redner der Versammlung unterbreitete, weil auch sie im Sinne der Sammelforschung ein internationales Arbeiten bezwecken und weil sie darauf hinzielen, den Aerzten der oben genannten Institute und Anstalten diejenige entscheidende Stellung zu gewähren, deren er gerade hier dringend bedarf. Panum's Vorschläge lauten:

1) Es sind in den verschiedenen Ländern so vollständige Angaben als möglich, betreffend die reglementirte tägliche Verpflegung der gesunden oder verhältnissmässig gesunden Individuen in Hospitälern, Verpflegungsanstalten, Gefängnissen, Armeen und Flotten zu sammeln. Diese Angaben müssen enthalten:

a. Ein vollständiges Verzeichniss über die Ingredienzien, welche zu der ganzen reglementirten Ernährung verwendet werden, sowie eine Angabe des procentualen Inhalts, den dieselben — mit Rücksicht auf die Durchschnittszahl der besten Analysen — an Albuminstoffen, Fett und Kohlenhydraten haben müssen.

b. Vollständige Vorschriften bezüglich der Zusammensetzung aller Gerichte, welche zu den täglichen Rationen gehören. Die Ingredenzien, welche nach Maass gekauft oder verwendet werden, sind in Gewicht umgerechnet mit der nöthigen Angabe des Verhältnisses zwischen Maass und Gewicht anzuführen.

c. Einen Bericht über die Menge der in den verschiedenen Mahlzeiten enthaltenen Albuminstoffe, Fett und Kohlenhydrate, sowie die Durchschnittssumme für jede dieser Gruppen in den täglichen Rationen; die Gerichte müssen beständig auf der Basis der Ingredienzien und Vorschriften, sowie für Männer, Frauen und Kinder besonders aufgestellt werden.

Die Berichte können von dem Verwaltungspersonal mit Bezugnahme auf die demselben zu gebende Instruction aufgestellt werden, und die gewonnenen Resultate sind in einer graphischen Darstellung zu vereinigen, die an einer passenden Stelle anzubringen sind, wo die Aerzte sich mit derselben bekannt machen und dieselbe, wenn nöthig, in nähere Erwägung ziehen können.

2) Mit Hülfe ähnlicher Angaben und mit Unterstützung der Verwaltung der Hospitäler in den verschiedenen Ländern muss versucht werden, vergleichende graphische Darstellungen der Menge von Albuminstoffen etc.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu geben, welche in den verschiedenen reglementirten Krankenrationen vorhanden sind; bezüglich der Verwendung der Rationen während der verschiedenen Krankheiten sind Angaben beizufügen.

3) Bezüglich folgender Fragen sind Aufklärungen zu sammeln:

a. Erhalten die Individuen, welche in dem betreffenden Hospital, Stiftung oder Gefängniss verpflegt werden können, Zuschuss zu den reglementirten Rationen, sei es auf vorausgesehenem oder unvorausgesehenem Wege, sei es auf eine solche Weise, dass der Zuschuss berechnet werden oder auf eine solche Weise, dass er nicht berechnet werden kann. Es ist selbstverständlich, dass diejenigen Berechnungen über die Verpflegung, die sich als unvollständige erweisen, ohne wissenschaftlichen Werth sind, obschon dieselben für diejenige Anstalt nützlich sein können, aus welcher sie herstammen.

b. Werden die Rationen so bis zum letzten Rest ausgetheilt, dass nichts übrig bleibt, wovon die Bediensteten sich einen oder den andern besonderen Vortheil machen können?

c. Ist die Austheilung der Rationen so gerecht und gleichmässig, wie es nur möglich ist? Wird sie dadurch erleichtert, dass die Verpflegung der Bediensteten gesondert bereitet wird? Oder ist sie den Zufälligkeiten preisgegeben, indem die Verpflegung der Bediensteten in denselben Kochgefässen wie die der Patienten (Hospitaliten, Gefangenen) bereitet wird?

4) Es müssen Aufklärungen über die Organisation der Controle gesucht werden, welche:

a. Darüber wachen soll, dass die zur Verpflegung verwendeten Ingredienzien gut sind. Es gilt hier aufgeklärt zu erhalten, ob diese Controle competenten und uninteressirten Männern oder Functionären anvertraut ist, die durch eigenes Interesse oder durch eine übertriebene Sparsamkeit geleitet werden könnten, Ingredienzien von schlechter oder doch weniger guter Beschaffenheit zu verwenden?

b. Ueber die Zubereitung und Austheilung der Nahrungsmittel wachen sollen, namentlich des Mittagessens. Es gilt Aufklärung darüber zu erhalten, ob diese Controle auf befriedigende Weise und obligatorisch von den Aerzten ausgeführt wird? Oder von dem einen oder dem andern Bediensteten, oder nur von Denjenigen, welche das Essen bekommen?

5) Man muss die Nothwendigkeit festhalten, dass die Aerzte der Hospitäler in allen Ländern die unbegrenzte Freiheit haben, die absolute und die relative Menge der Eiweissstoffe des Fettes und der Kohlenhydrate zu bestimmen, welche in der Verpflegung der Patienten enthalten sein muss, und dass die Aerzte in der Ausübung dieser Freiheit durch kein Reglement seitens der Verwaltung behindert werden können.

6) Man muss in den verschiedenen Ländern die Herausgabe von Kochbüchern, passend für die Krankenverpflegung, befördern; diese Bücher müssen enthalten:

a. Eine auf die besten Analysen basirte vollständige Liste über den Inhalt von Albuminstoffen, Fett und Kohlenhydraten in den verschiedenen wesentlichen Ingredienzien zu den angeführten Gerichten. Das werde leicht geschehen können mit Hülfe der beinahe vollständigen Sammlung der Analysen, welche in dem grossen Werke König's („Die menschlichen Nahrungs- und Genussmittel") enthalten seien.

b. Genaue und vollständige Vorschriften für die Gerichte, welche gewöhnlich den Patienten verabreicht werden, mit Hinzufügung der ungefähren Summen an Albuminstoffen, Fett und Kohlenhydraten, die in jeder Portion vorhanden sind.

7) Bis solche für die Verpflegung der Kranken berechnete Kochbücher erscheinen können, wäre es wünschenswerth, dass die Aerzte an den Wänden ihrer Sprechzimmer eine nach König's Modell eingerichtete graphische Darstellung der quantitativen Zusammensetzung der gewöhnlichsten Nahrungsmittel anbringen liessen, damit dieselben beständig die Wichtigkeit einer rationellen Diätetik vor Augen führen könnten und um desto leichter die Verpflegung der Patienten regeln zu können.

8) Schliesslich würde es sehr wünschenswerth sein, wenn Diejenigen, welche sich mit der öffentlichen Hygiene beschäftigen und wirklich competent dazu sind, sich auch die Zubereitung und die rationelle Zusammensetzung einer genügenden Ernährung zu möglichst billigem Preise, wodurch das Dasein der Armen verbessert werden könnte, angelegen sein liessen.

Prof. Panum fügte hinzu, dass er diese Vorschläge nicht im Namen eines Comités oder eines Vereins mache, wie dies seitens Sir William Gull's geschehen sei; dieselben seien lediglich dem Wunsche entsprungen, dass sich ein Verein von Collegen aus verschiedenen Ländern zu dem Zwecke bilden möge, um für die Anwendung der Physiologie zur Ernährung des Menschen und für die Hebung der Wissenschaft, der Heilkunde und der Hygiene zu wirken.

Möge dieser Verein recht bald in's Leben treten — wir würden uns freuen, zu seinem Zustandekommen auch unsererseits beitragen zu können. P. Boerner.

VII. Jahrbuch der practischen Medicin. Herausgegeben von Dr. Paul Börner in Berlin. Jahrgang 1884. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke. 8°. 808 S. Ref. Rabow.

Vorliegendes Werk, das sich einer von Jahr zu Jahr steigenden Beliebtheit und Verbreitung zu erfreuen hat, ist auch dieses Mal — allen anderen Jahrbüchern weit voraus — bereits in der ersten Hälfte des Jahres vollständig erschienen. Es ist dem Herausgeber wiederum meisterhaft gelungen, ein Sammelwerk fertigzustellen, das sich durch Gediegenheit und practische Brauchbarkeit vor vielen anderen Büchern dieser Art vortheilhaft auszeichnet. Das demselben zu Grunde liegende Princip ist bereits bei der vorjährigen Besprechung möglichst ausführlich erörtert worden, so dass heute nur kurz hervorgehoben zu werden verdient, dass der neue Jahrgang sich den früheren würdig anreiht. Der alte Stamm der Mitarbeiter, bestehend aus bekannten Universitätslehrern und hervorragenden practischen Aerzten, ist ihm treu geblieben und neue Kräfte sind dazugekommen. Nur die allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie ist an Stelle Marchand's von Professor Ribbert aus Bonn bearbeitet worden. Getreu dem früher befolgten Princip hat das weder umfangreiche noch kostspielige Werk den neuesten Errungenschaften auf allen Gebieten der medicinischen Wissenschaft in möglichster Kürze, Klarheit und Vollständigkeit nach Gebühr Berücksichtigung geschenkt. Gerade den practischen Aerzten glaubt Ref. daher das verdienstvolle Buch mit gutem Gewissen angelegentlich zur Anschaffung empfehlen zu dürfen. Es ist, wie kaum ein anderes geeignet, den Sinn und das Interesse für die Fortschritte unserer Wissenschaft rege zu halten und zu fördern.

VIII. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 27. November 1883.

Vorsitzender: Herr Bülau.
Schriftführer: Herr Korach.

Herr Fränkel demonstrirt 1. zwei Präparate von Spondylitis, von denen das eine vollständige Ausheilung der Wirbelerkrankung illustrirt. Es besteht Synostose von 4 Wirbeln, der 3 letzten Dorsal- und des ersten Lendenwirbels; die Grenzen der verschmolzenen Wirbel nicht kenntlich, auf dem Sägeschnitt keine Spur einer Heerderkrankung sichtbar. Der Tod des Patienten war an weit ausgedehnter Lungenphthise erfolgt. Gegenüber der nicht ganz selten stattfindenden Heilung der Wirbelaffection muss darauf hingewiesen werden, dass trotz der localen Ausheilung häufig genug der Gesammtorganismus, abgesehen von den mit langwieriger Eiterung verbundenen Gefahren (Amyloiddegeneration) in sofern arg bedroht ist, als derartige Individuen schliesslich doch noch an Phthise zu Grunde gehen. Das zweite Wirbelpräparat stellt eine jener nicht häufigen Formen von oberflächlicher Caries der Wirbelkörper dar, bei denen Heerderkrankungen in den Wirbelkörpern fehlen. Derartige Fälle sind nach den sich auf c. 200 Sectionsbefunden von Spondylitis beziehenden Beobachtungen des Vortragenden ausserordentlich selten gegenüber den durch primäre Ostitis der Wirbelkörper mit Einschmelzung dieser und der Zwischenwirbelscheiben bedingten Spondylitisformen. In dem concreten Fall (das Präparat gleicht auffallend der in Billroth's Allgem. chirurg. Pathologie VIII. Aufl. pag. 510 gegebenen Abbildung) handelt es sich um eine Ostitis resp. Caries des III. (incl.)—XII. Brustwirbels mit Zerstörung der Ligam. intervertebral. zwischen VII. und XI. Wirbel. Der Tod erfolgte an einer eitrigen Pleuritis.

2) Hämatom des linken Rectus abdominis entstanden nach einer totalen Zerreissung dieses Muskels unterhalb der 2 Inscriptio tendinea bei einem an Tetanus zu Grunde gegangenen 50jährigen Mann. Das Eintreten der Zerreissung ist durch die ausserordentlich hochgradige, schon makroskopisch kenntlich gewesene, durch das Mikroskop bestätigte Wachsdegeneration der Muskelfasern zweifellos begünstigt worden.

3) Perforirendes Geschwür der Gallenblase, wodurch eine tödtliche universelle eitrige Peritonitis bedingt war. Die in ihren Wandungen beträchtlich verdickte Gallenblase enthielt 4 ihr Lumen nicht ganz ausfüllende, nicht facettirte Concremente. Das perforirende linsengrosse Ulcus sitzt am Uebergange des Gallenblasenhalses in den Ductus cysticus. Viel häufiger, als dieser seltene Ausgang, entwickeln sich adhäsive Processe zwischen Gallenblase und Nachbarorganen (Duodenum, Colon, Duct. choledochus) mit ev. späterer Fistelbildung zwischen Gallenblase und den genannten Baucheingeweiden. F. hält es für nicht unwahrscheinlich, dass in dem concreten, einen jüngeren an allgemeinem Amyloid nach ausgeheilter Rippencaries zu Grunde gegangenen Mann betreffenden Fall, durch die Amyloiddegeneration eine Beeinträchtigung der Ernährung, dadurch eine verminderte Resistenzfähigkeit der Gewebe geschaffen und damit der Eintritt eines raschen Gewebszerfalles unter dem Druck der vorhandenen Concremente veranlasst worden ist.

Herr Schede stellt einen Knaben vor, bei dem er einen hydronephrotischen Sack durch die Laparotomie exstirpirt hat. Pat. war plötzlich unter den Erscheinungen des Ileus erkrankt; bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus präsentirte sich in der Mittellinie des Abdomen, eine Geschwulst, welche bis zur Nabellinie reicht, von der Medianlinie etwas nach links abweicht; nach der Nierengegend scheint sich die Geschwulst nicht fortzusetzen; das Rectum durch den Tumor stark comprimirt; Zunahme der Schmerzen und der Geschwulst bewogen Vortragenden zur Operation. Durch die Probepunction war eine wasserklare Flüssigkeit entleert worden, deren Untersuchung auf Harnstoff ein negatives Resultat ergab. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle zeigt sich, dass der Tumor retroperitoneal liegt, die Incision des Tumor entleert urinöse Flüssigkeit. In der Wand des Sackes ist atrophisches resp. comprimirtes Nierenparenchym deutlich erkennbar. Um die Operation soviel

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als möglich extraperitoneal zu beenden, wurde das hintere Peritonealblatt mit dem Bauchdeckenperitoneum beiderseits zu einem Trichter vereinigt und hierauf der hydronephrotische Sack total exstirpirt; der retroperitoneale Zellgewebsraum wurde drainirt. Die Reaction des Pat. auf diesen operativen Eingriff war sehr gering; die Wunde heilte unter mässiger Eiterung und bei mässiger Temperatursteigerung ziemlich rasch.

2. Demonstration eines Osteosarkom des Schädels, welches central im Stirnbein entstanden und allmählich nach beiden Seiten dasselbe durchbrochen hat. Das Präparat stammt von einem 9jährigen Knaben, bei welchem im April d. J. eine Schwellung über dem Os frontale entstanden war; Hirnerscheinungen waren nicht vorhanden. Die Blutung aus der Diploe bei der operativen Entfernung des Tumor war sehr stark; die Geschwulst ging durch die Dura mater hindurch und war mit dem Sinus longitudinalis fest verwachsen, so dass ein Stück desselben mitexstirpirt werden musste. Während der Operation erbrach Pat. mehrmals, wobei eine ziemlich grosse Menge der Cerebrospinalflüssigkeit ausfloss und das Cerebrum ziemlich leer wurde. Der Puls wurde bald schlechter, Pat. erbrach noch häufiger und sehr bald trat der Exitus letalis ein. Vortragender führt den ungünstigen Ausgang der Operation auf das Ausfliessen der Cerebrospinalflüssigkeit und die starken Druckschwankungen in der Schädelhöhle zurück, welche von Kindern viel schlechter ertragen werden, als von Erwachsenen.

Herr Görtz stellt einen 31jährigen Schauermann mit complicirter, comminutiver Schädelfractur, verbunden mit Prolapsus cerebri, vor, bei welchem der auffallend rasche Heilverlauf besonders bemerkenswerth ist. Dieser Vortrag ist in extenso veröffentlicht, diese Wochenschrift No. 26.

Schluss der Sitzung 9 Uhr 20 Minuten.

Sitzung vom 11. December 1883.

Vorsitzender: Herr Bülau.
Schriftführer: Herr Korach.

Discussion über den Vortrag des Herrn Curschmann: Zur Diagnostik der Leberkrankheiten. (Siehe diese W. No. 35.)

Herr Korach vermisst unter den von Herrn Curschmann angeführten differential-diagnostischen Merkmalen den chronischen Milztumor; da derselbe bei der Perihepatitis velamentosa nur durch eine Stauung im Gebiete der Milzvene bedingt sein kann, so wird er bei weitem nicht die Grösse erreichen, wie bei der Hepatitis interstitialis, wo neben der mechanischen Ursache eine diffuse Hyperplasie der Trabekeln die Milzvergrösserung veranlasst. Den pathologisch-anatomischen Befund hält Herr Korach nicht für so selten, da er unter einer grossen Reihe von Obductionen älterer Personen die von Herrn Curschmann geschilderten Veränderungen der Leber (Einhüllung des Organs in perihepatitische Schwarten mit secundärer Verkleinerung) einige Male beobachtet hat, das Interessante an dem Krankheitsbilde ist die völlige Uebereinstimmung desselben mit der Lebercirrhose. Ausser Thierfelder und Bamberger erwähnen Klebs und Wunderlich diese Affection; dass dieselbe schon früher bekannt war, beweist eine Würzburger Doctordissertation aus den 50er Jahren, in welcher ausführlich die Differentialdiagnose der Perihepatitis velamentosa und der Lebercirrhose besprochen wird. Nicht einverstanden ist Herr Korach mit der Auffassung des Herrn Curschmann, dass es sich in dem von Küssner mitgetheilten Fall von geheilter Lebercirrhose ebenfalls um eine Zuckergussleber gehandelt habe, da eine bedeutende Lebervergrösserung vorhanden war, die wohl in das Krankheitsbild der Cirrhose, keineswegs aber in das der Zuckergussleber hineinpasst.

Herr Bülau theilt 2 hierhergehörige Fälle mit, welche er als chronische Peritonitis aufgefasst hat.

Herr Cohen schliesst sich Herrn Bülau an in der Auffassung des Falles als chronische Peritonitis und glaubt dafür noch folgende Gründe anführen zu sollen; ausser dem Milz- und Leberüberzug sei das Bauchfell in sehr grosser Ausdehnung, nämlich in seiner ganzen Zwerchfellsbekleidung und an der vorderen Bauchwand bis unter den Nabel abwärts in eine sehr dicke, sehnig harte Membran verwandelt gewesen. Ein weiteres Moment liege in dem Eiweissgehalt der Punctionsflüssigkeit von 3%; nach Runeberg's Untersuchungen übersteige der Eiweissgehalt der Ascitesflüssigkeit bei allgemeiner venöser Stauung oder bei Portalstase niemals 1,—1,5% und werde durch Cachexie des Individuums und durch häufige Punctionen herabgedrückt bis auf 0,4%; beide Momente liegen bei Herrn Curschmann's Patientin vor. Der Eiweissgehalt bei einfach seröser Peritonitis betrage dagegen im Durchschnitt 5% und könne unter den angegebenen Bedingungen auf 2% fallen. Der Gehalt an Eiweiss von 3% weise demnach auf einen entzündlichen Ursprung der Flüssigkeit hin. Herr Cohen hält nicht, wie der Vortragende die terminale Tuberculose des Peritoneum für eine selbständige Erkrankung; denn es sei bekannt, dass chronische Entzündungen der Pleura und des Peritoneum zur Tuberculose disponiren und die Tuberculisirung alter Schwarten gelte für einen legitimen Endausgang der chronischen Peritonitis. Herr Cohen glaubt deshalb aus vier Gründen den Fall als chronische Peritonitis bezeichnen zu müssen: 1) wegen des Sectionsbefundes, 2) wegen des hohen Eiweissgehaltes der Flüssigkeit, 3) wegen des Endausganges des Processes in Tuberculose, 4) wegen des fehlenden Milztumors; damit soll gleichzeitig die Ansicht ausgesprochen sein, dass der Ascites keine Folge einer Pfortaderstauung gewesen sei.

In Bezug auf das Zustandekommen der Zuckergussüberzüge möchte Herr C. vermuthen, dass die Umwandlung durch irgend welche Umstände entstandener Veränderungen der serösen Organüberzüge immer einen Flüssigkeitserguss in das betreffende Cavum von sehr langem Bestande voraussetze, und dass die Organe in demselben durch die beständige Bewegung, in welcher sie durch die Athmung in der Flüssigkeit erhalten werden, eine Art von Abschleifung erfahren.

Herr Curschmann: Auf die Frage des Herrn Korach nach dem Verhalten der Milz bemerke er, dass dieselbe im Leben nicht als vergrössert nachweisbar gewesen sei. Eine Vergrösserung derselben bei dem fraglichen Zustande sei aber a priori anzunehmen (wenn nicht eine gleichzeitige Perisplenitis die Ausdehnung des Organs verhindere), und darum in dem Verhalten der Milz ein differential-diagnostisches Moment, gegenüber der Granularatrophie nicht zu suchen.

Wenn Herr Korach die Bemerkungen des Vortragenden über Verwechselung „geheilter Fälle von Lebercirrhose" mit Zuckergussleber auf die von Küssner publicirten Beobachtungen beziehe, so habe er ihn missverstanden. Herrn Bülau und Herrn Cohen gegenüber hält Vortr. an seiner Auffassung fest, dass es sich in seinem Falle um rein mechanischen Ascites gehandelt habe, bedingt durch starke, allseitige Compression der sonst intacten Leber. Die das Organ überziehende Pseudomembran sei, wie er selbst betont habe, ursprünglich entzündlicher Natur gewesen, der Entzündungsprocess habe aber vor der letzten Punction sistirt, und die perihepatitischen Schwarten als rein mechanisch wirkende Reste hinterlassen.

Den theoretischen Einwendungen des Herrn Cohen über den Zusammenhang der finalen tuberculösen Peritonitis mit dem ursprünglichen Process habe er nur seine im Vortrag ausführlich begründeten Beobachtungen gegenüberzustellen.

Bezüglich des Eiweissgehaltes der im fraglichen Falle entleerten Ascites-Flüssigkeit bemerke er Herrn Cohen, dass es allbekannt sei, dass einfache Transsudate einen minderen Eiweissgehalt hätten, als entzündliche Flüssigkeiten. Dass aber bei reinem Ascites der Eiweissgehalt niemals über 1,5 hinausginge, müsse er an der Hand vielfacher Erfahrungen als irrig zurückweisen. In seltenen Fällen, namentlich solchen, wo das Transsudat lange Zeit stabil geblieben sei (wie in dem vorgetragenen Falle), habe er einen beträchtlich höheren Eiweissgehalt gefunden. Die Bemerkungen des Herrn Cohen über das Verhalten der Milz beruhten auf einem Missverständniss. Die Milz sei bei der Section vergrössert gefunden worden, die Vergrösserung sei aber im Leben nicht nachweisbar gewesen.

Schluss der Sitzung 9¼ Uhr.

IX. Die neunte Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte.

Die neunte Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte wurde am 14. u. 15. Juni d. J. in Baden-Baden abgehalten. Die erste Sitzung eröffnete der erste Geschäftsführer Prof. Erb (Heidelberg), auf dessen Vorschlag Prof. Kussmaul (Strassburg) zum Vorsitzenden erwählt wurde. Es folgten die Vorträge:

1) Professor Lichtheim (Bern). Ueber die verschiedenen klinischen Formen der Aphasie.

Ausgehend von der Entwicklung des ursprünglichen Sprachreflexes beim Kinde schildert L. die verschiedenen Etappen, auf welchen das gesprochene (und geschriebene) Wort zu Stande kommt und gelangt so zu einem schematischen Diagramm der Sprachbahnen (Schriftbahnen), welches aus einem sensorischen oder centripetalen Theile auf der einen und einem motorischen oder centrifugalen Theile auf der anderen Seite sich zusammensetzt, und L. zur Aufstellung von sieben Grundformen der Aphasie geführt hat. Für zwei dieser Formen, vor Allem auch für die isolirte reine Worttaubheit liefert der Vortragende selbst prägnante klinische Beispiele. Nach einigen Bemerkungen über die anatomische Localisation der einzelnen Centren und Bahnen des Sprachvorganges betont L. schliesslich, dass der Ausdruck „Aphasie" nur für die verbalen Sprachstörungen zu gebrauchen sei. In der Discussion (Kussmaul, Jolly, Vortr.) äussert sich Kussmaul besonders befriedigt darüber, einen Fall von reiner isolirter Worttaubheit durch die Beobachtung des Vortragenden festgestellt zu sehen.

2) Geh. Hofrath Schüle (Illenau). Ein Fall von nervöser Dyspepsie. Sch.'s Kranke, eine 28jährige Melancholica mit allerlei hypochondrischen Ideen, hatte von jeher viel mit Verdauungsbeschwerden zu thun gehabt. Dazu gesellte sich bei ihr eine erhebliche Störung der Athmung: Starker Lufthunger, Orthopnoe: excessive Inspirationsstellung des Thorax. Durch diese Störung fühlte sich Patientin im Schlucken so gehemmt, dass sie schliesslich nur noch minimale Mengen von Nahrung zu sich nahm

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und in gefahrdrohender Weise abmagerte. Neben einer entsprechenden psychischen Therapie wurde nunmehr der Kranken täglich mehrmals die Schlundsonde eingeführt — und vollständige Heilung erzielt.

In der Discussion beanstandet Fürstner die Deutung des Falles als nervöse Dyspepsie und möchte die Kranke eher als eine hysterisch Verrückte mit Nahrungsverweigerung ansehen, während der Vortragende die letztere Anschauung nicht zu theilen vermag, da Nahrungsaufnahme wiederholt von der Pat. versucht, aber an dem erwähnten Hindernisse jeweils gescheitert sei. Kussmaul betont die bedeutende Schwierigkeit der sichern Diagnose einer functionellen „nervösen Dyspepsie" und verweist auf die bei ähnlichem Symptomenbilde in neuerer Zeit von Jürgens, sowie von einem Schüler v. Recklinghausen's gefundenen anatomischen Veränderungen in den sympathischen Geflechten des Intestinaltractus.

3) Prof. Jolly (Strassburg). Ueber Pseudobulbärparalyse. Die Fälle, bei welchen J. das klinische Bild der Bulbärparalyse ohne entsprechenden anatomischen Befund in der Oblongata constatirt hatte, zeigten theils chronischen, theils den acuten Verlauf dieser Erkrankung. Bei zwei Fällen der erstgenannten Kategorie, in welchen ausser der Atrophie der Zunge und Lippen alle Erscheinungen der Bulbärlähmung speciell die gewöhnlichen Störungen der Sprache bestanden hatten, fanden sich in dem einen das Grosshirn in toto atrophirt, in dem andern mehrere Heerde in den beiderseitigen grossen Basalganglien.

Dem Bilde der acuten Bulbärkernlähmung entsprach der Symptomencomplex bei einem Patienten, der mit Parese aller vier Extremitäten, Schwäche der Nackenmuskeln, Störungen der Articulation und Deglutition erkrankte und innerhalb 10 Tagen comatös zu Grunde ging. Die Oblongata zeigte sich p. m. im Gebiete der Kerne des 9. bis 12. Gehirnnerven durchaus intact; nur der Facialiskern der einen Seite bot bei starker venöser Hyperämie einige kleine offenbar ganz recente Extravasate. In der Mitte des Corpus callosum ein hämorrhagischer Erweichungsheerd, mehrere Heerde von streifiger Anordnung im Centrum semiovale, bis in die Basalganglien reichend.

4) Dr. Steiner (Heidelberg): Ueber den Rückwärtsgang des Frosches.

Von dem Versuche ausgehend, bei welchem jeder Frosch durch langsames schräges Erheben seiner Unterlage zum Rückwärtsgehen gezwungen wird, führt St. einen von ihm operirten Frosch vor, bei welchem Druck auf das Hinterbein Rückwärtsgang auslöste. Der Vortr. glaubt auf Grund seiner Experimente das Centrum für den Rückwärtsgang im hintern Abschnitte des Lobus opticus suchen zu dürfen und sieht in den Bewegungen keine Zwangsbewegungen, sondern ächte locomotorische Acte. Ueberhaupt sei wohl der Lob. opt. als das Centrum der statischen und dynamischen Leistungen des Frosches anzusprechen.

5) Prof. Hitzig (Halle) zeigt zunächst das in der vorjährigen Versammlung demonstrirte Hundegehirn, welches mit Carbolglycerin präparirt wurde und sich in trockenem Zustande in jeder Beziehung trefflich conservirt erweist. Derselbe spricht dann

Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker.

Unter Vorführung entsprechender Temperaturcurven theilt H. eine Reihe von Beobachtungen über abnorm niedrige Temperaturen bei Paralytikern mit, in welchen ein Sinken bis zu 25° C. constatirt wurde. Der Temperaturabfall bildete theils das Vorspiel zum paralytischen Anfall, theils war er von dem letzteren unabhängig. Immer correspondirte mit der niederen Temperatur die verminderte Spannung und geringe Frequenz (bis 40 in der Minute) des Pulses.

6) Prof. Fürstner (Heidelberg): Ueber Gliose der Hirnrinde.

An zwei Fällen seiner Beobachtungen konnte Vortr. eine gliöse Degeneration der Hirnrinde (beide Male in Insel und Operculum) nachweisen, welche schon makroskopisch durch die Bildung zahlreicher die Hirnrinde überragender granulöser Erhebungen charakterisirt war. Diese Tubera, welche zum Theil in ihrem Innern Höhlenbildung zeigten, vermochte F. in mehreren Stadien ihrer histologischen Entwickelung zu verfolgen, welche an Präparaten demonstrirt werden.

Die Unterscheidung von dem mikroskopischen Bilde der Sclerose liegt für die gliöse Veränderung in dem starken Befallensein der Hirnrinde, der Integrität der Gefässe und der eigenthümlichen Höhlenbildung in den erweichten granulösen Neubildungen.

7) Dr. Tuczek (Marburg) demonstrirt zunächst Präparate, welche nach der neuen Weigert'schen Färbungsmethode von W. selbst hergestellt sind. Dieselben zeigen

1. an einem Schnitt durch die normale Grosshirnrinde die zahlreichen in derselben verlaufenden Nervenfasern.

2. an einem Schnitt vom Stirnhirn eines Paralytikers das fast vollkommene Fehlen dieser Fasern, welche wiederum in der Occipitalrinde desselben Gehirns reichlich vorhanden sind.

Damit bestätigt auch Weigert die Unzulänglichkeit der von Mendel angewandten Behandlung der Präparate mit Säurefuchsin und Kalialkohol zur Entscheidung der Frage des Verhaltens der Nervenfasern in der Hirnrinde der Paralytiker.

Auch Kräpelin (München) kann die Tuczek'schen Befunde auf Grund eigener Präparate gegenüber Mendel in vollem Umfange bestätigen.

Unter dem Vorsitz von Prof. Hitzig wurde am 15. Juni Morgens 9 Uhr die zweite Sitzung abgehalten.

8) Hofrath Manz (Freiburg): Ueber angeborene Anomalien des Auges in Beziehung auf psychische Abnormitäten.

Von den zahlreichen angeborenen Anomalien des Auges und seiner Umgebung geht Vortr. besonders auf die Veränderungen der Retina und des Opticus (markhaltige Fasern, Varietäten der Tiefe und Formation der Papille, der Lichtung der Retinalgefässe u. dgl.) ein. Ihre Beziehungen zu psychischen Abnormitäten liegen theils in der Coincidenz mit angeborenen Entwicklungsstörungen des Gehirns (Idiotismus etc.), theils in ihrem Vorkommen bei zur Psychose Disponirten.

Für die Annahme eines Zusammenhangs zwischen Anomalie des Auges und „Belastung" ergiebt die Statistik nur dürftige, überdies unter sich höchst widersprechende Belege. Dagegen lassen anatomische und physiologische Erwägungen eine solche Beziehung sehr plausibel erscheinen. (Gemeinsame Anlage von Gehirn und Auge, gemeinsame Grundlage der Entwicklung des Gefässapparats für beide Theile u. dgl.)

So muss den congenitalen Anomalien des Auges und seiner Umgebung, wenn auch nicht eine pathognomonische Bedeutung für die Prädisposition zu Geisteskrankheiten, so doch immerhin im Zusammenhang mit anderen Symptomen ein gewisser Werth zugeschrieben werden.

9) Dr. Rumpf: Zur Physiologie des Tastsinns.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über den Tastsinn demonstrirt der Vortragende ein nach einem Vorschlage Hering' sconstruirtes Aesthesiometer, das sich sowohl bei physiologischen Untersuchungen als auch in pathologischen Fällen bewährte. Auf Grund der ersteren liess sich auch der Electrotonus der Hautnervenendigungen verfolgen, bei dem sich im Allgemeinen eine Uebereinstimmung mit dem Pflüger'schen Gesetz fand. Doch tritt die electrotonische Veränderung nicht sofort mit dem Schliessen des Stromes ein und persistirt auch nach dem Oeffnen des Stromes noch kurze Zeit, um der positiven resp. negativen Modification Platz zu machen. Unter verschiedenen Schwankungen erfolgt dann die Rückkehr zur Norm.

Ferner gelang es unter der Einwirkung galvanischer Ströme den physiologischen Transfert auf das deutlichste nachzuweisen. Einige weitere Erscheinungen sind zu complicirt, um im Referate wiedergegeben werden zu können.

Ferner demonstrirte Rumpf mikroskopische Präparate von Gehirn-Rückenmarks-Syphilis, bei welchen sich die bekannten Veränderungen an den Gefässen in charakteristischer Weise vorfanden. (Der Fall wird eine ausführliche Darstellung erfahren.)

10) Dr. Möbius (Leipzig): Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung.

Bei einem 7jährigen Mädchen war schon gegen Ende des ersten Lebensjahres eine Deviation des rechten Auges von den Angehörigen beobachtet worden. Seit dem 4. Lebensjahre nun stellte sich alljährlich und zwar 3mal im August, einmal im März unter Erbrechen und heftigen Schmerzen im Auge totale Lähmung des rechten N. oculomotorius ein, welche nach 6 bis 8 Wochen jeweils wieder völlig verschwunden war. Das halbseitige Befallensein des Oculomotorius in allen seinen Zweigen, das transitorische Auftreten der Lähmung unter heftigen Allgemeinerscheinungen (Schmerz, Erbrechen) weist mit Entschiedenheit auf einen centralen und zwar nucleären Sitz der Affection hin und glaubt M. einen sich schubweise entwickelnden chronischen Process in der Nähe des Oculomotoriuskerns als das pathologisch-anatomische Substrat der Erkrankung ansprechen zu dürfen.

11) Dr. Tuczek (Marburg): Mittheilung von Stoffwechseluntersuchungen bei abstinirenden Geisteskranken.

Bei zwei abstinirenden Verrückten, deren einer während 23 Tagen nur alle paar Tage 175 ccm Wasser, sonst keinerlei Speise und Trank zu sich nahm, der andere während vier Wochen theils vollkommen, theils unvollständig Nahrung verweigerte, machte T. fortlaufende Stoffwechseluntersuchungen, welche ausser Harnquantum und specifischem Gewicht die quantitativen Ausscheidungsverhältnisse des Harnstoffs, der Schwefelsäure, Phosphorsäure und der Chloride berücksichtigten. Daneben wurde auf die Anwesenheit von Eiweiss, Zucker, Indikan und Aceton im Harn täglich untersucht. Unter Vorlage von Curven und Tabellen resumirt Vortr. die Ergebnisse seiner Untersuchungen wie folgt:

1) Zu Beginn der Carenz Sinken der Harnmenge bei anfangs steigerndem später wieder abnehmendem specifischen Gewicht bis auf 159 bis 200 ccm bei absoluter Enthaltung von Speise und Getränk. Nach Wiederaufnahme von Nahrung Harnmenge relativ gering, Harn hochgestellt.

2) Die Harnstoffausscheidung der beiden bettlägerigen Abstinirenden sank in der letzten Versuchswoche bis auf 9 gr pro die. Bei Wiederaufnahme allmähliches Wiederansteigen der Harnstoffmenge zur Norm. Phosphorsäure und Schwefelsäure in den letzten Tagen der Abstinenz 0,7 resp. 0,22 gr in 24 Stunden, auch bei der Nahrungsaufnahme der Harnstoffausscheidung conform. Chloride in der Carenz fast = 0, etwa 0,2 pro Tag. Mit dem Wiederbeginn der Ernährung rapides Ansteigen der Curve der Chlorausscheidung.

3) Die Gewichtsabnahme abstinirender Geisteskranker beruht auf Wasserverlust ihres Körpergewichts.

4) Eiweiss und Zucker fehlten durchweg, Indican fand sich nur bei Eiweissgehalt der Ingesta. Dagegen konnte vom 5. Tage der Nahrungsverweigerung bis zum 3. Tage nach Wiederbeginn der Ernährung Aceton durch die Reactionen Legal's und Penzoldt's nachgewiesen werden.

12) Dr. Mommsen (Heidelberg): Experimentelles über Sehnenreflexe.

Vortr. hat über die Verhältnisse des Muskeltonus, speciell das Verhalten desselben zu den Sehnenreflexen eine Reihe von Thierversuchen angestellt, auf Grund deren er für die reflectorische Entstehung des Muskeltonus eintritt. Die Bahnen dieses Reflexbogens hält M. für identisch mit den Wegen für die Sehnenreflexe und findet in dieser Annahme einerseits die erschöpfende Erklärung für den unentwegten Parallelismus des Muskeltonus und der Reflexerregbarkeit der Sehnen, andrerseits einen zwingenden Grund, jeden Zweifel an der reflectorischen Natur der durch Beklopfung der Sehnen ausgelösten Muskelcontractionen endgültig fallen zu lassen.

13) Prof. Schultze (Heidelberg): Kleinere Mittheilungen.

1) Ueber traumatische Myelitis. Frisch entstandene traumatische Rückenmarksverletzung, hämorrhagischer Erweichungsheerd mit reichlicher Einlagerung rother und weisser Blutzellen zwischen die erheblich veränderten Nervenfasern. Keine Abscedirung.

2) Bildungsanomalien des Rückenmarks.

a) Demonstration von Präparaten eines Falles von Medulla spinalis bifida bei einem Kinde mit Spina bifida.

b) Höchst unregelmässige Anordnung und Vertheilung der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

grauen und weissen Substanz, wodurch Oberfläche und Querschnitt des Rückenmarks ein sehr eigenartiges Aussehen gewinnen — „zufälliger“ Befund bei einem durch Eisenbahnunfall verunglückten früher stets gesunden Manne.

Die nächstjährige Versammlung findet wiederum in Baden-Baden statt und wurden als Geschäftsführer Prof. Fürstner (Heidelberg) und Geh. Hofrath Schüle (Illenau) gewählt. K.

X. Sechster Oberrheinischer Aerztetag.

Der sechste Oberrheinische Aerztetag wurde am 17. Juli d. J. in Freiburg i./Breisgau abgehalten. Gegen 60 Collegen aus Freiburg und Umgegend waren erschienen. Der Vormittag war klinischen Demonstrationen der Professoren Manz, Hegar, Bäumler und Kraske gewidmet; ausserdem demonstrirte Prof. Schottelius im pathologischen Institut die wichtigsten Formen der pathogenen Bakterien und ihre Züchtungsmethoden. Die Sitzung in der Universitäts-Aula wurde Mittags 12 Uhr von dem Vorsitzenden des Freiburger ärztlichen Vereins Geheimen Hofrath Bäumler mit einer kurzen Begrüssung der auswärtigen Collegen eröffnet, in welcher derselbe seiner besonderen Befriedigung darüber Ausdruck gab, auch aus der benachbarten Schweiz Gäste (Prof. Burckhardt-Merian und Dr. Baader aus Basel) willkommen heissen zu können. Unter dem Vorsitze des durch Acclamation erwählten Medicinalrath Dr. Kroell (Lahr) folgten dann die Vorträge:

1) Medicinalrath Eschbacher: Ueber das Krankenkassengesetz.

Der Vortrag geht davon aus, dass das Krankenkassengesetz sich leicht zu einer der eingreifendsten und folgenschwersten Umwälzungen in der Stellung der Aerzte zum Publikum ausbilden könne, indem nicht abzusehen sei, wie weit das dadurch herbeigeführte Versicherungssystem sich auch auf Nichtarbeiter ausdehnen kann. Es sei deshalb geboten, dass die Aerzte zum Voraus eine klare und gemeinsame Stellung dazu einnehmen, weil sie sonst viel Arbeit, aber wenig Verdienst finden würden, wenn die Verträge in derselben leichtfertigen summarischen Weise abgeschlossen würden, wie bisher mit den Armen- und Gemeindekassen.

Allgemein zu empfehlen sei, dass die einzelnen Vereine den Abschluss der Verträge möglichst überwachen. Die Aerzte mögen keine Verträge unter dem Preise eingehen, sich aber auch hüten, ihre Anforderungen zu hoch zu spannen; sie sollen in erster Reihe Bezahlung der Einzelleistung anstreben, wo dies aber nicht möglich ist, nur ein Abkommen auf die Kopfzahl für je 2—3 Mark eingehen.

2) Docent Dr. Wiedow: Zur operativen Behandlung des Uteruscarcinoms nebst Bemerkungen über eine neue Methode zur Drainage der Bauchhöhle.

In der Einleitung betont W., dass trotz einer stetig sich bessernden Prognose der Laparotomien für den Erfolg des einzelnen Falles keine Garantie geleistet werden könne. Ausser Sepsis bedrohen noch andere nicht auszuschliessende Erkrankungen das Leben der Operirten; z. B. innere Incarceration, circumscripte Abscessbildung um den Stiel, Thrombose und Embolie, Tetanus, Bronchitis und Pneumonie, Schrumpfniere. Immerhin ist die Gesammtheit dieser Erkrankungen selten gegenüber der Sepsis, welche bei Laparotomien nicht mit der Sicherheit auszuschliessen ist, wie bei andern Operationen. Hier ist man lediglich auf primäre Antisepsis angewiesen, die Erfolge der secundären Antisepsis bisher nicht befriedigend und daher das Suchen nach Verbesserung der Methode.

W. demonstrirt sodann ein neues in der Hegar'schen Klinik versuchtes Verfahren, das sich nach seiner Ansicht bewährt hat. Es besteht im Wesentlichen in der Einführung sehr langer und weiter Hartgummi- oder Glasröhren, deren unteres, offenes Ende nach solchen Stellen der Bauchhöhle geleitet wird, wo man Ansammlung von Wundsecret oder Nekrose von Gewebe erwarten kann. Das Rohr wird dann mit Jodoform- oder Sublimatgaze fest ausgestopft, wobei besonders wichtig, dass dieser capillär aufsaugende Verbandstoff bis etwas über den untern Rand des Drains vorgezogen wird. Der Verbandstoff wird je nach dem Grad der Durchtränkung mit Flüssigkeit mehr oder weniger oft erneuert. Das Drainrohr wird am 3. bis 4. Tage entfernt.

Dies Verfahren wurde angewandt bei Laparotomien und vaginaler Totalexstirpation des Uterus.

Beim Einführen, und, wenn auch in geringerer Ausdehnung, beim Verbandwechsel, übersieht man mit den beschriebenen Röhren den Zustand der Bauch- und Beckenhöhle und ihrer Eingeweide.

Sehr empfehlenswerth ist die Verwendung dieser Rohre zum Toilettiren der Bauchhöhle, wobei eine ausgedehnte Berührung der Eingeweide mit Händen und Schwämmen vermieden wird.

Im Anschluss kurzer Bericht über zwei Ovariotomien und fünf vaginale Uterusexstirpationen, die nach dieser Methode drainirt waren.

3) Geheimer Hofrath Bäumler besprach einige Fragen aus der Pathologie und Therapie der Hysterie.

Zunächst präcisirte er seinen Standpunkt dahin, dass es sich bei der Hysterie um eine häufig angeborene, oft aber auch durch erschöpfende Krankheiten, geistige Ueberanstrengung, fehlerhafte Erziehung, psychische Erschütterungen der verschiedensten Art, periphere Nervenreizungen von verschiedenen Organen aus etc. erworbene Functionsstörung des Centralnervensystems handle, wobei hauptsächlich die controlirende und hemmende Thätigkeit des Grosshirns herabgesetzt und die normale Subordination der verschiedenen Nerventhätigkeit gestört sei. Die Hysterie könne ebenso gut bei Männern vorkommen, wofür mehrere Beispiele angeführt wurden, als beim weiblichen Geschlecht, bei welchem allerdings eine grössere Disposition dafür bestehe. Etwas genauer ging der Redner sodann auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Hysterie und Genitalaffectionen bei Weibern ein.

Unter Hinweis auf die durch das genaue Studium der hypnotischen Vorgänge gewonnene grössere Einsicht in viele bei Hysterischen vorkommende Erscheinungen wurden sodann die neuerdings von Schülern Charcot's in Paris gemachten Studien über durch Vorstellungen, durch Einreden hervorgerufene Lähmungszustände berührt und die wichtigen Folgerungen, die sich für die psychische Therapie einschlägiger Zustände daraus ergeben, hervorgehoben.

Bei einem kurzen Ueberblick über die Grundsätze der Therapie hysterischer Zustände betonte der Vortragende besonders die Nothwendigkeit der Entfernung der Kranken aus ihrer gewohnten Umgebung und ihre Aufnahme in ein Hospital oder eine entsprechende Anstalt, ging darauf etwas genauer auf die von Weirmitchell zuerst angewandte, von Playfair u. A. erprobte Methode, schwere Hysterien durch Relation, Ruhe, forcirte Ernährung, Massage und Electricität zu behandeln ein und schloss mit einer Warnung betreffs der Anwendung der Narcotica, namentlich der subcutanen Morphiuminjectionen bei solchen Kranken.

4) Geh. Rath Hegar: Einige Folgen hochgradiger Erschlaffung der Bauchdecken.

Der Vortrag ist in dieser No. S. 582 publicirt.

5) Prof. Kirn: Ueber Dipsomanie.

Der Vortrag ist in No. 34 dieser Wochenschrift abgedruckt.

Nach Schluss der Sitzung vereinigte ein gemeinsames Mahl im Hôtel Sammer die Theilnehmer des oberrhein. Aerztetages bis zu vorgerückter Stunde. K.

XI. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

II.

Verhandlungen in den Sectionen.

3. Section für Gynäkologie und Geburtshülfe.

1. Tag. Montag, den 11. August.

1. Herr Müller-Bern: Der Kaiserschnitt und seine Modificationen.

Um den Gefahren des Kaiserschnittes, der Blutung und der Sepsis, wirksamer entgegentreten zu können, hat man in neuerer Zeit zwei verschiedene Wege eingeschlagen. Das eine Verfahren sucht radical durch Abtragung des Uterus die Quelle der Blutung und der septischen Infection auszuschalten, während das zweite, conservative Verfahren bei Erhaltung des Uterus durch sorgfältige Behandlung der Gebärmutterwunde die gleichen Gefahren fernzuhalten sucht. Redner verkennt nicht, dass der radicalen Operationsmethode theoretische Erwägungen entgegenstehen, doch sei selbstverständlich der Erfolg der einen oder anderen Methode für ihren Vorzug entscheidend: die Operation, welche die niedrigste Mortalitätsziffer aufweise, werde als die beste zu acceptiren sein. Vorläufig sei nur das Sterblichkeitsprocent der radicalen Methode bekannt, das etwas über 50 pCt. betrage gegenüber 80 pCt. der bisherigen Operationsmethode. Die conservative Methode ist bisher noch zu wenig erprobt worden, um ein Urtheil zwischen beiden fällen zu können. M. verlangt von dieser Methode, dass sie auch der Trägerin des zurückgelassenen Uterus Schutz biete gegen etwaige Ruptur bei einer neuen Schwangerschaft und gegen die Gefahr eines neuen Kaiserschnittes, und zwar in viel genügenderer und sicherer Weise als dies bei dem bisherigen Kaiserschnitt der Fall war.

2. Herr Eustache-Lille entwickelte eine Parallele zwischen der Embryotomie, dem Kaiserschnitt und der Porro-Operation bei engem Becken.

In der Discussion bepricht Sänger zunächst eingehend seine Methode des Kaiserschnittes mit Resection der Wundränder und Vereinigung der peritonäalen Bekleidung der Ränder. Es sind neuerdings wieder nach seiner Operation glückliche Fälle von Leopold operirt worden. Leopold selbst hält die Resection nicht für nothwendig. Nach seiner Ansicht genügt die Unterminirung der Wundränder. Sowohl Sänger wie Leopold gestehen übrigens der Porro-Operation eine bestimmte Bedeutung zu, besonders in Fällen von sehr protrahirtem Geburtsverlaufe, in welchen der Uterus stark malträtirt worden ist. Lazarewitsch hält die Resection von Sänger nicht für nothwendig und führt aus, dass bei einer entsprechenden Nahtführung auch ohne Resection schon die Wundränder genau genug an einander adaptirt werden. Höchstens will er im umgekehrten Sinne ein Stück der Mucosa excidiren.

Hr. Leopold Meier möchte in dieser Discussion die Thomas'sche Laparo-Hystero-Elytrotomie nicht ganz unerwähnt lassen, die er zwar nicht an der Lebenden, wohl aber an der Leiche ausgeführt hat, wobei ihn die Leichtigkeit der Ausführung in hohem Grade frappirte.

Hr. Breisky hat nunmehr fünfmal die Porro-Operation gemacht und stets mit gleichmässigem Erfolg; er spricht sich demgemäss entschieden für diese Operationsmethode aus. Unter den Einschränkungen, welche die Gegner der Porro-Operation hervorheben, scheint ihm besonders der Einwand charakteristisch, dass man bei wiederholter Sectio caesarea, die Porro-Operation machen solle; wenn dies der Fall sei, dann könnte man auch schon bei der ersten Operation den Uterus abtragen.

Hr. P. Müller möchte in seinem Schlussworte hervorheben, dass man angesichts der noch ungenügenden Beobachtungsreihen sowohl über den Porro als über die neuen Modificationen des klassischen Kaiserschnittes das Urtheil über die Vorzüge der einen oder anderen Operationsweise suspendiren müsse. — Im Ganzen macht es den Eindruck, als ob die Anwesenden die Sectio caesarea event. mit der Sänger'schen Modification als die Operation der Wahl, die Porro-Operation als die unter gewissen Umständen nothwendige bezeichnen.

3. Herr Howitz-Kopenhagen: Ueber diagnostische Schwierigkeiten durch Hypertrophie des Cervix verursacht.

Redner lenkt die Aufmerksamkeit auf einige besondere Symptome, welche in Fällen von Collumhypertrophie verbunden mit Vergrösserung des Corpus und Fundus uteri auf Grund dieser veränderten anatomischen Beziehungen auftreten. Hauptsächlich machen sich diese diagnostischen Schwierigkeiten bei Gravidität, besonders in den ersten Monaten geltend. Charakteristisch in dieser Hinsicht dürfte die erhobene Lage des Uterus-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tumors, seine eigenthümliche Beweglichkeit, seine Weichheit und elastische Consistenz sein, sichere Aufschlüsse würden überdies die in diesen Fällen deutlicher hörbaren fötalen Herztöne und eine sorgsame Untersuchung per rectum und per vaginam ergeben.

In der folgenden Discussion führt Hr. A. Martin aus, dass er ausser seinen von Herrn Howitz angezogenen Fällen nun noch eine weitere Reihe analoger Beobachtungen zu verzeichnen habe, welche die damals aufgestellten Sätze im Wesentlichen bestätigen. Die Diagnose wird einmal durch den Befund selbst wesentlich erschwert, indem das bewegliche Corpus nur durch eine ausserordentlich weiche und dünne Gewebsmasse mit dem verlängerten Collum in Verbindung steht und diese Uebergangsstelle, in der Tiefe des Beckens gelegen, einer Berührung so wenig zugänglich sei. Anderntheils lassen die schweren Krankheitssymptome dieser Frauen den Gedanken an Schwangerschaft leicht ganz unterdrücken, so dass also alle möglichen Arten selbst maligner Erkrankung wahrscheinlicher werden als Schwangerschaft. Gerade in diesen Erkrankungen besonders des Collum findet A. Martin die Erklärung der eigenthümlichen Collumhypertrophie, die übrigens besser als eine Elongatio definirt wird.

Auch Hr. Priestley bestätigt die Howitz'schen Ausführungen und berichtet über einen Fall, in welchem eine colossale Massenzunahme des Collum die Diagnose erschwert hatten, welche erst durch die schwankende Consistenz des Corpus gesichert wurde.

4. Herr Koeberlé-Strassburg: Die Behandlung der Fibromyome der Gebärmutter durch Laparotomie.

Das operative Verfahren bei Fibromyomen des Uterus und die darauf zielenden Indicationen unterliegen bislang grossen Meinungsverschiedenheiten.

Als Indicationen sind aufgestellt:

1. Die Nachtheile der excessiven und lang anhaltenden Menstrualblutungen, sowie des schnellen und unaufhörlichen Wachsthums des Tumors auf den gesammten Organismus der Kranken.

2. Ein gewisses Alter der Kranken, mehr oder weniger von der Menopause entfernt.

3. Ein geeigneter Sitz der Geschwulst.

4. Besondere Umstände, wenn die Kranken durch ihr Leiden in jedem Lebensgenusse gestört sind und durch die gelegentlichen Zufälle und Schwäche in jeder Weise belästigt werden.

Contraindicirt ist die Operation bei ausgedehnten Gefässverbindungen mit der Bauchwand oder ausgebreiteten Verwachsungen, welche eine Operation unmöglich machen, bei Einklemmungen ferner des Tumors in der Beckenhöhle, bei Ansammlungen ascitischer Flüssigkeit, welche grosse Neigung zur Vermehrung oder schnellen Wiederansammlung zeigen, endlich bei complicirenden schweren Erkrankungen oder sonstigen, die Heilung ungünstig beeinflussenden Momenten.

Das Verfahren bei der Operation ist ja nach dem Sitze und der Grösse des Tumors verschieden.

Die vaginale Exstirpation empfiehlt sich bei Uterusfibromyomen, die mehr oder weniger in die Uterushöhle und in die Scheide hineinragen, falls die Weite der letzteren ein solches Verfahren gestattet. Andernfalls können sie nur ebenso wie die interstitiellen und subserösen Tumoren durch die Laparotomie in Angriff genommen werden. Redner verbreitet sich hierauf in eingehender Weise über die Art des Vorgehens bei der Laparotomie, die Unterbindung gestielter Tumoren, die Ausschälung nicht gestielter Fibromyome und die Gefahren dieses letzteren Verfahrens. Im weiteren bespricht er die Hysterotomie und die Hysterectomie und betont die günstigen Chancen dieser Operation bei Tumoren, die in der Uterussubstanz eingeschlossen sind, gegenüber den sich in den Blättern der Ligg. lata verbreitenden und den im kleinen Becken eingekeilten Geschwülsten. Nach kurzer Berührung der Art und Weise der Vernähung der Bauchwunde und der Anlegung des Verbandes erklärt Redner zum Schluss die Behandlung der Uterusfibromyome durch Laparatomie als einen bemerkens- und beachtungswerthen Fortschritt der heutigen Chirurgie.

Die Discussion eröffnet Hr. Olshausen, indem er sich gegen die Indicationen des Vortragenden wendet. Die Einklemmungserscheinungen, welche für Koeberlé eine Contraindication sind, sind nach seiner Meinung ungültig, denn oft genug gelingt es nach Eröffnung des Bauches, scheinbar ganz unbewegliche Tumoren auszulösen. Auch die Contraindication des Ascites will O. nicht gelten lassen. Am schwersten erscheinen O. auch heute noch die interstitiellen Tumoren, besonders die bis in das Collum gewachsenen. Eine Lösung findet er eventuell nur darin, dass man einen Theil des Tumors sitzen lässt, ihn mit einer elastischen Ligatur umschnürt und in die Bauchwunde einnäht. Zuletzt wendet sich O. auch noch gegen die Drainage Koeberlé's nach oben hin.

Hr. Spencer Wells sieht die Laparotomie bei Myomen wesentlich dadurch gefördert, dass man die Scheide desinficiren kann, und dass man durch die von ihm angegebenen Klammern die Blutung aus den Adnexen zu beherrschen vermag. Ganz besonders muss W. sich gegen die von Koeberlé gemachte Bemerkung über die Vernähung des Peritonäalschnittes aussprechen. Er sieht gerade darin eine wesentliche Garantie des Erfolges.

Hr. Hegar möchte sich ebenfalls gegen die Contraindicationen des Vortragenden wenden. Nach seiner Meinung wird man sich nicht ohne weiteres für eine schematische Befolgung der intra- oder extraperitonäalen Operation aussprechen dürfen. Besonders bei den subserösen des Collum erscheint ihm die Castration sehr empfehlenswerth.

Hr. Thornton findet eine Contraindication gegen die Laparotomie bei Myomen wesentlich in maligner Entartung und allgemeiner Erkrankung. Auch er ist im Allgemeinen für die extraperitonäale Behandlung, die besonders bei stark vascularisirten Myomen gegen die Nachblutung zu sichern im Stande ist.

Vor Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn Koeberlé spricht

5. Herr Ménière-Paris: Zerstörung der Fibromyome der Gebärmutter mittelst elektrolytischer Punctur.

Redner hält dies Verfahren der Zerstörung uteriner Fibromyome für sehr wirksam und wenig gefährlich, falls die Acupunctur nicht durch die Scheide, sondern durch die Bauchwand geschieht. Indicirt ist diese Operation: bei misslungener medicamentöser Behandlung, bei sehr voluminösen und wenig beweglichen Geschwülsten, falls fortdauernde Metrorrhagien und Allgemeinerscheinungen das Leben der Kranken bedrohen, eine totale Entfernung aber unmöglich erscheint. M. hat sein Verfahren, das weit verschieden ist von dem nur wenig bekannten Vorgehen früherer Autoren, wie Cutler (1871), Broure (1873) u. A., bisher in 6 Fällen mit wunderbaren Erfolgen erprobt und richtet die Aufmerksamkeit der Gynäkologen auf dasselbe.

Die Anwendung der von M. genauer beschriebenen Apparate findet zweimal wöchentlich oder bei entzündlicher Reaction seltener statt, die Sitzungen dauern 20 Minuten.

6. Herr Wiedow-Freiburg i. B.: Castration bei Uterusfibrom.

W. hat theils nach Veröffentlichungen in den Fachschriften, theils auf Grund privater Informationen die Gesammtzahl der bis jetzt bei Uterusfibrom ausgeführten Castrationen zusammengestellt. Die Hauptaufgabe seiner Untersuchungen bestand darin, den Einfluss der Castration auf das Aufhören der Blutungen und das Schrumpfen des Tumors darzulegen. In zweiter Reihe wurde versucht auszuführen, ob und in welcher Weise der Erfolg der Operation durch den Sitz und die Grösse des Tumors modificirt werde.

2. Tag. Dienstag 12. August.

Bei der Fortsetzung der Discussion spricht zunächst Hr. A. Martin sich für die möglichst ausgedehnte Verwendung der intraperitonäalen Methode bei der Operation der Fibromyome aus. Man müsse immer versuchen die Bauchhöhle abzuschliessen, ebenso wie man versuchen müsse den Stumpf des Uterus mit Peritonäum zu überziehen. Er bedient sich zur prophylaktischen Blutstillung der Esmarch'schen Constriction, welche er seit dem Jahre 1876 verwendet, ohne die elastischen Ligaturen in Anwendung zu ziehen.

Die Auslösung der interstitiell gewucherten Myome lässt sich seiner prophylactischen Erfahrung nach, die sich auf c. 50 Myomoperationen bezieht, fast immer durchführen und das zurückbleibende Bett entweder durch Matrazennaht auf dem Beckenboden verschliessen oder durch Vernähung gegen die Bauchhöhle abschliessen, nachdem es durch die Scheide drainirt ist. M. hat seine Resultate sich wesentlich verbessern gesehen, seitdem er jedesmal, auch in einfachen Fällen von supravaginalen Amputationen und Ausschälungen von Myomen nach der von ihm angegebenen Methode eine prophylactische Drainage nach der Scheide hin durchführt.

Hr. Howitz spricht sich gegen die Operation der Myome aus, da die Myome nur extrem selten lebensgefährlich werden und möchte die Indication nur in sehr beschränkter Weise gelten lassen.

Hr. Kaltenbach hebt es als eine bisher nicht genannte Complication sowohl der Myome selbst als auch der Reconvalescenz von Operationen die Embolie hervor. Er selbst ist ein Anhänger der extraperitonäalen Methode, die soviel bekannt, die günstigsten Resultate bis jetzt gegeben hat.

Hr. Sänger spricht sich zu Gunsten der intraperitonäalen Behandlung aus, da man vermöge der elastischen Ligaturen vor Nachblutungen sich genügend sichern könne. Seine eigenen Erfahrungen sind bisher wesentlich günstig gewesen.

Im Schlusswort führt Hr. Koeberlé aus, dass er bei den von ihm aufgestellten Grundsätzen beharren müsse, er hebt noch hervor, dass er den Schnitt möglichst gross mache, und wenn er ihn bis an den Nabel heraufführen müsse, diesen vollständig ausschneide. Das Peritonäum zerreisst er stets, statt es zu zerschneiden.

7. Herr Mikulicz-Krakau: Antiseptik bei der Laparotomie.

Die Grundsätze des antiseptischen Verfahrens bei Laparotomien sind dieselben, wie bei allen anderen Operationen, doch weicht die technische Ausführung in einigen Punkten ab, was durch die Eigenthümlichkeiten des Peritonäums, seine grosse Flächenausdehnung, welche fast der ganzen Körperoberfläche gleichkommt, seine hochgradige Resorptions- und Transsudationsfähigkeit und seine Fähigkeit plastische Exsudate zu liefern und rasch feste Verklebungen zu bilden, bedingt wird.

Daraus folgt, dass das Peritonaeum empfindlicher ist gegen septische Infectionsstoffe als alle anderen Gewebe, dass aber die antiseptischen Mittel nicht ohne Intoxicationsgefahr angewandt werden dürfen, dass ferner die Drainage bei etwaiger Infection wirkungslos ist. Die Hauptaufgabe der Antisepsis liegt also bei Laparotomien in der absoluten Abhaltung von septischen Stoffen vom Peritonaeum, d. h. die Antisepsis ist eine prophylactische. — Bei der Schilderung des hierzu nöthigen Verfahrens spricht sich M. gegen den Spray während der Operation aus, sowie gegen die Drainage bei aseptisch ausgeführten Operationen.

Neben der directen Infection während der Operation (Contactinfection) kann noch eine Spontaninfection eintreten, indem die in etwaigen Vertiefungen des Peritonäums, in sog. todten Räumen sich ansammelnden blutig-serösen Secrete sich zersetzen.

Insofern ist es die zweite Hauptaufgabe der Antisepsis, bei Laparotomien von vornherein die Bildung von todten Räumen zu verhüten, d. h. die Ansammlung von Secreten durch exacte Toilette des Peritonäums, durch Vermeidung secernirender Wundflächen zu verhindern. Letzteres wird durch Massenligaturen, Abbrennen der Stiele, Vernähen der Wundflächen u. s. w. erzielt. Behufs Forderung der Resorption empfiehlt M. die Anlegung eines Compressivverbandes, wodurch zugleich das Abdomen ruhig gestellt wird.

Als bestes Antisepticum erscheint dem Vortragenden bisher die Carbolsäure, während er Jodoform in grösserer Menge (über 6 g) für bedenklich hält, Sublimat hat er nie ausgedehnt gebraucht.

In der Discussion spricht sich Herr Küstner für die Anwendung von Bromdämpfen durch Aufstellen von Bromsilicatstangen vor der Operation aus.

8. Herr Simpson-Edinburgh: Ueber eine gemeinsame obstetricische Nomenclatur.

Die auf dem vorigen Congress eingesetzte Commission hat sich zur Fortsetzung ihrer Arbeiten nicht wieder vereinigen können und nur damals schon gewisse Vorschläge angenommen, deren weitere Ausbildung aber von

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Section dem alten Comité zur Vorberathung für den nächsten Congress zurückgegeben wird. Cz.

(Schluss folgt.)

XII. Die Cholera.

X.

1. Weiterer Verlauf der Epidemie.

Am 25. August war die Gesammtsumme der Cholera-Todesfälle in Marseille auf 1571 gestiegen. Noch immer schwankt daselbst die Zahl der täglichen Cholera-Todesfälle um 5—8, in Toulon um 1—3, in Arles um 0—2, in Aix um 3—7. In letzterem Orte ist die Irren-Anstalt in sehr intensiver Weise mitgenommen worden.

Wir geben folgende berichtigte Liste der bis jetzt befallenen Départements: 1. Var, 2. Bouches du Rhône, 3. Vaucluse, 4. Basses-Alpes, 5. Gard, 6. Drôme, 7. Hérault, 8. Ardèche, 9. Aude, 10. Haute-Garonne, 11. Pyrénées-Orientales. Es ist sehr instructiv einen Blick auf die Karte zu werfen. Man überzeugt sich dadurch, dass sich die Epidemie bisher wesentlich in der Breite ausgedehnt hat, indem sie nach Westen bis zur Garonne und den Pyrenäen und nach Osten in Italien eingedrungen ist, aber keine Tendenz zeigte nach Norden weiter zu gehen, trotzdem ein sehr starker Flüchtlingsstrom den Weg nach Lyon und Paris einschlug. Ob die Cholera nicht längst auch in Spanien eingedrungen ist, lassen wir dahin gestellt sein, jedenfalls herrscht sie gerade im Departement der Ostpyrenäen sehr intensiv, während sie sonst fast überall stationär blieb. Die Zahl der Todesfälle stieg daselbst vom 24. zum 25. August auf 21, fiel dann aber allerdings auf 7 resp. 8. Aus Lyon und dem Département Yonne, also ausserhalb jener oben bezeichneten Zone, sind bisher nur einige zweifelhafte Fälle berichtet. In Paris bleibt der Gesundheitszustand ein guter. In der Woche vom 22.—28. August wurden daselbst gezählt 987 Sterbefälle gegen 1092 in der Vorwoche; es ist dies die schwächste Ziffer dieses Jahres. Bisher ist noch keine Anzeige von einem klar charakterisirten Fall asiatischer Cholera in Paris eingelangt, dagegen von zwei Fällen sporadischer Cholera mit tödtlichem Ausgange. Beide Fälle sind die Folge von schlecht behandelter Indigestion, können daher unter die Saisonkrankheiten, die keinen epidemischen Charakter haben, rangirt werden.

Immer bedenklicher lauten die Nachrichten aus Italien. Die Epidemie überzieht immer weitere Provinzen. In Neapel wurden schon seit einiger Zeit vereinzelte Cholerafälle constatirt. Nach den neuesten Telegrammen sind am 1. September 40 Cholera-Erkrankungen und 20 Cholera-Todesfälle vorgekommen. Befallen sind die Provinzen Bergamo (recht intensiv) Bologna, Campobasso, Cuneo (zu ihr gehört Busca), Genua (mit Spezzia), Massa-Carrara, Parma, Turin, Cosenza, Pisa, Porto-Maurizio, Como und Neapel. In Italien findet daher eine Weiterverbreitung so wohl nach Süden als, in breiter Zone, nach Osten statt.

2. Maassregeln.

In Deutschland fährt man fort, sich ruhig und kaltblütig auf den unheimlichen Gast vorzubereiten. Das Commando des 8. Armee-Corps hat sich

veranlasst gesehen, die Zeit der Herbstübungen zu benutzen, um in den verschiedenen Garnisonen geeignete Vorkehrungen gegen diese Gefahr zu treffen. In jeder Garnison tritt eine besondere militärische Sanitäts-Commission zusammen, die aus einem älteren Officier, einem Militär-Oberarzte und dem Vorstande der Garnisonverwaltung besteht. Diese Commission ist angewiesen, während der jetzigen Abwesenheit der Truppen sämmtliche Casernements vom sanitären Standpunkte aus einer Revision zu unterziehen und vorgefundene Missstände sofort zur Sprache zu bringen. Erwähnte Besichtigung hat sich zunächst auf die Düngergruben und Aborte zu erstrecken, dann aber auch auf folgende Punkte: Ob die Zimmer nicht zu stark belegt, ob dieselben genügend hell und ventilirt sind. Finden sich hier Uebelstände vor, so soll dafür gesorgt werden, dass, wenigstens so lange die Choleragefahr noch andauert, eine Ausquartirung nach den Manövern stattfinden kann. Die Commission hat ferner darüber zu wachen, dass die Belegung der Casernen während der Herbstübungen durch zur Uebung eingezogene Ersatzreservisten derartig geregelt wird, dass sämmtliche Räume wenigstens vierzehn Tage leer stehen sowie gelüftet und gründlich gesäubert werden. Die Betten sind an die frische Luft und in die Sonne zu bringen. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die Beschaffenheit des Strohes in den Strohsäcken zu richten. Die sämmtlichen Brunnenwasser ferner werden nochmals untersucht und diejenigen, welche in der Nähe von Aborten der Caserne oder der Nachbarhäuser liegen, werden bezeichnet, um selbst dann, wenn sie gutes Wasser haben, beim ersten Cholerafall in der Stadt geschlossen zu werden. Schliesslich hat die Commission noch in Betracht zu ziehen, ob nach eingetretenen Erkrankungen bei grosser Entfernung der Caserne von den Cholera-Lazarethen Pferdebahnen zum Transport der Kranken benutzt werden können.

In Wien ist der Oberste Sanitätsrath von Neuem einberufen worden.

Zu Beginn der Sitzung legte der Präsident die mittlerweile in Betreff der Cholera eingelaufenen amtlichen Mittheilungen der Botschaften in Paris und Rom vor; die neuerliche Einberufung des Obersten Sanitätsrathes sei deshalb erfolgt, weil die bisher angeordneten prophylactischen Maassregeln von der Voraussetzung ausgegangen seien, dass die Cholera nicht in einem unmittelbar benachbarten Lande herrsche; seither habe sich jedoch die Cholera über Italien verbreitet, sei bereits bis nach Bergamo, also in die nächste Nähe Oesterreichs, gelangt, weshalb über weitere Massregeln berathen werden müsse. Der Oberste Sanitätsrath beschäftigte sich nunmehr zunächst mit der Frage, ob das Auftreten der Cholera in Italien als epidemisch zu betrachten wäre, welche Frage für eine Reihe von Ortschaften bejaht wurde; ferner wurde für nothwendig erkannt, dass die Ueberwachungsmaassregeln an den Eisenbahn-Grenzstationen und an der Landesgrenze im Süden Oesterreichs verschärft werden müssen. Auch die Frage der Grenzsperre wurde ventilirt, doch hatte der Oberste Sanitätsrath keinen Anlass, von seinem in dieser Beziehung schon einmal gemachten Ausspruche abzugehen.

Aus der Schweiz wird berichtet, dass die in Genf eingeschleppten Fälle durchaus isolirt geblieben sind.

In allen Fällen gelang es also bisher den gewissenhaft und energisch durchgeführten gesundheitspolizeilichen Maassnahmen, die Krankheit auf den ersten Heerd zu beschränken, die Seuche also im Keime zu ersticken. Es ist dieser Erfolg ein glänzendes Zeugniss für die Tüchtigkeit der Schweizer amtlichen Organe und die Zuverlässigkeit der vorgeschriebenen Maassregeln, zu denen hoffentlich das unsinnige Durchräuchern der Passagiere nicht mehr gehört.

Um so trauriger sieht es in Italien aus. Nicht nur alle Nachbarmächte wenden jetzt Retorsions-Maassregeln, Ueberwachung und Sperre gegen dies Land an, sondern eine Provinz, ja ein District sperrt sich von dem anderen ab. Dass dadurch die Panik nur gesteigert wird, ist natürlich. So wird aus Spezzia vom 25. d. M. geschrieben:

Es ist kaum möglich, sich die Panique einer ganzen Bevölkerung vorzustellen, welche den Kopf verloren hat. Im Zeitraume von vierundzwanzig Stunden sind 4000 Personen jeden Alters und Standes abgereist; die Meisten flüchteten in aller Eile auf der Eisenbahn, in Wagen, in Karren, zu Schiff oder einfach zu Fuss. Die Hälfte der Magazine ist geschlossen. Was am meisten dazu beigetragen hat, die Bevölkerung mit Schrecken zu erfüllen, war das plötzliche und heftige Auftreten der Epidemie. Die Werkstätten ruhen; die Arbeiter haben die Erlaubniss erhalten, heimzukehren bis auf weitere Ordre. Heute, um 2 Uhr Nachmittags, wurde die Aufstellung eines Militär-Cordons befohlen, nachdem gestern 4000 und heute Morgens an 2000 Personen die Stadt verlassen haben. (!) Es geht das Gerücht, dass auf dem Zuge, der heute von Spezzia nach Genua abging, vier Cholerafälle vorgekommen seien. Die betreffenden Waggons sollen verbrannt worden seien.

Inzwischen dauern die Debatten über das Wesen und die Verbreitung der Cholera besonders in Frankreich, fort. Ihr Inhalt ist kein erfreuliches Zeugniss für die Epidemiologen dieses Landes. Ansichten werden in der Académie vertreten wie z. B. von J. Guérin, die in Deutschland Niemand mehr zu discutiren wagen dürfte ohne sich lächerlich zu machen. Wir kommen noch darauf zurück, so bald erst eine gewisse Pause eingetreten sein wird.

Herr Fauvel hat officiell Unrecht bekommen, er ist als General-Inspector des französischen Sanitätswesens zu Gunsten seines Schwiegersohnes Proust pensionirt worden.

XIII. Feuilleton.

Vom achten internationalen medicinischen Congress zu Kopenhagen.

II.

(Schluss.)

Was den Gesammteindruck des Congresses anlangt, so ist vor allen Dingen die Seitens der Gastgeber geübte Gastfreundschaft des höchsten Preises würdig. Während in dem Gewühl der Weltstadt London der internationale Congress trotz der Zahl seiner Mitglieder doch mehr zurücktrat und in dem gewaltigen Treiben kaum ein Element war, lagen die Verhältnisse in Kopenhagen ganz anders. In London ging die Gastfreundschaft wesentlich aus von den führenden aristokratischen Klassen; in Kopenhagen betheiligte sich die ganze Einwohnerschaft mit gleichem Eifer daran. Ebenso haben dem Comité zweifellos sehr grosse Mittel zur Disposition gestanden, und was durch die Vereinigung der populären Kräfte und dieser materiellen Unterstützung geleistet werden konnte, das ist in vollem Maasse geleistet worden.

Es soll nicht verschwiegen werden, dass allerdings einige Uebelstände sich geltend machten. Nur eine Mitgliederliste ist überhaupt erschienen, und diese war insofern ganz fehlerhaft, als man nicht die Anwesenheit zur Grundlage gemacht hatte, sondern die Anmeldungen. So ist es denn gekommen, dass eine ganze Reihe, besonders deutscher Forscher als bei dem Congress gegenwärtig aufgeführt worden sind, während sie doch ganz wo anders weilten. Ebenso wurde vielfach das Fehlen eines Tageblattes bedauert, welches, wie besonders unsere Naturforscher-Versammlungen gelehrt haben, geeignet ist, über die Sectionen rechtzeitig zu orientiren.

Die Mitgliederkarte, um dies noch besonders hervorzuheben, genügte ohne dass specielle Einladungen nöthig waren, zur Theilnahme an allen Festlichkeiten mit Ausnahme des ersten Diners. Sie war aber auch ein Passepartout für alle Sammlungen, Institute u. s. w. Jeder, der mit ihr versehen war, konnte zudem sicher sein, schon um dieser seiner Eigenschaft als Mitglied des Congresses halber allseitig die beste Aufnahme zu finden.

Zuvörderst mag noch nachgeholt werden, dass, während die drei Vicepräsidenten, Key, Stockholm, Dahl, Christiania und Hjelt, Helsingfors, Skandinavien entnommen waren, die Ehrenpräsidenten allen Nationen angehörten. Es wurden folgende ernannt: für England: Sir J. Paget, Sir W. Gull, Sir W. Mac-Cormac, Sir H. Acland,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sir R. Bennet, Lister, Spencer Wells, Erichsen, Watson, Marshall. Für Amerika: Billings, Flint. Für Frankreich: Pasteur, Verneuil, Chauveau, Ollier, Jaccoud, Hardy, Ranvier, Cornil, Trélat, Lépine. Für Deutschland: Virchow, Kölliker, Frerichs, der nicht anwesend war, Volkmann, Esmarch, His, Hensen, Flemming, Hirsch, Munk, Liebreich, Liebermeister. Für Holland: Tilanus, Rosenstein, Engelmann. Für Russland: Reyher, Rauchfuss. Für Italien: Tommasi-Crudeli, Bottini. Für Belgien: Crocq. Für die Schweiz: Lombard, Prévost, H. v. Meyer, Kollman. Secretäre für das Ausland waren: Kronecker, Petit, Owen, Poore.

Was die allgemeinen Sitzungen anlangt, so muss ihr Referent, wie er schon bei dem Pasteur'schen Vortrage dargelegt hat, auf jeden eingehenden Bericht verzichten, und zwar besonders weil ein solcher sich seiner Ansicht nach nur auf Grund der zweifellos schleunigst veröffentlichten officiellen Stenogramme würde erledigen lassen. Das mag hervorgehoben werden, dass weder Herr Verneuil noch Herr Tommasi-Crudeli noch auch der verdienstvolle Präsident des Congresses, Panum, eigentlich Neues gebracht haben. Bei dem Vortrage des letzteren konnte darüber freilich hinweggesehen werden, da er wesentlich practische Tendenzen besass, und der Redner dies in sehr anerkennenswerther Weise in das rechte Licht stellte. Verneuil hat seine Ausführungen schon längst in klinischen Vorträgen veröffentlicht, und Tommasi-Crudeli besonders in der von Schuster übersetzten Arbeit „die Malaria von Rom". Auch Virchow hatte sich ein Thema gewählt, welches er schon in seiner Cellular-Pathologie behandelt und dann nicht aus dem Auge gelassen hat, aber er fesselte die Sachverständigen unter allen Umständen durch die scharfsinnige und feine Ausführung seiner Darlegungen. Was Sir William Gull anlangt, so ist die Frage der Sammelforschung der Krankheiten ja gerade in der Deutschen medicinischen Wochenschrift so eingehend behandelt, dass es nicht nöthig ist, darüber hier eingehend zu referiren.

Von der Fahrt nach Helsingoer ist schon gesprochen worden, doch mag noch Folgendes nachgeholt werden. Auf den Bastionen des Schlosses Kronborg wurde der Kaffee eingenommen und hier war es, wo die anwesenden Franzosen ihrem Landsmanne Pasteur eine Ovation bereiteten, welche nur um einen einzigen kleinen Schritt vom „Erhabenen" entfernt war. Als er erschien, geführt von zwei Damen, wurde er wie die alten römischen Kaiser mit lebhaftem Beifallsklatschen empfangen, die Musik spielte die Marseillaise und mit ehrfurchtsvoll abgezogenen Hüten standen die Franzosen dabei. — Natürlich wurde sofort darauf bei der Musik die deutsche Nationalhymne bestellt und gespielt.

Während es schien, als sei dies Fest die Krone der Vergnügungen des Congresses, so wurde es durch äusseren Glanz und innern Werth doch noch in Schatten gestellt durch das Festdiner, welches die Stadt Kopenhagen dem Congress darbot, dessen sämmtliche Mitglieder eingeladen waren. Auf diesem Feste war es, dass Herr Pasteur von einem Dänen erzählte, der ihm gesagt habe, er besitze zwei Vaterländer, Dänemark und dann Frankreich, was, weniger bei den Dänen, wohl aber bei den Angehörigen der anderen Nationen doch etwas Befremden erregte. Virchow brachte das Wohl der dänischen Aerzte aus, indem er, was auch für Deutschland recht zutreffend ist, darauf hinwies, dass die erste Bedingung für das Gedeihen des ärztlichen Standes die sei, dass stets die Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis festgehalten werde. Theoretiker und Practiker müssten zusammenarbeiten, dies hätten die dänischen Aerzte immer verstanden und aus diesem Grunde besässen sie eine Stellung so hervorragend, wie in keiner anderen Nation.

Fast alle Sectionen hatten kleinere Festlichkeiten arrangirt, und als eine der ersten trat auch hier die für pathologische Anatomie auf das Feld. In ihr wurde Virchow eine sehr herzliche Ovation zu Theil, um so werthvoller als sie von einem Franzosen, Cornil, ausging, der sich, ebenso wie es Tommasi-Crudeli gethan hatte, mit Stolz noch immer Virchow's Schüler nannte. Von den übrigen Sections-Festlichkeiten zu sprechen, würde zu weit führen, es mag daher gestattet sein, nur noch der Ausflüge zu gedenken, welche die Pädiater, Hygieniker und Psychiater unternahmen. Die Pädiater und Hygieniker füllten den dritten Congresstag mit einem gemeinschaftlichen Ausfluge nach Jägerspriis aus. Jägerspriis ist eine, auf dem früher von der Gräfin Danner bewohnten Schlosse eingerichtete Erziehungsanstalt für verwahrloste Mädchen. Das Vermögen des Institutes beläuft sich auf mehrere Millionen. Jetzt werden 300 Mädchen dort erzogen unter Aufrechterhaltung des höchst interessanten und schätzenswerthen Princips, ihnen das Familienleben zu ersetzen. Je 10 Kinder von 3—17 Jahren bilden eine Familie, in der sie bis zur Entlassung aus dem Institut zusammenbleiben unter Führung einer sogenannten „Mutter". Die Reinlichkeit, die hygienischen Einrichtungen der Schlafräume etc. lassen Nichts zu wünschen übrig. Weniger entsprechen den Forderungen der Hygiene die engen Schulräume. Die Mädchen erhalten Unterricht in Handarbeiten und denjenigen Dingen, die sie fähig machen, als Dienstboten später ihren Lebensberuf auszufüllen. Sie sehen sehr gut ernährt und frisch aus. Das Institut dürfte einzig in der Welt dastehen und hat gerade dadurch besonderen Werth, dass nur Kinder aus den ärmsten Familien, aus Verbrecherkreisen etc. dort Aufnahme finden.

Die Gäste fanden in Jägersprijs die entsprechende Verpflegung, wurden dann unter Jubel auf den Dampfer und nach Röskilde gebracht, wo sie in der grossen Basilika — den Königsgräbern des dänischen Hauses, — in der sie mit den Psychiatern, welche die grosse Irrenanstalt bei Röskilde besucht hatten, zusammentrafen, ein Kirchenconcert empfing.

Die Psychiater waren von der Irrenanstalt in höchstem Grade befriedigt. Geh. Rath Laehr aus Zehlendorf gab dem Gefühle beredten Ausdruck, indem er das Johannishospital, in welchem die Irren behandelt werden, „kein Tollhaus, sondern ein Hospital für Gehirnkranke" nannte.

Doch weiter auf die Festlichkeiten des Congresses einzugehen darf dem Referenten wohl erlassen werden, es hiesse doch immer nur wiederholen, was von allen Seiten anerkannt wurde, dass eine Gastfreundschaft und Liebenswürdigkeit, wie sie in Kopenhagen dargeboten wurde, Alles überragte, was die meisten Anwesenden bisher erlebt hatten.

Inwieweit der Congress die Anforderungen erfüllt hat, welche die Wissenschaft an ihn zu stellen berechtigt ist, das wird sich ja erst erweisen, wenn die Sections-Verhandlungen vorliegen. Bis dahin muss das Urtheil darüber suspendirt werden. Jedenfalls waren es für alle Anwesenden schöne, anregende Tage und der Congress kann wenigstens insofern seiner Wirkung für die Zukunft gewiss sein. R.

XIV. Literatur.

Wood and Formad, Memoir on the nature of Diphtheria; Appendix A. Report of the national board of health for 1882. Philadelphia. — Joseph Jones, M. D., Quarantaine and sanitary operations of the Board of health of the State of Louisiana, during 1880, 81, 82 and 83. Baton rouge, Leon Jastremski. 1884. — W. Ellenberger, Prof. a. d. Thierarzneisch. in Dresden, Histologie der Haussäugethiere. Berlin. Paul Parey.

XV. Kleinere Mittheilungen.

— Kurz vor Schluss der Redaction erhalten wir die Nachricht, dass das Entlassungsgesuch des Directors des Kaiserlichen Gesundheitsamtes Geh. Ober-Regierungs-Rath und Generalarzt Dr. Struck genehmigt worden ist. Eine eingehende Würdigung seiner Thätigkeit können wir heute nicht mehr geben und behalten sie uns daher für die nächste Nummer vor.

— Universitäten. Berlin. Dem Privatdocenten Dr. Max Wolff ist das Prädicat eines Professors verliehen worden. — Wien. Wie die W. Med. W. mittheilt, hat das Unterrichtsministerium die sämmtlichen Vorschläge des medicinischen Professoren-Collegiums betreffs Ernennung einer Anzahl von ausserordentlichen und Titulatur-Professoren mit dem Auftrage neuerlicher Berathung dem Collegium zurückgeschickt. Dr. Richard Wittelshoefer ist als Docent der Chirurgie bestätigt worden. — Leipzig. Mit Beginn des Wintersemesters wird an der Universität eine zahnärztliche Fachschule errichtet werden, mit deren Leitung Prof. Dr. Fr. Hesse beauftragt worden ist. Bekanntlich ist die gleiche Einrichtung auch an der Berliner Universität in Vorbereitung. Herr Hesse war früher Assistent des anatomischen Institutes der Universität und hielt sich dann längere Zeit in den Vereinigten Staaten auf, um die dortige in wissenschaftlicher und practischer Beziehung so hochstehende Zahnheilkunde gründlich zu studiren. Dass dies mit vollem Erfolge geschehen ist, erwies der deutsche Privatdocent durch rühmliche Ablegung des betreffenden Examens in Amerika.

— Das Victoriahaus für Krankenpflege zu Berlin hat neben der häuslichen Armenkrankenpflege neuerlich auch die Pflege auf einer Abtheilung des städtischen Krankenhauses im Friedrichshain übernommen.

— Der internationale Congress im Haag, über den wir demnächst einen Originalbericht bringen werden, hat Wien zu seinem nächsten Versammlungsorte bestimmt.

— In dem Protocoll über die vierte Sitzung des Comités für Sammelforschung vom 28. Juni 1884 ist unter Aurich irrthümlich Dr. Müller statt des Kreisphysikus Herrn Dr. Richter als Referent genannt.

XVI. Personalien.

Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Geheimen Medicinal-Rath Professor Dr. Haeser zu Breslau den Königlichen Kronen-Orden zweiter Klasse, dem Professor an der Universität zu Berlin, Dr. med. Schweninger, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts den Rothen Adler-Orden dritter Klasse und dem Kreiswundarzt Dr. Boenigk zu Braunsberg den Rothen Adler-Orden vierter Klasse sowie dem practischen Arzt Sanitäts-Rath Dr. Ebert in Wriezen den Charakter als Geheimer Sanitäts-Rath zu verleihen.

Ernennungen: Dem Privatdocenten in der medicinischen Facultät der Königlichen Friedrich-Wilhelms Universität in Berlin, Dr. Max Wolff, ist das Prädicat Professor beigelegt worden.

Entlassungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht dem Medicinal-Rath Professor Dr. Carl Heinrich Hasse in Breslau die nachgesuchte Entlassung aus seiner Stellung als Mitglied des Medicinal-Collegiums der Provinz Schlesien zu ertheilen. Der Kreisphysicus des Stadt- und Landkreises Elbing, Sanitäts-Rath Dr. Hoeltzel in Elbing, ist auf seinen Antrag aus dem Staatsdienste entlassen worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. med. Stoever in Brieg, Weidner und Wagner in Breslau, Dr. Riechers in Dorum, Dr. Brünn in Gr.-Crössin, Dr. von Ingersleben in Cöslin und Dr. Eckstein in Cöslin a./Pers. und der Zahnarzt Witzel in Dortmund, Dr. Schoenemann in St. Johann und Dr. Kohlstock in Trier.

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. Alter von Brieg nach Leubus, Koziol von Sulau nach Peiskretscham, Dr. Windels von Dorum nach Berlin und Dr. Schwabe von St. Johann nach Leipzig.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Hellwig hat die Jansen'sche Apotheke in Reichenstein und der Apotheker Prümer hat die Baeker'sche Apotheke in Alssen gekauft. Der Apotheker Beyer hat für p. Drewitz die Verwaltung der Ende'schen Apotheke in Striegau, der Apotheker Germelmann die Verwaltung der Germelmann'schen Apotheke zu Lauterberg und der Apotheker Apel die Verwaltung der Eggers'schen Apotheke in Bederkesa übernommen.

Verstorben: Kreisphysikus Medicinalrath Dr. Gall zu Posen; Stabsarzt a. D. Dr. Noethe in Görlitz; Zahnarzt Auerbach in Berlin; der Oberstabsarzt a. D. Dr. Eggers zu Neu-Strelitz.

Vacant: Kreisphysikat des Land- und Stadtkreises Posen, das erste Bezirksphysicat in Berlin, das Kreisphysicat des Elbinger Stadt- und Landkreises, die Kreiswundarztstellen der Kreise Militsch, Hoya und Gersfeld.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besondere Beilage

zu

No. 36 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Gährungsvorgänge im menschlichen Munde; ihre Beziehung zur Caries der Zähne und zu diversen Krankheiten.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin am 4. März 1884

von

W. D. Miller.

Seit der Zeit Leuwenhoeck's (1695) bis fast zum heutigen Tage sind die Pilze des Mundes und die Caries der Zähne Gegenstände einer unermüdlichen Forschung gewesen, allein bis zum Jahre 1878, wo von Leber und Rottenstein die Arbeit über die Caries der Zähne erschien, sind die Ansichten darüber so verschieden und so durchaus irrige gewesen, dass wir sie hier nicht anführen werden.

Die beiden erwähnten Autoren waren der Ansicht, dass die Elemente des Pilzes Leptothrix buccalis leicht in die Zahnkanälchen hineinwuchern, dieselben ausdehnen und hierdurch das Eindringen der Säuren in die Tiefe befördern könnten.

Urtheilt man aber nach den Zeichnungen, die dieser Arbeit beigegeben sind, so findet man wenig Begründung für diese Theorie. Ausserdem, wie ich bewiesen habe und wie allgemein angenommen wird, sind es nicht die Pilze, die das Eindringen der Säuren befördern, sondern die Säuren, welche das Eindringen der Pilze ermöglichen.

A. Weil (1880) glaubte, die Leptothrix buccalis könnte sich direct in den Schmelz einbohren und so die Entstehung von Caries verursachen. Ich habe aber an mehreren Hunderten von Zahnpräparaten (von Schmelz und von Zahnbein) bewiesen, dass die Spaltpilze niemals in das gesunde Gewebe eindringen, sondern nur dann, wenn es eine Veränderung resp. Entkalkung durch Säuren erlitten hat.

Die Herren Underwood und Milles (1881) constatirten das Eindringen von Spaltpilzen in das cariöse Zahngewebe. Klebs will einen, Leptothrix pusilla genannten, Pilz im Munde gefunden haben, der zur Bildung von Kalkconcrementen Veranlassung geben soll. Jeder der täglich mehrere Mundhöhlen genau untersuchen muss, wird aber bald sehen, dass der häufigste Sitz des, Leptothrix enthaltenden Zahnbelags in keiner Weise mit dem des Zahnstein übereinstimmt.

Auf der Labialseite der oberen Schneidezähne findet man, besonders bei Kindern und Leuten, die die Zahnbürste wenig brauchen, einen dicken, mit unzähligen Leptothrixarten durchschlungenen Belag. Kalkconcremente kommen in diesen Stellen aber fast nie vor. Dagegen auf der Lingualfläche der unteren Schneidezähne, wo sich ohne Ausnahme Zahnstein bildet, kommt der Pilzbelag sehr wenig in Betracht.

Die Kalkconcremente bilden sich an den Stellen, wo sich die Speicheldrüsen in die Mundhöhle entleeren, und sind nur Niederschläge aus dem Speichel, die die Pilzmassen manchmal mit einschliessen.

Rasmussen aus Stockholm machte in der letzten Zeit morphologische Untersuchungen von elf verschiedenen Spaltpilzen, die er aus dem menschlichen Speichel isolirte. Diese Zahl würde sich wohl noch bedeutend vergrössern, wenn man die Untersuchungen nur lange genug fortsetzen wollte, da es kaum einen Spaltpilz giebt, der nicht dann und wann in die Mundhöhle gerathen könnte.

Die Arbeiten von James Israel finden später Erwähnung.

Vor etwa einem Jahre hielt ich vor der Gesellschaft für Heilkunde einen Vortrag über die Wirkung der Mikroorganismen bei der Caries der menschlichen Zähne.

Bei der Gelegenheit äusserte ich die Ansicht, die jetzt allgemein verbreitet ist, dass das erste Stadium der Zahncaries in einer Entkalkung des Zahngewebes durch Säuren, die zum grössten Theil im Munde selbst durch Gährung erzeugt werden, bestände; und dass das zweite Stadium als eine einfache Zerstörung des erweichten Zahnbeins durch Mikroorganismen anzusehen sei.

Ich betonte ferner die Thatsache, dass die in der Mundhöhle befindlichen Spaltpilze vom Munde aus in die verschiedensten Theile des Körpers gelangend, in denselben auch zu mannigfaltigen Störungen Veranlassung geben können.

Seitdem bin ich bemüht gewesen, die angedeuteten Gährungsvorgänge im Munde genauer zu studiren, das Ferment der Gährung zu isoliren, die Bedingungen für seine Thätigkeit, die Producte derselben und die hemmende Wirkung verschiedener Antigährungsmittel festzustellen. Schliesslich versuchte ich, einen Blick zu werfen auf den Einfluss, welchen die Mundhöhle, wenn sie, durch mangelhafte Reinlichkeit zu einer Brutstätte der verschiedensten Bakterienformen wird, auf die Entstehung allgemeiner und specieller Krankheiten ausüben kann.

Wenn man frischen Speichel mit Zucker oder Stärke mischt und 4 Stunden bei Körpertemperatur stehen lässt, so wird das Gemisch stets sauer. Wird aber der Speichel erst auf 100° C. erhitzt und danach Zucker oder Stärke hinzugefügt, so folgt keine Säurebildung. Sterilisation des Zuckers oder der Stärke hat keinen bemerkbaren Einfluss auf die Säurebildung.

Diese Versuche beweisen zur Genüge, dass das säurebildende Ferment im Speichel selbst existirt und dass es bei 100° C. zu Grunde geht.

Wir haben nun die Frage zu beantworten: ist es ein organisirtes (geformtes) oder ein unorganisirtes (ungeformtes) Ferment?

Diese Frage liess sich auf mehreren Wegen entscheiden.

Erstens wurde das Ferment zerstört durch die physiologischen Gifte Schwefeläther, Chloroform, schwache Carbollösungen etc., welche auf unorganisirte Fermente keine Wirkung haben.

Zweitens, ein 20 Minuten langes Verweilen bei 67° C., welches für die meisten unorganisirten Fermente, insbesondere für das Ptyalin tödtlich ist, hat die Wirkung unseres Fermentes nur etwas gehemmt.

Drittens besitzt das Ferment die Eigenschaft sich zu reproduciren und behält noch nach mehreren Generationen seine säurebildende Kraft. Es handelt sich daher um ein durch Mikroorganismen erzeugtes Ferment.

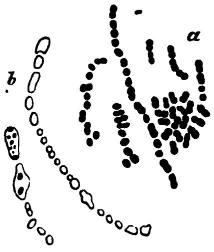
Nun wurde es vor allen Dingen nöthig, eine Reincultur des betreffenden Pilzes, resp. der betreffenden Pilze zu erhalten. Zu diesem Zwecke machte ich Culturen von den im Speichel, hauptsächlich aber von den im cariösen Zahnbein vorkommenden Pilzen. Das Material zu diesen Culturen wurde in folgender Weise gewonnen: Ich nahm einen frisch ausgezogenen cariösen Zahn, entfernte die Speisereste aus der Höhle desselben und bestrich die ganze Oberfläche des Zahnes mit einer 90procentigen Carbollösung. Nach einigen Secunden wurde diese mit sterilisirtem Löschpapier sorgfältig entfernt und dann eine Schicht des erweichten Zahnbeins nach der anderen mit sterilisirten Instrumenten herausgenommen, bis ich fast an die Grenze zwischen normalem und erweichtem Zahnbein gelangte. Demnächst wurde ein stecknadelkopfgrosses Stück Zahnbein herausgenommen, und in sterilisirte Kalbsbrühe gebracht. Von der Brühe aus wurden die Pilze nach einigen Minuten oder erst nach Stunden, auf Kalbsbrühe-, Zucker-Gelatine übertragen. Es gelang mir aus cariösem Zahnbein 5 verschiedene Spaltpilze zu isoliren, die ich mit den griechischen Buchstaben α β γ δ u. ε bezeichne. Der α-Pilz tritt in Form von Kokken und Diplokokken auf, entweder vereinzelt oder in Ketten (Fig. 1). Aus Speichel lässt er sich sehr leicht isoliren und wächst schnell auf

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

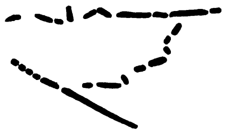
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Figur 1.



Figur 1a.

Figur 2.

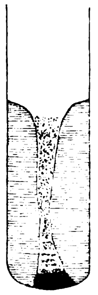


Fleischextract-, Kalbsbrühe- oder Speichel-Gelatine (mit Zusatz von Zucker). Er verbreitet sich ausserordentlich schnell in der Gelatine, welche eine breiartige Consistenz erhält, aber nicht verflüssigt wird und halbdurchsichtig bleibt. Auf der Platte bildet er Knöpfchen, die bis zu 10 mm Breite und 3 mm Höhe wachsen können. In den Reagirgläsern haben die Culturen die Neigung eine kuglige Gestalt anzunehmen (Fig. 1a). Der β-Pilz hat verschiedene Entwickelungsformen, Kokken, Bakterien, Bacillen und Fäden (Fig. 2). Durch sein Auffinden ist die Thatsache, dass mitunter in einem Zahncanälchen Uebergänge von Bacillen zu Bakterien, und von Bakterien zu Kokken zu sehn sind, leicht erklärlich. Dieser Pilz wächst nur äusserst langsam bei Gelatinetemperatur und für sein Verhalten auf Gelatine kann ich daher keine specifischen Merkmale angeben.

Der γ-Pilz tritt auf in sehr kleinen, häufig unregelmässigen Kokken, selten zu Ketten verbunden (Fig. 3). Er unterscheidet sich von allen Pilzen, die ich bis jetzt in cariösem Zahnbein gefunden habe dadurch, dass er die Gelatine vollkommen verflüssigt. Schon 4—6 Stunden nach der Impfung im Reagirglas sieht man eine trichterförmige Vertiefung, wo die Gelatine verflüssigt ist und in 36 Stunden hat der Pilz seinen Weg bis zum Boden des Gefässes durch Schmelzen der Gelatine gebahnt (Fig. 3a).

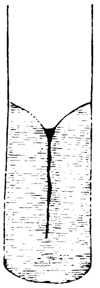
Figur 3.

Figur 3a.



Figur 4.

Figur 4a.



Der δ-Pilz kommt auch in Form von Kokken vor, welche eine ausserordentliche Verschiedenheit in der Grösse zeigen. Er bewerkstelligt eine theilweise Verflüssigung oder Verdunstung der Gelatine, so dass eine Vertiefung oder Einknickung derselben an der Impfstelle stattfindet (Fig. 4, 4a).

Von den fünf Spaltpilzen ist der ε-Pilz morphologisch am interessantesten; er kommt als Stäbchen vor, welche jeden Uebergang von dem geraden bis zu dem im Halbkreis gebogenen Stäbchen zeigen. Auch findet man sie zu zweien verbunden, ein schmales S bildend, auch als Fäden, mehr oder weniger spirillenartig gekrümmt, entweder gegliedert oder scheinbar ungegliedert (Fig. 5). Eine besondere, eigenthümliche Wirkung dieses Pilzes auf die Gelatine habe ich noch nicht beobachtet. Hierzu bedarf es noch weiterer Versuche.

Figur 5.

Ich will noch erwähnen, dass ich diese 5 Spaltpilzarten nicht aus einem und demselben Zahn isolirt, sondern bei meinen Versuchen Hunderte von Zähnen gebraucht habe.

Diese Pilze scheinen eine Eigenschaft gemeinsam zu besitzen, nämlich Lösungen von gährungsfähigen Kohlenhydraten in Gährung zu setzen, wobei höchstwahrscheinlich Milchsäure producirt wird. Mit Bestimmtheit kann ich dies aber nur von dem α-Pilz sagen. Dieser kommt constant im Munde vor und ist als Hauptfactor bei der Zahncaries zu betrachten.

Um diese Gährungsprocesse näher kennen zu lernen, stellte ich folgende Versuche an:

Ein Gemisch von 1000,0 Cc Speichel und 20,0 Stärke wurde 48 Stunden bei 37° C. stehn gelassen, filtrirt, und in einer Retorte mit Vorlage auf 40 Cc eingedampft.

Aus dem syrupartigen Rückstand wurde die Säure durch Schwefeläther ausgezogen, das Zinksalz gebildet, filtrirt und zum Crystallisiren stehn gelassen. Die Crystalle wurden unter dem Mikroskop sogleich als milchsaures Zink erkannt, welcher Befund auch durch die chemische Analyse bestätigt wurde. Das Destillat zeigte eine schwachsaure Reaction, welche leicht erklärlich ist, da beim Destilliren einer wässerigen Milchsäurelösung Spuren von Milchsäure mit dem Wasser stets überdestilliren. Auch zeigte das Destillat Spuren von einer Substanz, die nach Buttersäure roch; es war aber zu wenig, als dass man eine Analyse davon hätte machen können.

Der Versuch wurde wiederholt; diesmal mit einer sterilisirten Lösung von Speichel, Wasser, Bouillon und Zucker. Die Mischung wurde von einer Cultur des α-Pilzes inficirt und nach 48 Stunden das Zinksalz dargestellt.

1,054 des bei 100° C. getrockneten Zinksalzes gab 0,278 Zink oder 26,38 Proc., eine Zahl, welche mit der aus der Formel für milchsaures Zink gerechneten fast genau übereinstimmt.

Das Salz enthielt 3 Moleküle Crystallwasser, und war in etwa 62 Theilen Wasser bei 14° C. löslich.

Die Säure mit dem Polaroskop untersucht, zeigte sich optisch inactiv. Es handelt sich daher um die inactive Ethyliden-Milchsäure. Für ihren freundlichen Rath bei diesen Analysen habe ich Herrn Prof. Dr. Liebreich und Herrn Dr. E. Herter meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Den höchsten Gehalt an Säure, den ich bis jetzt bei dieser Gährung beobachtet habe, betrug 0,75 Proc. Obgleich der Theilungscoefficient der Milchsäure gegen den der unorganischen Säuren sehr klein ist, ist er doch für die organischen Säuren ein ziemlich hoher, und ich bin durch meine Untersuchungen zu der Ueberzeugung gekommen, dass er bei meinen syrupartigen Lösungen bedeutend gesteigert wird, so dass man anstatt 10 (dem Coefficient für wässerige Lösungen) eine Multiple von 10 setzen muss, da ich sehr grosse Quantitäten Aether ($1\frac{1}{2}$—2 Liter) brauchen musste, um nur annähernd alle Säuren zu extrahiren.

Die Gährungspilze der Mundhöhle scheinen in ihrer Gährwirkung von der Gegenwart freien Sauerstoffs unabhängig zu sein. Ich habe Culturen gemacht 1) bei denen die Luft durch eine dicke Oelschicht abgeschlossen war. 2) In Gefässen, die durch die Quecksilber-Luftpumpe möglichst luftleer gemacht waren. 3) In Gefässen, die durch eine alkalische Lösung von Pyrogallussäure sauerstofffrei gemacht worden waren. Es stellte sich dabei heraus, dass in allen Fällen eben so viel Säure producirt wurde als bei freiem Luftzutritt.

Hieraus muss man schliessen, dass die Gährung selbst kein Vorgang ist, bei dem Sauerstoff gebraucht wird, da die Spuren von Sauerstoff, die bei diesen Experimenten noch vorhanden waren, in gar keinem Verhältniss zu den gebildeten Säuremengen standen.

Anders aber gestaltet sich die Sache, wenn man fragt: braucht der Pilz bei seinen eigentlichen Lebensvorgängen Sauerstoff? würde er in einem nicht gährungsfähigen Medium für sein Wachsthum Spuren von Sauerstoff nöthig haben? Um diese Frage zu lösen, müsste man natürlich die letzte Spur von Sauerstoff aus der Cultur entfernen, was bis jetzt noch keinem Experimentator gelungen ist. Mit der Hülfe des Herrn Dr. Cosel nahm ich den folgenden Versuch vor. Ein sehr langhalsiges Glaskölbchen, welches im unteren Theile des Halses ein Thermometer trug, wurde mit 100cc einer inficirten Fleischextract-Zuckerlösung gefüllt, der Hals in einem rechten Winkel umgebogen, und mittelst eines sehr dickwandigen Gummischlauches mit der Luftpumpe in Verbindung gesetzt. Um den Schlauch sicher luftdicht zu machen, wurde er mit Lack überzogen. Es wurde jetzt so viel Luft aus dem Kölbchen gesaugt, dass die Lösung bei etwa 37,5° C. kochte. Das Kochen wurde eine halbe Stunde fortgesetzt, wonach der Schlauch zugequetscht, unter Quecksilber von der Luftpumpe getrennt und der Apparat in den Brutofen bei normaler Temperatur gestellt wurde.

Nach 48 Stunden war keine Spur von Säurebildung noch Trübung wahrzunehmen, während die Controlle-Lösung schon nach 8 Stunden in heftige Gährung gerieth. — Es wurde nun Luftzutritt gestattet, aber trotzdem fand selbst nach 48 Stunden keine Entwicklung von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Säure statt. Die Pilze waren zu Grunde gegangen. Leider lässt sich die Frage hierdurch doch noch nicht entscheiden, da es möglich ist, dass die Pilze durch die Kochbewegungen getödtet wurden. Eine endgültige Beantwortung dieser Frage muss man einstweilen dahingestellt sein lassen.

Zuckerlösungen fehlen dem Pilze im Munde wohl nie, da sie durch die Wirkung des Speichelfermentes fortwährend aus Stärke gebildet werden, oder sogar als solche direct in den Mund kommen. Es bleibt aber doch eine wichtige Frage, ob der Pilz die Fähigkeit hat, sich fermentfähige Substanzen aus Stärke zu bereiten. Versuche, die ich mit verschiedenen stärkehaltigen Lösungen, hauptsächlich Stärke in sterilisirtem Speichel anstellte, führten zu einem negativen Resultat, es wurde weder Säure gebildet noch irgend eine Substanz, welche die Eigenschaft hatte, Kupferoxyd zu reduciren.

Dagegen scheint der Pilz ein invertirendes Ferment bestimmt zu bilden, da der nicht gährungsfähige, nicht reducirende Rohrzucker durch die Wirkung des Säurepilzes diese beiden Eigenschaften erlangt. Dass diese in der That der Wirkung eines durch den Pilz gebildeten und von dem Pilz trennbaren Enzym zuzuschreiben sind, glaube ich durch den folgenden Versuch festgestellt zu haben. Es wurden mehrere Culturen auf einmal in Kolben aufgestellt, und die nach 48 Stunden auf dem Boden der Gefässe sich angesammelten Pilzmassen zusammen gethan. So bekam ich etwa 10 cc eines ziemlich dicken Breies; die Pilze wurden nun durch 90 proc. Alkohol getödtet, in einer Porzellanschale getrocknet, mit Sand zerrieben, mit Wasser ausgelaugt und filtrirt. Das Filtrat, welches klar sein muss, wurde einer Rohrzuckerlösung bei Zimmertemperatur zugesetzt; diese Lösung zeigte dann im langen Rohr eines Mitscherlichen Doppelschatten Polariskops als Durchschnitt von 9 Ablesungen eine Drehung von 5,19. Die Lösung liess ich nun 4 Stunden bei 39° C. in der feuchten Kammer stehn, wonach sie eine Drehung von 4,98 hervorbrachte. Die Abnahme betrug also etwa $^2/_3$ Grad. Ausserdem erzeugte die Lösung eine schwache Reduction einer alkalischen Kupfervitriollösung.

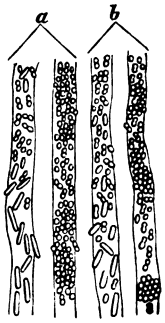
Man betrachtet gewöhnlich die Bildung von Milchsäure aus Zucker als eine einfache Spaltung nach der Gleichung $C_6H_{12}O_6 = 2C_3H_6O_3$, die Meisten bemerken aber dazu, dass diese Gleichung den wirklichen Vorgängen nicht genau entspricht, da die stets vorhandene Entwicklung von Kohlensäure nicht betrachtet wird. Flügge behauptet sogar, dass keine Gährung stattfinden kann, ohne eine gleichzeitige Entwicklung von Kohlensäure.

Es fiel mir aber auf, dass ich bei meinen Culturen nie eine Entwicklung von Gasblasen bemerkte, und um hierüber Gewissheit zu erlangen, stellte ich eine Cultur in einem Glaskolben an mit 1 Liter der Fleischextract-Zucker-Lösung, in die ein Stückchen cariöses Zahnbein gethan war. Dann wurde ein durchbohrter Gummipfropfen, welcher ein gebogenes Ableitungsrohr hielt, erwärmt, mit Siegellack umzogen und in den erhitzten Hals des Kolbens gedrückt, wodurch er luftdicht verschlossen wurde. Bei Brutofentemperatur zeigte sich nach einigen Stunden eine intensive Gährung. Ich versuchte sodann die vermuthlich entweichenden Gase in Kalkwasser zu leiten, allein nach 12 Stunden hatte keine Trübung stattgefunden. Ich erhitzte nun den Kolben um die fragliche Kohlensäure auszutreiben, das Kalkwasser blieb aber klar. Ich wiederholte diesen Versuch mit einer Vorrichtung um das Gas über Quecksilber aufzufangen. Bei einer Cultur, bei der 1,75 Säure gebildet wurde, ging eine winzige Blase über, welche aber ebensogut eine unmessbare Temperaturveränderung als Ursache haben könnte als eine wirkliche Gasbildung. Aus diesen Versuchen kann ich nun keinen andern Schluss ziehn, als dass die durch diese Pilze hervorgerufene Gährung mit keiner Kohlensäureentwicklung verbunden ist. Es könnte sich höchstens um einen Stoffwechsel der lebenden Organismen handeln.

Habe ich nun in diesen Pilzformen die wirkliche Ursache der Zahncaries entdeckt, so müsste ich im Stande sein, eine von der natürlichen Caries nicht zu unterscheidende, künstliche Caries zu erzeugen. Dies ist mir auch in der That gelungen.

Schliffe von völlig gesundem Zahnbein der Wirkung dieser Pilze ausgesetzt, wurden schon nach einer Woche so weit entkalkt, dass man sie leicht zwischen den Fingern zusammenbiegen konnte. Nach der zweiten Woche wurde einer von den Schliffen auf dem Gefriermikrotom geschnitten, mit Fuchsin gefärbt und in Canadabalsam eingelegt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Pilze schon in die Zahnkanälchen eingedrungen waren und die letzteren an einigen Stellen erweitert hatten (Fig. 6). Am Ende der dritten Woche hatte die Einwanderung bedeutend zugenommen, die Canälchen waren sehr erweitert, und an manchen Stellen die Wände durchbrochen, so dass Lücken oder Höhlen im Zahnbein entstanden waren. Kurz alle

Figur 6.



Inficirte Zahnkanälchen.
a Bei künstlicher Caries. b Bei natürlicher Caries.

anatomischen Veränderungen, die bei der natürlichen Caries vorkommen, waren hier ganz genau wiedergegeben.

Eine für die Erhaltung der Zähne, wie für die allgemeine Gesundheit sehr wichtige Frage ist die, welche Wirkung der verschiedenen antiseptischen Mittel auf die Pilze der Zahncaries ausüben. In dieser Beziehung glaubte ich für die Praxis verwerthbare Resultate nur dann erzielen zu können, wenn ich die angewendeten Mittel auf die Pilze in ihren natürlichen Nährmedien und Gemischen wirken liess, und nicht etwa auf eine Reincultur in künstlichen Lösungen, die beide nie im Munde vorkommen. Da auch die Pilze die Zähne nur dadurch angreifen können, dass sie dieselben durch die Säure, welche sie bilden, entkalken, so haben wir von einem Antisepticum nicht zu verlangen, dass es die Pilze tödtet, sondern nur dass es ihre Gährwirkung hemmt oder aufhebt. Daher bin ich bei den Versuchen auf folgende Art zu Werke gegangen: Ich liess das zu untersuchende Antisepticum auf ein Gemisch von frischem Speichel mit 1 Proc. Zucker und 1 Proc. Stärke wirken, und bestimmte, welche Concentrirung das Mittel haben musste um die Bildung von Säure zu unterdrücken.

Die Ergebnisse dieser Versuchsreihe sind in der folgenden Tabelle aufgezeichnet.

	Säurebildung gehemmt,	Säurebildung aufgehoben
Sublimatlösung	1—500,000	1—100,000
Höllensteinlösung	1—100,000	1— 50,000
Jod (alkoholische Lösung)	1— 15,000	1— 6000
Jodoform	1— 10,000	1— 5000
Naphtalin	1— 9000	1— 4000
Senföl	1— 5000	1— 2000
Uebermangansaures Kali	1— 2000	1— 1000
Eukalyptusöl		1— 600
Carbolsäure	1— 1000	1— 500
Salzsäure	1— 1000	1— 500
Phenylsäure	1— 500	1— 200
Milchsäure	1— 250	1— 125
Kohlensaures Natron	1— 200	1— 100
Salicylsäure (conc. alk. Lösung)	1— 125	1— 75
Alcohol absolutus	1— 25	1— 10

Man erkennt aus diesen Versuchen die ungleich grosse Bedeutung der Sublimatlösung für die Hemmung der Säurebildung im Munde. Ich selber brauche seit einiger Zeit eine Sublimatlösung (1—1000) als Mundwasser ohne irgend welche unangenehme Folgen zu spüren, habe es aber nicht gewagt Anderen dieses Mittel zu empfehlen. In einer Stärke von 1—5000, oder 1—10,000 dürfte es wohl als ungefährlich bezeichnet werden. Aus diesen Versuchen ist wieder ersichtlich, warum der Säuregehalt bei meinen Culturen nicht über 0,75 stieg, da bei diesem Procent schon durch die Säure selbst die Gährung gehemmt wird.

Eigenthümlich sind die Involutionsformen, die fast stets gebildet wurden, wo das Antisepticum nicht stark genug war, die Pilze selbst gleich zu vernichten (Fig. 1 b). Auch ist die Thatsache nicht ohne Wichtigkeit, dass die Pilze zuweilen in Stecknadelkopf-grossen weissen Klümpchen auftraten und sich auf diese Weise gegen die Wirkung des Giftes bewähren konnten, während die vereinzelten Zellen zu Grunde gingen.

Man erkennt hieraus, dass der Werth eines antiseptischen Mittels durch seine Fähigkeit, die Entwicklung einer sehr kleinen Anzahl von Bakterien in einem sonst sterilisirten flüssigen Medium zu verhindern, sich in diesem Fall wenigstens gar nicht berechnen liesse. Es handelt sich um Pilzmassen, in deren Inneres das Mittel nicht hineindringen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kann, oder seine Wirkung wird selbst durch die Fermentproducte der Pilze geschwächt oder sogar ganz aufgehoben.

Unter Zuthat von 0,2 proc. Salzsäure vermochte der Pilz nicht eine Gährung hervorzurufen. Da aber nach den Analysen von Schmidt der Magensaft nur 0,02 proc. Salzsäure enthält, so kann der Pilz im Magen des Menschen seine Gährung ungestört fortsetzen; dagegen im Magen des Hundes, dessen Saft 0,27 Salzsäure giebt, dürfte keine Milchsäuregährung stattfinden. Eine überraschende Wirkung hat Tabakrauch auf die Pilze der Mundhöhle. Der Rauch von einem Drittel von einer Colorado claro Cigarre durch eine mit Gährungspilzen reich inficirte Fleischextract-Zuckerlösung (20,0 Cc) geleitet, genügte, um sie vollständig zu sterilisiren.

Es frägt sich, ob der Tabakrauch auch auf andere Pilze eine gleich starke Wirkung hat und ob er in der Therapie der infectiösen Krankheiten nicht Anwendung finden könnte?

Von anderen im Munde auftretenden Spaltpilzen erwähne ich nur noch kurz den Essigpilz, welcher natürlich sehr häufig, besonders in geistigen Getränken, in die Mundhöhle gebracht wird. Er kommt aber daselbst zu keiner bedeutenden Entwicklung oder Gährwirkung, wegen der ungünstig hohen Temperatur und dem zeitweisen Mangel an dem nöthigen Alkohol.

Vereinzelte Stäbchen des Buttersäurepilzes habe ich dann und wann im Mundschleim aufgefunden, Versuche, sie zu isoliren, sind mir aber nicht geglückt.

Wir haben also gesehen, dass im menschlichen Speichel und im cariösen Zahngewebe verschiedene Spaltpilzarten in grossen Massen auftreten, dass sie mit oder ohne Luftzutritt aus gewissen Kohlehydraten Säure bilden und dadurch zur Entstehung von Caries Veranlassung geben. Ausserdem kommen weniger häufig die Pilze der Butter und Essigsäure-Gährung vor. Zu diesen muss der wohlbekannte Leptothrix buccalis, der früher als Ursache der Zahncaries und der Zahnsteinbildung betrachtet wurde, kommen, und im letzten Stadium der Zahncaries bei der Verjauchung der Pulpa, bei chronischer, suppurativer Alveolar-Periostitis und chronischer Zahnfistel sind unzählige Massen von Vibrionen und Fäulnissbakterien, welche höchst übelriechende und giftige Zersetzungsproducte bilden, vorhanden.

Wenn wir daher auf die Erhaltung der Zähne selbst kein Gewicht legen, wenn wir ganz davon absehen, dass die Thatsache durch mehrfache Beobachtungen auf's Sicherste constatirt ist, dass Neuralgie, Otitis, Keratitis, mangelhafte Verdauung, Appetitlosigkeit, Nervosität, und eine ganze Reihe anderer Uebel direct auf unvollständiges Kauen der Nahrung zurückzuführen sind und durch den schadhaften Zustand der Zähne bedingt werden, wenn wir von diesen Thatsachen ganz absehen, so bleiben doch noch andere wichtige Gründe übrig, um deren denenwillen wir bemüht sein sollten, diese Brutstätte der Spaltpilze auszurotten.

Bekanntlich giebt es eine Reihe von Magenkrankheiten wie Dyspepsie, acuter, sogar auch chronischer Magenkatarrh etc., welche durch abnorme Gährungsvorgänge, wie die Milch-, Butter- und Essiggährung gesteigert oder selbst bedingt werden; es ist leicht einzusehen, dass das fortwährende Verschlucken von Gährungsspaltpilzen aus dem Munde ein Uebelstand sein muss, dem man gewöhnlich viel zu wenig Beobachtung schenkt.

Betreffs der Leptothrix buccalis haben Leyden und Jaffé vor Jahren den Satz aufgestellt, dass „die im Munde bei stets vollkommener Gesundheit vorhandenen Pilzformen insbesondere Leptothrix buccalis unter disponirenden Umständen zu erheblichen Lungenerkrankungen Anlass geben können“.

James Israel hat sich eingehend mit der Frage der „Verschleppung der Pilze von cariösen Zahnhöhlen aus“ befasst und berichtet über Fälle von Abscessbildung am Halse, chronischer Pyämie etc., die wahrscheinlich durch Pilze, welche aus der Mundhöhle geschluckt oder aspirirt wurden, bedingt waren. Die zeitweise Anwesenheit im menschlichen Munde eines Pilzes, der bei Kaninchen Septicämie hervorruft, ist neuerdings von Herrn A. Fraenkel uud mir selber constatirt worden.

Das Manuscript des Vortrages ging bei dem Brande in der G. Reimer'schen Druckerei grösstentheils zu Grunde, dagegen blieben die schon geschnittenen Abbildungen unversehrt und sind selbstverständlich irgend einer nachträglichen Correctur nicht unterworfen worden. Die Clichés waren schon Anfang Juni fertiggestellt. D. Red.

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag | № 37. | 11. September 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Wie soll man Anatomie lehren und lernen.

Rede, gehalten zur Feier des Stiftungstages der militärärztlichen Bildungsanstalten am 2. August 1884.

Von

Prof. Dr. Waldeyer.

Geh. Medicinal-Rath.

Es ist eine bemerkenswerthe Erscheinung, dass in neuerer Zeit das Thema, wie man Anatomie des Menschen lehren solle, von den verschiedensten Seiten her einer lebhaften Erörterung unterzogen worden ist. In dem letzten Decennium sind, ausser der Rede meines Collegen Hartmann, welche an dieser Stelle gehalten wurde, so weit mir erinnerlich, noch die Veröffentlichungen von: W. Turner: Address at the opening of the new anatomical Department of the University of Edinburgh. 1880, O. Hertwig: Der anatomische Unterricht. 1881, J. Budge: Die Aufgaben der anatomischen Wissenschaft, Deutsche Revue 1882, H. v. Meyer: Stellung und Aufgabe der Anatomie in der Gegenwart, Biol. Centralblatt. 1883 No. 12, A. von Kölliker: Die Aufgaben der anatomischen Institute, Würzburg, 1884 und W. Krause: Die Methode in der Anatomie, Internationale Monatsschrift für Anatomie und Histologie I. Heft 2, erschienen.

Es haben, wie man sieht, nicht allein die zahlreichen Neubauten anatomischer Institute den willkommenen Anlass geboten; auch ohne solche äussere Gelegenheiten haben hervorragende anatomische Lehrer und Forscher, wohl bewährt und erprobt in langer Erfahrung, das Wort zur Sache ergriffen. Und es hat dabei an Widerstreit der Meinungen nicht gefehlt, wie denn auch, auf der andern Seite, Vieles, was längst in Theorie und Praxis feststand, nur auf's Neue betont und hervorgehoben worden ist.

Vielleicht werden Sie mir sagen, dass es dann doch überflüssig sei, noch einmal diesen Gegenstand zu berühren; aber einerseits fordert der Widerstreit der Meinungen zur Gewinnung eines festen Standpunktes heraus, andererseits erscheine ich vielleicht durch die Art meiner bisherigen Laufbahn, der ich erst mehrjähriger Assistent an physiologischen Instituten, dann Lehrer der pathologischen Anatomie war, also die Bedürfnisse der verwandten Wissenschaften kennen gelernt habe, nicht ungeeignet mein Scherflein zur Klärung beizutragen; endlich aber finde ich in den bisherigen Kundgebungen wohl eingehende Erörterungen darüber, wie die Institute der Anatomie eingerichtet und verwaltet werden sollen, was alles zum Unterricht in der menschlichen Anatomie gehöre, wie die Anatomie gelehrt werden solle: aber mit Ihnen, meine jungen Freunde und Commilitonen, die Sie die Anatomie lernen sollen, hat man sich weniger beschäftigt. Darum möchte ich in meiner heutigen Ansprache gerade die Punkte berücksichtigen, welche Sie, unsere lernbegierigen Schüler, zunächst angehen.

Freilich kann das Lehren vom Lernen hier nicht scharf getrennt werden, und so werde ich genöthigt sein, auch vom ersteren zu sprechen; ich werde jedoch nur einzelne Verhältnisse des anatomischen Unterrichts erörtern und darunter vorzugsweise solche, die Ihnen auch nützliche Winke für das Erlernen der Anatomie an die Hand geben.

In erster Linie kann nicht genug betont werden, dass wir Professoren der Medicin allesammt dazu berufen und vom Staate angestellt sind, practische Aerzte auszubilden. Freilich würden wir dieser Aufgabe nur in sehr unvollkommener Weise genügen können, wenn wir uns dabei nicht das Fortschreiten der Wissenschaft selbst aufs Ernsteste angelegen sein liessen. Erwartet man doch mit vollstem Rechte von uns, dass wir in dem Gebiete, zu dem wir uns als „Professores" bekennen, als dessen Interpreten wir uns öffentlich anstellen lassen, auch als selbständige Forscher auftreten. Anders ist der Unterricht auf den Elementarschulen, anders auf den Mittelschulen und wieder anders auf den Hochschulen. Vom Elementarlehrer, selbst vom Gymnasiallehrer, erwartet der Schüler nicht, dass er für die von ihm gelehrten Fächer auch als Forscher verantwortlich sei, wohl aber und vollberechtigt erwartet er dies von seinem Lehrer an der Universität, über den hinaus es ja keine weitere Instanz mehr für ihn giebt, als nur noch die eigene Forschung.

Aber, vergessen wir es nicht, bei aller unserer Verantwortlichkeit für die Förderung und Pflege der Wissenschaft, bleiben wir doch in gewissem Sinne für unsere jungen Zuhörer auch Elementarlehrer, und vor Allem gilt dies für die Anatomen.

Zu diesen geht der junge Mediciner zuerst in die Schule, und, nehmen wir selbst an, dass in dem heiss entbrannten Kampfe zwischen Gymnasium und Realschule letztere die Gleichberechtigung errungen habe: auch der Realschul-Abiturient würde mit dem ersten Eintritte in den anatomischen Hörsaal und mit dem ersten Versuche das Messer an einen menschlichen Leichnam zu legen, in eine ihm bis dahin ganz unbekannte Welt versetzt werden.

So erwächst denn für uns Anatomen die ernste Pflicht, den angehenden Mediciner in die Elemente seines Berufes in richtiger und würdiger Weise einzuführen. Wird er im Anfange mit zu viel Einzelheiten, oder gar Controverspunkten überladen, so gehen ihm die wichtigsten Grundlagen verloren oder erscheinen ihm unwesentlich, weil das Neue, das auf der Tagesordnung stehende, besonders reizt. Wer hätte nicht schon die Erfahrung gemacht, dass das Neueste, von der medicinischen Tagespresse frisch colportirte, was leider vielfach der Student der Medicin eifriger und gewissenhafter zu lesen pflegt, als seine Lehrbücher, besser und schlagfertiger gewusst wird, als die seit Hippokrates und Galen's Zeiten feststehenden wichtigsten Thatsachen! Es erscheint dies aber kaum befremdlich in unserer mit literarischer Production überfütterten Zeit, in der man vielfach nur noch Referate und Afterreferate, aber keine Originalabhandlungen mehr zu lesen pflegt; doch liegt darin eine grosse Gefahr.

Die Gefahr ist um so schlimmer, als der akademische Lehrer, oft vielleicht, ohne sich dessen bewusst zu werden, mit Vorliebe bei denjenigen Dingen verweilt, die ihm besonders wichtig erscheinen, die er speciell bearbeitet hat. Und er soll auch davon nicht schweigen; er soll seine Eigenart seinen Schülern voll und ganz zum Besten geben, soll mit seinem Dichten und Trachten offen in die Schranken treten; nur so vermag er seine Hörer zu begeistern, zu eigener Arbeit anzuspornen und für die Sache zu gewinnen, nur so vermag er den eminenten Vortheil, den das lebendige gesprochene Wort vor dem todten Buchstaben hat, vollauf zur Geltung zu bringen. Aber da, meine ich, müsse bei den einzelnen Vorlesungen und practischen Uebungen ein Unterschied gemacht werden. Zunächst gilt es, den angehenden Medicinern eine grundlegende Vorlesung über das Gesammtgebiet der Anatomie zu halten und diese muss in durchaus elementarer und sachlicher Weise gegeben werden, darf auch nicht zu weit ausgedehnt sein. An diese Vorlesung schliesse sich der auf ebenso einfache Ziele zustrebende practische Unterricht im Präparirsaale an. Handelt es sich doch bei diesen Dingen weniger um eine Wissenschaft, als um eine Kunst, und hier muss die Schulung in ganz einfacher Weise geschehen, hier müssen wir Elementarlehrer sein. Hier darf weder ein genetischer, noch ein physiologischer, noch ein comparativer Standpunkt von vorn herein eingenommen werden; der junge Mediciner soll erst die nackten Thatsachen kennen lernen, ohne jegliche künstliche Beleuchtung von einem speciellen Standpunkte aus. Es ist ein verhängnissvoller Irrthum zu glauben, dass man mit einer derartigen Beleuchtung die Sache besser, den Unterricht interessanter und verständlicher mache. Wir selbst, erprobte und geschulte Fach-

Digitized by Google | Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

männer, gehen ja nicht anders zu Werke, wenn wir an die Erforschung eines bis dahin uns gänzlich neuen Naturobjectes herantreten. Der besonnene Forscher wird wenigstens dasselbe stets in der einfachsten, althergebrachten Weise descriptiv anatomiren und wenn er dann bestimmte Grundlagen gewonnen hat, seine Speculation walten lassen. Um wie viel mehr müssen wir so beim Unterrichte für die angehenden Mediciner verfahren! Bietet sich doch genug Gelegenheit das Licht eigener Forschung, verbunden mit gründlicher Vertiefung in den Gegenstand, in anderen für einen reiferen Standpunkt berechneten Vorlesungen hervortreten zu lassen.

Ich rechne dahin die Vorlesungen über allgemeine Anatomie, Entwicklungsgeschichte und vergleichende Anatomie. In diesen Disciplinen gipfelt die wissenschaftliche Anatomie und, wahrlich, hier sind Probleme genug zu lösen, die sich den schwierigsten mathematischen und physikalischen Aufgaben kühn an die Seite stellen dürfen.

Ob der Lehrer der descriptiven Anatomie auch alle diese eben genannten Fächer lehrt, ist gleichgültig; eines oder das andere von ihnen, wie es seinen Fähigkeiten und Neigungen entspricht, soll er aber wenigstens pflegen; dann wird er auch im Stande sein die descriptive Anatomie in wissenschaftlicher Weise zu fördern, und wir haben es hier keineswegs mit einer abgeschlossenen Disciplin zu thun, wie jeder Tag auf's Neue beweist.

Es bietet sich dem Anatomen auch Gelegenheit eines oder das andere Capitel der rein descriptiven Anatomie als Specialcolleg für Vorgeschrittenere zu lesen und dabei alle Hülfsmittel der verwandten Gebiete und der neuesten Forschungen heranziehen, den Gegenstand von diesem oder jenem Standpunkte aus in streng wissenschaftlicher Weise zu behandeln — und dazu kann jeder Abschnitt der descriptiven menschlichen Anatomie dienen. —

Es ist somit sehr wohl möglich, dass der Professor der Anthropotomie seiner Aufgabe nach jeder Weise gerecht werde: einmal als Elementarlehrer in der Hauptvorlesung über descriptive menschliche Anatomie und auf dem Präparirsaale für die Studirenden des ersten Semesters, dann aber auch als Professor academicus in Vorlesungen über Specialcapitel der Anatomie, über allgemeine Anatomie, Entwicklungsgeschichte, über vergleichende Anatomie. Bei diesen Disciplinen wird ja die Bekanntschaft mit den Grundlagen der descriptiven Anatomie vorausgesetzt und kann und soll dann von einer elementaren Behandlung Umgang genommen werden.

Was alles, ausser der Beschäftigung mit dem Präparirsaale und ausser dem Hauptcollegium über descriptive Anthropotomie der betreffende Lehrer noch vortragen solle, das bleibe ihm überlassen. Mit dem gleichen Rechte wie der Anatom mögen auch der Physiologe und der Zoologe berufen sein Entwicklungsgeschichte, vergleichende Anatomie, allgemeine Anatomie und Histiologie zu lehren. Giebt man Einem ein ausschliessliches Recht darauf, so ist das meiner Meinung nach ein Fehler. Niemals schadet es, wenn eines oder das andere dieser Collegia von verschiedenen Persönlichkeiten gelesen wird: es ist nur dafür zu sorgen — und man wird darin wohl niemals Schwierigkeiten begegnen — dass sie überhaupt von berufenen Vertretern gelesen werden.

Einem aber darf, meiner Ansicht nach, der Anatom sich niemals entziehen: er muss einen practischen Cursus der mikroskopischen Anatomie geben, oder, wie ich lieber sagen würde, er muss auch mikroskopisch-anatomische Präparir-Uebungen halten. Mag solche Uebungen ein Anderer, der Physiologe, oder der Zoologe ebenfalls halten, das ist gleich, der Anatom sollte sie aber jedenfalls halten. Ebenso wenig wie man es zweckmässig finden würde, dass z. B. der practische Unterricht in der mikroskopisch-anatomischen Pathologie von der descriptiven pathologischen Anatomie getrennt wird, ebenso verkehrt ist es, wie es an vielen Universitäten beliebt wird und vielfach einer Ueberschätzung der mikroskopisch-anatomischen Forschungsmethode entsprungen ist, dass man ein eigenes Institut für Histiologie und mikroskopische Anatomie gründet, einen eigenen Lehrer dafür bestellt und diese Disciplin dem Vertreter der Anatomie entzieht, mit andern Worten: zwei Professoren für Anatomie haben will, von denen man dem einen nur das Skalpell und seine beiden Augen, dem andern nur das Rasirmesser und das Mikroskop zudictirt. Ich wüsste nichts Verkehrteres zu nennen.

Ich füge, um nicht missverstanden zu werden, Folgendes zur Erläuterung hinzu:

An und für sich ist freilich nichts dagegen einzuwenden, wenn besondere Institute und besondere Professuren für die vorzugsweise Pflege der Histiologie und für die mikroskopische Methode der descriptiv-anatomischen Forschung gegründet werden; aber dadurch dürften den anatomischen Instituten alten Stils die Dotationen für die Pflege der genannten Forschungsgebiete nicht im Mindesten beschnitten werden. Denn, wenn auch die „allgemeine Anatomie" von der „descriptiven" zu trennen ist und eine andere Aufgabe zu lösen hat, so ist die Aufstellung einer „mikroskopischen Anatomie" als besonderer Disciplin eine verfehlte. Ich selbst zwar conservire den Namen in pietätvollem Angedenken an einen unserer bedeutendsten Anatomen der neueren Zeit, an den mir befreundeten, unvergesslichen Max Schultze — aber man darf nicht vergessen, dass damit nur eine descriptive Anatomie gemeint ist, in welcher statt des Skalpells, der Säge und der Scheere, das Rasirmesser, die Nadel und das Mikrotom, statt unserer nackten Augen, die Lupe und das Mikroskop zur Anwendung kommen. Ist dem so, so muss auch die mikroskopisch-anatomische Technik im Anschlusse an die makroskopisch-anatomischen Untersuchungsmethoden betrieben werden und damit steht dem Anatomen ein hochwichtiges Ergänzungsmittel seiner Thätigkeit auf dem Präparirsaale zu Gebote. Halten wir uns aber auch an die „allgemeine Anatomie" im strengeren Wortsinne, so ist klar, dass auch diese ihre Vertretung in der medicinischen Facultät finden muss, nicht nur in der philosophischen, bei der Zoologie, und dann erscheint eine Lostrennung derselben von der descriptiven Anatomie unnatürlich. Jedenfalls glaube ich keinem Widerspruche zu begegnen, wenn ich die Forderung stelle, dass in einem wohlgeordneten anatomischen Institute auch die allgemeine Anatomie und die mikroskopisch-anatomische Technik, der practisch-mikroskopische Cursus, gelehrt werden sollen, und dem Institute die Mittel zur Pflege des betreffenden Unterrichtes und der einschlägigen Untersuchungen zu Gebote stehen müssen. Dabei erkenne ich vollkommen an, dass die physiologischen Institute ein gleiches Interesse haben, von ihrem Standpunkte aus die genannten Disciplinen zu pflegen, und, sollten ohne Schädigung der anderen Institute die Mittel bereit stehen, so würde in der That nichts dagegen einzuwenden sein, wenn eine besondere Anstalt mit einer eigenen Professur für die specielle Pflege der allgemeinen Anatomie und der mikroskopischen Untersuchungsmethoden eingerichtet würde. Doch möchte ich, um meinen Standpunkt in dieser Zeitfrage möglichst bestimmt zu charakterisiren, noch Folgendas hinzufügen:

Sind an einer Universität nicht die Mittel vorhanden, um sowohl das anatomische als das physiologische Institut für den Unterricht in der allgemeinen Anatomie und in den practisch-mikroskopischen Uebungen genügend auszurüsten, dann würde ich es für richtiger halten, dass das anatomische Institut mit diesem Unterrichte betraut würde, wie ja dann selbstverständlich auch die Frage nach der Creirung einer besonderen Anstalt für die in Rede stehenden Unterrichtszweige fortfiele; denn bei einer solchen Concurrenzfrage würden meiner Meinung nach immer die schon bestehenden beiden Institute, das anatomische, wie das physiologische, vorgehen. —

Indem ich hier den Unterricht in der allgemeinen Anatomie und in der mikroskopischen Technik berühre, komme ich auf einen Punkt, der, meines Erachtens, noch einer erheblichen Verbesserung fähig ist. Die Erörterung dieser Sache giebt mir zugleich auch die Gelegenheit, darzuthun, warum ich die Verbindung des Unterrichtes in der allgemeinen Anatomie und in der mikroskopischen Structurlehre mit dem Unterrichte in der descriptiven Anatomie für eine so wichtige, ja unerlässliche halte.

So weit mir bekannt ist, wird an vielen — vielleicht an den meisten — Hochschulen der Unterricht in der sogenannten mikroskopischen Anatomie in der Weise gegeben, dass einige Male die Woche an je zwei hintereinanderliegenden Stunden die Studirenden die einfacheren Gewebspräparate selbst anfertigen und erläutert erhalten, dass sie aber die complicirteren Stücke, bereits in verschiedener Weise hergerichtet und in Schnitte zerlegt, geliefert bekommen, so dass sie nur nöthig haben, diese Schnitte unter das Mikroskop zu bringen und zu betrachten. Selbstverständlich fehlt es dabei nicht an der gehörigen Erläuterung und Demonstration Seitens des Lehrers. Wenn ein Studirender einen solchen Uebungscurs regelmässig besucht, wenn er durch die voraufgegangenen Vorlesungen und das Studium seiner Lehrbücher hinreichend vorbereitet ist, so kann er sicherlich eine recht tüchtige und für die Zwecke der Einführung in den mikroskopischen Bau der Gewebe und Organe genügende Kenntniss aus demselben mitnehmen. Doch, meine ich, könne mit nicht viel mehr Aufwand an Zeit und Mühe mehr erreicht werden.

Ich betonte schon vorhin, dass das Studium des mikroskopischen Baues der Organismen im Wesentlichen nicht anders gehandhabt werden müsse, als das des makroskopischen. Wenn ich am Ende meiner Hülfsmittel, wie sie mit unserm Auge und dem Skalpell gegeben sind, angekommen bin, nun, so greife ich zum Mikroskop und zum Mikrotom. Ich halte es zur Ermöglichung einer richtigen Gesammtauffassung des menschlichen und thierischen Organismus für ausserordentlich wichtig, dass die jungen Zöglinge unserer Wissenschaft klar dar-

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

über werden, dass die mikroskopisch sichtbaren Structurverhältnisse sich unmittelbar an die bereits makroskopisch wahrnehmbaren anlehnen und dass die einen sich aus den anderen ableiten und begreifen lassen.

Wie der Geograph und Geognost, um eine bestimmte Gegend kennen zu lernen, zunächst auf den grossen Strassen wandern, die grossen Flussläufe studiren und von passenden Höhen- und Tiefenpunkten aus den Gesammtaufbau zu erfassen suchen muss — dann aber die Einzelheiten zu prüfen beginnt, das Gestein, die Vegetation, die Fauna, die Quellen und kleinen Wasserläufe studirt und dabei wahrnimmt, dass zwischen Bodenstructur und äusserer Bodengestaltung, zwischen den grossen äusseren Umrissen und den feineren Bauverhältnissen die innigsten Beziehungen obwalten: so muss auch der Anatom verfahren, und so wird auch er dieselben Beziehungen im menschlichen Körper auffinden. Deshalb eben darf aber auch der Unterricht in der allgemeinen Anatomie und in der mikroskopischen Behandlung des menschlichen Körpers nicht von der descriptiven Anatomie getrennt werden; an die makroskopischen Präparirübungen müssen sich die „mikroskopischen Präparirübungen" — so möchte ich die bisher so bezeichneten practisch mikroskopischen Curse genannt wissen — unmittelbar anschliessen.

Dann aber müssen diese Curse eine etwas andere Einrichtung erhalten, als die vielfach noch übliche, wie sie vorhin angegeben wurde. Sie müssen mit einem Worte in ähnlicher Weise gehandhabt werden, wie die makroskopischen Präparirübungen.

Zunächst muss in den Instituten für zweckmässig eingerichtete, hinreichend grosse mikroskopische Präparirsäle gesorgt werden. Wo möglich sollte darin jeder Laborant seinen eigenen Platz, den er für die Dauer des Cursus behält, einnehmen und es sollte ihm auch ein eigenes Mikroskop zu Gebote stehen. Bis zu einem gewissen Grade halte ich die Anstalten für verpflichtet, die nöthige Zahl von Mikroskopen zu stellen; doch lehrt meine Erfahrung, dass im Allgemeinen diejenigen Studirenden besser arbeiten und sich leichter hineinfinden, die ihre eigenen Mikroskope besitzen, und rathe ich deshalb dringend jedem angehenden Mediciner zur Erwerbung eines solchen. Die Gründe liegen auf der Hand und brauchen hier nicht erst des weiteren ausgeführt zu werden.

Ferner soll die Zeit, während welcher mikroskopirt werden kann, in ähnlicher Weise ausgedehnt werden, wie beim Präpariren der Leichen; mindestens sollten den Studirenden täglich 6 Stunden dazu frei stehen, und, wenn ein eigener mikroskopischer Präparirsaal vorhanden ist, hat es ja auch nicht das mindeste Unzuträgliche, diese Zeit noch zu verlängern. So habe ich den mikroskopischen Präparirsaal an allen Wochentagen von 9 Uhr Morgens bis 6 Uhr Abends zur Disposition gestellt.

Um nun eine bestimmte Ordnung und Regelung in den Uebungscursus hineinzubringen, müssen natürlich eine Anzahl obligatorischer Arbeitsstunden in diesen Rahmen hineingebracht werden und da kann man, nach bewährter Sitte, je nach der Ausdehnung des Cursus, an 2—5 Wochentagen täglich 2 hintereinanderfallende Stunden einer passenden Zeit wählen. In diesen Stunden ist der Leiter der Uebungen mit den Assistenten und Dienern anwesend und es werden nun in methodisch fortlaufender Weise eine Anzahl Präparate vor den Augen der Laboranten lege artis angefertigt und erklärt und dabei werden die Studirenden im Einzelnen angewiesen, die leichteren und schneller herzustellenden unter den Augen des Lehrers selbst nachzumachen. Man kann dabei ganz gut bis zur Herstellung von Organ-Schnitten gehen. Es ist natürlich dafür Sorge zu tragen, dass die Zahl der obligatorischen Stunden so reichlich bemessen sei, dass im Laufe des betreffenden Semesters alle wichtigeren Präparate sämmtlicher Organe, so weit sie überhaupt in einen Uebungscursus für Anfänger — denn nur von einem solchen spreche ich hier — gehören, an die Reihe kommen können. Uebrigens befriedigt diese Einrichtung des Cursus auch noch manchen, der schon seine erste Lehrzeit hinter sich hat.

In den übrigen Stunden, während welcher der mikroskopische Präparirsaal den Laboranten noch geöffnet ist, mögen nun die Letzteren ohne Zwang und ohne besondere Anleitung, nach freier Wahl und Neigung zur Sache, eigene Arbeit verrichten. Zu dem Zwecke muss ihnen, so weit das angänglich ist — und es lässt sich das ohne zu grosse Kosten erreichen — das nöthige Material an gehärteten und frischen Objecten und an Reagentien in dem betreffenden Uebungssaale jederzeit zur Disposition stehen. Man kann da ebenso die zu verarbeitenden Stückchen an die Einzelnen vertheilen lassen, wie man im Winter die Präparate auf dem Secirsaale vertheilt und nun möge Jeder dann selbst sein Heil daran versuchen! Ein einziges gelungenes Präparat, welches der angehende Mikroskopiker als eigene Arbeit seinem Lehrer in der nächsten obligatorischen Stunde vorlegen kann, ist für ihn mehr werth, als hundert fertig vorgerichtete noch so schöne Schnitte, die er nicht selbst gemacht hat. Es bleibt eine alte ewige Wahrheit: nur das wissen wir in der That und halten es als nunmehr unveräusserliches geistiges Eigenthum fest, was wir mit einer gewissen Mühe und eigener Anstrengung erworben haben.

Aber nicht dies allein ist es, was die von mir empfohlene Einrichtung des Cursus vortheilhaft erscheinen lässt — ein viel grösserer Nutzen wird meines Erachtens noch dadurch erzielt, dass der Practikant sich die Stücke, von denen er Schnitte zu machen hat, erst vorher ansehen muss und zwar viel genauer, die Intention auf viel feinere Structurverhältnisse gerichtet, als er es bis dahin gewohnt war. Er wird bald einsehen — und es muss dahin auch der Unterricht abzielen — dass es nicht gleichgültig ist, in welcher Richtung er von einem ihm übergebenen Nierenstücke, oder Leberstücke die Schnitte entnimmt. Er wird den Unterschied erkennen, den auch in ihren detaillirteren Einzelnheiten ein radiär durch die Nierenrinde gelegter Schnitt von einem tangentialen hat, und so wird er bald lernen, um bei dem gewählten Beispiele zu bleiben, ohne Lupe und ohne Mikroskop mit Leichtigkeit die Malpighi'schen Körperchen der Niere, die Markstrahlen, die Tubuli contorti, die Blutgefässdurchschnitte u. a. wahrzunehmen, und ihre Grössen- und gegenseitigen Lageverhältnisse richtig abzuschätzen, also Dinge sehen, von denen selbst ein Meister, wie Hyrtl (s. Zergliederungskunst p. 312) zu glauben scheint, dass sie an einem nicht injicirten Nierendurchschnitte nicht erlernt werden könnten. Kurz, er wird einsehen, dass sehr vieles von dem, was er sich gewöhnt hat dem Gebiete der mikroskopischen Anatomie zuzurechnen, weil er es in seinem Lehrbuche der Gewebelehre abgehandelt findet, schon mit freiem Auge ohne Mühe erkennbar ist. Und ist nicht alles das, was wir in das Gebiet des mit unbewaffnetem Auge wahrzunehmenden einverleiben, für uns ein unschätzbarer Gewinn? Die grössere Bequemlichkeit, welche die Einführung des Mikroskops in den anatomischen Unterricht in vieler Beziehung schafft, birgt für den Anfänger die Gefahr, dass er sein unbewaffnetes Auge, da, wo ihm das Sehen ein wenig mehr Mühe macht, erst gar nicht mehr zu Rathe zu ziehen pflegt, sondern alsbald zum Mikroskope greift. Wer kennt nicht die Vorliebe der noch ungeschulten Studirenden für starke Vergrösserungen? Es entspringt diese gefährliche Neigung zum Theil demselben Bequemlichkeitstriebe. Hat der Laborant auch auf den Rath seines Lehrers erst eine 20fache oder höchstens 80—100fache Vergrösserung angewendet, so sieht man ihn mit grösster Schnelligkeit zum stärksten Objectiv und gar noch zum stärksten Oculare greifen, um das, was er, in der That wegen Mangel an Sachkenntniss und Aufmerksamkeit, — seiner Meinung nach aber wegen zu schwacher Vergrösserung — nicht wahrnahm, nun im Fluge mit den stärksten Systemen zu erobern.

Und noch viel gefährlicher als dies erachte ich den Umstand, dass die Meisten seit Einführung der Mikroskopie in den anatomischen Unterricht, die Fähigkeit ihres nackten Auges, auch recht kleine Dinge zu sehen, zu verlernen sich bestreben. Ein mikroskopischer Cursus aber mit präparirten Schnitten öffnet diesem Bestreben Thür und Thor.

Und dazu kommt mit der Vervollkommnung unserer Technik noch ein anderer Missstand. Gewöhnlich sind die präparirten Schnitte auch gefärbt, injicirt und sind von erhärteten Objecten entnommen. Da nun sehr viele Studirende bei 9 Studiensemestern, von denen eines durch den Dienst mit der Waffe völlig dem Unterricht verloren geht, gar nicht die Zeit finden, sich eingehender mit der mikroskopischen Structur der Gewebe zu beschäftigen, ausserdem auch in den Vorlesungen meist ähnlich präparirte Schnitte zu sehen bekommen, so gewöhnen sie sich daran, die Dinge so sich vorzustellen, wie sie dieselben am häufigsten gesehen haben, d. h. die Zellen und Kerne schön blau und roth gefärbt, die Gefässe in ähnlichen Farben prangend, aber ohne sichtbaren Inhalt und ohne deutlich erkennbare Wand und alle Theile mit den Veränderungen, die durch die bekannten Technicismen der Erhärtung und der nachträglichen Eindeckung in aufhellende Medien, wie Glycerin und Balsame, an ihnen hervorgebracht werden. Auch diesem sicherlich nicht gering anzuschlagendem Uebelstande soll durch die eigene Anfertigung der Präparate Seitens der Studirenden nach Kräften begegnet werden. Ehe er die erhärteten Objecte zur Anfertigung von Schnitten in die Hände bekommt, soll er möglichst viel in frischem Zustande mit Zusatz ganz indifferenter Flüssigkeiten sehen und bearbeiten. Ich verbanne für den Anfang alle die neueren schnell färbenden Azo- und Anilinfarbstoffe aus meinen Cursen, und empfehle immer die langsame Färbung, nachdem das betreffende Präparat erst ohne alle Färbung angesehen worden war. Denn sonst kann man erleben, dass sofort jedes frische Präparat in irgend einem Gentiana- oder Dahliaviolett verunstaltet wird, bevor man

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

sich nur die Mühe genommen hat, es einmal in seinem natürlichen Verhalten anzusehen.

Durch die eigene Präparation der mikroskopischen Objecte Seitens der Laboranten wird nun endlich auch dem Lehrer die so wichtige Gelegenheit geboten, auf die unmittelbare Verbindung der sogenannten makroskopischen und mikroskopischen Anatomie einzugehen. Da, wo er bei seinen Demonstrationen in der Vorlesung über descriptive makroskopische Anatomie und auf dem Präparirsaale Halt machen musste, da hat er jetzt wieder einzusetzen: er lehre dem Schüler, wie er schon mit blossem Auge an einer durchschnittenen Darmwand die vorgetragenen Schichten erkennen könne, wie er eine isolirte quergestreifte, ja selbst eine isolirte glatte Muskelfaser schon deutlich ohne Lupe und Mikroskop wahrzunehmen vermöge, und alle die vielen feineren Structurverhältnisse, die sich zwar unmittelbar an die Wahrnehmungen der präparirenden Anatomie anschliessen, für die aber die so reichlich bemessene Arbeit an der Leiche auf dem Präparirsaale, wo zunächst andere Aufgaben zu bewältigen sind, kaum Zeit übrig lässt.

Hat der Studirende diese Dinge mit freiem Auge erkannt, dann erst sehe er ins Mikroskop, combinire beide Bilder und sehe nun noch einmal und immer wieder seine Schnitte und Präparate mit freiem Auge an: erst dann wird er zu richtigen Vorstellungen vom Baue der Organe gelangen.

Wie viel wird nicht in der neueren Zeit darüber geklagt, dass der angehende Mediciner nicht ordentlich beobachten gelernt habe! Ob mit Recht oder Unrecht, das will ich hier nicht untersuchen. Jedenfalls war in älterer Zeit der Beobachtungsunterricht auf unseren vorbereitenden Schulen noch mangelhafter als heute, und es fragt sich, ob ein Gymnasium oder selbst eine Realschule auch das wird leisten können, was man in dieser Beziehung von ihr verlangt. Es sind die ganz enorm gesteigerten Anforderungen, welche unsere jetztige Medicin, die ja mit Recht eine reine Naturwissenschaft geworden ist, an diese Seite der uns angeborenen und anerzogenen Fähigkeiten stellt, die uns dies Missverhältniss der mangelnden Beobachtungstüchtigkeit vieler unserer jungen Zöglinge offengedeckt haben. Und jetzt macht man ausschliesslich die Gymnasien dafür verantwortlich! Man möge darin auch nicht zu weit gehen, vielmehr dafür Sorge tragen, dass der Unterricht in den propädeutisch-medicinischen Wissenschaften, der Botanik, Zoologie, Chemie, Physik, Anatomie und Physiologie so gehandhabt werde, dass er uns nicht blos Theorien und Namen lehrt, sondern die angehenden Jünger unserer Wissenschaften auch in die Geheimnisse des Beobachtens einführt. Und ich glaube, dass hier dem Anatomen mit die Hauptaufgabe zufällt. Gerade darin liegt eine der bedeutungsvollsten Einwirkungen, welche der anatomische Unterricht auf die allgemeine Ausbildung und medicinische Erziehung der Studirenden haben kann und haben soll. Er kann diese Einwirkung aber nur in vollem Maasse üben, wenn der Unterricht in den anatomischen Disciplinen nicht in unnatürlicher Weise zerrissen wird, wenn der mikroskopische Präparirsaal sich in harmonisch-ergänzender Weise an den makroskopischen anschliesst.

(Schluss folgt.)

II. Julius Cohnheim.

Von

Prof. **Marchand** in Marburg.

II.

Hand in Hand mit der weiteren Ausbildung der Entzündungslehre gingen die Untersuchungen über die venöse Stauung und die embolischen Processe.

Es bedurfte zunächst des Beweises, dass die am blossgelegten Mesenterium beobachteten Erscheinungen, die Gefässerweiterung, die Verlangsamung der Circulation bis zur Stagnation, und besonders die Auswanderung der farblosen Blutkörperchen nicht etwa die Folgen einer einfachen mechanischen Behinderung der Circulation seien, was Cohnheim bereits in seiner ersten Arbeit als sehr unwahrscheinlich hingestellt hatte. Er unterwarf zu diesem Zwecke die Gefässe der Schwimmhaut des Frosches nach Einengung und Unterbindung der Schenkelvene der directen mikroskopischen Untersuchung[1]). Dabei trat allmählich zunehmende Erweiterung der Gefässe auf, Fortleitung der Pulsation über die Capillaren hinaus, dichte Anhäufung und Verschmelzung der rothen Blutkörperchen, sodann als besonders auffällige Erscheinung, das massenhafte Hindurchtreten von rothen Blutkörperchen durch die Wandung der kleinen Venen und Capillargefässe, dagegen keine Spur von Emigration farbloser Blutkörperchen. Das Hindurchschlüpfen der rothen Blutkörperchen durch die unversehrte Gefässwand, meist unter Abschnürung kleinerer und grösserer Partikel, ein Vorgang, der übrigens von Stricker bereits beobachtet, aber anders gedeutet worden war, konnte zweifellos nur auf einem wahren Hindurchpressen beruhen. Es wurde dadurch der alten, fast aufgegebenen Lehre von der Hämorrhagie durch Diapedese wieder zu ihrem Rechte verholfen. Erklärlich wird dieselbe nur durch das Vorhandensein wirklicher Stomata in der Capillarwand, deren Erweiterung in Folge der Stauung dann auch durch Arnold mit Hülfe der Versilberungsmethode nachgewiesen werden konnte.

An diesen Gegenstand schliessen sich naturgemäss die „Untersuchungen über die embolischen Processe“ an[1]), welche der Kieler Zeit angehören.

Die Lehre von der Thrombose und Embolie hatte, seitdem Virchow in meisterhafter Weise die Grundzüge derselben festgestellt hatte, so gut wie keine nennenswerthe theoretische Bearbeitung und Erweiterung gefunden. So vollkommen abgeschlossen aber auch diese Lehre erschien, so stellten sich doch bei sorgfältiger Prüfung gewisse Punkte heraus, welche zu einer erneuten Untersuchung aufforderten. Auch hier, wie in anderen Fällen, mochte Cohnheim sich nicht damit begnügen, aus dem Product auf den Process selbst einen Rückschluss zu machen. „Wollte man einen experimentellen Fortschritt erzielen, so war es nöthig, den Versuch so einzurichten, dass der ganze Vorgang selber von Anfang bis zu Ende der Beobachtung zugänglich war“ (l. c. p. 4).

Dass ein Arterienverschluss, eine Embolie von sehr verschiedenen Folgen begleitet ist, dass in vielen Fällen gar keine sichtbare Störung in dem Verhalten des Organes, in anderen ein einfaches Absterben, in wieder andern endlich ein sogenannter hämorrhagischer Infarct entsteht, war bereits seit Virchow bekannt. Auch hatte dieser Forscher jene Unterschiede auf das verschiedene Verhalten der Arterienvertheilung in den Organen zurückgeführt; der Verschluss des Gefässes kann nur dann wirksam werden, wenn collaterale Arterien-Verbindungen unterhalb desselben fehlen. Der von Cohnheim eingeführte Ausdruck „Endarterien“ für solche Schlagadern, welche ohne anastomotische Verbindungen mit benachbarten Gefässgebieten direct in die Capillarausbreitung übergehen, hat sich seitdem als sehr treffend eine ziemlich allgemeine Verbreitung erworben. Diejenigen Organe, in welchen beim Menschen derartige Endarterien vorkommen, sind nun nach Cohnheim's Darstellung das Gehirn, die Netzhaut, die Nieren, die Milz und die Lungen; zugleich sind diese Organe durch das Vorhandensein klappenloser Venen ausgezeichnet. Beide Bedingungen zusammen sollten zur Hervorbringung wahrer hämorrhagischer Infarcte erforderlich sein.

Zunächst wurde der Vorgang der Embolie an der Froschzunge, welche sich als sehr geeignetes Object für diese Beobachtung darstellte, unter dem Mikroskop verfolgt. Es gelang hier, sowohl nach Embolie, als nach Unterbindung einer sogenannten Endarterie, die verschiedenen Stadien der Bildung des hämorrhagischen Infarctes durch rückläufige Bewegung des Blutes in den kleinen Venen, starke Füllung der Capillaren in dem embolisirten Bezirke bis zur Diapedese der rothen Blutkörperchen ohne Zerreissung der Gefässwand direct zu verfolgen. Wie war hier nun aber die Blutung zu erklären?

Vergleichende Versuche sowohl an Fröschen, als noch deutlicher am Kaninchenohr, zeigten, dass bereits eine länger dauernde Absperrung des Blutes durch einfache Unterbindung des Hauptstammes gewisse Veränderungen der Gefässwand zur Folge haben müsse, denn nach Lösung der Ligatur trat auch hier stets dieselbe Erweiterung der Gefässe, und je nach der Länge der während der Absperrung verflossenen Zeit, Diapedese der rothen, aber auch Emigration farbloser Blutkörperchen ein. Es bildete sich in solchen Fällen der hämorrhagische Infarct ebenso vollständig aus, wie nach dauernder Verstopfung der Endarterie.

Wenn nun auch das Vorkommen embolischer Infarcte in den mit Endarterien ausgestatteten Organen des Menschen sich auf analoge Weise erklären liess, so ist andererseits bekannt genug, dass z. B. im Gehirn in den meisten Fällen von plötzlichem Arterienschluss lediglich Nekrose (Erweichung) eintritt, und dass auch der Verschluss des Hauptarterienstammes eines Organes, z. B. der Niere, einfaches Absterben anstatt eines hämorrhagischen Infarctes herbeiführt. Cohnheim suchte diese auffällige Abweichung durch ein ungünstiges Verhalten der Venen zu erklären, in welchen der postulirte Rückfluss des Blutes durch verschiedene Umstände, durch Lagerung des Körpers u. s. w. verhindert werde.

Handelte es sich in diesen Fällen um die rein mechanischen Folgen der Gefässverstopfung, so war der embolische Abscess nach C. als Resultat des Verschlusses eines Gefässes, welches keine Endarterie darstellt, durch einen entzündungserregenden Embolus aufzu-

[1]) Ueber venöse Stauung, Virchow's Archiv Bd. 41. pag. 220. 1867.

[1]) Berlin 1872.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fassen (eine Ansicht, welche in dieser ausschliesslichen Form wohl kaum ihre Richtigkeit haben dürfte, denn embolische Abscesse können sich auch aus wirklichen Infarcten entwickeln).

Die besonderen Verhältnisse, welche in den Lungen vorliegen, da hier neben den Lungenarterien noch die Bronchialgefässe mit in Betracht kommen, wurden zum Gegenstand einer in Gemeinschaft mit Litten unternommenen Arbeit[1]). Die Verf. kamen zu dem Resultat, dass auch die Aeste der Lungenarterie thatsächlich Endarterien darstellen, und dass durch die Bronchialarterien dem Lungengewebe keine erhebliche Blutmenge zugeführt werde. Da nun aber bekanntlich nach einer Embolie der Lungenarterien sehr häufig die Infarctbildung ausbleibt, so ist nur die Annahme möglich, dass in solchen Fällen das Blut durch die Capillarverbindung dem Parenchym zugeführt wird. Wenn diese Blutmenge auch nur gering sein kann, so scheint sie doch zu genügen, um die Lungen-Capillaren in ihrer normalen Ernährung zu erhalten. Zum Zustandekommen des hämorrhagischen Infarctes hielten Cohnheim und Litten eine abnorme Schwäche des Capillarstromes und abnorm grosse Widerstände in den Lungenvenen für erforderlich.

In einer weiteren Untersuchung, welche die Bedeutung der Lebergefässe, Leberarterie und Pfortader, für die Ernährung des Organs zum Gegenstand hatte[2]), wurde festgestellt, dass die Leber das Blut der Pfortader, ohne Schaden zu leiden, ganz entbehren könne, während Verschluss der Leberarterie ein Absterben zur Folge habe.

Es schliesst sich an diese Arbeiten noch eine spätere, „über die Folgen der Kranzarterienverschliessung für das Herz“ [3]), an, in welcher Cohnheim die eigenthümliche Thatsache des Herzstillstandes nach dem Verschluss jedes grösseren Astes der Coronararterie durch ein in Folge desselben auftretendes „Herzgift“ erklären zu müssen glaubte.

Es würde hier zu weit führen, auf eine ausführliche Kritik der im Vorhergehenden in den Hauptsachen dargelegten Lehren Cohnheim's bezüglich der Embolie und Infarctbildung einzugehen. So scharfsinnig die Untersuchung über die letztere auch durchgeführt ist, und so folgerichtig sich ein Versuch an den andern anreiht, so kann man sich doch der Meinung nicht verschliessen, dass Cohnheim besonders in seiner Erklärung des Zustandekommens des hämorrhagischen Infarctes durch venösen Rückfluss nicht sehr glücklich gewesen ist. Namentlich die sehr sorgfältigen Untersuchungen Litten's[4]) haben gezeigt, dass die von Cohnheim entwickelten Ansichten mancher Modification bedürfen. Nicht der rückläufige Venenstrom ist es, welcher die hämorrhagische Infiltration bedingt, sondern die Füllung der benachbarten Capillargebiete von Seiten kleiner Collateralarterien. Auch das von Cohnheim so sehr betonte Moment der Gefässalteration in Folge der Absperrung des Blutes hat sich nicht in dem Maasse bestätigt, wie es ursprünglich den Anschein hatte, denn die Gefässe können unter Umständen eine längere Blutleere ohne Nachtheil ertragen. Die Blutung muss demnach aller Wahrscheinlichkeit auf rein mechanische Verhältnisse zurückgeführt werden.

Uebrigens zeigte sich, nach genauer Erforschung der histologischen Verhältnisse, dass viele von den bisher für hämorrhagisch gehaltenen Infarcten, wie z. B. die der Nieren, der Milz und andere thatsächlich nichts Anderes sind, als ischämische Nekrosen. In dieser Beziehung bildeten die Untersuchungen Weigert's über die Veränderung der Gewebe nach Abschluss der arteriellen Blutzufuhr eine wichtige Ergänzung der experimentellen Studien Cohnheim's. Durch dieselben wurde wesentlich der Unterschied in dem Verhalten der noch von gesundem Gewebe umschlossenen, aber selbst der Circulation entzogenen Organtheile von der gewöhnlichen Form der Nekrose aufgeklärt. Für Vorgänge der ersteren Art führten Cohnheim und Weigert den vielfach acceptirten Ausdruck „Coagulations-Nekrose“ ein, welcher auf die Analogie jener Vorgänge mit der Fibrinbildung hinweist.

An dieser Stelle seien kurz noch einige Untersuchungen über verwandte Gegenstände erwähnt, die in Gemeinschaft mit Lichtheim[5]) ausgeführte Arbeit über Hydrämie und hydrämisches Oedem, an welche sich später, wenige Monate vor dem Ende Cohnheim's eine unter seiner Leitung angestellte Untersuchung Jankowski's[6]) über die Bedeutung der Gefässnerven für die Entstehung der Entzündung (besonders der Transsudation) anschloss. Ferner sind die sehr interessanten und mühsamen Untersuchungen über die Circulation der Nieren von Cohnheim und Roy[1]) hervorzuheben.

Durch die Erwägungen über das Verhalten der fixen Bindegewebszellen bei der Entzündung und der entzündlichen Gewebs-Neubildung, wurden eine Reihe von analogen Betrachtungen über die Bildungsweise der Geschwülste hervorgerufen.

War doch nach der Virchow'schen Lehre auch die Geschwulstbildung auf eine Wucherung der zelligen Elemente, ganz besonders des Bindegewebes, zurückzuführen, welche letzteren sich je nach Umständen sogar in heterologe Elemente umbilden sollten. Nachdem durch Waldeyer der Nachweis geführt worden war, dass die ächten Krebse nur von vorher vorhandenen Epithelien herzuleiten seien, war der heterologen Entstehung der Geschwülste eine wesentliche Stütze entzogen worden. Damit war freilich das Dunkel, welches die Entwickelung der Geschwülste, namentlich die Bösartigkeit derselben umhüllte, nicht gelichtet, denn es blieb diejenige Frage, wodurch die Gewebe die Eigenschaft erhalten, über ihre normale Grenzen hinaus auf Kosten anderer sich zu entwickeln, immer noch unbeantwortet. — Kommt diese Fähigkeit überhaupt allen Geweben zu, wenn sie in die geeigneten Ernährungsbedingungen versetzt werden? Versuche, welche C. in Verbindung mit Maass[2]) anstellte, indem sie durch Einführung lebender Periost-Stückchen in die Gefässe Geschwulstbildung hervorzurufen suchten, blieben insofern ohne Erfolg, als sich zeigte, dass die eingeführten Stückchen niemals über eine gewisse Stufe der Weiterentwickelung hinaus gelangten, und nie geschwulstartige Bildungen lieferten.

Es harmonirte dies ganz mit der Auffassung Cohnheim's von dem Verhalten der ausgebildeten Gewebszellen bei der Entzündung. Wie denselben hier eine lediglich passive Rolle zugewiesen war, so sollte ihnen auch die Fähigkeit mangeln, sich selbständig oder in Folge eines Reizes zu Geschwülsten zu entwickeln. Es musste dem noch etwas besonderes zu Grunde liegen, abgesehen von der geringen Widerstandsfähigkeit der umgebenden Gewebe des Körpers, nämlich eine ganz abnorme Fähigkeit, junge Elemente zu produciren, wie sie sonst nur den embryonalen Geweben zukommt. Dies Besondere suchte C. dadurch zu erklären, dass es sich hier stets um abnorme Reste gewissermaassen auf embryonaler Stufe stehen gebliebener Gewebe handele, welche dann in späterer Zeit in Wucherung und Geschwulstbildung übergehen sollten. Namentlich den Antheil, welcher den Traumen an der Hervorbringung der Geschwülste so häufig zugewiesen wird, hält C. nicht im mindesten für bewiesen. „Die Hauptsache ist und bleibt, dass es ein Fehler, eine Unregelmässigkeit der embryonalen Anlage ist, in der die eigentliche Ursache der späteren Geschwulst gesucht werden muss.“ (Vorlesungen Bd. I. p. 633.) Damit treten die Geschwülste, wie leicht ersichtlich, in unmittelbare Verwandtschaft zu den Missbildungen.

Nun fehlt es bekanntlich nicht an Geschwülsten, welche durch die Eigenthümlichkeit ihrer Gewebsformen, und den Ort und die Art ihres Vorkommens deutlich darauf hinweisen, dass es sich in der That nur um eine solche Entwickelung von abnormen embryonalen Anlagen handelt, welche gewissermaassen als verirrt von dem normalen Plane der Entwickelung aufzufassen sind. Cohnheim selbst war in der Lage, ein besonders merkwürdiges Beispiel dieser Art, eine Geschwulst aus quergestreiften Muskelfasern in der Niere eines Kindes zu beschreiben.[3]) (Eine ähnliche ältere Beobachtung stammte bereits von Eberth.) Gewisse experimentelle Erfahrungen dienten zur Bestätigung seiner Ansicht.

Bereits durch Zahn war gezeigt worden, dass Theile von Embryonen, welche erwachsenen Thieren implantirt wurden, eine ganz andere Wachsthumsfähigkeit entwickeln, als Theile älterer Individuen. Leopold unternahm später eine Reihe analoger Versuche, welche die grosse bis zur Bildung wirklicher Enchondrome gesteigerte Entwickelungsfähigkeit kleiner in die vordere Augenkammer von Kaninchen eingeführter embryonaler Knorpelstückchen bewiesen.

Die von Cohnheim aufgestellte Theorie hat durch die Verallgemeinerung, welche ihr Urheber einer gewissen Reihe wohlbekannter Thatsachen gab, und durch die grosse Bestimmtheit, mit welcher dies geschah, nicht geringes Aufsehen verursacht. Es würde zu weit führen, hier auf das Detail einzugehen, und alle die einzelnen Thatsachen, welche gegen eine solche Verallgemeinerung sprechen, anzuführen.

Dass ein grosser Theil der Geschwülste auf congenitale Anomalien zurückzuführen ist, ist seit lange bekannt; dass Knorpelreste im Knochen zu Enchrodromen werden können, dass jeder Naevus die Gefahr mit sich bringt, zu einer malignen Geschwulst zu werden, dass

[1]) Virchow's Archiv Bd. 65. p. 99. 1875.
[2]) Daselbst Bd. 67. p. 153. 1876.
[3]) C. u. v. Schulthess-Rechberg, Virchow's Archiv Bd. 85. p. 503. 1881.
[4]) Zeitschrift f. klin. Medicin Bd. 1 p. 131.
[5]) Virchow's Archiv, Bd. 69, p. 106. 1874.
[6]) Daselbst, Bd. 93, p. 259. 1883.

[1]) Daselbst, Bd. 92, p. 424. 1883.
[2]) Daselbst, Bd. 70, p. 161. 1877.
[3]) Virchow's Archiv, Bd. 65, p. 64, 1875.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gewisse Cysten aus abgeschnürten Theilen der Epidermis hervorgehen, das Alles sind unbezweifelte Thatsachen. Aber eben so sicher ist auch die Thatsache, dass epitheliale Geschwülste, und zwar bösartige, aus lange bestehenden Narben sich entwickeln, und wenn auch für die traumatische Entstehung der Geschwülste der Beweis schwer zu bringen ist, und man dabei in der Regel auf das post hoc ergo propter hoc angewiesen ist, so hiesse es doch den Thatsachen Gewalt anthun, wenn man die sehr häufige Entstehung von Geschwülsten nach Traumen, am Knochen, Hoden u. s. w. einfach bestreiten wollte[1]).

Die Gewebe des Körpers verhalten sich eben verschieden, sowohl unter einander, als in den verschiedenen Altern; das Knorpelgewebe z. B., welches im mittleren Lebensalter so wenig Neigung zu Wucherung hat, geräth im höheren Alter zuweilen in eine ganz enorme Proliferation, welche in ihren Resultaten ganz an das Verhalten des embryonalen Knorpels erinnert.

Wenn wir demnach in Bezug auf die Theorie von der Entstehung der Geschwülste nicht in vollem Umfang mit Cohnheim einverstanden sein können, so muss doch anerkannt werden, dass dieselbe in sofern einen nützlichen Erfolg hatten, als sie die Abgrenzung der ächten Geschwülste von geschwulstartigen Bildungen, besonders chronisch-entzündlicher Art wesentlich fördern half.

Dass ein grosser Theil der von Virchow den ächten Geschwülsten zugerechneten Neubildungen sich in der That in wesentlichen Punkten von jenen abweichend verhielt, konnte nicht entgehen. Der Hauptpunkt war die Infectionsfähigkeit, die Uebertragbarkeit von einem Individuum auf das andere, wegen deren bereits Klebs diese Gruppe als „Infectionsgeschwülste" abgegrenzt hatte. Je mehr nun der Nachweis geführt wurde, dass diesen Infectionsgeschwülsten parasitäre Ursachen zu Grunde liegen, desto weniger zweifelhaft konnte es sein, dass dieselben ihrer Natur nach als chronisch entzündlich aufgefasst werden mussten. Dieser Schritt war erst ausführbar durch den histologischen Nachweis, dass alle die sogenannten Infectionsgeschwülste, Tuberkel, Rotzknoten, syphilitische Neubildungen u. A. histogenetisch ganz gleichwerthig mit dem gewöhnlichen Product der chronischen Entzündung, dem Granulationsgewebe seien, dass also der Hauptantheil an ihrer Bildung nicht den specifischen Gewebszellen, sondern den emigrirten Lymphzellen zufalle. Die Abweichungen ihres Gewebes von dem gesunden Granulationsgewebe erklären sich durch die specifische Ursache, durch welche sie hervorgebracht werden.

Cohnheim selbst hat sich an dem Studium desjenigen Processes, welcher in erster Linie unter den Genannten das Interesse beansprucht, der Tuberculose, lebhaft mit betheiligt.

Bereits im Anfang seiner wissenschaftlichen Laufbahn hatte Cohnheim einen sehr wichtigen Beitrag zur Lehre von der Tuberculose durch den Nachweis geliefert, dass bei der acuten Miliartuberculose die Choroides bulbi ein fast ausnahmslos betheiligtes Organ sei (nebenbei auch die Glandula thyreoidea), wodurch bekanntlich ein sehr wichtiges diagnostisches Hülfsmittel gegeben war[2]).

Im Jahre 1869 machte Cohnheim in Gemeinschaft mit B. Fraenkel in Berlin, angeregt durch die bekannten Versuche Villemin's, die Tuberculose zum Gegenstand einer experimentellen Untersuchung[3]). Als Versuchsthiere dienten Meerschweinchen; bereits die ersten Impfungen durch Einführung von menschlichen Miliartuberkeln in die Bauchhöhle hatten unzweifelhafte Miliartuberculose zur Folge, ein Resultat, welches stets von Neuem erhalten wurde, auch wenn als Impfmaterial ganz andere Dinge als Tuberkel, sowohl indifferente Partikel menschlicher Leichen, als auch ganz heterogene Substanzen, Kautschukstücke und dergl. benutzt wurden. Stets entstand, wenn die eintretende Peritonitis nicht zeitig den Tod herbeiführte, ein abgekapselter Eiterheerd, von welchem aus sich frühestens nach 33 Tagen eine allgemeine Tuberculose des Peritoneum, der Leber, Milz etc. entwickelte. Die Verfasser glaubten in Folge dessen annehmen zu müssen, dass es der abgestorbene und eingedickte Eiter sei, dessen Aufnahme in die Circulation die Tuberculose ihre Entstehung verdanke; sie wurden um so mehr bestärkt in dieser Annahme, als auch Hunde, welchen der in Wasser verriebene Eiter eines mit nicht tuberculösem Material geimpften Meerschweinchens in die Venen gespritzt worden war, an allgemeiner typischer Miliartuberculose zu Grunde gingen. So interessant jene Versuche waren, so war es nach dem damaligen Stand der Dinge kaum möglich, die Fehler zu vermeiden, welche die thatsächlich später als richtig erkannte Specificität der Tuberculose verdeckten; erst seitdem man gelernt hat, derartige Impfungen ohne Spur einer wirklichen Eiterung, aseptisch, zu machen, konnte der eine störende Fehler vermieden werden; ferner ist es bekannt, dass es bei der grossen Neigung der Meerschweinchen zu tuberculösen Erkrankungen fast unmöglich ist, dieselben in bereits inficirten Stallungen, besonders nach operativen Eingriffen, längere Zeit am Leben zu erhalten, ohne dass sie tuberculös werden. — Später, als Cohnheim jene Versuche in Gemeinschaft mit Salomonsen wieder aufnahm[1]), hatte freilich die Lehre von der infectiösen Natur der Tuberculose bereits grosse Fortschritte gemacht. Cohnheim gebührt aber das Verdienst, durch die Impfung in die vordere Augenkammer von Kaninchen die Entwicklung des Impf-Tuberkels zuerst gewissermaassen ad oculos demonstrirt zu haben. Durch das Kriterium der Impfbarkeit war die ätiologische Einheit der tuberculös-käsigen Processe sicher gestellt worden, welche durch die Koch'sche Entdeckung in so glänzender Weise bestätigt wurde.

Wir können diesen Versuch einer Schilderung der wissenschaftlichen Thätigkeit Cohnheim's nicht schliessen, ohne noch einmal des Werkes zu gedenken, in welchem Cohnheim gewissermaassen die Summe seiner Erfahrungen niederlegte, indem er darin zugleich seine Stellung zu denjenigen Hauptfragen der Pathologie entwickelte, zu deren Förderung er nicht gerade selbständig beigetragen hat. Es bleiben allerdings nicht viele Gebiete, an welchen Cohnheim nicht wenigstens dadurch, dass er Andere zur Arbeit anregte, oder die Arbeiten seiner Assistenten, besonders Weigert's, mit Interesse verfolgte, auch seinen Antheil gehabt hätte. Er wählte für sein Werk die Form der Vorlesungen, die streng systematische Darstellung des Lehrbuches vermeidend; daher die durchaus originale Art, welche dem Werke, besonders dem ersten Bande eigenthümlich ist; denn gerade in diesem sind die Hauptgegenstände von Cohnheim's eigenen Arbeiten, die Lehre von den Circulationsstörungen, der Entzündung, den Geschwülsten u. s. w. entwickelt. Es ist fast unvermeidlich, dass bei dieser Art der Darstellung der subjective Charakter ein wenig stark zur Geltung kommt, und darum ist das Buch vielleicht nicht gerade dazu gemacht, den Studirenden in die Wissenschaft einzuführen, wenn auch andererseits die ansprechende Form, die Klarheit der Darstellung in hohem Grade fesselnd und anregend wirken.

Cohnheim hat es in seltenem Grade verstanden, die sogenannten „brennenden" Fragen mit sicherem Blick zu erfassen; das geht zur Genüge aus seinen Arbeiten hervor. Manche zufällig gefundene Thatsache rief eine Reihe von Ideen hervor, welche sodann wieder ihm selbst und Andern die Anregung zu weiteren Arbeiten gaben. Zu diesen glücklichen, mit scharfem Blick in ihrer Bedeutung erkannten Funden gehört z. B. die Entdeckung der kernhaltigen rothen Blutkörperchen bei der perniciösen Anämie[2]), durch welche eine grosse Anzahl Beobachtungen und Untersuchungen hervorgerufen wurde, die unsere Kenntnisse der Blutbildung wesentlich gefördert haben. Dahin gehört auch die Beobachtung von Metastasen eines einfachen Colloidkropfes[3]), über deren Deutung allerdings noch Meinungsverschiedenheiten obwalten.

Die Lebhaftigkeit seines Geistes, der sprudelnde Reichthum an Gedanken, welcher so oft an Cohnheim gerühmt wurde, und auch genugsam in seinen Arbeiten hervortritt, brachte es wohl mit sich, dass die schnell gefasste Idee ihn vielleicht manchmal über Schwierigkeiten hinwegsehen liess, welche sich bei genauerer Betrachtung doch nachträglich herausstellten, andererseits lernen wir ihn aber auch in seinen Arbeiten, namentlich in denen über die Entzündung, als einen Meister der planmässigen Entwickelung, und, was innig damit zusammenhängt, als einen Meister der Darstellung kennen. Seine Schilderung feiner histologischer Verhältnisse ebenso wie schwieriger Versuchsanordnungen ist fern von aller Pedanterie und Schwerfälligkeit, von höchster Klarheit und Präcision. Cohnheim verstand es, seine Gedanken in so leichtem Fluss zu entwickeln, dass es schwer ist, beim Lesen anderer Meinung zu sein; ein Styl von einer, man möchte sagen, berückenden Gefälligkeit der Form war ihm eigen.

Dass die rein experimentelle Richtung, welcher sich Cohnheim fast ausschliesslich widmete, seiner im eigentlichen Sinne productiven Natur am meisten entsprach, kann nicht Wunder nehmen. Und er hat Grosses auf diesem Gebiet geleistet. Ueberblicken wir die Reihe

[1]) Dass die Cohnheim'sche Lehre von der Entstehung der Geschwülste unter Umständen eine recht practische Bedeutung haben kann, zeigte mir folgender Fall. Ein Soldat hatte nach dem Springen in der Turnstunde einen heftigen Schmerz im Knie bekommen; das Knie schwoll allmählich an, und es entwickelte sich eine periostale Geschwulst, welche zur Amputation führte. Durch den Regimentsarzt des Mannes wurde ich nun gelegentlich um meine Meinung befragt, ob demselben „nach Cohnheim" noch ein Anspruch auf Dienstentschädigung zustehen könne. Ich that das Meinige, um ihm dieselbe zuzuwenden. Die Entstehung von Knochengeschwülsten nach heftigem Sprung ist bei jugendlichen Individuen oft genug beobachtet worden.

[2]) Virchow's Archiv Bd. 39, p. 49. 1867.

[3]) Daselbst Bd. 45, p. 216. 1869.

[1]) Die Tuberculose vom Standpunkte der Infectionslehre. Leipzig 1880.

[2]) Virchow's Archiv Bd. 68, p. 291. 1876.

[3]) Daselbst Bd. 68, p. 547. 1876.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seiner Schriften, so müssen wir staunen über die Ausdehnung seines Arbeitsfeldes. Wenn auch Manches von dem, was Cohnheim gelehrt hat, im Laufe der Zeit eine wesentlich andere Beurtheilung erfahren wird, und zum Theil bereits erfahren hat, so ist das vielleicht ein Mangel, welcher der rein experimentellen Richtung in der Pathologie als solcher zur Last fällt. Denn so unendlich grossen Werth das Experiment auch besitzt, und so unentbehrlich es für die Erforschung pathologischer Vorgänge ist, so lassen sich doch nicht alle Dinge auf experimentellem Wege lösen; das Thier-Experiment bedarf in der Pathologie der steten sorgfältigen Controle durch die klinische und die pathologisch-anatomische Untersuchung. Es soll keineswegs angedeutet werden, dass Cohnheim dies verkannt hätte, aber der Schwerpunkt seiner pathologischen Arbeiten lag eben in dem Experiment. Die Methodik der experimentellen Pathologie hat durch Cohnheim eine ausserordentliche Vervollkommnung erfahren; mit den einfachsten Mitteln vermochte er Grosses zu leisten; das beweisen hinreichend die klassischen Entzündungsversuche, welche in Wahrheit umgestaltend nicht blos auf die Lehre von der Entzündung, sondern auf unsere Gesammtauffassung pathologischer Vorgänge gewirkt haben.

Der Name ihres Urhebers, Julius Cohnheim, wird in der Geschichte der Pathologie für alle Zeiten unvergessen bleiben.

III. Der Jodoformverband.

Vortrag, gehalten auf dem internationalen Congress zu Kopenhagen.

Von

Prof. **Dr. v. Mosetig-Moorhof.**

Meine Herren! Als ich seinerzeit von weiland Herrn Professor Holmer, dessen frühzeitiges Ableben wir Alle so tief und innig betrauern, eingeladen wurde, in dieser hoch ansehnlichen Versammlung über den noch so vielfach verkannten, von mir in die Chirurgie eingeführten Jodoformverband zu sprechen, habe ich freudig zugestimmt, da es mir Gelegenheit giebt wieder einmal frei und offen darüber zu reden und manches zu sagen, was mir noch am Herzen liegt. Die Kürze der Zeit verhindert mich freilich, Ihnen über den Gegenstand jenes ganze und volle Bild zu entrollen, welches meinem Geiste vorschwebt und zwingt mich, nur die Generalia flüchtig zu berühren.

Alles, was ich im Folgenden vorzutragen die Ehre haben werde, bezieht sich auf den reinen echten Jodoformverband, auf jene Methode, die ich seit nunmehr fünf Jahren ausschliesslich übe, und bei welcher, ausser Jodoform, kein anderes Antisepticum mit der Wunde in Berührung kommt. Nur Hände und Instrumente werden bei mir mit Carbollösungen desinficirt, für die Wunde selbst hingegen wird zum Reinigen und Ausspülen nur reines Quell- oder destillirtes Wasser verwendet. Nach alledem, was mir bisher bekannt geworden, bin ich der Erste und Einzige gewesen, welcher ausser Jodoform kein anderes Antisepticum gleichzeitig zum Wundverbande benutzt hat, daher mir auch die Berechtigung zusteht, nur meine Methode als die reine Jodoformbehandlung zu bezeichnen, während die übrigen Collegen bisher nur von Jodoformmischverbänden sprechen können und dürfen, indem sie ja stets gleichzeitig mehrere Antiseptica zur Anwendung bringen.

Hieraus ergiebt sich, dass ich stets nur jene Anwendungsweise gepflogen habe, bei welcher das Medicament direct in die Wunde gebracht wird, denn nur bei dieser Gepflogenheit ist man im Stande, über die Wirkungsweise desselben ein richtiges und wahres Urtheil zu erlangen. In dieser Weise handelnd bin ich zur unerschütterlichen Meinung, oder besser gesagt zur Erkenntniss gelangt, dass der modernen Chirurgie im Jodoform eines der mächtigsten und sichersten Antiseptica erblüht sei. Nicht etwa, dass es an und für sich das kräftigste wäre; dennoch ist es aber mächtiger als die meisten andern, weil diese, wenn auch an sich vielleicht potenter, dennoch mehr minder flüchtig sind, während das Jodoform durch seine Dauerwirkung so segensreich wirkt. Ich weiss es recht wohl, dass Eprouvettenversuche gezeigt haben, dass Jodoform die Spaltpilze nicht so schnell und sicher zerstöre, als andere in Wasser lösliche antimykotische Substanzen, woraus man den Schluss zog, dass das Jodoform ein äusserst schwaches Antisepticum sei. Allein ganz abgesehen davon, dass man in Wasser lösliche Antiseptica mit solchen die in Wasser nicht löslich sind kaum durch Eprouvettenversuche mit einander in Vergleich ziehen kann, vergass man bei der Aufstellung obiger Behauptung, dass frische Gewebsflüssigkeit sich doch anders verhalten möge als die zum Experimente verwendete todte Nährflüssigkeit, und ebenso das lebende Gewebe anders als die gläserne Eprouvette. Stets habe ich in chirurgicis das klinische Experiment höher geschätzt als das rein chemische und habe demnach als Prüfstein für die antiseptische Wirkung des Jodoforms septische Wunden gewählt. Meine diesbezüglichen Experimente haben mir aber gezeigt, dass unter dem alleinigen Einflusse des Jodoforms die septisch erkrankten Wunden am allerschnellsten und am schmerzlosesten sich reinigen; ferner ist es wohl Jedermann bekannt, dass frische Wunden, welche innerhalb oder in unmittelbarer Nähe der natürlichen Körperöffnungen künstlich angebracht werden, oder daselbst durch Traumen entstehen, nur durch das Jodoform allein sicher aseptisch gemacht und erhalten werden können. Aus diesen unleugbaren Thatsachen müsste aber doch logischerweise gefolgert werden können, dass das Jodoform in Folge seiner Dauerwirkung kräftig genug sei nnd daher keiner weiteren medicamentösen Beihülfe bedarf. Endlich hat mich auch eine nunmehr fünfjährige Praxis belehrt, dass diese Behauptung ausnahmslos sich auch practisch voll und ganz bewahrheitet, wogegen die gegentheilige Meinung rein nur auf theoretischer, aprioristischer, nicht durch Thatsachen sanctionirter Grundlage beruht.

Diese Gründe haben mich bewogen bis jetzt niemals vom reinen Jodoformverbande abzuweichen, und habe ich es bisher auch nie zu bereuen gehabt. Nachdem ich hiemit meiner Ansicht über das Jodoform als Antisepticum Ausdruck gegeben habe, sei es mir gestattet, auch der anderen Vortheile dieses Medicamentes in Kürze zu gedenken. Es hat den Vortheil, die Wunde absolut nicht zu reizen, geschweige denn zu ätzen, wenn es in Form von Pulver oder Emulsion, respective als Gaze oder in Stäbchenform Anwendung findet. Die Wunden bleiben frei von jeder entzündlichen Reaction, ja wenn etwa diese schon vorhanden wäre, so schwindet sie baldigst unter dessen Einflusse. Die nächste Folge dieser absoluten Nichtreizung ist die rasche Abnahme und das Schwinden des Wundschmerzes und die fehlende, respective minimale Eiterung. Binz hat als Grund dieser wohl allgemein bekannten und anerkannten Thatsache eine Paralisirung der weissen Blutkörperchen durch das Medicament constatirt, wodurch deren Auswanderung durch die Gefässwandungen verhindert wird.

Von weiterer besonderer Bedeutung für jede ambulatorische Land- oder Feldpraxis ist nebst der Einfachheit der Anwendungsweise, der Unabhängigkeit von einem grossen Apparatmateriale, ja selbst vom oft nicht zu beschaffenden reinen Wasser, die absolute Unabhängigkeit der jodoformirten Wunde vom Quale der Deckverbandstoffe.

Das Jodoform verlangt nur ein möglichst reines, absorptionsfähiges und die aufgenommenen Wundsecrete fixirendes Verbandgeräthe — weiter nichts. Das zu verwendende Verbandmaterial braucht nicht mit antiseptischen Substanzen imprägnirt, also eigens zubereitet zu sein; der einmal angelegte Verband muss nicht sorgsam überwacht und rasch gewechselt werden, sobald die Wundsecrete durchgeschlagen haben; es kann vielmehr mit Secreten vollgesaugt sein, es kann sogar im Verbande schon Zersetzung begonnen haben — die Wunde bleibt dennoch und trotz alledem aseptisch, solange noch etwas Jodoform darin befindlich ist, denn dieses verhindert kraft seiner Dauerwirkung mit Sicherheit jede Sepsis. Man kann somit im Kriege getrost dem Evacuationssysteme huldigen, man kann die jodoformirten Schussverletzten einem geeigneten Transporte ohne Rücksicht auf dessen Dauer anvertrauen, und der Landarzt kann seine Operirten viele Meilen weit von sich entfernt wissen, ohne befürchten zu müssen, dass während seiner Abwesenheit, wegen nachlässiger oder fehlender Pflege, Sepsis der Wunden sich einstelle. Nicht nur die glücklichen Vorstände von Prachtkliniken mit getrennten Operationssälen, deren asphaltirter Boden nur mit Kautschuküberschuhen betreten wird, nicht nur Chirurgen, welche mit antiseptischen Lösungen in reichlichstem Maasse handtiren und kostspielige Verbände mit mühevoll erlernter, vollendeter Technik anzulegen im Stande sind, werden von nun ab glänzende Erfolge ihrer segensreichen Thätigkeit nachweisen können — auch der einfache Landarzt, und was noch viel mehr sagen will, auch der Feldchirurg werden mit gutem Gewissen und ohne grossen Apparat ihrer Samariterpflicht nachkommen können. Und diese herrliche Perspective, wahrlich keine Fata morgana mehr, sondern nüchterne Wahrheit, verdanken wir dem Jodoform. Wenn man also die Wunde mit Jodoform versorgt hat, wenn nach exacter Blutstillung für freien Wundsecretabfluss gesorgt wurde, dann ist es so ziemlich gleichgültig mit was für Verbandstoffen man weiter verbindet; es ist gleichgültig, ob Watte, Holzwolle, Gazestoffe oder Torf hiezu gewählt wird, das Jodoform verlangt wie gesagt nur reines Material, welches gut saugt und fixirt. Gleichgültig ist es ferner, ob etwa die Luft Zutritt hat, oder ob luftdichte Hüllen oder erstarrende Verbände sie decken.

Das Jodoform ist, wie schon erwähnt wurde, ein ausgezeichnetes Anodynum, und diese Eigenschaft befähigt es in ganz hervorragender Weise zur Behandlung von Brandwunden. Ich pflege hiefür Jodoformgaze mit einer Mischung von 1 Theil Glycerin auf 3 Theile Wasser zu befeuchten und sie den Brandflächen direct aufzulegen, darüber kommt eine dicke Hülle hydrophiler Watte.

Sehr bald nehmen unter diesem Verbande die Schmeren ab, ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwinden dann ganz und gar, und die Brandwunden heilen, wenn überhaupt ein Aufkommen noch möglich ist, in relativ kurzer Zeit.

Eine etwaige Intoxicationsbefürchtung bei ausgebreiteter Verbrennung erachte ich für grundlos; ich wenigstens habe bisher nie einen Nachtheil, wohl aber ganz wesentliche Vortheile aus dieser Behandlungsart erwachsen gesehen.

Es sei mir gestattet noch einer vorzüglichen Eigenschaft des Jodoforms zu gedenken, obgleich diese den Wundverband nicht direct berührt, nämlich die resorbirende, oder besser gesagt, die Resorption anregende Wirkung, wenn man das gelöste Medikament parenchymatös, d. h. durch Einspritzung in die Gewebe, einverleibt. Ich wende hiefür eine Lösung an von 1 Theil Jodoform auf 9 Theile Benzol und 12—15 Theile Oleum Vaselini. Insbesondere habe ich hiervon bei Struma parenchymatosa überraschende Wirkungen gesehen, ohne jene Nachtheile beklagen zu müssen, welche oft genug die Injectionen von Jodtinctur im Gefolge haben. Nie kam es zu Eiterungen, nie zur Bindegewebsverhärtung. Ebenso bewähren sich solche Injectionen von Jodoformlösungen bei chronisch entzündlichen Lymphomen, wenn diese nicht vereitert oder verkäst sind. Auch bei Prostatahypertrophien sah ich in zwei Fällen mit Hülfe dieser Injectionen wesentliche Besserung durch Verkleinerung der Drüse. Wie verhält es sich nun mit der Behauptung: das Jodoform wirke specifisch auf localtuberculöse Processe? Diese von mir zuerst aufgeworfene Annahme, welche auf der Grundlage meiner allerersten Arbeiten und Erfahrungen über das Jodoform basirte, ist von Vielen mehr oder weniger angegriffen und bekämpft worden. Nach manchem hartnäckigen Läugnen Jedermann zugänglicher und leicht zu erbringender Thatsachen, bekennt man sich gegenwärtig dennoch ziemlich allgemein zur Ansicht, dass unter lokaler Einwirkung des Jodoforms localtuberculöse Processe am schnellsten heilen und relativ weniger Recidive beobachtet werden als unter anderen Verbandverfahren. Und in der That, wenn man es wiederholt erlebt, dass fungöse Granulation, ohne abgeschabt zu werden, unter dem Einflusse des Medikamentes sich in gesunde vernarbungsfähige Granulation umgestaltet, dass grosse tuberculöse Abscesse und Gelenkshauttuberculose durch locale Einwirkung von Jodoform ausheilen, dass Knochentuberculose ohne Fistel ausheilt, wenn man die bestehenden Heerde vollständig ausräumt, ist man nach solchen Erfahrungen nicht berechtigt von einem specifischen Einflusse zu sprechen? Wir wollen indess über das Wort „specifisch" nicht debattiren, und ich begnüge mich vollends, wenn Sie mit mir constatiren wollen, dass unter dem localen Einflusse des Jodoforms localtuberculose Processe leichter, schneller und sicherer zur Ausheilung gebracht werden können, sei es nun mit oder ohne vorhergehenden operativen Eingriff, als dies unter dem Einflusse anderer Antiseptica der Fall ist. Ich zweifle nicht, dass Sie diesem Ausspruche beistimmen werden, umsomehr als dieser auch von der exacten Forschung unterstützt wird. Bekanntlich hat ja **Marchand** gefunden, dass das Jodoform die Bildung der Riesenzellen direct hindere. Wenn nun aber überhaupt der Form der Riesenzelle eine pathognostische Bedeutung für Tuberculose zukommt, so ist die Sache dann eo ipso klar, und bestätigt es die Forschung nur das, was die practische Erfahrung schon lange gewusst hat.

Trotz seiner schweren Löslichkeit und seinem Dauerverbleib ist das Jodoform dennoch eigenthümlich leicht flüchtig, was die Geruchsorgane am besten zn constatiren vermögen. Diese sich verflüchtigenden Atome entfalten auch eine Wirkung, wenn sie im abgeschlossenen Raume fort und fort das Wundgewebe umgeben, daher man sagen kann, dass es gar nicht nothwendig sei, dass das Medikament bei Höhlenwunden allüberall den Wandungen aufliege, sondern dass dabei auch die Jodoformgase einwirken; diese Thatsache aber und nichts anderes habe ich bezeichnen wollen, wenn ich seinerzeit zum Unterschiede der Contactwirkung von einer Fernwirkung des Jodoforms schrieb.

Was die Gefährlichkeit des Jodoforms gegenüber dem Gesammtorganismus anlangt, so muss ich vorerst constatiren, dass die bisher beobachteten Intoxicationen ausnahmslos nur bei jener Verbandmethode vorgekommen sind, die ich früher als Jodoformmischverband gekennzeichnet habe. Beim reinen, echten Jodoformverbande, wie ich ihn angegeben, ist noch kein einziger Vergiftungsfall vorgekommen, obwohl ich meine Erfahrung auf circa 10000 Verbände stütze, die innerhalb 5 Jahren in meiner Station im k. k. Wiedner Krankenhause, in meinem Ambulatorium und in meiner Privatpraxis angelegt wurden, an Männern und Frauen, an Kindern und Greisen, an fetten und mageren, an dyskrasischen und nicht dyskrasischen Individuen. Thatsachen aber haben in meinen Augen einen ganz besonderen Werth, und dürften es auch in den Ihrigen haben. Ich leugne nicht, dass Intoxicationen vorkommen können und vorgekommen seien, da ich mir ja nicht vorstellen kann, wieso ein Medikament, welches local so mächtig wirkt, auf den Gesammtorganismus ganz ohne Einfluss bleiben könne, allein ich bezichtige für die bisher beobachteten Vergiftungen folgende Momente:

1. die gleichzeitige Anwendung verschiedener Antiseptica, insbesondere jene von Carbolsäure;

2. die allzugrosse Menge des auf einmal angewendeten, oder des zu häufig aufgetragenen Medikamentes, insbesondere wenn die Wundfläche gross ist und viel Fettgewebe enthält. Da es aber wohlbekannt ist, wie schwer das Jodoform in Gewebsflüssigkeiten sich löst, und nicht minder bekannt, dass die Desinfection constant andauert, sobald auch nur ein Minimum des Medikamentes in der Wunde noch befindlich ist, so resultirt daraus, wie absolut thöricht es sei, grosse Mengen Jodoform aufzutragen, oder es häufig zu erneuern;

3. der Bestand von weitgediehenen Nierenleiden oder von Fettherz.

Ob bei manchen Subjecten eine ausgesprochene Idiosynkrasie gegen das Medikament vorkommt, weiss ich nicht, mir ist eine solche noch nicht zu Gesicht gekommen. Ich glaube demnach behaupten zu dürfen, dass eine vernünftige Anwendung des reinen unvermischten Jodoformverbandes mindestens nicht gefährlicher sei, als jene der übrigen ernsten antiseptischen Verbandmethoden. Bezeichnend ist es auch, dass es in jüngster Zeit, trotzdem das Jodoform fast überall Eingang gefunden hat, mit dem „Intoxicationsrummel" auffallend stille geworden ist. Ich sage also: non in pharmaco periculum inest, sed in modo applicationis.

Man hat vielfach behauptet, dass das Jodoform nicht im Stande sei, Wundinfectionskrankheiten zu verhüten, dass Wundrothlauf unter dem Verbande häufiger sich einstelle, ja selbst intercurrente Pneumonien wurden direct dem Medikamente in die Schuhe geschoben. Meine Erfahrungen haben mich gelehrt, dass Pyämie und Sepsis, wenn sie als Allgemeinerkrankungen schon aufgetreten, vom Jodoform in ihrem deletären Verlaufe ebensowenig aufgehalten wurden als von anderen Arzneistoffen überhaupt, wenn diese Erkrankungen aber zur Zeit des Beginnes der Jodoformbehandlung nicht schon vorhanden sind, dann stellen sie sich im Gefolge auch nie und nimmer ein. Was aber das Erysipel betrifft, so muss ich aufrichtig gestehen, dass ich diesem ausser im Winter 1881—82 gewiss nicht häufiger begegnet bin, als früher, so lange die Carbolsäure als die einzige Panacee eines correcten Wundverbandes galt. Im Winter 1881/82 herrschte aber über ganz Europa eine förmliche Erysipelasepidemie. In Frankreich und in Russland, in Deutschland und in Italien wurde darüber geklagt, obwohl man an den wenigsten Orten damals den Jodoformverband übte. Der Schluss post hoc ergo propter hoc wäre also ganz unrichtig, wenn die Versuche mit Jodoform gerade in jene Zeitepoche gefallen wären. Seit dem Winter 1881/82 habe ich aber Wundrothlauf im Verlauf der Jodoformbehandlung blos dann auftreten gesehen, wenn es in den Wunden zu Secretverhaltungen gekommen war, sonst nie; unter solchen Verhältnissen stellt sich aber Rothlauf wohl unter jeder Wundbehandlung ein.

Ich ziehe aus dem Gesagten folgende Schlüsse:

1. Das Jodoform eignet sich zum antiseptischen sowohl als auch zum aseptischen Verbande bei allen frischen und nicht frischen, reinen und nicht reinen Flach- und Höhlenwunden. Es bewährt sich namentlich bei solchen Wunden deren sorgsame Ueberwachung aus was immer für Gründen nicht durchführbar ist, oder wenn der grosse Apparat, welcher mit der Anwendung anderer Antiseptica nothwendigerweise Hand in Hand geht, mangelt; schliesslich bei solchen Wunden, welche vermöge ihrer Oertlichkeit den anderen, die Asepsis bezweckenden Wundheilmethoden nicht zugänglich sind.

2. Der reine Jodoformverband ist auch für solche Wunden anwendbar, welche prima intentione heilen sollen, indem das feine dünn aufgestreute Pulverlager sich durchaus nicht als Fremdkörper verhält und die prima intentio absolut nicht stört, wie man sich hundertfältig überzeugen kann, wenn man guten Willen hat.

3. Jodoform eignet sich insbesondere zur Behandlung fungöser Wunden oder frischer Wunden, die wegen Localtuberculose künstlich gesetzt wurden, und ist es dies behufs allen übrigen bisher bekannten Antisepticis weitaus vorzuziehen.

4. Der Jodoformverband ist der technisch einfachste und absolut billigste; mit Maass und Ziel gehandhabt und unvermischt angewandt, ist er nicht gefährlicher als die anderen ernsten Verbandmethoden.

Dass ich in meinem Vortrage keine Utopien aufgestellt, sondern Wahrheiten gesagt habe, werden alle jene bezeugen, welche den Jodoformverband aus eigener Erfahrung kennen. Wenn nun in einigen neueren Werken der Friedens- und der Kriegschirurgie das Jodoform vornehm und ohne Begründung abgelehnt wird, so ist dies ein Unrecht gegen das so vorzügliche Medikament, dem gewiss noch eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

grosse Zukunft blüht, es ist aber gleichzeitig eine Unverantwortlichkeit gegen jene Leser, welche in diesen Werken Rath und Belehrung suchen.

IV. Nochmals zur galvanokaustischen Behandlung hypertrophischer Nasenschleimhaut.

Von

Maximilian Bresgen.

Ich wies in No. 30 d. W. unzweifelhaft nach, dass die Methode, „mit einem spitzen Brenner tiefe strichweise Kauterisationen" der hypertrophischen Nasenschleimhaut zu bewirken, zuerst von mir beschrieben worden ist. Der Sinn meiner Citate wird gar nicht geändert, ob man sie in längerem Zusammenhange oder aus diesem herausgelöst liest. Jeder kann sich davon leicht überzeugen. Wäre es anders, so wird Niemand annehmen, dass ich mich auf das kurze Citat beschränkt hätte, indem dadurch eine Täuschung der Leser herbeigeführt würde.

Durch meine tiefen Kauterisationen mit einem spitzen Brenner erziele ich tiefe Furchen, wie das „Furchenziehen" Hack's sie nicht tiefer hervorzubringen vermag. Ich bin bereit, diese Behauptung durch Demonstration zu erhärten. Neu ist nur Hack's Ausdruck „Furchenziehen", nicht die Methode. Dies wurde übrigens auch allseitig in der laryngologischen Section des Kopenhagener Congresses behauptet, und zwar mit dem Zusatze, dass diese Methode längst Gemeingut sei und deren Erfindung keinem Einzelnen zugestanden werden könne. Dies letztere möchte ich einstweilen mit meiner Prioritätsreclamation auch nicht bestreiten. Ich kann nur constatiren, dass die fragliche Methode von mir zuerst vor $3^1/_2$ Jahren beschrieben und damals von Niemandem reclamirt worden ist. Dergleichen Vorgänge erlebt man ja nicht selten: viele kommen auf verschiedenen Wegen nahezu gleichzeitig zu einem und demselben Punkte, und einer von den Vielen kommt auf den Gedanken, das durch seine Erfahrung Erlernte zu veröffentlichen. Nach altem Rechte gebührt auch ihm die Priorität.

Wenn Hack glaubte, dass sein „Furchenziehen" von der von mir beschriebenen Methode so himmelweit, wie er in No. 35 d. W. darzulegen sucht, verschieden sei, so hätte er nach meiner Meinung in seinem Aufsatze in No. 28 d. W. dies doch ganz besonders hervorheben müssen. Da dies nicht geschehen, auch auf mich als unzweifelhaften Vorläufer nicht recurrirt ist, so musste ich annehmen, es sei meine frühere Publication übersehen worden. Zu meiner Reclamation hielt ich mich um so mehr berechtigt, als ich schon früher das von Hack viel später noch geübte Kauterisiren mit einem Flachbrenner als nicht nachhaltig bezeichnete.

Wenn ich in No. 31 d. W. gesagt habe, „dass das sog. Schwellgewebe nur dann in der Nase entwickelt sei, wenn eine Entzündung der dasselbe bedeckenden Schleimhaut vorhanden sei", so ist diese in meiner am 6. Januar d. J. der Redaction eingesendeten Kritik enthaltene, auf klinische Erfahrung basirte Behauptung bereits in No. 18 d. W. von Eugen Fränkel vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus bestätigt worden, indem derselbe darlegt, dass es sich um hyperplastische Vorgänge der Muschelschleimhaut handle. Vom klinischen Standpunkte aus hat sich für dieselbe Auffassung auch Max Schäffer in No. 23 d. W. ausgesprochen. Dass die Mehrzahl der Rhinologen — nicht, wie Hack meint, die wenigsten — diese Meinung theilen, konnte man bei Gelegenheit der von B. Fränkel in der laryngologischen Section des Kopenhagener Congresses eingeleiteten Discussion über Reflexneurosen und Nasenleiden unschwer erkennen.

Hiermit glaube ich meinerseits diese Sache hinreichend erörtert zu haben.

Frankfurt a. Main, den 30. August 1884.

V. Ellenberger, Handbuch der vergleichenden Histologie und Physiologie der Haussäugethiere. I. Bd. Histologie bearbeitet von Prof. Dr. Bonnet, München; Prof. Dr. Csokor, Wien; Prof. Dr. Eichbaum, Giessen; Prof. Dr. Ellenberger, Dresden; Dr. Eversbusch, München; Prof. Dr. Flesch, Bern; Prof. Kitt, München; Prof. Dr. Schütz, Berlin; Prof. Dr. Sussdorf, Stuttgart; Docent Tereg, Hannover. 1. Theil. Mit 204 in den Text gedruckten Holzschnitten. Berlin, Verlag von Paul Parey. 1884. Referent B.

Ein umfassendes Originalwerk über die allgemeine Anatomie der Haussäugethiere gab es bisher nicht. Das Fehlen eines solchen hat sich seit langer Zeit fühlbar gemacht. Da nun zur Zeit die Untersuchungen und Erfahrungen auf diesem grossen Gebiete zu einem gewissen Abschluss gekommen sind, hat es der Herausgeber unternommen, im Vereine mit einer Reihe von hervorragenden Fachgelehrten die erwähnte Lücke in der medicinischen Literatur auszufüllen. Neben diesem Zwecke beabsichtigt der Herausgeber, die hier zur Veröffentlichung kommenden Originalarbeiten gleichzeitig für die Studirenden der Veterinärmedicin besonders nutzbar zu machen, d. h. den letzteren ein Lehrbuch der gesammten Histologie in die Hand zu geben. Aus diesem Grunde gehen den Abhandlungen der Autoren eine Reihe compilatorischer Artikel vorauf, welche die allgemeinen Lehren enthalten, deren Kenntniss zum Studium der speciellen (vergleichenden) Organlehre unbedingt erforderlich ist, wie: mikroskopische Technik, Methoden der mikroskopischen Untersuchung der Gewebe und Organe, die Lehre von der Zelle, die Lehre von den Geweben und die allgemeine Organlehre. Diese einleitenden Kapitel, die specielle vergleichende Organlehre des uropoëtischen Apparates von Tereg und die der männlichen Geschlechtsorgane von Eichbaum füllen den uns vorliegenden I. Theil des Handbuchs der Histologie.

Die Darstellung der genannten Kapitel ist eine eingehende, der Ausdruck durchweg knapp und treffend. Durch Kleindruck ist das für den Studirenden weniger Wichtige kenntlich gemacht. Die Abbildungen dieses Theiles entstammen zum Theil älteren, gediegenen Werken; der grössere Theil aber ist nach Originalzeichnungen angefertigt, und wir wollen betonen, dass gerade diese sich durch Einfachheit, Klarheit und vorzügliche Ausführung auszeichnen.

Die Abhandlungen über die Harn- bezw. männlichen Geschlechtsorgane fügen im Allgemeinen der bisherigen Kenntniss dieser Apparate wenig Neues hinzu; aber einen bedeutenden und bleibenden Werth haben diese Arbeiten dadurch, dass ihre Verff. in denselben die Resultate ihrer vergleichenden Untersuchungen niedergelegt haben. Es sind nicht nur die Abweichungen in der Einrichtung dieser Organe unter den verschiedenen Arten der Haussäugethiere aufgeführt, sondern auch die Eigenthümlichkeiten derselben beim Menschen hervorgehoben worden. Die beigegebenen Originalabbildungen demonstriren trefflich die geschilderten Verhältnisseund sind mit grosser Sorgfalt ausgeführt.

Die Namen der Mitarbeiter berechtigen zu der zuversichtlichen Hoffnung, dass der II. Theil des Lehrbuches der Histologie dieselben rühmlichen Vorzüge aufweisen wird, als der vorliegende I. Theil. Und wenn dies der Fall sein wird, dann haben die Verff. nicht nur ein brauchbares Handbuch für Studirende geschaffen, sondern ihr Werk wird auch als wichtige Bereicherung der medicinischen Literatur in weiteren Kreisen die verdiente Beachtung finden. Ja, dieses werthvolle und in seiner Art einzige Werk wird mit Recht das Interesse aller Lehrer und Forscher auf dem Gebiete der Anatomie im hohen Grade in Anspruch nehmen.

VI. J. Jacobson (Königsberg). Präparatorische Iridectomie und antiseptische Behandlung. Separatabdruck aus v. Gräfe's Archiv für Ophthalmologie, XXX, 2. 1884. 22 S. — Refer. Hauptmann-Kassel.

Kaum ein Operationsverfahren hat in einem relativ kurzen Zeitenlauf so mannigfachen Modificationen unterlegen, als das der Cataractextraction. Nach den reichen Erfahrungen des Verfassers steht die von ihm seit ca. 15 Jahren geübte periphere Linearextraction nach v. Gräfe in ihren Erfolgen hinter allen den vielen Variirungen nicht zurück. Nur eine Aenderung in derselben möchte er als einen gesicherten Gewinn angesehen wissen: die sogenannte präparatorische Iridectomie, welche bekanntlich darin besteht, den Act der Irisexcision um mehrere Monate der eigentlichen Extraction vorauszuschicken und letztere erst nach vollständiger Verheilung der zuerst gesetzten Wunde vorzunehmen. Es wird dadurch erstlich eine schnellere Reifung etwa noch unreifer Cataracte erzielt, zweitens aber der später vorzunehmende Extractionsact in allen Theilen wesentlich erleichtert und eine reinere und beschleunigtere Wundheilung erreicht. Jacobson hat unter Anwendung dieses Verfahrens die bisher günstigsten Erfolge erzielt und unter 100 Fällen nur 2 Verluste gehabt. Die Ursachen der letzteren aber liessen sich, wie aus den angeführten Krankengeschichten ersichtlich, in dem einen Falle mit Bestimmtheit auf Infection durch unheilbar blennorrhoischen Zustand des Thränensacks und der Conjunctiva, in dem anderen aber mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine solche durch ein nicht genügend gereinigtes Instrument zurückführen.

Jacobson sieht daher ein den Lageverhältnissen des Auges adaptirtes streng durchgeführtes antiseptisches Verfahren als wesentlichste Bedingung für ein gutes Operationsresultat an. Auf die Wahl unter den anzuwendenden Desinfectionsflüssigkeiten — ob 1 bis 2procentige Carbol-, ob 4procentige Borsäurelösung oder schwache Sublimatlösung — legt Verfasser weniger Gewicht, um so mehr aber auf subtilste Reinigung der Instrumente mit Carbolsäure und Alkohol.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Jodoform bringt Jacobson insofern in Anwendung, als er nach Beendigung der Operation die Wunden in ihrer ganzen Ausdehnung damit bestreut. — Im übrigen volle Berücksichtigung der in der modernen Chirurgie allgemein eingeführten Principien. Von einer Anwendung des Sprays während der Operation sieht auch Jacobson ab.

Verfasser berührt hier die vielbestrittene Frage betreffs Anwendung des Chloroforms in der Augenheilkunde. Wenn Jemand über die Zulässigkeit desselben ein entscheidendes Wort sagen darf, so ist es Jacobson, welcher seit 22 Jahren alle Operationen, wofern nicht von Patienten Widerspruch erhoben wurde, unter Narcose ausführt. Unter mehr denn 15000 Operationen, darunter über 1500 Extractionen, war kein einziger durch Chloroformnarcose bedingter Todesfall, noch ein auf die Wundheilung nachtheiliger Einfluss zu beobachten.

Betreffs der zahlreichen kritischen Bemerkungen und klinischen Beobachtungen ist auf das Original zu verweisen. — Am Schlusse seiner, auch das Interesse der Nicht-Ophthalmologen beanspruchenden Abhandlung fasst Jacobson die Erklärung der Vorzüge des jetzigen Extractionsverfahrens vor dem bisherigen in folgende Sätze zusammen:

„Die präparatorische Iridectomie verkürzt die Zeit der fortschreitenden Erblindung vor der Staarreife, erleichtert die eigentliche Extraction und vermindert das Trauma direct dadurch, dass sie den vielleicht eingreifendsten Act der Operation vorher absolvirt, indirect dadurch, dass sie eine reinere, weniger klaffende Wunde setzt und Entzündungen durch Irisreste und Blutcoagula vorbeugt.

Die sorgfältige Reinigung der Instrumente mit Alkohol absolutus und Carbolsäure, der Ersatz des Wassers durch desinficirende Flüssigkeiten, der Charpie und Schwämme durch Verbandswatte, in Verbindung mit den allgemein bekannten, chirurgischen Cautelen verhindert eine Infection der Wunde so weit, als es bei der eigenthümlichen Lage des Auges und seiner Nachbarschaft vorläufig möglich ist.

Das Jodoform verklebt die Wundränder, hemmt das Eindringen fremder Körper und verhindert den Abfluss des Humor aqueus."

VII. Fr. Mosler: Ueber Milzechinococcus und seine Behandlung. Eine Monographie. Wiesbaden 1884. J. F. Bergmann's Verlag. Ref. Peiper.

Mosler berichtet zunächst über einen von ihm selbst beobachteten Fall von solitärem Milzechinococcus. Er sah diese seltene Erkrankung bei einem noch im jugendlichen Alter stehenden Schäfer, welcher wegen einer im linken Hypochondrium sich hervorwölbenden kindskopfgrossen Geschwulst Aufnahme in der Greifswalder Klinik suchte. Hier wurde die Diagnose auf Echinococcus gestellt; der Echinococcensack schien mit dem linken Leberlappen zusammenzuhängen. Umstände wegen wurde die Aspirationsmethode versucht. Nach der ersten Aspiration stellte sich bei der Retraction des Sackes heraus, dass derselbe von der Leber völlig abgrenzbar war und vielmehr mit der Milz zusammenhing. Mehrfache Aspirationen erzielten scheinbar eine Heilung. Einige Monate nach der Entlassung des Patienten kehrte derselbe in das Krankenhaus zurück mit einem Abscess in der linken Lumbalgegend unterhalb der zwölften Rippe. Bei der näheren Untersuchung stellte sich heraus, dass derselbe offenbar der nach hinten gesunkene, vereiterte Echinococcensack war. Nach ergiebiger Incision verlief der Fall weiterhin günstig.

Im Anschluss an diesen in seinen Einzelheiten höchst interessanten Fall giebt Mosler eine sorgfältig zusammengestellte Uebersicht von allen bisher beobachteten Fällen von solitärem und multiplem Milzechinococcus. Aus derselben wollen wir hervorheben, dass in der Literatur bisher nur 30 Fälle von solitärem Echinococcus beobachtet worden sind, dass dagegen bei multiplen Echinococcen der Milzechinococcus eine etwas häufigere Complication ist. An diese Statistik schliesst sich eine eingehende Besprechung der Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der bisher bekannten Fälle von Milzechinococcus.

VIII. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

III.

Verhandlungen in den Sectionen.

4. Section für innere Medicin.

Ueber die antipyretische Behandlung. Referent Professor Dr. von Liebermeister.

Der Referent hob zunächst hervor, dass zwischen der antiseptischen Behandlung der Infectionskrankheiten und der antipyretischen Behandlung derselben keineswegs, wie es nach dem Programm vielleicht erscheinen könnte, ein Gegensatz bestehe, dass es sich dabei nicht etwa um zwei verschiedene Methoden handle, von denen die eine die andere zu verdrängen suche. Er legt dar, in welchem Verhältniss die verschiedenen therapeutischen Methoden zu einander stehen. Theoretisch sei ohne Frage der Prophylaxis der erste Rang zuzuerkennen. Es werden die in dieser Beziehung so wichtigen Fortschritte der allgemeinen Gesundheitspflege hervorgehoben, ferner die aseptische und antiseptische Wundbehandlung, endlich die grosse Entdeckung von Edward Jenner, durch welche eine so wirksame Prophylaxis gegen die Pocken eingeführt ist, und dabei werden die neuern Versuche von Pasteur und seinen Mitarbeitern erwähnt. Den zweiten Rang nehmen ein die specifischen Methoden, die in dem Programm, vielleicht nicht ganz passend, als antiseptische bezeichnet sind: dieselben gehen darauf aus, die in den Körper eingedrungenen Krankheitsgifte zu vernichten oder unschädlich zu machen. Es wird hingewiesen auf die Anwendung des Chinin bei Wechselfieber, des Quecksilbers bei Syphilis, der Salicylsäure bei acutem Gelenkrheumatismus, des Calomel bei Abdominaltyphus, Dysenterie und Cholera. Es ist die Hoffnung berechtigt, dass die nächste Zukunft in dieser Richtung noch wichtige Fortschritte liefern könne; doch erscheint es auf Grund der bisherigen Erfahrungen geboten, sorgfältig zu prüfen und sich vor Illusionen zu hüten. Erst den dritten Rang nimmt nach dem theoretischen Schema ein die exspectativ-symptomatische Behandlung. Dieselbe ist freilich, wenn man die Anwendbarkeit und die Häufigkeit der Anwendung in der ärztlichen Praxis als Maassstab nehmen will, in die erste Reihe zu stellen; denn die wichtigsten Leistungen des Arztes bei der Behandlung des Einzelkranken gehören dieser Methode an, welche zwar darauf verzichtet, die Krankheit direct zu unterdrücken, vielmehr auf den spontanen Ablauf derselben rechnet, aber dafür Sorge trägt, dass der Kranke die Krankheit überlebe.

Die antipyretische Methode ist ein Theil der exspectativ-symptomatischen; es handelt sich dabei um die Behandlung des Symptoms, welches an sich und durch seine Folgen so häufig bei den acuten Krankheiten den Tod des Kranken herbeiführt, nämlich des Fiebers. Die Grundsätze der Fieberbehandlung fasst Redner in vier Thesen zusammen, die im Wesentlichen übereinstimmen mit denjenigen, welche er bereits vor einigen Jahren auf dem Congress für innere Medicin in Wiesbaden aufgestellt hatte, und die dort allgemeine Anerkennung gefunden haben.

I. In vielen Fällen von fieberhaften Krankheiten besteht eine Gefahr für den Kranken in der Steigerung der Körpertemperatur.

Es wird angeführt, dass dieser Satz kaum jemals von einem unbefangenen Beobachter in Zweifel gezogen worden sei. Es ist zwar unzweifelhaft und selbstverständlich, dass bei vielen Krankheiten auch noch andere Gefahren vorhanden sind, dass ein Kranker mit Abdominaltyphus auch an Perforation oder Darmblutung zu Grunde gehen kann, dass es Krankheiten giebt, bei welchen die Infection des Organismus auch ohne Mitwirkung von Fieber den Kranken tödtet, dass bei manchen Krankheiten, z. B. bei Meningitis der Kranke mit relativ niedriger Körpertemperatur sterben kann; — aber das ändert nichts an der Thatsache, dass viele Kranke mit Abdominaltyphus, exanthematischem Typhus und anderen fieberhaften Krankheiten durch die Steigerung der Körpertemperatur und deren Folgen zu Grunde gerichtet werden.

II. In solchen Fällen ist es Aufgabe des Arztes, durch entsprechende Maassregeln die Temperatursteigerung zu bekämpfen.

Der Vortragende ist weit davon entfernt, einer gedankenlosen Bekämpfung jeder Temperatursteigerung das Wort zu reden. Er unterscheidet sorgfältig zwischen den Fällen, in welchen die Temperatursteigerung ohne wesentlichen Nachtheil für den Kranken ist, und denjenigen, in welchen dieselbe Gefahr bringt und ein Einschreiten von seiten des Arztes erfordert. Neben der Höhe der Temperatur ist vor allem die Dauer der Steigerung zu berücksichtigen, und zwar nicht nur die bereits vorhergegangene, sondern auch die im weitern Verlauf der Krankheit zu erwartende, dann ferner die Individualität des Kranken und die Widerstandsfähigkeit desselben sowie seiner einzelnen Organe. Uebrigens ist es für den Kranken ohne Nachtheil, wenn einmal auch ohne dringende Noth antipyretisch eingeschritten wird; dagegen kann das Leben des Kranken verloren sein, wenn man zur rechten Zeit einzuschreiten versäumt hat. Die Unterlassungssünden sind in diesem Gebiet von weit schlimmeren Folgen als die Begehungssünden.

III. Die Grundlage der antipyretischen Behandlung bilden die directen Wärmeentziehungen durch abkühlende Bäder.

Es wird hervorgehoben, dass vorzugsweise da die antipyretische Behandlung glänzende Resultate aufzuweisen habe, wo die Anwendung der kalten Bäder die Grundlage bilde. Es ist dies deshalb möglichst stark zu betonen, weil viele Aerzte sich leichter entschliessen, ein antipyretisches Medicament zu verordnen, als eine zweckmässige Bäderbehandlung durchzuführen. Und doch wird durch solche halbe Maassregeln dem Kranken nicht viel genützt. Welche Art der Abkühlung angewendet wird, ist in der Hauptsache gleichgültig, vorausgesetzt, dass sie genügend wirksam sei, was unter Anwendung des Thermometers sich in jedem Falle leicht feststellen lässt. Practisch haben sich die Bäder von 20° C. und darunter und von etwa 10 Minuten Dauer am besten bewährt.

IV. In manchen Fällen ist daneben die Anwendung von antipyretisch wirkenden Medicamenten zweckmässig.

Die antipyretischen Medicamente sollen immer nur die Reserve bilden, welche dann zur Anwendung kommt, wenn die abkühlenden Bäder nicht genügen oder aus irgend einem besonderen Grunde nicht in ausreichender Weise in Anwendung gezogen werden können. Der combinirten Wirkung von Wärmeentziehungen und antipyretischen Medicamenten wird auch das hartnäckigste Fieber nicht leicht Widerstand leisten. Es werden die wichtigsten antipyretischen Medicamente aufgezählt, das Chinin, welches ohne jedes Bedenken in ausreichender Dosis angewendet werden kann, die Salicylsäure, welche jedoch bei schon bestehender Herzschwäche contraindicirt erscheint, endlich von den neuesten Medicamenten das Kairin und das Antipyrin. Das letztere, über dessen Wirksamkeit bei den verschiedensten fieberhaften Krankheiten in der Tübinger Klinik Erfahrungen gesammelt wurden, scheint eine wichtige Bereicherung des antipyretischen Apparats zu sein und eine bedeutende Zukunft zu haben; doch werden für ein abschliessendes Urtheil noch weit ausgedehntere Erfahrungen erforderlich sein.

In Betreff der Ausführung der Antipyrese wird darauf hingewiesen, dass man anfangs gewöhnlich darauf ausgegangen sei, jedes Fieber zu unterdrücken und namentlich die Exacerbationen zu bekämpfen. Man machte Wärmeentziehungen, so oft die Temperatur im Rectum 39,5° oder in der Achselhöhle 39° erreichte oder überschritt. Diese Methode giebt, wenn sie consequent durchgeführt wird, und wenn namentlich auch in der Nacht die nöthigen Temperaturbestimmungen und die entsprechenden Bäder nicht versäumt werden, sehr günstige Resultate. Im Laufe der Zeit aber ist der Vortragende zu der Ueberzeugung gelangt, dass man bei Anwen-

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

dung dieses Schemas zuweilen den Zweck nicht vollständig erreicht und in anderen Fällen mehr thut, als nöthig ist. Die Erfahrung lehrt, dass ein Fieber, welches starke Remissionen oder Intermissionen macht (es wird an das gewöhnliche Wechselfieber erinnert), zwar den Kranken herunterbringen kann, aber gewöhnlich nicht mit eigentlicher Lebensgefahr verbunden ist. Dagegen ist besonders gefährlich die Febris continua, bei welcher die Remissionen nur so gross oder selbst noch kleiner sind als die normalen Morgenremissionen der Temperatur. Die Gefahr wird in der Hauptsache beseitigt, wenn es gelingt, die Febris continua in eine Febris remittens oder intermittens umzuwandeln. Und dieser Zweck kann erreicht werden, wenn man die Zeit für die antipyretischen Einwirkungen so wählt, dass die stärkste Wirkung auf die Zeit fällt, wenn die Temperatur schon spontan zum Sinken geneigt ist, also auf die Nacht und besonders auf die Zeit von Mitternacht bis zum Morgen. Es werden deshalb die abkühlenden Bäder angewendet etwa von 7 Uhr Abends bis 7 Uhr Morgens, und zwar so, dass etwa von 7 bis 11 Uhr gebadet wird, wenn die Temperatur im Rectum 40° erreicht oder überschreitet, von 12 bis 3 Uhr schon bei 39.5° und von 4 bis 7 Uhr schon bei 39°. Während des Tages wird in der Regel dem Fieber freier Lauf gelassen und nur dann eingeschritten, wenn die Temperatur eine ungewöhnliche Höhe erreicht. Uebrigens pflegen die Exacerbationen nicht mehr so heftig zu sein, wenn es gelungen ist, genügende Morgenremissionen herzustellen. Je nach dem einzelnen Falle kann natürlich die Vorschrift für die Anwendung der Bäder mannigfach modificirt werden. Auch für die Darreichung der antipyretischen Medicamente wird die Zeit so gewählt, dass die stärkste temperaturerniedrigende Wirkung auf die Zeit nach Mitternacht fällt.

Zum Schluss wird noch darauf hingewiesen, dass die antipyretische Behandlung keineswegs eine einseitige sein soll, dass vielmehr bei Fieberkranken die Diätetik im weitesten Sinne des Wortes von grösster Bedeutnng ist, und dass auch allen anderweitigen, aus den Verhältnissen des Einzelfalles sich ergebenden Indicationen in sorgfältigster Weise zu entsprechen ist.

Nach Ablauf der weiteren Vorträge und der Discussion über antipyretische und antiseptische Behandlung giebt Professor Liebermeister in einem Schlusswort seiner Befriedigung darüber Ausdruck, dass wenigstens in der Theorie über das Verhältniss dieser Behandlungsweisen zu einander vollständige Uebereinstimmung bestehe. Auch er denke nicht daran, bei einer Krankheit, welche eine ausreichende specifische Behandlung zulasse, antipyretisch behandeln zu wollen, und werde es mit Freuden begrüssen, wenn durch weitere Entdeckung wirksamer specifischer Mittel die exspectativ-symptomatische Behandlung eingeschränkt werden könne. Was die Berichte über die Wirkungen specifischer Mittel anbetrifft, so werden auch die Berichterstatter selbst ein stark skeptisches Verhalten in der Ordnung finden. Wie oft schon sind Mittel als unfehlbare Specifica angepriesen worden, die sich bei näherer Prüfung als gänzlich wirkungslos erwiesen haben! Auch das glänzendste theoretische Raisonnement hat keine Bedeutung, wenn die directe Erfahrung ihm nicht entspricht. Die Erfahrung ist in unserer Wissenschaft allein maassgebend. Und so ersucht Redner diejenigen Collegen, welche dies bisher versäumt haben, über die Kaltwasserbehandlung bei fieberhaften Krankheiten Erfahrungen zu sammeln, entweder in der eigenen Praxis, oder indem sie in ein deutsches Spital gehen, wo die antipyretische Behandlung zweckmässig durchgeführt wird, oder endlich auch in das Commune-Hospital in Kopenhagen, wo auf der Abtheilung von Professor Trier der Abdominaltyphus mit kalten Bädern behandelt wird und seitdem die Mortalität desselben nur noch 8 Proc. beträgt. Aber um durch eigene Beobachtung sich zu überzeugen, genügen nicht einige Stunden, sondern es sind Wochen und Monate erforderlich. Die Sache ist ein solches Opfer werth, denn das Leben von Tausenden von Kranken hängt davon ab.

Besonders erfreulich ist es, dass endlich auch im Londoner Fieberhospital die antipyretische Behandlung eingeführt ist und gute Erfolge ergiebt. Es war bisher eine beklagenswerthe Anomalie, dass in dem Lande, in welchem zuerst gegen Ende des vorigen Jahrhunderts durch James Currie die Kaltwasserbehandlung bei fieberhaften Krankheiten durchgeführt wurde, diese Methode in neuerer Zeit gänzlich vergessen zu sein schien. Die Vorurtheile des Publicums, welche bisher noch hindernd im Wege stehen, werden auch in England zu überwinden sein, wenn die Aerzte ihre Pflicht thun. In Deutschland giebt es Orte, wo die antipyretische Behandlung schon so vollständig in das Publicum eingedrungen ist, dass der Kranke seinen Arzt fortschicken würde, wenn derselbe bei einer schweren fieberhaften Krankheit ihn nicht mit kalten Bädern behandeln wollte. Sollte ein so intelligentes Publicum wie das englische nicht auch endlich von diesem grossen Fortschritt der Therapie Notiz nehmen und so die Aerzte vorwärts treiben? Redner erinnert an das Wort eines grossen englischen Arztes. Als Sydenham vor mehr als 200 Jahren vergebens gegen das damals gebräuchliche warme Verhalten bei Variola eiferte und mit seinen Regimen frigidum den Vorurtheilen des Publicums gegenüber nicht durchdringen konnte, da sagte er: Obtinebit denuum me vita functo; die Methode wird doch zur Geltung kommen, wenn auch erst nach meinem Tode. In unserer Zeit braucht man nicht so resignirt zu sein. Gegenwärtig gehen die Entwicklungen schneller. Und man kann wohl hoffen, es noch zu erleben, dass die antipyretische Behandlung Gemeingut der Aerzte aller Länder wird.

3. Section für Gynäkologie und Geburtshülfe.

2 Tag, Dienstag 12. August.
(Schluss.)
Nachmittagssitzung.

9. Herr Halberstma-Utrecht: Die Bedeutung der Albuminuria gravidarum.

Redner stellt folgende Thesen auf:

1. Die beobachteten Thatsachen lassen die Annahme einer Reflexcontraction der Nierenarterien als Ursache der Albuminuria gravidarum nicht zu.

2. Die Albuminuria gravidarum wird vorzüglich bei Missverhältnissen zwischen der Grösse des schwangeren Uterus und der Abdominalhöhle beobachtet.

3. Die Albuminuria gravidarum wird meist durch Dehnung und Compression der Ureteren verursacht.

Herr Ingerslev weist darauf hin, dass schon Stadfeldt in einer früheren Arbeit auf den Zusammenhang des Druckes auf die grossen Gefässe des Abdomens und Eclampsie hingewiesen hat. An sich aber macht der Druck allein keine Albuminurie.

Herr Bar betont, dass man Albuminurie und Eclampsie durchaus scheiden müsse. Bei der Albuminurie der Schwangeren handle es sich um ein langsames Durchtreten des Albumens durch die Harnkanälchen der Epithelien, nicht um eine Entzündung. Ernährungsstörungen, nervöse und andere Zustände könnten ebenfalls Albuminurie hervorrufen, und diese unter so vielerlei Umständen zur Entwicklung kommende Erscheinung sei keine Krankheit und also auch bei der Schwangerschaft nicht als solche aufzufassen. Dem entsprechend fehlen bis jetzt noch die Anhaltspunkte für die weitere Beurtheilung dieser Frage.

Im Schlusswort weist Herr Halberstma darauf hin, dass auch er die Zeit zur Entscheidung noch nicht für gekommen erachtet.

10. Herr A. Martin-Berlin: Pathologie und Therapie der Tubarerkrankungen.

Im Eingange seiner Betrachtung weist M. zunächst den der modernen Gynäkologie gemachten Vorwurf einseitiger operativer Technik als unbegründet zurück. Nicht durch die Operation, vielmehr durch die Ausbildung der diagnostischen Hilfsmittel ist die Gynäkologie so rasch entwickelt, letztere machten ja auch allein ein operatives Vorgehen erst möglich. — Unter den noch wenig aufgeklärten Kapiteln sind zuerst die Tubenerkrankungen zu nennen. Wenn wir deren pathologische Anatomie auch ziemlich ausführlich kennen, und in den Lehrbüchern über die eigentlichen Verhältnisse der erkrankten Tuben mancherlei Erfahrungen gesammelt sind, so sind die diesbezüglichen Bücher doch noch sehr lückenhaft betreffs der Diagnose der Tubarerkrankungen. Angeregt durch wiederholte diagnostische Irrthümer hat M. sich längere Zeit der Diagnose dieser Erkrankungen gewidmet, dabei bald erkannt, dass die Sondirung der Tube und die Entleerung derselben (Salpingitis profluens) keine eigentlichen diagnostischen Hilfsmittel sind. Im weiteren hat er die Tube als solche auch ohne Narkose bei der überwiegenden Mehrzahl gynäkologischer Kranken herausgetastet. So gelangte M. zu dem überraschenden Resultat, dass durchschnittlich unter 1000 Frauen etwa 63 erkrankte Tuben haben. Die Tube schwillt dann an ihrem abdominalen Ende kolbig an, erscheint gewulstet, durch Verwachsung der einzelnen Falten der Oberfläche kommt es zu einer allgemeinen Geschwulstbildung. Die Geschwülste entwickeln sich in das Lig. latum hinein, die ganze Masse kann mit dem Ovarium und den übrigen Beckeneingeweiden zu einem einzigen grossen Conglomerat von unebner Oberfläche zusammenwachsen. Die Häufigkeit der Tubenerkrankungen wird weiter dadurch illustrirt, dass M. unter 152 Ovariotomien 32 mal die mehr oder weniger erkrankte Tube mit entfernen musste.

Die Prognose der Tubarerkrankungen ist entsprechend dem so häufig gonorrhoischen Ursprunge des Uebels keine günstige und doch hat Redner auch vollkommene Heilung bei einer einfachen zuwartenden und resorbirenden Therapie beobachtet. So wird man lange geduldig die Mittel zur Resorption anwenden; nur wenn die Erscheinungen bedrohlich sind und auf andere Weise Heilung nicht erzielt wird, empfiehlt M. die Exstirpation der Geschwulst. Diese hat er ausser 3 Fällen von Tubo-Ovarialtumoren 18 mal wegen Salpinxtumoren ausgeführt. Die Verwachsungen erschweren die Operation, sie sowie die reducirten Kräfte der Patienten trüben die Prognose der Operation.

Zum Schluss spricht sich M. für die von J. Veit angeregte Exstirpation der Tubarschwangerschaften im frühen Stadium aus. Er demonstrirt ein Präparat, welches zeigt, wie schwer oft die Tubarschwangerschaften zu diagnosticiren sind. Die betreffende Patientin hatte selbst keine Ahnung von einer Gravidität, die Anamnese bot ebenfalls keine Anhaltspunkte. Es war bei der Betastung des dicken Tubenendes die Diagnose auf Tubarentartung gemacht worden, als dann nach der Laparotomie die dicke Tubenmasse herausgezogen wurde, ergab sich, dass auf derselben das Skelett eines c. 4 monatlichen Fötus liegt, das bis auf die Knochen und knorpligen Verbindungen der Gelenke und den Saccus peritonaei und Durae matris vollständig resorbirt ist. Die Tube enthält die Eitheile.

In der Discussion führen Herr Hegar und Kaltenbach ihre Bemerkungen betreffs der Diagnose des Näheren aus. K. betont die eigenthümlichen kolikartigen Schmerzen, H. die nervösen Erscheinungen. Ebenso wie Sänger sieht er am häufigsten Tubenerkrankungen nach Gonorrhoe, aber auch nach Wochenbetten und Aborten. Die Prognose hält er im Anfang für günstig, die Operation für sehr schwer, doch weist er auf die von ihm angegebene Methode hin. Herr Kugelmann hat eigenthümliche Verwachsungen in Folge Tubarerkrankungen gesehen.

Herr R. A. Simpson berichtet über einen Fall von Eiter im breiten Mutterbande, der eine Verlagerung des Uterus hervorrief.

Herr A. Martin betont zum Schluss, dass man nur dann die Tube für erkrankt halten darf, wenn man das uterine Ende durchfühlen kann.

Cz.

Nachtrag zu dem Bericht über die Section für Psychiatrie und Neurologie. Ref. A. Eulenburg.

Paetz (Alt-Scherbitz) führte in seinem Vortrage über die Bedeutung der Ackerbau-Colonien für die Behandlung der Geisteskranken zunächst aus, dass allen Ländern die Aufgabe gemeinsam sei, den mit der zunehmenden Uebervölkerung der Irrenanstalten verbundenen Uebelständen abzuhelfen, und zugleich der seit Decennien angebahnten humaneren und rationelleren Richtung in der Behandlung und Verpflegung der Irren immer weitere Ausbreitung zu geben. Die Erfahrung habe längst gezeigt, dass die Geisteskranken im Allgemeinen viel mehr Freiheit geniessen können, als ihnen in den meisten bisherigen Anstalten auf Grund der bestehenden baulichen und administrativen Einrichtungen gewährt

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

werde. — Zwei neue Formen der Irrenverpflegung hätten sich demzufolge besonders in den Vordergrund gestellt: das familiäre System der Irrenverpflegung, und die Ackerbau-Colonien, d. h. die Errichtung von Landgütern in der Nähe geschlossener Irrenanstalten, aber getrennt von diesen, zur Unterbringung und Beschäftigung der dafür geeigneten Kranken. Die Vorzüge dieser Colonien bestehen namentlich in Folgendem. Eine Ausdehnung der Beschäftigung ist in ähnlichem Maasse innerhalb der geschlossenen Anstalten meist nicht durchführbar; jedenfalls ermöglichen die Colonien eine weit grössere Mannichfaltigkeit der Beschäftigungszweige, welche die Heranziehung der verschiedenartigsten Elemente unter den Anstaltsangehörigen gestattet: sie gewähren sodann eine bessere Organisation der Arbeit und bessere Verwerthung der Arbeitskräfte und Arbeitsproducte, welche durch Rücksichten auf die Hausordnung u. s. w. in geschlossenen Anstalten vielfach behindert und erschwert wird. Endlich kommen auch die hygienischen und öconomischen Vortheile der Colonien in Betracht, da die Herstellung einfacher Irrenwohnhäuser weit weniger kostspielig ist als die von Irrenkrankenhäusern, und da vielen Kranken überdies der Aufenthalt in geschlossenen Anstalten wegen der Beinträchtigung ihres körperlichen und psychischen Zustandes nicht dienlich ist. Selbstverständlich kann ihnen hier niemals derselbe Grad von Freiheit gewährt werden, wie den dafür geeigneten Kranken der Colonien. — Wenn trotz dieser so grossen und so unbestreitbaren Vorzüge die Zahl der Colonien trotzdem bisher noch eine auffallend geringe ist, so meint P. die Ursache davon nur zum Theil in dem Umstande suchen zu müssen, dass hier und da die Beschäftigung der Kranken mit ländlichen Arbeiten aus mancherlei Vorurtheilen perhorrescirt werde. Hauptsächlich stehen finanzielle Schwierigkeiten oder locale Hindernisse der Errichtung von Colonien im Wege; vielfach aber auch noch eine Verkennung des eigentlichen Werthes der letzteren, welche in einseitiger Weise häufig nur in der Beschäftigung der Kranken, nicht aber in der gleichzeitigen Gewährung des grösstmöglichen Maasses von Freiheit in dieselben gesucht werde. Allerdings hafteten dem bisherigen System der Colonien auch noch einzelne Unvollkommenheiten an, deren Beseitigung erstrebt werden müsse. So sei die Unterbringung heilbarer, aber zu Flucht, Gewaltthätigkeiten u. s. w. neigender Kranken auf dieselben bei ihrer bisherigen Einrichtung fast ganz unmöglich; ferner sei die Controle und Verwaltung wegen Entfernung von der Mutteranstalt häufig schwierig, die ärztliche Ueberwachung nur ungenügend. Der in Alt-Scherbitz mit anerkannt glücklichem Erfolge eingeschlagene Weg strebe dahin, die Vortheile der geschlossenen Anstalten mit denen der Colonien, unter möglichster Vermeidung ihrer beiderseitigen Mängel, zu vereinigen, was durch die Combination einer Central-Anstalt für die einer besonderen Beobachtung und Behandlung bedürftigen Fälle und einer Reihe von Landhäusern in der Nähe, für die nach der nöthigen Beobachtung zum colonialen Aufenthalte zugelassenen Kranken, in rationeller Weise erreicht werde. —

In der dem vorstehenden Vortrage folgenden Discussion spricht

Lähr (Schweizerhof). Er dürfe aus dem lauten Beifall, den der Vortrag gefunden habe, wohl annehmen, dass der grösste Theil der Anwesenden die vorgetragenen Ansichten theile; er wolle seinerseits nur auf eine andere Art von freierer, colonialer Verpflegung Geisteskranker, die familiale Irrenpflege, hinweisen, welche in letzter Zeit auch in Deutschland, und zwar mit gutem Erfolge, von der hannöverschen Privatanstalt Ilten Anwendung gefunden habe.

Paetz erwidert darauf, dass er das familiale System der Irrenverpflegung in seinem Vortrage wohl angedeutet, aber nicht eingehender behandelt habe, weil es nicht in den Rahmen des Themas gehöre. Es sei nicht zu leugnen, dass für eine gewisse Categorie von ruhigen unheilbaren Kranken, welche der eigenen Häuslichkeit und deren mit der Entstehung der Krankheit in mancherlei schädlicher Wechselbeziehung stehenden Verhältnissen entzogen werden müssen, ohne gerade der Behandlung in einer geschlossenen Anstalt benöthigt zu sein, sich die Verpflegung in einer fremden Familie wohl eignen könne. Dieses Verpflegungs-System habe aber selbst für die wenigen Länder, in denen die Verhältnisse sonst die Vergebung Kranker in Privatpflege wünschenswerth und geeignet erscheinen lassen, nur einen untergeordneten Werth, weil es nur für eine sehr beschränkte Zahl von Kranken anwendbar und die Wahl der Pfleger ebenso wie die der Kranken schwierig sei.

Das System der familialen Irrenverpflegung möge da, wo sich geeignete Verhältnisse fänden, versucht werden, es werde aber immer nur ein vorübergehender unzureichender Nothbehelf zur Entlastung der öffentlichen Anstalten, wenn auch ein Fortschritt bleiben in dem Bestreben, die Lage der Geisteskranken freier und humaner zu gestalten.

Lunier (Paris) spricht über das französische Colonialwesen und

Köhler (Colditz) über die Colonien Reckwitz bei Hubertusburg und Czadras bei Colditz und ergeht sich dabei über den wohlthätigen Einfluss der Beschäftigung auf das geistige Befinden der Kranken.

Prof. Saelan (Helsingfors) richtet an Director Paetz Fragen über die Art der Beschäftigung der Kranken in Alt-Scherbitz und über die Aufnahme-Bedingungen, ob Alt-Scherbitz selbständig und welche Art von Kranken es aufnehme.

Paetz spricht sich über die Vielseitigkeit der den Kranken in Alt-Scherbitz gebotenen Beschäftigungszweige aus, welche es ermögliche, die den verschiedensten Gesellschaftsklassen und Krankheitsformen angehörenden Kranken in einer ihren Neigungen und Krankheitszuständen entsprechenden Weise zu beschäftigen. Alt-Scherbitz habe, da die disponiblen Wohnräume des Gutes schon vor der Errichtung von Anstaltsgebäuden mit Kranken belegt worden seien, Anfangs natürlich nur eine Filiale der anderen Provinzial-Anstal Nietleben bei Halle sein und seine Kranken grossentheils nur von dort beziehen können. Nach der Errichtung der Centralanstalt sei die Verbindung mit Nietleben gelöst und Alt-Scherbitz seitdem, und zwar seit dem 1. April 1879, selbständig. Der Aufnahme-Modus sei in der Provinz Sachsen derart geregelt, dass die Angehörigen der Kranken resp. die Heimatsbehörden sich die Anstalt erwählen können und diejenige Anstalt, an welche der Aufnahme-Antrag gerichtet werde, verpflichtet sei, den Kranken, falls Platz vorhanden, aufzunehmen. Von der Aufnahme in die Anstalt zu Alt-Scherbitz seien nur geisteskranke Strafgefangene ausgeschlossen.

Ramaer (Haag) schildert den günstigen Eindruck, welchen auf ihn die Anstalt zu Alt-Scherbitz und die Freiheit, mit der die Kranken sich dort bewegen, gemacht hätte. Er sei mit den kühnsten Erwartungen nach Alt-Scherbitz gegangen, aber selbst diese seien noch übertroffen worden. Er bezeichnet schliesslich Alt-Scherbitz als den Gipfel der Humanität und das Ideal dessen, was die practische Psychatrie in Zukunft zu erstreben hätte.

IX. 33. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 19. Juni 1884.

1. Jehn, Mittheilungen über eine Icterus-Endemie in der Irrenanstalt zu Merzig.
2. Pelman, Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Mania transitoria.
3. Oebeke, zur Frage der Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken.
4. Hertz, über die Wirkung verschluckter Salzsäure bei einer Geisteskranken.

Jehn hatte in Merzig von Ende August bis Anfang November pr., also in stark 2 Monaten 144 Fälle von Icterus, und zwar befiel die Krankheit nur Wärter und Kranke, dagegen weder die Beamten noch deren Familien, überhaupt Niemanden, der ausserhalb der Anstalt wohnte. Obwohl demnach die Schädlichkeiten innerhalb der Anstalt zu suchen waren, liess sich eine bestimmte Ursache nicht auffinden, und insbesondere weist Jehn das Trinkwasser und die Art der Ernährung als Quelle des Gastroduodenalcatarrhes zurück. Die Anstalt war dauernd überfüllt, und wenn daher auch die Ueberfüllung der Anstalt als Hauptursache beschuldigt werden muss, so hat sich die genauere Natur der Schädlichkeiten dennoch der Untersuchung entzogen.

Pelman theilt ein Gutachten mit über einen gerichtlichen Fall, der zu einer längeren Discussion Veranlassung gab.

Oebeke weist darauf hin, wie es ohne Zwangsfütterung nicht immer geht und wie oft nach längerer Pause wieder Fälle vorkommen, die eine Fütterung mit der Sonde unvermeidlich machen.

Hertz demonstrirte Oesophagus und Magen einer in Folge verschluckter Salzsäure verstorbenen Frau, zu deren Lebzeiten sich schon fast der ganze Oesophagus und ein Theil der Magenschleimhaut abgestossen hatte.

X. Journal-Revue.

Syphilis.

4.

Neumann J., Ueber Complicationen der Urethritis. Allg. Wien. medic. Ztg. 1844 No. 20, 21, 23.

1) Isolirte Entzündungen des Vas deferens, von vielen Aerzten geleugnet, sind sehr selten Begleiterscheinungen der Urethritis. Die Literatur weist 4 Fälle auf: Bergh (2), Gosselin, Em. Kohn. N. kann 2 Fälle hinzufügen: Ein Fall bei einem kräftigen Individuum, das trotz chron. Urethr. den Coitus ausübte, und eine 3 Monate währende schmerzhafte Schwellung des im Leistenring gelegenen Theiles des Samenstranges (wohlgemerkt ohne Epididymitis) darbot. Der zweite Fall betrifft einen 24jähr. Apotheker, der vor 6 Jahren Cystitis, Pyelitis und linksseitige Epididymitis hatte und vor einem Jahre Lues acquirirte. Vor 3 Wochen reissende Schmerzen im Verlaufe des rechten Samenstranges, die sich im Nebenhoden besonders localisiren. Letzter Coitus vor 4 Monaten. Das Vas deferens fühlt sich im r. Leistenkanal daumendick, wenig beweglich, leicht knollig an, schmerzt wenig. Rectal-Untersuchung ergiebt keine Abnormität. Innerhalb 2 Wochen diffuse, fast faustgrosse Schwellung in der rechten Leiste, Fluctuation; nach der Incision reichliche Entleerung von Eiter; lange, fistelgangartige Abscesshöhle wird constatirt. Nach fast 4 Wochen fühlt sich der Samenstrang im Hodensack nicht vergrössert, aber derb, mit perlschnurartigen Anschwellungen an; beim Eintritt in den Leistenkanal wird er rabenkieldick, derb. —

Hat man bisher nur das im Scrotum liegende und ferner das im Leistenkanal tastbare Stück des Vas deferens bei bez. Entzündungen untersucht, so wird man jetzt den unter dem Peritoneum median und abwärts ziehenden Theil des Vas deferens bis zur Einmündungsstelle in die Prostata, soweit es da dem tastenden Finger zugänglich ist, genau durch Rectaluntersuchung abtasten. N. hat in 100 Fällen von Epididymitis 36mal Verdickung und Schwellung des intrapelvinen Theils des Vas deferens gefunden, stets aber nur an der entsprechenden Seite. Das Volumen war von der Dicke einer Rabenkielfeder bis zu der eines Daumens. — Die Schwellung des intrapelvinen Theils allein kam drei Mal zur Beobachtung. In allen Fällen Rückgang der Schwellung in durchschnittlich acht Tagen (3—21 Tagen), also viel rascher, als in dem im Funiculus spermaticus gelegenen Theile.

2) Secundäre Erkrankungen der Prostata. Gewöhnlich am 15. bis 20. Tage, vom Beginn der Urethritis an gerechnet, wird die Prostata ergriffen. Symptome: Krampfhafte Schmerzen, besonders am Ende des Urinirens, selbst Retentio urinae, Ausfluss reichlichen Eiters, Empfindlichkeit beim Stuhlgange, ev. Fieber. Die Digitaluntersuchung ergiebt sehr bald Vergrösserung der Prostata, der Sulcus zwischen beiden Lappen erscheint ausgeglichen. Nach 6—8tägiger Dauer schwindet allmählich die Schwellung und mit ihr die obigen Symptome. Aber die vermehrte Secretion einer fadenziehenden Flüssigkeit, besonders reichlich beim Stuhlgang, hält

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

an (Prostatorrhoe). Unheilbare Hypertrophien sind gewiss nicht selten. In andern Fällen Abscedirung, gewöhnlich unter heftigem Fieber. Entleerung des Abscesses in die Harnröhre, selten in das Rectum, noch seltener durch das Perineum oder in die Blase. Unter 16 Fällen N.'s trat in zwei Fällen Abscessbildung auf.

3) Affectionen der Samenbläschen. Die Samenbläschen, nicht so leicht wie die Prostata zu palpiren, fühlt man am obern Rande der Vorsteherdrüse, rechts und links, als teigig-weiche, unebene, wenigstens einen Zoll weit auseinanderstehende Gebilde. Entzündet, sind sie bei Druck, ebenso bei der Defäcation schmerzhaft. Daneben zuweilen spontane, gegen Lenden- und Kreuzgegend ausstrahlende Schmerzen. Häufig schmerzhafte Erectionen, in andern Fällen bei den leichtesten Reizen Samenergüsse ohne Erection. Die Samenflüssigkeit selbst wird wässrig, dünnflüssig, Spermatozoen spärlich, fortwährendes Nässen aus der Urethra, schliesslich Fehlen der Spermatozoen. Bei Eiterung der Samenbläschen oft hohes Fieber, quälende Schmerzen, Infiltration und Fistelbildung in der Umgebung oder Entleerung des Eiters in die Urethra und die Mischung des ejaculirten Sperma mit Eiter. Endlich auch Obliteration des Ausführungsganges und des Vas deferens und Atrophie des Nebenhodens. — Bei chronischen Entzündungen Verdickung der Wandung. Kalkablagerung in denselben. — Bei alten Individuen: Verdickung der Wandungen, Erweiterung der Gänge und Eindickung ihres Inhalts. In andern Fällen atrophirt die Wand so, dass Perforation erfolgt. — Ectasie der Samenbläschen bisweilen mit Ulceration des Ausführungsganges combinirt (Englisch). Samensteine, aus CO_2CaO und PO_5CaO bestehend, haben Beckmann und Nencky (Virch. Arch. XV) gefunden. — Tuberculöse und carcinomatöse Neubildungen in den Samenbläschen sind oft.

Drei Fälle von Vesiculitis beschreibt N. etwas ausführlicher. Sie verlaufen alle günstig. In der Literatur scheint Velpeau's Fall der einzige zu sein, wo die Samenbläschen abscedirten und die nachfolgende Peritonitis letal verlief. — Bei schliesslicher Besprechung der Epididymitis erwähnt N. noch, dass er in 109 von 129 Fällen, also in 84.5 Proc. sie ohne jegliche Veränderung des Vas deferens beobachtet hat, dass dagegen in 15,5 Proc. gleichzeitige Erkrankung des Vas deferens vorhanden war.

In jedem Fall von Epididymitis soll man den Beckentheil des Vas deferens untersuchen. Denn es dürften manche Fälle von Impotenz und Aspermie auf etwa hier zurückgebliebene Exsudationen, die eine Atresie des Ausführungsganges im Gefolge haben, zurückzuführen sein.

Pauly-Berlin.

XI. Die Cholera.

XI.

1. Weiterer Verlauf der Epidemie.

— Ein in Berlin vorgekommener tödtlich verlaufener Fall von Cholera nostras hat behördlicher Seits zu genauer Inspection und Untersuchung sowie zu ausgiebiger Desinfection Veranlassung gegeben.

Der Charakter der Seuche hat sich während der letzten Woche in Südfrankreich nicht verändert, sondern immer reiner ausgesprochen. In den zumeist in den Vordergrund tretenden Heerden Toulon, Marseille, Aix, Arles nimmt die Zahl der Erkrankungs- und Todesfälle fortdauernd ab, und wo dem gegenüber plötzliche Steigerungen eintreten, dürfen sie wohl mit Recht auf die Rückkehr von Emigranten zurückgeführt werden. Abgesehen hiervon hat die Cholera ihre Herrschaft über die ganze von uns beschriebene Zone nichts weniger als aufgegeben, und nur wenige Orte derselben dürften ganz immun geblieben sein. Die in Bordeaux constatirten Fälle zeigen zuvörderst ein leicht erklärliches Fortschreiten nach Nordwesten entlang der Garonne. Das Eindringen der Cholera in Corsika ist dagegen vielleicht auf Einschleppung von Italien zurückzuführen. Die französische Akademie der Medicin könnte sich ein grosses Verdienst um die epidemiologische Praxis und Wissenschaft erwerben, wollte sie, statt sich in langathmigen und inhaltlosen Discussionen zu erschöpfen, ihren Einfluss dahin richten, dass die von Cholera befallenen Orte einer genauen Unteruchung auf ihre sanitären Verhältnisse, insbesondere aber auf die Art ihrer Trinkwasserversorgung unterworfen würden. Die Demarcationslinie nach Norden ist von der Cholera noch nicht überschritten worden. Welch ein Triumph wäre es für Anhänger der Sperre gewesen, wenn man eine solche quer durch Frankreich von der Mündung der Gironde über Etienne und Grenoble nach der italienischen Grenze etablirt hätte! Ohne eine Sperre aber blieb diese Linie bisher unüberschritten, wenn auch in Lyon und Paris verdächtige Fälle vorgekommen sind. Paris hatte übrigens in der Woche vom 28. August bis 4. September nur 932 Sterbefälle gegen 987 in der Vorwoche.

Dagegen ist unsere Vorhersage bezüglich Spaniens ebenso vollständig eingetroffen wie in Italien. Die Pyrenäen-Quarantäne, wie keine andere durch die Natur des Gebirges begünstigt, hat sich dennoch als ganz nutzlos erwiesen. Die Cholera ist auf dem Seewege in die Provinz Alicante und von dem französischen Département Pyrénées-Orientales, wo Perpignan bis zum 31. August im Ganzen 114 Choleratodesfälle zählte, nach Catalonien bis in Lerida eingedrungen.

Was die Provinz Alicante anlangt, so bestätigt eine königliche Ordre vom 3. d. M. endlich officiell das Auftreten der Cholera und verfügt für diese Provinz die Errichtung eines Militär-Cordons und für den übrigen Theil der Halbinsel die Einführung der Quarantäne für alle Land- und Seeprovenienzen. Vom 27. August bis zum 4. September sind in Alicante 4 Personen gestorben; in Novelda (9000 Ew.) 42. Seit dem 7. sollen allerdings weder in Alicante noch in Lerida neue Fälle constatirt sein.

Von grösster Bedeutung ist es aber, dass in Italien die Epidemie immer intensiver auftritt. Wir sind in der Lage, eine erste Original-Correspondenz darüber zu bringen, und ist uns die regelmässige Fortsetzung dieser Berichte zugesagt.

E. Venedig, 3. September. Verlauf der Cholera-Epidemie in Italien.

Eine approximative Statistik sämmtlicher Cholerafälle, welche in Italien vom 1. bis 30. August (Mitternacht) constatirt werden konnten, ergiebt folgendes Resultat:

1300 Erkrankungs-, 670 Todesfälle (ca. 50 Proc. Mortalität).

Die Todesfälle verhalten sich in einzelnen Provinzen folgendermaassen:

Genua 155 (das grösste Contingent liefert Spezia mit 140 Todesfällen) — Cuneo 143 (die Mehrzahl der Fälle in Busca) — Turin 79 — Massa-Carrara 78 — Campobasso 53 — Bergamo 51 — San Maurizio 42 — Parma 38 — Neapel 9 — Bologna 8 — Modena 4 — Cosenza 4 — Pisa 3 — Mailand, Novara, Aquila und Cremona je 1. —

Im Laufe eines Monates wurden 17 Provinzen von der Krankheit befallen. Die mittlere Sterblichkeitsziffer der der Cholera Erlegenen beträgt pro Tag 22 Procent, während die mittlere Sterblichkeitsziffer im Allgemeinen in Italien täglich sich auf 2500 beläuft. —

Hierzu treten vom 30. auf den 31. und vom 31. August auf den 1. September folgende neue Fälle hinzu:

Vom 30. auf den 31. (von Mitternacht zu Mitternacht gerechnet):

Provinz Bergamo:	22	Fälle,	16	gestorben,
Provinz Campobasso:	13	„	2	„
Provinz Cuneo:	31	„	23	„
Provinz Genua:	27	„	16	„
hiervon in Spezia:	24	„		
Provinz Lucca:	4	„	1	„
Provinz Massa:	11	„	6	„
Provinz Neapel[1]):	—	„	3	„
Provinz Parma:	4	„	1	„
Provinz Pisa:	—	„	1	„
Provinz Turin:	—	„	3	„

Vom 31. August bis 1. September (von Mitternacht zu Mitternacht):

Provinz Bergamo:	17	Fälle,	9	gestorben,
Provinz Campobasso:	4	„	1	„
Provinz Cuneo:	14	„	11	„
Provinz Genua:	—	„	3	„
hiervon in Spezia:	39	„	13	„
Provinz Lucca:	2	„	—	„
Provinz Massa:	—	„	1	„
Provinz Modena:	2	„	1	„
Provinz Mailand:	1	„	—	„
Provinz Neapel:	60	„	—	„ [1])
Provinz Parma:	4	„	3	„
Provinz Reggio-Emilia:	1	„	—	„
Provinz Turin:	4	„	3	„

2. Schutzmaassregeln und was daran hängt.

Italien hat seine Sperre gegen Tyrol und die Schweiz endlich fallen lassen, dagegen schützt sich Frankreich jetzt gegen Spanien und Italien und vice versa. Dass um so fröhlicher der Schmuggel blüht und damit jede sanitäre Controle aufgehört hat, kann man sich denken.

Wir halten es aber für angezeigt, zur Belehrung für die Zukunft die wichtigsten Documente und Berichte hier zu sammeln, so weit sie Zeugniss ablegen, was Sperrmaassregeln nicht auf dem Papier sondern in Wirklichkeit bedeuten. So schreibt man aus Italien: Die Bevölkerung ist namentlich im Süden von einer geradezu blödsinnigen Furcht vor der Cholera ergriffen, und aus zahlreichen Orten werden Tumulte gemeldet, die das Einschreiten des Militärs hervorrufen und nicht immer unblutig verlaufen. Eine grosse Anzahl kleiner Städte hat eigenmächtig Quarantäne-Maassregeln, zuweilen der lächerlichsten Art, ergriffen und sich hermetisch gegen jeden Verkehr abgesperrt. Aus anderen Orten flüchten die Einwohner, indem sie den Cordon durchbrechen. In Neapel lässt man, sobald in einem Hause ein Cholerafall vorkommt, den Geistlichen rufen, damit er die Cholera exorcire; die Aerzte aber gerathen in Lebensgefahr, weil das Volk sie anklagt, „sie machten die Cholera". In Reggio muss ein ganzes Infanterie-Regiment um den Bahnhof campiren, damit die Züge der südlichen Eisenbahnen verkehren können. Ein zu demselben Zwecke dahin abgeschicktes

[1]) Die Epidemie hat sich seit diesem Tage bekanntlich zu grosser Intensität gesteigert — am 6. September 231 Erkrankungen mit 67 Todesfällen, am 7. September 346 Erkrankungen mit 113 Todesfällen. Die Red.

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Panzerschiff konnte nicht in den Hafen einlaufen, weil die Bevölkerung mit einem Aufstand drohte, wenn das von Castellamare kommende Panzerschiff der Stadt nahekäme. (In Castellamare herrscht nämlich bereits die Cholera.) Kurz, es ist ein Zustand eingetreten, wie er sonst in civilisirten Ländern auch während stärkerer Epidemien nicht erlebt wird. Dass die gesammte Oppositionspresse Kapital aus der Cholera schlägt und das Ministerium der Kopflosigkeit beschuldigt, versteht sich von selbst. Ebenso scharf ist die Kritik, die an den Sanitätscommissionen geübt wird. Sie seien nachgerade zu einer grossen öffentlichen Calamität herangewachsen. „Sie haben in Italien die persönliche, in der Verfassung gewährleistete Freiheit zunichte gemacht, und Niemand kümmert sich darum. Man wird an Leib und Vermögen geschädigt, confiscirt, sequestrirt, beräuchert und ausgehungert, und man muss sich fügen. Kommt in einem Hause ein Cholerafall vor, so wird es abgesperrt, und Alle, die drinnen sind, müssen drinnen bleiben wie Mäuse in der Falle. Die hohe Obrigkeit fragt nicht danach, ob kränklichen Kindern damit die Luft und das Sonnenlicht wie die Möglichkeit einer zweckmässigen Ernährung entzogen wird; sie fragt nicht nach den schwächlichen, geängstigten Frauen, die nun in einen Zustand verfallen, welcher sie zur Aufnahme der Krankheit am sichersten vorbereitet; sie fragt nicht nach dem Berufe und den Erwerbsmitteln der Männer, sie sperrt einfach das Haus, und — gute Nacht, Herrendienst!"

Trotz alledem führt die Angst zu immer neuen Maassregeln. So schreibt man aus Triest vom 5. d. M.: In Fiume kam das Barkschiff „Raimondo" aus Marseille mit dem Mobiliar einer von dort flüchtigen Familie hier an. Die Seebehörde verfügte die Verbrennung aller Möbel und Effecten, mit Ausnahme der Metall- und Glasgegenstände. In der letzten Sitzung des Landes-Sanitätsrathes wurde mitgetheilt, dass der seitens der Regierung an die binnenländischen Aerzte ergangene Appell, sich zum Eintritte in den Sanitätsdienst im Küstenlande für den Fall eines Cholera-Ausbruches zu melden, gänzlich erfolglos blieb. Istrien und Görz werden in Sanitätsbezirke getheilt, für welche je ein Arzt ernannt wird. Der Antrag, alle Wallfahrten, Jahr- und Wochenmärkte wenigstens in den an Italien grenzenden Bezirken zu verbieten, wurde einstimmig angenommen.

— Die königliche italienische Gesellschaft für Hygiene, welche vom 2. bis 8. September in Turin tagte, hat sich energisch gegen die Land-Quarantainen, die Militär-Cordons im Innern des Landes und die Durchräucherungen ausgesprochen. Sie verlangt ein besonderes hygienisches Laboratorium in dem Centralorte jeder Provinz, besonders auch, um die ersten Cholerafälle rechtzeitig diagnosticiren zu können.

XII. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Die XXVIII. Conferenz der Medicinal-Beamten des Reg.-Bezirkes Düsseldorf.

Die XXVIII. Conferenz der Medicinal-Beamten des Reg.-Bezirkes Düsseldorf fand am 26. April d. J. unter dem Vorsitz des Reg.-Med.-Raths Dr. Beyer statt, und hatte sich ausser den fast vollzähligen Mitgliedern noch eine grössere Zahl von Aerzten der Stadt Düsseldorf eingefunden.

Nachdem zunächst der seit der letzten Conferenz verstorbenen Mitglieder — Dr. Hessling zu Nienkerk und Dr. Neuhausen zu Camp — gedacht und der als Kreis-Wundarzt des Kreises Geldern ernannte Dr. van Gulick zu Kevelar vorgestellt war, wurde sodann über das Ergebniss der Hufeland'schen Stiftungen im verflossenen Jahre berichtet, wonach im Jahre 1883 im Reg.-Bezirke Düsseldorf 4 Aerzte und 14 Wittwen unterstützt worden sind. Ausserdem erhielten noch 6, nach Auswärts verzogene Wittwen, Unterstützungen.

Ueber den Fortgang der im vorigen Jahre eingeführten regelmässigen Vertheilung der „Regeln für die Pflege und Ernährung der Kinder u. s. w." wird der Dr. Strauss in der Herbstconferenz weiter berichten.

Unter den sodann gemachten Mittheilungen wurde besonders der im Jahre 1882 für den Reg.-Bezirk Düsseldorf erlassenen Begräbnissordnung gedacht, sodann die Abänderung der Sanitätsberichte, das Verfahren bei ansteckenden Krankheiten u. s. w. näher besprochen und schliesslich die Discussion über die Min.-Verordnung vom 6. August 1883, betreffend das Hebammenwesen von den Herren Dr. Albers, Zimmermann, Schruff, Géronne und Mittenzweig eingeleitet.

1) Dr. Albers besprach die Anmeldung der Hebammen beim Kreisphysikus und die Führung der Tagebücher. Der Kreisphysikus habe bei der Anmeldung zu prüfen

1. ob die Approbation von einer inländischen (preussischen) Anstalt ausgestellt, und die Vereidigung darauf vermerkt ist,

2. ob die erforderlichen Instrumente und Geräthe vollständig und in gutem Zustande vorhanden sind,

3. ob das Tagebuch vorschriftsmässig eingerichtet ist.

Betreffs der Führung der Tagebücher hebt A. hervor, dass vielfach gegen die Vorschriften über die Eintragungen gefehlt wird, dass der Physikus bei den Nachprüfungen wohl im Stande sei, zu controliren, ob die einzelnen Colonnen richtig ausgefüllt sind, dass ihm aber der Anhalt dafür fehle, dass die Angaben auch wirklich wahrheitsgetreu sind. Um diese Controle zu erlangen, habe er unter Zustimmung des Landraths die Bestimmung getroffen, dass in gewissen Jahresabschnitten die Tagebücher der Hebammen von dem Standesbeamten controlirt würden.

2) Dr. Zimmermann empfiehlt Betreffs der Ausrüstung der Hebammen die Förderung des Besitzes eines Thermometers und gläsernen Mutterrohres. Das Thermometer sei nothwendig zur Erkennung des drohenden Kindbettfiebers, die gläserne Beschaffenheit des Mutterrohres verbürge allein das Vorhandensein der erforderlichen Sauberkeit.

3) Dr. Schruff betont hauptsächlich den § 5 No. 5 der allgemeinen Verfügung, dass die Königl. Regierung zu Düsseldorf für die im Wohnorte des Physikus wohnenden Hebammen die persönliche Anmeldung bei dem Physikus von jedem Falle von Kindbettfieber oder Todesfall einer Gebärenden bestimmt, während die Auswärts wohnenden Hebammen die Anmeldung an die Ortspolizeibehörde ihres Wohnortes behufs Weiterbeförderung an den Physikus zu machen haben.

Es frage sich nun hierbei, was heisst Kindbettfieber. Der Begriff würde von Hebammen und Aerzten sehr verschieden gefasst, für die Hebammen indess sei allein maassgebend die Auslegung der betreffenden §§ des Hebammenlehrbuches vom Jahre 1878 § 366 bis § 369, in denen es heisst: Die schweren, fieberhaften Erkrankungen der Wöchnerinnen nennt man Kindbettfieber. Die Hebamme solle in zweifelhaften Fällen nie die Temperaturmessung mit dem Thermometer unterlassen, zumal, wenn nach leichtem Geburtshergang unter Fiebererscheinung anhaltender Schmerz im Unterleib auftritt, die Wochenreinigung gestört wird oder schmerzhafte Anschwellungen an den Schenkeln auftreten. Jeder derartige Fall ist dem Physikus ohne Weiteres zu melden und dieser hat zu entscheiden, ob ein Fall von Kindbettfieber vorliegt.

Es frägt sich ferner, welche Prohibitiv-Maassregeln sind nach Constatirung des Kindbettfiebers zu treffen.

Hierauf antwortet der § 129 bis 131 des Hebammen-Lehrbuches und der § 369 sowie § 96 und 97 im Allgemeinen, und bleibt es jedem Physikus überlassen im Speciellen die einzelnen Maassregeln, wie dort angegeben oder modificirt, in Anwendung zu bringen.

Ausser der Sorge für Sauberkeit und Desinfection liegt der Schwerpunkt im Fernhalten der Hebamme von der erkrankten Wöchnerin und wo auch dies nicht fruchtet, wo dennoch die Krankheit nachweislich durch die Hebamme übertragen wird, in der Untersagung der Praxis. Von letzterem Mittel soll man nur selten Gebrauch machen. Nur, wenn 2—3 Fälle in der Praxis einer Hebamme aufträten, soll die Praxis auf 2— 3 Monate untersagt werden.

Schliesslich sollen Asyle, in denen Kindbettfieber auftreten, sofort geschlossen werden.

4) Dr. Géronne betont betreffs der Nachprüfung der Hebammen, dass die Hauptaufgabe bei derselben dem Physikus zufalle, da von der Mitwirkung der Hebammen-Lehrer ein grösserer Nutzen nicht zu erwarten stehe bei der Grösse der Bezirke, für die Rheinprovinz z. B. von 2000 Hebammen.

Man solle die Hebammen über 60 Jahre nicht heranziehen. (Letzterem wird von der Versammlung entgegengetreten.)

Die Nachprüfung solle nicht nur zur Controle, sondern auch zur Belehrung der Hebammen dienen, und müssen deshalb Phantome, Puppen, Schädel, Becken den Kreisphysikern zur Verfügung stehen.

5) Dr. Mittenzweig über das Desinfectionsverfahren der Hebammen.

Es scheint zweifellos, dass für das Kindbettfieber ähnlich, wie für viele andere Infectionskrankheiten, ein organisches Wesen, eine Bakterie, als Krankheitsgift sei, wenngleich anzunehmen ist, dass dieselbe nicht ganz specifischer und einheitlicher Natur ist, sondern sich aus der Gattung der Fäulnissbakterien gruppirt.

Es ist nun zur Verhütung der Entstehung und Weiterverbreitung der Krankheit zuerst zu erstreben, dass die Hebammen diese Idee von der Entstehung des Kindbettfiebers durch die Uebertragung fauliger oder eitriger Substanzen irgend welcher Art auf die Schwangere, Kreissende, Gebärende in Fleisch und Blut aufnimmt, und dass sie vor der Gefahr des Auftretens von Kindbettfieber in ihrer Praxis nur dann sicher sei, wenn sie an das Bett der Kreissenden erst dann herantritt, nachdem sie nach sorgfältiger Prüfung die Ueberzeugung gewonnen, dass sie in den letzten Tagen mit keiner derartigen Unreinlichkeit in Berührung gekommen, ohne dass sie sich und ihre Kleider wie Instrumente auf das Energischste gereinigt und desinficirt hat.

Durch Belehrung und Vorbild, durch Güte und Ernst müssen die Lehrer, Physiker und Aerzte den Hebammen diese Ueberzeugung beibringen, ehe wir hoffen dürfen, dass sie wirklich das in jedem einzelnen Falle thun, was wir von ihnen verlangen müssen.

Auf die Anwendung von Desinfectionsmitteln allein dürfen wir uns nicht verlassen, da diese leicht zu einer äusseren Form herabsinkt. Bezüglich dieser ist darauf zu halten, dass die Hebammen sich gewöhnen, dieselbe methodisch auszuführen in der Weise, wie sie von Wernich, Brennecke, Ahlfeldt gefordert wird. Waschen mit heisser Kaliseifenlauge unter Benutzung einer reinen Nagelbürste und Desinfection mit 2proc., 3proc., am besten 5proc. Carbolsäure, nicht aber mit verdünnten Lösungen dieser, Einfetten der Hand mit 5proc. Carbolöl, das sind wohl die geeigneten Mittel für die gewöhnliche Desinfection. Chlorwasser ist ein theures, inconstantes Präparat, Kalipermangat verdirbt sehr leicht die Wäsche, und das am sichersten wirkende Sublimat ist zur Zeit wegen seiner bisher noch nicht erprobten Ungefährlichkeit auch bei äusserer Anwendung, bisher allgemein nicht zu empfehlen. Letzteres dürfte vorläufig erst beim Auftreten von Kindbettfieber selbst auf jedesmalige Anordnung des Physikus von den Hebammen anzuwenden sein.

Nachdem über diese Punkte eine lebhafte Discussion stattgefunden, ohne dass völlige Einigkeit erzielt werden konnte, empfahl der Herr Vorsitzende, die einzelnen Vorschläge in der Praxis zu prüfen, da erst längere Erfahrung zu einem endgültigen Urtheile berechtigen könne.

2. Amtliches.

1. Preussen.

Berlin. Die in Nr. 35 dieser Wochenschrift abgedruckte Verfügung der Kgl. Ministerien der geistl. etc. Angelegenheiten und des Innern vom 14. Juli d. J. betreffend die Schliessung der Schulen bei ansteckenden Krankheiten sowie die Anweisung zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen hat das Königliche Polizei-Präsidium folgende Schreiben an die städtische Schul-Deputation und Herren Bezirksphysiker zu erlassen veranlasst:

1. Berlin, den 30. August 1884.

Die städtische Schul-Deputation ersucht das Polizei-Präsidium unter Bezugnahme auf das derselben bereits zugegangene Schreiben des Königlichen Provinzial-Schul-Collegiums vom 15. d. Mts. Nr. 7627, betreffend die

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen höheren Ortes erlassenen Bestimmungen ganz ergebenst, für jeden erforderlichen Fall medicinalamtlicher Feststellung den zuständigen Bezirks-Physikus requiriren und die weiteren sich daran knüpfenden Anträge demnächst hierher stellen zu wollen.

Königliches Polizei-Präsidium, Sanitäts-Commission.
i. V. gez. Friedheim.

An die städtische Schul-Deputation hier.

2. Berlin, den 30. August 1884.

Euer pp. erhalten anliegend einen Abdruck des Ministerial-Erlasses vom 14. Juli d. J., sowie die dazu gehörige Anweisung in Bekanntmachungsform und das heute erlassene Schreiben an die städtische Schul-Deputation hierselbst zur gef. Kenntnissnahme und Beachtung.

Königliches Polizei-Präsidium, Sanitäts-Commission.
i. V. gez. Friedheim.

An die Herren Bezirks-Physiker.

2. Schwarzburg-Rudolstadt.

Errichtung von Sanitäts-Commissionen.

Mit höchster Genehmigung Serenissimi wird Nachstehendes verordnet:

§ 1. Zur Unterstützung der Ortspolizeibehörden bei der Ausübung ihrer gesundheitspolizeilichen Obliegenheiten werden Sanitäts-Commissionen gebildet, die in den Städten des Landes sofort errichtet werden, in den ländlichen Bezirken aber je nach Bedürfniss und Lage der Verhältnisse durch die Fürstlichen Landrathsämter zu bilden sind.

§ 2. Die Sanitäts-Commissionen bestehen:

1. aus dem Vorstande der Ortspolizeibehörde (dem Gemeindevorstande),
2. aus einem oder mehren von der Ortspolizeibehörde zu berufenden Aerzten,
3. aus drei von der Gemeindebehörde zu wählenden Gemeindemitgliedern,
4. in Rudolstadt ausserdem noch aus einem Officier und einem oberen Militärarzte, um deren Abordnung in die Commission die zuständige Commandostelle zu ersuchen ist.

§ 3. Die Sanitäts-Commissionen bilden theils rathgebende, theils ausführende Behörden in der Art, dass die Ortspolizeibehörde dieselbe in allen Fällen, wo sie ihrer Unterstützung und Berathung bedarf, dazu berufen kann, zugleich aber auch ihre Vorschläge anzuhören und darüber zu entscheiden hat.

§ 4. Insbesondere liegt der Commission ob:

1. über den Gesundheitszustand des Orts oder Bezirks, für welchen sie gebildet sind, zu wachen;
2. die Ursachen, welche zur Entstehung und Verbreitung ansteckender Krankheiten Veranlassung geben können, wohin z. B. Unreinlichkeit in jeder Beziehung, überfüllte und ungesunde Wohnungen, unreine Luft, schädliche Nahrungsmittel u. s. w. gehören, möglichst zu entfernen;
3. zur Belehrung des Publikums über die Erscheinungen der wichtigeren ansteckenden Krankheiten und das bei deren Ausbruche zu beobachtende Verfahren beizutragen;
4. die für den Fall der Annäherung und des zu befürchtenden Ausbruchs solcher Krankheiten etwa erforderlichen Heil- und Verpflegungsanstalten zu sichern bezw. deren Einrichtung vorzubereiten, und
5. die Polizeibehörde überhaupt in allen, die Verhütung des Ausbruchs und der Verbreitung dieser Krankheiten betreffenden Angelegenheiten zu unterstützen.

§ 5. Die Beschaffung der hierzu erforderlichen Mittel liegt nach Art. 15 der Gemeinde-Ordnung den Gemeinden ob, und die Sanitäts-Commissionen haben sich deshalb mit der Gemeindebehörde zu verständigen. Sollten hierbei Schwierigkeiten und Hindernisse entgegentreten, so ist unverzüglich dem zuständigen Landrathsamte Anzeige zu machen und Abhilfe nachzusuchen. (Art. 159ff. G.-O.).

§ 6. Bei Annäherung einer das allgemeine Gesundheitswohl gefährdenden ansteckenden Krankheit müssen die Sanitäts-Commissionen, so oft die Umstände es erforderlich machen, zu den nöthigen Berathungen sich versammeln und wöchentlich wenigstens einmal dem zuständigen Landrathsamte über den Gesundheitszustand und die getroffenen Maassregeln berichten.

Rudolstadt, den 25. Juli 1884.

Fürstlich Schwarzb. Ministerium. v. Bertrab.

3. Schweiz.

Instruction für die schweizerischen Cholera-Experten.

§ 1. Die Experten haben die Aufgabe, die kantonalen Gesundheitsbehörden in der Ausführung der vom Bundesrathe erlassenen Vorschriften über Cholerapolizei zu unterstützen, für deren gleichmässige Handhabung in den verschiedenen Kantonen zu sorgen und unnöthige oder schädliche Maassregeln zu verhüten.

§ 2. Sie werden sich zunächst bei den kantonalen Sanitätsbehörden über die in Ausführung des Kreisschreibens getroffenen Vorkehrungen erkundigen und auf auffällige Unterlassungen aufmerksam machen; sie werden im weiteren durch persönliche Nachschau in wichtigeren Ortschaften sich überzeugen, ob nach den verschiedenen Richtungen von Titel I des Kreisschreibens das Nothwendige in zweckentsprechender Weise geschehen ist und namentlich auch genaue Kenntniss nehmen von der Ausführung der die Eingangsstationen betreffenden, in Titel II, Ziffer 4 enthaltenen Vorschriften.

Die Ausführung der die Eisenbahnen, Posten, Dampfschiffe betreffenden Vorschriften wird direct von dem Post- und Eisenbahndepartement durch seine eigenen Organe überwacht.

§ 3. Bei mangelhaftem Befund wenden sich die Experten, nach genommener Rücksprache mit den Gemeindebehörden, in erster Linie um Abhilfe an die verantwortliche Kantonsbehörde, und wenn diese Abhilfe nicht rechtzeitig erfolgt, an den Bundesrath beziehungsweise dessen Departement des Innern. In Dringlichkeitsfällen haben die Experten die Pflicht, auf Grundlage der Vorschriften des Bundesrathes, das Nöthige unverzüglich anzuordnen und von den getroffenen Anordnungen der kantonalen Sanitätsbehörde sofort Mittheilung zu machen.

§ 4. Sie ertheilen kantonalen und Gemeinde-Gesundheitsbehörden über alles, was die Cholera-Schutzmaassregeln und deren zweckmässigste Ausführung betrifft, auf Begehren Aufschluss und Rath, wobei sie sich in betreff der technischen Vorkehrungen, wie z. B. Desinfection, an die amtlich adoptirten Grundsätze und bezüglich der öconomischen Fragen an die Ziffer 3 des Titels III des Kreisschreibens halten.

§ 5. Bei Ausbruch der Cholera im Lande haben sie die Eingrenzung der ersten Fälle zu überwachen. Sie begeben sich, sobald sie vom eidgenössischen Departement des Innern oder von einer kantonalen oder communalen Behörde Anzeige erhalten, sofort an den betreffenden Ort, um sich von der Vollständigkeit und Genauigkeit der getroffenen Maassregeln zu überzeugen, beziehungsweise die Ergänzung derselben zu veranlassen.

§ 6. Sie haben bei Privatnachrichten oder Gerüchten die Pflicht sofortiger Telegrammnachfrage bei den betreffenden Ortsgesundheitsbehörden oder Aerzten.

§ 7. Nach Einrichtung der ersten Schutzmaassregeln werden sie den Gang aller Vorkehrungen: Absperrung, Nothspitäler, Auslozirung, Desinfection, Hausbesuche und Verpflegung, vor allem auch die Regelmässigkeit der Anmeldungen überwachen und sich in geeigneter Weise darum bemühen, dass nichts unterlassen werde, was zur Eingrenzung der Seuche und zur Tilgung derselben geschehen kann.

§ 8. Sie besuchen die einzelnen Choleraorte so oft, als sie es für nöthig finden, sowie auch nach Auftrag des eidgenössischen Departements des Innern oder auf Ansuchen kantonaler Sanitätsbehörden.

§ 9. Sie berichten über ihre Thätigkeit an das eidgenössische Departement des Innern, bei Ausbruch und Dauer einer Epidemie täglich durch Telegramme und wöchentlich einmal schriftlich.

Wo keine Epidemie in Frage kommt, genügt nach den ersten Berichten über Ziffer 2 und 3 der Instruction ein Schlussbericht.

§ 10. Die Experten geniessen für ihre amtliche Correspondenz in Choleraangelegenheiten Portofreiheit.

§ 11. Die Normirung der Entschädigung der Experten wird einem besondern Beschlusse vorbehalten.

Bern, den 25. Juli 1884.

Im Namen des schweiz. Bundesraths, Der Bundespräsident Welti.
Der Kanzler der Eidgenossenschaft: Ringier.

Anleitung zur Desinfection bei Cholera.

1. Leibwäsche, Bettwäsche und Wolldecken, welche durch die Entleerungen Cholerakranker beschmutzt worden sind, werden am besten durch Verbrennen vollkommen beseitigt. Soweit dies nicht angeht, sind dieselben sofort in 5% Karbollösung zu werfen und sollen in derselben 24 Stunden verweilen, bevor sie zur Wäsche gegeben werden.

In derselben Weise durch 5% Karbollösung zu desinficiren ist ferner Leib- und Bettwäsche Cholerakranker, auch wenn sie nicht in erkennbarer Weise durch Entleerungen verunreinigt ist.

Die Herstellung der 5% Karbollösung ist in dem Verhältniss auszuführen, dass 1 Liter flüssige Karbolsäure[1]) mit 18 Liter Wasser verdünnt wird. Ist eine 5% Karbollösung nicht vorhanden, so lässt sich diese Vorschrift dadurch ersetzen, dass die Cholerawäsche 1 Stunde lang gekocht wird. Die Karbollösung und das Kochwasser, das von derartiger Wäsche abgegossen wird, ist in die Abtritte zu entleeren.

Cholerawäsche soll nicht herumgeführt, sondern stets am Orte der Erkrankung desinficirt werden. Sie darf niemals undesinficirt zur Wäsche gegeben werden.

2. Federbetten, Matratzen und Kleider, welche obiges Verfahren nicht zulassen, können durch einstündiges Verweilen in einem von Wasserdampf durchströmten Kasten desinficirt werden. In diesem Falle ist darauf zu halten, dass die Temperatur des Dampfes an der Ausströmungsöffnung der Temperatur des siedenden Wassers entspricht.

Wenn ein solcher Kasten nicht zur Verfügung steht, so lasse man diese Gegenstände, nachdem die Verunreinigungen in der sub Ziffer 4 zu beschreibenden Weise abgewischt sind, 6 Tage lang an einem luftigen, trockenen, vor Regen geschützten Raume stehen.

Wie die Effecten Cholerakranker, sind Wäsche und Kleidung des Wartepersonals derselben zu behandeln.

Werthlose Gegenstände, wie Bettstroh, Laub, schlechte Kleider, sind durch Verbrennen zu beseitigen.

3. Die Entleerungen Cholerakranker und Choleraverdächtiger sind in Nachttöpfen und Becken aufzufangen, welche mit 5% Karbollösung soweit gefüllt sind, dass die entleerten Massen vollständig in die Karbollösung hineinfallen. Ist dies nicht geschehen, so sind die entleerten Massen mit dem gleichen Volumen 5% Karbollösung zu übergiessen. In jedem Cholerahause soll ein Kübel von Eisenblech mit Deckel, handhoch mit 5% Karbollösung gefüllt, die desinficirten Ausleerungen aufnehmen und es sollen diese dann täglich einmal in einem Garten oder Acker, weit entfernt von Brunnenleitungen, Bächen und Canälen vergraben werden. Ist solches, z. B. in Städten, nicht möglich, so wird der Inhalt dieses Kübels alle 24 Stunden in den Abtritt entleert.[2])

4. Werden Böden, Wände und Möbel durch Choleraentleerungen verunreinigt, so sind dieselben nicht zu waschen, sondern mit in 5% Karbollösung befeuchteten Lappen aufzuwischen. Diese Lappen sind zu verbrennen.

5. Zimmer, in welchen Cholerakranke gelegen haben, sind zu räu-

[1]) Flüssige Karbolsäure gleich: 100 Gewichtstheilen Acid. carbol. crystallis. mit 10 Gewichtstheilen Wasser.

[2]) Die gleiche desinficirende Wirkung wie durch 5% Karbollösung wird durch eine Lösung von Sublimat (1 Gewichtstheil auf 1000 Gewichtstheile destillirten Wassers) erzielt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

men und müssen, bevor sie wieder bezogen werden dürfen, 6 Tage hindurch leer stehen, damit alle Infectionsstoffe austrocknen. Das Austrocknen ist durch Heizen zu unterstützen.

6. Für den Transport von Cholerakranken zum Spital müssen eigene Fuhrwerke bereit gestellt werden.

Werden zum gewöhnlichen Gebrauch dienende Fuhrwerke — Droschken, Postwagen, Omnibus, Eisenbahnwagen — von Cholerakranken benutzt, so sind die Verunreinigungen so wie unter Ziffer 4 angegeben, abzuwischen. Dann sind die betreffenden Fuhrwerke auszurangiren und haben 6 Tage an einem trockenen, luftigen, vor Regen geschützten Orte zu stehen. Erst dann können sie wieder in Gebrauch gestellt werden.

7. Alle Personen, welche Cholerakranke und deren Entleerungen berührt haben, sollen sich unmittelbar darauf Hände und sonst verunreinigte Körpertheile mit 5% Karbollösung waschen.

8. Leichen dürfen nicht gewaschen werden, sondern sind unmittelbar nach dem Tode in ein in 5% Karbollösung getränktes Leintuch einzuschlagen.

9. Abtritte sind vor Ausbruch der Epidemie gründlich zu reinigen. Während der Dauer der Epidemie dürfen sie nicht häufiger geleert werden, als es die Anfüllung erforderlich macht. Es soll in die Abtritte der öffentlichen Gebäude und der Logishäuser täglich rohe Karbolsäure oder statt derselben Wienerlösung, welche aus 1 Kilo roher Karbolsäure, 2 Kilo Eisenvitriol und 20 Liter heissem Wasser besteht, geschüttet werden, bis dieselben deutlichen Karbolgeruch annehmen.

10. Oeffentliche Bedürfnissanstalten (Pissoirs), ebenso die entsprechenden Abtheilungen der Schulhausabtritte sind täglich mit trockenem Chlorkalk zu bestreuen.

Bern, den 1. August 1884.

Im Namen des schweiz. Bundesraths, der Bundespräsident Welti.

Der Kanzler der Eidgenossenschaft Ringier.

XIII. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Königsberg i. Pr. Privatdocent Dr. O. Langendorff, Assistent am physiologischen Institut, ist zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät ernannt worden. — Leipzig. Privatdocent Dr. E. O. Meissner, der langjährige, verdienstvolle Schriftführer der Gesellschaft für Geburtshülfe, ist plötzlich gestorben. — Tübingen. Die Privatdocenten DDr. Schleich und Vierordt haben Titel und Rang ausserordentlicher Professoren erhalten. — Wien. Das hundertjährige Jubiläum des Wiener Allgemeinen Krankenhauses scheint sehr still begangen worden zu sein. In der Hauscapelle, sagt die W. A. M. Z., wurde eine feierliche Messe celebrirt, an welcher die Bediensteten der Anstalt theilnehmen durften, — das war Alles. Erfreulich sei nur das Eine, dass bei diesem Anlasse der verdienstvolle Director des Krankenhauses, OSR. Dr. Hoffmann, eine ihn ehrende Auszeichnung erhält, indem am 12. d. M. im Gemeinderathe einstimmig beschlossen wurde, ihm die grosse goldene Salvatormedaille zu verleihen.

— Am 7. September constituirte sich in Berlin der Aerzte-Verein des Regierungs-Bezirks Potsdam. Der Einladung des vorbereitenden Geschäftsausschusses waren an 50 Aerzte des Bezirks zu persönlicher Theilnahme an der Constituirung gefolgt, eine gleiche Anzahl hatte seine Beitritts- und Zustimmungserklärung eingesandt. Unter Vorsitz von Geh.-R. Zinn-Eberswalde, der die Versammlung mit dem Hinweis auf die ideale sowohl wie auch die reale Seite der Vereinigung gleichgesinnter Collegen eröffnete, wurde der vorgelegte Entwurf der Verfassung des Vereins berathen und definitiv angenommen. Eine ernstere Debatte erhob sich nur über den etwaigen Eintritt des neuen Vereins in den Aerzte-Vereinsbund, dessen Dominationsgelüste in gewissen Fragen (z. B. Disciplinarbestimmungen) als Hinderniss für die individuelle Freiheit wegen der unvermeidlichen Unterordnung unter die durch Majoritäten geschaffenen Dogmen gefürchtet werden. Diese Befürchtungen wurden ernstlich widerlegt und im Gegentheil gerade der Eintritt in den Aerzte-Verband als der geeignete und allein mögliche Weg anerkannt, um den opponirenden Anschauungen Beachtung und Erwägung zu sichern. Der Beitritt wurde hiernach beschlossen und es wird der Verein schon in diesem Jahre seine Vertretung am Aerztetage finden. — Mit der Wahl des Vorstandes für das nächste Vereinsjahr endete die geschäftliche Sitzung.

— Die Nasse-Stiftung für Wittwen und Waisen von Aerzten entwickelt sich, wie der Bericht über das Jahr 1883 zeigt, in durchaus zufriedenstellender Weise. Mit je einer Stiftungs-Prämie von 75 M. konnten bei 30 Gesuchen 24 Wittwen und 2 hinterlassene Töchter von Aerzten bedacht werden, gegen im Ganzen 21 im Vorjahr. Die Einnahme betrug 2371 M., Bestand am 20. Januar 2256 M., die sich durch fernere Einnahmen bis 10. Mai auf 3514 M. erhob. Ausgaben 20. Jan. bis 10. Mai 2974 M. Bestand 540 M. Das Capitalvermögen beträgt incl. dieses Bestandes 17606 M. Von der Busch-Stiftung zum Andenken an den am 24. November 1881 verstorbenen Prof. W. Busch sind nunmehr 700 M. angezahlt und noch etwa 500 M. in Aussicht gestellt. Wir wünschen beiden Stiftungen, wie sie es verdienen, ein wachsendes Gedeihen.

— Strassburg i. E. Der Medicinalreferent bei dem Kaiserlichen Bezirkspräsidium in Strassburg, Sanitäts-Rath Dr. Krieger, ist zum ständigen Hilfsarbeiter bei dem Ministerium für Elsass-Lothringen ernannt worden; wohl nur die Vorstufe zur Nachfolgerschaft Wasserfuhr's.

— Stuttgart. Am 1. September starb im 66. Lebensjahre Prof. Dr. Otto Köstlin, Vorstand des ärztlichen Landesvereins und Mitglied der Redaction des Medicinischen Correspondenzblattes.

— In A. Bielefeld's Hofbuchhandlung zu Carlsruhe i. B. ist ein Antiquariats-Catalog erschienen, der u. A. aus der 531 Werke umfassenden reichhaltigen hinterlassenen Bibliothek des Geh. Medicinal-Raths Dr. Rob. Volz die Titel der in derselben enthaltenen Werke und Schriften über Cholera, die Pest und andere epidemische Krankheiten (447 Nummern) unter Angabe des Preises enthält. — Der Catalog wird auf Verlangen jedem Interessenten von obengenannter Firma gratis und franco zugesandt.

— Davos. Fräulein Theyer, seit mehr als zwei Jahrzehnten als Lehrerin und Vorsteherin eines Mädchen-Pensionates mit der Pflege der weiblichen Jugend vertraut und an den Verkehr mit derselben gewöhnt, hat in Davos Platz ein Heim für junge Mädchen und alleinstehende Damen gegründet, deren Gesundheit einer besonderen Pflege bedarf, oder die den Unzuträglichkeiten des Gasthoflebens nicht ausgesetzt sein wollen, und hat sich die Aufgabe gestellt, denselben eine geordnete Häuslichkeit, gemüthliches Familienleben und gewissenhafte mütterliche Pflege und Aufsicht zu bieten. Die Pension beträgt 220—250 Frcs. pro Monat. Dass den an ein solches Heim zu stellenden Ansprüchen hier in jeder auch in hygienischer Beziehung entsprochen ist, dafür bürgen die Namen der Herren, welche sich bereit erklärt haben, Referenzen zu ertheilen. Es sind die DDr. Moritz Schmidt in Frankfurt a. M., Deetz in Homburg v. d. H. und Georg Thilenius in Soden.

XIV. Literatur.

J. Graetzer, Geh. San.-R., Daniel Gohl und Christian Kundmann, Breslau, S. Schottlaender. — Rosenthal, Oberstabs-Arzt a. D. Verhandlungen und Mittheilungen des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Magdeburg. Zwölftes Heft. Magdeburg, Faber'sche Buchdruckerei. — Twelfth annual report of the board of health of the City of Boston for the financial year 1883—1884. Boston. Rockwell and Churchill. — Kratter, Doc. d. Hyg. an der Univ. Graz, Der alpine Cretinismus, insbesondere in Steiermark. Graz, Leuschner u. Lubensky. — Botschaft des Bundesrathes an die hohe Bundesversammlung betreffend die Alkoholfrage. Bern, Stämpfli'sche Buchdruckerei. — Schuler, eidg. Fabrikinsp., Die Ernährungsweise der arbeitenden Klassen in der Schweiz und ihr Einfluss auf die Ausbreitung des Alkoholismus. Bern, Stämpfli'sche Buchdruckerei. — M. Salomon, Entwicklung des Medicinalwesens in England, München, Jos. Ant. Finsterlin. — Uffelmann, Prof. in Rostock, Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene im J. 1883. Braunschweig, Friedrich Vieweg und Sohn. — Julius Wolff, Heilung des Schreibkrampfes. Frankfurt a. M. Moritz Diesterweg. — Bonnet, Privatdoc., München, Kurzgefasste Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung thierischer Gewebe. München, M. Rieger'sche Univ.-Buchh. (Gustav Himmer). — Messerer, Privatdoc., München, Experimentelle Untersuchungen über Schädelbrüche. München, M. Rieger'sche Univ.-Buchhandlung (Gustav Himmer). — Winckler, Therapeutisches Lexicon. Leipzig, F. C. W. Vogel.

XV. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den ordentlichen Professor Dr. Ponfick zu Breslau zum Medicinal-Rath zu ernennen, sowie dem Kreisphysikus Dr. med. Bobrick zu Mohrungen und dem practischen Arzte Dr. med. Klein in Köln den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen und dem Stabsarzt Dr. Körting vom 5 Thüringischen Infanterie-Rgt. No. 94 (Grossherzog von Sachsen), commandirt zur Dienstleistung der Militär-Medicinal-Abtheilung des Kriegs-Ministeriums die Erlaubniss zum Anlegen des ihm verliehenen Königlich spanischen Militär-Verdienst-Ordens erster Klasse zu ertheilen.

Ernennungen: Der Medicinal-Rath Prof. Dr. Ponfick zu Breslau ist dem dortigen Königlichen Medicinal-Collegium als Mitglied überwiesen worden. Der seitherige Kreiswundarzt Dr. Ritter in Bremervoerde ist zum Kreisphysikus des Stader Geest Kreises ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Dr. Wessel und Eichler in Driesen, Ober-Stabs- und Regiments-Arzt Dr. Lühe in Demmin, Dr. Wegelj in Swinemünde, Dr. Lilienfeld in Einbeck, Dr. Tigges in Düsseldorf, Dr. Thiele in Viersen, Zahnarzt Brandt in Düsseldorf.

Verzogen: Ober-Stabs- und Regiments-Arzt Dr. Voigt von Demmin nach Bromberg.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Hofens hat die Seil'sche Apotheke in Brüggen, der p. Kossmann hat die Jeckel'sche Apotheke in Rees, der p. Goebel die Ooms'sche Apotheke in Dormagen und der p. Börig die Ditgens'sche Apotheke in Barmen gekauft.

Verstorben: Stabsarzt a. D. Dr. Friedr. Mahlo in Berlin. Kreiswundarzt Dr. Drobegg zu Linz und Arzt Dr. Bonte zu Teutschenthal.

2. Württemberg.

(Med. Corr. Bl. No. 26.)

Bestätigt sind die Wahlen des med. Dr. Stark in Ilshofen, des Arztes Dr. Gustav Appenzeller, Stadtarzt in Altensteig, zu Districtsärzten und die Aufstellung des Stadt- und Districtsarztes Dr. Henning in Bopfingen als Armenarzt.

Assistenzarzt der Pflegeanstalt Zwiefalten Dr. Arnold ist auf sein Ansuchen seines Dienstes enthoben. Der Districtsarzt Dr. Glotz in Roth, Oberamt Leutkirch, zum Armenarzt.

Gestorben: den 16. Juli zu Stuttgart Dr. Julius Josef Bopp, Zahnarzt, 59 Jahre alt.

Niedergelassen haben sich: Dr. Sigmund Wagner, Volontärarzt an der Königl. Landesbebeammenschule, Assistenzarzt am Katharinenhospital und Schiffarzt in Wildbad. Dr. Robert Suchier, Hof- und Leibarzt des Fürsten zu Isenburg, als Vorstand der Wasserheilanstalt in Herrenalb, in Calw Dr. Georg Zahn, approbirt in Tübingen 1884, in Teinach Dr. Hermann Reichert, approbirt in Tübingen 1883, Dr. Oskar Elben, appr. 1879, Assistenzarzt an der Irrenanstalt Schussenried, in Ravensburg.

3. Baden.

(Aerztliche Mittheilungen aus Baden NNo. 14, 15.)

Verliehen wurde dem Geheimrath III. Klasse Dr. Georg Schweig in Karlsruhe das Kommandeurkreuz 2. Klasse des Ordens vom Zähringer Löwen.

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag | № 38. | 18. September 1884.

DEUTSCHE
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Tageslicht-Messungen in Schulen.

Vorläufige Mittheilung

von

Prof. Dr. Hermann Cohn
in Breslau.

(Nachdruck mit Angabe der Quelle gestattet.)

I.

Seit Jahrhunderten ist es bekannt, dass man eine Schrift dem Auge um so mehr nähern muss, je mehr die Helligkeit abnimmt. Wir haben also unsere Aufmerksamkeit ganz besonders darauf zu richten, dass jeder Schülerplatz reichlich beleuchtet ist, um der Entstehung und Vermehrung der Myopie vorzubeugen.

Vor 20 Jahren habe ich bei meinen Untersuchungen in Breslau für jede der 133 Klassen auf Grund folgender Fragen eine Helligkeits-Tabelle entworfen: „Wie viel Fenster vom Schreibenden rechts, links, vorn, hinten? Wie viel Fenster östlich, westlich, nördlich, südlich? Wie ist die Farbe der Wände? Wie hoch sind die Häuser gegenüber? Wie viel Schritt sind sie entfernt? Welche Höhe und Breite haben die Fenster? In welchem Stockwerk liegt das Zimmer?“ Mit diesen Feststellungen musste ich mich begnügen, da es leider damals noch kein Photometer gab, mit dem man die Tagesbeleuchtung in Graden etwa wie die Wärme bestimmen konnte. Hierbei bemerkte ich[1]), dass zur Vergleichung der Beleuchtung zweier Räume einstweilen das menschliche Auge selbst das beste Photometer sei, da eine Schrift bei schlechter Beleuchtung oft nur halb so weit gelesen werde, als bei guter. Später hat H. v. Hofmann[2]) in Wiesbaden diesen Gedanken ins Praktische übertragen, indem er vorschlug, in jeder Klasse eine Tafel mit Snellen'schen Buchstaben aufzuhängen und den Unterricht schliessen zu lassen, sobald die Tagesbeleuchtung so weit gesunken, dass das gesunde Auge Snellen VI nicht mehr in 6 M. zu lesen im Stande ist. Dieser Vorschlag bleibt sehr beherzigenswerth. Das Strassburger Gutachten (Prof. Laqueur) vom Jahre 1882 wünscht eine solche Beleuchtung eines jeden, auch des vom Fenster entferntesten Platzes, dass eine feine Diamantschrift noch auf 30 Centimeter bequem gelesen wird.

Bei freiliegenden Schulhäusern hatte ich vor 20 Jahren gefunden, dass bei hellen Zimmern die Glasfläche zur Bodenfläche sich wie 1 : 5 verhalte. Dieses Verhältniss wurde auch von der technischen Deputation in Berlin für die preussischen Schulen als Minimum adoptirt. Aber es ist selbstverständlich, und ich habe das in meinem Buche (pag. 108.) ausdrücklich gesagt, dass die richtigste Lage der Fenster in Bezug auf Himmelsrichtung, dass auch die grössten und breitesten Fenster und selbst eine ausreichende Anzahl derselben nicht für eine gute Beleuchtung genüge, wenn Bäume oder nahestehende hohe Häuser oder gar Kirchen den Zimmern das Licht rauben.

Schon Zwez[3]) glaubte, dass die Höhe des gegenüberliegenden Hauses nicht wesentlich schade, wenn sie von einem Fensterbrette des Schulzimmers gemessen und berechnet 20—25° nicht übersteigt. In Holland[4]) wurde im Jahre 1879 eine Königl. Commission für Schulbauten eingesetzt, welche sehr breite und hohe Atelierfenster für Schulen vorschlug. In Frankreich[5]) hat der Minister des Unterrichts im Jahre 1882 eine Commission berufen, welche sich mit der Beleuchtung der Schulzimmer sehr eingehend beschäftigte und hauptsächlich betonte, dass, da das Licht, welches vom Himmel auf den Platz fiele, das Wesentlichste sei, jeder Schüler ein Stück Himmel sehen müsse, das mindestens 30 Centimeter vom oberen Ende der Glasscheibe des oberen Fensters entspräche. Dann wäre nach meiner Berechnung bei einem Platze, der 6 M. vom Fenster entfernt ist (und das ist wohl allgemein jetzt die grösste Tiefe eines Schulzimmers) ungefähr 3°. — Javal[1]) verlangte mit Recht, dass der Abstand der gegenüberliegenden Gebäude doppelt so gross sein müsse, als die Höhe derselben. — Förster[2]) wünscht ein Minimum des Einfallswinkels am Schülerplatze von 25°, ferner einen Oeffnungswinkel von 5° Minimum; so nennt er den Winkel, welcher die gegenüberliegende Dachkante und der obere Fensterrand mit dem Schülerplatze bilden.

Alle diese Vorschläge betreffen nur den Elevationswinkel und Oeffnungswinkel im vertikalen Sinne und lassen die Breite, unter der das Licht einfällt, völlig unberücksichtigt. Dass dieselbe aber eine sehr hohe Bedeutung für die Tagesbeleuchtung gleichfalls hat, liegt auf der Hand.

Das Bedürfniss eines Photometers für Tageslicht ist längst empfunden worden; allein die bisherigen Apparate, sowohl die chemischen, als die electrischen Photometer waren nicht befriedigend. Auch das Instrument, welches Bertin-Sans[3]) in Montpellier ähnlich dem Rumford'schen Photometer construirte, ist nach gef. brieflichen Mittheilungen des Erfinders noch nicht vollkommen.

Mit grösster Freude begrüsste ich daher die schon im Jahre 1883 veröffentlichte[4]) Beschreibung eines neuen, höchst geistreichen Photometers von Leonhard Weber, Prof. der Physik in Breslau. Mit diesem Instrumente bricht zweifellos eine neue Aera in der Erforschung der Schulbeleuchtung an.

Man kann mit diesem Apparate, der bei Schmidt und Hänsch in Berlin (für 300 Mark) zu beziehen ist, in wenigen Minuten angeben, wie viel Kerzen 1 Meter entfernt von irgend einem gemessenen Platze brennen müssten, um eine gleiche Helligkeit des Platzes zu erzeugen, als sie momentan vom diffusen Tageslicht geliefert wird.

Während wir also bisher nur auf allgemeine Redensarten bei Beurtheilung der Beleuchtung eines Platzes angewiesen waren, tritt nunmehr die Zahl als Prüfstein ein. Das röthliche Benzinlicht lässt sich freilich nicht direct mit dem bläulichen Tageslicht betr. seiner Helligkeit vergleichen; Weber setzt daher ein rothes Glas vor, das beide Lichter gleich färbt. Die Messungen werden also nur für die rothe Quote des Tageslichtes angestellt; wahrscheinlich sind diese Zahlen mit einer zwischen 2 und 3 liegenden Zahl zu multipliciren, um das physiologische Aequivalent in Normalkerzen ausgedrückt für das gesammte weisse Tageslicht finden; doch ist diese Zahl noch nicht ganz sicher gestellt; allein ist offenbar kein Fehler, alle für roth gefundenen Zahlen direct mit einander zu vergleichen, da die Farbenzusammensetzung des Tageslichtes nach Weber nicht solchen Schwankungen unterworfen ist, die wesentlich auf das Endresultat einwirken.

II.

Ich habe nun im Auftrage einer vom Aerzte-Verein des Reg.-Bez. Breslau eingesetzten ständigen Commission für Schulhygiene seit 6 Mon.

[1]) Die Augen von 10,060 Schulkindern. Leipzig 1867, p. 102.
[2]) Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1873, p. 269.
[3]) Das Schulhaus und seine innere Einrichtung. Weimar 1864.
[4]) Rapport van de Commissie benoemd bij Z. Maj. besluit vom 2. Februar 1879, No. 15. Haag. van Stockum und Zoon. 1879.
[5]) Ministère de l'instruction publique. Commission de l'hygiène scolaire. Paris. Imprimerie nationale. 1882.

[1]) Annales d'oculistique Bd. 79—82.
[2]) Vierteljahresschr. f. öffentliche Gesundheitspfl. Bd. XVI. Heft 3. 1884.
[3]) Annales d'hygiène publique. Tome VII. pag. 76 u. 187.
[4]) Centralzeitung für Optik und Mechanik 1883. No. 16 und 17. Ferner Wiedemann's Annalen 1883. Bd. 20. p. 326. Vergl. ferner Weber's „physiolog. Aequivalenz verschieden gefärbter Lichtquellen“ in der electro-techn. Zeitschr. Aprilheft 1884.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Beleuchtungsverhältnisse von 4 hiesigen höheren Lehranstalten geprüft; mit Weber's Photometer habe ich in 70 Klassenzimmern das Tageslicht untersucht; dabei wie bei den später noch zu nennenden Prüfungen hat mich mein hochverehrter Freund und College Leonhard Weber in der aller dankenswerthesten Weise mit Rath und That unterstützt.

Ich untersuchte 18 Zimmer im Elisabet-Gymnasium (E.), 20 Zimmer im Magdalenen-Gymnasium (M.), 17 im Johannes-Gymnasium (J.) und 15 in der kathol. höheren Bürgerschule (B.). Ich bemerke, dass die beiden erstgenannten sehr alten Anstalten absichtlich gewählt wurden, weil sie ausserordentlich finstere Zimmer enthielten, denen das Licht durch die dicht vor ihnen befindlichen hohen Kirchen genommen wird; sie befinden sich mitten im Herzen der Stadt und enthalten nach meinen früheren Untersuchungen die meisten Myopen in Breslau. Das Johanneum ist erst vor 13 Jahren in der Paradiesstrasse gebaut und hat meist helle Klassen; die kath. Bürgerschule wurde vor etwa 17 Jahren errichtet und kann in Bezug auf Tagesbeleuchtung gradezu musterhaft genannt werden.

Die Lichtmessungen wurden sämmtlich Vorm. von 9—11 Uhr während des Unterrichts von mir vorgenommen und zwar in jeder Klasse am hellsten Schülerplatze, d. h. 1—1,25 m vom Fenster, und am dunkelsten Schülerplatze, d. h. 5—6 m vom Fenster entfernt. In jeder Klasse wurde zweimal gemessen, einmal an einem möglichst hellen und einmal an einem möglichst dunkeln, trüben Vormittage. Mitunter mussten die Messungen abgebrochen werden, da helle Wolken mit blauem Himmel wechselten, wobei die Helligkeiten um 100 Kerzen und mehr in wenigen Minuten zu- oder abnehmen können. Am Besten eignen sich natürlich gleichmässig bedeckte Tage und Tage mit ganz wolkenlosem, blauen Himmel.

Indem ich mir die Details für spätere ausführliche Mittheilung vorbehalte, gebe ich hier nur die Grenzen, in denen die Beleuchtung in den einzelnen Schulen schwankten.

Am hellsten Schülerplatze fand ich die Helligkeit (h):

in E.	an hellen T.	61— 450 Kerzen,	an trüben T.	4,7— 235 Kerzen
in M.	„ „ „	82— 420	„ „ „ „	2,6— 182 „
in J.	„ „ „	189—1142	„ „ „ „	121—1050 „
in B.	„ „ „	320—1410	„ „ „ „	79— 555 „

Am dunkelsten Schülerplatze war h:

in E.	an hellen T.	1,7— 32 Kerzen,	an trüben T.	< 1—22 Kerzen
in M.	„ „ „	1,8— 68	„ „ „ „	< 1—10 „
in J.	„ „ „	7,9—133	„ „ „ „	3,4—69 „
in B.	„ „ „	21,6—160	„ „ „ „	4,6—38 „

Das Licht nimmt ausserordentlich schnell vom Fenster aus ab. Man glaube ja nicht, dass es bei Oberlicht keine dunklen Winkel gebe. In einer grossen Weberei in Schweidnitz fand ich unter Shedsdach an verschiedenen Plätzen 190—500 Kerzen.

Man kann sich ein ungefähres Bild von der Finsterniss einer Schule machen, wenn man sieht, wie viel Kerzen an den besten Plätzen bei trübem Wetter noch vorhanden sind.

In E. haben in 13 Klassen die besten Plätze nur 4—96 K.
„ M. „ „ 12 „ „ „ „ „ 2—98 K.

Im Johanneum dagegen hat in keiner Klasse der beste Platz selbst bei trübem Wetter unter 121 Kerzen, in der katholischen Bürgerschule existiren nur 2 Klassen mit Plätzen unter 100 Kerzen.

Sehr lehrreich ist auch die gefundene h bei trüben Tagen an den dunkelen Plätzen In E. sind 6 Klassen, in M. sogar 7 Klassen, bei denen h < 1 ist. Hier müssen also eine Anzahl Kinder in 13 Klassen Vorm. 11 Uhr bei trüben Tagen bei weniger als 1 Kerze schreiben! Gegenüber solchen Zahlen werden diejenigen verstummen müssen, die wie v. Hippel[1]) als Feinde staatlicher Schulärzte auftreten und statt solche Klassen sofort obligatorisch schliessen zu lassen, lieber von der allmählichen Verbreitung hygienischer Grundsätze Nutzen für die Kinder erwarten.

An trüben Tagen an den dunkelsten Plätzen fand ich

in E.	in 10 Klassen	h =	1—5,5.
„ M.	„ 9 „	„	1—3,4.
„ J.	„ 5 „	„	3,4—8,4.
„ B.	„ 3 „	„	4,6—9,9.
Dagegen in J.	in 10 Klassen	h =	10—19,8.
und „ B.	„ 9 „	h =	12—25,6.

III.

Die Himmelshelligkeit, H. Anfangs wurde nur notirt, ob der Himmel bedeckt, ob helle Sonne oder Cirri oder Cumuli oder grössere weisse Wolken vorhanden waren; bei den beiden zuletzt untersuchten Anstalten aber wurde auf Weber's Rath die Helligkeit des Himmelsstückes, welcher den betreffenden Schülerplatz beleuchtete, selbst photometrisch gemessen. Der Bequemlichkeit wegen wurde ein rechtwinkliges Prisma an das Ocular des Apparates geschraubt, so dass man, wenn das Instrument nach dem Himmel gerichtet war, bequem nach unten blicken und einstellen konnte.

An hellen Tagen schwankte H. zwischen 906 und 11430 Kerzen, an trüben zwischen 305 und 4444 Kerzen. Natürlich wurde niemals an einem Platze gemessen, auf den die Sonne selbst schien. Schwankungen von 11430 und 6714 kamen schnell nach einander vor, wenn der blaue Himmel und die graue Mitte einer weissen Wolke in der Nähe gemessen wurden; also wähle man stets gleichmässig trübe oder gleichmässig wolkenlose Tage.

Man wird gut thun, die gefundene Platz-Helligkeit h auf einen Normalhimmel H = 1000 Kerzen zu reduciren; dann würde die reducirte Platzhelligkeit (hr) für die besten Plätze im Johannes-Gymnasium = 76—645, für die schlechtesten 2,1—27,1, in der Bürgerschule für die besten Plätze 91—368, für die schlechtesten 4,5—19 Kerzen betragen.

Von grossem Einfluss ist der Reflex gegenüberliegender Häuser (Hg); sie sind oft heller als der Himmel. Vis-à-vis dem Johannes-Gymnasium ist ein hellgelbes Haus, das von der Sonne beschienen Hg = 1866 Kerzen zeigte, während H. nur = 1441 war; ein andermal freilich war H. = 2005 und das Haus nur Hg = 1212.

IV.

Eine sehr einfache Methode, vorläufig die Helligkeit einer Klasse zu bestimmen, besteht darin, dass man die Anzahl der Schüler notirt, die von ihrem Platze überhaupt keinen Himmel sehen. Unter 68 Klassen fand ich 28, in denen überhaupt solche Plätze existirten. in E. 10, in M. 9, in J. 8, in B. aber nur 1 Klasse. 2461 Schüler wurden gefragt; 459 von ihnen konnten kein Stückchen Himmel sehen, und zwar in E. 28% in 10 Klassen, in M. 24% in 9 Klassen, in J. 15% in 8 Klassen und in B. kaum 1%. In der Bürgerschule waren nur überhaupt 4 Schüler in einer einzigen Parterreklasse in der genannten unangenehmen Situation; im Elisabeth-Gymnasium dagegen sahen in einzelnen Klassen mehr als die Hälfte der Schüler, in Sexta a sogar 80% keinen Himmel! Details bleiben vorbehalten.

Will man aber das Stück Himmel messen, das der Schüler noch wahrnimmt, so würde man grosse Mühe und Zeitaufwand daranwenden müssen, da man mit dem Spiegelsextanten untersuchen müsste.

Um hier rascher zum Ziele zu kommen, ersuchte ich Herrn Prof. L. Weber, ein Instrumentchen zu ersinnen, mit dem die Messung des gesammten einfallenden Lichtes schnell zu ermöglichen wäre. Weber erfand nun einen äusserst sinnreichen, kleinen Apparat, den er den Raumwinkelmesser[1]) nennt und in Kurzem in der Zeitschrift für Instrumentenkunde (Octob.-Heft) genau beschreiben wird. Hier sei nur ganz kurz Folgendes über das Instrument gesagt.

Man denke sich von einem Punkte (C) einer beleuchteten Tischfläche alle Grenzstrahlen gezogen, welche die Kanten der Fenster, event. der gegenüberliegenden Dächer streifend, noch grade auf freien Himmel treffen. Alle diese Strahlen begrenzen in ihrer Gesammtheit eine körperliche Ecke mit der Spitze in C und den Inhalt dieser Ecke nennt Weber den Raumwinkel (ω). Beschreibt man von C als Mittelpunkt eine Kugeloberfläche von beliebigem Radius, so wird der Raumwinkel ein gewisses Stück dieser Oberfläche ausschneiden.

An Stelle des beleuchteten Punktes wird nun eine Linse von 11,4 cm Brennweite gesetzt, hinter sie ein Papier, auf dem ein Netz von 2 mm Seite haltenden Quadraten gezeichnet ist; auf diesen entsteht ein umgekehrtes Bild des von dem Platze zu sehenden Stück Himmels, das man einzeichnet, und jedes Quadrat der Figur entspricht der Einheit, welche zur Ausmessung des Raumwinkels zu Grunde zu legen ist, und wird als Quadratgrad bezeichnet werden. (Beiläufig bemerkt würde das ganze Himmelsgewölbe auf diese Weise ausgemessen, etwa 41,253 Quadratgrade messen.) Auch die Elevation ist an dem kleinen Apparate abzulesen; die vom Himmel beleuchteten Quadrate werden gezählt und mit den Sinus des Einfallswinkels (α) multiplicirt (ω sin α).

V.

Mit diesem Raumwinkelmesser habe ich nun alle Plätze ausgemessen, an denen ich vorher photometrische Prüfungen vorgenommen. Ich stelle hier zunächst nur die Anzahl von Klassen zusammen, in denen der < ω an hellen Plätzen < 300° und > 300° war. Da finden wir in

E.	11 Kl.	< 300°	und	6 Kl.	> 300°
M.	12 „	„	„	8 „	„
J.	1 „	„	„	16 „	„
B.	0 „	„	„	13 „	„

[1]) Rectoratsrede. Giessen 1884. „Welche Maassregeln erfordert das häufige Vorkommen von Kurzsichtigkeit in den höheren Schulen."

[1]) Für 20 M. schon jetzt zu beziehen bei Opticus Heidrich in Breslau, Schweidnitzer Strasse 27, und später auch bei Schmidt und Hänsch.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

An den dunklen Plätzen jedoch war $< \omega = 0^{\circ}$ in E. in 10 Klassen, in M. in 10 Klassen, in J. in 1 und in B. in keiner Klasse. $< \omega = 4 - 20^{\circ}$ in E. in 2, in M. in 6, in J. in 6, in B. in 3 Klassen. $< \omega = 21 - 109^{\circ}$ in E. in 5, in M. in 3, in J. und B. in 10 Klassen.

In einer neuen Dorfschule in Maria-Höffgen, welche auf freiem Felde ohne jedes Vis-à-vis steht und 4 Fenster hat, zeigte der dunkelste Platz noch $< \omega = 116^{\circ}$, also vielmehr als viele der hellsten Plätze in den alten Stadtschulen, die nur $< \omega = 40 - 70^{\circ}$ hatten. In 20 Klassen des E. und M. fand ich an den dunkeln Plätzen $< \omega = 0^{\circ}$!, im Johanneum nur in 1, in B. in keiner Klasse.

Nach meinen bisherigen Beobachtungen stelle ich als Regel auf: **„Der beste Platz darf nicht unter 500°, der schlechteste nicht unter 50° Raumwinkel haben."**

Der Raumwinkel ist durchschnittlich grösser in den höheren Etagen, am schlechtesten im Parterre. In das Parterre dürfen daher nur die Lehrerwohnungen, Bibliothek, die Aula (die jetzt überall das beste Licht im obersten Stock hat und so selten benützt wird), physikalische Cabinet etc. kommen; die Klassen aber lege man möglichst hoch hinauf!

Auch die Reflexe der gegenüberliegenden Häuser und Dächer wurden mit in den Raumwinkel bezogen, sie vermehren denselben oft um 30—90°.

Dagegen wird $< \omega$ im Sommer durch die Blätter der Bäume verringert, oft selbst um 24°.

VI.

Beziehung von h und ω. War der $< \omega = 0^{\circ}$, so schwankten die Helligkeiten in 20 Klassen von E. und M. an trüben Tagen zwischen $h < 1$ und $h = 3{,}4$, an hellen Tagen zwischen $h = 1{,}7 - 8{,}5$. Dieses Licht ist also nur von den Wänden reflectirt. War $< \omega < 20^{\circ}$, so betrug h meist 2—5, stieg aber auch mitunter auf 19 an dunklen Tagen, und schwankte zwischen 2,6—24 an hellen Tagen.

Bei $< \omega = 21 - 40^{\circ}$ war $h = 3{,}3 - 3{,}5$ an trüben, $= 15 - 78$ an hellen Tagen. Bei $\omega = 41 - 60^{\circ}$ war $h = 12 - 19$ an trüben und $= 22 - 70$ an hellen Tagen; bei $\omega = 60 - 109^{\circ}$ war $h = 10{,}7 - 38$ an dunklen und $= 29 - 160$ an hellen Tagen.

Da 10 Kerzen die geringste Beleuchtung an trüben Tagen sein dürfen, so folgt hieraus, dass Plätze mit einem kleineren Raumwinkel als 50° nicht zu dulden sind.

Von enormem Einflusse auf ω sind die Fensterkreuze; sie nahmen 35—54 % Raumwinkel in vielen Klassen fort. Man wird also sehr dünne eiserne Pfeiler statt der mächtigen Holzkreuze in Zukunft anbringen müssen. Die breiten Zwischenpfeiler zwischen den Fenstern verfinstern ebenfalls ausserordentlich. Während z. B. in der gut beleuchteten Quarta a. des Magdal. Gymnasiums 1 Meter vom Fenster $< \omega = 734^{\circ}$ und $h = 400$ gefunden wurde, zeigte sich nur 0,9 Meter vom Fensterrande entfernt hinter dem Pfeiler $< \omega = 62^{\circ}$ und $h = 10{,}2$. Man vermeide also alle architectonischen Verzierungen und mache die breitesten, dicht aneinander liegenden Atelierfenster!

Auch das Anlaufen und das Oeffnen der Fenster sowie die Doppelfenster wirken erheblich auf h. Natürlich muss bei allen Schulbauten auf's Strengste darauf gesehen werden, dass weder früher noch später ein Haus vorgebaut werde!

VII.

Sehr überraschend waren die Messungen des Lichtverlustes durch Vorhänge. Die üblichen grauen Staubrouleaux nahmen 87—89 % Licht. Weisse, seitwärts zu ziehende Chiffonvorhänge in der Bürgerschule nahmen nur 75—82 %. In dem Arbeitszimmer meiner Kinder habe ich die von G. Weckmann in Hamburg angefertigten patentirten verstellbaren Vorhänge angebracht. Sie sind ähnlich den Holzjalousieen, nur dass statt der Holzleisten kleine mit grauem durchscheinendem Stoffe überspannte Rahmen sich befinden, die man vertical, schräg und wagerecht stellen kann. In verticaler Stellung nahmen sie auf einem Platze, der 2 Meter vom Fenster lag, 91 %, schräg 70 %, horizontal nur 57 %. Sie sind daher überaus zu empfehlen.

Ganz besonders schädlich sind Marquisen, die immer den obersten Theil des Fensters verdecken, der gerade das beste Himmelslicht bietet. Alle Vorhänge in Schulen müssen zur Seite ziehbar sein!

Die Farbe der Wände ist natürlich von der grössten Importenz; je kleiner $< \omega$, desto heller müssen sie sein. Was sie für h leisten können, sah ich, als ich am 23. August über vorliegendes Thema in der Plenarversammlung des internationalen hygien. Congresses im Haag in dem Saale der Diligentia vortrug. Ich hatte das Photometer auf dem Podium, auf dem ich sprach, stehen; $< \omega$ war $= 0$; der Saal hatte in der Mitte Oberlicht und 3 Fenster links, von denen aber keine Spur direct auf den Platz des Podiums fiel, und doch fand ich Nachm. 4 Uhr an dem sonnenhellen Tage $h = 116$. Die Wände des Locals waren prachtvoll weiss und reflectirten also mehr Licht auf das Podium, als ich in guten Klassen bei Plätzen, die reichlich Himmelslicht erhielten, gefunden. —

Es ist entschieden fehlerhaft, den Sockel der Wand dunkel streichen zu lassen. Im Magd.- und Elisab. Gymn. hat der dunkelbraune Sockel 1,5—2 m. Höhe! Derselbe absorbirt also noch das wenige Licht, das überhaupt in die Klasse fällt. Aus dem Grunde der Reflexbeleuchtung ist es auch wünschenswerth, dass die meist dunklen Ueberröcke, Mäntel und Hüte nicht in der Klasse, sondern in Garderoben, oder verschliessbarem Flure vor der Klasse aufgehängt werden, ganz abgesehen davon, dass der Aufenthalt in einem Raume, in dem 50—70 oft durchnässte oder bestaubte Mäntel hängen, der Gesundheit der Schüler und der Lehrer nicht förderlich ist.

In Nordzimmern wurde ceteris paribus weniger Licht gefunden, als in Südzimmern.

VIII.

Um in alten finsteren Schulzimmern mehr Licht zu erhalten, hat Förster vorgeschlagen, grosse Prismen vor die Fenster zu bringen, die das Himmelslicht tiefer in die Klassen hineinleiten sollen; ein practischer Versuch liegt bisher nicht vor, dürfte vielleicht auch an den beträchtlichen Kosten grosser Prismen scheitern.

Dagegen existirt in Breslau in der Buchhandlung des Herrn v. Korn seit mehreren Monaten die Vorrichtung verstellbarer Spiegel, wie sie in England gebräuchlich, durch welche das in der nur 3 m. breiten Marstallgasse gelegene Local wesentlich besser beleuchtet wird. Der Glasermeister Krähnert in Breslau fertigt solche verstellbare grosse Fensterspiegel für 40—45 Mark pro Fenster an. Meine Messung mit dem Photometer ergab, dass ein Platz 3,15 m. vom Fenster ohne den Spiegel 65 Kerzen, mit dem Spiegel 130 Kerzen, also das doppelte Licht hatte. Ein Platz 6 m. vom Fenster erhielt durch den Spiegel 20 an Stelle von 12 Kerzen. Diese einfache und billige Vorrichtung dürfte also für alte, finstere Schulen empfehlenswerth sein. Richtiger ist es jedenfalls, auf alle Kunstmittel zu verzichten und die finsteren Klassen schleunigst zu cassiren.

In jeder Klasse liess ich am dunkelsten Platze Jaeger 1 von Kindern mit vorzüglicher Sehschärfe lesen. Im Magdalenaeum waren 9 Klassen, in denen diese Schrift nur bis 15—25 cm erkannt wurde, im Johann. u. B. keine solche. Hier existirten 12 Klassen, wo selbst am dunkelsten Platze Jaeger 1 noch bis 40—50 cm fliessend gelesen wurde. Die Plätze an denen 30 cm Fernpunkt nicht erreicht wurde, hatten an trüben Tagen weniger als 10 Kerzen; daher nehme ich $h = 10$ als Minimum der Beleuchtung an.

Meine Untersuchungen über künstliche Beleuchtung, Anzahl der Flammen, Art der Brenner, Cylinder und Schirme, beste Art der Reflectoren etc., sind noch nicht beendet. Ich hoffe, in Kurzem die detaillirte Arbeit gemeinsam mit meinem verehrten Collegen Prof. Dr. Weber herauszugeben, der den rein physikalischen Theil schreiben wird.

Wünschenswerth wäre, dass in allen Schulen die Untersuchungen wiederholt werden, und dass die gewonnenen Resultate nicht nur für den Neubau von Lehranstalten, Schulen und Universitäten, sondern auch von Bureaux, Sammlungen und Privathäusern, in welchen helle Arbeitsräume nöthig sind, verwendet werden. Durch die practische Verwerthung der geistreichen Apparate von Weber wird sicher die Hygiene des Auges in den Schulen zu einer noch exacteren Wissenschaft werden.

II. Wie soll man Anatomie lehren und lernen.[1])

Rede, gehalten zur Feier des Stiftungstages der militärärztlichen Bildungsanstalten am 2. August 1884.

Von

Prof. Dr. Waldeyer.

Geh. Medicinal-Rath.

(Schluss aus No. 37.)

Weniger habe ich hier über den practischen Unterricht im makroskopischen Präparirsaale zu sagen. Die Hauptsachen stehen hier durch

[1]) Die Redaction fühlt sich zu der Bemerkung veranlasst, dass Herr Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Waldeyer schon am 2. August mit Zustimmung des Herrn Generalarzt Dr. Schubert, seine Erlaubniss zum Abdruck der Rede in dieser Wochenschrift ertheilt hat.
P. B.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahrhunderte lange Erfahrung gesichert fest und es finden sich auch keine nennenswerthen Abweichungen in den einzelnen Anstalten: somit wäre es eine überflüssige Aufgabe, hier noch mit längstbewährten Vorschriften zu kommen. Doch möge man mir einige Bemerkungen gestatten:

In der Frage, wann die jungen Mediciner mit der practischen Arbeit auf dem Präparirsaale zu beginnen haben, stimme ich vollkommen dem bei, was Hyrtl in seinem vortrefflichen Buche über die Zergliederungskunst (p. 12) sagt, dass dieselben sofort im ersten Semester anfangen sollen. Ich habe während meiner Lehrthätigkeit in Strassburg die Sache so gehandhabt, dass ich in den ersten Semesterwochen die Zahl meiner Vorlesungsstunden vermehrte, um mit der Haut und den Muskeln rascher abzuschliessen. Ich begann mit der Haut, einmal, weil das Integumentum commune derjenige Theil unseres Körpers ist, den Jedermann, wenigstens in seinen Aeusserlichkeiten, am besten kennt und bei dem er jeden Augenblick sich von der Richtigkeit der gegebenen Beschreibung durch eigene Anschauung überzeugen kann, der also wohl am besten in die Anatomie einführt; dann aber, weil damit der Vorlesung über Osteologie Zeit gelassen wurde, der Myologie um die nothwendigen Capitel vorauszugehen, und endlich, damit die Präparanten, wenn sie das Messer ansetzen, auch wissen, was sie zu durchschneiden haben und ihr Augenmerk auch auf die Zergliederung der Haut lenken, die in vielen Handbüchern der anatomischen Technik als gar nicht vorhanden angesehen wird.

So können selbst die Anfänger von vornherein mit Nutzen präpariren, da ja bei der Vermehrung der Vorlesungsstunden die Muskellehre bald hinreichend weit gefördert wird.

Muskeln werden wohl in allen Präparirsälen hinreichend bearbeitet; sie sind ja auch das beste Material, um die wesentlichsten Präparir-Instrumente: Messer und Pincette, richtig handhaben zu lernen, sind ausserdem immer am leichtesten zur Disposition, namentlich in unserer Zeit, in der nicht blos die Berufenen pathologische Anatomie treiben, und es schwer hält, unsecirte Leichen zu erhalten. Ob nicht hierin mitunter des Guten zuviel geschieht, will ich für jetzt nicht weiter untersuchen, im Interesse des anatomischen Unterrichts jedoch diese für unsere Präparirsäle so wichtige Frage gestreift haben. Es herrscht denn auch auf manchen unserer heutigen Präparirsäle Mangel an den Objecten der Splanchnologie, deren methodischer, schulgerechter Präparation doch eine besonders grosse Bedeutung beizulegen ist. Sind die Muskeln hervorragend wichtig für die Topographie der Gefässe und Nerven, sind sie werthvoller für den Chirurgen, so gewinnt eine gründliche Kenntniss der Splanchnologie das grösste Interesse im Hinblick auf die innere Medicin und Gynäkologie. Ja, wenn die kühne Chirurgie unserer Tage immer tiefer und dreister in die Körperhöhlen hineingreift und ein inneres Organ nach dem andern ihrem aseptischen Messer zugängig macht, so dürfen wir auch sie hier nicht mehr ausschliessen.

Ich weiss nicht, ob ich darin Recht habe, aber es will mich bedünken, als ob der Präparation der feuchten Knochen, die sich zweckmässig mit der der Bänder und Gelenke vereinigen lässt, hie und da zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt würde. Ich entnehme dies wenigstens unter anderem auch aus der Art, wie diese Dinge in den Handbüchern der practischen Anatomie vielfach behandelt sind. Sicherlich stehen doch diese Objecte den Muskelpräparaten an Wichtigkeit nicht nach und auf der hiesigen Anatomie habe ich die streng gehandhabte Praxis eingeführt, dass nach vollendeter Muskelpräparation der betreffende Präparant auch noch die zugehörigen Knochen, Bänder und Gelenke darzustellen hat: eine Praxis, die ich aus bester Ueberzeugung empfehlen kann.

Ich berühre schliesslich eine Cardinalfrage des anatomischen Unterrichts, die indessen ein wenig über den hier gesteckten Rahmen hinausgreift, indem sie das Gebiet des Unterrichts in der Medicin im Allgemeinen angeht. Ich werde hierzu veranlasst durch die Fassung unserer neuen medicinischen Prüfungsordnungen, namentlich für das Tentamen physicum, die medicinische Vorprüfung, und durch eine Bemerkung Carl Ernst von Baers in seiner Selbstbiographie — p. 177 ff. Es heisst dort: „Oft habe ich mir im Leben die Frage aufwerfen müssen, ob unsere ganze Universitäts-Einrichtung nicht eine verkehrte ist, indem sie uns zwingt viele Disciplinen zugleich zu treiben und zwar alle, dosi refracta, 45—50 Minuten lang um dann zu ganz heterogenen zu eilen" u. s. w. — v. Baer führt diesen Gedanken weiter aus und zeigt namentlich, wie mir scheint, mit vollem Rechte, dass wir stets, wenn wir etwas ordentlich lernen wollen, uns mit dem betreffenden Gegenstande anhaltend und ohne Unterbrechung durch andere Dinge beschäftigen. Diese Erfahrung macht der Docent, wie der Student, täglich an sich selbst. Auch der erprobte Lehrer und Forscher, wenn er ein Capitel seiner Wissenschaft besonders gründlich sich zu eigen machen will, legt für längere Zeit alles andere bei Seite und „vertieft" sich ausschliesslich in den betreffenden Gegenstand. Hat der Studirende sich für eine Prüfung ordentlich vorzubereiten, so flieht er alle Vorlesungen und Curse, die ihn von seinem Gegenstande abziehen können und lernt durch eigene intensive Beschäftigung mit dem Gegenstande in wenigen Wochen mehr, als durch jahrelanges Anhören der betreffenden Collegia in täglich dreiviertelstündigen Raten, untermischt mit zahlreichen Vorlesungen über ganz heterogene Dinge.

Unsere Zeit fordert gebieterisch eine gründliche Aenderung unseres gesammten Studienwesens. Die Wissenschaften und die Ansprüche, die das Leben auch an die gelehrten Berufsklassen stellt, haben solche Fortschritte, beziehungsweise eine solche Steigerung und Aenderung erfahren, dass man sie kaum mehr mit denselben Dingen früherer Jahrhunderte vergleichen kann. Wir bewegen uns aber immer noch beim Lehren und Aneignen der wissenschaftlichen Disciplinen und bei der Vorbereitung auf unsern gelehrten Beruf in dem alten engen Rahmen der früheren Zeit. Es muss dies nothwendig zu Missverhältnissen führen.

Man denke nur einmal an die Thatsache, dass vor etwa 40 Jahren fast überall die Professuren der Anatomie und Physiologie mit einander verbunden waren, somit der Anatom meist gezwungen war, seine Anatomie in einem Semester zu lesen und für die Physiologie nur das folgende verwendete. Man erinnere sich, dass damals an den meisten Universitäten noch keine mikroskopischen Curse gegeben wurden und noch keine Professuren für pathologische Anatomie bestanden, dass die Augenheilkunde mit der Chirurgie, die Psychiatrie und die Nervenkrankheiten mit der inneren Medicin verbunden waren, dass es auch keine besonderen Kliniken für Hautkrankheiten und Syphilis gab und dass von Hygiene als Unterrichts- und Prüfungsgegenstand noch nicht die Rede war.

Man ziehe ferner in Betracht, dass zu jener Zeit in der Anatomie und Physiologie nur einmal examinirt wurde, und zwar bei der ärztlichen Staatsprüfung; das scharfe Examen in diesen Fächern bei der ärztlichen Vorprüfung bestand nicht. Auch wurde weder in der Physiologie noch in der pathologischen Anatomie, noch in der Pharmakologie und Ophthalmologie von einem besonderen Examinator geprüft. Freilich examinirte man den Mediciner im damaligen „Tentamen philosophicum" noch in der Logik und Psychologie; aber Jedermann wusste, dass auf den Ausfall dieser Prüfung nicht das Schwergewicht gelegt wurde; wenigstens werden mir die verehrten Anwesenden, die noch das Examen „philosophicum", anstatt des jetzigen „physicum", abgelegt haben, zugeben, dass das „Philosophische" darin ihnen die geringste Sorge gemacht hat.

Wie anders heute! Aus dem alten Philosophicum ist die Philosophie hinausgewiesen, statt ihrer sind die Anatomie und Physiologie hineingekommen. Der Zuwachs, der dadurch für die Studirenden an Vorbereitung erwächst, ist ein enormer im Vergleich zu dem, was früher nöthig war. — Sehen wir aber weiter, wie die Ansprüche an die studirenden Mediciner gesteigert worden sind: von Augen- und Ohrenheilkunde, von Hautkrankheiten und Syphilis, von Psychiatrie hört er in den chirurgischen und inneren Kliniken wenig mehr; er ist deshalb gezwungen zu den schon seit alters her bestehenden, und nicht etwa seit den getroffenen Neuerungen verminderten klinischen Stunden die andern, welche ihm der Besuch einer Augen- und Ohrenklinik, einer psychiatrischen und Nervenklinik, einer Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis kosten, hinzuzufügen.

Weiterhin kommen ihm die Unterrichtsstunden in der pathologischen Anatomie, die seit früher an den meisten Universitäten auf das doppelte vermehrten Vorlesungsstunden in der Anatomie und Physiologie und, wenn noch, wie es bevorzustehen scheint, die Hygiene in die Zahl der durch besondere Professuren bevorzugten Gegenstände aufgenommen wird, auch die auf diese Disciplin zu verwendenden Stunden hinzu.

Sicherlich ist es gut und nützlich, dass in dieser Weise den Fortschritten der Wissenschaft Rechnung getragen wird; aber mit der Thatsache, dass der Tag seine vierundzwanzig Stunden, das Menschenleben seine siebenzig Jahre behält, muss doch auch gerechnet werden. Und sicherlich hat die Leistungsfähigkeit des menschlichen Gehirns seit jenen vierzig Jahren nicht so zugenommen, trotz aller Dressur, wie es jene enorme Steigerung dessen, was ihm eingeprägt werden soll, verlangt.

Die Studienzeit ist dabei ganz genau dieselbe geblieben, denn das jüngst neuhinzugekommene neunte Semester war ein einfaches Correlat der Einführung einer semestralen Dienstzeit mit der Waffe, denn diese Zeit geht, wie schon bemerkt, für das medicinische Studium völlig verloren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wende man nicht ein, dass es ja Niemandem unbenommen sei, seine Studienzeit beliebig zu verlängern. Es trifft das einmal nicht für alle Verhältnisse zu und dann treten der Zwang des Usus und andere gebieterische Rücksichten so entschieden ein, dass ein Hinausschieben der letzten Examina fast zu den Unmöglichkeiten gehört.

Das schon jetzt von allen Seiten hart empfundene Missverhältniss wird sich immer mehr verschärfen; binnen kurzem wird sich ganz unabweisbar die Frage vor uns aufwerfen, wie wir Abhülfe zu schaffen haben. Ich sehe keine andere Möglichkeit ein, als dass man einmal noch ein zehntes Semester hinzufügt, was keinesweges als eine Härte erscheinen kann, da bereits eine noch längere Studienzeit in deutschen Staaten — früher z. B. in Bayern — obligatorisch war und der angehende Arzt doch die Möglichkeit hat, unmittelbar nach absolvirtem Studium eine selbstständige Stellung zu finden. Aber damit ist nicht Alles gethan und wird sich dieses Mittel auch bei späterer fortgesetzter Steigerung der Ansprüche nicht weiter verwenden lassen. Wir haben uns vor Allem zu fragen, was hat der Studirende, um als Arzt in den gewöhnlichen und dringenden Fällen das Seinige leisten zu können, nöthig zu lernen und was ist ihm nützlich zu lernen?

Wir müssen dann zwischen dem Nöthigen und Nützlichen scheiden. Für das Nöthige richte man obligatorische Vorlesungen ein und prüfe darin; für das Nützliche gründe man, ebenso wie für das Nöthige, Lehrstühle und Anstalten, damit Jedermann Gelegenheit habe, sich darin auszubilden und der Fortschritt der Wissenschaft gewahrt werde — aber man übe darin, weder durch obligatorische Vorlesungen noch durch Examina, irgend einen Zwang. Endlich aber, und dabei möchte ich heute allein verweilen, müsste, meines Erachtens nach, die Art des Unterrichtes geändert werden, und zwar in dem Sinne v. Baers.

Es liesse sich, so weit ich das zu beurtheilen im Stande bin, viel gewinnen, wenn man im Tentamen physicum die rein naturwissenschaftlichen Fächer allein examinirte, und von dem Ausfalle dieses Examens den Eintritt in die medicinische Facultät erst abhängig machte. Um hier gleich eine bestimmte Formulirung zu geben, würde ich es für zweckmässig erachten, dass von den zehn Semestern, welche dem medicinischen Studium zugewiesen sein müssten, zwei rein naturwissenschaftliche abgetrennt würden. Während dieser sei der angehende Mediciner bei der philosophischen, bezw. mathematisch-naturwissenschaftlichen Facultät inscribirt und höre die Vorlesungen über Chemie, Physik, Botanik, Zoologie und Mineralogie, bezw. Geologie, wobei darauf zu sehen wäre, dass die theoretischen Vorlesungen in den 3 letztgenannten Fächern nur je 1 Semester dauerten. Dann würde er Zeit gewinnen, auch ein chemisches und zootomisches Practicum zu absolviren, ohne sich mit Vorlesungen zu überladen, wie eine einfache Ueberlegung zeigt. Er würde dann Abends nicht abgespannt und übermüdet sein, wie jetzt, wo er in denselben Semestern auch noch anatomische und physiologische Vorlesungen hört und präparirt, sondern auch noch Spannkraft und Musse genug haben, das Gehörte auch durchzuarbeiten, mit einem Worte: zu „studiren", was jetzt der Student der Medicin kaum mehr kann.

Am Ende des zweiten Semesters werde dann das Tentamen physicum abgelegt, welches sich aber natürlich nur auf Chemie und Physik, Botanik und Zoologie zu beschränken hätte und dadurch bedeutend vereinfacht würde. Die Absolvirung des Tentamen physicum bedingte erst die Inscribirung in die medicinische Facultät. Dann folgten drei den propädeutisch medicinischen Wissenschaften gewidmete Semester, in deren einem auch der militärischen Dienstpflicht, und zwar im Sommersemester, genügt werden könnte, damit zwei anatomische Präparirsemester blieben. Zu diesen propädeutisch medicinischen Wissenschaften rechne ich: Anatomie in allen ihren Zweigen, Embryologie, Physiologie, physiologische Chemie und physiologische Physik nebst den betreffenden Uebungscursen.

Es ist klar, wenn in diesen 3 Semestern der Student von der Sorge der Chemie, Physik und beschreibende Naturwissenschaften — welche Disciplinen er übrigens nach dem hier vorgeschlagenen Modus viel leichter und besser erlernen wird — entlastet ist, er sich viel intensiver und mit ganzer Hingebung der Anatomie und Physiologie widmen kann. Es wird dann das nicht mehr eintreten, was wohl alle Anatomen zu ihrem Bedauern erfahren, dass die Präparirsäle und die Curssäle beim herannahenden Termin für das Tentamen physicum veröden. Dann wird der Studirende ordentlich makroskopisch und mikroskopisch präpariren lernen, weil er sich mit aller Ruhe an die Arbeit setzen kann und nicht, wie so oft jetzt, nachdem er kaum angefangen hat, sich in die Arbeit zu vertiefen, dieselbe wieder verlassen muss, um eine andere Vorlesung zu besuchen. Ich bin dessen sicher, ein Hauptgrund, warum verhältnissmässig so wenig Studirende es erlernen, ordentliche anatomische Präparate zu verfertigen, liegt darin, dass sie nicht Zeit haben, sich andauernd mit einem Präparate zu beschäftigen. Kaum sind einige Muskeln freigelegt, so müssen die Präparanten einer anderen Vorlesung wegen, ihre Messer wieder weglegen, und können das Präparat vielleicht erst am anderen Tage wieder beginnen. Dabei schreitet die Arbeit wenig voran und die ihrer Haut einmal entblössten Theile, wenn sie auch noch so sorgfältig geschützt werden, fangen an sich zu zersetzen. Da verliert mancher die Lust, alles bis zu Ende ordentlich fertig zu stellen. Manche einzelne Stunde, die zwischen den Vorlesungen liegt, geht geradezu, namentlich, wenn die Entfernungen zwischen den Hörsälen gross sind, völlig verloren. Bei dem vorgeschlagenen Modus aber, bei dem nicht so viele verschiedene Vorlesungen, Auditorien, Entfernungen mit einander concurriren, lässt sich unter den wenigen gleichzeitig in Betracht kommenden Docenten leicht eine passende Vereinbarung treffen.

Und dann, wie bald würde der einigermaassen fleissige Studirende wahrnehmen, dass er bei einem derartigen mehr continuirlichen Studium des Gegenstandes wirklich voran kommt! Er würde inne werden, dass er nun die Dinge bei der unausgesetzten Beschäftigung mit ihnen als festsitzenden Erwerb und nicht mehr als schnell sich verflüchtigenden Memorirstoff sich aneignet und damit Lust und Liebe zur Sache gewinnen. Somit dürfte diese Art der Vertheilung des Studiums, wie ich glaube, für das Lehren wie für das Lernen der Anatomie die grössten Vortheile bieten.

Gern benutze ich diese Gelegenheit, um an dieser hervorragenden Stelle meiner seit langem in mir mehr und mehr befestigten Ueberzeugung offen und laut Ausdruck zu geben, dass wir nur durch eine in dieser oder ähnlichen Weise vorzunehmenden Reform des Unterrichtsmodus, bei gehöriger Sorge für das Unterrichtsmaterial an normalen menschlichen Leichen, das Mittel finden werden eine bessere Durchschnittsausbildung unserer Aerzte in der Anatomie zu erzielen, als das bis jetzt möglich ist. An allem anderen mangelt es ja nicht und erkenne ich hier mit Dank an, dass unsere vorgesetzten Behörden es in der Einrichtung und Dotation der anatomischen Anstalten an nichts fehlen lassen, wie ich es ebenso mit besonderer Anerkennung hervorhebe, dass Seitens der Leiter der Königlichen militärischen Bildungsanstalten mit dem grössten Entgegenkommen und dem vollsten Verständnisse der hervorragenden Wichtigkeit einer tüchtigen anatomischen Ausbildung, alles geschehen ist, was bei den zur Zeit bestehenden Verhältnissen zur Hebung des Unterrichts nur gethan werden konnte.

Bezüglich der Frage, was von den anatomischen Disciplinen, und in welcher Reihenfolge diese studirt werden sollen, so mag mit der Vorlesung über descriptive Anatomie begonnen werden, dann möge die allgemeine Anatomie folgen und mit der Entwickelungsgeschichte und vergleichenden Anatomie fürs erste geendet werden.

Die topographische Anatomie würde ich am liebsten den klinischen Semestern zuweisen, in welchen die Studirenden nach ihren in den Kliniken gewonnenen Erfahrungen besser die eminente practische Wichtigkeit dieses Zweiges der Anthropotomie zu würdigen vermögen. Doch kann sie immerhin mit vielem Nutzen schon in den früheren Semestern — nach Absolvirung der descriptiven Anatomie — gehört werden.

Vielfach werden die Studirenden noch Vorlesungen über Specialcapitel der Anatomie angezeigt finden. Solche können nur im höchsten Grade förderlich sein. Indessen mögen solche Special-Vorlesungen auch in späteren Semestern gehört werden und geben sie dann eine willkommene Auffrischung des anatomischen Gedächtnisses. Es haben solche Special-Vorlesungen, wie vorhin erwähnt, auch den grossen Nutzen, dass bei ihnen recht eingehend das betreffende Thema behandelt werden kann, was ja bei der einführenden Hauptvorlesung nicht möglich ist. Je gründlicher wir aber einen Gegenstand bis in seine Einzelheiten verfolgen, desto mehr heben sich, bei richtiger Darstellung, auch die wichtigeren Punkte heraus.

Endlich empfehle ich den Studirenden, soweit Zeit und Gelegenheit reicht, eine Beschäftigung mit der Anthropologie, namentlich mit den anthropologischen Messungs- und Untersuchungsmethoden, welche sich unschwer erlernen lassen.

Ich sage dies im Interesse der Anthropologie ebenso sehr, wie in dem der Studirenden. Mehr und mehr geht alljährlich bei dem rastlosen Durchwühlen des Bodens durch unsere grossen Strassenbauten an den vorhistorischen Denkmälern zu Grunde. Es sollte eigentlich im Interesse jedes Gebildeten liegen, dafür zu sorgen, das Alles, was etwa gefunden wird, gesammelt und an die Centralstellen eingesendet wird. Namentlich scheinen mir hier die Aerzte die Berufenen, und deshalb lege ich den Studirenden auch dies ans Herz. —

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Zur Medicinalreform in Preussen hat auf dem deutschen Aerztetage in Eisenach Herr Regierungs- und Medicinal-Rath Dr. Noack Mittheilungen gemacht, die sehr erfreulich sind, wenn dieselben auch gerade der amtlichen Stellung des Herrn Noack wegen nur sehr allgemeiner Natur sein konnten. Jedenfalls bestätigen sie, dass der Entwurf den Regierungen schon vorgelegt ist, und dass wir hoffen dürfen, er werde dem nächsten preussischen Landtage unterbreitet werden. Von dem Inhalte desselben konnte Herr Noack aussagen, dass er durchaus im Einklange mit den Grundsätzen stehe, die der Aerztetag in Nürnberg 1882 angenommen hat. Von anderer Seite wird uns dies bestätigt, wie auch dass die Grundzüge des Entwurfes die wir in der Lage waren schon früher zu publiciren, (siehe diese Wochenschrift) wesentlich festgehalten worden sind, einschliesslich der Wahl von Vertretern durch sämmtliche Aerzte des betreffenden Bezirkes. Sehr verbessert wird durch Annahme des Entwurfes die Stellung der beamteten Aerzte nach den verschiedensten Richtungen hin werden. Möchte nur der Finanzminister, der Sohn eines der verehrtesten Senioren unseres Standes nicht durch finanzielle Schwierigkeiten die sonst so aussichtsvollen Pläne Minister v. Gossler's durchkreuzen.

IV. Ueber die Ursachen der Diphtherie des Menschen und der Tauben.

Vortrag Dr. R. Emmerich's in München, des bayrischen Delegirten auf dem internationalen Congress für Hygiene und Demographie im Haag. Referent Dr. C. Habermann.

Der Vortragende legte dar, dass er die Pilze, welche die Diphtherie des Menschen und der Tauben verursachen, gefunden und rein gezüchtet und durch Verimpfung auf Thiere, Diphtherie erzeugt habe und die Wichtigkeit des Gegenstandes selbst wie des Befundes rechtfertigt zweifellos ein ausführliches Referat, ohne dass dadurch späterer Publication vorgegriffen werden soll.

Zuvörderst führte Emmerich durch kritische Besprechung der früheren diesbezüglichen Untersuchungen aus, dass die Pilze der Diphtherie bis jetzt nicht entdeckt worden seien, Niemand, sagte er, hat bis heute vermocht sie rein zu züchten, ihre Vegetationsformen, ihre Wirkung auf Thiere zu studiren.

Und doch ist die Diphtherie eine der ältesten und mörderischsten Krankheiten.

Sie ist so alt wie das Menschengeschlecht, mindestens so alt wie die Cultur.

Schon bei Homer und Hippokrates finden wir ihre Spuren, wir wissen, dass sie im 9., 11., 14. und 16. Saeculum halbe Jahrhunderte lang in fast ganz Europa und Nordamerika furchtbar wüthete und dass sie beispielsweise im Jahre 1517 innerhalb 8 Monaten in Basel allein 2000 Menschen, und im Anfange des 17. Jahrhunderts in Unteritalien 60,000 Menschen, Erwachsene und Kinder dahinraffte.

Zu Mitte des 18. Jahrhunderts zog sie abermals durch Spanien, Portugal, Frankreich, Deutschland, England, die Niederlande und durch Schweden. Nachdem die Seuche ein halbes Jahrhundert lang verschwunden war, begann im Jahre 1820 eine neue Aera für sie, sie verbreitete sich nun pandemisch über den grössten Theil der Welt und seit dieser Zeit fordert sie trotz aller Bemühungen der ärztlichen Kunst und Wissenschaft von Jahr zu Jahr mehr Opfer unter den Menschen.

In Bayern allein tödtet die Diphtherie jährlich über 10000 Menschen und von Jahr zu Jahr wächst die Zahl dieser Opfer. In Paris nimmt sie unter den Todesursachen nach der Schwindsucht und Lungenentzündung die dritte Stelle ein!

Besonders intensiv wüthet die Krankheit in ihren epidemischen Epochen. Im Jahre 1866 erkrankten in verschiedenen epidemisch ergriffenen Gemeinden Frankreichs von 70000 Bewohnern nicht weniger als 17000! Dies ist eine gewaltige Zahl, wenn man bedenkt, dass durchschnittlich 15 bis 20, oft aber auch 50, 60 ja sogar 70 Procent der Erkrankten sterben, so dass die Mortalität der Diphtherie oft jene der Cholera übersteigt.

Emmerich wurde vor etwa einem Jahre beauftragt, die Ursache einer Hausepidemie von Diphtherie, welche 5 blühende Kinder einer Familie in München in wenigen Wochen hinweggerafft hatte, aufzuklären.

Um nun die Diphtheriepilze ausserhalb des menschlichen Körpers im Hause, in der Wohnung nachweisen zu können, suchte er zunächst durch die Untersuchung von Diphtherieleichen und Diphtheriemembranen, sowie durch Reincultur der in der diphtheritischen Schleimhaut und ihrem Belage vorkommenden Pilze zu entscheiden, ob die von Stabsarzt Dr. Löffler im deutschen Reichsgesundheitsamt gefundenen Bacillen wirklich die Diphtherieursache darstellen und kam zu einem ganz anderen Resultat als Löffler.

Während Löffler es unentschieden lassen musste, ob die von ihm rein gezüchteten Bacillen das Diphtherieagens darstellen oder nicht, sei es ihm gelungen, in der diphtheritisch veränderten Schleimhaut und in den Membranen von Menschen und Tauben Pilze aufzufinden und rein zu züchten, welche bei der Diphtherie des Menschen und der Tauben identisch d. h. von gleicher Art, regelrechte Diptherie nach Verimpfung derselben auf der Schleimhaut der Versuchsthiere erzeugen und zwar verursachen diese Pilze ausnahmslos bei jeder Impfung typische, ächte Diphtherie. Ueber die Mittel und Wege, die ihn zu diesem Ziele führten, theilte Emmerich Folgendes mit:

„Es ist wohl kaum nothwendig zu sagen, dass ich die vortreffliche Methode der Cultur benützte, mit welcher Robert Koch der Wissenschaft ein unbezahlbares Geschenk gemacht hat.

Als Nährsubstrate kamen Fleischwasserpeptongelatine, Blutserum, Agar-Agar und Kartoffeln in Anwendung. Ich habe bis jetzt acht schwere menschliche Diphtheriefälle und zwar fünf tödtlich endende und drei in Genesung übergehende und sechs Fälle von Taubendiphtherie untersucht. Die letzteren erhielt ich von einem Münchener Züchter, unter dessen reichem Taubenbestande im Monat April und Mai allein nicht weniger als 70 junge Thiere an Diphtherie zu Grunde gingen. Bei jedem einzelnen Falle suchte ich durch mikroskopische Untersuchung der diphtheritischen Schleimhaut und ihrer Producte ein Bild von der Art, der Zahl und Verbreitung der Pilze zu gewinnen und führte in jedem einzelnen Falle Reinculturen von mehreren der Zahl nach vorherrschenden Pilzen aus. Zugleich aber verimpfte ich die noch unreinen Pilz-Culturen, welche man, nach Uebertragung von Schleimhautstückchen und Membranpartikelchen auf den verschiedenen künstlichen Nährsubstraten in erster Generation erhält, theils subcutan, theils auf die Schleimhaut der Versuchsthiere.

Diese Methode schützt vor zeitraubenden Irrwegen und lenkt die Aufmerksamkeit sofort auf die pathogenen und essentiellen Mikro-Organismen, während hierdurch zugleich die accidentellen, unschädlichen und Fäulniss-Pilze von vornherein ausgeschlossen werden.

Es gelang aus der Schleimhaut und den Diphtheriemembranen mit Hülfe von Objectglasgelatine-Culturen, Verdünnung einer isolirten Colonie derselben in sterilisirtem Wasser und weitere Uebertragung eines minimalen Theiles dieser verdünnten Pilzaufschwemmung auf frische Nährgelatine nach den bekannten Koch'schen Methoden Reinculturen derjenigen Pilze zu gewinnen, welche der Zahl nach prävalirend auch in das Blut und in die Organe der mit noch unreinen Culturen inficirten Thiere übergegangen waren."

Was nun die Form der die Diphtherie des Menschen und der Tauben erzeugenden Pilze anlangt, so sind dieselben, wie aus zahlreichen Abbildungen, die Emmerich unter den Congressmitgliedern circuliren liess, hervorgeht, weder als Coccen, noch als Bacillen zu bezeichnen und ist es wohl am richtigsten dieselben der Gattung Bacterium im Sinne Cohn's zuzurechnen und ihnen den Namen Diphtheriebakterien beizulegen. Dieselben repräsentiren sich als längliche Coccen oder kurze plumbe Stäbchen, meist doppelt so lang als breit, sie variiren in der Grösse um das Zwei- bis Dreifache, die längeren, welche man als Stäbchen bezeichnen könnte, zeigen meist eine leichte Einschnürung, welche die Zusammensetzung aus zwei Gliedern andeutet.

Dass dies wirklich die die Diphtherie verursachenden Pilze seien, dafür glaubt Emmerich den experimentellen Nachweis vollgültig erbracht zu haben.

„Ich will Ihnen", sagte er, „auch noch das Zeugniss eines Mannes anführen, dessen Name in so kurzer Zeit eine Zierde der Wissenschaft geworden und der in mykologischen Untersuchungen der competenteste und zuversichtlichste ist.

Es giebt kaum ein Feld der hygienischen Mykologie, auf welchem wir nicht die Spuren Robert Koch's antreffen, der bei seinen recognoscirenden Untersuchungen über das Vorkommen von Mikro-Organismen bei Infectionskrankheiten in den Organen oder im Blute von an Blattern, Wundrose, Rückfalltyphus, Lungenentzündung, Typhus etc. Gestorbenen in raschem Eroberungszuge die specifischen Mikro-Organismen mikroskopisch nachgewiesen und durch künstlerisch vollendete Photographien seine bahnbrechenden Entdeckungen veranschaulicht hat.

Robert Koch hat nun auch in der Niere eines Mannes, der in Folge von Blasendiphtheritis gestorben war, Bakterien aufgefunden und photographirt. Ich zeige Ihnen hier diese Photographie, aus welcher Sie ersehen, dass die von Koch in der Niere gefundenen Pilze nach Form und Grösse ganz übereinstimmen mit denjenigen Mikroorganismen, welche ich aus der diphtheritischen Schleimhaut, aus den Diphtheriemembranen, dem Blute und den inneren Organen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von an Diphtherie verendeten Menschen und Thieren reingezüchtet habe.

Der Beweis, dass diese Bakterien die Diphtherieursache abgeben, konnte erst durch Reinculturen derselben und Verimpfung der letzteren auf Thiere erbracht werden.

Auf der Fleischwasserpeptongelatine wachsen die Diphtheriebakterien schon bei einer Zimmertemperatur von 15° C. ziemlich rasch und üppig. Ueberträgt man mittelst geglühtem Platindraht etwas Organsaft eines an Diphtherie verendeten Versuchsthieres durch Einstich auf sterilisirte Nährgelatine, welche sich unter Watteverschluss in Reagensgläsern befindet, so bemerkt man schon nach zwei Tagen auf der Oberfläche des Nährmediums, in der Umgebung des Impfstiches eine fast wasserhelle, schwach grau nüancirte feste Colonie, welche sich auf der Oberfläche ausbreitet und allmählich ein grauweissliches Aussehen annimmt. Eine Verflüssigung der Gelatine tritt im Verlaufe der Entwicklung der Colonien von Diphtheriebakterien niemals ein.

Auf der Schnittfläche gekochter Kartoffeln wachsen die Diphtheriebakterien den Pneumoniecoccen ähnlich sehr rasch und üppig in Form eines weisslich gelben dicken Beleges. Blutserum dagegen scheint ein ungünstiges Nährmedium für die Diphtheriebakterien zu sein.

Auch die Objectglasculturen haben bei 80 bis 100facher Vergrösserung ein charakteristisches Aussehen. Im Verlauf des Impfstriches bemerkt man gelblichbraune, fein punktirte Ausbreitungen, welche die Contour und Zeichnung von Wolken haben und sich wie diese aus grösseren Flocken zusammensetzen.“

„Von grösster Wichtigkeit“, fuhr Emmerich fort, „ist die Thatsache, dass die Bakterien der Menschendiphtherie mit denen der Taubendiphtherie nach Form und Grösse, in Bezug auf das Aussehen der Vegetationsformen in den verschiedenen festen Nährsubstraten, sowie die Form derselben bei schwacher Vergrösserung und endlich hinsichtlich ihrer Wirkung auf Thiere vollkommen identisch sind. Darin liegt ein weiteres Argument dafür, dass diese Pilze die essentiellen, wirklichen und wahrscheinlich auch einzigen Erzeuger der Diphtherie sind.

Die Angaben Löffler's, welcher im kaiserl. Reichsgesundheitsamt bei der Diphtherie des Menschen, der Tauben, Hühner und Kälber vier verschiedene Mikroorganismen gefunden haben wollte, mussten von vornherein Bedenken erregen.

Meine Befunde dagegen, welche die Identität der Diphtherie des Menschen und der Thiere oder doch wenigstens der Tauben sicher gestellt haben, finden sich im Einklang mit den klinischen und epidemiologischen Beobachtungen und mit jenen der vergleichend pathologischen Anatomie, sie harmoniren mit den Thatsachen, welche über die specifischen Pilze derjenigen Infectionskrankheiten festgestellt wurden, welche, wie z. B. Milzbrand und Tuberculose, sowohl beim Menschen, als auch bei den Thieren vorkommen.

Die bei der Diphtherie des Menschen und der Thiere in Bezug auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen bestehenden unwesentlichen Differenzen werden sich aus der Verschiedenheit in der Structur der Schleimhaut leicht erklären lassen, ebenso wie bei der Tuberculose und dem Milzbrand, bei welchem ja ebenfalls die verschiedenen Thierspecies sehr differente Krankheitsproducte erkennen lassen, obgleich dieselben durch die nämlichen Bacillen erzeugt sind, wie die Tuberculose und der Milzbrand des Menschen.

Auch das hat die Diphtherie der Thiere mit der des Menschen gemein, dass sie vorzugsweise nur junge Individuen befällt.

Wir wissen, dass im Anfange des 16. Jahrhunderts in Unteritalien die Diphtherie gleichzeitig unter den Menschen und dem Hornvieh wüthete, dass die Hirten der Thiere an Diphtherie erkrankten und neuerdings haben L. Nesti, Prof. Damman, Roger und insbesondere Prof. Gerhardt in Würzburg Diphtherie-Epidemien beschrieben, welche unter den Kälbern, Hunden und dem Geflügel herrschten und in deren Verlauf zahlreiche Uebertragungen auf solche Menschen beobachtet wurden, welche mit den kranken Thieren beschäftigt waren. Die Diphtherie wurde durch den Biss von Hühnern und Tauben auf Wunden übertragen, trat aber auch als Rachendiphtherie unter den Leuten auf, welche sich in der Nähe der Thiere aufhielten.

Unter diesen Umständen war es a priori wahrscheinlich, dass sich die meisten Thierspecies für die künstliche Infection mit Reinculturen der Diphtheriebakterien empfänglich zeigen würden.

Und in der That nichts war leichter als die Erzeugung der experimentellen Diphtherie, d. h. die Infection von Thieren mit den Reinculturen der Diphtheriebakterien vom Menschen und den Tauben.

Alle Versuchsthiere 10 Tauben, 12 Kaninchen, 15 weisse Mäuse etc. erkrankten, wie schon erwähnt, in typischer Weise.“

Emmerich theilte demnächst die Sectionsberichte sowohl von den Menschen und Tauben, von welchen die Reinculturen der Pilze gewonnen waren, als auch die Krankheitsgeschichten und Obductionsprotocolle der mit den letzteren geimpften Versuchsthiere mit.

„Die pathologisch-anatomischen Erscheinungen der Versuchsthiere“ fuhr er fort, „waren meist ganz ähnlich denjenigen der menschlichen Diphtherieleichen, aus welchen das Infectionsmaterial, die Pilze stammten. So war z. B. aus der Membran und Luftröhrenschleimhaut eines an Diphtheritis crouposa, Pneumonia lobularis und Pleuritis serosa verstorbenen 5jährigen Mädchens eine Reincultur der Diphtheriebakterien gewonnen worden, von welcher einem 1,5 Kilo schweren Kaninchen nach Eröffnung der Luftröhre eine stecknadelkopfgrosse Menge (der Pilzcolonie) auf der Luftröhrenschleimhaut verstrichen wurde. In der Leiche des Kindes waren auf der Gaumenschleimhaut einige flache Geschwüre, auf der oberen Partie der Kehlkopfschleimhaut links bis zu den wahren Stimmbändern war eine grauweisse, bohnengrosse nicht abziehbare Membran, und auf der ganzen übrigen livid-bläulichen Luftröhrenschleimhaut eine dicke in continuo abziehbare Croupmembran aufgelagert. Das Kaninchen, welches mit den Diphtheriebakterien, die von diesem Kinde stammten, geimpft worden war, starb nach 3 tägiger Krankheit. Auch in dieser Thierleiche war in der Umgebung der Luftröhrenwunde eine schmutzig-gelbliche Infiltration in die Schleimhaut bemerkbar, die stark geröthete Luftröhrenschleimhaut war bedeckt mit einer zusammenhängenden, croupösen, schmutzig graugelben Membran, welche sich in continuo abziehen liess. An einzelnen Stellen, besonders in der Region der Trachealwunde adhärirte die Membran fester mit in das Gewebe eindringenden graugelben kleinen Herden, so dass nach dem Losreissen Substanzverluste mit zackigen Rändern entstanden. Auf dem Herzen und den Lungen waren wie bei dem Kinde frische faserstoffige Auflagerungen, welche die Lunge mit dem Brustfelle partiell verklebten. Das Lungengewebe, stellenweise leicht zerreisslich, zeigte hier ein marmorirtes Colorit, beruhend auf inselförmigen, graurothen bis rein gelben härteren Partien, die in der graurothen Grundsubstanz sich befinden. Diese härteren Partien hoben sich etwas über die Schnittfläche und machten diese deutlich granulirt. In der Mitte dieser Herde findet man gewöhnlich Luftröhrenäste mit graugelben Pfröpfen gefüllt. Dieser Befund in den Organen des Versuchsthiers deckt sich fast ganz mit den Erscheinungen in der Leiche des an Diphtherie verstorbenen Kindes.

Ganz ähnlich waren die Erscheinungen in den Leichen von Versuchsthieren, die mit Reinculturen der Taubendiphtheriebakterien geimpft worden waren.

Am 11. Juni starb eine 1 Monat alte Taube, welche gleichzeitig mit zwei anderen in dem epidemisch ergriffenen Schlage eines Münchener Züchters an Diphtherie erkrankt war. Die linke Gaumenhälfte der Taube war zerstört und in einen gelbweissen Schorf umgewandelt. Am linken Schnabelwinkel war die Haut bohnengross hervorgewölbt. Dieser Stelle entsprechend sass in der Schleimhaut ein bohnengrosses tiefgehendes Geschwür mit welligen, dicken Rändern, mit gelben bröckeligen Massen bedeckt, welche aus verschorftem Gewebe bestehend bis auf die verdickten Kieferknochen in die Tiefe gehen und der infiltrirten Umgebung fest anhaften. Die Luftröhre war mit einem dottergelben bröckeligen Exsudat belegt, welches sich aus der aufgegeschnittenen Luftröhre in continuo als 3 cm lange wie aus Wachs gegossene Röhre herausnehmen liess.

Sowohl aus diesen Exsudatmassen, als auch aus dem Blute, der Leber, Milz und aus den Nieren wurden Reinculturen der Diphtheriebakterien erhalten und mit einer solchen ein 1,3 Kilo schweres Kaninchen auf die Luftröhrenschleimhaut durch Verstreichen einer stecknadelkopfgrossen Pilzmenge geimpft. Die Körpertemperatur des Thieres war:

Vor dem Versuch	39,8° C.
16 Stunden nach dem Versuch	40,1° C.
24 - - - -	40,8° C.
40 - - - -	41,3° C.
48 - - - -	40,9° C.

Am zweiten Tag nach der Infection sitzt das sehr schwerathmige Thier in eigenthümlicher Stellung auf dem Hintertheil, die Vorderbeine sind gestreckt gerade gestellt (nicht liegend), der Hals gerade gestreckt wird nach aufwärts gehalten, so dass der Kopf nach oben sieht. Diese Haltung erinnert an die eines schreienden Hirsches. In dieser abnormen Stellung verharrt das Thier 30 Stunden ununterbrochen, bis es den Kopf in Folge zunehmender Schwäche nicht mehr nach aufwärts zu halten vermag. Die Athmung ist dabei tief, verlangsamt und ein lautes, pfeifendes Inspirationsgeräusch hörbar.

Diese Stellung ist charakteristisch für die Diphtherie des Kehlkopfes und der Luftröhre. Das Thier streckt den Hals und die Luft-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

röhre gerade, um mehr Luft zu bekommen, ebenso wie man es in den Berichten über das erste Auftreten der Diphtherie in Spanien für den Menschen schildert. „Die Kranken, so heisst es, wurden heiser, das Athmen keuchend, schliesslich vermochten sie nur noch in aufrechter Stellung mit weit vorgestrecktem Halse zu respiriren, das Gesicht wurde bläulich, die Züge drückten die höchste Todesangst aus und unter den ausgesprochenen Erscheinungen von Erstickung erfolgte das Ende meist vor dem vierten Krankheitstag.“ Das Kaninchen starb unter höchster Athemnoth in der Nacht nach dem dritten Krankheitstag.

Beim Eröffnen des Kehlkopfes fanden sich auf dessen vorderer Seite unter den wahren Stimmbändern zwei bohnengrosse graue Flecken in der Schleimhaut welche sich nicht abziehen liessen und ebensolche gegenüber der Trachealwunde, welche hier zum Theil in Zerfall waren, kleine Geschwüre zurücklassend. Weiter nach abwärts liegt auf der überall dunkelrothen oder bläulichen Schleimhaut eine dicke leicht abziehbare gelblich graue Membran.

Die Lungenveränderungen von diesem mit Taubendiphtherie-Bakterien geimpften Kaninchen waren denjenigen ähnlich, welche oben bei dem mit Menschendiphtherie-Bakterien geimpften Kaninchen geschildert wurden.

Interessant ist bei diesen Versuchen u. A. das Nebeneinandervorkommen der auf- und eingelagerten membranartigen Gebilde der Schleimhaut. So bestätigt die experimentelle Diphtherie die von vielen Autoren, insbesondere von Senator betonte Thatsache in eclatanter Weise, dass nämlich trotz der Variation in den pathologisch-anatomischen Bildern, diese mannigfaltigen Processe nicht nur nebeneinander vorkommen, sondern unmittelbar zeitlich und räumlich in einander übergehen können. Dieses Nebeneinandervorkommen, sagt Senator mit Recht, beweist die ätiologische Zusammengehörigkeit jener Processe (der auf- und der eingelagerten membranartigen Krankheitsproducte). Die Uebertragung der vom Menschen und den Tauben gewonnenen Reinculturen der Diphtheriebakterien auf gesunde Tauben bringt ganz analoge diphtheritische Veränderungen und Symptome hervor, wie sie in Kürze bei dem zur Reincultur benutzten Falle von spontaner Taubendiphtherie geschildert wurden.

Von den 10 Tauben, von welchen 5 mit Reincultur der Menschendiphtherie-Bakterien und 5 mit reingezüchteten von spontaner Taubendiphtherie stammenden Bakterien geimpft wurden, starben 9 innerhalb 4 Tagen bis 3 Wochen, während ein Thier die Krankheit überstanden hat. Charakteristisch ist die bei künstlich inficirten Tauben 1 bis 2 Tage vor dem Tode bisweilen auftretende Lähmung der Beine oder Flügel. Die auf dem Bauche liegenden gelähmten Thiere halten den Kopf aufrecht, fressen noch und schieben sich mühsam mit den Flügeln flatternd weiter.

Die weissen Mäuse, welche durch subcutane Injection oder Impfung inficirt wurden, erkrankten alsbald in schwerer Weise und gingen nach 12—30 Stunden zu Grunde.

Bei allen 12 Kaninchen, bei 8 Tauben und bei sämmtlichen weissen Mäusen, welche mit Reinculturen von Diphtherie-Bakterien des Menschen oder der Tauben inficirt wurden, fanden sich nach dem Tode ausser in der Membran und Schleimhaut, die specifischen Pilze (und zwar diese allein) mehr oder weniger zahlreich im Blute und in den inneren Organen, besonders zahlreich in den Nieren. In den weitaus meisten Fällen gelang es durch Uebertragung von Blut und Organstückchen auf Nährgelatine oder sterilisirte gekochte Kartoffeln, die charakteristischen Colonien der Diphtherie-Bakterien wieder zu erhalten. Nur bei einem tödtlichen Falle von Taubendiphtherie konnten weder Pilze in den inneren Organen mikroskopisch nachgewiesen, noch Culturen erzielt werden.

Oft sind die Pilze in so geringer Zahl im Blute und in den inneren Organen vorhanden, dass der mikroskopische Nachweis nicht gelingt, während die Cultur auf Nährgelatine ein positives Resultat ergiebt. Derartige Fälle waren es wohl, bei welchen man auch bei der menschlichen Diphtherie im Blute und in den inneren Organen vergebens nach Pilzen suchte.“

[Die mikroskopischen Abbildungen von Organschnitten, welche Emmerich vorzeigte, liessen die Verbreitung der Pilze in den Organen und insbesondere die massenhafte Anhäufung derselben in den Nieren deutlich ersehen. Diese enorme Pilzwucherung in den Nieren, sagte Emmerich, erklärt zur Genüge die auch bei der Diphtherie des Menschen so häufig auftretende acute hämorrhagische Nephritis (Nierenentzündung) mit Albuminurie und Hämaturie (Eiweiss- und Bluthar n)].

Das Experiment am Thiere beweise übrigens, dass der Tod auch allein in Folge des localen diphtheritischen Processes eintreten kann, ohne dass die Pilze ins Blut übergehen. Die nächste Ursache einer der mörderischsten und bösartigsten Infectionskrankheiten, an deren Erforschung seit Bretonneau und Trousseau die ausgezeichnetsten Männer der Wissenschaft, neuerdings: Virchow, Billroth, Buhl. Wagner, Hueter, Oertel, Trendelenburg, Cornil, Tommasi-Crudelli u. A. gearbeitet haben, ist nach Emmerich nunmehr festgestellt.

Jetzt gelte es, den Feind zu bekämpfen, das Terrain auf welchem er sich entwickelt, die Art und Weise seines Angriffes, seine Existenzbedingungen auszuforschen. Wir seien jetzt im Stande, viele epidemiologische Streitfragen, z. B. die, ob die Diphtheriebakterien sich in der Milch entwickeln können, ob die Diphtherie durch Milch verbreitet werden kann, in einfacher Weise durch den Culturversuch der Diphtheriebakterien in der Milch zu entscheiden.

Wir seien jetzt ferner in den Stand gesetzt, die Diphtheriebakterien ausserhalb des Menschen in ihrem ectogenen Substrat aufzusuchen. Alles deute darauf hin, dass sie ihre Keimstätte, wie die Pilze der meisten Infectionskrankheiten im Erdboden, oder im Boden der Wohnungen, d. h. in den Zwischendecken haben. Dafür, dass sich die Diphtheriepilze im Boden entwickeln, spreche ausser zahlreichen epidemiologischen Thatsachen und der eben erwähnten Analogie, der Umstand, dass Hühner und Tauben, welche ihr Futter auf dem Boden suchen und das mit Sand und Schmutz verunreinigte Futter verschlucken, so oft an Diphtherie erkranken.

Emmerich erinnerte daran, dass es ihm gelungen sei in der Zwischendeckenfüllung des Amberger Gefängnisses, in welchem seit 25 Jahren, Jahr aus Jahr ein epidemische Lungenentzündung herrschte, die Pneumoniecoccen in enormer Zahl nachzuweisen und heute konnte er Mittheilung machen, dass die Entfernung dieser siechhaften, inficirten Zwischendeckenfüllung von durchschlagendem, geradezu frappirendem Erfolg gewesen sei. Die Füllung wurde aus dem Saale, welcher in jedem Jahr und bei jeder Epidemie die meisten Pneumoniefälle aufzuweisen hatte, entfernt und durch frische reine Füllerde ersetzt. Es ist wohl als ein Erfolg dieser Maassregel zu betrachten, dass im letzten Jahre in diesem Saal, obgleich er mit 100 Gefangenen belegt war, seit 25 Jahren zum ersten Mal wieder, auch nicht ein Fall von Lungenentzündung vorgekommen ist, während in allen anderen Sälen die Krankheit ihre gewohnten, zahlreichen Opfer forderte.

Es sei dies ein handgreiflicher Erfolg, den die Hygiene, geleitet von der experimentellen Forschung im Kampfe gegen eine Krankheit errungen habe, welche nach der Lungenschwindsucht die meisten Menschen tödtet. Der practischen Bauhygiene erwüchsen hieraus hochwichtige Aufgaben.

Derselbe Erfolg stehe hinsichtlich der Diphtherie zu erwarten und es sei wahrscheinlich, dass diese Seuche durch dieselben bauhygienischen Maassregeln (rationelle Construction der Zwischendecken etc.) gebrochen werden könne, welche sich gegen die epidemische Lungenentzündung so erfolgreich erwiesen haben.

Dass die Diphtherie eine Hauskrankheit sei, dafür hätten wir viele Beweise. „In einem Dorfe bei Schweinfurt erkrankten, wie der neueste Sanitätsbericht für das Königreich Bayern ausführt, in einem hoch oben unter dem Dache des Kirchthurms befindlichen kleinen Zimmer drei Kinder des Glöckners an Diphtherie und sie starben. Das kleine Zimmer wurde mit schwefeliger Säure desinficirt, die Wände abgekratzt und getüncht, der Fussboden gründlich gescheuert. Trotzdem erkrankte, nachdem der Glöckner mit seiner an Diphtherie kranken Frau schon 14 Tage früher das Zimmer verlassen und ein armer aus der Fremde gekommener Ortsbürger dasselbe bezogen hatte, die ganze Familie des letzteren an schwerer Diphtherie. In diesem Falle muss die Infection, da sonst keine Diphtheriefälle im Orte vorkamen, von den Zwischendecken ausgegangen sein; denn alle Möbel, Betten und Geräthschaften waren aus dem Zimmer weggeschafft, etwa an den Wänden befindliche Pilze durch das Abkratzen entfernt, oder durch den Wandanstrich vernichtet oder festgeleimt worden, so dass als einzige Quelle der Infection nur der unter den Fussbodenbrettern und in deren Ritzen befindliche Schmutz und Boden übrig bleibt.“

Zahlreiche von Herrn Medicinalrath Dr. Hofmann in Regensburg gesammelte Curven, welche die Diphtheriemortalität in deutschen Städten von mehr als 15000 Einwohnern in den verschiedenen Monaten des Jahres veranschaulichen, wurden von Emmerich demonstrirt. Diese Curven zeigen jetzt schon seit acht Jahren dieselbe Regelmässigkeit, so dass man von einer typischen Diphtheriecurve reden kann; sie beweisen, dass die grösste Sterblichkeit der Diphtherie in den Monaten herrscht, in welchen die Menschen gezwungen sind

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich Tag und Nacht in geheizten Wohnungen aufzuhalten. Ausserhalb der Heizperiode, im Frühling und Sommer, verliert die Seuche viel von ihrer Bösartigkeit und Gefährlichkeit.

Krieger hat gezeigt, dass in den Wohnungen eines Arbeiterdorfes bei Strassburg, in welchen durchschnittlich die höchste Temperatur herrschte, auch die meisten Diphtheriefälle vorkamen.

Die Entdeckung der Diphtheriebakterien, sagte Emmerich weiter, die Erkenntniss ihrer Wachsthumseigenthümlichkeiten auf festen Nährsubstraten, setzt uns nicht nur in den Stand die Brutstätten derselben ausserhalb des Menschen aufzufinden, wir können, ja wir müssen jetzt mit aller Energie daran gehen durch Versuche an Thieren die medicamentösen, operativen oder mechanischen Mittel und Maassnahmen aufzufinden, welche es ermöglichen die ausgebrochene Krankheit zu bekämpfen. Es sei eine Thatsache, dass der diphtheritische Process in den meisten Fällen anfangs ein ganz localer, auf die oberste Schichte der Schleimhaut beschränkter sei und es müsse gelingen die Diphtherie im ersten Stadium erfolgreich zu bekämpfen. Ja die Erforschung der chemischen Constitution des von den Diphtheriebakterien erzeugten Giftes setze uns vielleicht dereinst in den Stand durch Gegenmittel die Gefahren der Allgemeininfection des Organismus zu beseitigen, während die Impfung, deren Wirkung behufs Verhütung gewisser Infectionskrankheiten Pasteur gegenwärtig untersucht, bei der Diphtherie, welche ein Individuum wiederholt befallen kann, kaum von Nutzen sein werde. In dieser Richtung müsse man jetzt experimentell vorgehen, nicht etwa durch Probiren, sondern durch systematische Versuche nach wissenschaftlichen Methoden und es sei gewiss an der Zeit, dass diese Versuche, deren Ausführung für das Wohl aller Völker und Länder von grösster Wichtigkeit sei, mit grösserer Energie, in grösserem Maassstab und mit grösseren Mitteln ausgeführt werden, als bisher[1]).

V. Historische Bemerkungen bezüglich der galvanokaustischen Behandlung der Nasenschleimhaut.

Von

Dr. Arthur Hartmann in Berlin.

Voltolini schreibt in seinem im Jahre 1871 in zweiter Auflage erschienenen jedem Rhinologen bekannten Buche, Die Anwendung der Galvanokaustik im Innern des Kehlkopfes etc. S. 240, „In Bezug auf die genannten Schwellungen der Schleimhaut (der unteren Nasenmuschel) will ich gleich hier bemerken, dass ich auch diese galvanokaustisch behandle, indem ich sie mit dem glühenden Platindraht bestreiche."

Michel (Die Krankheiten der Nasenhöhle etc. 1876 S. 25) behandelt die Schwellungen der unteren und mittleren Muschel ebenfalls mit dem Galvanokauter. „Denselben schiebt man langsam unter der Muschel hindurch bis zum hinteren Ende, drückt ihn etwas in die Höhe, lässt den Strom wirken und zieht das Instrument langsam heraus. Zwei- bis dreimal wird hintereinander in dieser Weise die concave Fläche mit dem Galvanokauter bestrichen."

In einer 1877 in der Zeitschrift für Chirurgie Bd. IX 3 veröffentlichten Arbeit über die galvanokaustische Behandlung des Stockschnupfens habe ich mich folgendermaassen ausgesprochen: „die Schwellungen werden entweder punktförmig durch Einstechen der Spitze (des Galvanokauters) kauterisirt oder wird mit der glühenden Spitze über die Oberfläche gestrichen." Dass hiebei sowohl Schleimhaut als Schwellkörper zerstört werden, geht aus der an derselben Stelle gemachten Bemerkung hervor: „nach der Behandlung bekommen die kauterisirten Schleimhautstellen eine unebene Oberfläche, anstatt der Vorwölbung findet sich eine Einziehung. Statt dass sich früher die Schleimhaut weich anfühlte, ist sie jetzt resistent geworden, indem sie sich dem unterliegenden Knochen anlegte."

Von denjenigen Herren Collegen, welche bereits im vorigen Jahrzehnt sehr ausgedehnten Gebrauch von der Galvanokaustik bei der Behandlung der verschiedensten Nasenleiden machten, sind meines Wissens, ebenso wie ich, die meisten wieder zu einer selteneren Anwendung dieses im gegebenen Falle ja äusserst werthvollen Heilmittels zurückgekehrt. Wenn neuerdings wieder der Versuch gemacht wird, die Methode zu häufigerer Anwendung zu bringen, so dürfte der wiederholte Rückschlag nicht ausbleiben.

[1]) Anm. der Redaction. Da es sich in diesem Vortrage um eines der schwierigsten und viel umstrittensten Capitel der experimentellen Pathologie handelt, so haben wir uns vor dem Abdrucke darüber Sicherheit verschafft, dass das Referat die Darlegungen des Herrn Emmerich vollkommen treu wiedergiebt.

VI. Lehrbuch der Zahnheilkunde für pract. Aerzte und Studirende von Dr. med. et chir. Julius Scheff jun., pract. Zahnarzt, Docent an der Wiener Universität etc. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 171 Holzschnitten. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg 1884. Preis 8 Mark. Ref. Dr. Adolf Petermann-Frankfurt a. M.

Während vor etwa 15 Jahren ein gutes Lehrbuch der Zahnheilkunde in deutscher Sprache noch nicht existirte, giebt es heute bereits mehrere tüchtige Werke, welche die gesammte Zahnheilkunde vom wissenschaftlichen Standpunkte behandeln. Diese Thatsache beweist, dass das genannte Specialfach der Medicin, gleich den übrigen Disciplinen, in dem letzten Decennium rüstige Fortschritte gemacht hat.

Das uns in zweiter Auflage vorliegende „Lehrbuch der Zahnheilkunde" von Dr. Julius Scheff in Wien unterscheidet sich von den seither vorhandenen derartigen Lehrbüchern wesentlich dadurch, dass es für pract. Aerzte und Studirende der Medicin bestimmt ist. Der Ansicht des Verfassers, dass das Buch einem vorhandenen Bedürfnisse entspreche, indem die pract. Aerzte im Allgemeinen über Zahnheilkunde sehr wenig unterrichtet seien, obgleich sie (namentlich die Landärzte) häufig in die Lage kommen, ihren Patienten zahnärztlichen Rath ertheilen zu müssen, können wir ohne Weiteres beipflichten — fanden wir ja sogar in einem sonst tüchtigen, vor Kurzem erschienenen chirurgischen Lehrbuche Angaben über die Anatomie der Zähne und über zahnärztliche Verrichtungen, welche auf vollkommener Unkenntniss beruhen.[1])

Das Scheff'sche Lehrbuch ist, seinem Zwecke entsprechend, nicht allzu ausführlich gehalten und giebt, ohne den Stoff zu erschöpfen, in einem allgemeinen und einem speciellen Theile eine Darstellung der gesammten Zahnheilkunde, einschliesslich der zahnärztlichen Technik. Der allgemeine Theil handelt von der Anatomie des Mundes und seiner Organe, von der Entstehung der Zähne, sowie von den Anomalien der letzteren. Von der Entstehung der Zähne, einem leider nach mancher Richtung hin noch dunklem Gebiet, giebt der Verfasser eine gedrängte Darstellung, im allgemeinen nach den sich mehr und mehr bahnbrechenden Ansichten Waldeyer's. In Betreff des ebenfalls noch streitigen Verhältnisses des Wachsthums der Zahnwurzeln zu demjenigen des Kieferknochens tritt der Verfasser der von Baume[2]) vertretenen Ansicht bei, nach welcher [im Gegensatze zu den älteren Annahmen von Tomes[3]) und Wedl[4])], das Wachsthum der Zahnwurzeln unabhängig von dem des Kieferknochens und auf Kosten des letzteren erfolgt, indem beim Wachsen einer jeden Zahnwurzel der Boden der Alveole durch Resorption zum Schwunde gebracht wird.

Der zweite, specielle Theil des Werkes behandelt in ausführlicher Weise die Krankheiten der Zähne, der Weichtheile des Mundes und die der Kieferknochen. Besonders eingehend wird hier wiederum die verbreitetste, in früherer Zeit mit Unrecht „Caries" genannte Zahnkrankheit, sowie die Behandlung derselben durch das Ausfüllen (Plombiren) der Zähne geschildert, wobei auch die meisten der diesem Zwecke dienenden Materialien und Instrumente besprochen, und letztere auch durch zahlreiche Abbildungen veranschaulicht werden. Was die Ursache der „Caries" der Zähne betrifft, so huldigt der Verfasser der jetzt fast allgemein angenommenen Theorie des „chemischen Einflusses".

Der Schluss des Buches bildet die Besprechung der Zahnextraction, der bei derselben in Anwendung kommenden Anästhetika und der Zahntechnik. Bezüglich der letzteren dürften die Bemerkungen über die Anfertigung der Obturatoren, welche zur Prothese sowohl der angeborenen als auch der erworbenen Gaumendefecte dienen, das meiste Interesse von Seiten des pract. Arztes beanspruchen.

Indem wir im Vorstehenden ein kurzes Resumé über den Inhalt des Buches gaben, sei uns nun eine Kritik erlaubt. Wir müssen erwähnen, dass wir in manchen Punkten die Ansichten des Verfassers nicht zu theilen vermögen. So können wir den Vortheil, welchen das sogenannte Amalgam als Füllungsmaterial vor dem Golde in vielen Fällen besitzen soll, nicht einsehen. Auch über den Werth der Zahnreinigungsmittel hegen wir eine andere und günstigere Ansicht. In Betreff der Wirksamkeit des Stickstoffoxydulgases als Anästheticum glauben wir ferner umsoweniger mit der Erklärung zurückhalten zu dürfen, dass die Ansicht des Verfassers, dieses Mittel diene „im günstigsten Falle nur dazu, scheinbar die Schmerzen zu verringern", unseren Erfahrungen durchaus nicht entspricht. Namentlich haben die in neuerer Zeit mit dem Lustgas gemachten Erfahrungen gezeigt, dass dieses Gas für zahnärztliche Zwecke allen anderen anästhetischen Mitteln vorzuziehen ist, nachdem von Thein, Herbst und Anderen wesentliche Verbesserungen für die Bereitung, Aufbewahrung und Verabreichung des Gases angegeben worden, welche allerdings, wie es scheint, dem Verfasser nicht bekannt sind. Selbst für eine ganze Reihe kürzerer chirurgischen Operationen ist nach der von Herrn Dr. Schrauth in München veröffentlichten Abhandlung[5]), das Lachgas empfehlenswerth.

Sehr unangenehm überrascht waren wir aber weiterhin, als wir in dem Scheff'schen Lehrbuche die Verwendung von Naturzähnen (Leichenzähnen) für den künstlichen Ersatz befürwortet fanden (Seite 436). Zur Ehre der deutschen Zahnärzte müssen wir erwähnen, dass uns kein einziger unter denselben bekannt ist, welcher heute Leichenzähne zum künstlichen Ersatze verwendet, wofür ja auch bei der jetzigen vollendeten Herstellung der Mineralzähne kein Grund vorliegt.

[1]) Siehe deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde (Verlag von Arthur Felix in Leipzig), Märzheft 1884, Seite 128.

[2]) Dr. Robert Baume: Lehrbuch der Zahnheilkunde. Leipzig bei Arthur Felix 1877.

[3]) John Tomes: Ein System der Zahnheilkunde. Deutsch von Adolf zur Nedden. Leipzig bei A. Förstner 1861.

[4]) Prof. Dr. C. Wedl: Pathologie der Zähne, mit besonderer Rücksicht auf Anatomie und Physiologie. Leipzig bei Arthur Felix 1870.

[5]) Siehe Aerztliches Intelligenzblatt (Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München) 1880, No. 28.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine nur sehr kurze Darstellung widmet der Verfasser der Therapie der Kieferfracturen, den Leser auf Lehrbücher der Chirurgie verweisend. Und doch ist dies gerade ein Gebiet, auf dem die zahnärztliche Technik die schönsten Erfolge errungen und die anderen Methoden der Behandlung überflügelt hat. Ich will hier nur an die günstigen Resultate erinnern, welche die von Süersen, Haun, Sauer und Anderen angegebenen und namentlich während der Kriege von 1866 und 1870/71 vielfach angewendeten Verbandmethoden erzielt haben. Für diesen Gegenstand hätte der Verfasser bei den practischen Aerzten und Chirurgen ein grösseres Interesse voraussetzen dürfen. Ferner hätten wir gern von der Art und Weise, wie die zahnärztliche Technik den durch Operationen oder aus anderen Ursachen ganz oder theilweise verloren gegangenen Kieferknochen zu ersetzen vermag, eine kurze Beschreibung in dem Werke gesehen.

Das Scheff'sche Lehrbuch bringt nichts wesentlich Neues, ja es will uns scheinen, als ob der Verfasser mit der neueren zahnärztlichen Literatur und den in letzter Zeit gemachten Fortschritten auf technischem Gebiete nicht recht vertraut sei. Von den sehr gewissenhaft ausgeführten Untersuchungen Schlenker's über den Einfluss der Verdauungssecrete, der Mineralwässer, der Eisen- und Quecksilberpräparate etc. auf die Zähne, wäre im Hinblick auf den Zweck des Buches eine kurze Darstellung mehr als berechtigt gewesen. Auch die Untersuchungen Schlenker's über die Verknöcherung der Zahnnerven haben keine Erwähnung gefunden. Dasselbe gilt von den für die zahnärztliche Technik wichtigen von Wilhelm Herbst angegebenen Verbesserungen. Auch eine Anzahl guter und bewährter Präparate (Entrup's Cement und Wolrab's Plombirgold) scheinen dem Verfasser absolut nicht bekannt zu sein; es scheint fast, als'lese er keine Fachschriften.

Trotz der erwähnten und anderer Ausstände glauben wir doch hoffen zu können, dass es dem Buche gelingen werde, dem ihm zugedachten Zwecke dienlich zu sein und in ärztlichen Kreisen Interesse für die Bestrebungen der Zahnheilkunde zu erwecken — wird doch der practische Arzt Vieles in klarer Weise darin geschildert finden, was er im Interesse seiner Patienten verwerthen kann. Dann wird auch der Erfolg nicht ausbleiben, dass immer weitere Kreise des Publikums auf eine rationelle Pflege und Erhaltung der Zähne hingewiesen werden.

VII. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 8. Januar 1884.

Vorsitzender: Herr Bülau.
Schriftführer: Herr Korach.

Zu Vorsitzenden für das nächste Halbjahr werden Herr Curschmann und Herr Bülau, zu Schriftführern Herr Rautenberg und Herr Marr gewählt.

Herr Hertz demonstrirt das Präparat einer spontanen Herzruptur. Dasselbe stammt von einer 84jährigen Frau, Insassin des Werk- und Armenhauses, welche vorher zu keiner Zeit Symptome einer schwereren Läsion des Herzens dargeboten hatte. Im Gespräch mit ihren Nachbarinnen begriffen fiel dieselbe vor einigen Tagen plötzlich vom Stuhle und war wenige Augenblicke darauf todt.

Bei der Section fand man den Herzbeutel prall gefüllt mit frischen Blutgerinnseln, deren Menge circa $^1/_2$ Liter betragen mochte. Der plötzliche Tod der Pat. war wohl sicher in Folge der Compression des Herzens durch den Bluterguss in den Herzbeutel eingetreten. Als Ursache der Blutung constatirt man in der vorderen Wand des linken Ventrikels einen circa 3 cm langen Riss, welcher in der Nähe der Kammerscheidewand schräg von oben nach unten verläuft. Nur in dem unteren Ende des Risses ist die Wand des Ventrikels vollständig durchbrochen. Im Bereich der oberen Hälfte desselben sind die Schichten der Herzmusculatur auseinander gezerrt, ohne eine vollständige Trennung erfahren zu haben.

Ueber dem rechten Ventrikel ist das subpericardiale Fettgewebe stark entwickelt und dringt mit Fortsätzen zwischen die Musculatur des Ventrikels, dieselbe theilweise verdrängend und ersetzend ein.

Die Musculatur der seitlichen und hinteren Wand des linken Ventrikels ist, besonders wenn man berücksichtigt, dass es sich um das Herz einer alten decrepiden Frau handelt, entschieden hypertrophisch. Die Dicke der Wandung beträgt hier durchschnittlich 2 cm. Dagegen ist die vordere Wand und namentlich die Gegend der Rissstelle auffallend schlaff und erheblich verdünnt, im Mittel nur $^1/_2$ cm stark.

Im Bereich der hypertrophischen Partien des l. Ventrikels hat das Myocard eine frisch graurothe Farbe und zeigt makroskopisch keine wesentliche Abweichung von der Norm. Dagegen ist im Bereich der Herzspitze, namentlich aber der verdünnten vorderen Wand und der Gegend der Rissstelle eine fleckförmig auftretende gelbliche Verfärbung des Myocard vorhanden, welche, wie die mikroskopische Untersuchung ergiebt, auf einer Verfettung der Muskelfibrillen im Bereich der veränderten Stellen beruht. Nach der Ansicht des Verf. ist die Ursache dieser circumscripten Degeneration der Musculatur in einer mangelhaften Ernährung derselben zu suchen. Die letztere wurde in diesem Falle durch eine Stenose des Gefässlumens der linken Coronararterie im Bereich des Ramus descendens, bedingt durch eine circumscripte atheromatöse Veränderung der Wandung derselben, hervorgerufen.

Auf die erwähnte Degeneration des Myocard allein ist nun die Entstehung der Ruptur kaum zurückzuführen, vielmehr bedurfte es noch eines zweiten Momentes, um den Eintritt derselben zu bewirken; dieses zweite ätiologische Moment bildete der vermehrte Druck, unter welchem bei der ausgesprochenen Hypertrophie der hinteren und seitlichen Wandung, also der Hauptmasse des linken Ventrikels, das Blut in dem letzteren, wenigstens in der Phase der Systole der Herzkammern stehen musste. Diese Hypertrophie des Ventrikels findet wiederum seine Erklärung in der hochgradigen Atheromatose der gesammten peripheren Arterien, namentlich aber auch der Aorta, welche bei der letzteren zur Bildung eines cylinderförmigen Aneurysma des aufsteigenden Astes nnd der ersten Hälfte ihres Bogens geführt hatte.

Herr Fränkel legt im Anschluss an die Demonstration des Herrn Hertz ein analoges Präparat einer spontanen Herzruptur vor. Die sämmtlichen hierhergehörigen Fälle unterscheiden sich von den traumatischen Herzrupturen dadurch, dass es sich bei ersteren regelmässig um mehr oder weniger hochgradige Erkrankungen des Herzfleisches handelt, wie sie für einmal in Herzverfettungen (Adipositas cordis und Degeneratio adiposa myocardii) und für's zweite in den sich nach Atherom der Kranzarterien am Myocard abspielenden Veränderungen gegeben sind. Nach einem kurzen Hinweis auf die hierbei in Betracht kommenden, durch die Arbeiten von Cohnheim und Salomonsen, Perls u. A. ausführlich berücksichtigten Verhältnisse berichtet F. über den concreten Fall. Der Ende der 30er Jahre stehende Pat. litt an schmerzhaften für Cardialgieen gehaltene Attaquen, wegen derer er mit Erfolg Morphiumlösungen brauchte; in einem sehr heftigen Schmerzanfall trank er den Rest einer solchen Lösung (welcher die zulässige Maximaldosis nicht mehr enthalten konnte) aus. Hochgradiger Collaps, auffallende Blässe, kaum fühlbarer Puls. Der behandelnde Arzt nahm eine innere Blutung an. Tod nach 2 Tagen unter zunehmenden Collapserscheinungen. Die Section ergab nach Entleerung des den Herzbeutel ausfüllenden, das Herz vollständig einhüllenden schwarzrothen Blutgerinnsels einen c. 2 cm langen vertical an der vorderen Wand des linken Ventrikels dicht neben dem Septum ventriculorum verlaufenden unvollständigen Riss, dem entsprechend die Herzinnenwand einen adhärenten an seiner dem Blutstrom zugekehrten Fläche gerippten Thrombus trägt; der Ramus descendens der linken Kranzarterie im ganzen Verlauf bis zur Rissstelle von einem adhärenten, röthlichgrauen, ziemlich derben, total obturirenden Thrombus erfüllt. Am Herzfleisch Combination von adipositas und Fettdegeneration. Interessant ist der von der Natur angestellte, sich in der Thrombusbildung markirende Verschluss der Rissstelle, wodurch sich, im Gegensatz zu dem sonst meist rasch, nicht selten blitzartig (Fall Hertz) erfolgenden Tode, das noch 2tägige Erhaltenbleiben des Lebens nach dem Eintritt der Ruptur in unserem Falle erklären dürfte.

F. demonstrirt ferner ein Präparat von typischer Hepatitis gummosa. Intra vitam hatte der Fall als Lebercarcinom imponirt, eine Verwechselung, die nach dem Ausspruch Virchow's wohl auf jeder grösseren Klinik einmal vorgekommen ist. Auf den richtigen Weg hätte in diesem Fall eine genaue Inspection der Mundhöhle leiten können, insofern strahlige Narben an der hinteren Rachenwand und ein die Uvula betreffender Defect den Verdacht auf Lues erwecken mussten. Den bei der Kranken beobachteten enormen Ascites führt F. auf die neben der Leberaffection bestehende universelle, das ganze parietale und Abschnitte des visceralen Blattes betreffende chronische mit starker Verdickung des Bauchfells verbundene Peritonitis zurück. Pfortadersystem frei; im Leberparenchym nur stellenweise einfach interstitielle Processe. Geringer Milztumor.

Herr Curschmann demonstrirt ein Herzpräparat mit fast vollständigem Fehlen der Vorkammerscheidewand; ausserdem besteht eine Mitralendocarditis, welche zu einem Defect in der Mitralklappe geführt hat. Das Präparat stammt von einem 30jährigen Arbeiter, welcher trotz des hochgradigen Herzfehlers sehr schwere Arbeit verrichtet hat. Der Exitus war in Folge der Endocarditis eingetreten.

Schluss der Sitzung $9^1/_4$ Uhr.

VIII. Der XII. Aerztetag zu Eisenach. 12. und 13. September.

Da der Bericht über die Verhandlungen des Aerztetages sehr bald in dem Aerztlichen Vereinsblatte publicirt werden soll, so können wir uns für jetzt damit begnügen, wesentlich nur die Beschlüsse desselben wiederzugeben. Wir werden aber nicht verfehlen, sie später einer eingehenden Kritik zu unterziehen, denn sie sind zum Theil von der höchsten Bedeutung und werden dann auch auf die Discussionen selbst zurückkommen, so weit dies nothwendig erscheinen wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herr Graf eröffnete die Versammlung, in welcher 110 Vereine mit 6801 Mitgliedern durch 78 Delegirte vertreten waren, durch eine ausführliche Rede, die von allgemeinem Beifall begleitet wurde. Nur völlige Klarheit über unsere Ziele, sagte er unter anderm, kann uns vor der verderblichen Macht von Phrasen und Schlagwörtern schützen. Die missverständliche Auffassung, welche durch Ausdrücke wie „staatliche Organisation des ärztlichen Standes", „Disciplinarkammern" und ähnliche Bezeichnungen leicht hervorgerufen werden kann, ist allzu sehr geeignet, viele Collegen bedenklich zu machen, sie über unser Vorgehen zu täuschen und sie in vermeintlichem Kampfe für die Freiheit des Standes in die in vermeintlichem Kampfe für die Freiheit des Standes in die Reihen der Gegner zu führen. Diesen können wir nur die dringende Bitte aussprechen, sie mögen sich nicht durch Worte blenden lassen, sondern den Inhalt unserer Beschlüsse, wie er ihnen heute wieder durch den Herrn Referenten zusammengefasst vorliegt, fest im Auge behalten.

Herr Graf ging demnächst auf die badischen Verordnungen und die Organisation des ärztlichen Standes in allen Einzelstaaten und für das Reich selbst ein: dann auf die Einführung staatlich anerkannter Ehrengerichte überall den Standpunkt der bisherigen Aerztetage scharf und bestimmt präcisirend. Hervorheben wollen wir aber noch im Wortlaut was Herr Graf über das Krankenkassengesetz und seine Wirkungen auf den ärztlichen Stand sagte: „So freudig auch wir es begrüssen konnten, dass durch jenes Gesetz manchen Kreisen die Wohlthat geregelter ärztlicher Hülfe zu Theil wird, welche dieselbe ganz oder theilweise entbehren mussten, so ist doch nicht zu verkennen, welch' mächtigen Einfluss es auf die Stellung der Aerzte im Allgemeinen ausüben kann. Durch die vielfachen contractlichen Abschlüsse tritt der Arzt mehr und mehr in eine Beamtenstellung; die Concurenz um fixirte Einnahmequellen legt die Gefahr nahe, dass der minder scrupulöse Bewerber dem anständigeren den Rang abläuft; der enorme Zuwachs an jungen Aerzten mehrt die Gefahren. Hier muss es sich zeigen, ob Vereinsleben und Standesbewusstsein schon so weit erstarkt sind, um den nackten Erwerbssinn und dem rücksichtslosen Egoismus Schranken auferlegen zu können. Unliebsame Erfahrungen werden nicht ausbleiben; je häufiger sie aber zu Tage treten, um so mehr ist auch die Nothwendigkeit für uns dargethan, in unseren Bemühungen um die Hebung des Standes nicht nachzulassen."

1. Der erste Punkt der eigentlichen Tages-Ordnung führte zur Annahme des folgenden Antrages:

Die Generalversammlung ersucht den Geschäftsausschuss, dahin zu wirken, dass im Interesse einer fruchtbringenden Discussion die Referate auf dem Aerztetage so weit möglich nicht mehr wie bisher mündlich vorgetragen, sondern vorher gedruckt und den Vereinen zugestellt werden und dass alle für den Aerztetag bestimmten Anträge von principieller Bedeutung, soweit solche nicht durch unvorhergesehene Thatsachen eine beschleunigte Behandlung erfordern, in gleicher Weise, genügend motivirt, rechtzeitig durch das Vereinsblatt zur Kenntniss der deutschen Aerztevereine zu bringen sind.

2. Es folgte darauf das Referat des Herrn Wallichs über das Schreiben des Reichskanzlers betreffend die Grundzüge einer zu erlassenden deutschen Aerzteordnung.

Die von den Referenten vorgeschlagenen Thesen

1. In der Frage nach dem Bedürfnisse einer von Reichswegen zu erlassenden Aerzteordnung steht der Aerztetag noch heute auf dem Boden der Beschlüsse des X. Aerztetages zu Nürnberg. (Ver. Bl. Nr. 123, Juli 1882, pag. 132.)

2. Für die Ausübung des ärztlichen Berufs ist die Approbation Vorbedingung. Vor deren Entziehung nach § 53 der Gewerbeordnungsnovelle vom 1. Juli 1883 ist die Standesvertretung zu hören.

3. Eine staatliche Beaufsichtigung der privaten Berufsthätigkeit der Aerzte ist nicht statthaft.

4. Eine Verletzung ärztlicher Berufspflichten, soweit sie nicht mit gesetzlicher Strafe bedroht ist, kann nur durch Organe des ärztlichen Standes, welchen ehrengerichtliche Gewalt übertragen ist, beurtheilt werden.

wurden mit grosser Majorität einzeln und im Ganzen angenommen.

3. Der Entwurf einer von den Standesämtern an die Mütter zu vertheilenden Anweisung zur Ernährung und Pflege der kleinen Kinder (B). (Referent Namens der Säuglingsernährungscommission Geh. Med.-Dr. Pfeiffer-Weimar), führte zu keiner Debatte, doch unterliess die Versammlung nicht, der vortrefflichen Arbeit dieser Commission ihren Dank zu votiren, während sie den Entwurf selbst als Muster acceptirte, mit dem Anheimstellen etwaiger Modificationen je nach den localen Verhältnissen.

4. Eine lebhafte Discussion rief folgender Antrag des allgemeinen Mecklenburgischen Aerztevereins hervor: „Der deutsche Aerztetag wolle die Aerztevereine zur Errichtung von gemeinschaftlichen Commissionen der Aerzte und Apotheker zur Bekämpfung des Geheimmittelunwesens bezirksweise, nach Art der Mecklenburger Geheimmittel-Commission, auffordern," über den Med.-Rath. Phys. Dr. Lesenberg-Rostock referirte. Er wurde indessen ebenfalls angenommen.

5. Dagegen werde hier das nächste Jahr um erst weitere Erfahrungen über die Wirkungen des Reichsunfallgesetzes zu sammeln, folgender Antrag des Reg.-Bez.-V. Düsseldorf von der Tagesordnung abgesetzt; „Der XII. Aerztetag wolle beschliessen:

1. die deutschen, und wenn möglich auch die ausserdeutschen, Unfall-Versicherungs-Gesellschaften zu ersuchen, sowohl in den Instructionen für die Vertrauensärzte, wie auch in den auszustellenden Policen an den Stellen, wo ein Eingreifen des Vertrauensarztes in die bisherige Behandlung vorausgesetzt oder gefordert wird, durch Zusatz der Worte „nach Rücksprache mit dem behandelnden Aerzte" die Auffassung auszuschliessen, als wollten sie ihre Vertrauensärzte zu einem Eingreifen ohne eine solche Rücksprache verpflichten.

2. den Vertrauensärzten solcher Gesellschaften gegenüber die feste Erwartung auszusprechen, dass sie, ohne in der Abstattung rein informatorischer Besuche irgendwie behindert zu sein, niemals ohne Rücksprache mit dem bisher behandelnden Arzte in die Behandlung eingreifen werden."

Am zweiten Tage wurde zuerst zur Wahl der sieben ausscheidenden Mitglieder des Ausschusses geschritten mit dem Resultat einer Wiederwahl derselben.

6. Sodann begann die Debatte über die Stellung der Aerzte zu den Krankenkassen. Referent: Bez.-Arzt Dr. Dörfler-Weissenburg. Folgende Thesen wurden angenommen: „Bei der Unmöglichkeit, bindende Normen für alle ärztlichen Kreise Deutschlands aufzustellen, hat sich der Aerztetag über folgende Gesätze geeinigt, welche ihm geeignet erscheinen, den einzelnen Vereinen für ihre Beschlüsse als Richtschnur zu dienen:

1. In erster Linie ist, wo immer durchführbar, die Bezahlung der Einzelleistung nach der ortsüblichen Minimaltaxe anzustreben.

2. Bei Abschluss von Verträgen mit festen Jahressätzen (Aversen) scheint nach den bisherigen Erfahrungen als Norm der Satz von 2 bis 4 Mark für den Einzelnen und etwa das Dreifache für die Familie angemessen zu sein.

3. Die Ueberwachung der abzuschliessenden Verträge bleibt den einzelnen Vereinen überlassen.

4. Gegenüber den freien Hülfskassen wird den Vereinen empfohlen, in eine Erwägung bezw. Beschlussfassung darüber einzutreten, in welcher Weise etwa das Honorar zu sichern sei, z. B. durch Garantie bei Gelegenheit der Atteste, oder durch sofortige Bezahlung. (Amendement Wallichs.)

5. In Bezug auf diejenigen Kassen, mit welchen schon jetzt Verträge unter ungünstigeren Bedingungen bestehen, erscheint es zweckmässig, dahin zu streben, dass diese Bedingungen allmählig mit den vorstehend angegebenen in Einklang gebracht werden. (Amendement Künne.)

Auch hier erfolgte die Annahme mit grosser Stimmenzahl wie denn überhaupt in principiellen Fragen die Minorität durchweg nur aus 8—10 Mitgliedern bestand.

Um 1 Uhr schloss der Vorsitzende den Aerztetag und empfing durch allgemeine Acclamation den wohlverdienten Dank derselben. B.

IX. Internationaler Congress für die Hygiene und Demographie im Haag vom 21. bis 27. Juni 1884.

(Originalbericht.)

I.

Wenn der Referent an anderer Stelle über den internationalen medicinischen Congress in Kopenhagen geglaubt hat, sich dahin aussprechen zu dürfen, dass, so schön auch das gesellige Treiben und so bedeutend auch die Genüsse, welche den Mitgliedern geboten waren, doch der Erwerb, soweit bisher die allgemeinen Sitzungen in Frage kamen, im Verhältniss sehr gering sei, so muss er dies Urtheil bezüglich des internationalen hygienischen Congresses in erhöhtem Maasse wiederholen.

Nicht allein nämlich die allgemeinen Sitzungen, sondern auch die der Sectionen haben, ausgenommen diejenigen für Demographie irgend welche bemerkenswerthe Resultate gänzlich vermissen lassen. Dazu kommt nun noch, dass die äusseren Verhältnisse dieses Congresses hinter denen des Kopenhagener weit zurück liegen. Die Theilnahme war sehr gering: wir zweifeln, dass 200 Anwesende gezählt werdee konnten. Der Empfang Seitens der staatlichen und städtischen Behörden entsprach der geringfügigen Betheiligung durchaus: er war kühl bis ans Herz hinan. Wo die richtigen Leute vorhanden gewesen, konnte allerdings in den Sectionen gearbeitet werden, denn Vergnügungen wie in Kopenhagen störten die Mitglieder nicht. Die Gründe, welche einen derartigen Misserfolg begreiflich machen, mögen hier noch offen hervorgehoben werden. Offenbar ist die Zeit von 2 Jahren zwischen 2 Congressen eine zu kurze. Es würde entschieden vorzuziehen sein, verlängerte man sie auf 3 ja auf 4 Jahre. Sodann fehlt es an der nöthigen sachverständigen Vorbereitung, vor Allem, was die allgemeinen Sitzungen anlangt. Die Aufgabe derselben müsste es doch sein, grosse Fragen in zusammenhängender Darstellung zur Erörterung zu bringen, nicht aber populäre Vorträge zu halten, deren Inhalt absolut nichts Neues bringt. Allerdings war Herr Pasteur ausgeblieben, indessen dabei verlor man nichts, denn dessen Thema bewies schon, dass er wesentlich das Gleiche vortragen würde, was grösstentheils schon in Kopenhagen gehört war.

Auch was die Sectionen anlangt, so fehlte es ebenfalls an der nöthigen Vorbereitung und vor allen Dingen an einer straffen Direction. So war es natürlich, dass längst entschiedene Fragen immer von Neuem zur Verhandlung gelangten, ohne dass ein Abschluss erzielt wurde.

Die Signatur dieses Congresses war aber ausserdem noch speciell die, dass er einen speciell französischen Charakter trug. Dies kam dem Congress in keiner Weise zu Gute. So vortreffliche Forscher Frankreich besitzt, so fehlen sie der Majorität nach noch immer durch ein unberechtigtes Selbstbewusstsein. Was nicht in Frankreich erforscht und festgestellt ist, braucht die französische Wissenschaft nicht zu kennen. Man hörte im Haag dieser Reden genug, die davon Zeugniss ablegten, dass die Vortragenden von den deutschen Errungenschaften auf dem Gebiet der Hygiene, von den deutschen Forschungen und Methoden überhaupt so gut wie gar nichts wussten. Man sprach über die Verbreitung der Cholera, über die Uebertragbarkeit der Tuberculosis, ohne die Krankheitserreger auch nur zu erwähnen und das unter fortwährendem Applaus der Versammlung, an welchem sich neben den in überwiegender Zahl anwesenden Franzosen besonders energisch holländische Mitglieder anschlossen.

Die Eröffnung des Congresses am 21. August um 3 Uhr in dem grossen Saale der Diligentia geschah durch Herrn de Beaufort, Dr. der Rechte, Mitglied der I. Kammer der niederländischen Generalstaaten, der offenbar der Hygiene fern steht, darum wenig geeignet war, eine solche Versammlung zu leiten. Er war an die Stelle des Anfangs d. J. gestorbenen früheren Ministers Klerck getreten. In dem Organisations-Comité befinden sich, wie in dieser Wochenschrift ja schon früher mitgetheilt ist, eine Reihe hervorragender Hygieniker, so Donders, den wir

Generated on 2018-08-12 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Hygieniker für das ophthalmologische Gebiet derselben nur gewiss vindiciren können, dann unser Landsmann Forster und von Holländern Egeling, Fokker und F. van Overbeck-de Mejer. Der letztere war offenbar das treibende Element und das thätigste Mitglied des Comités. Er hat ja verschiedenen hygienischen Congressen angehört und sich viele Freunde erworben. Ein fast fanatischer Gegner der Städte-Reinigung durch Schwemm-Kanalisation steht er auch sonst den französischen Hygienikern und Medicinern sehr nahe und macht von seinen Sympathien für sie bei dieser Gelegenheit kein Hehl.

In den allgemeinen Sitzungen sprach zuvörderst Herr Jules Rochard aus Paris über den wirthschaftlichen Werth des menschlichen Lebens, also über ein Thema, welches vor langer Zeit durch die Engländer Chadewick, Farr, Douglas, Galton und neuerlichst durch James Paget ausführlich behandelt worden ist. Der Redner stützte sich auch wesentlich auf die Rechnungen dieser drei Forscher und suchte folgende 3 Thesen zu begründen: 1) jede zur Förderung der Hygiene gemachte Ausgabe sucht er zu begründen. 2) Abgesehen von dem Tode sei nichts theurer als die Krankheit. 3) Für alle Klassen gäbe es keine ruinirende Verschwendung, als die mit dem menschlichen Leben selbst getrieben wird.

Man kann schwerlich behaupten, dass, um diese Thesen zu beweisen, noch der grosse Apparat von zahlreichen Darlegungen nothwendig war, die der Redner anführt. Sein statistisches Material entspricht ausserdem wenig den Forderungen der Exactheit, welche die heutige Statistik verlangt. Der den practischen Forderungen gewidmete Theil des Vortrags war demgemäss auch der kürzere. Der Redner fragte schliesslich, woher das Geld für die Verbesserung auf dem Gebiet der Hygiene zu nehmen sei. Er findet mit einer Naivetät, die besonders bei dem Vertreter Frankreichs bemerkenswerth war, die Quelle für diese Ausgaben bald. Die Armeen, sagt er, kosten Europa ca. 3 Milliarden Francs jährlich. Nun wohl, fuhr er fort, das Kriegsbudget möge dem Budget der Gesundheitspflege zu Hülfe kommen. Letzteres wird ihm dieses Opfer hundertfältig durch die grössere Zahl und die bessere Qualität der Vertheidiger zurückerstatten, er schachere nicht, wenn es sich um die bessere Vertheidigung des Landes handelt. Aber er gab zu, dass vielleicht erst die Enkel die Aera des Friedens erleben werde, die dazu gehöre, um seine Vorschläge practisch zu machen. Leider verschweigt Herr Rochard, dass Frankreich selbst die Schuld trägt, wenn diese Aera noch so lange Zeit Aussicht hat, sich zu verwirklichen.

In der zweiten öffentlichen Sitzung sprach Herr Professor Dr. Herrmann Cohn über die Beleuchtung in den Schulen in ebenso gründlicher, als klarer und vortrefflicher Weise.

(Anmerkung der Redaction. Wir nehmen von einem Referat über diesen Vortrag Abstand, da Herr Professor Cohn in diese No. dieser Wochenschrift dasselbe Thema eingehend behandelt hat.)

Herr Finkelnburg aus Bonn hielt einen Vortrag über die practische Verwendung der letzten Lehrsätze über die Ansteckungsstoffe auf die öffentliche Gesundheitspflege. Zuvörderst legte er die Fortschritte dar, welche die Gesundheitslehre auf diesem Gebiete gemacht habe und verweilte bei den Resultaten der Forschung, die immer mehr Mikroorganismen entdeckt habe und bei den ihnen gegenüber zum Theil schon in Anwendung gebrachten Schutzimpfungen.

In dieser Beziehung konnte er natürlich deutschen Sachverständigen nichts Neues bringen, wohl aber den Franzosen, soweit ihr Scepticismus allen Forschungen der deutschen Wissenschaft gegenüber sie nicht verhinderte, dem Redner zu folgen. Dies gilt auch von dem weiteren Verlauf der Rede, in welcher das Verhältniss zu den pathogenen Mikro-Organismen und den Fäulniss-Bakterien von Herrn Finkelnburg dargelegt wurde. In Frankreich hat man bekanntlich noch keine Ahnung von dem Gegensatze, der zwischen beiden Mikro-Organismen herrscht.

Herr F. wies ferner darauf hin, wie uns jetzt bekannt sei, dass der Cholerakeim direct wirke und als Choleragift den Körper des Kranken verlässt. Quarantaine-Maassregeln könnten daher im Allgemeinen nicht immer genügen, da sie niemals dafür bürgen würden, dass Personen den Cholerakeim bereits bei sich trügen. Der Nutzen der Quarantaine sei nicht zu bestreiten, aber immerhin nur ein beschränkter. Es sei unmöglich, alle Personen einer Quarantaine zu unterwerfen, lediglich, weil sie vielleicht den Cholerakeim bei sich trügen. Für erreichbar hält Herr Finkelnburg es aber, dass jeder befallene Platz sofort ein- und abgeschlossen werden könne, damit sich die Seuche nicht in der Umgegend verbreite. Die Diagnose müsse dazu früh gestellt werden und dies sei jetzt durch den Nachweis des Cholera-Bacillus möglich.

Streng kritisirt Herr F. das Verfahren der französischen Behörde der einbrechenden Choleraseuche gegenüber, in derselben Weise, wie dies in der Deutschen medicinischen Wochenschrift von Anfang an geschehen ist. Er ging dann über auf die Tuberculose, deren infectiöser Charakter bereits vor einem Jahrhundert in Italien wahrgenommen worden sei, wie wir durch Leichtenstern und Uffelmann ja neuerdings wieder gehört haben. Dort wurden die schärfsten Verordnungen erlassen, um zu verhüten, dass Schwindsüchtige mit gesunden Personen zusammen wohnen. F. hält einschneidende Maassregeln, um die Schwindsucht überhaupt zu vertilgen, für unmöglich, will aber Vorschriften, welche den Verbrauch von Fleisch und Milch perlsüchtigen Rindviehs verbieten und Belehrungen über die Gefahr der Uebertragung des tuberculosen Giftes von Kranken auf Gesunde. Aus denselben Gründen betont er die Nothwendigkeit der animalen Impfung. Bezüglich der Desinfection hält er die Feuchtigkeit jetzt natürlich für das einzig sichere Mittel.

Selbstverständlich drang der Redner zum Schluss darauf, dass gerade das Resultat der neuesten Forschungen die Einrichtung möglichst zahlreicher hygienischer Lehr- und Arbeitseinrichtungen verlange, damit die nunmehr gewonnenen diagnostischen Hülfsmittel von möglichst vielen Selbstständigen zur Verwendung kommen könnten. Es gelte den gesundheitlichen Forderungen, zu dessen Förderung die Regierungen die Pflicht hätten, die nöthigen Kosten zu tragen, während die Aerzte so viel als möglich ihre Zeit und Kräfte zur Verfügung stellen müssten.

Von Sectionsverhandlungen allgemeineren Inhalts soll schon jetzt hervorgehoben werden, dass man sich in der ersten Section über eine internationale Sanitäts-Commission verbreitete. Herr Crocq wünscht statt einer officiellen internationalen Commission mehr eine freie Vereinigung von Delegirten der obersten Gesundheitsräthe, welche sich einerseits informiren, andererseits aber den Regierungen bestimmte Wünsche aussprechen würde.

Herr Proust ging dem gegenüber zurück auf die Verhandlungen der Wiener internationalen Sanitäts-Commission und deren Vorschläge, welchen er sich anschloss. Er verlangte demnach ein permanentes Commissionsbureau, zusammengesetzt aus den Delegirten der verschiedenen europäischen Mächte, in welchem die verschiedenen Documente und Mittheilungen centralisirt würden. Die Commission würde nach verschiedenen Gegenden des Orients Commissionen senden mit permanentem oder vorübergehendem Charakter, je nachdem es sich darum handle, wo die Epidemien dauernd vorhanden seien oder um das Studium vorübergehender Seuchen. Herr Alglave glaubt nicht an die Möglichkeit, eine solche internationale Commission bei der Verschiedenheit der Interessen der einzelnen Mächte ins Leben zu rufen und will ebenfalls eine freie internationale hygienische Institution, wie die für das internationale öffentliche Recht. Rochard weist dem gegenüber darauf hin, dass wissenschaftliche Erhebungen im Interesse aller Mächte lägen und will, dass die Delegirten derselben ein internationales Sanitäts-Gesetzbuch redigirten. Corradi aus Pavia betont, dass die italienische Regierung schon vor zwei Jahren eine internationale Sanitäts-Conferenz in Anregung gebracht hätte.

Nachdem noch eine Reihe von Rednern für und gegen gesprochen hatten, wird ein Antrag, demzufolge die holländische Regierung aufgefordert werde, den andern Mächten folgende drei Wünsche des Congresses zur Annahme zu empfehlen, angenommen:

1) es soll eine neue internationale Sanitäts-Conferenz in irgend einer Stadt zusammentreten,
2) eine permanente internationale wissenschaftliche Seuchen-Commission geschaffen,
3) ein internationales Strafgesetzbuch redigirt werden mit specieller Berücksichtigung der Contraventionen auf dem Gebiete des Sanitätswesens.

So wohl gemeint diese Vorschläge auch sind, so erscheint es ziemlich zweifelhaft, ob sie in das Leben treten werden; die Erkenntniss des Wesens der Seuche wird durch solche internationale Commission schwerlich sehr gefördert werden. Die Erfahrung hat erwiesen, dass dazu Commissionen nothwendig sind, wie die des Deutschen Reiches unter Leitung eines Mannes wie Koch.

In derselben Section fand auch eine Debatte über die Cholera und die Quarantaine statt, die allerdings wesentlich zwischen den französischen Mitgliedern geführt wurde. Herr Dutrieux-Bey aus Alexandrien, ein bekannter Oculist, der sich ohne viel Vorbereitungen der Epidemiologie zugewendet hat und auf diesem Gebiet mit dem ganzen Aplomb naiver Unwissenheit sich bewegt, leitete die Discussion ein.

Er ist ein Anhänger der den Engländern sehr bequemen Theorie, es sei die vorjährige Epidemie nicht etwa in Aegypten eingeschleppt worden, sondern entstanden aus dem Zusammenwirken anderer Seuchen und vor Allem hygienischer Missstände. Die Debatte bezog sich wesentlich auf diesen Punkt und kann für deutsche Leser daher gänzlich übergangen werden. Sie spitzte sich schliesslich in dem Antrage Rochard's zu, dass der Congress den Wunsch ausspreche: es sei geboten, die Quarantaine zur See natürlich mit allen wünschenswerthen Verbesserungen beizubehalten, was man auch acceptirt hat. N.

X. III. internationaler otologischer Congress.

In unmittelbarem Anschlusse an dem internationalen medicinischen Congresse in Kopenhagen tagte in Basel vom 1.—4. September der 3. internationale otologische Congress. Die Betheiligung war eine verhältnissmässig starke und weist die Präsenzliste 80 Mitglieder auf. Die Vorträge und Discussionen fanden in deutscher, französischer und englischer Sprache statt. Dem Vergnügen war nur sehr wenig Zeit eingeräumt, da die Vorträge und Demonstrationen die vier Congresstage von Morgens 9—12 und Nachm. von 3—6 Uhr in Anspruch nahmen.

Sobald der Generalbericht über die gehaltenen Vorträge und die darauf erfolgten Discussionen zusammengestellt sein wird, werden ausführlichere Besprechungen über die in wissenschaftlicher und practischer Hinsicht wichtigen Themata hier erfolgen. Kirchner.

XI. Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege zu Hannover 15.—17. Sept.

Hannover 15. September. Unter den Anwesenden nennen wir: Oberpräsident v. Leipziger, Stadtsyndikus Ostermeyer; ferner Stadtrath Marggraff und Stadtschulrath Bertram-Berlin, Oberbürgermeister Struckmann-Hildesheim, Oberbürgermeister v. Brüning-Osnabrück, Prof. Recknagel-Kaiserslautern, Dr. Dornblüth-Rostock.

Oberpräsident v. Leipziger begrüsst die Versammlung im Namen der kgl. Regierung, Stadtsyndikus Ostermeyer im Namen der Stadt, Dr. Lohmann im Namen des hannoverschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Zum Vorsitzenden wird gewählt Oberingenieur Andreas Meyer-Hamburg, zum II. Vorsitzenden Dr. Lohmann-Hannover, zum III. Vorsitzenden Oberbürgermeister Struckmann-Hildesheim und zu Schriftführern Sanitätsrath Dr. Spiess-Frankfurt a./M. und Sanitätsrath Dr. Nötzel-Colberg ernannt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Darauf referirte Prof. Flügge über den Unterricht in der Hygiene. (Mangel an Raum nöthigt uns, den Bericht über diesen Vortrag bis zur nächsten Nr. auszusetzen.) A.

XII. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

IV.

Verhandlungen in den Sectionen.

5. Section für Laryngologie.

Montag, den 11. August 1884. Morgens.

Das Organisationscomité besteht aus den Herren Wilhelm Meyer als Einführenden, E. Schmiegelow und H. Mygind als Schriftführern. Nach kurzer Begrüssungsrede des Einführenden in englischer Sprache werden ernannt zum Präsidenten Morell Mackenzie (London) und zu Vizepräsidenten Schnitzler (Wien), Gottstein (Breslau), B. Fränkel (Berlin), Felix Semon (London), Bosworth (New-York), Moure (Bordeaux), Hering (Warschau), zu Schriftführern in den drei officiellen Sprachen Krause (Berlin), Martel (Paris), Hooper (Boston). Eingeschriebene Mitglieder: 45.

1. Zunächst sprach Hering (Warschau) über die Anwendung der Chromsäureätzungen bei Krankheiten der Nasenhöhle. Er schmilzt die Chromsäure an eine Sonde an, indem er ein Krystall derselben an der Sondenspitze vorsichtig über eine Flamme hält; bei zu starker Erwärmung zersetzt sich die Chromsäure. H. glaubt, dass die Chromsäure berufen sei, der Galvanokaustik erfolgreiche Concurrenz zu machen. Sie sei weniger schmerzhaft und gebe raschere Resultate, indem sowohl die Reaction eine geringere, als bei der Galvanokaustik sei, wie auch die gesetzten Wunden rascher als bei dieser heilten. Um Vergiftungserscheinungen zu vermeiden, spritzte Hering sofort nach der Anwendung der Chromsäure so lange Wasser durch die Nase, bis dasselbe nicht mehr gelb gefärbt war; in neuerer Zeit wendet er nur noch Ausspritzungen von Sodalösung (8:1000) an und lässt vor der Aetzung Sodalösung (4:100) trinken. Dadurch sollen alle schädlichen Einwirkungen vermieden werden. Vor der Aetzung wird die Nasenhöhle mit lauwarmem Wasser oder leichter Boraxlösung gereinigt. Anwendung findet die Chromsäure durch Hering bei den chronischen Schwellungen der Nasenschleimhaut, auch der hinteren Muschelenden; es seien nur 2—6 Sitzungen erforderlich; ferner wendet H. die Chromsäure gegen die adenoiden Vegetationen und gegen Polypenreste an.

B. Fränkel (Berlin) hat auch die Chromsäure als Aetzmittel, an einen Platindraht angeschmolzen, mit gutem Erfolge verwendet, jedoch gefunden, dass die Erfolge nach Anwendung der Galvanokaustik bessere und nachhaltigere seien; nach Aetzungen mit Chromsäure kämen allerdings weniger leicht Verwachsungen in der Nase zu Stande, als nach Verwendung der Galvanokaustik.

Bayer (Brüssel) hat die Chromsäure gegen hypertrophische Mandeln und adenoide Vegetationen mit gutem Erfolge verwendet, glaubt aber nicht, dass sie im Stande sei, die Galvanokaustik zu verdrängen; gegen Polypenreste und leichte Hypertrophien der Muschelschleimhaut möchte sie wohl mit Nutzen zu verwenden sein. Man könne sie auch bei solchen Personen, welche die Galvanokaustik scheuten, versuchen. B. verwendet einfache Glasstäbe mit knopfförmigem Ende, welchem man verschiedene Biegungen geben könne. Nach der Aetzung Ausspülung mit Wasser. Im Allgemeinen hat auch B. in Uebereinstimmung mit den Vorrednern gefunden, dass die Schmerzhaftigkeit in Folge Anwendung der Chromsäure entschieden geringer sei, als nach der Galvanokaustik. Intoxicationserscheinungen hat er nicht beobachtet.

Böcker (Berlin) wendet die Chromsäure in ganz concentrirter Lösung an und trägt sie mittelst Glasstab auf, der nur so viel aufnimmt, dass Intoxicationen bestimmt vermieden werden. Auf eine Bemerkung von Hering betreffs des „Furchenziehens" von Hack sagt Böcker, dass diese Art der galvanokaustischen Behandlung der Nasenschleimhaut schon eine alte sei, und von vielen Seiten geübt werde (sie wurde aber zuerst vom Ref. beschrieben. Vgl. auch d. W. 1884, No. 30).

2. Schnitzler (Wien) spricht einleitend über den gegenwärtigen Stand der Inhalationstherapie; er hält die Inhalationen besonders wirksam in den ersten Luftwegen, wo sie einerseits direct als Heilmittel wirkten, andererseits als die locale Therapie im engeren Sinne des Wortes unterstützende Methode mit unzweifelhaftem Erfolge angewendet wurden; aber auch in den tieferen Luftwegen, wo eine andere directe Behandlung nicht gut durchführbar sei, bildeten die Inhalationen ein höchst werthvolles, durch keine andere Behandlung zu ersetzendes Heilverfahren.

Gottstein (Breslau) hält die Inhalationen für irrationell, weil die Wirkung sich nicht localisiren lasse und die angewendeten Mittel nur in starker Verdünnung benutzt werden könnten. Es werde in der grossen Masse der Aerzte noch ein grosser Missbrauch mit den Inhalationen getrieben, indem dort, wo exactere Methoden indicirt seien, die bequemeren Inhalationen verwendet würden.

Schäffer (Bremen) glaubt, dass die Laryngoskopie schon viel mehr Gemeingut der Aerzte geworden wäre, wenn die Inhalationsbehandlung durch ihre bequeme Anwendungsweise nicht so vielen die schwierigere Laryngoskopie hätte überflüssig erscheinen lassen. Er hat bei Larynxerkrankungen von Inhalationen niemals einen Erfolg gesehen.

Reichert (Rostock) hält für die Behandlung des Kehlkopfes und der Luftröhre die Apparate mit geradem Rohre für ganz ungeeignet; dasselbe müsse abwärts gebogen sein. So vermöchten allerdings die Inhalationen die directe locale Behandlung zu unterstützen.

Beschorner (Dresden) macht darauf aufmerksam, dass die Inhalationstherapie bei Diphtherie, besonders bei Kindern, gar nicht zu entbehren sei. Auch gäbe es Kranke, die sich einer specialistischen Behandlung nicht zu unterziehen vermöchten, bei denen man deshalb zu Inhalationen greifen müsse, was einer gänzlichen Nichtbehandlung vorzuziehen sei (? Ref.).

Catti (Fiume) bemerkt, dass man beispielsweise bei acuter Pharyngitis, Laryngitis und Tracheitis von der Inhalationstherapie grossen Nutzen sehe. Man möge vom früheren Optimismus nicht gleich zur völligen Negation übergehen.

Hering (Warschau) stimmt dem Vorredner bei und meint, dass an manchen Misserfolgen mangelhafte Instruction der Kranken nicht selten schuld sei.

Chiari (Wien) findet Inhalationen besonders nützlich bei Erkrankungen der Trachea und Bronchien, wo eine andere Behandlungsmethode unmöglich sei; ebenso bei acuten Erkrankungen der oberen Luftwege und bei putrider Bronchitis.

Bresgen (Frankfurt a. M.) steht auf dem principiellen Standpunkte, Inhalationsapparate Kranken nicht in die Hand zu geben, ausgenommen beispielsweise bei Phthisis, putrider Bronchitis, in welchen Fällen öfters am Tage eine warme Inhalation von gutem Nutzen sei. Br. wendet sonst nur mehr die kalten Sprays bei acuter Pharyngitis und Laryngitis an, giebt den Kranken den Apparat aber niemals zur Selbstbenutzung in die Hand. Man verliere sonst jedwede Controlle und verfalle demselben Fehler, den so viele Practiker immer noch auch mit der kritiklosen Verordnung der Nasendouche u. dgl. machten, wodurch nie Nutzen gestiftet würde, wohl aber erheblicher Schaden verursacht werden könnte. Besonders gut wirke der kalte Spray (Zink mit oder ohne Morphin) bei acuter Pharyngitis und Laryngitis im Beginne derselben sowie bei den sog. Indispositionen der Sänger und Schauspieler.

Böcker (Berlin) bemerkt, dass die Inhalationen nach der Tracheotomie ganz vorzügliche Resultate gewährten und gar nicht mehr entbehrt werden könnten.

Michael (Hamburg) meinte irrthümlicherweise, Bresgen wolle in keinem Falle von warmen Inhalationen Gebrauch machen (siehe oben) und wendete sich dagegen. Ueberdies bemerkt M., dass bei Personen mit grösseren Lungeninfiltrationen und relativ noch gutem Befinden durch warme Inhalationen der Ausbruch des hektischen Stadiums beschleunigt werde.

Böcker (Berlin) bemerkt, dass bei Diphtherie die Inhalation nicht in Folge des dem Wasser beigefügten Medicamentes vortheilhaft wirke, sondern lediglich durch das Wasser allein.

Beschorner (Dresden) macht geltend, dass, so sehr man auch der planlosen Anwendung der Inhalationstherapie entgegen treten müsse, es doch, wie die Discussion gezeigt, eine Reihe von Fällen gäbe, in welchen gute Resultate erzielt werden könnten.

B. Baginsky (Berlin) bemerkt, dass der Nachweiss, dass inhalirte Medicamente wirklich in die Lunge gelangen, schon längst auf experimentellem Wege erbracht sei.

Schnitzler (Wien) resumirt dahin, dass der Inhalationstherapie auch von ihren Gegnern ein unterstützender Werth nicht abgesprochen, von Anderen aber derselben noch erheblicher Nutzen beigemessen werde.

Combinirte Sitzungen der Sectionen für Laryngologie und Otologie.

Montag den 11. August. Nachmittags.

1. Bosworth (New-York) spricht über die Tonsillen, ihren Bau und ihre Krankheiten vom practischen Gesichtspunkte aus. (The structure of the Tonsils and their diseases from a practical point of view.) Bezüglich der Hypertrophie erklärt er als beste Heilungsmethode die Exstirpation mit der Guillotine. Bei Kindern gäbe es niemals Blutungen, sehr häufig aber bei Erwachsenen, doch niemals gefährlich, wenn auch störend.

An der Discussion betheiligten sich B. Fränkel (Berlin), Daly (Pitsburgh), Chiari (Wien), Semon (London), W. Meyer (Kopenhagen), Woakes (London) und Bosworth (New-York). Besonders B. Fränkel und Semon rügten die apodiktische Form der Sätze des Vortragenden, welche, da sie im Gegensatz zu allen seitherigen Annahmen ständen, der Beweise noch bedürften und nicht als Thatsachen angesehen werden könnten (es war dem Ref. nicht möglich, wegen des schnellen Sprechens des Vortragenden diesem ins Einzelne zu folgen; es muss deshalb erst der Druck des Vortrages abgewartet werden).

2. Bresgen (Frankfurt a. M.) hielt den einleitenden Vortrag über die Pathologie des chronischen Nasen- und Rachen-Katarrhes. Er betont unter Anderem, dass eine chronische Rhinitis als vorliegend angesehen werden müsse, sobald man mit der Sonde einen Eindruck in die Schleimhaut hervorbringen könne, wenn diese also geschwellt und geschwollen sei. Beides finde sich stets zusammen; und die Hack'sche Auffassung von den Schwellungen der Nasenschleimhaut sei irrthümlich; es liege in solchen Fällen stets eine Rhinitis vor und auch die sog. trockene Nase sei ein hoher Grad von Rhinitis; schwelle die Schleimhaut auf kürzere oder längere Zeit ab, so stelle sich stets, oft reichliche, Secretion ein; auch sagten solche Kranke stets, dass sie früher reichliche Schleimabsonderung aus der Nase gehabt hätten. Eine chronische Pharyngitis läge zweifellos vor, wenn die Schleimhaut einerseits geschwollen und geröthet, andererseits mit mehr oder weniger grossen und zahlreichen Granulis und strang- und leistenförmigen Wulsten besetzt und die Secretion alterirt sei. Die Granula seien pathologische Producte, wie Saalfeld nachgewiesen habe, und daraus, dass es zahlreiche Menschen gebe, die durch ihre Pharyngitis sich nicht belästigt fühlten, könne man keineswegs, wie Hack thue, den Schluss ziehen, es läge keine Pharyngitis vor. Hier komme vielmehr wesentlich Unachtsamkeit und Geringschätzung der vorhandenen vermehrten Schleimabsonderung etc. in Betracht. Die sog. Ozaena simplex hält Br. für keine selbständige Krankheit, sondern für eine Ausgangsform der hyperplastischen Rhinitis. Wie es zur Atrophie und zum Fötor komme, sei noch nicht aufgeklärt; es möchten hierbei vielleicht mehrere Factoren und nicht immer die gleichen mitwirken. Br. spricht noch über die Aetiologie der chronischen Rhinitis und Pharyngitis, über spontane Blutungen bei beiden und über nervöse Begleiterscheinungen dieser. Er verlangt, dass in allen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

solchen Fällen stets eine sachgemässe Untersuchung der Nase und des Pharynxs stattzufinden habe, ohne welche jede Therapie als unwissenschaftlich zu bezeichnen sei. Besonders auch müsse der Verlegung des Nasenluftweges bei Kindern grosse Aufmerksamkeit gewidmet werden; ohne sachgemässe Untersuchung und Behandlung in solchen Fällen werde das Leben und die Gesundheit der Kinder gefährdet, da die Entwickelung der Lungen und des Thorax erheblich beeinträchtigt und dadurch Kinder schon von vorneherein der Scrophulose und Tuberculose ausgeliefert würden. Gemäss der Wichtigkeit der Erkrankungen der Nase und des Rachens erforderten diese zum mindesten die gleiche Aufmerksamkeit und Anerkennung wie diejenigen der Augen und Ohren.

Die Discussion wird auf die nächste Sitzung vertagt.

3. Michael (Hamburg) zeigt eine Reihe von Instrumenten vor und erläutert dieselben.

Dienstag den 12. August. Morgens.

Discussion über den Vortrag Bresgen.

Semon (London) bemerkt, dass nicht traumatisches Nasenbluten auch durch Infectionskrankheiten und Circulationsstörungen der verschiedensten Art bedingt sein könne, ohne dass eine Rhinitis vorhanden sei.

Chiari (Wien) glaubt, dass es doch auch ohne jedwede locale und allgemeine Erkrankung habituelles Nasenbluten gebe; es finde sich dann eine kleine Schleimkruste meist vorne am Septum; jedoch gäben die Kranken bestimmt an, weder gejuckt noch gekratzt zu haben.

Krause (Berlin) entwickelt seine Anschauung von der sog. Ozaena simplex, giebt aber zu, dass noch keine endgültige Theorie darüber aufzustellen sei.

Catti (Fiume) bemerkt, dass in vielen Fällen von sog. Ozaena simplex auch gleichzeitig Larynx, Trachea und Bronchien in derselben Weise afficirt seien, welche Fälle der sog. Stoerk'schen Blennorrhoe vollkommen glichen.

Bresgen erwidert, dass er von dem Nasenbluten bei Cirrhose, schweren Circulationsstörungen etc. nicht habe sprechen wollen, und diese Fälle natürlich nicht einbezogen habe. Finde sich Nasenbluten und Secretkrusten am Septum, so liege bestimmt Rhinitis vor; denn Krustenbildung komme nur bei letzterer vor; es bedürfe keines Kratzens oder Juckens, um die Borke von der Schleimhaut abzureissen und dadurch Blutung hervorzurufen; das Schnauben der Nase genüge hierzu vielmehr vollkommen. Krause's Auffassung von der Ozaena hat Br. schon im Vortrage als nicht unwahrscheinlich hingestellt; er behalte sich vor, dieselben auch in Zukunft noch weiterer Prüfung zu unterziehen. Den Catti'schen Bemerkungen pflichtet Br. bei, zumal er schon früher darzulegen versucht habe, dass die sog. Stoerk'sche Blennorrhoe nichts anderes, als eine Ozaena der ganzen Respirationsschleimhaut sei.

Section für Laryngologie.

Dienstag den 12. August. Morgens.

Semon (London) spricht über eine ätiologische Eintheilung der Larynxparalysen (An etiological classification of the motor impairments of the larynx). Im Anschlusse daran theilt Krause (Berlin) seine experimentellen Untersuchungen über Contracturen der Stimmbandmuskeln mit. Bei der Wichtigkeit und Schwierigkeit des Gegenstandes behalten wir uns eine zusammenfassende Besprechung der Vorträge und der denselben folgenden Discussion, an welcher sich B. Fränkel (Berlin), Catti (Fiume), Boecker (Berlin), Mackenzie (London), Krause (Berlin), Semon (London) sich betheiligten, für später vor.

Am Nachmittage sprachen Mackenzie (London) und Ribbing (Lund) über Kropfbehandlung. Wir kommen auch hierauf später noch zurück.

Chiari (Wien) demonstrirte einige Abbildungen von Rhinosclerom der Nase.

Donnerstag, den 14. August. Morgens.

1. Demonstration eines Operationsstuhles mit Kopfstütze von Michaelson (Königsberg). Die Kopfstütze erlaubt durch Kugelgelenk etc. die verschiedensten Stellungen. Der ganze Stützapparat kann an jedem Stuhle angebracht werden und kostet ungefähr 50 Mark.

Mackenzie (London) und Krause (Berlin) empfehlen einen Stuhlsitz, der abgerundet ist, damit es möglich sei, die Beine des Kranken, wie nöthig, mit seinen eigenen Beinen umschliessen zu können.

Michaelson meint, dass Jeder sich die Form des Stuhles nach eigenem Ermessen wählen könne.

Hierauf folgt eine Sitzung der vereinigten Sectionen für Laryngologie und Otologie.

1. B. Fränkel (Breslau) spricht über Reflexneurosen aus Nasenleiden herrührend. Zählt die verschiedenen Neurosen auf, welche durch Krankheiten der Nasenschleimhaut hervorgerufen werden können (Hack). Die sensibelen Nerven der Nase befänden sich in einem erhöhten Zustande der Erregbarkeit, wenn von ihnen aus Reflexe ausgelöst würden; zunächst im Respirationssystem und dann darüber hinaus würden die verschiedenen Neurosen entstehen; die neuere Zeit habe gezeigt, dass von Seiten der Nase erheblich mehr Reflexneurosen ausgelöst werden können, als man früher glaubte. — Das Schwellgewebe habe keine bindegewebige Kapsel, deshalb könne man auch nicht von einem eigentlichen Schwellkörper sprechen; es handle sich vielmehr um cavernöse Netze. Die Auffassung Hack's sei demnach auch eine verfehlte; derselbe habe auch in neuerer Zeit einen Theil seiner früheren Darlegungen zurückgezogen. Die Anschwellung der cavernösen Netze sei sicher ein Reflexvorgang. Der Nasenhusten habe mit der Anschwellung der cavernösen Räume nichts zu thun; es könne von allen Theilen der Nasenhöhle aus Husten ausgelöst werden. Die Schwellung in der Nase schliesse auch stets eine totale Hypertrophie der Schleimhaut in sich, wie E. Fränkel schon dargelegt habe. Es könnten Reflexneurosen auch ohne Anschwellung der Schleimhaut ausgelöst werden, z. B. wenn bereits Atrophie der Schleimhaut sich geltend mache. Fr. verurtheilt die sofortige Anwendung der Galvanocaustik in der Nase, sobald Reflexneurosen und Anschwellung in der Nase vorhanden seien. Es gäbe noch zahlreiche andere Mittel, wie Argent. nitr., Jodglycerin etc., mit welchen man in vielen Fällen wohl reüssiren könne.

Semon (London) macht darauf aufmerksam, dass man jetzt leicht übersehe, dass Reflexneurosen auch anderen Ursprung als aus der Nase haben könnten. S. fragt, ob man einem Kranken positiv versprechen könne, mit Beseitigung der Nasenschwellungen würden auch etwaige Reflexneurosen verschwinden. Semon verneint diese Frage.

E. Fränkel (Hamburg) stellt sich vollkommen auf den Standpunkt des Vorredners. Allgemeinbehandlung sei wichtig. Bei gewissen Schnupfen, Heufieber etc., könne man allerdings das Versprechen geben, Heilung durch Nasenbehandlung zu erzielen. Im Wesentlichen mit B. Fränkel übereinstimmend. Bei Emphysem hat Fränkel nie Nasenerkrankung bei Sectionen gefunden; es gäbe allerdings Fälle, wo die Nase erkrankt war; es bestand dann aber im Leben auch Asthma. Wenn bei diesem Spiralen und Krystalle vorkämen, so sei die Prognose weniger günstig. Betont, dass auch wirkliches Schwellgewebe sich in der Nase ausbilden könne, wofür er anatomische Beweise habe. Behauptet, wie B. Fränkel, dass Asthma auch ohne Nasenerkrankung vorkommen könne.

Krause (Berlin) sagt, dass Hack Beobachtungen gemacht habe, die vorher nicht da waren und die uns wesentlich gefördert haben. Er theilt mit, dass B. Baginsky (Berlin) durch Einspritzung von starken Kochsalzlösungen in die Nase von Thieren atactische Erscheinungen hervorgerufen habe. Krause beobachtete einen Fall, in welchem durch Bewegung eines pendelnden Nasenpolypen stets Schwindelanfälle etc. ausgelöst werden konnten.

Bresgen (Frankfurt a. Main) bestätigt, dass Nasenhusten von allen Theilen der Nase ausgelöst werden können. Auch er verurtheilt die ausgedehnte Anwendung der Galvanocaustik und will auch heute noch für leichtere Fälle zuerst Versuche mit Arg. nitr. Pulver, Jodglycerin gemacht wissen. Allgemeinbehandlung sei sehr wichtig, da die Kranken gewöhnlich körperlich geschwächt und nicht selten auch geistig angegriffen seien. Ohne zweckentsprechende Allgemeinbehandlung sei eine dauernde Heilung bei blosser localer Nasenbehandlung nicht möglich. Die Wirkungen pendelnder Nasenpolypen, wovon Krause sprach, seien wohl gerade so zu erklären, wie Br. früher schon versucht habe darzulegen, dass gegenseitig leichte Berührungen geschwollener Schleimhaut der Muscheln und des Septum besonders geeignet erschienen, Reflexneurosen hervorzurufen, gerade so wie Kitzeln am stärksten sei, wenn die Berührung recht leicht erfolge.

Hering (Warschau) hat beobachtet, dass bei Galvanocaustik von Rachengranulis Torticollis sich einstellte, der 7 Tage dauerte. Beobachtete auch, dass bei Anwesenheit von 2 kleinen Nasenpolypen Laryngospasmus sehr häufig sich einstellte, der jedoch nach Operation der Polypen ausblieb. Hat noch verschiedene der auch von Hack angeführten sog. Reflexneurosen beobachtet.

Catti (Fiume) schliesst sich im Ganzen B. Fränkel an.

Gottstein (Breslau) ist fast nur zu negativen Resultaten betreffs der Hack'schen Beobachtungen gelangt, hat besonders niemals Heilungen von Asthma durch Nasenbehandlung beobachtet.

Böcker (Berlin) theilt einige Fälle von geheilten Reflexneurosen mit, doch seien die Heilungsfälle gegenüber den nicht geheilten eine verschwindend kleine.

Bosworth (New-York), Daly (Pittsburg) theilen auch ihre Erfahrungen mit, über welche nach Druck der Verhandlungen näher berichtet werden soll.

Chiari (Wien) beobachtete verschiedene Fälle von Supraorbitalneuralgie und Asthma, welche geheilt werden nach Entfernung von Nasenpolypen. Andere Fälle werden geheilt nach Galvanocaustik der leicht geschwollenen unteren Muschelschleimhaut. Andere ähnliche Fälle wurden nicht geheilt. Chiari meint, dass die Hack'schen Beobachtungen gewiss nicht selten in Zukunft auch bestätigt werden würden; ob die Hack'schen Deutungen immer wichtig, lasse er dahingestelllt.

Roe (Rochester) theilt gleichfalls seine Erfahrungen über Reflexneurosen und Nasenleiden mit (Bericht später).

Reichert (Rostock) hat auch günstig verlaufene Fälle von Niesskrampf, Asthma etc. bei Behandlung der Nase beobachtet.

Gottstein meint, dass bei Leuten, welche jene Reflexneurosen und Nasenerkrankungen besitzen, doch noch eine besondere Disposition bestehen müsse.

B. Fränkel resumirt, das keiner die Nothwendigkeit der von Hack betonten Schwellkörper zum Zustandekommen von Reflexneurosen anerkannt habe, wie auch Jeder betont habe, dass die ausschliessliche Anwendung der Galvanocaustik in der Nase weder nothwendig noch richtig sei. Fr. betont noch, dass wir heute vom Kliniker und Neuropathologen verlangen müssten, dass diese auch einmal die Nase untersuchten, wenn die in der Discussion berichteten Zustände vorlägen.

Donnerstag, den 14. August. Nachmittags.

1. Discussion der Vorträge von Mackenzie (London) und Ribbing (Lund) über Kropftherapie. An der Discussion betheiligen sich Rossander (Stockholm), Böcker (Berlin), Semon (London).

2. Bryson Delavan (New-York) spricht über die Lage des motorischen Centrums des Kehlkopfes in der Gehirnrinde.

3. Catti (Fiume) macht Mittheilungen zur Technik des Luftröhrenschnittes.

4. Böcker (Berlin) und Krause (Berlin) zeigen Instrumente vor.

Ref. konnte dieser Sitzung nicht mehr anwohnen; dasselbe gilt von den beiden für Freitag den 15. August angesetzten Sitzungen. Bericht darüber bleibt bis zum Druck der Protocolle vorbehalten.

Maximilian Bresgen (Frankfurt a. M.).

Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

XIII. Die Cholera.

XII.

1. Weiterer Verlauf der Epidemie.

a. Südfrankreich und Spanien. Irgend wesentliche Veränderungen sind aus Südfrankreich nicht gemeldet werden. Die Epidemie ist in den bisherigen Heerden besonders in Toulon und Marseille bisher immer noch nicht erloschen, dort schwanken die Todesfälle zwischen 0—3 täglich, in Marseille zwischen 2 und 5. Im Departement Ost-Pyrinäen manifestirt sich die Seuche ziemlich stark, und auch in Spanien hat die Zahl der eingestandenen Todesfälle zugenommen.

b. Italien. Die Anzahl der Erkrankungsfälle in ganz Italien beläuft sich vom 1. bis 10. September (incl.) auf 3270, die der Todesfälle auf 2647, wovon auf Neapel allein 2000 kommen. Die letzten Telegramme aus Neapel berichten seit dem 10. September von einem Rückgang der Epidemie. In Spezia erhält sie sich immer noch auf gleicher Höhe.

Das officielle Bulletin, immer von Mitternacht des einen bis Mitternacht des andern Tages berechnet, ergiebt vom 1. September bis 10. September folgendes:

	1.		2.		3.		4.		5.		6.		7.		8.		9.		10.	
	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.
Prov. Alessandria		1									1									
„ Aquila			1		3		1	1			1				1					
„ Avellino							2				1						5	2		
„ Benevento													3	1						
„ Bergamo	21	8	19	7	7	3	15	11	14	8	30	9	16	10	7	4	10	9	16	10
„ Bologna				1															2	1
„ Brescia					1									1						
„ Campobasso	5	. 5	5		4		2	2		1	1		4		3		3	2	Kein Fall, bish. 165, 67 gest., 49 geh., 49 in Beh.	
„ Caserta	1		3		1		2	2			3		23	4	6	4	13	6	24	7
„ Cosenza											1									
„ Cuneo	31	17	27	15	22	18	20	11	18	9	20	7	19	12	13	25	13	10	11	9
Die meisten Fälle betreffen Busca															In Busca kein Fall mehr		In Busca kein Fall mehr			
Prov. Genua:																				
Spezia	14	13	27	7	33	14	30	25	32	18	24	15	20	15	27	20	26	17	32	13
und Umgeb.	5	2	3	1	13	4	9	5	5	2	7	3	11	8	8	3	10	4	10	5
„ Lucca											2	1								
„ Mailand								1					1							
„ Massa	14	9	7	3	11	2	7	2	8	4	9	6	1		6	8	9	2	6	3
„ Modena	3					1	8	1		1				1						
„ Neapel: Stadt	122	63	98	40	136	42	168	69	231 (?)	67	346	113	653	310	794	354	965	509	809	332
vorherg. Fälle						11		24		28										98
Provinz					8	2	7	5	5	2	7	3	18	10	33	12	20	14	29	10
„ Parma	4	5	4	3	5	4	5	3	9	1	2	7	8	7	9	3	4	5	9	7
„ Pavia													1							
„ Perugia															1					
„ Pisa						1														
„ Potenza																	1			
„ Reggio-Emilia			4		2	1			4	3	2			1	2		2	1	2	1
„ Rom													1		1		1	1		
„ Salerno							4				4		3	1	1		1			1
„ Turin	11	9	3	3	3	1			4	2			1							
Im Ganzen	237	141	117	89	273	104	284	158	253 (?)	148	472	167	765	344	822	447	1086	551	961	498

XIV. Oeffentliches Sanitätswesen.

2. Amtliches.

1. Preussen.

Vom Herrn Reichskanzler ist eine Commission von Sachverständigen berufen worden, denen die Berathung einheitlicher Methoden behufs chemischer Untersuchung des Weines aufgegeben war. Das Ergebniss derselben ist in der hierneben beigefügten Anlage:

Beschlüsse der Commission zur Berathung einheitlicher Methoden für die Analyse des Weins etc. zusammengestellt.

Die gefassten Beschlüsse erstrecken sich auf 3 Hauptpunkte.

1) Die „Instruction“ schreibt die Bedingungen vor, welche bei der Entnahme der Weinproben zu berücksichtigen sind, damit auch in dieser Beziehung ein einheitliches Verfahren beobachtet und jeder nachtheiligen Veränderung des zu untersuchenden Weins vorgebeugt wird.

2) Die „analytischen Methoden“, welche die Commission näher erläutert hat, haben sich auf Grund ihrer Erfahrung am besten bewährt und sollen beim Gange der Analyse als Richtschnur dienen.

3) Die „Anhaltspunkte für die Beurtheilung des Weins“ beziehen sich auf

a) Prüfungen und Bestimmungen, welche zum Zweck der Beurtheilung des Weins in der Regel und zwar nach der in den Beschlüssen“ aufgeführten Reihenfolge auszuführen sind, und b) auf Prüfungen und Bestimmungen, welche unter besonderen Verhältnissen vorzunehmen sind, wenn z. B. der Wein auf einen Gehalt an Salicylsäure, schwefliger Säure etc. zu prüfen ist.

Die Commission verkennt nicht die Schwierigkeit, für; sie betrachtet Weinbestandtheile allgemein gültige Grenzwerthe aufzustellenung der Weine es auch nicht als ihre Aufgabe, eine Anleitung zur Beurtheilr wesentlichen, zu geben, sie beschränkt sich vielmehr auf die Erörterung der wesentlichen, in chemischer Beziehung in Betracht kommenden Punkte.

Da namentlich die Extractmenge und das Verhältniss zwischen Weingeist und Glycerin bei Naturweinen ein schwankendes ist und desgleichen für die einzelnen Mineralstoffe allgemein gültige Grenzwerthe nicht anzugeben sind, so erscheint es mit Rücksicht darauf, dass sich die Bestandtheile des Weins nach bestimmten Gegenden und Jahrgängen richten, in erster Linie geboten, den Nachweis zu führen, aus welcher Lage und aus welchem Jahrgange der zu untersuchende Wein stammt, da nur unter Berücksichtigung dieser Momente die ursprüngliche Beschaffenheit desselben beurtheilt werden kann.

Bei den verschiedenen Gesichtspunkten, welche bei der Weinanalyse zur Geltung kommen, ist die practische und wissenschaftliche Ausbildung der mit derartigen Untersuchungen betrauten Chemiker, so wie ein mit den erforderlichen Einrichtungen und Apparaten ausgerüstetes Laboratorium eine nothwendige Voraussetzung, damit die bewährten Untersuchungsmethoden auch sachgemäss benutzt und ausgeführt werden. Es ist daher die richtige Auswahl dieser Sachverständigen ganz besonders bei der Weinanalyse von grosser Bedeutung.

Ew. Excellenz lassen wir anbei Exemplare der „Beschlüsse“ mit dem ganz ergebensten Ersuchen zugehen, dieselben den Regierungsbehörden zu übermitteln und letztere anzuweisen, die Vorstände der öffentlichen Anstalten für die Untersuchung von Nahrungs- und Genussmitteln etc. dahin zu instruiren, dass fortan bei der Weinanalyse nach den in den „Beschlüssen“ vorgezeichneten Grundsätzen und analysischen Methoden zu verfahren ist, den Vorstehern der Privat-Untersuchungsanstalten aber zu empfehlen, sich bei der Weinanalyse der in den „Beschlüssen“ niedergelegten Untersuchungs-Methoden zu bedienen.

Berlin, den 12. August 1884.

Für den Herrn Minister für Handel und Gewerbe
v. Boetticher.

In Vertretung des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten
Lucanus.

An den Königlichen Ober-Präsidenten.

Beschlüsse der Commission zur Berathung einheitlicher Methoden für die Analyse des Weines.
(Zusammengestellt im Kaiserlichen Gesundheits-Amte.)

Vorbemerkung. Da in Folge unrichtiger Behandlung beim Erheben, Aufbewahren und Einsenden der Weine behufs Untersuchung durch den Sachverständigen leicht eine Zersetzung oder Verwechselung derselben eintreten kann, so erachtet die Commission den Erlass einer Instruction folgender Art für empfehlenswerth.

Instruction über das Erheben, Aufbewahren und Einsenden von Wein behufs Untersuchung durch den Sachverständigen.

1. Von jeder Probe ist mindestens 1 Flasche ($^3/_4$ Liter), möglichst vollgefüllt, zu erheben.

2. Die zu verwendenden Flaschen und Korke müssen durchaus rein sein; am geeignetsten sind neue Flaschen und Korke. Krüge oder undurchsichtige Flaschen, in welchen das Vorhandensein von Unreinigkeiten nicht erkannt werden kann, sind nicht zu verwenden.

3. Jede Flasche ist mit einem anzuklebenden (nicht anzubindenden) Zettel

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu versehen, auf welchem der Betreff und die Ordnungszahl des beizulegenden Verzeichnisses der Proben angegeben sind.

4. Die Proben sind, um jeder Veränderung derselben, welche unter Umständen in kurzer Zeit eintreten kann, vorzubeugen, so bald als möglich in das chemische Laboratorium zu schicken. Werden sie aus besonderen Gründen einige Zeit an einem anderen Ort aufbewahrt, so sind die Flaschen in einen Keller zu bringen und stets liegend aufzubewahren.

5. Werden Weine in einem Geschäft entnommen, in welchem eine Verfälschung stattgefunden haben soll, so ist auch eine Flasche von demjenigen Wasser zu erheben, welches muthmaasslich zum Verfälschen der Weine verwendet worden ist.

6. Es ist in vielen Fällen nothwendig, dass zugleich mit dem Wein auch die Akten der Voruntersuchung dem Chemiker eingesandt werden.

(Fortsetzung folgt.)

Berlin.

Polizei-Verordnung, betreffend die Anzeigepflicht und das sanitätspolizeiliche Verfahren bei dem Auftreten der Diphtherie.

Auf Grund der §§ 143 und 144 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 (G.S. S. 195 ff) und der §§ 5 ff. des Gesetzes über die Polizei-Verwaltung vom 11. März 1850 (G.S. S. 265) wird hierdurch nach Zustimmung des Gemeindevorstandes für den Stadtkreis Berlin Folgendes verordnet:

§ 1. Jeder Arzt ist verpflichtet, über jede in seiner Praxis vorkommende Erkrankung an Diphtherie ohne Säumen bei der Königlichen Sanitäts-Commission (C. 39 Stralauerstrasse I.) schriftliche Anzeige zu erstatten.

§ 2. Zuwiderhandlungen gegen diese Bestimmung werden mit einer Geldstrafe von 5 bis zu 30 Mark für jede Uebertretung geahndet.

§ 3. Bezüglich des Schulbesuchs finden bei dem Auftreten von Diphtherie die im § 14 des Regulativs vom 8. August 1835, betreffend Maassregeln gegen die Verbreitung ansteckender Krankheiten (G.S. S. 240 ff.) getroffenen Bestimmungen Anwendung.

§ 4. Diese Verordnung tritt am 2. October 1884 in Kraft.

Berlin, den 31. August 1884.

Königliches Polizei-Präsidium. In Vertretung: Friedheim.

Beglaubigt: Düring, Kanzlei-Secretair.

Zur gefälligen weiteren Veranlassung ergebenst.

XV. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg 18.—23. September 1884.

Sectionen (Nachtrag).

XIV. Pathologische Anatomie und Allgemeine Pathologie: 1. Herr Oberstabsarzt Dr. Fleck-Magdeburg: Vorstellung eines Mannes mit einem monströs grossen Finger. 2. Herr Dr. Hüppe-Wiesbaden: Ueber Zersetzungen der Milch nebst Demonstrationen. 3. Herr Dr. Schwalbe-Magdeburg: Ueber experimentelle Melanämie und Melanose nebst Demonstrationen. 4. Herr Prof. Dr. Rindfleisch-Würzburg: Ueber Blutbildung in Lymphdrüsen.

XV. Innere Medicin: 1. Herr Prof. Dr. Strümpel-Leipzig: Encephalitis der Kinder (cerebrale Kinderlähmung). 2. Herr Prof. Dr. Flügge-Göttingen: Ueber Aetiologie des Typhus. 3. Herr Prof. Dr. Rossbach-Jena: Beiträge zur Pathologie und Therapie der Schrumpfniere. 4. Herr Dr. Hager-Neustadt: Pulverisirte Vaccine mit Demonstration der Abnahme und Bereitung. 5. Herr Prof. Dr. Eulenburg-Berlin: Zur Methodik der Sensibilitätsprüfungen. 6. Herr Dr. Koch-Bonn: Ueber ein neues Fleischpepton. 7. Herr Dr. Rothe-Altenburg: Ueber die specifische Behandlung der acuten Infectionskrankheiten, insbesondere des Typhus abdominalis.

XVI. Chirurgie: 1. Herr Prof. Dr. Lücke-Strassburg: Ueber die Wundbehandlung mit Zucker. 2. Prof. Dr. Mikulicz-Krakau: a) Ueber Resection des Pharynx und Oesophagus. b) Ueber die Laparotomie bei den Magen- und Darmperforationen nach eigenen Beobachtungen. Laparotomie bei perforirendem Typhusgeschwür, Excision des Geschwürs, Darmnaht, Heilung. 3. Herr Prof. Dr. Petersen-Kiel: a) Ueber Gypspanzerbehandlung. b) Ueber Exstirpation des Schlüsselbeins. 4. Herr Dr. Leisrink-Hamburg: Ueber den schnellenden Finger. 5. Herr Dr. Heusner-Barmen: a) Demonstration eines Stützapparates bei hochgradiger Lähmung der unteren Extremitäten. b) Wirkungen des Blitzes auf den Menschen. c) Hüftgelenksresectionen wegen angeborener Luxation. 6. Herr Prof. Dr. Rosenberger-Würzburg: Ueber Darmzerreissung und Darmnaht mit Demonstrationen. 7. Herr Geh. San.-Rath Dr. Hagedorn-Magdeburg: Ueber eine Modification der Operation der Hasenscharte. 8. Herr Hofrath Dr. Stein-Frankfurt a./M.: Experimentalvortrag über die neuesten Errungenschaften der Elektrotechnik in der Chirurgie und Medicin.

XVII. Gynäkologie: 1. Herr Dr. Hennig-Leipzig: Ueber eine besondere Form der Hydrocele muliebris. 2. Herr Dr. Krukenberg-Bonn: Demonstration des Trincus und eines noch nicht beschriebenen spondylolistetischen Beckens. 3. Herr Dr. Kroner-Breslau: Zur Aetiologie der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. 4. Herr Prof. Dr. Schatz-Rostock: Einiges über die Wehe. 5. Herr Prof. Dr. Schwarz-Halle: a) Ueber einige Mängel des Braun'schen Cranioclasten mit Demonstration eines neuen Modells. b) Drainage des nicht puerperalen Uterus. 6. Herr Geh.-Rath Prof. Dr. Olshausen-Halle: a) Ueber accessorische Eierstockstumoren. b) Demonstration von Präparaten. 7. Herr Dr. Saenger-Leipzig: a) Ueber gonorrhoische Erkrankungen der Uterusadnexa und deren operative Behandlung. b) Demonstration von Instrumenten. 8. Herr Dr. Prochownik-Hamburg: Ueber die Massage in der Gynäkologie. 9. Herr Prof. Dr. Küstner-Jena: Ueber die Anatomie und Bedeutung der Placenta marginata. 10. Herr Dr. Martin-Berlin: Ueber Myomotomie. 11. Herr Dr. Fehling-Stuttgart: a) Ueber Anwendung von Arzneimitteln bei Stillenden. b) Demonstration eines Kaiserschnittes: Uterus nebst Bemerkungen dazu.

XVIII. Ophthalmologie: Herr Prof. Dr. Kuhnt-Jena: a) Zur Genese des Glaukoms. b) Generative Mittheilungen.

XIX. Psychiatrie und Neurologie: 1. Dr. Brosius-Bendorf: Ueber nervöse Aufregung und psychische Verstimmung. 2. Dr. Richard Schulz-Braunschweig: Neoplasma der Medulla spinalis mit Demonstration.

XX. Otiatrie: Herr Prof. Dr. Schwartze-Halle: Ueber Excision des Trommelfells und der Gehörknöchelchen.

XXI. Laryngologie und Rhinologie.

XXII. Oeffentliche Gesundheitspflege: 1. Dr. Ungar-Bonn: Ueber die Gefahren, welche der Gesundheit durch den Genuss in verzinnten Conservenbüchsen aufbewahrter Nahrungsmittel drohen. 2 Herr Prof. Dr. H. Cohn-Breslau: Ueber Messungen des Tageslichtes in Schulen und Demonstration der neuen Weber'schen Apparate. 3. Herr Dr. Poleck-Breslau: Ueber den Hausschwamm. 4. Herr Dr. Frank-Charlottenburg: Ueber die Technik der Desinfection in ihren Beziehungen zu den neuen hygienischen Forschungen.

XXIII. Militär-Sanitätswesen: 1. Herr Gen.-Arzt Prof. Dr. W. Roth-Dresden: Ueber die wesentlichsten Erscheinungen auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. 2. Herr Eisenbahn-Bauinspector zur Nieden-Berlin: Ueber die beste Art, grosse Krankenzahlen provisorisch unterzubringen mit besonderer Berücksichtigung der Anhäufung von Kranken an Eisenbahnknotenpunkten.

XVI. Kleinere Mittheilungen.

— Ihre Majestät die Kaiserin hat für das internationale Comité des Rothen Kreuzes einen Preis von 5000 Frcs. gestiftet zwecks einer von demselben zu stellende Aufgabe zur Förderung der Zwecke des Rothen Kreuzes. Ausserdem hat Allerhöchstdieselbe eine goldene Medaille zum Andenken an die dritte, in Genf soeben stattgefundene internationale Conferenz für die Mitglieder derselben prägen lassen.

— Die Kölnische Zeitung enthält folgendes Telegramm:

Berlin, 16. Sept. Vor einigen Tagen wurde mitgetheilt, dass Geh.-Rath Dr. Koch einen Ruf an die Universität Leipzig als Nachfolger des verstorbenen Professors Cohnheim erhalten habe. Wir freuen uns mittheilen zu können, dass Herr Koch diesen ehrenvollen Ruf ausgeschlagen und sich entschlossen hat, in Berlin zu bleiben. Es ist anzunehmen, dass er demnächst als Vertreter der hygienischen Wissenschaft in die medicinische Facultät der hiesigen Universität eintritt.

XVII. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht dem Regierungs- und Medicinal-Rath Dr. Waldorf zu Coblenz den Rothen Adler-Orden III. Klasse mit der Schleife, dem Kreis-Physicus Dr. Krause zu Rothenburg o. B. den Rothen Adler-Orden IV. Klasse, sowie dem practischen Arzt Sanitäts-Rath Dr. Hoeltzel zu Elbling den Königlichen Kronen-Orden III. Klasse zu verleihen.

Ernennungen: Der Privatdocent Dr. Oskar Langendorff ist zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Universität Königsberg i. P. und der practische Arzt Dr. Julius Nuenninghoff zu Orsoy unter Belassung in seinem Wohnsitz zum Kreis-Wundarzt des Kreises Hoers ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Oskar Schmitz, Feilchenfeld und Dr. Schulte in Berlin, Sochatzy in Sonnewalde und Dr. Tassius in Salmünster.

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. Gessner von Freystadt nach Marienwerder, Dr. Baruch von Hoch-Stüblau und Dr. Wothe von Rügenwalde beide nach Berlin, Dr. Gubitz von Berlin nach Halle a. S., Amtswundarzt Diederich von Homberg nach Fritzlar, Dr. Cremer von Würzburg nach Deutz, Dr. Clementz von Köln nach Stromberg, Dr. Doetsch von Bingerbrück nach Kaisersesch und Reiss von Bendorf nach Meran.

Verstorben sind: Die Aerzte Geh. Sanitäts-Rath Dr. Lossen in Kreuznach, Kreisphysicus und Professor Sanitäts-Rath Dr. Horstmann in Marburg, Kreis-Physicus Dr. Ritter in Fulda. Dr. Mannheim und Dr. Eduard Meyer beide in Berlin, Dr. Blendermann in Bonn, der Zahnarzt Heinrich Auerbach in Berlin und die Wundärzte Robert in Bonn und Poetsch in Ottmachau.

Apotheken-Angelegenheiten: Es haben gekauft der Apotheker Haensel die Selle'sche Apotheke in Tütz, der Apotheker Schmidt die Betz'sche Apotheke in Elgershausen, der Apotheker Seil die Schaeben'sche Apotheke in Bergheim. Der Apotheker Peltzer hat die Verwaltung der Apotheke des verstorbenen Apothekers Dieckmann in Beuel und der Apotheker Dittmer die Verwaltung der Apotheke des verstorbenen Apothekers Strunden in Much übernommen.

Vacante Stellen: Kreisphysicate in Fulda und in Marburg.

2. Baden.

(Aerztliche Mittheilungen aus Baden NNo. 14. 15.)

Ernannt. Pract. Arzt Dr. Friedrich Geyer in Durlach zum Bezirksarzt in Messkirch und Hospitalarzt Dr. Adolf Honsell in Konstanz zum Bezirksarzt daselbst.

In den Ruhestand versetzt: Medicinalreferent im Ministerium des Innern, Geheimrath Dr. Georg Schweig, seinem Ansuchen entsprechend, unter Anerkennung seiner langjährigen treuen und erspriesslichen Dienste, in Ruhestand versetzt.

Niederlassungen. Arzt Dr. Julius Gernandt, bisher in Forbach, Amt Rastatt, in Mannheim, Dr. Schelb, approb. 1883, in Heitersheim, Amt Staufen, Unterarzt Dr. Keitel in Heidelberg.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 39.** 25. September 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Zur Lehre von den Kehlkopfcysten.

Von

Prof. **Dr. A. Jurasz** in Heidelberg.

Die Veranlassung zu der nachfolgenden Publication giebt mir ein Fall, den ich im Laufe des vergangenen Jahres in Behandlung hatte und in dem es sich um eine sehr seltene Localisation einer Kehlkopfcyste handelte. Wegen des ungewöhnlichen Sitzes der Affection einerseits, andererseits wegen einiger interessanter Punkte bezüglich der Diagnose und Therapie halte ich den Fall für beachtenswerth genug, um ihn ausführlich zu beschreiben. Im Anschluss an diesen Fall will ich aber auch die sich hier darbietende Gelegenheit benutzen, um alle meine bisherigen Beobachtungen von Kehlkopfcysten in aller Kürze zusammenzustellen und mitzutheilen.

Im März v. J. wurde mir vom Herrn Collegen Dr. Werner in Schwetzingen Herr J. G. von Neuwied behufs laryngoskopischer Untersuchung zugewiesen. Patient, 24 Jahre alt, kräftig gebaut und gut ernährt, aber etwas anämisch, gab mir folgende anamnestischen Data an. Im Sommer 1881 litt er an Husten mit Auswurf, der zeitweise mit Blut vermengt war. Von seinem Hausarzte wurde ein rechtsseitiger Lungenspitzenkatarrh constatirt und wurde Patient deshalb im Spätjahre nach Davos geschickt, wo er den Winter und das Frühjahr (zusammen 6 Monate) zubrachte. Während des Aufenthalts in Davos verlor sich zwar der Husten, aber es traten häufig vorübergehende Schmerzen beim Schlucken auf. Im Sommer 1882 hielt er sich noch eine Zeit lang in Badenweiler auf und kehrte dann gesund nach Hause zurück. Ende Januar oder Anfangs Februar 1883 stellten sich wieder Schmerzen beim Schlucken ein, zu denen sich allmählich Beschwerden beim Athmen hinzugesellten. Besonders wurde die Inspiration mühsam und mit einem lauten Geräusch verbunden. Schnelle Körperbewegungen vermehrten die Athmungsstörung.

Am 7. März 1883 untersuchte ich den Patienten zum ersten Male und fand ihn dyspnoetisch. Die Inspiration war laut, lang gezogen wie bei einem mässigen Stimmritzenkrampfe oder bei einer Parese der Cricoarytaenoidei postici. Die Exspiration war frei. Die Stimme war tief, etwas dumpf, das Schlucken etwas erschwert aber schmerzlos. Bei der Inspection der äusseren Kehlkopfgegend constatirte ich eine mässige Struma besonders des linken Lappens. Die Palpation der Kehlkopfknorpel war nirgends empfindlich. Die Untersuchung der Lunge ergab negatives Resultat; von dem früheren Spitzenkatarrh war Nichts nachzuweisen.

Bei der Laryngoskopie zeigte sich zunächst der Kehlkopf in seinen hinteren Abschnitten nach rechts verschoben, so dass die Glottis im Spiegel von rechts oben nach links unten schief erschien. Die Ursache dieses schiefen Standes fand ich in einer Geschwulst, welche im linken Sinus pyriformis zu sehen war. Dieselbe war halbkugelig, von der Grösse einer Haselnuss und sass ganz breit auf der Seitenwand des Kehlkopfes, entsprechend etwa der Stelle, an welcher der Ringknorpelreif in die Ringknorpelplatte übergeht. Die breite Basis der Geschwulst erstreckte sich nach oben bis über das Cricoarygelenk hinaus, nach rechts bedeckte sie einen grossen Theil der linken Hälfte der Ringknorpelplatte und nach links dehnte sie sich bis in die Einbuchtung des Sin. pyrif. aus, die sie fast vollständig ausfüllte. Die Geschwulstoberfläche war glatt, von normal injicirter Schleimhaut überzogen. Der Druck, den die Geschwulst ausübte, machte sich nicht allein in dem schiefen Stand des ganzen Kehlkopfes, sondern auch in einer abnormen Stellung des linken Aryknorpels bemerkbar. Letzterer war nach rechts und vorn stark geneigt und befand sich in einer ausgesprochen subluxirten Lage. Sein Processus vocalis war stark nach innen gedreht und markirte sich deutlich durch einen winkeligen Vorsprung in die Glottis, welche dadurch, dass der linke Proc. voc. und die Pars ligamentosa des linken Stimmbandes über die Mittellinie des Glottisraumes nach rechts zu verlegt waren, bedeutend enger war, als im normalen Zustande. Bei der Phonation neigte sich der linke Aryknorpel noch mehr nach rechts und verdeckte die hinteren Abschnitte der Glottis so, dass man nur den vorderen Theil der dicht aneinander liegenden Stimmbänder sehen konnte. Entzündliche Erscheinungen waren in der Kehlkopfhöhle nirgends nachzuweisen. Bei der Untersuchung mittelst einer Sonde fand sich die Geschwulst ziemlich stark gespannt, hart. Fluctuation konnte ich nicht constatiren.

Nach der Feststellung dieses Befundes konnte es keinem Zweifel unterliegen, dass sämmtliche subjectiven Beschwerden des Kranken sowie die objectiven Anomalien auf die nachgewiesene Geschwulst zurückzuführen waren. Die Athemnoth und die Stimmstörung wurden durch die Subluxation und Einwärtsdrehung des Aryknorpels und die dadurch bedingte Verengerung der Glottis, als Folgen des Druckes der Geschwulst auf den Aryknorpel hervorgerufen. Die Schluckbeschwerden dagegen hatten zur unmittelbaren Ursache den im Lumen des Schlundrohres gelegenen Tumor. Die Schwierigkeit der Diagnose lag aber in der Bestimmung der Natur der Geschwulst, denn nach den vorliegenden Verhältnissen konnte es sich hier handeln entweder 1) um eine Struma oder 2) um ein Fibrom oder Enchondrom oder 3) um einen Abscess oder 4) um eine Cyste.

An eine Struma habe ich deshalb zuerst gedacht, weil ich schon früher in einem Fall von Struma accessoria posterior, der in der hiesigen chirurgischen Klinik operirt und von Prof. Braun publicirt wurde[1]), dieselben laryngoskopischen Verhältnisse, wie in diesem Falle, festgestellt habe, und weil dabei auch hier äusserlich ein Struma namentlich auf der erkrankten Seite zu constatiren war. An dieser Wahrscheinlichkeitsdiagnose hielt ich lange fest, wiewohl ich mir bewusst war, dass der Tumor auch eine andere Deutung zuliess. Es hätte sich ja auch um ein Fibrom oder Enchondrom handeln können. Denn wenn auch die Anamnese ergab, dass die Beschwerden sich innerhalb vier Wochen entwickelt hatten und sich verhältnissmässig rasch steigerten, dass also demnach der Tumor rasch wuchs, so lag doch in den Angaben des Patienten kein zwingender Grund, um die Möglichkeit eines Fibroms oder Enchondroms, die sich gewöhnlich langsam zu entwickeln pflegen, vollständig auszuschliessen. Weniger wahrscheinlich erschien mir die Annahme eines Abscesses. Es fehlten die Schmerzen, die entzündlichen Erscheinungen und der Nachweis einer Fluctuation. Allein in Anbetracht dessen, dass ich mit einem Patienten zu thun hatte, welcher früher an einer Phthisis incipiens litt, musste ich auch an etwaige perichondritische Processe und Abscessbildung denken. Kommen doch letztere mitunter bei der Phthise an ungewöhnlichen Stellen und unter ungewöhnlichen Erscheinungen zur Entwickelung. Endlich konnte es sich in diesem Falle noch um eine Cyste handeln. Doch sprach dagegen die Localisation, da die Cysten des Kehlkopfes bekanntlich am häufigsten an der Epiglottis und an den Stimmbändern beobachtet werden, an anderen Stellen dagegen ausserordentlich selten zur Beobachtung kommen. Andere Erklärungen des Tumors konnten hier bei dem Patienten, der früher stets gesund gewesen war, nie an Lues gelitten hatte und keine sonstigen krankhaften Symptome darbot, nicht in Betracht gezogen werden. Wiewohl ich demnach am meisten an eine Struma dachte, so musste ich doch die definitive Diagnose in suspenso lassen, um erst nach der Feststellung der letzteren die Therapie zu bestimmen.

Ich beschloss zunächst, den Patienten, der einen ziemlich hohen Grad von Hyperästhesie zeigte, an die Einführung der Instrumente in die Kehlkopfhöhle zu gewöhnen, um ihn dadurch für eine etwaige

[1]) Braun. Exstirpation einer Struma accessoria post. Beiträge zur operativen Chirurgie herausgegeben von Prof. Dr. Czerny.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

intralaryngeale resp. intrapharyngeale Operation vorzubereiten. Während dieser Zeit hatte ich Gelegenheit, die Verhältnisse des Tumors näher zu studiren und zu beobachten. Patient, der sich in der Nähe von Heidelberg aufhielt, kam alle paar Tage zu mir. Wegen etwaiger Steigerung der Athemnoth und drohender Erstickungsgefahr blieb er unter der Controlle des Herrn Collegen Dr. Werner. Bis Mitte April fand ich den Zustand des Kranken unverändert. Die Geschwulst wurde nicht grösser, die abnorme Stellung des Aryknorpels und die Enge der Glottis blieben dieselben. Irgend ein für die Diagnose wichtiges Moment wurde während dieser Zeit der Beobachtung nicht festgestellt.

Am 14. April schritt ich zu einer Probeincision der Geschwulst. Ich senkte das Bruns'sche Messer ziemlich tief in die Geschwulst ein, ohne dem Patienten wesentliche Schmerzen verursacht zu haben. Es entleerten sich aber aus der Schnittwunde, so viel ich bemerken konnte, nur einige Tropfen Blut. 2 Tage später (am 16. April) wiederholte ich die Incision mit demselben Resultate. Subjectiv und objectiv trat in der nachfolgenden Zeit weder eine Verschlimmerung, noch eine Besserung des Zustandes ein; nur konnte ich jetzt mittelst der Sonde deutliche Fluctuation nachweisen, was mir vorher niemals gelang. Ich entschloss mich daher, mit Hilfe eines Aspirators den wahrscheinlich flüssigen Inhalt der Geschwulst zu entleeren und liess mir zu diesem Zweck ein besonderes, entsprechendes Instrument construiren. Herr Instrumentenmacher Wilh. Walb fertigte mir einen Aspirator nach meinen Angaben und zu meiner vollsten Zufriedenheit an [1]).

Am 7. Mai führte ich die Hohlnadel des Aspirators in die Geschwulst ein. Nach dem Oeffnen des Ventils füllte sich der Cylinder sofort mit einer reinen, gelblichen etwas zähen Flüssigkeit an, in welcher ich mikroskopisch nur einzelne rothe Blutkörperchen und Cholestearinkrystalle nachweisen konnte. Die Geschwulst erschien darauf schlaff und Patient fühlte beim Schlucken eine wesentliche Erleichterung.

Am 11. Mai fand ich den Aryknorpel mehr aufrecht stehend und die Glottis etwas weiter. Patient gab an, besser schlucken und athmen zu können.

Am 20. Mai war nur noch in der Tiefe des Sinus pyrif. mehr nach hinten eine kleine Geschwulst zu sehen. Der Aryknorpel war noch etwas nach vorn und innen geneigt und der Proc. voc. nach einwärts gedreht. Die Respiration war frei. Das Schlucken ging normal vor sich. Die Stimme war aber noch tief und rauh. Am linken Stimmband zeigten sich während des Phonirens ganz grobe und ungleichmässige Vibrationen.

Da die Geschwulst in den nachfolgenden Tagen unverändert fortbestand, so stach ich dieselbe am 28. Mai nochmals aber ohne Erfolg an. Es wurde keine Flüssigkeit entleert.

Am 7. Juni erschien die Geschwulst grösser, trotzdem Patient über keine Beschwerden beim Athmen und Schlucken klagte. Ich führte wieder die Aspirationsnadel, dieses Mal an zwei verschiedenen Stellen der Geschwulst ein. Cystenflüssigkeit wurde nicht herausgezogen, dagegen blutete es ziemlich stark und lang.

Seitdem zeigte die Geschwulst kein Wachsthum mehr. Sie war aber immer noch nachweisbar, so dass ich mich veranlasst sah, die Anstechung noch am 26. Juni, dann am 12. und 15. Juli zu wiederholen. Nach diesen Eingriffen schwand die Geschwulst und konnte anfangs August an der Stelle derselben nur noch eine kleine Prominenz bemerkt werden. Ende August constatirte ich folgenden Befund:

Die Glottis erscheint beim Athmen noch ein wenig eng, zeigt aber die Form eines gleichschenkligen Dreiecks. Der linke Proc. voc. ist nicht mehr auswärts gedreht. Der linke Aryknorpel steht normal und bewegt sich in normaler Weise bei der Phonation. Der Verschluss der Glottis bietet keine Anomalie dar, doch findet man noch deutlich, dass die Vibrationen des linken Stimmbandes unregelmässig und grob sind. Dementsprechend ist auch die Stimme noch nicht rein und klangvoll. Von der Geschwulst im Sin. pyrif. ist nichts zu sehen.

Auf seinen Wunsch wurde Patient mit dem Bemerken entlassen, dass er sich zu Hause elektrisiren lassen sollte, um die restirende Schwäche der Kehlkopfmusculatur zu beseitigen. Die Elektrisation (const. Strom) nahm während 6 Wochen Dr. Hachenberg in Neuwied mit dem besten Erfolge vor, denn als ich den Patienten zum letzten Male am 23. October 1883 sah, fand ich nur noch eine Spur von Unregelmässigkeit der Vibrationen des linken Stimmbandes. Die Stimme war fast ganz rein und konnte modulirt werden. Das Athmen ging selbst bei schnellen Körperbewegungen ohne Beschwerden vor sich. Von der Geschwulst war nichts nachzuweisen und der Kehlkopf zeigte sonst vollständig normale Verhältnisse. —

[1]) Dieser Aspirator ist ausführlich von Herrn Wilh. Walb beschrieben. Siehe Correspondenz-Blatt d. Universalvereins der Fabrikanten chir. Instrumente, orthop. Apparate und Bandagen No. 7 cr.

Von den interessanten Momenten des eben beschriebenen Falles möchte ich zunächst die Localisation der Cyste hervorheben. Sie entwickelte sich in der Tiefe der linken Plica aryepiglottica nach dem Sin. pyrif. zu an einer Stelle, wo die Cysten gewöhnlich nicht beobachtet werden. Soviel ich aus der Literatur entnehmen konnte, lag bisher nur eine einzige analoge Beobachtung, nämlich die von Krakauer und Heymann [1]) vor. — Ferner sind hier die durch die Cyste bedingten, hochgradigen intralaryngealen Veränderungen und Störungen der physiologischen Functionen des Kehlkopfes zu betonen. Der Druck der Cyste hatte eine Subluxation des Aryknorpels, eine Einwärtsdrehung des Proc. vocalis und eine Kehlkopfstenose zur Folge. Dabei war auch die Phonation beeinträchtigt. Endlich dürfte in diesem Falle die Feststellung der Diagnose und die angewandte, erfolgreiche intralaryngeale resp. intrapharyngeale Therapie nicht ohne Interesse sein. Im Anfang der Beobachtung war es nicht möglich, sich über die Natur der Geschwulst schlüssig zu machen und es gelang dies nicht einmal nach den Incisionen, von denen die Aufklärung wenigstens bis zu einem gewissen Grade zu erwarten war. Nach dem Einsenken des Messers in die Geschwulst ergossen sich nämlich, so viel ich sehen konnte, nur einige Tropfen Blut, und blieb das Volumen derselben nach wie vor ein gleiches. Da die wiederholten Incisionen dasselbe Resultat hatten, so war ich bereits geneigt, das Vorhandensein eines flüssigen Inhalts der Geschwulst auszuschliessen, mich für die Diagnose einer compacten Geschwulst zu entscheiden und behufs Entfernung derselben eine Pharyngotomia subhyoidea vorzuschlagen. Die abermalige Palpation der Geschwulst mittelst einer Sonde bewahrte mich vor dem Fehler, denn es gelang mir einige Tage nach den Incisionen eine deutliche Fluctuation der Geschwulst zu constatiren. Warum die Fluctuation Anfangs nicht vorhanden war, dagegen später ohne Schwierigkeiten sich nachweisen liess, kann man sich meiner Ansicht nach, auf eine einfache Weise erklären. Die Cyste war offenbar im Anfang der Beobachtung sehr stark gefüllt und die Cystenwände so stark gespannt, dass der Nachweis einer Fluctuation nicht gelingen konnte. Durch die Einschnitte wurde wahrscheinlich eine geringe Quantität des flüssigen Inhalts entleert und dadurch die Spannung der Cystenwände vermindert, in Folge dessen dann die Fluctuation nachgewiesen werden konnte. Daran, dass die Incisionen keine stärkere Entleerung der Flüssigkeit herbeiführten, konnte nur die tiefe Lage der Cyste, die starke Spannung und Elasticität der Cystenwände und die Dünnheit des Messers schuld sein. Bei der Anwendung des Aspirators konnten diese Momente keine Rolle spielen, denn der Entleerung des Cysteninhalts in den luftleeren Raum des Cylinders konnte nur höchstens eine zu dicke Beschaffenheit der Flüssigkeit im Wege stehen. Aber auch dieses Hinderniss hätte man durch die Wahl einer dickeren Hohlnadel beseitigen können. —

Ich gehe jetzt auf die übrigen von mir bisher beobachteten Fälle von Kehlkopfcysten über. Sie werden hier nur in aller Kürze angeführt, weil sie wenig Interessantes bieten und nur zur Bereicherung der Casuistik der immerhin noch seltenen Geschwulstform des Kehlkopfes dienen sollen. Der chronologischen Beobachtung nach gruppiren sie sich folgendermaassen.

1. Cyste der Epiglottis. Mechaniker K., 24 J. alt, von Heidelberg, litt an einer hochgradigen Pneumolaryngophthise und befand sich im Jahre 1875 in meiner Behandlung. Auf der vorderen Fläche der Epiglottis rechts sass eine über kirschkerngrosse, kugelrunde, halbdurchsichtige Geschwulst mit zierlichen Gefässramificationen auf der Oberfläche. Subjective Beschwerden, die der Cyste hätten zugeschrieben werden können, bestanden nicht.

2. Cyste der Epiglottis. Cand. med. R. consultirte mich im Jahre 1877 wegen eines acuten Kehlkopfkatarrhs, verbunden mit einem starken Hustenreize und mit Heiserkeit. Ich fand eine diffuse katarrhalische Affection der gesammten Kehlkopfschleimhaut und ausserdem auf der hinteren Fläche der Epiglottis oberhalb des mässig entwickelten Epiglottiswulstes eine kleine, erbsengrosse Geschwulst. Die Geschwulst war kugelrund, die Schleimhaut über derselben intensiv geröthet. Mit dem Schwinden der katarrhalischen Affection verkleinerte sich auch die Geschwulst und war in wenigen Tagen nicht mehr nachzuweisen.

3. Cyste der Epiglottis. Kaufmann S. O. von Mannheim, 28 J. alt, war im September 1882 wegen Lues des Kehlkopfes in meiner Behandlung. Auf der Vorderfläche der Epiglottis links nahe an der Zunge befand sich eine etwas durchschimmernde, kugelige Geschwulst von der Grösse einer kleinen Haselnuss. Die Oberfläche der Geschwulst zeigte feine Gefässverästelungen. Die Cyste verursachte absolut keine subjectiven Beschwerden.

4. Cyste der Epiglottis. Joh. Bohl, 28 J. alt, Lehrer von Ludwigshafen a. Rh., wurde im Juli 1883 wegen eines chronischen Rachenkatarrhs eine Zeit lang behandelt. Am freien Rande der Epiglottis rechts fast in der Mitte sass eine halbkugelige, etwas durchscheinende, kirschkerngrosse Geschwulst mit glatter Oberfläche. Die Geschwulst verursachte keine Beschwerden.

[1]) Vergl. diese Zeitschrift No. 43 vom Jahre 1883. Sitzungsbericht der Berlin. medic. Gesellschaft v. 17. Oct.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

5. Cyste der Epiglottis. Joh. Huber, 34 J. alt, trat am 17. November 1883 wegen eines acuten Kehlkopfkatarrhs in meine Behandlung. Ausser den katarrhalischen Veränderungen wurde auf der Vorderfläche der Epiglottis links vom Lig. glossoepigl. med. eine über kirschkerngrosse, kugelige, glatte, halb durchsichtige Geschwulst constatirt, welche vollständig ohne Beschwerden verlief.

6. Cyste der Epiglottis. Fabrikant E. aus Mühlberg bei Karlsruhe, consultirte mich im Juni 1884 wegen heftiger Hustenanfälle. Bei der Untersuchung des Kehlkopfes entdeckte ich auf der Vorderfläche der Epiglottis rechts eine kugelige, glatte, schwach durchschimmernde Geschwulst von der Grösse eines Kirschkernes. Beschwerden seitens der Geschwulst keine. —

Nach dem Mitgetheilten habe ich im Laufe von 9 Jahren 7 Fälle von Kehlkopfcysten beobachtet. Von denselben entwickelte sich die Geschwulst in einem Falle in der linken Plica aryepiglottica in der Nähe des Aryknorpels und in den übrigen 6 Fällen auf der Epiglottis und zwar 1mal auf der hinteren und 5mal auf der vorderen Fläche derselben. Die Cysten auf der Vorderfläche der Epiglottis habe ich bei den betreffenden Patienten, die mich wegen eines anderen Uebels consultirten, zufällig bei der ersten oder mitunter erst bei der zweiten oder selbst dritten Untersuchung entdeckt. Ich hebe diesen Umstand deshalb besonders hervor, weil ich mich des Gedankens nicht erwehren kann, dass diese Geschwülste an dieser Stelle viel häufiger vorkommen, als es allgemein geglaubt wird. Steht nämlich die Epiglottis während der laryngoskopischen Untersuchung, wie dies bei meinen Fällen statt hatte, so aufrecht, dass sich die Vorderfläche derselben an die Zungenwurzel anlegt, so werden alle eventuellen pathologischen Processe an dieser Stelle unsichtbar und kommen nur gelegentlich bei oft nur vorübergehender Neigung der Epiglottis für einen Augenblick zum Vorschein. Die Entdeckung also der Cysten auf der Vorderfläche der Epiglottis wird in solchen Fällen nur vom Zufall abhängen — und zwar um so mehr, als diese Geschwülste in der Regel keine Beschwerden verursachen und als wir nicht immer die Veranlassung haben, beim Mangel an pathologischen Symptomen gerade diese Abschnitte des Kehldeckels genau zu untersuchen. In sämmtlichen 5 von mir beobachteten Fällen waren die Patienten höchst erstaunt, als ich ihnen mittheilte, dass sie eine Geschwulst am Kehldeckel haben. Wegen des Fehlens von subjectiven Störungen seitens der Cysten, waren auch die Kranken nicht dazu zu bringen, sich diese Geschwülste operiren zu lassen.

II. Zur Diagnostik der Nierenkrankheiten.

Nach einem am 11. Juli 1884 in der medicinischen Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur gehaltenen Vortrage

von

Dr. Julius Wolff,

Assistenzarzt am Allerheiligenhospital zu Breslau.

Soweit auch die Diagnostik der Nierenkrankheiten in der neueren Zeit fortgeschritten ist, es drängt sich uns aus der täglichen Erfahrung die Ueberzeugung auf, dass unsere Untersuchungsmethoden noch nicht so vollkommen sind, dass wir nicht danach streben müssten, zu einem höheren Grade der Sicherheit des Diagnosticirens anzusteigen. Nicht selten ja begegnet es selbst dem gewiegtesten Beobachter, dass er erst auf dem Sectionstische das Bild einer schweren Nephritis erkennt, einer Verfettung der Nieren oder einer amyloiden Degeneration, während die klinische Beobachtung ihn einen Einblick in die Veränderungen dieses Organs nicht gewinnen liess, besonders in Fällen, wo die Beobachtungsdauer eine nicht genügend lange war, und wo die typischen Symptome der Nierenerkrankungen vermisst wurden. Ich erlaube mir, in diesen Zeilen eine bisher nicht geübte und in der von mir zu beschreibenden Form nicht gekannte Untersuchungsmethode den Fachgenossen zur Anwendung zu empfehlen, welche, wie ich hoffe, im Stande sein wird, namentlich im Verein mit den übrigen eine exactere Diagnose zu ermöglichen und welche auch verhältnissmässig einfach zu handhaben ist.

Ich gelangte zu jener Methode gelegentlich meiner Untersuchungen über physiologische und pathologische Resorption des Magens, deren ich hier in Kürze Erwähnung thun muss. Vor zwei Jahren bereits habe ich über diesbezügliche Beobachtungen in einem im physiologischen Verein hierselbst gehaltenen Vortrage, später in einer, in der Zeitschrift für klinische Medicin erschienenen Arbeit berichtet und unlängst eine kurze Notiz als Erwiderung eines Referates von Edinger in der Breslauer ärztlichen Zeitschrift folgen lassen: das Ergebniss war, dass das Symptom der Verlangsamung der Resorptionsgeschwindigkeit bis zu 3—4 Stunden möglicherweise ein brauchbares Symptom für die Diagnose des Magenkrebses, besonders des (gar nicht, oder wenigstens längere Zeit nicht fühlbaren) Pyloruskrebses werden würde. Dieser Satz bleibt in der Fassung, welche ich ihm bereits in meiner ersten Arbeit gab, noch heute, wo die Zahl der Einzelbeobachtungen um mehr als 300, nämlich auf 434, angestiegen ist, bestehen. Gedenken möchte ich an dieser Stelle zum Belege dessen eines unlängst gesehenen bemerkenswerthen Falles, wo ein 22 Jahre altes, äusserst kräftig gebautes und noch wohlgenährtes Dienstmädchen, Anna Dresner, in das Hospital wegen hartnäckigen, seit Monaten bestehenden Erbrechens eintrat. Bald im Anfange der Beobachtung war eine Verlangsamung der Resorptionsgeschwindigkeit bis zu $3\frac{1}{4}$ Stunde, 2mal, nachweisbar, während späterhin die Resorption normal wurde; hartnäckiges Erbrechen quälte die Kranke, ein Tumor in der Magengegend war bis zu dem nach mehreren Wochen erfolgenden Tode der Kranken nicht fühlbar. Jene beiden Symptome, andauerndes Erbrechen und Verlangsamung der Resorptionsgeschwindigkeit, hatte ich bisher nur beim Magencarcinom gesehen, dennoch wäre es äusserst kühn gewesen, hätte ich einen Magenkrebs annehmen wollen. Die Section deckte freilich ein Magencarcinom, einen die ganze Magenwand infiltrirenden Scirrhus auf. Der Fall bedarf durchaus noch einer eingehenderen Beschreibung, mit Berücksichtigung des Sectionsbefundes und besonders der Versuchsprotokolle, doch dies an anderer Stelle. Auch Quetsch bestätigte neuerdings in einer aus der Riegel'schen Klinik hervorgegangenen Arbeit das Vorkommen von verlangsamter Resorptionsgeschwindigkeit bei Magenkrebs, doch hat sich derselbe leider, offenbar meine letzte Notiz in der Breslauer ärztlichen Zeitschrift nicht kennend, einer anderen und zwar unzweckmässigen Methode bedient, er hat ferner eine zu geringe Zahl von Fällen benutzt, so dass ich die Resultate seiner Untersuchungen einestheils für gar nicht vergleichbar mit denen von Pentzold und Faber sowie den meinigen, anderentheils an sich nicht für beweisend erachten kann. Doch auch davon an anderer Stelle.

Ich wende mich zu einem zweiten Symptome, bei dessen näherer Prüfung ich zu jener Methode gelangte. Ich ging von der Idee aus, dass, sowie man Verdauungsstörungen annimmt, wenn man Ingesta längere Zeit als normal im Spülwasser des Magens findet, leicht resorbirbare Salze längere Zeit als normal bei Verdauungsstörungen, in Folge der Retention und längere Zeit stattfindenden Resorption im Magen, in der Circulation und somit im Speichel oder Urin nachgewiesen werden könnten. Diese Vermuthung hat sich, für eine Zahl der Fälle wenigstens, bestätigt. Ich fand als normale Reactions- resp. Ausscheidungsdauer für Jodkalium, d. h. die Zeit, innerhalb welcher Jod, sei es im Speichel, sei es im Urin, nachweisbar ist, $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$, höchstens zwei Tage, bei einer Darreichung von 0,2 g Jodkalium (+ 0,1 Saccharum lactis) in Gelatinekapseln. Selbst bei den schwersten Verdauungsstörungen (Magenkrebs) freilich fand sich nicht selten diese normale Zeit. Verlängerung der Ausscheidungsdauer und Verlangsamung der Resorptionsgeschwindigkeit geben, wie es scheint, einen noch besseren Anhalt für die Diagnose eines Magencarcinoms, namentlich bei gleichzeitigem Erbrechen, doch kommen diese Symptome vereint ganz selten vor.

Als ich das Symptom der Verlängerung der Ausscheidungsdauer des Weiteren studirte, ergab sich mir folgendes Verhalten. Erhält ein normales Individuum die Dosis von 0,2g Jodkalium in Gelatinekapseln, welche übrigens gerade für diese Versuche vielleicht überflüssig sind, (die Versuche wurden sämmtlich zu derselben Zeit, vier Stunden nach der Mittagsmahlzeit, Nachmittags 4 Uhr, angestellt) so wird am nächsten Morgen, also nach ungefähr 16 Stunden, durch den Urin mehr Jod ausgeschieden als durch den Speichel, was leicht erkennbar ist, da das mit Urin getränkte Stärkepapier nach Zusatz eines Tropfens rauchender Salpetersäure intensiv blau gefärbt wird, stärker, als das mit Speichel benetzte. Von grosser Wichtigkeit ist nun aber folgendes: Bei Nierenkrankheiten zeigt sich fast immer eine Umkehrung der normalen Ausscheidungsformel, wenn man so sagen darf; durch den Speichel wird weit mehr Jod ausgeschieden als normal, mehr als durch den Urin, ja nicht selten vermisst man die Jodausscheidung durch den Urin gänzlich. Ferner kann aber die Ausscheidungsdauer des Jod durch den Speichel bis zu $7\frac{1}{2}$ Tagen betragen, also auffallend verlängert sein gegenüber derjenigen bei anderen Krankheiten, speciell bei schweren, sicher nicht mit Nierenläsionen einhergehenden Magenleiden, wo die Ausscheidungsformel nicht umgekehrt zu sein pflegt und die Verlängerung der Ausscheidungsdauer bei unverändertem Ausscheidungsverhältniss des Jods für Niere und Speichel besteht. In jenen Fällen verlängerter Ausscheidung durch den Speichel können nach einigen Tagen des Fehlens Spuren Jod im Urin oder selbst etwas mehr Jod als im Speichel auftreten. Die Ausscheidungsdauer des Jod kann aber auch, und die Zahl dieser Fälle ist nicht gering, eine normale sein bei Umkehr der Ausscheidungsformel.

In verschwindend kleiner Zahl, z. B. bei einem Falle von linksseitiger Pyonephrose, war die Ausscheidungsdauer des Jods durch den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Urin bei Nierenkrankheiten verlängert, während im Speichel gar kein Jod oder nur Spuren ausgeschieden wurden, und die durch den Urin entleerte Menge nicht verringert. Hier erwähne ich, dass Chauvet[1]) eine Reihe von Substanzen in Bezug auf ihre Ausscheidung durch den Urin bei Nierenerkrankungen untersucht hat; er wurde zu diesen Studien angeregt durch Beobachtungen von Bouchard, der in zwei Fällen tödtlich verlaufende Quecksilbervergiftung sah, bei denen die Quecksilberdosis an sich durchaus nicht die Schuld trug, sondern nur die geringe Ausscheidung des Quecksilbers durch die Nieren in Folge Erkrankung derselben. Hahn[2]) scheint zuerst wahrgenommen zu haben, dass die Nieren Nierenkranker für gewisse riechende Substanzen undurchgängig sind, z. B. für Terpenthinöl. Auch Rayer vermisste den charakteristischen Geruch im Urin nach Verabreichung von Spargel und Terpenthinöl. Eine ähnliche Beobachtung theilte M. Cortieu 1856 mit. De Beauvais[3]) ferner (Du défaut d'élimination des substances odorantes par les urines dans la maladie de Bright) erhielt dasselbe Resultat und bezeichnete den mangelhaften Durchgang riechender Substanzen in den Urin als pathogenetisch für Nierenkrankheiten. Im Gegensatz hierzu fanden Duckworth und Strauss den Terpenthingeruch im Urin Nierenkranker, und auch Chauvet gelangte in seiner Arbeit zu demselben Ergebniss. Letzterer prüfte des Weiteren verschiedene Salze auf ihre Ausscheidung durch die erkrankten Nieren. Todd hatte einen Fall von Vergiftung, und zwar nach Gebrauch einer geringen Dosis von Pulvis Doweri bei Nierenleiden citirt (Clinical lecture on certain diseases of urinary organs, London 1857), und es war somit nicht unwahrscheinlich, dass verschiedene Stoffe bei Nierenleiden durch die Nieren nicht ausgeschieden werden. Chauvet stellte Versuche an mit Chinin. sulf., Kal. bromat., Kal. jod., Quecksilber und Salicylsäure, und er fand auffälligerweise, bei Verabreichung einer Dosis z. B. von 2,0 Jodkalium, eine Verlängerung der Ausscheidungsdauer für Jod durch den Urin, allerdings bei Verminderung der im Harn nachweisbaren Jodmenge (gegen die Norm). So sind denn die Chauvet'schen Resultate von den meinigen durchaus abweichend, was einestheils seinen Grund haben mag in der bei der Grösse jener Chauvet'schen Dosen unbequem zu handhabenden Methode, anderentheils in der zu geringen Zahl seiner Versuche. Ueber die so wichtigen Verhältnisse der Ausscheidung durch den Speichel erfahren wir gar nichts.

Jenes Symptom nun der Umkehr der Ausscheidungsdauer für Jod bez. Aufhebung der Ausscheidung durch den Urin mit oder ohne gleichzeitige Verlängerung der Ausscheidungsdauer für den Speichel war nachweisbar in Fällen von acuter und chronischer parenchymatöser Nephritis, bei der amyloiden Degeneration der Niere, bei der hämorrhagischen Nephritis, bei Circulationsstörungen der Niere, bei Nierentumoren, z. B. dem Sarcom der Niere und bei der Schrumpfniere. Es geht häufig parallel der Albuminurie, sodass man gar nicht selten einen richtigen Schluss von ihm auf die Grösse der Eiweissausscheidung ziehen kann. Bemerkenswerth ist aber, dass selbst bei fehlendem Eiweissgehalt, so besonders bei der Schrumpfniere das Symptom auftritt und daher um so werthvoller wird. Einmal ergab die Section schwere Verfettung der Nieren bei einem Patienten mit Lebercirrhose, wo intra vitam Eiweiss im Urin fehlte, jenes Symptom aber ausgesprochen vorhanden war.

Aeusserst selten fand sich bei Nierenleiden, aber nur vorübergehend, eine normale Ausscheidung des Jods. Dies kann ebenso wenig befremdlich erscheinen wie etwa das vorübergehende Fehlen von Eiweiss bei verschiedenen Formen der Nephritis.

Unlängst sah ich ein äusserst elendes Individuum, welches wegen chronischer Dyspepsie das Hospital aufsuchte. Der Urin war vollkommen frei von Eiweiss, sein spec. Gewicht betrug 1000. Auch hier war das Symptom vorhanden, während andere auf eine Nierenerkrankung hindeutende Symptome gänzlich mangelten. Wahrscheinlich waren die Nieren jenes Individuums nicht ganz intact, sei es, dass nur functionelle Störungen oder doch materielle Läsionen Platz gegriffen hatten. Begegnet es uns doch nicht selten, dass wir bei der Untersuchung des Urins eines uns sonst vollkommen gesund erscheinenden Individuums Eiweiss entdecken und so zu der Annahme von Nierenerkrankungen, sei es vorübergehender, Circulationsstörungen, oder dauernder, Organveränderungen, gezwungen werden.

In einigen Fällen von schwerer (eitriger) Cystitis fand sich folgendes Symptom: Verlängerung der Ausscheidungsdauer und Umkehr der normalen Ausscheidungsformel, gleichfalls. Noch in meinem am 11. Juli gehaltenen Vortrage sagte ich, die diagnostische Verwerthbarkeit des Symptomes erleide dadurch eine Einschränkung, es könne nämlich nur für nicht eiterhaltige Urine benutzt werden, ähnlich wie die Albuminurie als ein Symptom von Nierenerkrankungen vielfach nur aufzufassen sei, nachdem die Anwesenheit von Eiter im Urin, sei es durch die makroskopische Betrachtung oder zugleich durch die mikroskopische Untersuchung ausgeschlossen ist. Zur Annahme gleichzeitiger Nierenläsionen lag zur Zeit der Untersuchung jener Fälle[1]) (chirurg. Hospitalabtheilung) kein Anhalt vor. Jetzt aber, nachdem dieselben zur Autopsie gekommen sind, jetzt, nachdem sich herausgestellt hat, dass pyelonephritische Abscesse in den Nieren vorhanden waren, ist eine derartige Einschränkung zunächst gar nicht mehr statthaft, zumal ich auch in Fällen frischer und zwar schwerer hämorrhagischer Nephritis das Symptom habe fehlen sehen.

Die Deutung der erwähnten Verhältnisse ist nicht ganz einfach. Zwei Möglichkeiten sind vorhanden: entweder vereinigt sich das Jod mit den jodbindenden Substanzen der Nierenepithelien bei Nephritis, wird also in den Epithelien deponirt, müsste aber wieder resorbirt und durch den Speichel ausgeschieden werden, da ja die Jodausscheidung durch den Speichel grösser wird und länger anhalten kann, oder aber das Jod tritt in jenen Fällen, wo es durch den Urin gar nicht oder nur in Spuren ausgeschieden wird, in die Epithelien nicht ein und wird in der Circulation ganz oder zum grössten Theil zurückgehalten.

Was die Methodik anlangt, so empfiehlt es sich, das Stärkepapier sich selbst zuzubereiten, indem man Filtrirpapier in aufgelöstes Amylum eintaucht, gründlich trocknen lässt und wohl verpackt, für sich gesondert, aufbewahrt. Man verwahre es nicht in einem Behältniss, wo sich Jodtinctur befindet, weil Joddämpfe in das Papier einzuziehen scheinen, wenigstens habe ich unter solchen Verhältnissen das vorher jodfreie Stärkepapier rasch jodhaltig werden sehen. Die Salpetersäure (rauchende) hält man zweckmässig in einer Glasflasche mit bis auf den Boden reichendem Glaspfropfen, was zwar nicht nothwendig, aber bequem ist. Ein Stück Stärkepapier wird mit der betreffenden Flüssigkeit (Speichel, Urin) getränkt, auf einen weissen vorher stets gründlich gereinigten Porzellanteller, zweckmässig auf die Rückseite gelegt und nun an verschiedenen Stellen mit rauchender Salpetersäure betupft. Mitunter tritt eine Reaction erst nach einigen Secunden ein, man warte daher stets einige Zeit mit der Beurtheilung des einzelnen Versuches. Nie untersuche man den Speichel unmittelbar nach einer Mahlzeit, wo sich das Jod dem Nachweis entzieht, wahrscheinlich wegen Verdünnung oder mechanischer Entfernung durch die Ingesta. Man achte genau auf die verschiedenen Nuancen der Färbung, ob eine blaue, violette oder rothe Farbe entsteht, ob eine blaue Scheibe sichtbar wird oder ein blauer Ring und wie breit derselbe. Leicht verwechseln kann man bei noch nicht genügender Uebung in derartigen Untersuchungen eine durch Jod entstehende Rothfärbung mit einer rosarothen auf Indican zu beziehenden Farbennuance.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Primarius Sanitätsrath Dr. Friedlaender, sage ich an dieser Stelle wieder für die liebenswürdige Ueberlassung des gesammten Krankenmaterials für meine Untersuchungen herzlichen Dank.

[1]) Thèse de Paris, 1877.
[2]) Hist. podag. eminentiss. p. 13.
Comptes rendus de l'Académie de méd. 1858.

[1]) Meinem Freunde Dr. Martell danke ich an dieser Stelle für freundliche Unterstützung bei diesen Versuchen.

III. Ueber den heutigen Stand der Ernährungsfrage des Kindes vom Standpunkt der wissenschaftlichen Physiologie.

Von
Hermann von Liebig.

Wer den Aufsatz Prof. Jacobi's im Handbuch der Kinderkrankheiten 1882 mit Aufmerksamkeit studirt, wird eine Fülle von Wissen und Erfahrung darin zusammengetragen finden, die von höchster practischer Bedeutung sind und die uns die Wandlungen wiederspiegeln, welche sich bei dem practischen Arzte fortwährend in den Anschauungen und Erfahrungen ergeben. Was heute als gut gepriesen, wird morgen bei Seite geworfen, eine Erfahrung widerspricht der andern. Sind nun beide unrichtig oder beide irrig gewesen? Mit nichten, die Fälle und Umstände unter denen ein günstiger oder ungünstiger Erfolg resultirte, waren eben verschieden. Die Kunst des Arztes ist das Individualisiren, je reicher die Erfahrungen des Arztes, desto leichter wird er das Richtige treffen. Das sind die Vorzüge die der alte Arzt vor dem jungen, der Specialist vor dem practischen Arzt voraus hat und stets behalten wird. Was wir aber vom Standpunkt des chemischen Physiologen an der Empirie der Praxis in Bezug auf Kinderernährung als einen schweren Uebelstand erkennen und aussprechen müssen, ist, dass die Praxis sich nicht von physiologisch richtig erkannten Grundsätzen leiten lässt.

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Man fragt nicht, ehe man eine Kindermehl- oder Rahmmischung oder gewöhnliches Mehl anwendet, wie ist es zusammengesetzt, ist es für sich eine vollkommene Nahrung für den Säugling, oder ist es nur eine einseitige Composition, die für kurze Zeit Diarrhoen zu stillen vermag.

Wirkt das Nährmittel als Corrigens oder als dauernde Nahrung, danach braucht der Fabrikant eben so wenig wie der Apotheker, denen es in erster Linie nur auf den Nutzen ankommt, den das Mittel bringt, zu fragen, wenn es der Arzt verwendet, ist er ausser Verantwortung. Dass aber alle schlechte und bessere Nährmittel verwendet werden, liegt daran, dass dieselben eben in einzelnen Fällen sich nützlich erweisen und in manchen nicht schaden, das heisst, so lange dieselben gegeben werden, treten die Folgen unrichtiger Ernährung nicht an den Tag, oder sie werden durch eine spätere bessere Diät, die in den besser situirten Ständen, dann von dem Arzte vorgeschrieben wird, theilweise wieder gehoben. Trotzdem werden die Kinder blutarmer Mütter, die im ersten Jahre keine reichliche Eiweissnahrung erhalten haben, selten in späteren Jahren die Folgen schlechter Ernährung ganz überwinden, und namentlich werden die Mädchen unter der verwerflichen pädagogischen Ueberbürdung des Gehirns mit Lehrstoffen gerade im Entwickelungsstadium, für ihren Beruf als künftige Mütter nur zu oft geschwächt, statt gestählt zu werden. Dadurch muss die physische Kraft der Nation und schliesslich auch der Charakter ganzer Gesellschaftskreise leiden. Das Hauptübel unserer Generation ist die Blutarmuth, und dass diese nur durch eiweissreichere Nahrung des Säuglings wie des Kindes verringert werden kann, dürfte kaum zweifelhaft erscheinen. Wenn nun unsere medicinisch, chemisch-physiologischen und technischen Fortschritte in den letzten 30 Jahren in Bezug auf Kindernährmittel kein anderes Resultat zu erzielen vermöchten als Pappe von Weizenmehl, mit Kleister von Gerste und Hafer zu vertauschen, dann wäre der practische Werth wissenschaftlicher Forschung nicht hoch anzuschlagen. Dies ist aber das Resultat, zu welchem Dr. Jacobi in New-York gekommen zu sein vorgiebt. Sämmtliche Kindermehle und anderweitige Surrogate der Muttermilch werden als überflüssig verworfen. Dagegen Gerste und Haferschleim als einzig richtig empfohlen, als seien nicht schon Menschenalter von Aerzten wie Laien, diese Schleime mit Milch gereicht worden ohne allen den Anforderungen, die an eine normale Ernährung gestellt werden sollen, zu genügen; die grosse Menge Stärkemehl bei Mehlfütterungen, deren Bedeutung als therapeutisches Mittel zeitweise ja nicht in Abrede zu stellen ist, kann eine Hauptbedingung als Nährmittel nicht erfüllen, weil die Nahrung des Säuglings dadurch zu eiweissarm wird.

Für den wissenschaftlichen Arzt dürfte denn doch stets das Streben dahin gehen, die Nahrung des Säuglings, dem jeweiligen Gehalt der normalen Muttermilch anzupassen.

Vor zwanzig Jahren hatten wir nur wenige Analysen der Muttermilch und nicht nach vollkommenen Methoden ausgeführt. Je nach der Lactationsperiode wechselt aber der Gehalt der Frauenmilch in weit höherem Grade als bei der Thiermilch, der Gehalt beider aber wird an Quantität wie Qualität durch die Nahrung der Mutter bedingt. Eiweissarme Nahrung erzeugt eiweissarme Milch.

Wir können daher als normale Muttermilch nur die Milch von gesunden und wohlgenährten Frauen ansehen. Das Verhältniss der Eiweissstoffe zu Fett und Kohlehydrate — (das Fett auf Stärkemehläquivalente berechnet,) ist aber in dem ersten Monate bis 6 Wochen wie 1:4,4 während es in den folgenden Monaten auf 1 : 5,6 — 1 : 7 ja bis zu 1 : 14 steigen kann. Ein Verhältniss wie 1 : 8 — 14 wird durch ein starkes Sinken des Eiweissgehaltes und ein annormales Steigen des Buttergehaltes bei Frauenmilch verursacht. Je nachdem nun mehr Analysen aus dem ersten und zweiten Monate oder von der Milch der späteren Monate gewählt wurden, erhalten wir ganz ungleiche Durchschnittszahlen, das heisst durchaus unbrauchbare. Die Analysen müssen auf ihren Werth geprüft werden.

Ein Verhältniss von 1 Eiweiss auf 8—14 Kohlehydrate, bei dem grosse Buttermengen auftreten sind sicherlich keine normale Verhältnisse. Je nachdem nun mehr Analysen aus den ersten zwei oder den späteren Monaten zur Berechnung kommen, stellt sich die Durchschnittsmilch als eiweissärmer oder -reicher heraus. Beide aber entsprechen nicht einer normalen Muttermilch. Die Analysen müssen nicht gezählt, sondern einzeln auf ihren Werth und Zeit geprüft werden. Die nach unvollkommenen Methoden ausgeführten Analysen oder Milche von abnormen Verhältnissen müssen völlig ausgeschieden werden. Dies ist seither niemals hinreichend geschehen, wie dies die Lehr- und Handbücher neuesten Datums darthun. Dr. Jacobi giebt die Mittelzahl aus König's neuester Auflage neben Dr. Gerber's berechneten Durchschnitt. Dr. Baginsky führt in Dr. Boerner's Med. Kalender eine normale Muttermilchanalyse aus den ersten Monaten an, ähnliche Zahlen zeigt Haidlen's Analyse, die von Liebig benutzt wurde.

Zum Vergleich führe ich hier eine Reihe nach guten Methoden ausgeführter Analysen von Frauenmilch an, um zu zeigen, dass normale Frauenmilch in den ersten Monaten keine geringeren Mengen Eiweissstoffe als Kuhmilch enthält.

	Eiweiss	Butter	Zucker	Asche	Verhält. zwischen N.-gehalt und Kohlenhydrate
N. Gerber	1,93	3,59	6,64	0,22	1:78
König	2,36	3,94	6,23	0,4	1:65
Baginsky	3,5	3,3	4,3	0,3	1:34
Haidlen	3,1	3,2	4,3	0,3	1:38
nach König Kuhmilch	3,5	3,65	4,81	0,7	1:38
Dr. Gerber, Prof. Radenhausen in Bern	3,56	3,24	4,20	0,29	1:3,3
Dr. Molt New York bei 13 weissen Frauen	3,5	4,02	4,27	0,28	= 1:3,4.
10 Negerinnen	3,66	3,36	4,5	0,4	

Dies sind gute normale Milche. — Dagegen giebt es auch sehr schlechte Milche bei vollkommen gesunden Frauen, wie dies die Analysen Prof. Förster's aus Amsterdam aus verschiedenen Perioden zeigen. Dieselben enthielten im Durchschnitt

Eiweiss	Butter	Zucker	Asche	Verhält. N. : K.
1,04	4,58	5,17	—	1 : 15.

Solche Analysen müssen für hygienische Zwecke bei Berechnung von normalen Mittelzahlen ausgeschieden werden.

Aehnlich für eine normale Ernährung ungeeignete Milch hat Dr. Kraut und König untersucht, sie rührte von einer Amme her. —

Eiweiss 1,21 Butter 4,95 Zucker 7,14 Verhält. 1 : 15.

Diese Analyse hat aber für den practischen Arzt eine sehr grosse Bedeutung, denn das mit dieser Milch genährte Kind zeigte fast gar keine Zunahme, weil der Ueberschuss an Zucker und Fett offenbar gar keine Verwendung findet, sondern letzteres einfach in den Fäces ausgeschieden wird.

Erst neuere Untersuchungen, namentlich die von Dr. Emil Pfeiffer geben uns ein Bild über die normale Zusammensetzung der Frauenmilch in den verschiedenen Perioden der Lactation.

In den ersten 4 bis 6 Wochen unterscheidet sich die Frauenmilch nur wenig von den Verhältnissen des Eiweissgehaltes zu dem Fett- und Zuckergehalt von der Kuhmilch, wie dies auch Baginsky's Zahlen zeigen.

Eine sehr auffallende und scheinbar ganz ungesetzliche und unregelmässige Erscheinung ist das öftere Sinken und Steigen der Butter nach den ersten 6 Wochen, von 1,2 bis 5 und selbst mehr Procente. Dies deutet darauf hin, dass auf einen hohen Buttergehalt nicht der Schwerpunkt bei der Ernährung zu legen ist, sondern auf das Eiweiss und den Zucker, der ziemlich constant hoch bleibt, während das Eiweiss regelmässig in den späteren Monaten gesetzmässig sinkt.

Der Einfluss reicherer Ernährung macht sich eben bei der Frau mehr bei der Butter als dem Eiweiss geltend, ganz ebenso wie bei unseren Milchthieren, nur in höherm Maasse nach der Individualität der Frau.

Leider sind die von Pfeiffer aus allen Zeiten der Lactation gemachten Untersuchungen der Frauenmilch, nicht von denselben Frauen, sondern von 23 verschiedenen Frauen gemacht, und man könnte von mancher Seite die daraus gezogenen Mittelzahlen beanstanden, ich denke aber als Molkereiverständiger mit Unrecht. Für unsere Zwecke erscheinen alle von Dr. Pfeiffer gezogenen Schlussfolgerungen, als durchgängig richtig, da dieselben mit dem allgemeinen Verhalten unserer Milchthiere übereinstimmen.

So hat die Colostrummilch der Frau nach Pfeiffer und andern Analytikern in den ersten Tagen wie bei der Kuh 5—7 ja bis zu 9 % Eiweissstoffe, und der Gehalt der Frauenmilch im ersten Monat im Durchschnitt aus 23 gleichförmiger Analysen inclusive Colostrummilch 3,49 Eiweiss. Von Frau J., von der Pfeiffer die längste Reihe Analysen vom ersten bis 40. Tag gemacht, ist der mittlere Gehalt (abzüglich der ersten 4 Tage mit Colostrummilch) im Durchschnitt Eiweissst. 2,6, Butt. 2,7, Zucker 5,0, Verhält. N. zu Kohlenhyd. = 1:4,4.

Ich glaube, dass wir dieses Verhältniss für eine mustergiltige Normalmilch für die ersten 40 Tage oder 6 Wochen annehmen können und sollten.

In den nächsten 4 Monaten sank der Eiweissgehalt durchschnittlich auf 1,87 herab, dagegen stieg der Buttergehalt auf 3,03 und der Zuckergehalt auf 52 — 59.

Unter 1,85 sollte der Eiweissgehalt der Nahrung nicht sinken. Die Wägungen von Säuglingen von Bouchaud, Dr. Fleischmann,

Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Cammerer, Ahlfeld und Hähner zeigen, dass die Milchmengen guter Säugemütter bis zur 18. Woche steigen, dann bis zur 28. Woche gleichbleiben können, dann abnehmen, und damit nimmt auch die Zunahme der Brustkinder ab. Durch Darreichung von Kuhmilch und Surrogaten kann und wird wohl in den meisten Fällen der Ausfall gedeckt werden können.

Zwei Dinge sind es, welche das Brustkind vor dem künstlich ernährten Kinde stets voraus hat, und die wir auch niemals vollständig ersetzen können. Es ist die Colostrummilch und die hohen Eiweissmengen die das Brustkind in normaler Muttermilch im ersten Monat schon erhält und wohl auch zu verdauen vermag.

Wir können allerdings die gleichen Eiweissmengen in der Kuhmilch dem Kinde geben, aber die chemische Constitution und das Verhalten des Kuhkaseins ist ein etwas abweichendes in Folge dessen nur ein Theil der Eiweisskörper der Kuhmilch verdaut werden, und dies spricht sich auch in der geringeren Zunahme der künstlich ernährten Kinder, namentlich in dem ersten Monat deutlich aus.

Das Brustkind erhält, wie wir gesehen, im ersten Monat geringere Mengen Butter etwa gleichviel wie Eiweiss.

Der Physiologe Förster verlangt 100 Fett = 240 Stärkemehl gerechnet, für den Säugling ein Verhältniss von Eiweiss zu Kohlenhydrate wie 1 : 3,6. Die Natur bietet in normaler Muttermilch das Verhältniss 1:4,4. —

Der practische Arzt Dr. Biedert empfiehlt und bietet in seinem Rahmgemisch im

1. Monat	1 Eiweiss	auf	2,5 Butter	38 Zucker	N:K 1:98
2. „	1,4 „	„	2,7 „	38 „	N:K 1:7.

Erst im dritten Monat erhält es die dann nöthige Menge Eiweiss 1,8 Procente.

Wenn nun zweifellos das Kuhkasein noch dazu weniger verdaulich ist als Frauenkasein, so wäre auch noch im dritten Monate die Eiweissmenge bei Biedert eine zu geringe.

In Form von Kuhmilch müssen wir unbedingt eine grössere Eiweissmenge bieten, weil eben der Säugling nur einen Theil desselben sich anzueignen vermag. Der Zuwachs bei der Aufzuchts-Methode Biedert's kann bei den Kindern, ebenso wie bei den Mehl- und Malzextractkindern nicht aus Blut und Muskeln, sondern wesentlich nur aus Fett und Wasser bestehen. Dass eben Kinder, die überhaupt bei solcher unnatürlichen Nahrung gedeihen, an Gewicht beträchtlich zunehmen können, ruft den Irrthum hervor, sie waren gut ernährt, während es doch mehr Mastkinder sind, wobei eine allgemeine Schwächung der Constitution, in der Regel nicht zu vermeiden ist.

Wägungsresultate allein sind daher noch kein Kriterium für normale Entwicklung. Ein fettes Kind kann scrophulös und rachitisch sein oder werden, denn wir können mit Bestimmtheit, durch das Experiment an Thieren beweisen, dass Rachitis künstlich bei jungen Thieren auf zweierlei Weise erzeugt werden kann, durch Entziehung von Kalk einerseits, andererseits aber auch bei Vorhandensein hinlänglicher Mengen Kalkphosphaten, durch Nahrung, die zu eiweissarm ist.

So ist die Knochenbrüchigkeit des Rindes stets in der Eiweissarmuth des auf nassen und mineralarmen Boden erzeugten Futters begründet. Niemals trägt hier Kalkarmuth des Futters die Schuld. Die Beweise hierfür kann ich jederzeit durch Zahlen bringen. Bei ausschliesslicher Kartoffelnahrung werden junge Schweine unfehlbar rachitisch — die Kartoffel enthält hinreichende Mengen Phosphate und das Trinkwasser liefert den Kalk, was fehlt ist Eiweiss. Auch bei dem Verhältniss einer Nahrung von 1 Eiweiss auf 14 Kohlehydrate, wie bei den Kartoffeln wuchsen die Thiere langsam und nahmen täglich um 220 Gramm zu wesentlich an Fett, aber das Knochengerüst bleibt schwach und die Thiere werden rachitisch.

Dass Verhältnisse von 1 : 14 auch bei Frauenmilch vorkommen, habe ich oben gezeigt, wenn auch nicht stets damit rachitische Kinder erzeugt werden. Das Fett wird eben unter solchen Umständen nicht verbrannt und auch nicht abgelagert, es geht in den Koth.

Die sehr langsame Entwicklung des Menschen überhaupt im Vergleich zu den Thieren macht, dass die Einflüsse der Nahrung sich sehr langsam geltend machen.

Die Anschauung Prof. Simon's, der offenbar auch Dr. Biedert folgt, dass der Caseingehalt der Frauenmilch mit der fortschreitenden Lactation zunimmt, ist von Pfeifer ein für allemal widerlegt. Bei den Milchthieren ist dies schon lange bekannt.

Es wird mir gestattet sein, gegenüber einer Anzahl von irrigen Auffassungen darauf hinzuweisen, dass in Beziehung auf den Stickstoffgehalt die von Justus von Liebig angegebene Kindersuppe sich als der am besten geeignete Ersatz für die Muttermilch bereits erwiesen hat. Sie gehört nicht, wie einige noch meinen, in die Reihe der stärkemehlhaltigen Surrogate, dieselbe wird besser ertragen als verdünnte Kuhmilch und Dr. Jacobi und Baginski sprechen wohl nur die Erfahrungen Anderer aus, wenn dieselben von der Liebigssuppe sagen, dass die Kinder dieselbe nicht gerne nehmen. Wirkliche normal bereitete Liebigssuppe, die nach Liebig's verbesserter Methode bis jetzt nur in München bereitet wird, haben alle die Herren, welche über Liebigssuppe geschrieben, wohl niemals selbst angewendet. Die Präparate von Liebe, Loeflund etc. sind als Ersatz der Muttermilch nicht gleichwerthig mit der Liebigssuppe, weil zu arm an Eiweiss, wie wir aus König's und Griesmeier's Werken ersehen, enthält

Condensirte Liebigssuppe	8,4 Eiweiss	auf	48,6 Kohlehyd.		N:K = 1,59
Liebe's Präparat	3,0 „	„	70	„	N:K = 1:20.

Die Liebigssuppe enthält alle Eiweissstoffe des Weizenmehls und des Malzes, aber kein Stärkemehl und die von Einigen beobachteten ungleichen Resultate haben nur darin ihren Grund, dass die Bereitung nicht gelungen war, die allerdings mehr Aufmerksamkeit und Erfahrung erfordert als die Bereitung von Mehlbrei.

In München ist diese Schwierigkeit durch Anwendung der jetzt von Hiendlmeier bereiteten condensirten Liebigssuppe vermieden und die Aerzte, welche seit 12 Jahren diese verwenden, haben stets gefunden, dass, wo dieselbe vorschriftsmässig gebraucht wurde, sie auch vom ersten Tag der Geburt an vertragen und 6—10 und mehr Monate ununterbrochen gerne genommen wurde, wie ich dies auch aus der Erfahrung in meiner eigenen Familie bestätigen kann, denn ich habe 6 Kinder mit bestem Erfolg ausschliesslich damit ernährt.

Wenn deutsche Aerzte und Physiologen verlangen, dass in den ersten 3 Monaten kein Stärkemehl den Kindern zu reichen ist, so kann auch Gerstenschleim nicht gleichwerthig mit Liebigssuppe sein. Bei den zwei letzten meiner Kinder, die mit condensirter Liebigssuppe ernährt wurden, die auch Dr. Ernst Bischoff in München bei allen Kindern anwenden lässt, habe ich Wägungen vorgenommen. Ich führe diese im Vergleich mit den Brustkindern von Bouchaud den Doctoren Fleischmann, Ahlfeld, Hähner und Cammerer an, was wohl für alle practischen Aerzte von einigem Interesse sein dürfte.

Die condensirte Liebigssuppe mit halb Milch und Wasser nach Vorschrift bereitet hat ein Verhältniss von Eiweiss zu Kohlehydraten wie 1 : 4 oder in den ersten Tagen mit $^1/_3$ Milch etwas weniger Eiweiss. Es ist somit bei weitem das eiweissreichste Surrogat was überhaupt stets mit Erfolg angewendet werden kann.

Dass die Eiweissstoffe des Malzes und Weizens in ihrer feinen Vertheilung, theilweise sicherlich schon im ersten Monate sehr beträchtlich, aber im zweiten und folgenden Monaten resorbirt werden, dürften die Wägungen beweisen.

Von Altherr sind eine Reihe von Wägungen bei Säuglingen in den ersten 14 Tagen, bei welchen in den ersten Tagen eine Abnahme des Körpergewichts stattfindet, gemacht worden, daneben wurde eine vergleichende Ernährung mit Kuhmilch, concentrirte Milch, Nestlemehl und Ammenmilch vorgenommen, ich füge diesen Wägungen eine weitere von mir mit condensirter Liebigssuppe bei zum Vergleich.

Zunahme der Kinder in den ersten 14 Tagen nach Altherr:

386	mit Muttermilch pro Tag	7,2	Gramm	
6	Ammenmilch	4	„	
31	Anfangs Mutter- dann mit Kuhmilch	3	„	
7	Kuhmilch allein	2	„	
6	condensirte Milch	1	„	
43	Nestlemehl	$^1/_2$	„	
	Condensirte Liebigssuppe	4	„	= Ammenmilch Liebig H.

Eine weitere vergleichende Versuchsreihe mit 3 Monate alten Kindern wurde von Dr. Lorch in Erlangen ausgeführt.

Bei reiner Kuhmilch betrug die tägl. Zunahme	19,6	Gramm,	
bei Nestle- u. Gerbersmehl allein sank die Zunah. auf	8,3	„	herab,
stieg bei verdünnter Kuhmilch wieder auf	26,5	„	
und bei Verwendung von Liebigssuppe auf	38,6	„	

Sein Resumé lautet: verdünnte Kuhmilch oder Liebigssuppe ist der beste Ersatz für Muttermilch.

Während das Kind bei Ernährung mit Nestle- und Gerbersmehl eine schmutzige graue Farbe hatte und der Leib meteoristisch aufgetrieben war, schien das Aussehen bei Kuhmilch und Liebigssuppe ganz anders, die schmutzig-blasse Färbung der Haut wechselte mit einer hellen frischen, der vorher aufgedunsene Leib verkleinerte sich zusehends.

Gegen die Verwendung von Loeflund's und Liebe's Präparat hat sich Dr. Jacobi bereits sehr deutlich ausgesprochen.

Aus der Zunahme der ersten 14 Tage und einem vorübergehenden Ernährungsversuch in einem anderen Monate lassen sich keine maassgebenden Schlussfolgerungen über spätere und längere Zeiten ziehen, anders verhält es sich bei ausschliesslicher Ernährung mit Muttermilch oder einem Surrogat.

(Schluss folgt.)

Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

IV. Mikroorganismen bei den Wundinfectionskrankheiten des Menschen.

Aus dem Vortrage von Professor Dr. Rosenbach-Göttingen, gehalten am 18. September in der ersten allgemeinen Sitzung der 57. deutschen Naturforscherversammlung zu Magdeburg.

Nachdem der Vortragende in längerer Einleitung eine Darlegung der Methoden Koch's zur Entdeckung der Mikroorganismen gegeben hatte, wies er darauf hin, dass durch dieselben der Schlüssel zu der Erforschung der menschlichen Infectionskrankheiten gegeben worden sei. Wir hätten auf diesem Wege durch Fehleisen den Infectionsstoff der Wundrose, durch Löffler und Schütz den der Rotzkrankheit, sowie den anderer kennen gelernt. Der Vortragende fuhr dann fort:

Aber gerade bei den häufigst vorkommenden Klassen von Wundkrankheiten, welche weniger specifischen Charakter zeigen und überall ihren Infectionsstoff finden, ich meine die einfache Eiterung, die fortschreitende eitrige, heisse Entzündung, die faulige Blutvergiftung — Septicaemie — eitrige Blutvergiftung oder Eitersucht, Pyaemie etc. — sind die Untersuchungen noch nicht so weit gediehen.

Betrachten wir zunächst die einfache Eiterung. Schon vor einer Reihe von Jahren habe ich durch Versuche am Knochenmark gezeigt, dass man weder durch Quetschung, noch Verwundung, noch Erschütterung, noch Verbrennung, noch Verätzung u. s. w. eine Eiterung erzielen kann, ausgenommen durch einige wenige Eiter erregende Gifte! Jetzt ist zwar dieser Satz jedem practischen Chirurgen geläufig. Seitdem man gelernt hat, mit dem antiseptischen Verbande alle Keime fernzuhalten, sieht man selbst die schlimmsten Quetschwunden, offene Knochenbrüche, tiefe Wunden, in den Leib, die Lungen, das Gehirn dringend, ohne Eiterung, ohne Fieber heilen. Auf der anderen Seite hat Ogston den Beweis des Satzes, dass jede acute Eiterung durch Organismen hervorgebracht werde, von der positiven Seite erbracht. Bei 69 Eiterungen fand er ausnahmslos durch das Mikroskop die Organismen.

Ich habe nun durch Koch's Culturmethoden diese Organismen näher kennen zu lernen gesucht und fand fünf verschiedene Arten. Eine derselben sah ich nur einmal und will sie deshalb vorläufig nicht in Betracht ziehen. Die ausgedehnteste Rolle als Eiterungserreger scheint mir ein merkwürdiges Wesen zu spielen, welches ich den goldgelben Traubencoccus genannt habe, weil seine Culturen goldgelb sind und weil er mikroskopisch in traubenförmigen Anordnungen wächst. Er gehört zu den niedrigst organisirten lebenden Geschöpfen, seine Gestalt ist die von runden Kügelchen, so klein, dass nur die besten Oelimmersionssysteme sie gut zeigen. Nichtsdestoweniger ist dieses Wesen sehr lebensfähig! Machen Sie mit einem Platindraht, welchem Spuren von dem Coccus anhaften, einen Strich auf einen Nährboden, so entsteht schon nach zwölf Stunden, ja früher, ein opaker Strich, welcher breiter und mehr gelb gefärbt wird und schliesslich nach vierzehn Tagen eine fast Centimeter breite, goldgelbe Cultur darstellt. Auch hat dieses Wesen eine ungeheuer lange und zähe Lebensdauer! Drei Jahre alte Culturen, ganz schwarz und eingetrocknet, sah ich frisch aufgestrichen in schönster Form wieder aufkeimen! Diese Beobachtung gewann dadurch an Interesse, dass wir auch beim Menschen sehen, dass Knochenentzündungen, welche dieser Coccus bewirkte — nach dem sie 10—20—40 Jahre lang geheilt waren — von Neuem repetirten und wiederum Eiter bildeten. Der gelbe Traubencoccus ist ausser Stande, eine faulige Zersetzung zu bewirken. Ich habe ihn auf gekochtes Eiweiss und Rindfleisch übertragen. Er macht es zergehen, doch ohne allen Fäulnissgeruch. Verleibt man ihn dem Thierkörper ein, so zeigt er sich sehr verderblich. Bei nicht ganz kleinen Injectionen erlebten selbst kräftige Hunde den folgenden Morgen nicht. Sie sterben an jäher Blutvergiftung. Bei kleinen Einspritzungen in das Blut folgen Eiterungen in Nieren, Herzfleisch, Muskeln und Gelenken. Bei Einspritzungen in die Gewebe folgt eine furchtbare heisse Entzündung, welche mit Eiterung endet. Diese Untersuchungen sind durch die von Dr. Krause bestätigt worden. Viel seltener ist das zweite Wesen, der weisse Traubencoccus. Ich kann mich über denselben kurz fassen, weil Alles von dem gelben Traubencoccus Gesagte auch von ihm gilt. Er ist gerade so verderblich, gerade so andauernd, nur sind seine Culturen nicht gelb, sondern rein weiss.

Das dritte Wesen ist eigentlich das interessanteste. Es ist in jeder Beziehung von den beiden vorigen Organismen verschieden. In Bezug auf die Häufigkeit des Vorkommens streitet er sich mit dem gelben Traubencoccus um den Rang. Er besteht auch aus kleinen Kügelchen, aber diese sind zu Schnüren mit einander verbunden und sehen aus wie Ketten oder wie ein Rosenkranz (Pasteur's chapelets). Die Culturen dieses „Eiterkettencoccus" sind sehr zierlich und unscheinbar. Es sind weisse opake Pünktchen, welche, wenn sie länger wachsen, noch von einem Kranz ganz kleiner Pünktchen umgeben werden. Sie wachsen gut nur bei Körpertemperatur, auch hört ihr Wachsthum und ihre Uebertragbarkeit bald auf. Auch sie verflüssigen Fleisch und Eiweiss ohne Geruch. Bei Kaninchen bewirken sie nur beschränkte, unschuldige Eiterung, Mäusen dagegen werden sie oft selbst in den kleinsten Mengen verderblich. Für den Menschen habe ich Grund anzunehmen, dass dieser Pilz, wenn er auch für gewöhnlich nur Eiterung macht, doch unter Umständen sehr tückisch und gefahrvoll auftreten kann. Er hat nämlich nicht die Eigenschaft, plötzlich in die Gewebe einzubrechen, sie rasch zu zerstören und dabei eine stürmische Reaction zu machen. Er schmeichelt sich in die lebenden Gewebe ein, verbreitet sich darin, ehe diese es merken und sich durch entzündliche Reaction gegen den Eindringling wehren können. Später zwar unterliegt denn doch alles Ergriffene dem eitrigen Zerfall. In seiner mikroskopischen Kettenform gleicht dieser Coccus sehr dem Coccus der Wundrose. Die Culturen lassen aber leicht die Unterscheidung machen. Ich muss hier auf die speciellere Darstellung meiner jetzt bei Bergmann in Wiesbaden erschienenen Monographie verweisen; doch erlaube ich mir die betreffenden Abbildungen aus derselben circuliren zu lassen. Das vierte Eiter bildende Wesen, welches ich erwähnen muss, kommt verhältnissmässig sehr selten vor. Ich sah es bei eitrigen Brustfellentzündungen und bei Abscessen und Gelenkeiterungen von Säuglingen. Es bildet sehr unscheinbare Culturen. Wie dünnster durchsichtiger Lack liegen sie auf der Gelatine. Die Coccen selbst sind ziemlich gross und haben meist dunkle Pole. Bei der Seltenheit konnte ich Culturen dieses Pilzes nicht zu diesem Termine schaffen. Die mikroskopische Form ersehen Sie aus den circulirenden Tafeln unter dem Namen „Micrococcus pyogenes tenuis".

Bei einer ganzen Anzahl von Phlegmonen sodann, d. h. heissen rasch auftretenden Entzündungen, welche mit ausgedehnter Eiterung enden, fand ich dieselben vier Arten von Organismen als Erreger derselben und ebenso bei fünf Fällen von eitriger Brustfellentzündung. Es sind auch diese Krankheiten nichts weiter als gewöhnliche Eiterungen, nur in grösserem Maassstabe. Ganz im Gegensatz dazu stehen die kalten Eiterungen, welche meist im Zusammenhange mit Scropheln, Gelenkschwämmen oder Knochenfrass entstehen. Es ist durch Volkmann's und König's klassische, klinische Untersuchungen der für die gesammte moderne Chirurgie umgestaltende Beweis geliefert, dass alle diese kalten fungösen Eiterungen ätiologisch auf Tuberculose beruhen. — Und Koch hat dies durch Auffindung des Tuberculosebacillus in fungösen Gelenken und bei Knochenfrass besiegelt. Ich erhielt durch solchen Eiter zweimal die schönsten Culturen des Tuberculosebacillus.

Eine besondere Erkrankung ist die acute Knochenmarksentzündung. Ganz auf einmal, unter heftigsten Schmerzen und baldigem hohen Fieber mit Delirien erkrankt bei jungen meist sonst gesunden Menschen ein Knochen, meistens das Bein nahe dem Knie. Das Knochenmark vereitert, der Knochen stirbt ab und muss später entfernt werden. Nachdem ich lange bei dieser Krankheit den gelben Traubencoccus als Ursache kennen gelernt, stellte Becker im Reichsgesundheitsamt dieses als specifisches Mikrobion der Knochenmarksentzündung auf. Doch habe ich Gelegenheit gehabt, die Identität dieses mit meinem gelben Traubencoccus nachzuweisen. Auf welchem Wege und unter welchen Umständen dieser Mikroorganismus, der doch sonst nur in Wunden einzudringen pflegt, die Eigenschaft erlangt, sich beim Menschen im Knochen zu etabliren, ist bis jetzt nicht aufgeklärt. Nur wissen wir, dass, wenn man bei einem Thier mässig grosse Mengen davon in das Blut bringt und bald nachher einen Knochen quetscht oder bricht, dass dann die Knochenmarksentzündung sich hier in optima forma etablirt.

Verhältnissmässig wenig Positives kann ich über die fauligen Wundinfectionskrankheiten, die Sepsis oder die Septicaemie berichten. Wir sahen, dass Panum durch gekochte, also von allen lebenden Wesen befreite Flüssigkeiten solche Krankheitserscheinungen erzeugte. Es sind später von Bergmann und Schmiedeberg, von Sonnenschein und Zuelzer, von Nencki u. A. chemische Stoffe, sogenannte Sepsin-Ptomaine, aus Flüssigkeiten dargestellt, welche septische Krankheitserscheinungen bewirken. Auf der anderen Seite zeigte also Koch, dass von den faulenden, einem Thier einverleibten Flüssigkeiten gewisse Mikroorganismen die Eigenschaft haben, in den lebenden Körper einzudringen und ihn zu durchwachsen und so den Tod herbeizuführen!

Wir haben somit zwei verschiedene Formen von Fäulnissvergiftung zu unterscheiden. Einmal ist sie von der Aufnahme von todten Fäulnissgiften aus faulenden Heerden abhängig, das andere mal durch eine Einwanderung schädlicher Bakterien von der Wunde aus.

Wie steht es nun beim Menschen?

Ich habe diese Frage von verschiedenen Seiten in Angriff genommen. Zuerst habe ich eine Anzahl von Fäulnissbacillen rein dar-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gestellt und ihre krankmachenden Eigenschaften untersucht. Ich fand einen Fäulnisserreger, welcher todte Stoffe, wie Eiweiss, Fleisch etc., unter schrecklichem Gestank zersetzte, und zwar rasch und energisch. Trotzdem konnte ich ihn Kaninchen in den grössten Mengen einverleiben, ohne dass sich irgend welche Krankheitserscheinung zeigte, auch keine Eiterung oder Entzündung. Andere Fäulniss-Bacillen, so auch einer aus einem stinkenden septischen Heerde — von einem septischen Menschen — zeigten sich giftig, konnten jedoch nicht in das Blut und die Gewebe des lebenden Körpers eindringen.

Auf der anderen Seite machte ich Culturen aus dem Blut von septischen Kranken. Während aus jedem Blutstropfen einer septischen Maus reichliche Culturen keimen, fand hier keinerlei Aufkeimung statt. Aus den septischen fauligen Wunden selbst keimten allerlei Fäulnissorganismen und ausserdem in allen drei untersuchten Fällen der goldgelbe Eitercoccus. Bei einem der Kranken kam es zu einer septischen Localisation — einer Metastase in der Parotis. Ich schnitt ein, wie die Cur erheischte — und nahm etwas Gewebe heraus. Es keimte daraus der gelbe Eitercoccus in Reinzucht. Ich muss es somit unbestimmt lassen, ob in diesen Fällen in der faulenden Wunde entstandene giftige Sepsine oder vielleicht doch lebende Organismen — vielleicht der goldgelbe Eitercoccus — die Krankheit erzeugten, oder vielleicht beide im Verein. Von einem besonderen Sepsisbacillus aber habe ich zwar in diesen Fällen nichts aufgefunden, behalte mir jedoch weitere Untersuchungen vor.

An die Sepsis schliessen sich die Krankheiten an, welche man als fortschreitenden Brand oder auch schlechthin als Blutvergiftung bezeichnet. Ich untersuchte zwei Fälle, bei denen sich von einem Finger von einem kleinen Einrisse aus eine rosige Entzündung verbreitete. Alles, was von dieser ergriffen wurde, der Vorderarm, der Oberarm, wurde schwarz-brandig. Auf der Brust angekommen, endete die Affection in beiden Fällen mit dem Tode. Es keimte auch hier kein specifischer Organismus, sondern der Eiterkettencoccus in Reinzucht, dessen gefahrvolle Eigenschaften ich hervorhob.

Schwerer noch und rascher zum Tode führend scheint der fortschreitende Knisterbrand zu sein. Auch hier konnte ich zwei Fälle untersuchen. Ich fand in Uebereinstimmung mit französischen Untersuchern einen dicken, stäbchenförmigen Organismus, welchen ich damals nicht auf Nährböden cultiviren konnte. Betreffs seiner mikroskopischen Form mus ich auf die circulirenden Abbildungen meiner Monographie verweisen.

Ich gehe nun noch mit wenigen Worten auf diejenige Wundkrankheit ein, welche wohl die meisten Opfer gefordert hat, welche in Kriegen wie im Frieden in den chirurgischen Krankensälen wie eine verheerende Seuche zwischen den Verwundeten und Operirten aufgeräumt hat — ich meine die Eitersucht, Eiterfieber, Eitervergiftung, Pyämie und wie man sie sonst noch genannt hat. Zu einer eiternden Wunde gesellt sich Fieber und Kranksein. Dasselbe bleibt bestehen, vermehrt sich und richtet den Kranken in äusserster Erschöpfung zu Grunde, oder aber es treten nun Schüttelfröste ein, die sich täglich oder nicht so häufig wiederholen. — Unter hohem Fieber verfällt der Kranke und geht mehr oder weniger rasch zu Grunde. Oft deutet eine Gelbsucht die fortschreitende Blutzersetzung an. Nach dem Tode findet man Eiterung überall, besonders in den Lungen, den Nieren, Gelenken, Drüsen und anderswo.

Ich habe 6 Fälle von Eitervergiftung untersucht, theils indem ich aus dem Blut der Kranken die Pilze aufkeimen liess, theils aus jenen Eiterungen im Innern. In 5 Fällen, welche mit dem Tode endeten, keimte massenhaft aus Blut und Eiter der Kettencoccus, in dem 6. der gelbe Eitercoccus. Auch bei dieser Gelegenheit mache ich Sie, hochgeehrte Anwesende, auf die tückische Art und Weise aufmerksam, mit welcher der Eiterkettencoccus in das lebende Gewebe einwachsen kann. Ich schreibe ihm die Eigenschaft zu, von der Wunde in die grossen rückführenden Blutgefässe, die Venen, zu dringen, hier Gerinnungen des Blutes zu bilden und diese eitrig zu verflüssigen. Ist dies geschehen, so mischt sich dieser Eiter mit der gesammten Coccenbrut dem Blute zu. Mit dem Blutstrom werden dann inficirte Theilchen in die Organe getragen. Es entstehen so die inneren Eiterungen. — Ich habe nur eine kurze Skizze von Untersuchungen geben können, welche selbst nur erst als ein orientirender Anfang angesehen werden können. Sie beziehen sich zunächst auch nur auf die Erforschung der Ansteckungsstoffe, nicht auf deren Bekämpfung. Doch zweifle ich auch keinen Augenblick, dass, wenn man die bis dahin als unsichtbare, ungreifbare Mächte gefürchteten Ansteckungsstoffe auf greifbare, klar vor Augen liegende Dinge zurückgeführt, das Wesen und die Schwächen des entlarvten Feindes studirt hat, dass sich dann auch die Mittel und Wege ergeben werden, wie man dieselben mit Erfolg vermeidet, bekämpft und vernichtet.

V. Ueber den Bacillus der Cholera nostras und seine Cultur.

Vortrag des Herrn Prof. Dr. Finkler-Bonn in der Section für innere Medicin der 57. Naturforscherversammlung, Sonnabend den 20. September.[1])

Herr Finkler begann mit einer eingehenden zum Verständniss seines Vortrages aber durchaus nothwendigen Recapitulation der Mittheilungen, welche er und Prior in dieser Wochenschrift No. 36 veröffentlicht haben. Er fuhr dann fort:

Wir haben die Culturen für den Kommabacillus der Cholera nostras zu machen versucht und mussten vor etwa drei Wochen mittheilen „mit negativem Erfolge".

Heute haben wir „positive" Erfolge aufzuweisen, weshalb wir früher die anscheinend negativen Erfolge hatten, wird im Laufe der weiteren Verhandlung leicht verständlich werden.

Wir impften kleine Flöckchen eines Cholerastuhles, welcher vom Kommabacillus erfüllt war, auf mehrere Nährböden: auf feinste Leinewand, auf Fleischbrühe, Gelatine von bestimmter Zusammensetzung. auf Kartoffeln, auf Milch. Wenn man den betreffenden geimpften Nährboden in feuchter Kammer bei Temperatur von 25 bis 35° C. hält, so entwickelt sich in 2 bis 3 mal 24 Stunden eine Cultur von Kommabacillen. Wir haben solche Culturen mehrfach umgezüchtet bis zur 6. und 7. Generation, und erhielten dadurch stets reiner werdende Bilder, d. h. Kommabacillen, welche stets weniger mit anderen Mikrococcen untermischt waren. Untersucht man die Culturen nach weiteren 24 Stunden, so sind sie über die Höhestadien bester Entwicklung hinaus, ja nachher findet man statt der Bacillen nur Coccen, kleine schwärzliche Detritusmassen, die keine bestimmte Form mehr errathen lassen. Es geht diese Umwandlung so schnell vor sich, dass man den Kommabacillus nur eine kurze Zeit lang antrifft.

Bei unseren früheren Culturversuchen hatten wir häufig gerade dieses Stadium gesehen, in welchem die Bacillen nicht mehr, und an ihrer Stelle nur die Coccen-ähnlichen Massen vorhanden waren. Wir hatten uns dafür die Erklärung gemacht, dass nach einer gewissen Zeit nur Mikrococcen (Monococcen und Diplococcen etc.) in der Cultur vorhanden waren. Dabei fussten wir auf den Angaben Koch's, dass die Entwicklung des Kommabacillus nach einiger Zeit unterdrückt werde durch ein überreiches Wachsthum zu gleicher Zeit mit übergeimpfter Mikrococcen. Deren Entwicklung sei langsamer, als die des Kommabacillus, greife aber nach einiger Zeit so energisch Platz, dass der Kommabacillus verschwinde und nur die Mikrococcen in der Cultur noch übrig seien. Da nun Koch von dem Kommabacillus der Cholera asiatica angab, dass er ein derartig ephemeres Dasein habe, so glaubten wir diese selbe Erscheinung beim Kommabacillus der Cholera nostras vor uns zu haben. Allein wir überzeugten uns später, dass es bei dieser merkwürdigen Erscheinung sich hier nicht nur um eine scheinbar so einfache Thatsache, wie sie Koch angab, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach um einen Zerfall unter Sporenbildung handle. Wenn nach der einen Seite hin der Kommabacillus deshalb eine leichte Vergänglichkeit aufweist, so ist er andererseits schwer als Reincultur zu finden, weil er von der Impfung an sich auf dem betreffenden Nährboden nicht einfach quantitativ vermehrt, sondern vor der vollendeten Ausbildung als Kommabacillus andere Erscheinungsformen dazwischen treten. Will man deshalb eine Reincultur des Kommabacillus demonstriren, so muss man zur Entnahme aus der Cultur den Zeitpunkt wählen, wo seine Bildung vollendet ist und wo er noch nicht in weiterschreitender Entwicklung über diese Form hinausgewachsen ist. Das hat nun statt in einer Zeit von etwa 2 mal 24 Stunden nach dem Beginn des Wachsthums in der Cultur, also zu einer Zeit, welche übereinstimmt mit der Zeit, die auch Koch's Culturen des echten Kommabacillus zur Entwicklung beanspruchen.

Nachdem wir dies gefunden, haben wir mit einem neuen Cholera nostras-Stuhle verschiedene Impfungen angestellt, und zwar suchten wir grade diejenigen aus, welche Koch für die Züchtung des Kommabacillus der Cholera asiatica als die besten bezeichnete. Nunmehr gelang es uns zur rechten Zeit, sowohl von den Culturen auf Fleischbrühe, auf Kartoffeln, auf feuchter Leinwand, als auch ganz besonders auf Nähr-Gelatine Proben zu entnehmen, welche vollendete Reinculturen der Kommabacillen darstellten.

Somit haben wir den Beweis geliefert, dass der Kommabacillus der Cholera nostras denselben Culturbedingungen unterliegt, wie der

[1]) Auf die Erläuterungen, welche Herr Dr. Prior im Anschluss an diesen Vortrag an seine Demonstrationen der Präparate und Reinculturen knüpfte, kommen wir in der nächsten Nummer zurück. Wir geben die Mittheilungen des Herrn Finkler vollständig so wieder, wie sie in dem officiellen Tageblatt der Versammlung No. 4 niedergelegt sind, enthalten uns aber zuvörderst jeder Kritik, da wir dieselbe wohl von anderer Seite erwarten dürfen. D. Red.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Koch'sche Kommabacillus der Cholera asiatica und zwar sowohl in Bezug auf die Zeit, als Beschaffenheit des Nährbodens. Es erübrigt nun noch, zwei andere Punkte zu besprechen, nämlich 1) die verschiedenen Stadien in der Entwicklung des Kommabacillus, und 2) die damit zusammenhängende Frage nach der Dauerform des Individuums. Wir müssen uns hier kurz fassen, weil man dem Zuhörer das Urtheil über die Richtigkeit unserer Angaben doch nur dadurch verschaffen kann, dass er selbst die dazu gehörigen mikroskopischen Bilder studirt. Ich will deshalb nur in folgender Weise skizziren: Gehen wir aus von einer Reincultur des Kommabacillus, so ist diese, wie ich schon andeutete, ein Stadium, welches vorübergeht. Nach einiger Zeit werden die Bacillen dicker, sie schwellen auf und werden durchsichtig, so dass sie etwa die Gestalt eines Wetzsteines annehmen, und an beiden Spitzen setzt sich so ein Sporn an, ein Bild, wie es in dem ersten Band der Arbeiten des Reichsgesundheitsamtes als Mikrobenentwicklungsstadium des Erysipels geschildert worden ist. Wir nennen diese Form die des Sporenträgers, der kleine Körper stösst die beiden Sporen aus, es wimmeln diese im Gesichtsfeld herum, und dazwischen liegen die leeren Hülsen des Sporenträgers. Die Sporen selbst wachsen zu kleinen Stäben heran, die noch vielfach gerade sind, erst krumm erscheinen, sobald sie eine gewisse Länge erreicht haben. Aber auch diese krummen, gleich langen Bacillen sind keine bleibende Form, sie wachsen aus zu langen Fäden, zu vielfach gekrümmten Spirillen, die in allen Längen, allen Formen, die überhaupt denkbar sind, sich vorfinden. Diese Spirillen werden dicker, sie schwellen zu unförmlichen Massen an oder lassen noch eine bestimmte Form trotz der Anschwellung erkennen. So kommen dicke Keulen vor, oder S-förmige Figuren, welche in der Mitte colossal geschwollen erscheinen.

Nach einiger Zeit finden sich in den Präparaten solcher Spirillen eine Unmasse kleiner deutlich gekrümmter Kommabacillen entwickelt. Ja manchmal findet man Stellen im Präparate, wo ganz in der Form der dicken Spirillen nahe zusammen gelagert, fest aneinander gedrängt und doch schon erkennbar, die Bacillen frei liegen; und ein anderes mal ist der grösste Theil der kleinen Bacillen schon auseinander gefallen und nur einige wenige hängen noch mit ihren Enden zusammen in der Weise, in welcher Koch die spirillenartigen Gebilde aus seinen Reinculturen abgezeichnet hat. Die so zerstreuten Kommabacillen sind in den mikroskopischen Bildern der Reincultur unglaublich massenhaft zusammengelagert und zeigen noch eine Besonderheit: In vielen Stellen der Reincultur liegen sie enger und mehr zusammengedrängt auf Haufen, so dass häufig in fast regelmässigen Abständen diese Anhäufungen dunkle Punkte im Präparate bilden — Culturpunkte, wie wir sie nennen, die lebhaft erinnern an Crystallisationspunkte, wie sie uns in chemischen Beobachtungen vorkommen. Jetzt wissen wir, was diese Culturpunkte sind, es sind dies die dichten Massen von Bacillen, wie sie aus den geplatzten Ammen herausgefallen sind. Sie sind dementsprechend zusammengesetzt aus lauter kleinen, sit venia verbo, jungen Kommabacillen. Alle diese Bacillen erreichen nur eine gewisse Grösse, und kaum haben sie das Stadium ihrer schönsten Entwicklung erreicht, so werden sie wieder zu Sporenträgern. Von Neuem beginnt das ganze Bild der Entwicklung so sicher, dass wir in der Lage sind, in einem und demselben Cultur-Röhrchen mehrere derartige cyklische Generationen hintereinander zu zeigen und, was noch mehr sagen will, dass wir im Stande sind, zu bestimmter Zeit aus derselben Cultur entweder die Kommabacillen oder die Sporenträger oder die Spirillen zu demonstriren. Wir sind uns sehr wohl bewusst, dass wir hiermit einen Entwicklungsvorgang geschildert haben, der absolut neu ist in der ganzen Kenntniss hierher gehöriger Individuen. Es besteht ja die Möglichkeit, dass die Entwicklung verschiedenartiger Wesen uns diese alternirenden Bilder vorgetäuscht hat, doch machen wir zur Stütze unserer Meinung hauptsächlich geltend, einmal den Umstand, dass eine ganze Reincultur des Kommabacillus, der sich in der sechsten Generation befindet, diese formenweise Entwicklung durchmacht, und zweitens, dass wir bei den unzähligen Präparaten, die wir mit fast aufreibender Ausdauer durchmustert haben, die sämmtlichen Zwischenformen, welche zwischen den einzelnen ausgeprägten und bezeichneten liegen, gesehen haben.

Der zweite Punkt, der noch einer kurzen Besprechung bedarf, den wir aber ganz besonders hervorheben, ist der: Wir haben die schönsten Reinculturen gezüchtet aus einer Stuhlentleerung, die 14 Tage alt war, die vollständig faulig zerfloss und in vielen mikroskopischen Präparaten nicht einen einzigen Bacillus mehr, nicht eine einzige Spirille oder derartige Individuen, sondern nur Coccen und kleine Detritus-Punkte erkennen liess. Unzweifelhaft und ohne jede Einrede wird hierdurch der Satz erläutert, dass der Kommabacillus der Cholera nostras sich entwickeln kann aus anderer Erscheinungsform, mit anderem Worte aus Sporen. Ueberhandnehmende Fäulniss mag im Stande sein, den Kommabacillus zum Verschwinden zu bringen, die Sporen verlieren auch hier nicht die Fähigkeit, unter geeigneten Bedingungen wieder auszuwachsen. Der Kommabacillus der Cholera nostras vermag deshalb in einer Form zu existiren, welche fremden Eingriffen widersteht, er hat mit anderen Worten eine Dauerform und diese ist die des Sporen.

In wie weit andere Eingriffe als die Fäulniss einen Einfluss auf das Leben der Sporen gewinnen können, speciell ob das Trocknen sie vernichte, oder ob chemische Gifte sie zerstören, darüber sind unsere Untersuchungen noch nicht abgeschlossen, wir werden aber in kurzer Zeit darüber Auskunft geben können. Selbstverständlich ist ein grosser Unterschied, zu bestimmen, was diese Dauerform verträgt oder was die vergängliche Form des Kommabacillus auszuhalten vermag.

Jetzt stellt sich die Frage zur Beantwortung: Hatten wir es bei der Epidemie in Bonn mit Cholera nostras oder asiatica zu thun?

Wenden wir uns dabei an die Symptomatologie der beiden Krankheiten, so muss als Grundsatz zunächst betont werden, dass überhaupt in den Symptomen meist ein durchgreifender Unterschied zwischen beiden Erkrankungsformen nicht existirt. Wenn die Symptome entscheiden sollten, so würden sie hier für die Bezeichnung der Cholera nostras entscheiden, weil sie das Bild einer ungefährlichen, schnell vorübergehenden Darmerkrankung bieten: Also auch der Verlauf in specie, das Fehlen der tödtlichen Ausgänge entscheidet für Cholera nostras. Wäre überhaupt keine Cholera asiatica in Europa gewesen, so würde man es unbedingt für lächerlich gehalten haben, wenn Jemand plötzlich von einer Epidemie von Cholera asiatica in Bonn gesprochen hätte. So, wie die Sache jetzt liegt, wäre ja eine Einschleppung aus Frankreich denkbar gewesen. Wir haben trotz aller Mühe keinen einzigen Anhaltspunkt dafür finden können.

Wenn eine Infection von Choleraheerden nicht hereingetragen zu sein scheint, so ist es andererseits auch bemerkenswerth, dass eine Contagiosität in Bonn selbst nicht zum Vorschein kam. Wo mehrere Fälle im selben Hause ausbrachen, befielen sie die Glieder einer Familie zu genau gleicher Zeit: es machte vielmehr den Eindruck, als wenn die Befallenen sich zugleich wegen einer Speise oder dergl. die Erkrankung zugezogen hätten. Wir haben in Bonn bei ganz objectiver Beurtheilung, ehe wir irgend etwas vom Bacillus gefunden hatten, die Erkrankung als Cholera nostras angesehen, und der ausgezeichnete Kliniker Rühle hat Fälle der Art in der Klinik vorgestellt. Sollen wir nachher, nachdem wir die Bacillen gefunden, aussagen: unsere Epidemie ist die einer Cholera asiatica gewesen? Dann musste zuerst der Nachweis geliefert sein, dass wirklich nur der Cholera asiatica, niemals aber der nostras der Kommabacillus zukäme. Dieser Beweis ist aber durchaus nicht geliefert. Oder, da wir in den ersten Fällen keine Bacillen gefunden, sollen wir sagen, das ist Cholera nostras gewesen? Die späteren Fälle, bei denen wir die Bacillen fanden, sind leichte Formen von Cholera asiatica gewesen. Nein, mit viel grösserem Rechte wird man sagen: Wenn die Krankheitssymptome, der Verlauf der Cholera nostras nur geringeren Grades den der Cholera asiatica darstelle, und in beiden Erkrankungen dieselben Mikroorganismen sich vorfinden, so wird es überhaupt sehr zweifelhaft, ob man die Cholera nostras als Krankheit sui generis aufrecht halten kann.

Wenn wir nun das Resultat unserer Untersuchung aussprechen sollen, so wird dies nicht allein sich erstrecken auf unsere thatsächlichen Befunde, sondern auf die Frage nach dem Werth unserer Befunde für die Diagnostik und die Pathologie. Für die Diagnostik würde der Befund des Kommabacillus eine eminente Bedeutung haben, wenn er, wie Koch das meinte, nur bei der Cholera asiatica vorkäme, da er aber auch bei der nostras vorkommt, so müsste man nach anderen differentiellen diagnostischen Hülfsmitteln suchen. So könnten solche existiren in dem Verhalten der beiden Bacillen bei der Cultur. Wir finden sie aber weder in der Zeit, noch in der Art des Nährbodens, noch in der Temperatur. Was wir als Besonderheiten für unseren Bacillus gefunden haben, das ist die Geschichte seiner Generation, sein Dauerzustand, sein Verhältniss zur Spirille. Wenn von dem Koch'schen Bacillus das gleiche oder ein ähnliches Verhältniss nicht bekannt ist, so ist damit nicht gesagt, dass es nicht existirt. Bestätigt es sich aber, dass der Koch'sche Bacillus nicht in dieser Formverschiedenheit auftritt, so ist mit grossem Nachdruck auf diese Differenz hinzuweisen. Wir haben aber Grund anzunehmen, hauptsächlich gestützt auf die Photographie aus Marseille, dass die gleichen Spirillen und die gleichen Culturpunkte, wie wir sie beschrieben, auch bei der Cholera asiatica vorhanden sind. Wenn sich dies bestätigt, so verliert der Kommabacillus für die Diagnostik seinen Werth. Was den pathologischen Werth der Bacillenuntersuchung angeht, so versprechen wir uns den grössten Vortheil für Theorie und Praxis aus einem Studium, welches nach unserer Weise auch für den Kommabacillus der Cholera asiatica angestellt wird. Es ist unzweifelhaft,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dass die verschiedenen Generationsstadien eine verschiedene biologische Potenz bieten, und mit diesen verschiedenartigen Energien muss in der Bekämpfung der Krankheit und ihrer Ausbreitung in erster Linie gerechnet werden. Wir halten es deshalb für bedenklich, für die riesenhaften Anstrengungen, welche die Menschheit gegen den furchtbaren Feind schützen sollen, allein zu berücksichtigen, die Eigenschaften der widerstandslosen Form des Kommabacillus. Mit frischem Muthe wollen wir deshalb auf diesem Gebiete unsere Arbeit fortsetzen und rechnen dabei als Erfolg auf die Erkennung der wissenschaftlichen Wahrheit und die Sicherstellung ihrer Consequenzen.

Aus der Discussion heben wir Folgendes hervor:

Herr Prof. Köbner fragt, ob die sichtbaren Grössenunterschiede der Bacillen zwischen einem Bonner und einem Koch'schen Präparat, insbesondere ihre grössere Dicke in jenem, nur auf Rechnung der verschiedenen Vergrösserung beider aufgestellter Mikroskope kommen oder in Wirklichkeit existiren. Im letzteren Falle wäre von vorn herein die Identität zu beanstanden. Herr Köbner ist durch die Berücksichtigung eines solchen Dickenunterschiedes vor einigen Jahren bei seinen Uebertragungsversuchen von Lepra auf Thiere, vor Verwechselung von Bacillen, die sich in weisslichen Flecken und Knoten der Haut von geimpften Aalen reichlich vorfanden, mit den schlankeren Bacillen der implantirten Leprastückchen bewahrt worden. Später stellte sich das Vorkommen jener ersteren in eben solchen Knoten und Zerstörungen der Haut, der Flossen und der Kiefer von Aalen und anderen Fischen auch im berliner Aquarium heraus, welche nie mit Lepra in Berührung gebracht worden waren und eine ganz andere parasitische Krankheit repräsentirten.

Herr Finkler: Die verschiedene Grösse ist natürlich zum Theil bedingt durch die verschiedene Vergrösserung der beiden Mikroskope, zum anderen Theile aber ist in jeder Cultur eine grosse Verschiedenheit in der Grösse der einzelnen Bacillen, so dass man in dem Koch'schen wie in unseren Präparaten grosse und kleine Bacillen sehen kann.

Herr Immermann fragt an, ob die Bacillen mit Säuren oder Alkalien behandelt sind.

Herr Finkler: Die Widerstandsfähigkeit gegen chemische Eingriffe und das Verhalten auf verschiedene, durch chemische Dinge beeinflusste Nährböden studiren wir eben; die ungünstige Wirkung der Säure finden wir darin bestätigt, dass auf saurer Fleischbrühe die Cultur misslingt. Zur Trocknung haben wir Stuhlpartikel von controlirten Stühlen über wasserfreie Phosphorsäure aufgestellt und werden die Culturen daraus ziehen, sobald wir nach Hause gekommen sein werden.

Herr Biedert bittet um Aufklärung darüber, ob ein Unterschied im makroskopischen Verhalten der Culturen ist.

Herr Finkler: Das makroskopische Verhalten können wir bis jetzt nur vergleichen mit dem, was Koch veröffentlicht hat. Mit diesen Angaben stimmt das Aussehen unserer Cultur durchaus überein. Besonderheiten in der Form des Aussehens einer Cultur auf Nährgelatine könnte darin gefunden werden, dass bei uns für gewöhnlich ein nicht so dünner Trichter sich bildete, wie ihn Koch beschreibt. Sehr oft sehen wir, dass die sich ausbreitende Cultur, ein weissliches, glasartiges Häutchen, auf welches die Angabe Koch's, dass es aussehe, wie mit Glas bestäubt, sehr gut passt, allmählich ganz niedersinkt, aber so, dass die Mitte sich mehr vertieft als der Rand, eine Form, wie sie die vorliegende Photographie aus Marseille darstellt.

Herr Hueppe-Wiesbaden: Aus den mikroskopischen Präparaten glaube ich Differenzen zwischen den echten Cholerabacillen und den demonstrirten Formen betonen zu müssen. Einmal scheinen mir die Formen plumper, breiter. Dann vermag ich die entwicklungsgeschichtlichen Angaben der beiden Herren Vortragenden nicht in Uebereinstimmung zu bringen mit der von Koch in monatelangen Untersuchungen unter allen Variationen ermittelten Thatsache der Entwicklung der echten Cholerabacillen. Diese letzteren sind streng genommen Vibrionen und bieten alle Entwicklungsformen derselben, und dahin gehört die Abwesenheit der Sporenbildung, wie wir dies auch von den Cholerabacillen wissen; die Spirochätenformen durch das Aneinanderlegen mehrerer Kommata ist analog der Fortbildung bei den echten Bacillen. Die Angaben der Herren Vortragenden über die Entwicklung vermag ich mir nur zu erklären dadurch, dass dieselben wahrscheinlich noch keine wirklichen Reinculturen hatten.

Herr Finkler: Zuerst antworte ich auf den Einwand, dass Koch unmöglich die verschiedenen Stadien einer Entwicklung übersehen haben könnte. Dass ich ausdrücklich in meinem Vortrage betont habe, dass ich einen wesentlichen Unterschied zwischen dem Koch'schen Bacillus und dem unseren darin erblicke, dass Koch ähnliche Formveränderungen, wie wir sie beschrieben, nicht angiebt. In zweiter Linie muss ich mich wundern, wenn der Herr Vorredner die Kommaform des Bacillus der Cholera nostras zurückführen will auf die gewöhnliche, Jedem bekannte Erscheinung, die vor der Theilung der Bacillen oft genug zu sehen ist. Weshalb soll denn nicht auch der Koch'sche Komma-Bacillus auf derselben Erscheinung beruhen? Ueber die Erklärung, woher die Form kommt, lässt sich noch sehr lange discutiren. Hier handelt es sich zunächst darum, zu constatiren, dass die Form des Kommabacillus in beiden Erkrankungen für das Auge dieselbe ist, und über das Bedenken dagegen haben wir ja schon gesprochen.

Herr Hueppe-Wiesbaden: Ich möchte nur die Differenzen zwischen beiden Organismen vorläufig entschiedener betont sehen, als es mir geschehen zu sein scheint.

VI. Aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte.

Wir haben in der vorigen Nummer die Mittheilung gebracht, dass Geh.-Rath R. Koch uns erhalten bleibt. Es war ein überaus ehrenvoller und auch in materieller Beziehung glänzender Ruf an ihn ergangen, die Nachfolge Jul. Cohnheim's insofern zu übernehmen, als ihm die allgemeine Pathologie übertragen werden sollte, und hätte der Verstorbene selbst seinen Rath noch geben können, er würde zweifellos niemand anderes gewählt haben.

Da Koch, wie ja allgemein bekannt ist, vor Allem eine academische Lehrthätigkeit erstrebt, so mochte dieser Ruf viel Verführerisches für ihn haben, weil er ihm sofort sicherte, was in Berlin erst in der Vorbereitung begriffen ist. Um so mehr dürfen wir uns freuen, dass er definitiv abgelehnt hat. Die Ablehnungsgründe entsprechen, wie aus Sachsen mitgetheilt wird, ganz dem Charakter dieses Forschers. Er habe soviel Auszeichnungen vom Reiche und von Preussen erhalten, so hat er sich ausgesprochen, dass es ihm undankbar erschienen wäre, nunmehr fortzugehen. Ein Anderer hätte vielleicht aus dieser Berufung Capital für sich geschlagen; dies hat er, wie freilich Alle, welche Koch kennen, von vornherein wussten, durchaus verschmäht. Das Eine, Nothwendige, ist ihm und der Wissenschaft gesichert, eine Stellung als Vertreter der Hygiene in der Facultät und ein Institut, welches ihm erlaubt, nicht nur die grossen Arbeiten fortzusetzen, welche er unternommen hat, sondern auch die Resultate der letzteren, sowie die von ihm erdachten Methoden zum Eigenthum immer zahlreicherer wissenschaftlicher Aerzte zu machen.

Ueber die nächste Zukunft des Gesundheitsamtes dürfte noch nicht viel feststehen. Erwähnen wollen wir einen offenbar bedeutungsvollen Artikel der Kölnischen Zeitung, der sich entschieden für eine Reform des Amtes sowie dafür ausspricht, dass der Nachfolger Geh.-Rath Struck's ein auf dem Gebiete des öffentlichen Rechtes wie der staatlichen Gesundheitspflege erfahrener, juristisch gebildeter Verwaltungsbeamter sein müsse.

Der Mangel an Raum zwingt uns, den versprochenen Artikel über die Thätigkeit des Herrn Geh.-Rath Dr. Struck noch zurückzulegen. Vielleicht ist dies nicht ohne Vortheil, weil inzwischen die Verhältnisse sich geklärt haben dürften. P. B.

VII. Die Zeit der wissenschaftlichen Congresse und Versammlungen legt, wie wir schon andeuteten, gerade den wissenschaftlich-medicinischen Zeitschriften in Deutschland nicht geringe Mühen und Opfer auf. Das Interesse der deutschen Aerzte gilt ja keineswegs allein der Medicin im engeren Sinne, sondern, und dies ist hoch erfreulich, auch den Naturwissenschaften und vor Allem der Hygiene. So bleibt denn nichts übrig, als aus den diese drei grossen Gebiete vertretenden Versammlungen eingehende Referate zu bringen. Wenigstens das Eine möchte dafür gewährt werden, dass die infolge dessen nothwendige Zurückstellung mancher Originalartikel und Referate zu keinen Missdeutungen Veranlassung gebe. P. B.

VIII. Ueber die Einimpfung des Kommabacillus der Cholera.[1])

Laboratorium des Pharo zu Marseille, den 15. Sept. 1884.

Geehrter Herr Redacteur der Semaine médicale!

Sie empfangen nachstehend nicht eine vollständige Ausarbeitung, wie Sie in Ihrer letzten Nummer angezeigt haben, sondern nur eine einfache Mittheilung anlässlich folgender Thatsache:

Wenn man in das Duodenum eines Hundes, nach Unterbindung des Canalis choledochus, etwas von dem Darminhalt eines an der Cholera Gestorbenen oder auch einen Theil einer Cultur von Kommabacillen injicirt, so sterben diese Thiere nach einem oder einigen Tagen, und ihr Darmtractus ist, gerade wie der eines nach Verlauf weniger Stunden an der Cholera Gestorbenen, stark gefüllt mit einem an Epithelien ausserordentlich reichen, milchigen Brei (purée lacteuse). In diesem vermehren sich die Kommabacillen so stark wie bei einem Cholerakranken, nachdem die Masse während einer gewissen je nach der Temperatur verschiedenen Zeit der feuchten Luft ausgesetzt gewesen ist.

Dieselben krankhaften Veränderungen erhält man beim Meerschweinchen allein durch die Injection in das Duodenum, ohne Unterbindung des Gallenganges, ja sogar durch Injection in den Magen mittelst der Schlundsonde, wenn man im letzteren Falle eine sehr bedeutende Menge des giftigen Stoffes verwendet.

Die während des Lebens bei den Versuchsthieren beobachteten Symptome sind: Durchfall, Erbrechen (dies nur beim Hund allein) und Cyanose mit Sinken der Temperatur; in einem Falle wurde beim Hunde auch ein Ansteigen der Temperatur nach dem Tode beobachtet.

Das untersuchte Blut der Versuchsthiere hatte nicht mehr wie das der Cholerakranken im algiden Stadium die Neigung zur körnigen Schrumpfung (déformation crénelée) der Blutkörperchen, wohl aber

[1]) In der „Semaine médicale" No. 38 vom 18. d. Mts. findet sich folgende Mittheilung, in der zunächst der Umstand sehr angenehm berührt, dass, wenn dies auch nicht ausdrücklich ausgesprochen ist, darin doch eine rückhaltlose Anerkennung der Koch'schen Entdeckung liegt.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zur Abplattung dieser durch gegenseitigen Druck (déformation par compression réciproque), eine auch bei den auf mechanischem Verschluss der Luftwege beruhenden Asphyxien beobachtete Thatsache.

Wir gingen bei diesen Versuchen von dem Gedanken aus, dass, wenn eine Weiterimpfung des Kommabacillus überhaupt zu erreichen war, dies nur durch Eliminirung der die Verdauung bedingenden Säfte ermöglicht werden konnte, und so war unsere erste Sorge die, nachdem wir die Cultivirungsmethode des Kommabacillus sicher beherrschten, die Wirkung der verschiedenen Verdauungssäfte zu studiren.

Der Magensaft erweist sich, wie Koch dies angegeben, als ein sehr energisches Zerstörungsmittel des Bacillus; der pancreatische Saft blieb dagegen ohne Wirkung auf diesen; auch die Galle schien keinen grösseren Einfluss auf den Kommabacillus auszuüben, als wir sie mit Bacillen versetzter Bouillon beimengten, aber andere Thatsachen scheinen hinsichtlich der Galle auf eine beim Lebenden veränderte Wirkungsweise hinzudeuten. Bei der Untersuchung von Stühlen, in denen die Bacillen sehr reichlich vorhanden waren, constatirten wir wiederholt mittelst der Salpetersäure, dass keine Spur von Galle nachzuweisen war. Ferner fanden wir in den rapide verlaufenen Cholerafällen die pathologischen Veränderungen bis zum Pylorus hinaufreichen, ja wir constatirten sogar in dem oberen Abschnitt des Darms das Maximum der Intensität des Krankheitsprocesses. Das Duodenum war ebenso injicirt wie das Ileum und ebenso angefüllt mit dem charakteristischen milchigen Brei. Es fehlte aber jede Spur von Gallenfärbung und auch die Mündung des Gallenganges war mit dem milchigen Brei angefüllt.

Alles das musste uns auf das Duodenum als auf den Punkt hinweisen, wo eine Einimpfung zu versuchen war. Unsere Versuche, wiewohl schon zahlreich (mehr als 20), sind weit davon entfernt, beendet zu sein, und die Hypothesen, die Fragen, die sich unaufhörlich von neuem aufdrängen, veranlassen unausgesetzt neue Versuchsreihen. Auch beschränken wir uns heute auf diesen Brief, der Ihnen nur die ersten Schritte auf einem Wege anzeigen soll, den wir allen Grund haben für fruchtbar in seinen Endergebnissen zu halten.

Zum Schluss möchten wir die Forscher auf eine Fehlerquelle aufmerksam machen. In den Entleerungen des Menschen und der Thiere, besonders in denen des Schweins, existirt ein gekrümmter Bacillus, den man auch in der Luft wiederfindet, und der leicht mit dem Kommabacillus verwechselt werden kann, wie uns das auch anfangs passirt ist. Seine Colonien sind in gleicherweise durchscheinend und wenig lichtbrechend, und der Hauptunterschied liegt in der mehr oder weniger höckerigen Beschaffenheit der Contouren: die Colonien der Kommabacillen haben fein granulirte Ränder, die Colonien der anderen höckerige Ränder. Jener Bacillus selbst ist merklich grösser, weniger gekrümmt, und oft wie gebrochen in seiner Mitte in Folge der Furchung. Er vermehrt sich übrigens nicht in feuchter Wäsche.

Genehmigen ......

Dr. Nicati. Rietsch.

In einer Anmerkung fügen die Verf. hinzu: Die Unterbindung des Gallenganges an und für sich tödtet diese Thiere keineswegs rasch, wie dies bereits durch die Arbeiten von O. Wyss, Leyden, Heinrich Meyer, Wickham Legg, und die Arbeiten Charcot's, Gombaud's und Chambard's nachgewiesen ist. Katzen überlebten diesen Eingriff ein bis 19 Tage, die Meerschweinchen drei bis 28 Tage; diese Thiere fangen bald nach der Operation wieder an zu fressen und erlangen ihre Kraft und Lebhaftigkeit wieder; einige Tage später fangen sie an abzumagern und sterben, nachdem eine bemerkbare Abnahme ihres Körpergewichtes eingetreten war. (Archives de physiol. 1877, p. 718 u. fgd.) V.

IX. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung am 22. Januar 1884.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Marr.

Herr G. Cohen stellt einen 35jährigen Mann vor, welcher vor 11 Jahren 6 Wochen an Gonorrhoe und leichter linksseitiger Epididymitis gelitten hat. Seit dieser Zeit besteht continuirlich ein höchst quälendes Gefühl eines harten Körpers in der linken Seite des Afters verbunden mit beständigem Pulsiren; hierzu tritt eine eigenthümliche Empfindung, die sich an der Innenseite der Beine bis zum Knie, bisweilen auch bis zum inneren Fussrand verbreitet, welche der Kranke einer Kurbel vergleicht, die in ihm den unwiderstehlichsten Drang erweckt, die Kniee an einander zu reiben. Sexuelle Excesse werden durchaus in Abrede gestellt. Bei der Inspection der Analgegend sieht man, dass die Ursache des Pulsationsgefühls in beständigen rythmischen Bewegungen des M. levator ani besteht; 30—50 Mal in der Minute wird der After eingezogen und wieder nachgelassen; an diesen Bewegungen participirt der Penis, dessen Wurzel jedesmal gegen die Symphyse herangezogen wird, woraus eine Art von Nicken resultirt. Hin und wieder treten in das Muskelspiel auch die Cremasteren ein, die Hoden steigen wechselnd auf und nieder. Die Untersuchung des Afters, der Prostata, der Testikel, ergiebt vollkommen normale Verhältnisse, auch besteht keine Strictur. Ebensowenig lassen sich Sensibilitätsstörungen an den parästhetischen Bezirken der Beine nachweisen und Druckpunkte werden nirgends gefunden. Es scheint sich demnach um eine Neurose zu handeln; bestehend in klinischen Zuckungen des M. levator ani, der Mm. bulbo- und ischiocavernosi, hin und wieder auch der Cremasteren. — Dem Vortragenden gelang es nicht einen analogen Fall in der Literatur aufzufinden; nur Allingham schildert in seinen „Diseases of the rectum“ eine Kranke, deren subjective Empfindungen den eben geschilderten sehr ähnlich waren, Muskelcontractionen aber sind nicht erwähnt. Therapeutisch liessen Belladonnasuppositorien und der constante Strom, der freilich nur in 5 Sitzungen angewandt wurde, im Stiche; nach mehrwöchentlichem Gebrauche von Arsenik fühlt sich der Kranke angeblich erleichtert, ohne dass objectiv eine Besserung zu constatiren wäre.

Herr Unna stellt einen Knaben von 8 Jahren vor, welcher auf der rechten Backe, dem rechten Handgelenk und Handrücken und dem rechten Fussrücken grössere Lupusflächen trägt. Dieselben zeigen ein eigenthümliche papillomatöses Band an der Peripherie, während das Centrum spontan vernarbt ist. Aubert hat diese seltene Form als Lupus papillomatosus gelegentlich erwähnt. Unna hat bis jetzt 6 Fälle davon gesehen, die sämmtlich am Handgelenk ihren Anfang, und einen ungemein chronischen und gutartigen Verlauf nahmen. Zwei Fälle wurden auf seiner Klinik durch einfaches Ausschaben ohne weitere Aetzung definitiv geheilt. Die Gutartigkeit und der papillomatöse Bau lassen sich nach Unna durch den oberflächlichen Sitz der Neubildung erklären. Höchst wahrscheinlich ist diese Form des Lupus identisch mit dem sogenannten Leichentuberkel, welcher, wenn er Zeit gewinnt sich auszudehnen, in klinisch vollkommen derselben Weise verläuft, meistens allerdings zu frühzeitig gestört wird, um diesen Verlauf zu demonstriren. Die Bestätigung ist von dem etwaigen Befunde von Tuberkelbacillen abhängig zu machen, da auch der anatomische Bau derselbe ist. Unna weist darauf hin, dass wir nun schon 3 klinisch scharf geschiedene Formen der Hauttuberculose kennen, die zerfallenden Miliartuberkel an den Lippen von Phthisikern, der gewöhnliche Lupus der Nasengegend, der Lupus papillomatosus der Handgelenksgegend, und dass gewisse scrophulöse Eczeme wahrscheinlich als eine vierte echt tuberculöse Dermatose erkannt werden würden.

Diese Mannigfaltigkeit des klinischen und anatomischen Verhaltens bei gleicher Aetiologie sei geeignet, zur Erklärung der verschiedenen Bilder der Tuberculose an anderen Organen (z. B. der Lunge, der Knochen) herangezogen zu werden.

Es folgt der Vortrag des Herrn Roose: „Ueber Improvisation von Transportmitteln für Verwundete.“

Die Basis des Vortrages wurde gebildet durch den Gedanken, dass Fälle eintreten können, beziehungsweise häufig eingetreten sind, in welchem die für die Fortschaffung an Verwundeten vom Schlachtfelde bestimmten Geräthe momentan nicht zugänglich waren, so dass die Nothwendigkeit vorliegt, Transportmittel zu improvisiren.

Es wurden besprochen:

1) Der Transport durch die Hülfebringenden ohne Geräthschaften mit eventueller Zuhülfenahme von Schultergurten und Schienen aus Riemen und Brettern.

2) Der Transport auf der Tragbahre, welche zu construiren ist:
a. aus Decken, dieselben werden durch Zuhülfenahme von Fouragirleinen, Stangen und Sperrhölzern zweckentsprechend hergerichtet;
b. aus Thüren und anderen Geräthen, welche eventuell mit Tragstangen versehen werden;
c. aus Stühlen;
d. aus Stangen und Baumzweigen;
e. aus Gewehren und Säbelscheiden, beziehentlich Riemen;
f. aus Kleidungsstücken.

3) Der Transport zu Pferde, a. Construction von Sätteln, b. Construction von Vorrichtungen, welche den Verwundeten die Rückenlage ermöglichen.

4) Improvisation von grössern Decken aus Kleidungsstücken.

5) Vorrichtungen für landwirthschaftliche Wagen zum Transport für Verwundete. a) Bedachung der Wagen. b) Ersatz eines Rades. c) Ersatz eines Rades durch Anbringen eines andren, dessen Durchmesser ein anderer ist, als der des am Wagen befindlichen Rades derselben Achse.

6) Improvisation von Pferdegeschirren.

7) Improvisation von Karren.

8) Improvisation von Schlitten.

9) Improvisation von Geländern für Wagen und Schlitten.

Der Vortrag wird in extenso demnächst erscheinen.

(Schluss der Sitzung $9\frac{1}{4}$ Uhr.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

X. Internationale Conferenz der Vereine des Rothen Kreuzes zu Genf.

Die internationale Conferenz wurde am 1. d. Mts. in Genf durch den Präsidenten des Centralcomité's Herrn Moynier eröffnet, der die Mittheilung machte, dass in einer Versammlung der Delegirten der Centralcomité's Professor von Langenbeck, Professor Longmore und der französische Delegirte Graf Serrurier zu Ehrenpräsidenten ernannt worden seien. Ausserdem waren zur Unterstützung des Herrn Moynier sechs Vicepräsidenten, der Nationalität nach Deutschland, Oesterreich, Russland, Frankreich, Italien und den Vereinigten Staaten angehörig, berufen.

Von den europäischen Regierungen hatten 15, von aussereuropäischen 5 (Vereinigte Staaten, Chile, Peru, Argentinien, Japan) Vertreter entsendet. Unter den ersten fehlte die Türkei, was um so auffallender ist, als dieselbe auf dem kurz voraufgegangenen Kopenhagener Congress sowohl, wie auf dem im Haag officiell vertreten gewesen war, und ausserdem Rumänien und Bulgarien. Neben den Vertretern der Staaten figurirten die Delegirten von 25 Centralcomité's.

Aus den in der ersten Sitzung gemachten Mittheilungen heben wir hervor, dass die Kaiserin von Deutschland dem Congress brieflich ihre Sympathie bezeugte und demselben zugleich 4000 Mark für die Zwecke des Rothen Kreuzes zur Disposition stellte. — Von dem preussischen Regierungs-Vertreter, Generalarzt Dr. Coler wurde der I. Band des deutschen statistischen Sanitätsberichts für 1870/71 dem Comité überreicht.

In den Sitzungen der nächsten Tage wurde u. A. über die Anwendung des electrischen Lichtes bei Absuchung der Schlachtfelder in der Nacht debattirt, nachdem die anwesenden Delegirten Gelegenheit gehabt, sich durch eine zu diesem Behufe abgehaltene practische Uebung einer Krankenträgercompagnie über die Zweckmässigkeit dieser Neuerung ein Urtheil zu bilden. In Folge dessen wurde folgende Resolution angenommen:

„Die im October 1883 zu Wien, im Juli 1884 zu Aldershott, demnächst am 2. September 1884 zu Genf vorgenommenen Versuche mit einem beweglichen electrischen Beleuchtungsapparate haben die Möglichkeit erwiesen, ein Schlachtfeld in der Nacht nach der Schlacht abzusuchen und die Todten nach Feststellung ihrer Identität zu bestatten. Da der Nutzen eines derartigen Vorgehens unbestreitbar klar zu Tage liegt, spricht die dritte, in Genf tagende Conferenz des Rothen Kreuzes den Wunsch aus, dass in den künftigen Kriegen das electrische Licht überall, wo die Anwendung desselben seitens des Militärcommandos gestattet werde, zur Verwendung gelange."

Ein Antrag Russlands „die Verwundeten, denen das Militärsanitätswesen keine (?) Hülfe zu bieten vermag, direct der Sorge und dem Schutz des Rothen Kreuzes zu unterstellen", wird bis zu dem nächsten in Karlsruhe abzuhaltenden Congress vertagt, besonders da die deutschen Delegirten geltend machten, dass hierüber die Vereine sich erst mit ihren Landesregierungen verständigen müssten, und dass überdies dieser Antrag eine Aenderung der Genfer Convention in sich schliesse, somit also von der Discussion auf diesem Congress, der sich für Revisionsfragen der Convention von vornherein für incompetent erklärt habe, auszuschliessen sei.

Dagegen wurden folgende Resolution angenommen, nachdem die Frage der Vorbereitung des Sanitätspersonals sowie die Herstellung des Sanitätsmaterials allseitig erörtert war, und in letzterer Hinsicht u. A. die Improvisationen von Verbandmaterial und Transport-Hülfsmitteln etc. des Oberstabsarzt Dr. Port besondere Beachtung gefunden hatten.

„Die Conferenz hält es für nothwendig, eine internationale Mustercommission einzusetzen, welche für die nothwendigsten und nützlichsten Gegenstände des Materials zur Verwundetenpflege Modelle feststellen soll. Diese überall in gleichen Dimensionen herzustellenden Modelle, welche die internationale Commission annimmt, sollen dann in ausserdem einzurichtenden kleinen internationalen Museen zusammengestellt werden."

Eine von von Langenbeck, von von Mundy und anderen eingebrachte, die Antiseptik betreffende Resolution, wurde ebenfalls angenommen, nachdem von Langenbek dieselbe warm empfohlen. von Mundy constatirte u. a., dass in mehreren Armeen noch gar kein antiseptisches Verfahren existire. In Preussen ist die Einführung strengster Antiseptik auch für das Feld durch die Berathungen einer militärärztlichen Commission, welche, auf Veranlassung der deutschen Kaiserin Augusta berufen, im Anschluss an die vorjährige Hygiene-Ausstellung tagte, sichergestellt. Jene Resulution lautet:

„Die Conferenz spricht den Wunsch aus, dass die antiseptischen Verbände als die Regel in den Sanitätsdienst aller Feldarmeen aufgenommen würden, ebenso wie in den aller Vereine des Rothen Kreuzes. Es ist zu wünschen, dass das Lazarethgehilfen- (Krankenwärter-) Personal im Frieden mit der Handhabung der antiseptischen Methode vertraut gemacht werde."

In Betreff der Thätigkeit und Organisation der Vereine vom Rothen Kreuz im Frieden hält u. a. Duchaussoy, Präsident der französischen Damenvereine, eine interessante, mit vielem Beifall aufgenommene Rede. Entscheidend für die Entwicklung der französischen Frauenvereine soll vor allem die richtige Methode der Inanspruchnahme ihrer Hülfe und die Vermeidung unliebsamer Zumuthungen im Frieden sein.

Von anderer Seite wurden die Grundsätze angedeutet, wie in den einzelnen Ländern die Vorbereitungen zu treffen seien, um in Kriegszeiten über ein gut geschultes und an Zahl ausreichendes Hülfs-Personal verfügen zu können. Practische Uebungen des Wärterpersonals wurden im Anschluss an theoretischen Unterricht empfohlen. Angeregt wurde der bereits in vielen Fällen practisch bethätigte Gedanke, nicht nur in Kriegsfällen, sondern auch in Fällen schwerer Katastrophen im Frieden Hülfe zu leisten. So entfalte jetzt die italienische Gesellschaft vom Rothen Kreuz in Neapel eine energische Thätigkeit. Aus diesen Debatten ergab sich folgende Resolution:

„Die freiwilligen Vereine können sich im Frieden in Fällen schwerer allgemeiner Noth an der Hülfeleistung in der Richtung ihrer Thätigkeit im Kriege betheiligen, d. h. an der Pflege der Kranken und Unterstützung in den öffentlichen Unglücksfällen, die wie im Kriege rasche und systematische Hülfe erfordern."

In den Debatten über das Verhältniss der freiwilligen Krankenpflege zum Staat platzten die Geister etwas aufeinander. Zwei Parteien standen sich gegenüber. Die einen, und wir mit ihnen, halten eine sichere und zweckmässige Hülfeleistung seitens des Rothen Kreuzes nur für möglich, wenn letzteres in die staatliche Organisation eingefügt und seine Stellung gesetzlich geregelt wird, wie dies übrigens für Preussen durch die Kriegssanitätsordnung und in Italien in ähnlicher Weise bereits geschehen ist. Der französische Delegirte, Graf Serrurier, der deutsche Delegirte, Präsident von Holleben, Dr. Appia Mitglied des internationalen Comité, u. a. m. wendeten sich gegen eine solche Militarisation der freiwilligen Krankenpflege, wie Graf Serrurier die Einfügung der freiwilligen Hülfe in die staatliche Organisation und Unterordnung unter das Militärcommando bezeichnete. Als seitens dieser Gegner der Militarisation, wenn wir das Wort beibehalten wollen, geltend gemacht wurde, dass dadurch die freiwillige Leistung leicht in eine Zwangsleistung umgewandelt werde, bemerkte der Cabinetssecretär der Kaiserin Augusta, Herr von dem Knesebeck, der zur Theilnahme an der Conferenz eingeladen war, sehr treffend, dass der Entschluss der Vereine über ihre Betheiligung einerseits und über die Ausdehnung der Betheiligung, Summe der zu verwendenden Mittel etc. andererseits ein völlig freiwilliger sei, dass aber nach dem einmal gefassten Entschluss die Vereinsleitung sich dem militärischen Bedürfniss völlig unterzuordnen habe.

Ein positives Resultat hatte die Debatte nicht, nur wurde negativ festgestellt, dass eine internationale Regelung des Verhältnisses der Regierungen zur freiwilligen Krankenpflege nicht möglich sei.

Ueber die Heranziehung von Militärärzten nicht kriegführender Staaten im Kriegsfalle wurde folgende Resolution gefasst:

„Die der Genfer Convention beigetretenen Regierungen werden gebeten, sich über folgenden Antrag in's Einvernehmen zu setzen, damit derselbe als Zusatzartikel in die Convention aufgenommen werden könne":

„Im Kriegsfalle werden die nicht kriegführenden Staaten ersucht, den kriegführenden Militärärzte ihrer Armeen, die sie ohne Nachtheil für die letzteren entbehren können, für den Lazarethdienst zur Verfügung zu stellen.

Auf diese Weise abgegebene Aerzte stehen unter dem Befehl des Generalstabsarztes der kriegführenden Armee, der sie zugetheilt sind."

Erwähnen wir noch, dass in Bezug auf den vielfachen Missbrauch, der so leicht mit dem Conventionsabzeichen, dem rothen Kreuz im weissen Felde, getrieben wird, der Wunsch ausgesprochen wurde, dass in allen Ländern scharfe, gesetzliche Maassregeln gegen diesen Missbrauch ergriffen werden möchten, so haben wir wohl die wesentlichen Puncte der Conferenz hervorgehoben.

Ist hiernach auch ein eigentlich practisches Resultat der Conferenz nicht zu constatiren, so steht doch eines fest, dass durch das allerseits so bereitwillige Entgegenkommen auf diesem Congress wiederum die Nationen in einer Weise einander nahe getreten sind, die einer jeden von ihnen nur zur höchsten Ehre gereichen kann.

Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

IX. Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege. XI. Versammlung zu Hannover 15.—17. September.

(Originalbericht der Deutschen med. Wochenschrift.)

Unserem vorläufigen kurzen Bericht über die Eröffnung der Vervammlung haben wir zunächst einige weitere Mittheilungen über die Organisation etc. der Versammlung hinzuzufügen.

Der Besuch der diesmaligen hannoverschen Versammlung war gegenüber früheren Versammlungen schwach zu nennen. Während u. A. im vorigen Jahre in Berlin, das übrigens abgesehen von allem Anderen durch die Hygiene-Ausstellung einen ganz besonderen Attractionspunkt darbot, fast 500 Mitglieder anwesend waren, zählte die diesjährige Versammlung nur ca. 130 Theilnehmer. Dagegen war bis zum letzten Augenblick der Besuch der einzelnen Sitzungen ein verhältnissmässig zahlreicher und die Antheilnahme an den Verhandlungen eine ersichtlich rege. Diese erfreuliche Thatsache ist wohl zum Theil auch darauf zurückzuführen, dass es im Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege Gebrauch ist, die Theilnehmer der Versammlungen nicht durch die Ueberfülle des zu verhandelnden Materials zu ermüden, sondern sich mit der Erörterung einiger weniger Themata zu begnügen.

Aus dem von dem ständigen Secretär des Vereins, Herrn Sanitätsrath Dr. Spiess-Frankfurt a. M. erstatteten Rechenschaftsbericht über das verflossene Geschäftsjahr theilen wir mit, dass der aus den Herren Wirkl. Geh.-Rath Hobrecht-Berlin, Oberbürgermeister Dr. v. Erhardt-München, Sanitätsrath Dr. Graf-Elberfeld, Statthaltereirath Dr. Ritter v. Karajan-Wien, Generalarzt Prof. Dr. Roth-Dresden, Prof. Rietschel-Berlin und dem ständigen Secretär bestehende vorjährige Ausschuss den Beschluss gefasst hat, die in den letzten Jahren geübte zeitliche Vereinigung der Versammlung des Vereins mit der des Vereins für Gesundheitstechnik im Interesse der selbstständigen Entwicklung des Vereins aufzugeben. Der Verein zählte im vorigen Jahre 1212 Mitglieder, davon sind 130, unter ihnen 13 durch Tod, ausgeschieden, wogegen 40 neue Mitglieder eingetreten sind. Danach stellt sich ein Bestand von 1122 Mitgliedern heraus.

Was die Leitung der Versammlung anbetrifft, so theilten wir schon mit, dass Herr Oberingenieur Andreas Meyer-Hamburg den Vorsitz führte. Ihm standen als zweiter und dritter Vorsitzender die Herren Dr. Lohmann-Hannover und Bürgermeister Struckmann-Hildesheim, ferner als Schriftführer die Herren Sanitätsrath Dr. Spiess-Frankfurt a. M. und Sanitätsrath Dr. Nötzel-Colberg zur Seite.

In der dritten Sitzung wurden auf Vorschlag des Herrn Sanitätsrath Dr. Lent-Cöln einstimmig durch Acclamation ausser dem Vorsitzenden, Herrn Oberingenieur Andreas Meyer-Hamburg und dem ständigen Secretär, Herrn Sanitätsrath Dr. Spiess-Frankfurt a. M. Die Herren Wirkl. Geh.-Rath Hobrecht-Berlin, Oberbürgermeister Dr. v. Erhardt-München, Statthaltereirath Dr. Ritter v. Karajan-Wien, Sanitätsrath Dr. Graf-Elberfeld und Bürgermeister Struckmann-Hildesheim für das nächste Jahr in den Ausschuss gewählt.

Es verdient an dieser Stelle noch hervorgehoben zu werden, dass die Aufnahme, welche dem Verein in Hannover zu Theil wurde, eine überaus herzliche war. Der Oberpräsident der Provinz Hannover, Herr v. Leipziger, betonte in seiner Begrüssungsrede, dass die Königliche Regierung die Bestrebungen des Vereins als dringendes Bedürfniss anerkenne, daher auch der diesjährigen Versammlung des Vereins volle Beachtung und Würdigung zuwende und sich mit ihm zu dem Wunsche vereinige, dass seine Bestrebungen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, wie bisher, auch fernerhin zum allgemeinen Wohle werthvolle practische Erfolge zeitigen mögen. Nicht minder herzlich waren die Worte der Bewillkommnung, welche in Abwesenheit des Stadtdirectors Herr Stadtsyndikus Ostermeyer im Namen der Stadt Hannover und Herr Dr. Lohmann im Namen des hannoverschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege dem Verein zurief. Der Landdrost der Landdrostei Hannover, Herr v. Kranach, wohnte allen drei Sitzungen fast bis zu Ende bei.

Auch das Localcomité hatte das Möglichste gethan, den Mitgliedern des Vereins den Aufenthalt in Hannover angenehm zu machen. Die Excursionen nach dem städtischen Schlachthause, der Krippe der mechanischen Weberei in Linden, den städtischen Wasserwerken, gaben Gelegenheit, sanitäre Einrichtungen von hervorragendem Werthe kennen zu lernen. An letztere schloss sich eine Bewirthung der Stadt Hannover auf dem Lindener Berge, den das Hochreservoir der Wasserleitung krönt. Von hohem Interesse war die Besichtigung der Kaltluftmaschine und der Kühlanlage der städtischen Brauerei, deren Verwaltung ihren Gästen ebenfalls einen Imbiss und einen vorzüglichen Trunk bot. Das Festessen in Kasten's Hôtel, eine Tannhäuservorstellung im Königlichen Theater, ein Spaziergang durch die prachtvollen Gärten in Herrenhausen reihten sich würdig an. So haben wohl alle Theilnehmer der Versammlung einen guten Eindruck von Hannover mit fortgenommen.

Wir wenden uns nun dem eigentlichen Kernpunkte der Versammlung, den wissenschaftlichen Verhandlungen zu.

Den ersten Gegenstand der Tagesordnung bildete die Frage der Förderung des hygienischen Unterrichts. Dem Referat des Herrn Prof. Dr. Flügge-Göttingen über diesen Gegenstand entnehmen wir Folgendes:

In den letzten Jahrzehnten hat eine weitgehende Abtrennung neuer Specialdisciplinen vom medicinischen Studium stattgefunden. Seit einiger Zeit ist das Verlangen laut geworden, in ähnlicher Weise auch die Hygiene als besondere selbstständige Disciplin von den übrigen medicinischen Fächern, mit denen sie bisher theilweise vereinigt war, loszulösen, um Forschung und Unterricht in der Hygiene zu fördern. Ist die Hygiene wohl zu einer solchen Stellung berechtigt? Es wird dies sofort einleuchtend, wenn man sich klar gemacht hat, was unter Hygiene zu verstehen ist. Eine solche Definition und eine Erkenntniss des natürlichen Forschungsgebiets der Hygiene verdanken wir den bahnbrechenden Untersuchungen Pettenkofer's. Diese führen uns zu der Einsicht, dass das Forschungsgebiet der Hygiene nichts anderes ist, als die menschliche natürliche oder künstlich veränderte Umgebung, und dass die Hygiene nichts anderes anstrebt, als die Erkenntniss derjenigen Vorgänge in unserer Umgebung, welche auf den Ablauf unseres Lebensprocesses von Einfluss sind. In solcher Definition bietet die Hygiene eine nothwendige Ergänzung der übrigen medicinischen Disciplinen und grenzt sich gleichzeitig leicht und scharf gegen dieselben ab. Die so definirte Hygiene erfüllt dann auch alle Bedingungen, welche wir für die Abtrennung als selbstständige Disciplin aufstellen müssen. Sie zeigt ein ausgedehnteres und in ihrer befruchtenden Wirkung auf die anderen medicinischen Disciplinen sowohl wie durch ihre eminenten wichtigen practischen Consequenzen bedeutsameres Forschungsgebiet als irgend eine der früher abgezweigten medicinischen Disciplinen; ferner ist für den practischen Arzt, von welchem das Publikum jetzt in zahlreichsten Fällen Rath und Belehrung über hygienische Maassregeln verlangt, ein sorgfältiger Unterricht in der Hygiene unerlässlich. Wir sind daher vollberechtigt, auch für die Hygiene eine selbstständige Stellung zu verlangen, von welcher aus ein gedeihlicher Fortschritt und Forschung und Unterricht erfolgen kann. Eine solche Loslösung der Hygiene hat sich nun eigentlich schon in den letzten Jahren, wenigstens bei uns in Deutschland vollzogen. Namentlich seit in dem medicinischen Staatsexamen der Mediciner Hygiene in einem besonderen Prüfungsabschnitt examinirt wird, wird an jeder Universität eine besondere Vorlesung über Hygiene gehalten. Aber mit einer solchen einfachen Vorlesung ist den Wünschen Vieler noch nicht genug geschehen. Man verlangt vielmehr eigene hygienische Institute an den Universitäten, und mit Hülfe dieser eine vorzugsweise experimentelle Forschung und einen reich mit Demonstrationen und Experimenten ausgestatteten Unterricht. Und in der That sind diese Wünsche völlig begründet. Hier und da wird allerdings wohl noch die Ansicht vertreten, dass durch empirisch-statistische Beobachtung oder durch technische Untersuchungen eine wesentliche Förderung der hygienischen Forschung erfolgen könne. Aber es ist leicht zu zeigen, wie wir mittelst der bisher so viel angewandten empirisch-statistischen Methode fast stets nur zu hypothetischen Resultaten gelangen, dass viele unserer wichtigsten Lehrsätze über die Entstehung der Infections-Krankheiten und über die Wirkungsweise der Desinfectionsmittel nicht sicher begründet waren, und sogar durch die neuen exacten Resultate der experimentellen Koch'schen Forschungen geradezu widerlegt sind. Auch der Hülfe durch technische Untersuchungen dürfen wir einstweilen nicht zu viel vertrauen; zunächst müssen in all' den Gebieten, welche hier in Frage kommen, durch hygienisch-medicinische Untersuchungen die Forderungen der Hygiene klar gestellt und scharf formulirt werden; erst dann darf man das Uebrige der Technik anheimstellen. Wie eine rationelle, zu sicheren Resultaten gelangende hygienische Forschung vorzugehen hat, das ergiebt sich einfach schon daraus, dass wir es gemäss der oben gegebenen Definition der Hygiene offenbar mit einer naturwissenschaftlichen Disciplin zu thun haben, die am zweckmässigsten gerade wie andre naturwissenschaftliche Fächer, inductiv und mit experimentellen Methoden behandelt wird. Auf diesem Wege sind ja auch in der That in den letzten Jahren die imponirenden Resultate der Koch'schen Untersuchungen erzielt. Für eine solche experimentelle hygienische Forschung sind nun aber besondere hygienische Institute durchaus unerlässlich. Es ist undenkbar, den ganzen eigenartigen Apparat für die hygienische Forschung, die Vorkehrungen für bakteriologische Untersuchung, das Laboratorium für Nahrungs- und Wasseranalyse, die Anlagen für Beobachtung des Grundwassers, Untersuchung des Bodens etc. in einem der bereits bestehenden Fachinstitute unterzubringen; sondern dazu gehören eine ganze Reihe geeigneter und besonders aptirter Räumlichkeiten. Gerade so sind auch für einen gedeihlichen Unterricht besondere hygienische Institute unerlässlich. Der practische Arzt muss nicht nur die Lehrsätze der Hygiene kennen, sondern auch die Art der Forschung, die Methoden zum Nachweis der Schädlichkeiten; er muss hygienisch denken lernen und die Gesichtspunkte und Methoden so weit übersehen, dass er im Einzelfall der Praxis demnächst ein sachverständiges Urtheil fällen kann. Daneben muss er vollständig vertraut sein mit den practischen Institutionen der öffentlichen Gesundheitspflege. Der beamtete Arzt (Physikus, Arzt an öffentlichen Anstalten etc.) ist sogar oft in der Lage, selbst Untersuchungen ausführen und irgendwelche sanitäre Schädlichkeiten ermitteln zu müssen; dieser muss daher über eine ganz specielle Kenntniss der Untersuchungsmethoden verfügen. Diesen Bedürfnissen ist nun wiederum nur zu genügen durch eine reich mit Demonstrationen und Experimenten ausgestattete Vorlesung; Excursionen zur Besichtigung der Institutionen der öffentlichen Gesundheitspflege müssen eingerichtet werden; die beamteten Aerzte müssen ihre Vorbildung in einem hygienischen Practicum finden. Für diesen ganzen Unterricht sind eigene Institute wiederum unerlässlich.

Bei uns in Deutschland dürfen wir annehmen, dass wir bezüglich dieser erstrebten Institute auf bestem Wege sind; bei den maassgebenden Behörden scheint die vollste Einsicht und der beste Wille vorhanden zu sein. Stösst man hier und da noch auf die abweichende Ansicht eines Einzelnen, so kann man sicher sein, dass derselbe sich die Ziele und Aufgaben der modernen Hygiene nicht klar gemacht hat. Um eine möglichst klare Einsicht in die Thätigkeit der hygienischen Institute zu gewähren, giebt Herr Flügge zum Schluss eine Uebersicht über die Arbeiten eines solchen Instituts. Dieselben bestehen 1) in einer Vorlesung, deren Inhalt Referent kurz anführt, namentlich um zu zeigen, wie innig Demonstrationen, Experimente und Excursionen mit derselben verflochten sein müssen, und wie die Vorlesung ohne solche Beihülfe geradezu ihres wichtigsten Inhalts beraubt sein würde; 2) in einem hygienischen Practicum, zur selbständigen Einübung der hygienischen Untersuchungsmethoden. Dasselbe soll für solche Studirende dienen, die hervorragendes Interesse für die Hygiene zeigen, theils aber auch, und zwar in Form eines besonderen, auf kurze Frist (4 bis 6 Wochen) zusammengedrängten Cursus für solche practische Aerzte, die sich für die amtliche Carriere vorbereiten wollen; 3) in wissenschaftlichen Arbeiten für Fortgeschrittenere; für solche Arbeiten liegt eine sehr grosse Fülle von leicht lösbaren Aufgaben vor, von denen Herr Flügge einige Beispiele anführt. Bei einer derartigen Thätigkeit der an-

Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gestrebten hygienischen Institute wird hygienische Forschung und hygienischer Unterricht zweifellos am wirksamsten gefördert werden.

Bei der durchaus erschöpfenden Weise, in welcher der Referent das zur Discussion gestellte Thema behandelt hatte, war es natürlich genug, dass eine eingehende Erörterung aus der Versammlung heraus nicht stattfand, zumal Herr Generalarzt Professor Dr. Roth-Dresden, welcher das Correferat übernommen hatte, am Erscheinen gehindert war. Derselbe hatte jedoch folgende Thesen eingesandt, die der Versammlung vorgelegt wurden.

1. Der Unterricht in der Hygiene zerfällt in den auf den Universitäten für Mediciner (Studirende und Aerzte) und in den auf anderweitigen Fachbildungs-Anstalten. Derselbe ist in der gewöhnlichen Schule nicht zu ertheilen, eine kurze Anweisung der Hülfeleistung bei Unglücksfällen ist dort mit dem Turnunterricht zu verbinden.

2. Der Unterricht in der Hygiene für die Mediciner auf der Universität hat die drei Haupttheile der Hygiene: Den biologischen (darin die Bakteriologie), chemischen und technischen Theil in seinen Hauptsachen zu umfassen. Derselbe wird für die Studirenden wegen Mangel an Zeit hauptsächlich demonstrativ sein müssen, es muss jedoch Gelegenheit zum eigenen Arbeiten namentlich für mikroskopische und chemische Fragen gegeben sein. Das eigene practische Arbeiten wird besonders den auf der Universität studirenden Aerzten zufallen, zumal wenn sie später Medicinalbeamte werden wollen. Zur Ausbildung in den technischen Fragen müssen Sammlungen guter Modelle vorhanden sein.

3. Der Unterricht an besonderen Fachbildungs-Anstalten: Technischen Hochschulen, Bergakademien, Kriegsakademien, Kriegsschulen und Seminaren hat diejenigen Theile der Hygiene besonders zu berücksichtigen, welche nach der besonderen Verantwortlichkeit der dort Auszubildenden hauptsächlich in Betracht kommen. Hiernach werden auf Bauakademien etc. die Construction der Wohnungen und die Hygiene der Gewerbe, auf militärischen Anstalten die Verhältnisse der Soldaten, auf Seminarien die Schul- und Erziehungs-Hygiene besonders zu berücksichtigen sein.

4. Das Lehrpersonal wird hauptsächlich aus Aerzten zu nehmen sein, welche das ganze Gebiet der Hygiene kennen, es sind jedoch hygienischgebildete Nichtärzte, namentlich Techniker, nicht auszuschliessen.

5. Als besonders wichtig ist der Anschauungs-Unterricht zu betrachten, sodass gegebene hygienische Verhältnisse zu beurtheilen sind. Hierzu wird die Verallgemeinerung hygienischer Sammlungen oder Museen, welche in allen grösseren Städten gute hygienische Muster zur Anschauung des Publikums bringen, ein mächtiges Unterstützungsmittel sein und ist daher die Schöpfung derartiger Sammlungen bei Behörden wie Privaten möglichst zu fördern.

Herr Privatdocent Dr. Blasius-Braunschweig wünscht, dass zusätzlich der These 3 des Herrn Roth auch die hygienische Ausbildung der Pharmaceuten als wünschenswerth bezeichnet werde. Herr Schuldirector Fulda-Sangerhausen beantragt, in der These 1 des Herrn Roth, anlangend die gewöhnliche Schule, auszusprechen, dass es wünschenswerth erscheint, dass in derselben bei dem allgemeinen naturwissenschaftlichen Unterricht die wichtigsten hygienischen Fragen in geeigneter Weise mit berücksichtigt werden.

Beachtenswerth war der Antrag, welchen Herr Sanitätsrath Dr. Nötzel-Kolberg stellte, dass nämlich der Verein im Anschluss an die Frage des hygienischen Unterrichts sich dahin ausspreche, dass es dringend wünschenswerth sei, dass nach Art der Fortbildungskurse, wie sie schon längst für die Militärärzte eingerichtet sind, hygienische Fortbildungskurse für Medicinalbeamte Seitens des Staates ins Leben gerufen werden, namentlich auch, um den in ihrer amtlichen Stellung ohnehin niedrig besoldeten Kreisphysikern nicht auch noch die Kosten eines längeren Aufenthaltes in den betreffenden Städten, in denen die Kurse abgehalten werden, aufzubürden.

Auf Antrag des Herrn Sanitätsrath Dr. Graf-Elberfeld sah die Versammlung von einer eigentlichen Beschlussfassung in dieser Frage ab, erklärte sich aber sowohl mit den Ausführungen des Referenten und der Thesen des Correferenten, als auch mit den gestellten Zusatzanträgen generell einverstanden.

(Schluss folgt.)

XII. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Magdeburg 18.—23. September 1884.

(Originalbericht.)

I.

Magdeburg, den 21. September 1884.

Trotz der internationalen Congresse, welche anscheinend die Interessen der wissenschaftlichen Welt vollständig monopolisiren, haben doch auch die wissenschaftlichen Vereinigungen der einzelnen Länder ihre Lebenskraft in genügendem Maasse erwiesen. Wir nennen unter ihnen die British medical Association, die in Belfast tagte, dann die Société française pour l'avancement des sciences in Blois und endlich unsere ehrwürdige Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Bezüglich der letzteren gerade war die Prognose eine ziemlich zweifelhafte. Wir wiesen schon darauf hin, dass nicht ohne Bedenken die Nachricht von der Wahl Magdeburgs aufgenommen worden war, da die Stadt weder eine Universität oder sonstige hervorragende wissenschaftliche Institute besitzt, noch durch den Reiz der Umgegend die Touristen, welche nun einmal mit ihren Damen einen grossen Theil der Besucher solcher Versammlungen bilden, anzulocken vermag. Der Verlauf der diesjährigen Naturforscher-Versammlung hat aber gezeigt, dass diese Bedenken zu sehr betont wurden, und dass trotzdem die diesjährige Vereinigung sich sehr vielen ihrer Vorgänger an die Seite stellen kann.

Ein Hauptverdienst für den glücklichen Verlauf können sich die Geschäftsführer, der geschäftsführende Ausschuss und die Comités zuerkennen, die mit bewundernswerther Unermüdlichkeit die Vorbereitungen in bester Weise getroffen haben. Wir heben bei dieser Gelegenheit noch ein Moment ganz besonders hervor. Das Tageblatt der Naturforscher-Versammlungen gehörte der Regel nach zu denjenigen Erscheinungen derselben, die mehr oder weniger am meisten zu wünschen übrig liessen. Die Berichte, besonders über die Sectionen waren so unvollständig als möglich, nicht durch die Schuld der betreffenden Redactionen, sondern zumeist durch die der Vortragenden. Am Schluss der Versammlung war regelmässig erst ein kleiner Theil des Materials erschienen, und erst nach vielen Monaten kam dann der Rest des Tageblattes heraus, äusserst voluminös und schwer zu studiren. Vor-Allem aber hatte das, was es brachte, inzwischen die erste Frische verloren, war anderweitig bekannt geworden und daher nicht mehr geeignet, ein grösseres Interesse in Anspruch zu nehmen. Man muss die Klagen der Redactionen gehört haben, um volles Mitleid mit ihnen zu empfinden, die noch dazu eine Verantwortlichkeit zu tragen gezwungen waren, die sie thatsächlich von vornherein abzulehnen berechtigt waren. Trotz alledem hatte Herr Aufrecht es diesmal unternommen, durchzuführen, dass das Tageblatt sofort die in den allgemeinen Versammlungen gehaltenen Reden veröffentlichte und über die Sections-Verhandlungen ebenso schnelle, corrrecte und authentische Berichte bringe. In den vier ersten, bis heute erschienen Nummern hat Herr Aufrecht sein Ziel in einer Weise erreicht, die ein Sachkenner, wie Schreiber dieser Zeilen, nicht für möglich erachtet hätte.

Die erste Sitzung wurde am 18. durch den ersten Geschäfsführer Herrn Gähde eröffnet. Derselbe wies auf die Schwierigkeiten hin, die den Geschäftsführern gerade in Magdeburg entgegenstanden, konnte aber der allgemeinen Unterstützung seinen Dank aussprechen, die ihnen zu Theil geworden sei, und die Versammlung mit der Hoffnung eines guten Verlaufs begrüssen. Der zweite Geschäftsführer, Herr Professor Hochheim, gab eine interessante Darlegung der wissenschaftlichen Verdienste von drei Männern, die Magdeburg angehören oder zu der Stadt in Beziehung standen, des Mathematikers Uhde, des berühmten Physikers Otto von Guericke und Carnot's, der in Magdeburg bekanntlich als Flüchtling und Internirter sein Leben beschloss und hier die Arbeiten wieder aufnahm, die ihn mit Monge zu einem der Grundleger der modernen Geometrie gemacht haben. Die ferneren Ansprachen des Oberpräsidenten v. Wolff und des Oberbürgermeisters Boetticher trugen den gewöhnlichen Charakter, zeichneten sich aber aus durch grosse Frische und gewandten Fluss der Rede.

Die erste Frage, welche der Versammlung vorgelegt wurde, war die des künftigen Versammlungsortes. Es war nur eine Einladung eingegangen, indem Gmunden am Traunsee seine Bitte wiederholt hatte. Fast schien es, als würde das schöne Alpenstädtchen ohne Weiteres acceptirt werden, als der Vorschlag auf der Tagesordnung erschien, Strassburg zu wählen. Bei dieser Gelegenheit berührte man natürlich die patriotisch politische Seite, und deren Klange wiedersteht selten eine deutsche Versammlung. Mit grosser Majorität wurde Strassburg bestimmt, und die Herren Kussmaul und de Bary zu Geschäftsführern gewählt. Die Schwierigkeiten, welche gerade Strassburg mit seiner franzosenfreundlichen eingeborenen Bevölkerung darbietet, konnten nicht verkannt werden, sie sind unseres Erachtens unterschätzt worden, und wir fürchten, es wird die Naturforscher-Versammlung in Strassburg nicht zu den glänzendsten der grossen Folge gehören.

Den ersten allgemeinen Vortrag hielt Herr Professor Rosenbach aus Göttingen, und haben wir an anderer Stelle ihm im Wortlaut diejenigen Abschnitte entnommen, welche für die Leser einer medicinischen Wochenschrift interessant und in diesem Augenblick zweifellos von nicht geringer Wichtigkeit sind. Der Vortrag des Herrn Gerhard Rohlfs liegt der Medicin fern und ist in den politischen Zeitungen ausführlich referirt worden. Der dritte Vortrag, den Herr Geh. Medicinalrath Dr. Schwartz aus Cöln über die Beziehungen der Hygiene zur allgemeinen practischen Medicin hielt, brachte ein reiches Material, war aber nach Anlage und Inhalt ebenfalls, und zwar mit Recht, für ein nicht sachverständiges Publikum bestimmt. Er wird, daran zweifeln wir nicht, in dieser Beziehung eine weitgehende Wirksamkeit ausüben, wodurch der Zweck des Vortragenden auch erfüllt sein dürfte.

Ueber die Festlichkeiten, die Fahrt nach Herrenkrug, das Diner, den Commers u. s. w. zu berichten, fehlt es in der That an Raum und zwingender Veranlassung, dagegen wird es auch unsere Leser interessiren, zu hören, wer von hervorragenden Aerzten und Gelehrten der Versammlung beiwohnte. Wir nennen unter ihnen die Herren Waldeyer, Ascherson, Küster, Köbner, Mendel, Dr. E. Hahn, Beely, Uhthoff, J. Veit, C. Ruge, E. Salkowski, Wittmack aus Berlin, Medicinalrath Dr. Sander und Dr. Moeli aus Dalldorf, R. Volkmann, Ackermann, Bernstein, Genzmer, Graefe, Kirchhoff, Küssner, Oberst, Olshausen, Seeligmülller aus Halle a. S., Rossbach, Bardeleben, Binswanger, Küstner, Schillbach aus Jena, E. Wagner, Thiersch, Weigert, Hennig, Saenger und Tillmanns aus Leipzig, Winckel und Bonnet aus München, Bohn aus Königsberg i. Pr., Ebstein aus Göttingen, Schatz aus Rostock, Rindfleisch und Grashey aus Würzburg, Filehne aus Erlangen, Ribbert, Finkler und Prior aus Bonn, Kraske aus Freiburg i. B., Poleck nnd Roux aus Breslau, Petersen aus Kiel, Immermann aus Basel, Mikulicz aus Krakau, Alglave aus Paris, Wasserfuhr aus Strassburg i. Els., Biedert aus Hagenau, Koenig aus Münster i. Westph., Recknagel aus Kaiserslautern, Spoerer aus Potsdam, Battlehner aus Karlsruhe, Wallichs aus Altona, Fehling aus Stuttgart, Dürr aus Hannover, R. Blasius aus Braunschweig, Baumgärtner aus Baden-Baden, A. Pagenstecher aus Wiesbaden, Paetz aus Alt-Scherbitz.

Unsere Leser erkennen aus dieser Liste, dass besonders die Chirurgie in trefflichster Weise vertreten war. Es darf dies nicht Wunder nehmen, da Magdeburg in dem dirigirenden Arzt der chirurgischen Abtheilung seines Krankenhauses, Herrn Hagedorn einen der ersten Meister dieses Faches besitzt.

P. B.

Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

II.

Magdeburg, den 23. September 1884.

Nur eine Stimme herrscht darüber, dass der Verlauf der Naturforscherversammlung in allen Stadien ein durchaus günstiger, ja kaum erwartet glänzender gewesen ist. Keine Störung, keine Disharmonie hat das Gefühl der Genugthuung, welches die gastfreien Wirthe, wie ihre Gäste erfüllt, erschüttert. Die Fahrt nach Halle wie die nach dem Harz, waren in jeder Beziehung begünstigt, der Commers am Montag Abend verlief unter dem energischen Präsidium Dr. Sendler's jun. in vorzüglichster Weise, und noch heute am letzten Tage ist die Stimmung der überaus zahlreich Stand Haltenden die ungetrübt frische des Beginnes und widerlegt die Allgemeingiltigkeit des Spruches, dass nichts schwerer zu ertragen, als eine Reihe von guten Tagen.

Hoch erfreulich ist es, dass die Verhandlungen in den Sectionen fortdauernd überaus inhaltreich und interessant geblieben sind. Vor Allem gilt dies von der für Hygiene, die Dank sorgfältigster Vorbereitung hier in Magdeburg neu erstanden ist. Freilich musste die Section ihrem ganzen Charakter nach auf so ausgedehnte vorzügliche Vorträge wie die von Flügge und Recknagel in Hannover Verzicht leisten, brauchte andererseits aber auch nicht über, en petit comité zurechtgemachte Thesen abstimmen. Ein freier, von jedem Cliquenwesen entfernter Meinungsaustausch über wichtige hygienische Fragen brachte freilich keinen mechanisch präparirten Abschluss, wirkte aber in so hohem Grade anregend und belehrend, dass die Verhandlungen auch für die Zukunft fruchtbringend weiter wirken werden.

Die dem Tageblatt zugewendete Leistung darf mehr und mehr als eine geradezu bewundernswerthe bezeichnet werden. Soeben wird No. 5 desselben ausgegeben. Mit ihr steigt die Zahl der gedruckten Quartseiten auf 384! Die Verhandlungen sämmtlicher Sectionen bis zum Schluss sind damit vollständig abgedruckt, und zwar die Vorträge in denselben grössten Theils in extenso! Noch ein Mal wiederholen wir das dem Redacteur Herrn Aufrecht schon oben gespendete Lob. Aber auch den einheimischen Schriftführern der Sectionen gebührt ein nicht geringer Theil der Anerkennung. Unermüdlich und zielbewusst haben sie den von Anfang an gefassten Plan durchgeführt! Es wäre dies freilich immer noch unmöglich gewesen ohne die Opferwilligkeit der Faber'schen Buchdruckerei, die nicht weniger als 14 Extra-Setzer angestellt hat, um diese ungeheure auf wenige Tage sich concentrirende Arbeit zu bewältigen und dabei für eine vorzügliche Ausstattung Sorge trug. Mit einem Worte es liegt eine Meisterleistung vor. Die Wichtigkeit derselben für die Naturforscherversammlungen überhaupt ist eine nicht zu unterschätzende. Magdeburg hat ein glänzendes Beispiel gegeben, möge es Nachfolge finden!

Der Vortrag des Herrn Finkler, den wir S. 632 dieser Nummer in extenso bringen, wurde natürlich mit vieler Spannung erwartet und erregte seines Gegenstandes wegen ein grosses Interesse. Im Allgemeinen kann man die Stimmung der Sachverständigen dem Vortrage wie den Demonstrationen gegenüber, dahin charakterisiren, dass man so überraschenden Resultaten gegenüber ganz entschieden eine sehr bestimmte Reserve für geboten erachtete, besonders so lange nicht, als nicht eine Nachprüfung Seitens des anerkannten Herrschers auf diesem Gebiete der Forschung, R. Koch's stattgefunden hat. Wir freuen uns, dass, wie uns mitgetheilt wird, die Herren Finkler und Prior sich entschlossen haben, Geh.-Rath Koch Gelegenheit dazu zu geben, und hoffen hierüber demnächst Näheres mittheilen zu können.

Und nun war der Schlussact, die zweite und letzte allgemeine Versammlung. Dienstag Vormittag gekommen, Vielen noch zu früh.

Zuvörderst verkündete der erste Vorsitzende Dr. Gaehde befriedigende Nachricht aus Strassburg. Die Sadtverwaltung erklärt sich durch die Wahl zum nächstjährigen Versammlungs-Ort hochgeehrt und wird für eine würdige Aufnahme Sorge tragen. Ebenso nehmen die Herren Kussmaul und de Bary die auf sie gefallene Wahl als Geschäftsführer der 58. deutschen Naturforscher-Versammlung dankend an. Es beginnen die allgemeinen Vorträge. Herr Professor Brauns-Halle spricht über die Insel Yeso und ihre Bewohner. Sehr interessante Details — aber wer interessirte sich noch für die grosse Nordinsel des japanischen Reiches? Dasselbe gilt noch mehr von dem Vortrage des Berghauptmann Huyssen-Halle, weil der Redner kein Ende fand. Prof. Kirchhoff-Halle belebte schliesslich noch die Versammlung wieder ein wenig. Er sprach über den Darwinismus in der Völkerentwicklung aber auch er litt unter der Unaufmerksamkeit der Versammlung. Regel: Man lege eine allgemeine Sitzung nie auf den letzten Tag!

P. B.

XIII. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

V.

Verhandlungen in den Sectionen.

Section für Chirurgie.

11. August 1884.

Vorsitz: Volkmann (Halle).

I. Prof. Esmarch: Exstirpation des Mastdarms wegen Krebs.

1. Für die Behandlung des Mastdarmkrebses gelten dieselben Grundsätze, welche für die Behandlung des Krebses an allen übrigen Körpertheilen maassgebend sind.

2. Die Exstirpation muss so früh als möglich und so gründlich als möglich ausgeführt werden.

3. Je mehr von der gesunden Umgebung mit weggenommen wird, desto eher darf man hoffen, dass Recidive entweder gar nicht oder spät auftreten.

4. Die Erfahrung lehrt, dass nach frühzeitiger gründlicher Exstirpation dauernde Heilung erfolgen kann (Dieffenbach, Schuh, Billroth, Rose, Nussbaum, Kocher, Czerny, Esmarch, Bardenheuer, Holmer u. A.).

5. Da beim Krebs des Mastdarms die Lymphdrüsen verhältnissmässig spät secundär ergriffen werden, so kann auch nach längerem Bestehen und bei grosser Ausbreitung des Krebses noch die Operation mit dauerndem Erfolge vorgenommen werden. (Czerny beobachtete Heilungen, welche über 4 Jahre anhielten, obwohl die Krebse schon seit 3 und 4 Jahren bestanden hatten.)

6. Die Prognose in Betreff der Recidive ist um so besser, je langsamer sich die Neubildung entwickelt hat, je später die Beschwerden aufgetreten sind, und je gründlicher die Operation vorgenommen wird.

7. Die einfachen Cylinderzellencarcinome (destruirende Adenome, Adenocarcinome), welche von den oberflächlicheren Schichten der Schleimhaut ausgehen, pflegen eine bessere Prognose zu geben, als die kleinalveolären und gelatinösen Formen, welche rascher in die tieferen submucösen Schichten eindringen. Je mehr Neigung zur Gallertmetamorphose das Carcinom zeigt, desto bösartiger pflegt der Verlauf zu sein.

8. Die Exstirpation eines Krebsknotens aus der Mastdarmwand ist nur dann genügend, wenn der Knoten gut umschrieben und beweglich ist und nur einen Theil der Mastdarmwand oder der Afterportion ergriffen hat.

9. In allen anderen Fällen ist die Amputation des Mastdarmes bis über die Grenze der Neubildung hinaus indicirt.

10. Man kann den ganzen Mastdarm bis in die Flexura sigmoidea hinein mit gutem Erfolge amputiren.

11. Die hauptsächlichsten Gefahren dieser Operationen sind: a. die Blutungen; b. die acute, eitrige und jauchige Entzündung des Zellgewebes (septische Lymphangoitis, Retroperitonitis, Peritonitis).

12. Diese Gefahren sind zu bekämpfen: a. durch sorgfältigste Blutstillung während der Operation; b. durch sorgfältigste primäre Desinfection, und Sorge für freien Abfluss der Wundsecrete (Drainage und Vermeidung von Hohlräumen).

13. Die Eröffnung des Peritonäalsackes ist bei hoher Amputation des Mastdarmes nicht zu vermeiden, aber eine Peritonitis folgt darauf in der Regel nicht, wenn die entstandene Oeffnung sofort unter allen Cautelen der Antiseptik durch die Naht geschlossen wird.

Eine Drainirung des Peritonäalsackes ist nur ausnahmsweise indicirt, (z. B. wenn eine bedeutende Verunreinigung des Peritonäums bei der Operation nicht zu vermeiden war).

14. Die Fortschritte der operativen Technik haben die Gefahren der Operation in neuerer Zeit wesentlich vermindert.

Das Mortalitätsverhältniss ist von 50 Proc. auf 20 Proc. und weniger herabgegangen.

Es ist mit Sicherheit zu hoffen, dass durch Verbesserung der Technik sich diese Verhältnisse noch günstiger gestalten werden (wie bei der Ovariotomie, Hysterotomie etc.).

15. Die Functionsstörungen, welche nach der Amputation des Mastdarms zurückbleiben, sind geringfügig im Vergleich mit den Beschwerden, welche das Carcinom verursacht.

Die Incontinenz ist, namentlich wenn man den Sphincter externus nicht mit entfernte, keine vollständige.

Durch regelmässige Ausspülungen, und durch passende Verschlussapparate lassen sich die Beschwerden beträchtlich vermindern.

16. Die Resection eines Stückes des Darmrohrs in der ganzen Circumferenz mit Zusammennähen der beiden Darmenden ist nicht rathsam, weil das untere Ende des Darmrohres brandig zu werden pflegt.

Besser ist es, die Schleimhaut des unteren Endes mit Schonung des äusseren Schliessmuskels wegzunehmen und das obere Ende des amputirten Mastdarmes mit einigen Nähten an den unteren Wundrand anzuheften.

17. Durch die Spaltung der hinteren Mastdarmwand bis an das Steissbein (hinterer Raphe-Schnitt) wird die Exstirpation des Mastdarmkrebses in allen Fällen sehr erleichtert. Eine Exstirpation des Steissbeines ist meistens nicht nöthig.

II. Prof. Bryant (London): Die operative Behandlung bei malignen Leiden des Rectums.

B. empfiehlt die Colotomia lumbar. als nutzbringend und basirt seine Erfahrungen auf eine Statistik 1) von 60 Rectalcarcinomen, von denen 26 relativ kurze Zeit nach dem Eingriff starben, 34 (= 56 Proc.) denselben längere Zeit (bis zu 6 Jahren) überstanden und dabei eine wesentliche Erleichterung von ihren Beschwerden hatten.

2) Auf eine Reihe von 22 Fällen, in denen es sich um Syphilis, anderweitige Ulcerationen, ev. mit Recto-vesical-Fisteln (19 Cor.), Volvulus des Flex. sigmoid. (1 Cor.) und endlich um Compressionen des Rectums durch Beckentumoren (2 Cor.) mit 15 Erfolgen handelte.

Verneuil, der sowohl die Cotomie als auch die Exstirpatio recti geübt hat und damit ebenso wie Trélat nicht immer zufrieden gewesen, empfiehlt seine lineäre, mediane Rectotomie vermittelst des Paquelin und betont besonders, dass man bei letzterer Operation auf eine Durchtrennung der Weichtheile bis oberhalb der verengenden Tumormassen sehen müsse. Er brennt, um sicher zu gehen, zunächst mit dem Cauter, nachdem er sich mit dem hakenförmig gekrümmten Finger den Mastdarm genügend heruntergezogen, einen Kanal unterhalb der Aftermassen bis über das Ende des Carcinoms und trennt von hier aus die ganze Masse über einer Hohlsonde durch.

Trélat bestätigt die befriedigenden Resultate, die auch ihm die Verneuil'sche Methode gebracht, während Sampson (Gamgee) und Marchall (London) ebenso wie Morris (London) für die Colotomie eintreten.

Zum Schluss constatirt Volkmann, dass die besonders in Deutschland geübte Methode der Rectumexstirpation allen anderen Operationen den Rang ablaufe.

Sie sei bei weitem nicht so gefährlich, wie die Colotomie und leiste

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in den allermeisten Fällen mehr wie diese, schon deshalb, weil sie einer nicht geringen Zahl von Kranken thatsächlich Heilung, allen aber Erleichterung bringe, da die darnach auftretenden Recidive, theils in Lymphdrüsen des Abdomens, theils in anderen Organen gelegen den Kranken relativ wenig oder keine Schmerzen machten.

Resultate, wie die bei Ovariotomie könne man nicht verlangen, dazu seien die localen Verhältnisse nicht geeignet. Zur leichteren Exstirpation diene V. neben dem hinteren Rectalschnitt noch ein vorderer gegen den Blasengrund verlaufender Schnitt durch das Perinäum bei schwierigen Fällen.

Krebse des Mastdarms, die man in der Chloroformnarcose nach oben hin nicht völlig abtasten könne und nicht verschiebbar fände, seien ein noli me tangere für V.

Diese Affectionen liegen zu tief für eine Operation durch Laparotomie und zu hoch für die Exstirpation von aussen.

Nicht selten gehören dazu jene diffusen flachen Formen, die nach oben zu oft weit hinaufreichten und selbst durch die ausgedehntesten Operationen schwer entfernbar wären.

Die Resection eines Stückes aus dem Darmrohr in der ganzen Circumferenz widerräth V. wegen der Bildung sich stark contrahirender Narben. Gangrän des unteren Stückes sah er dabei nie.

Für die Nachbehandlung wird Naht und Drainage dringend empfohlen. Jodoform dient als Verbandmaterial. In Fällen, welche eine Colotomie benöthigten, wählt V. die C. anter. und durchtrennt den Darm dann völlig, um nur das abführende Darmende in die Bauchwunde einzunähen.

Küster (Berlin) gedenkt der Ausschabung des Mastdarms nach Simon bei inoperablen Krebsen als eines guten Mittels zur Hebung der Beschwerden.

Dr. Reginald Harrison (Liverpool): Ueber die Behandlung von gewissen Formen von Prostata-Obstruction mit Durchschneidung der Drüse.

Redner bemerkt einleitend, dass er seine Ausführungen auf solche Fälle vergrösserter Prostata zu beschränken gedenke, in denen die Behinderung der Urinentleerung durch den Katheterismus nicht genügend gehoben wird. In manchen Fällen der Art wird dem Patienten durch die häufige Wiederholung des Katheterismus oder durch die Schwierigkeiten bei dessen Ausführung das Leben zur Qual.

In solchen Fällen hat man zum hohen Blasenstich, zur Punction vom Damm und vom Mastdarm aus, mit Zurücklassung einer Canüle in der Blase seine Zuflucht genommen; allein alle diese Auswege wenden sich nicht gegen die Ursache des Uebels.

In einem Falle (Brit. med. Journal 24. December 1881 und 8. April 1882) punctirte Redner die Blase vom Damm aus durch die hypertrophische Prostata hindurch und liess die Canüle liegen; zwei Monate lang wurde aller Urin durch dieselbe entleert, dann atrophirte die Prostata und es trat Heilung ein. Der Pat., obgleich 86 Jahre alt, ist jetzt $2^1/_2$ Jahre nach der Operation, bei vollkommenem Wohlsein.

Es wird sodann Bezug genommen auf die Ansichten und Methoden von Gutheri und Mercier über die Zweckmässigkeit, die Prostata zu spalten und dauernde Erleichterung des Urinabflusses zu erreichen.

Redner beschreibt hierauf seine Operationsmethode. Nachdem Pat. in Steinschnittlage gebracht und eine Sonde in die Blase eingeführt ist, spaltet er den membranösen Theil der Harnröhre durch einen Medianschnitt und führt den Zeigefinger möglichst weit in die Pars prostatica ein. Nachdem so die Lage des von der Prostata gebildeten Hindernisses festgestellt ist, wird dasselbe theils durch einen Medianschnitt mit dem graden geknöpften Messer, theils durch stumpfe Zerreissung mit dem Finger soweit getrennt, bis kein Widerstand mehr zu fühlen ist. Ein Katheter, verbunden mit einem Drainagerohr, wird sodann durch die Perinealwunde eingeführt und an Ort und Stelle belassen, um die Schnittöffnung in der Prostata offen zu erhalten. Von besonderer Wichtigkeit ist die Nachbehandlung derartiger Fälle; unter Umständen musste der Katheter 6 und 8 Wochen liegen bleiben; nach seiner Entfernung wurde täglich ein starkes Bougie eingeführt, bis die Dammwunde geschlossen ist. In einzelnen Fällen erfolgte vollkommene Heilung, selbst nachdem vorher monatelang vollständige Atonie der Blasenmusculatur bestanden hatte.

Die Ziele dieser Operation und der Nachbehandlung sind folgende:

1) Durch die Digitaluntersuchung genaue Kenntniss von dem durch die hypertrophische Prostata gesetzten Hinderniss zu erhalten. Hier hebt Redner den Werth der Thompson'schen Anschauungen über Digitaluntersuchung der Blase hervor.

2) Die Trennung und Beseitigung des durch die Prostata gebildeten Hemmnisses für die Urinentleerung.

3) Den Schnitt oder die Spalte am Boden der Pars prostatica urethrae permanent offen zu erhalten

a) durch passende Drainröhren,

b) durch die nachfolgende Bougierung.

In einzelnen der beobachteten Fälle konnte letztere Maassnahme als eine reine Vorsichtsmaassregel betrachtet werden.

12. August 1884.

Vorsitz: Bryant (London).

Ollier: Ueber Resection und Arthrotomie bei tuberculösen Gelenkleiden.

Lauenstein: Demonstration eines Falles Mikuliczer Osteoplastic des Fusses mit gutem Erfolg. Scliffassowski erwähnt, dass die Operation seit 1873 in Russland bekannt und daselbst von Wladimiroff zuerst ausgeführt worden sei. 4 einschlägige Fälle seien bisher in seiner Heimath zur weiteren Kenntniss gekommen. Diesen nach zu urtheilen eigne sich die Methode mehr für traumatische Fälle, weniger für spontane Erkrankungen der Knochen.

Mac Ewen: Osteotomie bei Genu valgum.

M. E. empfiehlt seine supracondyläre Operation am Femur gegenüber den anderen Methoden.

An der Discussion betheiligten sich Ogston, Chiene (Edinburg), Schede, Bryant. Schede betont, dass es Fälle gäbe, in denen die Mac Ewen'sche Operation wegen der hauptsächlichen Betheiligung der Tibia an der Verkrümmung des Beins einer Osteotomie dieses Knochens Platz machen müsse. Auch empfiehlt er statt mehrerer Meissel (Mac Ewen) nur einen zu nehmen, um die relativ einfache Operation nicht ohne Noth zu compliciren. Die ersteren Redner üben alle die Operation Mac Ewen's, welcher Ogston den Vorzug vor seinem Verfahren einräumte.

Robin demonstrirt einen neuen Apparat zur Osteoclone des Femur, den er da gebraucht wissen will, wo wir die Osteotomie ausführen.

Adams (London) empfiehlt für die Behandlung der Dupuytren'schen Fingercontractur subcutane Durchtrennung der verkürzten Fascie und darnach Schienenbehandlung bis zur Rectification der Fingerstellung. Die Resultate sind nach seiner Angabe vorzüglich. Recidive sind bisher nicht vorgekommen.

(Schluss folgt.)

XIV. Die Cholera.

XIII.

1. Weiterer Verlauf der Epidemie.

a. Süd-Frankreich. Wir können auch heute nur wiederholen, dass sich der Charakter der noch immer keineswegs erloschenen Epidemie in Südfrankreich auch in den letzten acht Tagen nicht geändert hat. Das Departement der Pyrénées-Orientales ist fortdauernd noch am meisten befallen. Die Seuche fährt fort, ziemlich zahlreiche Opfer in Perpignan, Ille, Cattlar, Vinça, Prades, Estoher, Marquixanes, Finestret, Espira-du-Confluent etc. zu fordern. Während der letzten Woche sind in dem Departement 90 Cholera-Todesfälle vorgekommen, demnächst kommt das Departement Var mit 45, das Departement Bouches-du-Rhône mit 40 und Ardèche mit 6 Todesfällen.

In den Departements Hérault und Aude gilt die Epidemie als erloschen, dagegen hat man in einem einzigen Oertchen des Departements Ardèche, Saint-Remèze, während einer Woche 30 Cholera-Todesfälle constatirt.

Die aus Bordeaux gemeldeten Todesfälle sollen der Cholera asiatica nicht angehört haben, sondern den gewöhnlichen Durchfällen, die in dieser Jahreszeit alljährlich dort vorkommen.

In Marseille schwankt die tägliche Zahl der Choleratodesfälle noch immer zwischen 3 und 7. Sie vermindern sich fortdauernd in Toulon, wo am 16. September nur noch 20 Kranke sich in Behandlung befanden.

In Frankreich sind seit dem Beginn der Choleraepidemie bis zum 15. September ungefähr 5000 Todesfälle, und zwar in 280 Ortschaften vorgekommen, was nach der Gazette médicale voraussetzen lässt, dass die Zahl der Erkrankungen seit dem 17. Juni mindestens 10—12000 beträgt. 17 Departements sind nach und nach überzogen worden. Wir bringen die vollständige Liste derselben noch einmal; Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ardèche, Aude, Bouches-du-Rhône, Corsika, Drôme, Gard, Haute-Garonne, Hérault, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Rhône, Seine, Var, Vaucluse und Yonne.

b. Spanien. Die Nachrichten aus Spanien sind sehr unsicher und schwerlich sehr authentischer Natur. Wir vermuthen vielmehr, dass es auch hier an der gewohnten Schönfärberei nicht fehlt. Das steht fest, dass die Seuche sich in der Provinz Alicante noch mehr entwickelt hat, ebenso dass sie in der Provinz Taltosa auch erschienen ist, wenn sie auch überall nicht gerade eine sehr grosse Intensität besitzt.

c. Italien. Obwohl die Epidemie im Abnehmen ist, hat sich in der Wuth der Sanitätscommissionen, dem Uebereifer der Präfecten u. s. w. leider noch keine günstige Aenderung bemerkbar gemacht. Die Desinfectionen auf den Bahnhöfen dauern fast überall noch fort, obwohl von ärztlicher Seite zur Aufhebung derselben alles gethan wurde. Dem Verf. dies. wurde an einem Tage, an welchem er 2 Mal von Venedig nach Padua gerufen wurde, 4 Mal die Annehmlichkeit „der Einräucherung“ zu Theil. 2 Todesfälle sind vorgekommen in Folge zu starker Desinfection, einmal bei einem Kinde, ein anderes Mal bei einer kranken Frau, und von Rom wird vom 18. d. M. gemeldet, dass ein ärztlicher Hygieneinspector (schon früher brustkrank) in Folge dieser Desinfection, der auch er unterzogen wurde, heute an „Haemoptoe“ und „Angina pectoris“ darniederliege.

Die Tumulte in Unteritalien, kleinere, blutige Strassenkämpfe zwischen Militär und Volk nehmen ihren Fortgang und geben ein trauriges Zeugniss von der Culturstufe der Bevölkerung. So berichtet ein Telegramm aus Salerno von einem Kampf zwischen Militär und Volk in Pezzano (Commune von S. Cipriano), wobei schwere Verwundungen vorkamen. Das Volk wollte Rache an den „Vergiftern“ nehmen. Hauptsächlich geben die staatlich verbotenen Processionen Anlass zu Tumulten. Die Pfaffen tragen die Bilder der Heiligen in den Strassen umher und errichten in den schmutzigsten Winkeln einer Stadt Altäre, welche dann vom Militär mit Gewalt entfernt werden müssen.

Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Seit dem 9. September ist die Epidemie in Abnahme begriffen, hauptsächlich in den 2 am meisten von der Krankheit heimgesuchten Städten: Spezia und Neapel. Während in letzterer die Anzahl der neuen Fälle immer geringer wird, greift die Krankheit in der Umgebung der Stadt weiter um sich, so vor allem in Resina. Die vereinzelten Fälle, welche in weiteren Provinzen, wie Chieti, Lecce, Novara u. s. w. seither aufgetreten sind, sind alle von Neapel eingeschleppt. Seit dem 14. September ist die Krankheit in der Provinz Rovigo ausgebrochen und zwar sind bis heute Fälle in Contarina, Polesella, Torto Tolle und Crespino bekannt geworden. Anfangs wurden sie theilweise wieder dementirt, oder es hiess, dass die Aerzte die Krankheit nicht für die asiatische Cholera halten; nach den neuesten Nachrichten besteht über den Charakter der Krankheit kein Zweifel mehr. Ob es sich um Einschleppung handelt, ist bis jetzt nicht ermittelt.

Die Zusammenstellung der Krankheits- und Todesfälle vom 11. bis 16. d. M. (incl.) ergiebt Folgendes:

	11.		12.		13.		14.		15.		16.	
	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.
Prov. Alessandria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
„ Aquila	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—	5	6
„ Avellino	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	2	1
„ Benevento	1	—	—	—	2(?)	—	1 (?)	—	1 (?)	—	1	—
„ Bergamo	21	6	27	12	Kein Bulletin erschienen.		14	13	12	3	23	12
„ Bologna	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ Campobasso	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
„ Caserta	7	4	8	2	11	4	14	1	4	2	5	5
„ Chieti	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—
„ Cremona	2	1	1	—	2	1	5	2	5	1	3	1
	In Busca ein Fall.		In Busca kein Fall mehr.									
„ Cuneo	6	9	19	5	21	13	13	7	17	12	16	9
„ Foggia	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ Genua-Spezia	13	8	28	16	17	8	18	6	17	10	9	7
Umgeb.	8	2	10	12	6	2	6	4	5	2	8	3
„ Lecce	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
„ Livorno	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ **Lucca**	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ **Massa**	**1**	**2**	**1**	**2**	**4**	**3**	**3**	—	—	—	**4**	**2**
„ Modena	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
„ Neapel: Stadt	872	288	642	239	643	231	470	157	463	158	507	483
vorherg. Fälle	—	107	—	109	—	140	—	116	—	107	—	100
Provinz	36	11	17	23	30	10	44	26	51	25	41	17
„ Novara	—	—	—	—	—	—	1(?)	—	—	—	—	—
„ Parma	—	—	—	3	1	2	2	1	—	—	4	4
„ Reggio-Emilia	—	—	2	1	—	1	4	2	1(?)	1	4	1
„ Rom	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ Rovigo	—	—	—	—	—	—	Mehrere zweifelh. Fälle.		—	—	8	—
„ Salerno	4	2	3	1	—	—	—	—	—	—	3	—
„ Turin	4	2	1	—	—	—	—	—	2	1	—	1
Gesammtzahl der Fälle	1011	446	752	430	747	421	605	336	582	325	650	347

2. Diversa.

Die letzte Nummer der Semaine médicale enthält Folgendes:

Am Sonnabend den 13. d. erstattete Dr. Livon zu Marseille, als Mitglied der mit der Untersuchung der Verhältnisse über die Cholera betrauten Commission in der Société de Médecine zu Marseille, Bericht und erwähnte u. A. Man untersuchte das Wasser der „Rose" an der Quelle und das Wasser des Kanals, entnommen am Ausflusshahn im Laboratorium. (Es scheint sich also um die Wasserleitung zu handeln.) In beiden Proben fand man Komma-Bacillen und zwar nach Koch'scher Methode gerechnet und geprüft, etwa 25000 auf den Liter. Als man dasselbe Wasser kürzlich wieder untersuchte, zu einer Zeit wo die Epidemie fast erloschen war, fand man dieselbe Anzahl von Komma-Bacillen wiederum in dem Wasser. Die fremden Consuln in Nizza, Cannes und Mentone haben sich auf der Mairie zu Nizza versammelt und eine Erklärung unterschrieben, in der constatirt wird, dass das Littorale des Mittelländischen Meeres von Hyeres nach San Remo von jeder Cholera-Infection frei ist.

XV. Oeffentliches Sanitätswesen.

2. Amtliches.

Preussen.

(Fortsetzung aus No. 38.)

A. Analytische Methoden.

Specifisches Gewicht. Bei der Bestimmung desselben ist der Pyknometer oder eine mittelst des Pyknometers controlirte Westphal'sche Wage anzuwenden. Temperatur 15° C.

Weingeist. Der Weingeistgehalt wird in 50—100 ccm Wein durch die Destillationsmethode bestimmt. Die Weingeistmengen sind in der Weise anzugeben, dass gesagt wird: in 100 ccm Wein bei 15° C. sind n g Weingeist enthasten. Zur Berechnung dienen die Tabellen von Baumhauer oder von Hehner.

(Auch die Mengen aller sonstiger Weinbestandtheile werden in der Weise angegeben, dass gesagt wird: In 100 ccm Wein bei 15° C. sind n g enthalten.)

Extract. Zur Bestimmung desselben werden 50 ccm Wein, bei 15° C. gemessen, in Platinschalen (von 85 mm Durchmesser, 20 mm Höhe und 75 ccm Inhalt, Gewicht ca. 20 g) im Wasserbade eingedampft und der Rückstand 2½ Stunden im Wassertrockenschranke erhitzt. Von zuckerreichen Weinen (d. h. Weinen, welche über 0,5 g Zucker in 100 ccm enthalten) ist eine geringere Menge nach entsprechender Verdünnung zu nehmen, so dass 1,0 bis höchstens 1,5 g Extract zur Wägung gelangen.

Glycerin. 100 ccm Wein (Süssweine, siehe unten) werden durch Verdampfen auf dem Wasserbade in einer geräumigen, nicht flachen Porzellanschale bis auf ca. 10 ccm gebracht, etwas Quarzsand und Kalkmilch bis zur stark alkalischen Reaction zugesetzt und bis fast zur Trockne eingedampft. Den Rückstand behandelt man unter stetem Zerreiben mit 50 ccm Weingeist von 96 Vol.-pCt., kocht ihn damit unter Umrühren auf dem Wasserbade auf, giesst die Lösung durch ein Filter ab und erschöpft das Unlösliche durch Behandeln mit kleinen Mengen desselben erhitzten Weingeistes, wozu in der Regel 50 bis 150 ccm ausreichen, so dass das Gesammtfiltrat 100—200 ccm beträgt. Den weingeistigen Auszug verdunstet man im Wasserbade bis zur zähflüssigen Consistenz. (Das Abdestilliren der Hauptmenge des Weingeistes ist nicht ausgeschlossen.) Der Rückstand wird mit 10 ccm absolutem Weingeist aufgenommen, in einem verschliessbaren Gefäss mit 15 ccm Aether vermischt bis zur Klärung stehen gelassen und die klar abgegossene event. filtrirte Flüssigkeit in einem leichten, mit Glasstopfen verschliessbaren Wägegläschen vorsichtig eingedampft, bis der Rückstand nicht mehr leicht fliesst, worauf man noch eine Stunde im Wassertrockenschranke trocknet. Nach dem Erkalten wird gewogen.

Bei Süssweinen (über 5 g Zucker in 100 ccm Wein) setzt man zu 50 ccm in einem geräumigen Kolben etwas Sand und eine hinreichende Menge pulverig-gelöschten Kalkes und erwärmt unter Umschütteln auf dem Wasserbade. Nach dem Erkalten werden 100 ccm Weingeist von 96 Vol.-pCt. zugefügt, der sich bildende Niederschlag absetzen gelassen, letzterer von der Flüssigkeit durch Filtration getrennt und mit Weingeist von derselben Stärke nachgewaschen. Den Weingeist des Filtrates verdampft man und behandelt den Rückstand nach dem oben beschriebenen Verfahren.

Freie Säuren (Gesammtmenge der sauer reagirenden Bestandtheile des Weines). Diese sind mit einer entsprechend verdünnten Normallauge (mindestens ⅓ Normallauge) in 10 bis 20 ccm Wein zu bestimmen. Bei Anwendung von $^1/_{10}$ Normallauge sind mindestens 10 ccm Wein, bei ⅓ Normallauge 20 ccm zu verwenden. Es ist die Tüpfelmethode mit empfindlichem Reagenzpapier zur Feststellung des Neutralisationspunktes zu empfehlen. Erheblichere Mengen von Kohlensäure im Wein sind vorher durch Schütteln zu entfernen.

Diese „freien Säuren" sind als Weinsteinsäure ($C_4H_6O_6$) zu berechnen und anzugeben.

Flüchtige Säuren. Dieselben sind durch Destillation im Wasserdampfstrom und nicht indirect zu bestimmen und als Essigsäure ($C_2H_4O_2$) anzugeben.

Die Menge der „nichtflüchtigen Säuren" findet man, indem man die der Essigsäure äquivalente Menge Weinsteinsäure von dem für die „freien Säuren" gefundenen, als Weinsteinsäure berechneten Werth abzieht.

Weinstein und freie Weinsteinsäure.

a. Qualitative Prüfung auf freie Weinsteinsäure: Man versetzt zur Prüfung eines Weines auf freie Weinsteinsäure 20—30 ccm Wein mit gefälltem und dann fein geriebenem Weinstein, schüttelt wiederholt, filtrirt nach einer Stunde ab, setzt zur klaren Lösung 2 bis 3 Tropfen einer 20procentigen Lösung von Kaliumacetat und lässt die Flüssigkeit 12 Stunden stehen. Das Schütteln und Stehenlassen muss bei möglichst gleichbleibender Temperatur stattfinden. Bildet sich während dieser Zeit ein irgend erheblicher Niederschlag, so ist freie Weinsteinsäure zugegen und unter Umständen die quantitative Bestimmung dieser und des Weinsteins nöthig.

b. Quantitative Bestimmung des Weinsteins und der freien Weinsteinsäure: In 2 verschliessbaren Gefässen werden je 20 ccm Wein mit 200 ccm Aether-Alkohol (gleiche Volumina) gemischt, nachdem der einen Probe 2 Tropfen einer 20procentigen Lösung von Kaliumacetat (entsprechend etwa 0,2 g Weinsteinsäure) zugesetzt worden waren. Die Mischungen werden stark geschüttelt und dann 16 bis 18 Stunden bei niedriger Temperatur (zwischen 0 bis 10° C.) stehen gelassen, die Niederschläge abfiltrirt, mit Aether-Alkohol ausgewaschen und titrirt. Es ist zweckmässig, die Ausscheidung durch Zusatz von Quarzsand zu fördern. (Die Lösung von Kaliumacetat muss neutral oder sauer sein. Der Zusatz einer zu grossen Menge von Kaliumacetat kann verursachen, dass sich weniger Weinstein abscheidet.)

Der Sicherheit wegen ist zu prüfen, ob nicht in dem Filtrat von der Gesammtweinsteinsäure-Bestimmung durch Zusatz weiterer 2 Tropfen Kaliumacetats von Neuem ein Niederschlag entsteht.

In besonderen Fällen empfiehlt es sich zur Controle die folgende von Nessler und Barth angegebene Methode anzuwenden:

„50 ccm Wein werden zur Consistenz eines dünnen Syrups eingedampft (zweckmässig unter Zusatz von Quarzsand), der Rückstand in einen Kolben gebracht, mit jeweils geringen Mengen Weingeist von 96 Vol.-pCt. und nöthigenfalls mit Hülfe eines Platinspatels sorgfältig Alles aus der Schale in den Kolben nachgespült und unter Umschütteln weiter Weingeist hinzugefügt, bis die gesammte zugesetzte Weingeistmenge 100 ccm beträgt. Man lässt verkorkt etwa 4 Stunden an einem kalten Ort stehen, filtrirt dann ab, spült den Niederschlag und wäscht das Filter mit Weingeist von 96 Vol.-pCt. aus; das Filter giebt man in den Kolben mit dem zum

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Theil flockig klebrigen, zum Theil krystallinischen Niederschlag zurück, versetzt mit etwa 30 ccm warmen Wassers, filtrirt nach dem Erkalten die wässrige Lösung des Weingeistniederschlages und berechnet die Acidität als Weinstein. Das Resultat fällt etwas zu hoch aus, wenn zähklumpige sich ausscheidende Pektinkörper mechanisch geringe Mengen gelöster freier Säure einschliessen.

Im weingeistigen Filtrat wird der Alkohol verdampft, 0,5 ccm einer 20procentigen mit Essigsäure bis zur deutlich sauren Reaction angesäuerten Lösung von Kaliumacetat zugesetzt und dadurch in wässriger Flüssigkeit die Weinsteinbildung aus der im Weine vorhandenen freien Weinsteinsäure erleichtert. Das Ganze wird nun wie der erste Eindampfrückstand unter Verwendung von (Quarzsand und) Weingeist von 96 Vol.-pCt. zum Nachspülen sorgfältig in einen Kolben gebracht, die Weingeistmenge zu 100 ccm ergänzt, gut umgeschüttelt, verkorkt etwa 4 Stunden kalt stehen gelassen, abfiltrirt, ausgewaschen, der Niederschlag in warmem Wasser gelöst, titrirt und für 1 Aequivalent Alkali 2 Aequivalente Weinsteinsäure in Rechnung gebracht.

Diese Methode zur Bestimmung der freien Weinsteinsäure hat vor der ersteren den Vorzug, dass sie frei von allen Mängeln einer Differenzbestimmung ist."

Die Gegenwart erheblicher Mengen von Sulfaten beeinträchtigt den Werth der Methoden.

Aepfelsäure, Bernsteinsäure, Citronensäure. Methoden zur Trennung und quantitativen Bestimmung der Aepfelsäure, Bernsteinsäure und Citronensäure können zur Zeit nicht empfohlen werden.

Salicylsäure. Zum Nachweise derselben sind 100 ccm Wein wiederholt mit Chloroform auszuschütteln, das Chloroform ist zu verdunsten und die wässrige Lösung des Verdampfungsrückstandes mit stark verdünnter Eisenchloridlösung zu prüfen. Zum Zweck der annähernd quantitativen Bestimmung genügt es, den beim Verdunsten des Chloroforms verbleibenden Rückstand, der nochmals aus Chloroform umzukrystallisiren ist, zu wägen.

Gerbstoff. Falls eine quantitative Bestimmung des Gerbstoffs (event. des Gerb- und Farbstoffes) erforderlich erscheint, ist die Neubauer'sche Chamäleonmethode anzuwenden.

In der Regel genügt folgende Art der Beurtheilung des Gerbstoffgehaltes: In 10 ccm Wein werden, wenn nöthig, mit titrirter Alkaliflüssigkeit die freien Säuren bis auf 0,5 g in 100 ccm abgestumpft. Sodann fügt man 1 ccm einer 40procentigen Natriumacetat- und zuletzt tropfenweise unter Vermeidung eines Ueberschusses 10procentige Eisenchloridlösung hinzu. 1 Tropfen der Eisenchloridlösung genügt zur Ausfällung von je 0,05 Proc. Gerbstoff. (Junge Weine werden durch wiederholtes energisches Schütteln von der absorbirten Kohlensäure befreit.)

Farbstoffe. Rothweine sind stets auf Theerfarbstoffe zu prüfen. Schlüsse auf die Anwesenheit anderer fremder Farbstoffe aus der Farbe von Niederschlägen und anderen Farbenreactionen sind nur ausnahmsweise als sicher zu betrachten.

Zur Ermittelung der Theerfarbstoffe ist das Ausschütteln von 100 ccm Wein mit Aether vor und nach dem Uebersättigen mit Ammoniak zu empfehlen. Die ätherischen Ausschüttelungen sind getrennt zu prüfen.

Zucker. Der Zucker ist nach Zusatz von Natriumcarbonat nach der Fehling'schen Methode unter Benutzung getrennter Lösungen und bei zuckerreichen Weinen (d. h. Weinen die über 0,5 g Zucker in 100 ccm enthalten) unter Berücksichtigung der von Soxhlet bez. Allihn angegebenen Modificationen zu bestimmen und als Traubenzucker zu berechnen. Stark gefärbte Weine sind bei niederem Zuckergehalt mit gereinigter Thierkohle, bei hohem Zuckergehalt mit Bleiessig zu entfärben und dann mit Natriumcarbonat zu versetzen.

Deutet die Polarisation auf Vorhandensein von Rohrzucker hin (vergl. unter Polarisation), so ist der Zucker nach der Inversion der Lösung (Erhitzen mit Salzsäure) in der angeführten Weise nochmals zu bestimmen. Aus der Differenz ist der Rohrzucker zu berechnen.

Polarisation. 1. Bei Weissweinen: 60 ccm Wein werden in einem Maasscylinder mit ccm Bleiessig versetzt und der Niederschlag abfiltrirt. Zu 30 ccm des Filtrates setzt man 1,5 ccm einer gesättigten Lösung von Natriumcarbonat, filtrirt nochmals und polarisirt das Filtrat. Man erhält hierdurch eine Verdünnung von 10:11, die Berücksichtigung finden muss.

2. Bei Rothweinen: 60 ccm Wein werden mit 6 ccm Bleiessig versetzt und zu 30 ccm des Filtrats 3 ccm der gesättigten Natriumcarbonatlösung gegeben, nochmals filtrirt und polarisirt. Man erhält hierdurch eine Verdünnung von 5:6.

Die obigen Verhältnisse (bei Weiss- und Rothweinen) sind so gewählt, dass das letzte Filtrat ausreicht, um die 220 mm lange Röhre des Wild-schen Polaristrobometers, deren Capacität ca. 28 ccm beträgt zu füllen.

An Stelle des Bleiessigs können auch möglichst kleine Mengen von gereinigter Thierkohle verwendet werden. In diesem Falle ist ein Zusatz von Natriumcarbonat nicht erforderlich, auch wird das Volumen des Weines nicht verändert.

Beobachtet man bei der Polarisation einer Schicht des unverdünnten Weines von 220 mm Länge eine stärkere Rechtsdrehung als 0,3° Wild, so wird folgendes Verfahren nothwendig:

210 ccm des Weines werden in einer Porzellanschale unter Zusatz von einigen Tropfen einer 20procentigen Kaliumacetatlösung auf dem Wasserbade zum dünnen Syrup eingedampft. Zu dem Rückstande setzt man unter beständigem Umrühren nach und nach 200 ccm Weingeist von 90 Vol.-pCt. Die weingeistige Lösung wird, wenn vollständig geklärt, in einen Kolben abgegossen oder filtrirt und der Weingeist bis auf ungefähr 5 ccm abdestillirt oder abgedampft.

Den Rückstand versetzt man mit etwa 15 ccm Wasser und etwas in Wasser aufgeschwemmter Thierkohle, filtrirt in einem kleinen graduirten Cylinder und wäscht so lange mit Wasser nach, bis das Filtrat 30 ccm beträgt.

Zeigt dasselbe bei der Polarisation jetzt eine Drehung von mehr als + 0,5° Wild, so enthält der Wein die unvergährbaren Stoffe des käuflichen Kartoffelzuckers (Amylin).

Wurde bei der Prüfung auf Zucker mit Fehling'scher Lösung mehr als 0,3 g Zucker in 100 ccm gefunden, so kann die urspünglich durch Amylin hervorgebrachte Rechtsdrehung durch den linksdrehenden Zucker vermindert worden sein; obige Alkoholfällung ist in diesem Fall auch dann vorzunehmen, wenn die Rechtsdrehung geringer ist als 0,3° Wild. Der Zucker ist aber vorher durch Zusatz reiner Hefe zum Verjähren zu bringen.

(Schluss folgt.)

Bekanntmachung. Im 3. Quartal 1884 haben nach abgelegter Prüfung nachbenannte practische Aerzte das Fähigkeitszeugniss zur Verwaltung einer Physicats-Stelle erhalten: 1. Dr. med. Kurt Bütow in Stargard Reg.-Bez. Stettin. 2. Dr. med. Georg Frank in Cöln. 3. Dr. med. Hermann Richard Gustav Frantz in Genthin Reg.-Bez. Magdeburg. 4. Dr. med. Carl Ernst Wilhelm Hillebrecht in Vlotho Reg.-Bez. Minden. 5. Dr. med. Friedrich Wilhelm Kortum in Friedrichsberg-Hamburg. 6. Dr. med. Carl Wilhelm Ludwig Lange in Herford Reg.-Bez. Minden. 7. Dr. med. Oscar Cäsar Meissner in Bobersberg Reg.-Bez. Frankfurt. 8. Dr. med. Ludwig Hubert von Meurers in Trier. 9. Dr. med. Robert Prietsch in Berlin. 10. Dr. med. Hermann Heinrich Schwartz in Bromberg. 11. Dr. med. Gustav Adolf Siebert in Soldau Reg.-Bez. Königsberg. 12. Dr. med. Moritz Steiner in Löwenberg Reg.-Bez. Liegnitz. 13. Dr. med. August Friedrich Wilhelm Sültmann in Clötze Reg.-Bez. Magdeburg. 14. Dr. med. Carl August Julius Zimmermann in Bütow Reg.-Bez. Cöslin.

Berlin, den 12. September 1884.

Der Minister der geistlichen etc. Angelegenheiten.
In Vertretung: gez. Lucanus.

XVI. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Paris. Die medicinische Facultät ist autorisirt worden, folgende Legate in Empfang zu nehmen. 1. Ein Vermächtniss von 4000 Fr. zur Begründung eines alle zwei Jahre zu ertheilenden Preises für das beste Werk über Hygiene. 2. Ein Vermächtniss von 1000 Fr. zur Begründung eines alle zwei Jahre zu ertheilenden Preises für das beste Werk über Histologie. — Dr. Oulmont, Mitglied der Akademie der Medicin, ist gestorben.

— Brüssel. Die Königlich Belgische Akademie der Medicin hat Dr. Taguet, Chefarzt der Irrenanstalt in Bordeaux, eine ehrenvolle Anerkennung für sein Werk über den Alkoholismus zu Theil werden lassen. Dasselbe hat das bezeichnende Motto: L'ivrognerie tue plus de monde que les fièvres les plus meurtrières.

XVII. Personalien.

1. Preussen.
(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Kreisphysikus Dr. Heinrich Lohstoeter zu Lüneburg, sowie den practischen Aerzten Dr. Otto von Haselberg und Dr. Hermann Schlesinger in Berlin und Dr. Georg Heinrich Ludwig Wehmann in Tostedt den Charakter als Sanitätsrath, und dem Oberstabsarzt I. Klasse a. D. Dr. Ulrichs, bisher Regimentsarzt des Schleswig'schen Feld-Artillerie-Regts. No. 9 in Rendsburg den Königl. Kronen-Orden III. Klasse zu verleihen.

Ernennungen: Der practische Arzt Dr. Gustav Adolf Siebert zu Soldau ist unter Belassung in seinem Wohnsitz zum Kreis-Wundarzt des Kreises Neidenburg ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Carl Wolff in Joachimsthal, Kirschner in Spandau, Dr. Vogelgesang und Dr. W. König in Dalldorf, Krawczynski und Dr. Bielschowsky in Breslau, Dr. Kindler in Habelschwerdt, Brauwers in Priebus, Dr. Haupt in Hitzacker, Dr. Kolker in Osnabrück, Dr. Brinkmann in Lengerich (Osnabrück) und Guennemann in Lengerich (Münster).

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. Ziemer von Hamburg nach Danzig, Dr. Friedmann von Joachimsthal, Dr. Bamberger von Spandau nach der Schweiz, Oberstabs-Arzt Dr. Ernesti von Potsdam nach Spandau, Stabsarzt a. D. Dr. Senff von Zerpenschleuse nach Berlin, Dr. Matusch von Dalldorf nach Sachsenberg in Mecklenburg, Dr. Schroeter von Dalldorf, Dr. Anton von Friedrichshagen, Dr. Paul Mayer von Breslau nach Friesack, Dr. Petersen von Hamburg nach Bunzlau, Dr. Stoever von Bunzlau als Director der Prov.-Irren-Anstalt nach Brieg, Dr. Broich von Hausbergen nach Hannover, Dr. Germelmann von Mainz nach Wennigsen, Grumme von Wennigsen, Dr. Meyer von Niedermarschacht nach Schneverdingen, Dr. Rittershausen von Osnabrück, Dr. Heinrich Mayer Kreis-Wundarzt a. D. von Reuland nach Weitmar, Joecken von Beggendorf nach Baesweiler, und die Zahnärzte: Oenicke von Eberswalde nach Angermünde und Sander von Köln nach Düren.

Verstorben: Die Aerzte Dr. Reiboldt in Neu-Ruppin, Dr. Chwistek in Langenbielau.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Jungfer hat die Boehrig'sche Apotheke in Neustadt Westpr. gekauft; der Apotheker Fangel-Niessen hat die Administration der Clauss'schen Apotheke in Ohra abgetreten, da der Apotheker Gericke dieselbe gekauft hat; der Apotheker Moldenhauer hat die Schmidt'sche Apotheke in Weissensee bei Berlin übernommen, der Apotheker Huettig hat die Eckert'sche Apotheke in Wahlstatt gekauft und der Apotheker Wiedel die Venghauss'sche Apotheke in Rahden.

Vacant: Die Kreiswundarztstellen des Sieg-Kreises und des Kreises Rosenberg O/Schl., die Oberamts-Wundarztstelle für den Oberamts-Bezirk Haigerloch.

Berichtigung:
S. 608 der Nr. 37 findet sich bei Erwähnung der Nasse- und Buschstiftung ein Druckfehler: letztere hat nicht 700, sondern 7000 Mark eingezahlt und es sind noch 500 in Aussicht.

Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Besondere Beilage

zu

No. 39 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Ueber Epilepsie.

Von

Prof. **Dr. E. Mendel.**

(Vortrag, gehalten in dem Verein für Heilkunde am 1. April 1884.)

Meine Herren! Es kann nicht meine Absicht sein, am heutigen Abend Ihnen einen Vortrag über die gesammte Pathologie und Therapie der Epilepsie zu halten; das klinische Bild der genuinen Epilepsie, die Diagnose des epileptischen Anfalls, die Aetiologie, die pathologische Anatomie der Epilepsie sind Dinge, deren Kenntniss seit der Zeit, zu der wir studirt haben, ja zum Theil seit Hippokrates eine wesentliche Bereicherung nicht gefunden haben. Ich werde mich darauf beschränken, hier Punkte aus der Pathologie und Therapie der Epilepsie herauszugreifen, deren Discussion sich in dem letzten Decennium im Fluss befindet, zum Theil nicht abgeschlossen ist, zum Theil aber auch wesentliche Fortschritte unseres Wissens und Könnens gebracht hat. Ich beginne mit der Darlegung des Standes der physiologischen Pathologie des epileptischen Anfalls.

Zu der Zeit, als ich studirte, beschäftigte man sich noch vielfach mit der Bekämpfung der von Marshall Hall aufgestellten Theorie des epileptischen Anfalls. Dieser hatte gemeint, dass der Anfall reflectorisch von einem sensibeln Nerven aus oder auch durch dessen unmittelbare centrale Erregung entstünde. Es würden auf diese Weise entweder ein tonischer Krampf der Halsmuskeln (Trachelismus), und damit Stauung des serösen Blutes im Gehirn und comatöse Erscheinungen erzeugt, oder es käme ein Krampf der Stimmritze (Laryngismus), die schwerere Form, zu Stande, welcher Asphyxie und weiterhin allgemeine klonische Convulsionen herbeiführe. Auf diese Theorie gründete Marshall Hall auch die Anwendung der Tracheotomie als Heilmittel der Epilepsie. In meiner Dissertation im Jahre 1860 theilte ich auf Veranlassung von Romberg 2 Fälle mit, die zeigten, wie die ausgeführte Tracheotomie, zwei Epileptikern aus andern Ursachen gemacht, keinen Einfluss auf die Anfälle hatte.

Im Jahre 1857 hatten Kussmaul und Tenner eine neue Lehre begründet. Durch Experimente an Thieren kamen sie zu dem Schluss, dass der epileptische Anfall hervorgebracht werde durch eine Erregung des vasomotorischen Centrums in der Medulla oblongata. Die durch diese Erregung gesetzte Anämie des Hirns rufe auf der einen Seite Bewusstlosigkeit, auf der andern Seite die tonischen und klonischen Zuckungen hervor. Diesen Angaben gegenüber machte Nothnagel darauf aufmerksam, dass 1) Convulsionen auftreten können, ohne dass zugleich das Bewusstsein gestört ist, 2) dass erst beschränkte oder allgemeine Zuckungen auftreten und dann das Coma, 3) dass in manchen Fällen das Gesicht im Beginn nicht erblasst, sondern sich sofort dunkel cyanotisch färbt, und kam dadurch zu dem Schluss, dass jene durch Reizung des vasomotorischen Centrums gesetzte Hirnanämie wohl die Bewusstlosigkeit, nicht aber die Krämpfe erklären könne. Für die Entstehung dieser nahm er an, dass in dem ausgebildeten Anfall mit der Erregung des vasomotorischen Centrums in der Medulla oblongata, die die Bewusstlosigkeit durch acute Hirnanämie erzeugt, gleichzeitig eine Erregung des „Krampfcentrums“ im Pons auftrete, wodurch die Convulsionen hervorgebracht würden.

Dies gelte aber nur für den Beginn des Anfalls, der weitere Verlauf des Anfalls wird durch eine venöse Hyperämie, die der Schädelhöhle, unterhalten.

Ist nämlich der Anfall ausgebrochen, so entsteht durch den Krampf der Respirationsmuskeln Dyspnoe und behinderter Abfluss des Bluts aus den Kopfvenen. Diese wieder rufe bei der abnorm erhöhten Erregbarkeit in den Centralapparaten Krämpfe hervor und unterhalte das Coma. Der verminderte Sauerstoff- resp. vermehrte Kohlensäuregehält des Bluts errege das vasomotorische wie das Krampfcentrum.

Kussmaul und Tenner sowohl wie Nothnagel suchten demnach den Ausgangspunkt des epileptischen Anfalls in Pons und Medulla oblongata. Erst secundär würde das Grosshirn in Mitleidenschaft gezogen.

Dem gegenüber hat sich nun in dem letzten Decennium eine Theorie des epileptischen Anfalls ausgebildet, die den Ursprung desselben in der Hirnrinde und speciell in der sogenannten motorischen Region derselben annimmt.

Bekanntlich galt bis auf die neueste Zeit der Satz, dass die Hirnrinde durchaus unerregbar sei. Haller sagt in seinen Elementa physiologiae (IV p. 392): Non ergo videtur aut sensum in cortice cerebri exerceri aut plenam perfectamque causam motus muscularis in eo habitare, quum praeterea plurima experimenta demonstrant, profundo denum loco et a cortice cerebri valde remoto medullam laedi posse, ut convulsio superveniat.

Flourens, Longet hielten nach ihren Versuchen an dieser Unerregbarkeit der Hirnrinde fest.

Fritsch und Hitzig waren es, die durch ihre bekannten Versuche das Irrige jener Lehre nachwiesen. Bereits in ihren ersten Publicationen hatten sie gezeigt, dass man bei verschiedenen Thieren durch elektrische Reizung gewisser Stellen der Hirnrinde den epileptischen Anfällen ähnliche Zustände hervorrufen könne.

Ferrier brachte später von jeder Stelle der Hirnrinde aus auf diese Weise allgemeine Krämpfe hervor, und endlich begnügte sich der amerikanische Arzt Bartholon nicht mit dem Expetiment am Thier, sondern reizte die durch einen Knochendefect blossgelegte Hirnrinde bei einem Menschen mit dem elektrischen Strom und bestätigte durch Erzeugung von allgemeinen Convulsionen bei diesem Patienten die Erfahrungen beim Thier.

Jene Versuche an Thieren sind seitdem von einer grossen Anzahl von Forschern wiederholt und in der verschiedensten Weise modificirt worden (Albertoni, Franck und Pitres, Luciani, Munk, Danillo, Unverricht u. s. w.), und darüber kann kein Zweifel sein, dass ein Zustand, der dem epileptischen Anfall ähnlich ist, durch die Reizung der psychomotorischen Region der Hirnrinde hervorgebracht werden kann. Nicht blos elektrische, sondern auch mechanische und chemische Reize können den Anfall hervorrufen.

Der Reiz muss direct auf die motorischen Rindenabschnitte einwirken; die epileptogene Zone der Hirnrinde fällt mit der motorischen zusammen.

Es scheint sicher, dass die Reizung der unter der motorischen liegenden weissen Substanz, dass Reizung des Corpus striatum, des Thalamus, der Capsula interna unfähig sind, wahre epileptiforme Convulsionen hervorzurufen.

Ist nun durch diese Experimente an Thieren bewiesen, dass die Nothnagel'sche Theorie für die Epilepsie beim Menschen unrichtig, und dass der epileptische Anfall desselben jedes Mal seinen Ausgang von der Hirnrinde nimmt? Ist, wie Einzelne behaupten, die Epilepsie eine Krankheit der Hirnrinde und sind die Muskelzuckungen des epileptischen Anfalls direct von der Reizung der motorischen Centren der Hirnrinde abhängig?

Nur ein verhältnissmässig kleiner Theil der Pathologen scheint bisher dieser Ansicht zu sein, während allerdings diejenigen, die lediglich sich mit dem physiologischen Experiment beschäftigen, mehr und mehr derselben sich zuneigen.

Mir scheinen bisher für die corticale Entstehung des klassischen epileptischen Anfalles beim Menschen die klinischen Erfahrungen nicht zu sprechen.

Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Gründe, auf die sich die Verfechter der Lehre von der rein corticalen Natur der Epilepsie stützen, sind im Wesentlichen folgende:

1. Exstirpation der einzelnen motorischen Centren beim Thiere bewirkt, dass in den entsprechenden Muskelgebieten keine Krämpfe eintreten. Es soll dies beweisen, dass zum Zustandekommen der Muskelzuckungen beim epileptischen Anfall die Hirnrinde speciell die motorischen Centren nothwendig sind (Munk, Unverricht). Diese Behauptung steht aber durchaus nicht widerspruchslos da.

Albertoni, wie Franck und Pitres fanden, dass auch nach Exstirpation der motorischen Zone der einen Seite durch Reizung auf der entgegengesetzten Seite noch Zuckungen in den von jener ersten Seite abhängigen Muskelgebieten auftreten. Frank und Pitres speciell haben noch ganz neuerdings durch Versuche gezeigt, dass die durch Hirnrindenreizung provocirten Convulsionen durch plötzliche Exstirpation der motorischen Windungsabschnitte nicht unterbrochen werden, sie meinen demnach, dass die Gehirnrinde nothwendig sei, um den Anfall zu erregen, aber dass dieselbe nicht das Organ der Convulsionen sei. Diese letzteren bewirkt sie vielmehr, indem sie tiefer liegende Centren in einem analogen Spannungszustand versetzt, wie der, in welchen sie selbst sich befindet, diese (medullären oder bullbären) Centren sind es dann, welche durch ihre Entladung der Convulsionen — nunmehr selbständig und unabhängig von der Hirnrinde produciren. —

Da nun auch nach anderer Richtung hin die Versuche von Unverricht bereits Widerspruch erfahren haben (cf. Neurol. Centralbl. 1883 p. 526), so dürfte in jener Exstirpation und ihren angeblichen Folgen eine einwandsfreie Begründung für die corticale Natur der Epilepsie nicht festgestellt sei.

2. Die Reihenfolge der Krämpfe entspricht der Lage der motorischen Centren in der Hirnrinde, d. h. der ersten krampfhaften Zuckung in einem Muskelgebiete folgt immer als zweite diejenige in dem Gebiet, dessen Centrum in der Hirnrinde neben dem des ersteren liegt. Für das Thier scheint diese Thatsache nach den vorliegenden Versuchen sicher zu sein; auch für den Menschen sind analoge Beobachtungen vorhanden, wenigstens in den Fällen, in denen sich überhaupt die Reihenfolge genau beobachten lässt, und von denen wir nachher bei der s. g. Jackson'schen Epilepsie sprechen wollen; bei einer grossen Zahl von Fällen schwerer Epilepsie treten die Krämpfe aber so stürmisch auf und so gleichzeitig, dass eine genaue Beobachtung der Reihenfolge kaum möglich ist. Ich muss aber zum Verständniss hier kurz auf die Lage der Centren, soweit sie beim Menschen festgestellt erscheinen, eingehen, und all die vielen hypothetischen motorischen Centren will ich hier nicht weiter berühren.

1. Im Lobus paracentralis und der obersten Partien der vordern und hintern Centralwindung liegt das Centrum für die entgegengesetzte untere Extremität.

2. Im mittleren Deckel des Gyr. central. anter. liegt das Centrum für die entgegengesetzte obere Extremität.

3. Im untern Drittel der vordern Centralwindung befindet sich das Centrum für den untern Facialis und daneben das Centrum für den Hypoglossus, das letztere wahrscheinlich etwas nach vorn auf auf den Ursprung der untern Nierenwindung übergreifend.

Mit diesen Centren verbunden findet sich hier auch das Centrum für den motorischen Theil des Trigeminus. Dieser Lage entspricht es, dass, wenn die Erregung von unten an der Hirnrinde ausgeht, angenommen wird, dass zuerst die Zuckungen im Facialis, dann in der obern, zuletzt in der untern Extremität auftreten. Was das Uebergreifen auf die andere Seite betrifft, so ist die Behauptung von Unverricht, dass zuerst sämmtliche Muskeln der einen Körperhälfte ergriffen werden, und dann erst die andere Seite und zwar in entgegengesetzter Richtung befallen wird, bereits durch die Experimente Danillos für Thiere widerlegt und der dieselben Resultate wie Heidenhain und Bubnoff erhalten hat. Nach diesem ist als Regel für die Verbreitung der Krämpfe zu betrachten, dass auf den Krampf eines Muskels der einen Seite immer der entsprechende Muskel der anderen Seite in Zuckungen geräth. Was den Menschen anbetrifft, so habe ich in meiner Arbeit über prog. Paralyse p. 188 die genaue Beschreibung eines Anfalles gegeben, der ebenfalls den Behauptungen Unverricht's widerspricht. Der Anfall beginnt mit einer Drehung des Kopfes nach rechts, die Augäpfel wenden sich ebenfalls nach rechts und oben, dann Tonus der linken Gesichtshälfte, linkes Auge wird zugekniffen, linker Mundwinkel nach aussen und oben gezogen, Flexion im linker Elbogengelenk, verbunden mit Flexion der linken Hand und starker Pronation des entsprechenden Vorderarms, endlich Flexion im Kniegelenk und darauf Drehung in demselben; dann Nachlassen in umgekehrter Reihenfolge, zuerst in den Beinen, zuletzt im Gesicht; dann Drehung des Kopfes und der Augäpfel nach links, und nun der Beginn des Krampfes rechts in derselben Reihenfolge, wie oben angegeben. Gesetzt aber selbst, es entspräche die Reihenfolge vollständig jenem Schema, so ist damit noch nicht der Beweis geliefert, dass nun auch jene Zuckungen keinen andern Ursprung haben könnten, als die Hirnrinde.

Es ist, wenn auch nicht nachgewiesen, doch anzunehmen, dass auch im centrifugalen Verlauf die motorischen Fasern ihre Lage neben einander in derselben Weise einhalten, wie sie von ihren Hirnrindencentren entspringen.

3. Die corticale Entstehung wird endlich angeblich besonders dadurch erwiesen, dass in einer Reihe von Fällen die erste Erscheinung des Anfalls, die Aura, auf einen Process in der Hirnrinde hinwies. Unzweifelhaft gilt es eine Anzahl von Fällen von Epilepsie, in denen abnorme Gesichts-, Gehörs-, Geruchs-, Geschmacksempfindungen den Anfall einleiten, andere, in denen eine psychische Aura stattfindet. Sicher ist aber dies an Zahl noch weitaus die seltenste Form der Aura; Bennett berechnet 10 Proc. von den Fällen von Epilepsia mitior, in denen Hallucinationen vorangingen. Bei der Epilepsia gravior findet er in 2,3 Proc. Verlust des Gesichts, 2,3 Proc. Verlust des Gehörs, in 4,6 Proc. Ohrgeräusch u. s. w. als Aura; viel häufiger geht sie in peripheren Bahnen des Rumpfes, der Arme, der Beine; oft genug fehlt sie. (Bennett findet in 34,4 Proc. keine Aura bei Epilepsia gravis.) Durch die selteneren Fälle lässt sich aber nicht ein allgemeines Gesetz begründen. Mit demselben Recht aber, wie die Vertheidiger der corticalen Entstehung immer von jener sensitiven Aura den Reflex auf die motorischen Rindencentren annehmen (eine directe Ursprungsstätte für die Krämpfe ist nur in diesen nachgewiesen), lässt sich der Reflex auf vasomotorische Centren annehmen. Wie die psychischen Zustände auf die Centren in der Medulla oblongata wirken, lehrt uns die tägliche Erfahrung des Blasswerdens bei der Furcht, des Erröthens bei der Scham, die Einwirkung auf die Centren, die Herzthätigkeit und die Respiration, ja auf die Sphincteren der Blase und des Mastdarms.

Nach diesen Auseinandersetzungen bin ich der Ueberzeugung, dass die bisher beigebrachten Gründe für die corticale Entstehung der epileptischen Krämpfe nicht beweisend sind. Als Gründe gegen eine solche Annahme lässt sich aber nun Folgendes anführen:

1. Wenn man einen Hund auf einer Tischplatte so befestigt, dass er mit dem Kopf in der Mitte derselben sich befindet, und diese Tischplatte nun in rasche Drehungen versetzt, so entsteht nach den Versuchen von Salathé, die ich wiederholt habe, eine hochgradige Anämie des Hirns, an der die Thiere, wenn man längere Zeit (2 bis 5 Minuten) dreht, rapide zu Grunde gehen. Hört man jedoch nach kurzer Zeit (etwa nach 1 Minute) mit dem Drehen auf, so bekommt man starken Nystagmus beider Augen, pendelnde Bewegungen des Kopfes; leichte Benommenheit, aus der die Thiere dann schnell zu sich kommen. Dreht man etwas länger (1—2 Minuten), so werden die Thiere bewusstlos und bekommen kurze Zeit nach dem Aufhören des Drehens allgemeine Krämpfe, haben einen epileptischen Anfall. Prüft man nun unmittelbar nach dem Aufhören des Drehens und vor dem Ausbruch der Krämpfe den Puls, so findet man denselben erheblich verlangsamt (56—60 Schläge) und aussetzend, die Erscheinungen der Reizung des Vagus. Es geht also hier dem epileptischen Anfall deutlich eine Vagusreizung voraus, die wohl unzweifelhaft am Boden des 4. Ventrikels ihren Ursprung hat, und es dürfte wohl die Wahrscheinlichkeit nahe liegen, dass auch die epileptischen Krämpfe einer Reizung in jener Gegend entsprechen. Ich will auf die betreffenden Versuche heute nicht näher eingehen, da sie Gegenstand besonderer Mittheilungen sein werden. Für mich sind die bei jenen Drehungen gemachten Erfahrungen beweisend, dass der epileptische Anfall bei Thieren auch von Reizung der Centren an der Hirnbasis hervorgebracht werden kann.

2. Experimentell habe ich ferner, indem ich auf das Gehirn von Hunden die Centrifugalkraft wirken liess, d. h. sie in der Weise drehte, dass ihr Kopf am Rande des Tisches befestigt war, chronische Entzündungsprocesse in den Häuten und speciell auch in den centrischen Rindenterritorien hervorgebracht. Epileptische Anfälle wurden im ganzen Verlauf der Krankheit, obwohl hier doch sicher in einem gewissen Stadium der Erkrankung Reizzustände in den motorischen Centren vorhanden sein mussten, nicht beobachtet.

3. Vor Allem aber scheint es mir, als ob man bei dem Streben, die menschliche Epilepsie dem Effect der Experimente der corticalen Reizung bei Thieren gleichzustellen, die Pathologie des Menschen nicht genügend berücksichtigt hätte.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 40.** 2. October 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Cholerabacillen und Cholera nostras

von

Dr. Ferdinand Hueppe.

In ihrem Vortrage auf der diesjährigen Naturforscherversammlung zu Magdeburg hatten die Herren Finkler und Prior an die Spitze ihrer Ausführungen die These gestellt: „Der Cholera nostras kommt ein Mikroorganismus zu, der als Kommabacillus demjenigen der Cholera asiatica der Form nach identisch ist, dessen in der Cultur sich äussernde biologische Eigenschaften denen des Kommabacillus der Cholera asiatica, soweit Koch sie bis jetzt mitgetheilt hat, absolut gleich sind. Dagegen haben wir von dem Kommabacillus der Cholera nostras weitere Eigenthümlichkeiten aufgefunden, welche in ähnlicher Weise für den Bacillus der Cholera asiatica nicht constatirt sind.“

Nach dem Texte des Vortrages haben die beiden Herren von den drei Cardinalfragen, deren Beantwortung bei dem gegenwärtigen Zustande der Lehre von Mikroorganismen als Ursache von Krankheiten anzustreben ist, bis jetzt nur über die erste berichtet. Dies ist die Frage nach dem mikroskopischen Befunde.

Ueber das Verhalten der von ihnen bei Cholera nostras gefundenen und von ihnen ohne Weiteres als Ursache dieser Krankheit angenommenen Kommabacillen zur Darmwandung konnten die Vortragenden nichts berichten, weil sie keine Section machen konnten. Dieses Moment ist aber von einschneidender Bedeutung überall dort, wo keine Thierversuche möglich sind oder dieselben misslingen. Grade bei dem Misslingen der Thierinfectionen liegt bei Koch's Ermittelungen der Schwerpunkt und Ausgangspunkt darin, dass die von ihm bei Cholera asiatica regelmässig gefundenen Kommabacillen in einer Anordnung vorkommen, welche alle pathologischen und klinischen Thatsachen zwanglos erklärt. Die Herren Finkler und Prior waren also zunächst überhaupt gar nicht einmal in der Lage nur einen Wahrscheinlichkeitsbeweis dafür zu bringen, dass die von ihnen bei Cholera nostras gefundenen Kommabacillen die Ursache dieser Erkrankung sind. Ich stelle diese Möglichkeit selbstverständlich nicht in Abrede, halte es aber für durchaus geboten darauf aufmerksam zu machen, dass in Ermangelung anderer Beweise dieser Nachweis unter allen Umständen geliefert werden muss, ehe irgend ein Analogieschluss zwischen etwaigen bei Cholera nostras gefundenen Kommabacillen mit den Organismen der Cholera asiatica zulässig ist.

Es bleibt also zunächst nur die Angabe, dass die beiden Herren in den Stuhlentleerungen von an Cholera nostras Leidenden neben vielen andern Dingen auch gekrümmte Stäbchen gefunden haben. Im stricten Gegensatze zu dem Verhalten bei der Cholera asiatica fanden sie nun in den charakteristischen wässrigen Stühlen fast nichts als kleine Kokken, während sie in den früheren, noch fäculenten Stühlen unter anderen auch Kommabacillen gefunden haben wollen, die sie in einem Falle selbst aus einer ganz gefaulten Stuhlentleerung nach 14 Tagen noch herauszüchten konnten.

Die Kommabacillen der Cholera asiatica wurden von der deutschen Choleracommission in ihrer Genese genau verfolgt und dabei ermittelt, dass dieselben ächte Vibrionen sind mit allen dieser Klasse der Bakterien zukommenden Eigenschaften. Dieselben sind lebhaft beweglich, bilden keine Sporen, die oft halbkreisförmig gebogenen, kommaähnlich gekrümmten Stäbchen strecken sich bald mehr bald weniger, pflanzen sich durch Theilung fort, bilden durch Aneinanderlegen Sförmige und selbst spirochätenähnliche Formen. Diesem einfachen klaren Bilde gegenüber beschreiben die Herren Finkler und Prior als zur Entwicklung ihrer bei Cholera nostras gefundenen „Kommabacillen“ Sporenbildung, weiter grosse dicke Spirillen und „dichte Massen von Bacillen, wie sie aus den geplatzten Ammen herausgefallen sind“. Ist diese von den Vortragenden auf Grund angeblicher Reinculturen ermittelte Entwicklung richtig, dann haben dieselben etwas total andres in ihren Culturen und Präparaten gehabt als ächte Vibrionen und das Auftreten von kommaähnlichen Formen bei gewissen Entwicklungsstadien berechtigte zu keinem Vergleiche mit ächten Vibrionen, wie es die Kommabacillen der Cholera asiatica nun einmal sind, weil es unter diesen Verhältnissen relativ leicht sein muss, die andern differenten Formen neben den Kommaformen zu finden. Der Schwerpunkt des mikroskopischen Theiles des Vortrages liegt demnach nur darin, dass bei Cholera nostras sich in einer Reihe von Fällen in den Stühlen Bakterien fanden, welche in den angeblichen Reinculturen zum Theil ausgesprochene Kommaform boten und in ihrer Grösse den Kommabacillen der Cholera asiatica nahe kamen. Mir schienen dieselben in den demonstrirten Präparaten zwar etwas plumper und relativ breiter, aber ich lege darauf weniger Gewicht, weil derartige mikroskopische Massendemonstrationen bei der Unmöglichkeit der Berücksichtigung aller Verhältnisse zu viel missliches haben. Die Anerkennung der Identität der Kommabacillen bei Cholera nostras mit denen der Cholera asiatica durch einen kleinen Kreis hervorragender Mikroskopiker, von der eine politische Zeitung umgehend zu berichten wusste, beweist deshalb gar nichts, da es auf die Kommaform allein überhaupt gar nicht ankommt, umsoweniger, wenn den übrigen Bedingungen einer bakteriologischen Untersuchung so wenig genügt wird, wie dies von den Herren Finkler und Prior geschehen ist.

Während wir über ächte Mikrokokken und ächte Bacillen schon ein reiches, gut gesichtetes Material besitzen, sind unsere Kenntnisse über die Kommabacillen, die ächten Vibrionen, soweit pathologische Dinge in Frage kommen, noch sehr dürftig und beschränken sich bis jetzt auf die Mittheilungen von Koch über die Organismen der Cholera asiatica. (Die Recurrensspirochäten können wir wenigstens ausser Betracht lassen, da wir gezwungen sind, einstweilen, ausser den spirochätenähnlichen Formen durch Aneinanderlagern von Vibrionen, daran festzuhalten, dass es artächte Spirochäten giebt.)

Nun giebt es aber im Mundspeichel, im Zahnschleim ächte Vibrionen, welche alle Entwicklungsstadien durchlaufen, welche wir auch von den Kommabacillen der Cholera asiatica kennen, die denselben in ihren Grössenverhältnissen ähnlich sind, aber noch mehr in der Form als Kommabacillen übereinstimmen mit den von Herrn Finkler und Prior beschriebenen. Diese von Lewis jetzt noch einmal entdeckten Vibrionen werden gewöhnlich durch den Magensaft vernichtet. Aber wir wissen ganz unzweifelhaft, dass viele unter normalen Verhältnissen dem Magensafte in Folge ihres Mangels an Dauerformen erliegende Bakterien bei Magendarmkatarrhen den Magen passiren und in den Stuhlentleerungen auftreten können.

Bei der Unmöglichkeit, aus dem bis jetzt vorliegenden Material über etwaige Beziehungen der aus den Stuhlentleerungen bei Cholera nostras herausgezüchteten Kommabacillen zur Darmwandung Aufschluss zu erhalten, muss man bei den Grössenverhältnissen dieser Organismen doch entschieden die Möglichkeit offen halten, dass bei Cholera nostras diese in der Mundhöhle so häufigen, wenn auch sehr schwer rein zu cultivirenden Vibrionen oder Kommabacillen den Magen passiren und im Stuhle und den daraus gewonnenen Culturen auftreten können.

Abgesehen von den Ammenspirillen, welche an Formen höherer Spaltpflanzen erinnern, machen aber die mitgetheilte Entwickelungsgeschichte sowohl als die demonstrirten Präparate es viel wahrscheinlicher, dass die Herren Finkler und Prior trotz ihrer „positiven“ Erfolge, wenigstens bis zur Zeit ihres Vortrages in Magdeburg, überhaupt noch gar keine Reincultur gehabt haben. In den mikroskopischen Präparaten, welche ich mir bei der Demonstration möglichst genau angesehen habe und welche von den Vortragenden als ihren Reinculturen entnommen bezeichnet worden waren, befanden sich unzweifel-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haft kommaähnliche Formen, deren Identität ich natürlich eben so wenig wie irgend ein hervorragender Mikroskopiker behaupten kann, deren Aehnlichkeit aber mir persönlich, wie schon erwähnt, nicht ganz so stark zu sein schien, wie es die Herren Vortragenden meinten. Aber neben diesen gekrümmten Stäbchen befanden sich in den Präparaten auch Dinge, welche man nach unsern bisherigen Erfahrungen nicht mit Bacillen oder Vibrionen in genetische Verbindung bringen kann. Gerade diese abnormen, bis jetzt bei Bakterien total unbekannten Formen und angeblichen Entwicklungsstadien hätten zur Vorsicht mahnen sollen, um so mehr, als ein den ächten Cholerabacillenähnliches Wachsthum die Reinculturen auch bei andern Bakterien vorkommen kann und auch wirklich vorkommt. Eine annähernde Aehnlichkeit einer angeblichen, aber nicht wirklichen Reincultur, welche neben irgend welchen Vibrionen derartige ähnlich wachsende Organismen enthält, kann eine Verwechslung mit ächten Cholerabacillen vortäuschen, und nach meiner Annahme ist es durchaus nicht ausgeschlossen, dass den Herren Finkler und Prior etwas Derartiges passirt ist, da sich dann ihre unklaren mikroskopischen Befunde wenigstens verstehen und mit ihren Angaben, über ihre Reinculturen in Uebereinstimmung bringen lassen. Ein sicheres Urtheil hätte sich hierüber natürlich nur bilden lassen, wenn die Herren Vortragenden in der Lage gewesen wären ihre angeblichen Reinculturen zu demonstriren.

Die dürftigen Angaben, welche über das Verhalten dieser Reinculturen gemacht wurden, waren aber so unbestimmt und unklar, dass es mir ganz unerfindlich ist, wie sie aus denselben schliessen konnten, dass die in der Cultur sich äussernden biologischen Eigenschaften der bei Cholera nostras aus dem Stuhl in 5 Fällen herauscultivirten Kommabacillen denen des Kommabacillus der Cholera asiatica absolut gleich sind, da sie weder über das Verhalten zu Säuren, zum Trocknen, zu Milch, Kartoffeln, Gelatine, über Beweglichkeit Angaben brachten, welche über ganz allgemeine Bemerkungen hinausgingen, ja welche zum Theil z. B. in Bezug auf das Verhalten in Gelatine in einzelnen Fällen den Angaben von Koch direct zuwiderlaufen.

Die Herstellung ächter Reinculturen, welche aber nach ihren merkwürdigen Angaben über Herstellen von Reinculturen wohl kaum möglich sein dürften und mit den Reinculturen von Koch nichts als den Namen gemein haben, wäre aber mit Rücksicht auf die Differentialdiagnose und zur Rechtfertigung der weitgehenden Analogieschlüsse bei dem Mangel jeden Beweises doch ganz unerlässlich gewesen, da wir jetzt schon lange nicht mehr auf dem Standpunkte stehen, aus einer noch so grossen Formähnlichkeit unter dem Mikroskope allein eine Analogie oder gar Identität herzuleiten.

Gerade gegenwärtig, wo durch die subtile Technik der Koch'schen Schule das Vertrauen zur Bakterienforschung sich allmählich überall einzustellen beginnt, war es doppelt unvorsichtig, dieses Vertrauen zu erschüttern durch eine Arbeit, welche dort aufhört, wo man nach den unerbittlichen Desideraten von Koch erst recht anfängt zu arbeiten.

II. Aus der zweiten medicinischen Klinik der Berliner Universität.

Diabetes mellitus und Syphilis.

Von
Julius Scheinmann
aus Wiesbaden.

Die Aetiologie des Diabetes mellitus ist immer noch nach vielen Richtungen hin in Dunkel gehüllt. Als unzweifelhafte ätiologische Momente gelten vor allem die hereditäre Disposition, ferner traumatische Ursachen (Fall auf den Hinterkopf, Gehirnerschütterungen im allgemeinen: Griesinger giebt 20, Fischer 17 Fälle), psychische Störungen von geistiger Ueberanstrengung bis zur Epilepsie und Geisteskrankheit hin (Bouchardat, Pavy, Dickinson, Cantani u. A.). Ebenso ist es constatirt, dass gewisse anatomische Veränderungen im Centralnervensystem, namentlich im Bereich der Medul. oblong. Diabetes mellitus bewirken können. Besonders zu erwähnen sind Geschwülste (Gliosarkome und Tuberkel), ferner Blutergüsse, Erweichungszustände. Hier sehen wir die directesten Analogien des berühmten Versuches Claude Bernard's der Piqûre des 4. Ventrikels.

Die neueren und neuesten experimentellen Untersuchungen über den Diabetes, die sich an die Namen Pavy, Eckhard, Schiff, Cyon, Aladoff endlich Munk und Klebs knüpfen, geben mir Veranlassung zu erwähnen, dass man auch das gleichzeitige Vorhandensein von Diabetes mellitus und Angina pectoris sowie die Complication mit Morbus Basedowii [3 Fälle: 1) von W. O. Neil, Lancet 1878; 2) von C. Hartmann aus Tübingen 1878 Dissertation] beobachtet hat. Da beide Krankheiten nach manchen Autoren als Sympathicus-Affection aufgefasst werden, der Diabetes mellitus auch nach neueren Untersuchungen von gewissen Stellen des Sympathicus aus bewirkt werden kann, so gewinnt dieses gleichzeitige Vorkommen besonderes Interesse. Es sei mir gestattet, noch einen Fall zu erwähnen, der wegen der wahrscheinlich vorliegenden Ursache Interesse verdient.

Es wurde im Julius-Hospital in Würzburg auf der Abtheilung des Herrn Hofrath Gerhardt ein Mädchen von ca. 12 Jahren an Morbus maculosus Werloffii eine Zeitlang behandelt und geheilt entlassen. Nach einiger Zeit bot es in ausgesprochener Weise die Erscheinungen des Diabetes mellitus. Da keine andere Ursache aufzufinden war, bezog man den Diabetes auf die abgelaufene Krankheit. Zu den wichtigsten noch strittigen ätiologischen Fragen gehört die Beziehung des Diabetes mellitus zur Syphilis, die Frage ob es einen Diabetes mellitus syphiliticus giebt. Bei der grossen Mannigfaltigkeit der Erscheinungen, welche die constitutionelle Syphilis gerade im Nervensystem hervorrufen kann, eine Mannigfaltigkeit, welche durch die Beobachtungen in der neueren Zeit immer grösser wird, muss die Frage von Interesse sein, ob sie auch zu Diabetes mellitus führen kann. Und diese Frage ist ja nicht nur von wissenschaftlich-theoretischem Interesse, sondern von hervorragend practischer Bedeutung; man würde hoffen dürfen, aus der sicheren Kenntniss dieses Zusammenhanges therapeutisch Vortheil ziehen zu können in einer Reihe von Fällen dieser Krankheit, welche bisher noch so wenig der Therapie zugänglich ist, durch eine antisyphilitische Heilungsmethode Heilungen oder Besserungen zu erreichen, wie sie auf keine andere Weise bisher möglich sind; man würde berechtigt sein, in jedem Falle von Diabetes, welcher mit Syphilis gepaart ist, versuchsweise antisyphilitische Kuren einzuleiten und sogar zu wiederholen. Bei dieser grossen und practischen Bedeutung der Sache ist es wünschenswerth, dass die Frage des syphilitischen Diabetes mellitus mit vollkommener Zuverlässigkeit entschieden werde. Wie wenig entschieden diese Frage ist, wird sich ergeben, wenn ich die Ansichten der maassgebenden, neueren Autoren über diesen Gegenstand anführe. Dass Diabetes insipidus Folge von Syphilis sein kann, darüber herrscht heute kaum noch ein Zweifel. Mir sind von Fällen derart bekannt der von Professor Mosler aus Greifswald sehr ausführlich beschriebene, von Epifani in der Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis mit der Diagnose Syphilis medul. oblong.; von Bridge New-York in der med. Zeitschrift von Virchow-Hirsch und einige Andere, flüchtig in der Literatur erwähnte von Dub, Ritter. Es liesse sich leicht eine Reihe unzweifelhafter Fälle zusammenstellen, wie mir versichert wurde von maassgebender Seite.

Am Bestimmtesten spricht sich v. Frerichs für den ätiologischen Zusammenhang von Diabetes mellitus mit Syphilis in einigen von ihm beobachteten Fällen aus, eine Autorität, deren Ansicht stark ins Gewicht fällt. Doch sind von diesen Fällen nur zwei publicirt, so weit mir bekannt, in zwei Dissertationen über „Diabetes mellitus" im allgemeinen. Der Verfasser der einen macht am Schlusse die Bemerkung: Frerichs hat am deutlichsten die Symptome des Diabetes mellitus beobachtet bei vorhandener Syphilis. Doch fand ich in der Bemerkung, die mir von v. Frerichs zu Gebote steht, aus einer Sitzung des Vereins für innere Medicin, dass er nur von den Fällen spricht, die mit Syphilis des Gehirns combinirt sind. Mit den erwähnten, bisher veröffentlichten Fällen dieser Art ist jedoch der Beweis noch nicht erbracht; auch waren diese Fälle nicht zu diesem Zwecke veröffentlicht worden. Andere sicher beweisende Fälle dieses Autors sind mir leider nicht bekannt.

In den Monographien über Diabetes mellitus finde ich bei W. Dickinson Diabetes, London 1874: „Syphilis scheint in einigen Fällen nicht blos eine zufällige Complication der Krankheit gewesen zu sein. Syphilitische Veränderungen im Innern des Schädels können unzweifelhaft Ursache der Zuckerharnruhr sein."

Bei Lecorché: Traité du Diabète. Die Syphilis kann, selbst wenn sie nicht cerebrale Tumoren setzt, ebenso wie es Scott, P. und J. Frank, Seegen, van Hoven und Jacksch und auch wir beobachtet haben, eine Ursache des Diabetes sein. Bei Seegen über Diabetes mellitus wird in der Aetiologie die Lues nicht angeführt, obwohl der Autor in den Krankengeschichten den Fall mittheilt, den ich auch anführe.

In den „klinischen Vorträgen über Diabetes mellitus" sagt Cantani: die Syphilis scheint in keinem unserer Fälle den Ausbruch der Krankheit veranlasst zu haben. Bisweilen war sie vorausgegangen, doch gewöhnlich schon geheilt. In anderen Fällen verschwand sie gleich nach dem Auftreten des Diabetes. Andererseits haben wir so viel Fälle von Hirn- und Lebersyphilis beobachtet, wo kein Diabetes vorhanden war, dass wir nicht an eine Beziehung zwischen diesen beiden Krankheiten glauben können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei Bouchardat, Pavy und Tyson habe ich über diese Frage nichts gefunden; Senator giebt Lues an in der Aetiologie des Diabetes insipidus nicht bei Besprechung des Diabetes mellitus. Die bei Lecorché erwähnten älteren Autoren wie Scott, Frank P. und J., van Hoven und Jacksch haben Merkur als Mittel gegen Diabetes dringend empfohlen. Jacksch macht am Schlusse einer Arbeit über die durch Syphilis bedingten Lähmungen, die Hemi- und Paraplegie insbesondere, 1864 darauf aufmerksam, dass unter die Folgezustände, die von Syphilis herrühren können, wohl auch der Diabetes mellitus zu zählen sein möchte. Wenn Merkur, nach den Angaben von Scott, Frank, van Hoven eine specifische Wirkung habe, so muss diese wenigstens in einigen Fällen der Vermuthung Raum lassen, dass vielleicht Syphilis zu Grunde gelegen habe. Wenn auch bisher kein pathologisch-anatomischer Befund bekannt ist, so steht doch fest, dass neben den Erscheinungen der Syphilis und der Localisation derselben im Gehirn der Diabetes mellitus vorkommt. Doch kann auch Diabetes mellitus ohne alle Hirnsymptome bei syphilitischen Kranken vorkommen und durch Merkurgebrauch geheilt werden. Den derart bezüglichen Fall, den Verfasser am Schlusse mittheilt, habe ich leider nicht auftreiben können, doch weiss ich, dass Professor Jacksch den ersten der von mir zusammengestellten Fälle gekannt hat.

Bei diesen widersprechenden Ansichten der Autoren habe ich auf Veranlassung des Herrn Geheimrath Professor Dr. Leyden es unternommen, die Fälle aus der Literatur zu sammeln und durch kritische Prüfung den Versuch zu machen, die Frage zu entscheiden. Mein eigener Beitrag beträgt nur einen Fall, den ich auf der Klinik beobachtete, welcher die Anzahl vermehrt, aber für sich allerdings nicht im Stande ist, die Frage zu entscheiden.

Erster Fall.[1])

Im Mai 1857 suchte ein 28jähriger Mann meine Hülfe. Seine Magerkeit war auffällig. Er erzählt, seine Mutter sei derselben Krankheit erlegen, an welcher er jetzt leide. er sei nie krank gewesen; es plage ihn ein unauslöschlicher Durst, er lasse viel Urin. Sehr lästig sei ihm der ungeheure Hunger, noch lästiger jedoch die Abnahme der Körperkraft, ja beschämend der gänzliche Mangel geschlechtlicher Erregung, da er erst seit 14 Tagen verheirathet sei.

Die Untersuchung ergab ein über den ganzen Körper verbreitetes kupferrothes Exanthem, im Rachen links ein Geschwür, in der linken Leistengegend eine Narbe, die Leistendrüsen beiderseits geschwellt. Der Puls ist klein, schwach, beschleunigt; bei Bewegungen entsteht Herzklopfen. Die Functionen des Centralnervensystems und der Athmungsorgane normal. Die Verdauung der massenhaft genossenen Speisen normal. Stuhlverstopfung. Gewicht 90 Pf. Die Untersuchung des Harns erwies sowohl nach der Boettcher-Liston'schen als nach der Trommer'schen Reactionsmethode reichlichen Gehalt an Harnzucker.

Die Narbe, die Drüseninfiltration, das Exanthem und das Rachengeschwür sprachen für Syphilis.

Unter Merkurgebrauch erblasste das Syphilid nach 10 Tagen, das Rachengeschwür begann sich zu schliessen, der Puls wurde weniger beschleunigt. Der Kranke wog 93 Pf. Urin noch zuckerhaltig. Nach 6 Wochen waren die Erscheinungen von Lues weg ebenso Polydipsie und Polyurie, Gefrässigkeit auch, der Geschlechtssinn erwacht; keine Spur von Zucker.

Prof. Jacksch sah diesen Kranken einige Tage darauf; auch er fand den Urin zuckerfrei, entdeckte aber an den Handflächen ein squamöses Syphilid.

Später in Erfahrung gebracht durch Hörensagen, der Diabetes sei wiedergekehrt, der Kranke nach Karlsbad gegangen; er sei bald darauf gestorben. Es scheint ihm die Vermuthung darnach begründet, dass doch in einigen Fällen der Diabetes mellitus durch Lues bedingt sei. —

Zweiter Fall.[2])

Vor 4 Jahren wurde ein 20jähriges Mädchen aufgenommen, das, neben verschiedenen, ausgesprochenen Symptomen constitutioneller Syphilis (Rachengeschwüre, Tophi, Psoriasis), einerseits an ziemlich hochgradigem Diabetes mellitus andererseits an linksseitiger Lähmung des Trochlearis und Facialis litt. Eine eingreifende Jod-Kur brachte die meisten dieser Erscheinungen, namentlich die Lähmung und die Tophen bis auf geringe Spuren, vollständig aber den Diabetes zum Schwinden. Die Kranke entzog sich weiterer Beobachtung. Professor Hallas legte besonderes Gewicht auf diesen Fall, weil aus demselben ein pathologischer Beweis für den cerebralen Ursprung des Diabetes entnommen werden konnte. —

Dritter Fall.[3])

Herr G—n hat ein stürmisches Leben geführt, war stets leicht erregbar, aber mit Ausnahme häufiger secundärer Affectionen stets gesund und wurde sehr fettleibig. In den letzten Jahren litt Patient häufig an Kopfschmerzen, es traten ferner während der Nacht nach heftiger Aufregung oft Schwindelanfälle auf, die aber auf Ruhe und Nervina (Aqua Laurocer. und Valerian.) besser wurden. In den linken Extremitäten waren paretische Erscheinungen aufgetreten, Gefühl und Eingeschlafensein, geringere Empfindlichkeit und verringerte Beweglichkeit. Im letzten Jahre stellten sich häufig neuralgische Schmerzen in den unteren Extremitäten ein, die zuweilen das Gehen unmöglich machten. An dem rechten Unterschenkel entwickelt sich ein varicöses Geschwür und bedeutende ödematöse Anschwellung. Oberhalb des Geschwüres eine Knochenauftreibung. Im letzten Jahre klagt Patient häufig über Durst und Hinfälligkeit. Die Untersuchung des Harns wies Zucker nach. Die Summe der Erscheinungen wurde als constitutionelle Syphilis aufgefasst, Jodkali mit kleineren Gaben von Bromkalium und Eisen verabreicht, worauf alle Krankheitserscheinungen sich besserten und der Zucker aus dem Harn verschwand.

Vierter Fall.[4])

Toussaint, 30 Jahre alt, Arbeiter, trat am 29. Januar 1875 in das Krankenhaus ein in die Abtheilung des Dr. Moissenet.

Der Bruder des Kranken ist an Diabetes gestorben nach einem Excess in baccho. Er hatte, im Alter von 2 Jahren einen Fall auf den Kopf gethan. In demselben Alter passirte das gleiche unserm Patienten; es stellte sich eine bedeutende Knochenauftreibung von harter Consistenz ein, welche man in der Gegend zwischen Stirne und Scheitelbein vorfand.

Nach einer Blennorrhagie und einer Orchitis hat er Anfang des Jahres 1874 einen Chanker und im September breite Condylome am Anus und am Munde. Ohne sich weiter darum zu kümmern, heirathete er. Seine Frau bekam keinerlei Erscheinungen. Seit Ende December des Jahres besteht stark ausgesprochene Polyurie und Polydipsie mit Abmagerung und unter starker Abnahme der Kräfte. Schlaflosigkeit und ausgeprägter Heisshunger. Auftreibung des Leibes. Bitterer Geschmack im Munde. Haare theilweise ausgefallen. Keinerlei Kopfschmerz. Zähne gesund. Functionen des Genitalapparates sind normal.

30. Januar. Man constatirt eine geringe Vergrösserung der Milz. Die Leber erscheint normal. An den Augen und den Brustorganen nichts Auffälliges, der Urin milchig: 8 Liter. Ausgesprochenes Hungergefühl, grosse Magerkeit; bedeutende Schwäche. Therapie: Vin de quinquina 120,0 gr; Jodure de potassium 2,0 gr.

1. Februar 11 Liter Urin (Jodure de potassium 2,0 gr).

2. Februar 10 Liter Urin 68 gr, 85 de sucre: Kleberbrod.

3. Februar schon bedeutende Besserung. Der Kranke trinkt nur noch 3 Liter. Er fühlt sich kräftiger. 4 Liter Urin.

4. Februar 4 Liter Urin.

5. Februar 6 Liter Urin. Der Durst hat schon sehr nachgelassen. (2 Pilules de Sédillot.)

6. Februar 6 Liter Urin. Der Leib ist nicht mehr aufgetrieben. Verdauung normal.

7. Februar 6 Liter Urin.

8. Februar 6 Liter Urin. Besserung schreitet fort. (Bain alcalin: 3 Pilules de Sédillot.)

9. Februar 6 Liter Urin; jetzt klar. 4 Pilules de Sédillot.

10. Februar 6 Liter Urin enthaltend 74 gr, 55 Zucker da die Condylome geschwunden sind und die Kräfte sich bedeutend gehoben haben, verlässt der Kranke das Spital.

Am 18. Februar bei der Consultation scheint der Allgemeinzustand ziemlich gut zu sein; Patient hustet ein wenig und spürt unangenehme Empfindungen in den unteren Extremitäten. In den Lungen ist Nichts.

Fünfter Fall.[5])

Die 43jährige Bäckersfrau, deren Mann vor 30 Jahren an Lues gelitten hatte, hat 7 mal abortirt. Specifische Kuren hat sie nicht durchgemacht. Die Diagnose auf Lues liess sich bereits aus der äusseren Beschaffenheit eines am linken Unterschenkel befindlichen, seit mehreren Jahren bestehenden Geschwürs stellen. Zudem bestand ein Hautausschlag in Form von Rupia. Vorhanden waren noch ferner nächtlicher Stirnkopfschmerz, Tibial-Schmerz sowie ausgesprochener Diabetes mellitus. Nach anfänglicher Quecksilberbehandlung, an die sich 3 Monate später eine Jodkaliumkur schloss, erfolgte vollständige Beseitigung aller genannten Symptome. Aus der genannten Discussion hebe ich hervor, dass zugegeben wurde, es sei dieser Fall zweifellos syphilitisch gewesen.

Sechster Fall.[6])

Heloise Taupin trat, 32 Jahre alt, am 28. April 1856 in das Krankenhaus in Rouen ein. In der Jugend immer gesund, leugnet sie, sich je inficirt zu haben. Vor 4 Jahren trat, in Folge eines Stosses gegen die Nase, im Verlaufe mehrerer Wochen eine Anschwellung an dieser Stelle auf, der bald ein eiteriger Ausfluss aus den Nasenlöchern folgte. Einige Zeit darauf senkten sich beide Nasenbeine an ihrer Wurzel und bedingten dadurch eine Verunstaltung in der Form, die noch jetzt besteht. Taupin hat 4 mal geboren, zuletzt vor 4½ Monaten. Im 6. Monat der letzten Schwangerschaft plötzliche Erblindung links ohne Lähmung der Gesichtsmuskeln oder an den Extremitäten. Darnach blieb T. leidend, besonders über Kopfschmerzen klagend. Am 28. Mai 1858 zeigte T. fast vollständigen Verlust des Gedächtnisses oder wenigstens in hohem Grade geschwächte Intelligenz; sie antwortete auf alle Fragen mit dem einen Worte: Madame.

Einige unfreiwillige Bewegungen. Auf der linken Seite Schluss der Augenlieder; kleiner weisser Erguss in der Tiefe der Cornea ohne Ulceration an der Oberfläche, in der Ausdehnung einer Erbse entsprechend, nach unten und links von der Pupillenöffnung. Puls 110. Keine motorische Störung in den oberen und unteren Extremitäten. Am Abend des 29. ist sie im Stande, Angaben zu machen. Der Zustand ist folgender: Blepharoptose links, Schluss der Augenlider normal, Strabismus externus links, Lähmung des Musculus internus und unvollständige des rechten obern; Pupille dieser Seite erweitert und unbeweglich; geringe Empfindlichkeit der Nasen- und Augenschleimhaut links; Anästhesie der Haut an Stirn, Wange, den Lippen und der linken Hälfte der Zunge; hier auch

---

[1]) Vierteljahrschrift für die practische Heilkunde. Prag 1863. LXXVII. Ein Beitrag zur Lehre des Diabetes mellitus von Dr. Dub.

[2]) Ein Fall aus Professor Hallas Klinik.

[3]) Dieser Fall ist erwähnt in der Monographie von Dr. Seegen: der Diabetes mellitus.

[4]) Servantie: Des rapports du diabète et de la Syphilis. Dissert. inaug.

[5]) Jahresbericht der Gesellschaft für Natur und Heilkunde in Dresden 1881, Dr. Ritter über Syphilis des Rückenmarks und secundärem Diabet. insipid. und mellitus.

[6]) Des ropports du diabète et de la Syphilis par Servantie. Paris 1876. Dissertat. inaug.

Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Verlust des Geschmacks: Sehschwäche in hohem Grade auf dem linken Auge. Die Kranke erkennt nur ungenau die Objecte, die man ihr zeigt. Weder Schmerz noch Auftreibungen an irgend einem Punkte des Schädels oder der langen Knochen wahrnehmbar. Gegen Ende der letzten Schwangerschaft, kurz nach dem Eintritt der Sehstörung, stellte sich ein heftiger Durst ein, welcher sie zwang, 8—10 Liter täglich zu trinken. Dieser Durst hat bis zum Augenblick fortgedauert. Der Urin ergab Zucker beim Prüfen par la liqueur de Barreswill et la potasse. Therapie: Limonade, 7 sangsues à la tempe gauche: Calomel 0,60 et résine de jalap. 0,30; bouillon.

Am 1. Juni hat sich ein wenig vermindert die Unempfindlichkeit der Haut, sonst sind die Erscheinungen dieselben. Der Zucker besteht fort im Urin. Therapie: Limonade; une cuillerée à bouche de la solution suivante: eau 120,0 iodure de potassium 8,0; une portion d'aliments. Im Laufe dieses Monats besserte sich der Zustand.

Es stellte sich die normale Empfindlichkeit an der Haut und den Schleimhäuten wieder her mit Ausnahme der afficirten Zungenhälfte, die unempfindlich blieb. Am Auge geringe Aenderungen. Der Durst ist verschwunden und der Zucker fand sich, nach allmählicher Verminderung, am 20. Juni nicht mehr im Urin nachweisbar. Taupin verlässt das Krankenhaus am 23. Juni 1856.

Am 14. Juli dieses Jahres kommt T. zum zweiten Male in das Krankenhaus wegen einer Entzündung der Conjunctiva und einer Erweichung der Cornea auf dem linken Auge; sie klagt über Schmerzen in der Schläfe und der linken Hälfte der Stirn; keine Knochenauftreibung, keine Anästhesie dieser Gegend. Die linke Wange etwas unempfindlich, linke Zungenhälfte vollständig. Am 19. Perforation am linken Auge, darnach Besserung. Anästhesie der Haut an der linken Wange verringert sich. Therapie: Neben der Behandlung der Augenaffection zuletzt eine kleine Quantität von Jodkalium. Am 15. August verlässt T. das Spital. Ende September waren dieselben Sensibilitäts-Störungen vorhanden, das linke Auge war atrophirt.

Den 27. December 1856 kam T. zum 3. Male in das Krankenhaus. Bis dahin war ihr Zustand erträglich gewesen. Das Bewusstsein der Patientin war stark verdunkelt; sie giebt sehr unvollständige Angaben über ihren Zustand; sie behauptet auf dem rechten Auge nicht Tag von Nacht unterscheiden zu können; doch erkennt sie am folgenden Tage Zahl der Finger. Keine Entzündung, kein Strabismus wahrnehmbar. Es zeigen sich dieselben Sensibilitäts-Störungen. Therapie: Une cuillerée a bouche matin et soir de la solution suivante: Eau 120,0 iodure de potassium 10,0: Calomel 0,60, résine de jalap. 0,30: frictions mercurielles dans les aines, bouillon, deux vins. Am 30. vollständig comatöser Zustand. Am 1. Januar 1857 kehrte das Bewusstsein zurück; sie versichert ein wenig auf dem rechten Auge sehen zu können. Geringfügige mercurielle Stomatitis. Durst nicht gesteigert: Zucker und Eiweiss fehlen im Urin. Der Zustand bessert sich täglich: Sehvermögen rechts immer unvollkommen. Nachdem sie noch eine entzündliche Affection auf dem rechten Auge überstanden hat, verlässt sie am 24. Januar das Spital.

Im Februar klagte T. nur über Sehschwäche.

Vierte Aufnahme der Taupin am 11. September 1860. Aus den 3 letzten Jahren ist über den Zustand nichts bekannt. Im Augenblick äusserste Schwäche, sehr unvollkommenes Sehvermögen rechts, Unempfindlichkeit der ganzen rechten Gesichtsseite, desgleichen der Schleimhäute, der Wangen und der Zunge. Abweichen der Zunge nach links; keine Lähmung an den Extremitäten: Ekel vor dem Essen; mehrmaliges Erbrechen, lebhafter Durst seit einiger Zeit; sie trinkt 4—5 Liter Flüssigkeiten in 24 Stunden. Der Urin zeigt kaum ein höheres specif. Gewicht als Wasser. Kein Zucker in demselben. Diarrhöen; 8—12 Stühle ohne Koliken. An der Spitze der Lunge bronchiales Exspirium. Unter Behandlung mit Tisane vineuse, diascordium 2,0 gr, vin de quinquina, bouillon, vin vermindern sich Durst und Diarrhöen. Der Tod tritt ein nach allmählicher Zunahme der Schwäche am 16. October 1860.

Autopsie am 17. Keine Spur von Fäulniss; leichtes Oedem der untern Extremitäten. Keine sichtbare Narbe auf der Haut. Das Schädelgewölbe zeigt nirgends eine Läsion. Vertiefung der Nasenbeine; die Lamina cribrosa des Siebbeins ist gesund. Die Nasenhöhlen werden nicht untersucht, weil die Leiche reclamirt war. Bedeckungen des Schädels sind gesund. Keine Veränderungen der Hirnhäute an der Convexität des Gehirns. An der Basis lösen sich Pia mater und Arachnoidea nur schwer; sie hängen fest an der Gehirnsubstanz und erscheinen undurchsichtig, weiss, besonders um das Chiasma herum. Im 4. Ventrikel hängen die Plexus chorioidei fast an die linke Grenze des Calamus scriptorius; hier erscheint die Substanz wie zernagt, ist unregelmässig, etwas erweicht in ihrer oberflächlichen Schicht, besonders in der Gegend der Fäden des linken Nervus acusticus. — Vollkommene Unversehrtheit des N. olfactorii. In der Gegend der linken Hälfte des Chiasma befindet sich eine leicht geröthete, weiche Masse von der Grösse einer halben Linse und ca. einem Centimeter Dicke, welche fester an den Hirnhäuten, ein wenig auch an der Oberfläche des Nerven abhängt. Der linke N. opticus ist bis auf die Hälfte seines normalen Volumens vor und hinter dem Chiasma reducirt und zeigt eine graue Färbung statt der mattweissen wie auf der anderen Seite. Ebenso ist der linke N. trigeminus atrophirt, besonders sein Augentheil. Das Ganglion Gasseri erscheint mehr weiss wie grau; unter ihm befindet sich ein kleiner knochenharter Kamm, welcher es comprimirt. Der Knochen in der Umgebung dieser Exostose bietet keine Abnormität. Die dicke Wurzel des linken Trigeminus an der protubérance annullaire ist um die Hälfte schmäler als die der andern Seite. In der Protuberance und dem Bulbus ist nichts Abnormes wahrzunehmen ausser an der oben erwähnten Stelle an der linken Grenze des Calamus scriptorius. Starkes Festhaften der Hirnhäute an der schmalen Basis des Gehirns. In der Insula Reil, links nahe der Oberfläche, findet sich ein kleiner, siebförmiger Heerd, ohne Erweichung, der auf der anderen Seite fehlt.

An den Lungen finden sich Adhäsionen älteren Datums: in den Spitzen Induration und Narben, Höhlungen in Folge tuberculöser Processe; keine frischen Tuberkel. Herz und Pericardium gesund; desgleichen Larynx, Pharynx, Oesophagus, Magen. Zahlreiche, breite Ulcerationen im Dünndarm, welche zum Theil vernarbt sind: einige auch in der Ileocoecalgegend, Coecum und Colon. Die Leber zeigt längliche, narbenähnliche Einziehungen, am Grunde bräunlich, kleine Lobuli umgreifend: sie entsprechen fibrösen Zügen, die, hart und weiss, dem Lauf der Gefässe folgen: das Parenchym ist gelblich-weiss, leicht abstreifbar. Milz gesund. Die Nieren sind in ihrem Volumen etwas vermindert, zeigen keine Bright-schen Granulationen; die Oberfläche erscheint durch Narben und tiefe Eindrücke unterbrochen, schwärzlich. Pyramiden entfärbt. Uterus, Tuben und Ovarium verhalten sich wie normal. —

(Schluss folgt.)

III. Zur Frage der Cholera auf Schiffen.

Von

Dr. Neubauer,

Districtsarzt in Finkenwärder bei Hamburg.

In No. 35 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift wird unter XX, 2 ein Aufsatz von Prof. v. Pettenkofer in der Allg. Zeitung in München über Cholera auf Schiffen besprochen. In diesem Aufsatze „verlangt v. Pettenkofer von der contagionistischen Anschauung blos eine Erklärung dafür, warum die Cholera auf Schiffen so wenig, nur in so seltenen Ausnahmsfällen vorkömmt, trotz der Gegenwart von Kommabacillen, warum sich die Schiffe in der Regel wie immune Orte gegen Cholera verhalten".

Die Antwort auf diese Frage scheint uns sehr einfach und wir glauben, dass jeder, der wie wir mit den Verhältnissen auf der Seefahrt und auf Schiffen bekannt ist, uns in den folgenden Ausführungen beistimmen wird. Zuerst fragen wir: wie verhalten sich denn die Schiffe auf See oder auch nur auf einem grösseren Fluss? Selbst das grösste Schiff ist doch im Verhältniss zur umgebenden Wassermasse nur ein kleiner Punkt und zwar — das ist eben die Hauptsache — unter den denkbar günstigsten hygienischen Verhältnissen. Die gesammte Mannschaft lebt stets in der freien Luft, die, wie betont werden muss, in steter, ziemlich heftiger Bewegung ist, denn der Wind auf See oder auch nur auf einem grösseren Flusse ist stets bedeutend stärker als gleichzeitig am Lande. Wir betonen dies, da wir das mechanische Moment des Wehens für bedeutungsvoll genug halten, um das eventuelle äusserliche Anhaften an Kleidung und Körper den Bacillen und Dejectionspartikelchen (wir möchten fast sagen: vollständig) unmöglich zu machen. Zu diesem Vorzuge des Lebens in freier, wehender Luft kommen noch viele andere hygienisch günstige Momente: vor allem der colossale Ueberfluss an Wasser, der auf Schiffen ja gründlich ausgenützt wird, und eine Reinlichkeit *bedingt*, wie sie am Lande nicht möglich ist. So wird ja jeden Morgen das Deck gewaschen und mit wie grossen Quantitäten Wasser! ja diese grossen Wassermassen werden noch dazu mit grosser mechanischer Gewalt über die zu reinigenden Schiffstheile ausgeschüttet und fliessen allen Unrath (speciell so kleine Gebilde wie die Kommabacillen etc.) mit sich fortschwemmend sofort wieder ab. Auf See treten hierzu noch die über Bord kommenden Wellen, die ja eine mechanische Macht bei enormer Wassermasse ausüben, so dass das Schiff schnell von Cholerabacillen gereinigt wird und bei den Schiffen in Fahrt ist es ja stets neues Wasser, das sowohl beim Aufschöpfen benutzt wird, wie auch bei den Sturzseen zur Geltung kommt. Die von uns hier betonten Momente sind aber die schon den Alten bekannt gewesenen reinigenden und deshalb religiös entsühnenden Kräfte des fliessenden Wassers und der wehenden Luft.

Hierzu kommen als fernere hygienisch wichtige Momente: die Aborteinrichtungen, zum Theil primitivster Natur, indem der Schiffsbord als Sitz dient. Aber auch bei directen Aborten, die sich meist im Vordertheil des Schiffes finden, ist auf See für eine so ausgiebige Spülung, direct durch die See gesorgt, wie sie am Lande schwer zu beschaffen ist. Hat auch ein am Lande inficirter Cholerakranker den gemeinsamen Abort benutzt, so ist die Gefahr einer Weiterverschleppung durch den Abort schon durch diese natürliche Spülung von Seiten der See sehr vermindert; (man muss eben stets berücksichtigen, dass nur gesunde Leute an Bord genommen werden, also erst nach einigen Tagen Fahrt die Cholera zum Ausbruch kommen kann). Der Luftzug in den Aborten ist dabei meist wohl durch die Fahrt nach aussen, in die See hinaus gerichtet und nicht wie vielfach am Lande ins Innere der Wohnung hinein.

Für Schiffe mit gemeinsamem Abort kommt dann noch die auf See herrschende penible Reinlichkeit hinzu, die sich natürlich auch auf die Aborte ausdehnt und dadurch auch die Gefahr der Infection vermindert. In derselben Richtung wirkt ferner der Umstand, dass diese Institute fast immer auf Deck sich befinden, der den Abort Verlassende also sofort dem günstig wirkenden Einflusse der wehenden Luft ausgesetzt ist. Aus allem diesen glauben wir, geht zur Genüge hervor, dass im Sinne der contagionistischen Theorie die Gefahr der Weiterverschleppung der Cholera auf Schiffen in hohem Grade vermindert ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nehmen wir z. B. auch den Fall an, dass der Kranke ein Nachtgeschirr in seiner Koje benutzt, so herrscht, ist die Krankheit derartig vorgeschritten, dass er schon nicht mehr zum Aborte hingehen kann, bereits unter der Umgebung, die auf die Seetüchtigkeit nicht allein des Schiffes, sondern auch auf seine Krankheitstüchtigkeit angewiesen ist, Cholerafurcht und werden alle Vorsichtsmaassregeln willig und eher im Ueberflusse als zu wenig angewendet werden; ist es aber die erste Choleradejection, so wandert dieselbe ja sofort über Bord und wird das benutzte Geschirr sofort an Deck unter ausgiebiger Benutzung von Wind und Wasser gereinigt. Dann mögen im Weltenmeer die paar Millionen Kommabacillen sehen, wie sie ihr Leben fristen. Aber hier treten noch andere hygienisch günstige Momente hinzu, die ich an der Hand der im von Pettenkofer'schen Aufsatze angezogenen zwei Schiffsepidemien beleuchten möchte. Die eine ist die kleine Epidemie auf der Westphalia von Hamburg nach New-York August und September 1873. Warum blieb die Epidemie hier auf zwei Familien beschränkt? Wir meinen nicht, weil eo ipso Schiffe gegen Cholera immun sind, sondern weil die von uns angeführten Umstände sie dazu machen. Und in dieser Epidemie tritt noch wieder ein neuer Umstand hinzu. Denn so nahe an einander die Auswanderer auf Schiffen auch leben, sie sind von einander besser isolirt als am Lande: einmal sind die meisten einander fremd, halten sich in den ersten Tagen (in denen, in welchen die Cholera zum Ausbruch kommen muss, die natürlich nur am Lande acquirirt sein kann) von einander fern, jeder kleine Kreis für sich, und dass sich kleine Kreise bilden, wird durch die Errichtung von sogenannten Backgenossenschaften gefördert, die gemeinsam Fleisch, Brod etc. empfangen. Ausserdem muss ja jeder Auswanderer sein eigenes Essgeschirr etc. mitbringen. Also nur unter einer Backgenossenschaft herrscht genügende Communion um eine Weiterverbreitung der Cholera zu begünstigen. Nach aussen ist dieselbe in hohem Grade isolirt. Und wie ist die Epidemie der Westphalia verlaufen? Eben nur in zwei Familien, die wie wir bis zum Beweise des Gegentheils annehmen dürfen, eine Backgenossenschaft gebildet haben.

Ebenso liegt der dort angezogene Fall aus dem Krimkriege auf dem englischen Kriegsschiff Britannia. v. Pettenkofer findet es sehr wunderbar, dass das Officierkorps nicht inficirt worden ist. Im Gegentheil finden wir es sehr natürlich. Denn zwischen Officieren und Mannschaften steht auch eine derartige unsichtbare Isolirwand. Die Bedienung beider Classen ist vollständig getrennt. Nehmen wir an, (und leider hat v. Pettenkofer im Gegensatz zu seiner sonstigen Gründlichkeit unterlassen, genauere Angaben zu machen), dass einer der ersten Kranken auf der Britannia einer der zur Bedienung der Mannschaft gehörenden Personen war, so konnte dieser contagionistisch viele, mit denen er direct oder mit deren Sachen er in Berührung kömmt, anstecken, ohne dass das Officierscorps, mit dem er nichts zu thun hat, inficirt wurde.

Gerade die Cholerafälle auf Schiffen sprechen gemäss den Verhältnissen auf denselben für die contagionistische und gegen die locale Theorie. Schiffe sind immun, weil sie unter den denkbar günstigsten hygienen Verhältnissen stehen, und nicht, weil sie Schiffe und kein Land sind. Gerade Fälle, wie der der Britannia beweisen, dass Epidemien ebenso auf Schiffen wie am Lande vorkommen können und rein contagionistisch (ohne locale Infection am Lande für jeden einzelnen Fall) übertragen werden.

IV. Ueber den heutigen Stand der Ernährungsfrage des Kindes vom Standpunkt der wissenschaftlichen Physiologie.

Von

Hermann von Liebig.

(Schluss aus No. 39.)

Es folgen nun hier die Wägungen der obengenannten Aerzte von Brustkindern. Dass es ausgewählte, reichlich mit vorzüglicher Normalmilch ernährte Kinder sind, dürfte unzweifelhaft daraus hervorgehen, dass im Mittel von 386 Fällen im Gebärhause die Kinder in den ersten 14 Tagen nur 7,2 Gramm zunahmen, während die hier vorgeführten Brustkinder das doppelte, drei- und vierfache Gewicht Zunahme zeigten. Ein Vergleich mit diesen Kindern dürfte daher schon für ein Surrogat einen Prüfstein abgeben.

Bei meinem Knaben, ein erstgeborenes Kind, hatte ich nur das Anfangsgewicht genommen, und da die Entwicklung sichtlich ohne jegliche Störung vor sich ging, nahm ich erst nach 22 Wochen eine weitere Wägung vor. Mit 30 Wochen kamen die ersten Zähne und da das Zahnen in normaler Weise verlief, hatte ich damals keine Veranlassung weitere Wägungen vorzunehmen.

Bei dem 1880 geborenen Mädchen nahm ich öftere Wägungen vor, die im ärztlichen Intelligenzblatt, soweit dieselben damals vorlagen, veröffentlicht wurden. Sie sind hier reproducirt auf Monatsmittel berechnet neben den Brustkindern aufgeführt.

Monat	Dr. Fleischmann, Wien: Bouchaud	Hofer	Russ	Dr. Ahlfeld: XIII	tägl. Zunah.	XIIX	tägl. Zunah.	Dr. Cammerer. München	tägl. Zunah.	Dr. Hähner, Düsseldorf	tägl. Zunah.	H. v. Liebig, Concentrirte Liebigssuppe: Mädchen 1880	tägl. Zunah.	Knaben 1874	tägl. Zunah.	H. v. Liebig 10 Woch. condensirte Liebigssuppe, dann Maltoleguminose und Milch: Maria Urf	tägliche Zunahme
	tägliche Zunahme																
	1. Tag							2. Tag				2. Tag					
	3500			3120		3100		3280		3160		3395		3250		3260	
Ende des 1. Mon.	35	37	23	3700	20,4	3620	18,5	3556	9,86	3670	20,3	3575	6.8				
				berechnet													
2.	32	30	28,8	4645	34,1	4400	28,5	4144	21	4793	40	4343	27.1				
																10 Wochen	
3.	28	20	26	5130	17,3	5170	27,5	4691	19	5390	21	4995	23,3			4750	21,2
4.	22	18	24	5930	28,5	6220	37,5	5200	18	5850	16,4	5397	14,5				
																18 Wochen	
5.	18	11	19	6410	17	6975	27	fehlt		6370	18,4	5794	14,3			6450	30,3
6.	14	13	15	7025	22	7700	27,4			6740	13,2	6300	18,1	7336	24	7500	25,0
Ende des 12.	9600									9470		9345					
Durchschnitt																	
der ersten 4 Mon.	29	23,3	25.5		25		27,8		17		24,4		17,8		?		25,6
der ersten 6 Mon.	25	21,5	22,6		32,2		25,3				21,5		17,3		24		25,2
		künstl.	Ernähr.														
der letzten 6 M.	9,1	6,6	8.1		?						15		15		15		
Jahres-durchschnitt	16,7	14	15,2								17,4		16,3		18,5		

Wir sehen aus dieser Tabelle, dass, wenn auch in den ersten 14 Tagen die Liebigssuppe alle andern Surrogate, selbst verdünnte Kuhmilch allein übertrifft, dieselbe doch im ersten Monat der Frauenmilch sehr nachsteht. Die Zunahme meines Mädchens im zweiten Monat übertrifft Cammerer's Brustkind um 6 Gramm und ist nur 1,5 bis 4 Gramm geringer als Fleischmann's Kinder und Ahlfeld No. 2; im 3. Monat übertrifft es drei Brustkinder, 1 Fleischmann, Hähner und Ahlfeld. Im vierten Monat trat starker Darmkatarrh auf, eine Vergleichung ist daher nicht möglich. Es dürfte aber hier von Interesse für den practischen Arzt sein zu hören, dass in Fällen, wo der Darmkatarrh von frischer vorzüglicher Milch herrührt, derselbe auch nur dann gehoben werden kann, wenn zeitweise jede frische Kuhmilch entfernt wird, wie ich dies experimentell bewiesen habe. Weder Reiswasser noch Gersteschleim, Leguminose der Milch zugesetzt, hatte irgend einen Erfolg, sie verhielten sich indifferent. Da die therapeutische Behandlung ebenfalls ohne Erfolg blieb, wurde condensirte Milch mit mehr condensirter Liebigssuppe gereicht. Diese Mischung wurde vertragen, wenngleich der Stuhl, so lange diese Nahrung gereicht wurde, breïg blieb, (eine Folge des hohen Zuckergehaltes,) verschwand doch der Darmkatarrh, aber entsprechend der geringeren Eiweissmenge blieb auch die Zunahme geringer als vorher; erst als nach der 20. Woche wieder frische Kuhmilch vertragen wurde, stieg die Zunahme wieder im 6. Monat auf täglich 18 Gramm und übertraf Bouchaud's, Fleischmann's wie Hähner's Brustkinder wieder um täglich 4—5 Gramm. Die Brustkinder Bouchaud's und Fleischmann's, jetzt künstlich ernährten Kinder, nahmen in den zweiten 6 Mo-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

naten, täglich von 9—6,6 und 8,1 Gramm zu, während Hähner's Kind täglich 15 Gramm zunahm, die gleiche Zunahme zeigte mein Mädchen mit 15 Gramm.

Diese Zunahme ist die doppelte als bei den von Fleischmann's künstlich ernährten Kindern.

Vergleichen wir die mittlere tägliche Zunahme der 6 Brustkinder in den ersten sechs Monaten, so war dieselbe 23,6, während die ohne Störung verlaufene ausschliessliche Ernährung meines Knaben mit cond. Liebigssuppe 24 Gramm darthat. Nehmen wir an, dass die Zunahme in den zweiten 6 Monaten die gleiche wie bei dem Mädchen, also 15 — so war das Jahresmittel bei Liebigssuppe 18.5. Bei den Brustkindern Bouchaud's und Hähner's 16,7 und 17,4, bei Fleischmann's halb Brust — halb künstlich ernährten 14—15,2 bei condensirter Liebigssuppe war dieselbe 16,3 beim Mädchen.

Kein Zweifel ist es, dass im ersten Monat die Muttermilch weder durch verdünnte Kuhmilch, noch durch irgend einen Zusatz zu derselben ersetzt werden kann.

Die Colostrummilch der Frau, die analog der Kuhmilch bis zu 7 Proc. Eiweissstoffe enthalten kann, und auch im ersten Monat ebenso reich an Eiweiss als gute Kuhmilch ist, kann durch die schwer oder nur theilweis verdauliche Eiweissstoffe der Kuhmilch nicht ersetzt werden. Die durch die Erfahrung gebotene Verdünnung der Kuhmilch, und die für den Säugling unverdaulichen Zusätze von Gerste oder Haferschleim, Gummi oder Gallerte, welche nach Fleischmann, nur das gleiche, mehr mechanisch als direct nährend wirken, indem sie die Coagulation des Kuhcaseins in grossen Massen verhindern, bieten im ersten Monat dem Kinde gar nicht die Möglichkeit, mehr als ein Minimum von neuem Blut zu bilden. Nur die Liebigssuppe bietet das annähernd normale Verhältniss der Nährstoffe der Muttermilch, und bietet nicht blos die Möglichkeit, sondern es wird auch in der That ein höherer Procentsatz Eiweiss daraus resorbirt als aus verdünnter Kuhmilch, dies ist durch die höhere Zunahme bei Altherr's vergleichenden Versuchen erwiesen.

Dass 24 Gramm tägliche Zunahme innerhalb der ersten 6 Monate bei cond. Liebigssuppe nicht das Maximum der Zunahme ist, sondern vorübergehend alle Saugkinder auch übertreffen kann, zeigt Lorch's Versuch, wo im dritten Monat bei reichlichen Mengen Nestle- und Gerbersmehl mit Wasser die Zunahme auf 8,3 sank, mit verdünnter Kuhmilch auf 26,5 — und mit Liebigssuppe 38,6 Gramm tägliche Zunahme stieg. Hier zeigt es sich deutlich, dass die verdauliche Menge Eiweiss in der Nahrung mit dem Stoffwechsel auch die Zunahme von Blut und Muskelsubstanz regulirt. Reichliche Mengen verdaulicher Kohlehydrate haben die Kinder auch bei Nestle- und Gerbersmehl erhalten, nicht aber Eiweiss.

Durch Trocknen büssen die Eiweissstoffe der Kuhmilch an Verdaulichkeit ein. Bei frischer Kuhmilch wird aber im dritten Monat schon in hinreichender Menge Kuhcasein oder Eiweiss verdaut, ebenso ein grosser Theil des feinflockigen Klebers.

Dass im zweiten halben Jahre öfters die künstliche Ernährung sehr fette Kinder zu erzielen vermag über die normale mittlere Zunahme, ist nicht einem zu reichen, sondern in weit überwiegender Anzahl einem armen Eiweissgehalt der Nahrung zuzuschreiben, und durchaus nicht wünschenswerth.

Ein Ueberschuss von Eiweiss in der Nahrung ist nie von Nachtheil, wenn es verdaulich ist, es ist das sicherste Mittel, rachitische Knochenbildung zu verhindern. Ein verdauliches in warmem wie theilweise kaltem Wasser lösliches Eiweiss bietet uns aber nur das Pflanzencasein der Leguminosen und dies wohl präparirt dürfte schon in geringen Mengen von 6—8 Wochen, der verdünnten Kuhmilch zugesetzt werden, und überall ein besseres Surrogat als Gerste und selbst Haferschleim abgeben.

Dass dem wirklich so sei, ergeben die Wägungen, die, während dieser Aufsatz schon geschrieben, auf meinen Wunsch nach meiner persönlichen Anweisung bei einer Verwandten von mir vorgenommen worden sind. Das Kind war am 11. Februar 1884 geboren und erhielt in den ersten 10 Wochen condensirte Liebigssuppe, während bei einem Mädchen die tägliche Zunahme in 10 Wochen 18,2 Gramm beträgt, war hier die tägliche Zunahme 21,2 Gramm. Von da an wurde an die Stelle von Liebigssuppe täglich 30 Gramm Maltoleguminose mit $^2/_3$ Milch und $^1/_3$ Wasser gereicht. Die Zunahme war in den folgenden 8 Wochen täglich 30,3 Gramm und übertraf alle Brustkinder. Während der letzten 6 Wochen wurde dem Kinde neben der Leguminose Morgens und Mittags einmal Semmelbrei mit Milch gereicht. Die tägliche Zunahme war dabei 25 Gramm. Die tägliche Zunahme für die ersten 6 Monate beträgt also 25,2 Gramm, kommt also dem besten Brustkinde vollkommen gleich.

Wie bei jeder Nahrung Darmkatarrh nicht ausgeschlossen, kann auch bei Liebigssuppe und Maltoleguminose derselbe eintreten. Bevor man jedoch die Ursache der Verdauungsstörungen der Leguminose oder der Liebigssuppe aufbürdet, sollte jeder Arzt sich stets erst vergewissern, ob nicht die Kuhmilch, selbst die beste, nicht die eigentliche Veranlassung zu Durchfällen zeitweise abgiebt, denn zu keiner Zeit, (wenn es auch häufiger im Sommer vorkommt) sind wir sicher, dass nicht Fermente in die Milch gelangen oder sich darin entwickeln, die nur durch längeres anhaltendes Kochen zerstört werden können. Ist aber die frische Milch die Ursache, was häufig der Fall sein dürfte, muss dieselbe zeitweise völlig entzogen und durch condensirte Milch ersetzt werden.

Die Schwierigkeit, selbst Wägungsversuche hinreichend zu controliren, sind für den beschäftigten Arzt sehr grosse, weil er nicht im Stande ist zu prüfen, ob alles so geschieht wie er es anordnet. Fast nur an eigenen Kindern im Hause, wo man auf wahrheitsgetreue Berichte und sorgfältige Befolgung der Anordnungen zählen kann, ist es möglich sich vor Täuschungen zu bewahren und so glaube ich, dass auch die von mir angegebenen Wägungen bei genau gleichbleibender oder im letzten Falle wechselnder Nahrung einen Anspruch auf Beachtung haben. Aus dem vorhandenen brauchbaren Materiale über Ernährung von Säuglingen geht aber zweifellos hervor, dass die mit guter Kuhmilch, Wasser, Liebigssuppe und Maltoleguminose ernährten Kinder selbst den besten Brustkinder nicht nachstehen, und dass in den meisten selbst verzweifelten Fällen die Amme vollständig entbehrt werden kann.

Da nun Liebigssuppe nirgends ausserhalb München bereitet wird, dürfte Maltoleguminose, das nach Dr. Fetzers Erfahrungen $^1/_4$ theelöffelweise für eine Trinkportion $^1/_2$ Milch und Wasser, ein rationelleres Surrogat, als Gerste und Haferschleim abgeben. Wenn Prof. Jacobi keine andere Nahrung als Gerste und Haferschleim empfiehlt, so liegt es wohl nur daran, weil er mit Leguminosenpräparaten keine Versuche gemacht hat. Nicht blos die doppelte Menge verdaulicher Eiweisstoffe der Leguminose, auch die reichlichen Mengen aufnehmbarer Phosphate meines Präparates geben demselben einen physiologisch weit höheren Nährwerth als Gerste und Haferschleim. Bei diesem Ausspruch kann von wissenschaftlich denkenden Aerzten keine anrüchige Reclame, sondern nur ein ebensowohl durch physiologische Thatsachen wie practische Erfahrung begründetes Vertreten einer guten Sache erblickt werden.

V. Die Behandlung des Abdominaltyphus auf Grund seiner Erfahrungen in dem fast $7^1/_2$ Jahre umfassenden Zeitraum vom 1. April 1877 bis Ende August 1884. Vortrag des Herrn Prof. Dr. Ebstein in der Section für innere Medicin der deutschen Naturforscher-Versammlung zu Magdeburg. Autoreferat des Herrn Vortragenden, entnommen dem Tageblatt der Versammlung.

Das Beobachtungsmaterial umfasst 235 fast durchweg schwere und mittelschwere Fälle, welche in der medicinischen Klinik in Holstein behandelt wurden. Die Sterblichkeit betrug 5,5%, welche sich bei Ausscheidung der durch keine Behandlung vermeidbaren Todesfälle auf 2,5% reducirt. Der Vortragende resumirt die Resultate seiner Beobachtungen in folgenden Sätzen:

1) Die sogenannte Abortivbehandlung des Abdominaltyphus mit Calomel ist eine nützliche und daher empfehlenswerthe.
2) Eine causale Behandlung des Unterleibstyphus giebt es ausser der Abortivbehandlung zur Zeit nicht. Die Therapie kann bei dieser Krankheit für jetzt nur eine symptomatische, d. h. eine allen krankhaften Erscheinungen Rechnung tragende und insbesondere eine den individuellen Verhältnissen des concreten Falles angepasste sein. Vor Allem erscheint eine auf alle Details eingehende diätetische Behandlung, speciell auch eine verständige, d. h. der drohenden Inanition vorbeugende Ernährung der Kranken von mindestens eben so grosser Bedeutung, wie jeder therapeutische Eingriff.
3) Die Bekämpfung hoher, auch längere Zeit andauernder Temperaturen beim Abdominaltyphus ist nur dann nothwendig, wenn dieselben entweder mit schweren Symptomen seitens des Herzens oder des Nervensystems oder beider einhergehen, oder endlich, wenn die Temperaturen sich einer an und für sich das Leben gefährdenden Höhe nähern.
4) Unsere Beobachtungen berechtigen zu der Annahme, dass man mit den dabei verfolgten Principien, also auch wenn man als ausschliessliche Behandlung nicht die Bäderbehandlung oder eine sonstige Methode der sogenannten strengen Antipyrese wählt, Resultate erzielt, welche an Sicherheit und Schnelligkeit des Erfolges den erwähnten Curmethoden nicht nachstehen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie dagegen an Annehmlichkeit und Bequemlichkeit in jeder Beziehung weit übertreffen. Bäder sehe ich als das kräftigste Stimulans an. Auf die Anwendung derselben darf, wo die anderen Mittel nicht ausreichend erscheinen, nicht verzichtet werden.

(In der sich anschliessenden Discussion erhob Herr Prof. Wagner-Leipzig einige Bedenken gegen das Natr. salicylicum, wogegen Herr Ebstein bemerkte, dass er bei dem von ihm geübten vorsichtigen Gebrauche der Salicylpräparate keinen nachweisbaren nachtheiligen Einfluss gesehen habe, und dass besonders der von Herrn Collegen Wagner gefürchtete nachtheilige Einfluss auf das Myocardium bei seinen zwei Fällen von Herzverfettung wohl nicht auf die Salicylpräparate zu beziehen sei. In einem dieser Fälle bestand ausser der Affection des Myocardium eine Endocarditis valv. mitralis.)

VI. Erfahrungen über die Resection des Nervus opticus. Von C. Schweigger. Berlin. Vorgetragen in dem diesjährigen ophthalmologischen Congress zu Heidelberg. Ref. C. Horstmann.

Die sympathischen Affectionen kommen nicht so häufig vor, wie gewöhnlich angenommen wird. Die Schmerzhaftigkeit des Ciliarkörpers auf Druck hat nicht die prognostische Bedeutung für die sympathische Entzündung, da bei jeder Chorioiditis oder Uveitis man dies Verhalten constatiren kann. Auch die sogenannten sympathischen Irritationserscheinungen, Klagen über Blendung durch Licht, über Beschwerden beim Arbeiten, auch wohl leichtes Thränen und Neigung zur Injection der Conjunctiva ohne objectiven Befund kommen häufig vor, ohne etwas mit der sympathischen Affection zu thun zu haben. Die Experimente von Knies und Deutschmann beweisen klar und deutlich, dass die sympathische Entzündung durch die Lymphbahnen des Opticus von einem Auge auf das andere übertragen wird; die Ciliarnerventheorie hat nur noch wenige Anhänger. Um nun eine sympathische Entzündung zu verhindern, ist es nicht nöthig, das zuerst erkrankte Auge zu entfernen, sondern es reicht aus, die Uebertragungsbahn zu unterbrechen. So kann die Enucleation nicht durch die einfache Durchschneidung, sondern durch die Resection eines hinreichend grossen Stückes des Sehnerven ersetzt werden. Vortr. führte die Operation in der Art aus, dass er den Rectus internus, welchen er mit einem Catgutfaden gesichert hat, um ihn nach Schluss der Operation wieder annähen zu können, durchschneidet. Alsdann dreht man das Auge nach Aussen, resecirt ein mindestens 10 mm langes Stück des Opticus und trägt das am hinteren Pol sitzende Gewebe mit den Ciliarnerven ab. Darauf wird das Auge nach Stillung der Blutung reponirt, der durchschnittene Rectus internus wieder angenäht und über das Ganze ein Druckverband gelegt. Auf diese Art ist es wohl nicht möglich, dass der Sehnerv wieder zusammenwächst und sich auch die Lymphbahn regenerirt. — Es wird von vielen Seiten der Resection der Vorwurf gemacht, dass sie die sympathische Ophthalmie nicht verhüte. Der von Leber beobachtete Fall, wo eine Iritis serosa $2^1/_2$ Jahre nach der Resection auftrat, ist nicht beweisend, da die sympathische Natur zweifelhaft ist und wohl der Sehnerv nur durchschnitten, nicht resecirt ist; es existiren eine Reihe von Veröffentlichungen, wo trotz der präventiven Enucleation eine sympathische Entzündung sich zeigte. Auch ungerechtfertigt ist der Vorwurf, dass die Operation Atrophie des Auges zur Folge habe. Dieselbe tritt nicht ein, wenn sie nicht durch die schon vor der Operation vorhandene Erkrankung bedingt wird. — Was die Indicationen der prophylactischen Resection der Sehnerven anlangt, so sind sie dieselben wie die der Enucleation; die Operation muss möglichst frühzeitig ausgeführt werden, natürlich nur an Augen, welche bereits verloren sind. Sie hat den Vortheil, dass das Auge erhalten bleibt und das Tragen eines künstlichen Auges nicht immer nöthig ist. Ausserdem kann die Resection bei sympathischer Neurose, bei recidivirender Bläschenbildung mit Schmerzen und bei erblindeten sehr schmerzhaften Augen gemacht werden.

In der darauf folgenden Discussion, an welcher sich Maiweg, Laqueur, Boucheron, Fränkel, Schmidt-Rimpler, E. Meyer betheiligten, theilt Letzterer mit, dass er eine Reihe von Sectionen wie Resectionen des Opticus zur Verhütung der sympathischen Ophthalmie mit gutem Erfolge ausgeführt habe. Hirschberg dagegen giebt der Enucleation in allen Fällen den Vorzug.

VII. Die Anästhesirung der Binde- und Hornhaut von Dr. Carl Koller. Mittheilung Dr. Brettauer's (Triest) in dem diesjährigen ophthalmologischen Congress zu Heidelberg. Referent C. Horstmann.

Dr. Carl Koller fand, dass ein Alkaloid der Cocablätter, welche die Mund- und Rachenschleimhaut anästhetisch machen, Cocainum muriaticum, das gleiche Verhalten auf der Binde- und Hornhaut veranlasst. Träufelt man einem Kaninchen eine zweiprocentige Lösung ein, so ist nach 2 Minuten die Cornea und Conjunctiva vollständig unempfindlich. Erst mit Abfluss des Kammerwassers und Berührung der Iris treten Schmerzen auf. Bei Instillation derselben Lösung in das menschliche Auge stellt sich zuerst schwaches Brennen und Trockenheit des Auges ein, nach 2 Minuten ist Cornea und Conjunctiva vollständig anästhetisch. Dieser Zustand dauert mindestens 10 Minuten; nach einer Stunde ist jede Erscheinung vorüber. Unangenehme Folgen machen sich nicht bemerkbar.

VIII. Im Kaiserlichen Gesundheitsamt herrscht zur Zeit eine rege Thätigkeit. Gegen 90 Medicinalbeamte aus allen Theilen des Deutschen Reiches, sowie eine Anzahl von Stabsärzten aus sämmtlichen Preussischen Armeecorps sollen die erforderliche Unterweisung erhalten, um nach den Koch'schen Methoden die Untersuchung auf Cholerabacillen ausführen zu lernen. — Zur Zeit sind immer 12 Herren commandirt, welche nach Absolvirung eines 10tägigen Cursus sofort durch 12 andere abgelöst werden. — Die Curse werden unter Leitung des Geh. Rath Dr. Koch in der Weise abgehalten, dass je vier Herren ein mit den Untersuchungsmethoden vertrauter, seit längerer Zeit zum Gesundheitsamt commandirter Militärarzt beigegeben ist. Die erforderlichen Mikroskope (mit Oelimmersion und Beleuchtungs-Apparat) bringen die Commandirten mit. — In den ersten Tagen des Cursus wird die Herstellung, Färbung und Untersuchung von Deckglas-Trockenpräparaten geübt, mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchung von Dejectionen. Ferner wird die Bereitung und Sterilisirung der Nährgelatine practisch durchgemacht und die Reinzüchtung der in normalen, diarrhoischen und dysenterischen Stühlen etc. sich findenden Bakterien unter Anwendung des bekannten Koch'schen Culturverfahrens geübt.

Bei diesen Arbeiten werden keinerlei complicirte Apparate oder Laboratoriums-Einrichtungen benutzt. — So findet die Sterilisirung der mit Watte armirten Reagensgläschen sowohl, wie diejenige der Glasplatten, auf welche die Gelatine ausgegossen wird, über einer gewöhnlichen Spirituslampe oder einem Gasbrenner statt. — An Stelle von Glasglocken dienen zur Aufbewahrung der fertigen Gelatineplatten zwei auf einander gelegte Teller. — Auch die Züchtung der Bakterien in einem Tröpfchen Bouillon im hohlgeschliffenen Objectträger wird wiederholt practisch durchgemacht. — Erst nachdem die erforderliche Gewandtheit und Sicherheit in den vorstehend aufgeführten Manipulationen erreicht ist, werden auch Reinculturen von Kommabacillen zu den Uebungen verwandt, selbstverständlich unter Anwendung der grössten Vorsichtsmassregeln und in einem besonderen unter Verschluss gehaltenen Raume, aus dem nichts entfernt werden darf, und in welchem sämmtliche benutzte Geräthschaften sofort zuverlässig desinficirt werden. — Die Art des Wachsthums der Kommabacillen in Nährgelatine, sowohl im Reagensgläschen, als auf den Glasplatten wird demonstrirt und die Reincultivirung der Kommabacillen aus künstlich gemachten Bakteriengemischen eingeübt. — Eine eingehende Besprechung sämmtlicher Massregeln, welche beim Vorkommen von Cholerafällen, speciell gegenüber dem ersten Falle in einem Orte, zu ergreifen sind, schliesst den Cursus.

Selbstverständlich würde ein so umfangreiches Unterrichtsmaterial in der kurzen Zeit von 10 Tagen nicht bewältigt werden können, wenn nicht der grösste Eifer und das lebhafteste Interesse der commandirten Herren dem Unterweisenden zu Hülfe käme. Der erste Cursus, zu welchem ausschliesslich Militärärzte von der westlichen Grenze commandirt waren, ist in der verflossenen Woche bereits geschlossen. Ein zweiter für Medicinalbeamte aus den Reichslanden und der Rheinprovinz findet zur Zeit statt.

Wir freuen uns, dass auch der preussische Medicinalbeamtenverein die Wichtigkeit der Curse und ihre principielle Bedeutung nicht übersehen, sondern einstimmig folgende Resolution gefasst hat: „Der Verein begrüsst die vom hohen Ministerium getroffene Verfügung betreffend die Uebungscurse für Medicinalbeamte behufs Untersuchung auf Cholerabacillen mit grosser Freude und erklärt die möglichst baldige Einrichtung von Fortbildungscursen für Medicinalbeamte, ähnlich den für Militärärzte bereits bestehenden, aus Rücksicht auf die allgemeine Wohlfahrt für dringend nothwendig". —

Keinen Augenblick zweifeln wir daran, dass Herr Minister v. Gossler gern bereit sein wird, dieser Resolution zu entsprechen, soweit dies in seiner Macht liegt. P. B.

IX. Das medicinische Leben und Treiben in Berlin beginnt nach langer Pause wieder sich zu regen. Die Erholungsreisen der Aerzte haben den Mühsalen der täglichen Praxis Platz machen müssen, die Universitätsferien gehen zu Ende, und bald wird der neue Decan Herr Leyden zu functioniren beginnen. Der Preussische Medi-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

cinal-Beamtenverein hat die letzte der diesjährigen Wander-Versammlungen abgehalten, die gegenwärtig einen so breiten Raum in dem medicinischen Leben Deutschlands einnehmen, und wie wir hören, haben die Vorbereitungen für den nächstjährigen Congress für innere Medicin unter der Leitung des Herrn Leyden schon begonnen, keinesweges zu früh, denn die Erfahrung hat auch in diesem Jahre gelehrt, dass der Erfolg solcher Vereinigungen von den Vorbereitungen wesentlich abhängig ist. An der betreffenden Besprechung nahmen von Auswärtigen die Herren Leube-Erlangen und Pfeiffer-Wiesbaden theil, und darf man vorhersagen, dass in Wiesbaden eine Reihe wichtiger Fragen zur Discussion kommen werden.

Das Comité für die Sammelforschung wird demnächst ebenfalls zu einer Sitzung zusammentreten, in der zuvörderst über den Plan einer internationalen Organisation, wie ihn der Congress in Kopenhagen angenommen hat, Bericht erstattet werden wird. Andererseits wird die Erweiterung der Ziele, welche die deutsche Sammelforschung sich gesetzt hat, sowie die Befestigung der bisher gewonnenen Grundlagen jedenfalls das Comité beschäftigen.

Ebenso darf jedenfalls in Bälde eine Sitzung der von dem Verein für innere Medicin eingesetzten Cholera-Commission erwartet werden. Es liegt Material genug für die Berathungen derselben und für eine Berichterstattung in dem Verein für innere Medicin vor. Letzterer hat gerade auf dem Gebiete der Aetiologie der Infectionskrankheiten schon mehrfach die Gelegenheit wahrgenommen, in weiten Kreisen für die Klärung der Ansichten über die Ergebnisse bakteriologischer Forschung wirksam zu sein. Wir erinnern in dieser Beziehung an die Discussionen über die Tuberculose und den Bacillus derselben, die Osteomyelitis, den Typhus, die Pneumonie, die Peritonitis etc., und dürfen erwarten, dass auch über Cholera asiatica und Cholera nostras in ähnlicher Weise Stellung genommen werden wird.

So sehen wir denn dem Beginn der Campagne des Vereins für innere Medicin und ihrem Fortgange um so mehr mit froher Erwartung entgegen, als Leyden dem Verein seine bewährte und nicht zu ermüdende Kraft zu widmen fortfährt und seine Leitung stets von ächt collegialem Geiste erfüllt ist. P. B.

X. Der Kommabacillus in den politischen Zeitungen.

Als ich in No. 36 d. Wochenschr. den Artikel „Untersuchungen über Cholera nostras“, welchen die Herren Finkler und Prior mir zu übersenden die Güte hatten, aufnahm, war ich von vornherein davon überzeugt, dass es sich hier um ein heikles Thema handle, und dass die Arbeit zu manchem Missverständniss Anlass geben werde. Indessen die Verfasser präcisirten die Unvollständigkeit ihrer Mittheilungen so scharf, indem sie unumwunden erklärten, ihre Culturversuche hätten ein negatives Resultat gehabt, dass nicht zu fürchten war, man werde den grossen Unterschied ihres Befundes von dem, was durch Koch nach vielmonatlichen Untersuchungen festgestellt war, irgendwie übersehen können. Koch selbst hatte, wie stets und zuletzt noch auf der Cholera-Conferenz im Kaiserlichen Gesundheitsamte, ja wiederholt und aufs Bestimmteste betont, dass nicht das mikroskopische Sehen maassgebend sei für die Beurtheilung, sondern fast in allen Fällen die Reincultur. Diese fehlte, und schon damit war die Differenz unzweifelhaft.

Eine Redaction, die es mit ihren Lesern ernst meint, wird freilich in erster Linie immer dahin streben, denselben nicht unabgeschlossene Mittheilungen, sondern klare Resultate nach bis zum Schluss durchgeführten Untersuchungsreihen zu bieten. Practisch ist dies aber nicht immer möglich. Es giebt nicht allzu viele Schriftsteller, die wie unseres Wissens R. Koch niemals vorläufige Mittheilungen publicirt haben, und selbst die unvollendeten können von Werth sein, indem sie eine wissenschaftliche Discussion veranlassen. Eine Nachprüfung der Finkler-Prior'schen Befunde durch Koch war allerdings, das lag wohl auf der Hand, unmöglich, solange ihm keine Reinculturen zu Gebote gestellt wurden. Um so unangenehmer war ich überrascht, als plötzlich in der Kölnischen Zeitung eine Mittheilung erschien und von diesem angesehenen Blatte in die gelesensten Zeitungen überging, in der die Deutsche medicinische Wochenschrift allerdings nicht genannt wurde, die aber demungeachtet wesentlich auf den an dieser Stelle veröffentlichten Artikel sich basirte. Die Mittheilung der Köln. Z. war aber insofern durchaus falsch, als sie aus der Mittheilung der Herren Finkler und Prior Schlüsse zog, im höchsten Grade geeignet, die Entdeckung Koch's als eine zweifelhafte erscheinen zu lassen, Schlüsse, welche den Herren Finkler und Prior, soweit wenigstens ihr Artikel in Frage kommt, ferngelegen haben.

Noch überraschender war folgende zweite Correspondenz der Kölnischen Zeitung aus Bonn, die etwa acht Tage später erschien und die wir wörtlich abdrucken:

Bonn, 15. Sept. Die Herren Professor Dr. Finkler und Dr. Prior haben heute in einem kleinen Kreise von Fach- und Berufsgenossen nun auch eine stattliche Zucht von Cholera-nostras-Bacillen vorgeführt. Damit ist die Gleichartigkeit oder doch mindestens die nahe Verwandtschaft des Finkler-Prior'schen und des Koch'schen Kommabacillus dargethan. Finkler und Prior haben sogar aus faulendem Cholera-nostras-Stuhl ganz herrliche Kommabacillen entwickelt, was sehr bemerkenswerth ist, da Koch der Meinung ist, die Choleraentleerung sei gefahrlos. Finkler und Prior beabsichtigen über ihre Aufsehen erregende Entdeckung auf der Naturforscher-Versammlung in Magdeburg (18. bis 23. September) Vortrag zu halten.

Wie sich die Sache nun weiter entwickeln würde, war für denjenigen, der mit unseren Pressverhältnissen nicht unbekannt ist, von vornherein klar. Im In- und Auslande schien die Entdeckung Koch's, auf die wir alle stolz waren, ihren Werth fast verloren zu haben. Gerade um dieser Verhältnisse willen habe ich es für meine Pflicht gehalten, die Mittheilungen, welche die Herren Finkler und Prior auf der Naturforscher-Versammlung machten, grossentheils, soweit dies irgend nothwendig war, wörtlich wiederzugeben.

An der Spitze unserer heutigen Nummer findet sich nun von einem der berufensten und erfahrensten Kenner der Bakteriologie aus R. Koch's Schule eine erste Kritik der Bonner Untersuchungen. Eine weitere sachliche Kritik ist solange unmöglich, als die Herren Finkler und Prior nicht in der Lage gewesen sind, wirkliche, nach Koch's Grundsätzen hergestellte Reinculturen zur Verfügung zu stellen.

Ich nehme daher von einem weiteren sachlichen Eingehen auf diese Angelegenheit zur Zeit Abstand. Dagegen fühle ich mich verpflichtet, ein neues Document aus der Kölnischen Zeitung abzudrucken. Die Kölnische Zeitung sagt, dass sie diese Mittheilung von „hervorragender fachwissenschaftlicher Seite“ erhalten habe. Ich zweifle keinen Augenblick daran, dass die Herren Finkler und Prior sowie die Freunde derselben jedenfalls mit dieser Mittheilung nicht das Geringste zu thun haben, und wäre um so begieriger, wenn diese hervorragende „fachwissenschaftliche Seite“ aus dem Nebel einer so bequemen Anonymität gütigst hervortreten wollte. Die Mittheilung lautet:

„Von hervorragender fachwissenschaftlicher Seite erhalten wir folgende Mittheilung: „Die Geschichte des sog. Cholerabacillus hat — gleichzeitig mit der Aufsehen erregenden Entdeckung dieser Pilzform bei der einheimischen Brechruhr durch Prof. Finkler und Dr. Prior zu Bonn — eine sehr unerwartete Wendung genommen durch die soeben von der englischen Fachzeitschrift Lancet veröffentlichten Untersuchungen des berühmten englischen Pathologen und Mikroskopikers Prof. Lewis. Derselbe unterwarf die auch von ihm in Choleraleichen, welche *ihm im Pharo*-Hospital zu Marseille zur Verfügung gestellt wurden, aufgefundenen kommaförmigen Bacillen eingehenden Vergleichen mit den bei Nicht-Cholerakranken vorkommenden niederen Pilzformen und gelangte zu dem überraschenden Ergebniss, dass der Kommabacillus in der Mundflüssigkeit nicht blos Kranker, sondern auch Gesunder eine gewöhnliche Erscheinung ist. Seine ungewöhnliche Verbreitung und Vermehrung im Darmcanal der Cholera- und Brechruhrkranken sei dadurch zu erklären, dass die massenhaften serösen Ausscheidungen bei diesen Zuständen eine der genannten Pilzform ausnehmend günstige Nährflüssigkeit bilden, in welcher dieselbe sich nicht blos zu behaupten, sondern auch massenhaft zu vermehren vermöge. Die Redaction des Lancet bestätigt die volle Uebereinstimmung der Form zwischen den von Lewis ihr eingesandten Präparaten und den von Koch beschriebenen und abgebildeten Cholerapilzen. Ob es sich bei den Finkler-Prior'schen und bei den Lewis-schen Kommabacillen um Varietäten oder um identische Wesen mit den von Koch in Choleraleichen gefundenen und als Ursache der Cholera bezeichneten Parasiten handelt, muss durch weitere Forschungen ermittelt werden: jedenfalls ist die Hoffnung, in dem Befunde von Kommabacillen ein Mittel zur Erkennung der asiatischen Cholera gewährt zu sehen, eine trügerische gewesen und dürften die auf diese Voraussetzung begründeten staatlichen Maassnahmen daher wieder rückgängig werden.“

Ohne alle Kritik werden hier die Untersuchungen des Herrn Lewis der Welt als eine wissenschaftliche Entdeckung ersten Ranges vorgestellt, ohne dass der „hervorragende Sachverständige“ sich Zeit genommen hätte auch nur zu fragen, wie es mit der Originalität dieser Lewis'schen „Entdeckung“ steht, ganz abgesehen von dem Fehlen der Reinculturen auch hier.

Ich glaube, dass es wohl an der Zeit ist, gegen ein derartiges Treiben auf das Entschiedenste Verwahrung einzulegen. Wohin soll es führen, wenn man vor einem Forscher, dessen geniale Methodik von Allen, die etwas davon verstehen, mögen sie im Uebrigen mit seinen sonstigen Anschauungen übereinstimmen oder nicht, von Männern wie Helmholtz, Virchow, R. Volkmann, Lister, um nur einige der vornehmsten Namen zu nennen, als eine geradezu einzige gekennzeichnet wird, nicht soviel Respect hat, um zu warten, bis man zu unumstösslichen Resultaten gekommen ist, ehe man eine Entdeckung anzweifelt, welche die reife Frucht nicht einiger Wochen, sondern monatelanger Arbeit gewesen ist? Gewiss, auf dem Gebiete der Wissenschaft hat der blinde Autoritätenglaube keine Stelle, aber gestützt auf unvollständige Untersuchungsreihen mit zweifelhaften Ergebnissen eine

Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Kritik zu üben, wie dies bei dieser Gelegenheit geschehen ist, halte ich für durchaus unzulässig.

Für die Veröffentlichung der betreffenden zuletzt wiedergegebenen Notiz in der Kölnischen Zeitung giebt es, wenn sie wirklich von einem Sachverständigen herrührt, so weit dieser in Frage kommt, keine Entschuldigung. Sie ist geeignet, in einer nicht nur theoretisch, sondern practisch wichtigen Frage Verwirrung in weite Kreise zu bringen. Hier lag offenbar die Pflicht vor, noch zu warten und jede solche Publication zu verhindern, ehe nicht das entscheidende Wort gesprochen war. Freilich eins hat man erreicht: im Auslande ist die Freude unserer Gegner gross genug. Man hat mit nicht geringer Geschicklichkeit die Geschäfte des Herrn Pasteur und seiner Genossen besorgt. Ich glaube, wir haben keine Ursache, darauf stolz zu sein, dass wir den Gegnern deutscher Wissenschaft derartige Waffen in die Hand geben und dadurch ihrem Selbstgefühl einen freilich, davon sind wir schon jetzt überzeugt, sehr vergänglichen Triumph bereiten.

P. B.

XI. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung am 5. Februar 1884.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Rautenberg.

Herr Prochownick demonstrirt zwei Tumorpräparate, welche sich vorzüglich durch ihr rapides Wachsthum intra vitam ausgezeichnet haben.

1. Ein über Mannskopfgrosses, vielhöckeriges, subseröses, gestieltes Fibromyom des Uterus. Die Patientin kam im August zuerst in Beobachtung mit leichten peritonealen Reizerscheinungen, ausgehend von einem kleinfaustgrossen, damals noch recht beweglichen, sehr festen Bauchtumor, welcher vor dem Uterus lag. Unter Ruhe und Eis erholte sich die Kranke damals völlig. Nach $2^1/_2$ Monaten hatte der Tumor dann die jetzige Grösse erreicht. Dabei keine Blutungen, nur allmählich zunehmende Dyspnoe und peritoneale Zugschmerzen. Laparotomische Entfernung (Anfang Januar 1884) leicht. Die Geschwulst sitzt an kurzem dicken Stiel am Fundus uteri dicht über der linken Tube, wird enucleirt und der Stiel durch feine Seidensuturen vernäht, Verlauf gut. Maasse am frischen Durchschnitt 24 cm Breite, 14 cm Höhe, 12 cm Dicke. Mikroskopischer Charakter: Typisches Fibromyom.

2. Eine im April 1883 normal entbundene Schwedin von robustem Bau und kräftiger Constitution wurde am 20. April vom Vortragenden untersucht, als sie sich bei einer Familie als Amme verdingen wollte. Sie war am 3. Tage des Wochenbetts bereits aufgestanden und blutete in der 2. und 3. Woche post partum.

Ausser mangelhafter Involution Nichts zu finden (Secale innerlich). Das Engagement zerschlug sich und Vortragender bekam die Kranke erst vor 12 Tagen wieder zu Gesicht. Sie hatte seit Anfang Juni 1883 viele ziehende, in einzelnen Anfällen auftretende Schmerzen im Leibe und begab sich deshalb vom 5. August bis 12. September ins Allgemeine Krankenhaus. Nach den von dort gesandten Notizen hat sich ein positiver Anhalt für die Klagen der Patientin damals nicht gefunden, insbesondere war kein Tumor im Leibe oder im kleinen Becken nachweisbar, der Uterus war normal gross, beweglich und die Adnexa waren frei. Sitzbäder und Salicyldouchen besserten das Befinden, Fieber trat nie ein, und am 12. September erfolgte auf Wunsch bei mehrfach constatirtem negativen Genitalbefund die Entlassung.

Mit wenigen Intervallen hat Patientin alsdann von Ende September an wieder sehr heftige Schmerzen gehabt, dieselben traten immer in Paroxysmen und in der ganzen Verlaufsart wie typische, nur sehr lange anhaltende Wehen auf. Von November an Schwellung des Leibes, ziemlich rapide zunehmend. Erst Anfang Januar 1884 nahmen die Schmerzen und die Schwellung so zu, dass sie sich von jeder Arbeit fernhalten und vorwiegend liegen musste, dabei reguläre, geringe, menstruale Blutungen.

Eine am 20. Januar vorgenommene Untersuchung ergab: Sehr grosse starkknochige Person, Lunge und Herz normal, Puls etwas klein und frequent (108), bei normaler Temperatur auch Abends Abdomen ziemlich stark aufgetrieben und prall gespannt vorwiegend in der linken Seite. Schon die Inspection zeigt einen vom kleinen Becken ausgehenden, mehr die linke Bauchseite anfüllenden, an der Athmung unbetheiligten Tumor.

Percutorisch lässt sich die Leber rechts deutlich in normaler Configuration abgrenzen, links gelingt dieses nicht. Die Figur des Tumors ist die eines hochgraviden, nach links verdrängten Uterus. Auscultatorisch nur einige Venengeräusche zu hören. Consistenz der Geschwulst hart mit geringer Elasticität. Während der Untersuchung hat man mehrfach das Gefühl eines Prallerwerdens und Aufrichtens der Geschwulst, ähnlich wie bei der Wehe. Von der Scheide aus zeigt sich der grössere Theil des kleinen Beckens gleichfalls von der Geschwulst erfüllt, der Cervix ist nach rechts, oben, hinten verdrängt, die Blase nach rechts vorn, mässig gefüllt. Bewegungsversuche ergeben, dass jedenfalls die Blase frei gegen den Tumor beweglich ist, sie entleert sich völlig, contrahirt sich ohne Luft zu aspiriren und lässt sich bei liegendem Catheter umgreifen sowie allseitig gegen den Tumor verschieben. Hingegen hängt der Uterus in continuo mit demselben zusammen. Die Beweglichkeit der Gesammtmasse ist eine geringe; es wird dieses mehr auf die Grösse als auf die Adhäsionen bezogen. Nirgends elastische Resistenz oder Fluctuationsgefühl. Die Sonde dringt erst scharf nach rechts und dann wieder nach links abbiegend, 14 cm tief ein und ist an der rechten Aussenseite der Geschwulst in Nabelhöhe äusserlich abzutasten. Die nach rechts von derselben liegende Wand der Geschwulst erweist sich als sehr dünn, während die ganze übrige Tumorfülle links von der Sonde liegend und stark gegen dieselbe hervorgebuchtet erscheint. Inguinaldrüsen leicht geschwellt. Auf die Untersuchung folgt eine einmalige Reaction bis 39,4°, dann wieder 4 Tage lang normale Temperatur. Die Schmerzen stellen sich sofort wieder ein, charakterisiren sich jetzt unter regulärer Beobachtung als heftige, deutlich wehenartige, von Tumorcontractionen begleitete, 10—15 Minuten währende Anfälle, welche nach einer Pause von 20—25 Minuten wiederkehren und nur sehr starken Morphiumdosen (0,025) auf $1^1/_2$—2 Stunden nachgeben. Puls und Athmung zeigen dabei die bei Wehen auftretenden Charaktere. Es wird auf Grund des Befundes eine vom Uterus selbst oder vom linken Ovarium ausgehende, wahrscheinlich cystomyomatöse, rapid wachsende Neubildung diagnosticirt, und ein Versuch laparotomischer Entfernung beschlossen. Operation am 28. Januar 1884.

Schnelle Eröffnung des Leibes. Peritoneum stark verdickt, völlig schwartig und in beträchtlicher Ausdehnung mit dem entzündlich geschwellten fettig entarteten und sehr gefässreichen Netze verwachsen. Peritoneum und Omentum müssen gemeinschaftlich durchtrennt werden. Nach unten gehen beide gemeinsam auf die Tumorfläche über, jedoch löst sich das Peritoneum hier leicht ab, das Netz haftet fest auf der Geschwulst. Geringe Mengen blutigen Ascites entleeren sich. Die Geschwulst erweist sich als mit dem gesammten Colon, mehreren Dünndarmschlingen und der Curvatura magna ventriculi fest verwachsen. Nach Durchtrennung einiger loserer Adhäsionen kann man etwas mehr in die Tiefe nach hinten dringen, jedoch zeigt sich, dass je weiter nach unten und hinten, um so mehr die Verwachsungen an Menge und Festigkeit zunehmen. Es muss deshalb die Operation unvollendet gelassen, und das Abdomen geschlossen werden.

Nach einer relativen Euphorie von 3 Tagen ohne Fieber und ohne Schmerzanfälle erliegt die Kranke am 4. Tage schnell der ersten Attacke einer Peritonitis.

Die Section war durch die zahlreichen Adhäsionen sehr erschwert.

Vortragender fasst das vorliegende Präparat als ein vom linken Ovarium ausgehendes Cystosarcom auf; eine Höhlung enthielt Blut und Fibrin, eine zweite Eiter mit colloiden Schleimmassen, eine dritte serös-blutige Flüssigkeit. Die Abgrenzung des Tumors gegen den Uterus, resp. der Uebergang in denselben, ist der Uebersicht wegen noch nicht präparirt. Rechte Tube und Ovarium erhalten, die linke Tube geht in die Geschwulstwand über. Linkes Ovarium nicht vorhanden.

Herr Cordua stellt einen 50jährigen Mann vor mit hochgradig mangelhafter fötaler Entwickelung der rechten oberen Extremität bei im Uebrigen absolut fehlerfreier Construction des Körpers speciell des Bewegungsapparates. An dem genannten Gliede fehlen Unterarm und Hand vollständig, sodass es durchaus einem Amputationsstumpf nach Abtragung des Knochens dicht über dem Ellenbogengelenk gleicht. Der Oberarm ist, was Länge des Knochens, Entwicklung der Weichtheile betrifft, normal gebildet, nur ungefähr 1 Zoll oberhalb der Spitze des Stumpfes findet sich als Andeutung für die Anlage des fehlenden Theiles der Extremität ein in der Mitte tiefgefurchter Hautwulst, der in seiner Spitze einen kleinen phalanxartigen Knochen und auf seiner Kuppe einen äusserst zierlichen Nagel trägt.

Herr Lauenstein demonstrirt ein Präparat von Darmocclusion in Verbindung mit Extrauterinschwangerschaft.

Die 40jährige Patientin, Mutter dreier lebender Kinder, die am 20. Januar 1884 in Bethesda aufgenommen wurde, hatte im März 1883 concipirt und unter beständigen peritonitischen Erscheinungen und heftigen Wehen ihre Schwangerschaft durchgemacht. Vor circa 7 Wochen hörten unter Schüttelfrösten plötzlich die bis dahin sehr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lebhaften Kindesbewegungen auf, und Patientin fühlte sich seitdem elender. 8 Tage vor der Aufnahme war Erbrechen eingetreten und seitdem kein Stuhlgang mehr erfolgt. Bei der Aufnahme zeigte die äusserst abgemagerte Frau einen sehr starken Leib, bis über den Nabel Dämpfung, im oberen Theil des letzteren Fluctuation, während quer oberhalb des Beckeneinganges ein Fruchtkörper zu fühlen war. Die hintere Scheidenwand war sehr stark nach abwärts gedrängt und nur mit Mühe von Rechts hinter dem horizontalen Schambeinast die Andeutung des äusseren Muttermundes zu fühlen; der After war stark vorgedrängt und ebenso per rectum ein stark in die Kreuzbeinhöhlung drängender Tumor zu constatiren. Am Abend des 20. Januar wurde durch Punction in der Linea alba 2400 ccm eines chocoladenfarbenen, Hämatoidin-haltigen Eiters entleert. Der Zustand der Patientin blieb unverändert, sie zeigte normale Temperatur, einen kleinen Puls von 120; das Erbrechen dünnflüssiger, etwas fäculent riechender Masse dauerte fort. Bei der am 22. Januar vorgenommenen Laparotomie wurde ein völlig ausgetragenes Mädchen in etwas macerirtem Zustande und eine links obensitzende durch Blutungen sehr vergrösserte Placenta entfernt. Die Frucht hatte in einem $^1/_2$ cm dicken musculösen Sacke gelegen, der das ganze Becken einnahm, während rechts an der Beckenwand der 9 cm lange Uterus deutlich gefühlt wurde.

Der Fruchtsack wurde nach dem Douglas drainirt, da der Tumor mit der vorderen Bauchwand fest verwachsen war, so konnte die Operation ohne Eröffnung der Bauchhöhle beendigt werden.

Unter Fortdauer der Darmocclusionserscheinungen starb die Kranke 2 Tage später im Collaps. Die Section zeigte, dass mit dem Uteruskörper die rechte Tube und das rechte Ovarium an der rechten Beckenseite lagen, die linke Tube erstreckte sich über die Kuppe der Geschwulst nach links. Das linke Ovarium wurde leicht gefunden. Die Darmocclusion lag im untern Theile des Jejunum, das durch einen Strang des grossen Netzes, das abwärts mit der hinteren oberen Wand des Fruchtsackes verwachsen war, abgeschnürt wurde. Hinter der Occlusionsstelle lag ein prall gefüllter faustgrosser abgekapselter Abscess, der nach oben bis an die linke Niere reicht, während er nach rechts hin vom Mesenterium des Dünndarms begrenzt wurde; nach links und vorn zog das Colon descendens über den Abscess hinweg. Das gesammte Peritoneum namentlich im unteren Theile der Bauchhöhle war schwarz pigmentirt, ein Beweis, dass früher grössere Blutungen in die Bauchhöhle stattgefunden hatten. Ausserdem fand sich Thrombose der V. iliaca communis, Erweiterung des rechten Nierenbeckens, Lungenödem und Schrumpfung der Mitralklappe.

Die Entstehung der Darmocclusion steht wahrscheinlich mit der Bildung des Abscesses in Zusammenhang: dieser hat, da er seiner Lage nach der Einklemmungsstelle des Darms vollkommen entsprach, vermuthlich bei seinem Anwachsen des Jejunum gegen den schon früher bestehenden Netzstrang angedrängt. Nur hierdurch lässt sich das späte Auftreten der Occlusion erklären. Die Erfüllung der Hoffnung, dass nach der Laparotomie und der Entlastung des Leibes die Ileus-Erscheinungen zurückgehen möchten, war somit thatsächlich unmöglich.

Zur Discussion über den Vortrag des Herrn Boese meldet sich Niemand zum Worte, nur macht Herr Voigt darauf aufmerksam, dass in den hiesigen Polizeistationen gut eingerichtete Verbandkästen den Aerzten bei Nothfällen zur Verfügung stehen.

Herr v. d. Porten hält hierauf seinen angekündigten Vortrag über „Venenerweiterungen bei Lebercirrhose" (Autorreferat).

In Vertretung des Herrn Dr. Michael wurde ich vor circa 3 Jahren zu einem 43jährigen Potator gerufen, der an profusen Lungenblutungen litt. Mehr aber als die Blutungen erschreckte mich die hochgradige Cyanose des Patienten. Er hatte vollkommene Blausucht wie Kranke mit einem Vitium des rechten Herzens.

Die Umgebung des Patienten theilte mir mit, so blau sähe er immer aus, hätte seit Jahren so blau ausgesehen. Ich fand nun auch die übrigen Venen des Körpers erweitert und blutgefüllter, an den Füssen und Beinen, Händen nnd Unterarmen, wo sie als dicke blaue Wülste hervorragten.

Angesichts dieser allgemeinen Stauung nahm ich ein Vitium cordis an. Die Dämpfungsfigur des Herzens liess sich nicht genau feststellen, da am rechten Lungenrande ein fast faustgrosser hämorrhagischer Infarct sass, der Dämpfung, Bronchialathmen und Knistern ergab. Die Herztöne waren rein, doch schien sich dem 2. Aorten-Ton ein leises Blasen anzuhängen. Ich nahm Atherom der Aorta, fettige Degeneration des Herzfleisches, Stauungsinfarct an un verordnete Digitalis. Anscheinend mit Erfolg. Die Blutungen wiederholten sich aber öfter und öfter.

Schliesslich nach circa 6 Wochen ging der Patient unter cerebralen Erscheinungen zu Grunde. Die Section machte Herr Dr. Dehn. Ich erwartete, wie gesagt, ein Vitium cordis. Michael sagte: der Mann hat so gesoffen, der muss eine Lebercirrhose haben. Und er hatte Recht. Obgleich kein Ascites vorhanden, fanden wir die exquisiteste Lebercirrhose. Am Herzen: geringe Fettauflagerung, bräunliche Färbung des Myocards, Intima und Klappenapparate zart und intact. Aorta glatt und gut.

Da also kein Herzfehler vorlag, so entsteht die Frage: Woher die im Leben so auffallende Erweiterung der Venen? Der Versuch, sie durch eine, über das Pfortadergebiet hinaus fortgeleitete Stauung zu erklären, ist zu gewaltsam, angesichts der Lungenblutungen aber gar undenkbar, da diese Stauung dann vor Allem das Herz übersprungen haben müsste.

Wagner fahndete auf Herzfehler bei Cirrhose als Ausdruck einer solchen Rückstauung, fand sie aber nicht, ein Zeichen dafür, dass Stauung im Pfortadergebiet sich nicht auf den Körperkreislauf fortsetzt, wenigstens nicht in bemerkenswerthem Umfang. Wenn aber die Erweiterung der Venen nicht durch Stauung bedingt war, so war sie eine Veränderung der Venen selbst.

Woher dann diese pathologische Venenerweiterung bei unserer Cirrhose?

Entweder war sie Folge der Cirrhose selbst, also etwa eines Stoffes, der durch den Schwund des Leberparenchyms entstanden oder nicht vernichtet, sich im Blute aufhielt, oder, weiter zurück, war sie zugleich mit der Cirrhose entstanden aus der gleichen Ursache — dem Alkohol.

Im ersteren Falle hätten wir die interessante Thatsache, dass die zum Ascites tendirende Lebercirrhose sich selbst ein Mittel gegen den Ascites, ein Compensatorium, geschaffen hätte. Denn: je erweiterter die Venen, je grösser ihre Neigung zu Varicenbildung, desto mehr Blut können sie aufnehmen, desto später wird es zum Ascites kommen, in besonders günstigen Fällen also garnicht.

Könnte aber der Alkohol, wie die Cirrhose, so auch die Venenerweiterung schaffen, wofür Manches, z. B.: Die Säufernase spricht, so würden wir mit dieser Annahme einen tieferen Einblick in die Entstehung unserer Cirrhose gewinnen. An der allgemeinen Venenerweiterung participirten auch die centralen der Acini.

In Folge dessen verlangsamte Circulation in den zuführenden Gefässchen, dadurch Gelegenheit zum Austritt weisser Blutkörperchen und subentzündliche Bildung neuen Bindegewebes. Und zwar würde die Circulationsverlangsamung mit ihren Folgen die portalen Gefässchen treffen, während die arteriellen durch die in ihnen bestehende vis a tergo weniger darunter zu leiden hätten. Die Infiltration fände also um die portalen Gefässchen statt, diese würden comprimirt, müssten veröden, und der später sich geltend machende Zug des narbigen Bindegewebes würde nur die arteriellen Gefässchen erweiternd treffen — durchaus entsprechend dem mikroskopischen Bilde.

Die Erweiterung der centralen Venen — die ja auch zum mikroskopischen Bilde gehört, würde aber nun nicht als das Secundäre, sondern als das Primäre anzusehen sein, nicht als die Folge, sondern als die Ursache unserer Cirrhose.

Diese ungezwungene Erklärung des mikroskopischen Bildes könnte Einen leicht verführen, denselben Modus der Entstehung für die Cirrhose überhaupt anzunehmen, weil man damit der Hypothese vom irritativen Einfluss des Alkohols auf die portalen Gefässe allein enthoben wäre — man wird sich aber hüten müssen, weil der Ihnen vorgetragene Fall doch ein zu exceptioneller ist. Vielleicht aber ist er mehr ausgesprochen, als exceptionell.

Mir will es wenigstens scheinen, als ob eine Verwechselung von Vitium cordis mit Lebercirrhose nicht gar so selten wäre, und ich würde Klinikern dankbar sein für die Mittheilung von Fällen, in denen sie in gleicher Weise durch die Section oder schon früher durch das Auftreten von Ascites mit einer Lebercirrhose überrascht worden sind.

Jedenfalls aber bilden den Uebergang von den gewöhnlichen Fällen von Cirrhose zu meinem Fall zwei Reihen von Cirrhosefällen, nämlich diejenigen, die ohne Ascites verlaufen, und diejenigen, welche mit Blutungen einhergehen, die ihren Ursprung ganz ausserhalb des Pfortadergebietes und seiner Anastomosen haben.

Für diese letzteren hat man sich mit der Annahme einer hämorrhagischen Diathese zu helfen gesucht. Bei den meisten dieser Fälle jedoch ist die Annahme einer hämorrhagischen Diathese weder ätiologisch noch klinisch begründet.

Da aber zur Erklärung dieser beiden Reihen von Cirrhosefällen die Annahme einer pathologischen Venenerweiterung ausreichend wäre, so scheint es mir angezeigt, in Zukunft bei Cirrhosenfällen ohne Ascites und solchen mit Blutungen ausserhalb des Pfortadergebiets und seiner Anastomosen das Augenmerk auf das gesammte Venensystem des Körpers zu richten.

Vom Resultat dieser Untersuchungen würde das Weitere abhängen.

Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

An den Vortrag schliesst sich sogleich die Discussion an.

Herr Michael: Er habe die Diagnose auf Lebercirrhose gestellt, da Patient schon seit längerer Zeit in seiner Behandlung gewesen. Ein Jahr vor dem Tode habe Vergrösserung der Leber bestanden; dann sei allmählich normale Grösse und schliesslich Verkleinerung eingetreten. Auch die Anamnese ergäbe die Cirrhose als wahrscheinlich. Das Geräusch an der Aorta ist nach Redner nur Folge der allgemeinen Cachexie, er habe kein Vitium cordis angenommen. Die Blutungen seien durch Acholie verursacht, Acholie sei ein Grund für hämorrhagische Diathese: Redner erinnert an einen Fall bei einem mit Gallenfistel behafteten Kinde, wo nach längerem Bestande der Fistel Blutungen in die Lungen, in die Fistel, in Blase und Haut eingetreten seien. Die Venenerweiterungen hätten schon früher bestanden, als die Cirrhose, schon während Patient sich sonst wohl fühlte, habe immer Cyanose bestanden. Diese Cyanose sei seiner Ansicht nach bedingt gewesen durch eine angeborne Kleinheit des Herzens, nebenbei habe sich allerdings bei der Section braune Degeneration des Herzfleisches gefunden. Die Function des Herzens sei immer gestört gewesen, das beweise der sehr frequente Puls, der immer zwischen 120 und 140 betragen habe; es habe jedoch nie Fieber bestanden; auch durch schnellere Bewegung sei der Puls nie erhöht worden in seiner Frequenz.

Herr Bülau: Die Erklärung der Cirrhose in diesem Falle durch die Venenerweiterung sei schwierig, da die Ausdehnung der Venen schon lange vorher bestanden habe. Der Missbrauch des Alkohols mache auch ohne Gefässerweiterung Lebercirrhose, die Erklärung dafür sei nicht so leicht. Die Formen der Cirrhose seien sehr verschieden, man fände Verkleinerung der Leber nach vorheriger Vergrösserung, aber auch directe Schrumpfung. Das Bild bei Alkoholisten sei überhaupt nicht immer gleicher Art. Es gäbe bei denselben auch Fälle, in denen eine acute, schmerzhafte Schwellung der Leber bestehe, die bei Abstinenz von Alkohol völlig zurückgehe. Dieses sei vielleicht ein primäres Stadium der Lebercirrhose, doch wolle er dieses nicht sicher behaupten, da er keinen Fall sah, in welchem später nachweislich Cirrhose entstanden sei. Den Einfluss des Alkohols auf die Blutmischung glaubt Redner annehmen zu können, dieses beweise z. B. die Fettleber, ferner die Albuminurie, die zuweilen bei Deliranten sehr hochgradig sei, bei welcher aber nicht immer directe nephritische Erscheinungen beständen. Es müsse dabei jedenfalls eine Einwirkung des Alkohols auf die Nieren angenommen werden, die zu einem Austritt des Albumen aus dem Blute führe. Eine Verwechselung zwischen Vitium cordis und Lebercirrhose ist Redner nicht so häufig vorgekommen. Fälle von Lebercirrhose mit dunklem Verlauf, ohne Ascites, hat Redner mehrfach gesehen, oft mit centralen Erscheinungen, die nicht auf Acholie zurückzuführen seien. Die Blutungen in dem betr. Falle seien nicht alle durch die Cirrhose zu erklären, besonders nicht der Infarct. Die Blutungen entständen meist dicht vor dem Exitus letalis an den verschiedensten Stellen, nach seiner Meinung in Folge der Cachexie. Zu unterscheiden seien die Blutungen in den Magen und Darm, die Folge der Stauung im Pfortadersystem seien. Ein kürzlich im allgemeinen Krankenhause beobachteter Fall von Lebercirrhose, in welchem das Platzen einiger Varicen im Oesophagus zum Tode führte, spreche vielleicht zu Gunsten der Ansicht des Herrn v. d. Porten.

Herr Michael: Die Blutungen seien hier in dem betreffenden Falle nicht als agonales Symptom aufzufassen, da Patient schon früher Blutungen gehabt habe. Geendet habe der Fall mit cerebralen Erscheinungen, nämlich mit Aphasie und Agraphie. Diese Symptome seien plötzlich entstanden beim Stiefelanziehen. Herr Fränkel schliesst sich der Ansicht des Herrn Bülau an.

Dass der Infarct durch Neigung zu Blutungen entstanden sei, sei nicht gut anzunehmen. Die Blutungen in solchen Fällen seien immer nur in kleinerem Maasse vorhanden. Redner hält die Thrombenbildung in den Venen für Ursache, die durch Embolie den Infarct bedingt habe. Kleinheit des Herzens als Grund für die Cyanose sei hier nicht wahrscheinlich, da die Section braune Degeneration des Herzfleisches ergeben habe, sonst müsse bei Chlorose, wo Kleinheit des Herzens ein Hauptsymptom sei, Cyanose beobachtet werden.

Herr v. d. Porten: Die Ausführungen des Herrn Bülau sprächen eher für seine Ansicht, dass Lebercirrhose durch Venenerweiterung begünstigt werde. Das lange Bestehen dieser Erweiterung spräche ebenfalls mehr dafür. Blutungen entständen auch schon, ehe überhaupt eine hämorrhagische Diathese einträte, Acholie könne vielleicht eine Rolle spielen, es gäbe jedoch Fälle, in denen keine Acholie vorhanden sei, und doch Blutungen stattgefunden hätten, auch in den Lungen.

Herr Schott hat einen Fall behandelt, der ebenso verlief, wie der geschilderte, in welchem jedoch kein Potatorium vorlag, sondern nur Ueberarbeitung stattgefunden hatte. Patient bot ganz dasselbe Bild.

Herr v. d. Porten: Der Fall des Herrn Schott spräche für seine Ansicht. Wenn Venenerweiterung Lebercirrhose machen könne, so brauche doch kein Alkoholmissbrauch stattgefunden zu haben.

Herr Curschmann führt im Anschluss an die Mittheilung des Herrn Bülau aus, dass er wiederholt Leberveränderungen bei Alkoholisten beobachtet habe, welche er für das erste Stadium der Cirrhose halte. Es handle sich um eine stark geschwollene stumpfrandige, derbe Leber mit glatter Oberfläche, welche bei der Palpation meist ziemlich empfindlich sei. Dabei bestehe, was diagnostisch besonders wichtig, ein grosser Milztumor. Ascites sei in diesem Stadium gewöhnlich noch nicht nachweisbar. Offenbar spiele hierbei die Milz, welche einen grossen Theil des im Pfortadersystem gestauten Blutes aufnehme, eine compensirende Rolle. C. habe zwei Fälle gesehen, wo Personen, die er vorher an der eben beschriebenen Leberaffection behandelt hatte, später mit völlig ausgesprochener Cirrhose ins Krankenhaus kamen. C. glaubt, dass das geschilderte Anfangsstadium der Cirrhose unter besonders günstigen Umständen einer Rückbildung fähig sei, doch seien dies sehr seltene Fälle. Die weiter gediehene Form der Cirrhose lasse keine Heilung, wahrscheinlich nicht einmal einen Stillstand zu.

C. macht bei dieser Gelegenheit auf ein seltenes Symptom der frühesten Stadien der Cirrhose aufmerksam. Er habe bei einem Patienten zu einer Zeit, wo noch keine Veränderungen der Leber sicher erweisbar waren, hartnäckige alkoholische Durchfälle ohne vorhandenen Icterus beobachtet; er erkläre sich diese Erscheinung als die Folgen mangelhafter Gallenbildung, nicht als die Folge mangelhafter Entleerung dieses Secrets in den Darm.

Der in der Debatte mehrfach erwähnte Einfluss des Alkohols auf die Entstehung der Cirrhose werde nach seiner Meinung vielfach zu einseitig betont. Bei einem nicht unbedeutenden Procentsatz der Erkrankung sei Alkoholismus auszuschliessen. Er erinnere in dieser Beziehung nur an die Cirrhose bei Frauen; auch alkoholistisch gänzlich unbelastete Männer habe er mehrfach an der Krankheit zu Grunde gehen sehen. Vielleicht sei für die Aetiologie der chronischen interstitiellen Hepatitis — sowohl der zur Granularatrophie führenden als der hyperplastischen Form — die Syphilis noch nicht genügend gewürdigt. In Bezug auf die Wagnerschen Untersuchungen, ob Herzaffection die unmittelbare Folge von Cirrhose sein könnte, glaubt C. Wagner sich anschliessen zu müssen, wenigstens so weit es sich um secundäre excentrische Hypertrophie, resp. Dilatation handle. Als directe Folge einer Cirrhose habe er eine solche bisher nicht beobachtet. Wohl aber seien die innigen compensatorischen Beziehungen der Herzthätigkeit zu dem bei der Cirrhose abnorm gesteigerten Druck im Pfortadersystem theoretisch und practisch besonders beachtenswerth. So sei es durchaus nicht selten, dass unter dem Einfluss die Herzkraft schwächender Momente ein Ascites früher auftrete als dies durch die Veränderung der Leber an sich nothwendig bedingt sei. Man beobachtete dies besonders bei Leuten der gemeinen Klasse, welche bei unzureichender Ernährung sich grossen körperlichen Anstrengungen aussetzen müssten. Hier ginge dieser gleichsam „verfrühte“ Ascites nicht ganz selten bei einfach roborirendem, mithin die Herzthätigkeit wieder hebender Behandlung rasch zurück.

Herr Michael: Virchow betone bei Clorose die Enge der Aorta, nicht die Kleinheit des Herzens. Warum Kleinheit des Herzens keine Cyanose bewirken könne, dafür gebe es keinen Anhalt. In dem Falle des Herrn v. d. Porten liesse sich kein anderer Grund als die Kleinheit des Herzens auffinden.

Herr Fränkel: Virchow führe die Chlorose auf die Kleinheit des Herzens und der Aorta zurück.

Herr Bülau macht darauf aufmerksam, dass auch angeborne Venenerweiterungen vorkommen.

(Schluss der Sitzung $9^3/_4$ Uhr.)

XII. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

V.

Verhandlungen in den Sectionen.

Section für Chirurgie.

12. August 1884.

(Schluss.)

Es folgt die Discussion über die Behandlung tuberculöser Gelenkleiden, an der sich Chiene, Volkmann, Trélat, Ollier betheiligen.

Volkmann fixirt seine Erfahrungen dahin, dass die früher unter dem Namen des Tumor albus, arthrocace, spin. ventor. etc. gehenden Leiden sämmtlich tuberculöser Natur seien, wie ihm seine dahin gehenden Untersuchungen der durch die Operation gewonnenen Präparate erwiesen. Er constatirt ferner, gerade gegenüber den Anschauungen Ollier's, dass die in der Operationswunde oder Narbe etwa entstehende Neuentwickelung von Tuberculose ihren Ursprung etwa zurückgelassener Tuberkelmasse verdanke, nicht aber der Ausgang einer Infection der Wunde durch die Operation oder ein Ausfluss der bestehenden Dyscrasie sei. Gut operirte derartige Kranke heilten, wenn nur im Gesunden operirt sei, ebenso gut wie andere. Zu leugnen sei nicht, dass selbst glücklich von dem Localleiden befreite Patienten an anderen Orten, besonders der Lunge erkranken und so der Tuberculose erliegen könnten.

Unbestritten richtig endlich sei der Satz, dass die Gelenktuberculose ebenso spontan zur Ausheilung kommen könne, wie das sich zweifellos mitunter auch bei Ergriffensein der Lunge ereignen könne. Bezüglich des Operationsverfahrens sei nicht intensiv genug auf eine gründliche Entfernung aller erkrankten Gewebstheile, namentlich auch der afficirten Weichtheile an dem und um das Gelenk herum Gewicht zu legen. Die Arthrotomie werde so ausgeführt zu einer Arthrectomie: die Gelenkkapsel falle unter so geübtem Verfahren so gut wie ganz fort, besonders dann, wenn sie den Ausgangspunkt der Erkrankung bilde. Gerade hier aber müsste auch die Ausschneidung aller verdächtigen Theile, besonders auch in den schwerer zugänglichen Partien der Gelenke eine recht genaue und ausreichende sein.

Alles was sich am Knochen krank erwiese, müsse natürlich mit entfernt werden ev. einem energischen Evidement unterworfen werden. Bleibe dann trotzdem etwas von Tuberkelmasse verborgen zurück, was zu einem Recidiv Veranlassung gäbe, dann könne dem letzteren nicht mehr das Gelenk als solches unterliegen, weil demselben sein wichtigster Bestandtheil, die Kapsel, fehle, sondern es könne sich nur um circumscripte Recidive an Weichtheilen oder Knochen handeln, welche dann einer Behandlung anheimfallen würden, wie sie die Tuberculose anderer Weich- oder Knochentheile auch erfordere. Der Arthrotomie gehöre, wie V. meint, die Zukunft.

Ollier und Trélat concediren das Vorkommen von Tuberculose in vielen Fällen, auch scheinbar nur rheumatische Affection von Gelenken und nähern sich so trotz mancher noch bestehenden Differenz in der Beurtheilung dieser Fälle, wie Trélat hervorhebt, den Ansichten speciell auch der deutschen Chirurgen. Chiene empfiehlt für die Behandlung der Coxalgien

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine Canalisation des Schenkelhalses und Kopfes zur Drainage des Gelenkes, ein Verfahren, wie es zur Heilung der fungösen Arthritiden auch an anderen Gelenken in modificirter Weise in Schottland geübt wird. Die Tuberculose des Schultergelenks behandle man mit Resection ebenso wie die des Knies; bei Caries des Fussgelenkes ziehe man die Amputation vor, während man am Ellbogengelenk die kranken Gelenkenden und Knochen sorgfältig entferne.

14. August 1884.

Präsidenten: Trélat, Ollier.

Esmarch: Antiseptischer Dauerverband.

1. Für alle Wunden, seien dieselben durch Zufall, oder durch die Hand des Chirurgen zu Stande gekommen, ist die Heilung per primam intentionem, ohne Eiterung, der wünschenswertheste Ausgang.

2. Diese Art der Heilung ist am sichersten zu erzielen durch absolutes Fernhalten von infectiösen Stoffen und durch vollkommene Ruhe des verwundeten Theiles.

3. Da jede Erneuerung des Verbandes die verwundeten Theile beunruhigt, und sie aufs Neue der Gefahr der Infection aussetzt, so ist ein Dauerverband, d. h. ein solcher, der bis zur völligen Heilung der Wunde liegen bleiben kann, unter allen der zweckmässigste.

4. Will man die Erneuerung des Verbandes vor erfolgter Heilung vermeiden, so ist es nothwendig, die Wunde so anzulegen, zu schliessen und zu verbinden, dass weder Fäulnisserreger, noch Fremdkörper in der Wunde zurückbleiben, und dass kein Blut und kein Wundsecret irgendwo zurückgehalten werden kann.

5. Die Hauptbedingungen des Erfolges sind demnach: a. die exacte Blutstillung; b. die Vermeidung aller Hohlräume im Innern der Wunden; c. Sorge für freien Abfluss aller Wundsecrete; d. sorgfältigste Asepsis und Antiseptik; e. Anwendung compressibler Verbandstoffe, welche alle Flüssigkeiten gut aufsaugen; f. Immobilisirung des verletzten Körpertheils.

v. Mosetig-Moorhof (Wien): Jodoform-Wundbehandlung. (Der Vortrag ist in extenso abgedruckt diese Wochenschrift No. 37.)

Neudörfer hebt hervor, dass es von jeher sein Bemühen gewesen, die Sepsis von den Wunden fern zu halten, dadurch, dass er sie völlig trocken machte, die Zersetzung stabilisirte, indem er die Oxydationsprocesse der etwa vorhandenen serösen Flüssigkeit (in Form von Wasserstoffsuperoxyd) durch Zuführung von Sauerstoff einem schnellen Ende entgegenführt.

Buchanan, Oehelsky, Trélat, Köberle betheiligen sich an der Debatte. Sie alle kommen auf mehr oder weniger verschiedenen Wegen zu dem Resultat, dass die Reinlichkeit alles dessen, was mit der Wunde in Berührung komme, das Haupterforderniss sei. Eine Wahrheit, die von Prof. Plum in kurzen Worten zum Schluss als das Ergebniss der Gesammterfahrungen zusammengefasst wird.

Nicaise erläutert darauf die Vortheile der Bildung eines Periostlappens im Zusammenhang mit den Weichtheilen zur Deckung des durchsägten Knochens bei Amputationen.

Whitson (Glasgow) spricht über die Behandlung des Talipes varus und glaubt bei hartnäckigen Fällen, in denen Verbände und Schienenstiefel nicht ausreichen, die Exstirpation des Os cuboid. empfehlen zu können. Als Material für seine festen Verbände zieht er das Paraffin allen anderen vor.

15. August 1884.

Vorsitz: Skliffassowsky (Moskau).

Phleps (New-York) erwähnt seines Verfahrens in hartnäckigen, anderen Mitteln nicht weichenden Formen des Talipes varo-equinus bestehend in Incisionen der Weichtheile und Gelenke zwischen Fusswurzelknochen und Talus und Astragalus. Operationen, denen unter Umständen noch Meisseldurchtrennungen der das Redressement hindernden Knochen hinzugefügt werden müssten. Tenotomien, sowie Bandagen und Verbände werden ebenfalls empfohlen.

Dr. Knowsley-Thornton: Nephrotomie (einschliesslich Nephrolithotomie) und Nephrectomie.

Verf. ist fussend auf der Erfahrung von 4 Nephrotomien, 3 Nephrolithotomien und 8 Nephrectomien zu dem Resultat gekommen, dass die letztere Operation als die radicalste die besten Resultate liefere, wenn es sich um Hydronephrose, Pyelonephrose, Pyonephrose, Calculosis, Pyelitis, Scrophulose oder Tuberculose, Krankheiten der Niere, Schnittwunden, Zerreissungen, Parenchyme, Beckenfisteln derselben, um Hydatyden, cystische oder feste Tumoren im Nierenparenchyme, sowie endlich um Harnleiterfisteln handle. Zur Verhütung von Sepsis wird das Uretherenende in die Wunde genäht.

Der Langenbuch'sche Schnitt wird den anderen Methoden vorgezogen, zu diagnostischen Zwecken aber der Abdominalschnitt benutzt.

Im Anschluss daran theilt Prof. Kosinski (Warschau) einen Fall von Nierenexstirpation mit, bei welchem er den Schnitt vom Abdomen her der Faserung des grossen obliquen Bauchmuskels folgend anlegte. Es handelte sich um Steinniere. Die Leichtigkeit der Operation sowie ihr guter Erfolg sind Veranlassung, dass der Vortragende seine Methode empfiehlt.

Tscherning (Kopenhagen) hat bei einer Nierentuberculose wegen der intensiven Schmerzen der vergrösserten Niere die Ectomie von hinten her gemacht, sah sich aber genöthigt, dem senkrechten Schnitt einen rechtwinklig darauf stehenden horizontalen hinzuzufügen. Die genesene Kranke wird vorgestellt. Die auf Tuberkelbacillen hin untersuchten Präparate der exstirpirten Niere zeigen, dass die charakteristischen Mikroben nur sehr spärlich in dem Gewebe vertheilt sind.

Morris empfiehlt den Lumbarschnitt für Steinniere und kleine Tumoren und betont die Schwierigkeit, den vermutheten Stein selbst nach Blosslegung der Niere von vorn immer sicher zu entdecken. Warnt vor Einnähung des Urethers wegen etwaiger Darmeinklemmung.

Bryant hält die Incision behufs Klarlegung der Verhältnisse in der Lumbargegend als ungefährlich, ihr müsste bei Steinniere die Nephrotomie mit Drainage und energischer Spülung folgen. Bei Nierenceiterung Abdominalschnitt verwerflich.

Skliffassowsky (Moskau) stellt sich auf Seite Kosinski's, indem er dessen Methode, „Schnitt entsprechend der grössten Ausdehnung des betreffenden Nierentumors von der Abdominalseite“ als zweckmässig bezeichnet, weil man von ihm aus extra- und intraperitoneal arbeiten könne.

Es folgt die Discussion über die Behandlung des Pes varo-equinus.

Dr. Lorenz (Wien) hebt hierbei hervor, dass eine nutzbringende Operation da, wo Schienen und Verbandbehandlung nach Redressinement des Fusses nicht ausreiche, den Knochen treffen müsse, welcher an der Deformation die Hauptschuld trage, das sei nicht, wie Dr. Whitson annehme, das Os cuboid., sondern der Talus, wie sich der Vortragende immer wieder unter allen Umständen bei dem Pes varo-equinus congenitas überzeugen konnte. Bei dem Erwachsenen reiche die einfache Entfernung des Talus nicht aus. Ihr müsse, um auch die in dem höheren Alter fixirte Biegung des Fusses in der horizontalen Ebene nach innen zu beseitigen, die Keilexcision in der Fusswurzel hinzugefügt werden. Für P. equinovarus paralyticus glaubt L. die Arthrokleisis, für hochgradige sonst nicht corrigirbare Klumpfüsse Erwachsener die Amputation nach Syme als angebracht empfehlen zu können.

Es betheiligen sich an der Debatte Mc. Gill (Leeds), Ogston, Buchanan, Macewen, Stokes, Phleps, Rupprecht (Dresden).

Ogston warnt vor vielem Tenotomiren (mit Ausschluss der Achillessehne). Er selbst mache ausgedehnten Gebrauch von Gipsverbänden nach Correction der Klumpfüsse in Narkose. 3—5 Sitzungen nach je 6 Wochen genügten zumeist zur Heilung. Unter Umständen seien blutige Eingriffe nicht zu vermeiden, doch müsse man sich hier nach den Verhältnissen richten. Eine für alle Fälle gleich geeignete Methode gäbe es nicht.

Buchanan ist mit subcutaner Durschneidung der Plantarfascie und der Sehnen (besonders des M. tibial. post.) gut ausgekommen. Auf die Operation folgte sofort das Redressement und Application eines Verbandes.

Macewen betont hauptsächlich die pathologisch-anatomischen Verhältnisse. Nicht selten konnte er sich zur Correction des Klumpfusses mit der Durschmeisselung des Talushalses begnügen, die Talusexstirpation gab stets ausgezeichnete Resultate.

Stokes glaubt die allermeisten Fälle auf Contracturen der Sehnen und Weichtheile des Fusses zurückführen zu müssen. Gegen die gewaltsamen Redressements des Fusses ist er deshalb, weil dabei eine Fractur der Fusswurzelknochen zu Stande gebracht werden könne. Eine Ansicht, die durch Lorenz widerlegt wird, indem der Letztere auf die Weichheit und knorplige Beschaffenheit des Fussgerüstes in dem Alter aufmerksam macht, in welchem die genannten Ausgleichsversuche vorgenommen würden. Es gehe die Nachgiebigkeit der betreffenden Theile soweit, dass der Effect nicht selten hinter dem gewünschten Erfolg zurückbleibe.

Phleps stellt sich auf die Seite Stokes' und befürwortet dementsprechend sein Verfahren, während Rupprecht (Dresden) ebenso wie Berg (Stockholm) der Ansicht Lorenz' zustimmen.

Berg konnte nach der Talusexstirpation in 4 Fällen die *Schienennachbehandlung* ganz entbehren.

Rupprecht verwahrt sich nur gegen die Arthrocleisis bei Pes equinovarus paralytic., und möchte die Syme'sche Operation bei Klumpfüssen Erwachsener vermieden wissen, da die Keilexcision hier zumeist zum Resultat führe.

Redard (Paris) präsentirt die Abbildung eines Instrumentes (Osteoclasten), welches er häufig (64 Mal) mit gutem Erfolg zur Durchbrechung von Knochen, besonders schlecht geheilter Fracturen benutzt hat.

16. August 1884.

Präsident: Tilanus.

Prof. Studsgaard (Kopenhagen): Ueber die Behandlung der Oesophagusverengerungen.

St.'s Erfahrungen beziehen sich auf 12 einschlägige Fälle, in denen er zur Gastrotomie kam, 4 davon waren narbiger, 8 krebsiger Natur, 8 mal wurde einzeitig, 4 mal zweizeitig operirt, die Nahtreihen wurden doppelt angelegt und ein Durchsetzen der Magenschleimhaut bei den tief angelegten Nähten vermieden. 2 mal kam es nach der Operation zu tödtlicher Peritonitis. Die Dauer des Lebens post oper. war bei den Krebskranken keine erhebliche. Die einzeitige Operation liess keine Nachtheile constatiren. Zum Schluss folgt Demonstration eines operirten Kranken mit Narbenstrictur, dessen Magenfistel ausgezeichnet functionirt.

In der Discussion empfiehlt Prof. Hjorth (Christiania) auf eine eigene Erfahrung fussend, wenn die Strictur des Oesophagus von oben her nicht zugänglich ist, eine Magenfistel anzulegen und von dieser aus mit Zuhülfenahme der Electrolyse gegen die Verengerung vorzugehen. Sein in dieser Weise erfolgreich behandelter Fall, eine Narbenstrictur des Oesophagus lebt, und hat H. den Versuch gemacht, nachdem die Dilatation völlig gelungen, die Magenfistel wieder zu schliessen. Die günstige Wirkung der Electrolyse veranlasst ihn, mit ihr die Behandlung enger und schwer passirbarer Speiseröhrenstricturen zu empfehlen.

Schönborn (Königsberg) bezweifelt zunächst, ob die Electrolyse in dem Falle Hjorth's das Wirksame gewesen, glaubt vielmehr, dass der anhaltende gleichmässig starke Druck der Sonde gegen die Verengerung den schliesslichen Effect ergeben habe. Seine Erfahrungen (14 Fälle) über die Gastrotomie bei carcinomatösen Stricturen der Speiseröhre sind nicht ermuthigend, da der Nutzen, den die Kranken für ihre Ernährung von der Magenfistel haben, ein recht geringer sei.

Der Marasmus lasse sich fast nie aufhalten und führe sehr bald auch dadurch, dass es zu keiner recht festen Verklebung zwischen Magen- und Bauchwand komme, zu schlecht schliessenden und schlecht verschliessbaren Fisteln des Magens.

Sch. ist für die zweizeitige Operation und warnt vor zu dichter Aneinanderlegung der Befestigungsnähte. Er sah in so tractirten Fällen einige Male Gangrän des in der Wunde freiliegenden Magenwandstückes. Nur einmal hatte Redner eine Peritonitis nach der Operation zu verzeichnen. In einem anderen Falle gelang es trotz grösster Mühe nicht, den ganz zu-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sammengezogenen und verkleinerten, auch durch Adhäsionen nach oben hin fixirten Magen in die Bauchwunde zu ziehen.

Verneuil empfiehlt für die Gastrotomie einzeitige Operation und Bildung einer möglichst kleinen Oeffnung in der Magenwand. Für die Behandlung enger Oesophagusstricturen ist er sehr häufig doch noch unter Anwendung feinster Collin'scher Sonden zum Ziel gekommen. Eine Thatsache, die auch Ollier stark betont. Für carcinomatöse Stricturen empfiehlt V. die Sonde à demeure.

Dr. L. H. Petit (Paris) spricht über die statistischen Resultate der Gastrotomie, welche dahin gipfeln, dass die carcinomatösen Kranken von den Fortschritten auch auf diesem Gebiet der Chirurgie nur sehr wenig Nutzen hätten, dass die einzeitige Operation der zweizeitigen vorzuziehen sei, weil sie Zeit spare und letztere eine Peritonitis doch nicht immer verhindern könne.

Thornton erwähnt der Operation einer im Magen gelegenen 2 Pfund schweren Haargeschwulst. Die Kranke genas, trotzdem ein in der Bauchhöhle zurückgelassener Schwamm erst am Tage nach dem Eingriff wieder entfernt worden war.

Bryant ist für die zweizeitige Operation, eine Reihe Nähte und kleine Incisionswunde des Magens.

Skliffassowsky (Moskau) spricht für die Oesophagotomia ext. zum Zweck der Erweiterung von oben her nicht zugänglicher Stricturen. Durch die Wunde in der Speiseröhre gelinge es gleich gut gegen letztere zu wirken, sei es, dass sie hoch oben oder tief unten sässen. Pathologisch-anatomische Erörterungen hätten erwiesen, dass die Configuration der Verengerungen sich nicht selten so verhielten, dass sie auf diese Weise leichter zu entriren seien. Die engste Stelle der hoch oben gelegenen Stricturen sässe nämlich nach der pharyngealen Seite, die der tief unten befindlichen auf der cardialen Seite. Sk. gelang es in einem von ihm derartig behandelten Falle ein vollkommen befriedigendes Resultat herbeizuführen.

Es folgt der Vortrag Wanscher's über Anästhesie mit Aether per rectum. Die Einverleibung des Aethers geschieht mit einem besonderen Apparat. Redner hat fast stets Reizerscheinungen von Seiten der Darmschleimhaut gesehen. (Siehe Refer. Lauenstein im Centralbl. f. Chirurgie).

Dr. Jennings (London) spricht über die Gefahren der Chloroformnarcose und glaubt dieselbe hauptsächlich in einer Paralyse des Herzens, herbeigeführt durch eine leichtere Gerinnbarkeit des Blutes, sehen zu müssen. Um letztere hintenan zu halten, empfiehlt er vorherige subcutane Injection von Morphium, Atropin und (Ammonia?). Letzteres um das Blut flüssig zu erhalten.

Zabludowsky (Berlin): Ueber Massage.

Bei Gelenkfracturen ist die Massagebehandlung in 2 Abschnitte zu theilen. Massage dient zur Diagnose. Bei Gelenksteifigkeiten und Ankylosen ist die Wiedererlangung normaler Functionen nicht immer zu erreichen, hier dient die Narcose zur Prognose. Die Massagebehandlungsdauer ist im Allgemeinen eine längere in der Privatpraxis als in der Klinik; sie ist eine längere bei Berufskrankheiten. Massage und Badekuren zu gleicher Zeit vorzunehmen, ist nicht vortheilhaft. Die zu aller Zeit üblich gewesenen Einreibungen (in den Bädern) mit Massage zu bezeichnen, giebt Anlass zu mehreren Unbequemlichkeiten für die Patienten. Die gleichzeitige Anwendung der Massage und der Elektricität bietet keine Vorzüge. Dasselbe gilt von kalten Douchen. Massage und lauwarme Bäder sind gut vereinbar. Orthopädische Apparate kommen in letzter Zeit zu reichlich in Anwendung. Massage macht oft möglich, Apparate ganz zu entbehren oder complicirte und unbequeme durch einfache und bequemere zu ersetzen. Massage bei Hysterischen wirkt hypnotisirend und cumulativ. Diese Wirkung tritt auch beim Massiren kleiner Körperpartien auf. Die Massage bei Kranken wie auch experimentell bei Gesunden vorgenommen ruft häufig in der ersten Zeit eine sehr gesteigerte Empfindlichkeit und Sugillationen hervor (Verschlimmerungsperiode), welche bei der weiter fortgesetzten Behandlung schwinden. Erkrankungen des Kniegelenks beeinflussen mehr als diejenigen anderer Gelenke das allgemeine Befinden (das physische und das psychische). Gemüthsaufregungen können umgekehrt wieder Kniegelenksneurosen hervorrufen. Am Kniegelenk treten auch am häufigsten sympathische Gelenkneurosen auf. Die von Gemüthserregungen hervorgerufenen Erschöpfungsneurosen bieten gleich den Berufskrankheiten ein dankbares Feld für die Massage, ebenso auch die durch Schonung und Ruhe entstandene entzündliche Reizung der Gelenke. Die Massage nimmt an Verbreitung zu, während die schwedische Heilgymnastik, deren Tochter sie ist, zurückgeht. Die Massage soll einen integrirenden Theil der Nachbehandlung aller mehr oder weniger grossen traumatischen Verletzungen bilden. Ihre Technik muss der Art sein, dass sie alles Nöthige geben könne, ohne jedoch allzu viel Zeitaufwand und Kraftanstrengung Seitens des behandelnden Arztes in Anspruch zu nehmen. Massage kann von Jedem vertragen werden. Das leise Streichen (Effleurage) ist nicht diejenige Manipulation, welche am besten vertragen wird. Massage bei frischen Knochenbrüchen ist schädlich, bei Pseudoarthrosen sehr nützlich. Das sogenannte Nervendrücken mancher schwedischen Laienmasseure ist zu verwerfen.

David Prince (Jacksonville) empfiehlt eine neue Nadel für die Palatoplastik mit Demonstration der betreffenden Instrumente.

E. M. Moore (Rochester New York), Ueber Rutation der Ulna im Zusammenhang mit der typischen Radiusfractur.

M. erwähnt, dass nach seiner Erfahrung bei der Fractur des unteren Radiusendes nicht selten Luxation oder Fractur des entsprechenden Ulnarendes vorkomme. Bei Brüchen pflege er dann das abgebrochene Stück zu sereciren. Bei gleichzeitiger Luxation bedient er sich nach Reposition der betroffenen Theile eines höchst einfachen Verbandes, der ihn stets die besten Resultete, nie Nachtheile sehen liess. Derselbe besteht zunächst in der Application einer etwa fingerdicken Rolle an der Aussenseite des Vorderarms mittelst Heftpflasser zur Fixation der luxirten Ulna, sodann in der Compression des Unter-Armes in einer Binde, die so liegt, dass die Hand in pronirter und gebeugter Stellung frei daraus herunterhängt.

Wanscher (Kopenhagen), Ueber Torsion grosser Arterien nahe der Bifurcation grosser Gefässe.

W. hat 6mal die Torsion der Art. iliac. comm. 9mal die der A. carotis comm. vorgenommen und sich dabei überzeugt, dass die für die Verschliessung des Lumens nöthige Aufrollung der nibr. intim. am besten durch die Anwendung der Remak'schen Pincetten herbeigeführt wird. Zur grösseren Sicherung des übrigen selbst an der Theilungsstelle äusserst prompt durch das Befoulement wirkenden Verschlusses nach der Torsion könne man noch eine Ligatur in Anwendung ziehen.

No. 39 Seite 640 Zeile 25 soll es heissen:
1) „Zuführende Darmende“ statt abführende Darmende.
2) „Macewen“ statt Mac Ewen.
3) „Osteoclase“ statt Osteoclone.

Berichtigung zu meinem Bericht über die Verhandlungen der Section für Laryngologie in Kopenhagen, in No. 38 d. W. p. 622.

Herr Gottstein macht mich freundlichst darauf aufmerksam, dass er den Zusammenhang von Asthma und Nasenerkrankung nicht bestreite; und wenn er auch Fälle beobachtet habe, in denen die Behandlung des Nasenleidens keinen Einfluss auf das Asthma hatte, so lägen ihm doch auch gegentheilige Beobachtungen zur Verfügung. Sollte noch bei irgend einem der übrigen Redner ein Missverständniss in meinem Berichte untergelaufen sein, so bitte ich dasselbe in Anbetracht, dass die Berichterstattung lediglich auf das gesprochene Wort hin erfolgen musste — ein Tageblatt wurde leider nicht ausgegeben —, zu entschuldigen.

Maximilian Bresgen.

XIII. Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege. XI. Versammlung zu Hannover 15.—17. September.

(Originalbericht der Deutschen med. Wochenschrift.)

(Fortsetzung.)

Wenn über den Hauptgegenstand der Tagesordnung der ersten Sitzung nahezu Einstimmigkeit in der Versammlung herrschte, so spitzten sich in der zweiten Sitzung die Gegensätze etwas mehr zu. Es handelte sich um die Frage der Beaufsichtigung der Schule durch den Schularzt, eine Frage, die schon lange im Vordergrund der Erörterung gestanden und mehrfach sogar bereits Gegenstand der Verhandlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege gewesen ist, ohne jedoch eine erschöpfende Erörterung bis jetzt gefunden zu haben, ohne namentlich zu einem Ausgleich zwischen den Aerzten und Pädagogen zu führen.

Auch diesmal trat diese Abweichung der Anschauung zwischen diesen beiden, hier vorwiegend in Betracht kommenden Faktoren gleich bei den beiden Referenten, den Herren Privatdocent Dr. A. Baginsky und Stadtschulrath Prof. Dr. Bertram-Berlin zu Tage.

Herr A. Baginsky gab zunächst einen wünschenswerthen Ueberblick über den Stand, auf welchem die Frage zur Zeit thatsächlich angelangt ist. Es sind in mehreren kleineren Staaten, so 1877 in Württemberg, später in Baden, Bayern und Hessen Verordnungen erschienen, welche die sanitätspolizeiliche Ueberwachung der Schulen zum Gegenstande haben. Die an die Parlamente gelangenden Klagen über die Schulüberbürdung führten zu einigen speciellen Bestimmungen über einzelne Schulkrankheiten, ferner zur Berufung von Sachverständigen-Commissionen zur Begutachtung der Frage. So entstanden das bekannte Gutachten von Elsass-Lothringen und weiterhin das Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, das in seinem Schlussergebniss ausführt, dass an einzelnen besonders geeigneten Orten die Hauptfragen der Schulhygiene durch Aerzte in Angriff genommen werden sollen, und in welchem der Wunsch hervortritt, dass der Arzt zur Ueberwachung der Schule, speciell der hygienischen Maassnahmen in derselben herbeigezogen werden solle.

Seitdem sind auch in der Schweiz, in Oesterreich und in Italien neue Bestimmungen getroffen. In England bestehen keine Gesetze nach dieser Richtung, dagegen sind in Frankreich neuerdings Schulärzte mit bestimmt vorgeschriebenen Aufgaben angestellt.

Es fragt sich nun in erster Linie: ist eine Ueberwachung der Schule durch den Arzt überhaupt nöthig? dann ferner, falls diese Frage bejaht wird: wie ist die Thätigkeit des Schularztes zu gestalten, damit er den Aufgaben der Schule nirgend hindernd in den Weg tritt? und endlich: ist genügendes ärztliches Material vorhanden, um eine solche Ueberwachung der Schule auch überall durchzuführen?

Bei der Beantwortung der ersten Frage kommen drei Momente in Betracht, auf welche eventuell der Arzt sein Augenmerk zu richten hat, die eigentlichen technischen Einrichtungen der Schule, die innere Einrichtung, das heisst der Unterricht und die Schädlichkeiten, die an sich durch das Zusammensein einer grösseren Gruppe von Menschen an einem Orte gesetzt werden. Der Referent ist der Ansicht, dass schon bei der Beurtheilung der technischen Anlage der Rath des Arztes nicht entbehrt werden kann, aber auch in einer Reihe von Fragen der Abgrenzung des Unterrichtes sollte man ihn nicht von der Mitberathung ausschliessen. Andererseits redet Referent gerade da, wo man auf den ersten Blick dem Arzte am ehesten eine Einwirkung zugestehen möchte, nämlich da, wo es sich um die Frage handelt, inwieweit das Zusammenkommen Vieler einer Epidemie Vorschub zu leisten vermag, sehr entschieden einer grösseren hygienischen Durchbildung des Lehrers das Wort, der Tag aus, Tag ein die Kinder zu beobachten Gelegenheit hat, und dem daher auch eher als dem periodisch beobachtenden Arzte gewisse Krankheitsanzeichen auffallen müssen.

Was die weitere Frage anbetrifft, welcher Art die Aufgaben sind, die dem Arzte bei der Ueberwachung der Schule zufallen, so handelt es sich einmal um ein Extraordinarium, insofern als bei allen Neueinrichtungen hygienischer Natur der Arzt herbeigezogen werden soll, dann soll aber auch

Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

eine Ueberwachung in dem Sinne stattfinden, dass der Arzt die Schule von Zeit zu Zeit besichtigt und auf bestehende Schädlichkeiten aufmerksam macht.

Was die Durchführbarkeit dieser letzteren Maassregel anbetrifft, so ist dieselbe in den grossen Städten sicher gewährleistet, wie Referent an der Hand von Zahlen, die er dem Beispiele der Stadt Berlin anpasst, nachweist. Ebenso glaubt Referent, dass in kleineren Städten die Communal-Aerzte mit dieser Function betraut werden könnten. Diese Ueberwachung der Schule durch den Arzt würde immer Hand in Hand mit dem Schuldirector auszuführen sein, ohne dass dadurch eine Benachtheiligung des eigentlichen Schulregimes zu geschehen brauchte. Der Arzt solle nie selbständig handeln dürfen, sondern nur innerhalb der der Schule vorgesetzten Behörde.

Der Referent hat seine Forderungen in folgenden Thesen formulirt:

1. Trotz der vielfachen Verbesserungen, welche sowohl die äusseren Einrichtungen der Schulen, wie auch die Gestaltung des Unterrichtssystems erfahren haben, gehen noch Schädlichkeiten aus dem Schulbesuch hervor, welchen der kindliche Organismus unterworfen ist.

2. Die Frage der Verbesserungen ist aus diesem Grunde keine rein technische, von Architecten und Pädagogen zu lösende, sondern in hervorragender Weise eine physiologische.

3. Daher gebührt dem Arzt eine Stellung bei der Entscheidung der Verbesserungen, welche bezüglich der äusseren Einrichtungen der Schulen und des Unterrichtssystems einzuführen sind.

4. Jede der Schule vorgesetzte Schulcommission soll gehalten sein, einen sachverständigen Arzt als Mitglied zu haben.

5. Die Thätigkeit jeder Schulcommission im Ganzen, und diejenige des Arztes im Speciellen, soll eine continuirliche sein. Periodische Revisionen erfüllen den anzustrebenden Zweck nicht.

6. Keinem Mitgliede der Schulcommission kann das Recht absoluter, selbständiger und entscheidender Thätigkeit, soweit dieselbe Aenderungen in der Gestaltung der Schule und des Unterrichtes bedingt, zugestanden werden; — auch dem Arzt nicht.

7. Jeder practische Arzt kann Mitglied der Schulcommission werden, sofern er durch ein Examen seine Befähigung erweisen kann. Das Bestehen des Physikatsexamen giebt diese Befähigung.

Mit der letzten These findet auch die letzte Frage ihre Erledigung, wo das erforderliche ärztliche Material für den Zweck der Ueberwachung der Schule zu suchen ist. Jeder practische Arzt ist nicht ohne Weiteres im Stande, die Functionen eines Schularztes zu übernehmen, er muss durch ein besonderes Examen erst seine Befähigung zu einer solchen Stelle nachweisen. Im Uebrigen hat Referent nichts dagegen einzuwenden, dass, wo es angeht, der Physicus eine derartige Stellung übernimmt.

Diesen Ausführungen des Referenten gegenüber vertrat der Correferent. Herr Stadtschulrath Bertram, den Standpunkt des Pädagogen in der vorliegenden Frage. Er betont, dass bei der grossen Jugend der hygienischen Wissenschaft fast alle Lehrsätze derselben noch vollkommen hypothetischer Natur seien. Wenn dies der Fall, so sei es, trotz der hohen Verdienste einer grossen Reihe von Forschern auf diesem Gebiete, noch nicht an der Zeit, mit neuen tiefgreifenden Einrichtungen in die bisherige Schulleitung einzugreifen und den Gemeinden neue Schwierigkeiten zu den schon bestehenden aufzubürden.

Bei alledem liegt es nicht in der Absicht des Correferenten, sich irgendwie ablehnend gegen die Forderungen der Hygiene zu verhalten, oder zu leugnen, dass nicht bereits die Bestrebungen und Forschungen der Hygieniker ihre Früchte getragen haben. Nur solle man, bei den noch schwankenden Anschauungen auf diesem Gebiete, sich hüten, die wissenschaftliche Bewegung schon auf eine bestimmte Formel bringen zu wollen, und da man mit seinen Maassnahmen nicht auf den Schluss der wissenschaftlichen Untersuchungen warten könne, solle man die Schulen so gut einrichten, als es nach der gegenwärtigen Erkenntniss möglich sei.

Ueberall da, wo es Fragen der Schulhygiene giebt, in welchen eine Einigung der Autoritäten bereits erzielt, da sehnen sich auch die Pädagogen nach dem Rathe derselben, und es sei natürlich, dass ihr Rath angehört werde. Nur sei es nicht nöthig, dass eine solche Einwirkung überall statthabe, es sei angemessener, wenn in den Centren, von denen die Normativbestimmungen für die übrigen Einrichtungen der Schule ausgingen, auch der ärztliche Rath eingeholt werde.

Aber der Referent stellte auch die Forderung auf, dass der eigentliche Betrieb der Schule einer continuirlichen sanitären Controle unterliege. Der Correferent glaubt dem gegenüber die Frage aufwerfen zu müssen, ob diese Controle den Lehrern und der eigentlichen Schulaufsichts-Behörde anzuvertrauen sei, oder ob es dazu einer besonderen ärztlichen Aufsicht bedürfe. Hier unterscheidet der Correferent zwischen den höheren Schulen und der Volksschule. Bei den ersteren kommt in erster Linie die Ueberbürdungsfrage in Betracht, und hier tritt Correferent dem Gutachten der wissenschaftlichen Deputation entgegen, indem er für den Arzt die Möglichkeit bestreitet, bei zeitweisem Besuch der Schule darüber ein Urtheil abzugeben, ob nach der Entwicklung der einzelnen Schüler mehr individualisirt werden müsse. Wolle man eine solche Individualisirung überhaupt verlangen, so müsse seitens der Unterrichtsbehörden durch Aenderung der Prüfungsreglements den Schulleitern die Berechtigung zu solcher Individualisirung erst gegeben werden. Die Beobachtung des einzelnen Schülers sei höchstens Sache des Lehrers, der denselben täglich sieht. Wolle man zu diesem Zweck den Arzt in die Schule schicken, so nehme man damit der Familie die ihr obliegende Sorge und verstaatliche die Schule noch mehr, die bereits hinreichend verstaatlicht sei.

In der Volksschule komme es in erster Linie auf die Beobachtung der erforderlichen Reinlichkeit, auf ausreichende Lüftung, auf die Haltung der Kinder etc. an. Correferent glaubt, dass nach dieser Richtung auf eine hygienische Durchbildung der Lehrer mehr Gewicht zu legen sei als bisher, und verspricht sich davon bessere Erfolge als von einer periodischen Beaufsichtigung durch den Arzt.

Von diesen Gesichtspunkten aus gelangt der Correferent zur Aufstellung der folgenden drei Thesen:

1) Die Schulhygiene wird am wirksamsten gefördert durch wissenschaftliche Erörterungen, welche von Aerzten ausgehen, die über Schuleinrichtungen umfassende Beobachtungen anstellen.

2) Aerztliche Autoritäten sollen bei der Entscheidung allgemeiner Fragen und der Aufstellung von Normativbestimmungen über Schulhygiene zu Rathe gezogen werden,

3) Für die practische Durchführung anerkannter Normen der Schulhygiene sind geeignete Instructionen für die Lehrer zweckmässiger als schulärztliche Revisionen.

Weit ab von diesen Fragen liegt nach der Auffassung des Correferenten die Sicherung der Schule gegen Infectionskrankheiten, von der Discussion dieser Frage könne jedoch hier Abstand genommen werden, weil eine eben erlassene Verfügung in Bezug hierauf den Kreisphysikern eine ausgiebige Mitwirkung ertheilt, eine Mitwirkung, die so scharf präcisirt ist, dass sie fast die Schulleitung in einer schnellen Sicherung vor ansteckenden Krankheiten hemmt.

Die in den beiden Referaten zu Tage getretene Differenz in den Anschauungen rief eine lebhafte Discussion und das Bestreben in der Versammlung hervor, eine Basis zu finden, auf welcher man dennoch zu einer Einigung gelangen könne. Dieses Streben zeitigte eine grosse Reihe von Anträgen, deren Tendenz meistens dahin ging, das in den Thesen der Referenten Ausgesprochene zu mildern. Herr Sanitäts-Rath Graf glaubte einen Ausweg darin zu sehen, dass man den Arzt nicht gerade zum Aufsichtsbeamten des Lehrers mache, sondern ausdrücklich ausspreche, ihm sei eine entsprechende Stellung innerhalb der Schulcommission anzuweisen.

Herr Schuldirector Fulda-Sangerhausen hält die Mitwirkung des Arztes in der Schulcommission principiell für wünschenswerth, weist aber zugleich darauf hin, dass solche Schulcommissionen nicht überall bestehen. Deshalb glaubt er, eine periodische Inspection der Schule durch Aerzte befürworten zu müssen, eine Einrichtung, mit der sich, wie Herr Fulda mittheilt, sogar eine Directoren-Conferenz der Provinz Sachsen auf seinen dahingehenden Antrag ohne erheblichen Widerspruch einverstanden erklärt habe. Herr Kreisphysikus Rapmund-Nienburg schliesst sich den Thesen des Correferenten an mit der Modification, dass die dritte These lautet: Für die practische Durchführung anerkannter Normen der Schulhygiene sind Schul-Commissionen, in welchen ein qualificirter Schularzt Sitz und Stimme hat, und geeignete Instructionen für die Lehrer erforderlich. Herr Sanitätsrath Dr. Spiess-Frankfurt a. M. weist darauf hin, dass er in seiner Eigenschaft als Stadtarzt im vollsten Einvernehmen mit den Schulleitern seinen Einfluss in sanitären Fragen der Schule geltend zu machen in der Lage sei, und glaubt dies überall da für durchführbar halten zu dürfen, wo Seitens des Arztes dieser Einfluss in rücksichtsvoller Weise geltend gemacht werde. Herr Landrath Fuss-Danzig macht seinerseits ebenfalls auf die Schwierigkeit der Feststellung des Begriffs Schul-Commission aufmerksam, die, namentlich auf dem Lande, in vielen Gegenden kaum existiren, und beantragt eine Abstimmung über bestimmte Thesen überhaupt nicht vorzunehmen. Herr Ober-Medicinalrath Battlehner-Karlsruhe schliesst sich dem Antrage Graf an. Herr *Bürgermeister* Struckmann endlich wünscht ganz allgemein ausgesprochen zu sehen, dass es als eine berechtigte Forderung erscheine, dass dem Arzt unter Berücksichtigung localer und sonstiger Verhältnisse eine näher zu ordnende Mitwirkung einzuräumen sei.

Sehr sachgemäss präcisirte Herr Ministerialrath Wasserfuhr-Strassburg seinen Standpunkt. Die vorliegende Frage, so führte er aus, sei keine Frage der hygienischen Wissenschaft, sondern der Verwaltung, der Schul-Verwaltung sowohl als der Medicinal-Verwaltung. Die Auferlegung des Schulzwanges Seitens des Staates bedinge für letzteren die Verpflichtung, dafür Sorge zu tragen, dass dem Gesetze genügt werden könne, ohne besonderen Schaden für die Gesundheit der Schüler herbeizuführen. Um dieser Verpflichtung nach Möglichkeit zu genügen, bedürfe es einerseits prophylaktischer gesetzlicher Verordnungen, die nach Maassgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung gefasst sein müssen, andererseits amtlicher Organe, welche deren Befolgung überwachen. Im Allgemeinen habe im Laufe der letzten Jahrzehnte bezüglich der wesentlichen Forderungen der Schulhygiene sich ein grosses Einverständniss unter den sachverständigen Aerzten herausgebildet. Die deutschen Schulbehörden haben demgemäss begonnen, jenen Forderungen gerecht zu werden. Dass dies geschehen, dürfe die wissenschaftliche Hygiene unstreitig als ihr Verdienst in Anspruch nehmen. Anders stehe es mit der zweiten Forderung, der Sorge für die Befolgung der erlassenen Vorschriften. Eine solche finde statt, insofern es in die allgemeinen Aufgaben der Behörde falle, die Ausführung der Gesetze zu sichern. In diesem besonderen Falle liege aber die Aufsicht in den meisten Staaten in der Hand von Organen, welche der erforderlichen Einsicht für diesen Zweck entbehren. Die Lehrer besitzen keinen genügenden Grad hygienischer Bildung und Vernachlässigungen seien die Folgen ihrer Halbwisserei. Solle dem abgeholfen werden, so bedürfe es der Mitwirkung sachverständiger Aerzte, die sich immer mehr als öffentliches Bedürfniss herausstelle. Ueber den Umfang und die Organisation dieser Mitwirkung finden Meinungsverschiedenheiten statt. Es frage sich daher zunächst, was solle beaufsichtigt werden, und dann, wer solle beaufsichtigen? Von manchen Seiten seien die dem Schularzt zu überweisenden Functionen zu unbestimmt formulirt, von anderer Seite Befugnisse für ihn in Anspruch genommen, die theils in das Gebiet des Unterrichts eingreifen, theils der Privathygiene angehören. Die Beaufsichtigung des einzelnen Schülers Seitens des Schularztes werde sich nur auf die Beziehung seines Gesundheitszustandes auf die Schuleinrichtungen und die Gesundheit der anderen Schüler erstrecken dürfen. Es müsse also einerseits eine bestimmte Richtschnur für die Dienstthätigkeit des Arztes gegeben werden, andererseits dieselbe sachlich nach der Seite des Unterrichts und der Privathygiene begrenzt werden. Beides werde am zweckmässigsten erreicht, wenn der Schularzt keiner andern Commission zugetheilt werde als der Behörde zur Aufsicht über die Befolgung der erlassenen gesetzlichen Vorschriften in seinem Amtsbezirk. Mittel der Beaufsichtigung seien periodische, unter Mitwirkung des Schulinspectors vor-

Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

zunehmende Revisionen und regelmässige Berichte an die Schulaufsichtsbehörde. Was die Frage anbetreffe, welche Aerzte als Schulärzte zu fungiren befähigt seien, so biete die allgemeine ärztliche Prüfung keinen Maassstab für diese Befähigung, wohl aber die Prüfung über die Befähigung zur Anstellung in der Medicinalverwaltung. Eine blosse Prüfung in der Schulhygiene sei nicht ausreichend.

Nach einer längeren Geschäftsordnungs-Debatte einigte sich die Versammlung nach Ablehnung des Antrages Fuss zu dem mit grösserer Majorität gefassten Beschluss, eine Abstimmung auf die morgende Sitzung zu vertagen und die Herren Referenten und Antragsteller, von denen nur Herr Graf bereits abgereist ist, zu ersuchen, sich womöglich über eine Fassung der Thesen zu einigen, welche in der nächsten Sitzung zur Abstimmung gebracht werden kann. Diese Einigung kam in der That zu Stande, und die nunmehr aufgestellten Thesen, deren Annahme am Beginn der dritten Sitzung einstimmig erfolgte, lauten:

1. Die Schulhygiene wird am wirksamsten gefördert durch wissenschaftliche Erörterungen, welche von Aerzten ausgehen, die über Schuleinrichtungen umfassende Beobachtungen anstellen.

2. Aerztliche Autoritäten sollen bei Aufstellung von Normativbestimmungen über Schulhygiene, sowie bei der Entscheidung allgemeiner auf dieselbe bezüglichen Fragen zu Rathe gezogen werden.

3. Behufs practischer Durchführung anerkannter Normen der Schulhygiene ist sowohl die hygienische Ausbildung der Lehrer als die Mitwirkung dazu qualificirter Aerzte wünschenswerth.

(Schluss folgt.)

XIV. II. Hauptversammlung des Preussischen Medicinal-Beamten-Vereins. Berlin, 15.—17. September 1884.

I.

Innerhalb der Kreise der preussischen Medicinal-Beamten sind die Bestrebungen, sich zusammenzufassen, um mit vereinten Kräften den immer weiter und tiefer werdenden Anforderungen der Gegenwart an die staatliche Gesundheitspflege entsprechen zu können, seit Jahren vorhanden gewesen. Unermüdlich war Herr Wiener in Culm dafür eingetreten und hatte s. Z. zu diesem Zweck die Physikats-Zeitung begründet, welche nachher als Medicinal-Beamten-Zeitung in diese Wochenschrift organisch eingefügt wurde. Es gelang, und zwar wesentlich wegen nicht hinreichender Unterstützung der Medicinal-Beamten, aber nicht, diesen Keim lebenskräftig zu erhalten. Der Grund schien zum Theil darin zu liegen, dass gerade Seitens der maassgebenden Persönlichkeiten der Metropole die ganze Angelegenheit ziemlich kühl aufgefasst wurde, und doch war eine derartige Organisation um so nothwendiger, je mehr sich herausstellte, dass die preussische Regierung ernstlich an eine Reform unseres Medicinalwesens heranging, die ohne eine Neuorganisation des Medicinalbeamten-Personals nicht gedacht werden konnte.

Es ist daher um so erfreulicher, dass diese Bestrebungen, eben weil sie auf einer gesunden Basis beruhten, endlich Leben gewonnen haben. Das Verdienst, welches sich Herr Rapmund darum erworben hat, kann nicht hoch genug angeschlagen werden, und er hatte das Glück, nunmehr zur rechten Zeit zu kommen. Ueber den Zweck des Vereins halten wir es für wichtig, noch einmal die ersten grundlegenden beiden Paragraphen der Satzungen desselben hier wiederzugeben. Dieselben lauten:

§ 1. Zweck des Vereins ist, den Medicinalbeamten Gelegenheit zu gegenseitiger Annäherung zu bieten, durch Vorträge und durch Austausch persönlicher Erfahrungen eine Verständigung über wichtige Fragen auf dem gesammten Gebiete der Staatsarzneikunde herbeizuführen, sowie auch ihren gemeinsamen berechtigten Interessen die entsprechende Berücksichtigung zu verschaffen.

§ 2. Zum Beitritt sind alle als Medicinalbeamte im preussischen Staatsdienste angestellten Aerzte und die unmittelbaren Medicinalbeamten des Deutschen Reiches berechtigt.

Schon die erste Jahres-Versammlung des Vereins 1883 zeigte zur Genüge, dass es sich hier um ein wirkliches Bedürfniss handelte, und dass die Sympathien der maassgebendsten Persönlichkeiten einschliesslich der Vertreter der Medicinalbeamten innerhalb des Ministeriums dem Werke zur Seite standen. Die zweite, soeben beendete Hauptversammlung hat das über die erste gefällte Urtheil glücklicher Weise nur bestätigen können, ja zur Genüge davon Kunde gegeben, dass mit der Erweiterung des Vereins auch eine solche der Ziele stattgefunden hat, und dass durch den Verein in der That ein Organ geschaffen worden ist, dessen Rath zu hören der Regierung gerade jetzt in dem Vorbereitungsstadium zu einer Neuordnung unseres Medicinalwesens von hoher Bedeutung sein wird, wie dies ja auch von den sachverständigen Räthen, die Herrn Minister v. Gossler zur Seite stehen, anerkannt worden ist.

Der Vorsitzende des preussischen Medicinalbeamten-Vereins Geh.-Rath Dr. Kanzow-Potsdam begrüsste die zahlreich erschienenen Mitglieder, indem er seine Freude darüber aussprach, dass die Betheiligung eine von Jahr zu Jahr regere geworden sei. Der Verein besitzt jetzt 350 active Mitglieder, 9 wurden ihm durch den Tod entrissen, 53 sind neu hinzugetreten, unter ihnen auch zwei aus den Reichslanden, wodurch den kommenden Ereignissen vielleicht ein wenig vorgegriffen worden ist. Uebrigens wollen wir bemerken, dass der hochverdienstvolle frühere Leiter des Medicinalwesens in Elsass-Lothringen, Herr Wasserfuhr ebenfalls den Sitzungen beiwohnte und den Verhandlungen mit dem lebhaftesten Interesse folgte.

Die Verhandlungen selbst begannen mit einer sehr interessanten Mittheilung des Herrn Rapmund-Nienburg, die sich auf die auch in dieser Wochenschrift viel ventilirte Frage bezog, ob ein preussischer Arzt zur Ausführung einer legalen Section gezwungen werden kann. Der Vorstand hatte hier die Entscheidung des Justizministers angerufen, der darauf folgende Antwort gegeben hat:

„Dem Vorstande des preussischen Medicinal-Beamten-Vereins erwidere ich auf die Vorstellung vom 9. d. M. ergebenst, dass die Frage, ob ein nicht beamteter Arzt gezwungen werden könne, die Ausführung einer gerichtlichen Leichenöffnung zu übernehmen, in jedem einzelnen Falle lediglich der Entscheidung der Gerichte, nicht aber der des Justizministers unterliegt: der Justizminister muss es bei dieser gesetzlichen Lage der Sache ablehnen, über die Frage, da sie seiner Entscheidungsbefugniss entzogen ist, eine Aeusserung abzugeben. Uebrigens bemerke ich, dass die in der Vorstellung in Bezug genommene allgemeine Verfügung vom 27. April 1881 sich nur gegen eine unnöthige Uebergehung der zuständigen Medicinalbeamten bei Leichenöffnung gewendet, die beregte grundsätzliche Frage unberührt gelassen hat. Der Justizminister gez. Friedberg."

Herr Rapmund betonte mit Recht, dass durch diese Antwort eine eigentliche Entscheidung noch nicht gegeben sei, und stellte anheim, in einem concreten Falle eine gerichtliche Entscheidung bis in die höchsten Instanzen darüber herbeizuführen.

Leider hatte das Programm der Sitzung vom 25. September eine Aenderung erfahren müssen. Herr Kreisphysikus Sanitätsrath Prof. Dr. Horstmann-Marburg hatte das Referat über ein wichtiges Thema „die Bestimmung der psychischen Freiheit" übernommen. Wie an dieser Stelle ja schon früher gemeldet wurde, ist Herr Horstmann inzwischen verstorben. Mit ihm verlor nicht nur der preussische Medicinalbeamten-Verein, sondern die Medicinalbeamten überhaupt, ja die deutschen Aerzte, ein ebenso hervorragendes als den Interessen des Standes mit ganzer Energie und einem jetzt nicht mehr häufigen Idealismus zugewendetes Mitglied. Die Trauer über den Verlust ist denn auch gerade von den Theilnehmern dieser Versammlung auf das Lebhafteste empfunden worden.

Infolge des Ausfalls dieses Vortrages trat das Referat, welches Herr Kreisphysikus Dr. Mittenzweig-Duisburg über das preussische Hebammenwesen erstattete an erste Stelle. Wir beabsichtigen indessen, die Referate selbst und die daran sich anschliessenden Discussionen in möglichst rascher Folge, soweit es die Fülle des Materials, welches uns sonst zuströmt, erlaubt, nach authentischen Berichten wiederzugeben, und wollen in dieser ersten Mittheilung noch einen kurzen Blick auf den äusserlichen Verlauf der Versammlung werfen.

Schon die Begrüssung am Mittwoch den 24. September hatte von dem lebhaften Interesse, welches dieselbe hervorrief, Kunde gegeben. Dasselbe erwies sich auf dem Festessen am Donnerstag selbst, dem unter anderen hervorragenden Medicinalbeamten auch Hr. Geh.-Rath Skrzeczka beiwohnte. Der Verlauf des Festessens zeugte zur Genüge von dem collegialen Geist, der sämmtliche Anwesende beseelte. Um Wiederholungen zu vermeiden, mag noch darauf hingewiesen werden, dass auch die übrigen geselligen Vereinigungen in gleicher Weise ein gutes Zeugniss für den engen Zusammenhalt der Mitglieder abgaben.

Von grösserer Wichtigkeit waren natürlich die Expeditionen, welche einen grossen Theil der Mitglieder nach der Irrenanstalt zu Dalldorf und nach den Rieselfeldern bei Osdorf, Friederikenhof und Heinersdorf führten. Die in Berlin heimischen Vorstandsmitglieder hatten in anerkennenswerther Weise für die Aeusserlichkeiten gesorgt, und die sachverständige Führung war der Art, dass die Besucher zweifellos einen realen Gewinn aus diesen Besichtigungen gezogen haben.

Wie immer bei solchen Gelegenheiten hatte das Kaiserliche Gesundheitsamt auch den Medicinalbeamten bereitwillig seine Räume geöffnet und in einzelnen Serien ihnen Gelegenheit gegeben, von dem Reichthum seiner pathogenen Mikroorganismen in mikroskopischen Präparaten und Culturen volle Kenntniss zu nehmen. Die Demonstration fand durch Herrn Stabsarzt A. Becker statt und war gewissermaassen eine Art Vorversammlung für die Curse, an denen ja hauptsächlich Medicinalbeamte theilnehmen, welche inzwischen begonnen haben.

So kann man denn ohne Ueberhebung als festgestellt ansehen, dass diese zweite Hauptversammlung einen vollkommenen Erfolg gehabt hat. Dass dies auch in den gehaltenen Referaten und Vorträgen sich manifestirte, werden die weiteren Berichte erweisen.

XV. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Magdeburg 18.—23. September 1884.

Sectionssitzungen.

I. Section für innere Medicin.

Demonstration der Bacillen der Cholera mit ihrer Cultur von Docent Dr. Prior-Bonn.

Nachdem wir den Vortrag des Herrn Finkler-Bonn, soweit sein Inhalt nicht mit dem in dieser Wochenschrift von ihm und Herrn Prior veröffentlichten Artikel übereinstimmt, in der vorigen Nummer wörtlich aus dem Tageblatt der Naturforscherversammlung abgedruckt haben, bringen wir, schon um das Actenmaterial vollständig zu geben, die Darlegung, welche Herr Prior seiner Demonstration vorhergehen liess, und zwar soweit sie Thatsächliches enthielt, ebenfalls wörtlich aus dem Tageblatt.

Herr Prior verwies zuvörderst auf das erste Mikroskop. „Sie werden in ihm", sagte er, „ungemein spärliche, krumme, charakteristische Bacillen finden: es ist ein Präparat, welches wir erhalten, wenn wir ein Flöckchen aus den Fäcalmassen der frühesten Erkrankungszeit herausnehmen, nach der bekannten Methode auf dem Deckglas trocknen und mit einer wässerigen Lösung von Fuchsin oder Methylenblau färben. Dass wir grade diese beiden Farben aus dem reichen Schatze auswählen, hat darin seinen Grund, dass sie uns bei unseren zahlreichen mikroskopischen Arbeiten besonders lieb geworden sind, nicht aber soll es bedeuten, dass sie irgend welchen besonderen Werth für die Färbung unseres Bacillus besässen: ich bemerke noch, dass Robert Koch auch grade diese Farbstoffe mit besonderer Vorliebe verwandt, und ich werde nachher mir noch die Ehre geben, Ihnen ein von Koch's geübter Hand angefertigtes und mit Fuchsin gefärbtes Präparat der echten indischen Cholera vorzulegen."

Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Herr Prior betonte im Anschlusse hieran die Schwierigkeiten, das Richtige in einem Stuhlpräparat herauszufinden. Darin liege die Erklärung, „warum bisher die Untersuchungen und das Durchforschen der Cholera nostras-Stühle von Erfolg nicht gekrönt worden". Herr Prior erinnert an die Veröffentlichung des Herrn Curschmann in dieser Wochenschrift und „auch daran, dass Robert Koch selbst vergeblich die Fäcalien der Cholera spuria und auch die Darmwand eines an Cholera nostras Verstorbenen durchforscht hat — ohne Erfolg;" dies seien aber nur einige Beispiele, offenbar sei das Durchforschen der Stühle von Cholera nostras viel mehr wenn auch ohne Erfolg ausgeübt worden, als man öffentlich bescheinigt finde. „Man muss nicht nur complet bewandert sein in solchen mikroskopischen Dingen, sondern man darf nicht sofort, wenn auf den ersten Blick die Untersuchung fruchtlos und eitel zu sein scheint, die Flinte in das Korn werfen und verzagen; schlimmer, weit schlimmer aber ist es, wenn Einer gar nun schon nach ein paar Präparaten, nach dem Durchmustern weniger Objecte einen Schluss auf das Vorhandensein oder Fehlen irgend welcher Mikroben ziehen wollte. Dies ist absolut verwerflich, und was in diesem Sinne von allgemeinster Bedeutung ist, das passt erst recht auf die Untersuchungen der Fäcalien." Man brauche für sie, wie Rühle bei der Besprechung der Phthisis ausgesprochen habe, zu derartigen, ausschlaggebenden Forschungen Zeit, viel Zeit, aber auch das nothwendige Maass von Ausdauer. Herr Prior bat im Anschlusse hieran „sich hinreichend Zeit zu nehmen und das Gesichtsfeld, welches das erste Präparat darbietet, emsig und langsam abzumustern: denn nur dadurch, dass man lange Zeit sein Auge auf der eingestellten Fläche weilen lässt, wird man dasjenige erkennen können, um was es sich hier handelt, um kleine, gekrümmte, echte Kommabacillen."

„In dem zweiten Präparate finden Sie dann eine vollendete Reincultur vor sich, und zwar ist es nicht nur Zufall, sondern vielmehr Absicht gewesen, dass es gerade eine Reincultur ist, welche wir herausgezüchtet haben aus den Sporen unserer Bacillen; die Sporen nahmen wir aus einer Cholera nostras-Entleerung, welche bereits vollkommen in Fäulniss übergegangen war, und in welcher wir trotz zahlreicher Versuche an einfachen gefärbten Deckglaspräparaten keine Kommabacillen mehr nachweisen konnten, nur diejenigen Gebilde an erster Hand, welche wir nothwendiger Weise für die Sporen unserer Kommabacillen halten müssen. Die Aufzüchtung fand statt auf Nährgelatine, genau nach den Vorschriften Koch's, des weitberühmten Meisters in derartigen Untersuchungen. Ein Blick auf das eingestellte Präparat wird Sie lehren, dass hier das Gesichtsfeld fast nur aus Kommabacillen besteht, welche meistens complet entwickelt sind; daneben finden Sie auch kleinere, offenbar noch wachsende Bacillen von bereits charakteristischer Form; Sie finden auch Stücke von Spirillen und einzelne Hülsen entleerter Sporenträger. Zum Vergleiche werden Sie unter dem nächstfolgenden Mikroskop ein Präparat erblicken, welches Robert Koch selbst mit kundiger Hand angefertigt und als vollendete Reincultur dem Geh. Rath Finkelnburg in Bonn übersandt hat. Ich denke, wenn Sie die beiden Präparate mit dem Auge des unparteiischen Forschers betrachten und dann sine amore, aber auch sine ira Ihr Urtheil fällen, so wird die hochansehnliche Versammlung mit Finkler und mir übereinstimmen, dass, so weit das mikroskopische Bild dies erhärten kann, absolut kein Unterschied besteht zwischen den von Koch aufgefundenen und von ihm für charakteristisch erklärten Kommabacillen der echten asiatischen Cholera und demjenigen, welchen wir bei unserer einheimischen, minder gefahrvollen Cholera aufgefunden und in allen Stadien seines Lebenslaufes auf allen möglichen Nährböden gezüchtet haben. Alle Stadien der Entwicklung hier vorzuführen und unmittelbar, dem zeitlichen Verhältniss entsprechend, die einzelnen Entwicklungsphasen neben einander aufzustellen, geht leider nicht an, weil trotz der liebenswürdigsten Hülfe unserer geschätzten Freunde Vieles sich nicht einfach an einigen wenigen Präparaten vordemonstriren lässt, hier kann nur das sorgfältige Studiren aller Präparate helfen, weil bald in diesem, bald in jenem Bilde Figuren auftauchen, welche nachher erst sich zu einem harmonischen und vollendeten Ganzen combiniren lassen. In anderen Mikroskopen finden Sie dann endlich noch elegant entwickelte Sporenträger, in dem folgenden sehen Sie mit Leichtigkeit, dass die Sporenträger bereits ihre Sporen abgeworfen haben und nun als Schatten, als leere Hülse daliegen, und ringsum liegen schon junge kleine Kommabacillen; in dem letzten Mikroskop sind mehr oder minder vollendete Spirillen aufgestellt."

XVI. Der Reichs-Medicinal-Kalender für das Jahr 1885 liegt in seinem ersten Theil mit sämmtlichen Beilagen nunmehr vollständig vor, nachdem der ihm entsprechende Neue Medicinal-Kalender für Oesterreich, den ich in Gemeinschaft mit Dr. Heinrich Adler in Wien herausgebe, schon in beiden Theilen erschienen ist. Unter diesen Umständen mag es dem Herausgeber erlaubt sein, einige Worte über das Werk auch an dieser Stelle zu sagen.

Zuvörderst möchte ich betonen, dass der Reichs-Medicinal-Kalender Theil I und Theil II vollständig Ende October ausgegeben wird. Es sind aber eine Reihe von Anfragen sowohl an meinen Herrn Verleger als an mich gelangt, aus denen ich ersehe, dass besonders die neuen Artikel, über die der Prospect sich äussert, ein grosses Interesse in weiten ärztlichen Kreisen hervorgerufen haben, und dass man vielfach wünscht, schon vor der eigentlichen Ausgabe des ganzen Kalenders in den Besitz des ersten Theiles mit den Beilagen zu gelangen. Ich verweise hierüber auf das Inserat in dieser Nummer, dessen Inhalt davon Kenntniss giebt, dass wir den betreffenden Wünschen Rechnung tragen wollen, immer aber hervorheben müssen, dass die eigentliche, vollständig ungetheilte Ausgabe des ganzen Kalenders schon auf Ende October festgesetzt ist und die separate Abgabe des ersten Theiles dies Mal nur eine Ausnahme statuirt.

Was den Unterschied zwischen dem I. Theil des Kalenders für das Jahr 1885 und dem für das Jahr 1884 anlangt, so ist, wie ich ja angekündigt hatte, den Wünschen der deutschen Aerzte bezüglich des Volumens jetzt vollkommen Rechnung getragen worden. Der Text des I. Theiles beträgt diesmal 190 Seiten gegen 214 im Vorjahre, die Inseratenbeilage ist von 108 Seiten auf 60 verringert worden. Weiter zu gehen scheint mir unmöglich zu sein, ohne die Reichhaltigkeit des Kalenders zu compromittiren. Alle, denen das Volumen noch jetzt zu gross ist, sind in der Lage, durch Anschaffung der Ausgaben C und D auch den weitgehendsten Ansprüchen zu genügen. Erreicht ist die Verringerung des Volumens dadurch, abgesehen von der Einschränkung der Inserate, dass in diesem neuen Jahrgange eine Anzahl von Artikeln in besonderen Heftchen beigegeben worden, deren kleines Format es erlaubt, sie eventuell in der Brusttasche Platz finden zu lassen, falls man sie während der Praxis selbst zu consultiren wünscht.

Der gebundene Theil I. bringt zuvörderst zwei neue Artikel, von Dr. Rabow: „Neuere Mittel zur Behandlung von Hautkrankheiten", und von Dr. Paul Rupprecht: „Die Chloroform-Narkose". Beide gehören zu dem täglichen Bedarf des Arztes und sind deshalb in die Separathefte wohl mit Recht nicht aufgenommen worden.

Letztere 4 Hefte enthalten einige Artikel, die in dem ersten Theil des vorjährigen Kalenders bereits enthalten waren, und zwar die von Herrn Professor Dr. Flügge, Stabsarzt Dr. Gaffky, Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. Lindow, Kreisphysikus Dr. Lorentzen, Docent Dr. A. Baginsky verfassten, die Classification der Todesursachen nach den Veröffentlichungen des Gesundheitsamtes und den Bestimmungen des internationalen Congresses zu Budapest und die Anleitung zum Desinfectionsverfahren, wie es in Berlin durch das Polizeipräsidium eingeführt ist. Ausserdem aber enthält das erste Heft eine ganz neue Arbeit von Dr. S. Guttmann in Berlin: „Erste Hülfeleistung bei plötzlichen und gefahrdrohenden Zufällen". Die österreichischen Collegen befinden sich schon im Besitz dieses Heftes, und darf ich wohl auf das durchweg günstige Urtheil derselben hinweisen. Die Arbeit Dr. Guttmann's ist selbstverständlich für den Practiker bestimmt, der sich in schwierigen Lagen schnell orientiren will, und sind ihr daher auch eine Reihe der bei plötzlichen und gefahrdrohenden Zufällen gebrauchten Receptformeln beigefügt. Ich glaube voraussetzen zu können, dass dieser Arbeit ganz besonders der Beifall der deutschen Collegen nicht fehlen wird. Von einem vielbeschäftigten Practiker verfasst, enthält sie nichts was dieser nicht selbst erlebt resp. geprüft hat und so wird sie den practischen Arzt niemals in Stich lassen.

Eine zweite Neuigkeit der Hefte ist die „Anleitung zur Untersuchung des Wassers auf Mikroorganismen, nach dem Verfahren des Geh.-Rath Dr. Koch mit besonderer Zustimmung desselben von Stabsarzt Dr. Becker, commandirt zum Gesundheitsamte, zusammengestellt. Die Nothwendigkeit, dies Verfahren unter den Aerzten populär zu machen, braucht an dieser Stelle nicht hervorgehoben zu werden, wohl aber darf ich darauf hinweisen, dass dem Artikel zwei Farbentafeln zugegeben sind, deren Ausführung freilich sehr grosse Kosten mit sich brachte, die sich aber auch des unbedingten Beifalls Geh.-Rath Koch's zu erfreuen haben.

Was den II. Theil anlangt, so entspricht er wesentlich seinen Vorgängern. Die medicinische und hygienische Publicistik der sämmtlichen Culturstaaten wird in diesem Jahrgang beendet. Die Gesetze und Verordnungen auf dem Gebiete des Civil- und Militär-Medicinalwesens haben in den Herren Dr. A. Geissler und Stabsarzt Dr. Schill in Dresden neue Bearbeiter gefunden. Facultäten, Vereins-Organisation u. s. w. sind bis auf die neueste Zeit in alter Weise fortgeführt. Die Personalien werden nach einem neuen Plan bearbeitet und dürften diesmal zu demjenigen Grad der Authenticität gekommen sein, der auf diesem Gebiete in Deutschland überhaupt möglich ist. Während die Gesetze und Verordnungen im Allgemeinen nur wiedergegeben werden konnten, soweit sie bis zum 1. Juli dieses Jahres erschienen, ist denselben ein Nachtrag hinzugefügt worden, der einige besonders wichtige Erlasse enthält, die nach jenem Termin erschienen sind, sodann aber einen Abschnitt, der die von dem Deutschen Reiche und von den Einzelstaaten erlassenen Verfügungen zum Schutz gegen die Cholera wiedergiebt. Derselbe wird eingeleitet durch einen Auszug aus dem Vortrage des Geh.-Rath Koch, illustrirt durch die in der Deutsch. med. Wochenschr. veröffentlichten Abbildungen. Dieser Nachtrag wird, so denke ich, den Herren Collegen ganz besondere Befriedigung bereiten.

Ueber den ebenfalls vollendeten Supplementband zu allen Jahrgängen des Reichs-Medicinal-Kalenders werde ich mir gestatten, demnächst besonders zu berichten, da es sich hier um ein Unternehmen ganz neuen Charakters handelt.

Ich hoffe, man wird dem Verleger wie dem Herausgeber des Reichs-Medicinal-Kalenders das Zeugniss nicht versagen, nach besten Kräften an der Verbesserung des Werkes gearbeitet und selbst erhebliche Kosten nicht gescheut zu haben. Möge die Aufnahme der Summe dieser Mühen und Kosten entsprechen. P. B.

XVII. Die Cholera.

XIV.

1. Weiterer Verlauf der Epidemie.

a. Südfrankreich. Mehr und mehr tritt hervor, dass die Seuche im Erlöschen begriffen ist, auch das Département Ost-Pyrenäen weist eine constante Abnahme der Fälle auf. Im Allgemeinen ist die Epidemie über die angegebene Linie nach Norden nicht vorgedrungen, nur dass sich in Paris einige verdächtige Fälle gezeigt haben. Aus dem Hospital Bichart waren 2 Todesfälle gemeldet. Einige „Cholerafälle" in Clichy werden dem dortigen schlechten Wasser und dem Schmutze in den Quartieren zugeschrieben. Es wohnen dort 1800 Lumpensammler, auf 100 Personen kommt ein Abort; den Wohnungen fehlen Luft und Licht. Im Uebrigen ist der Gesundheitszustand in Paris vortrefflich.

b. Spanien. Die Epidemie verursucht noch immer eine Reihe von Todesfällen (am 26. September 10) ohne die Bildung grösserer Heerde. In Barcelona kamen mehrere Todesfälle vor.

Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

c. Italien.

Provinzen.	17.		18.		19.		20.		21.		22.		23.		24.	
	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest,	Fälle.	Gest.
Alessandria	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	1	2
Ascoli	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
Aquila	—	—	20	1	7	—	2	2	—	—	—	3	—	—	5	3
Avellino	—	—	2	—	3	3	1	2	—	—	3	1	—	—	—	—
Benevento	—	—	—	—	—	—	1(?)	—	—	—	—	—	1	1	—	—
Bergamo	18	5	19	18	14	7	18	3	20	15	16	8	13	10	24	14
Bologna	—	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Brescia	—	—	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	4	2	—	—
Campobasso	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1(?)	1	—	—	—
Caserta	7	5	22	3	5	4	Kein Bulletin erschienen.		6	2	19	8	12	4	8	3
Chieti	1	—	—	1	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
Cremona	1	4	8	—	3	5	1	4	8	5	10	2	4	3	8	6
Cuneo	16	10	10	9	15	10	14	14	16	6	23	14	10	7	28	12
Ferrara	—	1(?)	3(?)	1	—	—	3	2	3	—	—	—	—	—	2	1
Genua:																
Stadt	—	—	—	—	—	—	—	—	4(?)	—	3(?)	—	9	5	51	20
Provinz	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	7	2	9	3	21	10
Spezzia	21	5	18	11	15	11	16	7	33	7	21	[illegible]	20	10	13	5
u. Umgeb.	5	4	5	3	5	3	13	2	18	5	6	2	3	2	4	2
Mailand	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1(?)	1	—	1	2	1
Massa	—	—	3	1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	10	5
Modena	—	—	1	1	1(?)	—	1	—	3	2	1	—	1	1	5	3
Neapel:																
Stadt	473	164	325	128	295	99	305	97	251	82	264	75	244	68	201	65
Vorherg. Fälle	—	119	—	108	—	—	—	64	—	70	—	51	—	53	—	30
Provinz	66	22	51	16	73	46	57	33	53	17	46	25	63	35	60	32
Parma	5	1	8	6	4	3	5	1	8	4	3	3	—	—	—	—
Pavia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Pisa	—	—	1(?)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Reggio-Emilia	—	—	7	4	3	2	3	1	4	3	2	6	10	6	3	3
Rom	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—
Rovigo	1	3	2	2	6	2	1	3	5	3	5	2	4	3	8	2
Salerno	3	2	3	—	1	—	2	—	2	—	—	1(?)	—	—	—	—
Turin	2	1	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	—
Gesammtzahl der Fälle	603	357	553	316	466	200	440	256	437	223	432	209	421	218	453	220

2. Schutzmaassregeln.

Deutsches Reich. Für den Fall einer weiteren Annäherung der Cholera ist bei den Königl. Preussischen Eisenbahn-Verwaltungen die Anordnung getroffen worden, dass an den Grenz-Uebergangsstationen und an noch näher zu bestimmenden Haupt-Knotenstationen der Eisenbahn die Reisenden in den Coupés einer Besichtigung durch Aerzte unterzogen werden und Personen, welche an der Cholera erkrankt oder der Erkrankung verdächtig sind, von der Weiterfahrt auszuschliessen sind. Die von der Reise ausgeschlossenen erkrankten Personen sollen in den Räumen, welche bereits im Voraus für ihre Pflege bestimmt sind, untergebracht werden. Die Beamten der Eisenbahnverwaltung haben die mit der Besichtigung der Reisenden beauftragten Aerzte, sowie die errichteten Sanitätscommissionen nach Kräften zu unterstützen und dafür zu sorgen, dass einer Störung des Verkehrs und einer Belästigung des Reisenden nach Möglichkeit vorgebeugt werde. Wenn während der Fahrt Cholerafälle unter den Reisenden eintreten sollten, so hat der Zugführer davon auf der nächsten Station dem Stationsvorsteher ungesäumt Meldung zu erstatten. Die erkrankten Personen werden dann sofort in die dazu bestimmten Räume übergeführt, und wird für ärztliche Hilfe gesorgt. Gleichzeitig hat der Stationsvorsteher der Orspolizei schriftliche Anzeige zu erstatten, welche den Ort und Tag der Erkrankung, den Ort, von welchem die Reise begonnen ist, Name, Geschlecht, Alter und Stand oder Gewerbe des Erkrankten enthalten soll. Der Wagen, in welchem sich der Erkrankte befunden hat, wird sofort ausgesetzt und der nächsten für die Desinfection der Viehwagen bestimmten Station mittels Begleitscheines zugeführt.

Für das Niederrheinisch-Westfälische Kohlenrevier hat die Königliche Regierung eine scharfe Controle der aus Italien zuziehenden und in den dortigen Bergwerken beschäftigten Individuen verfügt und namentlich bestimmt, dass jede aus Italien kommende Person, welche sich nicht nachgewiesenermaassen bereits zehn Tage hindurch ausserhalb Italien befindet, bis zum Ablauf dieser Frist in abgesonderten Gebäuden für sich untergebracht und unter einer zuverlässigen Controle ihres Gesundheitszustandes — thunlichst unter Zuziehung eines Arztes — gehalten wird, damit bei der ersten Wahrnehmung choleraverdächtiger Krankheitserscheinungen sofort alle gegen die Weiterverbreitung der Krankheit gerichteten sanitätspolizeilichen Schutzmaassregeln ins Werk gesetzt werden können. Die Bergwerke sind daher Seitens der Ortspolizeibehörden aufgefordert worden, hierauf strengstens zu achten.

Schweiz. Die von dem Bundesrath seinerseits im Hinblick auf die Verbreitung der Cholera an dessen Grenze getroffenen Maassnahmen beziehen sich ausser auf die Gotthardbahn auf folgende Postrouten: 1) Simplon (Brieg-Intra) mit der Station Gondo für Wagenwechsel und ärztliche Inspection der Reisenden; 2) Maloja (Colico Samaden) mit der Station Castasegna; 3) Splügen mit der Station Splügen-Dorf. Ausserdem findet die ärztliche Inspection auch auf der Postroute Poschiavo-Pirano statt: Station Campocologno.

XVIII. Oeffentliches Sanitätswesen.

Amtliches.

Preussen.

(Schluss aus No. 39.)

Bei sehr erheblichem Gehalt an (Fehling'sche Lösung) reducirendem Zucker und verhältnissmässig geringer Linksdrehung kann die Verminderung der Linksdrehung durch Rohrzucker oder Dextrine oder durch Amylin hervorgerufen sein. Zum Nachweis des ersteren wird der Wein durch Erhitzen mit Salzsäure (auf 50 ccm Wein 5 ccm verdünnte Salzsäure vom specifischem Gewichte 1,10) invertirt und nochmals polarisirt. Hat die Linksdrehung zugenommen, so ist das Vorhandensein von Rohrzucker nachgewiesen. Die Anwesenheit der Dextrine findet man, wie bei Abschnitt: „Gummi" angegeben. Bei Gegenwart von Rohrzucker ist dem Weine möglichst reine, ausgewaschene Hefe zuzusetzen und nach beendeter Gährung zu polarisiren. Die Schlussfolgerungen sind dann dieselben, wie bei zuckerwarmen Weinen.

Zur Polarisation sind nur grosse, genaue Apparate zu benützen.

Die Drehung ist nach Landolt (Zeitschr. f. analyt. Chemie 7,9) auf Wild'sche Grade umzurechnen:

1° Wild = 4,6043° Soleil,
1° Soleil = 0,217189° Wild,
1° Wild = 2,89005° Wentzke,
1° Wentzke = 0,346015° Wild.

Gummi (arabisches). Zur Ermittelung eines etwaigen Zusatzes von Gummi versetzt man 4 ccm Wein mit 10 ccm Weingeist von 96 Vol.-pCt. Bei Anwesenheit von Gummi wird die Mischung milchig trübe und klärt sich erst nach vielen Stunden. Der entstehende Niederschlag haftet zum Theil an den Wandungen des Glases und bildet feste Klümpchen. In echtem Weine entstehen nach kurzer Zeit Flocken, welche sich bald absetzen und ziemlich locker bleiben. Zur näheren Prüfung empfiehlt es sich, den Wein zur Syrupdicke einzudampfen, mit Weingeist von obiger Stärke ausziehen und den unlöslichen Theil in Wasser zu lösen. Man versetzt diese Lösung mit etwas Salzsäure (vom specifischen Gewicht 1,10), erhitzt unter Druck zwei Stunden lang und bestimmt dann den Reductionswerth mit Fehling'scher Lösung unter Berechnung auf Dextrose. Bei echten Weinen erhält man auf diese Weise keine irgend erhebliche Reduction. (Dextrine würden auf dieselbe Weise zu ermitteln sein.)

Mannit. Da man in einigen Fällen das Vorkommen von Mannit im Weine beobachtet hat, so ist beim Auftreten von spiessförmigen Krystallen im Extract und Glycerin auf Mannit Rücksicht zu nehmen.

Stickstoff. Bei der Bestimmung des Stickstoffes ist die Natronkalk-Methode anzuwenden.

Mineralstoffe. Zur Bestimmung derselben werden 50 ccm Wein angewandt. Findet eine unvollständige Verbrennung statt, so wird die Kohle mit etwas Wasser ausgelaugt und für sich verbrannt. Die Lösung dampft man in der gleichen Schale ein und glüht die Gesammtmenge der Asche schwach.

Chlorbestimmung. Der Wein wird mit Natriumcarbonat übersättigt, eingedampft, der Rückstand schwach geglüht und mit Wasser erschöpft. In dieser Lösung ist das Chlor titrimetisch nach Volhard oder auch gewichtsanalytisch zu bestimmen.

Weine, deren Asche durch einfaches Glühen nicht weiss wird, enthalten in der Regel erhebliche Mengen von Chlor (Kochsalz).

Schwefelsäure. Diese ist im Wein direct mit Bariumchlorid zu bestimmen. Die quantitative Bestimmung der Schwefelsäure ist nur dann auszuführen, wenn die qualitative Prüfung auf ein Vorhandensein anormaler Mengen derselben schliessen lässt. (Bei schleimigen oder stark trüben Weinen ist die vorherige Klärung mit spanischer Erde zu empfehlen.)

Kommt es in einem besonderen Falle darauf an zu untersuchen, ob freie Schwefelsäure oder Kaliumbisulfat vorhanden, so muss der Beweis geliefert werden, dass mehr Schwefelsäure zugegen ist, als sämmtliche Basen zur Bildung neutraler Salze erfordern.

Phosphorsäure. Bei Weinen mit nicht deutlich alkalisch reagirender Asche ist die Bestimmung in der Weise auszuführen, dass der Wein mit Natriumcarbonat und Kaliumnitrat eingedampft, der Rückstand schwach geglüht und mit verdünnter Salpetersäure aufgenommen wird; alsdann ist die Molybdänmethode anzuwenden. Reagirt die Asche erheblich alkalisch, so kann die salpetersaure Lösung derselben unmittelbar zur Phosphorsäurebestimmung verwendet werden.

Die übrigen Mineralstoffe des Weines (auch ev. Thonerde) sind in der Asche bez. dem Verkohlungsrückstande nach bekannten Methoden zu bestimmen.

Schweflige Säure. Es werden 100 ccm Wein im Kohlensäurestrome nach Zusatz von Phosphorsäure abdestillirt. Zur Aufnahme des Destillates werden 5 ccm Normal-Jodlösung vorgelegt. Nachdem das erste Drittel abdestillirt ist, wird das Destillat, welches noch Ueberschuss von freiem Jod enthalten muss, mit Salzsäure abgesäuert, erwärmt und mit Bariumchlorid versetzt.

Verschnitt von Traubenwein mit Obstwein. Der chemische Nachweis des Verschnittes von Traubenwein mit Obstwein ist nach den bis jetzt vorliegenden Erfahrungen nur ausnahmsweise mit Sicherheit zu führen. Namentlich sind alle auf einzelne Reactionen sich stützenden Methoden, Obstwein vom Traubenwein zu unterscheiden, trüglich; auch kann nicht immer aus der Abwesenheit von Weinsteinsäure oder aus der Anwesenhei

Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

geringer Mengen derselben mit Gewissheit geschlossen werden, dass ein Wein kein Traubenwein sei.

Bei der Darstellung von Kunstwein, beziehungsweise als Zusatz zu Most oder Wein werden erfahrungsmässig neben Wasser zuweilen folgende Substanzen verwendet:

Weingeist (direct oder in Form gespriteter Weine), Rohrzucker, Stärkezucker und zuckerreiche Stoffe (Honig), Glycerin, Weinstein, Weinsteinsäure, andere Pflanzensäuren und solche enthaltende Stoffe, Salicylsäure, Mineralstoffe, arabisches Gummi, Gerbsäure und gerbstoffhaltige Materialien (z. B. Kino, Katechu), fremde Farbstoffe, Aetherarten und Aromata.

Die Bestimmung, bezw. der Nachweis der meisten dieser Substanzen ist oben bereits angegeben worden, mit Ausnahme der Aromata- und Aetherarten, für welche Methoden vorläufig noch nicht empfohlen werden können.

Speciell sind hier noch folgende Substanzen zu erwähnen, welche zur Vermehrung des Zuckers, Extractes und der freien Säuren Verwendung finden:

Dörrobst, Tamarinden, Johannisbrod, Datteln, Feigen.

B. Anhaltspunkte für die Beurtheilung der Weine.

I. a. Prüfungen und Bestimmungen, welche zum Zweck der Beurtheilung des Weines in der Regel auszuführen sind:

Extract, Weingeist, Glycerin, Zucker, freie Säuren überhaupt, freie Weinsteinsäure, qualitativ, Schwefelsäure, Gesammtmenge der Mineralbestandtheile, Polarisation, Gummi, bei Rothweinen fremde Farbstoffe.

b. Prüfungen und Bestimmungen, welche ausserdem unter besonderen Verhältnissen auszuführen sind:

Specifisches Gewicht, Flüchtige Säuren, Weinstein und freie Weinsteinsäure, quantitativ, Bernsteinsäure, Aepfelsäure, Citronensäure, Salicylsäure, Schweflige Säure, Gerbstoff, Mannit, Einzelne Mineralbestandtheile, Stickstoff.

Die Commission hält es für wünschenswerth bei der Mittheilung der in der Regel auszuführenden Bestimmungen obige (sub a angeführte) Reihenfolge beizubehalten.

II. Die Commission kann es nicht als ihre Aufgabe betrachten, eine Anleitung zur Beurtheilung der Weine zu geben, glaubt aber auf Grund ihrer Erfahrungen auf folgende Punkte aufmerksam machen zu sollen.

Weine, welche lediglich aus reinem Traubensafte bereitet sind, enthalten nur in seltenen Fällen Extractmengen, welche unter 1,5 g in 100 ccm liegen. Kommen somit extractärmere Weine vor, so sind sie zu beanstanden, falls nicht nachgewiesen werden kann, dass Naturweine derselben Lage und desselben Jahrganges mit so niederen Extractmengen vorkommen.

Nach Abzug der „nichtflüchtigen Säuren" beträgt der Extractrest bei Naturweinen nach den bis jetzt vorliegenden Erfahrungen mindestens 1,1 g in 100 ccm, nach Abzug der „freien Säuren" mindestens 1,0 g Weine, welche geringere Extractreste zeigen, sind zu beanstanden, falls nicht nachgewiesen werden kann, dass Naturweine derselben Lage und desselben Jahrganges so geringe Extractreste enthalten.

Ein Wein der erheblich mehr als 10 Proc. der Extractmenge an Mineralstoffen ergiebt, muss entsprechend mehr Extract enthalten, wie sonst als Minimalgehalt angenommen wird. Bei Naturweinen kommt sehr häufig ein annäherndes Verhältniss von 1 Gewichtstheil Mineralstoffe auf 10 Gewichtstheile Extract vor. Ein erhebliches Abweichen von diesem Verhältniss berechtigt aber noch nicht zur Annahme, dass der Wein gefälscht sei.

Die Menge der freien Weinsteinsäure beträgt nach den bisherigen Erfahrungen in Naturweinen nicht mehr, als $^1/_6$ der gesammten „nichtflüchtigen Säuren".

Das Verhältniss zwischen Weingeist und Glycerin kann bei Naturweinen schwanken zwischen 100 Gewichtstheilen Weingeist zu 7 Gewichtstheilen Glycerin und 100 Gewichtstheilen Weingeist zu 14 Gewichtstheilen Glycerin. Bei Weinen, welche ein anderes Glycerinverhältniss zeigen, ist auf Zusatz von Weingeist, beziehungsweise Glycerin, zu schliessen.

Da bei der Kellerbehandlung zuweilen kleine Mengen von Weingeist (höchstens 1 Vol. Proc.) in den Wein gelangen können, so ist bei der Beurtheilung der Weine hierauf Rücksicht zu nehmen.

Bei Beurtheilung von Süssweinen sind diese Verhältnisse nicht immer maassgebend.

Für die einzelnen Mineralstoffe sind allgemein gültige Grenzwerthe nicht anzunehmen. Die Annahme, dass bessere Weinsorten stets mehr Posphorsäure enthalten sollen als geringere, ist unbegründet.

Weine, welche weniger als 0,14 g Mineralstoffe in 100 ccm enthalten, sind zu beanstanden, wenn nicht nachgewiesen werden kann, dass Naturweine derselben Lage und desselben Jahrganges, die gleicher Behandlung unterworfen waren, mit so geringen Mengen von Mineralstoffen vorkommen.

Weine, welche mehr als 0,05 Proc. Kochsalz in 100 ccm enthalten, sind zu beanstanden.

Weine, welche mehr als 0,092 g Schwefelsäure (SO_3), entsprechend 0,20 g Kaliumsulfat (K_2SO_4) in 100 ccm enthalten, sind als solche zu bezeichnen, welche durch Verwendung von Gips oder auf andere Weise zu reich an Schwefelsäure geworden sind.

Durch verschiedene Einflüsse können Weine schleimig (zähweich), schwarz, braun, trübe oder bitter werden; sie können auch sonst Farbe, Geschmack und Geruch wesentlich verändern; auch kann der Farbstoff der Rothweine sich in fester Form abscheiden, ohne dass alle diese Erscheinungen an und für sich berechtigten, die Weine deshalb als unecht zu bezeichnen.

Wenn in einem Weine während des Sommers eine starke Gährung auftritt, so gestattet dies noch nicht die Annahme, dass ein Zusatz von Zucker oder zuckerreichen Substanzen, z. B. Honig u. a. stattgefunden habe, denn die erste Gährung kann durch verschiedene Umstände verhindert oder dem Wein kann nachträglich ein zuckerreicher Wein beigemischt worden sein.

XIX. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Berlin. Oberstabsarzt I. Cl. Privatdocent Dr. Rabl-Rückhard ist das Prädicat eines Professors verliehen worden. — Wien. Wiederum ist einer der alten Garde geschieden, Herm. v. Zeissl, noch ein Schüler Hebra's. — Bern. An Stelle Prof. Grützner's ist, wie als sicher gemeldet wird, Prof. Kronecker in Berlin berufen worden und hat die Berufung angenommen.

— Berlin. Die gemeinsame Poliklinik der Professoren Eulenburg und Mendel für Nerven- und Geisteskrankheiten befindet sich vom 1. October ab Karlstrasse 27; die Aufnahmestunden sind an allen Wochentagen von 4—6 und Sonntags von 10—11 Uhr. In denselben Localitäten wird auch während der Vormittagsstunden die Poliklinik des Prof. Litten für innere Krankheiten und des Dr. B. Baginsky für Ohrenkrankheiten gehalten.

— Die Herren Dr. A. Hartmann und Dr. H. Krause haben am 1. October d. J. ihre Polikliniken in ein gemeinschaftliches Lokal: Friedrichstrasse 111, Hof I. verlegt. Die Poliklinik für Ohren- und Nasenkrankheiten ist werktäglich von $^1/_2$11 bis $^1/_2$12 Uhr, die Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten werktäglich von 12 bis 1 Hhr geöffnet.

— Das hiesige Polizeipräsidium hat eine Verordnung erlassen, derzufolge jeder Arzt verpflichtet ist, über jede in seiner Praxis vorkommende Erkrankung an Diphtherie ohne Säumen bei der königlichen Sanitäts-Commission, C. Stralauerstr. 39, 1 Tr., schriftliche Anzeige zu erstatten. Die Verordnung wird am 2. October d. J. in Kraft treten.

XX. Personalien.

1. Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Generalarzt II. Klasse und Regimentsarzt der Garde du Corps Dr. Kuhn in Potsdam den Königlichen Kronen-Orden II. Klasse und dem practischen Arzt Sanitäts-Rath Dr. Mertznich in Köln den Rothen Adler-Orden IV. Klasse zu verleihen; ferner haben Allerhöchst dieselben bei der Anwesenheit in der Provinz Westphalen und der Rheinprovinz folgende Auszeichnungen Allergnädigst zu verleihen geruht: den Charakter als Geheimer Medicinal-Rath dem Mitglied des Medicinal-Collegiums der Provinz Westphalen Medicinal-Rath Dr. Sarrazin in Münster, den Charakter als Sanitäts-Rath den Kreisphysikern Dr. Haack in Trarbach, Dr. Wellenstein in Urft und Dr. Hecking in Saarburg, sowie den practischen Aerzten Dr. Reinhard in Bochum und Strafanstaltsarzt Dr. Schmidtborn in *Saarbrücken*; den Rothen Adler-Orden IV. Klasse dem Kreiswundarzt *Sanitäts-Rath Dr.* Schulte in Haltern, dem Kreisphysicus Dr. Brühl in Siegburg, dem ordentlichen Professor in der medicinischen Facultät Dr. Koester in Bonn und dem Regierungs- und Medicinal-Rath Dr. Trost in Aachen, den Königlichen Kronen-Orden IV. Klasse dem Apotheker und Stadtverordneten Koch in Trier und dem Apotheker Westphal in Düsseldorf.

Ernennungen: Der seitherige Kreiswundarzt Dr. Leopold Wilbrand zu Frankfurt a. M. ist zum Kreisphysikus des Stadtkreises Frankfurt a. M., der seitherige Kreiswundarzt Dr. Heinrich Jaster zu Exin zum Kreisphysikus des Kreises Wongrowitz, sowie der practische Arzt Dr. Max Hachenberg zu Neuwied zum Kreiswundarzt des Kreises Neuwied ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Neuendorff in Bochum, Riffart in Manderscheid und Dr. Breitkopf in Malstatt.

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. Rusack von Achim nach Stade, Dr. Hartisch von Ottersberg nach Achim, Dr. Zaddach von Zeven nach Hechthausen, Dr. Proebsting von Giessen nach Lippspringe, Dr. Kiesner von Schweicheln nach Baiern, Dr. Mayer von Burg Reuland nach Weitmar, Dr. Gantzer von Hallenberg nach Altfelde, Stabsarzt a. D. Dr. Helmbold von Hamm nach Teutschenthal und Dr. Leibl von Hillesheim nach Thüngersheim.

Apotheken-Angelegenheiten: Dem Apotheker Scholvien ist die Verwaltung der Schuetze'schen Apotheke in Perleberg übertragen.

Todesfälle: Dr. W. R. Müller in Hechthausen, Dr. Hoelscher in Wiedenbrück und Dr. Kropff in Soest.

Vacant: Die Kreiswundarztstellen der Kreise Rosenberg O.-S., Kolmar i. P., Bomst und des Siegkreises.

2. Baden.

(Aerztliche Mittheilungen aus Baden NNo. 14. 15.)

Weggezogen. Arzt Wörner von Rickenbach, A. Säckingen.

Gestorben. Arzt August Kaiser in Bühl, 58 Jahre alt, approb. 1850, Arzt Most in Furtwangen, geboren 1837, approb. 1863, Medicinalrath Dr. Anton Rasina in Donaueschingen, geboren 1807, approb. 1831, zuletzt Bezirksarzt in Engen.

Berichtigung aus No. 39.

S. 628 l. Sp. Zeile 39 v. o. lies „Ausscheidungsformel" statt „Ausscheidungsdauer".

S. 628 l. Sp. Zeile 9 v. u. lies „das Symptom" statt „folgendes Symptom".

S. 628 r. Sp. Zeile 10 v. o. lies „hämorrhagische Cystitis" statt „hämorrhagische Nephritis".

Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Besondere Beilage

zu

No. 40 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Ueber Epilepsie.

Von

Prof. **Dr. E. Mendel.**

(Vortrag, gehalten in dem Verein für Heilkunde am 1. April 1884.)

(Fortsetzung aus No. 39.)

Wir beobachten beim Menschen Anfälle, die der Epilepsie ähnlich sind oder ihr gleichen, in Fällen, in denen unzweifelhaft der Ausgangspunkt die Rinde und zwar die motorische Region derselben ist. Diese Fälle hat man als partielle, corticale Epilepsie oder nach demjenigen, der sie zuerst genauer beschrieben, Jackson'sche Epilepsie genannt. Hier veranlasst ein Tumor, eine Erweichung der Rinde, der Reiz eines meningitischen Processes u. s. w. die Erregung in der Rinde, die bei dem Thierexperiment der elektrische Strom vermittelt. Entsteht nun aber das, was wir einen klassischen epileptischen Anfall nennen? Ganz im Gegentheil, das klinische Bild dieser Rindenepilepsie beim Menschen ist ein wesentlich differentes von jener wahren Epilepsie, und deshalb hat man auch die Anfälle epileptiforme genannt.

Es ist hier nicht der Ort, auf die stark angewachsene Literatur über die Rindenepilepsie ausführlich einzugehen, es sollen nur die hauptsächlichsten Punkte hervorgehoben werden, durch die sich diese Form von der wahren Epilepsie unterscheidet.

1. In der grossen Mehrzahl der Fälle bleibt bei der Rindenepilepsie während des Anfalls das Bewusstsein erhalten, es tritt höchstens auf wenige Augenblicke eine gewisse Umneblung ein.

2. Die Anfälle sind fast immer beschränkt auf eine Körperhälfte, oder nur auf das Bein, oder auf Arm und Bein, oder auf Arm und Gesicht, zuweilen nur in einzelnen Muskelgruppen dieser Körpertheile.

Nur selten kommt es auch zu Zuckungen auf der andern Seite, zuweilen allerdings dann mit Verlust des Bewusstseins zu einem vollständigen epileptischen Anfall. Diese treten aber so ausnahmsweise auf — in einem Fall, den ich augenblicklich behandle, sind täglich 6—10 epileptiforme Anfälle und nach 8—9 Monaten tritt ein epileptischer Anfall auf —, dass dadurch schon ein ganz anderes Bild entsteht, wie bei der genuinen Epilepsie.

3. Die Krämpfe haben bei der Rindenepilepsie meist einen klonischen, sehr selten einen tonischen Charakter. Zuweilen zeigen sie sich nur als Tremor.

4. In der Zwischenzeit zwischen den Anfällen lassen sich in den von dem Insult betroffenen Theilen motorische Störungen, wie Pupillendilatation, Facialisparese, Schwäche im Arm, oder auch Störungen des Muskelgefühls, vasomotorische Störungen u. s. w. nachweisen, Störungen, die bei der genuinen Epilepsie in den Intervallen zwischen den Anfällen relativ selten sind.

5. Oefter wird im Anschluss an die Anfälle, wenn diese die rechte Körperhälfte treffen, also in der linken Hemisphäre ihren Ausgangspunkt haben, atactische Aphasie beobachtet, die nach dem wahren epileptischen Anfall, nachdem das Bewusstsein ganz zurückgekehrt ist, jedenfalls sehr selten ist.

Wenn die Rinde in der That der Ausgangspunkt der wahren Epilepsie ist, warum zeigen sich nicht hier bei unzweifelhafter Rindenaffection, wenigstens in einem gewissen Stadium der Erkrankung, reguläre epileptische Anfälle, warum bilden diese nur ausnahmsweise auftretende intercurrente Erscheinungen, bei denen man dann doch an die weitere Fortpflanzung der Erregung auf tiefer liegende Theile zu denken hat?

Aehnliche Einwände gegen die corticale Natur der Epilepsie ergeben sich aus der Beobachtung derjenigen Fälle, in denen es sich um eine diffuse Erkrankung der Hirnrinde handelt, und hier wieder besonders aus der Beobachtung der progressiven Paralyse der Irren. Ausgebildete klassische epileptische Anfälle gehören bei den Paralytikern zu den Ausnahmen, bei einem Theil derselben fehlt überhaupt jede Andeutung von Krämpfen während eines Jahre langen Verlaufs, in der Mehrzahl sind allerdings Krämpfe vorhanden, aber dieselben haben mit Recht nicht den Namen der epileptischen, sondern der epileptiformen erhalten, weil sie nicht der wahren Epilepsie, sondern jenen Zuständen gleichen, die ich eben als Rindenepilepsie beschrieben habe.

Wäre die Reizung der motorischen Rindencentren das Wesentliche bei der Epilepsie, dann müssten doch wenigstens in einem gewissen Stadium einer Krankheit, bei der die motorischen Centren regelmässig afficirt sind, klassische epileptische Anfälle deutlich hervortreten.

Unter diesen Umständen kommen wir zu dem Schluss, dass zur Auslösung des wahren epileptischen Anfalls beim Menschen die Erregung der motorischen Centren in der Hirnrinde nicht ausreicht, sondern dass die durch dieselben gesetzten Erscheinungen nur epileptiformer Natur sind.

Wir müssen demnach annehmen, dass noch andere Hirntheile zur Hervorrufung des genuinen epileptischen Anfalles nothwendig sind, und es wird, da nach den vorliegenden Experimenten an Thieren wie nach den Erfahrungen beim Menschen, hierfür die gangliösen Apparate des Streifenhügels und Linsenkerns, wie des Thalamus opticus und der Vierhügel nicht in Anspruch genommen werden können — (selbstverständlich müssen bei den deutlichen reflectorischen Wirkungen, die bei der Epilepsie unzweifelhaft eine erhebliche Rolle spielen, Ganglienapparate vorausgesetzt werden) —, auf Pons und Medulla oblongata recurrirt werden müssen.

Es scheint demnach, dass die Nothnagel'sche Hypothese im Wesentlichen wohl am meisten geeignet erscheint, die Thatsachen des epileptischen Anfalles zu erklären. Es bleibt dabei wenigstens zur Zeit noch eine offene Frage, ob wir uns an jenen Stellen ein einziges Centrum für die Krämpfe als „Krampfcentrum" denken, oder ob wir die Summe der motorischen Apparate, die sich an jenen Stellen finden, für das eine Centrum setzen. Durch eine allgemeine Anämie der Hirnrinde, wie sie durch den Reiz des vasomotorischen Centrums hervorgebracht wird, würde sich auch am ungezwungensten die Betheiligung der Hirnrinde resp. die Aufhebung der Function derselben erklären. Wenigstens erhielt ich dieselbe Erscheinung der Bewusstlosigkeit durch die Einwirkung der Centripetalkraft auf das Hirn bei Thieren, indem jene dasselbe im höchsten Grade anämisch macht.

Allerdings fehlt zur Begründung der Hypothese der pathologisch-anatomische Nachweis der Veränderung in Pons und Medulla oblongata bei Epileptikern.

Schroeder van der Kolk glaubte allerdings in den Ectasien am Boden des 4. Ventrikels eine pathologisch-anatomische Grundlage gefunden zu haben, Virchow hielt sie jedoch für beziehungslos zur Epilepsie.

In einem von mir beobachteten Falle von Epilepsie, der in der Dissertation von Tereskiewicz beschrieben ist, fand ich eine Exostose, die von der Pars basilaris ausgehend, einen Eindruck am Pons hervorgebracht hatte und in diesem selbst hochgradige Erweiterung der Gefässe. (Ein ähnlicher Fall findet sich bei Pletzer deutsche Klinik 1868 No. 10 „hirsekorngrosse Exostose auf der hintern Fläche des Arc. post. des Atlas.")

In der Mehrzahl der Fälle ist aber der Befund negativ, und nichts spricht mehr für den Mangel eines charakteristischen Befundes bei der Epilepsie, als dass man nach und nach die aller verschiedensten Hirntheile, ja auch das Rückenmark (Brown-Séquard) als Ausgangspunkt angeschuldigt hat. Wir sind demnach zu der Annahme gedrängt, dass es sich bei der Epilepsie um eine functionelle krankhaft gesteigerte Erregbarkeit der vasomotorischen und motorischen Centren im Pons und der Medulla oblongata handelt.

Das Vorhandensein eines solchen Zustandes des Centralnervensystems allein genügt aber noch nicht, um den epileptischen Anfall hervorzurufen; dazu bedarf es noch eines bestimmten Reizes, der die

Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

vorhandene krankhafte Erregbarkeit in Erregung umsetzt. Dieser Reiz kann von der Psyche ausgehen, er kann durch die verschiedensten somatischen Bedingungen hervorgebracht sein.

In erster Beziehung sind bekannt die zahlreichen Fälle, in denen ein heftiger Schreck oder auch nur ein ungewohnter überraschend kommender psychischer Eindruck den Anfall auslöst, in letzter Beziehung sind die epileptischen Anfälle zu nennen, die in Folge von Reizung in den verschiedenen Organen des Körpers hervorgerufen werden.

Hierher gehören die Anfälle nach Indigestionen, die Epilepsie, die durch Verengerung der Vaginalportion (Nussbaum), durch Fremdkörper in den Ohren u. s. w. entsteht. Vor Allem aber sind hier die Anfälle zu nennen, die von der sog. epileptogenen Zone ausgehen. Schon mit Rücksicht auf ein therapeutisches Einschreiten bedürfen diese Thatsachen hier noch einer eingehenderen Besprechung. Der Ausdruck epileptogene Zone stammt von Brown-Séquard her, der bei Meerschweinchen, denen er eine oder beide Hälften des Rückenmarks oder auch nur die Vorder-, Seiten oder Hinterstränge im Bereich vom 7. Brustwirbel bis zum 2.—3. Lendenwirbel durchschnitten hatte, gegen Ende der 4. oder 5. Woche nach der Operation durch Reizung der seitlichen Theile des Gesichts, der Haut am vordern Rande des Schulterblatts und eines Theils der Haut des Nackens einen epileptischen Anfall hervorrufen konnte. Denselben Effect erreichte Westphal ohne Durchschneidung des Rückenmarks bei Meerschweinchen, bei denen er durch Klopfen auf den Schädel zuerst einen Anfall allgemeiner Convulsionen bewirkt hatte. Beim Menschen sind nun eine Reihe von Fällen beobachtet worden, von denen einen Theil neuerdings v. Landesen zusammengestellt hat, in denen ebenfalls eine solche epileptogene Zone bestand. Es handelt sich dabei zum Theil um Fälle, in denen sich der epileptische Anfall durch Reizung einer Narbe auf der Haut hervorrufen lässt, zum Theil um solche, in denen die betreffende Stelle auf der Haut, zwar von einer äusseren Gewalt betroffen war, aber nicht sichtlich verändert erschien, endlich um solche, in denen ein vorangegangenes Trauma nicht nachgewiesen werden kann, und doch Druck oder selbst nur Berührung oder Kitzeln bestimmter Hautstellen einen epileptischen Anfall hervorbringt. In denjenigen Fällen, in denen das Trauma der Epilepsie voranging, und in denen man sich die letztre durch jenes entstanden denkt, spricht man von Reflexepilepsie. Dieser ätiologische Zusammenhang wird in einzelnen, allerdings seltenen Fällen, gestützt durch den Erfolg der Therapie, die gegen die Residuen des Trauma (Narben u. s. w.) gerichtet ist.

Es ist nicht ohne Interesse, dass, wie bei den Meerschweinchen Brown-Séquard's, auch in den hierher gehörigen Fällen beim Menschen der erste epileptische Anfall erst Wochen, selbst Monate lang, in einzelnen Fällen erst nach Jahren nach dem Trauma eintrat.

Ist nach all Diesem die Kenntniss des Wesens des epileptischen Anfalls trotz so zahlreicher Untersuchungen und Experimente nicht zu einem allgemein befriedigenden Abschluss gekommen, so hat auf der andern Seite die Therapie der Epilepsie einen so gewaltigen Fortschritt zu verzeichnen, wie wenige andre Krankheiten, und dies muss um so mehr hervorgehoben werden, als es sich um eine Krankheit handelt, die seit länger als 1000 Jahren den zahlreichen und verschiedenartigsten, therapeutischen Eingriffen zu trotzen schien.

Dass die Epilepsie sehr selten nur spontan heilt, ist eine Erfahrung, die von Hippokrates an bis in die neuste Zeit sich bewahrheitet hat. Hufeland nahm Heilbarkeit bei $^1/_{20}$ der Fälle an, Trousseau sah in 12 Jahren unter 500 Epileptikern 20, Voisin auf 710 Fälle nur 3 Heilungen. Dabei wird man sich bei manchen als geheilt angegebenen Fällen zu fragen haben, ob die Beobachtungsdauer für das Ausbleiben der Anfälle lang genug war, in anderen, ob die Diagnose richtig, ob man es nicht mit den unzweifelhaft eine günstigere Prognose gebenden Fällen von Hysteroepilepsie zu thun hatte.

Der wesentlichste Fortschritt in der Therapie der Epilepsie ist unzweifelhaft durch die Anwendung der Brompräparate gegeben. Das Bromkalium wurde zuerst 1853 von Locock gegen Epilepsie empfohlen, später 1858 von Radkliffe besonders gerühmt und hat sich dann schnell, wie selten ein anderes Mittel, seinen ersten Platz in der Behandlung der Epilepsie gesichert. Aber so sehr ich das Mittel schätze, so darf man sich darüber keine Illusionen machen, dass es nur ausnahmsweise gelingt, damit die Epilepsie dauernd zu heilen, wenn auch eben so selten jeder Erfolg des Mittels ausbleibt. Voisin giebt allerdings an, dass er bei 37 von 106 Kranken Heilung durch Bromkalium eintreten sah; ich möchte aber bezweifeln, dass ein Anderer so günstige Resultate zu verzeichnen hat. Ferrand berichtet aus der Salpêtrière nur von 13% erheblicher Besserung, deutlicher Besserung in 57%, geringer Besserung in 18%, Misserfolg in 12%. Bennett fand bei 12,1% aller Epileptiker die Anfälle während der ganzen Dauer der Behandlung mit Bromiden ausbleiben, in 83,3% wurden die Anfälle erheblich an Zahl und Heftigkeit gemindert, in 2,3% hatte die Behandlung anscheinend keine Wirkung, in 2,3% wurde die Zahl der Anfälle vermehrt.

Wenn auch die vollständigen Heilungen zu den Ausnahmen gehören, so gelingt es doch in der überaus grossen Mehrzahl der Fälle durch Brompräparate die Anfälle seltener zu machen, Anfälle, die sonst täglich kommen, auf Monate, selbst auf ein halbes Jahr und länger hinauszuschieben, heftige Anfälle schwächer zu machen. Auch dieser hochwichtige Erfolg wird aber in einer grossen Zahl von Fällen, wie ich mich häufig genug überzeuge, nicht erreicht, weil die Anwendungsweise des Mittels eine unzweckmässige ist. Wer die häufig beliebte Mixtur von 8—10 g Kal. bromat. auf 180 Aqu. 3mal täglich ein Esslöffel verordnet, wird wenig Erfolge zu verzeichnen haben. Ich halte es für nothwendig, um in der That etwas zu erreichen, grosse Dosen und zwar am besten auf einmal zu geben. Ich beginne in der Regel mit 4 g pro dosi, lasse diese 1 Stunde nach dem ersten Frühstück in reichlicher Flüssigkeit (in einer Tasse Baldrianthee) nehmen, und steige von 8 zu 8 Tagen, wenn der Erfolg ausbleibt, oder nicht genügend erscheint, um 1 g bis auf 8,9 und 10 g. Erreicht man damit nichts, so ist der Fall für das Bromkalium ungeeignet, was übrigens nur ganz ausnahmsweise vorkommt. In der Regel wird man vorerst wenigstens so viel geben müssen, bis der Rachenreflex erloschen ist. Jene Dosen lasse ich mindestens 3 Monate lang täglich nehmen, gehe dann vorsichtig etwas herunter und zwar in der Weise, dass ich den einen Tag eine stärkere, den andern eine schwächere Dosis nehmen lasse. Bleiben die Anfälle weg, dann lasse man einen Tag um den andern, später nur den vierten Tag eine Dosis nehmen, aber auch in den günstigen Fällen wird man vor Ablauf von zwei Jahren mit der Medication nicht aufhören dürfen.

Die unangenehmen Nebenwirkungen des Mittels sind: 1. Magenschmerzen, die aber besonders dann entstehen, wenn das Mittel nüchtern genommen wird, oder nicht mit gehörig reichlicher Flüssigkeit vermischt ist. Nur selten musste ich bei grossen Dosen dieselben auf Morgens und Abends vertheilen, weil der Magen zu empfindlich war. Flatulenz, Nausea, Gastrokatarrhe wurden nur ausnahmsweise beobachtet.

2. Schwäche der Herzthätigkeit, kleiner Puls treten ebenfalls nur sehr selten bei den oben angegebenen Dosen auf; es genügt dann, auf einige Tage die Dosis herabzumindern.

3. Die Hauteruptionen als Acne, Urticaria, Eczem oder Erythem treten in den meisten Fällen auf. Hier half mir, wie Andern, neben den Brompräparaten 2—3 Tropfen Solut. Fowler. zu geben.

4. Motorische Schwäche, z. B. Zittern in der Zunge, Schlaffheit der Beine u. s. w. tritt bei längerem Gebrauch in grossen Dosen häufig auf. Es kam selbst zum leichten Taumeln, ja, wie ich in einem Fall sah, zu einer solchen Herabsetzung der motorischen Kraft, dass der Pat. überhaupt nicht mehr gehen konnte, und auch die Hände nur in beschränkter Weise und mit starkem Zittern gebrauchen konnte: hier ist es allerdings nothwendig, die Dosis herabzusetzen; doch braucht man das Mittel nicht ganz wegzulassen.

5. Psychische Störungen, unter denen Schwäche des Gedächtnisses, erschwerte Sprache, grosse Apathie, Neigung zum Schlaf am häufigsten sind, werden öfter beobachtet. Treten diese Erscheinungen in erheblicher Stärke auf, dann geht man zeitweise mit der Dosis herunter. Vielfach hat man auch Aufregungszustände, Delirien, selbst Tobsuchtsanfälle auf den Gebrauch des Bromkalium geschoben und als Brommanie beschrieben. Ich glaube, dass hier ein Irrthum vorliegt. Noch ehe man an die Behandlung der Epilepsie mit Brompräparaten dachte, wurden Epileptiker, besonders wenn die Anfälle längere Zeit ausblieben, aufgeregt, wurden tobsüchtig, wie man es ja auch jetzt noch häufig genug sieht bei Epileptikern, die kein Bromkalium bekommen. Die sogenannte Brommanie dürfte wohl also nur ein epileptisches Aequivalent sein. Es erscheint mir dies um so wahrscheinlicher, als ich bei Behandlung andrer Krankheiten mit grossen Dosen Bromkalium nie eine solche Brommanie gesehen habe, wie sie bei Epileptikern beschrieben wurde.

6. Die vorübergehende Abnahme des sexuellen Reizes dürfte ein besonderes Bedenken nicht haben, da der Coitus den Epileptikern wenig zuträglich ist. (Schluss folgt.)

Druckfehlerberichtigung für die Beilage zu No. 39 der Deutschen Med. Wochenschrift.

Spalte 1. Zeile 20 v. o. lies „venösen" statt serösen.
„ „ 49 lies „venöse Hyperämie in der Schädelhöhle" statt die der Schädelhöhle.
„ 2. Zeile 24 lies „Experiment" statt Expetiment.
„ 3. Zeile 21 lies „bulbären" statt bullbären.
„ 47 lies „Drittel" statt Deckel.
„ 52 lies „Stirnwindung" statt Nierenwindung.
„ 55 lies „ausgehend" statt ausgeht.
„ 72 u. 73 lies „linkes Ellbogengelenk" statt linker Elbogengelenk.
„ 4. Zeile 13 lies „gibt" statt gilt.
„ 10 v. u. lies „motorisch" statt centrisch.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag № 41. 9. October 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Die Cholera-Epidemie in Italien.

Von

Dr. A. Kurz in Venedig.

Wenn uns die heutige Epidemie in Italien in Betreff der Behandlung auch nichts wesentlich Neues gebracht hat, so zeigt sie uns doch in sanitärer Beziehung für die Eventualität einer künftigen Invasion der Krankheit Eines, nämlich, wie wir es nicht machen sollen.

Die werthlosen, aber lästigen Desinfectionen auf den Bahnhöfen nehmen trotz allseitiger Proteste von Seiten der Aerzte ihren Fortgang, und von den Behörden und Sanitäts-Commissionen wird Alles gethan, um die Panik des Volkes eher noch zu steigern. So streng und rücksichtslos aber auch die sanitären Maassregeln sind, die von der Regierung und den obersten Provinzial-Behörden angeordnet werden, so gross ist auch die Nachlässigkeit und Energielosigkeit, mit der dieselben an Ort und Stelle von den Personen, welche dieselben ausüben sollten, aufgenommen werden. Bricht in einer Stadt die Krankheit aus, so wird nach dem vergeblichen Versuche, in derselben etwas anderes als Cholera zu erkennen, Alles gethan, um die ersten Fälle zu vertuschen. An vielen Orten ist deshalb von einer Isolirung dieser zuerst Erkrankten keine Rede. Erst wenn wegen der zunehmenden Anzahl der Fälle die Thatsache, dass die Cholera ausgebrochen sei, nicht mehr geleugnet werden kann, beginnt die Isolirung.

Die Epidemie, welche in den inficirten Städten, mit Ausnahme von Spezia, im Abnehmen begriffen ist, breitet sich im Stillen an andern Orten weiter aus, indem immer neue Provinzen von ihr ergriffen werden.

In Spezia war einige Zeit lang, so namentlich vom 11. bis 16. September ein allmähliches Abnehmen der Epidemie sichtbar. Die wenigsten Fälle fallen auf den 16. (9 Krankheit- und 7 Todesfälle). Von da an nahm dieselbe wieder zu, und heute berichten die neuesten Telegramme von einem rapiden Steigen, in den letzten 12 Stunden (25. September) sind 40 neue Erkrankungsfälle constatirt. Nachdem nun jetzt die Epidemie daselbst über einen Monat herrscht und nach dem gewöhnlichen Gang der Cholera längst im continuirlichen Abnehmen begriffen sein sollte, finden wir uns heute wieder zurückversetzt in die ersten Tage derselben, als sie mit grosser Heftigkeit ausbrach. Wenn man eine Parallele zwischen Spezia und Neapel zieht, so müssten in letzterem täglich 2400 Fälle vorkommen, um der mittleren Anzahl der täglichen Erkrankungsfälle in Spezia zu entsprechen. In Neapel aber kam während der schlimmsten Zeit die Anzahl der Erkrankungen nicht auf 1000. Der Grund dieser Erscheinung, namentlich der Thatsache des Stationärbleibens der Cholera in Spezia, verbunden mit abwechselndem Fallen und Steigen der Epidemie liegt einzig und allein in dem Fortbestehen des Militärcordons, der um die Stadt und deren nächste Umgebung gezogen ist. Der Cordon oder in letzter Instanz diejenigen, welche ihn aufrecht erhalten, tragen die Schuld, dass in Spezia heute noch täglich so und so viel Menschen der Cholera erliegen. Zur Zeit, als in der Stadt die Krankheit so intensiv ausbrach, floh die erschreckte Bevölkerung in die nächsten Umgebungen. Hier fanden Massenansammlungen von Menschen statt, die theilweise den Krankheitskeim mit sich trugen. So brach nach einiger Zeit auch unter ihnen die Cholera aus, und die noch Gesunden zusammen mit solchen, welche die Krankheit schon in sich hatten, entflohen abermals dem neuen Heerd der Seuche und waren, da der Militärcordon sie am Uebersiedeln in entferntere Gegenden verhinderte, gezwungen, in die Mauern der Stadt zurückzukehren, in welcher die Epidemie schon im Abnehmen begriffen war. Was konnte nun hiervon weiter die Folge sein, als ein Weiterumsichgreifen der Krankheit, eine Vermehrung der Epidemie in der Stadt selbst. So herrschte und herrscht dieselbe heute noch sehr stark in den Wohnungen des östlichen Theiles des Golfs in der nächsten Umgebung der Stadt. Von hier aus wird der Krankheitskeim aufs Neue in die Stadt zurückgeschleppt, und dann wird ihn dieselbe wieder an die nächsten Umgebungen abgeben. Eine Stimme aus Spezia schildert den Zustand der unglücklichen Stadt sehr treffend mit den Worten: „Wir befinden uns in der Situation eines brennenden Hauses, in welchem Einige zu Grunde gehen, weil sie nicht mehr entfliehen können, während jene, welche sich retten könnten, von der Löschmannschaft in die Flammen zurückgejagt werden." Dazu kommt noch der immense Schaden, den der Militärcordon durch Aufhebung des Handels und jedweder Arbeit verursacht, wodurch das Volk der nothwendigsten Existenzmittel beraubt wird. So ist Vertheuerung der Lebensmittel, schlechte Ernährung der Bevölkerung, Elend in jeder Gestalt die weitere natürliche Folge des Cordons. Es ist kein Wunder, wenn derselbe zu einer Menge von Demonstrationen und Protesten Anlass gab. Zu einer wahren Rebellion kam es, als das Municipium von Spezia sich an die Spitze der Bewegung stellte und die Aufhebung desselben verlangte. Es kam zum förmlichen Kampf zwischen den Soldaten des Cordon und den Einwohnern der Stadt, und nur mit Mühe konnte die Ordnung wieder hergestellt werden.

Vom Beginn der Epidemie an bis zum 22. d. M. ist in Spezia die Anzahl der Erkrankungsfälle auf 1000, die der Todesfälle auf 500 berechnet worden, eine Rechnung, wonach auf 10 Gesunde nahezu 1 Kranker kommt, indem die Einwohnerzahl 10700 beträgt.

Auch für Genua hat die Stunde geschlagen. Das Bulletin vom 23. bringt 9 Erkrankungs- und 5 Todesfälle. Ein Telegramm der „Rassegna" berichtet vom 24. von 45 Erkrankungen, das öffentliche Bulletin von 51 Erkrankungs- und 20 Todesfällen, während Telegramme des Diritto schon von 80 Erkrankungen sprechen. Das Aussehen der Stadt ändert sich. In den Strassen, durch welche die Cholerakranken nach dem Spital getragen werden, und in der Nähe des Spitals selbst sind alle Läden geschlossen, und schon musste die bewaffnete Macht zu Hilfe gerufen werden, um grössere Tumulte zu verhindern. Auch hier, wie bisher in allen Städten, in welchen die Krankheit auftrat, weigern sich viele Familien, die Fälle anzuzeigen. Ueberhaupt ist in allen befallenen Städten unter dem Volke die Angst vor den Sanitäts-Commissionen und den Aerzten so gross, wie vor der Cholera selbst.

Es scheint, dass die Epidemie in Ligurien sich weiter ausbreitet, sie hat die Bahnlinie von Bussala nach Genua gewählt und ergreift jetzt die westliche Riviera.

In Neapel ist der Rückgang der Epidemie constant geblieben. Die unermüdliche, aufopfernde Thätigkeit der Freiwilligen, die überall her aus Italien strömten, um bei der Verpflegung, der Isolirung der Kranken behilflich zu sein, hat vielleicht unter anderem dazu beigetragen, das Weiterumsichgreifen der Krankheit in der Stadt zu verhüten. Wenigstens hätte man angesichts der localen Verhältnisse, wie sie in Neapel sind, weit grössere Verheerungen erwarten können.

Ein Bild dieser Verhältnisse bekommt man, wenn man die Schilderung gewisser Quartiere, so des Mercato liest. Kleine, schmutzige Hütten, die als Fussboden nichts als die nackte Erde haben, ohne Licht, mit wenigen Cubikmetern Rauminhalt und nur einem Eingang. Darin auf einem Haufen Stroh findet man eine zahlreiche Familie zusammengelagert in dem denkbarst verwahrlosten Zustande. Am 19. September fand der Deputirte Costa in einem dieser dunkeln Löcher:

1) eine Choleraleiche, die schon 4 Tage darin lag,
2) eine sterbende Frau, die soeben geboren hatte,
3) 3 Cholerakranke, darunten 2 Sterbende,
4) eine alte Frau und ein Kind, beide noch gesund.

In solchen Hütten der niederen Quartiere, die theilweise, wie die am Porto unter dem Meeresspiegel liegen, kommt seit Generationen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Mehrzahl des neapolitanischen Volkes zur Welt, lebt in dem schmutzigsten Elend, das man sich nur denken kann, und stirbt dort.

Als im Jahre 1837 die Cholera in Neapel herrschte, machte der Minister Pietracatella den Vorschlag, all' diese Quartiere niederzureissen und umzubauen. Inzwischen aber hörte die Epidemie auf und damit auch der ganze Umgestaltungsplan, und die niederen Quartiere Neapels sind heute noch so, oder eher noch schlechter, als sie im Jahre 1837 waren. Jetzt bei der neuen Epidemie taucht nun wieder der alte Plan auf, „bisogna sventrare Napoli“, auf Deutsch in der Jägersprache: man muss Neapel auswaiden. Die Ausführung dieses Planes würde nicht nur auf immense Schwierigkeiten stossen, unter welchen der Kostenpunkt eine nicht unbedeutende Stelle einnimmt, sondern sie würde auch nicht zu dem gewünschten Resultat führen, Neapel in eine gesunde, allen hygienisch-sanitären Anforderungen entsprechende Stadt umzuwandeln, schon aus dem einfachen Grunde nicht, weil auch die besseren Theile, die höher gelegenen Quartiere der Stadt, in welchen sich in Folge des Mangels der Abzugskanäle ebenfalls ein jahrelanger Schmutz angesammelt hat, keineswegs diesen Anforderungen entsprechen. Es müsste mit Ausnahme der neugebauten Theile die ganze Stadt umgerissen werden. Und wenn auch die niederen Quartiere umgebaut würden, wo wollte man mit der Menge dieser verwahrlosten Menschen hin, die bisher in den dunkeln Löchern zum Theil unterirdisch ihr Leben fristeten? Und ihre Anzahl ist nicht gering, denn von den 500000 Einwohnern Neapels kommen nur 150000 auf die höher gelegenen Quartiere. Hier unten findet man Lumpensammler, Verkäufer von Zündhölzern, Sammler von Cigarrenstummeln, Drehorgelspieler, Knochensammler, Kehrichtverkäufer, Fischverkäufer, Dienstmänner, Sesselflickerinnen, Verkäuferinnen von Melonenkernen, kurzum Männer und Frauen, welche die verschiedensten, sonderbarsten, zum Theil undefinirbaren, nicht zu nennenden Erwerbsarten besitzen.

Würde man diesen Menschen eine andere Lebensweise, einen andern Erwerbszweig geben wollen, sie würden verwundert die Köpfe schütteln und Nichts davon wissen wollen.

Mit den Wohnungen müssten also auch die Gewohnheiten, die Lebensweise des Volks geändert werden. Ueber die Art und Weise derselben während dieser Epidemie schreibt ein italienisches Blatt, die Stampa:

„Mit Gewalt musste man die vom Erzbischof und den staatlichen Behörden verbotenen Processionen verhindern, welche von bettelnden, die Bilder der Heiligen tragenden 'Strolchen angeführt wurden, denen ein Schwarm Psalmen singender, abgemagerter Weiber mit zerzausten Haaren folgte.

Die vom Municipium zur Desinfection Angestellten heisst das Volk „die Stinker“.

Den Aerzten, welche Mittel darreichen und Rathschläge ertheilen, lacht man ins Gesicht.

Die Stücke Fleisch, welche vom Hilfscomité gereicht werden, werden öffentlich wieder verkauft, um die pizza al olio oder den cicchetto kaufen zu können. Um zu schwelgen, verkauft man die Leintücher und Kleidungen, die gespendet wurden, um die Blössen der Kranken zu decken. Von den Betrügereien, welche in dieser traurigen Zeit unter dem Volke vorkommen, macht man sich keinen Begriff. Ich begreife, sagt der Correspondent der Stampa, dass die gegenwärtige Lage der Stadt in vielen Gemüthern den Wunsch einer raschen Abhilfe rege macht. Ich für meine Person bin nicht für eine solche, da sie nur Misstrauen und Trägheit zur Folge hätte. Eine Commission, welche immer an Ort und Stelle untersuchen, die Gewohnheiten des Volks studiren müsste, könnte vielleicht eine Reihe von Maassregeln in Vorschlag bringen, welche dazu angethan sind, nicht nur die Baulichkeiten, sondern auch die Gewohnheiten und die Lebensweise des Volks langsam und allmählich abzuändern.“

So erreichen auch alle die trefflichen Einrichtungen, welche jetzt in Neapel getroffen wurden, nicht ihren Zweck, wie z. B. die öffentlichen Küchen, denn das Volk weist die ihm neue Kost zurück, da sie nur Krankennahrung sei. Gurken, Peperoni, Pomidoro werden vorgezogen. Elend, Ignoranz und Corruption beherrschten das ganze neapolitanische Volk.

Die Zahl der Erkrankungsfälle berechnet man vom Beginn der Krankheit bis zum 21. September auf 9062, die mittlere Sterblichkeit auf 50 Proc.

Desinfectionen werden allenthalben im weitgehendsten Maasse gemacht, auf den Strassen verbrennt man Abends grosse Mengen von Schwefel und Salpeter.

In der Provinz Rovigo hat die Epidemie festen Fuss gefasst. Schon am 8. September wurde in einem einzeln stehenden Hause in Polesine ein Cholera-verdächtiger Fall bekannt, aber verschwiegen, sei es aus Furcht die Bevölkerung zu alarmiren, oder weil die beiden dortigen Aerzte über die Deutung des Falls nicht einig waren. Thatsache ist, dass keine Vorsichtsmaassregeln getroffen wurden, dass die übrigen Glieder der Familie des Kranken frei mit Jedermann verkehrten, und dass nach wenigen Tagen die Mutter desselben an Cholera erkrankte und nach wenigen Stunden starb. Auch bei den später aufgetretenen Fällen fand nicht sofortige Isolirung der Kranken statt, so dass es kein Wunder ist, wenn heute schon der Grund zu einer kommenden grösseren Epidemie gelegt ist.

Die sanitären Verhältnisse in Polesine sind, wie an so manchen andern Orten in Italien, für die Verbreitung von Epidemien wie geschaffen. Zu der Commune, welche ca. 4600 Einwohner zählt, gehört auch das kleine Dorf Passetto in unmittelbarer Nähe des Po, bestehend aus 40 bis 50 schmutzigen, meist einstöckigen, halb zerfallenen Häusern, deren Boden nur aus gestampfter Erde besteht. In diesen leben in einem Zimmer 5 bis 6 Personen zusammen mit Hühnern und Schweinen.

Es existirt zwar auch in dieser Commune eine Sanitätscommission, aber an der Lage der Dinge ändert dies nichts.

Die Armuth, der absolute Mangel an Lebensmitteln ist in der dortigen Bevölkerung ein derartiger, dass ein Correspondent aus Rovigo schreibt: „In unserer Provinz ist es nicht die Cholera, an der die Leute sterben, sondern der Hunger.“

Ueber die Entstehung der Epidemie in der Provinz sind die dortigen Aerzte darüber einig, dass es sich nicht um eine Einschleppung durch Menschen handelt, die aus Choleragegenden kommen, sondern dass der Krankheitskeim durch das Wasser des Po herbeigeführt wurde. Die von der Cholera zuerst Befallenen gehören sämmtlich den niederen Classen an, hatten niemals Contact mit Individuen, welche aus inficirten Orten kamen und wohnen in den schmutzigen, feuchten Häusern längs des Po. Ein Arzt aus Rovigo, welcher die Dejectionen eines Cholerakranken untersuchte, fand keine Kommabacillen, will dagegen solche in dem Schlamm des Po gefunden haben.

Auch in der Provinz Ferrara sind schon seit mehreren Tagen Erkrankungen an Cholera und Todesfälle bekannt geworden. Die hier befallenen Ortschaften liegen nicht weit entfernt von jenen in der Provinz Rovigo. —

Venedig, den 27. September 1884.

II. Aus der zweiten medicinischen Klinik der Berliner Universität.

Diabetes mellitus und Syphilis.

Von

Julius Scheinmann
aus Wiesbaden.

(Schluss aus No. 40.)

Die beiden folgenden Fälle, auf der medicinischen Abtheilung in der Charité in Berlin beobachtet und mit Erlaubniss des Herrn Geheimraths Prof. Dr. v. Frerichs in zwei Dissertationen veröffentlicht, gewinnen besonderes Interesse wegen der genauen Angabe des Sectionsbefundes. —

Siebenter Fall.[7])

L., 59 Jahre alt, aufgenommen am 3. September 1881, hat einmal Gonorrhoe gehabt und ist zweimal von einem syphilitischen Ulcus durch Mercuranwendung geheilt worden. Im Jahre 1839 trat unmittelbar nach einer überstandenen Leberkrankheit ein syphilitisches Exanthem auf, zu dem eine Hydrocele und eine Strictur der Urethra hinzukamen. Als der Patient der zweiten Krankheit halber in die Charité aufgenommen war, fand man alle Symptome des Diabetes. Der Körper schwach und abgemagert; die Haut, mit Narben bedeckt, zeigte kleienartige Abschilferung. Der Kranke klagt über Schmerzen auf der Höhe des Schädels und zeigt Spuren von Geistesabwesenheit; auf Fragen antwortet er langsam wie ein Mensch von geringem Begriffsvermögen. In den Lungen findet sich nichts Krankhaftes: das Herz wird von den Lungen überlagert; die Arteria radial. etwas rigide: Zunge belegt. Starker Hunger und Durst. Leber und Milz etwas vergrössert. Der Urin, reichlich, enthält Zucker. Kurze Zeit nach der Aufnahme stellt sich Schlaflosigkeit ein, die bald mehr, bald weniger ausgesprochen war; ebenso stand es mit den Schmerzen im Kopfe. Abgesehen von kleinen Remissionen blieb der Diabetes im Wesentlichen auf gleicher Höhe. Später stellten sich Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten ein, ohne dass Auftreibungen an ihnen wahrnehmbar gewesen wären.

In der Nacht des 30. Januar wurde der Kopfschmerz überaus heftig: es trat ein Anfall auf, indem Patient mit offenen Augen, Schaum auf den

[7]) De Diabete mellito ejusque nexu cum cerebri et nervorum affectionibus. Auctor Moses Cyon, Berlin 1864. Dissertat. inaug.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lippen, ohne alle Convulsion dalag. Diese Anfälle mehrten sich in derselben Nacht: Zähneknirschen und Zittern in den Gliedern kamen dazu. Es schloss sich später daran eine Contractur der obern und untern Extremitäten; ein Versuch, dieselben zu extendiren, schmerzte. Aehnliche Anfälle sind schon früher bei dem Kranken aufgetreten, aber erst nach der Infection. Jetzt wurden sie bald immer häufiger, nahmen den Charakter der epileptischen an; die Contracturen bildeten sich immer mehr aus, besonders auf der rechten Seite. Später wurde die linke Körperhälfte gelähmt und auf dem rechten Auge trat Strabismus convergens ein. Klagen über Schmerzen in der Kreuzbeingegend. Die Convulsionen wurden immer heftiger, besonders auf der linken, gelähmten Seite. Die psychischen Functionen nahmen mehr und mehr ab, der Schlaf fehlte fast gänzlich oder wurde durch schreckhafte Träume gestört. In diesem Zustande starb der Kranke am 3. Februar. Die Temperatur war während der Krankheit ein wenig erhöht, die Urinsecretion in letzter Zeit etwas vermindert; die Prüfung ergab stets Zucker, das specifische Gewicht war erhöht.

Ueber die Therapie habe ich aus einer andern Dissertation, die auch dieses Falles erwähnt, Folgendes erfahren: Mühlbrunnen, Extract. Cannab. indic., Opium und Solutio Kalii jodati.

Sectionsbefund: In den Schädelknochen findet sich geringe spongiöse Substanz. Die Dura mater ist auf der Convexität des Gehirnes stark verdickt, weiss, ihre innere Oberfläche mit kleinen Erhabenheiten bedeckt. Die Pia gleichfalls verdickt, trübe, stark ödematös, an der Basis zart und leicht zerreisslich.

Auf der Oberfläche des rechten hinteren Lappens findet sich eine starke, callöse Verdickung der Pia mater. Auf dem rechten vorderen Lappen feste Verwachsung der Pia mit der Dura. Unter derselben erscheint beim Einschneiden das Gewebe des spärlichen Bindegewebes verdickt und steigt von der Dura mater abwärts in die Substanz des Gehirns hinein. Hier findet sich eine kleine Höhle von der Grösse eines Kirschkerns, mit Serum erfüllt, die Wände mit Detritus bedeckt. Oberhalb dieser Höhle liegen einige linsenförmige Heerde, aus derbem Gewebe bestehend und von einem bräunlichen Hofe umgeben. — Die beiden Seitenventrikel enthalten spärlich röthliche Flüssigkeit, das Ependym ist stark verdickt. Das Velum und die Plex. choroid. sind injicirt.

Kleinhirn derb, ebenso der 4. Ventrikel: am hinteren Ende erscheint die Pia stark geröthet. — Die weisse Substanz des Gehirnes bietet Ueberfüllung der grossen Gefässe; die graue zeigt sich weisslich und schmal. Im rechten Linsenkern sind einige Cysten, mit klarer Flüssigkeit gefüllt, unter welchen die Substanz des Gehirnes teigig ist. Beide Corp. striat. und thalami wie auch die ganze weisse Gehirnsubstanz sind derb. Die hintere Fläche der Medul. oblong. geröthet. Hinter dem Ursprung der N. acustici ist eine Stelle, die geröthet und durchscheinend sich darstellt. Die beiden Vagi ziemlich erheblich an Umfang verringert, besonders der linke, am Halse. Das oberste rechte Ganglion stark dunkel gefärbt, das unterste Halsganglion rechts bräunlich. Der linke Theil des Plexus coeliacus wenig entwickelt, der rechte stark ausgeprägt, röthlich und matsch.

In den Lungen neben geringem Emphysem Bronchopneumonie.

In dem Gefässsystem ausser atheromatöser Entartung der Aorta nichts Besonderes.

Die Leber zeigt kleine Acini, Mangel an Fett, Gallengänge erweitert, einige Concremente enthaltend. Keine Cirrhose.

In Milz, Nieren und Darm nichts Abnormes.

Achter Fall.[8])

C. B., 40 Jahre alt, früher stets gesund, will sich nie inficirt haben. Er leidet seit einiger Zeit an heftigen Kopfschmerzen, starkem Durst und Hunger. Auch bemerkt er, dass die Menge des Urins zugenommen habe. Bei der Aufnahme zeigt der helle und in grosser Menge gelassene Urin ein hohes specif. Gewicht und reichlichen Zuckergehalt. Das Zahnfleisch bläulich. Die Zähne grösstentheils cariös. Hochgradiger Durst und heftige Kopfschmerzen. Der Puls war verlangsamt, etwa 50 Schläge in der Minute, ein Zeichen, dass der N. vagus an der Basis cranii gereizt werde. Dass Syphilis vorhanden wäre, konnte nicht mit Sicherheit diagnosticirt werden, doch war es wahrscheinlich, weil fast alle Drüsen geschwollen waren. Aus allen diesen Symptomen konnte die Diagnose gestellt werden auf „chronische Meningitis" abhängig von Syphilis. Es wurde demnach Jodkali gegeben. Doch wurde dies Mittel bald ausgesetzt, weil bald darauf stürmische Symptome auftraten. Die Hitze stieg, die Kopfschmerzen nahmen zu, die Pupillen anfangs normal, wurden ungleich. Kurz vor dem Tode trat eine Anästhesie des ganzen Körpers ein. Der Tod trat ein unter den Zeichen von plötzlichem Gehirndruck. Während der Zunahme des Fiebers verminderte sich der Zuckergehalt im Urin.

Sectionsbefund: Man fand eine Entzündung der Pia mater mit gelbeitrigem Exsudat, welches besonders reichlich in der Gegend der Fossa Sylv. und des Tuber cinereum war. Der übrige Theil der Gehirnsubstanz zeigte nichts Besonderes; das Ependym des 4. Ventrikels erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung verdickt. Die Entzündung setzte sich bis an den Cervicaltheil des Rückenmarks fort: hier war die Pia mit Eiter infiltrirt.

In den andern Organen wurde nichts Auffälliges bemerkt, nur in der Leber zeigten einzelne Zellen 2 Kerne. Die Milz war geschwollen in Folge einer vorausgegangenen Febris intermittens. Als Ursache des Diabetes wurde die chronische Meningitis cerebrospinalis angesprochen, welche durch eine Exacerbation den Tod herbeigeführt habe.

Die zwei nächsten Fälle deuten an, dass die beiden Krankheiten wohl neben einander bestehen können, ohne ätiologischen Zusammenhang.

Neunter Fall.[9])

Herr B. aus Preussen, 47 Jahre alt. Vom 30.—40. Jahre in venere et in baccho ziemlich excedirt, war stets sehr leicht erregbar. Vor einigen Jahren Anfälle: bei geöffnetem Fenster hat er den Drang sich hinauszustürzen; derselbe trat zum ersten Male auf während eines heftigen Gewitters. Griesinger fand 3—4% Zucker. Karlsbad lässt den Zucker im Sommer verschwinden; im Winter erscheint er wieder bis zu 6%. Es tritt ein Hautausschlag specifischer Natur auf. $2^3/_4$ Gran Sublimat bessern das Hautleiden, aber der Zuckergehalt nahm während der Behandlung zu.

Zehnter Fall.

W. Thiemann, 25 Jahre alt, wurde am 22. September 1881 aufgenommen in die Charité, innere Klinik II. unter Leitung des Herrn Geheimrath Prof. Dr. Leyden.

Patientin hat vor vier Jahren bei der Arbeit den Sonnenstich bekommen; seit damals leidet sie an Stichen im Hinterkopf, Schwindel, Beklemmungen. Seit einem Jahre Polyurie und Polydipsie. In der letzten Zeit grosse Schwäche.

Die Untersuchung des Urins: 8000 blassgelb, klar ohne Sediment, enthält 4% Zucker durchschnittlich; mässiger Eiweissgehalt.

Während des Aufenthaltes kommen zu den Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel, Beklemmungen, öfter auftretende und wieder vorübergehende Schmerzen in den Waden mit Reflexzuckungen, ferner Oedeme an den Füssen und später am Gesicht, Acneknoten am Rücken und Oberschenkeln, Hautjucken.

Später Ausfluss und Schmerzen in der Leistengegend. Zuckende Schmerzen in den untern Extremitäten bis zum Kreuz hin machen eine Zeitlang die Hauptklage der Patientin aus. Der Schmerz im Kopf später mehr in der Stirngegend; öfters Erbrechen. Am 25. November bemerkte man breite Condylome an den grossen und kleinen Schamlippen. In Folge dessen unterwarf man die Patientin einer Inunctionskur. Nach Ablauf derselben war das Befinden eher schlechter geworden, auf die Erscheinung des Diabetes absolut kein Einfluss zu merken: der Zuckergehalt wie immer 4%, Kopfschmerz, Schwindel etc. bestehen fort.

Am 6. Januar 1882 verlässt Patientin das Spital ungebessert.

Wenn wir nun unternehmen wollen, an der Hand der aus der Literatur oben zusammengestellten Fälle die Frage zu beantworten, ob es einen Diabetes mellitus aus syphilitischer Ursache giebt, so ist zunächst zu bemerken, dass die Anzahl der bisher beobachteten Fälle von gleichzeitigem Vorkommen von Diabetes mellitus und Syphilis viel zu gering ist, um allein aus diesem Zusammentreffen einen Schluss zu ziehen. Ich habe trotz aller Mühe nicht mehr als die oben aufgeführten 9 Fälle auffinden können. Mein eigener Beitrag beträgt nur 1, also in Summa 10. Bedenken wir nun, eine wie häufige Krankheit sowohl der Diabetes mellitus wie besonders die Syphilis ist, so kann es nicht überraschen, dass dieselben gelegentlich gleichzeitig vorkommen; es ist also nicht erlaubt, aus dem gleichzeitigen Vorhandensein in einigen Fällen auch auf den ätiologischen Zusammenhang zu schliessen. Wir fragen nun, ob unter den obigen Fällen einige sind, welche für sich den Beweis liefern, dass die vorhandene Syphilis Ursache des Diabetes mellitus wurde. Zu diesem Zwecke betrachten wir die Fälle in drei Gruppen gesondert:

1. die Fälle, in denen eine Heilung durch antisyphilitische Behandlung erreicht ist;
2. die Fälle, von denen ein Sectionsprotocoll vorliegt;
3. endlich jene Fälle, bei denen von antisyphilitischen Kuren kein Erfolg gesehen wurde.

I. Gruppe.

In dem ersten Falle dieser Gruppe von Dr. Dub ist unzweifelhaft Diabetes mellitus und Syphilis vorhanden. Die Frage ist: woraus ist zu schliessen, dass die Syphilis die Ursache der Zuckerharnruhr sei. Der Autor selbst drückt sich nur sehr vorsichtig aus und bezeichnet es als eine wahrscheinliche Vermuthung. Der nach 6wöchentlicher Mercurial-Behandlung eingetretene eclatante Erfolg spricht sehr für den ätiologischen Zusammenhang, doch giebt es ja Fälle des gewöhnlichen Diab. mel. genug, in denen bei angemessener, sog. Diabetesdiät der Zucker und die übrigen Erscheinungen in wenigen Wochen schwinden. Dass diese Diät hier eingehalten ist, muss man annehmen, da das Gegentheil nicht angegeben ist. Es ist daher die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass die hier berichtete Heilung des Diabetes Folge der Diät gewesen sei und die antisyphilitische Behandlung keinen Theil daran habe. Es fehlt auch noch mancherlei, um diesen Fall zu einem beweisenden zu machen. Es ist nicht gesagt, ob die Syphilis vor dem Eintritt des Diabetes mellitus schon vorhanden war, auch nichts bemerkt über den Procentgehalt des Urins an Zucker. Ferner liegt die Möglichkeit vor, dass der Patient eine hereditäre Disposition zu dieser Krankheit gehabt habe, da seine Mutter an derselben Krankheit gestorben ist. Endlich war die Heilung nicht von Dauer, da der Diabetes mellitus später wiedergekehrt ist, so dass Patient Carlsbad als Hülfe aufsuchte. — Hiernach scheint es zwar nicht ausgeschlossen, dass die vorübergehende Heilung durch den Mercurgebrauch herbeigeführt sei, doch beweist dieser Fall für sich in der vorliegenden Frage nichts.

In dem zweiten Falle weisen die Lähmung des Trochlearis und Facialis neben den Symptomen constitutioneller Syphilis auf eine Läsion des Gehirns an einer Stelle, deren Verletzung Diabetes mellitus erzeugen kann. Der Erfolg der Jodkaliumkur, der die Lähmung fast hob, den Diabetes mellitus vollständig zum Schwinden brachte, be-

[8]) De Diabete mellito. Auctor Carolus Bassin. Berlin 1865. Dissertat. inaug.

[9]) Dr. Seegen: Diabetes mellitus.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gründet die Annahme, dass die Gehirnläsion und von ihr abhängig der Diabetes mellitus syphilitischen Ursprungs gewesen sei. Es ist jedoch ein Mangel, dass über die Dauer der Heilung später nichts bekannt war und dass über die Diät nichts angegeben wird. Wenn eine längere Beobachtung dieses Falles vorläge, die über die angegebenen Punkte Sicherheit gäbe, so könnte man diesen Fall als beweisend ansprechen.

Aus dem dritten Falle von Seegen lassen die Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, paretischen Erscheinungen an den unteren Extremitäten bei vorhandener Lues allerdings die Annahme von Gehirnsyphilis zu. Der erst spät auftretende Diabetes mellitus könnte als Folge gedacht werden. Für diesen Zusammenhang spricht der Erfolg der Therapie mit Jodkalium; es würde derselbe aber erst maassgebend sein, wenn über die Dauer der Heilung Sicheres bekannt wäre und falls man nicht den Erfolg auch der üblichen Diät zuschreiben dürfte. Der Autor selbst äussert sich über den ätiologischen Zusammenhang nicht weiter. So erscheint dieser Fall nicht beweiskräftig, wenngleich die Vermuthung auch hier sich nicht abweisen lässt, dass die Heilung erzielt sei durch Jodkali.

Der vierte Fall von Servantie zeigt den Eintritt des Diabetes mellitus bei 11 Monate lang bestehender Syphilis. Jodkalium und die übliche Diät (wie ich aus der Angabe schliesse, dass Pain de giuten verordnet ist) führen eine schnelle Besserung des Allgemeinbefindens herbei. Doch enthält der Urin bei der Entlassung noch Zucker. In diesem Falle erscheint es sehr zweifelhaft, ob man die Besserung von dem Jodkaliumgebrauch, unter dem die syphilitischen Erscheinungen wichen, abhängig machen darf, da die Verminderung des Zuckers ebenso berechtigt auf die angewandte Diät bezogen werden kann.

Der fünfte Fall von Ritter bietet auch nicht genügend genaue Angaben, um ihn als beweiskräftig gelten zu lassen. Angenommen, die Diagnose auf Lues liesse sich nicht anfechten, wie auch in der Discussion, die sich an den Bericht über diesen Fall schloss, zugegeben wird, so fehlen mir, um den Erfolg der antisyphilitischen Behandlung als constatirt ansehen zu können, Angaben über die Dauer der Heilung, sodann über die angewandte Diät. Es könnte auch dieser Fall zu jenen leichten Diabetesformen gehören, bei denen die diätetische Behandlung ausreicht, die Symptome zum Schwinden zu bringen; dieser Zweifel ist um so mehr berechtigt, als der Fall in dem angegebenen Referat recht kurz und für die Wichtigkeit, die er hier gewinnt, nicht genau genug berichtet ist.

Der sechste Fall, aus der Dissertation von Servantie, ist der wichtigste. Er ist veröffentlicht in dem „Moniteur des sciences médicales“ 1860 von Dr. Leudet. Neben den Erscheinungen eines cerebralen Leidens (Kopfschmerzen, Augenaffectionen, Gedächtnissschwäche, unfreiwillige Bewegungen, Pupillenstarre etc.) besteht bei der Aufnahme seit ca. 7 Monaten Diabetes mellitus. Unter der Behandlung mit Jodkalium besserte sich sowohl der Zustand bezüglich der cerebralen Symptome sehr wesentlich als auch nahm der Zucker allmählich ab, bis er nach 20 Tagen vollständig verschwunden war; auch die andern Symptome des Diabetes mellitus schwanden. Es ist allerdings auch in diesem Falle die Diät nicht angegeben, jedoch ist die Dauer der Heilung des Diabetes mellitus gesichert und zwar während eines Lebens, in dem die Patientin sicher sich nicht an die gebräuchliche Diabeteskost gehalten hat. Man wird demnach nicht zweifeln können, dass die Behandlung mit Jodkalium den Diabetes mellitus zum Schwinden brachte, zumal gleichzeitig sich auch die Erscheinungen von Seiten des Gehirns wesentlich besserten. Eine Stütze für den cerebral-syphilitischen Ursprung des Diabetes mellitus in diesem Falle dürfte es sein, dass dieselbe Patientin mehrere Jahre später, mit den schwersten cerebralen Symptomen behaftet, Diabetes insipidus aufwies.

Wenn nun in der That angenommen werden muss, dass der Diabetes mellitus durch Jodkaliumgebrauch zurückgegangen ist, so ist dabei vorausgesetzt, dass das cerebrale Leiden syphilitischen Ursprungs gewesen sei. Der Erfolg der antisyphilitschen Behandlung spricht für die syphilitische Natur des Processes im Gehirn.

Einige Zweifel sind mir aufgestiegen, ob die vorhandenen Angaben in der Krankengeschichte und dem Sections-Protocoll genügend sind, die Diagnose auf Hirnlues zu sichern.

Dass die Patientin die Infection geleugnet hat, fällt allerdings wenig ins Gewicht. Die Affection der Nase hat kaum etwas Charakteristisches. Bei der Untersuchung ergab sich kein Anzeichen für vorausgegangene primäre oder secundäre Erscheinungen. Dennoch ist der Process im Gehirn schon bei klinischer Betrachtung derart, dass er sofort auf Syphilis hindeutet. Die Störungen im Bereiche des zweiten, dritten und fünften Hirnnerven verbunden mit der psychischen Alteration sprechen für eine weite Verbreitung des Processes, der langsame Verlauf für einen schleichenden Vorgang, der Mangel an Lähmungen in den Extremitäten deutet wohl darauf hin, dass die Veränderungen nicht tief in die Substanz des Gehirns eingreifen, endlich die frappante Besserung des Zustandes auf Jodkalium beweist fast schon, dass Syphilis vorliege.

Die gleichfalls ganz erstaunliche Wirkung von Jodkalium und mercuriellen Einreibungen bei der dritten Aufnahme, wo der Zustand der Patientin ein höchst bedenklicher bereits war, bestätigt auf das Deutlichste die Richtigkeit der Diagnose. Wie verhält sich nun der Sectionsbefund dazu?

Aus den daselbst vorliegenden Angaben den Beweis zu entnehmen für die Richtigkeit der anatomischen Diagnose, dazu kam ich mir nicht competent genug vor und ich wandte mich um Rath an Herrn Dr. Grawitz, 1. Assistenten im pathologisch-anatomischen Institut Berlin. Mit liebenswürdiger Bereitwilligkeit ging er darauf ein und beantwortete mir die Frage, ob die Angabe der Veränderungen im Gehirn, Leber und Niere etc. die anatomische Diagnose auf Syphilis sicher stellten, dahin, dass man zwar aus dem Protocoll nicht mit voller Sicherheit sagen könne, die vorliegenden pathologischen Veränderungen können gemäss ihrer Beschreibung nur von Syphilis abhängig sein, doch stehe der Ueberzeugung des Autors, der die Leberaffection als syphilitische Form der Lebercirrhose diagnosticirt und den Process im Gehirn auch von Syphilis abhängig macht, Nichts entgegen. Wem der klinische Verlauf des Falles bekannt ist, wird nicht zögern die Syphilis als Ursache der Gehirnaffection und somit auch als die des Diabetes mellitus anzusprechen. Ich glaube also, dass dieser Fall wirklich als ein Beweis für das Vorkommen des syphilitischen Diabetes mellitus angesehen werden muss, und es wäre, meines Erachtens, eine zu weit getriebene Skepsis, die syphilitische Natur der an der Leiche vorgefundenen Veränderungen in Zweifel zu ziehen oder gar auch hier noch anzunehmen, dass der Diabetes mellitus nur eine zufällige Complication zu der bestehenden Syphilis gewesen sei.

II. Gruppe: 3 Fälle mit Autopsie.

Der erste ist der eben besprochene, der gleichzeitig einen Fall von Heilung darstellt.

In dem zweiten Falle ist gleichfalls die syphilitische Natur des Processes im Gehirn angenommen. Es wird diese Annahme bestätigt durch den Sectionsbefund, da die pathologischen Veränderungen an den Hirnhäuten kaum anders zu deuten sind als durch Syphilis hervorgerufene; ausserdem giebt auch die Anamnese die Sicherheit vorangegangener Infection. Der Zusammenhang des Diabetes mellitus mit der Syphilis wird durch den Krankheitsverlauf allerdings nicht gestützt, dennoch würde ich auch diesen Fall auf Grund des angeführten beweisenden ohne erhebliche Bedenken in die Reihe von denen aufnehmen, die den Beweis unterstützen und mit führen können, dass es diesen Zusammenhang giebt.

In dem dritten Falle scheint mir die Wahrscheinlichkeitsannahme, dass die chronische Meningitis auf Syphilis beruhe, wofür doch nur die geschwollenen Drüsen sprachen, auch durch den Befund bei der Section nicht vollkommen bewiesen zu sein. Der während des Lebens gleichzeitig vorhandene Diabetes mellitus müsste, falls Syphilis angenommen würde, auf die mikroskopisch erwiesene Verdickung des Ependyms des 4. Ventrikels bezogen werden. Doch erscheint mir dieser Fall zu zweifelhaft, um an sich etwas zu beweisen.

III. Gruppe: 2 Fälle ohne Erfolg bei antisyphilitischer Behandlung.

Diese Gruppe von Fällen beweist für sich gar nichts, da weder eine entschiedene syphilitische anatomische Läsion vorliegt, noch die antisyphilitische Behandlung auf den Diabetes eine Einwirkung zeigte. Sie könnte höchstens durch die Vermehrung der Fälle, in denen Syphilis und Diabetes mellitus gleichzeitig vorhanden sind, für eine statistische Beweisführung von einigem Werth sein.

Welche Schlussfolgerungen ergeben sich nun aus der kritischen Betrachtung der Fälle?

1. Das Vorkommen eines syphilitischen Diabetes mellitus ist nicht zu bezweifeln; allerdings muss er zu den sehr seltenen Ereignissen gehören, denn unter den möglichst vollständig gesammelten Beobachtungen ist nur eine einzige vollkommen einwandsfrei; es ist die Beobachtung von Dr. Leudet. Es ist dies gleichzeitig ein Fall von Hirnsyphilis, schliesst sich also an die Fälle von Diabetes mellitus an, die auf einer anatomischen Läsion des Gehirns beruhen. Zu derselben Gruppe gehören auch die auf der Frerichs'schen Klinik beobachteten Fälle, gegen welche, wenn sie auch nicht ganz so präcise beweisen, wie der erste, doch ein erheblicher Einwand nicht vorgebracht werden kann; vielleicht dass der zweite derselben nicht Sicherheit genug bietet für das Bestehen von Syphilis. Hierzu kommen noch einige Fälle von syphilitischer Hirnläsion ohne Autopsie, welche ebenfalls ohne wesentlichen Einwand hier zugezogen werden müssen, das ist der zweite Fall von Dr. Dub und der dritte von Seegen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir dürfen also das Vorkommen eines Diabetes mellitus syphiliticus bei gleichzeitiger Hirnsyphilis als constatirt ansehen.

2. Dagegen ist die Frage, ob auch ein Diabetes mellitus, ohne dass Läsionen des Gehirns vorhanden sind, syphilitischen Ursprungs sein kann, nicht mit Sicherheit zu bejahen. Die vorhandenen oben berichteten Fälle geben keinen unbedingten Beweis, denn sie sind nicht lange genug beobachtet und die Angaben zu ungenau, um den Einwand auszuschliessen, dass die anscheinend durch antisyphilitische Behandlung erreichte Heilung oder Besserung wirklich hierdurch und nicht etwa durch die gewöhnliche vorzüglich diätetische Behandlung des Diabetes mellitus bedingt sei.

3. Der syphilitische Diabetes mellitus kann durch eine antisyphilitische Kur zum Schwinden gebracht werden; doch ist dieses Resultat nur dann mit einiger Sicherheit zu erhoffen, wenn es sich um gleichzeitige Hirnsyphilis handelt. Bei den übrigen Fällen, deren syphilitischen Ursprung wir überhaupt noch in Zweifel ziehen, ist der Effect der antisyphilitischen Kur nicht constatirt.

4. Unter welchen Umständen darf man einen Diabetes mellitus antisyphilitisch behandeln? Eine sichere Indication besteht dann, wenn der Diabetes gleichzeitig mit Hirnsyphilis gepaart ist; alsdann ist auch die Prognose nicht ungünstig. Wenn dagegen Syphilis und Diabetes ohne Gehirnerscheinungen vorkommen, so ist der ätiologische Zusammenhang mindestens sehr zweifelhaft, und der Erfolg einer antisyphilitischen Kur höchst unsicher. Ob man in solchen Fällen den Versuch wagen darf, wird von der Ueberzeugung des Einzelnen abhängen, nur darf gefordert werden, dass der Kranke durch derartige Versuche mit syphilitischen Kuren nicht Schaden leide.

III. Ueber Eisenchlorid bei Diphtheritis.

Von

Dr. Alb. Jacoby in Magdeburg.

Bei dem andauernden Schwanken in der Behandlung dieser Krankheit, gegen welche fast in jeder Zeitschrift neue Mittel empfohlen werden, um in einer der nächsten Nummern als völlig unwirksam verworfen zu werden, glaube ich die Berechtigung zu haben auf ein Verfahren aufmerksam zu machen, welches ich seit ca. 10 Jahren gegen die Rachendiphtheritis mit bestem Erfolge verwende.

Vor ungefähr 10 Jahren hat Professor Clar in Graz bei der Behandlung der Diphtheritis den Liquor ferri sesquichlorati in Glycerin abwechselnd mit Borax in Glycerin empfohlen, und habe ich seit der Zeit den Liq. ferri mit vorzüglichem Erfolge bei dieser Krankheit verwendet, den Borax jedoch fortgelassen; daneben habe ich ausgiebigen Gebrauch von der Kälte gemacht. Ich halte die Diphtheritis für eine ursprünglich locale Krankheit, eine Infection auf einer durch entzündliche Processe, durch Wunden oder Fehlen des Epithels disponirten Stelle, aus welcher das Allgemeinleiden durch Einwanderung von Mikroorganismen hervorgerufen wird. Es ist daher nöthig, theils die Mikroorganismen im Pharynx unschädlich zu machen, theils Gefässe, durch welche die Einwanderung geschieht, zu verschliessen, theils aber den Körper zu kräftigen, dass er den schädlichen Wirkungen der schon eingewanderten Mikroorganismen widerstehen kann. Diese Eigenschaften scheint das Eisenchlorid in sich zu vereinigen. Für jedes Lebensalter verordne ich die gleiche Mischung Rp. Liq. ferri sesquichlor. 3,0 Glycerin 100. Von dieser Mischung muss Patient zweistündlich einen Theelöffel einnehmen, darf aber, um die örtliche Wirkung nicht abzukürzen, während mindestens 10 Minuten darauf weder etwas essen noch trinken; auch während der Nacht darf die Medication nicht völlig unterbrochen werden. Ausserdem werden in Eiswasser getauchte und nur mässig ausgerungene oder durch Kältemischung gefrorene ca. 1 cm dicke, 8 cm breite und von einem Proc. mastoideus bis zum andern reichende Compressen auf die Vorderseite des Halses gelegt und von 5 zu 5 Minuten erneuert; bedeckt werden die Compressen mit einem wollenen Tuche. Bei starkem Fieber empfiehlt es sich, gleichzeitig kalte Waschungen des Körpers oder kalte Compressen über den Unterleib zu machen. Ferner dient es zur Linderung der Halsschmerzen, den Kranken von Zeit zu Zeit kleine Eisstückchen in den Mund nehmen und verschlucken zu lassen. — Solange das Fieber und die Schmerzen noch sehr heftig sind, werden die Eisumschläge über den Hals nur selten unterbrochen; hat jedoch die Entzündung sich ziemlich verloren und ist der Belag sehr gering geworden, was zuweilen schon am zweiten, meist am vierten bis fünften Tage der Fall ist, so können die Umschläge seltener, vielleicht 3mal täglich und dann jedesmal eine halbe Stunde lang von 5 zu 5 Minuten gemacht werden auch kann man dann allmählich die Medicin seltener geben. Sehr selten, vielleicht in 2% der Fälle passirt es, dass nach geschwundener Entzündung an einer Stelle, welche wohl bei den Schluckbewegungen seltener mit dem Medicament in Berührung kam, z. B. an der Grenze zwischen Zunge und seitlicher Pharynxwand oder an der oberen Partie der Pars oralis der hintern Schlundwand eine kleine weisse Einlagerung hartnäckig verbleibt; in dergleichen Fällen half dann eine 2—3malige Bepinselung mit 2% Höllensteinlösung. Die Nahrung sei eine flüssige oder dünnbreiige, leicht verdauliche, bei Schwäche des Pulses kleine Mengen Rothwein. In gleicher Weise und demselben Erfolge behandle ich die Scharlachdiphtheritis, nur bleibt hier der Belag meist etwas länger bestehen.

In den von mir behandelten zahlreichen Fällen war der Erfolg ein fast absolut günstiger. Manche derartige Patienten sah ich nur in den Sprechstunden; oft holten sich die Angehörigen der Patienten von ausserhalb Verhaltungsmaassregeln und meldeten mir später günstigen Verlauf. Da das Mittel hauptsächlich örtlich wirkt, so kann es bei Ergriffensein der Nase allein nichts helfen, dennoch ist die Wirkung auf das Allgemeinbefinden eine günstige; ausserdem aber glaube ich eine prophylactisch günstige Wirkung desselben beobachtet zu haben, indem die Wanderung durch den Pharynx auf den Larynx verhindert wird. Bei Larynxaffectionen scheint das Mittel ohne Wirkung zu sein. Es würde zu weit führen, wollte ich aus den fast alltäglich vorkommenden Rachendiphtheritis - Erkrankungen einzelne Fälle hier beschreiben. Nur zwei Krankengeschichten möchte ich hinzufügen, in welchen beim Gebrauche des Eisenchlorids in dem einen die Rachendiphtheritis heilte, die Nasendiphtheritis dagegen bestehen blieb, in dem andern die isolirt in der Nasenhöhle aufgetretene Diphtheritis am Hinabsteigen in den unteren Rachenraum resp. in den Larynx gehindert wurde.

H. 15. Jahre alt, Schüler, erkrankte am 12. December 1882 mit heftigem Fieber und Kopfschmerz an einer beiderseitigen Mandelentzündung mit diphtheritischem Belag, welcher unter Eisumschlägen und dem Gebrauche von Eisenchlorid-Glycerin am fünften Tage sich losstiess. An diesem Tage zeigte sich neben vermehrter Schleimabsonderung von glasigem, wenig roth gefärbtem Aussehen aus der Nase eine weissliche Einlagerung in die Schleimhaut der oberen Partie der hintern Rachenwand hinter dem Zäpfchen, welche trotz Fortgebrauch des Eisenchlorids bestehen blieb. Gegen die Absonderung der Nase waren einige Einspritzungen von Salicylsäurelösung 0,3 auf 200 Aqua verwendet, worauf in einigen Tagen die Secretion verschwunden war. Das hartnäckige Fortbestehen des weisslichen Flecks an der hintern Rachenwand veranlasste mich zur Vornahme einer rhinoskopischen Untersuchung, bei der sich die vom Gaumensegel verdeckte Partie der hintern Rachenwand, das Schlundgewölbe und die hinteren Enden der unteren Nasenmuscheln von diphtheritischen Membranen bedeckt zeigten. Bei Berührung mit einem weichen Pinsel stiessen sich diphtheritische Fetzen an der hintern Rachenwand los und hinterliessen eine blutende Fläche. Unter Anwendung von Höllensteinpinselungen und Salicylsäure-Nasendouche war nach 10 Tagen alles geheilt. Aus Vorsicht, um ein erneutes Auftreten des diphtherischen Processes im Schlunde zu verhüten, habe ich noch einige Tage, nachdem der Mandelbelag verschwunden war, Eisenchlorid nehmen lassen.

F. D. 12 Jahre alt erkrankte am 4. Juni 1878 an einem mit Fieber verlaufenden Schnupfen. Die Nase war heiss, secernirte reichlich, erst klares, dann am folgenden Tage leicht röthlich gefärbtes Secret; im Schlunde war ausser einer mässigen Röthung absolut nichts Abnormes, vor Allem kein Belag zu sehen. Als ich den Patienten rhinoskopirte fand sich ein diphtheritischer Belag, der ca. 1 cm vom Naseneingange beginnend, die Scheidewand, die Muscheln, Choanen, das ganze Cavum pharyngonasale kurz den ganzen Nasenrachenraum überzog, jedoch nicht in die Tuben hineinging und 1 Linie vom Gaumensegelrande entfernt endete. Eisumschläge über die Nase, innerlich prophylactisch Eisenchlorid-Glycerin, um das Fortschreiten nach abwärts zu hindern und andererseits die Resistenzfähigkeit des Kranken zu kräftigen, Einspritzungen von Acid. salicyl. 0,3 ad 200 Aq. und später Höllensteinpinselungen von vorn und rückwärts beseitigten die Affection innerhalb 3 Wochen, ohne dass sich im Verlaufe der Affection ausser zwei linsengrossen Flecken hoch oben an der hintern Rachenwand irgend etwas weiter von Diphtheritis gezeigt hätte. Nach Beseitigung der Belege blieb noch längere Zeit eine zähschleimige Coryza zurück, welche unter dem Gebrauche einer Nasendouche mit lauem Wasser sich verlor.

Ich habe in diesem Falle mehrere Wochen hindurch das Eisenchlorid gebrauchen lassen, um ein Fortwandern der Affection auf Schlund und Pharynx zu verhindern, was mir auch gelang; auf die Nasenaffection selbst hat jedoch das Mittel nicht gewirkt, was also für die vorwaltend örtliche Wirkung des Eisenchlorids spricht. In diesen beiden durch die Nasenaffection protrahirten Fällen ist keinerlei Nachkrankheit aufgetreten.

Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Um schliesslich noch einmal auf das Mittel zurückzukommen, so hat es den grossen Vortheil, für jedes Lebensalter die gleiche Dosirung zu gestatten, es kann jederzeit vorräthig gehalten werden, da es Jahre lang sich unverändert erhält, endlich kann es in zweifelhaften Fällen bis zur ärztlichen Entscheidung ohne Schaden angewendet werden. Von einer grossen Zahl an einfacher Rachendiphtheritis Erkrankter habe ich in den letzten 5 Jahren nicht einen Einzigen durch den Tod verloren.

IV. Zur Behandlung des eingewachsenen Grosszehennagels.

Von

Dr. Schlegtendal.

Erst spät kam mir die Notiz in die Hände, welche Dr. Hildebrandt in No. 6 dieser Zeitschrift über das Einwachsen des Grosszehennagels veröffentlicht hat. Dies giebt mir Anlass, eine Behandlungsweise mitzutheilen, welche ich mich nicht entsinnen kann, bisher schon irgendwo ausdrücklich und als empfehlenswerth erwähnt gefunden zu haben, welche dies aber wohl verdient, da sie ebenso einfach als practisch und probat ist. Ich habe sie an mir selbst erprobt.

Die Bemerkungen Hildebrandt's über die Situationsverhältnisse, denen wir hier begegnen, sind so richtig und namentlich auch so klar und anschaulich, dass ich nicht noch einmal darauf zurückzukommen brauche. Ob und wie weit übrigens die spitzen Stiefel Ursache des Leidens sind, wage ich nicht zu erörtern; mir kann Niemand den Vorwurf machen, dass ich darin der Eitelkeit zu viel nachgebe; im Gegentheil, ich habe stets eher zu weites und breites Schuhwerk getragen, und doch wuchs der Nagel ein. Ueberdies spricht die Einseitigkeit des Uebels nicht dafür, da beide Stiefel doch mehr oder weniger gleich gestaltet zu sein pflegen.

Das Verfahren nun, das ich meine, ist nicht etwa von mir erfunden; ich möchte es nur bekannter werden lassen in der Hoffnung, Manchem, der es nicht kennt, oder der bei seinem Patienten unüberwindlichen Widerstand gegen „Blutvergiessen" findet, damit einen Gefallen zu erweisen.

Nach alter Vorschrift schneide ich den Nagel so, dass der vordere Rand an der Seite des Leidens vorspringt und von dort nach der anderen Seite möglichst weit zurückweicht. Indem ich nun unter die vorspringende Nagelspitze ein kleines Wattebäuschchen lege und dasselbe sanft aber nachdrücklich so weit es geht, nach hinten unter den Nagel vordränge, eleviere ich denselben und beraube ihn einer grossen Anzahl Punkte, an denen er beim Auftreten einschneidend und schmerzerregend mit dem Nagelbett in Contact treten könnte. Ich bereite mir dann abermals aus einer Watteflocke ein Bäuschchen, das durch Rollen zwischen den Fingern ungefähr die Gestalt einer Wurst erhält von 1,5 — 2 cm Länge und 3 — 5 mm Dicke. Wenn ich nun mit den Fingern den Wulst an dem lateralen Nagelfalz langsam aber stetig nach aussen und unten niederpresse (die normale Gestalt anstrebend), und hierauf das Wattebäuschchen vom Dach des Nagels herab fest in derselben Richtung nachschiebe, so dass letzteres nunmehr an Lage und Form gewissermaassen dem weggedrückten Wulste entspricht, so nehme ich einen Heftpflasterstreifen (etwa 2 zu 20 cm), lege dessen Anfang auf die gesunde Nagelseite auf und führe ihn dann mehrere Mal um den Zeh herum, wobei ich nur darauf sehe, dass die Watte nicht verrückt wird, sondern den Wulst sicher nach unten (plantarwärts) festhält. Nach 8 — 14 Tagen pflegt sich das Heftpflaster zu lockern, und es muss alsdann der Verband erneuert werden.

Dieses Verfahren ist so einfach, dass es bald vom Patienten selbst ausgeübt werden kann. Er merkt bald, wie stark er den Streifen anziehen muss, damit er nicht zu locker also unwirksam ist, damit aber auch nicht zu fest, weil dann selbst schmerzerregend. Ich bemerke noch, dass es anzurathen ist, die ca. 3 Touren des Streifens lediglich auf die Nagelphalanx zu legen. Dem sorgfältig und gewissenhaft geübten Verfahren kann ich sicheren Erfolg versprechen, zunächst in Bezug auf die Schmerzen, sie verschwinden momentan, um erst bei Lockerung des Verbandes wieder aufzutreten, und dann auch für das Leiden; je jünger das Uebel, desto schneller der dauernde Erfolg.

V. Ueber die Refractionsverhältnisse des menschlichen Auges in den ersten fünf Lebensjahren, vorgetragen von C. Horstmann in dem diesjährigen ophthalmologischen Congress zu Heidelberg. Autoreferat.

Dr. Horstmann (Berlin) prüfte, um die Entwickelung der Refractionsverhältnisse des menschlichen Auges während der ersten 5 Lebensjahre festzustellen, die Augen von 150 Kindern, welche in 3 Gruppen von je 50 eingetheilt waren. Dieselben waren grösstentheils den mittleren und besseren Ständen entnommen, da hier das Vorkommen von Myopie weit häufiger beobachtet wird als in den unteren Schichten der Bevölkerung. — Die erste Gruppe umfasste die 100 Augen von 50 Neugeborenen im Alter von 8 bis 30 Tagen. E. v. Jaeger hatte bereits 1861 Untersuchungsresultate von 100 Augen, welche 9 bis 16 Tage alten Kindern angehörten, veröffentlicht. Er fand darunter 17 Mal Hypermetropie, 5 Mal Emmetropie und 78 Mal Myopie. Auffallend war die grosse Anzahl myopischer Augen, welche hier gefunden wurden. Der Grund hiervon war nur in der zu starken Wölbung der Linse zu suchen, da Jaeger nicht atropinisirte Augen untersucht hatte. Die Resultate von Ely, welcher 1879 154 atropinisirte Augen prüfte, unterschieden sich wesentlich von den letzteren. Er fand 27 Mal Myopie, 21 Mal Emmetropie und 106 Mal Hypermetropie. Kurz darauf untersuchte Vortragender 40 atropinisirte Augen von 8 bis 20 Tage alten Kindern, darunter waren 28 hypermetropisch, 8 emmetropisch und 4 myopisch. Ausserdem constatirte er, dass sich sehr häufig bei den Neugeborenen keine Mydriasis ad maximum erreichen liess, aus welchem Grunde er annahm, dass das Atropin die Accomodation derselben nicht vollständig erschlaffe, und dass der gewöhnliche Refractionszustand Hypermetropie sei. Die Resultate von Königstein bestätigten diese Ansicht. Unter 300 neugeborenen Kindern fand sich kein einziges myopisches, sehr wenig emmetropische und fast nur hypermetropische Augen. Nach Schleich, welcher 150 Kinder in den ersten 8 Lebenstagen untersuchte, haben die Neugeborenen nur hypermetropische Augen und zwar im Mittel 4,4 D. Das gleiche Verhalten fand Ulrich. Jannick Bjerrum wiederum sah unter 87 Kindern im Alter von 7 Stunden bis 14 Tagen 44 Mal H. 4,0, 17 Mal H. 2,0, 23 Mal Emmetropie und 3 Mal Myopie. — Diese nicht in allen Punkten übereinstimmenden Resultate veranlassten Vortragenden die oben genannten 50 Neugeborenen ophthalmoskopisch zu untersuchen, nachdem sie vorher atropinisirt waren. Es fand sich bei 16 Augen H. 1,0. bei 16 H. 2,0, bei 36 H. 3,0, bei 14 H. 4,0, bei 4 H. 5,0, bei 2 H. 6,0, bei 10 E und bei 2 M. Die Durchschnittsrefraction betrug somit 2,4 D. Eine ungenügende Mydriasis konnte an 10 Augen constatirt werden und zwar an 6 hypermetropischen von 1 D. und 4 emmetropischen. Während bei einem Cornealdurchmesser von 8,5—9,5 mm der Durchmesser der Pupille bei guter Mydriasis 5—6 mm betrug, war bei den Augen mit ungenügender Mydriatis dieselbe nur 3 bis 4 Mm gross; bei dem Kinde, welches auf beiden Augen eine Myopie von 2 D. hatte, liess sich eine gute Mydriasis erreichen; ophthalmoskopisch zeigte sich nicht die geringste Abnormität. — In 42 Fällen gelang es über die Refraction der Eltern Aufklärung zu erlangen. Es war aber in dieser Altersperiode nicht möglich, irgend welchen hereditären Einfluss nachzuweisen. Nur bei dem Vater des myopischen Kindes fand sich zusammengesetzt myopischer Astigmatismus, die Mutter war hypermetropisch. Was die sonstigen Befunde an den Augen der Neugeborenen anlangt, so liessen sich nur 3 Mal Reste der Pupillarmembran und nur 2 Mal Netzhautblutungen constatiren. Letztere fanden sich einseitig bei einem 8 und einem 10 Tage alten Kinde, wo der Geburtsact von sehr langer Dauer war.

Die 2. Gruppe enthielt 50 ein bis zwei Jahre alte Kinder. Hier war die Wirkung des Atropin immer eine zufriedenstellende. Unter den 100 Augen hatten 2 eine M. 4,05, 4 M. 2,0 D., 10 E., 24 H. 1,0. 32 H. 2,0, 18 H. 3,0, 6 H. 4 D., und 5 H. 5 D. und mehr. Bei 3 myopischen Augen zeigten sich die ersten Anzeichen eines sich entwickelnden Conus. Die Refraction der Eltern von 39 Kindern konnte festgestellt werden. Die Mütter von 2 Myopen waren hochgradig kurzsichtig, während die Väter eine normale Refraction zeigten. Die Eltern des 3. Myopen hatten beide Emmetropie bez. schwache Hypermetropie. Von 5 emmetropischen Kindern waren eine Mutter und 2 Väter myopisch, während die 4 übrigen Mütter und 3 Väter eine Emmetropie bez. Hypermetropie hatten. In keinem Falle waren beide Eltern myopisch. Unter den Eltern der 31 hypermetropischen Kinder litten 4 Mal beide Eltern an einer schwachen bez. mittleren Kurzsichtigkeit, 6 Mal allein die Mutter und 7 Mal der Vater, die Augen der übrigen Eltern waren normal. — Bei dieser Gruppe fanden sich schon die ersten Spuren einer sich entwickelnden Myopie. Hier scheint die Disposition dazu angeboren zu sein, da bei 2 myopischen Kindern eines der Eltern mit hochgradiger Kurzsichtigkeit behaftet war. —

Die letzte Gruppe enthielt 100 Augen von 50 vier bis fünf Jahre alten Kindern, bei denen also die Schule noch keinen Einfluss auf das Sehvermögen geübt hatte. Die Wirkung des Atropin war in allen Fällen eine vollständige: Es fand sich bei 2 Augen M. 3,0 D., bei 5 M. 2,0 D., bei 6 M. 1,0 D., bei 13 Emmetropie, bei 18 H. 1,0 D., bei 26 H. 2,0,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei 16 H. 3,0 D., bei 8 H. 4,0 D. und 6 H. 5,0 D. und mehr. Bei dem Kinde mit einer Myopie von 3 D. liess sich beiderseits eine Chorioidealatrophie an dem temporalen Rande des Opticus nachweisen, bei 5 weiteren myopischen Augen fanden sich die ersten Anfänge eines sich entwickelnden Conus. Der Refractionszustand der Eltern von 5 myopischen Kindern war bekannt, 2 Mal war der Vater hochgradig myopisch, 1 Mal nur die Mutter, 1 Mal beide Eltern und im 5. Falle waren beide Eltern emmetropisch. Bei 4 emmetropischen Kindern war 2 Mal die Mutter myopisch und 1 Mal der Vater, bei 31 hypermetropischen Kindern 5 Mal die Mutter, 3 Mal der Vater und 1 Mal beide Eltern. —

Dass E. v. Jaeger unter 100 Kinderaugen im Alter von 2 bis 6 Jahren 62 myopische, 30 emmetropische und 8 hypermetropische fand, lässt sich nur aus dem Umstande erklären, dass derselbe auch hier nicht atropinisirte Augen untersucht hatte. —

Die Resultate des Vortragenden sind folgende: Der Refractionszustand des Auges der Neugeborenen ist ein hypermetropischer, zuweilen ein emmetropischer und in seltenen Fällen ein myopischer. Wahrscheinlich handelt es sich bei letzterem um eine Krümmungsmyopie. Mit zunehmenden Jahren nimmt der Refractionszustand stetig ab, die Hypermetropie geht zurück auf Kosten der Emmetropie und Myopie. Die Disposition zu letzterer ist sehr häufig angeboren und von den Eltern ererbt, schon nach dem ersten Lebensjahre erscheinen zuweilen die Anfänge davon. Man kann mit Bestimmtheit annehmen, dass sich dann daraus die hochgradigen Formen der Myopie entwickeln. Dieselben sind entsprechend der Ansicht von Tscherning, nicht eine Folge des Schulbesuchs; sie zeigen sich bereits früher und werden durch die Schule nur gesteigert. Die mittleren und schwachen Grade der Kurzsichtigkeit dagegen können durch die Schule hervorgerufen werden.

VI. Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane von Prof. Dr. Carl Schröder in Berlin. Sechste umgearbeitete Auflage mit 189 Abbildungen. (v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. X.) Leipzig. Verlag v. F. C. W. Vogel 1884. Ref. S. Guttmann.

Der leitende Gesichtspunkt dieses in der sechsten Auflage erschienenen Lehrbuches ist vor Allem die kritische Strenge, welche, wie an die früheren Auflagen, so auch an diese neueste gelegt ist. In diesem so allgemein anerkannten und vortrefflichen Lehrbuche blieb daher auch Allem die Aufnahme versagt, was nicht der strengsten Prüfung Stand hält, eine Thatsache, welche bei der sich von Jahr zu Jahr rasch entwickelnden Gynäkologie und bei der Schwierigkeit den gesunden Kern aus den wirr verknäulten Arbeiten herauszuschälen, nicht hoch genug anzuerkennen ist.

Es bleibt ferner hervorzuheben, dass es vorzüglich Schröder und seine Schüler sind, welche durch die von ihnen gebrachten diagnostischen Hülfsmittel die Entwickelung und Ausbildung der Diagnose gefördert haben, und dass mit dieser Tendenz, unter der Handhabe einer geklärten Diagnose die Anzeigen für operative Eingriffe strenger und enger zu ziehen, jener Hast und Planlosigkeit, mit welcher unverkennbar bis in die jüngste Zeit operirt wurde, ein nothwendiger Damm gesetzt wurde. Die Grenzen für operative Eingriffe sind nach dem jeweiligen Stande von Schröder in den betreffenden Capiteln scharf gezogen worden.

Der Autor hebt hervor, dass die gründliche Sach- und ausgedehnte Litteraturkenntniss J. Veit's, sowie die selbständige Bearbeitung einiger Abschnitte durch Carl Ruge (pathologische Anatomie der Endometritis und der Veränderungen des Endometrium bei Inversio uteri) ihn bei der Neubearbeitung dieser Auflage unterstützt haben. Dieses Heranziehen seiner Schüler zur Mitarbeit giebt dem Buche die wohlthuende Signatur der immer fördernden gemeinsamen Arbeit des Lehrers und seiner Schüler. Schröder, wie seine Schüler, haben, wie man dies von Auflage zu Auflage verfolgen kann, nicht geringen Antheil an den neuesten Errungenschaften in der Gynäkologie, und in dieser neuesten Auflage wird der Leser manches Capitel auf Grund der in jüngster Zeit von Schröder und seinen Schülern ausgeführten Arbeiten in vollständiger Umarbeitung vorfinden. Es finden die Leistungen Anderer selbstredend die gebührendste Berücksichtigung. Diese mannigfachen Veränderungen in dieser neuen Auflage sind ebenfalls in der Schröder eignen knappen Art und in tagheller Klarheit zur Darstellung gebracht. Das gesammte Material ist übersichtlich geordnet, ohne wortreiche Schilderungen, jedes Capitel inhaltsreich, und ist dieses Lehrbuch keine Compilation, sondern eine auf Grund eigener grundlegender Untersuchungen und Erfahrungen, auf Grund streng geübter Kritik wissenschaftliche Darstellung der Disciplin.

Ausstattung und Abbildungen sind dem Inhalt entsprechend vortrefflich.

VII. Charité-Annalen, herausgegeben von der Direction des Königl. Charitékrankenhauses in Berlin, redigirt von dem ärztlichen Director Dr. Mehlhausen, IX. Jahrgang. Mit 3 lithographischen Tafeln und Tabellen. Berlin 1884. Verlag von August Hirschwald. Ref. O. Rosenbach.

Aus dem umfassenden statistischen Bericht, den Generalarzt Mehlhausen erstattet, ist hervorzuheben, dass die Zahl der neu aufgenommenen Kranken im Berichtsjahre (1882) 17009 betrug und dass eine auffallende Vermehrung der Erkrankungen an primärer Diphtherie (189 gegen 139 im Vorjahre), an Syphilis (4391 gegen 3969) und an Delirium (536 gegen 417) zu constatiren war.

Die medicinische Universitäts-Klinik (v. Frerichs) ist durch Arbeiten von Ehrlich, Brieger und Krönig vertreten. Ehrlich sucht es auf Grund seiner Studien über den Zerfall weisser Blutkörperchen und das Verhalten der Zerfallsproducte gegen Anilinfarbstoffe (die gebildeten Protoplasmakugeln sind neutrophil, d. h. sie färben sich weder in sauren noch in basischen Farbstoffen, sondern nur in solchen, die aus einer Combination beider hervorgegangen sind) wahrscheinlich zu machen, dass die von ihm an Trockenpräparaten aus dem Milzgewebe (oder richtiger aus dem Milzsafte) constatirte diffuse gleichmässige Durchsetzung des Milzsaftes mit neutrophiler Körnung als Zeichen einer Aufnahme der oben erwähnten Protoplasmakugeln und ihres weiteren Zerfalls in der Milz aufzufassen sein und dass die Milz, indem sie die Trümmer der rothen Blutkörperchen (Marchand) ebenso wie die der weissen in sich aufnimmt, gewissermaassen schon physiologisch die Leichenstätte sei, an der sich alles, was im Blute durch den Stoffwechsel zu Grunde geht, fixirt, um so wenigstens theilweise für den Organismus erhalten zu werden. Da sich nun nach Ehrlich's Beobachtungen bei septischen Zuständen ein mehr oder weniger ausgeprägter Zerfall von weissen Blutzellen constant vorfindet, so ist E. geneigt, den in diesen Fällen nie fehlenden Milztumor zum Theil wenigstens von der Anfnahme derartiger Zerfallsproducte in die Milz abzuleiten und auch bei der, häufig mit ausgedehnter Zerstörung weisser Blutkörperchen einhergehenden, Phosphorvergiftung eine analoge Entstehung des dabei zu beobachtenden, meist nicht sehr hochgradigen Milztumors anzunehmen. — L. Brieger, (über Erytheme, insbesondere bei Infectionskrankheiten), theilt 5 Fälle solcher Hautaffection mit, die bei weiblichen Kranken auf der Höhe des fieberhaften Grundprocesses, — es handelte sich in 2 Fällen um Puerperal-, in 3 um Typhuskranke —, auftraten und mit Scarlatina nicht zu identificiren sind, da das Exanthem mit isolirten Flecken beginnt, oft an den Oberextremitäten den Anfang nimmt, ohne Desquamation verschwindet, nicht von Rachenaffection begleitet ist. Bemerkenswerth ist noch, dass bei einer Patientin das Erythem innerhalb kürzester Frist recidivirte und dass bei einer anderen neben dem Erythem Pemphigusblasen, in denen 2 differente Arten von Bakterien sich fanden, sich zeigten. Anhangsweise wird ein, bereits in einer Dissertation beschriebener Fall, von embolischem Hautexanthem (bei Endocarditis) mitgetheilt. — In „Beiträge zur Kenntniss der Pathogenese des Ileus" berichtet derselbe Autor über eine Stenosirung des Ileum in Folge einer seltenen Missbildung des Darmes (Divertikelbildung am Ileum, abnormes Verhalten des Mesenterium und Strangulirung einer Dünndarmschlinge durch die überbrückenden, und überdies in Folge von chronischer Peritonitis geschrumpften, Mesenterialpartien), sowie über einen Fall, in dem Kotherbrechen nicht blos auf eine Stenosirung des Darmes, sondern auf eine andere selten vorkommende pathologische Veränderung, nämlich eine durch ein, sowohl nach dem Colon als nach dem Duodenum perforirendes, Magencarcinom bewirkte Communication zwischen Darm und Magen zurückzuführen war. — R. Krönig giebt die Krankengeschichte eines Falles von generalisirter Bleilähmung mit cerebralen sich theils in der motorischen, theils in der psychischen Sphäre abspielenden Erscheinungen — es bestanden Delirien theils stiller, theils aufgeregter Art. Im Anschlusse an einen epileptischen Anfall trat dann Parese der ganzen rechten oberen Extremität, und nach $1^1/_2$ Tagen auch eine solche der ganzen Unterextremität ein, wozu sich am folgenden Tage auch eine complete Lähmung des linken Beines und bald darauf eine partielle Parese der Musculatur des linken Oberarms gesellte. Diese Lähmungen, die trotz ihrer Generalisation als periphere aufgefasst werden müssen, bildeten sich nach kurzer Zeit zurück; dagegen fehlte das Kniephänomen noch längere Zeit, obwohl die mechanische Muskelerregbarkeit eine gesteigerte war, und stellte sich erst, nachdem die Functionsfähigkeit der Beine schon eine normale war, langsam wieder ein. — Die 2. medicinische Klinik ist vertreten: 1. durch eine Arbeit von Leyden, über Arseniktherapie bei Lungentuberculose, welche zu dem Resultat kommt, dass „der genannten Behandlung bis dato ein reeller Werth nicht zuerkannt werden kann". 2. Durch eine Mittheilung von A. Fraenkel über einen Fall von Nierencyste, — in der durch Punction entleerten Flüssigkeit wurde

Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Harnstoff in nicht unbeträchtlicher Menge nachgewiesen. — 3. Durch eine Untersuchung von Geppert über Respiration bei Emphysema pulmonum und 4. durch eine umfassende Abhandlung von Hiller über Lungensyphilis und syphilitische Phthisis. Geppert fand bei zwei zu den Versuchen dienenden Emphysematikern, dass trotz der Unbeweglichkeit des Thorax die Ventilationsgrösse und Respirationstiefe ziemlich normale Werthe repräsentirten, und dass unter dem Einflusse eines zunehmenden Katarrhs bei einem Patienten beide Factoren in viel stärkerem Maasse zunahmen als die Respirationsfrequenz. Die chemische Untersuchung der Exspirationsluft bei beiden Patienten ergab aber, dass sämmtliche Werthe (Kohlensäuregehalt, O Deficit) unter dem Mittel lagen, also Verhältnisse boten, wie sie in der Norm nur bei angestrengtester Respiration zur Beobachtung kommen. — A. Hiller giebt zuerst eine Darstellung der der Lungensyphilis zukommenden pathologisch-anatomischen Befunde und gelangt dann, gestützt auf eine eingehende und scharfe Kritik der vorhandenen Literatur, zu dem Schlusse, dass „in den bisher mitgetheilten Fällen von syphilitischer Phthisis weder der Nachweis des wirklich phthisischen (destructiven, ulcerösen) Charakters der Lungenaffection, noch auch immer der Nachweis des syphilitischen Ursprungs derselben mit hinreichender Sicherheit geführt worden ist, dass es somit eine wissenschaftlich über allen Zweifel sicher gestellte syphilitische Lungenschwindsucht bis jetzt nicht giebt. Der Verfasser hat ferner 87 Fälle von Lungensyphilis mit Sectionsresultaten zusammengestellt (darunter zwei von ihm selbst beobachtete, in der referirten Arbeit genau mitgetheilte Fälle), von denen er aber nur 58 als reine typische Paradigmen von Lungensyphilis ansieht und seiner Analyse zu Grunde legt. Abgesehen von der Erkrankung der Bronchien sind interstitielle Bindegewebswucherungen in der syphilitischen Lunge am häufigsten; dann folgt die peribronchitische fibröse Induration des Gewebes; ferner — in abnehmender Häufigkeit — die diffuse lobuläre Verdichtung des Parenchyms, das Gumma syphil. und die circumscripte knotige Bronchopneumonie. Die von verschiedenen Autoren als maassgebend für die Diagnose der syphilitischen Phthise angesehenen Cavernen sind wahrscheinlich nicht die der Tuberculose eigenthümlichen ulcerösen, sondern bronchiectatische Höhlen, ulceröse Cavernen sind nicht mit Sicherheit beobachtet. — Was die Diagnose der Lungensyphilis anbelangt, so ist sie während des Lebens niemals mit absoluter Sicherheit zu stellen; denn ihre klinischen Symptome, Athembeschwerden, Dyspnoe, Husten, Cachexie sind vieldeutiger Natur, und auch die physikalische Untersuchung ergiebt keine sicheren Anhaltspunkte für die luetische Genese der beobachteten Veränderungen. Die wichtigste Stütze für die Diagnose liefert die Anamnese, das Vorhandensein anderer unzweifelhafter Symptome von constitutioneller Syphilis und die laryngo- und rhinoskopische Untersuchung, welche Residuen einer früheren Syphilis erkennen lässt. Die differentielle Diagnose zwischen Syphilis und Phthisis pulmonum ist durch die mikroskopische Untersuchung des Auswurfes, durch den Nachweis von Bacillen jetzt wesentlich erleichtert und Verf. hofft, dass in Folge dessen auch die Phthisis pulm. syphilitica wieder aus der Literatur verschwinden wird. Die Diagnose ist deshalb so wichtig, weil die bei zweifelhafter Syphilis in einigermaassen vorgeschrittenen Fällen von Lungenphthise vorgenommene antiluetische Behandlung (mit Sublimat und Schmierkuren) geradezu deletär wirkt, namentlich bei fiebernden und bettlägerigen Kranken. — Schliesslich wäre noch zu bemerken, dass Syphilis natürlich auch mit Phthisis pulmonum vergesellschaftet sein kann, indem ein Phthsiker syphilitisch oder ein Syphilitischer Tuberculose acquirirt, aber in allen diesen Fällen liegt eben eine tuberculöse und keine syphilitische Lungenphthise vor. — O. Fräntzel fasst in seiner Abhandlung „Bemerkungen zur Diagnose der Herzklappenfehler“ seine Rathschläge in folgende diagnostische Sätze zusammen. 1. Man gebe sub finem vitae des Patienten kein bestimmtes Urtheil über die vorliegende Herzkrankheit ab. 2. Klappenfehler des rechten Herzens, in specie durch Endocarditis bedingt, gehören im extrauterinen Leben zu den grössten Seltenheiten. 3. Bei der Diagnose von Herzklappenfehlern soll die Beobachtung der Herzgeräusche die untergeordnetste Rolle spielen, da die andern Symptome viel eindeutigere Anhaltspunkte für die Beurtheilung geben. Diese Folgeerscheinungen von Herzklappenfehlern finden dann eine ausführliche Besprechung, wobei namentlich der Werth des Spitzenstosses (nicht „Herzstosses“) präcisirt wird. Schliesslich weist F. auf die verwirrende Mannigfaltigkeit in dem auscultatorischen Befunde bei Geräuschen, die der Stenose des Ostium venos. sin. ihren Ursprung verdanken, hin. — Senator bespricht in seinem Beitrage „Ueber Pleuritis im Gefolge von Unterleibsaffectionen, namentlich von subphrenischen Abscessen“ die Entstehungsmodi der secundären Brustfellentzündung und erörtert die diagnostischen Anhaltspunkte für die Erkennung subphrenischer Abscesse. Im Anhange werden 4 instructive einschlägige Fälle mitgetheilt.

Die gynäkologische Klinik wird durch folgende Beiträge repräsentirt: Gusserow (Ueber die Entfernung kleiner Geschwülste des weiblichen Geschlechtsapparates bei gleichzeitig bestehenden Entzündungszuständen im Becken) theilt ausführlich 7 Fälle (Ovarialcyste mit Hydrosalpinx, Pyosalpinx, cystisch degenerirte Ovarien, Cyste des Ligamentum latum) und in einem kleinen Nachtrag 2 Fälle von kleinen Ovarientumoren bei hochgradig perimetritischen Zuständen mit, in denen der operative Eingriff ohne allen Nachtheil, ja mit eclatantem Erfolge für die Kranken vorgenommen wurde. Er räth deshalb trotz der technischen Schwierigkeiten zu der Operation, da abgesehen von dem Vortheil, den die Entfernung der Geschwulst für die Kranke hat, selbst in den Fällen, in welchen die Exstirpation nicht gelingt, doch eine günstige Einwirkung des Eingriffes auf die vorhandenen Exsudationszustände nicht zu verkennen ist. — Bei einem Falle von Extrauterinschwangerschaft (Graviditis tubo-abdominalis), von dem Rosenthal berichtet, wurde wegen jauchiger Zersetzung im Fruchtsacke die Gastrotomie mit günstigem Erfolge vorgenommen und zwar in einer Sitzung ohne Entfernung des Fruchtsackes und ohne Drainage nach der Scheide hin. Derselbe Autor berichtet über die erfolgreiche Entfernung eines grossen Fibroms der Bauchdecken und über einen Fall von Laparotomie (wegen Ovarialkystoms) bei Schwangerschaft. —

Von der chirurgischen Klinik des Prof. Bardeleben wird ein ausführlicher Bericht, der eine interessante Casuistik bietet, von Stabsarzt Zwicke erstattet. — Daran reihen sich Mittheilungen über allgemeine Wundbehandlung von Alberti, in denen die Wirksamkeit der Sublimatirrigationen bei Wunden, sowie die des feuchten Sublimatverband gebührend hervorgehoben wird. Bei der Behandlung der Empyeme kommt der Carboldampfspray sowohl bei der Operation als auch bei jedem Verbandwechsel zur Anwendung; auch wird die antiseptische Ausspülung mit Salicylsäure nicht unterlassen und vor allem auf die Anlegung eines absolut sicheren Occlusivverbandes gesehen. Unter diesem Regime gelang es u. a. ein mächtiges Empyem mit Abstossung eines beträchtlichen Lungensequesters bei stets geruchloser Eiterung und aseptischem Verlauf zur Heilung zu bringen. Zu Blasenausspülungen wurden in letzter Zeit Sublimatlösungen (0,1—0,15:1000,0) mit Vortheil verwandt. Den Schluss dieser Mittheilungen bilden die Krankengeschichten der vom Januar 1882 bis Herbst 1883 behandelten complicirten Fracturen. — Starcke empfiehlt in seiner Abhandlung „Details zur neueren Wundbehandlung“ u. a. die Anwendung der secundären Naht nach Kocher's Vorgange; dagegen sei der Dauerverband und auch Protective und Makintosh etc. wegzulassen, sowie der Gebrauch des Drains und des Irrigators möglichst einzuschränken. Anhangsweise wird ein Fall von operativ geheilter Fractur des linken Fussgelenkes mitgetheilt. — Max Burchardt (Abtheilung für Augenkranke) schildert drei Fälle concentrischer Gesichtsfeldeinengung, — mit verhältnissmässig geringer Breite der Papillararterien — bei denen sich Hysterie, Glaucom und Rückenmarkserkrankungen ausschliessen liessen, — der Patellarreflex war erhalten — und in denen die Anwendung des Eserin eine günstige Einwirkung auf die Ausdehnung des Gesichtsfeldes und die centrale Sehschärfe hatte, während die Arterienverengerung bestehen blieb. Da die Wirkung des Eserin eine vorübergehende ist, so hat Verf. die Iridectomie — trotz des Fehlens der glaucomatösen Erscheinungen — versucht und empfiehlt dieselbe für alle Fälle von Gesichtsfeldeinschränkungen, in denen Eserin günstig wirkt.

Aus der psychiatrischen Klinik liegt eine Abhandlung Moeli's „Statistisches und Klinisches über Alcoholismus“ vor, in welcher im Anschlusse an das schon oben citirte Factum, dass die Zahl der Aufnahmen von am Delirium tremens Leidenden sich sehr vermehrt hat, eine genaue Bestimmung des Antheils der verschiedenen Formen des Alcoholismus an der Krankenaufnahme, sowie eine Classification der alcoholistischen Geisteskranken in 4 Categorien vorgenommen und die Beziehungen der epileptischen Anfälle der Trinker zu andern Störungen erörtert werden. Anhangsweise wird ein Fall von Lähmung in den Unterextremitäten bei einem Alkoholisten mitgetheilt, bei welchem die Section eine Affection beider Nervi crurales und der beiderseitigen Extensores cruri quadr. nachwies. — Aus dem von Hümmerich erstatteten Jahresberichte über die Entbindungsanstalt, der eine mannigfaltige Casuistik bietet, ist hervorzuheben, dass die Anzahl der Todesfälle an Sepsis 1,08 (resp. nach Abrechnung von 3 ätiologisch zweifelhaften Fällen 0,83 Proc.) betrug, während septische Localerkrankungen mit Ausgang in Heilung bei 50 Wöchnerinnen zur Beobachtung kamen. An Blennorrhoea neonatorum erkrankte nur 1,39 Proc. der Lebendgeborenen. In allen Fällen war der Verlauf ein sehr milder und der Berichterstatter steht nicht an, diesen günstigen Erfolg der Instillation von 2procentiger Arg. nitr.-Lösung, welche von der Hebamme gleich nach der Geburt mittelst einer kleinen Pipette vorgenommen wird, zuzuschreiben. —

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

In den Mittheilungen aus dem Gebiete der Nervenpathologie liefert Henoch theils casuistische Beiträge (Cerebralsymptome nach einem Trauma, Meningitis oder Anämie, Tuberkel des Gehirns, chronische Meningo-Encephalitis, atrophische Cerebrallähmung), theils bespricht er ausführlich bemerkenswerthe Punkte aus gewissen Krankheitsbildern (Tuberculose, Meningitis, Chorea, Hysterie). Das Charakteristische der hysterischen Anfälle bei Kindern sieht er nicht in der Form und dem Charakter der vorhandenen nervösen Erscheinungen, sondern in dem Wechsel derselben, in dem ganz unmotivirten Uebergange einer Form in die andere, in dem Alterniren psychischer, motorischer und sensibler Störungen. Je grösser die Persistenz einer bestimmten Symptomenreihe, zumal psychischer oder convulsivischer Natur, desto reger muss der Verdacht, dass das sogenannte „petit mal" vorliegt, werden. — G. Lewin's (Aus der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten) umfassende Studien über „die bei halbseitigen Atrophien und Hypertrophien, namentlich des Gesichts vorkommenden Erscheinungen mit besonderer Berücksichtigung der Pigmentation", welche den Schluss der klinischen Mittheilungen des vorliegenden Bandes bilden, sind noch nicht abgeschlossen und müssen deshalb einem späteren Referate vorbehalten bleiben. — Aus dem Gebiete der pathologischen Anatomie liegt eine Mittheilung O. Israel's „über eine seltene Form von Ringgeschwüren des Dünndarms (mit Tafel)" vor, welche bei Ausschluss aller andern ätiologischen Momente (Tuberculose, Actinomycose, Milzbrand) mit grosser Wahrscheinlichkeit als syphilitische aufzufassen sind. — Der Bericht über das Leichenhaus des Charitékrankenhauses für das Jahr 1882, den Virchow erstattet, schliesst den stattlichen Band ab.

VIII. Monatsschrift des Vereins deutscher Zahn-Künstler. Herausgegeben vom Verein deutscher Zahn-Künstler. Redacteur Aug. Polscher, Zahn-Künstler in Dresden. Commissions-Verlag von Eduard Strauch in Leipzig[1]). Ref.: Dr. Adolf Petermann.

Auf keinem Gebiete der Heilkunde haben sich die verderblichen Folgen der Gewerbefreiheit so sehr fühlbar gemacht, als gerade auf dem der Zahnheilkunde. In der verhältnissmässig kurzen Spanne Zeit, in welcher die ärztliche Praxis freigegeben ist, hat die Zahl derjenigen Personen eine enorme Höhe erreicht, welche ohne genügende, ja zum Theil ohne jede Vorbildung unter den verschiedensten Titeln — Dentist, Zahn-Artist, Zahn-Künstler, Zahn-Operateur, Zahn-Techniker etc. etc. — heute zahnärztliche Praxis ausüben. Diese sogenannten Heil- oder Zahn-Künstler sind theils aus den Hülfsarbeitern, welche manche Zahnärzte in den Laboratorien beschäftigten, theils aus Barbieren, Heilgehülfen u. s. w. oder aus jenen anderen „Instituten" hervorgegangen, welche gegen entsprechende Bezahlung junge Leute „in 3—4 Wochen" soweit in der Zahnheilkunde unterrichten, „dass sie selbständig practiciren können".

Die Zahl solcher Zahn-Künstler u. s. w., welche sich zum Schaden für die leidende Menschheit die liberale Gesetzgebung zu Nutze machen, ist, wie schon angedeutet, eine sehr grosse und übersteigt bereits in den meisten grösseren Städten des Deutschen Reichs bei weitem diejenige der approbirten Zahnärzte. So practiciren z. B. in Berlin ca. 160 derartige Kurpfuscher und noch nicht 60 approbirte deutsche Zahnärzte. Ausserdem giebt es aber eine nicht unbedeutende Zahl „im Auslande approbirter Zahnärzte" (in Berlin allein etwa 40), welche sich auf Grund einer ausländischen Approbation diesen Titel beilegen und auf diese Weise die deutsche zahnärztliche Staatsprüfung umgehen. Sehr viele derselben führen auch zugleich den Doctortitel auf Grund ausländischer Diplome.

In neuerer Zeit haben nun die nicht approbirten Personen, sogenannte Zahn-Künstler etc. etc., in der gerechten Besorgniss, die Gesetzgebung möchte eine Aenderung der durch die Medicinalfreiheit entstandenen verderblichen Zustände anstreben, und dadurch ihr einträglicher Erwerb beeinträchtigt werden, die Gründung eines Vereines bewerkstelligt, welcher den Namen „Verein deutscher Zahn-Künstler" führt und zur Rettung „der bedrohten Existenz" thätig ist. Diesem Zwecke dient hauptsächlich die Monatsschrift des Vereins; sie ist ein Agitationsmittel zu Gunsten derjenigen Personen, welche die Zahnheilkunde als ein Handwerk betrachten und als solches ausüben. Einen wissenschaftlichen Werth hat diese Zeitschrift nicht, sie wird auch wohl darauf keinen Anspruch machen.

Wenn wir oben die auf dem Gebiete der Zahnheilkunde durch die Gewerbefreiheit entstandenen Zustände, über welche sich noch Vieles sagen liesse, in kurzen Zügen darstellten, so liegt es nahe, noch mit einigen Worten auf die Gründe hinzuweisen, warum sich gerade bei der Zahnheilkunde die Freigebung der ärztlichen Praxis in ihren üblen Consequenzen am deutlichsten fühlbar gemacht hat.

Zunächst war (wenn wir andere Länder in Vergleich ziehen) bei Einführung der Gewerbefreiheit die Zahl der Zahnärzte in Deutschland eine kleine im Verhältniss zu derjenigen der deutschen practischen Aerzte, so dass sich auf diesem Gebiete verlockende Aussichten selbst für den unfähigsten Heilkünstler boten, zumal die im grossen Publikum herrschende Unkenntniss von der Art und Weise der Behandlung kranker Zähne, eine Ausbeutung desselben in hohem Grade begünstigt. Ferner muss als besonders wichtig der Umstand angesehen werden, dass das Publikum selbst bis zu den gebildetesten Kreisen nicht in der Lage ist, den geprüften Zahnarzt von dem sich mit einem möglichst ähnlich lautenden Titel schmückenden Kurpfuscher zu unterscheiden, während die Unterscheidung des approbirten Arztes von dem Quacksalber keine Schwierigkeiten bietet. Auch die allgemein bekannte Furcht vor zahnärztlichen Operationen mag dazu beitragen, dass viele Personen, hauptsächlich verlockt durch nichtswürdige Reclame in den Zeitungen, in die Hände von Kurpfuschern gerathen, welche kein geschäftliches Mittel scheuen, wenn es nur geeignet ist, Kundschaft heranzuziehen.

Den genannten Umständen ist es hauptsächlich zuzuschreiben, dass die Folgen der Medicinalfreiheit sich bei der Zahnheilkunde in so hohem Grade geltend machten und Verhältnisse herbeiführten, welche für die Zukunft unhaltbar sind.

Da in neuester Zeit der Pflege und Entwickelung der in unserem Vaterlande früher leider sehr wenig beachteten Zahnheilkunde vermehrte Aufmerksamkeit und Fürsorge gewidmet wird, und in Kürze an zwei der besuchtesten deutschen Universitäten, in Berlin und Leipzig, eigene Lehrstühle für Zahnheilkunde sowie dem heutigen Stande dieser Disciplin entsprechend ausgestattete Institute errichtet werden, so dass die Studirenden in Zukunft eine ebenso gründliche theoretische wie auch practische und technische Ausbildung erhalten, so lässt sich mit Bestimmtheit erwarten, dass auch die Gesetzgebung diesem Zweige der Heilkunde volle Beachtung schenken und die Vermehrung jener unberufenen Vertreter desselben verhindern wird, damit deren übergrosse Anzahl den weiteren wissenschaftlichen Ausbau der Zahnheilkunde nicht unmöglich mache, und dieselbe nicht von Neuem der Betriebsamkeit ungebildeter Empiriker verfällt.

[1]) Anmerkung der Redaction. Der Redaction unserer Zeitschrift wurde schon wiederholt das Vereinsorgan der deutschen Zahn-Künstler zugesandt. Wir ersuchten Herrn Hofzahnarzt Dr. Adolf Petermann in Frankfurt am Main um einige erläuternde Bemerkungen über das genannte Journal und über die fraglichen Verhältnisse überhaupt. Seiner Feder verdanken wir vorstehende Besprechung, die für die Leser unserer Zeitschrift nicht ohne Interesse sein dürfte.

IX. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Magdeburg 18.—23. September 1884.

Sectionssitzungen.

2.

Section für Anatomie und Physiologie.

(Originalbericht.)

1. Sitzung, Freitag den 19. September.

Vorsitzender: Herr Bardeleben, Jena.

1. Herr Waldeyer (Berlin), „über Form und Lage des graviden Uterus". W. erläutert mehrere Photographien von Querschnitten durch den Rumpf einer Schwangeren aus dem 6. Monat, welche geeignet erscheinen, genauere Vorstellungen über die Lage und besonders über die Form des graviden Uterus zu geben, als sie bisher bestanden. Frühere Abbildungen zeigen den schwangeren Uterus in einer ziemlich regelmässigen Ovoidform, die nach unten verjüngt, nach oben etwas voluminöser erscheint, die aber auf Querschnitten eine nahezu regelmässige Kreisform darstellen würde. Aus den Präparaten W.'s ergiebt sich nun, dass der schwangere Uterus erstens von vorn nach hinten stark abgeplattet ist, dass er sich ferner trotz des in dem betreffenden Stadium noch reichlich vorhandenen Fruchtwassers sowohl der Form des Embryo, wie den verschiedenen harten und weichen Gebilden im Becken und Bauche (Knochen, bes. Symphyse, Psoas) sehr genau anschmiegt, so dass die Schnitte sehr deutliche Eindrücke und Ausbuchtungen zeigen. — Ein von W. in Berlin conservirter Medianschnitt von einer 8 Tage vor der Geburt gestorbenen Frau zeigt ähnliche Verhältnisse, wie sie auch schon an den Braune'schen Längsschnitten hervortreten.

2. Herr Bernstein (Halle): „über den Einfluss der Salze auf die Lösung der rothen Blutkörperchen durch verschiedene Agentien." Die ausgedehnten Untersuchungen B.'s, welche sich auf die Einwirkung der Electricität, der Kälte, der Wärme, ferner chemischer Agentien, wie Galle, Alkohol und Aether auf das Blut beziehen, sind theilweise in der Dissertation von Scharfenort niedergelegt, theilweise sollen sie demnächst in einer Dissertation von Becker (beide: Halle) veröffentlicht werden. Hier soll nur das allgemeine wichtige Ergebniss mitgetheilt werden, dass die Salze die Resistenz der rothen Blutkörperchen gegen physikalische Lösungsmittel erhöhen, gegen chemische aber herabsetzen.

An der Discussion, die sich — Physiologen waren weiter nicht anwesend — hauptsächlich um die anatomische Grundlage, das Stroma der rothen Blutkörperchen drehte, betheiligten sich die Herren Waldeyer, Bernstein, Flesch und Bardeleben.

3. Herr Flesch (Bern) „über die Form des Rückenmarks". Nach den Zeichnungen F.'s zeigt das Rückenmark der Säugethiere eine constante Krümmung in der Gegend des Uebergangs des Halsmarks in den Rückentheil. Dieselbe bildet einen ventralwärts convexen Bogen, übereinstimmend mit der Biegung der Wirbelsäule. Bisher wurde sie bei Fledermaus, Katze, Kaninchen und Meerschweinchen gefunden. Sie ist kein einfacher Abdruck der Biegung der Wirbelsäule, da sie schon beim Embryo (Rind) vorhanden ist. Aehnliches zeigen Vögel und Frosch.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Bardeleben, Flesch, H. Virchow.

4. Herr Flesch theilt ferner Beobachtungen über den Bau der Hypophysis beim Pferde mit. In dem sog. Vorderlappen derselben finden sich in dem peripheren, aus netzartig gruppirten Zellschläuchen bestehenden Theile zweierlei Zellen: 1) grosse grobkörnige, welche durch Osmiumsäure, Eosin, Indigo, vor allem durch Haemotoxylin (nach Weigert's Methode) intensiv gefärbt werden, — 2) kleine, wenig deutlich abgegrenzte, welche jene Reactionen nicht zeigen. Beide Zellformen stimmen darin mit denen in den Labdrüsen des Magens überein. F. vermuthet, dass die grossen Zellen mit der Production der colloiden Massen in der Hypophysis in Beziehung stehen. — Beim Hunde besteht das Organ ganz oder fast ganz aus netzartig verbundenen Schläuchen oder Strängen der grossen Zellen. — Beim Menschen finden sich die grossen Zellen wesentlich in den an die Oberfläche grenzenden Gebieten der Seitentheile. F. hält nach alledem die Hypophysis für ein secernirendes Organ.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

An der Discussion betheiligen sich die Herren H. Virchow, Waldeyer, Bardeleben, Flesch und Albrecht. Herr Bardeleben spricht die durch den Vergleich mit den Haupt- und Belegzellen der Labdrüsen zu stützende Vermuthung aus, dass es sich bei den zwei scheinbar verschiedenen Zellformen um Altersdifferenzen handele.

5. Herr Flesch macht drittens Mittheilungen über Structur-Verschiedenheiten der Ganglienzellen in den Spinalganglien der Katze. Durch Anwendung der Weigert'schen Methode werden hier zweierlei Zellen nachgewiesen, solche, die sich lichtbraun färben, und andere, welche ungefärbt bleiben. Die Anzahl beider war ziemlich dieselbe. Im Ganglion Gasseri des Pferdes überwiegen die sich färbenden Zellen.

In der Discussion zwischen dem Vortragenden und Herrn H. Virchow macht Letzterer darauf aufmerksam, dass bei Behandlung mit Chromsäure im Licht Zersetzungen eintreten.

2. Sitzung, Sonnabend den 20. September.

Vorsitzender: Herr Waldeyer (Berlin).

1. Herr Albrecht (Brüssel) demonstrirt eine grosse Reihe von Präparaten, auf welche sich seine in den letzten Jahren veröffentlichten Untersuchungen über die Wirbelsäule, den Schädel, den Zwischenkiefer, die Rippen der Wirbelthiere stützen.

2. Herr Rauber (Leipzig) hat Untersuchungen über den Einfluss erhöhten und verminderten Luftdrucks auf das sich entwickelnde Ei (Frosch, Forelle) ausgeführt, bei denen dem karyokinetischen Processe (indirecte Zelltheilung Ref.) in den Epidermiszellen besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Die Ergebnisse sind folgende. Vermehrung des Druckes auf drei und Verminderung auf $^1/_2$ Atmosphäre hebt den Vorgang der Kern- und Zelltheilung auf. — Ein Druck von zwei Atmosphären stört den Ablauf der Kerntheilung nicht wesentlich, doch werden hier und da ungewöhnliche Kerntheilungsfiguren wahrgenommen, wie abnorme Lagerung und Form der Schleifen oder Ersatz derselben durch Körnergruppen. — Bei einem Drucke von $^3/_4$ Atmosphären erscheint der Zellleib etwas gequollen, während die Kerntheilungsfiguren nur selten eine Abweichung von dem typischen Verhalten aufweisen. Starke Kochsalzlösungen oder heisses Wasser wirken destruirend auf die Kern-Elemente.

Die beiden anderen Vorträge von Rauber: „über die Bedeutung der ersten Furchung des Eies" — und „über histologische Systeme", sowie die an den ersteren sich anknüpfende Dicussion mit Roux (Breslau) haben vorerst nur theoretisches Interesse.

3. Sitzung, Montag den 22. September.

Vorsitzender: Herr Albrecht (Brüssel).

1. Herr Graf Spee (Kiel) spricht über die Bewegungen der Darmzotten. Die Zotten erweitern bei der Verkürzung (Längs-Muskeln) ihr Chylusgefäss, und es kommt so die Aufsaugung durch einen im letzteren während der Contraction entstehenden negativen Druck zu Stande. Die Streckung contrahirter Zotten kann entweder durch gegenseitigen Seitendruck der Zotten bei peristaltischer Verengerung des Darmrohres oder durch die Elasticität des Epithels erfolgen. Demonstration von Zeichnungen und Präparaten. In der Discussion erinnert Herr Bardeleben an seine theoretischen Erörterungen über die Wirkung von Längsmuskeln in Arterien und Venen. Längsmuskeln bewirken Verkürzung und Erweiterung, Ringmuskeln Verengerung und Verlängerung eines Schlauches.

2. Zeigt Graf Spee eine Methode zur Herstellung lückenloser Schnittserien.

3.

Section für Laryngologie, Rhinologie und Otiatrie.

Ref. P. Kaatzer-Bad-Rehburg.

(Originalbericht.)

1. Sitzung, Freitag den 14. September.

Die mässig besuchte Section wurde von Herrn Albert Jacoby-Magdeburg nach einigen begrüssenden Worten eröffnet und Prof. Berthold-Königsberg zum Vorsitzenden gewählt. Unter den Anwesenden sind zu nennen: Steinbrügge-Heidelberg, Moldenhauer-Leipzig, Hack-Freiburg, Böcker-Berlin, Lazarus-Berlin, Brügelmann-Inselbad, Fischer und Brune-Hannover, Hopmann-Cöln u. s. w. Michel-Cöln war leider in letzter Stunde am Erscheinen verhindert worden. Nachdem ein Zusammentagen mit der otiatrischen Section, soweit sich die Vorträge auf gemeinsames Gebiet bezogen, beschlossen war, leitete der Herr Vorsitzende die Versammlung mit einem Vortrage „über Nasendouchen mit Demonstration einer neuen Olive zu einer Nasendouche resp. Nasenspritze" ein. Derselbe führt aus, dass eine Uebereinstimmung der Fachgenossen darin bestehe, dass bei allen nach dem Princip der Weber'schen Nasendouche wirkenden Instrumenten durch die Möglichkeit und Häufigkeit des Einströmens von Flüssigkeiten ins Mittelohr gefahrvolle Schädlichkeiten unvermeidlich seien. Semon-London habe daher durch seine intermittirende Douche, desgl. v. Tröltsch diesem Uebelstande abzuhelfen getrachtet, und die Section der Ohrenheilkunde in Freiburg habe statt der olivenförmigen Ansatzstücke dünnere röhrenförmige Ansätze empfohlen, „welche den Naseneingang nicht ausfüllen, sondern dem Wasser im ungünstigsten Falle einen Rückfluss gestatten." Jedoch sei auch dieses Verfahren bei mangelnder Räumlichkeit der Nasenhöhle unwirksam.

Der Vortragende hat nun die Weber'sche Olive in der Weise umgeändert, dass er dieselbe mit einer doppelten Durchbohrung versehen hat, von denen die eine den Zufluss zur Nasenhöhle vermittelt, die andere den Abfluss, falls dieser wegen Hindernisse nicht aus dem Nasenloch der anderen Seite erfolgen kann. In mehr als 60 Fällen hat sich diese Construction bewährt, so dass der Vortragende durch dieselbe alle Bedingungen, die an ein brauchbares und gefahrloses Ansatzstück gestellt werden können, erfüllt sieht.

Den folgenden Vortrag hielt Dr. Albert Jacoby-Magdeburg „über einen Ersatz der Nasendouche." Derselbe empfiehlt für manche Fälle von Ozaena, Ulcerationen etc., in denen es darauf ankommt, ein längeres Verweilen der Flüssigkeiten in der Nasenhöhle zu ermöglichen, einen cylindrischen Nasenbecher von Gummi von 6 cm Durchmesser und 9 cm Höhe, in dessen oberen Rand ein biegsamer Bleidraht eingefügt ist, der eine genaue Adaption desselben an die Umgebung der Nase zulässt. An der sich an diese Vorträge anschliessenden Discussion betheiligen sich Hack, Brügelmann, S. R. Magnus-Königsberg und Lazarus.

Das folgende Thema, dessen Besprechung von Michel-Cöln beantragt war, galt den noch nicht spruchreifen „Reflex-Neurosen, die von der Nase ausgehen," welche durch die bekannten Mittheilungen von Hack neue Bedeutung gewonnen haben. Hack-Freiburg leitete die Discussion ein und versuchte den Nachweis zu erbringen, dass von den Schwellkörpern in der Nase nervöse Erregungszustände wie Asthma, Zahnweh, gastralgische Beschwerden, einseitige Schweisse an den Extremitäten u. s. w. ihren Ursprung nehmen, welche nach operativer (galvanokaustischer) Behandlung der genannten Stellen zum Verschwinden gebracht werden.

Es entspann sich eine recht lebhafte Debatte, als deren Resultat im Allgemeinen eine volle Uebereinstimmung mit den Hack'schen Anschauungen sich nicht feststellen liess. Bezüglich einzelner interessanter Punkte mag erwähnt werden, dass Lazarus nach 10jähriger Beobachtung Nasenaffectionen als recht häufige Ursache von Asthma beobachtet hat. Er führt ferner an, dass nach Sputum-Untersuchungen, die er im letzten Jahre angestellt hat, sowohl das Auftreten der Leyden'schen Asthma-Crystalle als der Curschmann'schen Spiralen nicht charakteristisch für Asthma bronchiale ist, sondern nur für den Epithelialkatarrh der Bronchien resp. der Alveolen, und dass beide auch bei der gewöhnlichen Bronchitis acuta gefunden werden. (Referent ist im Stande solches für letztere Affection bestätigen zu können).

Berthold-Königsberg theilt einen Fall von Reflexhusten ausgehend vom 3. Ast des Trigeminus mit, den er bei seinem eigenen Knaben beobachtet und durch Extraction eines Zahnes zweimal geheilt hat.

Kaatzer-Rehburg führt aus seiner Praxis aus, dass er im Anschluss an eine hyperplastische Rhinitis mässigen Grades in auffallender Weise drei pathognomische Symptome, wie sie Hack in seinen „Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasenkrankeiten" beschreibt, gesehen hat, nämlich: 1) starkes Niesen (bis zu 50 Mal) beim Betreten des Fussbodens mit blossen Füssen, 2) profuser wässeriger rein seröser Nasenausfluss links und 3) Hyperhidrosis links, und zwar letztere fast zu gleicher Zeit mit neurasthenischen Symptomen, vor allem Platzschwindel auftretend. Ueber den therapeutischen Erfolg hofft er an anderer Stelle später berichten zu können.

Brügelmann-Inselbad glaubt nicht, dass die Schwellkörper allein die Ursache des Asthma seien, sondern dass an allen Stellen der Nase, selbst an denen, wo nichts Pathologisches zu sehen sei, die Ursache liegen könne, ebenso bestreitet er, dass man bei der Heilung des Asthma mit der Behandlung der Nase allein auskomme. Dieselbe Ansicht wird von Lazarus-Berlin vertreten, der auf seine an andern Orten gemachten Mittheilungen über die pneumatische Therapie bei Asthma hinweist.

Hopman-Cöln macht auf die Rhino-Pharyngitis sicca als nicht seltene Ursache des Asthma aufmerksam und theilt einen entsprechenden Fall mit, in welchem Gottstein'sche Wattetampons das Asthma vollständig beseitigt haben.

Moldenhauer-Leipzig warnt vor zu grossem Enthusiasmus und will nur dann einen energischen therapeutischen Eingriff gestatten, wenn sich sichtbar deutliche Veränderungen in der Nasenschleimhaut finden, worauf Hack erwidert, dass falls keine sichtbaren Veränderungen zu finden seien, er stets nur mit Einwilligung oder auf speciellen Wunsch des Patienten einen Versuch mit der Galvanokaustik mache. Auf die Frage nach der Prognose je nach dem Lebensalter replicirt Hack, dass bei älteren Leuten relativ schlechtere Resultate durch die Operation zu erzielen sind als bei jungen Individuen.

Nachdem für den folgenden Tag zum Vorsitzenden Hack-Freiburg gewählt worden, schloss die Sitzung um im Locale der otiatrischen Section weiter fortgeführt zu werden, wo Privatdocent Steinbrügge-Heidelberg Präparate von Durchschnitten durch den menschlichen Vorhof demonstrirte und daran sehr interessante Ausführungen über die Lageverhältnisse der Vorhofsäckchen, die Art der Einmündung der drei Ampullen in den Utriculus, das Verhalten der Cristen in den Ampullen u. s. w. knüpfte.

X. Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege. XI. Versammlung zu Hannover 15.—17. September.

(Originalbericht der Deutschen med. Wochenschrift.)

(Schluss.)

Die letzte Sitzung am 17. September brachte einen sehr interessanten Vortrag von Professor Dr. Recknagel-Kaiserslautern über ein wichtiges Kapitel der Wohnungshygiene, die Vortheile und Nachtheile der Durchlässigkeit von Mauern und Zwischenböden der Wohnräume, der in den von dem Vortragenden aus seinen Untersuchungen gezogenen practischen Consequenzen dem ausführenden Techniker bedeutsame Fingerzeige hinsichtlich der Ausführung von Gebäuden zu geben geeignet ist.

Wie auf so vielen Gebieten der Hygiene, so hat auch hier Pettenkofer den ersten kräftigen Anstoss für die Forschung gegeben. Als derselbe schon im Jahre 1858 Versuche anstellte über die Grösse des Luftwechsels in seinem Arbeitszimmer, indem er probirte, wie geschwind eine gewisse Menge von Kohlensäure, welche er der Zimmerluft beigemengt hatte, abnahm, fand er beispielsweise, dass in einem Zimmer, welches 20° wärmer war als seine Umgebung, in der Stunde 95 Cubikmeter Luft von aussen in das Zimmer eintraten, während ebensoviel Luft nach aussen entwich. Bei einer Temperaturdifferenz von 4° betrug dieser Luftwechsel nur noch 22 Cubikmeter, sodass eine Proportionalität zwischen Temperaturdifferenz des Zimmers und seiner Umgebung mit der Grösse des Luftwechsels angenommen werden kann. Pettenkofer suchte im Verfolg

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieser Beobachtungen weitere Aufschlüsse zu gewinnen, so namentlich über die Grenzen der Verunreinigung der Luft, wie sie durch das Athmen der Menschen stattfindet. Diese grundlegenden Untersuchungen Pettenkofer's gaben den Anlass zu weiteren Untersuchungen über den Durchgang der Luft durch die Poren der Wände. Diese Versuche wurden an den verschiedensten Baumaterialien angestellt und ergaben das Resultat, dass wenn man Drücke von 17—20 mm Wasser anwendet, Drücke, wie sie bei der natürlichen Ventilation kaum vorkommen, die Durchlässigkeit eine sehr geringe war, und die Zahlen für die Durchlässigkeit der Baumaterialien sich alle in der zweiten Decimale bewegen, wenn man nämlich unter Durchlässigkeit die Menge der Luft versteht, welche unter Druck eines Millimeters Wasser in einer Stunde durchgelassen wird. Der bei weitem nennenswerthere Theil des Luftwechsels wird durch die Fugen und Undichtigkeiten in den Wänden vermittelt. Es wurde ferner der Nachweis geliefert, dass für den Durchgang der Luft durch die Poren der Wände der Satz gilt, dass die durchgehende Luftmenge dem Druck proportional ist, woraus folgt, dass ohne Druck keine Luft durchgeht, also umgekehrt ein aërostatischer Druck vorausgesetzt werden muss, falls ein Durchgang von Luft thatsächlich zu constatiren ist.

Es fehlte nun noch an geeigneten Messinstrumenten, um die geringen Drücke, welche die Luft durch die Poren der Wände hindurchtreibt, nachzuweisen, es fehlte ferner die Erkenntniss, in welcher Weise man sich diesen Durchgang der Luft zu denken hat. Recknagel ist es gelungen, solche Instrumente herzustellen, resp. die vorhandenen so zu verfeinern, dass sie für so schwache Drücke, die sich innerhalb eines Millimeters Wasser bewegen, ausreichen. Mit Hilfe der so verfeinerten Untersuchungsmethoden ist es ihm ferner gelungen, Licht in diesen ganzen Vorgang der Luftbewegung zu bringen.

Es überschreitet die Aufgaben dieser Wochenschrift, diesen theils auf experimentellem, theils auf dem Wege theoretischer Begründung gefundenen Resultaten des Vortragenden ins Detail zu folgen, wir müssen in dieser Beziehung auf dessen Veröffentlichungen über den Gegenstand verweisen. Sie gehen aus von den bekannten Mariotte'schen und Gay Lussac'schen Gesetzen und gipfeln in dem Satze, dass in einem Raume, der eine höhere Temperatur hat als seine Umgebung, ausgehend von einer horizontal um die Begrenzung verlaufenden neutralen Linie, nach oben hin die Luft proportional mit der Entfernung von dieser neutralen Linie nach aussen gedrückt wird, während sie unterhalb der neutralen Linie in gleicher Weise nach innen eintritt. Der stärkste Druck findet also an der oberen und unteren Begrenzungsstelle statt, und da über die ganze Fläche der oberen und unteren Begrenzung des Raumes, also der Decke und des Fussbodens, dieselben Bedingungen gelten, wie an der Begrenzungsstelle, so ist die durch Decke und Boden aus- und eintretende Luftmenge gegenüber der die verticalen Begrenzungsflächen durchziehenden Luft die bei weitem grössere.

Durch den Boden der Parterreräume dringt nur Grundluft, Kellerluft etc. in die Wohnung ein, die oberen Etagen erhalten durch den Fussboden die durch das Athmen der Untenwohnenden verschlechterte Luft. Es ist also unter keinen Umständen erwünscht, dass ein solcher Luftwechsel stattfinde. Der an sich günstige Umstand, dass durch die Decke Luft abzieht, wird dadurch aufgehoben, dass im Sommer, wo die Aussentemperatur höher ist als die Zimmertemperatur der entgegengesetzte Strom statthat. Durch die verticalen Begrenzungen erhalten wir aus den Nebenräumen verunreinigte Luft. Es ist also mit Ausnahme der einen, das Zimmer nach dem Freien zu begrenzenden Wand auch hier ein Luftwechsel nicht wünschenswerth.

Die Schlussfolgerungen für die Praxis hieraus zu ziehen, können wir ohne Weiteres dem Leser überlassen: Vollständige Undurchlässigkeit aller Decken und Zwischenböden und aller Innenwände ist ein hygienisches Erforderniss. Wie dieselbe zu erreichen ist, wird von dem Vortragenden eingehend erörtert, aber diese Erörterungen liegen ebenfalls den Aufgaben dieser Wochenschrift fern. An die Stelle der hiermit aufgegebenen natürlichen Ventilation ist eine künstliche Ventilation zu setzen, die nach den von dem Vortragenden gegebenen Gesichtspunkten durch einfache Mittel leicht in einer Weise zu erzielen ist, dass die durch die natürliche Ventilation zugeführten geringen Luftmengen bei Weitem übertroffen werden.

Herr Recknagel ergänzte seinen Vortrag durch eine Reihe vortrefflich gelungener Experimente, und die allgemeine gespannte Aufmerksamkeit, mit der die Versammlung seinen Erläuterungen folgte, gab Kunde von dem grossen Interesse, welches dieselben hervorriefen. Eine nennenswerthe Discussion rief dieser Vortrag nicht hervor, und der Vorsitzende konnte die XI. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege mit einem Rückblick auf den nach jeder Richtung befriedigenden Verlauf derselben beschliessen. A.

XI. II. Hauptversammlung des Preussischen Medicinal-Beamten-Vereins. Berlin, 25.—27. September 1884.

II.

Erster Sitzungstag 25. September.

1. Das Hebammenwesen in Preussen.

Referent Kreisphysicus **Dr. Mittenzweig**-Duisburg.

Seitdem in Folge der öffentlichen Sendschreiben des Professor Semmelweiss die Infections-Theorie des Kindbettfiebers unter den Aerzten Deutschlands stetig an Anhang gewonnen hatte, namentlich aber, seitdem durch die Denkschrift der Puerperalfieber-Commission der Berliner Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie, und die damit im Zusammenhange stehenden Untersuchungen Max Böhr's über die Häufigkeit des Wochenbett-Todes in Preussen die grosse Zahl der Todesfälle durch Kindbettfieber constatirt und ihr ursächlicher Zusammenhang mit der Uebertragung septischer Stoffe durch die Hebammen festgestellt war, seit dieser Zeit entwickelte sich mehr und mehr ein Kampf gegen das heutige Hebammenwesen.

Auch die Ministerialverfügung vom 6. August 1883 genügt den Gegnern des Hebammenwesens nicht. Ein grosser Theil der Aerzte und ein Theil der medicinischen Presse verlangt vielmehr radicale Beseitigung desselben. Nur ein kleinerer Theil, darunter allerdings die Hebammen-Lehrer selbst, glaubt mit einer Aufbesserung des jetzigen Hebammenwesens auskommen zu können.

Bei diesem Widerstreit der Meinungen hat gerade die Versammlung der Medicinal-Beamten Veranlassung, dieser Frage näher zu treten und zu prüfen:

I) ob die dem preussischen Hebammenwesen gemachten Vorwürfe gerecht sind;

II) wie dem abzuhelfen ist;

III) ob die genannte Minist.-Verf. dies vermag.

I. Man wirft den heutigen Hebammen hauptsächlich vor:

1) den Tod vieler Wöchnerinnen durch Kindbettfieber,

2) Tod oder Krankheit für Mutter und Kind in Folge der Geburt,

3) den Verlust der Sehkraft vieler Neugeborener veranlasst zu haben.

1) Die radikalen Gegner des Hebammenwesens stützen sich auf die Resultate der Böhr'schen Statistik, übersehen aber, dass sich seit dem Jahre 1875 sehr viel geändert und gebessert hat.

Nach Böhr starben von 1816—1875 von den Wöchnerinnen 7—10 pro Mille, nach der von mir vorgelegten Statistik von 1876—1882 nur 5 bis 6 ‰. Diese Besserung ist zweifellos der beginnenden Einführung der aseptischen Entbindung zu verdanken und beweist, dass durch die weitere Verbreitung derselben Erhebliches geleistet werden kann.

Nicht allein die Hebammen sind die Träger und Verbreiter des Puerperal-Giftes, sondern in manchen Provinzen, wie in Preussen, Pommern und Polen in demselben Maasse die Hebammen-Pfuscherinnen.

Man kann auch nicht behaupten, dass die Hebammen die schuldige Ursache sind. Sie hatten es eben in der Anstalt und später im Berufe nicht gelernt, aseptisch zu entbinden.

2) Der zweite Vorwurf lässt sich noch weniger aufrecht erhalten, und geht aus der von Massenbach'schen Abhandlung für den Reg.-Bezirk Cöslin hervor, dass die Hauptschuld in dieser Beziehung die Hebammen-Pfuscherinnen trifft, und dass für deren Ueberhandnehmen, der Mangel an Hebammen in den ärmeren Districten die Ursache ist. Dasselbe bestätigt Professor Dohrn für den Reg.-Bez. Königsberg.

3) Die Erblindung der neugeborenen Kinder ist nach Prof. Saemisch so häufig, dass sonst in allen Blindenanstalten ein grosses Contingent aus dieser Reihe gestellt wird, bis zu 50 Proc., in Sachsen sogar bis 75 Proc.

Tüchtige Hebammen könnten diesem Unheil abhelfen.

II. Zur Hebung dieser Schäden ist von Freund die völlige Abschaffung des niederen Geburtspersonals, von Brennecke die Schaffung von Diakonissinnen für Geburtshülfe aus den besseren Ständen vorgeschlagen.

Beide Vorschläge lassen sich nicht annehmen, weil sie nicht durchführbar sind bei der Menge von jährlich 1100000 Geburten, welche irgendwie geleitet werden müssen.

Ausserdem liegt auch gar kein Grund zur radicalen Beseitigung der Hebammen vor. Es ist nur nöthig, eine hinreichende Anzahl von tüchtigen Hebammen für das ganze Land zu beschaffen.

Man würde eine hinreichende Anzahl erhalten, wenn man ihnen allen eine finanziell gute Stellung böte und man wird tüchtige Hebammen erhalten, wenn man eine gute Auswahl unter den Candidatinnen trifft, für guten und ausreichenden Unterricht, gewissenhafte Fortbildung und sorgfältige staatliche Ueberwachung sorgt.

Der Staat soll Sorge tragen für gut dotirte Bezirkshebammenstellen, zumal in den ärmeren Districten und für Beseitigung der Hebammen-Pfuscherinnen.

Die Kreisphysiker haben die Auswahl der Hebammen-Candidatinnen sorgfältiger als bisher vorzunehmen, ebenso die Ueberwachung aller practicirenden Hebammen und ihre Fortbildung zu leiten. Sie bedürfen indess zur Ausübung der Ueberwachung der Unterstützung Seitens der Standesämter. Denn ohne diese sei eine Prüfung der Tagebücher und der Anmeldungen von Todesfällen bei Geburten im Wochenbett unmöglich.

Die Physiker müssten überhaupt grössere Disciplinargewalt über sämmtliche Hebammen erhalten.

Der Lehrcursus ist in den meisten Anstalten bis auf das Doppelte der bisherigen Zeit auszudehnen, da sowohl die Lehre von der aseptischen Entbindung und dem antiseptischen Wochenbett, wie überhaupt die Desinfectionslehre in den Lehrplan mit aufzunehmen, und in Zukunft dafür Sorge zu tragen ist, dass die Hebammen auch in der geburtshilflichen Wissenschaft und in den ihnen anzuvertrauenden Operationen die Sicherheit erlangen, dass wenigstens die Hauptpunkte Zeit Lebens von ihnen nie vergessen und verlernt werden.

III. Die 3. Frage erledigt sich einfach durch den Vergleich der Verfügung und der Ausführungs-Instruction zu ihr mit den so eben aufgestellten Forderungen.

Nach jetzigem Ermessen wird die Verfügung völlig genügen, um die gewünschte Verbesserung des Hebammenwesens zu erlangen. Nur scheinen noch 2 Dinge erwünscht zu sein:

1) Die Befugniss des Physikus, die Tagebücher und Anmeldungen der Todesfälle standesamtlich controliren zu lassen;

2) der baldige Erlass einer einheitlichen Instruction über die aseptische Geburt und die Desinfection seitens der Hebammen.

Den Kreisphysikern erwächst mit Ausführung der Verfügung eine grosse, vielleicht recht undankbare Aufgabe.

Die Verminderung von Tod und Krankheit durch Geburt und Wochenbett und das Bewusstsein, durch unablässige Thätigkeit auf diesem Gebiet diese Verminderung herbeigeführt zu haben, wird ihnen indess nach erreichtem Erfolge den höchsten inneren Lohn gewähren.

(Schluss folgt.)

Generated on 2018-08-12 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

XII. Bericht über die Sitzungen der ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg am 15. und 16. September 1884.

Erstattet von

Docent **Dr. Horstmann.**

1. Dr. Ulrich (Strassburg) sprach über die Pathogenese des Glaucoms. Dasselbe beruht auf Bindegewebssclerose der Iris, welche sich entweder im Anschluss an entzündliche Erkrankungen der Iris oder primär im höheren Alter entwickelt. Durch Betheiligung des Gefässsystems entstehen Circulationsstörungen und diese pflanzen sich rückwärts auf das Corpus ciliare fort. Hier entwickelt sich chronische Hyperämie mit Gefässdilatation, der Musculus ciliaris atrophirt und das Bindegewebe wuchert. Die Folge davon ist Hypersecretion des Humor aqueus und Drucksteigerung, die Linse und Iris rücken nach vorn und werden auf einander gepresst, wodurch die Passage des Humor aqueus durch die Pupille gesperrt wird. Ausserdem veranlasst die Irissclerose durch Verdickung des Gewebes eine Abnahme der Filtrationsfähigkeit derselben, der perilental vordringende Flüssigkeitsstrom drängt letztere Membran an die Cornea, wodurch der Fontana'sche Raum geschlossen und der Hauptabfluss des Kammerwassers gehemmt wird. So nimmt der intraoculare Druck stetig zu. — Durch zeitweilig auftretende Mydriasis oder Herzschwäche wird die Circulationsstörung im Corpus ciliare und der Iris vermehrt und so ein Glaucomanfall hervorgerufen. Myotische Mittel, welche durch Streckung der Irisgefässe die Circulation erleichtern, können denselben momentan heben. Die Heilwirkung der Iridectomie beruht auf Wegräumung des Hindernisses, eines Theiles der sclerosirten Iris, welcher sich dem perilentalen Flüssigkeitsstrom entgegenstellt.

2. Dr. Uhthoff (Berlin) machte eine Reihe von Mittheilungen über den Sehnervenfaserverlauf. Bei einem 41jährigen Tabiker fand sich ein quadrantenförmiger Gesichtsfelddefect nach Oben und Innen. Derselbe beruhte auf grauer Atrophie der Sehnervenfasern, welches Verhalten sich anfänglich am äussern unteren Quadranten des Opticus zeigte; beim Verfolgen der Stelle nach rückwärts wurde die atrophische Partie halbmondförmig und zuletzt wieder dreieckig mit der Basis nach Unten. — Ausserdem untersuchte er zwei Fälle von Alcoholamblyopie, bei welchen sich eine atrophische Verfärbung der temporalen Sehnervenhälfte fand, die Sehschärfe war herabgesetzt und bei dem einen war ein ausgesprochenes centrales Skotom nachzuweisen, während dies bei dem zweiten Falle nicht möglich war. Die anatomischen Veränderungen müssen als partielle neuritische Sehnervenatrophie bezeichnet werden, welche sich durch eine starke Wucherung des interstitiellen Bindegewebes mit erheblicher Kernvermehrung, durch Neubildung von Gefässen und durch Atrophie der Sehnervenfasern charakterisirt. Diese pathologischen Veränderungen lagen auf der Papille nach Aussen von den Centralgefässen bis zur Peripherie in keilförmiger Anordnung, ungefähr den dritten Theil derselben einnehmend. In dem nächstgelegenen retrobulbären Theil des Sehnerven blieb die Anordnung nahezu dieselbe, dann ging die Keilform verloren, und es zeigte sich eine mehr aufrecht ovale Form. Ungefähr 8 mm vom Bulbus entfernt verliess der Heerd die Oberfläche des Nerven, um sich allmählich nach seiner Mitte hinzuschieben. Im intracraniellen Theile des Opticus bildete er ein liegendes Oval. Im Chiasma war auf jeder Hälfte eine deutlich degenerirte Partie nachweisbar und im Tractus fand sich dieselbe in dessen innerem Theile, um sich von dort nach oben innen zur Peripherie zu erstrecken.

3. Dr. Vossius (Königsberg) stellte eine Reihe von Impfversuchen mit Lepra an. Die Veranlassung dazu war ein 21jähriger Mensch, welcher seit 15 Jahren an Lepra tuberosa litt. Beide Augen waren in Mitleidenschaft gezogen. Das Impfmaterial wurde einem auf der Schulter des Kranken befindlichen Knoten entnommen. Dasselbe wurde in die vordere Kammer einer Reihe von Kaninchenaugen injicirt. Nach 4—6 Wochen zeigte sich bei einer Reihe derselben eine Bildung von kleinen weisslichen Knötchen in der Iris und Beschläge auf der vorderen Linsenkapsel. Während das Tumorstückchen ziemlich lange intact blieb, waren in der vorderen Kammer besonders in der Nähe des Fontana'schen Raumes Bacillen nachweisbar. Dieselben ähnelten den Tuberkelbacillen, hatten nahezu dieselbe Grösse, nur waren sie sehr beweglich; bei Wasserzusatz nahm die Motilität zu.

In der hierauf folgenden Discussion erwähnt Dr. Nieden (Bochum), dass er in Madeira eine Reihe von Leprakranken beobachtet habe. Er fand colossale Wucherungen der Conjunctiva, Pannus mit Granulationen. Die Zeit des Eintritts der Augenaffection war eine sehr verschiedene, gewöhnlich 4 bis 5 Jahre nach Auftreten der Krankheit. Die Uebertragung derselben geschieht durch Vererbung. Prof. Meyer (Paris) sah in Norwegen mehr als 100 Lepröse. Er fand zwei verschiedene Formen, die tuberöse oder anästhetische und die maculöse. Bei ersterer sind die klinischen Erscheinungen ähnlich wie bei Lupus, dabei besteht Anästhesie aller Theile des Auges und Xerosis corneae. Auf der Cornea und Conjunctiva finden sich Knoten, wie Lupus, der ganze Zustand ähnelt sehr dem Frühjahrskatarrh. Geschieht nichts, so wird die Hornhaut vernichtet; Veränderungen an der Iris und dem Augenhintergrund werden vermisst. Zeigt sich ein Leprakuoten auf der Cornea, so wird ein Schnitt durch die letztere gemacht, da die Narbe ein Fortschreiten des Knotens aufhält. Manche Formen von Lepra erinnern an tertiäre Syphilis und an Lupus, doch tritt bei Lepra Atrophie der Handmusculatur auf. Die Krankheit überträgt sich auch durch Jahre langes Zusammenleben.

4. Dr. Eversbusch (München) sprach über die vergleichende Anatomie der Irismusculatur mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse des sog. Dilatators. Er untersuchte über 20 verschiedene Thieraugen, sowohl mit runder, wie mit spaltförmiger Pupille, und konnte nachweisen, dass es einen eigentlichen Dilatator nicht giebt. Während man sich früher nur mit Meridionalschnitten und Flächenpräparaten der Iris, an der die vorderen Schichten abgetragen und die hintere Pigmentmembran weggepinselt waren, begnügte, fertigte Vortr. ununterbrochene Flachschnittserien von Regenbogenhäuten an, welche in toto gefärbt waren. Die den Gefässen entlang verlaufenden welligen Bündel, welche von Luschka u. A. als glatte Muskelzüge gedeutet wurden, sind thatsächlich Nerven, ebenso die Bruchstücke der Arkadenbildung, welchen man an der ciliaren Insertion der Iris begegnet. Man kann dieselben über den Ciliarrand der Iris hinaus ins Corpus ciliare, ja noch weiter bis in die Chorioidea und die Sclera verfolgen. Absolut sicher aber wird der nervöse Charakter dieser Elemente bewiesen durch die Osmiumbehandlung und den Nachweis von Ganglienplexus in den chorioidealen Fortsetzungen derselben. Manchmal macht es den Eindruck als ob diese vermeintlichen Dilatatorfasern sich bis in die Sphinkterlagen verfolgen liessen, doch erkennt man bei genauerer Einsicht, dass diese sich verjüngenden Fäden der Nervenbündel entweder in den Interstitien des Sphinkterflechtwerkes oder hinter denselben endigen. Niemals ist es möglich an guten Präparaten, das glatte Muskelstratum von Henle und Merkel nachzuweisen, weder bei Thieren mit runder noch mit ovaler Pupille.

No. 5 und 6 sind abgedruckt in dieser Wochenschrift pag. 649, No. 8 in dieser Nummer pag. 666.

7. Prof. Becker (Heidelberg) unternahm weitgehende Untersuchungen über die Aetiologie der Cataract. Deutschmann fand unter 21 Fällen von Cataract 7 Mal Nephritis und glaubt daher annehmen zu müssen, dass jede chronische Form von Nephritis zur Cataractbildung führe und zwar in jedem Lebensalter zu der Form, welche demselben eigenthümlich ist. Vortragender hat daraufhin Irrenhäuser, Armenhäuser, Kliniken, Ambulatorien von Kliniken untersucht. Unter 500 Individuen über 35 Jahren fand er 52 Mal Albuminurie und 102 Mal Cataract, nur in 13 Fällen liessen sich beide Affectionen an ein und derselben Person nachweisen. — Ausserdem prüfte er 6105 Krankengeschichten der Heidelberger Klinik, darunter waren 1443 Patienten über 35 Jahre. Unter letzteren hatten 173 Albuminurie und zwar lieferten spätere Lebensjahre einen grösseren Procentsatz. — Bei Durchsicht von 318 Sectionsprotokollen waren nur 33 normale Nieren festzustellen, dagegen 185 Nephritiden. Das Vorkommen der chronischen Nephritis stieg mit dem Lebensalter.

Hieraus folgerte der Vortragende, dass kein Zusammenhang zwischen Nephritis und Linsentrübung bestehe. Ebenso liess sich aus anatomisch untersuchten Augen kein solcher constatiren.

9. Dr. Noyes (New-York) berichtete über einen Fall von Linsenluxation in den Glaskörper nach einem Trauma. Der Patient nahm eine Bauchlage bei herabhängendem Schädel in tiefer Chloroformnarkose an. Unter focaler Beleuchtung wurde eine Nadel durch die Sclera in den hinteren Pol der jetzt nach vorn in die Pupille eingedrungenen Linse eingestochen. Nachdem so die Linse fixirt war, nahm der Patient die Rückenlage ein und die Extraction der Linse erfolgte ohne Iridectomie mittelst des Cornealschnittes.

Arlt theilte in der Discussion einen gleichen Fall mit.

10. Dr. Mayweg (Hagen) sprach über die Anwendung des Jodoforms zur Behandlung der Conjunctivitis crouposa und diphtheritica. Während er bei der ersteren Form nur eine antiscrophulose Behandlung neben der localen empfahl, wandte er bei letzterer den Jodoformdruckverband an. Unter diesem lösten sich durch den steten Contact mit dem Jodoform die diphtheritischen Membranen schneller und leichter, als es sonst zu geschehen pflegte. Die Cornea war weniger der Gefahr einer secundären Affection ausgesetzt, und die Abschwellung der infiltrirten Gewebtheile ging rascher von statten.

11. Dr. Hock (Wien) machte eine Mittheilung über die Perineuritis retrobulbaris. Conf. Wiener med. Blätter 1883.

In der Demonstrationssitzung zeigten Dr. Mayerhausen (München) ein selbst registrirendes Perimeter, Dr. Plehn (Berlin) ein Optometer, Dr. Nieden (Bochum) ein Ophthalmo-Leukoscop und galvano-kaustische Apparate. Prof. Hirschberg demonstrirte die mikroskopischen Präparate über den dritten bisher constatirten Fall von metastatischem Aderhautsarcom. Es handelte sich um eine 28jährige Frau, welche an Brustkrebs operirt war, der bald Amaurose des linken Auges unter dem Bilde der Netzhautablösung folgte. Bei der Section fand sich eine allgemeine Sarcomatose. Die obere Hälfte des Bulbus nahm ein grosser Tumor ein, welcher mit der Netzhaut zusammenhing.

Dr. Eversbusch (München) stellte eine Form von Missbildung der Papilla nervi optica vor, welche mit ausgedehnter Verbreitung markhaltiger Nervenfasern verbunden war.

XIII. Journal-Revue.

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

12.

Rosenbach (St. Petersburg): Zur Lehre von der antiepileptischen Wirkung des Bromkalium. Neurol. Centralblatt 1884 No. 2.

Bromkalium, das Specificum gegen Epilepsie, erschwert nach den Untersuchungen der meisten Forscher die Leitung in den centrifugalen und centripetalen Bahnen, setzt die Reflexthätigkeit herab und hat einen deprimirenden Einfluss auf die Thätigkeit des Gehirns. Verf., der auf Grund klinischer und experimenteller Thatsachen zu dem Schlusse gelangte, dass der Ausgangspunkt der Epilepsie in die Grosshirnrinde zu verlegen sei, stellte im Anschluss an die Albertonischen Untersuchungen Versuche an Hunden an, um die physiologische Wirkung des Bromkalium zu prüfen. Aus den Versuchen geht hervor, dass bei genügender Intoxication durch Bromkalium die Erregbarkeit der Grosshirnrinde für elektrische Reize abnimmt oder ganz verschwindet, während die Erregbarkeit der unterliegenden weissen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Substanz beinahe unverändert bleibt. Dem entsprechen die Befunde Tschycz's, der bei mikroskopischer Untersuchung des R. M. von mit Bromkalium vergifteten Hunden fand, dass dieses Gift degenerativ-atrophische Veränderungen ausschliesslich in den Nervenzellen der grauen Substanz hervorbringt, die weisse dagegen unverändert lässt.

Eickholt.

Ohrenheilkunde.

4.

Eitelberg, Ein Beitrag zur Bougierung der Ohrtrompete. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XIII. H. 2/3 S. 132.

Bei 100 an den verschiedensten Affectionen des Ohres leidenden Patienten bougierte Verf. 63 mal die beiden Tuben, 37 mal nur eine Seite, untersuchte ausserdem an 25 Gehörorganen, die den frischen Leichen von 15 Erwachsenen und 10 Kindern entnommen waren, die einschlägigen Verhältnisse und gelangte so zu ausserordentlich genauen physiologischen und pathologischen Resultaten, die er mit den Angaben früherer Autoren vergleicht.

Es ergaben sich nun hierbei Verengerungen des Isthmus tubae in

53	Fällen von doppelseit. Mittelohrkatarrh	35 mal
11	„ „ einseitigem „	3 „
6	„ „ doppelseit. chron. Otit. med. purul.	3 „
7	„ „ einseitiger „ „ „ „	6 „
4	„ „ „ acuter „ „ „	3 „
8	„ „ doppelseit. abgel. „ „ „	6 „
2	„ „ einseitiger „ „ „ „	1 „
6	„ „ doppelseit. Affectio acustica	1 „
3	„ „ auf beiden Seiten verschied. Affect.	2 „

Auf das ausserordentlich häufige Vorkommen von Verengerung der Tube ist schon s. Z. von Urbantschitsch (cf. Refer. ds. Ztschr. 1883 S. 376) aufmerksam gemacht worden, die Erfahrungen E.'s bestätigen also seine Ansichten vollkommen; — die Zahl der anderen Beobachtungen ist jedoch eine so kleine, dass man keine irgendwie beweiskräftigen Schlüsse aus ihnen ziehen kann. Uebrigens beobachtete aber E. in seltenen Fällen bei eitrigen Mittelohrentzündungen auch normale und abnorm weite Tuben.

Von den 63 auf beiden Seiten bougierten Patienten wiesen nur 18 Differenzen in der Weite der beiden Ohrtrompeten auf, 26 mal waren beiderseits normale Verhältnisse und in den 19 Fällen, über die nichts Näheres angegeben ist, haben wir wohl doppelseitige Verengerung anzunehmen. Im Speciellen ergaben sich

	beiderseits normale Verhältn.	Differenzen
bei 34 Fällen von doppelseitig. Mittelohrkatarrh	15 mal	11 mal
„ 4 „ „ einseitigem „	2 „	2 „
„ 5 „ „ doppels. Otit. med. pur. chronic.	3 „	
„ 4 „ „ einseit. „ „ „ „	1 „	1 „
„ 1 „ „ „ „ „ „ acuta	1 „	
„ 6 „ „ doppels. „ „ „ abgelauf.	1 „	1 „
„ 1 „ „ einseitig „ „ „ „		1 „
„ 5 „ „ doppelseit. Affectio acustica	2 „	1 „
„ 3 „ „ beiderseits verschied. Affectionen	1 „	1 „

Insgesammt waren von den 163 Tuben, die E. bougierte, für die nach der Charriere'schen $^1/_3$ mm Scala bezeichneten französischen Gewebsbougies mit knopfförmiger Anschwellung durchgängig

für No. 4: 79
„ No. 3: 61
„ No. 1: 14
für keine No. : 9
Summa 163

Bei den für kein Bougie durchgängigen Tuben bestand jedoch kein völliger Verschluss, da es trotzdem gelang, Luft per tubam in die Paukenhöhle einzutreiben.

Ueble Zufälle bei der Bougierung hat E. nicht erfahren, abgesehen von 3 Fällen geringen Emphysems, von denen in dem einen dasselbe schon vor der Bougierung beim einfachen Katheterismus auftrat.

Seine Leichenuntersuchungen an 25 Gehörorganen über die Maasse der Tube und deren Theile ergaben ihm nun eine Gesammtlänge der Ohrtrompete von 36—44 mm, den Isthmus 24—28 mm vom Ost. pharyngeum entfernt. Bei Neugeborenen fand er die Tube durchschnittlich 19 mm lang, wovon 11 auf den knorpligen, 8 auf den knöchernen Theil entfallen. Auch fand er die Angabe Tröltsch's „dass die kindliche Tuba, welche viel kürzer ist als die Erwachsener, nicht nur relativ, sondern auch absolut weiter an ihrer engsten Stelle sei", jedesmal bestätigt. Das Ostium pharyngeum war bald eine einfache Spalte, bald eine ovale Oeffnung von demnach sehr wechselnder Breite und Höhe.

Interessant war ferner, dass eine per tubam in die Paukenhöhle geführte Sonde nicht, wie Voltolini angiebt, „den Winkel, den der Steigbügel mit dem Proc. longus des Ambos bildet" traf, sondern in der Mehrzahl der Fälle an den Kopf oder Griff des Hammers stiess. 7 Mal ging die Bougie oberhalb jenes Winkels gegen das Antrum mast., 2 Mal stiess sie an den kurzen Ambosschenkel, 1 Mal konnte die Bougie wegen einer in der knöchernen Tube vorhandenen Knickung gar nicht in die Paukenhöhle gebracht werden und 1 Mal kam sie zum äusseren Gehörgang wieder heraus, wie er dies auch einmal am Lebenden bei grosser Zerstörung des Trommelfells beobachtete. Es ergiebt sich also hieraus, dass eine in die Paukenhöhle zu energisch vorgeschobene Bougie einen grossen, nicht immer reparablen Schaden anrichten kann.

Zucker.

Innere Medicin.

5.

Ueber die mittlere Temperatur bei Variola hat Ernst Hermann (Sitzung der medic. u. chir. Ges. zu London vom 27. Mai 1884) die Temperaturmessungen zu je derselben Stunde aller Kranken — in der Epidemie von 1871 — zusammengestellt und das Mittel gezogen. Das Maximum war das Mittel aus den 6 Abendstunden, nämlich 39,4, das Minimum 38,3 um 8 Uhr Morgens. Im Hinblick auf den Verlauf der Krankheit hat H. die höchste Temperaturziffer am 3. Tage beobachtet, dann ging sie herab bis zur Norm, um am 11. Tage wieder zu steigen und dann endlich definitiv zu fallen.

Pauly-Berlin.

Arzneimittellehre.

11.

E. Ricklin empfiehlt in der Gaz. méd. de Paris 1884, No. 20:

Gegen Acne rosacea: Ung. plumb. oleinici
Ung. bism. oleinici āā 4,0.
MDS: Früh und Abends die betr. Stellen mit ein wenig Salbe einreiben.

und innerlich: Extrait fluide de seigle ergoté
Sirop d'orgeat āā 60,0.
MDS: 3 × täglich zwei Theelöffel.

Gegen Urticaria chronica:
Hydrarg. bichlor. corros. 1,0
Aq. destill. 100,0
Alcohol. q. s.
MDS: Ein Kaffeelöffel auf ein halbes Glas frischen Wassers. Die afficirten Stellen damit waschen.

Daneben alkalische Bäder und Arsen innerlich:
Natr. arsenic. 0,05
Aq. destill. 100,0.
MDS: Ein Kaffeelöffel nach jeder Mahlzeit.

Pauly-Berlin.

XIV. Ein Experiment des Herrn Dr. Klein. Die englische Cholera-Commission, deren hervorragendstes Mitglied Herr Klein immer noch sein dürfte, befindet sich, in Bombay angekommen, schon in voller Arbeit. Es ist die Thatsache eines Telegramms an die Times werth gehalten worden, dass Herr Klein, um seinen vollständigen Unglauben an die pathogenen Eigenschaften des Cholera-Bacillus zu manifestiren, Culturen desselben zu sich genommen habe. Bekanntlich ist schon früher ein ähnliches Experiment, auch in Bombay, in's Werk gesetzt worden, indem einer der Aerzte Trinkwasser, in welchem Komma-Bacillen gefunden sein sollten, getrunken hat. Wir wiesen schon damals darauf hin, dass solche Experimente jedes wissenschaftlichen Charakters entbehren, nach keiner Richtung hin beweiskräftig sind und, während sie ein recht schlechtes Zeugniss für den Experimentator ablegen, nur dem Unwissenden imponiren. British Medical Journal, wie Lancet, nehmen den Times-Telegramm gegenüber eine sehr reservirte Stellung ein. Ersteres Blatt weist darauf hin, dass zuvörderst nicht einmal feststehe, ob Herr Klein wirklich Culturen des Komma-Bacillus verzehrt habe. Aber selbst dies zugestanden, habe er versäumt, seinen Darmcanal durch Crotonöl oder andere Irritantien in einen für die Wirkung des Bacillus geeigneten Zustand zu versetzen. Herr Dr. Klein wird sich hüten, dies zu thun. Dieselbe Nummer der Times enthält den Bericht einer Cholera-Commission in Marseille (Sicard, Taxier, Loncel, Livon und Chareyne). Wir glauben es der Sache selbst, wie diesen Herren schuldig zu sein, den „Bericht" so lange unberücksichtigt zu lassen, als derselbe nicht in einer wissenschaftlichen, medicinischen Zeitschrift oder im Journal officiel veröffentlicht worden ist.

XV. Die Cholera.

XV.

1. Weiterer Verlauf der Epidemie.

a. Südfrankreich. Vom 13.—19. September waren inficirt 61 Gemeinden, vom 20.—27. blieben noch inficirt 46, es kamen neu hinzu

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

16, im Ganzen 62. Choleratodesfälle vom 13.—19. September 210, 20.—26. September 117. Die noch inficirten Gemeinden gehören den Départements Ardèche, Aude, Bouches du Rhône, Cantal, Drôme, Gard, Haut-Garonne, Gers, Hérault, Pyrénées-Orientales, Var, Vaucluse, Yonne und Seine an. In letzterem Département sind zwei Todesfälle vorgekommen, 1 in St. Denis und 1 in St. Ouen. Die Choleratodesfälle in Marseille betragen immer noch 2—3—5 täglich. In Toulon nimmt die Epidemie immer mehr ab, andererseits constatirt man eine leichte Recrudescenz in Nimes. Im Département Pyrénées-Orientales entschiedene Abnahme. Dagegen hat die Seuche in Algier Opfer verursacht, so in Bona, Oran und der Stadt Algier.

b. Spanien. Die Epidemie scheint in den von ihr befallenen Provinzen sich nicht weiter zu verbreiten, sondern zu erlöschen.

c. Italien. Der Wochenbericht ist bisher nicht eingegangen.

2. Schutzmaassregeln.

Oesterreich. Der Oberste Sanitätsrath hat sich in Betreff der Cholera-prophylaxis vor einigen Tagen dahin geeinigt, dass auf die Activirung von Maassregeln, die in letzter Linie doch nur auf eine vollständige Verkehrs- und Grenzsperre hinauslaufen müssten, um so weniger einzurathen sei, als sowohl alle älteren Erfahrungen als auch die neuesten Misserfolge, welche Spanien und Italien mit derlei Maassregeln erzielten, hievon abrathen. In Betreff des Landverkehrs glaubte der Oberste Sanitätsrath allerdings auf die Activirung analoger Maassregeln, wie sie bisher auf den Eisenbahn-Einbruchsstationen eingeführt sind, einrathen zu sollen; eine theilweise Absperrung der Landwege selbst jedoch in's Auge zu fassen, erschien demselben nicht empfehlenswerth. Für den Verkehr auf dem Gardasee wurden ähnliche sanitäre Maassregeln, wie sie für den Landverkehr angeordnet sind, beantragt. Mit Rücksicht auf das Auftreten der Cholera in der Umgebung von Chioggia beantragte der Oberste Sanitätsrath die vollständige Einstellung des Verkehrs italienischer Fischer in österreichischen Gewässern, und falls das Landen der Fischerbarken an der österreichischen Küste nicht ohnehin schon eingestellt wäre, die Erlassung eines darauf abzielenden Verbotes. Nachdem in der Schweiz ein vollkommen befriedigender Gesundheitszustand herrscht und an den schweizerischen Einbruchsstationen vollkommen ausreichende Maassregeln gegen die Einschleppung der Cholera getroffen sind, so erachtete der Oberste Sanitätsrath die Activirung besonderer Vorkehrungen diesem Staate gegenüber nicht für geboten. Aus ähnlichen Erwägungen erachtete der Oberste Sanitätsrath es für zulässig, dass die gegenüber dem Deutschen Reiche noch bestehenden Revisionsstationen aufgelassen werden können, vorausgesetzt, dass die in den letzten Tagen aus Paris gemeldeten angeblichen Cholerafälle vereinzelt bleiben. Auf die Erlassung eines allgemeinen Verbotes der Einfuhr von Gemüse, insbesondere aus Italien, erachtete der Oberste Sanitätsrath, da dieser Import nur für wenige grössere Städte von Belang sei, auch dermalen nicht eingehen zu sollen.

XVI. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Einfluss des Alters der Eltern auf die Vitalität der Kinder.

Von

Josef Körösi,

Director des communal-statistischen Bureaus in Budapest.

Nachdem ich im Jahre 1875 die Einrichtung getroffen, dass bei jedem Todesfalle eines in Budapest verstorbenen Kindes (bis mit zehn Jahren) das Alter des Vaters und das der Mutter constatirt werde, um so einigen Einblick in die wichtige Frage zu gewinnen, ob und welchen Einfluss das Alter der Erzeuger auf das der Kinder ausübe, habe ich die diesbezüglichen, zu jener Zeit sich auf 612 Todesfälle erstreckenden Beobachtungen, zum erstenmale in meinem Werke über die Sterblichkeit von Budapest veröffentlicht.[1])

Ich habe diese Beobachtungen seither durch fernere fünf Jahre fortgesetzt. Nachdem dieselben sich nun auf ein Material von über 25000 Todesfällen beziehen, glaubte ich dieselben um so eher abschliessen zu dürfen, als die Sammlung und namentlich die Verarbeitung dieser Aufzeichnungen ganz besondere Mühe verursacht. Es musste nämlich für jeden einzelnen Fall das Alter des Vaters und das der Mutter durch Subtrahirung des Kindesalters auf das Zeugungsalter reducirt werden, was allein 50000 Umrechnungen repräsentirt. Beim Depouillement wurde dann überdies das Alter der Mutter nach 13 Altersgruppen (16, 17, 18, 19 jährig, 20—30, 30—35, 35—36, 37—38, 39—40, 41—42, 43—44, über 44jährig und Alter unbekannt) ferner das des Vaters nach 15 Altersgruppen (18, 19, 20, 20—25, 25—30, 30—40, 40—50, 50—55, 56—57, 58—59, 60—61, 62—63, 64—65, über 65jährig und Alter unbekannt) zusammengefasst, was schon an sich, bei Combinirung des Alters beider Eltern, (13×15=) 195 Combinationen ergiebt. Sollen nun die Altersverhältnisse der verstorbenen Kinder, sowie die namhafteren Todesursachen auch nur für die wichtigeren Alterscombinationen specificirt werden und hierbei dann auch noch Legitimität und Illegitimität unterschieden werden — wie dies auch erfolgte, — so wird man die durch eine solche Untersuchung verursachte Mühe als eine so bedeutende erkennen müssen, dass man sich derselben nur mit Hülfe eines wohlgeschulten Beamtenpersonals unterziehen konnte.

[1]) Körösi: Die Sterblichkeit in der Hauptstadt Budapest in den Jahren 1874 und 1875. Berlin 1877. Stuhr. S. 120.

Ich will im Nachstehenden mich blos auf Mittheilung der auf das Todesalter der Kinder bezüglichen allgemeinen Daten beschränken, während eine detaillirtere Nachweisung der unter der Presse befindlichen Specialarbeit vorbehalten bleibt.[1])

Die Altersverhältnisse der verstorbenen Kinder wurden nach folgenden Gruppen verarbeitet: gestorben im Alter von 8 Tagen, 8 Tage bis 1 Monat, 1 Monat bis 1 Jahr, 1—2 Jahre, 2—5 Jahre, 5—10 Jahre.

Die Hauptergebnisse finden sich in den weiter unten folgenden Tabellen mitgetheilt und sprechen dafür, dass das Alter der Eltern unbedingt einen Einfluss auf die Vitalität der Kinder ausübt, dass aber dieser Einfluss kein gleichmässiger sei.

Was vor Allem die Mütter betrifft, lässt sich nicht behaupten, als ob die jüngsten und jüngeren derselben im Allgemeinen lebenskräftigere Kinder zur Welt brächten: erst bei den mit 20 Jahren Gebärenden lässt sich eine Steigerung der Lebenskraft der Kinder constatiren, während bei den jüngeren Gebärenden die Vitalität der Kinder eine schwächere ist. Insoweit stimmen diese Ergebnisse auch mit meinen vorhererwähnten, älteren überein, trotzdem diese auf eine zu geringe Anzahl beschränkt gewesen. Nicht so hinsichtlich der Vitalität jener Kinder, die von Müttern vorgeschrittenen Alters (etwa von 35 Jahren aufwärts) geboren wurden, für welche Altersklassen vorher gar zu wenig Material vorgelegen, wie dies übrigens seiner Zeit auch sehr nachdrücklich betont und eben deshalb auf die Ergebnisse meiner weiter anzustellenden, zahlreicheren Beobachtungen verwiesen wurde. Auf Grund des gegenwärtigen Beobachtungsmaterials lässt sich nun behaupten, dass in den späteren Altersklassen, bis an die Grenze der Conceptionsfähigkeit, die Vitalität der Kinder im Ganzen eine, wenn auch nur sehr schwache Abnahme erfährt. Es starben nämlich Kinder von Müttern nachfolgenden Alters:

Todesalter des Kindes	16 u. 17 jährige Mütter	18—19 jährige Mütter	20—35 jährige Mütter	35—40 jährige Mütter	über 40 jährige Mütter
1 Woche	5	52	1258	238	65
2, 3, 4 Wochen	4	41	1501	283	76
1—12 Monat	14	138	8122	1645	417
Zus. 0—1 Jahr	23	231	10,881	2166	558
1—2 Jahre	13	65	3885	700	169
2—5 „	13	86	3939	661	140
5—10 „	2	15	501	51	22
Insgesammt	51	397	19,206	3578	889

oder in Percentualwerthen sämmtlicher im Alter bis mit 10 Jahren verstorbenen Kinder ausgedrückt:[2])

	18—19	20—35	35—40	über 40
1 Woche	13,10	6,55	6,65	7,31
2, 3, 4 Wochen	10,33	7,81	7,91	8,55
1—12 Monate	34,76	42,29	45,98	46,91
Zus. 0—1 Jahr	58,19	56,65	60,54	62,77
1—2 Jahre	16,37	20,23	19,56	19,01
2—5 „	21,66	20,51	18,47	15,75
5—10 „	3,78	2,61	1,43	2,47
Insgesammt	100,00	100,00	100,00	100,00

Um jene Veränderungen zu erkennen, welche das Alter der Eltern auf die Vitalität der Kinder ausübt, genügt es die Veränderung des Percentsatzes der in der ersten Woche, sowie der im ersten Lebensjahre verstorbenen Kinder zu verfolgen. Es starben also von je hundert im Alter von 0—10 Jahren verstorbenen Kinder schon

	in der ersten Lebenswoche	im ersten Lebensjahre
bei 18—19j. Müttern	13,10	58,19
„ 20—35j. „	6,55	56,65
„ 35—40j. „	6,65	60,54
„ über 40j. „	7,31	62,77

Wie man ferner sieht, ist die Bedeutung der für die verschiedenen Altersstufen ermittelten Zahlen eine insofern verschiedene, als die Rubriken der unterzwanzig- und der übervierzigjährigen Frauen verhältnissmässig wenige Fälle aufweisen. Ferner wäre noch zu beachten, dass die illegitimen, bekanntlich lebensschwächeren Kinder, zumeist von Müttern jüngern Alters herrühren dürften, dass es also nicht ausgeschlossen ist, die geringere Vitalität der Kinder jüngerer Mütter nicht auf das Moment des Alters, sondern auf jenes der Illegitimität — die zumeist auch mit niedrigerem Wohlstand Hand in Hand geht — zurückzuführen.

Bezüglich des Einflusses, den das Alter des Vaters ausübt, wäre zwar zu bemerken, dass die Mutter stets bekannt, der Vater aber oft

[1]) Körösi: Sterblichkeit der Hauptstadt Budapest in den Jahren 1876 bis 1881. Berlin 1884. Puttkammer und Mühlbrecht (unter der Presse).

[2]) wobei wir die Rubrik der 16 und 17jährigen Mütter, — gleichwie weiter unten die der unter 20jährigen Väter — wegen der zu geringen Menge der Beobachtungen ausser Rechnung lassen.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unbekannt und — einem juridischen Grundsatze nach — eigentlich auch ungewiss ist. Insoweit aber, trotz dieser Vorbehalte, dennoch getrost an eine Verwerthung der diesbezüglichen Daten gegangen werden kann, ersieht man aus den nachfolgenden Zahlenangaben, dass die Kinder der jüngsten (bis 25j.) Väter schwächer sind als die der älteren, etwa im Alter von über 25 bis 40 Jahren stehenden, dass ferner die Kinder über 40jähriger Väter schon auffallend früher zu sterben pflegen, als die Kinder jüngerer Väter.

Es starben nämlich Kinder von Vätern folgenden Alters:

Todesalter der Kinder	unter 20	20—25	25—30	30—40	40—50	über 50
	jährige Väter.					
1 Woche	2	63	258	782	298	34
2, 3, 4 Wochen	1	58	277	885	354	52
1—2 Monate	12	241	1549	5037	1756	227
Zus. 0—1 Jahr	15	362	2084	6704	2408	313
1—2 Jahren	5	115	854	2622	737	116
2—5 „	10	127	873	2625	767	136
5—10 „	10	17	113	305	91	14
Insgesammt	40	621	3924	12,256	4003	579

oder in Percenten der Gesammtheit der bis zu zehn Jahren Verstorbenen ausgedrückt:

1 Woche	10,14	6,57	6,38	7,45	5,87
2, 3, 4 Wochen	9,34	7,06	7.22	8,84	8,98
1—12 Monate	38,81	39,48	41,10	43,87	39,21
Zus. 0—1 Jahr	58,29	53,11	54,70	60,16	54,06
1—2 Jahre	18,52	21,76	21,39	18,41	20,03
2—5 „	20,45	22,25	21,42	19,16	23,49
5—10 „	2,74	2,88	2,49	2,27	2,42
Insgesammt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Die vom vierzigsten Lebensjahre des Vaters beginnende schwache Abnahme der Lebenskraft der Kinder ist aus den vorstehenden Percentualwerthen klar ersichtlich; nicht so jene starke Abnahme, die bei den Kindern der ältesten Väter eintritt und zwar deshalb nicht, weil in der obigen Zusammenstellung sämmtliche überfünfzigjährige Väter in eine Rubrik zusammengefasst sind. Die Abnahme der Vitalität erhellt aber aus beifolgender Detaillirung dieser Sammelrubrik:

Alter der Väter	Anzahl der verstorb. Kinder (0—10 J. alt)	Anzahl der im 1. Lebensjahre Verstorb.	In Percenten aller in den ersten zehn Lebensj. Verstorb.
50—55 J. a.	397	206	52
56—57 „ „	70	42	60
58—59 „ „	44	21	} 55
60—61 „ „	27	18	
62—63 „ „	12	9	} 63
64—65 „ „	13	9	
Ueber 65 „ „	16	8	

Die Frage, inwieweit den Daten über die Zeugungskraft der im höchsten Alter stehenden Väter Glaubwürdigkeit zuzumessen sei, entzieht sich der statistischen Beobachtung.

2. Berlins Gesundheitszustand im Sommer 1884.

(Fortsetzung zu No. 33, S. 542.)

II.

Zur Zeit kann der allgemeine Gesundheitszustand in Berlin nicht nur kein ungünstiger, sondern mit Bezug auf das Vorkommen der ansteckenden Krankheiten, sogar ein guter genannt werden. Wenn auch die ungewöhnlich hohe Sterbeziffer nur als eine natürliche Folge der sehr zahlreichen Todesfälle an Krankheiten des Verdauungsapparats angesehen werden muss, so giebt doch auf der andern Seite das Auftreten der Infectionskrankheiten keinerlei Anlass zu ernsten Besorgnissen sanitärer Natur. Aus den nachstehenden Zahlen der Gestorbenen überhaupt, sowie derjenigen an Krankheiten des Verdauungsapparates als Diarrhoen, Brechdurchfälle, Cholerine, Magen- und Magen- und Darmkatarrh Gestorbenen im Besonderen ergiebt sich für die einzelnen Wochen des Juni und Juli der hohe und für die Gestaltung der allgemeinen Sterbeziffer allein maassgebende Antheil, welchen die genannten Krankheiten während der heissen Jahreszeit auszumachen pflegen. Es starben in der

	Ueberhaupt	Pro mille d. Bevölkg.	an Verdauungskrankheiten	Proc. der Gestorbenen.
1. Juni-Woche	619	25,9	121	19,5
2. „ „	630	26,5	124	19,7
3. „ „	613	25.7	109	17,6
4. „ „	632	26,6	155	24,5
1. Juli-Woche	768	32,2	213	27,8
2. „ „	880	37.0	304	34,5
3. „ „	1057	44.4	502	47.5
4. „ „	991	41.7	495	50,0
5. „ „	860	36,2	354	41,0

Es erhellt hieraus, dass Hand in Hand mit der höheren Sterbeziffer überhaupt der Antheil der genannten Krankheiten zunimmt, eine Abweichung hierin fand nur in der vierten Juliwoche statt, während das Maximum der Mortalität in die vorhergegangene Woche fiel. — Im Juli starben überhaupt: 4417 oder ca. 40 vom Tausend der Bevölkerung (gegen 2674 bzw. 26.25 im Juni); der Antheil der ersten fünf Lebensjahre an der Gesammtsterblichkeit stellte sich in den letzten 5 Jahren für den Juli auf:

1880:	3185	od. 76.8	Proc. der Sterbefälle, dar.	1825 an Diarrhöe etc.
1881:	3496	„ 75.9	„ „ „ , „	2018 „ „
1882:	2930	„ 79.6	„ „ „ . „	1617 „ „
1883:	4191	„ 76.3	„ „ „ . „	2338 „ „
1884:	3024	„ 73,4	„ „ „ , „	1697 „ „

Während bisher im Juli 1882 die relativ grösste Mortalität der ersten fünf Lebensjahre beobachtet wurde, erscheint der diesjährige Juli indess mit dem Minimum, nachdem 1881 und 1883 sich schon eine Abnahme hat wahrnehmen lassen.

Was die Ernährungsweise der gestorbenen Säuglinge anlangt, so erhielten natürliche Nahrung 285 od. 6,96 Proc., künstliche Nahrung 1488 od. 35.9 Proc. und gemischte Nahrung 574 od. 13,2 Proc. — Hinsichtlich der hohen Mortalität der Säuglinge muss immer und immer wieder auf die begleitenden Umstände aufmerksam gemacht werden. Wie bekannt und durch die Verhältnisse bedingt, pflegen nur allzuhäufig die Kinder schon früh an den Mahlzeiten der Erwachsenen Theil zu nehmen; der Gesundheitszustand wird durch diese Unsitte am gründlichsten und sehr bald untergraben; es ist dies um so einleuchtender, als man ja weiss, dass, je jünger ein Kind ist, seine Verdauungskräfte auch um so schwächer sind. Die Kinder, insbesondere der arbeitenden Bevölkerungsklassen, erwerben in unserem Kartoffelzeitalter jenes ungesunde Aussehen, welches als skrophulöses allbekannt ist, nicht erst während ihres Lebens durch selbständige Aufnahme der gesundheitswidrigen Nahrung, wie Kaffee, Kartoffeln, sie tragen vielmehr dieses traurige Merkmal schon mit der Geburt vielfach an sich. Denn unsere Arbeiterfrauen leiden bei der beständigen Kartoffel- und Kaffeenahrung an ihrer Gesundheit ganz bedeutenden Schaden, da sie ausreichender Bewegung und frischer Luft mehr oder weniger entbehren. Es kann also nicht Wunder nehmen, wenn die Kinder solcher Mütter schwächlich und wenig widerstandsfähig in ein Leben eintreten, in welchem sie sich nur all' zu bald an eine gesundheitswidrige Ernährung ihrer Eltern gewöhnen müssen. Darum möge auf die Art der Ernährung der Säuglinge nicht allein von Seiten der Aerzte, sondern auch von allen Pflegemüttern sorgsamst geachtet werden, es bleibt leider bis dahin noch immer eine traurige Wahrheit: Berlin thut nicht genug für seine Kinderwelt!

In Bezug auf die hauptsächlichsten Infectionskrankheiten zeigt der diesjährige Juli wieder sehr günstige Verhältnisse. Der Unterleibstyphus tritt diesmal so selten, wie seit einer Reihe von Jahren nicht der Fall gewesen, auf. Es sind bekannt geworden im Juli, abgesehen von 1 Sterbefall an Flecktyphus,

1880:	147 Erkrankungen,	43 Sterbefälle,
1881:	195 „	29 „
1882:	162 „	32 „
1883:	150 „	22 „
1884:	99 „	21 „

Für die Masern stellten sich die Erkrankungs- bezw. Sterbefälle dieses Monats auf:

1882:	245 erkrankt,	18 gestorben,
1883:	1350 „	256 „
1884:	187 „	19 „

Der Scharlach zeigte im Juli folgenden Gang:

1882:	219 erkrankt,	42 gestorben,
1883:	421 „	99 „
1884:	167 „	20 „

Die Diphtheritis, die während der letzten Jahre in Berlin sich immer mehr einzubürgern scheint, wies im Juli auf:

1882:	460 Erkrankungen,	122 Sterbefälle,
1883:	552 „	211 „
1884:	448 „	147 „

Die Pocken, die sich in diesem Jahre während der Monate Februar bis Mai häufiger einstellten und vom Beginn des Jahres bis Ende Juli 114 Erkrankungen und 16 Todesfälle verursachten, haben im Juli nur 8 Erkrankungen und 3 Todesfälle aufzuweisen gehabt.

Eine Verschlechterung der Berliner Sterblichkeitsverhältnisse kann nur in der Zunahme der Kindermortalität als ausschliesslich begründet angesehen werden, dagegen stehen die Gesundheitsverhältnisse Berlin's im Hinblick auf das Auftreten der ansteckenden Krankheiten durchaus günstig für die heisse Jahreszeit diesmal da; es bleibt zwar zu erinnern, dass im August, September und October bei dem zumeist sehr niedrigen Stande des Grundwassers die Erkrankungen namentlich an Unterleibstyphus alljährlich häufiger werden. Petersen.

3. Eine Entscheidung des Reichsgerichts.

In Bezug auf die Frage, unter welchen Umständen eine falsche ärztliche Behandlung, welche den Tod des Kranken zur Folge hat, gegen den Arzt als fahrlässige Tödtung zu bestrafen ist, hat das Reichsgericht neuerdings eine bemerkenswerthe Entscheidung gefällt, welcher folgender Fall zu Grunde lag: Dem Dienstknecht H. ist am 5. April 1884 durch einen Messerstich in die Brust eine sich bis in die Lunge erstreckende Wunde beigebracht worden. In der ersten Zeit nach der Verwundung wurde H. von dem practischen Arzt Dr. N. behandelt, welcher unter Nichtbeachtung des sog. antiseptischen Verfahrens, welches als ein durch Erfahrung erprobtes Mittel der neueren ärztlichen Wissenschaft gilt, nach der alten Methode die Wunde zu heilen versuchte. Die Folge davon war, dass H. am 30. April c. an septischer Blutzersetzung starb. Dr. N. wurde demzufolge aus § 222 des Strafgesetzbuches wegen fahrlässiger Tödtung angeklagt und von der Strafkammer verurtheilt, indem dieselbe annahm, dass ein practischer Arzt sich so weit auf der Höhe der Wissenschaft erhalten muss, dass er von den in der modernen medicinischen Wissenschaft anerkannten Re-

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

geln der Heilkunde genaue Kenntniss erlange und solche beobachte, und dass in dem vorliegenden Falle Dr. N. als practischer Arzt bei gewöhnlicher Aufmerksamkeit habe erkennen müssen, dass das von ihm beobachtete Verfahren den Tod des H. zur Folge haben könne. In der von Dr. N. eingelegten Revision machte dieser in der Revisionsschrift unter Anderem geltend, dass er die von ihm erlernte und in langjähriger Praxis erprobte Heilmethode angewendet, dagegen von der Antiseptik, welche eine noch im Stadium der Experimente befindliche Erfindung der Neuzeit sei, keinen Gebrauch gemacht habe. Das Reichsgericht, I. Strafsenat, erachtete aber diesen Einwand nicht für stichhaltig und verwarf durch Urtheil vom 3. Juli 1884 die Revision, indem es begründend ausführte: „Die Entscheidung darüber, ob das von dem Angeklagten angewendete Heilverfahren ein fehlerhaftes war, ob er insbesondere durch die Unterlassung der Anwendung der Antiseptik die ihm als Arzt nach den concreten Umständen obliegenden Pflichten verletzt hat, fällt in das Gebiet der der Revision nicht zugänglichen thatsächlichen Beurtheilung. Das Gericht hat übrigens, wie aus den oben vorgetragenen Ausführungen hervorgeht, als erwiesen angenommen, dass die Antiseptik sich nicht mehr im Stadium der Experimente befinde, sondern eine mit Grund nicht mehr zu bestreitende Regel der Heilkunde sei. Hierbei kann es unterlassen werden, die in den Urtheilsgründen ausgesprochene Ansicht, „der ausübende Arzt müsse sich so weit auf der Höhe der Wissenschaft halten, dass er von Regeln der fraglichen Art genaue Kenntniss erlange, und er müsse die Regeln beobachten, unterlasse er dies, so müsse ihm Fahrlässigkeit zur Last gelegt werden." einer näheren Prüfung zu unterziehen, denn das L.-G. hat die Annahme fahrlässiger Verschuldung des Angeklagten jedenfalls nicht ausschliesslich auf diesen allgemeinen Satz, sondern zugleich auf eine concrete Würdigung gestützt, indem es schliesslich hervorgehoben hat: „Uebrigens unterliege es keinem Zweifel, dass der Angeklagte als Arzt bei gewönlicher Aufmerksamkeit habe erkennen müssen, dass das von ihm beobachtete Verfahren den Tod des H. zur Folge haben könne. Durch diese letztere Feststellung sind die Voraussetzungen einer nach den concreten Umständen zu treffenden fahrlässigen Verschuldung einwandsfrei constatirt worden."

XVII. Ein Humanaster vor Gericht.

Hauptverhandlung beim Kgl. Landgericht zu Dresden vom 29. August.

Die III. Ferienstrafkammer unter Vorsitz des Herrn Landgerichtsrath von Wachsmann beschäftigte heute eine Untersuchungssache gegen den Redacteur und Schriftsteller Ernst Heinrich von Weber in Dresden und gegen den Pfarrer Carl Wilhelm Emil Knodt in Münster wegen Beleidigung. Als Vertreter der Königl. Staatsanwaltschaft fungirte Herr Assessor Dr. Hartmann und als Vertheidiger Herr Rechtsanwalt Krause. In Nummer 8 vom vorigen Jahre der hier erscheinenden periodischen Zeitschrift „Der Thier- und Menschenfreund" befindet sich unter der Ueberschrift „Menschenvivisection" ein Artikel, in welchem behauptet wird, dass vor ungefähr 8 Jahren von einem Judenarzte in Osnabrück der Schlosser Alexander Stegemann, nach Aussage seiner Mutter und Schwester in scheintodtem Zustande lebendig secirt worden sei etc. Auf Grund dieses Aufsatzes war von dem Dr. med. Pelz, welcher damals die Section vorgenommen, sowohl gegen den verantwortlichen Redacteur genannter Zeitschrift, von Weber, als auch gegen den Verfasser des betreffenden Artikels, den Pfarrer Knodt, Strafantrag wegen Beleidigung gestellt worden, und hatte hierauf die Königl. Staatsanwaltschaft Anklage gegen Beide erhoben. Der Angeklagte Weber führte zu seiner Vertheidigung an, dass er zur Zeit des Erscheinens der Nummer 8 der obengedachten Zeitschrift vom Jahre 1883 im Monat August v. J. in England gewesen sei und vor dem Erscheinen dieser Nummer von dem in derselben enthaltenen incriminirten Artikel keine Kenntniss gehabt habe. Bis Juni v. J. sei der Pfarrer Knodt verantwortlicher Redacteur gewesen und habe er, von Weber, im darauffolgenden Monat aus Gefälligkeit gegen den Mitangeklagten formell die verantwortliche Redaction übernommen, da Letzterer von Oberhessen nach Münster übergesiedelt und deshalb Bedenken getragen, als verantwortlicher Redacteur auf der Zeitung zu zeichnen. Der Angeklagte von Weber führte weiter an, er sei bereit gewesen, dem Mitangeklagten diese Gefälligkeit zu erweisen, da er diesen als einen sehr gewissenhaften Mann kenne, und die Correcturen ausserdem noch von dem berathenden Mitgliede des Central-Comités, Herrn Geheimen Rath Rast, vorgenommen würden. Jener Artikel sei vom Pfarrer Knodt, welcher denselben verfasst, an die König'sche Druckerei nach Guben und von dieser ein Fahnenabzug zur Correctur an die Redaction nach Dresden gesandt worden. Der Geheime Rath Rast war damals verreist gewesen, von dem Vereinssecretär sei deshalb der Abzug an den Pfarrer Knodt und von diesem an die Druckerei zurückgesendet worden. Diese Angaben wurden von dem Mitangeklagten bestätigt, und führte dieser zu seiner Vertheidigung an, er habe nicht gewusst, dass der Geheime Rath zu jener Zeit verreist gewesen und das Manuscript nicht von ihm durchgesehen worden sei. Der Mitangeklagte sprach sich ferner dahin aus, die Familie Stegemann gehöre zu seiner Gemeinde, er habe dieselbe besucht, und sei ihm hierbei von der verwittweten Stegemann als auch von deren Tochter der Sachverhalt so, wie er in dem betreffenden Artikel mitgetheilt, erzählt worden. Er habe nicht die Absicht gehabt, den Dr. Pelz zu beleidigen, sondern nur vor Aufregung und Entrüstung die Sache an die Oeffentlichkeit gebracht etc. Nach den Ergebnissen der Beweisaufnahme gelangte der Gerichtshof zu der Ueberzeugung, dass in dem incriminirten Aufsatze wirklich eine unwahre Thatsache behauptet worden ist, und dass der Mitangeklagte Knodt die Absicht gehabt, den Dr. Pelz zu beleidigen, was schon aus den Bezeichnungen „Judenarzt", „Unmensch" etc. hervorgeht. Nach § 20 Absatz 2 des Reichsstrafgesetzbuchs vom 7. Mai 1874 ist der verantwortliche Redacteur einer periodischen Druckschrift als Thäter zu bestrafen, wenn nicht durch besondere Umstände die Annahme seiner Thäterschaft ausgeschlossen wird, unter besonderen Umständen im Sinne der ebengedachten Gesetzesstelle sind aber nur solche Fälle zu verstehen, in welchen der verantwortliche Redacteur von dem strafbaren Artikel vor der Veröffentlichung Kenntniss zu nehmen thatsächlich verhindert war, die Nichtkenntniss daher ausser seinem Willen liegt, diesen Fällen aber kann das behauptete Verreistsein v. Weber's nach England nicht beigezählt werden. Beide Angeklagte waren deshalb wegen Beleidigung zu bestrafen. Im Hinblick auf die Schwere der Beleidigung, auf die grosse Verbreitung der betreffenden Zeitschrift, welche nach allen Welttheilen geht, erachtete die Kammer für geboten, nicht auf Geld-, sondern auf Freiheitsstrafe zu erkennen, und wurde der Pfarrer Knodt deshalb zu 6 Wochen Gefängniss, sowie v. Weber, unter Berücksichtigung, dass dieser bereits zwei Mal wegen gleicher Vergehen vorbestraft worden ist, zu einer Gefängnissstrafe in der Dauer von 8 Wochen verurtheilt. Auch sind die noch vorhandenen Exemplare der betreffenden Nummer zu vernichten. Dem Beleidigten ist zu seiner Privatgenugthuung eine Ausfertigung des Urtheils zu ertheilen und steht ihm die Befugniss zu, binnen acht Wochen nach eingetretener Rechtskraft den verfügenden Theil in der Zeitschrift „Der Thier- und Menschenfreund" zu veröffentlichen. Gegen dieses Erkenntniss werden die Angeklagten, wie uns mitgetheilt wird, vom Rechtsmittel der Revision Gebrauch machen.

XVIII. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Berlin. Das zahnärztliche Institut der Universität soll noch in diesem Monate eröffnet werden. Zum Director desselben ist bekanntlich Herr Professor F. Busch ernannt worden, dem die Herren J. Paetsch, W. Miller und Sauer als Docenten und Lehrer zur Seite stehen werden. — Leipzig. Der grosse, auch um die Medicin hochverdiente Physiker, dessen Arbeiten, anknüpfend an H. E. Weber, grundlegend für die Psychophysik gewesen sind, Dr. phil. und med. G. Th. Fechner feierte sein 50jähriges Professoren-Jubiläum. — Prag. Die beiden für die deutsche medicinische Facultät in Prag neuernannten Professoren Herren Dr. Aeby und Dr. Soyka sind bereits hier angelangt. — Wien. Der krankheitshalber beurlaubte Pofessor der Hygiene, Herr Dr. Nowak, wird durch den für Graz neuernannten Professor Max Gruber vertreten. — Man betont sehr, dass von dem Bau eines anatomischen Institutes noch kein Anzeichen sichtbar ist, so dass schwer einzusehen ist, wie der zweite Professor der Anatomie, Toldt, sich im Schuljahre 1885 wird behelfen können.

— Wir machen darauf aufmerksam, dass in Prof. Dr. Seeligmüller's vortrefflich geleiteter Heilanstalt für Nervenkranke in Halle a. S. nunmehr auch Einrichtungen für Patienten zweiter Klasse getroffen sind (135 Pensionspreis für den Monat). Wir halten solche Einrichtungen für überaus angemessen und freuen uns, dass Herr Seeligmüller sich zu denselben entschlossen hat.

— Hannover. Im Sturm und Drang der letzten Wochen ist es uns ganz entgangen, dass am 17. September die Einweihung des Denkmals für den grossen Chirurgen Louis Stromeyer stattgefunden hat. Generalarzt Dr. Berthold hielt die Einweihungsrede.

XIX. Personalien.

1. Preussen.
(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Ass.-Arzt I. Kl. Dr. Lohrisch im 2. Brandenburgischen Feld-Artillerie-Regiment (No. 18) General-Feldzeugmeister zu Landsberg a. W. die Erlaubniss zur Anlegung des ihm verliehenen Ritterkreuzes II. Kl. des Herzogl. Sachsen Ernestinischen Hausordens zu ertheilen.

Ernennungen: Dem Oberstabsarzt I. Kl. und Privat-Docenten Dr. Rabl-Rueckhard zu Berlin ist das Prädicat Professor verliehen und der seitherige commissarische Verwalter der Kreiswundarztstelle des Kreises Jerichow II. pract. Arzt Dr. Frantz zu Genthin definitiv zum Kreiswundarzt des gedachten Kreises ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Franz Schneider in Wehrheim, Dr. Reuter in Ems und Sautkin in Büderich.

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. Kaphengst von Treuenbrietzen nach Wiesbaden, Dr. Zimmermann von Darmstadt nach Wiesbaden, Dr. Frickhoeffer von Langenschwalbach, Ass.-Arzt Dr. Eichenberg von Weilburg als Stabsarzt nach Moelln, Ass.-Arzt Dr. Schedler von Schönebeck nach Weilburg, Dr. Krüger von Eckrath nach Amerika, Dr. Orths von Bonn nach Rheurdt, Martin von Venyn nach Wermelskirchen.

Gestorben: Die Aerzte Dr. Loens in Barmen, Ass.-Arzt a. D. Dr. Baltz in Buckow, und Dr. Friedewald und Dr. Seligsohn in Berlin.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Geis hat an Stelle des Apotheker Burchartz die Verwaltung der Filial-Apotheke in Mengerskirchen übernommen und Apotheker Wolter die Risten'sche Apotheke in Kirberg gekauft.

Vacant: Kreisphysicat des Kreises Marburg, Kreiswundarztstellen der Kreise Militsch, Malmedy, Johannisburg, Samter und Frankfurt a. M. Stadt.

2. Bayern.
(Aerztl. Intell.-Bl. 41.)

Ernannt. Dr. Anton Brum, zweiter Hilfsarzt der Kreis-Irrenanstalt Erlangen, zum Director der Kreis-Irrenanstalt Deggendorf.

In den Ruhestand versetzt. Bezirksarzt I. Cl. Dr. Karl Martin in Speyer auf Ansuchen wegen physischer Gebrechlichkeit unter Anerkennung seiner mit Eifer und Treue geleisteten Dienste.

Gestorben. Der quiescirte Bezirksarzt Dr. Theodor Morgenroth in Nürnberg.

Erledigt. Die Bezirksarztstelle I. Cl. in Speyer.

Berichtigung:

In No. 40 d. Bl. soll es heissen:
1) Seite 653 (2. Spalte) spin. ventos. statt spin. reutor.
2) Seite 654 (1. Spalte, Zeile 32) Sehelsky statt Oehelsky.
3) Seite 655 (1. Spalte, Zeile 34) Aleberg statt Lauenstein.
4) Seite 655 (1. Spalte, Zeile 82) Luxation statt Rutation.
5) Seite 655 (1. Spalte, Zeile 92) Suspension statt Compression.

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Besondere Beilage

zu

No. 41 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Ueber Epilepsie.

Von

Prof. **Dr. E. Mendel.**

(Vortrag, gehalten in dem Verein für Heilkunde am 1. April 1884.)

(Schluss aus No. 40.)

Dass Bromkalium auch in sehr grossen Dosen ohne weiteren Schaden vertragen wird, habe ich in vielen Fällen gesehen; ein psychisch Kranker (Paranoia), der genas, erhielt 6 Wochen lang täglich 20 g Bromkalium, psychisch machte sich die grösste Apathie, Schwäche des Gedächtnisses, körperlich hochgradige Abgeschlagenheit, starkes Taumeln beim Versuch zu gehen, und sehr erhebliche Abmagerung ohne bedenkliche Adynamie des Herzens geltend. Einer meiner Epileptiker, der einen Anfall fürchtete, nahm in 24 Stunden 30 g Bromkalium, 24 g davon in kurzen Pausen hintereinander, und bot, als er am nächsten Tage zu mir kam, keine krankhaften Symptome der Intoxication dar; seine einzige Klage war über Brennen in den Augen.

Bennett erzählt von einem 30jährigen Mann, der 80 Pf. Bromkalium in 5 Jahren nahm, und dabei sich geistig besser befand, als früher.

Die Wirkung der Brompräparate beruht auf dem Brom, nicht, wie man früher zum Theil glaubte, auf dem Kalium. Daher kann man auch mit Vortheil anstatt des Bromkalium Bromnatrium, — Ammonium — Magnesia — Lithium anwenden, endlich auch das neuerdings empfohlene Zincum bromatum versuchen.

Voisin giebt neben grossen Dosen von Brompräparaten noch Pillen aus Zinc. oxydat. und Extr. Belladonn.

In manchen Fällen scheint das eine Präparat zu wirken, wo das andere anfängt im Stich zu lassen; Bromnatrium wird oft besser vertragen, als Bromkalium. Dem Bromnatrium setzt man wegen seiner leichten Zerfliesslichkeit mit Vortheil P. rad. Alth. zu.

Im Uebrigen ist jedoch die Wirkung dieser Mittel nicht proportional der Menge an Brom, die sie enthalten. Nach Gowers beträgt diese Menge beim Kal. bromat. 67 Proc., beim Natr. bromat. 77 Proc., beim Ammon. bromat. 81 Proc., beim Lith. bromat. 92 Proc.

Die physiologische Wirkung der Brompräparate zu erforschen, ist Gegenstand vielfacher Untersuchung gewesen.

Die hypnotische Wirkung, die Herabsetzung der Erregbarkeit und der geschlechtlichen Potenz ergab sich als übereinstimmendes Resultat der betreffenden Versuche. Schröder van der Kolk nahm eine Einwirkung auf die Gefässe an, die das Bromkalium verengen sollte und erklärte dadurch die günstige Wirkung bei der Epilepsie, deren Ursache er in der Dilatation der Gefässe der Medulla oblongata suchte. Eine solche Einwirkung auf das Gefässsystem ist aber durch die physiologischen Versuche nicht mit Sicherheit nachgewiesen (Albertoni), wenn sie auch von Einzelnen (Semmola, Lewitzky) behauptet wurde.

Von besonderem Interesse erschienen die Versuche Albertoni's. Danach leisten die elektrischen Reize, welche sich bei Hunden im normalen Zustande zur Auslösung von Bewegungen und epileptischen Krämpfen wirksam erweisen, nach Bromkaliumgebrauch nichts mehr oder bringen nur geringe Wirkung hervor. Das Bromkalium erzeugt für die Ausbreitung der Entladung vom gereizten Punkte auf das übrige Gehirn starke Widerstände.

Dieselben Resultate erreichte Testa bei seinen Versuchen über die Wirkung des Zincum bromatum, das er für die Behandlung der Epilepsie besonders deswegen empfiehlt, weil es den Organismus nicht schwächt.

Rosenbach führte die Untersuchungen Albertoni's weiter, indem er nachsah, welche Hirntheile von der Herabsetzung der Erregbarkeit des Gehirns betroffen werden, und kam dabei zu dem Schluss, dass durch das Bromkalium bei Hunden die Erregbarkeit der Grosshirnrinde für elektrische Reize abnimmt oder ganz verschwindet, während die Erregbarkeit der unterliegenden weissen Substanz beinahe unverändert bleibt.

Es ist nicht meine Absicht, auf all die andern medicamentösen Mittel hier einzugehen, die gegen Epilepsie empfohlen und gelegentlich angewendet worden sind; es würde dann wohl kaum ein Mittel der Pharmacopoe unerwähnt bleiben dürfen; nur über das besonders warm empfohlene Curare, wie über das Atropin möchte ich noch ein paar Worte sagen. Was das erstere betrifft (Benedikt, Kunze, Erlenmeyer), so sind meine Erfolge bei der Anwendung gegen Epilepsie durchaus negativ; dagegen hatte das Atropin in Dosen bis 0,001, selbst 0,0015, 2 bis 3mal täglich in einzelnen Fällen einen unzweifelhaft günstigen Erfolg, wie ihn früher Andere (Michéa, Skoda), neuerdings auch noch Weiss beobachtet haben. Man sieht hier übrigens, wie oft, dass die Erfahrungen von Experimenten an Thieren sich nicht direct auf den Menschen übertragen lassen. Albertoni wie Unverricht hatten bei ihren Versuchen gefunden, dass das Atropin die Erregbarkeit der Hirnrinde steigert und die Krämpfe bei geringer Reizung derselben zu Tage treten lässt. Für den Menschen ist dies wenigstens in einer Anzahl von Fällen sicher nicht richtig. Neuerdings habe ich das Hyoscyamin in einzelnen Fällen von Epilepsie, in denen die Brompräparate im Stiche gelassen, angewendet, und zwar mehrmals mit günstigem Erfolg, so dass derselbe zu weiteren Versuchen auffordert. Ich gebe dasselbe per injectionem 0,004 steigend bis 0,007 4 mal wöchentlich.

Das Acidum hydrobromicum (4 — 5 g pro die), das Natriumnitrit, wie das Nitroglycerin und das Acidum sclerotinicum, verdienen kein Vertrauen.

Dass in unserer operationslustigen Zeit auch operatives Eingreifen bei der Epilepsie zahlreich stattgefunden und empfohlen wurde, nimmt nicht Wunder. Ein sorgfältiges Studium der Geschichte der Therapie der Epilepsie würde hier am Platze sein, um zu zeigen, dass alle möglichen Operationen schon versucht und schliesslich als erfolglos wieder verlassen worden sind. Ich möchte in dieser Beziehung nur die Trepanation ausnehmen, wenn die Indication für dieselbe in einem vorangegangenen Schädeltrauma gegeben ist. Im Uebrigen darf man sich auch selbst in solchen Fällen nicht allzu grossen Illusionen in Bezug auf den Erfolg hingeben, da eine Reihe von Beispielen dieser Art zeigt, dass die günstige Wirkung nur eine temporäre war, und dass nach einiger Zeit, zuweilen allerdings erst nach Jahr und Tag, die Anfälle wiederkehrten. Auch die Carotiscompression (Corning), wie die successive Ligatur der Vertebralarterien scheint in einzelnen Fällen einen vorübergehenden Erfolg zu Wege gebracht zu haben. Die Haarseiltherapie, wie sie neuerdings besonders von England aus (Broadbent) wieder dringend empfohlen wird, hat nach meinen Erfahrungen keinen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit. Dagegen ist für die Therapie eine sorgfältige Beachtung der Aura nicht ohne Bedeutung. Die Fälle, in denen es gelingt, durch Festhalten, durch Ligatur des zuerst betroffenen Gliedes, den Anfall in seinem Verlauf zu unterdrücken oder abzukürzen, wurden auch von mir wiederholt beobachtet. Endlich ist auch immer daran zu denken, dass der Ausgangspunkt für den Reiz, der im Centralorgan den Anfall auslöst, an der Peripherie liegen kann, wie oben bei der Besprechung der epileptogenen Zone auseinander gesetzt worden ist. Eine sorgfältige Untersuchung der Epileptiker nach dieser Richtung hin ist um so mehr erforderlich, als in der That hier die Therapie, speciell ein operatives Eingreifen, glänzende Erfolge aufzuweisen hat. Dahin gehört die Excision von Narben der Haut, Exarticulation

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer Phalanx (Koeppe). Abtragung der Vaginalportion (Nussbaum), Circumcision des Praeputium (Eccheverria) u. s. w.

Von der elektrischen, wie von der hydrotherapeutischen Behandlung der Epilepsie habe ich Erfolge nicht gesehen.

Eine besondere Beachtung verdient endlich die Diät. Spirituosen in jeder Form, der Genuss von anderen erregenden Getränken, wie des Kaffee, stärkeres Rauchen, sind absolut zu verbieten; das beste Nahrungsmittel bleibt für die Epileptiker Milch, und da, wo es gelang, die Diät fast ausschliesslich auf diese zu beschränken, habe ich mit der Anwendung der Brompräparate die günstigsten Erfolge erreicht.

Ueber adenoide Vegetationen

von

B. Fränkel.

(Sitzung der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin am 25. Februar 1884.)

Der Cyclus von Vorträgen, der in diesem Kreise gehalten wird, hat, wenn ich dies richtig auffasse, den Zweck eine, wenn auch auf eigene Erfahrung gestützte, so doch wesentlich referirende Uebersicht über den gegenwärtigen Stand unseres Wissens in einer allgemeines Interesse bietenden Frage zu geben. Von diesem Gesichtspunkte aus habe ich mir zum Thema die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums gewählt. Denn einerseits ist die Kenntniss dieser Affection weit genug vorgeschritten, um ihre lehrbuchmässige Darstellung zu gestatten, andererseits aber ist dieselbe bisher nicht in dem Grade Gemeingut des grossen ärztlichen Publicums geworden, als es die Häufigkeit und Wichtigkeit der Erkrankung wünschenswerth machen.

Wer die Krankheiten des Nasenrachenraums unterrichtet, kann sich der Nothwendigkeit nicht entziehen, mit der Darstellung der normalen Anatomie dieser Höhle zu beginnen. Denn die retronasale Gegend ist vielleicht derjenige Körpertheil, der sowohl im anatomischen, wie im klinischen Secirsaal am seltensten zur Anschauung gelangt. Gestatten Sie mir deshalb auch hier an der Hand der ausgezeichneten Arbeiten Luschka's[1]) und Ganghofner's[2]) Ihnen diejenigen anatomischen Thatsachen ins Gedächtniss zurück zu rufen, die zum Verständniss der zu besprechenden pathologischen Verhältnisse nothwendig sind.

Das Cavum pharyngonasale ist eine verhältnissmässig enge Höhle. Ihre Grösse unterliegt individuellen Schwankungen, doch füllt eine grosse Wallnuss, wenn das Gaumensegel erhoben wird, sie auch beim Erwachsenen wohl immer aus. Sie gleicht in ihrer Form einem Würfel mit namentlich hinten und oben so abgerundeten Kanten, dass man hier von einem Gewölbe sprechen kann. Uns interessirt besonders die obere und hintere Wand, welche beide ohne scharfe Grenze in einander übergehen. Sie erstrecken sich in der Medianlinie vom oberen hinteren Ende der Nasenscheidewand bis zum oberen Rande des Arcus Atlantis herab. Beiderseits bilden sie mit der lateralen Wand des Nasenrachenraums einen Recessus, die Rosenmüller'sche Grube und spannen sich vor den betreffenden Knochen, der Fibrocartilago basilaris und dem Bandapparate aus, der zwischen dem vorderen Rande des Foramen occipitale magnum und dem Atlas ausgebreitet ist. Nur seitlich schieben sich zwischen die Schleimhaut und ihre knöchernen oder fibrösen Unterlagen Muskeln, nämlich die Musculi capitis longi ein.

Die Schleimhaut, welche den Raum zwischen den Rosenmüller'schen Gruben austapezirt, zeigt nicht das glatte Aussehen ihrer Nachbarschaft, welche die Pars oralis pharyngis bekleidet; sie ist vielmehr immer mehr oder minder tief und deutlich durch der Länge oder der Quere nach verlaufende Furchen in Leisten oder kleinere Hügel getheilt. Meist verlaufen die Furchen der Länge nach, und Ganghofner giebt an, dass dies bei Neugeborenen die Regel sei. Bei ihnen zeigen sich 6 bis 7 longitudinale Leisten, von denen die beiden mittleren nahezu parallel verlaufen, während die lateralwärts gelegenen je weiter lateral, desto mehr gekrümmte Bogenlinien beschreiben. Diese regelmässige Längsfurchung erhält sich gewöhnlich nur bis zur Pubertätszeit. Dann stellt sich in Folge einer natürlichen Rückbildung, die in den späteren Jahren der Kindheit hier statthat, und vielleicht unterstützt durch die vielen sich im Nasenrachenraum abspielenden entzündlichen Krankheiten jene unregelmässig zerklüftete, flachhügelige, grubige und sinuöse Beschaffenheit der Oberfläche ein, welche hier beim Erwachsenen gewöhnlich gefunden wird.

Die Membrana propria der Schleimhaut besteht in ihrer ganzen, an gewissen Stellen erheblich (bis 7 mm) vermehrten Dicke aus einem fortlaufenden Reticulum, dessen Maschenräume dicht von Lymphkörperchen erfüllt sind, also aus einem Gewebe, welches wir mit His „adenoid" oder mit Henle „conglobirte Drüsensubstanz" nennen. In diesem Gewebe sind nach Ganghofner — nicht bei Neugeborenen, wohl aber vor Vollendung des ersten Lebensjahres — zahlreiche echte Follikel eingelagert, welche man häufig als kleine Erhabenheiten makroskopisch wahrnehmen kann.

Die so aus adenoidem Gewebe und echten Follikeln bestehende Schleimhaut zeigt nur andeutungsweise Papillen und wird von der Nase her zum grösseren Theil von einem mehrschichtigen Flimmerepitel, stellenweise von Pflasterepitel überzogen. In der unmittelbar in die Fibrocartilago übergehenden Submucosa liegen zahlreiche, mit weitem Ausführungsgang die Schleimhaut durchbrechende Schleimdrüsen. Eine grössere immer vorhandene Grube, die Bursa pharyngea, um deren Bedeutung reiche Sage rankt, stellt nach Ganghofner eine mehr oder minder tiefe Einziehung oder Ausbuchtung der Schleimhaut des Rachendachs vor, und wird von ihm als Recessus pharyngis medius bezeichnet. Die Faltungen der Schleimhaut geben zu Buchtungen und Krypten-ähnlichen Bildungen Veranlassung, die eine Vermehrung der Oberfläche der Schleimhaut darstellen. Gerade in solchen Krypten treten die adenoide Substanz und die Follikel, nur von dünnem Epitel bedeckt, in besonderer Mächtigkeit auf.

Die Aehnlichkeit des anatomischen Baues dieser Gegend mit dem der Gaumentonsille, welche schon Santorini hervorhebt, hat Luschka veranlasst, ihr den Namen Tonsilla pharyngea zu geben, eine Bezeichnung, die allgemein Anklang gefunden hat. Uebrigens findet sich adenoides Gewebe im retronasalen Raum nicht nur an der eigentlichen Rachenmandel sondern auch, wenn auch weniger dicht, in den Rosenmüller'schen Gruben. An den Tubenwülsten ist es so dicht, dass einige Autoren von einer Tonsilla tubaria sprechen. Alle diese Anhäufungen lymphatischer Substanz bilden den oberen Bogen des den Pharynx umspinnenden lymphatischen Ringes. (Waldeyer).

Das ist nun der Boden, auf dem die adenoiden Vegetationen wachsen.

Die Geschichte dieser Bildungen zeigt in eclatanter Weise, wie vernachlässigt der Nasenrachenraum von Seiten der Anatomen gewesen ist. Denn diese in so hohem Grade dem unbewaffneten Auge auffallenden Geschwülste sind zuerst am Lebenden gesehen worden, nachdem Czermak's Erfindung der Rhinoskopie Licht in diese bis dahin dunkelste Körperhöhle gebracht hatte. Auch ist Czermak[1]) der erste gewesen, der im retronasalen Raum „Hahnenkammartige Wülste" gesehen hat und beschreibt. Die Skizze aber, die er von dem betreffenden Falle giebt, ist so wenig ausgeführt, dass ohne seine Beschreibung Zweifel erhoben werden könnten, ob es sich dabei in der That um adenoide Vegetationen gehandelt habe. Solche Zweifel macht Voltolini geltend[2]), um für sich die Priorität auch in Bezug auf diese Vegetationen in Anspruch zu nehmen, weil er im Jahre 65 in No. 33 der allgemeinen Wiener Medic. Zeitung unzweifelhafte Fälle dieser Geschwülste beschrieben und — wobei er jedenfalls der Erste war — auch mit Erfolg und zwar galvanokaustisch operirt hat. Wollen wir neben diesen beiden um die Rhinoskopie so hochverdienten Männern die andern nennen, die Einzelbeobachtungen veröffentlicht haben, so ist es zweifelhaft ob Türck und Semeleder zu erwähnen sind, doch kann B. Löwenberg mit Voltolini hier um die Priorität streiten, da er ebenfalls im Jahre 1865 Beobachtungen von adenoiden Vegetationen veröffentlicht hat, die in den Jahren 1863 und 64 angestellt worden waren[3]). Ohne ein „Claqueur des Archivs für Ohrenheilkunde" zu sein, und in dem Bewusstsein, dass Herrn Voltolini ein beneidenswerther Strauss schönster Entdeckungen übrig bleibt, welchen er sich

[1]) H. v. Luschka: Der Schlundkopf. Tübingen 1868.

[2]) Fr. Ganghofner: Ueber die Tonsilla und Bursa pharyngea. Sitzb. d. k. Akad. d. Wissensch. LXXVIII B. III. Abth. Oct.-Heft. Jahrg. 1878.

[1]) Czermak, Wiener Med. Wochenschrift 1860 N. 17. Der Kehlkopfspiegel II. Aufl. Leip. 63. pag. 124.

[2]) Voltolini die Rhinoskopie. Breslau 1879. p. 157.

[3]) B. Löwenberg. Les Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Paris 79. p. 3. In Morell Mackenzie's Lehrbuch (Theil II. p. 702 der deutschen Ausgabe) wird erwähnt, dass Andrew Clark bereits im Jahre 1864 (London Hospit. Reports Vol. I p. 211) in einem Aufsatz über Nasopalatine Gland Disease Fälle beschrieben hat, die mit den adenoiden Vegetationen identisch sind.

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

auf dem Gebiete der Rhinoskopie gepflückt hat, bin ich doch ausser Stande, einem dieser Männer die Entdeckung der adenoiden Vegetationen in des Wortes schönem Sinne zuschreiben zu können. Derjenige der sie aus dem Bereiche interressanter Einzelbeobachtungen herausgehoben und in das Bewusstsein der Aerzte als eine häufig vorkommende, in sich abgeschlossene pathologische Species eingeführt hat, ist Wilhelm Meyer in Kopenhagen. Seine Arbeiten sind es, die diese Geschwülste als eine besondere Krankheitsform zum gesicherten Besitz der medicinischen Wissenschaften machten. Von ihm rühren die ersten mikroskopischen Untersuchungen und auf diese gestützt, auch der jetzt allgemein gebräuchliche Name der adenoiden Vegetationen her. Wenn es verhältnissmässig sehr lange gedauert hat bis das von Meyer der Wissenschaft erschlossene neue Gebiet allgemein bekannt wurde, so liegt dies zum Theil daran, dass seine Arbeiten durch ihr Erscheinen in einem otologischen Special-Archiv[4]) für das grosse ärztliche Publikum gleichsam secretirt wurden.

Die Mehrzahl der Patienten, die mit adenoiden Vegetationen in unsere Behandlung kommen, gehört dem schulpflichtigen Alter an. Die Anamnese aber macht es wahrscheinlich und die anatomischen Untersuchungen E. Fränkel's[5]) bestätigen dies, dass die erste Entwickelung des Leidens mehrfach angeboren ist und meist in die früheste Kindheit zurück reicht. Fälle vor dem 7. Jahre sind desshalb nicht selten. Nach der Pubertät scheint eine Art von Spontanheilung einzutreten, wie man daraus erschliessen kann, dass die adenoiden Vegetationen nach dem 15. Jahre immer weniger häufig vorkommen und bei Leuten über 30 Jahren in der That eine Seltenheit sind. Es beruht dieser Umstand nicht darauf, dass die Vegetationen im Wachsthum stehen bleibend in der grösseren Nasenrachenhöhle des Erwachsenen geringere Erscheinungen machen, also nur relativ kleiner werden. Wer viel rhinoskopirt, wird vielmehr zugeben müssen, dass ähnlich der physiologischen Rückbildung dieser Gegend in der That eine Involution auch der Vegetationen nach der Pubertät statthaben muss.

Eine gewisse erbliche Disposition lässt sich bei unserer Krankheit nicht in Abrede stellen. Löwenberg[6]) berichtet über eine Familie, in welcher die Mutter und sämmtliche 4 Kinder adenoide Vegetationen zeigten. Aehnliche Fälle berichtet Felix Semon[7]). Es gelingt selten bei Eltern, deren Kinder adenoide Vegetationen haben, ebenfalls solche nachzuweisen, eine Thatsache, für welche die schon erwähnte, nach der Pubertät häufig eintretende spontane Rückbildung derselben eine ausreichende Erklärung abgiebt. Dagegen ist es etwas Gewöhnliches, dass mehrere Kinder derselben Ehe von dieser Affection befallen sind. Diese Beobachtung giebt den Grund ab, weshalb wir eine ererbte Disposition annehmen.

Worauf diese erbliche Disposition beruht, ist schwer zu sagen. Syphilis ist es nicht. Ich habe eine Reihe von Fällen beobachtet, in denen adenoide Vegetationen bei mehreren Kindern einer Ehe vorhanden waren, und bei denen die mir seit Jahren bekannten Eltern nie syphilitisch gewesen sind. Ebenso ist es nicht Armuth und Elend. Denn die adenoiden Vegetationen kommen ebensowohl in wohlsituirten Familien wie bei solchen vor, deren Kinder schlecht genährt und schlecht gekleidet sind und in schlechten Wohnungen wohnen. Wie bei der Scrofulose ist es vielmehr eine gewisse Schwäche der Eltern, die, wenn — was nicht immer gelingt — überhaupt ein bestimmtes, die Heredität belastendes Moment in dem einzelnen Falle aufgefunden werden kann, auch hier angeschuldigt werden muss. Der Entwickelung des Menschengeschlechts durch bewusste Zuchtwahl steht der Umstand hindernd entgegen, dass jeder Mensch, wenn auch sein Körper noch so dürftig angelegt und entwickelt ist, sich für berechtigt hält, seine Individualität fortzupflanzen. Menschen von einer Constitution, wie sie bei Thieren die Benutzung derselben zur Zucht durchaus ausschliessen würde, erzeugen Kinder, und unter den Krankheiten, die solchen Kindern angeboren sind, müssen dann auch die adenoiden Vegetationen genannt werden. Häufig aber ergiebt die Anamnese, dass über die allgemeine Schwäche hinaus, solche Eltern auch an „Stockschnupfen“ und ähnlichen Affectionen in ihrer Jugend gelitten haben, und eine Schwäche der besonderen Organe, die hier in Frage kommen, bei ihnen noch vorhanden oder vorhanden gewesen ist.

In Bezug auf dieses ätiologische Moment haben die adenoiden Vegetationen eine gewisse Aehnlichkeit mit der Scrofulose. Sie stehen zu dieser Krankheit in demselben Verhältniss wie die Hyperplasie der Gaumenmandeln. Es lässt sich nicht verkennen, dass ein gewisser Theil der Kinder, die an diesen Affectionen leiden, in der That scrofulös ist. Andere scheinen blos scrofulös zu sein, da die adenoiden Vegetationen Erscheinungen hervorrufen können, die der Scrofulose ähnlich sind, die aber lediglich von ihnen abhängen und mit ihrer Entfernung verschwinden. In einer gewissen Reihe von Fällen aber kommen die Vegetationen bei Kindern vor, die in keiner Weise als scrofulös betrachtet werden können, bei denen sich also keine Affectionen der Lymphdrüsen, keine scrofulösen Katarrhe oder Eczeme etc. finden. Auch zeigen die adenoiden Vegetationen selbst keine Neigung zu verkäsen. Trotz der Berührungspunkte, die beide Affectionen haben, dürfen deshalb die adenoiden Vegetationen nicht in dem Bilde der Scrofulose aufgehen, sie müssen vielmehr als eine besondere Krankheit betrachtet werden. Jeden Falls giebt das Vorhandensein von adenoiden Vegetationen an und für sich keinen Beweis dafür ab, dass das betreffende Individuum scrofulös sei.

Eine besondere Erwähnung verdient die geographische Verbreitung unserer Affection. Als W. Meyer seine Beobachtungen veröffentlichte, imponirte die von ihm gesehene Anzahl der mit adenoiden Vegetationen behafteten Patienten so sehr, dass man eine besondere Häufigkeit derselben in Kopenhagen annehmen zu müssen glaubte. Es wurde nun das nordische Seeklima als ein begünstigendes Moment beschuldigt. Es hat sich inzwischen herausgestellt, dass auch hier, wie immer, die Erscheinung wiederkehrt, dass die Kenntniss einer Affection und die darauf gerichtete Aufmerksamkeit ihre Häufigkeit zu vermehren scheinen. Denn es ist nicht das Seeklima, welches die adenoiden Vegetationen in Kopenhagen so häufig macht, sondern die Aufmerksamkeit des Arztes, der den Symptomen-Complex auf seine Ursache zurückführte. Auf dem internationalen Congress in London führte W. Meyer an, dass er bei Untersuchung von Schulkindern auf diese Affection in Kopenhagen unter 2000 1 Proc., in England 2 Proc. fand, während Doyer in Leyden unter 4000 5 Proc. und A. Meyer in Florenz unter 700 Kindern 7 Proc. gefunden haben, welche adenoide Vegetationen zeigten. Für Berlin besitzen wir keine statistischen Angaben. Es kommen aber mir und, wie ich weiss, auch den anderen Collegen so zahlreiche Fälle von adenoiden Vegetationen in Behandlung, dass ich an ihrer Häufigkeit nicht zweifle. Dasselbe gilt für Cöln und andre Orte Deutschlands. In Schlesien dagegen scheinen sie seltener vorzukommen.

Von einigen Autoren wird angegeben, dass Gaumenspalten eine Prädisposition zu adenoiden Affectionen abgäben. Ich selbst habe in dieser Beziehung keine grosse Erfahrung. Die 5 Fälle von Gaumenspalten, die ich in den letzten Jahren gesehen habe, zeigten jedoch sämmtlich keine adenoiden Vegetationen.

Fügen wir diesen Bemerkungen noch die Beobachtung hinzu, dass gewisse acut entzündliche Affectionen des Nasenrachenraums, insbesondere solche, wie sie durch acute Exantheme und namentlich Masern hervorgerufen werden, das Wachsthum der Vegetationen begünstigen oder sie erst in die Erscheinung eintreten lassen, so haben wir über die Aetiologie unserer Affection nicht sehr viel ausgesagt, aber Alles zusammengetragen, was darüber bekannt ist.

Was die pathologische Anatomie anlangt, so treten uns makroskopisch zwei Gruppen entgegen. Ein Theil der Vegetationen sitzt isolirt auf. In ausgesprochenen Fällen finden wir dann gestielte, cylindrische oder kolbenförmige Geschwülste, die ein bis zwei Centimeter lang in den Nasenrachenraum herabhängen. Von diesen Formen finden sich alle Uebergänge bis zu Bildungen, die den Granulis der Pars oralis pharyngis gleichen. Diese gestielten Geschwülste können sich überall in der retronasalen Gegend etabliren, wo sich adenoides Gewebe findet, am Dach, in der Nähe der Choanen, an den Tubenwülsten und in den Rosenmüller'schen Gruben.

Die andere Gruppe der adenoiden Vegetationen sitzt mit breiter Basis auf und findet sich vorwiegend in der Gegend der Tonsilla pharyngea. Je nachdem die Oberfläche dieser Art von Geschwülsten eben oder uneben ist, zeigen sie ein sehr verschiedenes Aussehen. Ist die Oberfläche eben, so stellen sie halbkugelförmige Erhabenheiten dar und ähneln dann der Hyperplasie der Gaumenmandel. Man kann dann weniger von Vegetationen als von einer Hyperplasie der Rachenmandel reden. Es ist dies jedoch soviel ich gesehen habe, immer nur nach der Pubertät der Fall, also zu einer Zeit, wo schon eine Rückbildung stattgefunden hat. Meist ist die Oberfläche uneben, und zwar einmal dadurch, dass auf derselben den isolirten Vegetationen ähnliche Protuberanzen aufschiessen, dann aber besonders dadurch, dass tiefe Risse und Furchen dieselbe durchziehen. So entstehen Geschwülste, bei denen viele Blätter dicht neben einander liegen und die man abblättern kann, wie ein Buch. Die Richtung dieser Blätter ist der ursprünglichen Furchung dieser Gegend entsprechend meist eine longitudinale. Doch werden die Längsfurchen meist durch quere kleinere Einschnitte in Unterabtheilungen zerlegt. So entstehen die Bildungen, die man mit den Hahnenkämmen vergleicht.

[4]) Archiv für Ohrenheilkunde. Neue Folge 1873 I. B. p. 241 — 254 und 1874 II. B. p. 129 — 137 sowie 241—274.
[5]) Verhandlungen des internationalen Congresses in London III p. 300.
[6]) l. c. p. 13.
[7]) Morell Mackenzie, Krankh. des Halses etc. Berlin 84. II. B. p. 707 Anm. 3.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die mikroskopische Untersuchung, die ich bisher nur an dem Lebenden entnommenen Vegetationen habe vornehmen können, bieten insofern einige Schwierigkeiten, als es mit Ausnahme der halbkugeligen Formen selten gelingt, grössere Partien im Zusammenhange mit ihrer Unterlage zu erhalten. Ich habe die Stücke in Müller-scher Flüssigkeit leicht gehärtet, auf dem Gefrier-Mikrotom geschnitten und mit Picrocarmin gefärbt. In allen Fällen, sowohl bei den isolirten Vegetationen, wie bei den hahnenkammförmigen und den halbkugeligen Bildungen habe ich im Wesentlichen dasselbe Bild gesehen: die Geschwülste bestehen zum grösseren Theil aus adenoidem Gewebe, in welchem stellenweise Follikel und traubenförmige Drüsen eingelagert sind. Die Follikel sind häufig aus dem Schnitt ausgefallen und stellen dann rundliche Löcher dar. Zuweilen hat sich in diesen das bindegewebige Netz erhalten, während die Lymphzellen verloren gegangen sind. In älteren Fällen tritt das bindegewebige Stroma als gelbe Züge auch in ungepinselten Schnitten deutlicher in die Erscheinung. Zahlreiche Gefässe mit stellenweise prägnant ausgebildeten Venenplexus durchziehen die Bilder. Hier und da strahlen die Gefässe fächerförmig aus und geben den Bildungen ein papilläres Ansehen. Es ist aber kaum möglich, auch in solchen Fällen, diese Bildungen für Papillome zu halten, da überall das adenoide Gewebe den anderen an Mächtigkeit der Entwickelung überlegen ist. So viel ich sehen konnte, überzieht diese Geschwülste durchgehends ein mehrschichtiges Cylinderepithel. Flimmerhaare, welche von anderen Autoren erwähnt werden, habe ich daran nicht warnehmen können.

So stellen also diese Bildungen Hyperplasien der präformirten Gewebe dar. Sie sind nicht heteroplastisch und greifen niemals auf andere Gewebe über. Schon ihr anatomischer Bau kennzeichnet sie demnach als gutartige Geschwülste. Sie haben ihren Sitz in Organen, die dem Lymphsystem angehören, ein Umstand, der eine weitere Verwandtschaft mit den Vorgängen darstellt, die wir als Skrofulose bezeichnen.

Die Symptome des Leidens zerfallen in zwei Gruppen, je nachdem die Vegetationen durch ihr Volumen eine Stenose des Nasenrachenraums bedingen, oder klein genug bleiben, um die Function des retronasalen Raumes als einer luftführenden Höhle nicht zu beeinträchtigen. Ich wende mich zunächst der ersten Gruppe von Symptomen zu, indem ich annehme, die Grösse der Vegetationen sei mächtig genug, um den Nasenrachenraum auszufüllen oder ihn als Luftweg inpracticabel zu machen. Es reicht hierzu bei Kindern ein verhältnissmässig geringer Umfang der Geschwülste aus. Vegetationen, die zusammen das Volumen einer Haselnuss haben, füllen den retronasalen Raum eines 6 bis 7jährigen Kindes.

In allen Fällen, in denen der Nasenrachenraum als Luftweg verlegt oder hinreichend verengt wird, sind die betreffenden Patienten genöthigt, statt durch die Nase, durch den Mund zu athmen. Betrachten wir die Folgen, die diese Veränderung des Weges, auf dem das respiratorische Bedürfniss befriedigt wird, nach sich zieht.

In dieser Beziehung glaube ich in diesem Kreise es nicht weiter begründen zu müssen, dass die Luft beim Athmen durch den Mund den tieferen Respirations-Organen kälter, unreiner und trockner zugeführt wird, als wenn sie erst an der feuchten, in ihrer Oberfläche durch die Muscheln vermehrten Schleimhaut der Nase vorbei und in ihrer Richtung winkelig gebrochen in die Pars oralis des Pharynx gelangt. Ebenso glaube ich, genügt diese Andeutung, um darzuthun, dass hierdurch ein nachtheiliger Einfluss auf den respiratorischen Gasumtausch und die eigentlichen Respirations-Organe ausgeübt werden muss.

Das permanente Offenhalten des Mundes giebt dem Gesicht einen nichts weniger als intelligenten Ausdruck. In der Normalität wird der Unterkiefer nicht durch Muskelaction, sondern durch Luftdruck gegen den Oberkiefer gehalten. Nach den Untersuchungen von Donders und Metzger wird vermittelst der gegen den Gaumen oder den Processus alveolaris angelegten Zunge bei Lippenschluss ein Saugraum gebildet, der ausreicht, um das Herabsinken des Unterkiefers zu verhindern. Tritt nun die Nothwendigkeit ein, immerfort durch den Mund zu athmen, so ist es unmöglich, diesen Saugraum zu bilden, der Unterkiefer folgt, soweit er nicht durch Muskelarbeit daran verhindert wird, seiner Schwere und sinkt nach unten. So kommt es, dass die Nasolabialfalten der an Stenose des Nasenrachenraums weiteren Leidenden allmählich verstreichen und nach unten und hinten gezogen werden, ja, dass in langdauernden Fällen, selbst der äussere Augenwinkel nach unten sinkt. Es sind diese weiteren Veränderungen des Gesichts, die das Athmen mit offenem Munde nach sich zieht, nur geeignet, den dämlichen Ausdruck desselben zu vermehren.

Eine fernere wichtigere Veränderung zeigt der Schlaf in Folge der Aufhebung des den Unterkiefer tragenden Saugraums. Alle Patienten mit stenosirenden adenoiden Vegetationen schnarchen beim Schlaf, namentlich in der Rückenlage, und zwar ist dies, so weit ich das bisher habe beobachten können, ein Schnarchen, welches nicht durch das Velum palatinum sondern durch den Zungengrund und die Epiglottis bedingt wird. Bei herabsinkendem Unterkiefer tritt der Zustand ein, der bei der Chloroformnarcose so häufig Asphyxie bedingt, und den wir als Verschlucken der Zunge bezeichnen. Es ist bekannt, dass es dabei genügt, den Unterkiefer nach vorn zu ziehen, um dies Athemhinderniss sofort zu beseitigen. Dieses Verschlucken der Zunge tritt nun auch bei Patienten mit den Rachenraum stenosirenden adenoiden Vegetationen ein, sobald sie in tiefen Schlaf verfallen. Ihr Schnarchen entspricht dem Stridor der Chloroformirten. Denn bei herabhängendem Unterkiefer und aufgehobenem Einfluss des wachen Willens sinken das Zungenbein und die Zunge nach hinten und unten, und letztere drückt gleichzeitig die Epiglottis gegen den Aditus laryngis. Auf diese Weise bewirkt der tiefe Schlaf bei solchen Patienten zwischen Zungengrund und Epiglottis einerseits und der hinteren Pharynxwand andererseits eine Stenose der oberen Luftwege. Hat das Athemhinderniss eine Zeit lang gedauert, so werden die Patienten unruhig, die Tiefe des Schlafes verflacht sich, und ohne vollkommen zu erwachen, heben sie, zuweilen mit einer Schluckbewegung, ihre Zunge wieder hoch. Dann hört das Schnarchen und das Athmungshinderniss auf. Nach einer kurzen Weile verfallen die Patienten wieder in tieferen Schlaf, der Unterkiefer und die Zunge sinken nach unten, und damit treten die stenotischen Erscheinungen auf's Neue auf, bis das Athembedürfniss die Patienten aus dem festen Schlaf dem Wachen annähert, und der Wille durch Hebung der Zunge die oberen Luftwege wieder hinlänglich wegsam macht. Wer sich an das Bett eines mit adenoiden Vegetationen behafteten schlafenden Kindes setzt, kann den Turnus dieser Erscheinungen in regelmässiger Folge auf's Leichteste beobachten.

Zwei schwerwiegende Folgen knüpfen sich an diese Veränderungen. Einmal gelangen die Patienten eigentlich niemals zu einem erquickenden tiefen Schlaf. Sie wachen des Morgens träge und müde auf und zeigen häufig den Tag über ein träumerisches, schlaffes, müdes und träges Wesen. Dass gleichzeitg die allgemeine Ernährung dadurch leidet, ist selbstverständlich. Dann aber bildet sich zweitens hierdurch eine Veränderung der Thoraxform aus, wie man eine solche bei allen Krankheiten, die mit einer Stenose der oberen Luftwege einhergehen, findet. Ein hoher Grad dieser Thoraxform, und zwar einer solchen, die sich in acuter Weise ausbildet, zeigt sich beim Croup. Die oberen Theile des Thorax, an welche sich die grossen auxiliären Inspirationsmuskeln inseriren, werden durch die forcirte Einathmung übermässig erweitert, während die unteren Partien in Folge der Steigerung des negativen intrathoracischen Druckes theilweise durch das nach oben angesaugte Zwerchfell, theilweise durch Verengerung der unteren Rippenbogen comprimirt werden. Dieser Thoraxform entsprechen an den Lungen in den oberen und namentlich vorderen Partien emphysemähnliche Erweiterung und unten der Atelectase sich annähernde Erscheinungen. In Verbindung mit der Veränderung der Athemluft an sich, die, wie schon erwähnt, das Athmen durch den Mund mit sich bringt, treten hierdurch wesentliche Beeinträchtigungen des Gaswechsels in den Lungen ein, und abgesehen von acuten und chronischen Bronchitiden, die die Vegetationen häufig compliciren, wird hierdurch ein ferneres Moment gesetzt, welches die allgemeine Ernährung solcher Patienten wesentlich beeinträchtigt.

Die Aufhebung der Respiration durch die Nase bringt vielfach eine Verringerung der Geruchsempfindung mit sich, häufiger noch scheint sich eine Verminderung des Geschmacks einzufinden, indem der Wohlgeschmack verloren geht, und nur noch die Kategorien süss, salzig, sauer und bitter wahrgenommen werden.

Eine weitere Folge der stenosirenden Vegetationen zeigt sich an der Sprache. In dieser Beziehung ist zunächst zu bemerken, dass Vegetationen, die bereits die charakteristische Veränderung der Sprache bedingen, nicht nothwendig auch eine Stenose des Nasenrachenraums nach sich ziehen, die diesen als Aëris via unbrauchbar macht. Denn die Athmung durch die Nase erfolgt bei ruhendem Velum, während das Sprechen bei erhobenem Gaumensegel vor sich geht. Es reicht deshalb ein kleineres Volumen der Vegetationen aus, um den Nasenrachenraum während der Phonation zu füllen, als um ihn bei ruhiger Athmung für die Luft zu verlegen.

Wenn ich die Veränderung der Sprache charakteristisch nenne, so stimme ich darin mit allen Autoren überein; die Anfüllung des Nasenrachenraums durch adenoide Vegetationen giebt in der That der Sprache ein ungemein charakteristisches Gepräge. Es giebt Fälle, in denen das Ohr des Arztes, der die Patienten sprechen hört, ausreicht, um die Diagnose mit grosser Wahrscheinlichkeit zu stellen.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag № 42. 16. October 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Ueber Croup und Diphtheritis.

Vortrag, gehalten in der Section für pathologische Anatomie der Naturforscher-Versammlung zu Magdeburg und revidirt für die Deutsche Medicinische Wochenschrift

von

Dr. Aufrecht in Magdeburg.

Meine Herren! Mein Wagniss, das Thema „Croup und Diphtheritis“ hier vor Ihnen zu besprechen, rechtfertige ich vor Allem durch den Wunsch, die Frage nach der Zusammengehörigkeit dieser beiden Erkrankungen zu erörtern und mit Ihrer freundlichen Unterstützung dem Abschluss möglichst nahe zu bringen.

Bekanntlich werden noch immer einige pathogenetische und histologische Gesichtspunkte gegen eine Uebereinstimmung des Croups, welcher seinen Sitz im Kehlkopf hat, mit der Diphtheritis, welche die Rachengebilde befällt, geltend gemacht. Vor Allem gipfeln die pathogenetischen Unterschiede in der Angabe, dass beim Croup das Exsudat auf, bei der Diphtheritis in das Gewebe der Schleimhaut gesetzt wird, und dass bei der letzteren Nekrosen und Substanzverluste zu Stande kommen.

Ferner kann für die Verschiedenheit dieser beiden Affectionen der Umstand hervorgehoben werden, dass häufig ausschliesslich der Rachen befallen ist, ohne dass der Kehlkopf in Mitleidenschaft gezogen wäre, und umgekehrt die bisweilen vorkommende alleinige Erkrankung des Larynx ohne Theilnahme der Rachengebilde.

Ich für meinen Theil wage es unumwunden, für eine absolute Identität dieser beiden Erkrankungen einzutreten.

Zunächst kommen bei beiden absolut identische Bakterien vor.[1]) Sie finden sich in ganz gleicher Weise in den Massen, welche man bei der Diphtheritis aus dem Halse entfernen kann, in Croupmembranen und in den obersten Schichten der Rachen- und der Kehlkopfschleimhaut selbst. Es sind dies Mikrococcen von zwei verschiedenen Grössen, die theils einzeln, viel häufiger zu zweien, auch in Form von kurzen Ketten und grösseren Haufen anzutreffen sind. Bacillen finden sich gleichfalls zwischen ihnen vor, aber da sie nicht einmal regelmässig vorkommen, möchte ich ihre ätiologische Bedeutung in Zweifel ziehen.

Für unsere Frage ist übrigens die ätiologische Bedeutung derselben in keiner Weise maassgebend. Denn wenn ich für meinen Theil auch keinen Augenblick zweifle, dass die Bakterien die Ursache der Diphtheritis und des Croups sind, so möchte ich doch diejenigen, welche die erkrankten Schleimhäute nur für den Nährboden halten, auf welchem sich die Bakterien hinterher niederlassen und vermehren, in die Erörterung einzutreten bitten, weil ja in beiden Fällen die Identität zugegeben werden muss, einerlei, ob wir die gleichen Bakterien als die Ursache der Krankheiten, oder den gleichen Nährboden als die Basis für ihre Entwickelung ansehen.

Freilich kann ich nicht umhin, zu bemerken, dass wir uns bei unserer heutigen Kenntniss von der Bedeutung der Bakterien für die Entstehung der Infections-Krankheiten geradezu der Möglichkeit eines Verständnisses für die Entstehungsweise dieser Krankheiten berauben würden, wollten wir die Bakterien erst als ein Accedens betrachten. Nur dürfen wir freilich umgekehrt die Bedeutung der körperlichen Disposition für das Haftenbleiben der krankheitserregenden Bakterien nicht unterschätzen. Ich selbst habe hervorgehoben,[2]) dass Kinder aus phthisischen Familien in hervorragendem Maasse für die Acquisition des Croups disponirt sind, und Langerhans bestätigt diese Ansicht in einer Arbeit „Zur Aetiologie der Phthise“.[3]) Er führt daselbst einige Stammbäume phthisischer Familien auf und vermerkt in denselben das auffallend häufige Vorkommen der Diphtheritis bei Kindern dieser Familien.

Was ferner die anatomischen Differenzen betrifft, so kann ich dieselben nur als scheinbare ansehen. Sie leiten sich wesentlich aus dem Umstande her, dass beim Croup das ganze Exsudat in Form einer Membran sich abhebt, resp. in Form von Membranröhren expectorirt wird, während dies bei der Affection des Rachens nicht der Fall sein soll. Hier sollen Nekrosen und Substanzverluste der Schleimhaut selbst zu Stande kommen. Letzterer Ansicht aber muss ich auf das Bestimmteste entgegen treten. Wenn man, wie ich dies während meiner ganzen ärztlichen Thätigkeit eingehalten habe, Diphtheritiskranke nicht local behandelt — worauf ich nachher noch mit einigen Worten zurückkommen werde — und Tag für Tag die Bildung und Abstossung des Belages im Halse beobachtet, kann man sich leicht überzeugen, dass nach spontaner Losstossung desselben durchaus kein Schleimhautdefect vorhanden ist. Die Schleimhaut hat zwar an den Stellen, wo der Belag vorher gesessen hatte, ihr glänzendes Aussehen verloren, aber das kann nur die Folge davon sein, dass das Epithel zu Grunde gegangen ist. Dieser Defect ist binnen ein bis zwei Tagen ersetzt. Ja, an einzelnen Stellen, wo der Belag einen grossen Theil des weichen Gaumens in der Ausdehnung eines Markstücks und mehr bedeckte, sah ich sogar nach spontaner Losstossung der Membran die glänzende Epitheldecke zum allergrössten Theil noch vollständig erhalten.

Die von den erkrankten Stellen selbst abgestossenen Massen bieten gleichfalls gar keine Differenzen, wenn man von der durch die Oertlichkeit bedingten Form und Bedeutung derselben absieht, und wenn man berücksichtigt, dass die Feststellung des Vorhandenseins membranartiger Auflagerungen im Kehlkopf leichter gelingt, wie solcher im Pharynx. Während die Membranen im Larynx resp. in der Trachea erst in toto von der Schleimhaut losgelöst sein müssen, bevor sie expectorirt werden können und durch die dabei stattfindenden heftigen Hustenstösse häufig nach aussen befördert werden, bilden im Pharynx die aufgelagerten Massen keine so ausgedehnten Membranen, und wenn diese kleinen Membranen sich losstossen, werden sie fast ausnahmslos verschluckt. Bei ausgedehnten Auflagerungen sieht man ganz deutlich, wie dieselben sich durch Zerfetzung des sich abhebenden Belages vom Rande her verkleinern und zum Theil sogar in Form von Fetzen die Peripherie der im Centrum noch festhaftenden Auflagerung bilden, bis auch dieser Abschnitt sich losgestossen hat und auf dem Wege des Oesophagus verschwindet.

Wenn aber, wie es wohl auch geschehen ist, hier entgegengehalten werden sollte, dass doch die allermeisten Beobachtungen ergeben, der Belag im Pharynx hafte ganz fest und lasse sich mechanisch gar nicht entfernen, während derjenige im Larynx, also beim Croup, sich spontan löse, so habe ich gegen die Thatsache nichts einzuwenden, nur muss ich bestimmt geltend machen, dass dann vollkommen verschiedene Stadien des Processes mit einander verglichen werden. Den Belag im Pharynx sehen wir von der ersten Stunde seiner Bildung an, den Belag im Larynx aber nicht. Dass der letztere anfangs sich leichter entfernen lasse wie der im Pharynx, dafür existirt gar kein Anhaltspunkt, es ist mir im Gegentheil keinen Augenblick zweifelhaft, dass derselbe an beiden Stellen anfangs in gleicher Weise festhaftet und dass er nach mehrtägigem Bestande sich in gleicher Weise löst.

Hierfür spricht vor Allem die anatomische Untersuchung. Ich habe zwar nur wenige Fälle von gleichzeitig vorhandenem Croup im Larynx und Diphtheritis im Pharynx gesehen; ich habe aber da ausnahmslos gefunden, dass die Membranen in ganz übereinstimmender Weise der Schleimhaut auflagen. Da, wo dieselben schon zum Theil

[1]) Hueter und Oertel haben gleichzeitig bei der Diphtheritis Mikrococcen nachgewiesen.
[2]) Pathologische Mittheilungen. 2. Heft. Magdeburg 1883.
[3]) Virchow's Archiv. Bd. 97. S. 289.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

abgehoben waren, hatte, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, diese Abhebung dadurch stattgefunden, dass zwischen die Membran und die darunter liegende Schleimhaut eine ausreichende Menge von Eiterkörperchen, resp. weisser Blutkörperchen getreten war. Mit der Zunahme derselben muss der Zusammenhang zwischen beiden gelockert, oder noch richtiger gesagt, verflüssigt werden, und erst dann ist die Continuität zwischen Membran und Schleimhaut aufgehoben. Da, wo für das blosse Auge der Zusammenhang ein noch festerer ist, lässt sich bestimmt nachweisen, dass die Zahl der dazwischen getretenen weissen Blutkörperchen eine noch sehr geringe ist. Zwischen der Membran und der Schleimhaut sieht man häufig Haufen von Epithelien, welche ihre Form mehr oder weniger verändert haben, aber als solche unter den Eiterkörperchen noch deutlich kenntlich sind. In den obersten Schichten der Schleimhaut selbst finden sich auch reichlich weisse Blutkörperchen, und zwar um so reichlicher, je näher der Oberfläche zu man untersucht. Die Membranen selbst bestehen aus starken Fibrinbalken, welche von Mikrococcen durchsetzt sind und Vacuolen einschliessen, welche zum Theil von weissen Blutkörperchen ausgefüllt sind.

Die unterliegende Schleimhaut ist hochgradig hyperämisch und bis zu verschiedener Tiefe von weissen Blutkörperchen durchsetzt.

Den Process in sehr frühem Stadium zu untersuchen, hatte ich bisher keine Gelegenheit; ich glaube aber hier die Beobachtungen von Nassiloff[1]) verwerthen zu dürfen, welcher gefunden hat, dass da, wo die diphtheritische Membran in festem Zusammenhange mit dem unterliegenden Gewebe stand, das Fibrinnetz sich nicht nur auf der Epithelschicht befindet, sondern auch in die Mucosa eingedrungen ist.

Wir haben es bei diesem Process mit ganz analogen Veränderungen zu thun, wie bei Wunden. Meine eigenen experimentellen Untersuchungen[2]) ergaben mir in dieser Beziehung, dass in jede Wunde erst aus den Gefässen Fibrin austritt — hier kann dasselbe auf veränderte Epithelien selbstverständlich nicht zurückgeführt werden — und dass erst in das Fibrin hinein eine Emigration weisser Blutkörperchen stattfindet. Die weiteren Veränderungen sind natürlich verschiedene. Entweder die ausgewanderten Blutkörperchen organisiren sich zu Bindegewebe, oder sie werden bei abnormer Reizung der Wunde, z. B. durch Bakterien, so reichlich, dass es zur Eiterung kommt.

Beim Croup ebenso wie bei der Diphtheritis ist der ganze pathologisch-anatomische Vorgang nur so zu erklären, dass, anfangs unter dem Einflusse des schädigenden Agens der Bakterien eine Exsudation von Fibrin aus den Blutgefässen der Schleimhaut stattfindet und dieses Fibrin zwischen den Epithelien hindurch und über dieselben hinaus sich auf die Oberfläche der Schleimhaut ergiesst, wobei durch das Fibrin selbst ein inniger Zusammenhang mit den in den obersten Schichten der Schleimhaut noch liegenden und ebenfalls aus den Gefässen derselben stammenden Fibrinzügen vermittelt wird. Dass bei dieser Exsudation ein Theil der Epithelien verloren geht, ist wohl wahrscheinlich, ein anderer aber bleibt auf der Schleimhaut mehr oder minder verändert liegen.

Hieran schliesst sich der Austritt weisser Blutkörperchen, welche zwischen die Fibrinmembran und die Schleimhaut treten und bei genügender Zahl die erstere vollständig abheben. Die Abstossung findet also ohne Läsion der Schleimhaut, nur mit einer schon von Anfang an gesetzten Schädigung des Epithels statt.

Wenn im Pharynx nach Diphtheritis eine tiefere Läsion der Schleimhaut vorkommt, so mag das wohl bisweilen auf Ursachen beruhen, welche nicht genau zu ermitteln sind, vielleicht aber auch darin ihren Grund haben, dass die Oertlichkeit mechanischen Läsionen leichter ausgesetzt ist. Diese Vorkommnisse können die Schlussfolgerungen nicht stören, welche aus der überaus grossen Mehrzahl der Beobachtungen von nicht local behandelten Fällen bezüglich der Uebereinstimmung zwischen Croup und Diphtheritis gezogen sind. Denn da, wo eine locale Behandlung stattgefunden hat, kann eine Läsion der Schleimhaut sehr viel leichter zurückbleiben.

Damit aber ist ein wichtiger Grund gegen die locale Behandlung der Diphtheritis gegeben.

Soviel mir bekannt ist, hat Oertel zuerst mit Entschiedenheit die Ansicht vertreten, dass die Diphtheritis ein localer Process sei, dass also die Schädigung direct die Gebilde des Rachens treffe. Nun liegt es ja vollkommen auf der Hand, dass eine locale Zerstörung des schädigenden Agens die Krankheit geradezu coupiren müsste, wenn wir nur im Stande wären, alle erkrankten Stellen zu treffen. Das ist aber thatsächlich unmöglich. Weder mit Lapis in Substanz, noch mit dem Pinsel, welcher das Medicament in flüssiger Form trägt, noch bei der Einstäubung mit pulverförmigen Substanzen können wir die einzelnen vertieften Stellen in den Tonsillen oder an Stellen zwischen den Tonsillen und den Gaumenbögen treffen, abgesehen davon, dass auch solche Schleimhautstellen schon im Beginn der Erkrankung sich befinden können, welche bei der Untersuchung mit blossem Auge noch intact erscheinen können.

Nun würde eine solche locale Behandlung wenigstens irrelevant erscheinen können und nicht gerade vor derselben zu warnen sein, wenn nicht durch dieselbe die Möglichkeit einer Schädigung ganz bedenklicher Art gegeben wäre. Bei unruhigen Patienten oder ungeberdigen Kindern kommt es nicht selten vor, dass durch den Pinsel Verletzungen der Schleimhaut herbeigeführt werden, selbst wenn von Seiten des behandelnden Arztes alle nur erdenkliche Vorsicht angewendet wird. Durch solche häufig mit Blutungen einhergehende Verletzungen aber sind offene Wunden gesetzt, und so für die auf der Schleimhaut und in den obersten Schichten derselben befindlichen Mikroorganismen die Gelegenheit, in die Blutbahn einzudringen, geboten.

Ich habe aus mehreren Beobachtungen den Eindruck gewonnen, dass eine bei der Diphtheritis vorkommende resp. nach mehrtägigem Bestehen derselben sich hinzugesellende Allgemeinerkrankung, welche unter dem Bilde beträchtlicher Cyanose und hochgradiger, für den Kranken entsetzlich unerträglicher Oppression letal verläuft, mit der Resorption der schädigenden Stoffe von der wunden Schleimhautfläche zusammenhängt.

Da aber dieser Punkt erst noch einer sicheren Bestätigung bedarf, würde vielleicht die Frage, ob man eine in dem eben angegebenen Sinne geschilderte locale Behandlung für zulässig halten solle, zu discutiren sein, wenn man überhaupt von einer solchen localen Behandlung sich mehr Erfolg versprechen dürfte, wie von einer solchen, der die eben besprochenen Mängel nicht anhaften. Dies ist aber nach meinen Erfahrungen nicht der Fall. Im hiesigen Krankenhause sind in den vier Jahren 1880 bis 1883 im Ganzen 225 Kranke an Diphtheritis behandelt worden, und zwar wurden ausschliesslich kalte Umschläge um den Hals und Kali chloricum als Gurgelwasser angewendet. Nur bei Kindern, welche noch nicht zu gurgeln im Stande waren, wurde Kali chloricum in kleinen Dosen eingegeben. Von diesen 225 Kranken starb nur einer und dieser eine war local behandelt worden. Dieser Fall betraf einen 19jährigen jungen Mann, welchen ich am Tage nach seiner am vorhergegangenen Abend erfolgten Aufnahme untersuchte. Ich fand eine ausgedehnte Diphtheritis der Tonsillen und des weichen Gaumens. Zu irgend welcher Besorgniss schien mir nach meinen Erfahrungen keine Veranlassung vorhanden zu sein. Als ich ihn am nächsten Mittag wiedersah, hatte sich sein Allgemeinbefinden verschlimmert; er hatte ein etwas cyanotisches Aussehen. Ich erfuhr, dass der Patient am vergangenen Abend über Verstopfung seiner Nase geklagt hatte, worauf der Assistenz-Arzt, welcher mit meinen Intentionen bei der Therapie der Diphtheritis noch nicht vertraut war, die Nasendouche zu wiederholten Malen angewendet hatte. Bei der Anwendung derselben war auch Nasenbluten eingetreten. 36 Stunden später war der Patient unter immer mehr zunehmender Cyanose und geradezu Entsetzen erregenden Oppressions-Erscheinungen eine Leiche.

Ich habe wiederholt Fälle, in denen die Diphtheritis auch die Choanen befallen hatte, und wo der eitrige Schleim aus beiden Nasenöffnungen hervorquoll, beobachtet. Nur der Schleim durfte mit einem Tuche weggewischt werden, sonst aber local keine Berührung stattfinden. Alle diese Fälle, welche zumeist Kinder betrafen, genasen.

Die im hiesigen Krankenhause behandelten Kranken waren in der Minderzahl unter 10 Jahren, meist 15 bis 25 Jahre alt; in meiner Privatpraxis aber hatte ich meist kleine Kinder an dieser Krankheit zu behandeln.

Der Erfolg war bei der von mir eingehaltenen Therapie ein eben so günstiger, wie bei den Krankenhaus-Kranken.

Aber auch noch eine zweite günstige Beobachtung bei meinen Diphtheritis-Kranken möchte ich auf die Vermeidung einer localen Therapie zurückführen. Ich erinnere mich nur eines einzigen Falles, in welchem zu einer seit zwei Tagen bestehenden Diphtheritis bei einem 7jährigen Knaben sich Croup hinzugesellt hatte, die sonst von mir gesehenen Croupfälle waren entweder von vorn herein als solche für sich allein, oder gleichzeitig mit der Rachendiphtheritis aufgetreten. Jener Fall eines zur Diphtheritis nach zweitägigem Bestande hinzugetretenen Croups betraf einen Patienten, welcher unter den denkbar schlechtesten hygienischen Verhältnissen sich befand und dessen Pflege fast Alles zu wünschen übrig liess.

Wenn aber gerade dieser Umstand, d. h., das häufig ausschliessliche Befallensein des Rachens ohne Erkrankung des Larynx der von mir vertretenen ätiologischen und pathogenetischen Identität beider Processe zu widersprechen scheint, so ist dies doch bei näherer Betrachtung kein ausreichender Grund für eine Scheidung der Processe,

[1]) Ueber die Diphtheritis. Virch. Arch. 1870 Bd. 50, S. 558.
[2]) Virch. Arch. Bd. 44.

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

weil sich Analoges auch bei anderen Erkrankungen findet. Ich gehe nicht näher darauf ein, nur eine Begründung möchte ich vorbringen, in Form einer Frage. Sollte ich nicht berechtigt sein die Vermuthung auszusprechen, dass Kinder, welche einmal Diphtheritis ohne Croup gehabt haben, später nicht mehr eine Disposition zum Croup zeigen? Würde diese Frage durch Anderer Erfahrungen bejaht, dann wäre das alleinige Befallenwerden des Rachens ohne Antheilnahme des Larynx daraus erklärt, dass in dem betreffenden einzelnen Falle der kindliche Larynx für diese Erkrankung ebensowenig disponirt ist, wie der des Erwachsenen.

Ich würde mich freuen, wenn meine hier geäusserten Ansichten mit den Ihrigen, meine Herren, dahin übereinstimmten, dass auch Sie die Identität von Croup und Diphtheritis anerkennen, weil:

1) beiden Erkrankungen die gleichen Bakterien zu Grunde liegen;

2) die pathogenetischen Verhältnisse insofern gleiche sind, als der Process an beiden Stellen mit einer Fibrinexsudation aus den Gefässen beginnt, welche sich über das Epithel hinausergiesst und einen Theil derselben zerstört. Diese Fibrinexsudation bildet die Grundlage der Membranen, welche im Rachen wie im Larynx in ganz gleicher Weise der Schleimhaut aufliegen. Diese Membranen enthalten auch die Bakterien und eingesprengte weisse Blutkörperchen. Erst wenn der Fibrinexsudation die Emigration weisser Blutkörperchen aus den Gefässen nachfolgt und diese sich zwischen Membran und Schleimhaut in genügend reichlicher Zahl gedrängt haben, erfolgt eine Ablösung der Membran.

3) aber muss die auf Grund unserer heutigen pathologischen Anschauungen wohl zulässige Möglichkeit einer Einwanderung von Bakterien ins Blut durch wunde Stellen uns veranlassen, alle Vornahmen zu vermeiden, welche im Rachen bei der Diphtheritis Verletzungen herbeizuführen im Stande sind.

Herr Prof. Rindfleisch-Würzburg tritt dem Vortragenden in allen wesentlichen Punkten bei. Auch er ist der Ansicht, dass Croup und Diphtheritis dieselben Krankheitsprocesse sind. Zur Erläuterung der hierbei stattfindenden histologischen Vorgänge wählt er die Mandel. Wenn man an der Oberfläche eines Follikels derselben das Epithel untersucht, zeigt sich, dass an einer bestimmten Stelle oberhalb des Follikels das Epithel völlig durchdrungen ist von weissen Blutkörperchen, die aus den Lymphfollikeln ununterbrochen auswandern. Es geschieht dies jedoch nur bei gesunden, vollsaftigen Kindern in ausgedehnterer Weise, bei kachektischen viel weniger. In Folge dessen sind günstige Bedingungen für die Aufnahme infectiöser Stoffe geschaffen, weil die weissen Blutkörperchen die Eigenschaft haben, fremde Bestandtheile in sich aufzunehmen, sie gewissermaassen zu fressen. Auch unter normalen Verhältnissen finden sich hier schon zwischen den weissen Blutkörperchen und den Epithelzellen Mikroorganismen. Bei Diphtheritis finden sich an den Grenzen dieser betreffenden Stellen weisse Blutkörperchen, welche sich im Zustande der Coagulationsnekrose befinden. An der Bildung der Pseudomembranen nimmt aber auch eine Fibringerinnung Theil, welche durchaus analog ist der bei Croup der Trachea. Die Lösung der Membranen in der Trachea findet insoweit abweichend statt, dass sie sich durch concentrische Contraction von der Trachea abheben. Diese Ablösung wird durch Erguss von Schleim, weissen Blutkörperchen etc. unterstützt. Betreffs der Therapie hebt er besonders hervor, dass die schnellere Lösung der Membranen wesentlich durch desinficirende, aber dauernd einwirkende Spülungen befördert wird. Als Lösungen werden empfohlen Sol. Kali chlor. 5:200, oder bei Kindern schwache spirituöse Mischungen 1:2 Aq. Zuletzt erörtert er das Vorkommen schwerer Diphtheritisfälle, bei denen die Erkrankung in die Tiefe greift und die man als brandige Diphtheritis ansehen muss.

Herr Prof. Dr. Rosenbach (Göttingen): Ich möchte mir erlauben zu bemerken, dass mir der Vorschlag des Herrn Prof. Rindfleisch zur Behandlung der Diphtheritis sehr interessant gewesen ist. Vergleichen wir die Phlegmonen und schweren Entzündungen an anderen Körpertheilen. Wir sehen hier, nachdem das inficirte Gewebe eventuell durch einen Schnitt freigelegt ist, die besten Resultate durch eine Einpackung resp. Berieselung mit nicht reizenden Lösungen von Desinficientien. Wenn ich von irgend einer Behandlung der Diphtheritis mir etwas versprechen würde, so wäre es diese. Die Localisation im Rachen lässt sie nicht zu. Das, was sie nun noch am ehesten ersetzen könnte, sind, wenn nicht continuirliche, so doch so häufig als möglich wiederholte Gurgelungen. Ich liess alle 5 bis 10 Minuten, auch die Nächte hindurch gurgeln mit verschiedensten Desinficientien hintereinander (Essigsäure, Thonerde 1—2%, Kali chloricum, Kalkwasser, salicylsaures Natron, bei älteren Kindern auch Carbolsäure 1% etc. etc.) und bin mit den Resultaten sehr zufrieden.

II. Ueber Herzschwäche.

Vorgetragen in der Section für Innere Medicin der Naturforscher-Versammlung zu Magdeburg am 19. September und für die Deutsche Medicinische Wochenschrift

revidirt von

Professor **Dr. Seeligmüller,**

zu Halle a. S.

Die Pathologie unserer Tage hat, trotz aller Anstrengungen, das anatomische Substrat der Krankheiten zu ergründen, nicht umhin gekonnt, vorläufig functionelle Störungen zu sanctioniren, namentlich unter den Nervenkrankheiten, unter diesen die Neurasthenie. Von dieser so schnell modern gewordenen Krankheit hat man je nach den Organen, deren Nervenapparat vorzugsweise geschwächt schien, verschiedene Formen angenommen und als Neurasthenia gastrica, genitalis, uterina u. s. w. unterschieden.

Auch eine Neurasthenie des Herzens ist von den Autoren beschrieben, aber nach meiner persönlichen Erfahrung nicht genügend als selbständige Form hervorgehoben. Von dieser Art der „Herzschwäche" will ich reden.

Zur näheren Charakteristik derselben will ich zunächst versuchen, ein Symptomenbild davon zu entwerfen.

Bei einem schon früher nervösen Manne (bei Frauen habe ich gerade diese Form der Neurasthenie bisher selten gesehen) bildet sich meist, nachdem schon längere Zeit Herzunruhe und Herzklopfen, wohl auch Schmerzen in der Herzgegend vorausgegangen sind, ein Zustand von allgemeiner Schwäche aus, welcher anfangs nicht selten in lebhaftem Gegensatz steht zu dem guten Aussehen und Appetit des Kranken.

Dieser fühlt nach jeder geringen Anspannung seiner körperlichen oder geistigen Kräfte eine allgemeine Abgeschlagenheit, welche sich zeitweise bis zu einem Ohnmachtsgefühl steigern kann, als sei es nächstens aus mit ihm. Im späteren Verlauf vermag er nur eine kleine Strecke zu gehen; versucht er es weiter, so steigert sich die Schwäche bis zum Umsinken. Die geringste geistige Leistung, ein einfacher Brief an einen Freund erscheint ihm wie eine unüberwindliche Aufgabe. Diese Schwäche wird unterhalten durch hartnäckige Schlaflosigkeit, welche meist von Anfang an besteht. Solche Kranke bringen mehr oder weniger die ganze Nacht in wachem Zustande zu und unterhalten sich mit quälenden Grübeleien über ihr Leiden. Die dadurch hervorgerufene hypochondrisch-melancholische Verstimmung findet immer wieder neue Nahrung in dem Gefühl von Kopfdruck und darin, dass die Kranken sich bei jedem Anlass auf einer ganz ungewohnten Vergesslichkeit und Zerstreutheit ertappen. Dies zusammen mit der schliesslich völligen Unfähigkeit, sich geistig zu beschäftigen, lässt sie Gehirnerweichung oder dergleichen befürchten. Dazu kommt, dass jedes Aufflackern der früheren Lebhaftigkeit, jeder Versuch, durch eine interessante Unterhaltung ihr Leid zu vergessen, sich alsbald straft durch eine Verschlimmerung ihres qualvollen Zustandes, der sich gelegentlich in Wuthausbrüchen gegen die eigene Person Luft macht. Allmählich leidet auch die Ernährung, selbst bei bester Pflege und nicht selten bei bis zur Gefrässigkeit gesteigertem Appetit. Die Extremitäten werden kühl, blass und zuweilen ebenso wie die Nasolabialgegend leicht cyanotisch. Nicht selten gesellt sich dazu ein anhaltendes Gefühl von Absterben und Ameisenkriechen in Händen und Füssen, welches bei den Kranken die Befürchtung einer Rückenmarkskrankheit erweckt.

Trotz dieser auffälligen Symptome ist es mir wiederholt vorgekommen, dass solche Kranke von ihren Aerzten als Hypochonder behandelt oder vielmehr misshandelt wurden, bis eine Untersuchung des Herzens und des Pulses, namentlich aber eine Beobachtung des letzteren zu den verschiedenen Tageszeiten auf die „Herzschwäche" als die Ursache aller jener quälenden Symptome führte. Zu jeder Zeit fällt die Schwäche des Herzstosses und der Herztöne, sowie die Kleinheit des Pulses auf. Am meisten tritt die Schwäche hervor im Zustande der Inanition. Bald nach dem Aufstehen am Morgen haben solche Kranke einige 40 Pulsschläge in der Minute; nach dem ersten Frühstück hebt sich die Frequenz wohl auf einige 50; erst nach dem zweiten, wenn sie Fleisch und Wein genossen haben, auf einige 60; die normale Frequenz wird aber überhaupt kaum oder nur vorübergehend erreicht. In hochgradigen Fällen von Herzschwäche wird der Puls wohl selten aussetzen oder es kommt zu ausgebildeten stenocardischen Anfällen.

Diesem Bilde der andauernden extremen Herzschwäche gegenüber begegnet man einer anderen intermittirenden milderen Form. Es giebt Kranke, welche trotz ihrer Herzschwäche einen anstrengenden Beruf noch ausfüllen, aber nur dadurch sich leistungsfähig erhalten, dass sie ein bestimmtes Regime in ihrer Lebensweise festhalten. Nach zwei- bis dreistündiger Arbeit bekommen auch diese Kranken eine Anwandlung von Schwäche. Ich kenne einen sich sehr sorgfältig, aber ohne alle hypochondrische Aengstlichkeit beobachtenden Gelehrten, der genau weiss, wann er Abends aufhören muss mit seiner Arbeit. Meist kurz vor 11 Uhr macht ihm sein schwaches Herz durch ein eigenthümliches Gefühl von Brennen in der Herzgegend bemerklich, dass es Zeit ist, das Bett aufzusuchen. Arbeitet er trotzdem weiter, so steigert sich die schmerzhafte Empfindung, und das Herz wird rebellisch und unregelmässig in seiner Action. Alsdann

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hat der Kranke die sichere Aussicht, auch wenn er jetzt sogleich zu Bette geht, die ersten Stunden nicht einzuschlafen. Solche Fälle von facultativer Herzschwäche sind nach meiner Beobachtung nicht selten. Diese Kranken können noch ein erträgliches Dasein führen, wenn die Verhältnisse es ihnen erlauben, sich auszuruhen, sobald das Herz es verlangt. Für solche ist eine längere Ferienzeit, am besten zweimal im Jahre, während welcher sie ohne alle anstrengende Beschäftigung sein können, erforderlich, wenn sie ihrem Beruf noch länger vorstehen wollen.

In sehr vielen Fällen von Herzschwäche, namentlich der milderen Form, ist eine grosse Erregbarkeit des Herzens damit verbunden. Es ist das den alten Aerzten geläufige Bild der reizbaren Schwäche. Jede Erregung, oft die geringste, hat Herzklopfen und Herzschmerzen zur Folge. Jede Tasse Kaffee oder Thee am Spätnachmittag oder gar am Abend macht sich mit einer schlaflosen Nacht bezahlt.

Immerhin ist es für diese mildere facultative Form der Herzschwäche charakteristisch, dass die Erregbarkeit eben so wie die Schwäche des Herzens nicht immer in gleichem Grade bestehen.

Fast alle Kranke mit Herzschwäche können nicht auf der linken Seite liegen. Versuchen sie es doch, so erwachen sie gewöhnlich mit Schmerz in der Herzgegend, manchmal durch beängstigende Träume.

Ich brauche wohl kaum zu erwähnen, dass in den angezogenen Fällen von nervöser Herzschwäche jede nachweisbare organische Veränderung an den Herzklappen wie am Pericard ausgeschlossen werden konnte. Ob das Herzfleisch völlig intact war, muss ich für einige Fälle dahingestellt sein lassen. Indessen war die häufigste Form der Entartung, die Verfettung des Herzfleisches, gerade in den ausgesprochensten Fällen auszuschliessen, insofern die betreffenden Kranken auffällig mager waren. Die Möglichkeit einer atheromatösen Erkrankung der Kranzarterien dagegen kann ich in dem einen exquisiten Falle nicht wohl ausschliessen, da sich an den Schläfenarterien ausgesprochenes Atherom fand.

Somit halte ich mich in der grossen Mehrzahl meiner Fälle für berechtigt, die Herzschwäche lediglich auf Störungen der Innervation zurückzuführen. Ob diese im System des Vagus oder des Sympathicus oder in der Medulla oblongata zu suchen waren, liess sich wohl im einzelnen Falle vermuthen, aber meist nicht mit Bestimmheit entscheiden.

Für die ausgesprochene Ansicht spricht auch die Aetiologie dieser Form der Herzschwäche, insofern es sich wesentlich um psychische Ursachen handelt. Von anderen Ursachen, welche Herzschwäche hervorbringen können, will ich folgende nennen: Zunächst kann Ueberanstrengung der Körpermusculatur eine Form der Herzschwäche hervorrufen, welche J. Seitz u. A. als „Ueberanstrengung des Herzens" beschrieben haben. Ich selbst habe einen sehr charakteristischen derartigen Fall vor Jahren beobachtet. Ein junger, früher ganz gesunder Landwirth hatte soeben einen schweren Typhus überstanden, als er sich den Anstrengungen des Freiwilligendienstes aussetzte. Etwa sechs Wochen später kam er, nachdem er wiederholt beim Exerciren ohnmächtig zusammengebrochen war, mit heftigen stenocardischen Anfällen in meine Behandlung. Die Pathogenese in diesem Falle ist sehr durchsichtig. Der durch den Typhus pathologisch veränderte Herzmuskel war den Anstrengungen des Militärdienstes nicht gewachsen.

Noch nicht genügend beachtet ist die nach Diphtheritis, und zwar nicht selten nach ganz leicht und schnell verlaufenden Formen, zurückbleibende Herzschwäche, welche gewöhnlich von einer constanten Steigerung der Pulsfrequenz begleitet ist. Von den übrigen Infectionskrankheiten wird von englischen Aerzten die Malaria, welche in Ostindien häufig vorkommt, beschuldigt, Herzschwächen zurückzulassen. Als weitere Schädlichkeiten will ich den Missbrauch von Kaffee, Thee, Alkohol und Tabak erwähnen.

Für die von mir schon skizzirte Form der nervösen Herzschwäche aber kommen insonderheit die psychischen Ursachen in Betracht.

Zu diesen zählen zunächst habituelle geschlechtliche Aufregung ohne Befriedigung des Geschlechtstriebs und zwar nicht nur die manuelle Onanie, die Masturbation, sondern in noch viel höherem Grade die psychische Onanie. Ich kann es nicht als einen Zufall ansehen, dass die grosse Mehrzahl der von mir beobachteten Kranken mit Herzschwäche unverheirathet und meist alte Junggesellen waren, welche nicht nur Masturbation, sondern vielfach auch ein habituelles Schwelgen in erotischen Vorstellungen concedirten.

Als zweite psychische Ursache ist angestrengte geistige Thätigkeit mit habitueller Verkürzung der Schlafenszeit anzusehen. Jener Gelehrte hatte, um möglichst viel Zeit zum Studiren zu haben, zwei Jahre lang es durchgesetzt, sich nur eine Schlafenszeit von 12 Uhr Nachts bis 6 Uhr Morgens, wo er sich durch kalte Abreibung ermuntern liess, zu gönnen. Während dieser Zeit bildete sich die störende Herzschwäche aus, welche ihn, wie ich vorhin erzählte, zur bestimmten Stunde ins Bett trieb.

Einen verschlimmernden Einfluss auf die bestehende Herzschwäche haben alle Gemüthsbewegungen, selbst freudige, namentlich aber Schreck, und besonders, wenn zur Zeit körperliche Ermüdung besteht. Derselbe Gelehrte erfuhr eine andauernde bedeutende Verschlimmerung seines Leidens, als er eines Abends, von einem ermüdenden Spaziergang heimgekehrt, die Nacht am Sterbebette seines Vaters verbringen musste. Auch anhaltende körperliche Schmerzen, Neuralgien und besonders Intercostalneuralgien steigern die Herzschwäche; schliesslich haben Traumen, namentlich in der Nähe des Herzens, denselben Einfluss. Ob die nervöse Herzschwäche auch erblich ist, dafür habe ich keine ganz sicheren Beweise; indessen bin ich geneigt, auf Grund einiger Beobachtungen die Erblichkeit anzunehmen.

Gestatten Sie mir, meine Herren, dass ich noch einige Worte über die Therapie hinzufüge.

Ruhe, besonders Bettruhe, hat auf die Herzschwäche gewiss einen günstigen Einfluss. Indess ist es einmal sehr schwer, nervös aufgeregte Kranke auf längere Zeit im Bett zu halten, sodann aber kann die längere Bettruhe sogar contraindicirt sein, insofern sie die Schlaflosigkeit, die Verdauungsstörungen, die Gelegenheit zu quälenden Grübeleien u. s. w. nur befördert. Dagegen halte ich es in allen Fällen für geboten, dass die Kranken sich die nöthige Zeit zum Schlafen, namentlich schon vor Mitternacht, gönnen, und auch am Tage, wenn auch nur auf kurze Zeit, sich auf einem Ruhebett ausstrecken, auch wenn sie nicht schlafen können. Denn das ganze Geheimniss, die mildere Form der Herzschwäche nicht zur schweren werden zu lassen, besteht, wie schon angedeutet, in dem richtigen Wechsel von Uebung der Kräfte und Erholung.

Dieser scheinbar so selbstverständlichen Lebensregel wird oft zuwider gehandelt. Namentlich im Anfang des Leidens meinen die Kranken und auch ihre Aerzte, die Schwäche müsse durch Uebung oder Anstrengung der Kräfte überwunden werden. Daher der Rath, tüchtig zu laufen, Berge zu ersteigen, forcirte Kaltwassercuren zu gebrauchen.

In Folge der hierdurch sich rapid steigernden Schwäche kommen die Kranken meist selbst dahin, von dieser Methode Abstand zu nehmen, leider oft zu spät. Nur streng methodisch *fortschreitende* Uebungen im Gehen, in der Gymnastik können heilsam sein. Kranke mit der extremen Form müssen wie Reconvalescenten jeden Tag einige Schritte weiter gehen, alle drei Tage eine neue gymnastische Uebung zu dem bisherigen Pensum hinzufügen. Am besten werden diese Versuche von einem Arzte in einer Anstalt überwacht.

Denn man erlebt es immer wieder, und zwar gerade bei den schwächsten Kranken, dass sie sich zu viel zumuthen, und dann lassen sie sich durch den Misserfolg leicht von jeder weiteren Uebung abschrecken. Ausgiebige Bewegungen mit den Armen, besonders mit dem linken, sind zu vermeiden.

Von thermotherapeutischen Proceduren empfehlen sich in erster Linie warme Vollbäder von 26—27 Gr., 10 Minuten Dauer, 2—3 mal wöchentlich; bei sehr Anämischen auch wohl 28 Gr. Entschieden warnen möchte ich vor forcirten Kaltwassercuren. Unter solcher Behandlung sah ich einen sonst gesunden Jüngling, welcher allerdings an einer mässigen, wohl compensirten Mitralinsufficienz litt, binnen drei Monaten in einer Kaltwasserheilanstalt an seiner Herzschwäche zu Grunde gehen.

Auf eine kräftige Ernährung ist grosses Gewicht zu legen, besonders aber auch auf ein häufiges Essen. Solche Kranke können oft nur mit einem belegten Butterbrod in der Tasche ihren Spaziergang machen.

Dass Reizmittel, wie Thee, Kaffee, Spirituosen und Tabak, ganz zu meiden oder nur in kleinen Mengen zu gestatten sind, brauche ich wohl kaum zu erwähnen. Vom Chinin in ganz kleinen Dosen, 2 Centigramm, 3 mal täglich anhaltend gebraucht, sah ich öfter guten Erfolg.

Anhaltender See- und Gebirgsaufenthalt, von den Thermen Gastein, sind oft von grossem Nutzen. Die Elektricität ist jedenfalls mit Vorsicht zu brauchen.

Ich statuire also eine Form der Herzschwäche, welche wesentlich auf Störungen der Innervation des Herzens zurückzuführen ist und namentlich in Folge zweier psychischer Ursachen entsteht: habituelle geschlechtliche Aufregung ohne Befriedigung und anhaltende angestrengte geistige Thätigkeit mit habitueller Verkürzung des Schlafes.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Ueber Hemianaesthesie.

Vorgetragen in der Section für Psychiatrie und Neuropathologie der Naturforscher-Versammlung zu Magdeburg am 19. September und für die Deutsche Medicinische Wochenschrift revidirt von

Professor **Dr. Seeligmüller,**
zu Halle a. S.

Die Differentialdiagnose zwischen hysterischer und cerebraler Hemianästhesie hat mich in der letzten Zeit vielfach beschäftigt.

Den Hauptanstoss, diese Frage vor Sie, meine Herren Collegen, zu bringen, gab mir aber folgender Fall:

Eine z. Z. 29jährige pastöse und etwas torpide Bauerntochter erkrankte vor $2^1/_2$ Jahren kurz nach ihrer Verheirathung an melancholischer Verstimmung, mit Kopfschmerz, Schwindel, Herzklopfen und Angst. Nach vier Wochen in das älterliche Haus zurückgekehrt, bildete sich binnen weiterer vier Wochen unter sehr häufig wiederkehrenden und sehr heftigen Krampfanfällen allmählich motorische Lähmung der Extremitäten und des Rumpfes rechterseits, des Facialis linkerseits aus. Daneben bestanden Schluckbeschwerden. Die linksseitige Facialislähmung war so hochgradig, dass Patientin das linke Auge ein viertel Jahr lang nicht schliessen konnte. Genau in derselben Anordnung bestand sensible Lähmung an der rechten Rumpf- und der linken Kopfseite, verbunden mit Abschwächung resp. Aufgehobensein sämmtlicher Sinnesfunctionen. Im weiteren Verlaufe bildeten sich dann sehr schnell Contracturen an den Gelenken der rechten Ober- und Unterextremität aus.

Als die Kranke $2^1/_2$ Jahr nach Eintritt der Lähmung zu mir kam, bestanden alle diese Erscheinungen fort. Rechterseits war die Hand in Beugecontractur aufgerollt, das Ellenbogengelenk im rechten Winkel, der Oberarm durch den fest contrahirten Pectoralis major am Thorax fixirt. Die gelähmten Extremitäten hatten im Umfang ca. 2 cm und darüber weniger als die gesunden.

Von Ovarialhyperästhesie keine Spur; es soll nie eine Andeutung davon vorhanden gewesen sein; eben so wenig waren bei der Patientin in der Zeit vor der jetzigen Krankheit, noch bei ihrer kerngesunden Familie irgend welche Affectionen des Nervensystems vorgekommen. Ich stand daher nicht an, im vorliegenden Falle eine cerebrale Läsion anzunehmen, ohne mir über die Art derselben ein bestimmtes Urtheil zu erlauben.

Diese Diagnose liess mich die Prognose ungünstig stellen, und nur der genaueren Untersuchung wegen veranlasste ich die Kranke, noch einige Tage in meiner Sprechstunde zu erscheinen, wo ich, ut aliquid fiat, den rechten Vorderarm von nun an täglich einige Minuten lang mit der faradischen Bürste behandelte. Schon am Tage nach der ersten Sitzung behauptete die Kranke, das Gefühl habe sich gebessert. Ich hielt es für Täuschung. Als sie aber am folgenden und nächstfolgenden Tage immer wieder mit dieser Besserung kam, untersuchte ich und fand zu meinem Erstaunen, dass sie Recht hatte: sie konnte an den anästhetischen Extremitäten Berührungen wieder localisiren und Stecknadelstiche empfand sie schmerzhaft. Dabei trat kein Transfert ein. In gleicher Weise besserte sich rapid die motorische Lähmung; schon nach der vierten Sitzung konnte sie ohne Stock zu mir kommen, nach der fünften den rechten Arm bis zur Horizontalen erheben, die Hand öffnen und zum Munde führen. Jetzt faradisirte ich die ganze Körperhälfte ausschliesslich des Kopfes anfangs nur mit dem Pinsel, später auch mit feuchten Elektroden und schliesslich schloss ich daran die Behandlung der Hauptnervenstämme und der Musculatur mit dem Batteriestrom. Unter dieser Behandlung gingen nicht nur die motorische und sensible Lähmung, so wie die Contraction auf der rechten Körperhälfte zurück, sondern es besserten sich eben so schnell an der niemals elektrisch berührten linken Kopfhälfte die Störungen der Sinnesorgane, die Amblyopie, Taubheit, Herabsetzung des Geschmacks und Geruchs. Nach 14tägiger Behandlung waren die sämmtlichen Erscheinungen fast völlig geschwunden. Auch nachdem die elektrische Behandlung ausgesetzt war, ging die Heilung noch schneller vorwärts, so dass die Kranke vier Wochen nach Beginn der Cur als völlig geheilt angesehen werden konnte. Die Heilung hat sich bis jetzt, d. h. drei Monate, nachdem die elektrische Behandlung ausgesetzt ist, vollständig erhalten.

Nach diesem Heilresultat wird wohl Niemand anstehen, die vorliegende Hemianästhesie als eine hysterische zu bezeichnen.

Von den übrigen Fällen, in welchen die Differentialdiagnose Schwierigkeit machte, will ich nur noch zwei erwähnen.

Bei einer 30jährigen Erzieherin, aus tuberculöser Familie und selbst wiederholt an verdächtigen Symptomen (Spitzenkatarrh, Durchfällen, leichter abendlicher Temperaturerhöhung bis 38,5) leidend, trat nach einem Schreck vor ca. $2^1/_2$ Jahren eine Parese der linken Unterextremität ein. Als sie 9 Monate später von mir untersucht wurde, zeigte sie linksseitige Hemiparese und Hemianästhesie, letztere auch auf die Kopfhälfte sich erstreckend, Diplopie, Knickung der herausgestreckten Zunge nach rechts, daneben Hyperästhesie in den linken Extremitäten und Zitterkrampf, „manchmal in Form typisch hysterischer Attaquen auf die Rumpfmusculatur übergreifend", Schlaflosigkeit, Schmerzen im Hinterkopf und Rücken. Dieser Zustand ist seitdem trotz aller Heilversuche qualitativ derselbe geblieben, quantitativ verschlimmert. Ovarie hat stets gefehlt.

In dem zweiten Falle besteht bei einer 20jährigen, kräftig blühenden Pastorentochter seit vier Jahren Hemiparese links mit Zurückbleiben des linken Fusses im Wachsthum und Klumpfussbildung und zeitweiligen Zitterkrämpfen des linken Armes, daneben Hyperästhesie derselben Körperhälfte vom Scheitel bis zu den Zehen, besonders ausgesprochen auf dem Scheitel im Trigeminusgebiete und der Submammargegend und hochgradige Ovarie; die früher nur angedeutete linksseitige Hemianästhesie trat erst im Juli d. J. stärker hervor, nach der 4. Aetzung der Clitoris, während gleichzeitig die rechte Körperhälfte sich hyperästhetisch zeigte. Also Transfert der Hyperästhesie. Keiner der skizzirten 3 Fälle passt vollständig in das von Charcot aufgestellte Schema der hysterischen Hemianästhesie. Bei allen dreien spricht gegen die Annahme der Hysterie die Stabilität der Erscheinungen, deren Dauer im 1. Falle $2^1/_2$, im 2. $1^3/_4$, im letzten gar 4 Jahre beträgt.

In dem ersten Falle liess ausserdem die Facialislähmung, welche noch neuerdings (Progrès med. 1884 No. 11) von Charcot als ein besonders wichtiges differentielles diagnostisches Moment hingestellt wurde, im zweiten die hochgradige Deviation der Zunge und die Diplopie, in beiden das Fehlen der Ovarie, im dritten schliesslich das Zurückbleiben des gelähmten Beins im Wachsthum eine cerebrale Herderkrankung vermuthen.

Während nun durch das wunderbare Heilresultat im ersten Falle die hysterische Natur der Hemianästhesie sichergestellt ist, bleibt in den beiden andern für mich wenigstens die Diagnose durchaus zweifelhaft. Ebenso möchte ich in dem von Landau und Remak (Zeitschrift für klin. Medicin B. VI. H. 5) mitgetheilten Falle eine organische Herderkrankung im Gehirn nicht mit der Bestimmtheit ausschliessen wie jene. Remak erinnert selbst an einen dem vorigen ganz ähnlichen Fall, in welchem er und Westphal die Diagnose auf Hysterie gestellt hatten und bei der Autopsie multiple Sclerose gefunden wurde. Remak bezeichnet die hysterische Hemianästhesie bei uns keineswegs als sehr häufig. Indem ich mich dem anschliesse, möchte ich diese Behauptung erweitern und mich dahin aussprechen: Die Erscheinungen der Hysterie bei den germanischen Frauen sind andere als die bei den romanischen, namentlich gilt dies von der ovariellen Hemianästhesie. Jeder von Ihnen, meine Herren, der einer Vorstellung von Hysterischen bei Charcot beigewohnt und in einer grösseren Nervenpraxis bei uns in Deutschland auf das Vorkommen von ovarieller Hemianästhesie geachtet hat, wird mir zustimmen.

Ferner hat Remak ebendaselbst die Ovarie als eine Theilerscheinung der Hysterie bezeichnet, welche weder als die Ursache der Hysterie noch besonderer Aeusserungen und Formen derselben, wie der Hemianästhesie zu betrachten sei. Auch diesem Satze stimme ich für die Mehrzahl der Fälle bei. Neben den wenigen Fällen von typischer ovarieller Hemianästhesie habe ich aber eine relativ grosse Zahl von Fällen behandelt, welche man als ovarielle Hemihyperästhesie bezeichnen könnte. Bei diesen Kranken bestand zunächst ausgebildete Ovarie, daneben aber Druckhyperästhesie der ganzen gleichseitigen Körperhälfte. Ausser der Ovarialgegend waren in diesen Fällen fast constant das Epigastrium und die Scheitelbeingegend derselben Seite in hohem Grade druckempfindlich und von diesen Stellen aus liessen sich durch Druck dieselben nervösen Erscheinungen auslösen wie von jener.

Ich halte Remak dagegen nicht für berechtigt, auf Grund jener Beobachtung die Exstirpation der Ovarien zur Heilung schwerer hysterischer Erscheinungen als ungerechtfertigt und unwirksam zu verdammen. Allerdings auch nur in einem Falle habe ich die schwersten Anfälle von Hysteroepilepsie nach Exstirpation beider Ovarien sofort und dauernd verschwinden sehen.

Als Endresultat meiner Bemühungen, die differentielle Diagnose zwischen hysterischer und cerebraler Hemianästhesie sicher zu stellen, muss ich leider bekennen, dass mir dies in mehreren Fällen nicht gelungen ist.

Die Frage, ob Erscheinungen, welche auf cerebrale Herderkrankungen hindeuten, wie Diplopie, Deviation der Zunge, Asymmetrie des Gaumenvorhangs, Facialislähmung in Verbindung mit Hemianästhesie ohne Ovarie, die Diagnose auf Hysterie doch zulassen, möchte ich nach meiner zuerst angeführten Beobachtung wenigstens nicht mit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

voller Bestimmtheit verneinen. Damit wird aber die Unterscheidung nur noch schwieriger, wenn nicht unmöglich. Vielleicht könnte eine genaue Prüfung der verschiedenen Qualitäten der Sensibilitätsstörung in einer grösseren Reihe von Fällen neue Gesichtspunkte für die differentielle Diagnose ergeben.

IV. Die Schicksale der Osteomyelitis-Coccen im Organismus.

Vortrag, gehalten in der Section für pathologische Anatomie der Naturforscher-Versammlung in Magdeburg und revidirt für die Deutsche Medicinische Wochenschrift

von

Professor **Dr. Ribbert**-Bonn.

Die Kenntnisse der specifischen Erreger unserer Infectionskrankheiten mehren sich in so erfreulicher Weise, dass wir hoffen dürfen, in absehbarer Zeit zum Abschluss zu gelangen. Viel bleibt uns aber noch zu thun, bezüglich des Verhaltens der Pilze ausserhalb des Organismus, der Uebertragbarkeit, der Erblichkeit, der Immunität, der Localisation etc. Hier wird es unter Anderem darauf ankommen, das Verhalten der Pilze im Körper nach allen Richtungen zu erforschen. Weniger dürfte das gelingen durch Untersuchung der bei Sectionen gewonnenen Organe. Denn hier fehlen die Anfangs- und Heilungsstadien naturgemäss gewöhnlich ganz. Man wird hier nur experimentell durch Infection mit Reinculturen zum Ziele gelangen. Ich habe zu einer derartigen Untersuchung die Coccen der Osteomyelitis hauptsächlich deshalb gewählt, weil sie sich leicht reichlich und rein züchten lassen. Ueber ihre allgemeinen Eigenschaften habe ich den Mittheilungen von Becker, Krause, Rosenbach nichts hinzuzufügen.

Die Untersuchungen mussten, um eine Wiederauffindung in den Organen zu ermöglichen, mit Injection möglichst massenhafter Coccen gemacht werden. Ich wählte fast ausschliesslich die Einspritzung emulsionirter Culturen in das Blut. Zuerst beobachtete ich nun, dass die Pilze im Verlauf der ersten Stunden aus dem Blut allmählich grösstentheils verschwinden. Man hat Mühe, sie noch aufzufinden und sieht sie dann nicht selten an weisse Blutkörperchen gebunden, die oft ganz mit ihnen angefüllt sind, und wohl den Transport aus dem Blute mit besorgen. Die Untersuchung der Organe, im Wesentlichen nach der Methode von Gram, nur mit Vorfärbung der Schnitte in Borax-Carmin, ergiebt nun, dass in den ersten 24 Stunden in allen Organen die Coccen sich nachweisen lassen, am reichlichsten in der Leber, sowohl in grösseren Haufen in der Peripherie der Acini, fast ausnahmslos gebunden an zellige Elemente, als auch in kleineren Gruppen durch den ganzen Acium zerstreut. Ebenso finden sie sich in den Lungen, sie füllen hier entweder kleinere Capillarschlingen ganz aus oder sie liegen in kleineren an Zellen gebundenen Gruppen. Ferner enthält die Milz nicht besonders reichliche Pilze, und spärlich werden sie auch in der Wandung des Tractus, in den Lymphdrüsen etc. angetroffen. Viele Coccen liegen dagegen nun wieder in der Niere, gewöhnlich zunächst in allen Glomerulis in kleinen mehr oder weniger zahlreichen Haufen, ferner auch als Ausfüllungen einzelner Schlingen, und ebenso in beiden Formen in den übrigen Nierengefässen.

Dies ändert sich weiterhin. Aus allen anderen Organen, bis auf die Niere, verschwinden die Pilze, d. h. also, es localisirt sich die Erkrankung in der Niere. Dies kann daher kommen, dass die Pilze an den anderen Stellen zu Grunde gehen, oder dass sie von dort wieder abgeführt werden. Erstere Annahme ist unwahrscheinlich. Die Züchtung auf den verschiedensten Nährmedien, bei den verschiedensten Temperaturen, zeigt, dass die Lebensbedingungen für die Pilze leicht gefunden sind, dass jedenfalls die Unterschiede derselben zwischen Leber, Lunge und Niere nicht maassgebende sein können.

Dass die Coccen in den Lungen gedeihen können, ist wohl auch aus den Mittheilungen Krause's zu schliessen, der Embolien derselben in ihnen fand: Experimentell habe ich das weiter darthun können durch Injection von Coccen-Emulsionen in die Trachea. Bei genügender Menge der injicirten Pilze gehen die Thiere nach Stunden zu Grunde, man findet Hepatisationen mit massenhaften Coccen. Auch eine hierher gehörige anatomische Beobachtung kann ich mittheilen. Die Section eines nach der Diagnose an Miliartuberculose gestorbenen Individuums ergab zahllose Tuberkel der Lunge, ausserdem aber bis apfelgrosse graue Hepatisationen mit enormen Mengen von Coccen, die sich gezüchtet als mit den Pilzen der Osteomyelitis identisch erwiesen.

Diese Beobachtungen zeigen, dass die Coccen sehr gut in der Lunge vegetiren können. Wenn sie daher aus ihr und aus anderen Organen verschwinden, so kann das wohl nur aus einer Wiederverschleppung erklärt werden. Diese Entfernung erfolgt auf dem Blutgefässwege, man kann z. B. in der Leber innerhalb der Centralvene die Coccen für sich und an weisse Blutkörperchen gebunden nachweisen. Weshalb erfolgt aber die Localisation in der Niere?

Hier ist einmal offenbar das mechanische Moment der embolischen Verstopfung maassgebend. Die Beschaffenheit der Glomeruli erklärt ein Sitzenbleiben der Massen, während in Lunge, Leber, Niere durch den vermittelst zahlreicher Anastomosen erfolgenden Blutstrom eine Entfernung der Coccen leichter zu Stande kommen kann, die noch dazu begünstigt wird durch die geringe Neigung der Pilze zur Thrombosirung des Blutes und ihre relativ langsame Entwicklung. Man kann in der Niere das Wachsthum der embolischen Massen in einer Glomerulusschlinge in den verschiedenen Stadien leicht verfolgen. Aber stets nur in sehr wenigen Capillarknäueln, da die anfangs in fast allen Glomerulis vorhandenen kleinen Gruppen von Pilzen wieder verschwinden, ähnlich wie in der Leber und Lunge.

Auf die embolischen Vorgänge wird auch wohl die Entstehung von Abscessen in Muskeln und Gelenken zurückgeführt werden müssen, da besonders in den bindegewebigen Theilen des letzteren der Blutstrom nicht lebhaft genug sein wird, um die Wiederentfernung der Coccen fertig zu bringen. Auch spricht für diese Auffassung ein weiterer noch zu erwähnender Umstand.

Diese Erklärung aus embolischen Momenten ist aber nicht allein maassgebend. Dass gerade die Niere der Ort der Localisation ist, hat mit dem Umstande zu thun, dass die Mikroorganismen, wie bei anderen Infectionskrankheiten hier zur Ausscheidung gelangen. Bei meinen Experimenten konnte ich im Harn der Versuchsthiere ebenso wie Krause Coccen nachweisen. Ausserdem fand ich einzelne solche im geronnenen Eiweiss der Glomeruli und Harncanälchen — es ist nämlich fast immer Albuminurie vorhanden. Endlich konnte ich schon in der Niere nach sechs Stunden getödteter Thiere grosse Colonien von Coccen nachweisen in gewundenen und geraden Harncanälchen, wie das Krause auch für die späteren Stadien angiebt. In den Canälchen, wo eine Festsetzung der Coccen leicht zu Stande kommen kann und der Blutstrom sie nicht wieder wegschwemmt, entwickeln sie sich nun lebhaft weiter und veranlassen die Entstehung von Abscessen.

Drittens kommt für die Localisation in Betracht, dass an Stellen traumatischer Reizung im Körper befindliche Pilze sich ansammeln. Es ist das eine bekannte Erscheinung und für die Osteomyelitis durch die Fracturexperimente dargethan. Ich musste natürlich auch die Frage beantworten, ob das Knochenmark und die Gelenkapparate eine besondere Neigung zur Aufnahme der Coccen haben. Meine Versuche lehrten, dass dies durchaus nicht der Fall ist, dass im Marke und an den anderen Stellen die Pilze stets, so lange nicht etwa eine Eiterung entstanden ist, nur äusserst spärlich vorkommen, in weit geringerer Menge als z. B. in der Milz. Das gilt für die Zeit kurz nach der Injection wie für alle späteren Zeitpunkte. Es unterstützt diese Thatsache die obige Annahme, dass die Entstehung der Abscesse in Knochen und Musculatur auf embolische Vorgänge zurückgeführt werden muss.

Die Resultate meiner Untersuchungen sind demnach vor Allem für die Localisation von einigem Interesse. Wir sehen:

1) Dass die Localisation bei der Infection mit Coccen der Osteomyelitis sich nicht so ausbildet, dass die Coccen von vornherein in den betreffenden Organen sich ablagern, sondern dass zunächst alle Organe betheiligt sind.

2) Das die Localisation nicht auf einen einheitlichen Gesichtspunkt bezogen werden kann, sondern dass hier drei Momente in Betracht kommen:

a. Die embolische Verschleppung.
b. Die Ausscheidung durch die Niere.
c. Der Einfluss localer (traumatischer) Entzündung.

V. Zur Kritik der „Blutspaltpilze" des Herrn G. v. Hoffmann.

Von

Prof. **Dr. Marchand** in Marburg.

Es ist gewiss aller Achtung werth, wenn der beschäftigte Practiker neben anstrengender ärztlicher Thätigkeit die Zeit findet und das Interesse besitzt, sich mit wissenschaftlicher Arbeit und sogar mit eigener Forschung zu befassen. Freilich liegt dabei die Gefahr nahe, dass auf schwierigen Gebieten, deren Bearbeitung die gründlichsten Vorkenntnisse, anhaltende Studien, und nebenbei auch ganz besondere Begabung, namentlich ein strenges Urtheil erfordert, die Nachtheile des Dilettantismus sich fühlbar machen. Gute Beobachtungen behalten selbstverständlich immer ihren Werth, und es ist sehr dankens-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werth, wenn solche nicht, wie es so häufig geschieht, für immer in den Tagebüchern verborgen bleiben, sondern auch für Andere nutzbar gemacht werden. Aber bahnbrechende, oder wenigstens epochemachende Arbeiten in den schwierigsten Gebieten der Forschung aus eigener Kraft zu schaffen, das ist nur Wenigen unter den Besten vergönnt. Herr von Hoffmann in Wiesbaden scheint in dem Werke, mit welchem er die medicinische Welt kürzlich beschenkt hat,[1]) etwas Derartiges beabsichtigt zu haben, wie aus einigen Andeutungen in der Vorrede und dem ganzen Tenor des Buches hervorgeht, welches in ganz bedenklicher Weise in die herrschenden Anschauungen eingreift. Da dasselbe gleichzeitig mit einem gewissen Schein exactester Forschung auftritt, so wäre es wohl möglich, dass so Mancher, welcher auf dem Gebiete weniger orientirt ist, eine Neigung verspürte, dem Wunsche des Verf. entsprechend die von demselben eröffneten „neuen Gesichtspunkte“ weiter zu verfolgen, und sogar therapeutisch zu verwerthen. Aus diesem Grunde scheint es in der That geboten, das vorliegende Werk nicht, wie so manches Andere, einfach mit Stillschweigen zu übergehen. Eine vollständige Analyse desselben zu geben, ist trotz seines geringen Umfanges, auf engem Raume nicht möglich, denn fast jede Seite, jeder Hauptsatz enthält so Vieles, was mit den anerkannten Resultaten der Forschung in Widerspruch steht, dass eine Würdigung im Einzelnen, welche einer Widerlegung gleichkommen würde, kaum ausführbar ist.

Das Hauptergebniss seiner Untersuchungen fasst der Autor folgendermaassen zusammen: „Im Blute gesunder und kranker Menschen vegetiren zahlreiche vielgestaltige pflanzliche Gebilde, welche höchst wahrscheinlich nur einer einzigen Spaltpilzspecies angehören. Dieselben werden durch das Blut vererbt. Andere Uebertragungen von Mensch zu Mensch durch Berührung oder aus unserer Umgebung auf Menschen sind bis jetzt noch nicht nachzuweisen gewesen.“

Zunächst die Untersuchungsmethode! „Alle Präparate müssen frisch bereitet werden; von Färbemethoden, Anwendung von Reagentien oder Herstellung von Dauerpräparaten muss für gewöhnlich Abstand genommen werden, weil dadurch die Blutorganismen verändert resp. zerstört werden“ (p. 8). Natürlich benutzt der Verf. nur stärkste Oel-Immersionen und Abbé'sche Beleuchtung (letztere bei seinen ungefärbten Präparaten gewiss ein recht erschwerender Umtand!), ferner Culturmethoden in Lymphröhrchen und auf künstlichem Nährboden. Da es sich aber nicht blos darum handelt, die Gegenwart der Spaltpilze festzustellen, sondern es „für den practischen Arzt sehr wichtig ist, zu wissen, wie viel die ungefähre Menge der Mikroorganismen in verschiedenen „„Bluten““ und zu verschiedenen Zeiten beträgt,“ so müssen dieselben auch gezählt werden (p. 28). Aber damit nicht genug; der Verfasser ist so exact, dass er auch das Gewicht der Spaltpilze im Blut nach einer sinnreichen Methode feststellt, welcher die möglichst genaue Messung und Berechnung des Cubikinhaltes der einzelnen Mikroorganismen zu Grunde liegt. Selbstverständlich kann diese Berechnung nur einen relativen Werth haben; immerhin ist es aber interessant zu erfahren, dass beispielsweise bei einer chlorotischen Dame die Gesammtpilzmasse auf 1 Liter Blut 0,08 ccm betrug, während nach einer vierwöchentlichen Cur, welche „den Zweck hatte, die Spaltpilze aus dem Blut möglichst zu entfernen“, die Menge nur noch 0,003 ccm Pilzmasse auf 1 Liter Blut betrug — gewiss ein schönes Heilresultat! Eine andere an Intermittens leidende Patientin hatte sogar 0,4 g Spaltpilzmasse auf 1 Kilo Blut, am folgenden Tage, nach 1,6 g Chinin. brom. nur noch 0,00068 g pro Kilo. Die Zahl der Organismen war dabei von 6 auf 1 heruntergegangen, und zugleich waren die Einzelexemplare winzig klein geworden!!

Was sind es nun für Pilze, welche der Verf. in so enormer Menge im Blute von Gesunden und Kranken auffindet? darüber belehrt uns der „botanische Theil“ der Monographie, und vielleicht noch besser belehren uns darüber die beiden Tafeln, welche uns eine reichhaltige Auswahl der wunderbarsten Formen in 1800maliger Vergrösserung vor Augen führen.

Da sind zunächst „Sporen“, kugelige und ovale, „die sich frei schwärmend in jedem Blut in sehr verschiedener Menge finden“. Die Sporen keimen und wachsen, und zwar müssen als Grundtypen für das Wachsthum der Coccus, Diplococcus und Triplococcus(!) angesehen werden. An die Coccen reihen sich Uebergangsformen zwischen Coccus- und Bacillärformen, ferner Bacillär- und Fadenform, bacilläre Coccus-Träger und die Torula, Triplococcus und verzweigte Formen — dann noch eine rothe Modification der Blutspaltpilze, und endlich eine Zoogloeaform! — Gewiss eine reichhaltige Ausbeute! „Andere Formen wie die geschilderten kommen bei dieser Species nicht vor.“ Diese zeichnen sich beiläufig durch grosse Beweglichkeit aus. — Aber es ist doch alles eine und dieselbe Species, die übrigens in jedem Lebensalter sich findet, ja sogar vererbt wird, denn Verf. fand sie auch in seinem „Foetalernährungsraum“ (d. h. zwischen den Placentarzotten) und im Blute des neugebornen Kindes. Sie scheint ferner weit über die ganze Erde verbreitet zu sein, denn Verf. sah sie bei nicht weniger als 270 Menschen, darunter Russen, Holländer, Mexikaner, ja selbst bei 2 Süd-Afrikanern und einer eingebornen Malaiin!

Sie sind nun allerdings nicht immer gleich im frischen Blute aufzufinden, diese Blutspaltpilze; die am meisten charakteristischen Formen entwickeln sich erst nach einiger Zeit, wenigstens nach einigen Stunden, in den Culturen. Verf. benutzte zu diesem Zwecke Lymphröhrchen, in welchen das Blut bei Körpertemperatur verblieb, aber auch Nährflüssigkeiten, Agar-Agar u. s. w.

Bei der grossen Formverschiedenheit und dem merkwürdigen, von andern Spaltpilzen so abweichenden Verhalten, welches uns aus der Beschreibung und noch mehr aus den Abbildungen entgegentritt, muss nun freilich der Beweis erbracht werden, dass es sich wirklich um Spaltpilze handelt; da aber nach des Verfassers Ansicht „diese Gebilde Gestalt und Grösse von Spaltpilzen haben, eigenthümliche Schwärmbewegungen zeigen, sich ferner ausserhalb des Blutes in anderen Nährsubstanzen weiter züchten lassen, färbbare Sporen besitzen“ u. s. w. (p. 39), so können dieselben nichts Anderes sein, als Spaltpilze, und zwar schmarotzende.

„Denn diese Blutspaltpilze werden unter Umständen aggressiv gegen die rothen und gegen die farblosen Blutkörperchen“; sie vollführen also nicht blos eine einfache Symbiose, sondern einen unser Zellleben beeinträchtigenden Parasitismus (p. 27). Ein Trost ist dabei, dass der Verf. bei langdauernden Cachexien oft eine Verkümmerung der Blutspaltpilze beobachtet hat; sie werden mager, können aber freilich unter anderen Umständen auch wieder fett werden (p. 49). Darauf beruht offenbar der Kernpunkt der ganzen Untersuchung — die Verwerthung für das therapeutische Handeln des Arztes.

„Wir haben es nicht mit einer Mycose im specifischen Sinne als Grundlage nur einer einzigen Krankheit, sondern vielmehr mit einer breiten ätiologischen Basis von verschiedenen bereits bekannten, nur noch dunklen allgemeinen Krankheitsformen zu thun, welch letztere in einer mehr oder minder hochgradigen und auch zeitlich parallel mit der Wachsthumsintensität der Spaltpilze schwankenden pathologischen Veränderung der biochemischen Constitution des Blutes und consequenterweise der ganzen Säftemasse unseres Körpers gemeinsam wurzeln. Unmittelbar unter unserm Auge sehen wir im Blute selbst den Kampf der Pflanzenzelle mit der Thierzelle sich vollziehen, in dem nur zu häufig die letztere, wenn nicht unterliegt, so doch bedeutend geschwächt wird, ein Kampf, von dessen Ausdehnung wir uns bisher keine Vorstellung machen konnten“ (p. 88).

Doch genug! Das Mitgetheilte wird hinreichen, um den Leser zu informiren, um zu zeigen, in welches Chaos von Folgerungen der Verfasser uns mit seiner Entdeckung hinein führt.

Nun handelt es sich aber um die Frage: Was liegt hier vor! Der Verfasser kann doch unmöglich alle diese Dinge aus der Luft gegriffen haben, und doch ist es auffallend, dass bisher so gut wie gar nichts über diese gefährliche Gesellschaft verlautet hat! Der Verf. giebt uns selbst einen Fingerzeig, indem er nämlich auch den Malariapilz von Tommasi-Crudeli und Andere für die Blutspaltpilze in Anspruch nimmt. Da Verf. sich dabei auch auf eine kleine Mittheilung des Referenten bezieht, und demselben die Ehre erweist, eine von ihm seiner Zeit gegebene Abbildung in vermehrter und verbesserter Form zu reproduciren, so sei es gestattet, diesen Punkt, der beiläufig gesagt, von allgemeinerem Interesse ist, hier noch etwas eingehender zu besprechen.

Nachdem die Mittheilungen über eine angeblich charakteristische Bakterien-Form bei der Malaria von Klebs, Tommasi-Crudeli, Marchiafava, Cuboni u. A. veröffentlicht worden waren, in welchen so viel Falsches mit wenig Wahrem gemischt war, erlaubte auch ich mir, eine kleine Beobachtung[1]) mitzutheilen, welche insofern von Interesse sein konnte, als sie aus viel früherer Zeit, nämlich aus dem Jahre 1876 stammte, und daher wenigstens das für sich hatte, dass sie durch jene Arbeiten nicht beeinflusst war. Es war nun in der That eine auffallende Uebereinstimmung einiger der gefundenen Gebilde mit gewissen von den Italienern abgebildeten Formen vorhanden. Damals, 1876, hatte ich wohl geglaubt, wirkliche Bakterien

[1]) Untersuchungen über Spaltpilze im menschlichen Blute, ein Beitrag zur allgemeinen Pathologie. Berlin 1884. A. Hirschwald, 82 pp. mit 2 Tafeln.

[1]) Virchow's Archiv. Bd. 88. 1882 p. 104.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vor mir zu haben, ohne indess bestimmte Schlüsse daraus zu ziehen — die jetzt gebräuchlichen Methoden waren noch nicht bekannt —; z. Z. der Mittheilung war mir indess die Bakteriennatur bereits stark zweifelhaft, und sie wurde nur als möglich hingestellt mit Rücksicht auf die sehr positiven Angaben der italienischen Autoren. Ich fügte indess ausdrücklich hinzu, dass genau ebensolche Gebilde auch als Derivate von rothen Blutkörperchen vorkommen, womit also die Bedeutung der eigenthümlichen stäbchenartigen Körperchen als specifische Malaria-Organismen mindestens sehr zweifelhaft gelassen wurde. Indess wäre es ja doch möglich, dass genau solche Gebilde sich wirklich als die viel gesuchten Malaria-Pilze erwiesen.

Weitere Erfahrungen haben mich belehrt, dass dieselben eigenthümlich hantel- oder trommelstockförmigen Fädchen mit knopfartigen Anschwellungen an beiden Enden und grosser Beweglichkeit auch unter anderen Verhältnissen vorkommen, und dass sie in der That nur als Derivate von rothen Blutkörperchen aufgefasst werden können. So habe ich dieselben beispielsweise auch im Blute (lebender) Variola-Kranker neben wirklichen Mikroorganismen vorgefunden; sie kommen aber auch bei Gesunden zur Beobachtung, und sind beispielsweise auch von Cuboni und Marchiafava, von Ziehl u. A. bei Gesunden, Reconvalescenten etc. gefunden worden.

Diese trommelstockförmigen Gebilde spielen auf den Abbildungen H.'s eine grosse Rolle. Aber auch die übrigen, z. Th. so vielgestaltigen Formen seiner „Blutspaltpilze" sind wohlbekannt.

Am leichtesten gelingt es, dieselben willkürlich durch mässige Erwärmung des Blutes zu erzeugen, wie bekanntlich M. Schultze zuerst genauer gezeigt hat. Bereits bei geringer Erhöhung der Temperatur kann man beobachten, dass von den rothen Blutkörperchen kleine Fortsätze ausgehen, welche sich allmählich verlängern, gerade oder geschlängelt verlaufen und nicht selten mit kleinen Kügelchen besetzt sind. Die Fädchen lösen sich ab, zerfallen und schwimmen frei in der Flüssigkeit herum, um einen schönen Vergleich des Verf. zu benutzen, wie die Salpenketten und das Cestum Veneris in einer von der Sonne durchleuchteten Meeresbucht (p. 15). Bei stärkerer Erhitzung tritt der bekannte Zerfall der rothen Blutkörperchen in kleine Kügelchen ein. In wie weit nun die Behandlung des Blutes in den Lymphröhrchen des Verf. geeignet war, die genannte Veränderung hervorzurufen, das muss ich dahingestellt sein lassen, bemerke aber, dass bereits der vom Verf. geübte Verschluss der Röhrchen durch Siegellack genügt, um einen Theil der Blutkörperchen in den Röhrchen zum Zerfall zu bringen, wovon ich mich durch einige Controlversuche überzeugen konnte.

Es kann aber auch, abgesehen von der Erwärmung, unter gewissen Umständen ein spontaner Zerfall der rothen Blutkörperchen vorkommen, und zwar bereits im lebenden Körper, wodurch ganz ähnliche Gebilde entstehen können, wie die beschriebenen. Dahin gehören die oben erwähnten kleinen Formen. Ich selbst habe Gelegenheit gehabt, diesen Zerfall, gewissermaassen eine Poikilocytose höchsten Grades mehrere Tage hindurch in dem frischen Blute eines lebenden Kaninchens zu beobachten; die Aehnlichkeit mit lebenden Organismen im Blute kann dabei, wie ich zugebe, eine sehr grosse werden, da die lebhaften Bewegungen der häufig sehr seltsam gestalteten Gebilde allerdings den Anschein der Selbständigkeit haben können. Der sicherste Beweis für ihre wahre Natur ist aber das Vorhandensein aller möglichen Uebergangsformen zu intacten rothen Blutkörperchen; ja die meisten der vielgestaltigen Formen besitzen noch deutlich eine schwachgelbliche Färbung (H.'s „rothe Modification"). Uebrigens kann ich Herrn H. versichern, dass auch diese Dinge sich durch Trocknen recht gut fixiren und sich färben lassen; dabei zeigt sich aber, dass sie sich gegen Anilinfarben ganz wie die Substanz der rothen Blutkörperchen verhalten, und sich dadurch von Mikrokokken und Bakterien, abgesehen von der grossen Unregelmässigkeit der Form, leicht unterscheiden. (Das gleiche Verhalten bei der Färbung zeigen allein die Spirillen.) Ohne an dieser Stelle näher auf Einzelheiten eingehen zu wollen, da ich den Gegenstand noch weiter zu verfolgen gedenke, bemerke ich nur, dass dieser spontane Zerfall, wenn ich ihn so im Gegensatz zu dem durch Erwärmung hervorgerufenen nennen soll, offenbar ein sehr grosses Interesse besitzt, und wir würden dem Verf. sehr dankbar sein, wenn er uns Genaueres über die Bedingungen desselben mittheilen könnte. Vorläufig lässt sich noch nicht entscheiden, was von den Befunden des Verf. überhaupt hierher gehört. Es ist wahrscheinlich, dass derselbe manches Andere, wie z. B. die bekannten Körnchenbildungen (Bizozzero's Blutplättchen) mit in den Kreis seiner Blutspaltpilze gezogen hat. Daran erinnern wenigstens die von ihm erwähnten Zoogloeen. In dieselbe Kategorie gehören aller Wahrscheinlichkeit nach auch die berühmten Lostorfer'schen Syphilis-Körperchen, an deren Organismennatur auch Herr Stricker in Wien noch festhält; (s. dessen Vorlesungen über allgem. Pathol. pag. 95.)

Das sind aller Wahrscheinlichkeit nach die thatsächlichen Grundlagen der von H. beschriebenen Erscheinungen; die Frage, ob Keime von Mikroorganismen im normalen menschlichen Blute vorkommen, wird dadurch nicht berührt.

Wenn aber der Herr Verfasser im Eingang seiner Abhandlung erklärt, dass diese ebenso wie viele andere Arbeiten der letzten Jahre ihre unmittelbare Anregung den Entdeckungen Robert Koch's verdankt, so möchte man in dessen Namen den von dem Verf. hervorgezauberten Spaltpilzen zurufen:

„Seid's gewesen!
Denn als Geister
Ruft Euch nur zu seinem Zwecke
Erst hervor der alte Meister!"

VI. Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Dr. Victor Urbantschitsch, Privatdocent für Ohrenheilkunde an der Wiener Universität. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Wien und Leipzig 1884. Besprochen von Dr. Truckenbrod, Ohrenarzt, Hamburg.

Es ist gewiss ein sehr erfreulicher Erfolg, wenn ein Lehrbuch in dem kurzen Zeitraum von vier Jahren bereits in zweiter Auflage vor uns liegt. Urbantschitsch, dem wir zahlreiche neue Untersuchungen und vor Allem neue Gesichtspunkte in der Beobachtung und Beurtheilung der physiologischen Vorgänge im gesunden und kranken Ohre verdanken, hat auch in der zweiten Auflage seine, in einer vieljährigen Lehrthätigkeit und jahrelangen practischen Erfahrung, gesammelten Beobachtungen in übersichtlicher und durchgreifender Weise zusammengestellt. Sowohl der Specialist, als auch der practische Arzt werden in diesem Buche Viel des Neuen finden.

Die Eintheilung der einzelnen Capitel ist im grossen Ganzen die gleiche geblieben, wie in der ersten Auflage.

In der Einleitung bespricht Verf. unter I. die Untersuchung des Gehörorganes. Das sowohl bei der Rhinoscopia anterior wie posterior auftretende Bild hätte bei der „Untersuchung der Ohrtrompete" vielleicht eine etwas eingehendere Besprechung erfahren dürfen, da das Bekanntsein mit diesem Bilde die Ausführung des Katheterismus sehr erleichtert und auf der anderen Seite ein Erkennen dort auftretender pathologischer Veränderungen schneller ermöglicht. Es ist ja nur in sehr seltenen Fällen (Defecte der Nasenscheidewand etc.) möglich, das Ostium pharyngeum tubae ohne Zuhülfenahme der Zaufal'schen Trichter zu sehen, und ferner ist es mit Hülfe derselben möglich, kleine Polypen oder Geschwüre am Tubenostium zu diagnosticiren und einer localen Behandlung zu unterziehen. In sehr eingehender Weise wird die Ausführung des Katheterismus und seiner verschiedenen Modificationen besprochen, auch sehr genau die Indicationen für denselben oder das Politzer'sche Verfahren festgestellt.

Unter II. folgt „allgemeine Therapie". Der Inhalt hat durch Beschreibung einiger neuerer Apparate eine Bereicherung erfahren. Den Leiter'schen Apparat und die Winternitz'sche Kühlkappe empfiehlt Verf. zur Wärmeentziehung. Auch den von Gersung construirten und vom Verf. verbesserten Pulverbläser können wir vor Allem dem vielbeschäftigten Practiker bestens empfehlen, da derselbe es ermöglicht, ohne jedesmalige Erneuerung der Füllung eine ganze Reihe von Patienten in kurzer Zeit mit Einblasung von pulverförmigen Arzneien zu behandeln. Bei den künstlichen Trommelfellen erwähnt Verf. vor Allem das Watte-Kügelchen, da dasselbe „vorzügliche Dienste leistet und in Anbetracht seiner einfachen Applicationsweise dem künstlichen Trommelfelle in vielen Fällen vorzuziehen ist," eine Thatsache, die von vielen Seiten bestätigt wurde und deren Richtigkeit auch wir in vielen Fällen zu erproben Gelegenheit hatten.

Das I. Capitel behandelt die Ohrmuschel. Nach einer kurzen Besprechung der Entwicklung folgt die genaue anatomische und physiologische Beschreibung. Dann folgt die Pathologie und Therapie. Beim Othämatom sah Verf. in einem Falle einen günstigen Erfolg durch die von W. Meyer empfohlene Massage. Den Schluss bilden die Erkrankungen der Muskeln der Ohrmuschel, die in klonischen oder tonischen Krämpfen derselben bestehen. Neben einer elektrischen oder Allgemein-Behandlung wird als letztes Mittel die Durchschneidung der krampfhaft contrahirten Muskeln vorgeschlagen.

Im II. Capitel folgt der äussere Gehörgang. Eintheilung des Stoffes wie Capitel I. Bei der „Anatomie" giebt Verf. die von Kirchner angestellten Messungen des Ohreinganges an; derselbe misst 5 — 7, die weiteste Stelle des knorpeligen Gehörganges 9 — 11, die Verbindungsstelle mit dem knöchernen 7—9, der letztere an den verschiedenen Stellen in seinem Verlaufe gegen das Trommelfell 10—12, dann 5—6, dann 9—11 mm. In dem Abschnitt „Anomalie der Grösse" wird die practisch nicht unwichtige Angabe Duncan's mitgetheilt, dass Moure bei Frauen, die das Tuch fest um die Ohren

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

binden, eine spaltförmige Verengerung des Gehörganges gefunden. Bei der Otitis externa circumscripta giebt Verf. an, dass er von den in der ersten Auflage als sehr wirksam empfohlenen frühzeitigen Incisionen abgekommen ist, da der meist sehr schmerzhafte Einschnitt in das entzündete Gewebe weder eine wesentliche Erleichterung noch einen rascheren Rückgang der Entzündungserscheinungen im Gefolge hat. Bei dieser Gelegenheit empfiehlt Verf., beim Baden das Ohr behufs Verhütung einer Ohrentzündung stets mit einem beölten oder befetteten Wattepfropf zu verschliessen. Zur Behandlung der parasitären Erkrankungen wird als bestes und einfachstes Mittel der Spiritus vini rectificatus empfohlen.

Capitel III. handelt vom Trommelfell.

Die Wölbungsanomalien, die sowohl in diagnostischer wie therapeutischer Hinsicht von grosser Bedeutung sind, erfahren eine sehr genaue, auf alle Details eingehende Besprechung. Politzer's Annahme, dass eine kleine Lücke an der Spitze eines kegelförmig vorspringenden Trommelfelltheiles, die er zuweilen beobachtete, gewöhnlich auf einen hartnäckigen Verlauf der eitrigen Paukenhöhlenentzündung hinweise, fand Verf. in zwei Fällen nicht bestätigt. Bei der Besprechung der zuerst von von Tröltsch beobachteten und noch nicht sicher erklärten Wanderung von Blutextravasaten etc. theilt Verf. zwei neue Beobachtungen mit, die eine von Moos, der eine Depressionsstelle am Trommelfelle innerhalb sechs Wochen vom vordern und untern Quadranten bis zur Membrana flaccida hinaufrücken sah, und eine zweite von Blake, der das Wandern verschiedener dem Trommelfell angeklebter Papierstückchen beobachtete. Verf. sagt, dass mitunter eine Täuschung stattfinden kann, indem Schwankungen in der Wölbung und Spannung des Trommelfelles entsprechende Veränderungen in der Lage der betreffenden Trommelfellpartien bedingen, wodurch eine Wanderung der an diesen Theilen des Trommelfelles befindlichen An- beziehungsweise Einlagerungen vorgetäuscht werden kann. Das Capitel des Trommelfelles hat eine Erweiterung erfahren durch Besprechung der Empfindlichkeit desselben, die abnorm erhöht oder vermindert sein kann. Gottstein beobachtete sogar eine vollständige Anästhesie. Den Schluss bilden die Fremdkörper, die meistens vom äusseren Gehörgang aus, in höchst seltenen Fällen von der Paukenhöhle aus in das Trommelfellgewebe einwandern können.

Capitel IV. enthält die Ohrtrompete.

Die Behandlung der Salpingitis hat eine sehr umfassende Besprechung erfahren. Verf. empfiehlt die Luftdouche, bei hartnäckigen Fällen Injectionen von Chlornatrium, Natron bicarbonicum oder einer Jod-Kochsalzlösung, vor Allem aber als das beste Mittel die methodisch vorgenommene Dilatation durch Bougies. Bei Behandlung der Erweiterung der Nase werden die Gottstein'schen Tampons empfohlen.

Capitel V. bringt die Paukenhöhle.

Die Entzündungen theilt Verf. in oberflächliche und tiefer greifende. Zu den ersteren rechnet er den einfachen Katarrh, den Croup und die desquamative Entzündung, zu den letzteren die einfach phlegmonöse Paukenentzündung, die eitrig phlegmonöse (ein höherer Grad der einfachen) und die diphtheritische (der höchste Grad der einfachen). Der chronische Paukenhöhlenkatarrh erfährt eine sehr eingehende Besprechung. Verf. ist auf Grund von Leichenversuchen ebenfalls gegen die Behauptung Kramer's, dass Flüssigkeiten, die in den Katheter eingespritzt werden, nicht in die Paukenhöhle gelangen. Zur Behandlung der chronischen Otorrhoe wird in erster Linie die caustische Lapis-Behandlung empfohlen. Unter den Antisepticis kommt in erster Linie die Borsäure. In Fällen, in denen die locale oder Allgemeinbehandlung nicht zum Ziele führt, ferner bei anhaltend fötidem Geruche des Eiters ist die Eröffnung des Antrum mastoideum in Erwägung zu ziehen, besonders wenn der Eiter aus dem hinteren, oberen Theile der Paukenhöhle stammt und in Folge dessen der Einwirkung der Arzneistoffe schwer oder gar nicht zugänglich ist.

Das VI. Capitel handelt über den Warzentheil. Die Eröffnung des Warzenfortsatzes wird nach der von Schwartze, der die grösste Erfahrung über diese Operation hat, angegebenen Methode empfohlen.

Das VII. Capitel bringt das innere Ohr (Labyrinth und Nervus acusticus). Die Physiologie der Bogengänge, der Schnecke und der acustischen Centren, sowie die Erkrankungen des Acusticus haben mit Rücksicht auf die neueren Forschungen eine vollständige Umarbeitung erfahren.

Als Anhang folgt die Begutachtung des Hörorganes in forensischer Beziehung, bei der auf die verschiedenen Methoden zur Entlarvung simulirter Taubheit, auf die Beurtheilung der Verletzungen des Gehörorganes oder einzelner Abschnitte desselben in ausgedehnter Weise Rücksicht genommen wird. Den Schluss bildet die Begutachtung des Hörorganes mit Rücksicht auf das Versicherungswesen.

Die ganze Fachliteratur hat in der neuen Auflage in weit ausgedehnterem Maasse als in der ersten Berücksichtigung gefunden und wird durch die zweckentsprechende Angabe der Originalien das Nachschlagen derselben erleichtert. Auf der anderen Seite vermissen wir die das Nachschlagen so sehr erleichternde kurze Angabe des Inhaltes der einzelnen Absätze am Rande derselben, wie sie in der ersten Auflage gewiss vielseitige Anerkennung gefunden hatte. Die Ausstattung des bei Urban und Schwarzenberg erschienenen Werkes ist eine vorzügliche und enthält dasselbe 436 Textseiten, 73 Holzschnitte und 8 Tafeln.

VII. Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. Auf Grund der dritten Auflage der Arzneimittellehre von R. Buchheim und der Pharm. Germ. Ed. II. bearbeitet von Erich Harnack, Professor an der Universität Halle a. S. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss. 1883. 8°. 883 S. Ref. Rabow.

Unter den guten Lehrbüchern der Arzneimittellehre, die in letzter Zeit in überraschend grosser Zahl erschienen sind, gebührt dem vorliegenden unstreitig einer der ersten Plätze. Harnack hatte die schwierige Aufgabe übernommen, das rühmlichst bekannte und weit verbreitete Buchheim'sche Lehrbuch neu zu bearbeiten und dabei den eigentlichen Charakter und die wissenschaftliche Grundlage des Werkes möglichst unverändert beizubehalten. Diese Aufgabe hat er glänzend gelöst. Es verdient in erster Linie anerkennend hervorgehoben zu werden, dass einerseits den weitgehendsten Ansprüchen des Fachmannes genügt und andererseits überall dem Bedürfnisse und Interesse des practischen Arztes die gebührende Berücksichtigung geschenkt worden ist. Vornehmlich hat das Werk durch Einschaltung des Abschnitts über allgemeine Arzneiverordnungslehre und durch Aufnahme zahlreicher als zweckmässig erprobter Arzneiformeln eine sehr dankenswerthe Bereicherung erfahren. Anordnung und Darstellung lassen nichts zu wünschen übrig. Jeder Abschnitt ist anregend und fesselnd. Das mit ungewöhnlichem Geschick bearbeitete Werk erscheint wie aus einem Guss. Mit einem Worte, Verf. hat es verstanden, die Theorie mit der Praxis zu verbinden, ein auf der Höhe der Wissenschaft stehendes und den gegenwärtigen Bedürfnissen des Arztes entsprechendes Lehrbuch der Arzneimittellehre zu schaffen, das nicht warm genug empfohlen werden kann.

VIII. R. Burkart. Ueber Wesen und Behandlung der chronischen Morphiumvergiftung. (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge No. 237.) Ref. Seeligmüller-Halle a. S.

Der durch frühere Schriften über dasselbe Thema bekannte Vf. giebt in vorliegendem Vortrage eine abgerundete Darstellung seiner eigenen und fremden Erfahrungen über den Morphinismus. Sobald tiefergehende Organerkrankungen (Nierenentzündung — fettige Degeneration des Herzmuskels — besondere Veränderungen im Gehirn und Rückenmark: stationäre Ataxie, Lähmung — Zerreisslichkeit der Gefässe, Hämorrhagien) eingetreten sind, kann man eine völlige Wiederherstellung nach Morphiumentziehung kaum mehr erwarten, und es liegt bei den meist sehr heruntergekommenen Patienten die Gefahr vor, dass das Nervensystem und das Herz die Entwöhnung nicht mehr ertragen. In solchen Fällen kann nicht nur die Beibehaltung, sondern sogar eine Steigerung des gewohnten Reizmittels indicirt sein, weil sonst dauerndes Siechthum oder Tod eintreten kann. Ueber das Schicksal des eingeführten Morphium im Organismus — ob es daselbst eine völlige Zersetzung erleidet — wissen wir nichts Bestimmtes. Vf. neigt der Annahme zu, dass dasselbe in einer besonderen, bis jetzt nicht genau zu bestimmenden Modification im Harn austrete. Deshalb sind wir leider nicht in der Lage aus der Untersuchung des Harns den chemischen Nachweis zu erbringen, ob ein Kranker ohne unser Wissen Morphium nimmt oder nicht, wie es von Marmé behauptet wird. Nach diesem soll es für geübte Arbeiter durchaus nicht schwierig sein, das Alcaloid im Harn von mit Morphiumeinspritzungen behandelten Thieren und von Morphinisten in prägnantester Weise nachzuweisen. Ebenso möchte Verf. die schweren Morphiuminanitionserscheinungen bei der Entziehungskur, nicht wie Marmé auf die Gegenwart von Oxydmorphin zurückführen, sondern als die einfache Reaction des Nervensystems auf das Ausbleiben des gewohnten Nervenreizes. Nach seinen Erfahrungen an 189 Morphinisten redet Verf. der von ihm seit 11 Jahren geübten allmählichen Morphiumentziehung gegenüber der plötzlichen von Lewinstein und dem modificirten Verfahren von Erlenmeyer das Wort. Die Zeit, welche Verf. zur Entziehungskur nöthig hatte, betrug 2—3 Wochen; bei besonderen Schwächezuständen 4—7 Wochen. Im Anfange der Kur entzieht Verf. grössere, später kleinere Quantitäten täglich. Als Substitut für das Morphium empfiehlt er das Opium, welches er allen

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anderen Arzneistoffen in dieser Beziehung vorzieht. (Ref. hat recht befriedigende Erfolge von grossen Dosen Extr. cannab. indic. gesehen.) Er warnt vor der Substituirung des Chloral, weil Patienten, welche noch vor Kurzem Morphiumabusus trieben, enorm grosse Quantitäten davon nöthig haben, um Schlaf zu erzielen und im besten Falle die bessere Nacht mit schlechterem Befinden während des Tages erkaufen. Dagegen empfiehlt er thermotherapeutische Proceduren, die aber nicht von allen vertragen werden, und älteren Rheinwein, sowie Cognac. Nicht immer benutzt er während der Entziehungskur die Pravaz'sche Spritze, sondern lässt das Morphium in grossen Quantitäten Wasser gelöst per os nehmen. Bei dieser Trinkkur werden die Morphiumspritzer zuerst zu Morphiophagen gemacht und diesen dann das Morphium langsam entzogen. Diese Trinkkur ist aber bei vielen Morphinisten nicht durchzuführen, weil sie die Einführung per os durchaus nicht vertragen, sondern mit anhaltendem, heftigen Erbrechen dagegen reagiren. Am besten befinden sich bei dieser Trinkmethode im Allgemeinen diejenigen, welche recht ansehnliche (1,0 und mehr pro die) Quantitäten zu nehmen gewohnt sind. Mit dieser Trinkmethode von Morphiumlösung hat Verf. noch günstigere Resultate erzielt, als mit dem inneren Gebrauch des Opium. Im Ganzen hat er bei seiner milden allmählichen Entziehungskur 77 Proc. Heilungen zu verzeichnen.

IX. Das neue zahnärztliche Institut der Berliner Universität.

An einer andern Stelle, unter der Rubrik „Amtliches", veröffentlichen wir eine Verfügung des Ministeriums, durch welche ein seit Jahren gehegter Wunsch zur Erfüllung gelangt ist. Es handelt sich anscheinend um eine von den Interessen der medicinischen Facultät etwas fernab liegende Angelegenheit, und doch ist dieselbe nach den verschiedensten Richtungen hin von nicht geringer Bedeutung.

Längst hat die Errichtung eines zahnärztlichen Instituts in den Wünschen gerade der Mediciner gelegen, denn wie sehr die deutsche Zahnheilkunde grossentheils im Argen liegt, ist auch in dieser Wochenschrift und zwar erst jüngst hervorgehoben worden.

Das neue Institut, um welches sich, wie wir hören, im Auftrage des Herrn Ministers, der auch die Initiative mit seiner gewöhnlichen Entschiedenheit ergriffen hat, besonders die Herren Geheimräthe Skrzeczka und Althoff verdient gemacht haben, tritt unter günstigen Auspicien ins Leben. An die Spitze ist in Herrn F. Busch ein Chirurg von hervorragendem Rufe getreten, der die bisherige zahnärztliche Poliklinik seit Jahren leitet. Professor Johannes Paetsch ist practischer Arzt und hat, nachdem er in den Vereinigten Staaten sich längere Zeit dem Studium der Zahnheilkunde gewidmet hatte, bekanntlich hier in Berlin eine in jeder Beziehung hervorragende practische Wirksamkeit entfaltet. Den zweiten Docenten, Herrn Professor W. Miller kennen unsere Leser seit längerer Zeit durch seine wissenschaftliche Thätigkeit und als den Bearbeiter des betreffenden Abschnitts in dem von mir herausgegebenen Jahrbuch, während Herr Professor Dr. Sauer's Ruf als zähnärztlicher Techniker ein festbegründeter ist. Unter diesen Umständen darf man mit Sicherheit auf einen guten Erfolg des neuen Instituts rechnen. Es wird mächtig dazu beitragen, dass die deutsche Medicin auch auf diesem Platze den ihr gebührenden Rang fortan einnehmen wird, und dem Pfuscherthum in der Zahnheilkunde wird durch den Unterricht eines solchen Institutes, wie längst gehofft wurde, in umfassender Weise Abbruch geschehen. P. B.

X. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung am 19. Februar 1884.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Rautenberg.

Herr Prochownick kommt nochmals auf das zweite der von ihm in der vorigen Sitzung demonstrirten Präparate zurück. Vortragender hatte, um die Uebersicht des an sich schon complicirten Präparats nicht zu sehr zu erschweren, von einer weitergehenden Analyse desselben absehen zu müssen geglaubt und insbesondere den Tubenverlauf im Tumor nicht durch Aufschneiden desselben verfolgt. Dieses hat zu einem schweren Irrthum geführt, der sich durch nachträgliche Präparation unter Beihülfe des Herrn Fränkel geklärt hat. Es hat sich demnach nicht um ein Cystosarcom des linken Ovariums gehandelt, sondern um ein vielfaches, verschiedenartiges, in differenten Phasen abgekapseltes Beckenexsudat, ausgehend von einer Pyosalpinx sinistra. Die im Anfangstheil verlängerte und etwas verdickte Tube knickt sich plötzlich ab, hinter der Knickungsstelle starke Erweiterung und Eiterfüllung. An diese erste kleine Eiterhöhle, in deren schwartiger Wandung nach hinten eingebettet das Ovarium liegt, schliessen sich dann drei grosse Einzelhöhlen, die jede für sich abgekapselt sind und eine Art Tochtercyste vorstellen. Die unterste enthielt reichlich Fibrin und Blut, die mittlere, grössere, gallertige, stark eiterdurchsetzte Massen, die dritte grösste blutig-seröse Flüssigkeit in grosser Menge. Die mikroskopisch gefundenen reichlichen Rundzellenhaufen sind nicht als Sarcomtypen, sondern als Entzündungsproducte aufzufassen.

Der anatomische Irrthum ist durch das Streben, das Präparat möglichst erhalten vorzuführen, leicht entschuldbar, wesentlich schwerer wiegt die Frage, ob diese Zustände nicht der klinischen Diagnose hätten ohne laparotomischen Eingriff zugängig sein müssen. Nach dem Complex von Symptomen und dem Befund war dieses schwer. Für die Annahme eines hochgradigen Beckenperitonealexsudates sprach nur zweierlei: die schnelle Entwickelung und das Fehlen stärkerer Blutungen. Dagegen sprach das Fehlen des Fiebers. (Auch der im December und Januar behandelnde Arzt hat Fieber nicht constatirt. Auch selbst die Anfangsstadien der Krankheit, welche wahrscheinlich vor und in die Zeit des Krankenhausaufenthaltes fielen, sind fieberlos verlaufen.) Ferner die eigenthümliche Art des wehenähnlichen Schmerzanfalles zu allen Zeiten der Krankheit; weiter die Härte des Tumors, weiter dessen geringe aber in der Narcose doch nachweisbare Verschieblichkeit; weiter die Sondirung des Uterus mit ihrem dem Befunde bei Myomen so ähnlichem Ergebniss. Der kritische Punkt in der Diagnose ist das Fehlen einer Probepunction, aus der ein Vorwurf für den Vortragenden herzuleiten wäre. Was hätte eine solche nun eventuell ergeben?

A. Von der Scheide aus. Man wäre in den untersten abgekapselten Raum gekommen, und es hätte sich etwas frisches oder altes Blut oder Fibrin entleert. Dieses hätte höchstens die Cystomyomdiagnose bestätigt. Oder angenommen, der Troikar wäre bis in den höher gelegenen Eitersack gekommen, dann wäre von der Vagina aus incidirt und drainirt worden. Eine Contraction der abgekapselten Räume wäre bei der Vielheit der Verwachsungen kaum möglich gewesen; bis eine Entleerung der sämmtlichen Säcke zu Stande gekommen wäre, dürfte die Kranke einer auch bei aller Vorsicht importirten Sepsis oder Consumption erlegen sein.

B. Vom Abdomen aus. Es hätte sich stark blutig gefärbtes Serum aus dem obersten, grössten Exsudate entleert, und so entweder zur Bestätigung eines Cystomyoms oder gar zur Annahme eines ovarialen Tumors, und somit auch nur zur Laparotomie geführt. Also die Punction dürfte zur Klärung wenig oder nichts beigetragen haben.

Nun bliebe zum Schlusse noch die Tumorpunction nach Eröffnung des Leibes mit eventueller Drainage vom Leibe durch den Douglas. Der Erfolg derselben bei der freien Communication mit der Peritonealhöhle und bei den vielen Adhäsionen, sowie bei der schon vorhandenen chronischen Peritonitis konnte leider auch nur der eines schnellen Exitus letalis sein. Auf diese schwere chronische Peritonitis und die, wenn auch mässige blutig-seröse Exsudation in's Cavum peritonei ist jedenfalls auch der schnelle Tod bei dem ersten Ansatze von septischer Peritonitis zu beziehen.

Solche Fälle tendiren, wie auch die Literatur zeigt, selbst wenn ohne viele Manipulationen bei erkannter Operationsunmöglichkeit die Bauchhöhle wieder geschlossen wird, zu einer schnellen Sepsis, die bis zu einem gewissen Grade mit der puerperalen Selbstinfection, besonders bei Nephritischen und Diabetischen am ersten verglichen werden kann.

Das kurze lehrreiche Ergebniss des traurigen Falles ist, dass grosse Exsudate in's Peritoneum pelvis, selbst wenn sie zum Theil Eiterinhalt haben, lange Zeit ohne Fieber und ohne ständige Schmerzen verlaufen können, dass so prall gespannte, mehrfach verwachsene Exsudate einen grossen Grad von Härte in der Palpation vortäuschen, dass die Verschieblichkeit der Adhäsionen leicht irrthümlich auf Verschieblichkeit des Tumors bezogen wird, dass endlich die diagnostischen Schwierigkeiten, selbst mit Zuhülfenahme von Probepunctionen, die man ja jetzt so gern zu umgehen sucht, in manchen Fällen ganz ausserordentlich gross sind.

Herr Fränkel hält darauf seinen angekündigten Vortrag: „Mittheilungen aus dem Gebiete der Nasenkrankheiten".

Herr F. erörtert unter Demonstration einschlägiger Präparate die Veränderungen des Nasenmuschelüberzugs, auf welche vor länger als zehn Jahren durch Voltolini und neuerdings besonders durch Hack die Aufmerksamkeit gelenkt worden ist. Die Veränderungen betreffen stets nur die Bekleidung der unteren oder mittleren Muscheln, nicht selten beider gleichzeitig, ganz vereinzelt den Ueberzug des Septum. Es handelt sich dabei um eine Hyperplasie der Muschelbekleidung an den genannten Stellen, welche bald diffus, bald heerdweise auftretend, entweder mehr das hier vorhandene, von Kohlrausch entdeckte,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

cavernöse oder das eigentliche Schleimhautgewebe, oder den Ueberzug in toto betrifft und zu einem, entweder dunkelrothen oder mehr grau opaken Aussehen der sich luftkissenartig anfühlenden Schleimhaut führt. Die mit diesen Veränderungen Hand in Hand gehenden Symptome theilt F. in örtliche (Nase und die mit ihr anatomisch in directem Connex stehende Nachbarschaft betreffende) und allgemeine (durchweg reflectorischer Natur und als Reflexneurosen zu bezeichnende) ein.

Zu den ersteren gehören häufig recidivirende, bald mit reichlichem Ausfluss einhergehende, bald sich nur in Verstopfung der Nasenhöhle äussernde (Stockschnupfen) Schnupfenanfälle, weiterhin Affectionen des Ohres (Tuben-, Mittelohrkatarrhe; verhältnissmässig selten), entzündliche Affectionen der Conjunctiva mit und ohne Thränenträufeln einhergehend und aus dem Verlegtsein der Ausflussöffnung des Duct. naso-lacrym. herzuleiten, ferner mehr weniger starkes, nicht selten in der Nacht auftretendes Nasenbluten, sowie ein bei manchen Patienten vorhandener, verschieden hoher Grad von Anosmie. Die einzelnen Symptome werden ausführlich erörtert und die Art ihres Zustandekommens erklärt.

Unter den allgemein als Reflexneurosen aufzufassenden Erscheinungen nimmt die erste Stelle ein das bei solchen Patienten ausserordentlich häufig zur Beobachtung kommende Bronchialasthma; der Vortr. schildert zunächst die Asthmaattaquen mit den ihnen vielfach eigenen Prodromen (Niesen, seröser Ausfluss aus der Nase) und kommt auf das mit besonderer Exactheit von Curschmann beschriebene eigenthümliche Sputum vieler solcher Kranken zurück, um seinen Standpunkt gegenüber der von Curschmann auf Grund der bekannten Sputumbefunde aufgestellten, von Letzterem als Bronchiolit. exsudat. bezeichneten Erkrankung zu präcisiren, und betont schliesslich die auffallende Häufigkeit des Bronchialasthma im frühesten Kindesalter. An die Besprechung des Bronchialasthma schliesst Vortr. die Erörterung eines anderen analogen Symptoms, das sich in dem Auftreten krampfhafter Hustenattaquen äussert.

Den genannten als „spastische“ aufzufassenden Neurosen stellte F. andere, sich ausschliesslich im Bereich sensibler Nerven abspielende Zustände gegenüber, welche sich am häufigsten im Gebiet des Quintus, sowie des Glossopharyng. und vagus (Schlund- und Kehlkopfneurosen) äussernd, als Sensibilitätsneurosen zu bezeichnen sind; unter Anführung einzelner Krankengeschichten wird auf die genannten Affectionen detaillirt eingegangen. Es folgt die Erörterung anderer als vasomotorischer Reflexneurosen aufzufassender Beobachtungen, unter denen F. auf rasch verschwindende Erytheme der Gesichtshaut, auf flüchtige, sich meist an den Augenlidern abspielende, bisweilen nach directer Reizung der erkrankten Nasenschleimhaut (durch Sondenberührung oder galvanok. Aetzung) auftretende Oedeme hinweist; bei dieser Gelegenheit wird auch an gewisse bislang unerklärte, vielleicht gleichfalls auf vasomotorische Störungen zurückzuführende Schwindelanfälle, sowie an die Möglichkeit einer Entstehung von epileptischen Insulten und Migräneattaquen auf der Basis der in Rede stehenden Nasenaffectionen erinnert.

Eine letzte Categorie von Erscheinungen gehört in das Gebiet der secretorischen Neurosen, zu welchen attaquenweises Auftreten von serösem Ausfluss aus der Nase, die als Heufieber bekannten Zustände, Anfälle von unter Umständen in regelmässigen Zwischenräumen sich einstellendem Thränenträufeln und stundenweise anhaltender Salivation zu rechnen sind; am Schluss dieser Schilderung rieth Vortr. dringend, bei solchen Kranken nie eine sorgfältige Untersuchung des Gesammtorganismus zu unterlassen und ganz besonders dem Sputum der Patienten bei den erstgenannten Affectionen eingehende Aufmerksamkeit zu schenken. Die Diagnose des localen Leidens ist mit Hülfe der Rhinosc. anter. u. poster. unter gleichzeitiger Anwendung der Sonde mühelos zu stellen; die hier in Betracht kommenden Verhältnisse werden vom Vortr. ausführlich erörtert. Derselbe wendet sich weiter der noch sehr dunkeln Aetiologie des Leidens zu, bespricht hierbei den Einfluss des Alters, des Geschlechts, gewisser klimatischer Verhältnisse auf die Entstehung desselben und erwähnt die Beziehungen zwischen adenoiden Vegetationen und gewissen Infectionskrankheiten (Masern, Keuchhusten) zu dem localen Leiden; für das Gros der in Rede stehenden Erkrankungen müssen wir die Aetiologie vorläufig als unbekannte bezeichnen. Die Prognose ist im Ganzen günstig zu stellen (bez. des Ausführlicheren in diesem Punkt cf. diese Wochenschrift No. 18). Für die Behandlung kommt fast ausschliesslich die Galvanokaustik in Betracht, mit deren Hülfe sich die örtlichen Veränderungen stets sicher beseitigen lassen; üble Folgen nach diesem Eingriff hat Vortr. bisher nie beobachtet; bei ungebärdigen Patienten scheute der Vortr. die Narcose nicht und empfiehlt namentlich für Kinder Bromaethyl. Zum Schluss betont F. nochmals die Wichtigkeit einer Berücksichtigung der Gesammtconstitution, auch in therapeutischer Hinsicht.

Die Discussion wird der vorgerückten Zeit halber auf die nächste Tagesordnung gesetzt.

Schluss der Sitzung $9^3/_4$ Uhr.

XI. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Magdeburg 18.—23. September 1884.

Sectionssitzungen.

3.

Section für Laryngologie, Rhinologie und Otiatrie.

(Schluss.)

Ref. P. Kaatzer-Bad-Rehburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 20. September früh 9 Uhr.

Vorsitzender: Prof. Hack-Freiburg.

Prof. Berthold-Königsberg hält einen Vortrag „Notiz zur operativen Behandlung der Nasenpolypen“. Der Vortragende giebt seiner Verwunderung darüber Ausdruck, dass neben der aufs Wärmste empfohlenen Operation der Nasenpolypen vermittelst der galvanokaustischen oder kalten Drahtschlinge, diejenige durch Ausreissen mit der Zange ihre Fürsprecher und neuerdings in Morel Makenzie („die Krankheiten des Halses und der Nase“) sogar findet. Zum eigentlichen Thema übergehend bespricht er die Operation leicht beweglicher Polypen in der Nähe der Choanen und deren bekannte Methoden und schildert genau sein Verfahren, das sich in manchen Fällen, wo alles im Stiche liess, bewährt hat. Als Ersatz des Fingers zum Einschieben in den Nasenrachenraum, den man zur Haltung des Nasenspeculums gebraucht, empfiehlt er, einen Wattebausch an einem Seidenbändchen von der Nase durch die Choanen bis zum Munde herauszuführen, so dass die Choanenöffnung vollständig ausgefüllt ist. Durch Zug wird der Polyp in den Nasengang hineingedrückt und sein Zurückgleiten verhindert.

Hierauf folgte ein höchst interessanter Vortrag des Oberstabsarztes Dr. Trautmann-Berlin. Derselbe demonstrirte eine grosse Reihe anatomischer und pathologischer Präparate nebst zahlreichen mikroskopischen Zeichnungen und vorzüglich ausgeführten stereoskopischen Photographien und erörterte dabei Folgendes:

1) Die normale Anlage der Nasentonsille nach der Geburt bis zu ihrem vollendeten Wachsthum mit besonderer Berücksichtigung der Fibrocartilago zur Schädelbasis und Rachentonsille.

2) Die Hyperplasie der Rachentonsille, welche sich genau an die normal gegebenen Grenzen hält und Tubenschwulst und das Ostium pharyngae nicht befällt, ferner die durch die Hyperplasie hervorgerufenen Stauungen und Oedeme, wobei durch Injection der Venen neue Aufschlüsse geboten wurden, besonders in Bezug auf die Reflexneurosen, welche von der Nase ausgehen.

3) Welche Operationsmethode ist als die beste zur Entfernung der Hyperplasie der Rachentonsille zu bezeichnen?

Ausführlich wird dieser Vortrag demnächst im Anschluss an eine grössere Arbeit anderweitig veröffentlicht werden, weshalb wir von einem eingehenderen Referat Abstand nehmen und uns nur dem Danke anschliessen, der dem Vortragenden allseitig gezollt wurde.

Den Schluss der Sitzung bildete ein Vortrag von Stoeker-Berlin „über eine neue Methode der Operation von Granulationsgeschwülsten nach der Tracheotomie“, mit Demonstration eines zu diesem Zwecke besonders construirten kathederartigen Instruments.

Sitzung am Montag den 22. September.

Vorsitzender: Jacoby-Magdeburg.

Dr. Hopman-Cöln sprach über nasale Papillome und demonstrirte eine Anzahl von ihm operirter Papillome in Spiritus und einige mikroskopische Schnitte derselben. Der Vortragende hat die Papillome stets nur an der unteren Nasenmuschel gesehen und niemals, wie Makenzie (Krankheiten des Halses und der Nase II, deutsch von Semon 1884 pag. 547) an anderen Stellen. Auf die Anfrage von Schwartze-Halle nach der Operationsmethode erklärt Hopman die seinige. Er benutzt in der Regel die kalte Schlinge von Zaufal, die er zusammengefaltet durch die Nase bis an die hintere Rachenwand führt und dort mit dem hinter dem Velum nach oben hochgeführten Zeigefinger linker Hand entfaltet.

Der Befürchtung des S. R. Magnus-Königsberg, dass die Bildung dieser grösseren Hohlräume durch die Operation die Krustenbildung in stärkerem Grade begünstige, tritt Hopman entgegen, indem er dieses für das kleinere Uebel erklärt. Echte Ozaena hat er nie darnach beobachtet.

Sodann spricht Schwartze-Halle „über Excision des Trommelfells und der Gehörknöchelchen“. Die Operation ist nur gegen die Eiterung und ihre Folgen gerichtet und soll nur nach vorangegangener erfolgloser anderer Behandlung meist in Narcose vorgenommen werden. Die Technik der Operation ist die, dass das Trommelfell an der Peripherie umschnitten, die Sehne des M. tensor tympani und das Gelenk zwischen Ambos und Steigbügel durchtrennt, darauf mit dem Wilde'schen Polypenschnürer der Hammer durch hebelförmige Bewegung extrahirt wird.

Jacoby-Magdeburg giebt darauf einen „Beitrag zur galvanokaustischen Behandlung der Nasenkrankheiten“ und empfiehlt zur galvanokaustischen Verkleinerung der Muskelschwellungen Galvanokauteren, bei denen die eine Seite den Schutz für die Nasenscheidewand bildet, während auf der anderen ein mehr seitlich angebrachter, in leichtem Bogen verlaufender Platindraht tiefe Incisionen in die geschwollenen Mandeln macht. Er gebraucht einen Galvanokauter für die rechte, einen für die linke Seite der Nase und verwendet zugleich ersteren für das Incidiren von unten, letzteren für das von oben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Theodor Stein-Frankfurt a. Main zeigt auf Wunsch der Section die Instrumente und Apparate zur electrischen Beleuchtung der Körperhöhlen und zur Galvanokaustik, die schon in der chirurg. Section demonstrirt waren. U. A. hatte er eine sehr kleine aber kräftige Zink-Kohlen-Batterie von 6 Elementen, welche in Kästchen von Hartgummi in Chromsäurelösung tauchen. Mittelst derselben bringt er ganz kleine Lampen, in denen ein Kohlenfaden wie bei Edison sich befindet, zum Leuchten. Die Lampen sind theils an Stäben befestigt um die Theile der Mundhöhle zu beleuchten und sind mit Blenden versehen um den Beobachter zu schützen, theils an einem Kehlkopfspiegel, drittens an einer durch Stirnbinde am Kopfe des Beobachters zu befestigenden kleinen Laterne.

Dr. Stiemel-Leipzig demonstrirt 2 Pariser Hörapparate: einen Hörstock — ein einfacher Stock, an dem der Griff hohl ist und ein kleines Hörrohr bildet, das mit dem Ohr durch einen kleinen beweglichen Ansatz in Verbindung gebracht wird — und einen Hörfächer, — ein schwarzseidener Fächer, an dessen Rückseite ein Schallfänger derart angebracht ist, dass er beim Zusammenfalten des Fächers wenig in die Augen fällt. Der Nutzen dieser Instrumente steht im umgekehrten Verhältniss zum Preise.

Dr. Eysell-Cassel zeigte zuerst einige Präparate, unter denen besonders sehr saubere Durchschnitte durch die Paukenhöhle erwähnenswerth sind. Zur Untersuchung der Nase braucht er einklappige Specula (3 Grössen), die der Patient selbst halten kann und die nur an die äussere Seite der Nase angelegt werden; nur selten bedient er sich noch eines flachen Nasen-Scheidewand-Speculums. Von anderen Instrumenten soll noch besonders hervorgehoben werden eine Scheere Cooper-Richter zur Abtragung der mittleren resp. unteren Muschel, eine für rechts und eine für links.

4.

Section für Gynäkologie.

(Originalbericht.)

Der Bericht über die Sectionssitzung kann diesmal ein kurzer sein, weil in Folge des schon erwähnten ausserordentlich raschen Druckes des Tageblatts der ausführliche Bericht, und zwar ein ziemlich zuverlässiger, Jedermann zugänglich ist und weil in diesem Jahre schwierigere Discussionen sehr wenig vorkamen.

Wenn ich nach den Gegenständen meinen Bericht ordne, so möchte ich mit den Demonstrationen von Instrumenten und Präparaten beginnen.

Schwarz (Halle) zeigt eine interessante Modification des Braun'schen Cranioclasten vor. Nicht das Princip des Instrumentes hält er für anfechtbar, sondern nur das Detail der Form. Der Schnabel des Instrumentes erschien ihm zu dick, die Fenster zu gefährlich wegen der Möglichkeit des Hervorragens spitzer Knochentheile. Deshalb hat er das Instrument flach und fensterlos gemacht, so dass die äussere Branche wie eine Zange eingeführt werden kann. Daneben hat er dem Instrument eine starke Beckenkrümmung gegeben und das Schloss weiter nach hinten verlegt und etwas in der Form verändert, um es immer ausserhalb der Scheide und leichter schliessen zu können. In der Discussion fanden sich zwar die meisten befriedigt von der bisherigen Form, doch versprach Winckel Versuche mit dem Instrument zu machen.

Saenger (Leipzig) legte eine ganze Reihe von Instrumenten vor, die er sich hatte construiren lassen, einen Beinhalter, dessen Befestigung an den hinteren Füssen des Operationstisches möglich ist, ein Stechbecken, um grosse Wassermengen durchlaufen zu lassen, eine neue Zange zum Fixiren der Portio und zwei Gabeln zum Anlegen elastischer Ligaturen.

Fürst (Leipzig) demonstrirte ausserhalb der Sitzung eine Schwebe zur Erleichterung des Verbandes Laparotomirter, die es ermöglicht, dass eine Wärterin die Operirte leicht und sicher zur Reinigung erheben kann.

Fehling (Stuttgart) legte einen Uterus vor, der von einem Kaiserschnitt stammt, den er kurz vor dem Tode an einer an Basilarmeningitis Leidenden gemacht hat. Er hat das Peritoneum vor der Naht abgehoben und dann dasselbe durch oberflächliche und die Uteruswand durch bis in die Höhle gehende Nähte vereint. Bei dem Tode nach 12 Stunden war das Bauchfell verklebt.

Olshausen (Halle) zeigte einen von einer Hebamme herausgerissenen Uterus (die Frau überstand den Kunstfehler; der Fall ist schon von Schwarz publicirt); er zeigte ferner Schnürstücke nach Laparotomien, erstens einen Uterusstumpf nach Myomotomie; er hatte den Stumpf nach Unterbindung der Arterien mit Gummiligatur versenkt, nach vier Tagen fand er den Stumpf genau so wie er ihn versenkt hatte; zweitens zeigte er die Genitalien einer Frau, die neun Wochen nach der Ovariotomie an Pleuritis starb. Auch hier ist nichts irgend wie verfärbt, sondern unverändert.

Krukenberg (Bonn) zeigte drei spondylolisthetische Becken, deren Durchschnitte die von Neugebauer begründete Anatomie bestätigte. Einmal handelte es sich um Fractur, zweimal um congenitale Diastase an der Interarticularportion der Bögen.

Aus dem Gebiete der Laparotomie waren eine Reihe von interessanten Vorträgen gehalten worden. Olshausen wies auf eine besondere Art der Ovarientumoren hin, die er zweimal unter 300 Fällen gesehen hat; sie charakterisiren sich dadurch, dass die Geschwulst nicht eine kugelige Masse, sondern nach Art einer Traubenmole sich darstellt. Die einzelnen Cysten sind mehr oder weniger breitbasig dem gemeinsamen Stock aufsitzend. Er vermuthet, dass es sich um Degenerationen der „accessorischen Ovarien" handelt, weil er in dem einen Fall die Ovarien neben dem Tumor fand. Von den in der Discussion erwähnten gleichen Fällen von Schatz, Veit, Hofmeier waren zwei durch ihre Malignität ausgezeichnet.

Saenger (Leipzig) besprach ausführlich die Wichtigkeit der gonorrhoischen Erkrankungen des weiblichen Genitalkanals, er ist immer mehr von der Richtigkeit der Behauptung Nöggerath's über die Häufigkeit der latenten Gonorrhoe überzeugt. Die Diagnose will er nicht ausschliesslich aus den Gonococcen stellen, ihm scheint es auch genügend zu sein, wenn Vaginitis, Urethritis und besonders die Tuben und peritonealen Erkrankungen in ihren bekannten Formen nachweislich sind. In Betreff der Therapie ist ihm besonders die Entfernung der Uterusanhänge d. h. möglichst der ganzen Tube und des Ovarium empfehlenswerth erschienen in allen Fällen, in denen es sich um stete Wiederkehr der entzündlichen Processe handelt, die auf keine andere Weise zu beseitigen sind. Er hat 4 Mal diese Operation vorgenommen und ist mit dem Resultat — vollkommener Erfolg in einem Fall — zufrieden.

Baumgärtner (Baden) empfiehlt die peritoneale Toilette nach der Laparotomie, er ist geneigt manche Erkrankungen auf zurückgebliebene Theile nach der Operation etc. zurückzuführen. Ihm hat sich eine eigenthümliche Art des Auswaschens der Bauchhöhle nach Beendigung der Operation besonders bewährt. Er führt ein Glasrohr durch die Bauchwunde ein und lässt bei einer Druckhöhe von $1\frac{1}{2}$ Meter warme Salicyllösung (1:1000) und zwar mehrere Liter einlaufen, um sie nachher wieder ablaufen zu lassen. In der Discussion äusserte zwar Schatz und Graefe (Halle), Letzterer besonders weil Olshausen von einem ähnlichen Verfahren vollständig zurückgekommen, Ersterer in der Ueberzeugung, dass das Verfahren nicht nöthig sei, Bedenken, besonders wegen der Gefahr des Collapses, doch hat Baumgärtner denselben nie zu beklagen gehabt.

Auch Fraenkel (Breslau) fand bei seinem Vortrag gewissen Widerspruch. Er hat nach zwei Ovariotomien Fieber beobachtet, das mehrere Tage anhielt, allerdings sogar bis 40,7 stieg, aber bei dem die Kranken absolut ruhigen Puls darboten und ohne Exsudation heilten. Er fasst dasselbe als aseptisches Wundfieber auf, besonders weil er auch von der Sicherheit seiner Antiseptik überzeugt ist. Ob dieselbe durch geringe Menge Blutes, die resorbirt werden musste, oder von dem zu langen Bauchschnitt, oder von dem Compressivverband, der vielleicht zuviel auf einmal zur Resorption brachte, abhing, will er allerdings noch dahin gestellt sein lassen. In der Discussion warnt Veit (Berlin) vor einer derartigen schwer zu beweisenden Anschauung, die mit der sonstigen Erfahrung in Widerspruch stände, man müsse auch Infection in Fällen annehmen, wo es zur Heilung komme. Auch Küstner schloss sich dem an, wies aber besonders auf eine Ursache für derartige Fieber hin, die er in der Darmbewegung nach der ersten Defäcation suchte.

A. Martin sprach über Myomotomie. Seine Erfahrung über diese Operation beläuft sich jetzt auf 60 Fälle, die Mortalität der letzten Fälle ist entschieden eine wesentlich bessere als die der früheren und er schreibt diesen Fortschritt der grösseren Sicherheit in der Antisepsis zu. Er fügt hinzu, dass er sich in der letzten Zeit wieder zu einer prophylactischen Drainage entschlossen hat, und mit den Erfolgen derselben recht zufrieden ist. Der Tod scheint ihm relativ häufig bedingt gewesen zu sein dadurch, dass man sich erst in einem allzu desolaten Zustand zur Operation entschloss, und das giebt ihm Veranlassung wegen der starken Blutung der dadurch bedingten Herzschwäche und wegen der Möglichkeit mehr oder weniger bösartiger Erkrankung der Schleimhaut bei Myom die Operation jedenfalls früher zu empfehlen, als man es bisher allgemein that.

In der Discussion hoben Winckel und Schatz die Wirksamkeit des Ergotins hervor, von dem sie bei allerdings sehr ausdauerndem Gebrauch Erfolge sahen. In der Technik weichen sie von den Vorschlägen Martin's nicht ab. Hofmeier gab eine Uebersicht über 100 Myomotomien Schroeder's, die auch eine allmähliche Abnahme der Mortalität dieser Operation zeigte, und H. hob besonders hervor, dass je nach der Möglichkeit, bei der Operation den Cervicalkanal unverletzt zu lassen oder zu eröffnen, die Gefahr geringer oder grösser zu sein scheint.

Hennig konnte sich bei der Laparotomie in einem Fall sehr gut orientiren über doppelseitige Hydrocelen; er hatte auf der einen Seite gegen diese Erkrankung zuerst punctirt, und dann zweimal Jodlösung injicirt, diese Behandlung hatte keinen rechten Erfolg, und bei der wegen Ovarialtumor nothwendigen Laparotomie konnte er den beiderseits offengebliebenen Kanal unter dem runden Mutterband feststellen. Noch in einem zweiten Fall hat er eine Hydrocele muliebris gesehen, die er durch Durchziehen eines Eisendrahtes verödete. In seinem Vortrage gab H. eine sehr ausführliche Uebersicht über die bisherige Casuistik dieser immerhin seltenen Affection.

Prochownik (Hamburg) sprach über Massage in der Gynäkologie. Der Vortr. gab eine Uebersicht über die Indicationen zur Massage, die er sowohl durch äussern Druck auf den Leib, wie durch Druck und Zug von der Scheide aus, wie endlich durch Einlegung immer grösser werdender Vaginalkugeln ausführt. Zur Resorption pathologischer Producte, zur Anregung der Circulation, zur Dehnung von narbigen Strängen und zur Erzeugung von Contractionen will er sie anwenden; doch beschränkt er ihre Indication auf alle diejenigen Fälle, bei denen alle andern therapeutischen Bestrebungen schon erschöpft sind. Er hält sie ferner für contraindicirt bei jeder acuten Erkrankung oder bei subacuten Steigerungen, so wie bei Verdacht auf Phthise, Catarrh, Gonorrhoe und Schwangerschaft. Mit seinen Erfolgen durch die Methode ist er zufrieden.

(Schluss folgt).

XII. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

Section für Chirurgie.

Nachtrag zu der Sitzung am 14. August, diese Wochenschr. No. 40 S. 654.

Durch ein bedauerliches Versehen ist in dem Sitzungsbericht ein längerer Passus weggeblieben. An die Notiz daselbst über den Vortrag des Herrn Prof. v. Mosetig schloss sich nämlich folgende nicht abgedruckte Fortsetzung der Debatte an:

„Es folgen die Empfehlungen des Sublimatverbandes durch Schede, illustrirt durch eine an Zahl und Vorzüglichkeit der Resultate gleich imponirende Statistik (über 3700 grosse Operationen innerhalb $1\frac{1}{2}$ Jahren). (Herr Schede hat die Güte gehabt uns ein Autoreferat zuzusagen.)

Im Anschluss daran erwähnt Mikulicz seine Erfahrungen über den unbestreitbaren Werth des Jodoforms für Wunden in Schleimhauthöhlen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die früheren Behandlungsmethoden von Operationswunden in der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle, am Mastdarm, an der Scheide, Blase und Harnröhre waren meist sehr umständlich, für den Kranken beschwerlich und bei alledem höchst unsicher. Die relativ beste der früheren Methoden, die continuirliche Irrigation, war recht complicirt und liess sich nicht überall anwenden. Eine exacte und verlässliche antiseptische Behandlung war bei den meisten dieser Wunden nicht möglich; daher waren auch die Erfolge der meisten Operationen dieser Categorie unsichere, indem häufig genug durch septische Processe als: Phlegmone, Wunddiphtherie, Schluckpneumonie und Septichämie oder Pyämie ein unglücklicher Ausgang herbeigeführt wurde. Selbst bei günstigem Verlauf erfolgte meist ausgedehnte Eiterung. Allen bekannt sind die früheren Erfahrungen über Zungenexstirpation, Unterkieferresection, Pharyngo- und Oesophagotomie und Larynxexstirpation; ferner über Mastdarm- und vaginale Uterusexstirpation, sowie plastische Operationen an Blase und Harnröhre.

Erst durch die Einführung des Jodoforms sind alle diese Wunden einer exacten Antisepsis zugänglich gemacht worden. Dabei ist die Behandlung höchst einfach, für den Patienten schmerzlos und überall in der gleichen Weise ausführbar. Sie besteht einfach darin, dass die ganze Wundhöhle mit 30—50procentiger Jodoformgaze ausgefüllt wird. Wenn man darauf achtet, dass die Gaze der Wunde überall gut anliegt, namentlich alle Ausbuchtungen vollständig ausfüllt, so haftet dieselbe (selbst in der Mundhöhle) 6—10 Tage fest. Sie übt nicht den geringsten Reiz aus und erhält die Wunde ganz aseptisch, selbst wenn Speichel und Schleim, Urin und Koth vorbeifliessen. Das Secret ist gering und meist geruchlos. Keine entzündliche Schwellung, keine ausgedehnte Eiterung, keine Schmerzhaftigkeit, kein Fieber ausser einer aseptischen Temperatursteigerung, wie sie auch bei anderen aseptisch verlaufenden Wunden vorkommt. Selbstverständlich muss die Operation unter den sonstigen antiseptischen Cautelen ausgeführt worden sein.

Eine separate Drainage der mit Jodoformgaze ausgefüllten Wunden ist überflüssig. Ebenso ist jede weitere Nachbehandlung überflüssig; die Gaze bleibt ruhig liegen, bis sie selbst herausfällt, oder wird nach 6 bis 10 Tagen (bei tiefen Höhlenwunden z. B. Rectum und Vagina) successive entfernt und durch frische ersetzt. Sobald die Wunde rein granulirt, ist die Jodoformgaze überflüssig. Einstäuben oder Einreiben von Jodoformpulver ist ganz überflüssig und ruft die Gefahr der Jodoformintoxication hervor. Bei blosser Jodoformgaze und kleinen und mittelgrossen Wunden hat Redner nie Erscheinungen von Jodoformvergiftung gesehen. Bei grossen Wundhöhlen dagegen (z. B. nach ausgedehnten Rectumexstirpationen) können hohe Pulsfrequenz (120—140), Uebligkeiten und Erbrechen und Unruhe des Patienten auftreten. Wenn diese Erscheinungen sich noch am 2. oder 3. Tage steigern oder länger als 48 Stunden anhalten, muss die 30- bis 50procentige Jodoformgaze entfernt und durch eine schwächere oder aber ein anderes antiseptisches Verbandmaterial ersetzt werden. Eine schwere Jodoformintoxication hat Redner bei dieser Art von Wunden noch nicht beobachtet.

Die Erfahrungen des Redners beziehen sich auf mehr als 150 günstig verlaufene grössere Operationen dieser Categorie, darunter zahlreiche Zungen-, Mastdarm- und totale Uterusexstirpationen, mehrere Pharynx-, Larynx- und Oesophagusresectionen."

XIII. II. Hauptversammlung des Preussischen Medicinal-Beamten-Vereins. Berlin, 25.—27. September 1884.

III.

In der Discussion über den Vortrag des Herrn Mittenzweig über das Preussische Hebeammen-Wesen macht Herr Litthauer darauf aufmerksam, es sei sehr erwünscht, dass die vom Ministerium erlassene Instruction überall gesetzliche Kraft erhalte, damit sie in allen Theilen sicher befolgt werde. Uebrigens kommt es weniger auf den Umfang der Kenntnisse der Hebeammen an, als auf die Vertiefung derselben. Er hält es für zweifellos, dass die Hebeammen in grösserer Anzahl das Puerperalfieber verschulden, als die Pflegerinnen und Wickelfrauen.

Auch Herr Simon-Landsberg weist auf den geringen Bildungsgrad der Hebeammen, besonders auf dem Lande hin und hebt den Nutzen der sogenannten Hebeammen-Katechismen hervor.

Herr Rubensohn-Grätz weist ebenfalls auf die Vergesslichkeit der Hebeammen bezüglich dessen hin, was sie bei der Nachprüfung gewusst haben. Herr Raabe-Cammin hält den Vorschlag des Herrn Mittenzweig, die Lehrzeit der Hebeammen von 6 auf 9 Monate zu verlängern, aus dem Grunde für schwer durchführbar, weil der Kreisphysikus dann nicht immer in der Lage sei, zu attestiren, dass die betreffende nicht schwanger sei.

Herr Werner opponirt gegen das Institut der frei practicirenden Hebeammen, die nicht nur in armen, sondern auch in wohlhabenden Gegenden ihre Praxis frei ausübten. Dies müsste vor Allem abgeschafft werden. Er wünscht, weil sonst der Weiterverbreitung des Puerperalfiebers nicht gut gesteuert werden könne, dass den Hebeammen aufgegeben werde, sobald sie ein Wochenbettfieber in ihrer Praxis haben, sofort dem Kreisphysikus oder der Polizeibehörde davon Anzeige zu machen. Natürlich hätten sie sich gründlich zu reinigen und bis auf Weiteres nur noch zu entbinden, während die Pflege der Wöchnerinnen an andere übergehen müsse.

Herr Rapmund-Nienburg tritt für Repetitions-Kurse, die vom Kreisphysikus abzuhalten seien, ein. Er plaidirt lebhaft für Mitbeihülfe der practischen Aerzte, die vor Allem die strengen Vorschriften der Physici nicht als falsch oder überflüssig zu bezeichnen hätten, sondern gegen die Hebeammen in gleicher Strenge wie letztere vorgehen müssten.

Herr Beyer weist darauf hin, dass im Hebeammen-Institut in Lübben ein 8monatlicher Cursus abgehalten wird. Erst seit diesem Jahre werden die dazu bezeichneten Hebeammen zu einem Fortbildungs-Cursus im Institut selbst einberufen, eine Einrichtung von nicht geringer Bedeutung.

Herr Schütte-Göttingen will auch die Aerzte zur Mitwirkung herangezogen wissen und glaubt, man könne den Hebeammen sehr wohl bestimmte Beschäftigungen, wie z. B. die Behandlung der Wöchnerinnen verbieten. Die in den verschiedenen Provinzen bestehenden Taxen der Hebeammen hält er für ungenügend, während man so viel von den Hebammen verlange. Herr Wiedemann bezweifelt hierauf das Recht der Kreisphysici, die Hebeammen vom Amt zu suspendiren. Ihm sei dies wenigstens in einem Falle nicht gelungen. Er betont, wie wichtig es ausserdem sei, dass die Antwort der Behörde nicht erst nach 4—6 Wochen erfolge.

Herr Rapmund hält dagegen die Berechtigung des Kreisphysikus für erwiesen, einer Hebeamme, welche einen Fall von Wochenbettfieber habe, den weiteren Verkehr bei diesen Kranken zu verbieten. Herr Mittenzweig bleibt bei seiner Ansicht, dass die Verlängerung des Hebeammen-Unterrichts eine Nothwendigkeit sei, stehen, ausserdem müsse man wenigstens versuchen, auch den alten Hebeammen die Antiseptik beizubringen. Er hält den Physikus für ermächtigt, die Suspension zu verhängen, für die ein Zeitraum von 14 Tagen genügen dürfte. Bezüglich der Desinfection wünscht er eine einheitliche Instruction für die Hebeammen-Lehranstalten und für die Physiker, damit nicht jeder Physikus sein eigenes Desinfectionsverfahren vorziehe. Die Hebeammen andererseits seien viel zu wenig gebildet, um selbständig unterscheiden zu können.

XIV. Journal-Revue.

Pathologische Anatomie.

4.

Blaschko, Mittheilungen über eine Erkrankung des sympathischen Geflechtes der Darmwand. Virch. Arch. Bd. 94, S. 136.

Sasaki, Ueber Veränderungen in den nervösen Apparaten der Darmwand bei perniciöser Anämie und bei allgemeiner Atrophie. Virch. Arch. Bd. 96, S. 287.

Die beiden Arbeiten enthalten Mittheilungen über wichtige primäre Erkrankungen des Sympathicus der Darmwand und ergänzen so die früheren entsprechenden Beobachtungen von Jürgens (Verhandl. der Berl. Med. Ges. 1881 u. 1882). Blaschko untersuchte zunächst den Darm eines 27jähr. weiblichen Individuums, welches nach einer Entbindung im Verlauf zweier Jahre unter heftigen Verdauungsstörungen hochgradige Anämie bekam und daran zu Grunde ging. Es fand sich der Darm im hohen Grade atrophisch, durchscheinend und histologisch eine Verminderung und Verkleinerung der Zotten, ferner ausgedehnte Degeneration des Meissner'schen und des Auerbach-schen Plexus, im Wesentlichen bestehend in fettiger Degeneration der Ganglienzellen und der abgehenden Nervenfasern, beides an dem M. Pl. deutlicher als an dem A. Pl. In jenem stellten die Nervenfasern oft nur Reihen von Fettkörnchen dar. Die Musculatur bot keine bemerkenswerthen Abnormitäten. In einem zweiten Falle war die Anamnese wenig bekannt, es handelte sich um eine Frau, die unter den Erscheinungen einer Alkoholintoxication an einer Pneumonie starb. Die Darmwand war dünner als normal und bot die gleichen Veränderungen wie im ersten Falle, nur war hier der A. Pl. gleichfalls hochgradig betheiligt, und die Musculatur ebenfalls fettig degenerirt. Die beiden von Sasaki mitgetheilten Beobachtungen beziehen sich auf perniciöse Anämie und decken sich nach den Abnormitäten der Darmwand im Grossen und Ganzen mit dem von Blaschko beschriebenen. Untergang der Ganglienzellen, körnige Entartung der Nervenfasern, fettige Degeneration dieser Bestandtheile, in dem einen Falle auch der Musculatur, wurden aufgefunden.

Beide Autoren werfen nun naturgemäss die Frage auf, ob die geschilderten Degenerationen primär oder secundär seien. Sie untersuchten dementsprechend eine grössere Reihe zum Theil hochgradig atrophischer Därme, wie sie bei allgemeinen kachectischen Zuständen und im Alter vorkommen, ohne jedoch entsprechende Befunde erheben zu können. Da nun auch die genannten klinischen Erscheinungen und der ganze Verlauf auf eine primäre Darmerkrankung hindeuten, so machen Verff. die Atrophie des Darmes mit Recht abhängig von den geschilderten Veränderungen des Sympathicus.

Ribbert.

Thoma. Ueber die Abhängigkeit der Bindegewebsneubildung in der Arterienintima von den mechanischen Bedingungen des Blutumlaufes. Erste Mittheilung: Die Rückwirkung des Verschlusses der Nabelarterien und des arteriösen Ganges auf die Structur der Aortenwand. Virch. Arch. Bd. 93 S. 443.

Thoma. Zweite Mittheilung: Das Verhalten der Arterien in Amputationsstümpfen. Virch. Arch. Bd. 95 S. 294.

Thoma. Ueber einige senile Veränderungen des menschlichen Körpers. Antrittsvorlesung Dorpat 1884.

Die Erscheinung, dass fibröse Endarteriitis sehr oft im Anschluss an Verengerung oder Verödung des zugehörigen Capillarbezirkes sich entwickelt und dass ähnliche Veränderungen der Arterienwand auch

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

bei Nephritis interstitialis auftreten, gab Thoma Veranlassung zu ausgedehnten Untersuchungen über die Abhängigkeit der Structur der Arterienwände von der Circulation, über die Frage, ob durch die Ausschaltung eines beträchtlichen Theiles des Capillarbezirkes die Gefässwand beeinflusst wird. Es liegen vom Verf. bisher drei Untersuchungsreihen vor, von denen die erste sich auf das Verhalten der Aorta gleich nach der Geburt bezieht, wenn also durch Verschluss der Umbilicalarterien und des Ductus Botalli ein räumliches Missverhältniss zwischen der Weite der Aorta und ihrer Verzweigungen sich herausstellt. Offenbar wird die nächste Folge eine Verlangsamung des Blutstroms in der Aorta descendens unterhalb des verschlossenen Botallischen Ganges sein, welche nur durch eine Abnahme der Lichtung ausgeglichen werden könnte. Die anatomischen Untersuchungen wurden gemacht durch Anfertigung zahlreichster Serienschnitte der ganzen Aorta, und so zunächst für das embryonale Gefäss festgestellt, dass die Intima besteht aus einer Endothellage und einer Elastica, sowie dass unter Umständen zwischen beide auch eine Zellschicht sich einschiebt, die elastisch-musculärer Natur ist. Diese Structur ändert sich bald nach der Geburt. Es tritt eine Bindegewebsneubildung zwischen Endothel und Elastica oder zwischen jenem und der elastisch-musculösen Schicht ein, die grosse Dimensionen annimmt. Das entstehende Gewebe ist derb, zellarm, hyalin. Diese Verdickung der Intima setzt die Weite des Aortenlumens herab und muss so als eine compensatorische angesehen werden. Dass diese Auffassung richtig ist, ergiebt sich aus der genaueren Beschränkung der Bindegewebsneubildung auf den zwischen Ductus Botalli und Nabelarterien liegenden Abschnitt.

Die zweite Beobachtungsreihe erstreckt sich auf das Verhalten der Arterienintima in Amputationsstümpfen. Es stellte sich heraus, dass, in Uebereinstimmung mit zahlreichen Angaben der Literatur, eine beträchtliche Verengerung des Lumens der Hauptarterie sich ausbildet, die allmählich in centraler Richtung abnimmt. Diese Verengerung der Lichtung ist bedingt, einmal durch eine Endarteriitis, ganz wie in der Aorta des Neugeborenen. Sodann aber spielt eine wesentliche Rolle eine concentrische Atrophie der Media und formulirt Thoma die Beziehungen zwischen beiden Vorgängen folgendermaassen: Die nach der Operation vorhandene zu grosse Weite des Hauptarterienstumpfes erfährt durch Contraction der Media auf nervösem Wege eine Verengerung, so dass die zunächst entstehende Verlangsamung des Blutstroms aufgehoben wird. Reicht zu letzterem Zwecke die Zusammenziehung der Muscularis aus, so bildet sich nur noch eine Atrophie der weniger gespannten Media aus. Genügt aber jene Contraction nicht, so gesellt sich die Verdickung der Intima hinzu.

Die dritte Mittheilung bespricht die senile Endarteriitis. Die auf Altersatrophie der Media zurückzuführende Erweiterung des Aortenlumens erfährt durch die auftretende Bindegewebszunahme der Intima eine Einschränkung. Für die Erweiterung der Aorta und die Verlangsamung des Blutstromes in ihr ist von wesentlichem Einfluss der Umstand, dass wie Thoma experimentell darthun konnte, die Capillarbezirke dem Kreislauf einen grösseren Widerstand entgegensetzen als in jüngeren Jahren. Erklärt wird dies durch eine abnorme Durchlässigkeit der Capillarwandungen.

Diese drei Untersuchungsreihen, die im Einzelnen viele hier nicht näher zu besprechende Ausführungen erfahren, stimmen also in ihren Resultaten dahin überein, dass die Missverhältnisse zwischen der Weite der Arterienbahn und der Capillarbezirke durch eine Verengerung des Lumens vermittelst Bindegewebszunahme der Intima ausgeglichen werden. Es kann zu gleichem Zwecke eine concentrische Atrophie der Muscularis mitwirken.

Die geschilderten Erscheinungen lassen nun auch, wie Thoma hervorhebt, einiges Licht auf die Arterienveränderungen bei Nephritis interstitialis fallen. Verf. konnte in früheren Abhandlungen zeigen, dass bei dieser Erkrankung der Niere eine vermehrte Durchlässigkeit der Capillarwandungen und im Zusammenhang damit eine Erhöhung der Widerstände für den Kreislauf eintritt. Er glaubt, dass diese Abnormitäten von ähnlichem Einfluss auf die Arterienwand sein können, wie die gänzliche Ausschaltung eines Gefässbezirkes in Amputationsstümpfen und die erwähnten Verhältnisse des Alterskreislaufes.

Ribbert.

Syphilis.

5.

M. v. Zeissl. Ein neuer Fall von Infectio in utero. Wiener med. Presse 1884 No. 20.

28jähr. Kaufmann aus Ungarn, verheirathet, hat am 30. Juni 1883 ein maculo-papulöses Syphilid, Papeln an den Tonsillen, kurz unzweifelhafte secundäre Lues. Sie stammt von einem ausserehelichen Coitus am 11. April 1883. Seine Frau, die er bis zum 25. Mai 1883 geschont, dann aber wiederholt cohabitirt hatte, bot Mitte Juli 1883 keine Zeichen von Syphilis dar. Am 4. October, wo Z. die Frau wiedersah, klagte die jetzt sehr anämisch aussehende Frau über heftige Kopfschmerzen. Nichts an den Genitalien oder sonstwo nachzuweisen, dagegen Inguinaldrüsen mässig, Mastoidealdrüsen mächtig geschwellt. Ordination: Ferrum jodatum. Am 28. Oct. maculo-papul. Syphilid. 20 Einreibungen à 2.0 gr. Am 10. Novbr. wird die Schwangerschaft in dem 9. Lunarmonat befunden. Am 31. December Geburt eines Knaben. Z. sieht das Kind am 15. Januar zum ersten Male: Stark abgemagert, mit Pemph. syph. an Hand- und Fussfläche, sowie Papeln an Lippen- und Mundschleimhaut. Trotz antiluet. Behandlung und Mutterbrust Tod nach weiteren 3 Wochen. Section verweigert.

Dieser Fall lehrt somit wieder, meint Z., dass die Placenta kein Hinderniss für das Syphilis-Contagium abgebe. Das von der Zeugung her gesunde Kind (Vater erst am 12. April inficirt) ist erst in utero von der im Verlaufe der Schwangerschaft inficirten Mutter (vom 25. Mai ab) syphilitisch geworden.

Bei anämischen Weibern hält Z. die Schwellung der Mastoidealdrüsen — die Klagen der Frauen beziehen sich fast stets auf Kopfschmerz — für ziemlich pathognostisch für Lues, besonders wenn noch Inguinaldrüsen-Schwellung vorhanden ist. Meist wird der fernere Verlauf diese Diagnose rechtfertigen.

Pauly-Berlin.

Pauly-Posen. Zur Entstehung der ringförmigen luetischen Pharynxstricturen. Centralbl. f. Chir. 1884 No. 17.

Um die Ursache der Dyspnoe zu bestimmen, laryngoskopirt P. einen 39jähr. Patienten, bei dem das Velum an die hintere Rachenwand angewachsen war, und der bei lauter, nasaler Sprache 12 gleich lange In- und Exspirationen in der Minute hat, dabei aber den Wunsch hat „blos durch die Nase Luft zu bekommen“. Das Laryngoskop ergiebt eine ringförmige, narbige Pharynxstrictur in Form einer weissen Membran, die sich von der Zungenbasis zur hinteren Rachenwand horizontal ausspannt und den Aditus ad laryngem et oesophagum bis auf eine extramediane, erbsengrosse Oeffnung völlig verschloss. Nach Spaltung der Narbenmembran konnte P. constatiren, dass die Spitze der seitlich zusammengedrückten Epiglottis sich unter einem horizontalen, 2 cm langen, concaven dünnen Narbenrande an der Zunge verbirgt, der die Basis eines glattnarbigen Dreiecks bildet, das etwa die Gegend der Papillae vallatae einnimmt. Demnach wird es klar, dass derartige colossale Stricturen dadurch entstehen, wenn sich mit den Ulcerationen der hintern und seitlichen Rachenwand gleichzeitige Affectionen des hintern Zungengebietes verbinden. Bei allen bisherigen Beobachtungen sind sehr ausgedehnte Pharynx-Affectionen und Verwachsungen des Velums mit der Rachenwand notirt. Dazu würde stets eine gummöse Affection des hintern Zungentheiles (d. h. zerfallendes Gumma) kommen.

Mit Recht empfiehlt der Verfasser, jeden Fall von ausgebreiteter Pharynxsyphilis zu laryngoskopiren, da prophylactisch solche fatale Pharynxstenosen sich verhüten liessen.

Pauly-Berlin.

XV. Die Cholera.

XVI.

Der weitere Verlauf der Epidemie in Italien.

Die Epidemie ist im Allgemeinen sichtlich im Abnehmen, obwohl sie im Kleinen schleichend sich weiterverbreitet. Mantua, Piacenza, Padua, Venedig, Sondrio sind die neuen Provinzen, in welchen die Krankheit seither Platz gegriffen hat. Es handelt sich aber ausschliesslich nur um vereinzelte Fälle, die ebensowenig zu einer weiteren Verbreitung der Epidemie führen werden, als es in den vielen andern Provinzen, in welchen seit längerer Zeit Erkrankungen vorkommen, der Fall war. Ueber die Art und Weise dieser Verbreitung ist gar nichts bekannt. Einschleppung, Contact mit Individuen, welche aus inficirten Gegenden kommen, wird an mehreren Orten absolut in Abrede gezogen. In der Provinz Rovigo wird der Po als Träger des Krankheitskeimes angesehen, in Genua eine Wasserleitung, welche in dem inficirten Busalla ihr Wasser empfängt. Doch ist letzteres nur eine Vermuthung. Untersuchungen haben Nichts ergeben.

Bei dem plötzlichen Ausbrechen der Krankheit in Genua, bei der raschen Zunahme derselben musste man befürchten, dass ein neuer grösserer Krankheitsheerd geschaffen werde, welcher die Vermehrung und Verbreitung der Epidemie nach vielen Richtungen hin ermögliche. Die rasche Abnahme in Genua lässt jetzt sicher hoffen, dass dies nicht der Fall sein wird, und die weitere Verbreitung von dort aus wird sich auf die Riviera beschränken. Es sind an der Riviera di Ponente Orte ergriffen worden, welche nicht im Bulletin angegeben sind, theilweise mit dem Ausbruch der Krankheit in Genua im Zusammenhange stehen, theilweise aber dieselbe schon viel früher bekommen haben. Ueberhaupt ist an der Riviera von Spezia angefangen hinunter bis Nizza kaum ein Ort, der bisher verschont geblieben wäre.

In Spezia selbst nimmt die Epidemie ganz wesentlich ab, der Cordon besteht aber noch. Die Hoffnung auf Aufhebung desselben, welche man hegte, als in Genua die Krankheit ausbrach, war vergebens.

In Venedig kamen 3 „choleraverdächtige“ Fälle vor. Der erste Fall betraf eine Frau, welche den Tag nach einem überstandenen Abortus aufgestanden war, an einer Festlichkeit theilgenommen und grobe Diätfehler begangen hatte. Nach heftigen Metrorrhagieen erfolgte der Tod und die Section ergab natürlich nichts, was auf Cholera hätte Verdacht geben können. Beim 2. Fall ist die Todesursache eben so wenig sicher, die Section wurde gar nicht gemacht. Der 3. Fall be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

trifft eine ältere Frau, welche plötzlich schwer erkrankte (woran?) und sich heute auf dem Wege der Besserung befindet. In Pelestrina (bei Chioggia) kam ein wirklicher Cholerafall vor, er betraf einen Arbeiter, welcher aus der Provinz Rovigo gekommen war. Seither sind weder in der Provinz, noch in der Stadt choleraverdächtige Fälle bekannt geworden. A. Kurz (Venedig).

Venedig, 4. October 1884.

Provinzen.	25.		26.		27.		28.		29.		30.		1. Oct.		2.	
	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.
Provinz Alessandria	2	—	—	4(?)	4	1	6	4	—	—	7	12	—	—	7	2
Aquila	1	—	—	—	7	3	7	4	8	5	2	2	4	3	4	1
Avellino	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bergamo	13	14	17	10	15	10	18	10	19	8	15	9	6	4	6	7
Bologna	1(?)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Brescia	8	3	4	3	4	3	1	1	4	3	4	3	1	3	3	2
Campobasso	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	2	—	—	—	—
Caserta	3	2	7	4	—	—	—	—	12	3	16	—	4	3	6	1
Chieti	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Cremona	16	12	—	—	6	?	4	2	22	7	17	7	16	4	17	16
Cuneo	42	9	19	9	16	12	33	20	24	8	36	12	21	11	16	7
Ferrara	1	1	—	4	1	—	7	1	8	1	5	1	2	2	—	—
Genua: Stadt	58	12	39	22	52	20	66	27	52	16	45	7	24	25	22	28
Vorherg. Fälle	—	10	—	5	—	—	—	20	—	14	—	12	—	20	—	21
Provinz	10	8	27	17	31	6	38	16	40	17	31	14	14	9	19	7
Spezia	9	6	11	6	8	6	8	3	6	2	4	4	3	1	3	2
u. Umgeb.	4	2	2	1	3	1	4	1	5	5	2	1	1	—	2	1
Lucca	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mailand	3	—	2	1	5	2	1(?)	1	2	2	5	3	3	2	3	1
Mantua	—	—	—	2	—	—	3	—	4	1	2	—	—	—	—	—
Massa	3	2	—	3	3	3	1	1	1	—	—	—	—	—	8	2
Modena	3	—	2	—	—	—	—	—	4	3	—	—	5	4	2	1
Neapel: Stadt	166	32	166	46	118	32	122	27	126	31	82	35	80	27	47	13
Vorherg. Fälle	—	31	—	28	—	35	—	24	—	26	—	30	—	23	—	15
Provinz	57	39	76	41	53	37	62	27	61	31	60	22	44	38	41	24
Novara	—	—	—	—	—	—	2(?)	1	1(?)		2(?)	2	3	—	5	4
Padua	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Parma	10	3	7	6	—	—	5	2	4	2	3	3	2	2	—	—
Pavia	3	—	3	2	—	—	—	—	3	1	3	1	1	—	—	1
Piacenza	—	—	—	—	—	—	—	1(?)	—	—	—	—	—	—	—	—
Reggio-Emilia	6	3	—	—	5	3	10	9	3	2	5	6	—	—	11	7
Rom	—	—	—	1	—	—	1(?)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rovigo	5	5	1	2	4	2	5	3	4	3	2	2	3	3	4	3
Salerno	1	—	2	—	—	—	3	—	1	—	2	1	—	—	7	4
Sondrio	—	—	—	1	—	2	—	—	3	1	—	—	1	—	—	—
Turin	6	8	5	5	—	—	2	—	6	3	2	3	5	5	4	5
Venedig	—	1(?)	—	2(?)	—	1(?)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gesammtzahl der Fälle	413	206	410	225	342	194	417	196	437	194	340	181	252	170	245	136

Die Epidemie nimmt in allen Theilen Italiens mit raschen Schritten ab. In den neu ergriffenen Provinzen blieb es seither bei den vereinzelten Fällen, bei denen allerdings zum Theil die Diagnose der asiatischen Cholera nicht so ganz sicher sein mag. Wie man nämlich früher in den inficirten Städten aus Furcht die ersten Fälle systematisch verheimlichte, so ist man jetzt gegen das Ende der Epidemie an manchen Orten sehr muthig und mit der Constatirung von Cholerafällen sehr bereitwillig geworden. In den früher befallenen Provinzen, mit Ausnahme von Cuneo, speciell in den hauptsächlich inficirten Städten ist dieselbe so zurückgegangen, dass ein gänzliches Erlöschen in kurzer Zeit möglich ist. In Neapel 23, in Genua 12, in Spezia gar kein Fall mehr. In letzterem ist nunmehr der Cordon nach mehr als zweimonatlichem Bestehen definitiv aufgehoben worden.

Nachdem die Epidemie in Neapel, wenigstens was die grössere Anzahl der Fälle betrifft, so gut wie zu Ende ist, ist es nicht uninteressant, dieselbe mit den früheren, welche die Stadt befielen, zu vergleichen.

Vom 2. August d. J. an, an welchem der erste Choleratodesfall vorkam, bis zum 26. September incl. kamen 10,486 Erkrankungs- und 5548 Todesfälle vor und am 4. October erreicht die Zahl der auf dem Cholerakirchhof zu Neapel begrabenen ca. 6300. Die grösste Anzahl hiervon, 549, fällt auf den 9. September.

Eine Zusammenstellung der früheren ergiebt Folgendes:

J. 1836	(2. October bis 31. December)	Todesfälle	5300
„ 1837	(25. April bis 25. September)	„	13800
„ 1854	(20. Juli bis 28. September)	„	8600
„ 1855	(20. August bis 14. December)	„	1300
J. 1865	(13. October bis 31. December)	Todesfälle	2200
„ 1866	(30. Juli bis 22. October)	„	3470
„ 1867	(1. August bis 7. October)	„	300
„ 1873	(22. August bis 15. December)	„	1280

Unter den 9 Epidemien, welche Neapel befielen, ist die heutige demnach die drittgrösste.

Vier Fälle von Scheintod sind seit dem Auftreten der Krankheit bekannt geworden, 2 in Neapel und 2 in Genua. Einmal wurde einer in Neapel in dem scheintodten Zustand begraben und später fand man einen Theil des Sarges ausgetreten, aus welchem die Füsse hervorsahen, während ein Anderer das Glück hatte, auf dem Wege zum Kirchhof wieder zu sich zu kommen und dies den Trägern des Sarges erkenntlich zu geben. Derselbe wurde gerettet und befindet sich heut unter den Lebenden. Einer der Fälle in Genua betrifft einen Arzt Namens C. Canepa. Nach Constatirung des Todes wurde derselbe in ein Leintuch gehüllt. 6 Stunden später aber stand der Todtgeglaubte auf, ging in das benachbarte Zimmer, in welchem er seine weinende Familie antraf und machte denselben Vorwürfe über die Art und Weise, in der man ihn verlassen habe. Wenige Stunden später starb er. Bei dem zweiten Falle, einem Kinde, erfolgte 4 Stunden nach dem Scheintod der wirkliche.

In Venedig sind zwei weitere Fälle als Cholerafälle von der Commission erkannt worden. Ueber diesen, wie über den früheren schwebt ein mysteriöses Dunkel und auch sie haben höchst auffallende Complicationen.

Der eine betrifft eine schwangere F. p., von der man allgemein erzählt, dass sie Abortivmittel genommen habe. Die Krankheitssymptome bestehen in Erbrechen, Diarrhoe und Anurie. Die letzt Erkrankte ist eine 34jährige Büglerin, bei der sich am 8. October heftige Diarrhoe mit Schmerzen verbunden einstellte. Die Anamnese ergiebt, dass sie beinahe jedes Jahr an Darmentzündungen leidet, welche sie auf ihren Beruf schiebt. Ueber den Zustand der Pat. ist nichts Näheres zu ermitteln. Untersuchungen auf Kommabacillen wurden in keinem der 5 Fälle gemacht und dem Verf. diese auf mehrmaliges Ansuchen hin nicht gestattet.

Thatsache ist, dass in Venedig, ausser vielleicht der Sanitätscommission Niemand an das Bestehen der Cholera in der Stadt glauben will. A. Kurz (Venedig).

Venedig, 11. October 1884.

Provinzen.	3.		4.		5.		6.		7.		8.	
	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.
Provinz Alessandria	6	3	2	2	2	1	4	3	7	2	2	1
Aquila	2	2	2	1	10	4	2	2	1	—	9	2
Bergamo	11	5	8	2	12	2	5	8	8	4	4	4
Bologna	—	1	2	—	—	—	1	1	—	—	3	1
Brescia	4	2	3	2	4	3	—	—	5	6	1	1
Campobasso	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Caserta	5	5	2	1	3	5	—	—	1	2	6	3
Chieti	—	2	—	—	—	1	1	—	—	—	3	—
Cremona	15	6	16	—	5	2	12	3	9	4	15	7
Cuneo	26	11	53	27	34	14	44	22	33	11	21	8
Ferrara	8	4	5	4	3	1	4	1	3	—	4	2
Genua: Stadt	20	4	27	6	21	7	13	2	12	2	10	5
Vorherg. Fälle	—	16	—	6	—	10	—	8	—	—	—	8
Provinz	17	3	13	9	22	9	14	14	12	4	13	5
Spezia	4	1	—	—	1	2	2(?)	2	Kein Fall mehr.			
Mailand	1	1	—	—	1	—	—	—	2	1	2	1
Mantua	2	—	—	—	3	1	2	1	1	1	—	—
Massa	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Modena	3	3	2	2	2	1	2	2	—	—	1	—
Neapel: Stadt	49	14	26	12	43	11	30	1	23	6	41	12
Vorherg. Fälle	—	19	—	13	—	16	—	7	—	9	—	6
Provinz	20	7	30	11	18	14	25	19	16	7	13	12
Novara	—	—	2	1	4	—	2	2	1	2	1	1
Parma	2	2	5	3	4	2	—	—	4	2	—	—
Pavia	—	—	—	—	—	—	9	6	2	2	—	—
Pisa	—	—	—	—	—	1	4	1	—	—	—	—
Porto Maurizio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Reggio-Emilia	—	—	3	—	3	4	3	3	2	1	7	3
Rovigo	2	—	3	2	3	1	—	—	6	3	1	1
Salerno	—	—	—	—	6	—	5	—	3	—	4	1
Turin	—	—	5	4	2	—	5	4	2	4	9	8
Venedig	1(?)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(?)	—
Gesammtzahl der Fälle	201	112	202	108	214	108	196	118	158	86	159	93

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XVI. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. In den Tagen vom 16. bis 18. September hielt der Universal-Verein der Verfertiger chirurgischer Instrumente, orthopädischer Apparate und Bandagen in Dresden seinen zweiten Congress ab und die überaus lebhafte Theilnahme (es waren ca. 70 Herren aus Nord- und Süddeutschland, Oesterreich-Ungarn, Schweiz, England, Rumänien, Russland etc. anwesend) beweist, dass die prinzipiellen Zwecke, welche die im vorigen Jahre begründete Gesellschaft verfolgt, unter den Fachgenossen schnell Anerkennung gefunden haben. In einem Jahre ist die Mitgliederzahl fast um das Doppelte gestiegen, insofern dieselbe heute schon 175 beträgt. — Es verdienen die Ziele des Vereins aber nicht nur in Fachkreisen und in der ärztlichen Welt Beachtung, sondern es dürfen dieselben das Interesse des grossen Publikums umsomehr in Anspruch nehmen, als die Grundidee eine durchaus humanitäre ist. Handelt es sich doch in erster Linie darum, dem immermehr überhand nehmenden Pfuscherthum entgegenzuarbeiten, das unbekümmert um die Güte von Material und Construction die chirurgischen Hilfsmittel, die Bandagen und Krankenpflegerartikel als reine Handelswaare betrachtet, während es jedem denkenden Menschen ohne Weiteres klar werden muss, dass ein ungenau gearbeitetes chirurgisches Instrument dem Leidenden eher schaden als nützen kann, dass eine dem Körper jeweilen nicht speciell angepasste Bandage überhaupt keinen Sinn hat. Die diesjährigen Verhandlungen bezogen sich hauptsächlich auf Erweiterung des Fachorganes, das zur gegenseitigen Belehrung beitragen soll, sowie auf die Gründung einer Zeitschrift, in welcher alle Neuheiten und Verbesserungen, durch gute Illustrationen erläutert, zusammengetragen und der gesammten ärztlichen Welt bekannt gegeben werden. — Der Erledigung verschiedener organisatorischer innerer Fragen folgte eine Vorberathung über Fachschulen, welche den Gehilfen Gelegenheit bieten würden, nach genügender practischer Ausbildung in der Herstellung chirurgischer Hilfsmittel auch medicinisch-theoretische Kenntnisse zu sammeln, z. B. durch Anhörung anatomischer etc. Vorlesungen im Anschluss an den Besuch chirurgischer und orthopädischer Kliniken. Ein bestimmtes Programm nach dieser Richtung wird für den nächstjährigen Congress vorbereitet, der getreu dem internationalen Charakter der Gesellschaft in Bern abgehalten wird. Den Schluss der Verhandlungen bildeten interessante Demonstrationen neuer Instrumente und Apparate nebst lehrreichen Vorträgen über practische Anwendung derselben.

2. Amtliches.

Preussen.

Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal Angelegenheiten.

Zum bevorstehenden Wintersemester wird an der Universität Berlin ein zahnärztliches Institut in dem Hause Dorotheenstrasse 40 eröffnet werden.

Die Thätigkeit des Instituts erstreckt sich sowohl auf den theoretischen wie practischen Theil der Zahnheilkunde.

An theoretischen Vorlesungen werden im nächsten Semester gehalten: 1) Allgemeine Chirurgie Mittwochs 10—11 Uhr von dem Unterzeichneten. 2) Die Krankheiten der Zähne und des Mundes Montags, Donnerstags und Sonnabends 10—11 Uhr von demselben. 3) Die Theorie der Plombirkunst Freitags 6—7 Uhr von Professor Dr. Paetsch. 4) Normale und pathologische Histologie der Zähne mit besonderer Berücksichtigung der in der Mundhöhle vorkommenden Pilze Mittwochs 6—7 Uhr von Professor Dr. Miller. 5) Theoretische Einleitung in die mechanische Zahnheilkunde Dienstags und Sonnabends 5—6 Uhr von Professor Sauer. — Für die allgemeine Ausbildung in der Anatomie, Physiologie, Physik, Chemie und in den Fächern der practischen Medicin finden die Studirenden der Zahnheilkunde in den an der Universität gelesenen Collegien reiche Gelegenheit.

Neben diesen theoretischen Vorträgen sind für das kommende Semester folgende practische Curse angekündigt:

1) Poliklinik der Zahn- und Mundkrankheiten mit Einschluss der Extraction der Zähne Montags bis Sonnabends 11—1 Uhr von dem Unterzeichneten.

2) Die operative Zahnheilkunde, welche in der Conservirung der erkrankten Zähne durch Plombiren ihre hauptsächliche Bethätigung findet, Montags bis Sonnabends 2—4 Uhr von den Professoren Dr. Paetsch und Dr. Miller gemeinschaftlich.

3) Die mechanische Zahnheilkunde, welche namentlich den Zahnersatz und das Richten der Zähne umfasst, vom Professor Sauer. Da jedoch in den Räumen des Instituts einstweilen noch kein Platz hierfür vorhanden ist, so wird der Professor Sauer diesen Unterricht in einem Laboratorium ertheilen, welches derselbe in seinem Hause, Schiffbauerdamm 38, eingerichtet hat und Montags bis Sonnabends, von 8 Uhr Morgens bis 7 Uhr Abends, geöffnet gehalten wird.

Die Inanspruchnahme der ärztlichen Hülfe in dem Institut und dem Sauer'schen Laboratorium steht einem Jeden während der für die practischen Kurse anberaumten Stunden völlig frei. Für die Gewährung der ärztlichen Hülfe ist der Grundsatz maassgebend, dass die Arbeit ohne Entgelt geleistet wird, das verarbeitete Material dagegen nach bestimmten tarifirten Sätzen zu vergüten ist. Daher geschieht z. B. die Extraction von Zähnen, wenn dieselbe ohne Narcose erfolgt, unentgeltlich, während für Plomben je nach der Kostspieligkeit des verwendeten Materials $\frac{1}{2}$ bis $1\frac{1}{2}$ Mk. zu ersetzen sind. Das Nähere darüber ergiebt der in den Anstaltsräumen ausgehängte Tarif. In Fällen unzweifelhafter Bedürftigkeit ist es indess dem betreffenden dirigirenden Arzte überlassen, die Patienten von der Erlegung der tarifmässigen Beträge zu dispensiren.

Zu jeder weiteren, mündlichen wie schriftlichen Auskunft ist der Unterzeichnete gern erbötig.

Berlin, den 9. October 1884.

Professor Dr. Busch, Director des zahnärztlichen Instituts.

XVII. Kleinere Mittheilungen.

— Dr. Kobert in Strassburg warnt vor der unlängst von Chassagne empfohlenen Behandlung des Abdominaltyphus mit Mutterkorn. Dasselbe enthalte eine Substanz, Sphacelinsäure, die im Darm ganz ähnliche Veränderungen hervorbringe, wie der Abdominaltyphus selbst. Die Homöopathen werden sich zweifellos um so eifriger dieses Mittels bemächtigen.

— Am 23. October feiert der Aerztliche Verein zu Lübeck sein 75jähriges Stiftungsfest, ein Verein der mit Ausnahme weniger Aerzte (von 30 nur 2) sämmtliche hiesige Collegen umfasste, und seit dem Jahre 1809 mit denselben nur redactionell veränderten Statuten ununterbrochen bis heute bestanden hat.

— Wiebaden. Das hiesige chemische Laboratorium des Herrn Geh. Hofrathes Prof. Dr. R. Fresenius war während des Sommersemesters 1884 von 84 Studirenden besucht. Dem sich steigernden Besuch entsprechend ist die Anstalt wiederum erweitert worden, und zwar durch Einrichtung einer mit allen Hülfsmitteln der Neuzeit ausgestatteten Abtheilung für Hygiene und Bakteriologie unter specieller Leitung des Hrn. Dr. med. F. Hueppe. Ebenso wie die übrigen Abtheilungen des Laboratoriums, gewährt auch diese neu eingerichtete Abtheilung eine gründliche Ausbildung in den betreffenden Zweigen der Wissenschaft und bietet ausserdem Geübteren Gelegenheit zu selbständigen Arbeiten auf diesem Gebiete. Ausser dem Director sind gegenwärtig als Docenten am chemischen Laboratorium thätig die Herren Dr. H. Fresenius, Dr. E. Borgmann, Dr. W. Fresenius, Dr. E. Hintz, Dr. med. F. Hueppe und Architect Brahm. Assistenten sind im Unterrichtslaboratorium 2, im Privatlaboratorium 12 und in der Versuchsstation 3 beschäftigt.

— Die vom Schweizerischen Bundesrath bei der deutschen Reichsregierung beantragte Gleichstellung der schweizer Universitäten mit den deutschen ist von der letzteren abgelehnt, dagegen für die practische Behandlung des Verhältnisses im Einzelfalle dasselbe Entgegenkommen in Aussicht gestellt worden, welches in dieser Angelegenheit bisher beobachtet worden ist.

XVIII. Personalien.

Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem pract. Arzt Dr. Brisken in Münster i. W. den Rothen Adler-Orden IV. Klasse und dem pract. Arzt San.-Rath Dr. Jansenius zu Honnef den Kgl. Kronen-Orden III. Klasse zu verleihen. Ferner haben Allerhöchst dieselben aus Anlass der Anwesenheit bei den grossen Herbstübungen des VII. u. VIII. Armee-Corps folgende Auszeichnungen Allergnädigst zu verleihen geruht: Den Rothen Adler-Orden III. Klasse: Dem Ober-Stabs- und Regimentsarzt Dr. Wuttig in Düsseldorf und dem General- und Corpsarzt Dr. Eilert in Koblenz; den Rothen Adler-Orden IV. Klasse: Dem Ober-Stabs- und Garnisonarzt Dr. Kloenne in Münster und den Ober-Stabs- und Regimentsärzten Dr. Müller in Wesel, Dr. Peters in Bonn, Dr. Angenstein in Köln und Dr. Klipstein in Koblenz; den Königl. Kronen-Orden II. Klasse: Dem General- und Corpsarzt Dr. Krulle in Münster; den Königl. Kronen-Orden III. Klasse: Den Ober-Stabs- und Regimentsärzten Dr. Kremers in Münster und Dr. Neumann in Köln.

Ernennungen: Der pract. Arzt Dr. Wilhelm Reip zu Salzwedel ist zum Kreisphysikus des Kreises Osterholz mit Anweisung seines Wohnsitzes in Osterholz ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Berckholtz, Julius Hirschfeld und Dr. Cohn in Berlin und Dr. Seifert in Antonienhütte.

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. von Wysocki von Kulm nach Heidelberg, Berth. Israel von Berlin nach Lippoldsberg, Dr. Bruno Francke von Berlin nach Zerpenschleuse, Dr. Morian von Würzburg nach Berlin, Dr. Gauser von München als Oberarzt der Land-Irren-Anstalt nach Sorau, Koziol von Sulau nach Peiskretscham und Dr. Grau von Biedenkopf nach Hilders.

Verstorben: Der Arzt Ernst Fischer in Berlin.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Riesenfeld in Ratibor hat seine Apotheke an den Apotheker Bourbiel verkauft.

Vacant: Kreiswundarztstellen der Keise Malmedy und Worbis.

Erklärung.

In dem General-Anzeiger für Stettin und Pommern bringt der Besitzer der Stettiner Stahlquelle, Herr Hermann Lange, direct meinen Namen und indirect auch den von Herrn Geheimrath Koch mit einer Reclame für diese Quelle in Verbindung. Ich sehe mich in Folge dessen zu der Erklärung gezwungen, dass ich dieser Reclame, welche eine ganz willkürliche Deutung meiner bakteriologischen Untersuchung dieser Quelle enthält, vollständig fern stehe und dass ich bereits die nöthigen Schritte gethan habe, um einem derartigen Missbrauche meines Namens entgegenzutreten.

Dr. Hueppe.

Wiesbaden, den 9. October 1884.

Berichtigung.

In No. 40 S. 653 2. Spalte Zeile 3 von oben muss es in dem Referat der Debatte des Hamburger Vereins über Lebercirrhose heissen statt „hartnäckige alkoholische Durchfälle" „acholische".

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Besondere Beilage

zu

No. 42 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Ueber adenoide Vegetationen

von

B. Fränkel.

(Sitzung der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin am 25. Februar 1884.)

(Fortsetzung aus No. 41.)

Die Kranken zeigen ein klangloses Timbre, eine Sprache die Mayer eine todte genannt hat. Dann aber sind sie ausser Stande, nasalirte Vocale zu sprechen, oder die Resonantes nasales m und n deutlich zu pronunciren.

Suchen wir uns diese durch die Vegetationen bedingte Veränderung der Sprache zu erklären, so kommen wir dabei an die Frage, ob bei der gewöhnlichen, nicht nasalirten Phonation durch das gehobene Velum der Isthmus pharyngonasalis luftdicht verschlossen wird, oder nicht. Es wird diese Frage von verschiedenen Autoren verschieden beantwortet, in neuerer Zeit aber bricht sich die Meinung immer mehr Bahn, dass kein luftdichter Abschluss des Isthmus bei der Phonation stattfinde, dass vielmehr auch bei nicht nasalen Sprachlauten eine Continuität der Luftsäule im Mundtheile und im Nasentheile des Pharynx statthabe. Es ist hier nicht der Ort auf diese Frage näher einzugehen. Ich habe neulich in der physiologischen Gesellschaft über dieselbe einen Vortrag gehalten, den ich binnen Kurzem dem Druck übergeben werde. Ich glaube, dass ich in demselben den Beweis erbracht habe, dass auch bei maximaler Hebung des Velums, so weit sie bei der Phonation stattfindet, der Isthmus pharyngonasalis nicht vollkommen verschlossen wird, vielmehr namentlich seitlich das Velum der Rachenwand nicht anliegt, so dass hier die Luft im Nasenrachenraum mit der unterhalb des Velums befindlichen unmittelbar communicirt. Hierdurch wird die Nasenhöhle zu einem Resonator mit zwei hinteren schmalen Oeffnungen zu beiden Seiten des Velums und zwei vorderen, nämlich den Nasenlöchern. Einen Theil ihres Wohlklanges erhält die menschliche Sprache erst durch die Resonanz in der Nasenhöhle.

Es ist leicht ersichtlich, dass diese Auffassung für die Erklärung der todten Sprache von Wichtigkeit ist. Sie ist nur bei der Annahme möglich, dass der Isthmus pharyngonasalis sich bei der Phonation nicht schliesst; ich muss aber sagen, dass wenn sich diese Annahme nicht anderweitig als richtig beweisen liesse, sie durch die bei adenoiden Vegetationen auftretenden Erscheinungen sehr warscheinlich würde. Denn der Sprache der an diesen Leidenden fehlt der Wohlklang, obgleich die Nasenhöhle Luft führt, also resoniren könnte, wenn in der That das Velum oder das Palatum und nicht unmittelbar die Luft die Wellen des Tons leiteten. Der Verlust des Wohlklangs kommt vielmehr dadurch zu Stande, dass die Schallwellen im Nasenrachenraum, statt in einen wohl eingerichteten Resonator zu gelangen, gegen weiche feste Massen mit vollkommen unregelmässiger Oberfläche andringen. Dies ist der Umstand, der die todte Sprache zu Wege bringt.

Neben dem Timbre der Sprache treten dann noch Veränderungen von einzelnen Consonanten und den nasalirten Vocalen auf, und wird hierdurch die Sprache der an Vegetationen im Nasenrachenraum Leidenden in die grosse Rubrik der mit dem unpassenden Namen der nasalen Sprache belegten Sprachweise eingeschlossen. Ich glaube es lassen sich im Allgemeinen drei Gruppen des „durch die Nase Sprechens" unterscheiden. Die erste und häufigste ist diejenige, die man nachmachen kann, wenn man sich die vorderen Nasenlöcher zuhält, die also bei Stenose der vorderen Partien der Nase entsteht. Wie man sich leicht überzeugen kann, erhält dadurch die Sprache im Allgemeinen keine Veränderung ihres Wohlklangs. Es tritt aber vermehrte, trompetenähnliche Resonanz ein, wenn ein nasalirter Vocal oder die nasalen m und n gesprochen werden.

Im Gegensatz zu dieser Sprache steht die Art des durch die Nasesprechens, die sich bei unzureichender Verengerung des Isthmus pharyngonasalis, also z. B. bei Lähmung oder Perforation des Velums findet. In diesem Falle erhalten Vocale und Consonanten, die nicht nasalirt gesprochen werden sollen, nasalen Beiklang, einige Explosiva sind gar nicht oder nur undeutlich zu bilden und es findet eine phonatorische Luftverschwendung statt. In beiden Fällen aber entsteht nicht die todte Sprache. Diese findet sich vielmehr nur bei Verlegung des Nasenrachenraums und ebenso wird nur in diesem Falle die Aussprache von m und n durch andere Laute ersetzt. Auch l und nach Fel. Semon das englische th werden in ihrem acustischen Charakter verändert. Ich muss mich bei dieser Gelegenheit auf diese wenigen Andeutungen über diesen interessanten Gegenstand beschränken, da es hier nur meine Aufgabe sein kann, die todte Sprache zu präcisiren und zu erklären.

Abgesehen von dieser, ich möchte sagen physiologischen Veränderung der Sprache fällt Kindern mit stenosirenden Vegetationen das Sprechen überhaupt schwer und es finden sich in einer gewissen Reihe von Fällen anderweitige Sprachfehler, Stottern und dergleichen. Da den betr. Patienten nur der Mund zur Respiration zur Disposition steht, müssen sie überdies bei jeder Inspiration eine längere Pause im Sprechen machen.

In einem hohen Procentsatz dieser Fälle gesellt sich zu den adenoiden Vegetationen Schwerhörigkeit hinzu. So kam es, dass ein Ohrenarzt diese Krankheit zuerst beschrieb. Die Schwerhörigkeit entsteht entweder durch Abschluss des Orificium pharyngeum Tubae oder durch fortgeleitete entzündliche Processe. Ich begnüge mich diese Complication lediglich anzuführen, ohne auf eine Erklärung ihres Zusammenhanges mit den Vegetationen des Weiteren einzugehen. Es spielt aber die Schwerhörigkeit in Bezug auf das allgemeine Verhalten der Patienten eine keineswegs untergeordnete Rolle. Ich habe schon angeführt, dass ihr Gesichtsausdruck ein dummer ist, dass sie namentlich in Folge der Behinderung des Schlafes ein müdes und träumerisches Wesen zeigen, sowie dass ihre Sprache gestört ist. Gesellt sich hierzu noch Schwerhörigkeit, so machen die Kinder zuweilen durchaus den Eindruck eines Idioten, und zwar machen sie nicht nur einen solchen Eindruck, sondern es ist in der That ihr geistiges Vermögen geschwächt und ihr Charakter verändert. Sie kommen in der Schule nicht weiter, sitzen meistens unten und verbringen in jeder Classe mehr Zeit, als planmässig dafür in Aussicht genommen ist. Die Schwerhörigkeit spielt sicher hierbei eine gewichtige Rolle, sie ist es aber nicht allein, was diese auffallende, die Eltern mit der grössten Sorge erfüllende Erscheinung bedingt. Ich habe Kinder beobachtet, die ohne schwerhörig zu sein, hohe Benommenheit des Denkvermögens und auffallende Flüchtigkeit und Trägheit zeigten. Dass aber die Verringerung der Kraft des Verstandes und der ausgesprochene Mangel an Energie, die sich, wie gesagt, nicht nur im Gesichtsausdruck, sondern in Wirklichkeit bei solchen Kindern finden, in der That ausschliesslich von den adenoiden Vegetationen abhängen, ergiebt die Beobachtung derselben Kinder, nachdem die betr. Geschwülste entfernt sind. Zur grössten Freude ihrer Eltern sehen ihre Lehrer staunend die rapiden Fortschritte, die solche bis dahin trägen und schwer begreifenden Kinder nunmehr machen und ihre Schulkameraden hören auf, sie zu hänseln. Es ist, als wären sie durch Entfernung der den Nasenrachenraum stenosirenden Vegetationen durchaus andere Menschen geworden! Wir haben schon gesehen, dass die Behinderung des Schlafs und andere Einflüsse das Allgemeinbefinden wesentlich beeinträchtigen; und werde ich weiterhin noch davon zu sprechen haben, dass adenoide Vegetationen, auch ohne zur Stenose zu führen,

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das Gefühl des eingenommenen Kopfes und wirkliche Kopfschmerzen veranlassen können. Alles dieses muss neben der Schwerhörigkeit in Betracht gezogen werden, um die im höchsten Maasse auffallende Veränderung des Wesens und Könnens der Kinder, die unsere Affection nur zu häufig im Gefolge hat, erklären zu können.

Diese Uebersicht der bei stenosirenden Vegetationen auftretenden Erscheinungen zeigt, dass wir es hier mit einem Leiden zu thun haben, dem eine erhebliche und eine mehr wie locale Bedeutung zukommt. Es ist eine Krankheit, die nicht nur die Specialisten, sondern jeden Arzt in hohem Grade interessiren muss!

Nicht ganz so wichtig, aber immerhin noch wichtig genug, sind die adenoiden Vegetationen dann, wenn sie weder bei der Phonation, noch bei der Athmung eine Stenose des Nasenrachenraums bedingen, wenn sie also vorhanden, aber nicht gross genug sind, um, wie wir bisher angenommen haben, schon durch ihr Volumen pathologische Erscheinungen auszulösen. Wenn ich mich jetzt dazu wende, die Erscheinungen, die solche Vegetationen hervorrufen, zu betrachten, brauche ich wohl kaum zu erwähnen, dass dieselben ebenso und vielleicht noch in gesteigertem Maasse bei stenosirenden Vegetationen vorhanden sind; die Symptome, die die Stenose setzt, treten nur zu denjenigen hinzu, die die Vegetationen im Allgemeinen bedingen.

Unter diesen Symptomen muss zunächst eine recht erhebliche Absonderung von zähem, wolkenbildendem, schleimigem Secret erwähnt werden, welche bei vorhandenen Vegetationen nie zu fehlen scheint. Dasselbe fliesst entweder in den Rachen herab, oder wird durch die Nase entleert, hat aber eine grosse Neigung an dem Orte seiner Bildung zu verharren und sich anzusammeln, so dass oft, namentlich nach Einspritzungen in die Nase, eine sehr erhebliche Menge auf einmal zu Tage gefördert wird.

Eine grosse Anzahl der Patienten scheint in Folge der adenoiden Vegetationen das Gefühl eines Fremdkörpers hinter dem Velum palatinum zu haben. Wenigstens deuten darauf die vielen complicirten exspiratorischen Bewegungen, die sie machen, und die den Zweck haben, etwas hinten aus dem oberen Theile des Schlundes heraus zu bringen, was da nicht hingehört. Manchmal räuspern sich die Patienten fast ununterbrochen, manchmal krächzen sie fortwährend, zuweilen machen sie hierher gehörige Manöver, für die das sie bezeichnende Wort fehlt. Die Umgebung betrachtet sie dann meist als „verschleimt". Zuweilen glaubt man aber es sei lediglich eine üble Angewohnheit und sucht durch erziehliche Einwirkung, das Niemandem angenehme Gebahren zu beseitigen. Die pädagogischen Versuche führen jedoch fast nie zu einem Erfolge, während sie den betreffenden Patienten nicht zu unterschätzende Qualen verursachen.

Sodann besteht in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Neigung zu acuten und subacuten Entzündungen der Schleimhaut des retronasalen Raumes. Bei solchen acuten Schüben kommt es in Folge der Anschwellung der Vegetationen und der Schleimhaut zuweilen zu vorübergehender Stenose. Auch kommen Tuba-Katarrhe, Otitis media und deren Folgen, sowie überhaupt katarrhalische Entzündungen der benachbarten Schleimhäute vor. Zudem localisiren sich anderweitige Processe bei vorhandenen Vegetationen gern im Nasenrachenraum. Ich glaube, dass es nicht Zufall ist, wenn ich bei mit Vegetationen behafteten Kindern die Diphtherie mehrfach im Nasenrachenraum beginnen sah und steht es durch zahlreiche Beobachtungen fest, dass die Diphtherie leichter in den Nasenrachenraum hinauf steigt, wenn hier Vegetationen vorhanden sind. Masern, Scharlach und andere acute Infections-Krankheiten rufen bei Vegetationen gern erhebliche Erscheinungen im Nasenrachenraum hervor.

Eine fernere Reihe von Symptomen wird durch die Neigung mancher Fälle von adenoiden Vegetationen zu spontanen Blutungen hervorgerufen. Es erfolgen entweder heftigere Hämorrhagien aus der Nase, oder ein langsames, meist sehr lange dauerndes tropfenweises Absickern von Blut. Im letzteren Falle wird das Blut weniger durch die Nase, als durch den Mund zu Tage gefördert. Es gehört nicht zu den Seltenheiten, dass lange Zeit hindurch Blut ausgeworfen wird, welches den adenoiden Vegetationen entstammt. Ich habe Fälle gesehen, in denen hierdurch der Verdacht der Phthise angeregt worden war. Sowohl durch das langsame Absickern, wie durch die heftigeren Hämorrhagien können anämische Zustände gesetzt werden.

Eine sehr wichtige Sache sind die durch adenoide Vegetationen hervorgerufenen nervösen Erscheinungen. Erwachsene mit dieser Affection klagen meist über abnorme Sensationen, die sie in den Kopf verlegen, über ein unbestimmtes Gefühl von Druck und Schwere in den oberen und hinteren Theilen des Schädels. In seltenen Fällen wird den Patienten dieses Gefühl so zur Beschwerde, dass sie in eine hypochondrische oder gar melancholische Gemüthsstimmung gerathen. Ab und zu, anscheinend bei acuten Schüben des complicirenden Katarrhs haben sie intensiven Kopfschmerz. Bei Kindern kommen diese Empfindungen nicht in gleichem Maasse zum klaren Bewusstsein. Sie sind aber sicher vorhanden und tragen wahrscheinlich mit dazu bei, um das träumerische und unaufmerksame Wesen der kleinen Patienten hervorzurufen. In manchen Fällen treten aber die Kopfschmerzen in migräneartigen Anfällen auf. Die Kinder kommen bleich und über Kopfschmerzen klagend aus der Schule, haben das Bedürfniss sich niederzulegen, erbrechen zuweilen, sind aber häufig schon am andern Tage wieder so weit wohl, dass sie wieder in die Schule gehen können. Zuweilen ist bei diesen Anfällen leichtes Fieber vorhanden. In vielen Fällen begnügen sich diesen häufig wiederkehrenden Anfällen gegenüber die Eltern und auch die Aerzte mit der Diagnose: Migräne. Die Kinder verbringen die Ferien auf dem Lande oder in Bädern, wo sie meist keine solche Anfälle bekommen, nach Hause zurückgekehrt bringen sie ihr altes Uebel wieder mit. Dann heisst es, „das Kind kann die Schulluft nicht vertragen". Bis schliesslich die adenoiden Vegetationen gefunden und entfernt werden, und das Kind vollkommen gesundet. Es sollte deshalb in solchen Fällen die Untersuchung des Nasenrachenraums nicht unterlassen werden!

In einer anderen Reihe von Fällen stellen sich von den adenoiden Vegetationen aus Reflexneurosen ein; Lähmungen der Stimmbänder, Asthma und ähnliches sind als von den adenoiden Vegetationen ausgelöste Reflexe geheilt und beschrieben worden.

Was nun die objective Untersuchung anlangt, so ergiebt bei stenosirenden Vegetationen der Gesichtsausdruck wie die Sprache des Patienten Zeichen, die die Diagnose von vorn herein wahrscheinlich machen. Blickt man solchen Patienten in den Mund, so bemerkt man, dass das Velum viel weiter als normal nach vorn und unten in die Mundhöhle hinein vortritt. Die Entfernung der Uvula von der hinteren Pharynxwand beträgt bei ihnen 1 bis $1^1/_2$ Centimeter und darüber und in manchen Fällen legt sich auch bei der Phonation das Velum gar nicht an die hintere Pharynxwand an. Es macht den Eindruck, als wäre der Pharynx zu weit und das Velum zu kurz.

Versucht man solchen Patienten eine Einspritzung in die Nase zu machen, so fühlt man, dass sich dem Vordringen der Flüssigkeit ein Widerstand entgegenstellt. Es gelingt also nicht, oder wenigstens nicht so glatt, wie sonst, die in ein Nasenloch eingespritzte Flüssigkeit aus dem anderen abfliessen zu machen. Es ist in solchen Fällen ein Fehler dies forciren zu wollen, denn wenn auch meist die Tubenöffnung durch die Vegetationen verlegt wird, giebt es doch Fälle, in denen dies nicht stattfindet, und die mit Gewalt durch die Choanen vortretende und hier gestaute Flüssigkeit durch die Tuba in das Mittelohr eindringt, um eine Otitis media hervorzurufen. Fühlen wir vielmehr bei dem Versuch, die Nase auszuspritzen, ein auch nur leichtes Hinderniss, so haben wir ein weiteres Zeichen für eine Stenose des Nasenrachenraumes gewonnen. Hören wir auf zu spritzen, so fliesst die Flüssigkeit langsamer, als wenn sie die Exspirationsluft vortreibt, und nur ihrer Schwere folgend, zum grösseren Theil nach vorne ab. Ein kleiner Theil gelangt in den Rachen. Führen wir durch die Nase die Sonde ein, so können wir uns direct davon überzeugen, dass der retronasale Raum nicht frei ist; die Sonde stösst vielmehr vorzeitig auf ein Hinderniss, welches sich als von weicher Consistenz erweist.

Lassen wir solche Patienten m oder n sagen, und legen ihnen dabei unsern Zeigefinger gegen die Haut der Nasenflügel, so fühlen wir den Fremitus der Stimme, weniger deutlich, als dies in der Normalität der Fall ist.

Alle diese Zeichen zusammen aber liefern nur den Beweis, dass eine Anfüllung des Nasenrachenraums vorhanden ist. Die gewöhnlichste Ursache einer solchen sind nun die adenoiden Vegetationen. Um aber über diese hohe Wahrscheinlichkeit hinaus, eine sichere differentielle Diagnose, z. B. gegenüber Nasenrachenpolypen, angeborenem Verschluss der Choanen und ähnlichen Affectionen stellen zu können, dazu ist es nöthig diejenigen Untersuchungsmethoden anzuwenden, die uns die Vegetationen auch dann zeigen, wenn sie keine Stenose bedingen; nämlich die Rhinoskopie und die Palpation.

Die Rhinoscopia anterior ist häufiger ausführbar, als dies a priori angenommen wird. Die Verlegung des Nasenrachenraums setzt die Nase ausser Function. In manchen Fällen macht sich dies schon äusserlich bemerklich; die Nase erscheint spitz, die Flügel eingesunken. Diese Ausserdienststellung ist wohl auch der Grund, wesshalb verhältnissmässig häufig, wenn auch durchaus nicht regelmässig, die Muscheln klein und die Schleimhaut dünn ist, so dass die Rhinoscopia anterior leicht gelingt. Sie zeigt uns Geschwülste im Nasenrachenraum, die sich bei der Phonation bewegen. Sässen sie in der Nase, so würde das nicht der Fall sein. Die Vegetationen bewegen sich aber einmal, ebenso wie die Nasenrachenpolypen, passiv lediglich

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

mitgehoben durch das in die Höhe steigende Velum. Dann aber sitzen sie auf einer Schleimhaut, die bei der Phonation durch die in ihr liegenden Muskeln verschoben wird. Aus dem letzteren Grunde zeigen auch kleine Vegetationen, die vom Velum nicht berührt werden, beim Sprechen eine Bewegung. Man nimmt selbst geringe Bewegungen an der Verschiebung der Lichtreflexe wahr.

Auch die Rhinoscopia posterior ist in Folge der erwähnten Stellung des Velums häufiger und leichter ausführbar, als dies sonst im kindlichen Alter der Fall ist. Sie zeigt uns entweder die einzelnen kolbigen Vegetationen, oder Hahnenkamm-ähnliche Bildungen oder aber nur, dass der Nasenrachenraum hinten oben von einer mit Schleimhaut überzogenen Masse ausgefüllt ist, deren Anblick uns die oberen Theile des Septum narium und der Choanen entzieht. Die Schleimhaut selbst über den Geschwülsten ist selten lebhafter geröthet, meist hat sie kaum die Farbe der übrigen Schleimhaut und erscheint namentlich bei Anämischen auffallend bleich. Die Rhinoskopie ist unter allen Untersuchungs-Methoden diejenige, die uns den sichersten Aufschluss giebt. Denn sie zeigt uns die Form und den Sitz der Vegetationen am genauesten. Es ist deshalb zu bedauern, dass sie nur in einem Bruchtheil der Fälle ausführbar ist. Bei Kindern bin ich aber mit der gewöhnlichen Methode der Rhinoskopie meist am weitesten gekommen. Es handelt sich darum mit Geduld und Ruhe die Kinder zu gewöhnen, diese Untersuchung ertragen zu lernen. Die Anlegung des Gaumenhakens hat mich bei Kindern nur selten gefördert. Zuweilen gelang es, bei vorgestreckter Zunge zu rhinoskopiren, während dies nicht möglich war, so lange die Zunge hinter den Schneidezähnen gehalten wurde.

Gelingt die Rhinoskopie nicht, so muss das Auge durch den palpirenden Finger ersetzt werden. Wir gehen in der bekannten, zuerst von W. Meyer methodisch ausgeführten Weise mit dem Zeigefinger hinter das Velum und palpiren den Nasenrachenraum. Um nicht gebissen zu werden, ziehe ich es bei der Palpation vor, mit der untersuchenden oder der freien Hand die Unterlippe des Patienten über die Zähne hinweg mit in den Mund hineinzunehmen oder von einem Assistenten hinüberlegen zu lassen, als einen metallenen Ring über den untersuchenden Finger zu ziehen. Denn letzterer hindert die Beweglichkeit und erschwert dadurch die Palpation namentlich der seitlichen Partien des Schlundkopfgewölbes. Der Untersuchung folgt meistens eine geringe Blutung, deren Menge übrigens mit der Schärfe des Nagels des untersuchenden Fingers in einem graden Verhältniss steht. Stenosirende Vegetationen machen sich als weiche unebene Massen dem in den Nasenrachenraum vordringenden Finger auf's deutlichste bemerklich. Auch einzelne Vegetationen kann man mit dem Gefühl wahrnehmen und ihren Sitz — wenn auch nur im Allgemeinen — erkennen, denn wir fühlen nur, ob sie vorn oder hinten, oder seitlich, oben oder unten sitzen. Dass man die Tubenwülste oder die unteren Muscheln nicht für Vegetationen halten darf, braucht nur angedeutet zu werden.

So gestatten es also unsere Untersuchungsmethoden, die Vegetationen in allen Fällen diagnosticiren zu können. Wir haben ein Leiden vor uns, welches, wie wir gesehen haben, sehr wichtige Erscheinungen bedingt, aber der ärztlichen Kunst durchaus unterworfen ist. Denn auch in Bezug auf die Therapie gehören die Vegetationen zu den dankbarsten Objecten, die unserer Behandlung unterstellt werden. Weil dieses aber so ist, brauche ich über die Prognose mich nicht zu äussern. Ein Leiden, welches von der kunstgeübten Hand des Arztes mit Sicherheit entfernt werden kann, giebt nur, wenn diese fehlt, keine günstige Voraussage.

Angesichts der Wichtigkeit der von den adenoiden Vegetationen gesetzten pathologischen Erscheinungen und der glänzenden Erfolge der Therapie sollte es eigentlich keines Wortes bedürfen, um die Nothwendigkeit der Beseitigung dieses Leidens zu betonen. Und doch gehört es nicht zu den seltenen Erscheinungen, dass Kinder erst, wenn die Schwerhörigkeit sich der Taubheit annähert, einer wirklichen Behandlung unterzogen werden! Ich denke hierbei nicht an solche Kinder, die nicht in ärztlicher Beobachtung sind, und deren Eltern sich damit beruhigen, dass „das Kind nur einen Stockschnupfen habe". Es kommt dies nicht gerade selten vor und ist schliesslich auch nur aus einem in den Vorstellungen des Volkes bestehenden Sediment zu erklären, welches sich darin aus Theorien krystallisirt hat, die lange Zeit hindurch die Köpfe der Aerzte erfüllten. Es sollte aber nachgerade aufhören, dass Aerzte dem vagen Begriffe des Stockschnupfens gegenüber entweder als eines noli me tangere oder als einer incurablen Krankheit fatalistisch die Hände unthätig in den Schooss legen! Und doch giebt es kaum eine andere Erklärung, als solche Ideen, für die Thatsache, dass leider häufig genug Kinder, die dauernd ärztlich beaufsichtigt werden, Jahrelang mit stenosirenden adenoiden Vegetationen und deren Folgen behaftet sind, ohne dass je ein ernstlicher Versuch gemacht wurde, sie von ihren Leiden zu befreien. Es ist in dieser Beziehung höchst charakteristisch, dass fast jeder geheilte Fall dem betreffenden Arzte neue Fälle zuführt, die sich in der Familie und dem Freundeskreise finden und nun vom Publikum an der Physiognomie und der Sprache erkannt werden.

Stenosirende adenoide Vegetationen lassen sich weder durch Medicamente, noch durch Brunnen-, Bade- und Luftkuren beseitigen! Nur wenn es sich um acute Schwellungen bei noch nicht hinreichend voluminösen Vegetationen handelt, bildet sich die bestehende Stenose zurück; sonst bleibt sie bestehen, bis die in der Pubertät oder später auftretende Involution die Geschwülste absolut oder wenigstens relativ zur Grösse des retronasalen Raumes verkleinert, und damit die Stenose, aber nur selten die einmal gesetzten Folgen derselben wieder aufhebt. Stenosirende adenoide Vegetationen indiciren deshalb eine örtliche Behandlung, die sie entfernt.

Was nun die örtliche Behandlung anlangt, so leisten Aetzmittel und dergl. erfahrungsgemäss nichts. Wenn den vorgeschlagenen operativen Eingriffen Widerstand Seitens der Patienten oder deren Angehörigen entgegen gesetzt wurde, habe ich mich früher einige Male verleiten lassen, Caustika in Anwendung zu ziehen, Argent. nitricum und dergl., auch Chromsäure in einem Falle. Man erreicht damit aber nichts, wenigstens nichts Dauerhaftes und verliert viele kostbare, zuweilen unwiederbringliche Zeit. Ich habe mich deshalb daran gewöhnt, derartige Versuche nicht mehr zu machen; und mich lediglich darauf eingelassen, die Vegetationen auf operativem Wege zu entfernen.

Was die Ausführung der Operation anlangt, so ist es leider schwierig, dabei die Narcose anzuwenden. Die Angst der Mütter und der Widerstand der Patienten würden es in hohem Grade wünschenswerth machen, den an und für sich unbedeutenden Eingriff in der Narcose ausführen zu können. Es wird aber dadurch die sonst ungefährliche Operation zu einer gefährlichen. Man kann dieselbe in der Narcose entweder am aufrechten oder am hängenden Kopf machen. Bei aufrechtem Kopf ist die Gefahr des Eindringens von Blut in den Kehlkopf auch dann vorhanden, wenn man die in Bezug auf die Grösse der Blutung sicherste Methode der Entfernung mit der galvanokaustischen Schlinge anwendet. Am hängenden Kopf aber wird die sonst fast immer geringe Blutung zu einer excessiven, so dass nach Schätzung der Menge des ergossenen Blutes die Operation unter die grossen gezählt werden müsste und hierdurch sonst nicht vorhandene Gefahren entstehen. Ich wende deshalb die Narcose nur dann an, wenn es ohne dieselbe durchaus unmöglich ist, die Einwilligung zur Operation zu erlangen, und verfehle in solchen Fällen nicht, darauf aufmerksam zu machen, dass die Narcose die Operation erschwere und gefährlich mache.

Wenn man die Operation an vernünftigen Erwachsenen ausführt, braucht man dazu keine Assistenz. Da sie aber meist an Kindern gemacht werden muss, ist es nothwendig, sich gegen jede Störung, die durch die Unruhe und den Widerstand der Patienten entsteht, von vornherein zu sichern. Einzelne Aerzte fesseln die Patienten auf besonderen zu diesem Zwecke construirten Stühlen an Kopf, Armen und Beinen. Ich liebe ein solches Verfahren des psychischen Eindrucks wegen nicht. Setzt man die Kinder auf einen Stuhl der so hoch ist, dass sie mit den Beinen die Erde nicht berühren, also nicht aufstehen und sich hinten überbäumen können, so genügt ein Assistent, der ihnen mit der einen Hand den Kopf und mit der andern die Hände festhält. Kleinere Kinder schlägt man in ein Laken ein, so dass die Arme unter dem Laken an den Rumpf zu liegen kommen, und giebt sie der Mutter auf den Schoss, die nun den Kopf halten muss. Immer glaube ich, dass es besonders darauf ankommt, die Arme zu sichern. Sonst greifen die Kleinen nach den eingeführten Instrumenten, reissen an denselben und können, abgesehen von der Störung der Operation, sich erhebliche Verletzungen des Velums damit zuziehen. Es ist deshalb zu empfehlen, die Arme der Patienten an der Lehne des Operationsstuhls zu befestigen, wenn man überhaupt einen solchen für zweckmässig hält. Ich bin bei der ausgezeichneten Assistenz, deren ich mich erfreue, bisher ohne einen besonderen Operationsstuhl ausgekommen.

Den natürlichen Oeffnungen des Nasenrachenraums entsprechend giebt es zwei Wege, auf denen die Operation unternommen werden kann, nämlich einmal durch die Nase hindurch und dann vom Munde her durch den Isthmus pharyngonasalis. Ich denke, dass es unrecht ist, einen von diesen Wegen ausschliesslich zu benutzen, halte es vielmehr für geboten, sich beide offen zu halten und je nach den Eigenthümlichkeiten des betreffenden Falles von diesem oder von jenem Gebrauch zu machen. Es lässt sich aber kaum verkennen, dass für die überwiegende Mehrzahl der Fälle der Weg durch den Mund und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

um das Velum palatinum herum sehr erhebliche Vortheile bietet, denn er ist die breitere Pforte und gestattet deshalb das Eindringen von grösseren und derberen Instrumenten. Auch sind von hier aus die hinten und oben sitzenden Vegetationen leichter zu erreichen und das ist in der Regel die Mehrzahl. Von der Nase aus lassen sich aber zuweilen Vegetationen, die sich seitlich oder an der vorderen Region der Tubenwülste inseriren besser fassen, als dies vom Schlunde aus möglich wäre. Ich operire deshalb gewöhnlich durch den Mund hindurch, und benutze nur dann den Weg durch die Nase, wenn Vegetationen so sitzen, dass ich sie durch den Isthmus pharyngonasalis hindurch nicht oder nur schwer erreichen kann.

Will man durch die Nase hindurch operiren, so kann man sich des W. Meyer'schen Ringmessers, der kalten oder galvanokaustischen Schlinge oder des Galvanokauters bedienen. Meyer controlirt die Bewegungen des Ringmessers mit dem durch den Mund in den Nasenrachenraum eingeführten und durch einen Metallring geschützten Zeigefinger der linken Hand. Die rechte führt das Ringmesser einmal durch die linke, dann durch die rechte Nasenhöhle hindurch. Der linke Zeigefinger drückt das Messer gegen die einzelnen Vegetationen. Benutzt man die Schlinge oder den Galvanokauter, so führt man dieselben entweder frei oder durch einen Zaufal'schen Trichter hindurch ein. Eine Schlinge, die durch den Trichter hindurchgeht, entfaltet sich beim Verlassen desselben durch ihre eigene Elasticität wieder zur Schlinge, wenn nur der Draht hinlänglich federt. In manchen Fällen gelingt es, während der Einführung der Instrumente durch die Nase, wie Voltolini dieses zuerst gezeigt, die Bewegungen derselben mit dem im Rachen eingestellten rhinoskopischen Spiegel zu beobachten, und sie so mit dem Auge zu controliren. Es ist dies letztere ein Verfahren, welches viel häufiger angewendet zu werden verdient, als es bisher geschieht.

Will man durch den Mund hindurch operiren, so wäre es wünschenswerth, wenn es auch hier gelänge, in allen Fällen das Auge zum sicheren Führer der operirenden Hand zu machen. Es wird dieser Wunsch Jedem rege bleiben, der die Operation einmal in dieser Weise ausgeführt hat. Ich habe dies einige Male bei Erwachsenen oder heranreifenden Patienten mit Hülfe des Elsberg-schen Mundsperrers und des Voltolini'schen Gaumenhalters in der von mir angebenen Combination dieser Instrumente[1]) ausführen können. Leider aber ist die Anwendung dieses Instrumentariums bei Kindern nur sehr selten möglich und müssen wir daher meistens darauf verzichten, unter Führung des Auges operiren zu können. Um so nothwendiger aber ist es, durch Digital-Exploration oder Rhinoskopie sich über den Sitz der Vegetationen vor der Operation genau zu unterrichten. Haben wir dies gethan, so können wir bei genügender Kenntniss der anatomischen Verhältnisse im Nasenrachenraum auch im Dunkeln mit Sicherheit operiren. Die Instrumente müssen aber so eingerichtet sein, dass sie keinen Schaden anrichten, namentlich nicht die Tube verletzten können.

Es sind nun eine ganze Reihe verschiedenartiger Instrumente angegeben worden, um vom Munde aus die Vegetationen zu vernichten. Es ist sicher, dass man mit allen operiren kann und glaube ich, dass die Gewohnheit, mit einem bestimmten Instrument zu operiren, schliesslich an demselben Vortheile hervortreten lässt, die ihm an und für sich nicht zukommen, und Nachtheile verschwinden macht, die ihm ursprünglich anhaften. So kommt es, dass jeder Operateur, der ein besonderes Verfahren erfunden und geübt hat, dieses für das beste, wenn nicht gar für das einzig gute hält. Ich habe kein Verfahren erfunden, sondern nur die Anderer ausgeführt, und glaube deshalb ein einigermaassen unparteiisches Urtheil zu haben. Wenn ich dasselbe nun abgebe, so muss ich zunächst bemerken, dass ich es noch nicht versucht habe, die Vegetationen mit dem Finger zu zerquetschen oder mit dem Nagel fortzukratzen. Angesichts unserer jetzigen Methoden scheint mir dieser Modus procedendi mehr in die Steinzeit unserer Wissenschaft zu gehören und ebensowenig elegant, als sicher zu sein.

Unter den von mir geübten Methoden habe ich die besonders von Justi[2]) empfohlene Anwendung des scharfen Löffels wieder verlassen. Mag man den Löffel befestigen wie man will, sei es an einem längeren, biegsamen oder starren Stiel mit Griff, sei es an einem Ring, der unserem Zeigefinger aufgesetzt wird, oder an einem gegliederten hohlen Finger, in den der Zeigefinger hineingesteckt wird, immer verursacht der scharfe Löffel die relativ erheblichste Verwundung, setzt eine verhältnissmässig grosse Blutung und giebt die relativ geringste Sicherheit, dass gesunde Theile nicht mit verletzt werden. Ich benutze demnach jetzt nur noch zangenähnliche Instrumente, das Ringmesser und die Schlinge.

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1881 No. 3 u. Eulenburg's Encyklop. Art. Rhinoskopie.
[2]) Volkmann's Sammlung, klin. Vortr. No. 115.

Was die zangenähnlichen Instrumente anlangt, so haben sich mir der von Michael[1]) construirte Doppelmeissel und die Löwenberg'sche (l. c.) Zange in der von Woakes[2]) angegebenen Modification am meisten bewährt. Der Zeigefinger der linken Hand wird in den Nasenrachenraum eingeführt, um der Löwenberg'schen Zange als Führer zu dienen. Dieselbe wird geschlossen eingebracht und erst im Nasenrachenraum geöffnet, indem man durch die Controle des linken Zeigefingers gewiss ist, dass sie bis an die Geschwulst vorgeschoben worden ist. Mit jedem Griff lassen sich grössere Stücke erfassen und möglichst nahe der Basis abschneiden. Der Michael'sche Meissel wird ohne Controle des Zeigefingers hinter das Velum eingeführt, bis er auf einen weichen Widerstand stösst, dann geöffnet, vorgeschoben und geschlossen. Er ist vielleicht dasjenige Instrument, welches sich namentlich, weil es fast unmöglich ist, damit gesunde Theile zu verletzen, für den Nichtspecialisten am meisten empfiehlt.

Ebenso ohne Controle des Zeigefingers wird das Lange'sche[3]) Ringmesser angewendet. Ich persönlich habe über dieses Instrument eine verhältnissmässig nur kurze Erfahrung, doch kann ich nur Rühmliches von ihm aussagen. Es lässt sich leicht einführen, schneidet, und zwar schneidet es nur das ab, was vorsteht und dabei gelingt es, wenn man, von einer Seite zur anderen schneidend, von unten nach oben vordringt, in verhältnissmässig sehr kurzer Zeit (10—15 Secunden) den ganzen Nasenrachenraum hinten und oben zu säubern. Unangenehm ist, dass die abgeschnittenen Theile nicht mit herausgezogen werden, sondern später ausgespült oder ausgewürgt werden müssen.

Was die Schlingen anlangt, so kann man mit einer nicht zu grossen Oese von federndem Draht ohne Anlegung des Gaumenhakens den Isthmus pharyngo-nasalis passiren, ohne dass sich die Schlinge verbiegt. Es ist deshalb nicht nöthig, besondere Vorrichtungen anzubringen, um das Verbiegen der Schlinge zu verhindern, wie solche zum Beispiel A. Hartmann[4]) angegeben hat. Will man eine grosse Oese anwenden, z. B. um halbkugelige Hyperplasieen der Rachenmandel zu amputiren, so thut man gut, sie unter dem Schutz eines angelegten Gaumenhakens einzuführen. Selbstverständlich müssen die Leitungsröhren der Schlinge eine ihrem Zwecke entsprechende Biegung haben. Die Schlinge ist von allen Instrumenten das klügste und findigste, um einzelne gestielte Vegetationen zu fassen und zu entfernen. Dagegen leistet sie bei solchen bei jedesmaligem Einführen relativ weniger, wie die Zangen und muss deshalb häufiger eingeführt werden. Die galvanokaustische Schlinge ruft die geringste Blutung hervor und bedarf gar keiner Nachbehandlung. Wenn es sich darum handelt, breitaufsitzende Vegetationen zu entfernen und man den Gaumenhaken anlegen kann, verdient sie meines Erachtens vor allem Anderen den Vorzug.

Die Einführung von Instrumenten durch den Mund in den Nasenrachenraum gelingt sehr leicht. Man setzt den Patienten mit dem Gesicht gegen das Fenster oder benutzt den Reflector, um günstige Beleuchtung, die durchaus erforderlich ist, zu erzielen. Nun drückt man mit einem Zungenspatel oder dem armirten linken Zeigefinger die Zunge nieder, geht mit dem Instrument unter Führung des Auges durch den Mund bis zur hinteren Pharynxwand vor und schiebt es nun hinter das Velum. Setzt man das Instrument nicht gerade in die Mitte, sondern seitlich neben der Uvula auf, so gleitet es fast ohne jeden Widerstand durch den Isthmus pharyngo-nasalis hindurch. Ist man im Nasenrachenraum, so verliert das Auge ohne Rhinoskop selbstverständlich die Führung. Ein Niederhalten der Zunge ist ferner nicht mehr erforderlich, da die Patienten den Mund ohne dieses offen halten. Wird die linke Hand frei, so legt sie sich an den Kopf des Patienten, um denselben zu fixiren.

Bei stenosirenden Vegetationen liebe ich es, in einer Sitzung das betreffende Instrument so oft einzuführen, dass die Nase wieder für die Respirationsluft wegsam wird. Es gelingt dies meistens, aber nicht immer. Zuweilen werden die Patienten so widerspänstig, oder so nervös erschöpft, dass man dieses erste Ziel nicht in einer Sitzung erreicht und eine zweite oder dritte zu Hülfe nehmen muss. Man darf die Geduld und Ausdauer der Patienten in der ersten Sitzung nicht zu sehr in Anspruch nehmen, da man wohl immer eine zweite und dritte etc. in Anwendung ziehen muss. Es ist ein Vorzug des Lange'schen Ringmesser, dass dasselbe in einer Sitzung relativ viel leistet.

[1]) Berl. klin. Wochenschrift 1882 No. 5.
[2]) Post-Nasal-Catarrh, London 1884 p. 161.
[3]) Deutsche Med. Wochenschrift 1883 p. 748.
[4]) Deutsche Med. Wochenschrift 1884 No. 9.

(Schluss folgt.)

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag №. 43. 23. October 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Aus der medicinischen Klinik in Tübingen.

Ueber die diätetische Behandlung des Diabetes mellitus.

Von

Dr. R. Gmelin,

früherem Assistenten der medicinischen Klinik.

Seitdem John Rollo im Jahre 1797 nachgewiesen hat, dass der Zuckergehalt des diabetischen Harns mit dem Genuss von Vegetabilien in engem Zusammenhang steht, siud die verschiedensten Versuche gemacht worden, die aus dieser Entdeckung sich ergebende diätetische Behandlung des Diabetes mellitus in der Praxis durchzuführen. Je mehr man sich überzeugte, dass alle die zahlreichen bei Diabetes versuchten Medicamente, wenn auch einzelne derselben in manchen Fällen eine Verminderung der Zuckerausscheidung herbeizuführen im Stande sind, doch nicht ausreichen, um dieselbe gänzlich zu beseitigen oder eine vollständige Heilung der Krankheit zu erzielen, desto mehr musste man sich auf die diätetische Behandlung angewiesen sehen. Auch in der medicinischen Klinik in Tübingen ist dieselbe im Laufe der Zeit immer mehr in den Vordergrund getreten. Die Resultate waren bei den einzelnen Kranken verschieden, im Durchschnitt aber beträchtlich günstiger, als sie bei irgend einer der früheren Behandlungsweisen gewesen waren.

Das Princip der Behandlung besteht darin, dass die Zufuhr von Zucker und von allen Substanzen, welche innerhalb des Verdauungsapparats in Zucker übergehen, möglichst vermieden wird. Es sind deshalb alle Nahrungsmittel auszuschliessen, welche Kohlenhydrate in bemerkenswerther Menge enthalten; dagegen sind alle Nahrungsmittel zu gestatten, in welchen Kohlenhydrate gar nicht, oder nur in verschwindend kleiner Menge enthalten sind. Wollte man weiter gehen und etwa auch alle diejenigen Nahrungsmittel ausschliessen, welche Spuren von Kohlenhydraten enthalten, so würde nicht viel Essbares für den Kranken übrig bleiben. Noch mehr wäre dies der Fall, wenn man gar daran denken wollte, alles das zu verbieten, was überhaupt im Organismus zur Glykogenbildung dienen kann; dann müsste man auch noch die Proteinsubstanzen und die meisten Fette ausschliessen und den Kranken geradezu verhungern lassen. Wenn man dafür sorgt, dass bei einer sonst reichlichen Nahrung die Gesammtsumme der in 24 Stunden zugeführten Kohlenhydrate nicht über 10 oder höchstens etwa 20 Gramm steigt, so ist dies vollkommen ausreichend.

Es sind demnach gestattet nahezu alle aus dem Thierreich stammenden Nahrungsmittel. Nur die Milch ist wegen ihres hohen Gehaltes an Milchzucker ausgeschlossen, während Butter, fetter Käse und in kleinen Quantitäten selbst guter Rahm erlaubt sind. Zu empfehlen sind namentlich alle Arten von Fleisch, sowohl von warm- und kaltblütigen Wirbelthieren, als auch von Wirbellosen, Austern, Schnecken, Krebse; ferner Eier in jeder Form und in jeder Zubereitung, bei welcher kein Zusatz von Kohlenhydraten stattfindet. Endlich sind alle Fettarten, sowohl thierische, als vegetabilische, ebenso alle Brühen und Saucen u. s. w. gestattet, bei denen keine Kohlenhydrate zugesetzt werden. Von den vegetabilischen Nahrungsmitteln sind die meisten verboten, nämlich alle diejenigen, welche Zucker oder Stärkemehl in bemerklicher Menge enthalten, wie Obst, Getreidearten, Kartoffeln, Hülsenfrüchte. Erlaubt sind dagegen grüner Salat: Lattich, Endivie, Feldsalat, Kresse, Brunnenkresse, auch mit Essig und Oel angemacht, ferner Spargel, Spinat, grüne Bohnen, Gurken, sowohl frisch, als mit Essig eingemacht, endlich alle Kohlarten und unter anderen auch Sauerkraut, vorausgesetzt, dass bei der Zubereitung kein Mehl verwendet wird.

Am schwersten empfinden es die meisten Kranken, dass ihnen das Brod vollständig entzogen werden muss. Viele Aerzte pflegen deshalb ein gewisses Quantum Brod zu gestatten. Ein solcher Compromiss ist jedoch gänzlich unstatthaft in allen Fällen, in welchen man von strenger Diät noch wesentliche Erfolge erhoffen kann. Die als Surrogate empfohlenen Gebäcke, wie Kleberbrod, Mandelbrod, pflegen, wenn sie wirklich annähernd frei von Mehl sind, den Kranken auf die Dauer nicht zu munden. Manche der hiesigen Kranken fanden einen gewissen Ersatz des gewohnten Butterbrods beim Frühstück darin, dass sie hart gesottene Eier durchschnitten und mit Butter bestrichen.

Von Genussmitteln sind zunächst gestattet die gebräuchlichen Gewürze; ferner Kaffee und Thee, wenn sie ohne Zucker und Milch genossen werden; ausserdem alle Weinsorten, welche keinen wesentlichen Gehalt an Zucker besitzen, so die meisten deutschen und französischen ausgegohrenen Weine; endlich auch die nicht zuckerhaltigen Branntweinsorten, wie Cognac, Arrac, Rum u. s. w. Bier ist wegen seines reichlichen Gehalts an Kohlenhydraten verboten.

Wenn einige Mühe darauf verwendet wird, so lässt sich aus den gestatteten Speisen wohl ein Küchenzettel herstellen, welcher der nöthigen Abwechselung nicht entbehrt, und dessen die Kranken nicht leicht überdrüssig werden. Ein Beispiel eines solchen, wie er in der Tübinger Klinik etwa gebräuchlich ist, ist folgender:

Frühstück: Thee mit kaltem Kalbfleisch, Eier mit Butter. Vormittag: Bouillon mit Ei. Mittagessen: Bouillon mit Ei, Ochsenfleisch mit Gurken, Cotelette mit grünem Salat, schwarzer Kaffee. Abendessen: Grüner Salat mit Eiern und Schinken. Ausserdem zum Mittag- und Abendessen je 1 Schoppen Landwein mit Sauerwasser.

Gebildeten Kranken ist die Anschaffung des ersten Theils von König's „Chemie der menschlichen Nahrungs- und Genussmittel“ (Berlin 1879) sehr zu empfehlen, worin die meisten der bisher bekannt gewordenen Analysen zusammengestellt sind. Sie können dann bei jedem etwa in Vorschlag kommenden Nahrungs- oder Genussmittel selbst nachsehen, ob es nicht einen wesentlichen Gehalt an Kohlenhydraten besitzt, und sich daraus ihren Speisezettel selbst zusammensetzen und variiren.

Für die diätetische Behandlung des Diabetes mellitus wäre es ein grosser Gewinn, wenn man Nährstoffe finden würde, die sich im Organismus nicht in Zucker umwandeln und doch vermöge leichter Oxydirbarkeit als Ersatzmittel für die Kohlenhydrate dienen könnten. Freilich sollte man dabei nie vergessen, dass mit Substanzen, von welchen nur wenige Gramm täglich aufgenommen werden können, in dieser Beziehung nichts Wesentliches zu erreichen ist, da die Menge der von einem Gesunden aufgenommenen Kohlenhydrate, um deren Ersatz es sich handelt, gegen 400 Gramm täglich zu betragen pflegt. Immerhin würde auch ein nur theilweiser Ersatz von Bedeutung sein, indem dadurch eine Ersparniss an Eiweisssubstanzen und Fett und damit eine Erleichterung der Aufgabe des Verdauungsapparates gegeben wäre. Nach neueren Untersuchungen sollen manche Kohlenhydrate die Zuckerausscheidung nicht vermehren, so nach Külz Mannit, Inulin, Lävulose, Inosit; doch liegen über die Verwerthbarkeit dieser Stoffe für die Diätetik des Diabetes noch keine ausreichenden Erfahrungen vor. Auch über das Glycerin, welches von Schultzen (1872) als Surrogat für Kohlenhydrate empfohlen wurde, sind die Meinungen noch getheilt. Milchsäure, von Cantani in dieser Richtung empfohlen, kann als Zusatz zum Trinkwasser oder auch mit Natron neutralisirt genossen werden, freilich nur in geringer Menge. Durch Genuss von saurer Milch wurde in der hiesigen Klinik bei mehreren Kranken hier die Zuckerausscheidung beträchtlich gesteigert, und die directe Untersuchung zeigte, dass in der gewöhnlichen sauren Milch bei weitem nicht aller

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Milchzucker in Milchsäure umgewandelt ist.[1]) Ein gutes Ersatzmittel für die Kohlenhydrate bilden diejenigen Alkoholica, welche keinen Zucker enthalten, die wir auch schon als erlaubte Genussmittel aufgeführt haben. Auch Leim, der in den meisten animalischen Speisen schon enthalten ist, könnte vielleicht in grösserer Menge in ähnlichem Sinne verwendet werden.

Von besonderer Wichtigkeit ist es, dafür zu sorgen, dass bei der Nahrung neben den Proteinsubstanzen auch noch Fette reichlich vertreten sind, die insofern einen gewissen Ersatz für die Kohlenhydrate bilden, als durch dieselben der Umsatz der Eiweisssubstanzen und der Körpergewebe beträchtlich vermindert wird. Es ist zweckmässig, den Kranken fettes Fleisch zu empfehlen, ferner die Speisen mit möglichst reichlichem Fettzusatze zu bereiten, zum Fleische fette Saucen zu nehmen, auch Butter, soweit es bei Ausschluss von Brod möglich ist, geniessen zu lassen. In vielen Fällen, namentlich bei Kranken, die in der Ernährung schon etwas heruntergekommen waren, wurde hier auch Leberthran gegeben, von 2 Esslöffel täglich allmählich ansteigend womöglich bis auf 10—12. Merkwürdigerweise haben einzelne Aerzte die Vorstellung, man müsse den Kranken nicht nur die Kohlenhydrate, sondern auch die Fette möglichst entziehen; die Folge ist, dass die Patienten bei dieser fast ausschliesslichen Zufuhr von Eiweisssubstanzen schnell aufs Aeusserste herunterkommen.

Die Schwierigkeit der Durchführung der diätetischen Behandlung ist nach den hiesigen Erfahrungen lange nicht so gross, als es auf den ersten Blick scheinen könnte und gewöhnlich auch angenommen wird. Der Eingriff ist gewiss kein kleiner: einer Menge von Nahrungsmitteln, von denen der Kranke bisher hauptsächlich gelebt, die er täglich in mannigfaltigster Form und reichlicher Menge genossen hat, muss er völlig entsagen, und sich dafür an eine einseitige und relativ wenig Abwechselung bietende Kost halten und davon Quantitäten zu sich nehmen, die der Gesunde kaum vertragen würde. Aber Magen und Darm des Diabetikers sind bekanntermaassen im Stande, enorme Mengen von Fleisch und Fett zu bewältigen, andererseits können die Kohlenhydrate bei entsprechendem Ersatz, besonders durch Fett, ohne Schaden für die Gesammternährung und das Allgemeinbefinden auf lange Zeit, vielleicht für immer, gänzlich entbehrt werden, eine Thatsache, die durch die hiesigen Beobachtungen vollständig bestätigt wird. Es gehört dazu freilich ein gewisses Maass von körperlicher Kraft, damit die Verdauungsorgane die zugemuthete grössere Leistung vollbringen können, welches zuweilen in weit vorgeschrittenen Fällen nicht mehr vorhanden ist.

Um dem Patienten Vertrauen zu der diätetischen Behandlung einzuflössen, ist es von Werth, denselben über seine Krankheit und den Zweck der Therapie zu belehren, sowie sein Interesse für die Harnuntersuchungen zu wecken; er kann sich auch selbst dabei betheiligen. Intelligentere Kranke lernten hier wiederholt die gewöhnlichen Zuckerproben anstellen, die sie dann auch nach der Entlassung zu Hause noch machten. Wir pflegen zuerst einige Tage bei gewöhnlicher gemischter Kost zu beobachten, um genaue Resultate über die Zuckerausscheidung unter diesen Verhältnissen zu bekommen. Soll nunmehr zur strengen Diät übergegangen werden, so ist es, wenn keine sonstige Contraindication, etwa durch grosse Schwäche u. s. w. vorliegt, entschieden besser und leichter für den Patienten, wenn die Kohlenhydrate nicht Schritt für Schritt, sondern auf einmal vollständig entzogen werden. Kann man jetzt den Kranken die auffallende Abnahme des Zuckergehalts im Urin vorweisen, und verspürt der Patient meist schon nach wenigen Tagen die beginnende Besserung in seinem Befinden und Kräftezustand, das Schwinden des Durstes und der übrigen lästigen Erscheinungen, so hat man gewonnenes Spiel. Der Widerwille gegen die vielen Fleisch- und Fettspeisen, der sich häufig nach einigen Tagen einstellt, ist nicht so gross, als er oft übertriebenerweise dargestellt wird, und schwindet in kurzer Zeit wieder. Hier kam im Gegentheil mehrmals der Fall vor, dass der Kranke, wenn später einmal Versuche mit Obst, Brod und dergl. angestellt werden sollten, nur mit Mühe vom Arzt zu diesen kleinen Diätfehlern sich überreden liess.

In einzelnen Fällen allerdings ist ein modificirtes Verfahren, bei dem zunächst noch einige Kohlenhydrate gestattet werden, nicht zu umgehen. Es sind dies besonders die weit vorgeschrittenen Fälle, wo sehr grosse Schwäche, starke Oedeme u. s. w. vorhanden sind. Ausserdem kann es als seltene Ausnahme einmal vorkommen, dass die strenge Diät zunächst nicht vertragen wird, dass Erbrechen und Durchfall auftritt, und die Kranken an Kräften und Körpergewicht abnehmen. Häufig gelingt es aber auch in diesen Fällen noch, nach einiger Zeit allmählich zur strengen Diät überzugehen.

[1]) Vgl. G. Schleich, Aus der medicinischen Klinik in Tübingen. Erfahrungen über diätetische Behandlung bei Diabetes mellitus. Medic. Correspondenz-Blatt des Württ. ärztl. Vereins. 1874 No. 34.

Wir sehen also, im Krankenhaus lässt sich die Diät ohne zu grosse Schwierigkeit fast in allen Fällen durchführen. Wie steht es aber damit nach der Entlassung und ausserhalb des Krankenhauses? Hier hat der Kranke nicht nur den Kampf mit dem eigenen Ich und seinen Gelüsten zu bestehen, auch äussere Einflüsse machen sich in mannigfaltigster Weise geltend. Auf Schritt und Tritt ist die Gelegenheit zu Diätfehlern gegeben, die oft dazu noch im Kleide unumgänglicher Nothwendigkeit erscheint. Besonders im Anfang, bis erst eine gewisse Accomodation auch der Umgebung eingetreten ist, bedarf es der grössten Energie und der vollen Ueberzeugung von der Nothwendigkeit der Diät von Seiten des Patienten. Es ist deshalb von besonderer Wichtigkeit, dass der Urin recht häufig untersucht wird, wo möglich auch vom Kranken selbst, damit dieser immer wieder sieht, wie ein jeder Fehler sich rächt, und dass er gewissermassen je nach seiner Lebensweise über Gesundheit oder Krankheit seines Körpers entscheidet. In manchen der hiesigen Fälle konnte der Aussage des Patienten, dass er die Diät auch daheim durchgeführt habe, nach dem objectiven Befunde der Glaube nicht versagt werden.

Bei schlecht situirten Kranken kommt in der Privatpraxis noch ein weiterer Umstand in Betracht, dass nämlich die Fleischkost pecuniär grössere Anforderungen stellt; leider kann dies bisweilen ein absolutes Veto bedingen. Aber bei nur einigermaassen leidlich situirten Patienten wird der Kostenpunkt kein Hinderniss sein; stehen die Kranken doch vor der Alternative: entweder Fleischkost und relativ gesund und leistungsfähig, oder gemischte Kost und leistungsunfähig. Für die wohlhabende Classe ist als Uebergang vom Krankenhaus in die alten Verhältnisse, sowie auch sonst womöglich jeden Sommer ein Aufenthalt in Karlsbad sehr zu empfehlen; nur dürfte dort die Diät noch etwas strenger eingehalten werden, als es mit Erlaubniss der dortigen Aerzte meist geschieht.

Was nunmehr die Resultate in Bezug auf die Zuckerausscheidung betrifft, die hier mit der diätetischen Behandlungsweise erzielt worden sind, so waren dieselben verschieden. Bei einer Anzahl von Kranken verschwand der Zucker vollständig aus dem Urin und war weder durch die Gährungsprobe, noch durch Polarisation, noch durch Kaliprobe oder Trommer'sche Probe mehr nachweisbar. Zugleich mit dem Verschwinden des Zuckers traten auch die übrigen Erscheinungen des Diabetes mehr und mehr zurück, so dass die Patienten, ausser in Betreff der Diät, sich vollkommen gesund befanden. Auf die Dauer zeigten auch diese Diabetiker wieder ein verschiedenes Verhalten: einige konnten nach längerer Durchführung der strengen Diät später wieder Kohlenhydrate verarbeiten, manche in geringer, manche selbst in grösserer Menge; in einem Falle wurde sogar zum Zweck des Versuchs wiederholt bis zu $\frac{1}{2}$ Pfund Zucker im Tage neben anderen Kohlenhydraten zugeführt, ohne dass Zucker im Harn auftrat: hier war also vollständige Heilung eingetreten. In anderen Fällen war die Heilung nur relativ: die Kranken befanden sich normal bei strenger Diät; die Zuckerausscheidung und die übrigen Erscheinungen kehrten wieder bei Zufuhr von Kohlenhydraten. Aber auch bei diesen ist Verlängerung des Lebens und der Leistungsfähigkeit, und zwar oft, wie es scheint, in unbegrenzter Weise zu erzielen.

Bei andern Diabetikern verschwand trotz strenger Durchführung der Diät der Zuckergehalt nicht vollständig; er ging nur, während er früher bei gemischter Diät etwa 5—7 Proc. betrug, meist auf 1 bis 2 Proc. herunter. Ob hier der Zucker aus den Proteinsubstanzen stammt, von welchen nach Pettenkofer und Voit[1]) im Organismus eine stickstofflose Gruppe abgespalten und, bei der mangelhaften Oxydation im Diabetes, als Zucker ausgeschieden werden soll, für welche Ansicht sie hauptsächlich das Verhältniss der ausgeschiedenen Harnstoff- und Zuckermengen anführen, welche unter den verschiedensten Bedingungen bei ihren Kranken constant blieb; oder ob, wie Andere meinen, der Zucker aus dem Glycerin der Fette stammt, welches bekanntlich zu den Glykogenbildnern gehört; oder ob endlich sowohl Eiweiss als Fette zur Zuckerausscheidung Veranlassung geben können, ist, wie schon oben bemerkt, für uns practisch gleichgiltig; zur Ernährung des Kranken können wir keines von beiden entbehren; wir müssen also in diesen Fällen auf vollständige Beseitigung der Zuckerausscheidung verzichten. Wir werden deshalb aber nicht die diätetische Behandlung unterlassen. Wenn auch keine vollständige Rückkehr zum gesunden Zustand, so wird doch auch in diesen Fällen bedeutende Besserung der Erscheinungen und des Allgemeinbefindens durch die diätetische Behandlung auf lange Zeit erzielt.

Ehe ich nunmehr zur Mittheilung der Krankengeschichten übergehe, möchte ich zur Erklärung der Tabellen noch einige Worte vorausschicken.

Die Zahlen unter „Harnmenge“ bedeuten die in 24 Stunden

[1]) Ueber den Stoffverbrauch bei der Zuckerharnruhr. Zeitschrift für Biologie 1867 Bd. III. S. 380ff.

Generated on 2018-08-12 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ausgeschiedenen Harnmengen in Cubikcentimetern; der Harn ist meist vom Morgen, seltener Mittag oder Nachmittag des vergangenen Tages bis zur entsprechenden Zeit des Datums gesammelt.

Das specifische Gewicht ist bei einer Temperatur von 13—16° R. bestimmt und gilt für die Gesammtmenge des Tages, welche vorher in ein Gefäss zusammengeschüttet wurde.

Die quantitativen Bestimmungen erfolgten theils mit dem Polaristrobometer von Wildt, theils durch Titriren mit Fehling'scher Lösung, theils durch Bestimmung des specifischen Gewichts vor und nach der Gährung nach der Methode von Roberts unter Benutzung des von Manasseïn angegebenen Factors [1]). Häufig wurde der gleiche Urin nach mehreren Methoden untersucht; wesentliche Differenzen haben sich dabei niemals ergeben.

Um endlich die Tabellen durch Mittheilung der täglich vorgenommenen Harnuntersuchungen nicht endlos zu machen, habe ich mir häufig erlaubt, kleinere Zeiträume bis zu 8 Tagen zusammenzuziehen und daraus das Mittel zu nehmen; natürlich nur dann, wenn die Zahlen und sonstigen Verhältnisse sich annähernd gleich blieben. Ich glaube, dass dadurch die Uebersichtlichkeit der Tabellen gewonnen hat.

Bei der Reihenfolge der Krankengeschichten, welche sämmtliche seit 10 Jahren zur Beobachtung in der medicinischen Klinik aufgenommene Kranke mit Diabetes mellitus betreffen, war der erzielte Erfolg maassgebend, so dass ich zuerst diejenigen Fälle mittheile, bei welchen der Zuckergehalt des Harns durch die strenge Diät vollständig zum Verschwinden gebracht wurde.

(Fortsetzung folgt.)

II. Die Bedeutung der neueren Untersuchungen der Blutkörperchen in Bezug auf die anämischen und leukämischen Krankheitsformen.

(Vortrag gehalten in der Section für Medicin auf dem internationalen Congresse in Kopenhagen)

von

Dr. S. Laache in Christiania.

Die Methoden, welche die Forschung der neueren Zeit uns zu Gebote gestellt hat, sind zunächst folgende: Zählung der Blutkörperchen, Bestimmung der Färbekraft und Messung des Diameters. Es ist hier weder Ort noch Stelle, dieselben im Einzelnen durchzugehen, obwohl namentlich ihre historische Entwickelung einen nicht geringen Grad von Interesse darbietet. Wir wollen deswegen hier nur hervorheben, dass der Kliniker gegenwärtig durch die von Vierordt und Welcker angegebenen, später von Malassez, Hayem, Thoma-Zeiss u. A. geänderten und im hohen Grade simplificirten Methoden in den Stand gesetzt ist, die Blutkörperchen mit ziemlicher Genauigkeit zu untersuchen, während man früher in diesen Beziehungen mehr oder weniger auf eine lose Schätzung angewiesen war, und gehen alsbald zur directen Beschreibung des Verhaltens der Blutkörperchen bei anämischen Zuständen über. Was darüber gesagt werden kann, wird gleichzeitig dazu dienen, die Bedeutsamkeit der Methoden ins volle Licht zu stellen. —

Die am leichtesten verständliche Form der Anämie ist diejenige, die nach einer **Blutung** eintritt, sobald die Menge des Blutes durch Aufsaugung von Flüssigkeit aus dem Parenchymen wieder retablirt geworden ist. Wie weit kann die Herabsetzung der rothen Blutkörperchen hier gehen? Nach den bekannten, an Hunden und Kaninchen angestellten, Versuchen Vierordt's sollte man glauben, dass die Grenze ungefähr bei 50 Proc. läge, und dass eine weitere Reduction den Tod zur Folge hätte. Dies stimmt jedoch mit der Erfahrung an Menschen nicht überein. In mehreren meiner Fälle war die Zahl der rothen Blutkörperchen pr. Kbmm — A — bis 1.5 Mill., also bis ungefähr 30 Proc. gesunken. Béhier hat sogar eine Herabsetzung bis unter 1 Mill. gefunden. Mit voller Sicherheit ist demnach auszusprechen, dass dieselben ziemlich weit unter 50 Proc. herabgehen kann, ohne dass der Tod eintritt, ja ohne dass selbst Restitutio ad integrum dadurch unmöglich gemacht wird.

Bei der Regeneration vermag die Neubildung von Hämoglobin, dessen Herabsetzung unmittelbar nach dem Blutverluste bei vorher gesunden Individuen der Herabsetzung der Anzahl parallel ist, mit der Neubildung der Blutkörper in der Regel nicht Schritt zu halten. Die letztere, die Neubildung der Zahl, eilt vielmehr der ersteren voran. In Folge davon nimmt der Durchschnittswerth der rothen Blutkörperchen — W — den wir dadurch finden, dass wir den Hämoglobingehalt des Blutes mit der Zahl der Blutkörperchen (beide in Procenten ausgedrückt) dividiren, der Durchschnittswerth d. h. der Hämoglobingehalt der einzelnen Blutkörperchen nimmt, sage ich, mehr oder weniger ab und kann bis 70 Proc. ja sogar darunter herabsinken. Wenn wir auf einer Curventafel die gefundene Zahl A durch eine dünne Linie bezeichnen und mittelst einer anderen, z. B. einer dicken, dieselbe Zahl für die Durchschnittskörper (die so zu sagen normalen, berechneten Körperchen), werden diese Linien in der Regel divergiren und erst dann zusammenfallen, wenn volle Heilung erreicht ist. Dem entsprechend wird man unter dem Mikroskope beobachten können, dass die rothen Blutkörperchen mehr oder weniger blass sind, und dass eine grosse Menge kleiner Blutkörperchen aufgetreten ist, die man Mikrocyten nennt, über deren Bedeutung aber die Anschauungen nach zwei entgegengesetzten Richtungen auseinanderweichen. Einige, z. B. Quincke, sehen in denselben alte Blutkörperchen, während Andere, zu denen namentlich Hayem gehört, sie für neugebildete, nur noch wenig entwickelte, Blutkörperchen halten. — Von Interesse ist die Schnelligkeit der Regeneration. In zweien meiner Fälle ging sie mit einem Zuwachs von 50- resp. 70000 rothen Blutkörperchen pro die vor sich. Die Wahrscheinlichkeit spricht dafür, dass der Zuwachs unter günstigen Verhältnissen noch schneller vor sich gehen kann. —

In der mit acuten und chronischen Krankheiten in Verbindung stehenden symptomatischen Anämie ist die Verminderung der färbenden Elemente des Blutes nicht so gross, als man von vornherein anzunehmen geneigt sein dürfte. Das Missverhältniss zwischen der wahrscheinlichen und der wirklichen Sachlage tritt nirgends so deutlich hervor als bei der Phthise, wo im Widerspruch mit dem abgemagerten und blassen Aussehen des Patienten oft auffallend normale Verhältnisse in Bezug auf die rothen Blutkörperchen gefunden werden. (Hämoptoën sind selbstverständlich auszuschliessen). Bei Krebs sind die Verhältnisse bemerkenswerth. Ein kleiner Knoten im Uterus oder ein Epitheliom mässiger Ausbreitung an der Unterlippe ist ohne wesentliche Bedeutung. Dagegen rufen Geschwülste, die entweder mit grossen Säfteverlusten verbunden sind oder in inneren lebenswichtigen, für die Ernährung nothwendigen Organen, z. B. dem Magen, auftreten, eine ziemlich bedeutende Herabsetzung der färbenden Elemente des Blutes hervor. — —

Bei der **Chlorose** glaube ich 2 Formen unterscheiden zu müssen, die eine, bei welcher die rothen Blutkörperchen sehr wenig oder selbst gar nicht afficirt sind — die Pseudochlorose — und die andere — die wahre Chlorose —, bei welcher eine derartige Reduction über jeden Zweifel erhaben ist. Diese Unterscheidung hat nicht allein theoretisches Interesse, sondern ist auch in practischer Hinsicht von Bedeutung, insofern die Reaction auf Eisen in der Pseudochlorose viel weniger als in der wahren Form hervortritt. Worin besteht nun die Blutveränderung bei letzterer? In dieser Beziehung waren die Untersuchungen Duncan's epochemachend. D. fand die Zahl fast vollständig normal, den Hämoglobingehalt dagegen in bedeutendem Grade vermindert. Obwohl gegen die Untersuchungen Duncan's Einwürfe geltend gemacht werden können, haben dieselben doch das bleibende Verdienst, die Aufmerksamkeit auf das wichtige Factum zuerst hingelenkt zu haben, dass eine Incongruenz zwischen der Zahl der Blutkörperchen und dem Hämoglobingehalt des Blutes statthaben kann. Mit Duncan und denen, die ihm folgen, stimme ich insofern nicht überein, als nach meinen Untersuchungen in den Fällen, wo eine beträchtlichere Reduction der Färbekraft eingetreten ist, die Zahl der Blutkörperchen auch nicht mehr normal bleibt, sondern sich im grösseren oder geringeren Maassstabe vermindert zeigt. M. a. W. ich meine, dass die Herabsetzung in den meisten Fällen sowohl den Hämoglobingehalt als die Anzahl der Blutkörperchen berührt. Der erstere ist allerdings in der Regel am stärksten afficirt, weshalb der Ausdruck chlorotische Blutkörperchen (Hayem) in hohem Grade bezeichnend ist. Pathognomonisch sind dieselben jedoch nicht, indem sie auch unter andern Umständen, z. B. bei der Regeneration nach Blutungen, beim Krebs etc., vorkommen können und andererseits bei der wahren Chlorose zuweilen fehlen.

Das Aussehen der rothen Blutkörperchen variirt in dieser Krankheit übrigens ziemlich stark. Was z. B. die Grösse betrifft, so sind ausser den normalen Blutkörperchen häufig ganz kleine derartige vorhanden. Auch vergrösserte, sog. Riesenzellen kommen bisweilen vor, abnorm geformte ebenfalls; keine von diesen sind jedoch für die Krankheit charakteristisch.

In Bezug auf die Wirkung des Eisens muss ich mit Hayem und Malassez einen vorwiegenden Einfluss auf den Hämoglobingehalt constatiren. Dies geht aus der betreffenden Curventafel mit Deutlich-

[1]) W. Manasseïn. Ueber quantitative Bestimmung des Zuckers im diabetischen Harn nach dem Unterschied im specifischen Gewicht des Harns vor und nach der Gährung. Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. X. 1872. S. 73 ff.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keit hervor. W. steigt continuirlich an, bis er die Grösse 1 erreicht hat. Von diesem Zeitpunkt an werden die beiden Curven, die dünne und die dicke, zusammenfallen und die Patientin wird als geheilt entlassen. Dies gilt jedenfalls, wo es sich um grosse Dosen (z. B. Blaud'sche Pillen) handelt; für kleine Dosen behauptet Willcocks eine prädominirende Einwirkung auf die Zahl. — —

Indem ich noch hervorhebe, dass man neben der Chlorose eine, in der Praxis nicht gerade selten auftretende, Art der Anämie anerkennen muss, für welche ich den Namen einfache Anämie vorgeschlagen habe, eine Form, welche jedoch keine absolut charakteristischen Symptome darbietet — gehen wir zu der

Progressiv-perniciösen Anämie über. War schon bei der Anämie nach Blutungen und auch bei der Chlorose die Herabsetzung der r. B. oft recht bedeutend, so muss dieselbe hier als geradezu colossal bezeichnet werden. Es ist ja auch leicht verständlich, dass bei chronischen Anämien die Zahl viel tiefer sinken kann, ohne dass der Tod eintritt, weil das Accomodationsvermögen des Organismus hier Zeit hat, sich geltend zu machen. Kommt hierzu noch der Umstand, dass der Hämoglobingehalt der einzelnen Blutkörperchen bei dieser Krankheit, wie wir bald sehen werden, eine Erhöhung erfährt, so sieht man leicht ein, dass ein und derselbe Maassstab bei den verschiedenen Arten von Anämie nicht angewendet werden darf, und dass die Wahrscheinlichkeit dafür spricht, dass bei der chronischen Anämie die Anzahl der Blutkörperchen viel tiefer sinken kann als z. B. nach einer starken Blutung, ohne dass der Tod als unmittelbare Folge sich einzustellen braucht.

Das ist in der That auch der Fall.

Wie tief aber die Herabsetzung ohne Erlöschen des Lebens gehen kann, lässt sich indessen auch hier nur äusserst schwierig mit einiger Sicherheit ausmachen. Die niedrigste Zahl hat wohl Quincke in seinem bekannten Falle mit 143000 r. B. pr. Kbmm gefunden. Unter 0,5 Mill. ist wiederholt beobachtet worden. Aber nicht genug damit, dass die Lebensfunctionen mit einer so geringen Zahl von Sauerstoffträgern eine Zeitlang aufrecht erhalten werden können, auch sogar die Restitutio ad integrum ist ohne Zufuhr von neuem Blute möglich. Wie dieselbe vor sich geht, werden wir später sehen.

Werfen wir zunächst einen Blick auf einige, hierher gehörende, Curven, so sehen wir im Grossen und Ganzen zwei Formen der Krankheit repräsentirt:

1) eine, bei welcher die Abnahme bis zum Eintritt des Todes continuirlich und unabänderlich fortschreitet;

2) eine, bei welcher die Blutkörperchen eine vorübergehende oder vielleicht dauerhafte Zunahme zeigen. Pat. sieht wie gebessert oder selbst geheilt aus, dann aber tritt binnen kurz oder lang die Krankheit wieder ein, um in den allermeisten Fällen lethal zu enden. Dies ist es, was Runeberg den discontinuirlichen Verlauf der Krankheit genannt hat, und was im Ganzen den Verdacht erregt, ob wir es hier wirklich mit einer Wirkung von dargereichten Medicamenten, insbes. Arsenik zu thun haben, und nicht vielmehr mit einer spontanen Entwickelung der Krankheit selbst. Diese Vermuthung kann uns natürlich nicht davon abhalten, im concreten Falle Arsen zu geben. Ein besseres Mittel kennen wir ja zur Zeit nicht. Uebrigens habe auch ich sowohl früher als in der allerletzten Zeit ebenso wie u. A. Byrom Bramwell und neuerdings Warfwinge bei mehreren Patienten eine anscheinend günstige Einwirkung von dem Gebrauche des Arseniks gesehen. — Die allgemein anerkannte Wirkungslosigkeit des Eisens ist nach Willcocks darauf zurückzuführen, dass die Blutkörperchen im Gegensatz zur Chlorose mit Hämoglobin überladen sind, eine Erklärung, die als ganz acceptabel zu betrachten ist.

Wenn wir das Aussehen der einzelnen Blutkörperchen näher ins Auge fassen, so ist das am meisten auffallende Symptom eine Ungleichartigkeit in der Grösse derselben, wie eine solche kaum in irgend einer andern Krankheit vorkommt. Von ganz kleinen Gebilden an, die wie Fragmente aussehen und nur einige wenige μ im Diameter messen, bis zu grossen Riesenzellen von 10—12 ja sogar 15 μ im D. (Megaloblasten, Ehrlich) sind die verschiedensten Uebergänge vertreten. Die grossen Blutkörperchen sind immer in reichlicher, oft in vorwiegender Menge vorhanden, und ist es dieser Umstand, in welchem wir den Schlüssel eines anderen Symptoms suchen müssen, das uns hier zum ersten Male entgegentritt, und auf welches ich schon oben hingedeutet habe, ich meine die relative Vermehrung der Färbekraft. So weit meine Untersuchungen reichen, ist dieses sehr auffallende, früher auch von Hayem und Quincke observirte Symptom durchgehend bei dieser Krankheit vorhanden.

Ein Verhältniss, auf welches man ein bedeutendes Gewicht gelegt hat, ist die Form der einzelnen Blutkörperchen. Quincke ist der erste, der darauf aufmerksam gemacht hat, dass man bei der perniciösen Anämie abnorm geformte Blutkörperchen constant vorfindet, einen Zustand, den er, wie bekannt, als Poikilocytose benannte. Mit aller Anerkennung des Verdienstes, die Aufmerksamkeit auf einen früher nicht genauer beachteten Punkt hingelenkt zu haben, kann ich jedoch die von Q. gegebene Darstellung nicht vollständig acceptiren. Es lässt sich freilich nicht läugnen, dass man bei dieser Krankheit mehr als bei irgend einer andern manche abnorm geformte Blutkörperchen vorfindet, namentlich solche, die am einen oder andern Ende ausgezogen erscheinen (Ei-, Birn-, Keulenform etc.), aber erstens sind die Variationen, wenigstens so weit ich es gesehen habe, nicht so mannigfaltig wie von Q. hervorgehoben, und zweitens findet man dieselben abnormen Formen nicht allein bei der pern. Anämie, sondern auch bei einer ganzen Reihe von andern Krankheiten. Wir brauchen in dieser Beziehung nur an die Chlorose zu erinnern. Seit der Herausgabe meiner Untersuchungen im vorigen Jahre habe ich fortgesetzt die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt gerichtet gehabt, und habe neuerdings bei einem längere Zeit hindurch observirten Patienten wiederum meine Beobachtungen durchmustert, vermag aber das, was ich früher über diesen Gegenstand ausgesprochen habe, nicht zu modificiren.

Ebenso wenig darf ich den kugligen Mikrocyten von Vanlair und Masius besondere Bedeutung beilegen.

Dies Alles hindert mich aber natürlich nicht, den Ausdruck Poikilocytose zu benutzen. Ich halte denselben sogar für eine sehr brauchbare und treffende Bezeichnung; nur ist dabei festzuhalten, dass der Zustand für die perniciöse Anämie nicht pathognomonisch ist.

Kernhaltige rothe Blutkörperchen sind auch wiederholt beobachtet worden, aber auch diese sind nicht unbedingt charakteristisch, indem sie auch bei andern Krankheiten, z. B. Magenkrebs, vorkommen können. —

Wir haben die Regeneration genannt. Dieselbe zeigt das eigenthümliche Verhalten, dass der relative Hämoglobingehalt des Blutes sich auch in dieser Periode, eine Zeitlang wenigstens, erhöht hält. Vergrösserte Blutkörperchen sind in grosser Menge vorhanden, und auf den Curventafeln liegt die dicke Linie am höchsten. Bei einem meiner Fälle fand dies nur in der ersten Zeit der Regeneration statt, später kreuzten sich die beiden Curven, und der Hämoglobingehalt schleppte in der folgenden Zeit nach. — Die Schnelligkeit der Regeneration kann überraschend gross sein. In einem Falle meiner Beobachtung nahm im Laufe einer Woche A von 2,9 bis 4,4 Mill. *zu. d. h.* der tägliche Zuwachs war 211000 r. B. pro Kbmm., eine Zunahme, die so erstaunend sich darstellte, dass man sich des Zweifels nicht erwehren konnte, wenn nicht die Uebereinstimmung zwischen den an Blut aus verschiedenen Körperstellen angestellten Zählungen die zuverlässigste Gewähr für das erhaltene Resultat abgäbe. Die Curve war auch dem entsprechend fast vollständig aufsteigend. —

Die relative Färbekraft ist bei der pern. Anämie also vermehrt. Die Sachlage ist demnach nicht die, welche man von vornherein anzunehmen geneigt sein dürfte, dass der Durchschnittswerth der einzelnen Blutkörperchen mit der Zunahme der Anämie unausgesetzt tiefer und tiefer sinkt, sondern es tritt im Gegentheil, wenn man so will, ein Stadium ein, unter welchem derselbe geradezu ins Wachsen übergeht.

Durch einfache Zählung wird man somit in den meisten Anämien nur einen incorrecten Begriff vom Grad der Affection erhalten. Während aber bei der Chlorose und auch bei der Regeneration nach Blutungen die Anämie in Wirklichkeit grösser ist, als es nach der gefundenen Anzahl den Anschein hat, ist derselbe bei der pern. Anämie im Gegentheil geringer und der Stand des Blutes also gewissermaassen besser als man es nach den Zählungsergebnissen vermuthen würde. Auf den Curventafeln tritt dieser Gegensatz im Verhalten der Chlorose und der perniciösen Anämie deutlich zu Tage. Bei ersterer liegt die dicke Linie, die des Werthes, am niedrigsten, bei der letzteren am höchsten.

In der Vermehrung der Färbekraft der einzelnen Blutkörperchen sehe ich aber ein für die perniciöse Anämie weit charakteristischeres Phänomen als in der entsprechenden Verminderung bei der Chlorose, denn während jene hämoglobinärmeren und gebleichten (chlorotischen) Blutkörperchen ausser bei der eigentlichen Chlorose noch in manchen anderen Krankheiten vorkommen, ist die Steigerung des Hämoglobingehaltes bis jetzt bei keiner andern Krankheit ausser bei der pern. Anämie nachgewiesen, obschon ja die Möglichkeit eines derartigen Befundes auch bei andern Zuständen natürlich nicht bestritten werden kann. Die erhöhte Färbekraft darf somit nicht als ein für die pern. Anämie absolut sicheres Kennzeichen proclamirt werden, um so weniger, als der Begriff dieser Krankheit noch nicht als vollständig stringirt angesehen werden kann.

Was der Vermehrung zu Grunde liegt, d. h. wie sie erklärt

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

werden soll, ist äusserst schwierig zu entscheiden. Man könnte wohl an eine Art Compensation, um dem drohenden Sauerstoffmangel vorzubeugen, denken; einen Beweis dafür giebt es aber nicht. — —

Schliesslich gelangen wir zu einer Gruppe, welche wir hier nur kurz skizziren werden, ich meine die **Leukämie** und damit verwandte Krankheiten. Während in den vorigen Zuständen die Affection der rothen Blutkörperchen am meisten in die Augen fiel, tritt hier das Leiden der weissen ganz in den Vordergrund.

Man hat häufig die Leukämie und die perniciöse Anämie als ganz nahe verwandte Krankheiten zusammengeworfen, wie denn auch Uebergangsformen zwischen beiden beschrieben worden sind. Das es nicht wenige gegenseitige Anknüpfungspunkte giebt, steht fest, andererreits sind aber auch zahlreiche und wesentliche Verschiedenheiten vorhanden. Als solche ist namentlich hervorzuheben, dass in drei von mir untersuchten Fällen die Anzahl der r. B. und in zweien auch der Hämoglobingehalt des Blutes verhältnissmässig nicht bedeutend herabgesetzt waren. Trotz des jahrelangen Bestehens der Krankheit waren dieselben nur um ca. 50 Proc. gesunken, und in einem Falle war das Verhalten der rothen Blutkörperchen sogar ziemlich normal. (Es war hier ein bedeutender Milztumor vorhanden und das relative Verhältniss zwischen rothen und weissen Blutkörperchen war 1 : 17.) Auch in den Fällen, wo die Herabsetzung grösser war, habe ich keine wesentliche Abnormität in dem Verhalten der rothen Blutkörperchen beobachten können. Wie sich aber die Sache da verhält, wo die Reduction eine extreme ist (ca. 0,5 Mill. pro Kbmm. ist observirt), darüber darf ich keine sicher begründete Meinung aussprechen. —

Was nun die weissen Blutkörperchen betrifft, so fällt die starke Zunahme ihrer Anzahl sowohl relativ als absolut zunächst ins Auge. Die Vermehrung kann, wie man weiss, so weit gehen, dass im Gesichtsfelde weniger rothe als weisse Blutkörperchen sich vorfinden. In Bezug auf die Grösse verhalten sich letztere in der Regel variirend. Im Ganzen können drei verschiedene Gruppen unterschieden werden. Einige sind ganz klein, kleiner als die rothen, haben nur einen Kern und stammen wahrscheinlich aus den Lymphdrüsen; andere, die grösser als die rothen Blutkörperchen und mit 3—4 kleeblattähnlich zusammenliegenden Kernen versehen sind, rühren allem Anschein nach von der Milz her. Hierzu kommt als dritte Gruppe eine Anzahl farbloser, fetttropfenhaltiger Blutkörperchen (Mosler), welche ihren Ursprung in dem Knochenmark haben sollen und somit für die myelogene Leukämie charakteristisch sein dürften. Schliesslich sind noch die Neumann'schen Uebergangsformen, welche in ihrem Inneren einen grossen Kern haben, während die Randpartien homogen und gefärbt sind, zu erwähnen. Es sind letztere Körperchen wahrscheinlich als unvollkommen entwickelte rothe Blutkörperchen aufzufassen.

Uebrigens findet schon unter normalen Verhältnissen eine nicht geringe Variabilität in der Grösse der weissen Blutkörperchen statt, eine Sache, die von Ehrlich näher untersucht ist, und von Renaut als Beweis dafür angeführt wird, dass im Blute selbst eine Theilung und in Folge davon eine Neubildung von Blutkörperchen stattfindet. Auf letzteren Punkt darf ich hier nicht näher eingehen, will aber nur im Vorbeigehen andeuten, dass in letzterer Zeit immer mehr Stimmen sich dafür erheben, dass der Ausgangspunkt der Leukämie zuweilen im Blute selbst liegen kann. —

Bei der Therapie der Leukämie hat Arsenik öfters einen günstigen Einfluss gezeigt, wie dies auch in zwei Fällen meiner Beobachtung der Fall war, insofern die relative Anzahl der weissen Blutkörperchen abnahm. Die Abnahme ging in dem einen Fall von 1:17 bis 1:95, sie war jedoch nur von kurzer Dauer. Länger dauernde Besserungen sind indessen unzweifelhaft beobachtet worden. Dass Arsenik einen destruirenden Einfluss auf die weissen Blutkörperchen in der Leukämie ausübt, glaube ich daher mit Sicherheit annehmen zu dürfen. —

In den sogenannten pseudoleukämischen Zuständen sind die Verhältnisse wenig typisch. Die weissen Blutkörperchen sind entweder gar nicht oder nur in geringem Grade vermehrt; die rothen verhalten sich ungefähr wie in der Leukämie.

III. Geheilter Fall von Diabetes mellitus und insipidus bei einem Säugling.

Von

Dr. H. Garnerus in Schwarzenberg i. S.

Die Seltenheit des Diabetes mellitus im Kindesalter, noch dazu in der Combination mit einem Diabetes insipidus, sowie die gelungene Ueberwindung der Schwierigkeiten, die sich einer rationellen Säuglingsdiät bei dieser Erkrankungsform entgegenstellen, dürften die Veröffentlichung des Falles rechtfertigen.

Kind N., männlichen Geschlechts, evangelischer Confession, erblich nicht belastet. Viertes Kind der durchaus gesunden Eltern — das eine starb an Keuchhusten, die beiden andern sind kräftig und gesund — bot unmittelbar nach der Geburt bis auf einen gewissen Grad von Polyurie keinerlei krankhafte Erscheinungen dar. Körpergewicht $7^3/_4$ Pfund. Haut feucht. In 24 Stunden macht das Kind nach der nachträglich erhobenen Angabe der zuverlässigen Mutter mindestens 20 bis 24 Windeln nass. Als Getränk erhielt es, da die Mutter das Stillen nicht selbst besorgen konnte, Kuhmilch (Mischmilch) in der Verdünnung 1:3 mit etwas Zuckerzusatz. Appetit gierig. Stuhlgang verdaut; doch nahm das Kind bei der Nahrung sichtlich ab, und betrug das Körpergewicht nach 3 Wochen nur noch 7 Pfund. Wegen guter Erfahrungen mit dem Biedert'schen natürlichen Rahmgemenge bei den frühern Kindern wurde ein Versuch mit demselben gemacht; jedoch das Kind nahm immer mehr ab. Eine stärkere Concentration der verdünnten Kuhmilch schien mir nicht rathsam, nachdem ich mich überzeugt hatte, dass die Milch allem Anschein nach von tadelloser Qualität war, und ich ging über zu Milch mit Haferschleim, 1:3, von deren Verdaulichkeit ich wiederholt mich zu überzeugen Gelegenheit gehabt hatte. Ich hoffte auf eine möglicherweise bessere Assimilation der nahrhaften Milchbestandtheile bei dieser Diätform. Von dieser Mischung trank das Kind enorm viel, nahm aber immer mehr ab, liess sehr viel und oft Wasser (bis zu 30 nasse Windeln in 24 Stunden). Da von Seiten der Mutter jetzt die Polyurie wesentlich betont wurde, und mit Rücksicht auf die stetige Gewichtsabnahme bei gesteigerter Nahrungsaufnahme untersuchte ich den Urin: es fand sich, nach der Intensität der honiggelben Fällung von Kupferoxydul zu urtheilen (eine quantitative Bestimmung wurde nicht gemacht), ein ziemlich bedeutender Zuckergehalt, specif. Gewicht 1008—1010. Daraufhin erhielt das Kind Bouillon mit Ei, vertrug es jedoch schlecht. Während bis dahin die Darmausleerungen sehr regelmässig, überhaupt die Functionen des ganzen Digestionstractus trotz des häufigen Diätwechsels von seltener Vorzüglichkeit gewesen waren, das Kind mit seiner Saugflasche im Munde sich der vollständigsten Euphorie zu erfreuen schien, hatte es jetzt fortwährend Diarrhoe. Faeces waren unverdaut, von abscheulichem Geruch, es schrie Tag und Nacht. Die Abmagerung nahm stetig zu: der Zucker war bis auf geringe Intervalle, wo salicylsaures Natron mit im Allgemeinen positivem Erfolg angewendet wurde, während einer derartigen dreiwöchentlichen Behandlungsdauer vollständig geschwunden. Vorübergehende Milchdiät indess brachte sofort wieder den Zucker zum Vorschein. Polyurie trotzdem hochgradig: das Kind macht 25—30 Windeln nass. Therapeutische Maassnahmen zur Bekämpfung derselben (Valerianainfus, arsenige Säure) schlugen vollständig fehl, nur Secale wirkte nachweislich günstig, wurde aber im Uebrigen schlecht vertragen. Ein verzweifelter Nährversuch wurde noch mit Bassermann'schem Klebermehl gemacht, welches indess, wie vorauszusehen war, ganz unverdaut abging. Körpergewicht des jetzt etwa 10 Wochen alten Säuglings kaum 6 Pfund, so dass die Prognose auch quoad vitam eine sehr zweifelhafte war.

Um nun die natürliche Säuglingsnahrung möglichst nachzuahmen, und zugleich den Milchzucker auszuschalten, fasste ich die Idee, dem natürlichen Gährungsprocess unterworfene saure Milch mit entsprechendem Glycerinzusatz oder Mannit zu reichen. Die so beschaffene Milch wurde im Verhältniss von 1:3 mit aufgekochtem Wasser gegeben, und von dem Kinde mit grossem Verlangen getrunken. Der Erfolg war ein recht befriedigender. Das Kind wurde von Stunde an ruhig, die Ausleerungen waren verdaut, das Körpergewicht nahm in der ersten Zeit rapide, aber stetig zu. Zucker war nur in der ersten Zeit intermittirend noch in kleinen Mengen nachzuweisen (jedenfalls mangelhafte Milchsäuregährung in den kühlen Junitagen), spec. Gewicht 1000. Das Einzige, was noch viele Wochen fortbestand, war die Polyurie. Auf der Zunge entwickelte sich eine Art Psoriasis linguae. Die Sauremilchkost später 1:2 wurde etwa $^1/_4$ Jahr lang mit nach jeder Richtung ausgezeichnetem Erfolge fortgeführt und mehr experimenti causa kleine Mengen süsser Milch in steigender Dosis verabreicht, ohne dass sich wieder Zucker hätte nachweisen lassen. Als im Gefolge eines leichten fieberhaften Bronchialkatarrhs eine mässige Dyspepsie bei der Milchverdünnung 1:2 auftrat, der auf stärkeren Wasserzusatz nicht wich (das Kind bekam schon längere Zeit ausschliesslich süsse Milch), gingen wir wieder zum natürlichen süssen Rahmgemenge über, und das Kind befindet sich seitdem vollständig wohl.

Erst 6—8 Wochen nach dem Verschwinden des Zuckers begann auch die Polyurie allmählich abzunehmen, um freilich bei leichten Störungen des Allgemeinbefindens, wie bei dem Bronchialkatarrh und den dyspeptischen Beschwerden sofort wieder zu recrudesciren. Das Kind macht jetzt in 24 Stunden höchstens noch 10 Mal nass, und die Mengen sind gering. Auch der gesteigerte Durst hat seitdem nach-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gelassen. Das Kind ist jetzt nach jeder Richtung als normal entwickelt anzusehen. Körpergewicht des jetzt 29 Wochen alten Säuglings 13 Pfund.

Resumiren wir, so kann es meines Erachtens keinem Zweifel unterliegen, dass wir im vorliegenden Fall einen echten Diabetes mellitus (leichtere Form) vor uns haben. Das Kind bot alle Erscheinungen desselben dar, ohne dass ein Uebermaass von Amylaceen in der Nahrung gereicht wäre, denn vor der freilich irrationellen Milchschleimdiät waren alle Charaktere des Diabetes bereits vorhanden, speciell die constante Gewichtsabnahme bei vollständigster Intactheit der digestiven Functionen trotz überreichlicher Nahrungszufuhr. Sichergestellt wurde die Diagnose durch den Nachweis des Zuckers im Urin erst im zweiten Lebensmonat des Säuglings. Die Milchdiät in jeder Form wirkte schädlich, dagegen erwies sich die saure Milch mit Glycerinzusatz als vortrefflich verdaulich, und das Kind gedieh dabei in durchaus befriedigender Weise. Mit Buttermilch wurde wegen zu geringen Nährwerths gar kein Versuch gemacht. Im Verlaufe der Ernährung mit saurer Milch heilte der Diabetes mellitus ab; wenigstens ist, trotzdem das Kind jetzt neben der süssen Milch mit Zuckerzusatz noch Amylacea bekommt, seit 14 Wochen kein Zucker wieder nachweisbar gewesen, ein intermittirender Diabetes also wohl auszuschliessen. Es ist dieser Ausgang in Heilung um so bemerkenswerther, als nach den Angaben in der Literatur die Prognose der Zuckerharnruhr im kindlichen Alter eine auch quoad vitam sehr ungünstige sein soll.

Neben dem Diabetes mellitus, nicht erst als Folgezustand desselben, dürfte aber noch ein Diabetes insipidus bestanden haben, da auch in den Intervallen, wo der Zucker verschwand, die Polyurie und das ausserordentlich gesteigerte Durstgefühl fortdauerte, und noch Wochen nach dem definitiven Abheilen der Zuckerharnruhr das besonders nächtliche Bettnässen Mutter und Kind den Schlaf raubte. Die specifische Gewichtsbestimmung lässt sich für die Beantwortung dieser Frage bei Säuglingen nicht verwerthen, etwa in der Weise, dass im Falle des Nichtbestehens eines Diabetes insipidus das specifische Gewicht entsprechend höher sein werde, da, wie mir vielfache Controlluntersuchungen von Säuglingsharnen ergeben haben, bei reiner Milchdiät dasselbe nicht wesentlich über 1000 hinauskommt: daher auch im vorliegenden Falle das specifische Gewicht des Zuckerurins nie über 1008—1010. Auch die Polyurie kann seit einigen Wochen als spontan verschwunden angesehen werden, da jede Medication schon wochenlang aufgegeben war.

Die Aetiologie des Falles dürfte vollständig dunkel sein: ein Trauma des Schädels beziehentlich seines Inhalts, während der Geburt acquirirt, ist wohl auszuschliessen, da die Geburt leicht erfolgte; möglicherweise wäre der Erkältung (zu kühles Bad) ein Einfluss auf das Zustandekommen beizumessen. Aus der der Mutter sofort nach der Geburt auffällig gewesenen Polyurie und Polydipsie zu schliessen, ist der Beginn der Krankheit in den ersten Lebenstagen zu suchen, vielleicht congenital.

IV. Purpura Variolosa, Variola vera und Variola sine exanthemate in einer Familie.

Von

Dr. Curt Neumann.

Agnes W., 27 Jahre alt, erkrankte am 18. Mai d. J. im Anschluss an die bisher stets unter schweren nervösen Symptomen verlaufene Menstruation mit heftigen Kopfschmerzen, Mattigkeit, Uebelkeit und sehr lästigen Zuckungen in der Musculatur des Gesichtes, des Rumpfes und der oberen Extremitäten. Letztere nervöse Symptome waren bisher bei jeder Menstruation mehr oder minder stark aufgetreten. Da zu gleicher Zeit Druckempfindlichkeit in der rechten Ovarialgegend bestand, und die Temperatur nur um ein geringes (38,5) gesteigert, des Morgens sogar normal war, wurde den Symptomen keine besondere Bedeutung beigemessen, bis unter Zunahme der Brechneigung und der Kopfschmerzen am 21. Mai ein Schüttelfrost mit nachfolgender Temperatursteigerung auf 40,5° C. eintrat. Zu gleicher Zeit bemerkte man im Gesicht wie auf beiden Unterarmen und Handrücken ein deutlich ausgesprochenes scharlachartiges Exanthem mit leichter Schwellung der Haut auf der Stirn und den Handrücken, welches stark juckte und bald wieder verschwand, um dann bald auf dem Bauch und den Oberschenkeln, bald auf den vorher befallenen Theilen von Neuem aufzutreten, bald auch einem nach kurzer Zeit wieder verschwindenden Nesselausschlag Platz machte. Diese Beschwerden waren bei stetig hoher Morgen- und Abendtemperatur (39,5—40,5), stark pulsirenden Carotiden und hohem Radialpulse (120 cr.) von überaus heftigen Kreuzschmerzen und Zuckungen in den Lumbalmuskeln begleitet, welche die Patientin in keiner Körperstellung zur Ruhe kommen liessen, auch durch Opiate, Morphium etc. nur wenig gemässigt werden konnten, und erst auf eine Blutentziehung in der Lendengegend nach fast dreitägigem Bestehen nachliessen.

Die Schüttelfröste wiederholten sich am 22. und 23., die Temperatur konnte durch Chinin etc. nur um weniges vorübergehend herabgesetzt werden und das lästige Würgen und Erbrechen nahm trotz Schlucken von Eisstückchen etc. unter heftigen Schmerzen in der Präcordialgegend stetig zu. Dabei andauernd freies Sensorium und nach Aufhören der Kreuzschmerzen auch subjectiv leidliches Wohlbefinden.

Am 24. Mai machten sich Blutungen in der Conjunctiva bulbi links mit Schwellung der Augenlider, Blutungen aus der Rachenschleimhaut, sowie Erbrechen blutig tingirter Massen bemerkbar, es stellte sich Blutausfluss aus den Genitalien ein, und beide Schamlippen zeigten ziemlich erhebliche Oedeme, dabei Blut im Harn bei heftiger Strangurie. Rachen- und Mundschleimhaut waren trocken, anginöse Beschwerden und Schwellung der Zunge, die „wie gekocht“ aussah, machten jedes Schlingen überaus schmerzhaft. Gegen Abend des 24. traten auch punktförmige petechiale Blutungen auf der Unterbauchgegend ein, die Temperatur blieb eine andauernd hohe, und es erfolgte in der Nacht zum 25., nachdem Patientin, frei von Kopf- und Kreuzschmerzen, bei leidlichem subjectivem Wohlbefinden noch eben mit der Mutter gesprochen, plötzlich der Tod.

Die Organe der Brusthöhle boten bei Lebzeiten ausser leichten bronchitischen Erscheinungen nichts Abnormes, die Darmfunctionen waren träge, doch bestand keine Verstopfung, Leber und Milz zeigten keine nachweisbare Schwellung.

Die anfangs genehmigte Section wurde leider noch im letzten Moment vor der Ausführung durch äussere Umstände unmöglich gemacht.

Obwohl wir zu jener Zeit in der von der Familie bewohnten Stadtgegend, wie ich durch Rücksprache mit anderen Collegen erfuhr, keine Erkrankung an Variola beobachtet hatten, und obwohl nicht eine einzige als Pocke zu deutende Erscheinung auf der Haut sich gezeigt hatte, so konnte ich mir doch von der unter so schweren Infectionserscheinungen verlaufenen Krankheit keine andere Vorstellung machen, als dass es sich eben um eine Purpura variolosa handelte, von der Curschmann[1]) sagt: „Die p. v. repräsentirt den schlimmsten Verlauf, den die Pocken im Initialstadium nehmen können, sie führt unaufhaltsam rapide zum Tod, bevor auch nur der erste Ansatz einer Pockenpustel sich entdecken lässt.“ —

Ich sprach meinen Verdacht, der dadurch noch bestärkt wurde, dass das Haus, welches die Familie bewohnte, nach hinten an den Garten des Städtischen Barackenlazareth (wo allerdings zu der Zeit nur wenige leichtere Pocken-Fälle lagen) angrenzte, den Eltern gegenüber aus; da ich indessen Dank dem allgemeinen Impfzwange bisher kaum eine Pockenepidemie zu sehen Gelegenheit gehabt hatte, nahm ich nach Rücksprache mit älteren, in dieser Beziehung erfahreneren Collegen von einer Impfung der Familie Abstand, was ich indessen bald schwer bereuen sollte. —

Am 2. Juni erkrankte die 17jährige Schwester Martha W. unter den gleichen Erscheinungen wie die Verstorbene, nur dass sofort Schüttelfröste nach vorhergehendem zweitägigem allgemeinen Unbehagen auftraten. Dasselbe Initialexanthem, Kopf- und Kreuzschmerzen, Schmerzen in allen Gelenken und Temperatur von 40,5. Die Beschwerden hielten verbunden mit gastrischen Störungen und andauernd hoher Temperatur bei wechselnden Hauterythemen 5 Tage an und verschwanden dann plötzlich mit einem Abfall der Temperatur zur Norm, die sich vorher durch Chinin *und nasse* Einpackungen nur wenig hatte beeiflussen lassen.

Es erfolgte nun unter stetig normaler Temperatur in wenigen Tagen volle Wiederherstellung, ohne dass eine einzige Pocke zum Vorschein gekommen war. — Obwohl ich sofort Impfung der ganzen Familie bei Erkrankung der 2. Tochter vorgenommen hatte, legte sich am 4. Juni auch die dritte, Clara W., 25 Jahre alt, nachdem bei vorherigem vollkommenem Wohlbefinden nach einer Ohnmacht während meiner Anwesenheit in der Familie am Abend der Schüttelfrost die Krankheit eingeleitet hatte. — In diesem Falle fehlte jedes Initialexanthem. — Nach dreitägigem hohem Fieber (Morgens 39,0 Abends 40,0—40,6) zeigten sich im Gesicht stecknadelknopfgrosse allmählich dichter gestellte erhabene rothe Fleckchen nach und nach an Grösse und Ausbreitung zunehmend. Tags darauf unter grosser Unruhe und Delirien Ausbruch des Exanthems auf dem ganzen Körper, zuletzt auf Händen und Füssen, doch hier sehr dicht stehend.

Am 9. Juni (dem 5. Krankheitstage) fiel die Temperatur ab, nachdem auch auf den Lippen und der Mund- und Rachenschleimhaut Exanthem sichtbar geworden. Im Weiteren normaler Verlauf einer schweren Variola vera confluens. Im Eiterungsstadium sehr hohe Temperaturen bis zu 41,5, die noch lange auch des Morgens trotz mehrmaliger Bäder im Laufe des Tages, Chinin und nasser Einpackungen nicht wesentlich unter 40,0 erhalten werden konnten. Dabei mehrmalige Attaquen von Herzschwäche, die Darreichung von Cognac und Excitantien nothwendig machten, sonst aber, trotz der enormen Eiterung, leidlich guter Kräftezustand und endliche Genesung. —

Erwähnen will ich noch, dass wie bei den beiden andern Fällen auch in diesem die Krankheit mit Beginn der Periode einsetzte, eine in Pockenepidemien ja häufig gemachte Erfahrung. Zur Verwerthung der einzelnen Symptome des Initialstadiums für die Prognose tragen unsere Fälle nur wenig bei. Dass bei Variola vera die Zahl der Pockenpusteln im umgekehrten Verhältniss zur Intensität des initialen Ausschlages steht, ergiebt auch unser Fall, indem bei überreicher Entwicklung der Pockenpusteln der initiale Ausschlag gänzlich fehlte.

Die hämorrhagische Form tritt mit Vorliebe nach überaus heftigen, anhaltenden Kreuzschmerzen auf, so auch in unserm I. Fall. —

Zur Prophylaxe möchte ich noch erwähnen, dass die am leichtesten erkrankte 17jährige M. W. vor drei Jahren mit Erfolg revaccinirt wurde, während bei den beiden andern Schwestern eine Revaccination überhaupt nicht stattgefunden hat.

Nachdem in letzter Zeit in Berlin mehrere Pockenfälle in verschiedenen Stadtvierteln zur Beobachtung gekommen sind, ich auch selbst noch mehrmals Gelegenheit gehabt habe, in derselben Gegend Erkrankungsfälle an Pocken zu constatiren, scheint mir das Zusammentreffen der drei Formen der Variola ausserhalb einer eigentlichen Epidemie wohl der weiteren Mittheilung werth.

[1]) Ziemssen's Handbuch 1877 Band II. S. 385.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

V. Zur infectiösen Osteomyelitis.

In der Sitzung der Académie des sciences zu Paris vom 29. v. Mts. macht Herr Rodet-Lyon Mittheilung über Thierversuche bezüglich der Osteomyelitis. Seine Resultate scheinen ihm in anderer Weise beweisend zu sein als die der deutschen Forscher. Er erzielte in der That bei Kaninchen durch Injection von Bacillenculturen (wo hinein (?) Ref.) schwere Störungen in Folge von Knochenentzündung, über deren Verlauf er genaueres berichtet.

Eine seiner hauptsächlichsten Beobachtungen ist die einer bemerkenswerthen Localisirung der sich entwickelnden pathologischen Störung: so wird vor allem das Ende der Diaphysen, also die Neben-Epiphysen-Region ergriffen, woselbst dann der Process dicht an den Verbindungsknorpeln, die ihm eine feste Barriere entgegenzusetzen scheinen, Halt macht.

Die Orte der Wahl sind: oberes Ende von Humerus und Tibia, unteres Ende des Femur. Mit einem Wort, es besteht eine Prädilection für die Knochen, und bei diesen für die einem schnellen Wachsthum unterworfenen Theile. Die hervorgerufene Störung ist die der necrotisirenden und eitrigen Knochenentzündung der Neben-Epiphysengegend (ostéite juxta-épiphysaire); sie ist analog der infectiösen Osteomyelitis des Menschen bis zu dem Punkte, dass man in der That den von Rodet studirten Mikroorganismus als den specifischen Träger des Krankheitsgiftes der infectiösen Osteomyelitis ansehen muss. (Nach dem Bericht aus der Sem. méd. vom 9. Oct.) (An überflüssiger Genauigkeit leidet die Auseinandersetzung nicht, wird doch nicht einmal genau gesagt, ob denn der dort gezüchtete und verwendete Mikrococcus derselbe ist, der hier gezüchtet wurde, indess interessant ist die Behauptung der vorzugsweisen Heimsuchung der die letzte Periode des Knochenwachsthums bedingenden Theile. Vielleicht regt die Mittheilung zur Anstellung von Controllversuchen an.) V.

VI. Ueber eine Sprosspilzkrankheit der Daphnien. Beitrag zur Lehre über den Kampf der Phagocyten gegen Krankheitserreger.

Von

Elias Metschnikoff in Odessa.

Virchow's Archiv Bd. 96 Heft 2. Ausgegeben am 5. Mai 1884.

Referent: **M. B. Freund**-Breslau.

Mit Recht hebt der Verfasser hervor, dass die von ihm bei den Daphnien (den Wasserflöhen) gefundene „Hefekrankheit" bes. geeignet sei, über einige Fragen der bakteriellen Infection auch bei den höheren Thieren Aufschluss zu geben, und zwar vor Allem über die Mittel des Organismus die Infection zu paralysiren und die Art dieses Vorganges. Unter diesen Mitteln nehmen die weissen Blutzellen die erste Stelle ein, aber ihre Function ist eine active, der Nahrungsaufnahme der Amöben entsprechende.

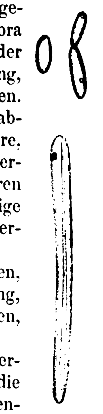
Durch die Untersuchungen Metschnikoff's stellt sich des Weiteren immer allgemeiner heraus, dass die Parasiten in dem Momente gefährlich werden, in dem sie sich zu vermehren beginnen, obgleich noch nicht klar ist, warum.

Ebenso der organische (histologische) Effect der Parasiten am Ort der Einwirkung: Necrose der getroffenen Zellen und in der Nachbarschaft das Bild der Leucocythendurchsetzung, wie bei der Pocke, der Vaccine, dem Tuberkel. Interessant ist sodann die directe Beobachtung des Verfassers von der Entstehung der Riesenzellen durch Verschmelzen einzelner Leucocythen; ebenso der Befund der Erkrankungsziffer der unter ganz gleichen Verhältnissen lebenden Thiere: wie bei höheren Thieren bleiben auch hier dem vorhandenen Gifte gegenüber zuweilen eine Anzahl Individuen immun. Dafür fehlt die Erklärung, die für die Ueberwindung der geschehenen Infection in der Einkapselung der Sporen vor ihrer Keimung gefunden wurde.

Wichtig ist ferner der Nachweis des Intactbleibens (Immunseins) gewisser Gewebe des erkrankten Organismus, trotzdem die Infectionsträger auch diese immun bleibenden Organe befallen [was auch Lichtheim in seinen Untersuchungen: „Ueber pathog. Mucorineen etc., Zeitschr. f. kl. Med. Bd. VII, Heft 2 S. 34—36 für Wirbelthiere gefunden] und endlich die Beobachtung des ungestörten Nebeneinanderlaufens zweier verschiedener Infectionskrankheiten — der eben neu beobachteten Hefe- und der schon bekannten Pebrinekrankheit — in ein und demselben Individuum — eine Beobachtung, die bekanntlich die menschliche Pathologie ebenfalls aufweist.

Die Untersuchungsresultate im Einzelnen und die aus denselben gezogenen Schlüsse Metschnikoff's sind im Wesentlichen folgende:

Der bisher nicht beobachtete Parasit der Wasserflöhe ist ein ächter Sprosspilz. Er besteht aus Conidien und sporenbildenden resp. dieselben beherbergenden Asci. Seiner Eigenschaft wegen in jeder Conidie nur eine Spore zu bilden und der beiderseitig zugespitzten Form der Sporen wegen nennt ihn Verf.: Monospora bicuspidala. Die einfachen Conidien sind ovale, gerade oder leicht gekrümmte blasse Zellen, die sich durch Knospung, meist an einem Ende, selten an den Seiten — vermehren.



Die abgelösten Conidien verlängern sich, werden stabförmig, dann keulenförmig und bilden in sich die Spore, indem eine am breiten Ende der Keule entstehende Verdickung des Protoplasmas sich allmählich zum schmäleren Pole hinunterzieht, so dass schliesslich eine „nadelförmige Spore" im Innern der zum Ascus gewordenen Zelle erzeugt wird.

Die frei gewordenen Sporen gelangen zum Keimen, treiben an einer Seite einen kleinen hügelförmigen Vorsprung, der zur Conidie auswächst, die nun, wie oben beschrieben, durch Knospung sich vermehrt.

Nachdem nun die sporenhaltigen Asci durch Verschlucken in den Magen der Daphnien gelangt, werden die Sporen — wahrscheinlich durch die Wirkung des Magensaftes — frei und gelangen durch die Peristaltik bei ihrer spitzen Form theils in die Darmwand, theils in die Leibeshöhle des Thieres.

Hier nun beginnt ein Kampf zwischen den Eindringlingen und den Blutkörperchen: jedes in die Leibeshöhle eingedrungene Sporenstück oder die ganze Spore wird bald von Blutkörperchen umgeben.

Die um mehrere Sporen gebildete Anhäufung von Blutzellen stellt ein wahres Entzündungsbild dar, soweit ein solches bei einem gefässlosen Thiere überhaupt zu Stande kommen kann[1]).

Die von den Blutzellen umgebene Spore geht nun bestimmte regressive Veränderungen ein, wird zuerst dicker, hellgelb, zackig, dann zu unregelmässigen Ballen von brauner Farbe und zerfällt endlich körnig. Die Blutkörperchen vereinigen sich zu feinkörnigen, blassen Plasmodien, die sich noch amöboïd bewegen können und jene Körner enthalten. Die Entstehung der sog. Riesenzellen durch Verschmelzen von Amöboïdzellen und Fremdkörpern wird somit hier bestätigt.

So werden die Sporen durch die Blutkörperchen — „wahrscheinlich durch irgend ein flüssiges Secret" — getödtet. Die Blutzellen erfüllen also die Rolle, den Organismus gegen Infectionsstoffe zu schützen.

Wenn nun aber zu viele Sporen in die Leibeshöhle gelangen oder aus anderen Gründen Sporen unversehrt bleiben, so entsteht die (Hefe-) Krankheit: die Spore keimt in der Leibeshöhle, wie oben angegeben, und es kommt zur Infection, indem die entstandenen Conidien durch den Blutstrom in die gesammte Leibeshöhle zerstreut und in solchen Bezirken abgelagert werden, wo das Blut am langsamsten fliesst, z. B. im Vorderkopf und im Hintertheile der Mantelhöhle, in der Nähe des Schwanzanhanges. Hier entstehen ganze Haufen von Pilzzellen.

Conidien, und zwar zweifellos lebende, werden nun zwar ebenfalls von Blutzellen aufgefressen, deren Protoplasma sie (ganz wie die Sporen) umfliesst; indess bleiben die sprossenden Conidien im Kampfe mit den Blutzellen Sieger. Die Blutzellen sind viel besser für den Kampf mit den Sporen, als mit den stark proliferirenden Conidien angepasst. Wahrscheinlich durch eine von den Conidien abgesonderte Flüssigkeit werden die Blutzellen in der Nachbarschaft von zahlreichen

[1]) Verf. verweist hier auf seine Arbeit über intracelluläre Verdauung in Claus' Arbeiten des zool. Inst. zu Wien, Bd. V. Hft. 2. 1883.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pilzzellen aufgelöst, (wie ja auch die gewöhnlichen Hefepilze auf manche Thiere als Gift wirken), so dass, wenn eine bedeutende Anzahl reifer Sporen vorhanden, keine oder nur noch sehr wenige Blutkörperchen übrig bleiben.

Vollgefressene Blutkörperchen können auch platzen, wobei die Conidien frei werden.

Um die verzehrten Conidien bilden sich oft geräumige Vacuolen, denjenigen ähnlich, die im Protozoenleibe um die Nahrungsbissen entstehen.

Ausser den Blutkörperchen sind es nur noch die isolirten Bindegewebszellen der Daphnien, welche eine ähnliche Rolle als Phagocyten (Fresszellen) spielen. Auch diese bindegewebigen Phagocyten werden in gleicher Weise durch Conidien aufgelöst, so dass in späteren Stadien der Krankheit sämmtliche Phagocyten aus dem Daphnienkörper verschwinden. Andere Gewebe bleiben scheinbar intact, z. B. auch der Herzmuskel, trotzdem sich oft eine grosse Anzahl Conidien an ihm entwickeln. Das Herz contrahirt sich anscheinend ganz normal. Auch die Nahrungsaufnahme erfolgt noch in den letzten Tagen des Lebens, und die Bewegungen des Thieres bleiben ganz munter. Die Krankheit dauert über zwei Wochen und endet immer mit dem Untergang des Thieres.

Von 100 Daphnien, welche über zwei Monate in einem inficirten Aquarium lebten, erkrankten nur 14 von im Ganzen 75 inficirten Individuen; 59 wurden durch die prophylactische Thätigkeit der Phagocyten vom Infectionsstoff befreit. 27 blieben gesund (sie enthielten in ihrer Leibeshöhle weder Sporen noch Conidien). Die inficirten, aber befreiten Thiere blieben gesund und vermehrten sich.

Die Krankheit trifft vorzugsweise junge Thiere, ausgewachsene, obwohl infectionsfähig, erkranken gewöhnlich nicht (diese sind mehr der Pebrine ausgesetzt). Die jüngsten Daphnien erkranken auch nicht, offenbar weil sie noch keine Nahrung aufnehmen und also keine Sporen bekommen. — Nicht selten ist diese Hefekrankheit mit der Pebrine (ein Psorosperm, amöboide Protoplasmagebilde, in denen die Sporen durch endogene Bildung entstehen, nicht — wie man gewöhnlich annimmt — ein Spaltpilz) im selben Individuum vereint, wobei beide Krankheiten ihren gewöhnlichen Verlauf nehmen.

Die Infection führt also zu einem Kampfe von zweierlei lebenden Wesen. Die Pilze sind niedrig organisirte einzellige Pflanzen, die Phagocyten sind die niedrigsten Gewebselemente von der grössten Aehnlichkeit mit einfachsten Organismen (Amöben, Rhizopoden überhaupt, etc.), und haben deren Eigenschaft der intracellulären Nahrungsaufnahme beibehalten.

Indem sie so die Parasiten vertilgen, sind sie Träger der Heilkräfte der Natur, welche von Virchow zuerst in die Gewebselemente versetzt wurden. Der Cellularpathologie entspricht auch der ganze Verlauf der Daphnienkrankheit, da hier die Hauptrolle gerade den selbständigsten Gewebselementen angewiesen ist.

Die Hefe-Krankheit der Daphnien bestärkt also die Annahme, dass die weissen Blutkörperchen und sonstige Phagocyten der Wirbelthiere die Krankheitserreger, speciell Spaltpilze, auffressen (s. Biol. Ctbl. Bd. III. No. 18. 1883. S. 562). Man hat aber bis jetzt diesen ganzen Vorgang noch nicht so genau verfolgen können, wie dies bei der Hefekrankheit der Daphnien durch stundenlanges Beobachten der kleinen ziemlich durchsichtigen Thiere möglich ist. — Die Darstellung Koch's bei der Mäusesepticämie („Untersuchungen über die Aetiologie der Wundinfectionskrankheiten“ S. 44), als ob die Spaltpilze in die weissen Blutkörperchen „eindringen und sich in ihnen vermehren“, ist also wohl richtiger als ein Aufgefressenwerden zu deuten. —

Wenn aber die Phagocyten die Parasiten tödten, dann wird die Bedeutung der Entzündung gegen Bakterieninvasien klar, da das wesentlichste Moment der Entzündung die Ansammlung der Phagocyten ist, die Entzündung nur einen besonderen Fall der intracellularen Nahrungsaufnahme darstellt —, wie Verfasser auf Grund vergleichend-pathologischer Beobachtungen nachzuweisen suchte.

In neuester Zeit hat besonders Buchner („Die Nägeli'sche Theorie der Infectionskrankheiten etc.“ Leipzig 1877. — Die „ätiolog. Therapie und Prophylaxis der Lungentuberculose“ 1883, S. 16 ff.) die These vertreten, dass die entzündliche Veränderung des Gewebes die zur Heilung führende Reaction der thierischen Organisation gegenüber den Spaltpilzen sei, ohne freilich die Art der Wirkung zu kennen.

Der Kampf zwischen Monosporen und Phagocyten ist in der That als eine Art diffuser Entzündung, eine Hämitis, aufzufassen: wo sich die nadelförmigen Sporen in grösserer Anzahl sammeln, kommt es auch sofort zur Phagocytenansammlung, ganz derjenigen entsprechend, die nach irgend einer Verletzung zu Stande kommt, z. B. an kleinen äusseren Wunden der Daphnien, die septisch werden und Bakterien und Detritus zeigen. An der Innenseite der Wunde sammeln sich alsdann ebenfalls die Phagocyten an.

Die entzündliche Reaction ist somit als eine sehr alte Einrichtung im Thierreich aufzufassen, die ihre Basis in den Verdauungsvorrichtungen der einzelligen Organismen und der niedrigsten Metazoën (Spongien) hat. Vielleicht werden die dunklen Erscheinungen der Immunität und der präventiven Impfungen durch Analogieschlüsse mit anderen Erscheinungen der Nahrungsaufnahme und Verdauung mit der Zeit etwas begreiflicher. Die Temperatursteigerung des Fiebers ist vielleicht eine zweckmässige Einrichtung für die Erhöhung der Thätigkeit der Phagocyten, und es wird damit das Fieber zu der heilsamen Reaction des Organismus, die ihm Pflüger und seine Schüler zuschreiben.

Jedenfalls dienen die an niederen Thieren gewonnenen pathologischen Ergebnisse sämmtlich als eine neue Stütze der Grundidee der Cellularpathologie.

VII. Lehrbuch der allgemeinen Therapie der Haussäugethiere. Unter Mitwirkung der Prof. DDr. Schütz und Siedamgrotzky bearbeitet und herausgegeben von Prof. Dr. Ellenberger. I. Theil.

Ein Lehrbuch der allgemeinen Therapie, welches dem gegenwärtigen Standpunkt der medicinischen Wissenschaft entspricht, fehlt in der deutschen Literatur gänzlich; denn seit langer Zeit hat eine zusammenhängende Bearbeitung dieser Disciplin nicht stattgefunden, und die besten der älteren Bücher über dieselbe sind lange vergriffen. Die Nothwendigkeit eines neuen Werkes über diesen Gegenstand resultirt auch noch besonders aus dem Grunde, dass die Ergebnisse zahlreicher Forschungen in den letzten beiden Decennien die Anschauungen und Lehren auf dem, für die practische Ausübung der Heilkunde hochwichtigen Gebiete der allgemeinen Therapie z. Th. so wesentlich beeinflusst und verändert haben, dass die älteren Werke stellenweise veraltet und dadurch unbrauchbar geworden sind. Es kann daher keinem Zweifel unterliegen, dass das Unternehmen des Verf., eine so fühlbare Lücke auszufüllen, in betheiligten Kreisen mit allgemeiner Freude begrüsst werden wird.

Nach dem Plane des Verf. soll das angezeigte Werk in einen allgemeinen und einen speciellen Theil zerfallen. Der vorliegende I. Band enthält den allgemeinen Theil, er ist 21 Bogen stark. Sein Inhalt wird in 2 Abschnitte eingetheilt, in die Selbsthülfe (des Organismus) und die Kunsthülfe. Der erste Abschnitt, dessen *Abhandlung* von breiter physiologischer Basis ausgeht, zerfällt in drei Capitel: 1) Begriff, 2) Selbstschutz (Abwehr), 3) Selbstheilung. — Der Begriff der Selbsthülfe ist auf die Darwin'sche Theorie vom Kampfe um's Dasein gestützt. Diese Idee ist neu; und es ist nicht zu bestreiten, dass die unendlichen Wechselbeziehungen zwischen dem thierischen Organismus und der Aussenwelt auch die regulatorische Thätigkeit des ersteren gegen krankmachende Einflüsse vorzüglich illustriren. Die gegebenen Definitionen sind klar, die weiteren Ausführungen gedrungen und verständlich. Im 2. Capitel wird durch die übergrosse Reichhaltigkeit des Materials die Uebersicht etwas beeinträchtigt. Dagegen muss aber hervorgehoben werden, dass dieser Theil durch die allseitige Beleuchtung der Materie für den Studirenden besonders lehrreich ist. Die Einleitung des 3. Capitels, die Krankheitsentstehung, gehört eigentlich nicht hierher, und sie verdankt ihre Stelle auch wohl nur dem überall zu erkennenden Streben nach Vollständigkeit. Bei erschöpfender Aufführung aller regulatorischen Vorgänge ist die Darstellung gemessen und der Ausdruck treffend. Diese gediegene Abhandlung ist für das Verständniss und die Ausführung der Kunsthülfe von hoher Bedeutung und stellt einen Factor zur Begründung des bleibenden Werthes des Werkes dar.

Der 2. Abschnitt im ersten Bande umfasst die Kunsthülfe im Allgemeinen. Die Vorbauung ist in grossen Zügen übersichtlich gezeichnet. Die Untersuchung, Diagnose, Prognose und Behandlung werden wie üblich besprochen und bei der Abhandlung der letzteren alle gebräuchlichen Heilmethoden erläutert. Das Capitel „Heilmittel“ zeichnet sich durch übersichtliche Darstellung und fassliche Sprache aus. Die Applicationsarten sind sämmtlich aufgeführt und kurz und gut beschrieben.

Der Herausgeber und seine Mitarbeiter schaffen zu einer, für ihr Unternehmen günstigen Zeit ein Werk, dessen soeben kurz besprochener I. Theil zu der Hoffnung berechtigt, dass es bei dem interessirten Publicum eine dankbare Aufnahme finden und sich dauernd einen ehrenvollen Platz in der medicinischen Literatur sichern wird. Aus den Eingangs angeführten Gründen und wegen der mannichfaltigen Vorzüge des Werkes wollen wir nicht unterlassen, auch die Studirenden der Medicin und die practischen Aerzte auf dasselbe aufmerksam zu machen und ihnen besonders das Studium des I. Theiles zu empfehlen.

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

VIII. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. October.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Nach langer Ferienpause hielt die medicinische Gesellschaft am vergangenen Mittwoch ihre erste Sitzung ab, welche die Mitglieder in grosser Zahl wieder vereinigte. Herr Virchow begrüsste die Versammlung und theilte, mit Bezugnahme auf die den Mitgliedern s. Z. zugegangenen und auch in dieser Wochenschrift veröffentlichten Verhandlungen der im Kaiserlichen Gesundheitsamt zusammengetretenen Conferenz zur Erörterung der Cholerafrage, mit, dass der Fortgang der Untersuchungen darüber entscheiden werde, ob eine nochmalige Discussion über die Angelegenheit in der medicinischen Gesellschaft stattfinden solle. Einstweilen sei er jedoch ermächtigt, zu erklären, dass Herr Geh.-Rath Koch auch heute noch gegenüber allen inzwischen laut gewordenen Einwendungen, ganz auf dem Boden seiner in der genannten Conferenz ausgesprochenen Anschauungen stehe.

Alsdann trat die Gesellschaft in den eigentlichen wissenschaftlichen Theil ihrer Verhandlungen ein.

1. Herr Ewald demonstrirte zunächst ein Präparat, das von einem ungewöhnlichen Fall von Erstickung herstammte. Die Patientin, eine 65jährige Bewohnerin des Siechenhauses, befand sich, als Herr E. zu ihr gerufen wurde, in einem cyanotischen, bewusstlosen Zustande, ohne Puls, nur noch einige Male nach Luft schnappend. Als Herr E. mit dem Finger einging, fand er den Introitus des Oesophagus frei, ebenso konnte er am Eingang des Kehlkopfes nichts entdecken. Er machte die Tracheotomie — das Ganze dauerte 2—3 Minuten — aber mittlerweile, während eine kleine Blutung aus einer Vene zu Stande gekommen war, war die Patientin gestorben. Die Section ergab Folgendes. Die Frau hatte ein ziemlich entwickeltes Struma, bei welchem beide Seiten der Schilddrüse gleichmässig stark angeschwollen waren. Durch den Druck dieser beiden Geschwulstmassen war der Kehlkopf nach hinten winkelig zurückgedrängt und eine Stenosirung der Speiseröhre bewirkt. Oberhalb der stenosirten Stelle befand sich eine ziemlich grosse Erweiterung der Speiseröhre und in dieser sass ein grosses Fleischstück, welches die Frau verschlungen hatte. Nun hatte sich ein kleiner elastischer Streifen des Fleisches zwischen den beiden Santorinischen Knorpeln hereingeschoben und lag so darüber, dass es den Eingang zum Kehlkopf versperrte. Auffallend war der ausserordentlich geringe Todeskampf, dessen Grund Herr E. in dem Nachlassen der vitalen Energie bei einer so alten Frau suchen zu müssen glaubt. Der Gedanke an den sogen. Kropftod war ausgeschlossen.

Herr Liman hat solche Fälle von Erstickung häufig zur Section bekommen. In der Regel sitzen die betr. Stücke in der Stimmritze, sodass ein Theil in den Kehlkopf hineinragt und den Luftdurchtritt unmöglich macht. In einem Falle fand Herr L. ein Stück Tabak, das bis in den Bronchus gelangt war. Was das Eintreten des Erstickungstodes ohne besondere Reactionserscheinungen anlangt, so glaubt Herr Liman dies nicht auf das hohe Alter schieben zu sollen, da er sich aus seiner Praxis Fälle erinnert, wo sich ein gleiches Verhalten bei jungen kräftigen Individuen zeigte.

2. Herr B. Fränkel: Demonstration eines Falles von angeborenem Mangel der Musculi pectorales. Herr F. stellt einen Herrn von 22 Jahren vor, bei dem es sich um ein angeborenes Fehlen der Sternocostal-Portion des Pectoralis major und des ganzen Pectoralis minor handelt; die claviculare Partie des Pectoralis major ist erhalten. Ein solcher Fall ist zuerst von Ziemssen beschrieben, dann veröffentlichte Eulenburg sen. 1862 einen Fall: einen weiteren Fall beschrieb A. Eulenburg, und ausführliche Mittheilungen über diese Deformität verdanken wir Berger in Breslau. Im Ganzen sind, soweit Herrn F. die Literatur zugänglich war, bisher 14 solche Fälle bekannt geworden. Bei dem vorgestellten Fall ist im Uebrigen keine Abnormität nachzuweisen: er ist im Stande, sämmtliche Bewegungen des Armes ungehindert auszuführen.

Es sind diese Fälle von Anfang an dazu verwandt worden, die Bewegungen des Thorax bei der Athmung zu studiren, und eignen dieselben sich dazu ausserordentlich, weil der obere Theil des Thorax nur von der Haut bedeckt ist. Athmet nun der Vorgestellte ruhig, so ist kaum eine Abweichung in der Tiefe der Intercostalräume vorhanden. Bei stärkerem Athmen sieht man, dass im Anfang eine kleine Abflachung eintritt, sobald dann die Inspiration weitergeht, tritt eine Verminderung der Abflachung ein, und man fühlt, dass kurz nach Beginn der Inspiration die Intercostalmuskeln sich verdicken, sodass damit ein neuer Beweis für die jetzt allgemein übliche Anschauung geliefert ist, dass auch die Musculi intercostales externi der Inspiration dienen. Nun wurde von Ziemssen zuerst darauf hingewiesen, von Bäumler und Berger bestätigt, dass eine Erscheinung statthaben soll, derentwegen Ziemssen eine besondere Theorie des Emphysems aufgestellt hat: es soll, wenn der Betreffende forcirt exspirirt, eine starke Vorwölbung der Intercostalräume statthaben. Diese Erscheinung ist, wie Herr Fr. demonstrirt, in dem vorgestellten Fall nicht nachweisbar.

3. Fortsetzung der Discussion über die Vorträge der Herren P. Gueterbock und Virchow über syphilitische Gelenkaffectionen. (S. diese Wochenschr. No. 25 und 27.)

Herr P. Gueterbock kommt noch einmal auf die in dem bisherigen Verlaufe der Discussion erwähnte Hutchinson'sche Zahndeformität zurück, deren Existenz negirt wurde. Herr G. hebt hervor, dass es sich in der H.'schen Originalabhandlung um bleibende Zähne Erwachsener handelt, nicht um die Zähne von Kindern. H. beschreibt diese Veränderungen in einer so significanten Weise, dass man bei der Bedeutung H.'s nicht berechtigt ist, ohne Weiteres anzuzweifeln, dass er sie wirklich gesehen hat.

Herr Henoch constatirt, dass er bei seinen Ausführungen nur Kinder im Sinne gehabt habe, und dass er in diesem Sinne das in der Sitzung vom 25. Juni Gesagte aufrecht erhalten müsse.

Was die namentlich von Herrn Baginsky empfohlenen Sublimatbäder gegen hereditäre Lues der Kinder betreffe, so gebe es ja Fälle, in denen eine innere mercurielle Behandlung wegen Darmaffectionen nicht statthaben könne. Im übrigen biete die letztere weit mehr Chancen als eine geringere oder selbst grössere Reihe von Sublimatbädern.

4. Antrag des Herrn Jacusiel über Lebensversicherung der Aerzte. (S. diese Wochenschr. No. 25.)

Der Antrag des Herrn Jacusiel, eine Commission zu ernennen, welche über das von ihm vorgelegte Statut zu einer Lebensversicherung der Mitglieder der medicinischen Gesellschaft zu berathen und der Gesellschaft zu berichten habe, wird gegen wenige Stimmen abgelehnt.

IX. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 4. März 1884.

Vorsitzender: Herr Bülau.

Schriftführer: Herr Rautenberg.

Discussion über den Vortrag des Herrn Fränkel: „Mittheilungen aus dem Gebiet der Nasenkrankheiten."

Herr Curschmann glaubt, dass die Hack'schen Arbeiten über den causalen Zusammenhang gewisser Affectionen der Nase mit verschiedenartigen, räumlich fernliegenden krankhaften Zuständen, über welche Herr Fränkel unter Anführung eigener Erfahrungen berichtet habe, zu den wichtigeren Errungenschaften der modernen Therapie gehören.

Aber Jeder, der eine Weile dem Gang der wissenschaftlichen Entwicklung gefolgt sei, werde dies jüngste hoffnungsvolle Kind derselben nicht ohne eine gewisse Bangigkeit hinausziehen sehen.

Die Nervendehnung, die Castration der Frauen u. s. w., hätten gezeigt, wie sehr solche in ihrem Kern gute neue Errungenschaften der Gefahr der Generalisation und allzu enthusiastischen Interpretation ihrer Erfolge unterlägen. Man müsse bei der grossen Wichtigkeit der Sache möglichst ruhig und vorurtheilsfrei ein umfangreiches Material prüfen, um nicht allzu viele Enttäuschungen zu erleben.

Die thatsächlichen Mittheilungen der Herren Hack und Fränkel bezüglich des Zusammenhanges gewisser Nasenaffectionen mit Asthma enthielten für ihn eine werthvolle Bestätigung des in seiner Arbeit über exsudative Bronchiolitis besonders betonten Satzes, dass das spastische Asthma verschwindend selten als eine essentielle Krankheit, vielmehr fast ausschliesslich als ein secundärer Zustand zu betrachten sei, reflectorisch ausgelöst von den verschiedensten, heterogensten Partien des Körpers. Namentlich habe er hervorgehoben, dass von allen Punkten des Respirationstractus aus, von der Nase bis herab in die feinsten Bronchiolen asthmatische Anfälle reflectorisch ausgelöst werden könnten. Das letztere Verhalten habe er besonders eingehend darzulegen versucht, während Hack, der früher bereits mehrfach ausgesprochenen Ansicht, dass auch Affectionen der Nase sehr häufig mit spastischem Asthma in Causalnexus ständen, eine breitere sichere Grundlage gegeben habe. Redner habe selbst in letzter Zeit einige interessante Erfahrungen gemacht, wo nach Beseitigung polypöser Wucherungen der Schleimhaut der Nasenmuscheln (in zwei Fällen der mittleren) das spastische Asthma sich verlor.

Redner glaubt bei Beurtheilung aller dieser zum Theil frappanten Erfahrungen übrigens immer noch scharfe Kritik und namentlich längere Nachbeobachtung, als dies bei der Neuheit der Sache bisher möglich war, empfehlen zu müssen. Hack selber befleissige sich in dieser Beziehung einer sehr anerkennenswerthen Reserve.

Mit besonderer Vorsicht trete er auch an die Mittheilung des Herrn Fränkel heran, dass er nicht selten asthmatische Zustände durch Brennen der Nase bei solchen Personen beseitigt habe, bei welchen im Sputum Spiralen nachweisbar gewesen wären. Ob und in welchem Verhältniss hier die Nasenaffection zu dem bronchiolitischen Process steht, sei vorläufig absolut noch nicht zu entscheiden. Solche Fälle seien sehr beachtenswerth, besonders wenn durch sie der bisher keineswegs erbrachte Nachweis gelänge, dass zu den Entstehungsursachen der Bronchiolitis exsudativa unter anderen auch die Hack'sche Nasenaffection zu rechnen sei. Die dahin zielenden Erklärungsversuche des Herrn Fränkel halte er noch durchaus für lückenhaft und darum kaum discutirbar.

Herr Fränkel: Er habe sich Anfangs auch der Hack'schen Arbeit gegenüber sehr skeptisch verhalten und wundere sich nicht über die Auffassung des Herrn Curschmann. Ein Vergleich mit der Castration und der Nervendehnung erschiene ihm nicht zutreffend, da hier keine anatomische Veränderung vorliege, während im andern Falle, bei den Nasenerkrankungen, eine reelle pathologisch-anatomische Veränderung vorhanden sei. Er müsse sich von dem Vorwurf freisprechen, die Aufstellung einer Theorie versucht zu haben. Er habe eine grössere Reihe von Fällen beobachtet, in denen der Zusammenhang zwischen der Nasenaffection und dem Asthma nicht als Zufall aufzufassen sei. Er habe 23 Asthmafälle mit Nasenmuschelerkrankungen behandelt, 15 bei Männern, 8 bei Frauen, 11 derselben seien mit Bronchiolitis verbunden gewesen. In einem Falle mit echter Bronchiolitis exsudativa, welcher zur Zeit auf der Abtheilung des Herrn Curschmann in Behandlung sei, sei eine Besserung durch operative Behandlung schon erzielt, obgleich die gleichzeitig bestehende Nasenaffection noch nicht völlig geheilt sei.

Von den 23 Fällen seien 10 als geheilt zu betrachten, die Patienten seien Wochen und Monate lang frei von Anfällen gewesen, oder hätten nur ganz geringfügige Anfälle gehabt; z. B. habe er einen Lehrer, der lange an regelmässigen morgendlichen Asthmaanfällen gelitten habe, im October v. J. operirt, derselbe sei gänzlich frei von Anfällen, ein zweiter Fall betreffe eine Dame, die sich nach der Operation jetzt den ganzen Winter völlig wohl fühle. Die Resultate beim Asthma seien allerdings im Ganzen nicht so günstig, wie bei anderen Reflexneurosen, z. B. bei Reflexhusten, wo Redner unter 7 Fällen 6 Heilungen constatiren konnte; ferner bei Sensibilitätsneurosen 8 geheilte Fälle, bei vasomotorischen Neurosen Heilung sämmtlicher Fälle. Zwei Fälle mit Nackenschmerzen seien augenblicklich noch nicht sicher zu beurtheilen, 2 Fälle mit Schwindel sind nach der Nasenoperation ebenfalls ganz geheilt.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herr Curschmann verwahrt sich gegen die Unterstellung, dass ein zufälliges Zusammentreffen vorliege.

Herr Fränkel bemerkt, dass er diese Aeusserung nicht Herrn Curschmann unterstellt habe, es sei dieses seine eigene Bemerkung.

Herr Eisenlohr: Hack schiesse in seiner Arbeit etwas über das Ziel hinaus und betrachte manche Affectionen als Folge einer Nasenerkrankung, die er (Redner) nicht als solche auffassen könne. Z. B. führe Hack einen Fall von Epilepsie an, in welchem nach Operation der Nasenmuschelerkrankung die epileptischen Anfälle ausgeblieben seien. Es sei vielmehr denkbar, dass Neurosen durch den operativen Eingriff selbst beeinflusst seien, ohne dass ein directer Zusammenhang der beiden Erkrankungen nachzuweisen sei.

Ferner führe Hack Fälle von Migraine auf, hier seien aber die betreffenden Fälle keine typischen. Bei einem Falle von Agoraphobie sei Hack selbst so vorsichtig, die Heilung dem psychischen Einflusse der Operation zuzuschreiben.

Herr Unna richtet an Herrn Fränkel die Frage, ob er Fälle von Acne rosacea der Nase unter seinen Fällen beobachtet habe.

Herr Fränkel. Er habe zwei Fälle von chronischer Dermatitis der Nase mit zeitweiliger Undurchgängigkeit derselben gesehen, nach der Operation sei Besserung eingetreten, in einem weiteren Falle sei Acne rosacea mit der Nasenerkrankung combinirt gewesen. Nach Redner stehen jedenfalls viele Fälle von Acne rosacea mit einer Nasenaffection in Verbindung.

Herr Classen hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: „Die Zander'sche Art der schwedischen Heilgymnastik."

Redner giebt zuerst eine kurze Uebersicht der verschiedenen mit Schwedischer Heilgymnastik zu behandelnden Krankheitsformen und kommt dann speciell auf eine derartige Behandlung der Herzkrankheiten zu sprechen, deren Möglichkeit durch Herrn Zander in Stockholm erwiesen. Die Behandlung sei so eingerichtet, dass keine vermehrte Herzthätigkeit damit verbunden sei, vielmehr solle nur in den Muskeln ein lebhafterer Stoffwechsel angeregt werden, dann sinke der Blutdruck in den Blutgefässen, und die Herzthätigkeit werde erleichtert. Dieses sei durch die Zander'sche Methode erreicht, und gäben viele Herzkranke in der Anstalt den Beweis dafür. Ein weiteres Gebiet für die Schwedische Heilgymnastik sei das Gebiet der Rückgratsverkrümmungen: hier werde mit dieser Methode ein viel besserer und dauernderer Erfolg erreicht, als mit dem gesammten Vorrath der Heil- und Besserungsmittel der jetzigen Chirurgie.

In Schweden sei Anfangs durch die Hand des Arztes die Heilgymnastik ausgeübt, Herr Dr. Zander habe das Verdienst, durch Erfindung der mannichfachsten Apparate, die sehr sinnreich construirt seien, die Behandlungsweise zu einer wissenschaftlichen Sicherheit und Genauigkeit erhoben zu haben, zugleich aber eine grössere Ausbreitung und allgemeinere Anwendung der Schwedischen Heilgymnastik ermöglicht zu haben.

Nachdem Redner noch einen grösseren Theil der Zander'schen Maschinen erläutert, schliesst er mit dem Wunsche, dass auch in Deutschland diese Methode in grösserer Ausdehnung geübt werden möchte.

An den Vortrag schliesst sich sogleich die Discussion an.

Herr Schott: Er habe schon 1882 Gymnastik bei Herzkranken, ferner auch in einem Falle von Schreibekrampf mit Erfolg angewandt, es seien darüber diesbezügliche Vorträge in der Berliner klinischen Wochenschrift veröffentlicht. Redner glaubt, dass Maschinen bei Herzkranken nicht passend sind, weil man zu vorsichtig sein müsse. Passive Bewegungen erreichten auch jedenfalls nicht dasselbe, wie modificirte Bewegungen mit Widerstand.

Bei der letzteren Methode hat Redner verschiedentlich Erfolge gesehen. Apparate seien nach seiner Ansicht unpractisch, weil man mit eigenen Bewegungen besser reguliren könne, wie keine Maschine dieses vermöge. Auch bei der Nervenmassage seien Maschinen nicht sehr practisch.

Herr Classen giebt zu, dass in gewissen Fällen Maschinen nicht verwendbar seien, er könne jedoch nur theoretisch die Sache beurtheilen, da er nicht genügende persönliche Erfahrung habe; dass auch bei Anwendung der Maschine eine gute Regulirung stattfinde, das bewiesen die vielen geheilten Fälle in Stockholm.

Schluss der Sitzung $9^1/_2$ Uhr.

X. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Magdeburg 18.—23. September 1884.

Sectionssitzungen.

4.

Section für Gynäkologie.

(Originalbericht.)

(Schluss.)

Aus der Reihe der geburtshülflichen Vorträge beginne ich mit denjenigen physiologischen Inhaltes. Schatz hat grössere Reihen von Versuchen über die Wehe angestellt und gab eine Darstellung seiner Ansichten über die Wehenkraft und den Wehentypus. Er hat festgestellt, dass der Wehendruck am Tokodynamometer gemessen niemals 100 mm Quecksilber übersteigt, und dass diese höchste Höhe nicht bei allen Geburten erreicht zu werden pflegt. Die Wehenkraft wächst nicht mit der Grösse des Widerstandes, sondern nur die Zahl der einzelnen Wehen. Bei der gleichmässigen Arbeit und mindestens einminutlicher Wehenpause hält er den Uterus für fast unermüdlich. Neben diesen einfachen Wehen kommt es sehr häufig zu Wehengruppen, combinirten Wehen, die das Bild einer länger dauernden Wehe vortäuschen, es tritt zwischen zwei solchen Gruppen von Wehen eine grössere Pause ein, und die Stärke der Wehe nimmt von der ersten jeder Gruppe an ab. Diesen Auffassungen des Vortr. entspricht auch die Wirkung des Secale cornutum, das er für ein wirksames Mittel hält, wenn es als gutes Präparat und in richtiger Dosis gegeben. Ein Fluid-Extract, wie es von Kohlmann (Leipzig) hergestellt ist, scheint ihm das Beste zu sein, 12 Tropfen ist Dosis. Es wirkt in dieser Dosis nicht tetanisirend auf den Uterus, sondern es steigert nur die Häufigkeit der Wehen von 4 auf 7 in einer Viertelstunde. So giebt er das Mittel auch in der Eröffnungsperiode, wie er auf eine Anfrage Winckel's hervorhob. Die Bedenken, die Küstner gegen den Tokodynamometer als einen in den Uterus eingeführten Fremdkörper erhob, glaubte er als nicht zutreffend bezeichnen zu müssen.

Fehling (Stuttgart) hat über die Anwendung der Arzneimittel bei Stillenden experimentirt, er hat den Uebergang einer grossen Reihe von Arzneimitteln in den Organismus des Kindes nachgewiesen, er hat aber keinen Einfluss von eingenommenen Säuren auf das Befinden des Kindes und die Beschaffenheit der Milch feststellen können.

Küstner (Jena) hat die Anatomie der Placenta marginata (Kölliker) studirt und hat theilweise die Untersuchungen Kölliker's bestätigen können. Es handelt sich um die eigenthümliche Abweichung der Form der Placenta, bei der die Eihäute in einem weissen Ring mehrere Centimeter von dem Rande der Placenta auf dieselbe übergehen.

K. stellt sich die Entstehung dieses Ringes, der aus Decidua besteht, so vor, dass in Folge irgend einer Störung, die den schwangeren Uterus trifft, die Uteruswand langsamer wächst als die Placenta.

Schatz erklärt sich allerdings den Zustand durch die verschieden grosse Ausdehnung der primären Eiinsertion im Uterus. Es kommt dabei entschieden zu gewissen Differenzen, und wenn das Ei zuerst fast polypös aufsitzt, so bildet nachher der Ring der Eiinsertion den ehemaligen Stiel des Polypen.

Schatz hat ferner Untersuchungen über die Möglichkeit der Diagnose der Nabelschnurumschlingung in der Schwangerschaft und der Geburt gemacht. Er ist durch eine zufällige Beobachtung dazu veranlasst worden. Beim stärkern Druck des auscultirenden Ohres ging einmal die Frequenz der kindlichen Herztöne genau auf die Hälfte herunter und dasselbe konnte er feststellen, wenn er bei einer Querlage die vorgefallene Nabelschnur vorübergehend comprimirte. Da auch das Thierexperiment dasselbe ergab, so glaubt er in diesem Heruntergehen der Herztöne genau auf die Hälfte, wenn man in der Nackengegend oder an einer Halsseite stark beim Auscultiren comprimirt, ein weiteres Zeichen — neben dem vorübergehenden Nabelschnurgeräusch und dem Fühlen der Schnur — für Nabelschnurumschlingung zu besitzen.

Zwei Fragen der geburtshülflichen Prophylaxe wurden dann von Kroner (Breslau) und Battlehner (Carlsruhe) besprochen. Ersterer beschäftigte sich mit der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. Er bestätigt vollständig die allseitig anerkannten Erfolge der Credé'schen Methode zur Verhütung derselben und hat vor allem die Frage studirt, ob nur die Gonorrhoe zur Entstehung der Blennorrhoe ätiologisch herangezogen werden dürfe. Soweit es ihm durch Feststellung der Gegenwart der Neisser'schen Gonococcen gelang, muss er für 29 unter 92 Fällen diese Aetiologie zurückweisen. Auch die Untersuchung des vaginalen Secretes der Mutter dieser Kinder gab keine Anhaltspunkte für Gonorrhoe, und so ist Kr. geneigt, zwei Ursachen für die Ophthalmoblennorrhoea neonat. zuzulassen, deren eine im Tripper uns wohl bekannt ist, während die andere z. Z. *noch* unbekannt ist, um so mehr als ihm Impfversuche mit dem gonococcenfreien Scheidensecret von Müttern erkrankter Kinder nicht gelangen.

Battlehner behandelt die noch viel wichtigere Frage der Prophylaxe des Puerperalfiebers. Er hat aus den statistischen Zahlen Badens gefunden, dass die Todesfälle im Puerperium in den letzten Jahren entschieden abgenommen haben, er hält aber weitere Abnahme für durchaus nothwendig, und da in 96 Proc. aller Geburten nur Hebammenhülfe vorhanden war, so sucht er sie durch Vorschläge zur Verbesserung des Hebammenpersonals zu erreichen. Brennecke's Vorschlag der geburtshülflichen Diakonissinnen weist er zurück, wenn er auch das richtige Princip anerkennt, er fürchtet dadurch jede Reform nur in unendliche Zeit vertagt; auch Winckel schliesst sich in der Discussion dem Vortr. an, weil er durch Diakonissinnen nur die Pfuscherei der Wickelfrauen neu entstehen sieht, und ebenso Schatz, der vor allen Dingen Geschicklichkeit verlangt. Battlehner wünscht, dass mindestens halbjährige Kurse für den Unterricht eingerichtet werden, dass regelmässige Fortbildungscurse und strenge Beaufsichtigung seitens der Medicinalbeamten stattfindet. Schatz schlug in der Discussion zu letzterem Zwecke vor, dass man höchstens 10 Hebammen der Aufsicht je eines Arztes unterstellen solle. — . —

5.

Section für pathologische Anatomie.

Referent Ribbert.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 19. September.

Vorsitzender: Ackermann.

Schriftführer: Aufrecht.

Nachdem Rindfleisch mit einigen Worten des verstorbenen Cohnheim gedacht hatte, leitete Ackermann die Sitzung mit seinem Vortrage über Lebercirrhose ein. Er erörterte einmal die Frage nach dem anatomischen Ausgangspunkt der Erkrankung und entschied sich dafür, dass eine primäre Degeneration des Epithels, eine wohl stets mit Fettentartung verbundene Nekrose desselben vorliege, welche durch verschiedene Gifte, Alkohol, Phosphor, hervorgerufen werde. Die übrigen Vorgänge im Verlauf der cirrhotischen Erkrankung seien gleichsam reparirende, indem einmal durch lebhafte von den Arterien ausgehende Neubildung arterieller Gefässe die Ernährung der Leber und die Gallenbereitung auch dann noch möglich sei, wenn durch den Druck des gleichzeitig entwickelten Bindegewebes die Pfortaderverzweigungen unwegsam geworden seien. Eine eigentliche Schrumpfung des neugebildeten Bindegewebes finde überhaupt nicht statt. Neben der Gefässneubildung schreite nun weiter einher eine Neubildung von Gallengängen, durch welche eine Abfuhr der gebildeten Galle in dem Maasse möglich sei, dass ja so selten Icterus auftrete. In der an den Vortrag sich anschliessenden Discussion betont zunächst Rindfleisch,

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dass er an dem entzündlichen Charakter der Lebercirrhose und daran festhalte, dass die Erkrankung gewöhnlich von dem interstitiellen Gewebe ausgehe. Im Gegensatze dazu heben Strümpell und Aufrecht ihre Uebereinstimmung mit Ackermann hervor.

Oberstabsarzt Dr. Fleck stellt sodann einen jungen Menschen mit auffallend starker Makrodactylie des Mittelfingers der rechten Hand vor.

Hieran schloss sich der Vortrag von Schroen (Neapel) Ueber den genetischen Zusammenhang der Endobronchitis tubercularis mit der Peribronchitis caseosa. Der Beginn der phthisischen Processe in den kleinen Bronchen gestalte sich in manchen Fällen folgendermaassen: In dem Lumen des Bronchiolus findet sich ein coagulirendes Exsudat mit Sporen der Tuberkelbacillen. Das Exsudat sowohl wie in demselben vorhandene kleine endotheliale Zellen leitet Vortr. von eingewanderten weissen Blutzellen ab, die hier fractioniren, zerstäuben. Die endothelialen Zellen, die viel kleiner sind als weisse Blutkörperchen, werden allmählich zu Riesenzellen, die nunmehr Bacillen enthalten. Wenn die Menge der Riesenzellen gross geworden ist, treten Ausstülpungen des bronchialen Epithels in das umgebende Bindegewebe ein, und in dieselben wandern Riesenzellen ein, um hier zu Mittelpunkten peribronchialer Tuberkel zu werden. Die im Bronchiolus verbleibenden Riesenzellen werden zum Theil auch zur Bildung von Tuberkeln verwandt, indem das peribronchiale Bindegewebe stellenweise nach innen durchbricht und mit dem Inhalt des Lumens sich mischt. Ein anderer Theil gelangt in die zugehörigen Alveolen und nimmt Theil an den hier sich abspielenden käsig pneumonischen Processen. Vortragender erläutert das Gesagte durch hübsche Zeichnungen und äusserst elegante mikroskopische Präparate. Es sei aber hervorgehoben, dass über die Deutung der einzelnen Bilder eine völlige Uebereinstimmung unter den Anwesenden nicht herrschte.

Es folgte der Vortrag von Rindfleisch über Blutbildung in Lymphdrüsen. In zwei Fällen beobachtete R. Mesenterial- und in dem einen auch Halslymphdrüsen, die durch eine himbeerrothe Farbe auffielen. Es waren anämische Individuen. Die frische Untersuchung ergab die Anwesenheit reichlicher kernhaltiger rother Blutkörperchen, Hämatoblasten, und in den abführenden Chylusgefässen einen röthlichen an den gleichen Zellen reichen Brei. Die genaue histologische Untersuchung der Drüsen stellte eine weitgehende Analogie mit dem Gewebe der Milz fest. Es fanden sich weisse kleine ziemlich scharf begrenzte Inseln, die man als Malpighi'sche Körperchen ansprechen muss, und diese weiterhin umgeben von einem pulpaähnlichen Gewebe, welches nur insofern von dem entsprechenden Abschnitte der Milz abwich, als die weiten venösen Gefässe besser charakterisirte Wandungen hatten. Dieses Pulpagewebe enthielt ebenso wie die umgewandelten Randsinus viele Hämatoblasten. Es kann also unter Umständen ausser in Milz und Knochenmark auch in Lymphdrüsen Blut gebildet werden.

Sitzung vom 20. September.

Vorsitzender: Rindfleisch.

Schwalbe (Magdeburg) spricht über künstliche Melanose und Melanaemie mit Hülfe von Schwefelkohlenstoffeinverleibung. Die Versuche wurden an Kaninchen und Tauben gemacht. Nach Wochen fanden sich massenhafte Pigmentschollen fast sämmtlicher Organe, besonders der Milz. Die Veränderungen der Organe seien dieselben wie bei Menschen, die an Malariamelanose starben. Vortr. ist der Ansicht, dass durch solche Gaswirkungen die Malariaerkrankungen sich sehr wohl erklären liessen, und manche Punkte, z. B. die vorwiegend nächtliche Erkrankung, die Unschädlichkeit von Winden aus Malariagegenden, besser als mit Hülfe bacterieller Theorien. Dieser Auffassung wurde aus der Versammlung mehrfach entgegengetreten. v. Sehlen (Hannover) erwähnte seine anderweitig veröffentlichten Mikrokokkenfunde bei Malaria. Weigert betonte, dass die Wirkungslosigkeit der Winde sich durch die abnehmende Menge der Organismen, und andererseits der intermittirende Charakter der Erkrankung sich nur bei Annahme von Mikroorganismen erklären lasse.

Der sich anschliessende Vortrag von Hueppe über die Zersetzungen der Milch sowie der des Referenten über die Schicksale der Osteomyelitiskokken im Organismus werden in extenso in dieser Wochenschrift abgedruckt.

Zahn (Genf) berichtet ferner über primäre multiple Geschwülste des Knochenmarks, Myelome. Es handelte sich um zahlreiche lymphatische Geschwülste des Knochensystems, besonders der spongiösen Abschnitte bei einem 60jährigen Manne. Sie zerstören local den Knochen ohne Hülfe von Riesenzellen. Vortr. möchte sie als Lymphosarkome bezeichnen. Es ist eine Systemerkrankung, über welche in Bezug auch auf andere multiple Tumoren noch berichtet werden soll. Weigert fragt an, ob Z., wie er selbst, auch Bakterien, ähnlich den Tuberkelbacillen, gefunden habe. Vortr. hat derartige Beobachtungen nicht gemacht.

Nunmehr trägt Aufrecht vor über experimentelle Erzeugung der Endometritis diphtheritica puerperalis nebst einigen Schlussfolgerungen für das menschliche Puerperalfieber.

Vortr. war schon lange aufmerksam geworden, dass bei Endometritis puerperalis, Diphtheritis und Pneumonie mikroskopisch die gleichen Kokken sich fanden. Es musste ihm daher auffallen, dass zwei an Pneumonie erkrankte gebärende Frauen Endometritis bekamen und hier und in der Lunge die gleichen Kokken. Diese so verwerthete Identität der Organismen in den drei Erkrankungen wurde experimentell geprüft. Zerriebene graupneumonische Lunge und pneumonische Sputa wurden hochträchtigen Kaninchen subcutan injicirt. Die Thiere abortirten und bekamen puerperale Endometritis mit den gleichen Kokken, wie sie in der Lunge und dem Sputum gefunden waren. Dasselbe wurde erreicht mit Blut aus dem Herzen eines an Diphtheritis gestorbenen Individuums und mit zerriebener Leber eines der ersten Kaninchen. Vortr. schliesst aus diesen Versuchen auf die Identität der Kokken bei diesen drei Erkrankungen, und giebt in der Discussion auf die Anfrage von Hartz (Landau) auch die Uebereinstimmung mit den Kokken der Cerebrospinalmeningitis zu. Für die Praxis folgert Vortr., dass der Geburtshelfer vor allen Dingen Diphtheritiskranke zu meiden habe, und hält es ferner für möglich, dass, auch ohne manuelle Uebertragung in loco, durch Aufnahme der Kokken in den Lungen Puerperalerkrankungen entstehen könnten. Die heutzutage für derartige Untersuchungen unumgänglich nothwendigen Experimente mit Reinculturen wurden nicht gemacht.

Der weitere Vortrag Aufrecht's über Croup und Diphtheritis wird in extenso in dieser Zeitschrift erscheinen. Er wurde gehalten in der Sitzung vom 22. September. An demselben Tage sprach ferner Stabsarzt Schattenberg über eine ausgedehnte Hyperostose des Radius bei einem Manne, der 1866 eine Schussverletzung des r. Unterarms erhalten hatte, und bei dem nunmehr, entsprechend zwei noch vorhandenen Fistelgängen, je eine Kugelhälfte extrahirt wurde. Die Hyperostose ging darauf zurück.

Schliesslich berichtete Jürgens über Befunde bei Morbus Addisonii. Er untersuchte die Endplexus der Darmwand, weil ein Fall von hochgradiger Darmatrophie klinisch unter den Erscheinungen jener Krankheit verlaufen war. Es fanden sich die Plexus stets intact. Constant dagegen wurden beobachtet Degenerationen der Splanchnici, die sowohl spontan entstehen können und dann einfache Atrophie der Nebennieren bedingen, wie sie secundär bei Nebennieren- und Pankreaserkrankungen sich vorfinden.

XI. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

VIII.

Verhandlungen in den Sectionen.

3. Section für Geburtshülfe und Gynäkologie.

Donnerstag, den 14. August.

(Fortsetzung des Berichtes: Deutsche med. Wochenschrift No. 37.)

11. Herr Engelmann (St. Louis): Ueber Periodicität in den Beschwerden bei Uterusleiden.

Redner bespricht die eigenthümliche Periodicität, welche er häufig bei den Symptomen der Uterinerkrankungen in dem Mississippi-Thale beobachtete, — eine tägliche Periodicität mit monatlicher Wiederkehr, anscheinend eine Complication malarischer Einflüsse mit der Menstruationswelle. Doch ist entschiedene Malaria nicht mit im Spiele.

Ausgeschlossen sind die bekannten Neurosen, monatlich wiederkehrende Reflexerscheinungen, die wiederkehrenden Schmerzen bei Carcinoma uteri, welche ausserdem nicht so streng periodisch sind, und durch Malaria bedingte Symptome, welche auf Chinin schwinden.

Fieber, Unterleibsschmerzen, Ausfluss werden als Symptome erwähnt, welche zu einer gewissen Zeit der menstruellen Periode erscheinen, in der Mitte oder am häufigsten gegen das Ende derselben, 3—5 Tage anhalten und jeden Tag zu derselben Stunde erscheinen, um nach einer Dauer von 5 bis 10 Stunden zu verschwinden. So jeden Tag während dieser 2—5tägigen Periode. Am auffallendsten ist das in dieser Weise erscheinende Fieber, welches alle Anzeichen eines Malariafiebers aufweist, aber nicht durch Chinin zu vertreiben ist, sondern jahrelang anhält, bis es mit Besserung des zu Grunde liegenden Uterinleidens schwindet.

Interessant und wichtig sind diese Erscheinungen in dem mächtigen Gebiete des Mississippi-Thales, welches von miasmatischem Einflusse beherrscht ist, und wodurch vielen Leiden ein periodischer Charakter aufgeprägt wird. Doch bietet hier oft Chinin ein specifisches Mittel, während die in Rede stehenden Erscheinungen erst mit Behandlung und Heilung des Uterinleidens schwinden.

Herr Kugelmann sah einen ähnlichen Fall, bei welchem durch Chinapräparate Besserung erzielt wurde.

Herr Hegar macht auf die eigenthümliche monatliche Periodicität der Reflexneurosen und die wohlbekannten periodischen Schmerzen der Carcinome aufmerksam.

Herr Engelmann fragt, ob auch in anderen Ländern diese Periodicität beobachtet wird. Er glaubt sie durch einen secundären miasmatischen Einfluss bedingt, eine Complication dieser verschleierten Malaria mit Menstrualzuständen. In Bezug auf die Wirkung des Chinins bei chronisch entzündlichen Zuständen der Beckenorgane wirft E. die Frage auf, ob bei diesen nicht etwa ein miasmatischer, nicht periodisch auftretender Einfluss walte.

12. Herr Stadtfeldt (Kopenhagen): Die Behandlung der Nachgeburtsperiode.

Vortragender vergleicht den Werth der drei Methoden zur Austreibung der Nachgeburt: die exspectative Methode, den Credé'schen Handgriff, der in kräftigem, kreisförmigem Reiben des Fundus uteri und dem Herauspressen der Placenta mit Hülfe der Nachwehen besteht, und den Dubliner Handgriff, bei welchem die durch unmittelbar nach der Geburt des Kindes eingeleiteten Reibungen des Uterus in die Scheide beförderte Placenta aus derselben manuell entfernt wird unter gleichzeitigem Ziehen am Nabelstrang. Aus der statistischen Uebersicht der sämmtlich unter strengen antiseptischen Cautelen abgewarteten Geburten, die etwa je 1700 Fälle aufweist, bei denen das exspectative Verfahren und der Credé'sche Handgriff angewendet worden, etwa 1000, bei denen der Dubliner Handgriff zur Ausführung kam, ersieht man, dass allerdings das Abreissen der Eihäute bei dem Credé'schen Handgriff etwas häufiger eintritt, dass aber die puerperale Mortalität, besonders aber die Morbidität bei der exspectativen Methode beträchtlich grösser ist, als bei den anderen Verfahrungsweisen. Wenn auch die in den letzten Jahren vervollkommnete Antiseptik besonders der ebenfalls in den letzten Jahren angewendeten Credé'schen Methode zu Gute kam, — während bei dem exspectativen Verfahren die weniger energischen, im Anfang der 70er Jahre üblichen antiseptischen Cautelen zur Anwendung gelangten —, so meint Vortragender trotzdem, dass die Credé'sche Methode bei sorgfältiger Ausführung der exspectativen vorzuziehen sei. Für Hebammen hält er den Dubliner Handgriff am geeignetsten.

In der Discussion stimmen Leopold (Dresden) und Simpson (Edinburgh) dem Vorredner bei: auch sie halten die exspectative Methode, weil sie zu zeitraubend ist, in der Praxis nicht für durchführbar. Die Gefahr einer

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

retroplacentaren Blutung in Folge der Credé'schen Methode stellen sie in Abrede.

13. Herr Paul Bar (Paris): Demonstration des neuen Basiotrib von Tarnier.

Während der Cephalotrib sich nur zur Zertrümmerung, der Cranioklast besonders zum Herausziehen des angebohrten Schädels gut eignet, vereinigt der Basiotrib die Eigenschaften beider Instrumente. Das Instrument, dessen nähere Beschreibung nur an der Hand von Abbildungen möglich ist, besteht aus drei Theilen: einem Perforatorium und zwei Blättern, die um den Kopf herum eingeführt werden und bis zum Halse hinaufreichen. Durch eine Schraubenvorrichtung wird die Basis cranii zertrümmert. Die mit diesem ziemlich zierlichen Instrument erreichten Resultate sollen ausserordentlich befriedigend sein.

In der Discussion sprechen sich Simpson (Edinburgh) wie Müller (Bern) dahin aus, dass sie eine Verletzung der mütterlichen Weichtheile durch die Anwendung des Basiotribs für naheliegend halten, einen Einwand, den Bar zurückzuweisen sucht.

14. Herr Lazarewitsch (Charkow): Ueber die angeborenen seitlichen Lageveränderungen der Gebärmutter.

Die congenitalen seitlichen Lageveränderungen des Uterus sind meist durch zu grosse Kürze eines Lig. latum oder ungleichmässige Entwicklung der seitlichen Scheidenwände bedingt. Weder Tumoren noch die Gravidität vermag eine normale Stellung des Uterus dann herbeizuführen. Der Douglas'sche Raum wird dabei schräg verzogen, der Eierstock der betreffenden Seite findet keinen rechten Platz mehr neben dem Uterus und muss, wenn er z. B. cystisch degenerirt, in die Bauchhöhle hinaufsteigen. Gegen die Lateroversionen und Lateroflexionen sind Pessarien machtlos, weil sie bei der ungleichmässigen Entwicklung der Scheidenwände nicht in der Scheide festsitzen. Zur Zeit der Menses treten meist starke Schmerzen auf. Wird der laterovertirte Uterus schwanger, so kann die natürlich schrägstehende Uterusaxe durch Lagerung corrigirt werden und setzt der Geburt keinen weiteren Widerstand entgegen. Bei der wirklichen Lateroposition aber ist zwar die Längsaxe des Uteruscorpus normal, das untere Uterinsegment kann sich jedoch auf der Seite, nach welcher der Uterus verlagert ist, nicht recht erweitern. Ein hierdurch entstehendes Geburtshinderniss ist dadurch zu beseitigen, dass man manuell das Collum in die Mitte des Beckens zieht.

Leopold Meyer (Kopenhagen) betont in der Discussion, dass auch die Lig. ovarii bei Neugeborenen häufig eine verschiedene Länge haben, deren Differenz oft über einen Centimeter betrug.

15. Herr Ingerslew (Kopenhagen): Die Sterblichkeit am Puerperalfieber in den dänischen Provinzialstädten und in Kopenhagen in den Jahren 1867—1883.

Da Redner die Resultate seiner statistischen Forschungen bis zum Jahre 1881 bereits veröffentlicht hat, verweilt er besonders bei der Uebersicht über die Mortalität in den Jahren 1882 und 1883 und giebt an, dass die puerperale Mortalität betrug: für die Provinzialstädte (1882) 1:343 und (1883) 1:296, für Kopenhagen 1:272 und 1:324, für die Entbindungsanstalt 1:228 und 1:188.

Wie verheerend das Puerperalfieber wirke, erkenne man erst dann, wenn man die Todesfälle an Puerperalfieber vergleiche mit der Summe der im zeugungsfähigen Alter (15—45 Jahren) gestorbenen Frauen. Jedoch sei sowohl ein Abnehmen der Todesfälle in den Gebäranstalten zu constatiren, als auch — wegen allgemeinerer Anwendung der Antiseptica durch die Hebeammen — ausserhalb derselben.

In der Discussion führt Bonnaire (Paris) aus, dass in der Maternité zu Paris eine bedeutende Abnahme der Sterblichkeit zu constatiren gewesen sei, seitdem die dort gebrauchte Wäsche nicht mehr mit der aus den übrigen Hospitälern zusammen gewaschen wird. Breisky (Prag) spricht sich gegen die auf jeden Fall vorzunehmende intrauterine antiseptische Ausspülung post partum aus und verlangt eine jedesmalige Indication für dieselbe. Ebenso Küstner (Jena).

Eine Beschreibung der hierauf folgenden Demonstration der Tarnier-schen Achsenzugzange würde ohne Abbildungen unverständlich sein.

16. Herr Cordes (Genf): Klinische Bemerkungen über einige uterine Medicamente.

Redner rühmt das Chininum sulfuricum als besonders guten „utéro-moteur". Es bewirke die Ausstossung von Placentarresten. Das Viburnum prunifolium empfiehlt er als „utéro-sédatif." gegen drohenden Abort.

17. Herr Hegar (Freiburg): die Castration als Mittel gegen nervöse und psychische Leiden.

Die Castration hat meist den Zweck, die degenerirten Ovarien zu entfernen, dann ist die Indication zu der Operation in der anatomischen Veränderung dieser Organe zu suchen. Die Castration hat den vorzeitigen Klimax zur Folge, doch kann derselbe nie Zweck der Castration sein, da wir über seinen Einfluss auf den ganzen Organismus noch zu wenig wissen. Es scheint nun aber, dass gewisse Neurosen, besonders solche, die mit den sogenannten Lendenmarkssymptomen einhergehen, einem Sexualleiden ihre Entstehung verdanken. Aber auch in dem Falle, wo der — meist sehr schwer nachweisbare — Causalnexus zwischen beiden Affectionen gesichert erscheint, muss man die Frage aufwerfen, ob die Castration im Stande ist, das beispielsweise auf einer Erkrankung des Uterus oder des Lig. latum beruhende Leiden zu beseitigen. Die Indication zur Castration muss dann so gefasst werden, dass man die Operation als ultimum refugium bei einem das Leben oder das psychische Befinden der Patientin schwer beeinträchtigenden Zustand ansieht. Die Resultate, die Vortragender erzielt hat, und bei denen er nur die Fälle berücksichtigt, die eine längere Beobachtungszeit nach geschehener Operation gestatteten, schildert er als recht günstig. Die ziemlich sparsamen Misserfolge waren meist durch circumscripte Entzündungen, die schon vor der Operation bestanden, zu erklären; diese wirken dann wohl irritirend auf die Nerven in ähnlicher Weise, wie man es sich von der Ovulation vorstellen muss. Weiterhin können allerdings auch schlechte Vernarbung des Ovarialstiels sowie Unterleibsbrüche den Grund zu einem Misserfolg abgeben.

In der Discussion verwirft Koeberlé (Strassburg) die Castration zur Heilung von Psychosen und Neurosen. Sir Spencer Wells (London), der viermal bei Geisteskranken die Ovariotomie vorgenommen, hat zweimal gute Erfolge beobachtet. Auch er stellt den Zusammenhang zwischen den Affectionen des Nervensystems (z. B. Hysterie) und den Sexulleiden in Abrede und hält die Castration ohne bestehende starke Schmerzhaftigkeit und Vergrösserung der Ovarien für verkehrt. Olshausen (Halle) hat in vier Fällen, in denen er die Operation als indicirt ansah, nur einmal eine Besserung der Psychose beobachtet. Während Gusserow (Berlin), Kugelmann (Hannover) und Priestley (London) sich der Meinung der Vorredner anschliessen, — Letzterer meint durch moralische oder medicamentöse Behandlung häufig genug eine Besserung erzielen zu können — vertheidigen Gordon (Portland) und Engelmann (St. Louis) die Castration auch bei nicht nachweisbarer Erkrankung des Eierstocks. Hegar betont noch zum Schluss, dass nur wirklich nachweisbare Erkrankungen der Genitalien die Operation gestatten, nicht aber der Umstand, dass sich die Nervenaffection zur Zeit der Menses verschlimmert.

18. Herr Martineau (Paris): Die Bedeutung der uterinen Adenolymphangitis für die Entwicklung der periuterinen Symptome und für die Behandlung der Metritis.

Die uterine und periuterine Adenolymphangitis ist stets eine Theilerscheinung der Metritiden. Aus ihr entwickeln sich die Phlegmone des Lig. latum, die Perimetritis, Pelveo-peritonitis. Wegen dieses Ursprunges thue man gut, jene Leiden Adeno-Phlegmone, Adeno-Pelveo-peritonitis zu nennen. Daher sei auch bei der Behandlung der Metritis stets auf das gleichzeitige Vorhandensein der periuterinen Lymphangitis Rücksicht zu nehmen.

19. Herr Apostoli (Paris): Ueber eine neue elektrische Behandlung der Perimetritis.

Redner empfiehlt die Elektricität bei acuten wie chronischen Perimetritiden. Redner verwendet besonders den faradischen Strom, dessen Elektroden er mit Hülfe einer Art von Uterussonde in die Gebärmutter einführt. Die Resultate seien sehr günstig.

20. Herr Knowsley Thornton (London): Ueber frühzeitige Ovariotomie.

Redner vergleicht zunächst die Vortheile, die die Punction der Ovarialcysten bietet, mit den Nachtheilen derselben und spricht sich dahin aus, dass recht geringen Erfolgen der Punction wirkliche Gefahren gegenüberstehen. Schliesst man auch die Gefahr der Entzündung und Sepsis durch strenge Antiseptik aus, so könne man doch nicht verhindern, dass von der in der Cyste sehr häufig vorhandenen oder sich später bildenden papillomatösen Wucherung einzelne Zellen, Keime, durch die Punctionsöffnung in die Bauchhöhle gelangen, und die Möglichkeit einer Infection des Peritoneum mit malignen Neubildungen veranlassen. So liess sich von den 40 Todesfällen, die Redner bei im Ganzen 423 Ovariotomien gehabt hat, 12 mal ein Zusammenhang mit einer früheren Punction nachweisen. Die Punction ist daher durchaus und fast immer zu verwerfen. Dagegen ist die Operation, die Ovariotomie so früh wie möglich auszuführen, d. h. sobald die Eierstockscyste aus dem kleinen Becken heraus steigt, und die Differentialdiagnose zwischen Cyste und kleinen Fibromyomen möglich ist. Denn bei längerem Abwarten wächst die Gefahr der malignen Entartung des Tumors, zugleich aber auch der Berstung und Infection des Abdomens. So fand sich unter 400 Fällen von Ovariotomie 40 mal Cystenflüssigkeit in der Bauchhöhle vor, von diesen starb oder leidet jetzt ein beträchtlicher Procentsatz an Carcinose. Ausserdem leidet bei längerem Abwarten das Allgemeinbefinden der Patienten.

In der Discussion spricht sich Howitz (Kopenhagen) dahin aus, dass man die Punction der Cysten doch nicht so ganz perhorresciren dürfe; bei sehr bedeutenden Adhäsionen sei sie der dann äusserst schwierigen Ovariotomie vorzuziehen. Spencer Wells schickt die Punction bisweilen der Ovariotomie voraus.

21. Herr Sänger (Leipzig): Die Resection des Peritoneum parietale.

Bei der Entfernung grosser maligner Geschwülste der Bauchhöhle, die mit der äusseren Decke verwachsen sind, muss man bisweilen das Peritoneum parietale und einen Theil der Bauchmuskeln mit herausschneiden. Esmarch hat diese Operation zuerst mit Erfolg versucht. Die zu durchtrennenden Ausschnitte des Peritoneum werden arkadenartig ringsherum doppelt unterbunden, die Geschwulst entfernt, kurze Drains in die Bauchhöhle eingelegt und die Haut vernäht.

22. Herr Gordon (Portland): Die operative Behandlung der Hyperplasie des Uterus und der Vagina mit besonderer Berücksichtigung der Heilung von Lageveränderungen.

Die Lageränderungen des Uterus, die sehr häufig mit einer Uterushyperplasie einhergehen, werden durch Pessare nur wenig gebessert. Die Radicaloperation beseitigt die Hyperplasie, indem aus dem Cervix aus beiden Seiten ein grosser Keil herausgeschnitten wird. Hierdurch und durch die Operation der häufig zugleich bestehenden Cervix-Risse schwindet die Hyperplasie, und hiermit fällt ein Hauptgrund für die Hartnäckigkeit der Lageveränderung des Uterus fort.

Auch Engelmann hebt in der Discussion die Nothwendigkeit der Operation der Cervix-Risse hervor; er zieht die keilförmige Excision nach Schroeder der vom Redner angegebenen vor.

23. Herr Werth (Kiel): Die operative Behandlung der Extrauterin-Schwangerschaft.

In den ersten Monaten der extrauterinen Schwangerschaft ist ausser der Tödtung der Frucht die operative Entfernung anzurathen; indicirt ist sie, sobald Incarcerationserscheinungen auftreten. Nach erfolgter Ruptur des Fruchtsackes ist die Operation aussichtslos. Da bei weit vorgeschrittener Schwangerschaft und lebendem Kinde eine Operation den Tod der Mutter zur Folge hätte, ist das Leben des Kindes nicht zu berücksichtigen, sondern der Fruchttod abzuwarten, und erst etwa nach 10—12 Wochen, d. h. nach Verödung des Placentarkreislaufes, die Operation vorzunehmen. Die Methode der Operation besteht darin, den Fruchtsack, wenn irgend möglich, ohne ihn zu eröffnen, zu exstirpiren. Die Einnähung des Fruchtsackes

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in die Wunde soll regelmässig geschehen, jedoch die Placenta nicht entfernt werden, wenn man nicht von der Thrombosirung ihrer Gefässe überzeugt ist. Die Drainage nach der Scheide zu und permanente Durchrieselung des Sackes ist nur bei bereits bestehender Verjauchung des Inhaltes nothwendig; sie ist, wenn bei lebender Frucht oder bald nach deren Tode operirt wurde, auf jeden Fall zu unterlassen, da die Gefahr einer tödtlichen Nachblutung sonst droht. Jedoch empfiehlt sich dann eine Tamponade des Sackes mit Tannin und Acid. salicylicum zu gleichen Theilen (nach Freund). In Betreff der von Martin empfohlenen partiellen Resection des Fruchtsackes mit Vernähung des Restes und Drainage nach der Vagina hin hat Redner keine persönliche Erfahrung.

In der Discussion warnt Koeberlé (Strassburg) ebenfalls vor zu frühzeitiger Operation, während Müller (Bern) und Olshausen (Halle), wiewohl sie die enormen Gefahren der Operation bei lebendem Kinde anerkennen, doch gegen ein langes Abwarten Bedenken äussern, da so leicht eine spontane Ruptur drohe.

24. Herr Koeberlé (Strassburg): Eine neue Methode der Perineoraphie.

Bei Dammrissen, die bis in den Darm gehen, verfährt K., um der Erweiterung des Darms durch die stagnirenden Kothmassen vorzubeugen, so, dass er den Darm nach hinten durchschneidet und diesen Weg für die Kothmassen durch Aetzen und Einlegen von Charpie offenhält. Nach fester Vereinigung des Dammrisses vernarbt diese Wunde sehr schnell.

Herr Hegar schliesst sich diesem Verfahren völlig an, doch hält er ein Aetzen der Wunde für unnöthig, ein möglichst frühzeitig herbeigeführter Stuhl reiche zum Offenhalten der Wunde aus. Cz.

7. Section für Ophthalmologie.

Die Sitzungen der ophthalmologischen Section erfreuten sich einer ausserordentlich starken Betheiligung, die zu nicht geringem Theile den überlegten Vorbereitungen zu danken war, welche das organisirende Comité und speciell der unermüdliche und liebenswürdige Professor Hansen Grut getroffen hatten. Den verschiedenen Nationalitäten wurde man in der Weise gerecht, dass bald in deutscher, bald in englischer oder französischer Sprache der Vorsitz geführt wurde. Zu Ehrenpräsidenten für Deutschland wurden Mooren (Düsseldorf) und Schmidt-Rimpler (Marburg) erwählt.

Das wissenschaftliche Ergebniss war ein reiches. Ort und Raum gestatten nicht, alle interessanten Mittheilungen in extenso hier wieder zu geben; wir können uns um so mehr auf die Hervorhebung von Einzelnem beschränken, da eine Reihe von Arbeiten in den betreffenden Fachschriften ausführlich erscheinen wird resp. bereits erschienen ist.

Ueber die Bedeutung der Lichtsinnuntersuchung für die practische Ophthalmologie.

I. Lichtsinnuntersuchungen.

Es sei hier vorausgeschickt, dass die neueren Untersucher des Lichtsinnes in pathologischen Fällen (so besonders Bjerrum in Graefe's Archiv f. Ophthalmologie Bd. 30 1884) eine schärfere Trennung machen zwischen dem Verhalten der Reizschwelle (der kleinsten überhaupt wahrnehmbaren Lichtquantität), wie sie etwa die Untersuchung mit dem Förster'schen Photometer kennen lehrt, und der Unterschiedsschwelle (des kleinsten wahrnehmbaren Unterschiedes zwischen zwei objectiven Helligkeiten), wie sie Versuche mit der Marson'schen weissen Scheibe anzeigen, wenn man durch Mischung des centralen Theiles mit einem sehr kleinen schwarzen Sector beim Drehen der Scheibe ein Grau hervorbringt, das von dem reinen Weiss der peripheren Scheiben-Partien unterschieden werden muss.

1) Jannik Bjerrum (Kopenhagen):

Bei den untersuchten Fällen von Atrophia n. opt. (6) und Amblyopia centralis (ambl. ex abusu tabaci et alcohol.) (14) ist die Schwellenempfindlichkeit (Reizschwelle) normal oder beinahe normal gefunden, in der Mehrzahl dieser Fälle dagegen bedeutende Herabsetzung der Unterschiedsempfindlichkeit. Bei zwei Fällen von Neuritis n. opt. fand sich ausser einer bedeutenden Herabsetzung der Unterschiedsempfindlichkeit zugleich einige — nicht bedeutende — Schwächung der Schwellenempfindlichkeit. Der eine Fall war übrigens Neuroretinitis. In einem anderen Falle von Neuritis opt. war die Reizschwelle normal, die Unterschiedsschwelle nur wenig verändert.

Vier Fälle von Glaucom sind untersucht. In dem einen Falle (glaucoma simpl.) war sowohl die Reizschwelle als die Unterschiedsempfindlichkeit sehr bedeutend herabgesetzt. In zwei anderen Fällen (beide mit gutem Resultate iridektomirt) war die Affection der beiden Empfindlichkeiten, namentlich die der Unterschiedsempfindlichkeit, auch sehr deutlich. Im vierten Falle war die Reizschwelle normal, die Unterschiedsschwelle dagegen ein wenig verändert.

Bei einigen Fällen von Retinitis pigmentosa fand sich colossale Abnahme der Schwellenempfindlichkeit; nur in einem Falle fand sich ausserdem einige Abnahme der Unterschiedsempfindlichkeit, in den übrigen war die Unterschiedsschwelle völlig normal (wie die meinige ungefähr); ebenso auch in zwei Fällen von Hemeralopie ohne ophthalmoskopischen Befund.

Durch diese Resultate wird völlig bestätigt, was ich früher ausgesprochen habe, dass ganz verschiedene Formen für die Affection des Lichtsinnes existiren, und dass es absolut nothwendig ist sowohl die Schwellenempfindlichkeit als die Unterschiedsempfindlichkeit zu messen. Auch die specielleren Resultate bestätigen und suppliren die durch meine frühere Untersuchung gefundenen Resultate.

2) Samelsohn (Cöln): Die Methoden zur Untersuchung der Unterschiedsempfindlichkeit des Lichtsinns einmal bei herabgesetzter Beleuchtung und nur bei constanter Helligkeit müssen sich ergänzen. Mit der ersteren ist eine grössere Reihe von Untersuchungen von Förster ausgeführt worden, aus welchen er das Gesetz hergeleitet hat, dass der Lichtsinn nur herabgesetzt sein soll bei Affectionen der lichtpercipirenden Elemente, während die Affectionen der die Lichtempfindung leitenden Elemente sich vielmehr durch eine Ueberempfindlichkeit gegen objectives Licht auszeichnen sollen. Eine grosse Untersuchungsreihe, welche der Vortragende nach der zweiten Methode seit Jahren unternommen hat, zeigt nur eine sehr bedingte Geltung dieses Förster'schen Satzes. Wenn auch die Erkrankung der lichtempfindenden Netzhautschichten sehr häufig eine bedeutende Herabsetzung des Lichtsinnes zur Folge hat, so ist es doch nicht gestattet, diesen Satz der Art umzukehren, dass aus einer Herabsetzung des Lichtsinnes stets auf eine Erkrankung der lichtempfindenden Elemente zu schliessen wäre. Viel mehr zeigen gerade die entzündlichen Affectionen des Sehnervenstammes so bedeutende Verminderungen des Lichtsinnes, dass sie fast den Torpor bei gewissen Netzhautaffectionen erreichen.

Darlegung der bezüglichen Verhältnisse für die einzelnen Krankheitsgruppen.

Hieraus folgt, dass der Lichtsinn ungemein viel häufiger afficirt erscheint als der qualitative Farbensinn und demnach eine häufigere Prüfung erheischt als jener. (Der quantitative Farbensinn dagegen erscheint, wie Vortragender bereits andern Orts gezeigt hat, in genauester numerischer Relation zum Lichtsinn).

Von entscheidender Bedeutung ist die Lichtsinnuntersuchung:

1. bei gewissen Formen von Glaskörpertrübungen, die mit Netzhautablösungen verwechselt werden können;

2. zur Differentialdiagnose gewisser Formen von Glaucoma simplex und atrophischen Opticusprocessen;

3. für die diagnostische und prognostische Auffassung gewisser Cataracte.

In der Discussion schliesst sich Raehlmann, der schon früher bezügliche Untersuchungen angestellt, der Ansicht, dass eine Scheidung der Unterschiedsschwelle (U) von der Reizschwelle (R) erforderlich sei, durchaus an. Zur Feststellung von U bediente sich Ed. Meyer der Emoke-Gläser: letztere vor das Auge gehalten, setzen die Sehschärfe durch die eintretende Verdunkelung herab. Der Vergleich mit gesunden Augen lässt das pathologische Verhalten erkennen, — ein Verfahren, das von Schmidt-Rimpler und Schnabel angegeben wurde.

3) Ole Bull (Christiania): Untersuchungen über Lichtperception und Photometrie.

Das Minimum objectiven Lichtes, welches noch eine Empfindung hervorruft, ist bei allen Individuen mit gesunden Augen, bis zum 50—60sten Lebensjahre hinauf, gleich. Die Menge des zur Perception erforderlichen Lichtes ist in hohem Grade von der Art der Beleuchtung abhängig: sie ist am grössten für gelbes, weniger für blaues und grünes Licht. Die Adaption der Augen übt besonders bei geringeren Graden der Beleuchtung einen starken Einfluss auf die Empfindlichkeit für das Licht aus. Der Redner benutzt zur Prüfung bei Bogenbeleuchtung seine Tafeln, bei denen graue Figuren — in verschiedenen Abstufungen — auf schwarzem Grunde sich befinden. Vergleichende Versuche haben die Richtigkeit der so ausgeführten Lichtsinnprüfungen gezeigt.

4. Louis Wolffberg (Erlangen): Ueber eine auf die Abhängigkeit des Farbensinnes vom Lichtsinne gegründete Methode der Lichtsinnsprüfung.

Es ist von Wichtigkeit die Prüfung des centralen Lichtsinns von der des excentrischen zu scheiden. Gegen das Förster'sche Photometer ist einzuwenden, dass die Probeobjecte derartig gross sind, dass sie auch excentrisch gezählt werden können. Verfasser benutzte gefärbte Tuchscheiben.

Roth von $1\frac{1}{2}$ mm, gelb von $1\frac{1}{2}$ mm, grün und blau von 9 mm Durchmesser, wird bei Tagesbeleuchtung auf schwarzem Grunde in 5 m Entfernung erkannt, während weiss von 0,2 mm noch gerade wahrgenommen wird. Die Helligkeit wurde dadurch variirt, dass in das Zimmer das Tageslicht nur durch einen rechteckigen Ausschnitt fiel. Dies Licht genügte, um die betreffenden Farbenpunkte in 5 m zu erkennen: wurden vor den Ausschnitt Blätter von Seidenpapier gelegt, — es ist eine Serie von 15 übereinander zu legenden geprüft worden —, so mussten die Farbenscheiben entsprechend vergrössert werden. Aus der Wahrnehmung der Farbenpunkte bei den verschiedenen Veränderungen der Beleuchtung lässt sich ein Schluss auf den Lichtsinn ziehen. Es stellte sich hierbei heraus, dass jedes Auge, das bei entsprechender Helligkeit vollen Farbensinn hatte, sicher eine Sehschärfe (ohne Correction eventueller Refractionsanomalien) von $\frac{5}{5}$—$\frac{5}{2}$ hatte. Um excentrische Stellen unter bestimmtem Winkel zu messen, wird ein Perimeterbogen vor den Fensterausschnitt gestellt. —

Aus einem sehr interessanten Vortrage Holmgren's sei hier anschliessend erwähnt, dass mit allen Vorsichtsmaassregeln angestellte Versuche, kleinste Farbeneindrücke wahrzunehmen, das für die Theorie der Farbenempfindung höchst wichtige Ergebniss hatten, dass kleinste Theile von gelb nicht als gelb, sondern individuell als roth oder grün empfunden werden. —

(Fortsetzung folgt.)

XII. II. Hauptversammlung des Preussischen Medicinal-Beamten-Vereins. Berlin, 25.—27. September 1884.

IV.

Das Institut der geprüften Heildiener vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus.

Im Jahre 1851 stellte sich das Bedürfniss heraus, für einen Ersatz der Wundärzte II. Kl. zu sorgen. In Folge dessen wurde der längst existirende Stand der Heildiener legalisirt durch die Circular-Verfügungen vom 13. October 51 und 27. März 52, welche den Regierungen gestatteten, für bestimmte Orte Heildiener zu concessioniren, welche in einem Civil- oder Militair-Krankenhause ausgebildet waren und sich über ihre Befähigung ausweisen konnten. Die concessionirten Heildiener durften die speciell angeführten kleinen Operationen nur auf jedesmalige Anordnung eines Arztes ausführen. — Auch eine Taxe wurde festgestellt.

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Durch die Verfügung vom 17. Mai 1852 wurde aber bereits die wichtigste Bestimmung wieder aufgehoben, nämlich die Ausbildung in einem Krankenhause. Die Regierungen sollten sich auf geeignete Weise von der Tüchtigkeit der zu Concessionirenden überzeugen. Später wurde den Heildienern das Zahnziehen gestattet und ihnen der Anspruch auf eine Prämie bei Wiederbelebungsversuchen zuerkannt.

In Folge der Gewerbe-Ordnung bestimmte die Circular-Verfügung vom 27. December 1869, dass fortan die geprüften Heildiener ein Befähigungszeugniss und damit das Recht empfangen sollten, sich geprüfte Heildiener zu nennen. Auf locales Bedürfniss sei keine Rücksicht mehr zu nehmen.

Endlich wird unter dem 9. Mai 1870 verfügt, dass Lazarethgehülfen, welche 5 Jahre vorzügliglich gut gedient haben, das Befähigungszeugniss ohne Prüfung empfangen.

Durch die Gewerbe-Ordnung sind die Heildiener in eine äusserst precäre Lage gekommen. Sie dürfen den Titel „geprüfter Heildiener“ führen, ein Ehren-Vortheil, welcher vielleicht in grösseren Städten, nicht aber auf dem flachen Lande Nutzen bringt. Die Folgen davon sind nicht ausgeblieben: es lassen sich nur noch wenige Heildiener prüfen und diese sind meist in grösseren Städten etablirt — auf dem Lande wird der Stand der geprüften Heildiener aussterben, wenn nicht in irgend einer Weise Wandel geschaffen wird.

Die Frage, ob überhaupt Heildiener nöthig sind, werden die meisten Collegen bejahen.

Die Ministerial-Verfügungen der fünfziger Jahre erschienen nur aus diesem Grunde, und heutzutage sind uns tüchtige Heilgehülfen erst recht unentbehrlich geworden.

Wenn im letzten Jahre eine Halle'sche Zeitung empfiehlt, zur Erleichterung des weniger bemittelten Landvolkes wieder Wundärzte auszubilden, weil diese billiger seien und sich nicht scheuten, selbst in einem Dorfe zu wohnen, so ist das eine ganz unglückliche Idee, schon deshalb, weil der Wundarzt weder in Geld- noch in Wohnortsansprüchen bescheidener sein kann, als heutzutage viele Aerzte sind und leider sein müssen!

Es lässt sich aber nicht läugnen, dass es dem kleinen Landmanne, dem Beamten u. s. w. oft unmöglich ist, das ärztliche Honorar zu erschwingen, und daher kommt zum grossen Theil der regelmässige Zuspruch, welchen die Medicinalpfuscher haben: es ist dem Armen und auch dem Geizigen sehr angenehm, für einen Bruchtheil der ärztlichen Forderung nicht nur einen guten (!) Rath, sondern gleichzeitig Medicamente zu empfangen.

Eine wesentliche Besserung dieses unleidlichen Zustandes würde sich durch die richtige Verwendung der geprüften Heildiener erzielen lassen. —

Bezüglich der kleinen Chirurgie könnte den Heildienern, ihre genügende Ausbildung vorausgesetzt, jedenfalls die „Anordnung eines Arztes“ erlassen werden. Das ist auch factisch stets so gewesen, und würde andernfalls weder eine Erleichterung für den Arzt noch für das zahlende Publikum sein.

Indessen wird die kleine Chirurgie — auf dem Lande wenigstens — einen so erbärmlichen Verdienst liefern, dass deshalb kaum ein Heildiener die Prüfung bestehen möchte.

Die Thätigkeit der geprüften Heildiener soll aber auch hauptsächlich anderswo concentrirt werden.

Die Krankenpfleger männlichen und weiblichen Geschlechts der grossen Städte giebt es auf dem Lande nicht: hier kann der Arzt, ebenso wie manchen chirurgischen Fall, so auch eine Reihe innerer Krankheiten rationell nur behandeln, wenn ihm ein gut geschulter Gehülfe zur Seite steht.

Wo z. B. bleibt jede Art der Wasserbehandlung auf dem Lande? wie steht es mit den bösartigsten Krankheiten dieser Jahre, besonders mit der Diphtherie? wie hohe Verdienste kann sich hier ein verständiger Heilgehülfe erwerben, wenn er nur die präcise Ausführung ärztlicher Verordnungen überwacht! Wer von uns auf dem Lande practicirt, weiss am besten, welche Rolle dort der Dorfbarbier spielt: er bildet gewissermaassen die erste Instanz in ärztlichen Fragen. Deshalb müssen wir ihn so bilden, dass er im Stande ist, die allernothwendigsten hygienischen Forderungen — reine Wohnungen, reine Luft, reines Wasser — dem gewöhnlichen Volke erträglich zu machen.

Und wenn wir weitergehen und die bei ansteckenden Krankheiten gebotenen Desinfectiosmaassregeln ins Auge fassen, so vermissen wir wieder Jemand, der die nöthige Uebung und Gewissenhaftigkeit besitzt.

Was hilft dem Kreisphysikus, wenn er ganz genau bei Ausbruch einer Epidemie die Desinficirung eines Hauses anordnet! er weiss ja selbst, dass die Ausführung stets eine so mangelhafte ist, dass sie ebenso gut ganz unterbleiben könnte.

Darum benutze man ausschliesslich die geprüften Heildiener als Desinfectoren!

Schon diese kurzen Andeutungen zeigen die Wichtigkeit des Heildienerstandes: dem armen Manne kann mancher ärztliche Besuch gespart werden; der Arzt kann eher operativ verfahren, kann manche innere Krankheit rationeller behandeln, sobald ein tüchtiger Heildiener ihm zur Seite steht.

Vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aber müssen wir den Hauptwerth der Heilgehilfen in ihrer Verwendung bei Bekämpfung und Behandlung der Infectionskrankheiten suchen.

Was hat nun zu geschehen, um das Institut wirklich nutzbar zu machen?

In dem vorzüglichen Lehrbuche von Wernich finden wir Alles, was der Heildiener wissen soll. Kann dieser aber aus dem Buche lernen, Kranke zu beobachten, bei Operationen zu assistiren? kann er den Werth der Antiseptik oder die Gewissenhaftigkeit beim Desinfectionsverfahren ohne practische Uebung erfassen?

Deshalb halte ich die Ausbildung in einem Krankenhause für die Forderung, ohne welche der Heildienerstand keinen Nutzen bringen kann, und ich fasse meine Ansichten kurz in folgende Sätze zusammen:

1. Jeder zu prüfende Heildiener muss einen Cursus von 4—6 Wochen in einem grossen Krankenhause absolvirt haben.
2. Als Lehrer fungiren am besten klinische Assistenten, von denen einer oder mehrere zugleich Examinatoren sind.
3. Zur Ausbildung eignen sich wohl nur klinische Institute wegen der Fälle und Vielseitigkeit des Materials.
4. Die Namen der bestandenen Heildiener müssen in den Regierungs-Amtsblättern veröffentlicht werden.
5. Die Taxe für Heildiener ist umzuarbeiten, resp. zu ergänzen.
6. Polizeilich angeordnete Desinfectionsmaassregeln dürfen ausschliesslich nur von den dazu bestellten Heildienern ausgeführt werden.
7. Soweit die Heildiener im sanitäts-polizeilichen Interesse thätig sind, unterstehen sie der Controle der Kreisphysiker.
8. Um das Wissen der Heildiener möglichst auf der Höhe zu halten, versammeln sie sich etwa alle 3 Jahre bei dem zuständigen Kreisphysikus zu einem Repetitorium.

Mehr könnte gesetzlich nicht geschehen. Sache der Aerzte ist es, im eigenen Interesse die Heildiener angemessen zu verwerthen. Die Furcht vor Medicinal-Pfuscherei seitens besser geschulter Gehülfen giebt uns kein Recht, diese als unentbehrlich zu bezeichnen. Je mehr wir für ihre gründliche Ausbildung sorgen, je mehr ihnen Gesetz und Aerzte ein genügendes Einkommen sichern, desto weniger werden sie pfuschen. Ich stimme dem Ausspruche Wernich's vollkommen bei, „dass der Heildiener um so weniger über die Grenzen seines Wissens hinausgreifen wird, je besser er geschult ist“.

Im sanitäts-polizeilichen Interesse liegt es ohne Zweifel, sobald als möglich Etwas für den Stand der Heildiener zu thun, insbesondere dafür zu sorgen, dass letztere auf dem Lande wieder zahlreicher und in besserer Qualität vertreten sind.

XIII. Vierzigste General-Versammlung der Aerzte des Regierungsbezirks Aachen am 2. October 1884.

I. Dr. Riedel hält einen anregenden Vortrag über die Resultate der Gelenkresectionen nach König's Methode. Die häufigste Ursache der Gelenkresectionen bilde neben Caries die Tuberculose der Gelenke. Sie gehe meist primär vom Knochen aus und befalle 1) den Knochen in ganzer Ausdehnung, so dass in den glücklicher Weise seltenen derartigen Fällen eine ganze Tibia vereitern könne, 2) erzeuge sie circumscripte Vereiterung des Knochens, die zu langsamer Sequesterbildung führt, oder bewirke 3) durch das Hineinwuchern von tuberculösen Granulationen Hohlräume in den kranken Knochen, die natürlich keine Sequester bergen. Die erste und dritte Form könne spontan verheilen, die zweite nur nach operativem Eingriff. Der Schwerpunkt der Frage aber „steckt in dem erkrankten Gelenk ein Sequester drin oder nicht?“ sei recht unsicher *zu lösen*. Es sei bekannt, dass Patienten mit tuberculösen Sequestern *im Knie*, in der Hüfte ebenso-gut, ebenso schlecht herumlaufen wie solche mit reiner Synovialtuberculose. Häufig seien also jahrelanges Abwarten, Ruhe, Gypsverbände bei den meist in jugendlichem Alter stehenden Patienten nöthig, weil eben keine Diagnose des Sequesters sich stellen lasse. Denn selbst dem unter antiseptischen Cautelen jetzt leichtgemachten Einschnitte in das verdächtige Gelenk sei der diagnostische Werth abzusprechen, weil trotz desselben die Schwierigkeiten der genauen Durchforschung der Gelenke, besonders Knie und Hüfte, nicht gehoben würden. Die bisherige Methode der Resection der erkrankten Gelenke aber lade den schweren Vorwurf auf sich, dass sie durch Wegnahme der Epiphysenlinien unbehebbare Störungen des Körperwachsthums im jugendlichen Alter einleite. Diesen grossen Uebelständen der bisherigen Behandlungsweisen begegne wenigstens für Ellbogen und Fussgelenk in befriedigendster Weise die Methode von König. Sie erlaubt genaueste Durchmusterung der erkrankten Gelenke, schont die Epiphysenlinie, behindert also nicht das Knochenwachsthum und giebt in Folge dessen durchaus schöne Resultate; allerdings nehme sie bedeutend mehr Zeit in Anspruch.

Redner demonstrirt an zahlreichen kleinen Patienten Methode und Resultate der König'schen Behandlung, die weniger Resection als Gelenkkapselexstirpation zu nennen sei.

II. Dr. Alexander „Ueber Tuberculose der Iris“. Vortragender bespricht einen der seltenen Fälle von localisirter Tuberculose der Iris, der ihm als einziger unter 55000 von ihm bisher behandelten Augenerkrankungen vorgekommen ist. Die Richtigkeit der Diagnose wurde durch das Mikroskop festgestellt und durch das Experiment erhärtet. Denn von einem in die vordere Augenkammer eines Kaninchens gebrachten Partikel des erkrankten Irisgewebes aus entwickelte sich Tuberculose der Iris und allgemeine Tuberculose, die z. B. in der Leber charakteristische Bacillen ergab. Alexander's Patient, dessen erkranktes Auge enucleirt wurde, ist bisher gesund geblieben.

In der Discussion über dieses Thema weist Dr. Riedel darauf hin, dass die Frage der localen Tuberculose zur Zeit in ein anderes Stadium getreten sei. So fand König in 16 Fällen von angeblich localer Tuberculose dennoch anderweitige primäre Herde, meist in den Bronchial- und Bauchdrüsen und auch in der Prostata. Hieraus ergebe sich die Wichtigkeit genauer Durchforschung bei etwaigen Sectionen.

III. Dr. Alexander. „Die Jequirity-Ophthalmie“.

Von Welker in Paris wurde zuerst zur Heilung des Pannus nach granulöser Augenentzündung die Jequirity-Behandlung mit grossem Enthusiasmus in die Praxis eingeführt. Bald mehrten sich die Mittheilungen — damit trat aber auch die kühlere Kritik in ihr Recht. Heute kann als feststehend angenommen werden, dass bei vorsichtiger Anwendung der Jequirity-Behandlung in der Hand eines tüchtigen Arztes nur selten gefahrdrohende Augenentzündung hervorgerufen wird, dass aber durch sie nur dürftige Besserung des Sehvermögens zu erzielen ist. Eigene Erfahrung lässt Vortragenden die prompteste Wirkung dem 3procent. Infus zu-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schreiben — stärkere Concentration nützt nichts. Die enthülsten Körner werden mit 500.0 kalten Wassers 24 Stunden macerirt, das Infus alsdann mit dem Haarpinsel 4—5mal (jedesmal in 5 Minuten 3—4mal) auf die umgestülpten Augenlider aufgetragen. Schon 3 Stunden nachher markirt sich das erste Zeichen der Ophthalmie; nach 16 Stunden hat dieselbe ihren Höhepunkt erreicht: die geschwellten Lider sind verklebt, die Tarsaltheile mit croupösen Membranen bedeckt, Conjunctiva bulbi geschwollen und von der Cornea etwas abgehoben. Dabei ist ziemlich heftiges Fieber vorhanden. Nach 24 Stunden tritt Abfall der Erscheinungen ein; es bilden sich keine weitern Membranen und die Ophthalmie tritt in das zweite Stadium der Blennorrhoe, das mit den bekannten Erscheinungen innerhalb 14 Tagen abläuft.

Während die eben geschilderten Vorgänge sich am besten entwickeln auf wenig narbenreichem Gebiete, bei stärkerer Degeneration der Bindehaut aber bedeutend schwächer auftreten, ist der Heilerfolg umgekehrt um so weniger sicher, je saftreicher die Granulationen, je saftreicher die Bindehaut vor der Jequirity-Behandlung erscheinen. Am glänzendsten zeigt sie sich dort, wo die Bindehaut ganz vernarbt ist und der consecutive Pannus sehr dick ist. Im günstigsten Falle aber verlaufen 2—3 Monate bis zur endgültigen Entfernung der Granulationen — ein Resultat, das auch mit den bisher üblichen Methoden ohne die nicht zu leugnenden Gefahren der Jequirity-Behandlung zu erreichen ist.

Schumacher II (Aachen).

XIV. Journal-Revue.

Innere Medicin.

6.

E. Leyden: Ueber die Sclerose der Coronararterien und die davon abhängigen Krankheitszustände. Zeitschr. f. klin. Medicin Bd. VI Hft. 5 u. 6.

In dieser, von 2 Tafeln begleiteten, zahlreiche casuistische Beiträge enthaltenden Arbeit, bietet L. eine fast monographische Darstellung alles dessen, was durch pathologisch-anatomische, experimentelle und klinische Forschungen in Betreff des interessanten und wichtigen Krankheitsprocesses der Coronararterienschliessung festgestellt ist. — Auf Grund einer eingehenden historischen Darstellung und eigener schon früher in diesen Blättern referirter Untersuchungen gelangt der Verf. dazu, 4 Formen der Erkrankung anzunehmen und zwar: 1) die Sclerose der Arterien ohne sonstige Veränderungen am Herzen, wo die Gefässe zwar erkrankt, aber nicht wesentlich verengt sind; 2) acute thrombotische Erweichung oder hämorrhagische Infarctbildung im Herzfleische (namentlich des linken Herzens, Myelomalacia cordis); 3) die chronische Form der Myocarditis (fibröse Degeneration des Herzfleisches); 4) eine combinirte oder Uebergangsform, welche vielleicht die häufigste ist und bei der sich reichliche fibröse Entartungen mit frischen acuten hämorrhagischen Erweichungen, die den Exitus herbeiführen, finden. Auf Grund der klinischen Analyse erscheint es zweckmässig, die acuten von den chronischen Fällen zu sondern und die 3. und 4. der oben erwähnten pathologischen Formen in eine besondere Categorie, die der subacuten Fälle, zu vereinigen. Demgemäss bespricht L. zuerst die Fälle mit acutem Verlauf, die plötzlichen Todesfälle, zweitens die Uebergangsformen (Fälle mit subacuter, eine Reihe von Wochen umfassender Krankheitsdauer) und drittens die chronischen Fälle, welche gewöhnlich als chronische Myocarditis, fibröse Myocarditis, Dilatation oder Aneurysma des Herzens figuriren[1]) und deren Abhängigkeit von einer Sclerose der Coronaria erst in jüngster Zeit anerkannt worden ist. Das Krankheitsbild der 2. Gruppe ist folgendes: bei Männern und Frauen, die Ende der 50er Jahre stehen, tritt nach mehr weniger häufigen Anfällen scheinbar neuralgischer Natur, deren wahres Wesen nur der geübte Arzt aus dem veränderten Aussehen des Kranken, den Pulsveränderungen, der Dyspnoe zu erkennen vermag, endlich die wahre unverkennbare, typische Angina pectoris auf. Die Anfälle steigern sich dann zu einer unerträglichen Höhe, verbinden sich mit den manifesten Zeichen der Herzschwäche und Lungenstauung und der Exitus tritt entweder direct im Anschlusse an diese qualvollen Anfälle oder nach Zuständen scheinbarer Besserung im Paroxysmus ein. Was die chronischen Fälle anbetrifft, so ist ihr Hauptcharacteristicum die langsame, aber unaufhaltsam vorschreitende Herzschwäche. Leyden unterscheidet hier 3 Stadien, deren erstes entweder eine allmähliche Entwicklung der Krankheit (mit Kurzathmigkeit, Hustenreiz, Herzklopfen) aufweist oder mit einem plötzlichen asthmatischen Anfalle einsetzt, während im zweiten bei erträglichem Zustande des Pat. in der Ruhe eine verminderte Leistungsfähigkeit bei Anstrengungen und Neigung zu Katarrhen besteht. Dieses Stadium der Compensation kann recht lange anhalten und es lässt sich annehmen, dass durch eine richtige und consequente ärztliche Behandlung sich wesentlich zu seiner Verlängerung beitragen lässt. Das dritte Stadium, das der gestörten Compensation, führt unter den Erscheinungen bedeutender Herzschwäche mehr oder minder schnell zum Tode. — In dem, mannichfaltige Züge darbietenden Krankheitsbilde der schweren, auf Sklerose der Kranzarterien beruhenden, Herzkrankheit stehen, wie Leyden mit Recht bemerkt, nicht die physikalischen Symptome, sondern die physiologischen (vitalen) Erscheinungen in vorderster Reihe und nur das Verständniss der functionellen Vorgänge am Herzmuskel ermöglicht schon in den früheren Stadien die Erkennung der Krankheit. — In der Analyse der einzelnen Symptome bespricht Leyden zuerst ausführlich die Angina pectoris, die er als den Ausdruck des „Herzschmerzes", also als rein nervösen Vorgang deutet und von den eigentlichen (Herz-) asthmatischen Anfällen, welche ebenfalls genau erörtert werden, trennt; dann werden die Herzschwäche, die Ohnmachten, das Verhalten des Pulses und die physikalischen Erscheinungen eingehend abgehandelt, Verlauf und Aetiologie der Krankheit discutirt. Unter den ätiologischen Momenten spielt die Lebensweise und namentlich die Erblichkeit, sowie Gemüthsbewegung eine wichtige Rolle. — Die Therapie umfasst die Behandlung des stenocardischen Anfalls und die eigentlichen auf Ausgleichung der Ernährungsstörung und Abhaltung aller Schädlichkeiten gerichteten Maassnahmen. Im Anfalle ist ausser der Darreichung von Analepticis, vor Allem die Anwendung der Narcotica (namentlich der Injectionen), die combinirte Anwendung von Morphium und Chloral, das Opium zu empfehlen; zweifelhaft ist die Wirkung von Chloroform- und Aetherinhalationen, bisweilen nützt die Inhalation von Amylnitrit, doch ist die Anwendung dieses Mittels nicht unbedenklich, ebenso die der andern Nitrate, des Nitroglycerin und des Natriumnitrit (von letzterem 0,3—0,6—1,2:150,0, 3mal täglich ein Esslöffel). — Die Digitalis (und ähnliche wirkende Präparate) ist zwar indicirt bei Herzschwäche, bei geringem Druck im Aortensystem, bei sehr hoher Pulsfrequenz und stockender Diurese, aber es liegt bei ihrer Anwendung die Gefahr der Herzlähmung nahe und es muss deshalb die Verwerthung dieser Medicamente mit grosser Vorsicht geschehen. — Coffein citr. (0,1—0,5 mehrmals täglich) ist als Analepticum von Vortheil. — Von den Nervinis sieht man nur Erfolg, soweit sie Analeptica sind; Jodkali und Arsenik, sowie die Elektricität bieten keine eclatanten Vortheile bei der Behandlung. Dagegen sind warme Bäder (Hand- und Fussbäder) in den schweren Anfällen der Angina pectoris indicirt und fast unentbehrlich; warme kohlensäurehaltige Vollbäder dürfen bei der Sclerose der Kranzarterien nur mit Vorsicht zur Anwendung kommen. — Von ableitenden Mitteln hält Leyden die Kälte (Herzflasche) bei dem erwähnten Leiden nicht für indicirt und ebensowenig Ableitungen von längerer Dauer (Pockensalbe, Jodtinctur, continuirliche Vesicatore); dagegen empfiehlt er vorübergehende Hautreize. Rosenbach-Breslau.

[1]) Angina pectoris, weakened heart, Fettherz.

Arzneimittellehre.

11.

G. Leubuscher, Physiologische und therapeutische Wirkungen des Convallamarin (Zeitschr. für klin. Med. Bd. 7 Hft. 6) kommt zu folgenden Sätzen bezüglich der physiologischen Ergebnisse seiner Versuche:

Convallamarin ist ein sehr energisch wirkendes Herzgift, das subcutan applicirt oder direct in den Blutkreislauf gebracht, Kalt- und Warmblüter schon in sehr kleinen Gaben tödtet und zwar durch Herzstillstand. Nach grösseren Gaben ist bei Warm- und Kaltblütern eine Verlangsamung der Herzthätigkeit zu beobachten, die aber bei letzteren weniger ausgesprochen ist. Nach letalen Dosen geht dieses Stadium der Verlangsamung meist direct in den Herzstillstand über. Bei Kaltblütern resp. Fröschen bleibt das Herz in Systole stehen, bei Warmblütern in einem mittleren Contractionszustande. Der Blutdruck bei Warmblütern sinkt nach mittleren und letalen Gaben fortschreitend — ohne nochmaliges Ansteigen vor dem Tode. Auf die Athmung hat Convallamarin keinen bestimmten Einfluss. Die Erregbarkeit der Nn. vagi wird zuerst etwas gesteigert, dann aufgehoben. Die therapeutischen Erfahrungen, die Verf. mit dem C. bei Herzkranken gemacht hat, sind keine günstigen gewesen; er hält das Mittel für vollkommen unwirksam und hat mit Digitalis nach dem Aussetzen des C. stets die beabsichtigte Wirkung auf das Herz erzielt.

Rosenbach-Breslau.

XV. Oeffentliches Sanitätswesen.

1. Wiens Gesundheitsverhältnisse 1883.

Zur Beurtheilung der sanitären Zustände der österreichischen Haupt- und Residenzstadt lieferte, wie hier schon früher hervorgehoben, der Jahresbericht, welchen der Stadtphysikus Dr. E. Kammerer alljährlich erstattet, eine Fülle textlichen und tabellarischen Stoffes, aus dem wir bereits die hauptsächlichsten Data in Betreff des Auftretens der Infectionskrankheiten einerseits und der allgemeinen Mortalität andererseits erwähnt haben. Für das abgelaufene Jahr liegt nunmehr gleichfalls ein Bericht vor, dem wir die nachfolgenden Angaben entnehmen. An Blattern starben im Jahre 1883: 73 oder 0,34 Proc., gegen 1882 (808) eine erhebliche Abnahme; es erkrankten von 10000 Lebenden 1882: 40,32, 1881: 46,64 und 1880:

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

31,9, wobei das Minimum auf die Monate September, October fällt, hinsichtlich des Maximums schwankt dasselbe zwischen December und Mai. Der Unterleibstyphus zeigte in den beiden letzten Jahren günstige Verhältnisse, es starben 1883: 144 oder 0,68 Proc., gegen 154 oder 0,71 Proc. im Vorjahr; insbesondere ist seit 1875 ein erheblicher Rückgang wahrzunehmen, was auf die Einführung der Hochquellenwasserleitung zurückzuführen ist; die Erkrankungen haben sich bis auf 340 vermindert; es starben von je 10000 Lebenden in den letzten Jahren 1,55. Flecktyphus tritt nur vereinzelt auf, im Jahre 1883 starben 13 Personen, gegen 33 im Vorjahr; der Bericht hebt mit Recht hervor, dass der Kampf zur Unterdrückung der Vagabondage zu den wichtigsten sanitätspolizeilichen Maassregeln gehört, welche gegen den Flecktyphus zu ergreifen sind. Scharlach zeigte im Jahre 1883 eine sehr niedrige Mortalität, 150 oder 0,71 Proc., gegen 410 oder 1,90 Proc. im Jahre 1882, auch die Erkrankungsziffer weist einen erheblichen Rückgang auf. Diphtheritis forderte 1883: 360 Personen oder 1,53 Proc., von je 10000 Einwohnern starben 1883: 3,65, 1882: 5,29; gegenüber den Erkrankungen (1874) betrug die Sterblichkeit 12,97, bzw. 17,6 Proc. Masern verursachten 1883: 246 Todesfälle oder 1,16 Proc. gegen 203 oder 0.94 im Vorjahre. Erheblich war die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht, 5451 oder 25,72 Proc., gegen 5094 oder 23,59 Proc. im Vorjahr; angesichts dieser riesigen Ziffer legt der Bericht dar, dass die übertriebene Furcht vor der Cholera nicht am Platze sei; gegen diese Seuche würden allerwärts die umfassendsten sanitären Maassregeln getroffen, während die Tuberculose, die kaum in einer andern Stadt sowie in Wien (im Durchschnitt alljährlich 5000 Personen) grassirt, trotzdem sie ebenfalls eine Infectionskrankheit, gleichgültig und förmlich als ein nothwendiges Uebel hingenommen werde.

Die Gesammtsterblichkeit des Jahres 1883: 21194 erweist sich gegenüber den Vorjahren als eine günstige (1882: 21595, 1881: 21549, 1880: 20453), von 1000 Lebenden starben 1883: 28,27, gegen 29,2 bzw. 24,4 in den Vorjahren; nach der Jahreszeit treffen das Minimum auf September und October, das Maximum auf März bis Juli; nach dem Alter unterschieden schwankt der Antheil des Säuglingsalters zwischen 5620 und 5355 in den letzten Jahren, 25,14, bzw. 26,02 Proc. der Gestorbenen; das erste Jahrfünft ist mit 2601 Todesfällen im Jahre 1883 betheiligt gewesen (12,27 Proc.) gegen 3883 oder 15,20 Proc. im Vorjahre; auf das Greisenalter (über 60 Jahre) entfielen 3689 Todesfälle (17,41 Proc.). Demnach giebt der gegenwärtige Gesundheitszustand Wiens zu keiner Besorgniss Anlass, vielmehr muss derselbe als ein günstiger angesehen werden.

P.

2. **Summarische Uebersicht der im Prüfungsjahre 1883/84 bei den Königlich Preussischen medicinischen und pharmaceutischen Prüfungscommissionen geprüften Doctoren und Candidaten der Medicin und Candidaten der Pharmacie.**

	Bei den Prüfungscommissionen zu: Berlin.	Bonn.	Breslau.	Göttingen.	Greifswald.	Halle.	Kiel.	Königsberg	Marburg.	
I. Doctoren und Candidaten der Medicin										
sind aus dem vorigen Jahre wieder in die Prüfung getreten	28	4	7	2	8	3	3	10	2	67
neu eingetreten	146	29	39	31	39	39	19	26	25	393
zusammen	174	33	46	33	47	42	22	36	27	460
Davon haben die Prüfung als Arzt bestanden mit der Censur genügend	40	8	9	—	15	23	4	6	14	119
„ „ „ gut	70	23	18	14	20	15	13	12	9	194
„ „ „ sehr gut	2	2	4	9	—	1	1	3	—	22
zusammen	112	33	31	23	35	39	18	21	23	335
nicht bestanden resp. zurückgetreten . . .	62	—	15	10	12	3	4	15	4	125
II. Candidaten der Pharmacie										
sind aus dem vorigen Jahr wieder in die Prüfung getreten	5	—	1	—	—	—	—	3	—	9
neu eingetreten	64	17	39	10	14	12	3	9	25	193
zusammen	69	17	40	10	14	12	3	12	25	202
Davon haben die Prüfung als Apotheker bestanden mit der Censur genügend	15	6	4	—	4	3	1	6	6	45
„ „ „ gut	34	7	24	5	9	7	2	3	11	102
„ „ „ sehr gut	10	4	10	4	1	1	—	1	6	37
zusammen	59	17	38	9	14	11	3	10	23	184
nicht bestanden resp. zurückgetreten . . .	10	—	2	1	—	1	—	2	2	18

3. Die Deutsche Med. Wochenschrift brachte in No. 41 unter der Rubrik XVI. Oeffentliches Sanitätswesen „eine Entscheidung des Reichsgerichts" zur Kenntniss der Leser; leider ist der Sachverhalt nicht näher erkennbar, insbesondere auch nicht mitgetheilt, was der pract. Arzt Dr. N. ausser Nichtbeachtung des antiseptischen Verfahrens noch sonst unterlassen oder begangen hat. Die Redaction würde viele Collegen zu Dank verpflichten, wenn sie den Fall einer näheren Besprechung würdigte. Denn wenn ein Arzt der fahrlässigen Tödtung schuldig befunden wird, weil er „eine von der modernen medicinischen Wissenschaft anerkannte Regel der Heilkunde" nicht beachtet, somit nur ein zur Zeit übliches — denn das ist ein modernes — Verfahren unterlassen hat, in Anwendung zu bringen, während privilegirte und nicht privilegirte Kurpfuscher vom Homoeopathen bis zum Naturheilkünstler mit Einschluss des Fräulein Doctor unbestraft und unbeanstandet eigentlich Alles thun können, so lange sie nichts begehen, was direct nachweislich Leben oder Gesundheit schädigt, — so hört nicht allein das Gefühl und das Bewusstsein des Arztes auf, dass e[r] unter Grundlegung der von ihm erworbenen und Seitens des Staats fü[r] genügend befundenen Kenntnisse nach bestem Wissen und Gewissen ein[e] freie Kunst ausübt, sondern es wird in ihm auch der nach dem Gewerbegesetz formell zulässige Weg zur vollen legalen Richtschnur werden, di[e] Behandlung der bei Raufereien und dergl. mehr Verletzten einfach abzulehnen. Seide ist, wie jedem Practiker bekannt, ohnehin dabei nicht zu spinnen. Wenn ferner die indirecte Supposition, dass bei anderem als dem vom Arzte geübten Verfahren das Leben eines Verletzten hätte erhalten werden können, den Grundgedanken eines den Arzt verurtheilenden Er[]kenntnisses bilden darf, dann ist künftig der Vertheidiger eines Raufboldes zu bedauern, wofern er nicht diese Supposition noch mehr zu fructificiren weiss. Die weiteren Consequenzen aus dem Falle zu ziehen wäre voreilig. Immerhin ist die an die Redaction gerichtete Bitte um nähere Mittheilung des Sachverhalts nicht unbegründet, da auch das Reichsgericht, welches auf die Frage der Antiseptik einzugehen nicht für nothwendig erachtete, schliesslich aus der Entscheidung des Landgerichts hervorgehoben hat, „dass der Angeklagte als Arzt bei gewöhnlicher Aufmerksamkeit habe erkennen müssen, dass das von ihm beobachtete Verfahren den Tod des H. zur Folge haben könne". Aus dieser Entscheidung aber resultirt, dass nicht der Raufbold und der die Lunge verletzende Messerstich, sondern der Dr. N. und dessen Behandlung den Tod des H. verschuldet hat, sowie ferner, dass eine Stichwunde der Lunge an sich für gewöhnlich als eine nicht das Leben bedrohende Verletzung gilt. Welchen Kunstfehler hat al[so] Dr. N. begangen?

Dr. R.

XVI. Literatur.

— Dr. Esmarch, Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Kiel. II. Neuber, Vorschläge zur Beseitigung der Drainage für alle frischen Wunden. Kiel 1884. Lipsius und Tischer. III. Esmarch, Methode des Unterrichts an der chirurg. Klinik der Univ. Kiel). Kiel 1884. — Bericht des Medicinal-Inspectorats über die medicinische Statistik des Hamburgischen Staates für das Jahr 1883.

XVII. Kleinere Mittheilungen.

— Das medicinische Vereinsleben hat nach längerer Pause von neuem begonnen. An anderer Stelle bringen wir den Bericht über die erste Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft. Auch der Verein für innere Medicin eröffnete am Montag, den 20. d. M., den Reigen seiner Sitzungen. Der Vorsitzende Herr Geh. Rath Leyden begrüsste die Mitglieder mit einer Anrede, in welcher er der wichtigen Ereignisse gedachte, welche in den Sommermonaten die medicinische Welt in Aufregung versetzten, namentlich der Cholera-Conferenz im Kaiserlichen Gesundheitsamt und der sich daran schliessenden Discussionen, *die noch des* Abschlusses harren. Auch der während der Ferien geförderten Arbeiten der beiden vom Verein niedergesetzten Commissionen für Sammelforschung und zur Berathung der Cholerafrage gedachte Herr Leyden, die beide in nächster Zeit über die Resultate ihrer Arbeiten berichten werden. Sodann wurde Herr H. Kronecker, der in Folge seiner Uebersiedelung nach Bern seinen Austritt aus dem Verein angezeigt hatte, durch einstimmigen Beschluss zum correspondirenden Mitgliede ernannt. Nach einer Krankendemonstration Seitens des Herrn Lassar hielt Herr Zuntz einen Vortrag über Meteorismus, an den sich eine lebhafte Discussion anschloss.

— Universitäten. In Breslau starb am 10. d. M. der Director d[er] psychiatrischen Klinik, Prof. Dr. Heinrich Neumann, an Diabetes.

— Am Dienstag, den 21. October, fand im Englischen Hause e[in] Abschiedsmahl für Professor H. Kronecker statt, der, wie bereits be[]richtet wurde, in nächster Zeit nach Bern übersiedelt.

XVIII. Personalien.

Preussen.

(Amtlich.)

Ernennungen: Der ausserordentliche Professor Dr. Busch, [] practische Arzt und Zahnarzt Dr. Paetsch, Dr. Miller und Zahn[arzt] Sauer sind, und zwar die drei letzteren unter Verleihung des Prädi[cats] „Professor" zu Lehrern der Zahnheilkunde an dem neuen zahnärztli[chen] Institut der Universität Berlin ernannt und dem ersteren ist zugleich [die] Direction des Instituts provisorisch übertragen worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Friedemann in Köpen[ick], Breyer in Breslau, Dr. Lichtenstein in Liegnitz, Dr. Fischer in K[]lath, Bauer in Wächtersbach und Dr. Kranold in Hannover.

Verzogen: Die Aerzte Dr. Bokelmann von Breslau nach Be[], Dr. Pohl von Auras nach Langenbielau, Moschner von Langenb[ielau] nach Reichenbach, Dr. Steiner von Löwenberg nach Rosenberg O. S., Dr. Gerken von Priebus nach Görlitz, Dr. Haas von Salzschlirf, Huepeden von Barsinghausen nach Hannover, Grumme von Wenni[gsen] nach Barsinghausen, Weiss von Osterwald nach Meinersen und Dr. Kr[]witz von Hitzacker nach Hamburg.

Verstorbene: Stabsarzt a. D. Dr. Noethe in Görlitz und Zahn[arzt] Lüdecke in Berlin.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Hertel in Sch[]nitz hat seine Apotheke an den Apotheker Woita und der Apo[theker] Reche in Glatz die seinige an den Apotheker Fleischer verkauft. [] Apotheker Fischer ist die Verwaltung der Filial-Apotheke in Rothw[]übertragen worden.

Vacant: Kreiswundarztstellen der Kreise Templin, Zauch-Belzig, [Ost]havelland, Westpriegnitz und Malmedy.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besondere Beilage

zu

No. 43 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Die in der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin gehaltenen Vorträge über Fragen der medicinischen Wissenschaft und Praxis.

Ueber adenoide Vegetationen

von

B. Fränkel.

(Sitzung der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin am 25. Februar 1884.)

(Schluss aus No. 42.)

Gefahren kommen bei der Operation nicht vor. Bei Einführung von Instrumenten durch die Nase ereignen sich leicht Ohnmachten, es werden solche also auch dann vorkommen, wenn man adenoide Vegetationen durch die Nase hindurch operirt. Bei Operationen vom Munde aus habe ich Ohmachten bisher nicht gesehen.

Die Operation ist ein unangenehmes Gefühl, während über wirkliche intensive Schmerzen nur selten geklagt wird.

Was die Blutung anlangt, so ist sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur unbedeutend. Das Blut fliesst zur Nase heraus und gleichzeitig in den Rachen. Einige Spritzen kalten Wassers, die durch die Nase eingespritzt werden, bringen die Blutung noch rascher zum Stehen, als dies gewöhnlich spontan der Fall ist. Auch lindern dieselben den Wundschmerz. Es ist also zweckmässig, solche Einspritzungen zu machen. Sollte einmal eine Blutung vorkommen, die durch ihre Heftigkeit oder ihre Dauer gefährlich zu werden droht, wie dies bei Hämophilen beobachtet ist, und bei cavernösen Geschwülsten vorkommt, so ist die Tamponade ein souveränes Mittel, um sie zu stillen.

Gelingt es die Stenose des Nasenrachenraumes zu beseitigen, so bestätigt die plötzlich klangvoll werdende Stimme des Patienten den Erfolg der Operation. In vielen Fällen geht dieser Erfolg am zweiten Tage nach der Operation der eintretenden entzündlichen Schwellung wegen wieder verloren. Es tritt nämlich eine solche leicht in Folge der Verwundung ein, ein Umstand der für unser Verhalten nach der Operation ins Gewicht fällt. Denn diese Entzündung verbreitet sich in einem zum Glück kleinen Procentsatz der Fälle auf das Mittelohr und kann also ernstere Gefahren nach sich ziehen! Es ist deshalb nöthig, den Patienten während der nächsten Tage nach der Operation die nöthige Schonung in ihrem Verhalten und ihrer Diät anzuempfehlen. Ob Einspritzungen, die von manchen Autoren als Nachbehandlung empfohlen werden, zweckmässig sind, ist mir zweifelhaft. Ich glaube dies eher verneinen, als bejahen zu müssen.

Bevor die entzündliche Schwellung abgelaufen, darf kein neuer Eingriff gemacht werden! Der einzige Fall von Otitis media, den ich nach Entfernung von Vegetationen bisher erlebt habe, ereignete sich bei einem Kinde, bei dem ich wenige Tage nach der ersten Sitzung eine zweite folgen liess. Es ist dies keine alleinstehende Beobachtung. Vielmehr geben mehrere Autoren an, dass die Gefahr einer Fortleitung der entzündlichen Reaction auf das Mittelohr durch vorzeitige Wiederholung der Operation eine sehr gesteigerte sei.

Eine schwierige Frage ist die Grenze, bis zu welcher die Vegetationen entfernt werden sollen? Es ist selbstverständlich, dass man nicht ruhen darf, bevor die Nase als Luftweg wieder vollkommen practicabel geworden ist. Wenn aber die Stenose beseitigt ist, sollen dann die restirenden Vegetationen entfernt werden? Es ist diese Frage identisch mit derjenigen, wie nicht stenosirende Vegetationen behandelt werden sollen. Bei fehlender Stenose ist keine dringende und zwingende Indication für die Operation vorhanden. Es liegt deshalb namentlich bei Widerstand auf Seite der Patienten nahe, unter Anwendung von Syrup. Ferri jodati und ähnlichen inneren Mitteln, unter Verordnung von Soolbädern oder klimatischen Curen, kurz unter einer entsprechenden Allgemein-Behandlung abzuwarten, ob nicht die Vegetationen der Rückbildung verfallen, die, wie wir gesehen haben, in den Jahren der Pubertät ihr gewöhnliches Geschick ist. Ich glaube jedoch, dass in allen Fällen, wo deutliche Zeichen des complicirenden Katarrhs sich bemerklich machen, wo Blutungen eintreten, oder wo nervöse Erscheinungen oder gar Reflexneurosen vorhanden sind, kurz, wo Complicationen die an und für sich unschuldigen Vegetationen zu einer wirklichen Krankheit machen, deren Entfernung oder Rückbildung durch örtliche Behandlung erstrebt werden muss. Es ist jedoch in solchen Fällen nicht sofort nöthig, dies auf operativem Wege erreichen zu wollen. Hier kann man versuchen, mit dem Pinsel Jodpräparate aufzutragen, oder durch an einen Draht angeschmolzenes Argentum nitricum oder Acidum chromicum einzuwirken. Freilich wird man sich dabei überzeugen, dass man in vielen Fällen mit diesen Mitteln, selbst mit der so wirksamen Chromsäure, nicht reüssirt und schliesslich doch zur Galvanokaustik oder den schneidenden Instrumenten greifen muss. Doch bleiben Fälle übrig, in denen man auf diesem Wege zum Ziele kommt.

Recidive von Vegetationen, die bis zum normalen Niveau der Schleimhaut, also nicht einmal radical, entfernt sind, gehören zu den grössten Seltenheiten. Man kann dies durch die Rhinoskopie controliren. Dagegen kommen scheinbare Recidive häufig vor. Unter solchen Pseudorecidiven verstehe ich das schnelle Anwachsen von Vegetationen nach der Entfernung anderer. Ebenso wie dies bei Nasenpolypen der Fall ist, sind einzelne Geschwülste durch die überwuchernden grösseren comprimirt und im Wachsthum gehemmt. Entfernt man nun einige grössere, so machen die kleineren, wie so häufig in der Welt, von dem ihnen nunmehr gegönnten Raume Gebrauch und beantworten durch schnelles Wachsthum den von ihnen genommenen Druck. Sind aber in der That wirkliche Recidive nur selten, so liegt kein Grund vor, nach vollbrachter Operation den Boden der Vegetationen durch Aetzung mit Argentum nitricum noch mehr zu sterilisiren, wie dies manche Aerzte nach dem Vorgange von W. Meyer ausführen. In Fällen, wo man derartige Aetzungen ausführen will, würde ich übrigens der intensiveren Wirkung wegen bei gleichem Schmerz die Galvanokaustik oder die Chromsäure dem Höllenstein vorziehen.

Nach der Ausrottung stenosirender Vegetationen ist meist eine Nachbehandlung nöthig. Die Patienten müssen es erst wieder oder überhaupt es erst lernen, durch die Nase zu athmen. Zu diesem Zweck ist es zuweilen zweckmässig, nach wiederhergestelltem, hin-

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

länglich grossem Wege im Nasenrachenraum, ihnen durch eine Binde, zunächst im Wachen, den Unterkiefer gegen den Oberkiefer zu befestigen. Um die Athmung durch den Mund zu verhindern, ist ein besonderes Instrument angegeben worden. Dasselbe ist ein solider Körper in Gestalt eines Respirators und wird Contrarespirator genannt. Auch bedürfen die Patienten häufig einer orthopädischen Ausbildung im Sprechen.

Wer die Kinder vor der Operation sieht, wird ohne Erfahrung es meist für unmöglich halten, dass die blosse Entfernung der Vegetationen ausreichen würde, um die anscheinend schwere constitutionelle Erkrankung zu heben. Und doch ist das in der Mehrzahl der Fälle so. Mit den Vegetationen schwinden die Erscheinungen, die noch jetzt vielfach für Scrofulose oder lymphatische Diathese gehalten werden, ebenso wie die Müdigkeit und Schlaffheit wie mit einem Schlage entweichen. Die Vegetationen sind die vermeintliche Scrofulose; wer sie entfernt und demonstrirt, hält das constitutionelle Leiden sichtbar in seiner Hand. Allerdings ist das nicht immer der Fall. Manche Kinder leiden nicht nur an adenoiden Vegetationen, sondern, wie schon erwähnt, nebenbei an Scrofulose, geschwollenen Gaumentonsillen, Nasenkatarrhen etc. In diesen Fällen bedürfen selbstverständlich die anderweitigen Leiden einer entsprechenden und deshalb manchmal einer constitutionellen Behandlung. Die adenoiden Vegetationen aber an und für sich bedürfen einer solchen nicht. Ihre Entfernung genügt, um die von ihnen ausgelösten Erscheinungen schwinden und häufig den betroffenen Patienten, wie ich dieses schon sagte, zu einem anderen Menschen zu machen.

Lassen wir das, was ich mir auszuführen erlaubt habe, nochmals an unserem geistigen Auge vorüber ziehen, so erkennen wir unter der Bezeichnung der adenoiden Vegetationen ein in seiner Besonderheit wohl ausgeprägtes, wichtiges Krankheitsbild. Auf dem hierzu besonders geeigneten Boden des oberen Theiles des pharyngealen Lymphrings bilden sich mit ihrem Muttergewebe isoplastische Geschwülste. Dieselben rufen erhebliche pathologische Erscheinungen hervor, bringen in höheren Graden ihrer Entwicklung eine Stenose des Nasenrachenraums mit ihren Folgen zu Wege und können das Bild einer tiefen Allgemeinkrankheit veranlassen. Ihre Entfernung ist eine Aufgabe, die in Bezug auf den Erfolg zu den dankbarsten gehört, die dem Arzte überhaupt gestellt werden. Ich würde mich deshalb freuen, wenn mein heutiger Vortrag dazu beitragen möchte, die Kenntniss der Affection, wenn auch nur in geringem Maasse zu fördern.

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag — № 44. — 30. October 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. — Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Ueber Verbreitung des Typhus durch Milch.

Vortrag gehalten im allgemeinen ärztlichen Verein zu Köln am 14. Januar 1884.

Von

Dr. B. Auerbach.

Während in der englischen Literatur seit 1870 vielfache Mittheilungen über Epidemien von Typhus, Scharlach und Diphtherie in Folge Genusses inficirter Milch niedergelegt sind, (auf dem Internationalen medicinischen Congress in London 1881 berichtete Hart bereits über 50 solcher Epidemien von Typhus mit rund 3500 Erkrankungen, 15 Epidemien von Scharlach mit 800 und 7 von Diphtherie mit 500 Erkrankungen) ist in Deutschland ein derartiges Vorkommniss meines Wissens bisher nicht beobachtet worden. Es dürfte daher von Interesse sein, über eine Reihe von Typhuserkrankungen im letzten Jahre in hiesiger Stadt zu berichten, die den Verdacht, dass sie durch den Genuss inficirter Milch hervorgerufen sind, in hohem Grade erregen. Die nachfolgenden Zahlen stützen sich auf die ärztlichen Meldungen über Typhus-Erkrankungen, zu deren Anzeige die Aerzte vom Herrn Polizeipräsident durch ein besonderes Circular zweimal aufgefordert wurden, auf die Meldungen der Spitäler, des Garnison-Lazareths und auf vielfache amtliche und persönliche Nachforschungen, so dass meine Zahlen, wenn auch natürlich nicht absolut vollständig, doch immerhin gut verwerthbar erscheinen.

Geweckt wurde der Verdacht auf Typhus-Infection durch Milch zuerst, als im Sommer vorigen Jahres in mehreren vornehmen Häusern, die ihre Milch von einem vor der Stadt gelegenen Hofe beziehen, Typhus-Erkrankungen in rascher Folge auftraten und zugleich in Erfahrung gebracht wurde, dass auf dem betreffenden Gute selbst mehrere gleichartige Krankheitsfälle sich ereignet hatten. Ueber letztere sagt ein amtlicher Bericht Folgendes: „Der Knecht Mathias B., welcher auf dem Hofe wohnte, erkrankte am 19. Januar, verliess den Dienst und wurde in seiner elterlichen Wohnung verpflegt. Die Krankheit, welche von dem Arzte als gastrisches Fieber bezeichnet wurde, dauerte bis Ende März, und soll nach dem Ausspruch des Herrn Prof. Leichtenstern ein Typhusfall gewesen sein. Das gleichzeitige Erkranken fast sämmtlicher um Lichtmess (2. Februar) neu eingetretener Dienstboten lässt auf sanitäre Schädlichkeiten schliessen und hat sich durch nachträgliche Recherchen erwiesen, dass eine der Mägde am 18. April nach ihrer Heimath geschafft wurde, wo sie bis Mitte Juni an Abdominal-Typhus behandelt wurde. Hieran reihen sich die Erkrankungen des Arbeiters Schenk (23. Mai), des Schweizers Hörhagen (29. Mai) und des Schweizers Aigner (2. Juli), welche sämmtlich in's Bürgerhospital nach Köln geschafft wurden und an Typhus litten. Hiermit ist die Zahl der Erkrankungen auf dem betreffenden Gute abgeschlossen, und sind, nachdem die vorschriftsmässige Desinfection der Schlafräume und Effecten sofort vorgenommen wurde, als die Polizeibehörde von den Typhusfällen Kenntniss erhielt, keine weiteren Krankheitsfälle daselbst vorgekommen.“ Hierzu ist nachzutragen, dass nach meinen Erkundigungen an zuständiger Stelle am 5. April die Dienstmagd Gertrud Kurscheidt von dem betr. Gute schwerkrank nach Brücken transportirt wurde und hier bereits am 2. April starb. Eine Diagnose ist von dem dortigen Arzte, der die Kranke nur einmal bewusstlos sah, nicht gestellt worden.

Dass auf dem Gute vom April bis Ende Juni wenigstens 4 Typhusfälle vorkamen, ist somit sicher constatirt. Nach folgender Tabelle I sind nun von 284 vom 1. Januar bis 1. October vorigen Jahres in hiesiger Stadt behandelten Typhuskranken 59, deren Familien direct oder indirect Milch von dem betr. Gute bezogen haben = 20.77%, oder besser: Nach Abzug der 11 Personen, die nachweislich krank nach Köln kamen, und der 3 Knechte, die typhuskrank in's hiesige Bürgerhospital gebracht wurden, sind unter 270 Typhuskranken 56, die Milch von dem Gute genossen haben = 20,74%. Wie diese sich auf die einzelnen Monate vertheilen, zeigt Tabelle II.

Tabelle I.

Es erkrankten in Köln am Typhus vom 1. Jan. — 1. October 1883.

Monat.	Anzahl.	m.	w.	unter 10 Jahren.	Es hatten Milch getrunken vom betr. Hofe.	Bemerkungen.
Januar	17	8	9	6	1	1 zugereist.
Februar	9	6	3	3	—	—
März	18	8	10	2	—	1 zugereist.
April	25	14	11	9	7	1 zugereist.
Mai	19	6	13	6	7	dar. 2 Knechte v. Hofe.
Juni	31	13	16	10	3	2 zugereist.
		bei 2 Geschlecht nicht angegeben.				
Juli	47	27	19	10	18	1 Knecht vom Hofe.
		bei 1 Geschlecht nicht angegeben.				
August	59	25	34	19	18	3 zugereist.
September	59	35	24	14	5	3 zugereist.
Summe	284	142	139	79	59	11 zugereist. 3 Knechte vom Hofe.
		bei 3 Geschlecht nicht angegeben.				
Abzüglich der 14 auswärts Erkrankten	270	128	139	79	56	

Tabelle II.

Von den Typhuskranken hatten Milch vom betr. Gute genossen:

Monat	Anzahl.	m.	w.	Kinder unter 10 Jahren.
Januar	1	—	1	1
Februar	—	—	—	—
März	—	—	—	—
April	7	3	4	1
Mai	7 dar. 2 Knechte vom Hofe.	2	5	—
Juni	3	—	3	1
Juli	18 dar. 1 Knecht vom Hofe.	12	6	2
August	18	5	13	5
September	5	3	2	2
Summe	59	25	34	12
Abzüglich der 3 auswärts erkrankten Knechte	56	22	34	12

Nach Tabelle I ist unter den Erkrankten das männliche und weibliche Geschlecht ziemlich gleichmässig vertreten mit einem geringen Ueberschuss zu Gunsten des männlichen, wie dies nach den Todesfällen durch Typhus zu schliessen, auch hier sonst der Fall ist. Es starben nämlich an Typhus:

1877		1878		1879		1880		1881		1882	
m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
17	27	16	17	19	17	27	23	26	20	20	18.

Digitized by Google — Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Also im Ganzen von 1877—82 125 Männer und 122 Weiber, mithin fast die gleiche Anzahl bei beiden Geschlechtern.

Unter den 56 Fällen der Tabelle II dagegen, die in hiesiger Stadt erkrankten und Milch vom betr. Gute genossen hatten, ist das männliche Geschlecht mit 39,29%, das weibliche mit 60,71% vertreten. Demgegenüber betragen die Erkrankungen von Kindern unter 10 Jahren in Tabelle I 29,26% der Gesammtzahl, in Tabelle II nur 21,43%. Da im Allgemeinen Weiber und Kinder mehr Milch zu verzehren pflegen, als Männer und Erwachsene, so würde ein besonders grosser Procentsatz von Erkrankungen bei ersteren zu Gunsten der Annahme einer Infection durch Milch sprechen. Der Procentsatz der Kinder unter 10 Jahren in Tabelle II ist aber noch geringer als der in Tabelle I, und die grössere Zahl der Erkrankungen beim weiblichen Geschlecht in Tabelle II könnte auf eine durch locale Schädlichkeiten bedingte Hausepidemie im Centralbahnhof, wo die 8 Fälle sämmtlich Dienstmädchen betrafen, bezogen werden, so dass auch aus diesem grösseren Procentsatz weiblicher Kranken in Tabelle II ein weiterer Schluss nicht zu ziehen wäre. Allein einmal hat die amtliche Untersuchung der Verhältnisse im Centralbahnhof keinen Anhaltspunkt für eine locale Ursache gegeben, und dann berechnet sich die Zahl der Dienstboten, Gesellen und Kinder bis 15 Jahren unter den 56 Erkrankungen der Tabelle II auf 33 = 58,93% (16 Kinder bis 15 Jahre, 14 Dienstmädchen, 3 Bäckergesellen), was bei der Thatsache, dass vorzugsweise Dienstboten und ältere Kinder ungekochte Milch zu geniessen pflegen, doch nicht ganz ohne Bedeutung mit Rücksicht auf Infection durch Milch sein dürfte. —

Die 56 Typhuskranken, bei denen der Genuss der verdächtigen Milch nachgewiesen ist, stammen aus 21 Häusern und zwar kam vor:

je	1 Fall	in	7 Häusern	
„	2 Fälle	„	5 „	
„	3 „	„	3 „	
„	4 „	„	3 „	
„	5 „	„	2 „	(eine Caserne und ein Privathaus)
„	8 „	„	1 Haus	(sämmtlich Dienstmägde im Centralbahnhof)
Summa	56 Fälle	in	21 Häusern.	

In 14 = 66,7% dieser 21 Häuser kam also mehr als eine Erkrankung an Typhus vor, oder auf diese 14 Häuser fallen 49 = 87,5% der 56 Erkrankungen.

Wesentlich anders aber gestaltet sich die Vertheilung der 214 Typhusfälle, bei denen der Genuss der verdächtigen Milch nicht Statt hatte. Diese 214 Fälle (die 11 bereits auswärts Erkrankten sind wieder ausser Rechnung gelassen) vertheilen sich auf 163 Häuser. Mehr als je einer erkrankte in 25 Häusern = 15,3% und diese 25 Häuser zusammen weisen 76 Erkrankungen auf = 35,34%.

Es entfallen:

je	1 Fall	auf	138 Häuser	
„	2 Fälle	„	15 „	
„	3 „	„	5 „	
„	4 „	„	1 Haus	
„	5 „	„	1 „	
„	7 „	„	2 Häuser	(1 Privathaus und 1 Kranken-Anstalt)
„	8 „	„	1 Haus	(Caserne)
Summa	214 Fälle	auf	163 Häuser.	

Diese Zahlen sind zweifellos auffallend. Die 56 Kranken, bei denen der Genuss der inficirten Milch nachgewiesen ist, vertheilen sich auf nur 21 Häuser, die übrigen 214 Kranken auf 163 Häuser. In 14 von den 21 Häusern = 66,7% ist mehr als ein Fall vorgekommen, dagegen nur in 25 von den 163 = 15,33%. Auf die 14 Häuser entfallen 87,5% der 56 Erkrankungen, auf die 25 nur 35,34% der 214. Diese Differenzen lassen sich nicht ohne Weiteres als Zufall auffassen, sprechen vielmehr für eine intensive Infectionsquelle in den 21 Häusern, d. h. zu Gunsten der Infection durch Milch.

Nach der von der Besitzerin des Gutes eingereichten, durch persönliche Nachforschungen vervollständigten Milchkundenliste wurden in Lindenthal (die Gemeinde, in der das Gut liegt) 10, in Köln 54 Haushaltungen von dort mit Milch versorgt, darunter die Bahnhof-Restauration, die Cantine eines Bataillons der Neumarktcaserne und einige Bäckereien, die wieder Milch an Dritte verkauften. —

Von den 10 Familien in Lindenthal wurden 5 = 50% von Typhus befallen und in diesen zusammen 9 Personen. (In der ganzen Gemeinde excl. des betr. Gutes erkrankten vom 1 Januar — 4. October v. J. im Ganzen 18 Personen an Typhus.)

Von den 54 Häusern in Köln trat in 18 Typhus auf = 33,33% und zwar befiel die Krankheit in diesen 44 Personen. Ferner erkrankten 12 Personen in Häusern, die von Milchkunden des Gutes Milch bezogen. Halten wir dem nun gegenüber, dass in Köln nach den Mittheilungen des städtischen statistischen Büreaus im Jahre 1880 30459 Haushaltungen und 43 Anstalten waren oder rund 30500 Haushaltungen, und dass, wenn Köln in dem gleichen Verhältniss wie die 54 von dem betreffenden Gute mit Milch versorgten Häuser von Typhus betroffen worden wäre, in ca. 10170 Haushaltungen bei 24850 Personen die Krankheit hätte ausbrechen müssen, oder wenn wir von den 5 Erkrankungen unter den Soldaten, die in der mit der verdächtigen Milch versorgten Cantine verkehrten, und von den 8 auf dem Centralbahnhof vorgekommenen vollkommen absehen und somit nur einfache Privathaushaltungen in Betracht ziehen, bei 18182 Personen, dass aber in Wirklichkeit statt dessen nur 270 Typhuserkrankungen vom 1. Januar — 1. October v. Js. in Köln notirt sind, dass ferner die obigen 21 Häuser fast sämmtlich die besser situirten Klassen betreffen und in den gesundheitlich besten Strassen liegen, und locale Ursachen für den Typhusausbruch darin nicht vorliegen, so haben wir alle Ursache, auf die den 21 Häusern gemeinsam gelieferte Milch Verdacht zu werfen.

Dieser Verdacht wächst aber noch, wenn wir die Zeit in's Auge fassen, zu welcher der Typhus in diesen Häusern aufgetreten ist. Abgesehen von einem $3^1/_2$jährigen Kinde, das am 10. Januar erkrankte, fallen die übrigen 55 Erkrankungen in die Zeit vom April — 25. September. Jedoch kommen auf den September nur 5 Fälle, und diese 5 stammen aus 3 Häusern, in denen in den beiden vorhergehenden Monaten schon mehrere Typhuskranke gelegen hatten. Der Juli ist mit 18, ebenso der August mit 18 Fällen betheiligt. Dagegen ist die Gesammtzahl der Typhuskranken in Köln laut Tabelle im September ebenso gross resp. grösser als im August resp. Juli 59 : 59 resp. 47.

Erinnern wir uns nun, dass im Januar auf dem betreffenden Gute ein Knecht erkrankte, der sofort den Dienst verliess, und dann unzweifelhafte Typhusfälle dort im April auftraten, (am 18. April wurde eine schwer typhuskranke Magd in ihre Heimath transportirt), dass dann im Mai und Juli von dort 3 Typhuskranke in's hiesige Bürgerhospiatal gebracht wurden, so liegt die zeitliche Congruenz der Typhuserkrankungen auf dem betr. Gute mit den unter den hiesigen Milchkunden klar zu Tage.

Recapituliren wir die Resultate vorstehender Ermittelungen: unter den 270 vom Januar bis October v. Js. in Köln vorgekommenen Typhusfällen die grosse Betheiligung der 54 Häuser, die direct Milch vom betreffenden Gute bezogen haben, während diese Häuser, den besseren Klassen und Stadttheilen angehörig, locale Schädlichkeiten nicht darbieten, das vorwiegende Erkranken des weiblichen Geschlechts, der Dienstboten und älteren Kinder in diesen Häusern, das häufige Vorkommen mehrerer Typhusfälle in demselben Hause, die zeitliche Congruenz dieser Fälle mit den Erkrankungen auf dem milchversorgenden Gute, so drängt sich der Gedanke auf, dass die Milch mit grosser Wahrscheinlichkeit die Infectionsquelle gewesen ist.

Es bleibt nun aber die Frage übrig, wie der Infectionskeim in die Milch gelangt ist. „Der gewöhnlichste Weg, sagt Hart, auf dem bei Typhusepidemien das Gift in die Milch gelangte, war die Verunreinigung des Brunnenwassers mit Typhusstühlen, das zum Spülen der Milchgefässe benutzt wurde oder zu anderen Zwecken der Milchwirthschaft, und oft, wie man befürchten muss, zur Verdünnung der Milch selbst, wofür in den officiellen Berichten „Spülen der Milchgefässe" ein passender Euphemismus geworden ist, um bedachtsam das Aufwerfen unliebsamer Fragen zu vermeiden.“ — In 22 der 50 durch Milch hervorgerufenen englischen Typhus-Epidemien ist dies von den Berichterstattern ausdrücklich erwähnt, und in anderen war es mehr oder weniger wahrscheinlich. Bei 10 dieser Epidemien und bei 4 solcher von Scharlach war die Person, die gewöhnlich die Geschäfte der Milchwirthschaft besorgte und die Kühe melkte, zugleich Aufwärter bei einem von der Infectionskrankheit Befallenen. In anderen Fällen soll die Infection durch Wäsche der Typhuskranken, die mit den Milchgefässen in Berührung kam, erfolgt sein, in anderen waren die Milchgefässe in unmittelbarer Nähe der Krankenzimmer. —

Die amtlichen Berichte über die Zustände auf dem betr. Gute geben keinen bestimmten Aufschluss über die Inficirung der Milch. Wir wissen nur, dass 3 Schweizer und Knechte und 1 oder 2 Mägde an Typhus erkrankt waren, und dass die Schlafkammer der Schweizer ein dumpfes, feuchtes durch ein kleines Fenster erleuchtetes Gelass, dessen Boden mit Ziegel-Estrich belegt war, dem Kuhstall angebaut und von diesem zugänglich ist. Dass aber bei der Erkrankung der Schweizer selbst unter solchen Verhältnissen das Gift seinen Weg zur Milch finden konnte, ist wohl nicht abzuweisen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Aus der medicinischen Klinik in Tübingen.

Ueber die diätetische Behandlung des Diabetes mellitus.

Von
Dr. R. Gmelin,
früherem Assistenten der medicinischen Klinik.

(Fortsetzung aus No. 43.)

I. Fall. K. v. S., 41 Jahre alt, Hauptmann a. D., aufgenommen 20. bis 28. Juni 1881.

Anamnese: Pat. ist, ebenso wie andere Familienangehörige, schon seit Jahren nervenleidend; er war stets gewohnt, viele Mehl- und Zuckerspeisen zu geniessen; ein Trauma ist nicht vorhergegangen. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren begann er ohne bekannte Veranlassung abzumagern; er wog früher 180 bis 190 Pfund und will damals, aber nur für wenige Monate, vermehrten Durst gehabt haben; Steigerung des Appetits stellt er entschieden in Abrede, auch soll die Schweisssecretion wie früher fortbestanden haben. Auffallend grosse Urinmengen hat Pat. nie entleert, nur soll seit dem Beginn der Abmagerung häufiger Drang zum Uriniren mit zeitweiligen Schmerzen in der Nierengegend bestehen. Pat. blieb dabei ziemlich leistungsfähig, die Sehschärfe hat nicht abgenommen. Verdacht auf Zuckerharnruhr ist trotz vielseitiger ärztlicher Behandlung noch nie laut geworden. Ein Urin vom 11. Juni d. J. ergab 6,8% Zuckergehalt.

Status bei der Aufnahme: Pat. ist gross, schlank (früher eher zu Fettleibigkeit neigend), von guter Gesichtsfarbe; innere Organe ohne wesentlichen Befund; Urin frei von Eiweiss, giebt exquisite Zuckerreactionen. Körpergewicht 75,5 Kgr.

Aus der Klinik vom 22. Juni: Es wird der Mangel charakteristischer Symptome hervorgehoben. Da Pat. ein notorischer Liebhaber von Zucker und Brod und die tägliche Zuckerausscheidung relativ mässig ist, so lässt eine zweckmässige Diät guten Erfolg erwarten.

Datum.	24stünd. Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge		Bemerkungen.
			in Proc. (Polaris.)	absolut.	
Juni 21.—22.	2170	1041,5	5,7	124	Gemischte Kost.
23.	1500 (verloren)	1031,5	1,5		Ausschluss der Kohlenhydrate; schwarzer Kaffee, Fleisch, Butter, Cognac.
24.	2100	1020,5	0	0	Geringe Bräunung mit Kalilauge.
25.	2400	1017,7	0	0	Trommer'sche Probe negativ.
26.	3100	1018,6	0	0	
27.	2300	1019,2	0	0	

Pat. hat die Diät gut ertragen, im Urin ist kein Zucker mehr nachweisbar, Körpergewicht 74,2 Kgr.; Pat. soll auf 4 Wochen nach Karlsbad gehen.

Dort soll der behandelnde Arzt keinen Zucker im Urin gefunden und etwas Brod erlaubt haben, worauf Pat. zuerst nicht einging; erst später genoss er regelmässig etwas Brod.

Ein Urin vom 2. November 1881 ist frei von Eiweiss und Zucker.

2. Aufnahme 28. März bis 6. April 82. Pat. hielt sich in der Zwischenzeit im Allgemeinen an die vorgeschriebene Diät, jedoch zeitweise mit kleinen Abweichungen. Es soll nunmehr versucht werden, ob und wie viel Kohlenhydrate er wieder verarbeiten kann. Körpergewicht 71,1 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge	Bemerkungen.
März 29.	2600	1019	Kein Zucker nachweisbar.	Thee und Kaffee mit Milch, Wein, Fleisch, Eier, grüne Gemüse, Brod.
30.	3400	1016	„	Thee und Kaffee ohne Milch, Fleisch, Eier, grüner Salat.
31.	2700	1019	„	Thee und Kaffee ohne Milch, Wein, Cognac, Fleisch, Eier, grüner Salat und Blumenkohl.
April 1.	3350	1015	„	Diät wie gestern, mit 160 gr. Brod und etwas Milch zum Kaffee und Thee.
2.	2700	1018,5	„	Strenge Diät mit 320 gr. Weizenbrod, 1 Flasche Bier, Milch zum Kaffee.
3.	2600	1019	„	Strenge Diät mit 320 gr. Weizenbrod, 1 Flasche Bier, Milch zum Kaffee, Käse.
4.	2600	1017	„	Strenge Diät mit 320 gr. Brod, 1 Flasche Bier, Milch zum Kaffee und Thee, 250 gr. weisser Zucker.
5.	3300	1017	„	Strenge Diät mit 320 gr. Brod, 250 gr. Zucker, 1 Flasche Bier, Milch zum Kaffee und Thee.

Pat. hat nicht über Durst zu klagen, es besteht nur noch etwas Mattigkeit und öfterer Drang zum Uriniren. Körpergewicht 72,2 Kgr.

3. Aufnahme 22.—28. Mai 1883. Pat. überliess sich vergangenen Winter einer ziemlich unbeschränkten Diät; mittelst der ihm gelehrten Reactionen will er bemerkt haben, dass wieder „Neigung zur Zuckerausscheidung" sich einstelle, weshalb er neuerdings die Kohlenhydrate wieder mehr vermieden hat. Das Aussehen ist gut. Körpergewicht 74,2 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge		Bemerkungen.
			in Proc.	absolut.	
Mai. 24.	2400		Kein Zucker nachweisbar.		Kaffee, Fleisch, Eier, Beilagen, Gemüse, Suppe, 420 gr. Milch, 50 gr. Wecken, 330 gr. Brod, 1 Liter Bier.
25.	1800		„		dto. dazu $\frac{1}{6}$ Pf. Chocolade.
26.	2080		„		dto. dazu 150 gr. Zucker, Käse, Brod.
27.	2050		„		dto. dazu $1\frac{1}{2}$ Flaschen Bier, $\frac{1}{4}$ Liter Wein, Käse, Brod, $\frac{1}{12}$ Pf. Chocolade.
28.	2800		„		dto. dazu 2 Liter Bier, Käse, Brod, $\frac{1}{6}$ Pf. Chocolade.

Bei fortgesetzten Diätfehlern weist die Kaliprobe etwas stärkere Bräunung auf. Patient soll daher in der Diät immer noch etwas zurückhalten. Körpergewicht 79,4 Kgr.

II. Fall. J. Sp., 48 Jahre alt, Fabrikant, aufgenommen 9.—17. Jan. 1884.

Anamnese: Pat. war früher stets gesund; in der Familie ist von Zuckerharnruhr nichts bekannt; er führt sein jetziges Leiden zurück auf übermässigen Genuss von Aepfeln. Schon seit längerer Zeit will er viel Flüssigkeit consumiren, auch soll die Sehschärfe seit einigen Jahren abgenommen haben. Der Durst hat seit etwa 10 Tagen auffallend zugenommen, dabei musste er viel uriniren, hatte keinen so guten Appetit mehr, wurde magerer und hatte über Müdigkeit zu klagen. Der Arzt fand Zucker im Urin. Seit 5 Tagen hat er kein Brod und keinen Zucker mehr gegessen, die Bräunung bei der Kaliprobe soll darauf an Intensität gegen früher abgenommen haben. Seit 3 Tagen sind leichte Schmerzen zu beiden Seiten der Wirbelsäule in der Lendengegend aufgetreten. — Status praesens: Pat. ist gut genährt, Fettpolster stark entwickelt, leidlich gesunde Gesichtsfarbe, keine Oedeme, beginnende Trübung der rechten Linse. Innere Organe vollkommen normal. Urin eiweissfrei, giebt deutliche Zuckerreaction. Körpergewicht 87,6 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge		Bemerkungen.
			in Proc. (Polaris.)	absolut.	
Januar 10.	1800	1028	2,0	52	Gemischte Kost.
11.	2100	1029	4,1	86	
12.	3100	1027	2,9	90	
13.	1400	1020	0,06	0,8	Ausschluss der Kohlenhydrate. Kaffee, Fleischbrühe, Eier, Schinken, Braten, Ochsenfleisch, Butter, 2 Liter Weisswein.
14.	2500	1013,5	Kein Zucker nachweisbar.		
15.	2600	1010	„		
16.	1900	1018	„		

Das Befinden ist entschieden gebessert, Pat. klagt über keinen Durst mehr, Appetit und Schlaf sind gut, von Müdigkeit ist keine Spur mehr vorhanden. Pat. ist mit der Diät wohl zufrieden. Körpergewicht 87 Kgr.

2. Aufnahme 13. bis 21. März 1884. Pat. will die strenge Diät daheim durchgeführt und sich dabei ganz wohl befunden haben. Die Kaliprobe, die er täglich selbst machte, habe nie eine stärkere Bräunung ergeben. Der objective Befund ist noch wie früher. Körpergewicht 85 Kgr. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge		Bemerkungen.
			in Proc.	absolut.	
März 14.	2900	1012	Zucker nicht nachweisbar.		Strenge Diät. Ochsenfleisch, Braten, Schinken, Eier, Butter, Beilagen, Kaffee, 2 Liter Weisswein.
15.	3500	1013	„		dto.
16.	4000	1014	„		dto., dazu 1 Wecken (50 gr).
17.	2800	1015	„		dto., dazu 2 Wecken (110 gr).
18.	2900	1015	„		dto., dazu 2 Wecken (110 gr).
19.	2200 (Abd. 5 bis Mg. 9 Uhr)	1013	0,2 Kali- u. Trommer'sche Probe gelingen unzweifelhaft.	4,4	dto., dazu gestern Abend und heute früh je 2 Wecken (im Ganzen 220 gr).
	800 (Mg. 9 bis Abd. 5 Uhr).	1015	Kein Zucker nachweisbar.		
20.	4100	1009	„		dto., dazu $\frac{1}{2}$ Liter Milch.
21.		1020	„		dto., dazu $\frac{1}{2}$ Liter Milch.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Befinden ist sehr gut, Pat. soll sich noch an die strenge Diät halten, gestattet werden jedoch alle Kohlarten und Gemüse, mit Ausnahme von Kartoffeln und Hülsenfrüchten; ab und zu ist auch ½ Wecken erlaubt. Körpergewicht 85,4 Kgr. — Anfangs August stellt sich Pat. wieder vor. Er ist seitdem in Karlsbad gewesen, hat dort Brod, Milch, Kartoffeln gegessen, ohne dass dabei eine Spur von Zucker im Urin aufgetreten wäre.

III. Fall. W. R., 46 Jahre alt, Kaufmann, aufgenommen 20. bis 25. Juni 1884.

Anamnese: Ein Bruder des Kranken ist im Februar dieses Jahres angeblich an Lungenschwindsucht gestorben, nachdem er 3 Jahre lang an Zuckerharnruhr gelitten hatte. Pat. selbst litt im 18. Jahre viel an geschwollenen Füssen. Im 21. Jahre traten ohne bekannte Veranlassung starke Schmerzen im linken Beine auf, so dass er ohnmächtig wurde; das Bein schwoll stark an, bekam blaurothe Platten, der Arzt erklärte es für Rothlauf und verordnete graue Salbe, worauf es besser wurde. Diese erysipelatösen Erscheinungen, die von den Zehen beginnend unter starkem Fieber und Schmerzen sich bis zum Oberschenkel ausbreiteten, kehrten sehr häufig wieder, und blieben erst aus, als er zweimal auf den Rath von Professor Dr. Liebermeister das Bad Leuk in Wallis besucht hatte. Später war er wiederholt in Karlsbad wegen Fettleibigkeit. Im Begriff wieder dorthin zu gehen, stellte er sich Herrn Professor Liebermeister vor, wobei er bemerkte, dass er seit dem Tode seines Bruders im Februar dieses Jahres sehr angegriffen und müde sei. Im Urin wurde Zucker nachgewiesen.

Status bei der Aufnahme: Pat. ist sehr gut genährt, hat ein blühendes Aussehen, starkes Fettpolster, innere Organe normal, Urin frei von Eiweiss, zuckerhaltig. Körpergewicht in Kleidern 94,5 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Polaris.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Juni					
21.	2150		1,5	32	Gemischte Kost.
22.	3800		1,0	38	
23.	1700		0,06	1,0	Strenge Diät: Braten, Ochsenfleisch, Kaffee, Bouillon, 1 Liter Wein, 6 Eier, Schinken, Butter, saure Beilagen.
24.	2200	1019	0	0	Keine merkliche Spur von Zucker, weder durch Kali- oder Trommer'sche Probe, noch durch Polaristrobometer nachzuweisen.

Pat. soll die strenge Diät daheim fortsetzen und dann nach Karlsbad gehen.

IV. Fall. J. H., 37 Jahre alt, Kaufmann, aufgenommen 5.—12. März 1884.

Anamnese: Aetiologie ist nicht bekannt; vor etwa 1 Jahre bemerkte Pat., dass er abmagere und viel Durst habe. Im Mai machte er angeblich eine Brust- und Rippenfellentzündung durch, die ihn sehr schwächte. Der Durst und die Abmagerung nahmen zu, dazu kam noch Müdigkeit besonders in den Beinen. Ein Arzt constatirt Zucker im Harn und verordnete eine entsprechende Diät, die Pat. nur vorübergehend befolgte, während welcher Zeit der Zucker aus dem Urin verschwunden sein soll.

Status bei der Aufnahme: Mageres, blasses Individuum. Ueber der rechten, und noch mehr der linken Lungenspitze ist deutliche Dämpfung, abgeschwächtes Athmen, mittelgrossblasiges, schwach klingendes Rasseln. Im Sputum mässig zahlreiche Tuberkelbacillen. Der Urin enthält Spuren von Eiweiss, giebt deutliche Zuckerreaction. Körpergewicht 54,2 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Polaris.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
März					
5.—7.	5800	1022	4,1	237	Gemischte Kost.
8.	3600	1017	2,4	86	Strenge Diät: Braten, Ochsenfleisch, Kaffee, Wein, Eier, Schinken, Butter.
9.	3450	1008	0	0	Urin enthält Spuren von Eiweiss; die Zuckerproben fallen negativ aus.
10.	3300	1000,5	0	0	
11.	4100	1007	0	0	

Pat. ertrug die Diät sehr gut; er soll sie zu Hause fortsetzen und einen Versuch mit Leberthran machen. Er hatte alle Abend Temperatursteigerung bis zu 39,5°; die Erscheinungen von Seiten der Lungen sind unverändert. Körpergewicht 53,2 Kgr. Zufolge späterer Nachricht ist Pat. am 1. Mai an Lungenschwindsucht gestorben.

V. Fall. W. R., 36 Jahre alt, Fabrikant, aufgenommen 26. Mai bis 6. Juni 1884.

Anamnese: Im 16. Jahre machte Pat. einen achtwöchentlichen Typhus durch; im 19. Jahre will er in Folge von Ueberanstrengung Verdauungsbeschwerden und Bangigkeiten bekommen haben, welche Beschwerden sich im Verlauf von 4 Jahren nach und nach besserten. Später war er ganz gesund. Ende September v. J. will er in Folge des Genusses von schlechtem Bier einen „colossalen" Durst bekommen haben, der sich noch steigerte und besonders empfindlich wurde, als er vor 8 Wochen durch Erkältung sich einen Rachenkatarrh zuzog. Er will damals etwa 8 Liter Flüssigkeit täglich zu sich genommen haben; später trat von selbst Verminderung des Durstes wieder ein. Pat. will magerer geworden sein und an Gewicht abgenommen haben.

Status praesens: Mässig genährtes Individuum. Ueber den Lungen keine abnorme Dämpfung, beiderseits über der Clavicula scharfes Inspirium mit mässig zahlreichen kleinblasigen Rasselgeräuschen, links hinten oben sind dieselben zahlreicher zu hören, ebenso links vorn supraclaviculär. Herz und übrige Organe ohne Abnormität. Urin frei von Eiweiss, zuckerhaltig. Körpergewicht 63,6 Kgr. (beim Abgang 64,4 Kgr.).

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Polaris.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Mai					
28.—29.	4300	1031	6,1	262	Gemischte Kost.
30.	2700	1032	5,9	159	Beginn der strengen Diät.
31.	2500	1026	1,8	45	
Juni					
1.	1750	1020	0,2	3,5	
2.	1600	1017	0	0	Kein Zucker nachweisbar.
3.	2400	1019	0	0	„ „ „
4.	2000	1019	0	0	„ „ „
5.	2400	1015	0	0	„ „ „

Der Kranke erträgt die Diät sehr gut; er wird entlassen mit der Weisung dieselbe fortzusetzen und im Hochsommer einen Höhencurort aufzusuchen.

VI. Fall. K. K., 49 Jahre alt, Werkmeister, aufgenommen 30. Juni bis 10. Juli 1884.

Anamnese: In der Familie weder Zuckerharnruhr noch Lungenkrankheiten bekannt; Pat. war früher nie ernstlich erkrankt; vor etwa 2 Jahren will er manchmal, wenn er auf der Strasse urinirt hatte, bemerkt haben, dass am nächsten Morgen weissliche Flecke an den Beinkleidern waren. Vor ½ Jahr bekam er ohne jegliche Veranlassung Husten mit spärlichem grünlichgelbem Auswurf ohne sonstige Athembeschwerden. Ein Arzt constatirte Infiltration der rechten Lungenspitze und 39° Temperatur. Seither will er Morgens immer leichten Schweiss haben, auch will er von 230 auf 150 Pfund an Körpergewicht abgenommen haben. Der Husten hielt an. Blut wurde nie ausgeworfen. Am 23. Juni d. J. wurde eigentlich zufällig ein Zuckergehalt des Urins von etwa 6 Proc. entdeckt neben einem geringen Eiweissgehalt. Nachts muss er 2—3 mal zum Uriniren aufstehen; über besondern Durst klagt Pat. nicht, trinkt jedoch täglich etwa 4 Liter Bier neben Wein und Göppinger Wasser. Der Appetit ist seit einiger Zeit schlecht.

Status bei der Aufnahme: Pat. ist leidlich ernährt, hat eine bräunliche Gesichtsfarbe, keine Oedeme. Die Supraclaviculargruben sind etwas eingesunken, Lungenlebergrenze am untern Rand der VI. Rippe, die Leber überragt den Rippenbogenrand in der Papillarlinie um 3—4 Querfinger. Ueber der rechten Lungenspitze ist Dämpfung mit vereinzelten Rasselgeräuschen, kein Bronchialathmen. Herz normal, Puls etwas frequent. Ziemlich starker Panniculus der Bauchdecken. Schleimig-eitrige geballte Sputa mit mässig zahlreichen Tuberkelbacillen. Urin enthält reichlich Zucker neben Spuren von Eiweiss; Körpergewicht 79 Kgr.

Aus der klinischen Besprechung: Die Prognose ist ungünstig wegen der Lungenaffection und Appetitstörung; doch soll der Versuch mit strenger Diät gemacht werden.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Polaris.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Juli					
1.	2550	1026	4,5	114	Gemischte Kost.
2.	3400	1022	3,1	105	
3.	3600	1020	2,1	76	
4.	2500	1014	0,3	9	Strenge Diät: 2 Braten, 1 Ochsenfleisch, 2 Kaffee, 3 Bouillon. 1½ Liter Wein, 4 Eier. Schinken, Auster, saure Beilagen.
5.	2800	1008	0	0	Kali- und Trommer'sche Probe negativ.
6.	2300	1010	0	0	
7.	3000	1006	0	0	
8.	2900	1009	0	0	
9.	3000	1008	0	0	

Pat. hatte Abends stets eine Temperatur von 39° und darüber, er lag deshalb meist zu Bett. Im Harn sind noch Spuren von Eiweiss. Der Appetit war schlecht. Körpergewicht 74.3 Kgr.

VII. Fall. E. W., 56 Jahre alt, Schullehrer, aufgenommen 1.—8. Juli 1884.

Anamnese: Pat. leidet seit 12 Jahren an Husten, besonders Morgens, mit grünlichweissem Auswurf, ohne sonstige Athembeschwerden. Im Juni v. J. hatte er 3 Wochen lang Gelbsucht; im Anschluss daran sollen seine Beine gegen Abend oft angeschwollen sein, was Morgens nicht mehr der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall war. Bei der Untersuchung des Harns wurde Zuckergehalt constatirt. Pat. fühlte sich damals müde, litt an Appetitlosigkeit und viel Durst. Er wurde dann zuerst mit strenger Diät, später von einem Homöopathen bei gemischter Kost behandelt, beides ohne wesentlichen Erfolg. Die Müdigkeit und der Durst nahmen in letzter Zeit noch zu, er trank im Tage etwa 3 Liter Bier, 2 Liter Wasser und ½ Liter Wein. Appetit und Schlaf sind gut; der Gesichtssinn soll nur für die Nähe etwas abgenommen haben. —

Status bei der Aufnahme: Pat. ist leidlich gut genährt, hat eine blasse Gesichtsfarbe, keine Oedeme. Innere Organe ohne wesentliche Abnormität; im Urin sind geringe Mengen von Eiweiss enthalten neben Zucker. Körpergewicht 71,7 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Polaris.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Juli					
2.	2200	1030,0	3,5	77	Gemischte Kost.
3.	1900	1027,0	3,0	57	
4.	2100	1027,0	4,0	84	
5.	1400	1029,0	2,1	29	Strenge Diät: Braten, Ochsenfleisch, Schinken, Eier, Butter, saure Beilagen, ½ Liter Wein, 2 Kaffee.
6.	1600	1023	0	0	Keine merkliche Spur von Zucker, weder bei Kali- noch Trommer'scher Probe, noch bei Polarisation.
7.	1600	1020	0	0	
8.	1500	1019	0	0	

Die strenge Diät wurde sehr gut ertragen. Im Urin sind noch Spuren von Eiweiss. Pat. soll die strenge Diät noch einige Monate durchführen und sich dann wieder zeigen.

VIII. Fall. Pauline Pfromer, 25 Jahre alt, verheirathet, aufgenommen 3. Januar bis 3. Februar 1877.

Anamnese: Pat. war stets gesund, sie hatte 2 schwere Geburten, stillte nicht. Vor ¼ Jahr stellte sich übermässiger Durst und Hunger ein mit starker Diurese. Dabei fühlte sich Pat. müde und schwach. Bei Nacht will sie oft schwitzen, es besteht Neigung zu Husten, vor einigen Wochen hatte sie starke Diarrhöen.

Status bei der Aufnahme: Grosse magere Frau mit trockener Haut, blassen Schleimhäuten, innere Organe normal. Der Harn zuckerhaltig. Körpergewicht 54,8 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Januar					
4.—8.	3450	1047	9,3	321	Gemischte Kost.
9.	2220	1049	9,0	200	Vermeidung der Kohlenhydrate.
10.	1060	1040	5,1	54	
11.	1200	1048,5	6,5	78	
13.	1340	1022,8	0,7	9,4	
14.—16.	1300	1020	0,3	3,9	
17.—21.	1700	1018	0,3	5,1	Vom 17.—21. täglich 30 gr. Milchsäure.
22.—30.	2100	1019	0,3	6,3	Vom 22. Januar — 1. Februar täglich 10 gr. Milchsäure.
31.	2470	1017	0	0	Keine Spur von Zucker nachweisbar.
Februar					
1.	1550	1024	0,1	1,5	

Körpergewicht beim Abgang 56 Kgr. Pat. setzte daheim die Diät fort, Durst und Harnmenge verhielten sich dabei wie bei einem Gesunden. Die Menses setzte nur einmal aus.

Vom 13.—21. März war sie wieder im Krankenhaus aufgenommen, sie wog 61,5 Kgr., hatte ein gesundes Aussehen. Bei gemischter Kost war die Harnmenge normal, Zucker höchstens spurweise nachweisbar.

IX. Fall. Joseph Noll, 64 Jahre alt, Bauer, aufgenommen 20. Juli bis 29. August 1883.

Anamnese: Pat. war mit Ausnahme eines Nervenfiebers im Jahre 1865 stets gesund. Im Winter 1881/82 bemerkte er eine Steigerung des Durstes und Appetites und Vermehrung der Harnmenge. Im Sommer 1882 trat etwas Besserung, im Herbst bedeutende Verschlimmerung ein. Dabei hatte er stets einen bittern Geschmack im Munde, und der Stuhlgang war sehr trocken. Ein Arzt schrieb ihm eine Diät vor, die er nur theilweise befolgte. Seit Herbst 1882 ist er stark abgemagert, musste viel schwitzen; in der letzten Zeit ist seine Haut immer sehr trocken. Von Sehstörung oder Furunkeln hat er nichts bemerkt. In letzter Zeit ist er nach seiner Angabe so schwach geworden, dass er kaum mehr gehen könne.

Status praesens: Pat. ist kräftig gebaut, sehr mager, ohne Oedeme, trockene Haut. Auf der linken Lungenspitze leichte Dämpfung, ohne Rasseln, mit abgeschwächtem unbestimmtem Athmen, rechts hinten oben vereinzelte trockene Rasselgeräusche, keine Tuberkelbacillen im Sputum. Die übrigen Organe normal. Der Harn frei von Eiweiss, stark zuckerhaltig. Körpergewicht 61,3 Kgr.

Aus der klinischen Besprechung: Die Prognose wird bei dem hohen Alter des Pat. relativ günstig zu stellen sein.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Polaris.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Juli					
21.—24.	4600	1043	7,6	350	Gemischte Kost.
25.	3800	1040	5,7	217	Strenge Diät: 2 Braten, 1 Ochsenfleisch, Schinken, Kaffee, Eier, Butter, grünes Gemüse, Kirschengeist.
26.	2200	1030,5	2,9	64	
27.—31.	1600	1033	2,4	38	Pat. will sich jetzt ganz an die Kost gewöhnt haben.
August					
1.—7.	2250	1020	0,5	11	
8.—14.	2500	1022	0,6	15	
15.—21.	2600	1019	0,2	5	
22.	2400	1016,5	Die Kaliprobe giebt geringe Gelbfärbung, Trommer'sche Probe ist negativ.		
23.	2250	1016			
24.	2500	1022	0,2	5	
25.	2400	1017	0,7	17	Es wurden am 24./25. versuchsweise 2 Wecken erlaubt.
26.	1650	1024	0,8	13	
27.	2350	1015,5	0,1	2	
28.	2050	1027,5	1,6	33	Pat. war in der Stadt und scheint Diätfehler begangen zu haben.

Pat. befindet sich sehr wohl, will zu Hause die Diät fortsetzen. Körpergewicht 63 Kgr.

Ueberblicken wir kurz noch einmal diese 9 Fälle, in denen die Zuckerausscheidung auf Null herunterging, so ist Fall I als vollständig geheilt zu betrachten, indem selbst grosse Mengen von Zucker und Chocolade neben reichlicher Zufuhr von andern Kohlenhydraten vollkommen verarbeitet wurden: die Zuckerausscheidung betrug vor Beginn der Diät gegen 6 Proc. und 124 gr. per Tag. Fall II mit über 3 Proc. und 80 gr. täglicher Zuckerausscheidung konnte später Kohlenhydrate, wenigstens in geringer Menge, wieder ertragen; erst bei 4 Wecken in einem halben Tag kam wieder Zucker zum Vorschein. Nach längerer Durchführung der Diät scheint aber auch in diesem Falle die Fähigkeit, grössere Mengen von Kohlenhydraten zu verarbeiten, wiedergekehrt zu sein. In den Fällen III—VII, die bis zu 6 Proc. und über 200 gr Zuckerausscheidung vor Beginn der Diät hatten, verschwand der Zucker ebenfalls schnell, die Diät wurde gut ertragen, trotzdem in drei Fällen zum Theil schon ziemlich weit vorgeschrittene Lungentuberculose, und in einem vierten Fall mässiger Eiweissgehalt des Urins vorlag; ein Versuch mit Darreichung von Kohlenhydraten wurde in diesen Fällen nicht gemacht. Recht schwere Fälle endlich stellen Fall VIII und IX dar, bei über 7 Proc. resp. 9 Proc. schieden sie mehr als 300 gr. Zucker täglich aus. Der Zuckergehalt verschwand hier nur langsam, aber schliesslich doch vollständig. Beim ersten dieser Fälle waren später sogar bei gemischter Diät nur Spuren von Zucker nachweisbar. In Fall IX dagegen trat sogleich mit der Zufuhr von Amylaceen wieder Zucker im Harne auf.

(Fortsetzung folgt.)

III. Das Dioptrie-Lineal zur Brillenvorprobe.

Von

Professor Dr. Hermann Cohn

in Breslau.

Trotz der Vortheile, welche die Einführung der Dioptrien bietet, lässt sich doch nicht läugnen, dass die bei den Leseproben gefundenen Entfernungen, die man ja in Centimetern abliest, immer erst in 100 dividirt werden müssen, damit man die entsprechenden Brillengläser finden kann.

Hirschberg meint in seinem trefflichen Artikel „Refraction" in Eulenburg's Real-Encyklopädie (Bd. 11, pag. 417), dass man in wichtigen Fällen mit dem alten Zoll- (resp. Centimeter-) Maass besser fährt, als mit dem Dioptrienstyl. „Hierher gehört, sagt Hirschberg, die Wahl eines Concavglases für mittlere Objectdistanzen. Ein Myop habe einen Fernpunkt von 6 Zoll; er will für gewisse Zwecke, z. B. zum Clavierspielen einen solchen von 12 Zoll erlangen. Welches Glas leistet das Gewünschte? Antwort $-\frac{1}{6} + \frac{1}{12} = -\frac{1}{12}$. Im Dioptrienstyl: Practisches Maass der Myopie = 6 D; $\frac{1000}{6} = 160$;

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

actuelle Fernpunktsdistanz 160 mm; geforderte 320 mm; $\frac{1000}{320}$ = 3 (ungefähr). Clavierbrille 3 D! Wer dies für eine Verbesserung hält, für den hat Euklid umsonst geschrieben."

Es ist wahr, dass es nicht ganz leicht ist, wenn wir den Nahepunkt oder Fernpunkt einer Schrift für Jemand z. B. in 65, 36, 28, 17, 13, 7.5 cent. gefunden haben, diese Zahlen im Kopfe schnell in Dioptrien umzuwandeln. Wer viele Leseproben täglich machen muss, hat diesen Uebelstand gewiss empfunden.

Ich habe ihn für mich beseitigt, indem ich mir auf meinem mit Centimetern versehenen Lineal bei 80, 66.6, 57.1, 50, 44.4, 40, 36.4, 33.3, 30.7, 28.6, 26.6, 25, 22.2, 20, 18.2, 16.6, 14.3, 12.5, 11.1, 10, 9.1, 8.3, 7.7, 7.1, 6.7, 6.2, 5.5 und 5 die entsprechenden Theilstriche mit Ziffern am unteren Rande der Vorderfläche des Maassstabes markiren, sie bis an den oberen Rand verlängern und hier D 1.25, 1.5, 1.75, 2 etc. bis D 20 entsprechend einschreiben liess.

Ich kann also ohne jede schriftliche oder Kopfrechnung und ohne erst in eine Hülfstabelle blicken zu müssen, bereits die Vorprobe in Dioptrien machen und die D-Brille sofort ablesen.

Zeigte ein Myop z. B. für kleinere Schrift einen Fernpunkt von 31 cent., so habe ich nicht erst nöthig $\frac{100}{31} = 3.2$ auszurechnen, sondern ich finde über 30.7 cent. des Maassstabes bereits D 3.25 stehen und kann sofort mit —3.25 die Sehschärfe prüfen; bei 18 cent. Fernpunkt kann ich sofort —5.5 D nehmen etc. Ob ich nun nach der alten Messungsmethode hier bei Fernpunkt von 12 Zoll, resp. 7 Zoll die Gläser $-\frac{1}{12}$ resp. $-\frac{1}{7}$ hervorhole oder nach der neuen Methode auf dem Lineale —3.25 resp. —5.5 finde, dürfte in Bezug auf Leichtigkeit und Einfachheit ganz gleich sein.

Ferner lese ich die Accommodationsbreite a bei Emmetropen sofort in Dioptrieen ab. Hat Jemand E und S1 und für fernste Schrift einen Nahpunkt in 8.5 cent., so finde ich über 8.5: a = 12 D stehen; oder liegt der Nahpunkt in 36 cent., so lese ich darüber a = 2.75 D ab, u. s. f. Hier giebt es keine Doppelbrüche wie bei der alten Zollrechnung, nach welcher im ersten der eben citirten Fälle $A = \frac{1}{3\frac{1}{4}}$ wäre.

Bei der Bestimmung der Brillen für Presbyopen (die zugleich Emmetropen sind) brauche ich nur die am Lineal für den Nahepunkt abgelesene D von 4 D oder von 4.5 D abzuziehen, je nachdem ich den Nahepunkt nach 22 oder 25 cent. verlegen will. Nach der Zollrechnung war die Sache viel unbequemer. Hatte Jemand in 14 Zoll Nahepunkt und ich wollte letzteren bei der Lectüre nach 8 Zoll verlegen, so musste ich rechnen:

$$\frac{1}{8} - \frac{1}{14} = \frac{14-8}{14.8} = \frac{6}{14.8} = \frac{6}{112} = \frac{1}{18,6}$$

und gab dann $+\frac{1}{18}$. Finde ich jetzt bei Jemand den Nahepunkt in 36 cent., so habe ich schon auf meinem Lineal bei 36,4 cent. oben D 27.5 stehen und brauche dies nur von 4 D abzuziehen (der Entfernung von 25 cent. entsprechend, in der Patient lesen soll), was doch auf der Stelle ohne Bruchrechnung im Kopfe geschehen kann; 4—2.75 = 1.25; +1.25 wird verordnet.

Auch die Verordnung einer Clavierbrille für einen Myopen geschieht nunmehr ohne die von Hirschberg oben citirten Schwierigkeiten. Es hätte z. B. ein Myop 14 cent. Fernpunkt = 7 D; sein Fernpunkt beim Clavierspiel soll 40 cent. = 2.5 D betragen; 7—2.5 = 4.5; — 4.5 wird als Clavierbrille verordnet. Das ist doch leichter als alle Bruchrechnungen.

Nach dem alten Modus waren die Berechnungen besonders umständlich bei Doppelbrüchen; wenn z. B. ein Myop von $\frac{1}{3\frac{3}{4}}$ eine Brille für 10 Zoll Distanz erhalten sollte, so musste man sagen:

$$\frac{1}{3\frac{3}{4}} + \frac{1}{x} = \frac{1}{10}; \quad \frac{1}{x} = \frac{1}{10} - \frac{1}{3\frac{3}{4}} = \frac{1}{10} - \frac{1}{\frac{15}{4}} = \frac{1}{10} - \frac{4}{15}$$

$$= \frac{15-40}{150} = \frac{25}{150} = \frac{1}{6}. \text{ (!)}$$

Darauf verordnete man $-\frac{1}{6}$. Heut finden wir den Fernpunkt des Betreffenden in 9.5 cent.; dicht darüber steht schon auf dem Lineal 10 D. Wir wünschen den Fernpunkt nach 25 cent. = 4 D zu verlegen; 10—4 = 6; —6 wird verordnet. Wer wollte zweifeln, dass diese Rechnung bequemer als die obige!

Auch die Vorprobe mit Convexgläsern wird jetzt überaus einfach. Gesetzt, es liest Jemand mit + 6 D Schrift 0,5 bis 8 cent., so finde ich bei 8,3 cent. schon 12 D auf dem Lineale angeschrieben: also 12—6 = 6; Patient hat etwa 6 D Myopie. Oder es liest Jemand mit + 6 D Schrift 0,5 bis 22 cent., so finde ich bei 22.2 auf dem Lineal D 4.5 markirt; also 4.5—6 = 1.5 D Hyperopie. (In Zollen würde das etwa folgender Rechnung entsprechen:

$$\frac{1}{8\frac{1}{2}} + \frac{1}{x} = \frac{1}{6\frac{1}{2}}; \quad \frac{1}{x} = \frac{1}{6\frac{1}{2}} - \frac{1}{8\frac{1}{2}} = \frac{1}{^{13}/_2} - \frac{1}{^{17}/_2} = {^2/_{13}} - {^2/_{17}}$$

$$= \frac{34-26}{13.17} = \frac{8}{221} = \frac{1}{27.6}; \quad +\frac{1}{27}$$

würde die Hyperopie sein!) Oder ein Staaroperirter liest mit + 20D Nr. 0,5 bis 11 cent., so stehen schon über den 11 cent. die 9 D auf dem Lineale bemerkt; also 20—9 = 11; +11 ist das beste Fernglas.

Jeder Practiker weiss, dass alle Vorproben nur einen approximativen Werth haben, da das Rathen und Entwirren der Zerstreuungskreise einerseits, der Mangel an Aufmerksamkeit des Patienten andererseits den Nah- und Fernpunkt für Snellen Nr. 1,0 und Nr. 0,5 (auch bei Vorprüfung mit + 4 D oder mit + 6 D) vor- oder abrücken können; immer wird man mit dem Spiegel und mit Correctionsgläsern für die Ferne nachprüfen; allein ein guter Fingerzeig bleiben doch stets die Vorproben, und für die Accommodationsleiden sind sie ja überhaupt unentbehrlich. Wünschenswerth wäre es, dass Snellen grade für No. 1 und No. 0,5 mehr Lesestoff drucken liesse; denn die 4—6 Zeilen lernt der Patient bald auswendig.

Das Dioptrie-Lineal kann man sich leicht auf seinem Centimeter-Maassstabe herstellen; wer es mit deutlich lesbaren Zahlen und leicht zusammenklappbar wünscht, kann es von meinem Opticus, Herrn Heidrich (Schweidnitzerstrasse 27) für 3 Mark beziehen. Das Ende des Lineals liess ich zuspitzen, damit man leichter auf einzelne Worte zeigen kann, als mit dem breiten Ende der Zollstäbe.

IV. Ueber die acute Encephalitis der Kinder (Poliencephalitis acuta, cerebrale Kinderlähmung).

Vorgetragen in der Section für innere Medicin der Naturforscher-Versammlung zu Magdeburg am 19. September und für die Deutsche Medicinische Wochenschrift
revidirt von

Professor **Dr. Adolf Strümpell**
in Leipzig.

Meine Herren! Die Krankheit, auf welche ich Ihre Aufmerksamkeit lenken möchte, ist gewiss Vielen von Ihnen schon aus eigener Anschauung bekannt. Sie ist auch (wenigstens bei uns in Sachsen) durchaus keine seltene Krankheit, was schon aus dem Umstande hervorgeht, dass ich selbst in den letzten Jahren ungefähr 20 zu ihr gehörige Fälle gesehen habe. Und trotzdem ist ihr Studium bis jetzt auffallend vernachlässigt worden, so dass das Bewusstsein von ihrer relativen Häufigkeit und der charakteristischen Prägnanz ihrer Symptome noch keineswegs in weitere ärztliche Kreise gedrungen ist. In den meisten neueren, selbst ausführlichen Handbüchern der Nervenkrankheiten oder Kinderkrankheiten werden Sie vergeblich nach einer zusammenhängenden Darstellung der Krankheit suchen und wie häufig man auch einzelne Bemerkungen über hierher gehörige Fälle findet, so sind diese doch stets sehr fragmentarischer Natur. Den meisten Beobachtern scheint offenbar die Deutung des von ihnen Gesehenen Schwierigkeiten gemacht zu haben.

Sie Alle kennen die gewöhnliche spinale acute Kinderlähmung, die acute Poliomyelitis. Es kann jetzt keinem Zweifel mehr unterliegen, dass dieselbe in einem echt entzündlichen Process besteht, der in acuter Weise in der vorderen grauen Substanz des Rückenmarks und deren nächster Umgebung abläuft. Dem acuten Stadium dieser Entzündung entspricht das bekannte Initialstadium der Krankheit, an welches sich dann die nachbleibende atrophische Spinallähmung anschliesst. Letztere ist nur ein Residuum der Krankheit und hängt nicht von weiteren pathologischen Vorgängen ab, sondern entspricht nur dem durch die Krankheit erzeugten Defect, d. h. der im Rückenmark nachbleibenden Narbe.

Die acute Encephalitis der Kinder gleicht in fast allen Einzelheiten ihres Verlaufs vollständig der spinalen Kinderlähmung, natürlich mit den Abweichungen, welche nothwendigerweise durch die verschiedene Localisation des Krankheitsprocesses bedingt sein müssen. Auch die acute Encephalitis befällt fast immer vorher ganz gesunde, oft sogar besonders gut entwickelte und kräftige Kinder. Von 24 Fällen,

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

über welche ich genauere Notizen besitze, trat die Krankheit in 7 Fällen vor Abschluss des ersten Lebensjahres auf, in 8 Fällen bei Kindern im Alter zwischen 1 und 2 Jahren, bei 4 Kindern im Alter zwischen 2 und 3 Jahren. Die übrigen Fälle betrafen noch ältere Kinder, von denen das älteste 6 Jahr alt war. Das jüngste Lebensalter, in welchem die Krankheit auftrat, betrug 4 Wochen.

Eine besondere Ursache zur Erkrankung kann fast niemals mit Sicherheit nachgewiesen werden. Hereditäre Beanlagung zu nervösen Erkrankungen fehlt gewöhnlich. Nur einige Male erfuhr ich, dass andere Geschwister an Krämpfen gelitten hatten. Eine Erkältung als Krankheitsursache wurde in keinem einzigen Falle angegeben. Zwei Mal glaubten dagegen die Eltern ein kurz vorher stattgehabtes Trauma (Fall auf den Kopf) anschuldigen zu können — mit welchem Recht, muss zweifelhaft bleiben. Einmal trat die Krankheit unmittelbar nach Ablauf von Masern, in einem anderen Fall nach Scharlach auf. Ob hier wirklich ein innerer Zusammenhang bestand, muss ebenfalls dahingestellt bleiben.

Die Krankheit selbst beginnt in den meisten Fällen plötzlich mit einem Initialstadium, dessen häufigste Symptome in Fieber, Erbrechen und Convulsionen bestehen. Ueber die Höhe und den Verlauf des Fiebers kann ich nichts Näheres mittheilen, da ich das Initialstadium noch nie selbst beobachtet habe und mich daher nur auf die Angaben der Eltern beziehen kann. Erbrechen ist eben so, wie bei der spinalen Kinderlähmung, jedenfalls ein häufiges Initialsymptom und wohl sicher nicht als gastrisches, sondern als „nervöses Erbrechen“ aufzufassen, also ähnlich, wie etwa das Erbrechen bei der tuberculösen Meningitis. Einige Mal war das Erbrechen mit einem mässigen Durchfall verbunden. Die Convulsionen scheinen eins der constantesten Initialsymptome zu sein; in einigen Fällen fehlten sie aber doch. Meist sind sie aber heftig und allem Anscheine nach mit Bewusstseinsverlust verbunden. Sie erstrecken sich gewöhnlich über den ganzen Körper; nur in einem Falle gaben die Eltern mit Bestimmtheit an, dass sich die Krämpfe nur auf der einen (später gelähmten) Seite gezeigt hätten.

Im Allgemeinen bietet das Initialstadium ziemlich grosse Verschiedenheiten dar. Zuweilen scheint es fast ganz zu fehlen oder ist nur rudimentär entwickelt, besteht z. B. nur in einigen kurzdauernden Krampfanfällen oder in einem einfachen leicht fieberhaften Unwohlsein. In anderen Fällen dauert es 2—3 Tage, zuweilen aber auch länger, 1—2 Wochen oder sogar 1—2 Monate. In den Fällen mit langem Initialstadium handelt es sich meist um stetig wiederkehrende Convulsionen, welche jedenfalls von dem encephalitischen Rindenherd (s. u.) ausgelöst werden und daher nicht mehr als eigentliche Initialerscheinung, sondern schon als Folgesymptom aufzufassen sind.

Erst nach Ablauf des Initialstadiums wird von den Eltern die nachgebliebene, meist ziemlich vollständige Lähmung der einen Körperhälfte bemerkt. Der Zeitpunkt ihres Eintritts lässt sich selten genau bestimmen. Zuweilen ist die Lähmung schon nach dem ersten Krampfanfall da, zuweilen tritt sie auch erst später ein, meist wohl ziemlich plötzlich, seltener allmählich, aber doch stets in rascher Entwicklung. Sobald die Initialsymptome aufhören, also oft schon nach kurzer Zeit, werden die Kinder rasch wieder vollständig munter. Ob auch ein tödtlicher Ausgang des Initialstadiums eintreten kann, ist noch ungewiss. Indessen hege ich schon seit langer Zeit die Vermuthung, ob nicht manche der bekannten Krankheitsfälle, wobei Kinder ziemlich plötzlich unter schweren Gehirnerscheinungen (Krämpfen und dergl.) sterben, das Initialstadium der acuten Encephalitis resp. Poliomyelitis darstellen. Jedenfalls bekommt man die meisten Fälle von cerebraler ebenso, wie von spinaler Kinderlähmung erst dann zur Beobachtung, wenn seit dem Beginne der Erkrankung schon eine geraume Zeit verflossen ist.

Fast niemals scheint die Hemiplegie eine vollständige zu bleiben. Die meisten Kinder lernen, wenn auch auch relativ spät, doch gehen oder fangen es, wenn sie es schon vorher konnten, allmählich wieder von Neuem an. Freilich bleibt der Gang meist humpelnd, da im Bein und namentlich im Peroneus-Gebiet doch eine deutliche Parese nachbleibt, zuweilen auch Contracturen und Verkürzungen eintreten (s. u.). Stärker als das Bein ist gewöhnlich der Arm gelähmt, so dass derselbe oft zu allen feineren Verrichtungen unbrauchbar bleibt. Immerhin ist auch hier die Lähmung fast nie so vollständig, wie z. B. nicht selten bei der Poliomyelitis. Relativ selten findet man das untere Facialisgebiet an der Lähmung betheiligt und dann fast immer auch nur in geringem Grade. Weiterer Erforschung werth scheint mir dagegen das Verhalten der Augenmuskeln zu sein. In mehreren Fällen trat Strabismus auf, welcher sicher vor der Krankheit nicht bestanden hatte.

Ausser hemiplegischen Lähmungen können auch Lähmungen von entschieden monoplegischem Charakter vorkommen: brachio-faciale Monoplegie ohne Betheiligung des Beines und anderseits auch crurale Monoplegien. In manchen Fällen ist auch gar keine eigentliche Lähmung vorhanden; es bleibt nur eine Art Ataxie, ein eigenthümliches Ungeschick bei der Ausführung aller Bewegungen nach.

Die befallenen Extremitäten zeigen oft, wenn auch nicht immer sehr ausgesprochen, einen geringeren Umfang, als die entsprechenden Theile der gesunden Seite. Niemals findet man aber eine eigentliche degenerative Atrophie der Muskeln und demgemäss natürlich auch niemals eine Andeutung elektrischer Entartungsreaction. Sehr auffallend ist dagegen in einigen, wenn auch keineswegs in allen Fällen, eine Wachsthumshemmung der paretischen Extremitäten. Bei Erwachsenen, welche von ihrer Kindheit her eine cerebrale Lähmung haben, ist namentlich die Verkürzung des Armes oft eine recht beträchtliche und beträgt 5—6 Ctm. oder noch mehr.

Bei der Ausführung passiver Bewegungen bemerkt man meist sofort, dass es sich nicht um eine schlaffe Lähmung, wie bei der Poliomyelitis, handelt, sondern dass deutliche Muskelspannungen vorhanden sind. Stärkere Contracturen bilden sich indessen nicht häufig aus. Die Sehnenreflexe sind auf der gelähmten, fast immer auch auf der gesunden Seite beträchtlich gesteigert.

Besonders wichtig sind aber gewisse nachbleibende motorische Reizerscheinungen, weil sie mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den Sitz des Leidens in der Gehirnrinde hinweisen. Zunächst ist hervorzuheben, dass ein nicht geringer Theil der Patienten zeitlebens epileptisch bleibt. In kürzeren oder längeren Zwischenräumen treten auch später epileptische Krämpfe auf, welche wohl ausnahmslos in der gelähmten Seite beginnen, zuweilen auch auf dieselbe beschränkt bleiben und dann ohne Bewusstseinsverlust ablaufen können, häufiger aber sich zu einem ausgebildeten allgemeinen epileptischen Anfall steigern. Es handelt sich dann um eine symptomatische Epilepsie, wie sie bekanntlich nach allen Rindenverletzungen (Narben, Depressionen durch Schädelbrüche und dergl.) auftreten kann.

Noch häufiger als die Epilepsie ist eine in den gelähmten Extremitäten, vorzugsweise in der Hand nachbleibende Athetose. Weitaus die Mehrzahl aller Athetose-Fälle, welche ich beobachtet habe, gehörte zur posthemiplegischen Athetose nach cerebraler Kinderlähmung. Auf die näheren Eigenthümlichkeiten der Athetose brauche ich nicht näher einzugehen: es sind die bekannten relativ langsamen Spreiz-, Streck- und Beugebewegungen der Finger. Je genauer man beobachtet, desto häufiger wird man wenigstens Andeutungen der Athetose finden. Dabei ist bemerkenswerth, dass die Athetose-Bewegungen eine entschiedene Verwandtschaft zu den Mitbewegungen haben. Zuweilen hören sie ganz auf, wenn der Arm ruhig ist, treten aber sofort auf, wenn der Kranke active Bewegungen ausführen will. Charakteristisch sind auch die häufigen Mitbewegungen im paretischen Arm beim Gehen oder Laufen.

Betrifft die Lähmung die rechte Körperseite, so können Sprachstörungen mit ihr verbunden sein. Die Kinder lernen dann erst spät sprechen und ihre Aussprache bleibt undeutlich und unvollkommen. Was das Verhalten der Intelligenz betrifft, so kann dieselbe trotz ausgesprochener Lähmungserscheinungen vollständig normal bleiben. Nicht selten findet man jedoch auch deutliche Intelligenzstörungen. Die Kinder lernen und begreifen schwer und bleiben in einem imbecillen Zustande. Zuweilen scheinen mir damit auch gewisse moralische Defecte verbunden zu sein: die Kinder sind auffallend störrisch und ungehorsam, haben eine grosse Neigung zum Lügen und Verheimlichen und dergl. Doch trifft dies selbstverständlich keineswegs für alle Fälle zu. — Die Sensibilität der betroffenen Seite ist in der Regel nicht erheblich herabgesetzt. Zuweilen erscheint sie ganz normal, zuweilen leicht abgestumpft. Besondere Störungen des Muskelsinns vermochte ich bis jetzt nicht nachzuweisen.

Aus dem Gesagten scheint mir die charakteristische Symptomatologie der Krankheit zur Genüge hervorzugehen. Namentlich ist die Analogie mit der spinalen Kinderlähmung unabweisbar. Beide Krankheiten befallen vorzugsweise vorher gesunde Kinder in den ersten Lebensjahren. Sie zeigen ein acutes Initialstadium, welches sich bei beiden kaum wesentlich von einander unterscheiden lässt. Dann bleibt eine Lähmung nach, welche bei beiden Krankheiten ein Ergriffensein der motorischen Nervengebiete anzeigt: bei der Poliomyelitis eine Affection der vorderen grauen Rückenmarkssubstanz, bei der hemiplegischen Kinderlähmung zweifellos eine Affection des Gehirns. Dadurch sind natürlich gewisse Unterschiede im Verhalten der Lähmung und der Folgeerscheinungen gegeben, welche aber offenbar von dem eigentlichen Wesen der Krankheit unabhängig sind. Immerhin ist es als eine bemerkenswerthe Analogie zu betrachten, dass bei beiden Krankheiten die motorische graue Substanz der Hauptsitz der Erkrankung ist, in dem einen Fall die grauen Vorderhörner, im anderen die entsprechende cerebrale Partie, die Gehirnrinde. Dass

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

letztere in der That der Sitz der Erkrankung bei der in Rede stehenden Form der Hemiplegie ist, dafür sprechen nicht nur die klinischen Erscheinungen (die Vertheilung der Lähmung, die späteren epileptischen Anfälle, die Athetose u. a.), sondern auch eine Anzahl bereits vorliegender Sectionsbefunde. Man findet nämlich in allen hierher gehörigen alten Fällen von cerebraler Kinderlähmung porencephalische Defecte im motorischen Gebiete der Rinde, also vorzugsweise im Gebiete der Centralwindungen und zwar nicht congenitale Porencephalien, welche auf Bildungshemmungen beruhen, sondern solche, welche noch deutlich die Spuren eines entzündlichen Ursprungs zeigen. Es sind dies vollständig eben solche Narben, wie die Schrumpfungen des einen Vorderhorns bei einer abgelaufenen Poliomyelitis. Das acute Stadium der Entzündung ist bisher noch eben so wenig anatomisch beobachtet worden, wie das acute Initialstadium der Poliomyelitis.

Sonach scheint es mir also gerechtfertigt zu sein, die acute Encephalitis der Kinder der acuten Poliomyelitis als ein durchaus nicht selten vorkommendes Analogon an die Seite zu stellen. Ich selbst neige mich sogar sehr zu der Annahme hin, dass beide Krankheiten ihrem Wesen nach nahe verwandt, ja vielleicht sogar identisch sind, in dem Sinne, dass es bei beiden dasselbe (vielleicht infectiöse) Agens ist, welches sich das eine mal in der grauen Substanz des Rückenmarks, das andere mal in der grauen Rinde des Gehirns localisirt. Um diese Verwandtschaft auch in den Namen der Krankheiten auszudrücken, würde es sich empfehlen, die in Rede stehende Form der Hemiplegie als cerebrale Kinderlähmung oder Poliencephalitis acuta zu bezeichnen, im Gegensatz zur spinalen Kinderlähmung oder Poliomyelitis acuta. Die Diagnose der ersteren ist bei genauerer Untersuchung fast immer leicht zu stellen. Doch muss natürlich stets im Auge behalten werden, dass hemiplegische Lähmungen bei Kindern auch aus anderen Ursachen entstehen können.

V. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 20. October 1884.

Vorsitzender: Herr Leyden.
Schriftführer: Herr P. Guttmann.

Das Protocoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

Herr Leyden: Meine Herren! Nach dreimonatlicher Pause versammeln wir uns heute zum ersten Male wieder, um unsere gemeinschaftlichen Arbeiten aufzunehmen. Gestatten Sie mir, dass ich Sie hiermit von dieser Stelle aus willkommen heisse.

Wie gewöhnlich hat Jeder von uns mehr oder weniger die Ferien dazu benutzt, um sich an Geist und Körper zu erfrischen, fern von dem Treiben der Hauptstadt, fern von der angestrengten Arbeit des Berufs. Der beginnende Winter versammelt uns wieder gestärkt und begierig nach neuer Arbeit, und auch hier in unserm Verein gehen wir mit frischen Kräften ans Werk, um durch gegenseitige Anregung und Belehrung, soviel an uns ist, an der steten Fortentwicklung unserer ärztlichen Wissenschaft mitzuarbeiten. Wir dürfen hoffen, dass dieser Winter uns ein ebenso reges Leben bringe, wie es der vorige gethan hat.

Die Zwischenzeit dieser dreimonatlichen Ferien war ungewöhnlich bewegt auf dem Felde der Medicin. Es war keine Pause, wie wohl sonst in dieser Zeit, sondern ein überaus reges Leben. Sie entsinnen sich, dass noch in das Ende des vorigen Semesters, obschon nach dem Schlusse unserer Arbeiten, jene denkwürdige Conferenz im Reichsgesundheitsamt stattfand, in welcher Robert Koch vor einem auserwählten kleinen Kreise ärztlicher Autoritäten seine Entdeckungen und Arbeiten über die Cholera vortrug und daran eine Reihe von Thesen knüpfte, welche der Discussion unterworfen wurden. Diese schon lange mit Ungeduld erwarteten Mittheilungen sind dann mit Windeseile durch ganz Europa, ja durch die ganze gebildete Welt geflogen, nicht allein in den medicinischen, sondern auch in den politischen Zeitungen veröffentlicht und Gegenstand allgemeinen Interesses gewesen. Dasselbe Thema, die Cholera, ist seither, wie Sie ja selbst wissen und empfunden haben, auf der Tagesordnung geblieben. Die Epidemie, welche in Südfrankreich und Italien mit mörderischer Gewalt hauste, hielt nicht allein die Aerzte, sondern das ganze Publicum in Athem, in dem leider nur zu berechtigten Gedanken, dass, wenn wir auch für dieses Jahr verschont blieben, wir doch für das folgende Jahr keine Sicherheit haben. Daher kam es, dass alle Beobachtungen über den Gang der Epidemie, über ihre Pathologie, ihre Ursachen und ihre Therapie mit lebhaftestem Interesse von Aerzten und Laien verschlungen wurden. Die wissenschaftliche Discussion steht jetzt noch im Zenith ihres Interesses. Ich erinnere an die sensationellen Mittheilungen, welche auf der Naturforscherversammlung zu Magdeburg von den Herren Finkler und Prior gemacht sind und welche eine Discussion hervorgerufen haben, deren Abschluss von der nächsten Zeit erwartet werden dürfte.

Ausser dieser, um mich so auszudrücken, lebhaftesten Tagesfrage der Medicin fanden in der Zwischenzeit die beiden grossen ärztlichen Versammlungen statt, welche ebenfalls das ärztliche und das allgemeine Interesse fesselten: der internationale Congress in Kopenhagen und die Naturforscherversammlung in Magdeburg.

Der internationale Congress hat der inneren Medicin etwas Neues gebracht, was uns besonders interessirt, nämlich den Vortrag von Sir William Gull über die Sammelforschung, diejenige Methode, welche unser Verein aufgenommen und gepflegt hat und welche durch den Vortrag des berühmten englischen Arztes in dem allgemeinen Ansehen und Interesse entschieden gehoben ist. In Kopenhagen wurde der Antrag angenommen, diese Sammelforschung zu einem internationalen Unternehmen zu gestalten, und sind die Herren Ewald und Bernhardt, Mitglieder unseres Vereins und unseres Comités zur Sammelforschung, zu Mitgliedern dieses internationalen Comités gewählt worden.

Auch unser Verein hat in der Zwischenzeit nicht geruht, auch wir sind thätig gewesen. Die beiden Commissionen, welche aus diesem Vereine hervorgegangen sind, waren nicht müssig. Das Comité zur Sammelforschung, über dessen Thätigkeit Herr S. Guttmann, als Secretär desselben Ihnen schon mehrfach Bericht erstattet hat, und welches durch die oben erwähnte internationale Erweiterung neue Bedeutung gewonnen, hat inzwischen fleissig gearbeitet. Die erste Serie der Sammlungen ist beendigt, und wir hoffen, Ihnen demnächst den ersten Bericht, welcher etwa 1 Jahr umfasst, gedruckt vorlegen zu dürfen und schmeicheln uns der Hoffnung, dass Sie die Resultate der erledigten Arbeit nicht ganz unwürdig finden werden.

Die Choleracommission, welche in der letzten Sitzung ernannt wurde, ist zweimal zusammengetreten und hat sich der Aufgabe unterzogen, welche ihr hier gestellt wurde, nämlich den Gang der Cholera und alles über die diesjährige Epidemie Veröffentlichte in der Weise zu verfolgen und zu sammeln, wie es für das Interesse des practischen Arztes von Bedeutung ist. Ich hoffe, dass auch diese Commission in nicht zu langer Zeit ihren Bericht wird vorlegen können.

Auch persönliche Ereignisse sind in der Zwischenzeit vorgekommen, die für uns von Bedeutung sind. Das wichtigste und schmerzlichste Ereigniss, welches die medicinische Welt in der Zwischenzeit betroffen hat, und dem ich auch an dieser Stelle wohl einige Worte widmen darf, ist der im August erfolgte Tod des Professor Dr. Julius Cohnheim zu Leipzig. Obwohl er lange krank war und sein Tod nicht unerwartet kam, so wirkte die Trauerkunde doch um nichts weniger erschütternd. Mit Cohnheim hat die medicinische Wissenschaft einen ihrer fruchtbarsten Mitarbeiter verloren. Wenn er auch unserm Vereine nicht angehörte, ja überhaupt in keinem Verhältniss zu demselben stand, wenn er auch nicht zu den Vertretern der innern Medicin gehört hat, so war doch seine Thätigkeit eine so bedeutsame für alle Zweige der Medicin, dass ich wohl glaube, berechtigt zu sein, seiner an dieser Stelle zu gedenken. Es kommt hinzu, dass er Vielen von uns, wie ich voraussetzen darf, nahe gestanden, mit Vielen innig befreundet gewesen ist. Er ist zwar nicht eigentlich ein Berliner Kind, doch seine wissenschaftliche Entwickelung gehört Berlin an und knüpft sich an das pathologische Institut, aus welchem so viele bedeutende Mitarbeiter auf dem Felde der medicinischen Wissenschaft hervorgegangen sind. Noch Vielen wird jene Zeit, die er hier wirkte und sich in seiner ganzen Fruchtbarkeit entfaltete, erinnerlich sein und Viele werden noch die lebhafte Erinnerung an seine wissenschaftliche Bedeutung und seine persönliche Liebenswürdigkeit haben. Ich glaube daher, dem Gefühle der Anwesenden Ausdruck zu geben, wenn ich seiner auch an dieser Stelle gedenke und Sie bitte, zu seinem Andenken sich von den Sitzen zu erheben. (Geschieht) —

Unser Verein selbst hat glücklicher Weise keinen schmerzlichen Verlust zu beklagen. Aber doch steht uns ein Verlust bevor, der uns nicht gleichgültig ist. Der Verlust unsers verehrten Mitgliedes, Professor Hugo Kronecker.

Es wird Ihnen schon bekannt sein, dass er Berlin verlässt, um eine ordentliche Professur für Physiologie in Bern anzunehmen. In einem herzlichen Schreiben hat er von unserm Verein Abschied genommen, ich bitte den Herrn Schriftführer das Schreiben zu verlesen (geschieht). Da der Grund, weshalb Herr Kronecker aus unserm Verein scheidet, ein für ihn erfreulicher ist, so wollen wir unsere Trauer nicht zu sehr in den Vordergrund stellen und wollen ihm Glück wünschen zu seinem neuen Beruf, zu seiner neuen Heimath. Wir wollen wünschen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dass er dort ebenso gute und treue Freunde finde, wie er hier hinterlassen hat, aber dies können wir doch sagen, dass wir ihn mit Bedauern aus unserer Gesellschaft scheiden sehen und dass wir ihm zum aufrichtigen Dank verpflichtet sind für das Interesse, welches er unserm Verein von Anbeginn seines Bestehens an gewidmet hat. Er hat uns durch eine reiche Zahl von Vorträgen und Demonstrationen belehrt und unterhalten, ich erinnere Sie noch an seine letzten bedeutsamen Vorträge, die über das Centrum der Herzbewegung und die Kochsalz-Infusion, welche für die Cholera-Behandlung von Bedeutung zu werden verspricht. Er hatte ein besonderes Verständniss dafür, diejenigen Seiten der Physiologie zu pflegen und an dieser Stelle vorzutragen, welche gerade für uns von Bedeutung sind.

Auch hier darf ich wohl voraussetzen, dass ich Ihrem Gefühl Ausdruck gebe, wenn ich meine, dass wir dem Scheidenden unsern Dank, soweit es unsern Kräften möglich ist, ausdrücken wollen. Ich stelle daher den Antrag Herrn H. Kronecker zum correspondirenden Mitgliede unseres Vereins zu ernennen, und ihm in einem diese Ernennung begleitenden Schreiben unsern Glückwunsch und unsern Dank darzubringen. (Wird angenommen.)

Es bleibt nur noch eine kurze Mittheilung übrig, nämlich dass Herr Dr. Kochs, der Erfinder des Fleischpeptons, über welches ich Ihnen bereits vor einem Jahre berichten konnte, dies Präparat jetzt fabrikmässig dargestellt und in den Handel gebracht hat. Von der darüber verfassten Broschüre hat Herr K. mir eine Reihe von Exemplaren zur Verfügung gestellt, die ich an die Mitglieder dieses Vereins vertheile. Wir gehen nun zur Tagesordnung über.

Herr Lassar: Die hier vorgestellte Patientin wurde durch die Güte des Herrn Collegen Schmid Anfangs September aus dem Augusta-Hospital meiner Klinik hauptsächlich deshalb überwiesen, weil der Gebrauch des in derselben befindlichen Hebra'schen Wasserbettes dringend geboten erschien. Ein grosser Theil der Körperoberfläche, hauptsächlich Stamm, Kreuzgegend, Arme war mit zerfallenden Geschwülsten besetzt. Eine fötide Wundsecretion, hohe Fieber-Temperaturen, grosse Hinfälligkeit und unstillbare Durchfälle liessen den Zustand als einen recht aussichtslosen erscheinen. Die Patientin wurde allmälig, aber ziemlich rasch an den Aufenthalt im Wasserbett gewöhnt und blieb dann meist von früh bis Dunkelwerden im circulirenden Warmwasser. Der Erfolg war zunächst ein ersichtlich erfreulicher. Die bedrohlichen Nebenerscheinungen gingen schon nach wenig Tagen zurück, und die zerfallenden Tumoren neigten sich alsbald der Verheilung zu. Der Appetit hob sich weit genug, um eine roborirende Diät zu gestatten, und der Kräftezustand wuchs von Tag zu Tag.

Sie sehen nun am Gesicht, an den Vorderarmen und Schenkeln das unverkennbare Bild eines chronischen Eczems, und können verfolgen, wie dieses die Grenze bildet zwischen dem Gesunden und einer starren, dicken, derben Infiltration der Haut, die sich theils flächenförmig ausgebreitet hat, zum Theil in der Form von wirklichen Geschwülsten bis zur Grösse eines Apfels aufgetreten ist. Einige wenige dieser Geschwülste sind noch auf der Kuppe ulcerirt. Die meisten zeigen jetzt eine glatte und überhäutete Oberfläche. Eine Anzahl von Knoten, namentlich am Rücken, ist unter unsern Augen verschwunden und hat weissliche, glatte Flecken, hinterlassen. Der grösste Knoten sitzt in der Mamma rechterseits und hat vollständig das Aussehen eines Brustcarcinoms. Ein solches aber hat die mikroskopische Untersuchung nicht ergeben. Vielmehr geht aus den hier aufgestellten — einem unter Aether und Antisepsis excidirten, nicht ulcerirten Geschwulstpartikelchen entnommenen — Schnitten der Geschwulst-Charakter eines typischen Rundzellensarcoms hervor. Wir haben leider bei der Untersuchung sarcomatöser Neugebilde keinerlei histologisches Kriterium dafür, ob es sich um ein wirkliches Sarcom, ob um ein Lymphosarcom oder um eine entzündliche Neubildung, ein Granulom handelt. Dafür muss der ganze klinische Zusammenhang Ausschlag geben und dieser spricht für entzündliche Granulations-Geschwulst. Wir haben im Anschluss an eine vorhergehende eczematöse Dermatitis eine den ganzen Oberkörper bedeckende Entzündungsschicht. Aus dieser wölbt sich eine grosse Anzahl von wuchernden und zum Zerfall, auch wieder zur Verheilung neigenden Knoten hervor.

Es sei noch bemerkt, dass die 40jährige Patientin, früher vollständig gesund, vor zwei Jahren von einem juckenden kreisförmigen Exanthem auf dem Rücken befallen und auf diesen Stellen geschröpft wurde. Seither hat sich unter Fortbestand heftigen Juckens dieses überaus seltene und eigenartige Krankheitsbild entwickelt.

Therapeutisch sind neben dem Wasserbett und einer gegen den eczematösen Hautreiz gerichteten Salicyl-Behandlung in den letzten Wochen auch Arsen-Injectionen zur Verwendung gekommen. Leider liess sich aus diesem Nebeneinander der angewendeten Mittel nicht deutlich ersehen, ob die letzteren von wesentlicher Bedeutung gewesen sind, doch möchte ich ihnen einen nützlichen Einfluss in diesem Fall nicht absprechen. Weniger glücklich war ihr Erfolg in einem von mir an anderm Orte im Frühjahr vorgestellten Spindelsarcom der Haut, wo dreimonatliche Injection resultatlos geblieben ist.

Hier würden wir die Aussicht auf Heilung nicht aufgeben, wenn nicht die Patientin selbst, durch unbezwingliches Heimweh getrieben, die Cur aufzugeben entschlossen wäre.

Herr Köbner: Ich möchte mir die Frage erlauben, ob die zahlreichen Narben am Rücken, welche dafür sprechen, dass ein Theil der Geschwülste ulcerirte, schon bestanden haben, bevor die Arsenik-Injectionen begonnen worden sind. Sie sind zum Theil schon entfärbt, scheinen also älter zu sein, als 8 Wochen. Es ist aber sehr selten, dass Sarcome von dieser Härte und Grösse spontan so vollständig glatt vernarben, wie es hier vielfach am Rücken der Fall ist. Ausserdem möchte ich fragen, ob die ausserordentliche Confluenz dieser Tumoren sehr rasch eingetreten ist, resp. schon bestand, als die Kranke eintrat.

Das Gesammtbild, das sich z. B. am Oberarm und am Halse darbietet, ist sehr abweichend von den Fällen allgemeiner Sarcomatose der Haut, welche ich selbst gesehen und beschrieben habe.

Was die Nutzlosigkeit der Arsenik-Injectionen in einem anderen Geschwulstfalle des Herrn Lassar betrifft, so handelt es sich, glaube ich, um den Fall, den derselbe vor einigen Monaten in der medicinischen Gesellschaft vorgestellt hat, auch unter der Diagnose multipler Haut-Sarcome. Es waren sehr viele, fast am ganzen Körper zerstreute, meistens weiche, zum Theil hautbeutelähnliche Geschwülste, von denen ich nach der Vorstellung erst hörte, dass sie bereits 14 Jahre bestanden hatten. Dieser Umstand, sowie der ganze Habitus derselben liessen mich an der Diagnose des Herrn L. durchaus zweifeln und sie für gewöhnliche Fibromata mollusca halten. Ein Fall von wirklichen allgemeinen Spindelzellsarcomen der Haut bei einem 9jährigen Kinde, den ich selbst vor etwa 3 Jahren der medicinischen Gesellschaft vorstellte, ist bis heute durch Arsen-Injectionen geheilt geblieben. — Endlich möchte ich noch fragen, wie es mit der Sensibilität an diesen confluenten Hautstellen steht. Dieselben machen mir nicht den Eindruck eines blossen chronischen Eczems, sondern von wirklichen Neubildungen, die im Laufe der Zeit so grosse Flächen eingenommen haben.

Herr Lassar: Dem Herrn Vorredner muss es überlassen bleiben, den Fall zu halten, wofür es ihm beliebt. Meine Absicht war, Ihnen einen ungewöhnlichen Symptomencomplex von Eczem, chronischer Hautinfiltration und Tumoren-Bildung von Sarcomstructur vorzuführen, bei dem sich u. A. der Gebrauch des permanenten Wasserbades im Badebett als heilsam erwiesen hat, und daran lässt sich etwas Thatsächliches wohl kaum aussetzen.

Herr Köbner: Ich möchte mir nur die Bemerkung erlauben, dass diese willkürliche Auffassung, ob Sarcome oder nicht, doch bestimmte klinische und pathologisch-anatomische Grenzen hat, insbesondere würde man für die Diagnose Sarcome in dieser enormen Ausdehnung in erster Reihe nach Infiltrationen der zunächst gelegenen Lymphdrüsen fragen müssen.

Herr Lassar: Rückgreifend auf meine ersten Bemerkungen mag nur noch betont werden, dass der Fall von Hautsarcomen, den ich vor einiger Zeit in der medicinischen Gesellschaft vorstellte, Spindelzellen-, der hier gegenwärtige aber Rundzellenstructur zeigt.

Herr Zuntz hält sodann seinen angekündigten Vortrag über die Ursachen des Meteorismus.

Dr. Tacke hat im Laboratorium des Vortragenden Untersuchungen über die Ausscheidungswege der Darmgase gemacht, aus denen hervorgeht, dass dieselben im Wesentlichen nicht, wie bisher wohl allgemein angenommen wird, in Form von Ructus und Flatus den Körper verlassen, sondern vom Blute resorbirt und durch die Lungen exhalirt werden. Tacke hat die Art und Weise der Untersuchung in seiner vor kurzem erschienenen Inauguraldissertation ausführlich beschrieben. Auf dem Rücken aufgebundene Kaninchen wurden mit der hinteren Körperhälfte in ein passend temperirtes Bad versenkt. Eine mit Wasser gefüllte Trichterröhre hing derart über der Oeffnung des Anus, dass alle aus ihm entleerten Gase sich in ihr sammeln mussten. Durch eine Trachealfistel athmete das Thier an dem vom Vortragenden mehrfach beschriebenen Respirationsapparat.[1]) In dem 600—1200cc fassenden Hohlraum dieses Apparates sammelten sich, soweit sie mit der Exspirationsluft ausgeschieden wurden, die Producte der im Darmcanale ablaufenden Fermentationen. Wir wissen, dass diese Gährungsprocesse Kohlensäure, Wasserstoff und Sumpfgas in wechselnden Mengen liefern; nur letztere beiden Gase sind quantitativ bestimmbar, da die aus dem Darme stammende Kohlensäure nicht zu trennen ist von den viel grösseren Mengen desselben Gases, welche dem Stoffwechsel der Gewebe entstammen.

Die Versuche ergaben, dass in 3 Fällen während einer Versuchsdauer von 3 bis 8 Stunden überhaupt per anum kein Gas entleert wurde, während durch die Respiration Mengen von 12,4, 25,1, 93,7cc Wasserstoff und Kohlenwasserstoff ausgeschieden wurden. In drei anderen Fällen entleerten sich

aus dem After 2,1cc Gas, durch die Lungen 16,7cc Wasserstoff und Grubengas,

aus dem After 3,8cc Gas, durch die Lungen 5,4cc Wasserstoff und Grubengas,

[1]) Vgl. Wolfers, Pflüger's Arch. Bd. 32 und Zuntz du Bois-Reymond's Arch. f. Physiologie 1884 S. 380.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aus dem After 30,0cc Gas, durch die Lungen 103,5cc Wasserstoff und Grubengas.

Da nun die Bedingungen der Aufnahme ins Blut für Kohlensäure noch sehr viel günstiger sind als für die brennbaren Gase, muss auch die erstere in viel grösseren Mengen aus dem Darmcanale resorbirt und durch die Lungen ausgeschieden werden. Im Ganzen werden wir mit der Annahme nicht irren, dass durch die Lungen wenigstens 10—20 mal mehr Darmgase gehen als durch den Anus. —

Bei der stetigen aber mit der Art der Nahrung und den Zuständen der Verdauung in ihren Mengen wechselnden Gasentwicklung im Darmcanale wird sowohl vermehrte Bildung, wie gehemmte Ausscheidung von Gasen zu Meteorismus führen können. — Diese gehemmte Ausscheidung kann aber nicht, wie man bisher angenommen hatte, durch mangelhafte Peristaltik bewirkt werden, dagegen muss sie im Gefolge jeder ernsteren Circulationsstörung sich bemerkbar machen. Dieser Anschauung entspricht das Auftreten von Meteorismus in Collapszuständen, in fieberhaften Krankheiten mit darniederliegender Circulation, bei Peritonitis und Puerperalprocessen, namentlich aber bei allen acuten und chronischen Behinderungen des Pfortaderkreislaufs. —

Die Richtigkeit der entwickelten Aetiologie des Meteorismus hat Vortragender noch durch eine experimentelle Untersuchung ad hoc dargethan.

Mit Hülfe eines an anderer Stelle zugleich mit genauerer Darlegung der Versuchsdaten zu beschreibenden einfachen Apparates wurde das Leibesvolum, dessen Wechsel ja bei fehlender Nahrungsaufnahme und Excretion wesentlich durch die Darmgase bedingt ist, stetig gemessen. Es ergab sich, dass Unterbindung des Mastdarms nur dann zu Meteorismus führt, wenn die Operation zu Entzündung und damit zu Circulationsstörung Anlass gegeben hat. Dagegen bewirkte sowohl örtliche Störung der Darmcirculation, durch Unterbindung der betreffenden Arterien, wie Schädigung des gesammten Kreislaufs durch tiefe Narcose des Versuchsthieres rasche Zunahme des Volumens. —

Zum Schlusse macht Vortragender darauf aufmerksam, dass offenbar mit derselben Leichtigkeit, mit der die Gase aus dem Darmrohre ins Blut wandern, sie auch den umgekehrten Weg einschlagen werden, wenn ihre Spannung im Blute eine höhere ist. Dies gilt in erster Linie vom Sauerstoff, der stetig aus dem Blute nach dem Darmcanale wandern muss, wo er durch die bei den Gährungsprocessen entstehenden reducirenden Substanzen verbraucht wird. Da nascirender Wasserstoff den Sauerstoff momentan bindet, kann letzterer sich nicht anhäufen, wo Wasserstoff im Ueberschuss entsteht; dagegen wird in den Darmwandungen stets eine gewisse, wenn auch niedrige Sauerstoffspannung bestehen. Ich erwähne dies im Hinblick auf die Erörterung dieses Punktes bei der neulich im Reichsgesundheitsamte abgehaltenen Choleraconferenz. —

Herr A. Fränkel: Den Klinikern ist schon seit geraumer Zeit bekannt, dass die Gasanhäufung resp. der Meteorismus nicht blos von der Quantität der producirten Gase und deren Abgang durch den After abhängt, sondern dass auf den Meteorismus noch ein anderer Factor von Einfluss ist. Herr Zuntz führt den Meteorismus wesentlich auf eine Circulationsstörung der Unterleibsorgane und die dadurch bedingte Aenderung in der Diffusion der Darmgase zurück. Ich wundere mich, dass er einen andern Factor nicht in Betracht gezogen hat, nämlich den Druck, unter dem die Darmgase stehen. Wir beobachten bekanntlich zwei ganz verschiedene Zustände der Gasverhältnisse am Darm, nämlich einmal Meteorismus und wiederum in einer andern Reihe von Fällen das Gegentheil von Meteorismus, d. h. eng zusammengezogene Därme mit vermindertem Gasgehalt. Den Meteorismus finden wir im Grossen und Ganzen bei vielen fieberhaften Krankheiten, am ausgesprochensten bei Ileotyphus und Peritonitis; das sind Zustände, bei denen wir annehmen, dass es sich um lähmungsartige Schwäche der Circularfasern handelt. Eng contrahirte Därme und in Folge hiervon kahnförmige Einziehung des Abdomens kommt in typischer Weise namentlich bei Meningitis tuberculosa basilaris vor. Wenn Herr Zuntz sagt, dass die Circulationsstörungen von wesentlichem Einfluss sind, so trifft das jedenfalls nicht für Meningitis zu. Niemand wird behaupten, dass bei solchen Patienten, wo die Herzaction schwach, die Arterienspannung ausserordentlich gering ist, die Verhältnisse für die Resorption der Darmgase besonders günstig sind. Solche Patienten bekommen wir häufig zur Section in einem Zustande, wo der Darm so eng contrahirt ist, dass er auf $^1/_4$ oder $^1/_6$ seines Volumens zusammengezogen ist. Vom klinischen Standpunkt hat man diese Zustände dadurch zu erklären gesucht, dass es ein Centrum im Rückenmark geben muss für die Innervation der circularen Fasern, welches seinen Sitz vielleicht in der Medulla oblongata hat. Ich möchte fragen, welche Ansicht Herr Zuntz diesen Erfahrungen gegenüber vertritt?

Herr Litten: Die hochinteressanten Mittheilungen des Herrn Vortragenden weichen nach so vielfachen Richtungen hin von unsern gang und geben Vorstellungen, welche wir uns auf Grund klinischer Beobachtungen über die Ursachen des Meteorismus gebildet haben, ab, dass wir uns diesen veränderten Anschauungen erst allmählich werden anbequemen müssen, wobei ja naturgemäss eine Menge einzelner Thatsachen ihre Berücksichtigung und Erklärung werden finden müssen. Ich möchte mir daher erlauben, einige Fragen an den Herrn Vortragenden zu richten. Zunächst handelt es sich um die von dem Herrn Vortragenden selbst erwähnte Cholera. Es giebt wohl kaum eine Krankheit, bei welcher die Circulationsverhältnisse ungünstiger sind, der allgemeine Blutdruck mehr herabsinkt, als bei der Cholera, speciell im Stadium algidum derselben. Trotzdem ist mir kein Fall aus meiner eigenen Erfahrung bekannt, obwohl ich während einer grösseren Epidemie als Hospitalsarzt thätig war, bei welchem Meteorismus aufgetreten wäre. Natürlich hätte dies auf Grund der eben vorgetragenen, durch die Versuche festgestellten Thatsachen der Fall sein müssen, da bei freier Durchgangspassage durch den Darm die Resorption der Darm-Gase und deren Abdünstung durch die Lungen, in Folge des enorm gesunkenen Blutdruckes ausserordentlich erschwert sein muss. Es soll diese Frage kein Einwand gegen die Richtigkeit des Experiments sein, sondern ich möchte nur Aufklärung darüber erbitten, um zu sehen, wie weit die Thierversuche im Stande sind, scheinbare klinische Einwände zu erklären. Eins der wichtigsten Experimente für die Richtigkeit der vorgetragenen Anschauungen war der Cardinal-Versuch, bei welchem der Mastdarm innerhalb der Bauchhöhle unterbunden wurde. Trotzdem hier bei die Passage für die Darm-Gase absolut aufgehoben war, trat kein Meteorismus auf, weil durch den Versuch die Circulationsverhältnisse nach Angabe des Herrn Vortragenden derart waren, dass das gesammte Gas resorbirt und durch die Lungen abgedünstet wurde. Mir ist nun, selbstverständlich die Thatsache voll und ganz zugegeben, dabei nicht recht verständlich, wie die Circulationsverhältnisse sich so ganz normal haben gestalten können, denn ich habe bei eigenen Versuchen, bei welchen ich aus andern Gründen den Dickdarm innerhalb der Bauchhöhle habe unterbinden müssen, neben Oedemen der Darmwände starke venöse Injection desselben bekommen, die jedenfalls eine normale Resorption im hohen Grade verhindern mussten und so wichtig dieser Versuch ist, so wenig muss ich sagen, stimmt er mit meinen eigenen Versuchen, vorausgesetzt, dass man die Beobachtung eine Anzahl von Stunden über die Ligatur des Darmes hinaus ausdehnt.

Dann möchte ich mir erlauben, noch eine Thatsache anzuführen, die mir auch dagegen zu sprechen scheint, dass die gehinderte Resorption der Darm-Gase eine Hauptursache des Meteorismus sei. Dies sind meine eigenen Versuche über die Unterbindung der Arteria meseraica superior. Hier wird bekanntlich, da die Arteria meseraica sup. nach meinen Untersuchungen als Endarterie anzusehen ist, und von einer Circulation im Darm nach Unterbindung desselben absolut keine Rede sein kann, jede Spur von Resorption der Darmgase im physiologischen Sinne definitiv ausgeschlossen. Trotzdem trat in keinem der zahlreichen Versuche, wobei ich in 40 Fällen an Kaninchen und Hunden den Stamm der Arterie, unmittelbar nach dessen Abgang aus der Aorta unterband, ein nennenswerther Meteorismus des Darmes auf, obwohl der Darminhalt in intensivster Weise der Gährung und Fäulniss anheimfiel. Ein solches Resultat aber wäre nach den vorgetragenen Anschauungen schwer zu verstehen, wenn die Resorption der Darm-Gase und deren Abdünstung durch die Lungen den Hauptfactor für die Fortschaffung der im Darm gebildeten Gase zu bilden berufen wäre. Endlich bitte ich den Herrn Vortragenden, mir noch eine Thatsache zu erklären, welche gewissermaassen auch noch in das von ihm berührte Gebiet gehört. Wenn man Hunden das Abdomen durch Schnitt eröffnet, um irgend welche Versuche in der Bauchhöhle vorzunehmen, so wölbt sich der Darm, selbst bei Hunden, die man vorher 1—2 Tage hat hungern lassen, fast ausnahmslos enorm vor, so dass man die grösste Mühe hat, die Darmschlingen wieder in die Bauchhöhle zu reponiren; ja unter Umständen wirkt die Bauchpresse so gewaltig, dass die Resorption überhaupt nicht gelingt. Die Dünndarmschlingen werden dabei sehr häufig bis zum Kaliber der dicksten Dickdarmschlingen ausgedehnt. Ich möchte nun vom Herrn Vortragenden seine Ansicht darüber erbitten, ob er diese Thatsache, von deren Richtigkeit ich mich bei Hunden sehr häufig zu überzeugen Gelegenheit hatte, auch durch die in Folge der Operation gestörte oder vielmehr gänzlich aufgehobene Resorptionsmöglichkeit erklärt. —

Herr Leyden: Wenn es der Herr Vortragende erlaubt, möchte ich auch noch einige Bemerkungen hinzufügen und zunächst eine Frage an ihn richten, die nicht in ganz directem Zusammenhange mit dem Vortrage steht, nämlich ob im Darm eine Art Respiration stattfindet, d. h. Sauerstoff, wenn viel vorhanden ist, resorbirt und Kohlensäure ausgeschieden wird? Sodann möchte ich eine Bemerkung machen über die angeführten Beispiele des Meteorismus bei Darmstenosen. Die Verhältnisse liegen dabei wohl etwas complicirt. Im Allgemeinen tritt allerdings nach Darmstenose Meteorismus oberhalb der Stenose ein und die Herren Aerzte werden mir wohl darin Recht geben, dass wir die Stenose vielfach aus dem bleibenden Meteorismus diagnosticiren. Dieser Meteorismus entsteht offenbar auf complicirte Weise. Am Leichtesten entwickelt er sich im Dünndarm, während dagegen eine Stenose im Dickdarm nicht ohne Weiteres zum Meteorismus führt. Der Grund liegt wohl zum grössten Theil in der Ausdehnung des oberhalb der Stenose gelegenen Darms, theils durch den angesammelten Inhalt, welcher nicht fortgeführt werden kann, theils durch die Gasbildung, welche durch Gährung des stagnirenden Darminhaltes geschieht. Endlich gestatte ich mir noch ein paar ergänzende Bemerkungen über das Verhältniss der Nerven, welches Herr A. Fränkel bereits berührt hat. Die Bemerkungen desselben sind unstreitig richtig. Es ist meines Erachtens unzweifelhaft, dass die Füllung des Darms nicht allein vom Gaswechsel abhängt, sondern auch von nervösen Elementen. Es handelt sich dabei, wie Herr Fränkel uns schon auseinander gesetzt hat, theils um einen Einfluss von Nerven und Nerven-Centren auf die Contraction oder wie ich lieber sagen möchte, auf den Tonus der Därme. Die Beispiele, welche Herr Fränkel angeführt hat, lassen sich noch vermehren. Namentlich will ich noch an die Bleikolik erinnern. Dann möchte ich noch einige andere Beispiele erwähnen, welche den nervösen Einfluss documentiren und nicht blos von dem Gasaustausch abhängig sein können. Ich habe hier im Sinne den Meteorismus, welchen wir namentlich bei Hysterischen sehen oder besser unter dem Einfluss von Veränderungen der nervösen Erregbarkeit bei Frauen. Es werden Ihnen wohl Beispiele bekannt sein, wo Frauen ziemlich regelmässig vor der Menstruation einen starken Leib bekommen, der nachher wieder verschwindet. Dann giebt es wieder Zustände von Contraction des Darmes, z. B. nervöse Diarrhöen, wo Auftreibung und Contraction der Därme ganz schnell, fast plötzlich wechseln,

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

was doch nur durch veränderten Tonus der Darmmusculatur erklärlich ist. Endlich interessirt mich noch ein Punkt, den auch der Herr Vortragende schon berührt hat, nämlich die Entwickelung von Meteorismus beim Collaps. Bei fieberhaften Krankheiten aller Art sehen wir nicht selten sub finem einen starken Meteorismus sich entwickeln. Es interessirt mich sehr, von dem Herrn Vortragenden zu hören, dass er auch bei Thieren diesen Meteorismus gesehen hat. Derselbe ist wohl nicht schwer zu deuten durch den Nachlass des Tonus im Collaps, wie wir etwas Ähnliches auch an den quergezeichneten Muskelfasern finden und auch an der Musculatur des Herzens sehen. Ich erinnere hier nur an die Thatsache und ihrer pathologischen sowie prognostischen Bedeutung und will von jeder Erklärung darüber absehee, ob sie die Folge des Collapses an sich, d. h. der herabgesunkenen Energie der Circulation oder die Folge eines im Blute circulirenden Giftes ist, welches die Gesammtheit der Collapserscheinungen bewirkt; auch darüber, ob diese Atonie von der Musculatur oder von den Nerven ausgeht, möchte ich keine Meinung äussern, nur den Zusammenhang mit dem Collaps hervorheben, wie er durch die klinische Beobachtung erkannt und durch die eben mitgetheilten Untersuchungen des Herrn Zuntz auch experimentell beobachtet ist.

Herr Weyl: Gestatten Sie auch einem Theoretiker, dass er aus Wissbegierde 2 Fragen stellt. Die eine lautet: Ist vielleicht der Versuch gemacht, das Verschwinden des Sumpfgases im überlebenden Blut nachzuweisen? Zweitens: Könnte man event. die Zuckerausscheidung, welche man bei Dyspnoetischen bisweilen beobachtet, zurückführen auf eine Resorption des Sumpfgases; wenn man nämlich Sumpfgas oxydirt, wird daraus zuletzt Kohlensäure. Wenn man aber die Oxydation nicht soweit gehen lässt, entsteht unter anderen Producten Aldehyd und es ist nicht unwahrscheinlich, dass die Kohlenhydrate dadurch, dass sich mehrere einzelne Aldehyd-Moleküle zusammenlegen, entstehen. Es deuten darauf einige Versuche hin.

Herr Leyden: Wenn ich auch eine Frage wagen darf, so ist es die, ob auch eine Resorption von Schwefelwasserstoff vom Darm aus stattfindet und dessen Ausscheidung durch Lungen und Harn geschehen kann. Ich erinnere daran, dass Schwefelwasserstoff-Geruch des Harns öfter beobachtet worden ist.

Herr Zuntz. Zunächst möchte ich Herrn Fränkel antworten. Dass ich selbstverständlich den Meteorismus nicht nur ableite von einer gestörten Aufsaugung der im Darmcanal gebildeten Gase, sondern dass ebenso wichtig die Bildung dieser Gase selbst ist. Bei Meningitis findet eine sehr beschränkte Nahrungs-Aufnahme statt. Es fehlt fast nie das Erbrechen, welches Massen aus dem Magen wegschafft und die Folge haben muss, dass in den Dünndarm äusserst wenig gährungsfähiges Material kommt, demgemäss also sehr wenig Gas gebildet wird. Da ferner die Resorption nicht in besonderer Weise gestört ist, versteht man leicht, dass es nicht zu Meteorismus kommen kann.

Uebrigens gebe ich gern zu, dass die Spannungsverhältnisse der Darmwandung ebenfalls von wesentlichem Einfluss sind, insofern, als bei stark gespanntem Darmrohr die Gase die Neigung haben werden, sich weiter zu bewegen, es also nicht zu Stagnation in dem Maasse kommen kann, wie bei träger Darmmusculatur. Aber dagegen möche ich mich verwahren, dass man aus der blossen Pression der Gase durch die Musculatur des Darms die Resorption derselben ableiten kann. Dafür erhöht dieselbe den die Diffusion regelnden Partialdruck in zu unbedeutendem Maasse. — In etwas wird immerhin diese erhöhte Pression sowohl auf Beschleunigung der Resorption der Gährungsgase, wie auf Erschwerung des Eintritts der Blutgase namentlich des Stickstoffs in den Darm einwirken. —

Herr Litten hat das Fehlen des Meteorismus bei Cholera hervorgehoben: Bei Cholera wird der ganze Darminhalt mit grosser Geschwindigkeit entleert. Es ist nichts mehr da, was gähren könnte. Es findet also keine Gasbildung mehr statt und wo diese fehlt, ist selbstverständlich keine Circulationsstörung mehr im Stande Meteorismus zu erzeugen. — Dann meint Herr Litten, dass die Folge von Darmunterbindung Oedem sei. Das muss wohl nur unter bestimmten Verhältnissen der Fall sein. Ich habe jedenfalls nur ausnahmsweise Oedem der Darmwandungen an den Unterbindungsstellen gesehen.

Was die Frage der Unterbindung ohne Vorfallen der Gedärme betrifft, so gelang dieselbe leicht in der Aether-Narcose, ohne dass nur eine einzige Darmschlinge ausserhalb der Bauchhöhle gelagert wurde.

Ich gestehe, dass die Schwierigkeiten bei Hunden viel eher eintreten werden, da bei diesen die Bauchpresse so viel kräftiger ist. —

Dann fragt Herr Leyden, ob man im Darme eine Respiration annehmen könne. Das ist unzweifelhaft der Fall. Es ist bekannt, dass es Fischarten giebt, bei denen der Darm einen wesentlichen Theil der Athmung ausmacht. Natürlich wird auch im Darmkanal des Menschen Respirationsprocess stattfinden. Es ist nachgewiesen, dass verschluckter Sauerstoff in dem oberen Theile des Darmkanals nach und nach verschwindet, dass sich Stickstoff aus dem Blut den Darmgasen beimengt. Warum speciell Stenosen des Dünndarms Meteorismus erzeugen, glaube ich, an der Hand gewisser Beobachtungen von Salkowski erklären zu können. Derselbe hat gezeigt, dass bei Verschluss des Dünndarms, nicht des Dickdarms sehr intensive Fäulnissprocesse im Darm ablaufen, entsprechend wird auch die Gasbildung im erstern Falle viel intensiver sein.

Den Meteorismus bei Hysterischen zu erklären, wird man wohl auf mannigfaltige Momente sein Augenmerk richten müssen. Soviel ich weiss, hat Eichhorst darauf aufmerksam gemacht, dass verschluckte Luft vom Magen in den Darm gelangen kann. Dieser Weg ist bei dem häufigen Luftschlucken Hysterischer naheliegend. Was das Auftreten des Meteorismus bei Frauen vor der Regel betrifft, so dürfte es sich doch wohl aus leichten Circulationsstörungen innerhalb der Unterleibshöhle am Naturgemässesten erklären.

Was endlich die Frage des Herrn Weyl betrifft, so habe ich das Verschwinden von Sumpfgas im überlebenden Blut nicht untersucht, dagegen hat Herr Tacke die Frage vorgenommen, ob Wasserstoff, wenn er in grösseren Mengen im Blute circulirt, oxydirt werde. Leider kann ich über diesen Punkt Definitives nicht sagen, da die hierauf bezüglichen Versuchsprotocolle des Herrn Tacke bei einer Feuersbrunst vernichtet worden sind. —

Ueber den Einfluss von Kohlenwasserstoff auf die Zucker-Ausscheidung kann ich absolut nichts sagen.

Dass der Schwefelwasserstoff des Darms durch Resorption in das Blut und auch den Harn übergehen kann, unterliegt wohl keinem Zweifel. Schon Claude Bernard hat nachgewiesen, dass dieses Gas auch in der Exspirationsluft nachweisbar wird, wenn man grössere Mengen per rectum einführt.

VI. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 22. October 1884.

Vorsitzender: Herr Henoch, später Herr Bardeleben.

1. Herr Gluck theilt einen Fall eines Fremdkörpers im Rectum mit. Derselbe bestand in einem 25 cm langen Quirl, welchen der Patient infolge eines ehelichen Zwistes selbst in das Rectum eingeführt hatte. Ziehen an dem, einen cm herausragenden Stiel Seitens der Angehörigen hatte keinen Erfolg. Jeder Extractionsversuch hatte heftige Contractionen des Sphincter zur Folge. Es gelang, in tiefer Narcose, mit der Hand einzugehen, den Fremdkörper aus der Schleimhaut des Darms loszulösen und zu entwickeln. Dann wurde eine Darmausspülung vorgenommen, das Rectum tamponirt; die Heilung erfolgte ohne weitere Störung. Die starken Contractionen des Sphincter waren für den Kranken lebensrettend, weil ohne dieselben bei den vor der Ankunft des Arztes vorgenommenen Extractionsversuchen wahrscheinlich Zerreissung des Darms eingetreten wäre.

2. Herr Grawitz: Ueber Entwicklung der Nierentumoren aus abgesprengtem Nebennieren-Gewebe.

Herr Grawitz theilte s. Z. gelegentlich des XIII. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (S. d. Wochenschr. No. 22 S. 345) seine Untersuchungen in Betreff der Entwickelung der Geschwülste der Niere aus abgesprengtem Nebennieren-Gewebe mit. Er fand häufig innerhalb der Nierensubstanz solche abgesprengte Stückchen, deren Structur deutlich ihr Herstammen aus dem Gewebe der Nebenniere erkennen liess. Herr G. hatte damals die Behauptung aufgestellt, dass sich aus diesen abgesprengten Stücken Tumoren entwickeln. Von anderer Seite ist inzwischen diese Entstehungsweise bestritten worden.

Nun hatte Herr G. in neuester Zeit Gelegenheit, einen aus dem Augusta-Hospital stammenden Fall zu präpariren, in welchem in der Niere eine Geschwulst steckte, welche makroskopisch wie mikroskopisch genau das Bild eines Nebennieren-Tumors darbot, der in der Niere eingefügt war, und den Herr G. für eine wirkliche aus Nebennieren-Gewebe bestehende Struma ansprechen zu müssen glaubt. Weiter bekam Herr G. vor einigen Tagen einen Fall zur Section, der einen wirklichen Uebergang eines solchen abgesprengten Keimes in die atypische Wucherung darbot und somit das bisher fehlende letzte Requisit für die Richtigkeit der von Herrn G. s. Z. aufgestellten Behauptung bildet. In der einen Niere fand sich ein einfacher kleiner gelber Fleck, der mikroskopisch die reguläre Bildung des Nebennierengewebes ergab. In der andern Niere sah man, wie in einer längeren Zone sich die von Herrn G. s. Z. beschriebenen Schläuche befanden und darunter ein regulärer, aus verfetteten Schläuchen bestehender Knoten auftrat. Hiermit scheint der Beweis von der Entwicklung der Nierentumoren aus sochen abgesprengten Nebennieren-Stückchen thatsächlich erbracht.

Herr G. verwahrt sich jedoch ausdrücklich dagegen, als wolle er die Behauptung aufstellen, dass jede Geschwulst, die man in der Niere findet, auf diese Weise entstanden sein müsse, namentlich als wolle er etwa die blossen Fibrome der Niere auf diese Weise erklären.

3. Herr Henoch macht Mittheilungen über die in der Kinderstation der Charité i. J. 1882 und 1883 beobachteten Diphtherie-Epidemien. Es wurden in diesen beiden Jahren 319 Fälle in die Station aufgenommen, dieselben betreffen nur Fälle echter infectiöser Diphtherie im Sinne H.'s. Ausgeschlossen sind alle Fälle von Scharlachdiphteritis und von idiopathischem Croup. Ferner betrifft die Statistik nur Fälle aus der stationären Klinik.

Von den 319 Fällen betrafen 216, also ca. $^2/_3$, das 2.—6., 25 das 1., 47 das 7. und 8. Lebensjahr, dann kommt ein rascher Abfall, das 12. und 13. Lebensjahr sind u. a. nur mit je einem Fall vertreten.

Von den 319 Fällen hatten 208, also etwa $^2/_3$, tödtlichen Ausgang, und zwar war die Mortalität am stärksten in den drei ersten Lebensjahren. Von 118 Fällen, welche die drei ersten Lebensjahre betrafen, sind nur 17 Fälle durchgekommen. Diese ausserordentlich ungünstigen Mortalitätsverhältnisse sind wohl theils darauf zurückzuführen, dass die Epidemien von 1882/83 überhaupt sehr bösartig auftraten. Dann muss das sehr schlechte Material, welches der Charité zugeführt wird, in Betracht gezogen werden.

Endlich aber spielen auch die ungünstigen Verhältnisse eine

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

grosse Rolle, welche auf der Kinderstation der Charité herrschen. Erstens sind die Räumlichkeiten viel zu klein, zweitens aber ist es bei den jetzt bestehenden Einrichtungen nicht möglich, die einzelnen Infectionskrankheiten gehörig von einander zu isoliren.

Von den 319 Fällen endeten 145 mit Croup; von den 174 Fällen, die ohne Croup blieben, starben 79, von den 145 dagegen 129. Von den 145 Croupfällen wurden 7 nicht operirt, welche alle starben. Von den 138 operirten wurden 16, also nur etwa 11,5 Proc. durch die Operation geheilt. Herr H. erkennt nur eine Contraindication für die Operation an, d. i. die Gegenwart sehr bedeutender infectiöser Symptome, die ja bei den diphtherischen Croupfällen nicht häufig vorkommen.

Die Todesursachen nach der Operation waren fast immer entzündliche Lungenaffectionen. Für besonders wichtig für die Prognose hält Herr H. die Inspirationsziffer nach der Operation. Eine Erhöhung derselben an dem Tage der Operation oder einem der nächsten Tage giebt eine ungünstigere Prognose als hohes Fieber oder selbst dendritischer Auswurf. Mehrere Kinder gingen an dem gewöhnlichen diphtheritischen Collaps zu Grunde, drei Fälle wurden erysipelatös, in drei Fällen traten Convulsionen auf, welche die Kinder hinrafften. Der Todestag lag am häufigsten zwischen dem zweiten und vierten nach der Operation.

Die mehrfach beschriebenen Ausschläge bei Diphtherie hat Herr H. nur in sehr seltenen Fällen beobachtet. Wo Adenitis auftrat, unterschied sie sich von der bei Scharlach auftretenden Drüsenschwellung dadurch, dass nur in 7 Fällen eine Eiterung, aber niemals eine Verjauchung der Drüsen eintrat. Gelenkanschwellungen hat Herr H. nicht gesehen, und dasselbe gilt von der viel besprochenen Endocarditis.

Seine früher ausgesprochene Ansicht, dass die Albuminurie von keiner Bedeutung für die Prognose der Diphtherie sei, hat Herr H. geändert. Die Nephritis bei Diphtherie unterscheidet sich von der scarlatinösen Form dadurch, dass das Auftreten von Oedemen ein selteneres ist. Die bei Scharlach häufige Urämie kommt ebenfalls sehr selten vor.

Was die Therapie anlangt, so kann Herr H. leider über keinerlei günstige Erfolge mit neueren Mitteln, die von anderer Seite empfohlen wurden, berichten. Ueber die Anwendung des Pilocarpin sind wohl die Acten bereits geschlossen. Sublimat, das wegen seiner antibacteriellen Wirkung wohl des Versuches werth erschien, wurde sowohl äusserlich wie subcutan angewandt, ohne Erfolg. Dasselbe war der Fall mit dem Arsenik. Auch mit Papayotin wurden eine Reihe von Versuchen gemacht. Kohts, welcher das Mittel neuerdings wieder empfahl, schliesst seine Arbeit mit dem Ausspruch, dass das Mittel in allen Fällen wirkt, welche sich durch eine Auflagerung auf den Mandeln charakterisiren, dagegen wirkungslos ist in Fällen, welche eine tiefere Infiltration darbieten. Herr H. hat dies bestätigt gefunden, aber damit ist auch der Werth des Mittels auf Null reducirt, denn wir wissen längst, dass fast alle Fälle mit einer lockeren Auflagerung gutartig sind. Ganz dieselbe Wirkung, die hier das Papayotin äussert, haben auch andere Mittel, Pepsin etc.

VII. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung am 18. März 1884.

Vorsitzender: Herr Bülau.
Schriftführer: Herr Rautenberg.

Herr Fraenkel stellt einen Fall von Geschwulst des Larynx vor, welcher wegen des Charakters der Geschwulst einerseits und der Art der Entfernung desselben andererseits interessant ist. Die häufigsten Geschwulstformen im Larynx sind nach Redner die Papillome, dann die Fibrome, die übrigen Formen sind selten. Der vorgelegte Tumor ist eine Cyste; derselbe wurde nicht per vias naturales, sondern nach Eröffnung der Trachea durch die Tracheotomiewunde entfernt. Bei Tumoren unterhalb der Glottis ist nach Redner unter besonderen Umständen davon abzusehen, die Exstirpation intralaryngeal vorzunehmen und statt dessen extralaryngeal zu operiren; in dem gegebenen Falle war die letztere Art bedingt durch mehrfache Erstickungsanfälle des Patienten.

Der 32jährige Kranke litt seit seiner Schulzeit an Heiserkeit, die allmählich in vollständige Aphonie überging, seit Ende des vorigen Jahres ist derselbe in Redners Behandlung.

Redner hat zweimal ohne Erfolg den Versuch gemacht per vias naturales den Tumor zu entfernen und sich erst dann zur Tracheotomie entschlossen. Die gewöhnlichen Operationsmethoden sind die Laryngotomia superior, die Thyreotomie und die Cricotracheotomie, Redner hat keine derselben gewählt, sondern durch eine reine Tracheotomie den Tumor entfernt. Die Operation fand statt vor genau 2 Monaten. Nachdem durch die Tracheotomiewunde stumpfe Haken mit den freien Enden nach oben eingeführt waren, und der Kehlkopf um eine horizontale Axe nach vorn und oben rotirt war, wurde zuerst der Versuch gemacht unter continuirlicher Anwendung des Reflectors mittelst der Schlinge den Tumor zu entfernen, doch wurde nur der Cysteninhalt entleert; die Entfernung der Cystenwandungen gelang dann mittelst einer Kornzange. Nach der Operation hat Patient seine Stimme wieder erhalten, doch ist dieselbe von einer gewissen Rauhigkeit begleitet. Dieses rührt wahrscheinlich davon her, dass der Stumpf des Tumors zurückgeblieben ist; man sieht noch jetzt bei stärkerer Phonation einen Zipf unter der Glottis flottiren, doch ist derselbe in der letzten Zeit schon bedeutend geschrumpft.

Das vorgezeigte Präparat zeigt eine zusammengefallene etwa klein-kirschengrosse Cyste mit derben Wandungen. Eine genauere Untersuchung derselben hat Redner noch nicht gemacht, um das Präparat zwecks Demonstrationen möglichst zu schonen.

Herr Schede demonstrirt ein kindskopfgrosses Uterusmyom, das bei einer 45jährigen Patientin exstirpirt wurde. Ungünstiger Verlauf der Operation. Die Patientin kam wegen Uterinblutungen in Behandlung.

Man fand einen fast bis zum Nabel reichenden sehr beweglichen Uterustumor; die Diagnose wurde auf Myoma uteri gestellt. Am 26. Februar wurde die Operation ausgeführt, bei derselben fand sich neben dem ersten Tumor ein zweiter mit demselben zusammenhängender, der im kleinen Becken eingekeilt war.

Der Verlauf der Operation war ungünstig; es stellte sich sofort nach derselben Meteorismus, Erbrechen und Leibschmerzen ein, der Puls war nur mässig schnell und leidlich kräftig. Der Stuhlgang blieb aus, trotz Verabreichung von Calomel. Am 2. März erfolgte zuerst fäculentes Erbrechen. Die Untersuchung bot jetzt das Bild, wie das von Herrn Curschmann für einen Volvulus des S romanum angegebene.

Es wurde daher von Neuem eine Laparotomie gemacht, Peritoneum und Dünndarmschlingen waren frei von peritonitischen Erscheinungen, die Dünndarmschlingen waren stark durch Gas aufgetrieben, der Dickdarm zusammengefallen. In der Nähe des Coecum fand sich eine fixirte Schlinge, welche während der Operation zurückschlüpfte und daher nicht genau bestimmt werden konnte. Es wurde noch der aufgeblähte Darm an verschiedenen Stellen mittelst Pravazscher Spritzen punctirt, doch blieb dieser Versuch erfolglos: Darmperistaltik und Stuhlgang erfolgten nicht.

12 Stunden nach der Operation trat der Exitus letalis ein. Bei der am folgenden Tage ausgeführten Section fand sich die Spitze des Processus vermiformis an der Bauchwand angewachsen, auf diese Weise war ein Ring gebildet, in welcher die betreffende Darmschlinge eingeklemmt gewesen und aus welcher während der Operation dieselbe spontan herausgeschlüpft war. Trotz der Ausschaltung des Hindernisses hatte der Darm in Folge der starken Aufblähung nicht wieder functioniren können.

Herr Simmonds spricht hierauf über eitrige Brustfellentzündung im Kindesalter. Empyeme seien im Kindesalter verhältnissmässig häufiger als bei Erwachsenen. Bei letzteren seien nur circa 5% der exsudativen Pleuriten, bei ersteren fast 40% eitriger Natur. Der Grund sei theils darin zu suchen, dass der kindliche Organismus auf Schädlichkeiten intensiver reagire, theils in dem häufigeren Vorkommen eines Theils der Schädlichkeiten, der acuten Infectionskrankheiten. Von diesen kommt in erster Linie Scharlach, seltener Masern in Betracht. Den häufigsten Ausgangspunkt für Empyeme bilden Pneumonien, sowohl lobuläre wie lobäre.

In seltenen Fällen treten Empyeme ganz selbständig auf.

Die Häufigkeit der Krankheitsfälle steigt bis zum vierten Lebensjahre und fällt von hier bis zur Pubertät ab, Knaben erkranken häufiger als Mädchen. Die Prognose sei, wenn man grössere Listen operirter und nicht operirter Fälle zusammenstelle schlecht, die Mortalität betrage dann über 50%. Das beruhe auf dem häufigen Vorhandensein von Complicationen besonders von Tuberculose oder Nephritis. In unkomplicirten Fällen und bei normal entwickelten Kindern sei bei geeigneter Therapie die Prognose durchaus günstig. Auch Spontanheilungen kommen öfter nach Perforation in die Lungen vor, wie der Vortragende an zwei von ihm behandelten Fällen zeigt. Ungünstiger sei der Verlauf nach Perforation durch die Thoraxwand. Die Diagnose des Empyems biete bei Kindern oft Schwierigkeiten. Simmonds empfiehlt daher aufs Dringendste in allen zweifelhaften Fällen die Probepunktion auszuführen. In der Behandlung kommt in erster Linie die Eröffnung der Eiterhöhle in Betracht, selbst bei beginnender Phthisis, bei schwereren chronischen Erkrankungen dürfe mit der Operation nicht gezaudert werden, nur bei bestehender Communication mit den Luftwegen müsse man erst abwarten, ob nicht spontan Heilung ein-

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

tritt. Von den empfohlenen Operationsmethoden sei die einfache Aspiration zu verwerfen. Sie liefere in vereinzelten Fällen gute Resultate, in der überwiegenden Mehrzahl schade sie durch Verzögerung der Radicaloperation. Bessere Resultate liefere die Punction mit Drainage, Schnittoperation und besonders die Rippenresection. Ausserordentlich günstige Erfolge hat Simmonds mit der von Bülau angegebenen permanenten Aspirationsdrainage in 12 Fällen von Empyem bei Kindern erzielt. Drei Kinder starben an Complicationen unabhängig von dem operativen Eingriff, in den übrigen Fällen betrug die Heilungsdauer im Durchschnitt 4—5 Wochen. Bei jauchiger Pleuritis wurde die Aspirationsdrainage zweimal ausgeführt, einmal mit Erfolg, das andere Mal ohne Erfolg — es musste nachträglich resecirt werden. Die Bülau'sche Methode bestehe darin, dass man einen circa 6mm weiten Troikart einsteche durch die Canüle einen dicken Nélaton'schen Katheter in die Pleurahöhle einschiebe, und nach Entfernung der Canüle durch Watte und Collodium fixire, dieser Katheter wird durch einen langen Schlauch in Borwasser abgeleitet, so dass das Exsudat permanent abfliessen kann, ohne dass Luft in die durch unter negativem Druck stehende Pleurahöhle gelangen könne.

Zur Discussion über den Vortrag meldet sich Niemand zum Worte.

Schluss der Sitzung $9\frac{1}{4}$ Uhr.

VIII. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Magdeburg 18.—23. September 1884.

Sectionssitzungen.

6.

Aus der Section für innere Medicin.

Ref. Seeligmüller-Halle.

Prof. Adolph Strümpell: Ueber die acute Encephalitis der Kinder (Poliencephalitis acuta, cerebrale Kinderlähmung). Siehe diese No. pag. 714.

Bei der Discussion bemerkt Prof. Seeligmüller-Halle, dass ausgesprochene Facialislähmung selten, Asymmetrie der Gesichtshälften häufig beobachtet werde. Der gelähmte Arm wird öfter beim Gehen wie ein Steuerruder nach hinten gestreckt, wobei die Finger sich athetoseartig bewegen. S. räth mit der Diagnose der Rinden-Encephalitis vorsichtig zu sein. In einem Falle, den er selbst autoptisch untersuchte, war die weisse Substanz der Hemisphäre ebenso stark von der Sclerose ergriffen wie die graue. In demselben Falle waren ausserdem auch primäre Heerderkrankungen im Rückenmark zu constatiren, so dass er vermuthet, die acute Encephalitis könne sich mit diffuser Myelitis der grauen Vordersäulen combiniren. Für diese Ansicht spricht auch die Beobachtung, dass in vereinzelten Fällen von Poliomyelitis einzelne Gehirnnerven, namentlich der Facialis mitgelähmt werden. Schliesslich wolle er hervorheben, dass Hemiplegie in Folge von Encephalitis bei Kindern jedenfalls viel seltener sei als die in Folge von solitären Tuberkeln.

Prof. Berger-Breslau stimmt dem Vorredner in Bezug auf die klinische Schilderung, wie in Bezug auf die Diagnose der Rinden-Encephalitis bei. Ausser Athetose hat er auch die von Westphal beschriebene „identische Mitbewegung" gesehen. Die Atrophie der Muskeln und Knochen ist oft sehr auffallend, doch wird die elektrische Prüfung stets entscheiden. Die Krämpfe bei Encephalitis unterscheiden sich von den bei Poliomyelitis 1) durch ihr constantes Auftreten und 2) durch ihre lange Dauer und grosse Heftigkeit.

Geh.-Rath Wagner-Leipzig fand in einem Falle Encephalitis mit anschliessender Erweichung der 3. Stirn- und der Centralwindungen.

Prof. Strümpell hebt bezüglich der Diagnose noch einmal hervor, dass die diffusen Sclerosen des Gehirns bei Kindern auch ihm klinisch und anatomisch bekannt sind. Dieselben haben aber einen allmählichen Beginn und verlaufen langsam progressiv.

IX. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

IX.

Verhandlungen in den Sectionen.

(Originalbericht.)

7. Section für Ophthalmologie.

(Schluss.)

II. Refractionsbestimmungen.

1. H. Schmidt-Rimpler: Ueber ophthalmoskopische Refractionsbestimmung. Die ophthalmoskopische Refractionsbestimmung hat sowohl als objective Methode der Untersuchung, die uns von den Angaben der Patienten unabhängig macht, als auch nicht minder deshalb eine grosse Bedeutung, weil bei ihr die abnorme Accommodationsspannung, wie wir sie bei latenter Hyperopie und in einer Reihe von Myopiefällen finden, schwindet. Man muss, um über letztere Frage ins Klare zu kommen, den eigentlichen Accommodationskrampf, wie er typisch nach Eserin eintritt, sonst aber nur selten beobachtet wird, trennen von der erwähnten abnormen Accommodationsspannung. Letztere findet sich in einem grossen Procentsatz bei jugendlichen Hyperopen und in einem geringeren — vielleicht 10—20% — bei Myopen. Diese abnorme Accommodationsspannung löst sich bei entsprechenden Vorsichtsmaassregeln (Dunkelzimmer, Blick in die Ferne etc.), während der eigentliche Accommodationskrampf dies nicht thut, und es wäre auch etwas viel verlangt, den Augenspiegel als krampfhebendes Mittel anwenden zu wollen. Beachtenswerth ist, dass man bei weitem nicht immer durch einmalige Atropin-Instillation die abnorme Accomodationsspannung löst, also nicht denselben Grad der Refractionsherabsetzung wie bei der ophthalmoskopischen Bestimmung erhält. Eine weitere Frage ist die, ob die Umgebung der Pap. optica dieselbe Refraction zeigt wie die der Macula lutea. Es ist dies durchaus nicht in allen Fällen zutreffend, und zwar sind es nicht nur die höchsten Grade der Ametropie, welche eine Ausnahme machen; auch bei geringeren Anomalien kommen diese Abweichungen vor. Beispielsweise habe ich bei einer M. 2,0, nach subjectiver Angabe des Patienten bestimmt, dicht über der Papilla optica M. 5,0 gefunden; in einem andern Falle auf der Macula H. 1,0, während neben der Papilla optica Emmetropie bestand. Bei einer M. 5,0 ergab die Bestimmung neben der Papilla optica (an der macularen Seite derselben) M. 10,0. Hingegen kommen andere Fälle hochgradiger M. (bis zu 10,0) vor, wo gar keine Differenz vorhanden ist; es sind dies in der Regel Augen, wo der Conus fehlt oder sehr schwach ist. Auch sind die Fälle beachtenswerth, wo in Folge sehr durchscheinender gerade central sitzender Hornhauttheilchen Refractionsdifferenzen vorhanden sind. — In der Mehrzahl der Fälle besteht allerdings keine ins Gewicht fallende Verschiedenheit zwischen der Refraction neben der Papilla und der auf der Macula. Immerhin aber wird die ophthalmoskopische Refractionsbestimmung vorzuziehen sein, welche die Macula lutea als Bestimmungsobject zu nehmen gestattet. —

Bezüglich der Methoden der ophthalmoskopischen Refractionsbestimmung können wir solche unterscheiden, die eine ungefähre Bestimmung gestatten, und solche, die eine exacte erlauben. Zu den ersteren gehört unter andern auch die Cuignet'sche Pupilloscopie. Redner hat versucht sie zu einer exacteren Bestimmung zu befähigen. Setzt man nämlich an das Auge, etwa mit meinem Apparate, eine Convexlinse 10,0, so erhält man ein umgekehrtes Bild des Augenhintergrundes. Geht man nun mit einem Planspiegel entsprechend weit ab, etwa 40 cm, so werden bei den Seitwärtsbewegungen des Spiegels die bekannten Schatten in der Pupille auftreten. Wenn man unter dieser Bewegung mit dem Spiegel immer mehr der Linse sich nähert, so muss in dem Moment, wo der Spiegel sich an der Stelle des umgekehrten Bildes befindet, der Schatten eine entgegengesetzte Lage zeigen. Man braucht nur die Entfernung dieser Stelle von der Convexlinse zu messen, um die Refraction zu haben. Doch ist es nicht gelungen, mit ausreichender Genauigkeit die betreffende Stelle feststellen zu können, weil die Schatten- und Lichtvertheilung nicht scharf genug hervortrat. — —

Auch die Burchardt'sche Methode (vgl. Hirschberg Centralblatt für Augenheilk. 1883) leidet, abgesehen von der Unmöglichkeit, sie schnell genug in der Praxis zu üben, an einem principiellen Fehler, darin bestehend, dass die Undeutlichkeit des Retinabildes (von den beleuchteten Buchstaben) einmal zwar davon abhängen kann, dass die Buchstaben sich nicht scharf genug auf der Retina abbilden — hier würde die Verschiebung der die Buchstaben zeigenden Tafel helfen —, zweitens aber auch davon, dass der Untersucher nicht genau auf das Netzhautbild eingestellt ist. — Er wird um letzteres auszuschliessen, sich die verschiedensten corrigirenden Gläser hinter seinen Spiegel legen müssen, dann aber bestimmt er viel einfacher gleich im aufrechten Bilde die Refraction. Allerdings ist als Vorzug der Methode anzuerkennen, dass der Untersucher keine Kenntniss seiner Accommodation zu haben braucht. In diesem Sinne stellt sich dieselbe als eine Modification der Schmidt-Rimpler'schen Methode dar. —

Als concurrenzfähig für schnelle und genügend genaue Bestimmung der Refraction kann Anders nur die Methode der Benutzung des aufrechten Bildes und die seinige mit Benutzung des umgekehrten Bildes betrachten. Was die Genauigkeit betrifft, so stehen sie gleich. Wenn es auch in einer Reihe von Fällen mit beiden Methoden gelingt, absolut genau zu bestimmen, so werden im Durchschnitt die Fehler bis zu 1,0 schwanken. In einzelnen Fällen betragen sie mehr, besonders bei hochgradiger Ametropie; hier aber steht meine Methode der im aufrechten Bilde voran.

Wenn man beide Methoden im Einzelnen vergleicht, so ergiebt sich Folgendes: 1) bei der Benutzung des aufrechten Bildes muss die Accommodation der Untersucher erschlafft oder wenigstens bekannt sein, bei der des umgekehrten ist dies nicht nöthig. Viele Untersucher können ihre A. nicht erschlaffen; häufig tritt sogar im Laufe der Untersuchung bei sonst geübten Ophthalmoskopikern eine Accommodationsspannung (Klein hat an sich bis über 2,0 constatirt) ein. Am leichtesten können wohl mittel- oder hochgradige Myopen resp. auch Presbyopen die Methode der Refractionsbestimmung im aufrechten Bilde ausführen. 2) Es ist nicht leicht das Maximum der Schärfe des ophthalmoskopischen Bildes der Gefässe oben festzustellen; viel leichter geht das mit meinem Gitterwerk. Besonders schwierig ist es im aufrechten Bilde bei unwillkürlichen Augenbewegungen der Patienten; bei Nystagmus ist es fast unmöglich. Selbst uns giebt S.-R.'s Methode befriedigende Resultate. 3) Die höchsten Grade der Myopie lassen sich im aufrechten Bilde nicht bestimmen; selbst die höheren Grade sind bei enger Pupille sehr schwer festzustellen. Diese Fälle bieten für die Methode im umgekehrten Bilde keine Schwierigkeiten. 4) Regelmässiger Astigmatismus lässt sich nach letzterer Methode dem Grade nach gut bestimmen. Allerdings spielt ohne Atropinisirung die Accommodation des Patienten wie bei der subjectiven Untersuchung eine Rolle. Unregelmässiger A. tritt sofort hervor. 5) Die Annäherung an den Patienten kann bisweilen so unangenehm sein (bei Ozaena beispielsweise), dass die Bestimmung der Refraction im aufrechten Bilde unmöglich wird. 6) Die Bestimmung der Refraction auf der Macula — und das ist die Hauptsache! — ist nur mit S.-R.'s Methode möglich. Selbst ohne Atropinisirung gelingt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

es durch Abgehen mit dem Spiegel annähernde Bestimmungen zu machen.

Nach steht hingegen letztere Methode in den Fällen der Bestimmung im aufrechten Bilde, wo ausgeprägtere Hornhauttrübungen vorhanden sind; hier trete das Gitterbild nicht scharf genug auf der Retina hervor. Man erhält mit dem aufrechten Bilde eine mehr genügende Refractionsbestimmung. Ebenso kommen gelegentlich Fälle an abnormer Pigmentirung der Choroidea vor, bei der sich das Gitterbild nicht scharf abhebt. —

Auf einige Punkte, die bei Benutzung des umgekehrten Bildes zu beachten sind, wies Redner noch hin: 1) der angewandte Concav-Spiegel muss scharfe Bilder entwerfen; sehr viele Ophthalmoskope sind schlecht geschliffen; 2) die Convexlinse muss factisch die Brennweite (10,0) haben; 3) man muss an dem Refractionsbestimmer genau messen und ein etwaiges Zurückschnappen des Bandes in Betracht ziehen; 4) das leuchtende Gitterwerk, das Auge des Patienten und des Untersuchers müssen in einer möglichst horizontalen Ebene sein. Die von dem Gitterwerk kommenden Strahlen dürfen nicht zu schräg auf den Spiegel fallen. 5) Der Untersucher muss eine gewisse Accommodationsbreite haben. Bei einem Concav-Spiegel von 20 cm Hauptbrennweite ist der Spielraum, in welchem die bei den höchsten Ametropie-Graden erforderlichen Bestimmungen fallen, etwa zwischen 18—40 cm.

Irgend welche Berechnungen sind unter Benutzung der Convexlinse 10,0 unnöthig. Ist das Bild 10 cm von der Linse entfernt, so besteht E. jeder Centimeter Differenz ergiebt 1 Dioptrie Ametropie; beispielsweise bei 9 cm besteht M. 1,0; bei 11 cm Hyperopie 1,0.

Unter Beachtung der hervorgehobenen Punkte wird bei einiger Uebung ein Jeder zum Ziele kommen. Principiell aber ist nach dem Dargelegten die Methode der Refractionsbestimmung im umgekehrten Bilde der im aufrechten vorzuziehen.

In der sich anschliessenden Discussion stimmte Hansen Grut dem Redner darin bei, dass die Genauigkeit der Refractionsbestimmung im aufrechten Bilde oft überschätzt würde; er wollte sogar als Genauigkeitsgrenzen 2.0 setzen. Sattler, der sich ebenfalls zu vergleichenden Bestimmungen der S.-R.-Methode mit Vortheil bediente, glaubte, dass man im aufrechten Bilde meist bis auf $^1/_2$ D. bestimmen könne, wenn man nicht die Netzhautgefässe, sondern das gestippte Choroideal-Pigmente als Object der Bestimmung nehme. Schmidt-Rimpler leugnet nicht, dass dies ebenso wie eine vollkommen richtige Refractionsbestimmung häufig möglich sei — und zwar mit beiden Methoden —, nur als für alle Fälle zutreffend kann er diese Genauigkeit nicht zugeben; speciell wächst die Ungenauigkeit der Refractionsbestimmung im aufrechten Bilde mit dem Grade der Ametropie.

2) Seggel (München): Ueber Anisometropie im Allgemeinen und als Uebergangsstadium zur Myopie.

Aus sehr zahlreichen Untersuchungen, die an Soldaten und in Schulen über Anisometropie angestellt wurden, ergeben sich folgende Daten und Schlüsse:

Das rechte Auge hat ungleich häufiger den höheren Reflectionszustand und zwar im Verhältniss 6 : 5 zum linken bei H. des einen oder beider Augen, im Verhältniss 5 : 3 bei M. des einen oder beider Augen und im Verhältniss 3 : 2 bei Anisometropie überhaupt.

Da ferner

1. das Vorkommen von Anisometropie bei den verschiedenen Categorien sich proportional verhält zur Häufigkeit der Myopie,
2. die geringeren Refractionsdifferenzen zwischen beiden Augen vorwiegend erworben, nur die hochgradigen Differenzen mit meist einseitiger Ametropie sicher angeboren sind,
3. periodische Augenuntersuchungen bei Schülern, welche die Prävalenz des rechten Auges über das linke im Verhältniss von 5 : 3 auch bei erworbener myopischer Anisometropie in völliger Uebereinstimmung bestätigen, nicht nur solche erworbene Anisometropie nachweisen, sondern uns auch den Uebergang von vorübergehender Anisometropie in isometrische Myopie constatiren lassen,

erscheint der Nachweis erbracht, dass myopische Anisometropie recht häufig das Uebergangsstadium vom emmetropischen zum myopischen oder höhergradig myopischen Brechzustande bildet und die Entstehung der Myopie durchaus nicht so häufig eine auf beiden Augen gleichmässige, sondern sicherlich ebenso oft eine ungleichmässige ist und zwar in der Weise, dass vorzugsweise das rechte Auge (7 : 3) mit der Refractionserhöhung vorangeht.

3) Bjerrum (Kopenhagen): Ueber die Refraction bei Neugeborenen.

Zuerst muss ich bemerken, dass es nicht ganz richtig ist, die statistische Berechnung nach der Anzahl der untersuchten Augen zu machen, man muss mit Individuen, nicht mit Augen rechnen. Es ereignet sich recht häufig, dass wegen Unruhe und dergl. nur ein Auge untersucht werden kann, und da beide Augen fast immer dieselbe Refraction haben, kann dieses ein fehlerhaftes statistisches Resultat veranlassen. —

Meine Untersuchungen fanden im königlichen Gebärhaus und Pflegeanstalt statt.

Die Kinder wurden 1—2 Stunden vor der Untersuchung atropinisirt, die erste Hälfte ungefähr mit einer $^1/_4$ proc., die zweite Hälfte mit einer $^1/_2$ proc. Lösung, ohne dass dadurch ein Unterschied im Resultate wahrgenommen wurde. Die Pupille wurde hierdurch nur mässig erweitert, niemals sah ich eine maximale Erweiterung wie bei älteren Kindern und Erwachsenen. Die Augenlider wurden durch die Finger vorsichtig getrennt ohne den Bulbus zu drücken. Die Refraction wurde nach der Deutlichkeit der Gefässe dicht neben und auf dem Rande der Papille bestimmt.

Besonders hervorzuheben ist, dass bei 10 Kindern die Refraction bestimmt wurde ausser von mir zugleich auch von Dr. Krenchel; es war gar kein wesentlicher Unterschied zwischen unseren Resultaten. —

Die Untersuchung ist im Ganzen schwierig, mitunter unmöglich; immer ist viele Geduld nothwendig. —

Die untersuchten 87 Kinder waren im Alter von 7 Stunden bis 14 Tagen. —

Hypermetropie 4 D. und darüber fand ich bei ungefähr der Hälfte, nämlich bei 44 (von diesen doch nur bei 6 H. 5 bis 8 D.).

Hypermetropie ungefähr 2 D. bei 17, — im Ganzen also H. bei 61 von 87. —

Emmetropie (wozu auch H. 1 op. M. 1 gerechnet wurde) ist bei 23 notirt.

Myopie ungefähr 3 D. ist bei einem notirt; — Myopie < 2 D. ist bei zwei Kindern notirt.

Die Anzahl der Hypermetropen und die Grade ihrer Hypermetropie finde ich also ungefähr wie Schleich, oder doch nur wenig kleiner.

Während weder er noch die zwei anderen der letzteren Untersucher myopische Refraction gefunden haben, habe ich in einzelnen Fällen eine solche gefunden, in einem Falle in nicht ganz geringem Grade. Conus war in diesen Fällen nicht zugegen. —

Die Bemerkung Königstein's von einer im Allgemeinen höheren Refraction bei den Frühgeburten habe ich bei 10 Frühgeburten nicht bestätigen können. —

Bei 39 der Mütter habe ich die Refraction bestimmt. Es scheint mir nämlich von einigem Interesse zu untersuchen, ob und in welcher Ausdehnung ein Abhängigkeitsverhältniss zwischen dem Refractionszustande der Mutter und dem des neugeborenen Kindes nachgewiesen werden könnte. Die Zahlen sind zu klein um überhaupt allgemeine Schlüsse zu erlauben. Die Kinder hatten im Ganzen ganz ähnliche Refractionsverhältnisse wie die untersuchten Kinder überhaupt. Die Mütter waren durchgehend emmetropisch; wenige hatten H. 2—4 D., einzelne M. 2—6 D.

Von den Einzelheiten werde ich nur hervorheben, dass bei einem 13 Tage alten Kind und dessen Mutter ein sehr ausgeprägter hypermetropischer Astigmatismus gefunden wurde. Eine Mutter mit Myopie 6 D. hatte ein Kind mit H. 4 D. —

Eine grössere Reihe Untersuchungen dieser Art wird unzweifelhaft Aufklärungen von Interesse geben könne.

Ueber die Verhältnisse des Augenhintergrundes bei Neugeborenen erlaube ich mir zum Schluss ein Paar kurze Bemerkungen zu machen. —

Die Farbe der Papille der Neugeborenen finde ich wie Jäger und Königstein beinahe immer mehr bläulich-graulich oder -weisslich als bei Anderen. Vielleicht ist es nicht überflüssig dieses in Fällen von Amblyopie oder Amaurose zu erinnern, die sich bei ganz kleinen Kindern vorfinden. Freilich werden doch diese Kinder etwas älter sein als die hier besprochenen. —

Die Peripherie des Augengrundes ist bei allen Kindern, welche ich in dieser Beziehung untersuchte, von eigenthümlichem Aussehen gewesen. Sie war nämlich immer hellgrau, gar nicht roth, und die Gefässe sahen sehr dunkel aus. Das Aussehen war in beiden Beziehungen ganz wie bei vielen Netzhautablösungen. —

Netzhautblutungen sah ich bei zwei Kindern in beiden Netzhäuten. Beide Kinder waren nur einen Tag alt, das eine ein Knabe, das andere ein Mädchen. In beiden Fällen natürlicher, ziemlich schneller Geburtsverlauf; beide Kinder reif geboren, ziemlich gross. Besonders bei dem Mädchen waren die Hämorrhagien zahlreich, namentlich am rechten Auge; grösstentheils waren sie sehr hellroth, rund; viele hatten in ihrer Mitte einen kleinen weissen Punkt; viele sassen dicht an der Papille, hier von ziemlich unregelmässiger Form, andere weit in der Peripherie, wo die Netzhaut grau erscheint; hier waren sie alle regelmässig rund, ihr Diameter ungefähr die Hälfte des Papillendiameters oder etwas mehr, — mit weissem Punkt in der Mitte, — einige an einem kleinen Gefässe sitzend; die hellrothen Flecke an der grauen Retina brachten ein ganz eigenthümliches ophthalmoskopisches Bild hervor. — Ausser den erwähnten Hämorrhagien von sehr hellem Aussehen fand sich auch ein Paar von tiefrother — Beim Knaben fanden sich nur vereinzelte Hämorrhagien. In der linken Netzhaut wurden nur einzelne weisse Punkte gesehen, zum Theil ohne dass es möglich war eine entsprechende Hämorrhagie Blutfarbe, also von dem gewöhnlichen Aussehen frischer Hämorrhagien abzugrenzen; sehr genau war die Untersuchung doch nicht wegen Unruhe des Kindes. —

Die Bedeutung der weissen Punkte in der Mitte von Netzhauthämorrhagien scheint nicht ganz festgestellt zu sein. In dieser Beziehung oder in Beziehung auf die Pathogenese der Blutungen hat das oben genannte Befund bei nur einen Tag alten Kindern vielleicht einiges Interesse. —

III. Untersuchung der Eisenbahn-Beamten und Seeleute auf Farbenblindheit und Sehschärfe.

Ueber obiges Thema sprechen Redact (Paris) und Libbrecht (Gent). Ersterer hatte unter den Eisenbahnbeamten 2 Proc. Farbenblinde, letzterer über 11000 Personen, von denen 3000 Eisenbahnbeamte und Seeleute neuerdings untersucht wurden, 2,60 bis 2,65 Proc. Daltonisten. Libbrecht (Gent) spricht sich für die Holmgren'sche Wollenprobe aus; so waren von 15 Daltonisten (durch die Wollenprobe als solche erkannt) sechs im Stande die Stilling'schen Proben zu lesen. (Ob L. wohl gute Vorlagen gehabt hat? Ref. ist öfter das Umgekehrte vorgekommen.) Ein Antrag Libbrechts auf Erwählung einer Commission mit dem Auftrage, die beste Methode zur Untersuchung auf Farbenblindheit festzustellen, wird abgelehnt.

IV. Latentes Schielen, besonders latente Divergenzen.

1) Hansen Grut: Latente Divergenz ist weder Parese noch Muskelschwäche (Insufficienz der R. interni). Ebensowenig kann Uebergewicht der Externi als besondere Kraftvermehrung angeschuldigt werden. Die latente Divergenz beruht auf Defect der Convergenzimpulse. Das Verhältniss zwischen Convergenz und Accommodation bedingt hauptsächlich die latente Stellung des verdeckten Auges. Es ist daher bei Prüfungen auf genaue Festhaltung der Accommodation zu achten. Oft ermöglicht auch die Fusionstendenz trotz latenter Divergenz die Einstellung. Im Uebrigen ist die Häufigkeit der musculären Asthenopie sehr übertrieben worden. Divergenzen unter 16° geben höchst ausnahmsweise Veranlassung zu ihrem Auftreten. Die Operation ist nur zulässig bei grösserer latenter

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Divergenz in absoluter Ruhestellung; sie ist zu verwerfen, sobald durch dieselbe eine convergente absolut Ruhestellung herbeigeführt würde, selbst wenn letztere durch facultative Abduction auszugleichen wäre. —

Im Anschluss hieran berichten wir über folgenden Vortrag.

2) Henry Noyes (New-York). Asthenopie aus Insufficienz der R. externi.

Bisher ist der Insufficienz der R. externi nur geringe Aufmerksamkeit gewidmet worden und doch giebt sie häufig Anlass zur Asthenopie. Man muss die Prüfung für die Entfernung, in der gewöhnlich die Nahebeschäftigung stattfindet, und für die Ferne anstellen mit dem v. Graefe'schen Gleichgewichts-Versuch bei der Fixation (Prisma, Basis nach unten vor ein Auge). Da der Accommodations-Impuls von Einfluss auf die Convergenz der Sehachsen ist, wird erst unter Benutzung derselben die Einstellung und die Muskelkraft bestimmt und dann nach Ausschluss derselben durch Atropin; hier tritt dann die eventuelle Muskelschwäche hervor.

83 Fälle von Asthenopie mit Insufficienz der R. externi wurden genauer untersucht, unter diesen waren 65 mit Accommodationskrampf (28 H., 14 E., 15 As., 8 M.): letztrer wird veranlasst durch die Schwäche der Externi. Bei der Behandlung spielt Atropinisirung und Gläser-Correction die Hauptrolle. Hilft dies nichts, so mussten Prismen (Basis nach Aussen) getragen werden. Eine Schiel-Operation war nur 5 mal erforderlich; durch sie erfolgte in 4 Fällen Heilung. Im Ganzen wurden von 65 Patienten, über welche Notizen vorhanden sind, 34 Proc. geheilt und 54 Proc. gebessert.

3) Boucheron (Paris): Ueber Atropinisirung im Beginn des Strabismus convergens.

Boucheron empfiehlt von neuem die Atropinisirung zur Heilung des convergirenden Schielens. Sie ist aber nur ganz im Anfang, so lange das Schielen noch periodisch auftritt, von Nutzen. Hier heilt es eine Anzahl von Fällen. Die Myotica geben ebenfalls günstige Resultste, aber nicht in dem Grade wie die Mydriatica. (Viele Ophthalmologen haben von beiden keinen Erfolg gesehen.)

V. Crystalllinse.

1) Ed. Meyer (Paris): Ueber künstliche Reifung des Staares.

Wenn die Verhältnisse die Operation eines unreifen Altersstaares bedingen, ist vorher die Reifung künstlich zu bewirken. Das beste Verfahren hierzu ist die Massage der Crystalllinse durch die Cornea nach Herauslassen des Kammerwassers (Förster). Es bedarf nicht der Iridectomie, auch nach einfacher Punction lässt sich die Massage anstellen.

Magawly (Petersburg) rühmt ebenfalls das Verfahren. Mooren hat es so geübt, dass er nach der Iridectomie mit dem Daviel'schen Löffel in die vordere Kammer eingeht und die Linse direct massirt. Doch hält er die Methode für weniger sicher, als die frühere erst zu iridectomiren und nach der Heilung die Kapsel einzuschneiden.

Jung (Breslau) macht die Massage nicht durch Druck mit Instrumenten auf die Cornea, sondern mittelst des Fingers durch die geschlossenen Lider.

2) Michel (Würzburg) hat über die chemische Zusammensetzung der Crystalllinse im normalen und pathologischen Zustande Untersuchungen angestellt. Ebenso berichtet er über Temperatur-Messungen, die auf thermo-elektrischem Wege an Kaninchen-Augen (in der vorderen Kammer, im Glaskörper etc.) gemacht wurden.

VI. Conjunctiva und Cornea.

1) Sattler (Erlangen): Ueber den gegenwärtigen Standpunkt bei der Beurtheilung der Bindehautkrankheiten; und über die Natur und den therapeutischen Werth der Jequirity-Behandlung.

Das anatomische Princip, welches der Eintheilung der Conjunctival-Erkrankungen meist zu Grunde gelegt wird, lässt manches zu wünschen übrig. Es wäre angezeigt, etwas mehr die ätiologische Seite zu betonen. Von diesem Gesichtspunkt aus werden die einzelnen Affectionen durchgesprochen. Bei der Jequirity-Ophthalmie liegt die Noxe nicht, wie Redner früher angenommen, in den Bacillen, sondern in einem vegetabilischen Ferment, das er, ebenso wie Salomonsen, isolirt hat. Jedoch rufen Culturen der Jequirity-Bacillen in den Conjunctialsack gebracht, eine analoge, wenn auch weniger heftige Entzündung hervor. Bezüglich der Indicationen der Einimpfung der Jequirity-Ophthalmie ist zu sagen, dass sie am besten wirkt bei Narbentrachom mit dickem Pannus und sonst auch bei inveterirtem Trachom mit blasser Conjunctiva und harten gelben Granulationen. Man soll die Wiederholung der Application nicht vor 24 Stunden, am besten nicht vor 48 Stunden machen. Bei succulenter Schleimhaut mit Papillarhypertrophirung ist die Inoculation contraindicirt.

v. Hippel (Giessen) drückt seine Freude darüber aus, dass Sattler jetzt dieselben Ansichten zu theilen scheine, die er selbst vertreten habe. Auch Gäthgens habe das active Principdes Jequirity-Infuses dargestellt. Martin (Bordeaux) hatte nach der einmaligen Anwendung des Mittels bei malignem Trachom und echter purulenter Absonderung den Verlust einer klaren Hornhaut zu beklagen.

Coppez, Wicherkiewicz (Posen), Samelsohn rühmen die unter Innehaltung der oben erwähnten Indicationen eintretenden Erfolge.

2) Chibret (Clermont Ferrand) hat gefunden, dass in Frankreich, der Schweiz und Belgien Trachom der Conjunctiva nicht mehr verkannt und seine Contagiosität verliert in Höhen von 230 m. Hingegen reicht die Erkrankung in Algier bis über 920 m.

Seggel constatirt ebenfalls, dass man auf der Bairischen Hochebene in einer Höhe von 800 m kein Trachom mehr findet. Barde (Genf) theilt ähnliche Beobachtungen über die Schweiz mit; auch die Heilung des acquirirten Trachoms erfolge daselbst schneller.

Rachlmann (Dorpat) theilt seine interessanten Untersuchungen über Trachom und Amyloid der Conjunctiva mit. Dieselben sind bereits in Graefe's Archiv f. Ophthalmologie und an anderen Stellen der Hauptsache nach veröffentlicht.

3) Hansen Grut spricht über die Keratitis bullosa, die nach traumatischen Epithelverlusten der Cornea sich findet, und über eine besondere Form grauer oberflächlicher Corneal-Infiltrationen mit serpiginösem Charakter, die er für mycotischen Ursprungs hält.

4) Gayet (Lyon) empfiehlt bei den schwereren Formen der Hypopyon-Keratitis an Stelle des Saemisch'schen Querschnittes, der Anlass zu vordern Synechien giebt, die breite periphere Iridectomie, wie sie bereits v. Graefe in diesen Fällen geübt hat.

5) Nieden (Bochum) lobt hier, sowie in einer Reihe anderer Affectionen, den Galvanocauter. Derselbe ersetze die Keratomie, da man mit der Glühschlinge, die Nieden modificirt hat, die Cornea eröffne. Die Heilung erfolgt um c. 50 Proc. rascher als bei sonstigen Methoden.

Schmidt-Rümpler hat bei der Hypopyon-Keratitis ulc. serpens nicht die hervorragenden Erfolge vom Glüheisen gesehen, wie Nieden. Er zieht für leichtere Fälle Jodoform und lauwarmen, antiseptischen Verband (mit Salicylwatte, die in Borsäurelösung gebracht wird) vor; bei schwereren macht er den Hornhaut-Querschnitt. (Auffallend ist es nur, dass Gayet, einer der ersten (1877), welcher das Glüheisen gegen Hornhaut-Affection und speciell Hypopyon-Keratitis „mit Erfolg“ anwandte, jetzt, wie oben erwähnt, zur Iridectomie zurückgekehrt ist. Ein ähnliches Zurückkommen von der allgemeinen Anpreisung des Glüheisens resp. eine bezügliche Indicationseinschränkung auf bestimmte Formen von Hypopyon-Keratitis zeigt auch Kuhnt [Heidelberger Congress 1884 und 1883]. Ref.)

Samelsohn wendet den Galvanocauter bei den Geschwüren an, wo der Rand infiltrirt, der Grund aber durchsichtig ist.

6) Abadie (Paris) operirt die partiellen und fortschreitenden Corneal-Staphylome in der Weise, dass er ähnlich wie bei der Wegner-schen Sclerotomie einen Schnitt im Corneallimbus führt, welcher die nach vorn, in das Staphylom gezerrte Iris von ihren Ciliarfortsätzen trennt und so den Hauptanlass zu Irritationen und Drucksteigerung hebt. In der Mitte des Schnittes lässt er, wie bei der Sclerotomie einen Theil des Corneallimbus undurchschnitten.

Von Demonstrationen seien noch erwähnt die von Dor (Lyon) aufgenommenen Photographien des Augenhintergrundes: ein halbregistrirendes Perimeter von M. Hardy; ein Apparat zur Entdeckung der Simulation einseitiger Amaurose von Melckens und vortreffliche ophthalmoskopische Zeichnungen von Ole Bull. —sr.

8. Section für Hygiene.

Montag den 11. August eröffnete der Vorsitzende, D. Hornemann aus Kopenhagen, die Section für öffentliches Gesundheitswesen mit einer kurzen Ansprache, in welcher er hervorhob, dass es nicht blos Aufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege sei, die Entstehung von Krankheiten zu verhüten, sondern auch die, das heranwachsende Geschlecht zu stärken und zu kräftigen, und halte er es daher für vollständig sachgemäss, dass ein grosser Theil der in der Section angemeldeten Vorträge sich mit hierauf bezüglichen Fragen beschäftige.

Zuerst nahm Prof. Tomasi-Crudeli aus Rom das Wort zu einem nicht auf der Tagesordnung stehenden Vortrage, in welchem er die Priorität für die Entdeckung des Cholerabacillus für Prof. Pacini in Florenz in Anspruch nahm. Dieser habe schon im Jahre 1854 in den Dejectionen Cholerakranker einen Mikroorganismus gefunden, welchen er für den Träger des Infectionsstoffes erklärt habe. Freilich sei es ihm ebensowenig, wie neuerdings Koch, gelungen, durch Ueberimpfung desselben auf Thiere bei diesen Cholera zu erzeugen, und es sei somit auch jetzt noch eine Lücke in der Beweisführung vorhanden. Eine Discussion schloss sich an den Vortrag nicht an.

Hierauf sprach Prof. Holbech aus Kopenhagen über den Ferienaufenthalt auf dem Lande für arme Kinder aus grossen Städten. Im Jahre 1854 habe man zuerst angefangen, armen Kindern aus Kopenhagen die Möglichkeit zu schaffen, die Ferien auf dem Lande zu verbringen. Man habe in den Zeitungen die Bewohner kleiner Orte und des Landes aufgefordert, Kinder unentgeltlich bei sich aufzunehmen, und Seiten der verschiedenen Directionen der Verkehrsmittel, Eisenbahnen, Dampfschiffe und Posten sei ihnen freie Reise gewährt worden. So seien weder der Stadt noch dem Staate irgend welche Kosten erwachsen. Während die Zahl der so untergebrachten Kinder anfangs nur einige Hundert betragen habe, sei im Jahre 1883 mehr als 7000 Kindern aus Kopenhagen diese Wohlthat zu Theil geworden. Bei dieser grossen Menge sei es nicht thunlich gewesen, die Kinder vor und nach den Ferien ärztlich zu untersuchen, zu messen und zu wägen. Darüber herrsche aber kein Zweifel, dass die Kinder körperlich und geistig gestärkt zurück kehrten.

Ausserdem wurden schwächliche Kinder auf Kosten der Stadt-Gemeinde auf einige Zeit nach der Insel Bornholm geschickt, scrofulöse im Seehospital zu Refsnaes untergebracht.

Da Redner nun über die Existenz ähnlicher Einrichtungen in Berlin und Frankfurt berichtete, und bedauerte, dass man nicht anderwärts dem Beispiele gefolgt sei, hielt sich Referent für verpflichtet, mitzutheilen, dass auch in Sachsen das Interesse für die Sache geweckt und in stetem Wachsen begriffen sei. Im Jahre 1883 seien aus Leipzig etwa 500, aus Dresden etwa 350, aus Chemnitz etwa 80, aus Plauen etwa 18 Kinder während der Ferien auf das Land geschickt worden. Es werde dabei so verfahren, dass aus der Zahl der von den Directoren der Bezirksschulen als würdig und bedürftig präsentirten Kinder durch diejenigen Aerzte, welche den Vereinen für die Feriencolonieen unentgeltlich ihre Dienste leisten, diejenigen Kinder ausgewählt würden, welche ihres Gesundheitszustandes wegen die Bedürftigsten zu sein schienen. Wirklich kranke Kinder würden nicht auf das Land geschickt, solchen habe die Stadt Leipzig in dem Soolbade Frankenhausen wiederholt ein Unterkommen verschafft. Die Kinder würden vor ihrem Abgange und nach ihrer Rückkehr gemessen und gewogen, und es habe sich herausgestellt, dass die Zunahme an Körpergewicht und Brustumfang bei sämmtlichen grösser gewesen sei, als bei den während der Ferien im Ort zurückgebliebenen: die Mädchen nehmen mehr an Körpergewicht zu, als die Knaben, verlieren aber auch nach der Rückkehr mehr davon, als letztere. Das günstigste Alter sei das von 10—14 Jahren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei der Unterbringung verfahre man nach einem andren Principe als in Dänemark. Nur ganz ausnahmsweise bringe man die Kinder einzeln in solchen Familien unter, die sich erboten hätten, solche unentgeltlich aufzunehmen. In der Regel bringe man sie jedoch in Gruppen von je 15 Köpfen unter Führung eines Lehrers, beziehentlich einer Lehrerin in einem ländlichen Orte unter, wobei man besonders gebirgige und waldige Orte bevorzuge. Diese gruppenweise Unterbringung habe vor der Einzelunterbringung in pädagogischer Hinsicht einen grossen Vorzug. Die Kinder gewöhnten sich bei ihrem Zusammenleben an Ordnung und Reinlichkeit, und es böte sich auf ihren gemeinschaftlichen Spaziergängen und kleinen Ausflügen Gelegenheit Flora, Fauna und Industrie des Landestheils kennen zu lernen. Einstimmig gehe das Urtheil der Lehrer dahin, dass das Institut der Feriencolonien nicht blos in körperlicher, sondern namentlich auch in geistiger und gemüthlicher Hinsicht von grossem Nutzen für die Kinder sei.

In den obengenannten 4 Städten seien ausserdem noch „Stadtcolonicen" eingerichtet, d. h. es würden diejenigen Kinder, die zwar in jeder Hinsicht als bedürftig gefunden werden, wegen nicht ausreichender verfügbarer Mittel aber nicht mit auf das Land haben geschickt werden können, mehrmals am Tage mit guter Milch versorgt und spazieren geführt. Die Mittel würden durch freiwillige Beiträge, durch den Ertrag von Wohlthätigkeitsconcerten zusammengebracht, und seien im steten Steigen begriffen.

In Leipzig wie in Dresden seien im Jahre 1883 gegen je 15000 Mk. zu dem Zwecke disponibel gewesen.

Die Gesammtkosten betrugen für die Dauer von 3 Wochen in Dresden etwas über 30 Mk. pro Kind, in Leipzig über 40.

Nachdem noch zwei Redner über ähnliche Bestrebungen in Belgien und Schweden Mittheilung gemacht, berichtete Dr. Hertel aus Kopenhagen an der Hand graphischer Darstellungen über den Gesundheitszustand der Kinder in den dänischen Schulen, den Volks- wie den gelehrten Schulen, sowohl in Kopenhagen als auf dem Lande und in kleineren Städten. Die Untersuchung hat sich auf 16789 Knaben und 11336 Mädchen erstreckt. Während von den Knaben nur 29 Proc. erkrankten, erreichte die Zahl der Erkrankungen bei den Mädchen 41 Proc., von den Kindern aus der ärmeren und weniger gut situirten Classe der Bevölkerung erkrankten mehr, als aus der besser situirten.

Hinsichtlich der verschiedenen Schulen zeigte sich folgendes Verhältniss:

Garçons:

Ecoles supérieures: Lycées et collèges 32 Proc., Ecoles sans instruction latine 28 Proc., Ecoles intermédiaires 26 Proc.

Ecoles publiques primaires: A Copenhague et dans les villes de la province: Ecoles gratuites 35 Proc., Ecoles non gratuites 28 Proc.

A la campagne: Fils de propriétaires et fermiers: 27 Proc., Fils de laboureurs et ouvriers 29 Proc.

Filles.

Ecoles supérieures: 39 Proc.

Ecoles publiques primaires: A Copenhague et dans les villes: Ecoles gratuites 47 Proc., Ecoles non gratuites 40 Proc.

A la campagne: Filles de propriétaires et fermiers: 39 Proc., Filles de laboureurs et ouvriers: 45 Proc.

Im Allgemeinen ist das procentuale Verhältniss der kranken Schulkinder zu den gesunden in Kopenhagen etwas höher als in der Provinz, auf den Inseln höher als in Jütland.

Die häufigsten Krankheiten sind Scrofulose und Anämie, danach kommt Kopfschmerz. Scrofulose kommt namentlich bei den Knaben vor, insbesondere in den ärmeren Klassen der Landbevölkerung, während die Anämie hauptsächlich die Mädchen, namentlich die Stadtkinder betrifft.

Im Verhältnisse zu der Häufigkeit der Scrofulose und Anämie spielen die übrigen Krankheiten, als namentlich verschiedene Krankheiten des Nervensystems, Nasenbluten, Verbiegung der Wirbelsäule, chronische Respirationskrankheiten, chronische Verdauungsstörung u. a. keine erhebliche Rolle.

Hinsichtlich der Sehkraft der Schulkinder ist eine Reihe von Untersuchungen vorgenommen worden, die dasselbe Resultat gegeben hat, wie anderwärts: verhältnissmässig wenig Kurzsichtige in den niedren Schulen, aber in diesen hauptsächlich unter den Mädchen. Die grösste Anzahl von Kurzsichtigen findet sich in den höheren Schulen und Gymnasien, deren oberste Klasse 45 Proc. Kurzsichtige hat.

Das Lebensalter, in welchem die meisten Erkrankungen bei den Mädchen vorkommen, ist das 14.—15. Jahr, in welchem 50 Proc. aller Mädchen krank waren.

Zu ganz ähnlichen Resultaten gelangte Prof. Key in Stockholm, auf Grund einer Enquête, über 14000 Knaben und 3000 Mädchen.

(Schluss folgt.)

X. Die Cholera.

XVII.

Der weitere Verlauf der Epidemie in Italien.

Am 8. October ist in Neapel eine plötzliche Zunahme der Fälle eingetreten, welche sich bis zum 7. auf 23 reducirt hatten. Hiermit in Zusammenhang steht die starke Bewegung des Meeres und der anhaltende Regen, welcher die Cloaken der Stadt verstopfte. Ausserdem haben aber auch hierzu beigetragen die vielen Völlereien, welche in dieser Zeit in Neapel und der Umgegend in Folge des Verkaufs von neuem Wein alljährlich stattfinden. Die Vermehrung der Fälle erstreckt sich wieder hauptsächlich auf den Mercato. Beiden Uebelständen wird abgeholfen, die Cloaken sind gereinigt und der Verkauf von neuem Wein verboten worden. Auch ist bereits wieder ein Rückgang eingetreten, indem die Anzahl der täglichen Erkrankungen von 122 auf 83 gesunken ist. Man hat in Neapel allgemein beobachtet, dass die Häuser, welche keine Aborte besitzen, weit mehr von der Cholera verschont blieben, als solche mit Aborten.

Bis zum 11. October beläuft sich die Anzahl der Erkrankungen auf 11,628, die der Todesfälle auf 6196.

In Genua ist die Epidemie stark im Abnehmen begriffen, in Spezia ganz erloschen. In den übrigen Provinzen ist sie in der geringen Anzahl der Fälle so ziemlich auf gleicher Höhe geblieben; unter diesen herrscht sie noch am stärksten in Cuneo.

Provinzen.	9.		10.		11.		12.		13.		14.		15.	
	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.
Provinz Alessandria	2	1	7	1	1	3	2	1	3	2	3	1	1	2
Aquila	9	6	6	2	12	4	12	3	9	5	5	4	5	4
Bergamo	7	8	2	3	5	1	4	2	7	—	2	3	4	3
Bologna	3	1	5	1	2	2	5	3	2	—	1	2	1	2
Brescia	6	1	4	3	4	4	4	2	1	1	4	1	2	3
Campobasso	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Caserta	4	2	1	1	—	—	7	2	2	2	7	4	—	—
Chieti	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Como	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(?)	—	—	—
Cremona	7	7	9	8	6	4	3	3	4	3	5	2	—	—
Cuneo	31	15	13	21	16	10	19	11	40	15	17	6	17	9
Ferrara	3	2	—	—	2	—	3	2	—	—	—	—	3	1
Genua: Stadt	8	2	8	2	3	2	8	2	11	15	12	4	9	10
Vorherg. Fälle	—	8	—	8	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Provinz	12	9	8	6	11	8	10	4	—	—	—	—	—	—
Mailand	—	—	1	2	5	—	—	—	1	—	1	1	1	—
Mantua	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Massa	—	—	—	—	—	—	5	4	2	—	—	—	—	—
Modena	6	4	4	3	2	—	6	1	2	1	4	5	1	1
Neapel: Stadt	122	45	122	36	93	31	94	30	95	23	81	17	83	46
Vorherg. Fälle	—	17	—	34	—	27	—	24	—	24	—	18	—	—
Provinz	17	12	24	11	23	7	22	11	30	10	17	5	—	—
Novara	7	1	1	2	4	—	3	4	4	5	3	1	1	—
Parma	—	—	5	2	—	—	1	—	1	—	3	—	1	—
Pavia	—	—	11	3	—	—	—	—	15	3	1	5	4	1
Pesaro	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	4	3	—	—
Polenza	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Reggio-Emilia	7	3	5	—	1	3	8	2	1	3	7	4	14	10
Rovigo	6	1	2	1	1	—	3	1	3	1	4	2	4	1
Salerno	2	—	5	—	—	1	2	2	—	—	—	—	3	—
Turin	7	3	4	4	2	2	2	3	—	—	—	—	—	—
Gesammtzahl der Fälle	268	147	244	154	194	111	219	117	222	113	172	88	157†	93

XI. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Berlin. Dr. Paul Grawitz, 1. Assistent Prof. Virchow's, ist auf Vorschlag der Medicinischen Facultät zur Vertretung des durch Krankheit verhinderten Professor Grohé nach Greifswald berufen worden. — Pest. Am 20. October starb der Professor der Kinderheilkunde Dr. Johann Bókai nach langwieriger Krankheit. Der Verstorbene, 1822 geboren, wurde 1847 in Pest promovirt, wo er seit 1849 als dirigirender Primararzt am Armen-Kinderhospital wirkte, das er trotz der unzulänglichen Mittel musterhaft leitete. Seit 1873 gehörte er als Professor der Budapester Universität an. Seinen Bemühungen ist der Bau eines den Anforderungen der Neuzeit entsprechenden Kinderhospitals zu danken, das eben jetzt fertig wurde. — Im I. Semester des diesjährigen Schuljahres sind an der Budapester Universität 3376 Hörer, darunter 1117 Mediciner inscribirt. Die Gesammtzahl sowohl, als auch die Zahl der Mediciner zeigt eine Abnahme.

XII. Personalien.

Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem pr. Arzt San.-Rath Dr. Halle zu Ahlden den Rothen Adler-Orden vierter Klasse zu verleihen.

Ernennungen: Se. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den seitherigen Stadt- und Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. Hoelker zu Münster zum Regierungs- und Medicinalrath zu ernennen. Derselbe ist der Königlichen Regierung zu Münster überwiesen worden. Der seitherige commissarische Verwalter der Kreiswundarztstelle des Kreises Krossen Dr. med. Meissner zu Bobersberg ist unter Belassung in seinem Wohnsitz definitiv zum Kreiswundarzte des gedachten Kreises und der practische Arzt Dr. Reinkober in Salzbrunn ist zum Kreis-Wundarzt des Landkreises Breslau mit dem Wohnsitze in der Stadt Breslau ernannt worden.

Niederlassung: Der Arzt Dr. Simson in Freienwalde i. Pomm.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. Loewenthal von Königsberg i. Pr. nach Loetzen, Honkamp von Allendorf nach Würzburg, Neuendorff von Bochum nach Bremen, Dr. Sauer von Lippspringe nach Drüggelte, Dr. Steffen von Köln nach Stettin, Krupke von Freienwalde i. Pomm. und Dr. Wegelj von Swinemünde als Ass.-Arzt nach Stettin.

Verstorben sind: Die Aerzte: Dr. Hillenkamp in Lippstadt, Director der Idioten-Anstalt Dr. Kind in Langenhagen und Prof. Dr. Neumann in Breslau.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Laube in Ueckermünde ist gestorben, die Verwaltung seiner Apotheke hat der Apotheker von der Chevallerie übernommen. Der Apotheker d'Hauterive in Arnsberg hat seine Apotheke an den Apotheker Schwarz verkauft.

Vacant ist die Kreiswundarztstelle des Kreises Schubin, und des Kreises Ragnit mit dem Wohnsitz in Schmalleningken.

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag **№ 45.** 6. November 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Ueber die Cholerabakterien.

Von

Dr. R. Koch.

Es giebt einige Bakterienarten, welche so charakteristisch geformt sind, dass sie durch ihre eigenthümliche Gestalt von anderen ähnlichen Arten ohne Weiteres unterschieden werden können, wie z. B. die Recurrens-Spirochäten. Gewöhnlich genügen aber die morphologischen Eigenschaften der Bakterien nicht, um sie mit Sicherheit unterscheiden zu können, und es stellt sich dann die Nothwendigkeit heraus, andere Eigenschaften derselben diagnostisch zu verwerthen. So bietet für die Tuberkelbacillen das eigenthümliche Verhalten gegen Farbstoffe ein sicheres Erkennungsmittel. Die besten Anhaltspunkte zur Unterscheidung bieten die Bakterienarten aber erst dann, wenn es möglich ist, ihr Verhalten in Reinculturen zu untersuchen. Erst dann lassen sich die wesentlichsten biologischen Eigenthümlichkeiten der Bakterien, wie z. B. Wachsthum und Verhalten auf verschiedenem Nährboden, bei verschiedener Temperatur, Bildung von Dauerformen, pathogene Eigenschaften u. s. w feststellen. Je weitere Fortschritte in der Erforschung der Bakterien gemacht sind, um so mehr hat es sich herausgestellt, dass es ganz unerlässlich ist, die Eigenschaften einer Bakterienart nach allen Richtungen hin zu prüfen, bevor man ein Urtheil über die Identität oder Differenz derselben in Bezug auf solche Bakterien abgiebt, welche in einer oder selbst mehreren Eigenschaften jenen gleich zu sein scheinen. So giebt es manche Bacillenarten, welche morphologisch fast gar nicht von einander zu unterscheiden sind, welche sich aber in Reinculturen wesentlich verschieden von einander verhalten, wenn sie auf Kartoffeln oder in Nährgelatine oder auf erstarrtem Blutserum gezüchtet werden.

Dies gilt nun aber auch ganz besonders von den Cholerabacillen; sie können ebenfalls in Bezug auf die eine oder andere Eigenschaft anderen Bakterienarten so ähnlich sein, dass es unmöglich wäre, sie gerade in diesem Punkte davon zu unterscheiden. So sind beispielsweise ihre Culturen auf Kartoffeln denjenigen der Rotzbacillen im makroskopischen Aussehen ausserordentlich ähnlich, mit vielen anderen Bakterien theilen sie die Eigenschaft, die Nährgelatine langsam zu verflüssigen, noch anderen sind sie morphologisch sehr ähnlich u. s. w. Aber es würde sehr unrichtig sein, wenn man sie mit den Rotzbacillen identificiren wollte wegen des Aussehens der Kartoffelculturen, mit anderen Bacillenarten wegen der besonderen Art und Weise, in welcher sie die Nährgelatine verflüssigen, oder mit denjenigen Bakterien, welche mit ihnen nichts weiter gemeinschaftlich haben als die gekrümmte Form. Auch die Cholerabacillen werden ebenso wie die Mehrzahl der übrigen Bakterien durch die Gesammtsumme der Eigenschaften, welche ihnen zukommen, charakterisirt und können also auch nur durch Berücksichtigung aller ihrer uns bekannten Eigenthümlichkeiten diagnosticirt werden. Ja, wir müssen sogar noch weiter gehen, indem wir berücksichtigen, dass uns bis jetzt doch bei Weitem noch nicht alle Eigenschaften der Cholerabacillen bekannt sind. Wir werden nämlich selbst in dem Falle, dass uns in Zukunft Bakterien begegnen sollten, welche ihnen in mehreren der bislang als charakteristisch angenommenen Eigenschaften sich sehr ähnlich oder gleich verhalten sollten, noch nicht berechtigt sein, diese ohne Weiteres als gleichartig mit den Cholerabacillen zu erklären, sondern es müsste noch sorgfältig untersucht werden, ob nicht doch noch andere bislang unbeachtet gebliebene Unterschiede zwischen den beiden Arten bestehen.

Auf diese Erfordernisse für den Nachweis der Cholerabacillen habe ich, so oft sich nur eine Gelegenheit bot, nachdrücklich hingewiesen. Insbesondere ist noch gelegentlich der im Gesundheitsamte zur Erörterung der Cholerafrage gehaltenen Conferenz (cf. No. 32 dieser Wochenschrift) mehrfach davon die Rede gewesen. Um so mehr durfte ich wohl erwarten, dass, wenn ich von Cholerabacillen oder Kommabacillen sprach, dies nicht anders aufgefasst werden konnte, als dass ich damit die mit einer Anzahl von genau beschriebenen Eigenschaften versehenen im Choleradarm gefundenen Bacillen gemeint habe. Dennoch bin ich hierin von Manchen nicht recht verstanden und ich muss deswegen nochmals ausdrücklich erklären, dass nur solche Bakterien in Bezug auf ihre Identität mit den Cholerabacillen in Frage kommen können und eine weitere Prüfung verdienen, welche ihnen in allen von mir erwähnten Punkten etwa gleichen sollten.

Es kommt gerade hierauf sehr viel an, weil bekanntlich der Beweis von dem ursächlichen Zusammenhang zwischen Kommabacillen und Cholera im Wesentlichen darauf hinausgeht, dass die im Choleradarm gefundenen Bacillen eine specifische Art bilden und dem Choleraprocess ausschliesslich zukommen. Sollte sich irgend wo unabhängig von Cholera eine Bakterienart finden, welche wir mit den jetzigen Hülfsmitteln von den Cholerabacillen nicht zu unterscheiden vermöchten, dann würde jener Beweis an Sicherheit verlieren, und wir würden ferner, wenn derartige Bakterien in den Ausleerungen von Kranken oder in den menschlichen Verdauungswegen vorkämen, den Nachweis der Cholerabacillen nicht mehr zur Diagnose der Cholera in zweifelhaften Fällen verwerthen können.

Von wie weittragender Bedeutung aber gerade in dieser Beziehung die Verwerthung unserer Kenntnisse der Cholerabacillen sind, bedarf keiner weiteren Darlegung, nachdem dies in der Conferenz ausführlich auseinandergesetzt wurde und somit bei den Lesern dieser Wochenschrift als bekannt vorausgesetzt werden darf. Es handelt sich dabei um die wichtigsten Maassregeln zur Abwehr der Cholera und es durfte wohl erwartet werden, dass diejenigen, welche sich mit Untersuchungen über die Cholerabacillen und die damit zusammenhängenden Fragen beschäftigen wollten, sich der Verantwortlichkeit, welche sie damit übernahmen, bewusst gewesen wären und nicht unvorbereitet mit dieser keinesweges leichten Aufgabe befassen würden. Leider hat sich diese Voraussetzung nicht erfüllt. Nicht Wenige haben sich mit grossem Eifer sofort an die Arbeit begeben, sind aber wegen der ungenügenden Vorkenntnisse zu Resultaten gelangt, welche nichts weniger als zur Förderung der Sache gedient haben.

Es haben sogar solche Mikroskopiker, welche noch nicht einmal die erforderliche Uebung in der mikroskopischen Unterscheidung der Bakterien besassen, sich dennoch bewogen gefühlt, über Cholerabakterien Untersuchungen anzustellen. So erhielt ich eine Anzahl mikroskopischer Präparate und Substanzen zugeschickt, deren Absender Kommabacillen darin constatirt haben wollten. Aber nicht in einem einzigen dieser Objecte vermochte ich jenen Befund zu bestätigen, und es blieb sogar mehrfach ganz unaufgeklärt, was wohl die Verwechslung mit den Kommabacillen veranlasst haben könnte. Nur einen der Absender, Herrn Dr. Klamann in Luckenwalde, will ich hier ausdrücklich erwähnen, da derselbe über seine Beobachtung auf der Naturforscherversammlung zu Magdeburg eine Angabe (cf. Tageblatt der Naturforschervers. p. 223) gemacht, dieselbe aber bis jetzt nicht berichtigt hat. Es ist im Tageblatt gesagt, dass Klamann im August dieses Jahres in den Ausleerungen bei Cholera nostras gekrümmte Bacillen und spirillenartige Gebilde gefunden habe, welche genau dem Aussehen der von Finkler demonstrirten entsprachen. Herr Dr. Klamann hatte die Güte, mir einige seiner Präparate, theils von den Ausleerungen, theils von Culturen herrührend, zur Einsicht zu übersenden, aber weder ich noch andere Mikroskopiker haben in denselben auch nur irgend etwas auffinden können, was so ausgesehen hätte wie gekrümmte Bacillen oder spirillenartige Gebilde.

Es ist nicht meine Absicht, hier eine Kritik über Alles, was in letzter Zeit in Bezug auf Kommabacillen geschrieben ist, zu geben. Nur über zwei Arbeiten, welchen in der medicinischen Presse eine

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

grössere Bedeutung beigemessen ist, will ich noch einige Bemerkungen machen, um an diesen Beispielen die wesentlichsten Fehler, welche in dieser Beziehung gemacht wurden, auseinanderzusetzen.

Die eine dieser Arbeiten ist von T. R. Lewis geliefert und in der Lancet (Sept. 20. 1884 p. 513) veröffentlicht.

Lewis hat darauf hingewiesen, dass im Mundspeichel gekrümmte Bacillen vorkommen, welche den Cholerabacillen in ihren Grössenverhältnissen sehr nahe kommen. Dies ist keineswegs eine neue Beobachtung. Es war schon seit Jahren bekannt, dass solche Bakterien im Speichel und besonders im Zahnschleim zu finden sind. Ich habe deswegen auch diesem Punkte besondere Aufmerksamkeit gewidmet und vielfach Speichel, welcher derartige Bakterien enthält, mit Hülfe von Nährgelatine in derselben Weise wie die Cholerabacillen untersucht, dabei aber die Ueberzeugung gewonnen, dass jene sich ganz anders verhalten wie diese und mit den Kommabacillen gar nicht zu verwechseln sind. Es ist auch in der Conferenz von mir ausdrücklich erwähnt, dass Speichel und Zahnschleim von mir mit negativem Resultate untersucht sind. Um so mehr hätte Lewis Veranlassung gehabt, sich nicht allein auf die mikroskopische Untersuchung der Speichelbakterien zu beschränken, wie er es gethan hat. Uebrigens wird es einem geübten Mikroskopiker sofort auffallen, dass die gekrümmten Bacillen des Speichels etwas grösser, schlanker und an den Enden weniger stumpf sind als die Cholerabacillen. Wenn die Färbung nicht zu intensiv ist, erscheinen die Enden der Speichelbakterien auch weniger dunkel gefärbt als die Mitte. Man würde also schon hinreichend Grund haben, allein auf morphologische Unterschiede gestützt, diese beiden Bakterienarten auseinander zu halten, selbst wenn, wie Lewis nachgewiesen hat, einzelne Exemplare der einen Art mit einzelnen der anderen Art in den Grössenverhältnissen wenig differiren. Mit der Messung einiger Individuen der beiden Arten hätte die Untersuchung also nicht abgeschlossen werden dürfen, so mühsam und verdienstlich auch im Uebrigen diese Arbeit sein mag. Aus den Zeiten, wo man sich darauf beschränkte, Bakterien zu messen und dann sein Urtheil über dieselben abzugeben, sind wir doch schon lange heraus. Hätte Lewis sich der geringen Mühe unterzogen und den bacillenhaltigen Speichel mit Nährgelatine untersucht, dann würde er sofort erkannt haben, dass seine Kommabacillen in neutraler oder schwach alkalischer Fleischwasser-Pepton-Gelatine überhaupt nicht wachsen, während die Kommabacillen der Cholera ausnahmslos darin zur Entwicklung gelangen. Beide Bakterienarten unterscheiden sich also in ihren biologischen Eigenschaften sehr wesentlich, und es ist nichts leichter, als die von Lewis als identisch mit den Cholerabacillen angesprochenen Bakterien von diesen zu unterscheiden.

Die zweite hier in Frage kommende Arbeit ist die von Finkler und Prior, über welche eine vorläufige Mittheilung in No. 36 dieser Zeitschrift gemacht und ausführlicher auf der Naturforscher-Versammlung in Magdeburg berichtet wurde.

Diese beiden Forscher trifft nun ganz besonders der Vorwurf, dass sie sich ohne genügende Vorkenntnisse und Vorbereitung an ihre schwierige und verantwortliche Aufgabe begeben haben. Zur Begründung dieses Urtheils brauche ich nur Folgendes anzuführen.

Ueber die Methode der Isolirung von Bakterien behufs ihrer Reincultur auf festem Nährboden ist in den letzten Jahren sehr viel geschrieben, während der vorjährigen Hygieneausstellung ist dieselbe vielen Hunderten von Aerzten im Pavillon des Gesundheitsamts demonstrirt, in dem Bericht über die Conferenz ist die Art und Weise, in welcher die Kommabacillen zu isoliren und in Reinculturen zu züchten sind, ganz genau beschrieben. Es war also Jedem, der sich für die Sache interessirt, hinlänglich Gelegenheit geboten, sich über die Untersuchungsmethode zu informiren. Namentlich ist aber noch in den letzten Jahren bei den Verhandlungen über die Aetiologie der Tuberculose so vielfach die Rede von der Benutzung des festen Nährbodens für Bakterienculturen gewesen und von den ausserordentlichen Vortheilen dieser Methode, welche sie für Untersuchungen über pathogene Bakterien bietet, dass selbst derjenige, welcher sich noch nicht speciell mit Bakteriologie beschäftigt hat, die Entschuldigung nicht geltend machen kann, diese Methode sei ihm unbekannt gewesen.

Finkler und Prior erwähnen nun aber ausdrücklich, dass sie sich schon mehrfach mit Bakterienuntersuchungen beschäftigt haben und zählen zu ihrer Legitimation ihre früheren Arbeiten auf; sie sagen auch, dass sie „über Culturen manche Erfahrungen gesammelt" hätten und behaupten, „der Methode, die schon Gewohnheit geworden ist für dergleichen Untersuchungen", in ihren Züchtungsversuchen gefolgt zu sein.

Worin die Methode von Finkler und Prior indessen bestand, möge aus den eigenen Worten derselben entnommen werden. An einer Stelle wird die Methode folgendermaassen beschrieben: „Wir nehmen aus den Stuhlentleerungen kleine Partikelchen getrennt und pflanzen sie theils auf feuchte Leinwand, theils auf Kartoffelstücke." Im Bericht der Naturforscherversammlung heisst es wörtlich: „Es muss weiter nachgewiesen werden, dass er specifische Eigenschaften hat. Zu diesem Nachweis züchtet man den Mikrokokkus rein, d. h. man sucht ihn auf künstliche Weise durch Züchtung und wieder neue Züchtung weiter zu impfen und weiter wachsen zu lassen, bis alle anderen Mikroorganismen durch die für sie ungünstigeren Bedingungen im Wachsthum und der Vermehrung zurückblieben und nur der eine bestimmte Mikroorganismus übrig blieb."

Die gewöhnliche Methode der Bakteriencultur auf festem Nährboden besteht bekanntlich darin, dass man die einzelnen Keime möglichst weit auseinanderzubringen sucht, damit sie getrennt von einander zur Entwicklung kommen. Man bringt die bakterienhaltige Masse zu diesem Zwecke in flüssig gemachte Nährgelatine, vertheilt sie darin so viel als möglich, und lässt nun die auf eine Glasplatte ausgegossene Gelatine recht schnell erstarren. In dieser Weise ist es zu erreichen, dass die einzelnen in der Gelatine vertheilten Bakterien an getrennten Stellen fixirt werden und jeder Keim ungestört durch andere Bakterien und unvermischt mit denselben an seinem besonderen Platze sich vermehren und zu einer schliesslich auch dem blossen Auge sichtbaren Reincultur heranwachsen kann. Das Princip der ganzen Methode besteht also darin, dass man aus einzelnen Individuen entwickelte Colonien zu gewinnen sucht. Auf Kartoffeln die Trennung mehrerer durcheinander gemengter Bakterienarten auszuführen, bietet ausserordentlich viel mehr Schwierigkeit als das Verfahren mit Gelatine. In den meisten Fällen gelingt die Trennung pathogener Bakterien von nichtpathogenen auf Kartoffeln überhaupt nicht, weil die überall verbreiteten Fäulnissbakterien gerade auf Kartoffeln so üppig wachsen, dass sie alle anderen bald überwuchern. Man benutzt daher die Kartoffel als Nährsubstrat für pathogene Bakterien nur dann, wenn man die letzteren bereits in Reinculturen gewonnen hat und untersuchen will, ob sie auch auf einem pflanzlichen Nährboden zu gedeihen vermögen.

Dem Finkler-Prior'schen Verfahren der Bakteriencultur liegt aber ein ganz anderes Princip zu Grunde. Die Cultur beginnt damit, dass aus den Stuhlentleerungen kleine Partikelchen entnommen und auf Leinwand oder Kartoffeln verpflanzt werden. Mögen diese Partikelchen nun so klein, als nur irgend möglich, gemacht werden, so enthalten dieselben doch immer noch tausende von einzelnen Bakterien, welche sehr verschiedenen Arten angehören können und welche auch, sofern sie auf Kartoffeln überhaupt zu wachsen vermögen, *sich durcheinander* vermischt vermehren werden. Eine Trennung der einzelnen zur Aussaat gelangenden Keime findet dabei überhaupt nicht statt, ist aber auch von den Erfindern dieses Verfahrens gar nicht beabsichtigt; denn sie rechnen darauf, dass bei weiteren in derselben Weise ausgeführten Umzüchtungen einer der ausgesäten Organismen die anderen überwuchern, schliesslich aus dem Kampf ums Dasein als Sieger hervorgehen und eine Reincultur bilden soll. Dabei wird ausserdem die Voraussetzung gemacht, dass die übrigbleibende Bakterienart auch gerade diejenige ist, für welche sich Finkler und Prior besonders interessiren.

Man ersieht hieraus, dass das Finkler-Prior'sche Verfahren mit dem gewöhnlichen Culturverfahren nicht das Mindeste gemein hat, dass es im Gegentheil gerade das entgegengesetzte Princip verfolgt. Es beweist aber auch, dass die Erfinder desselben, obwohl sie sich angeblich manche Erfahrungen über Culturen gesammelt haben, weder das gewöhnliche Gelatine-Verfahren kennen, noch auch sich jemals früher mit Bakterienculturen auf Kartoffeln beschäftigt haben; weil sie sonst wissen mussten, dass es in dieser Weise überhaupt unmöglich ist, Reinculturen zu erzielen. Denn in dem Bakteriengemisch, welches in den aus Stuhlentleerungen entnommenen Partikelchen enthalten ist, finden sich immer mehrere Arten, welche recht kräftig auf Kartoffeln wachsen und ungestört nebeneinander zur Entwickelung kommen. Ferner können aber bei diesem Verfahren auch nicht einmal die später eindringenden Verunreinigungen ausgeschlossen werden, so dass nach einer Anzahl von Umzüchtungen immer noch ein Bakteriengemisch vorhanden ist, von dem gar nicht mehr behauptet werden kann, dass alles, was darin enthalten ist, auch wirklich der ursprünglichen Aussaat angehört.

Auch in der Auffassung von den Entwickelungszuständen der Bakterien gehen Finkler und Prior ihre eigenen Wege. Jeder Anfänger in der Bakteriologie kennt das eigenthümliche Aussehen eines sporenhaltigen Bacillus, wie es beispielsweise in der auch von Finkler und Prior citirten photographischen Abbildung im ersten Bande der Mittheilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte dargestellt ist. Die ungefärbte Spore liegt in der Mitte des Bacillus und die beiden Enden des letzteren, welche noch unverändertes Plasma enthalten, haben den Anilinfarbstoff aufgenommen und erscheinen deswegen dunkel gefärbt. In einem weiteren Stadium verschwinden auch die färbbaren Enden

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

des Bacillus, und die ungefärbte Spore bleibt zurück. Finkler und Prior fassen nach dem Wortlaut des Tageblattes der Naturforscherversammlung und nach den mir an einem ihrer Präparate gegebenen Erklärungen den sporenhaltigen Bacillus nicht in dieser allgemein bekannten Weise auf. Der mittlere ungefärbte Theil wird von ihnen als Sporenträger bezeichnet und die gefärbten Enden sollen zwei Sporen sein. Letztere werden nach Finkler und Prior von dem Sporenträger ausgestossen und wimmeln im Gesichtsfeld herum, während die leeren Hülsen des Sporenträges (von anderen Mikroskopikern als die eigentlichen Sporen angesehen) dazwischen liegen.

Dass es nur in wirklichen Reinculturen möglich ist, die Entwickelungszustände der Bakterien zu untersuchen, wird heutzutage Niemand mehr bestreiten. Finkler und Prior konnten aber wegen der Eigenthümlichkeit des von ihnen erfundenen Culturverfahrens keine Reinculturen haben und haben sie auch in der That nicht gehabt, wie wir später sehen werden. Deswegen entbehrt aber auch Alles, was sie über angebliche weitere Entwickelungszustände der von ihnen untersuchten Bakterien mittheilen, jeder Sicherheit, und ich darf es wohl unterlassen auf die Spirillen, Culturpunkte und geplatzten Ammen, welche aus jenen von dem Sporenträger ausgestossenen Sporen hervorgehen sollen, weiter einzugehen.

Diese beiden Proben genügen hinlänglich, um zu zeigen, dass Finkler und Prior sich weder mit den einschlägigen Untersuchungsmethoden, noch mit der Biologie der Bakterien vertraut gemacht haben und dass sie also, gelinde gesagt, sich noch nicht einmal die Anfangsgründe der Bakteriologie angeeignet hatten, als sie ihre so viel Aufsehen machenden Untersuchungen ausführten.

Nichtsdestoweniger bin ich den Herren Finkler und Prior zu Dank verpflichtet, dass sie mir ihre Präparate gezeigt und eine Probe ihrer Bakteriencultur, letztere allerdings nur nach mehrfacher brieflicher und telegraphischer Aufforderung, überlassen und mich dadurch in den Stand gesetzt haben, mir eine Vorstellung von dem zu machen, was sie eigentlich unter den Händen gehabt haben.

Von der Cultur, welche, wie ich voraussetze, dem besten Material entstammt, das Finkler und Prior zur Verfügung hatten, ist in dem Begleitschreiben gesagt, dass sie „ziemlich rein" und „aus faulem Stuhl aufgezogen" sei.

Die Untersuchung derselben mit Hülfe des Gelatineverfahrens ergab, dass in ihr enthalten waren vier verschiedene Bacillenarten, nämlich erstens eine die Gelatine nicht verflüssigende, dieselbe aber grün färbende Art, zweitens ein die Gelatine nicht verflüssigender kurzer gerader Bacillus, drittens ein die Gelatine verflüssigender und an der Oberfläche derselben eigenthümliche Figuren bildender ebenfalls gerader Bacillus, viertens ein die Gelatine verflüssigender in wenig bestimmter Form auftretender, vorwiegend aber leicht gekrümmter oder citronenförmig gestalteter Bacillus.

Nur der letztere Bacillus interessirt uns hier. Derselbe zeigt in Deckglaspräparaten, gefärbt und in Wasser untersucht die erwähnte Form, welche mit der Gestalt der Cholerabacillen nur wenig Aehnlichkeit hat. Erst nachdem das Präparat eingetrocknet und in Canadabalsam eingelegt ist, zeigen sich diese Organismen durch das Trocknen eingeschrumpft und in ihrer Form derartig verändert, dass manche Exemplare den Cholerabacillen ähnlich erscheinen. Im Ganzen genommen sehen sie aber auch in diesem Zustande plumper und grösser aus, als die Cholerabacillen. Sehr wesentlich unterscheiden sie sich aber von letzteren in ihrem übrigen Verhalten. Sie wachsen viel energischer und schneller, als die Cholerabacillen sowohl in Gelatine als auch ganz besonders auf der Kartoffel. Die Einzelcolonien in der Gelatine sind bei schwacher Vergrösserung immer von gleichmässig runder Form, von fein granulirtem Aussehen und verflüssigen die Gelatine sehr schnell in weitem Umkreise, so dass, wenn auch nur verhältnissmässig wenige Colonien sich auf einer Gelatineplatte befinden, die sämmtliche Gelatine bereits nach zwei bis drei Tagen verflüssigt ist. Die Cholerabacillen bilden dagegen in der Gelatine nicht gleichmässig runde, aus stark glänzenden Bröckchen bestehende, verhältnissmässig langsam heranwachsende und die Gelatine dementsprechend auch nur in geringer Entfernung verflüssigende Colonien. Sehr auffallend zeigen sich diese Unterschiede an Culturen im Reagensglase. Die Cholerabacillen-Cultur entwickelt sich bei gewöhnlicher Zimmertemperatur langsam, der Impfstich sinkt in seinem oberen Theile ein und verflüssigt seine Umgebung nur sehr wenig, so dass das eigenthümliche Aussehen entsteht, als ob eine Luftblase an der Spitze des Impfstiches sich befindet. Der untere Abschnitt des Impfstiches bleibt Tage lang dünn und sieht aus wie ein weisslicher Faden, weil die Verflüssigung der Gelatine nur ganz allmählich von oben nach unten fortschreitend vor sich geht. Eine Cultur der Finkler-Prior'schen Bakterien im Reagensglas erscheint dagegen bereits nach ein bis zwei Tagen in der ganzen Ausdehnung des Impfstiches fast gleichmässig und in grosser Ausdehnung verflüssigt; sie sieht deswegen schon sehr frühzeitig nicht mehr fadenartig aus, sondern gleicht in ihrer Gestalt mehr einem länglichen Sack oder Strumpf. Eine tiefe Einsenkung und Blasenbildung zeigt der Impfstich niemals an seinem oberen Ende.

Auf Kartoffeln wachsen die Finkler-Prior'schen Bakterien bei Zimmertemperatur, also bei 17—19 ° C. sehr üppig und bilden eine blass graugelb gefärbte, schleimige Masse, an deren Rande die Substanz der Kartoffel auffallend weiss verfärbt aussieht. Die Cholerabakterien wachsen bei der gleichen Temperatur auf Kartoffeln überhaupt nicht; nur im Brütapparat sind sie auf Kartoffeln zur Entwicklung zu bringen und sie bilden dann sehr langsam heranwachsende ziemlich dunkel braun gefärbte Colonien.

Es haben sich noch manche andere Unterschiede zwischen den beiden Bakterienarten herausgestellt, welche ich als weniger wesentlich übergehe, da die geschilderten bereits zur Genüge erkennen lassen, dass es sich hier um zwei ganz verschiedene Mikroorganismen handelt, die gar nichts mit einander zu thun haben, und die auch an der Hand der mitgetheilten Merkmale leicht von einander zu unterscheiden sind.

Es würde nun noch die Frage zu beantworten sein, in welchem Verhältniss die fraglichen Bakterien zu den von Finkler und Prior bereits beobachteten Cholera-nostras-Fällen stehen, wobei ich es ganz unerörtert lassen will, ob die Symptome dieser Fälle berechtigen, sie als Cholera nostras zu bezeichnen. Die Cultur, in welcher die Finkler'schen Bakterien enthalten waren, stammte „aus faulem Stuhl", war also nicht aus den frischen Entleerungen der Kranken gewonnen. Da ausserdem bei dem Finkler-Prior'schen Culturverfahren spätere Verunreinigungen nicht ausgeschlossen sind, so lässt sich aus dem Vorhandensein der Bakterien in der Cultur überhaupt noch nicht schliessen, dass dieselben auch ursprünglich in den Ausleerungen der Kranken enthalten gewesen sind. Dies würde man nur noch aus Präparaten erkennen können, welche von den frischen Ausleerungen gemacht sind. Solche Präparate haben Finkler und Prior mir gezeigt, und es ist auch wohl in diesem Falle anzunehmen, dass dies solche Objecte waren, welche sie für die am meisten beweisenden hielten. In diesen Präparaten nun habe ich nur die in allen Stuhlentleerungen regelmässig vorkommenden kurzen Bacillen von verschiedener Dicke finden können, aber keine Kommabacillen. Hiernach halte ich es keineswegs für bewiesen, dass die fraglichen Bakterien den von Finkler und Prior beobachteten Fällen von Diarrhoe eigenthümlich sind, es ist mir im Gegentheil im höchsten Grade unwahrscheinlich, und ich möchte vielmehr annehmen, dass sie später durch irgend einen Zufall in die faulende Ausleerung oder gar erst in die Cultur hineingerathen sind.

Bei dieser Gelegenheit will ich noch bemerken, dass ich in letzter Zeit drei Fälle von unzweifelhafter Cholera nostras, darunter zwei tödtliche, untersucht habe. In keinem derselben konnte, obwohl die Ausleerungen und der Darminhalt des einen secirten Falles auf das Sorgfältigste mikroskopisch und mit dem Gelatineverfahren geprüft wurden, Kommabacillen nachgewiesen werden. Besonderes Interesse bot ferner noch ein Fall von Arsenikvergiftung, welcher unter heftigem Erbrechen, Durchfall und Collapsus in ungefähr zehn Stunden tödtlich geendet hatte. Der Darm hatte vollkommen das Aussehen eines Choleradarmes, ebenso auch der Inhalt desselben. Letzterer enthielt zahlreiche lebenskräftige Bakterien, unter diesen aber keine Spur von Kommabacillen.

Ueberhaupt sind seit meinen letzten Mittheilungen über die Cholerabacillen die Nachforschungen nach Bakterien, welche zu einer Verwechselung mit denselben führen könnten, unermüdlich fortgesetzt, ohne dass es gelungen wäre, derartige Bakterien aufzufinden. Es werden seit einiger Zeit im Gesundheits-Amte Kurse abgehalten, um eine grössere Anzahl von Aerzten mit den zum Nachweis der Cholerabacillen dienenden Methoden bekannt zu machen. Bei dieser Gelegenheit sind bereits viele Hunderte von Einzel-Untersuchungen gemacht von Ausleerungen gesunder und kranker Menschen, namentlich diarrhoischer und dysenterischer, ferner vom Speichel, Zahnschleim, von allen möglichen anderen Substanzen, welche Bakterien enthalten; aber niemals sind uns dabei Mikroorganismen begegnet, welche mit den Cholerabacillen verwechselt werden könnten.

Sowohl das Ergebniss dieser Massen-Untersuchungen, wie die vergeblichen Bemühungen Anderer, welche den Cholerabacillen gleiche Bakterien anderswo, als in Choleraobjecten, zu finden vermeinten, welche Befunde sich aber sämmtlich als Irrthümer herausgestellt haben, bestätigen Alles, was ich früher über die Beziehungen der Kommabacillen zur Cholera gesagt habe.

Die Kommabacillen sind specifische, ausschliesslich der Cholera asiatica angehörige Bakterien. So lange dieser Satz nicht widerlegt ist, bleiben auch alle die Schlüsse, welche ich aus demselben in Bezug auf die diagnostische Verwerthbarkeit dieser Bakterien und über

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihr ursächliches Verhalten zum Choleraprocess gefolgert habe, in ihrem vollen Rechte.

Uebrigens gewinnt es den Anschein, als ob auch die Forderung derjenigen Zweifler in Erfüllung gehen soll, welche den Beweis für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Kommabacillen und Cholera nicht eher für erbracht ansehen wollen, als bis es gelingen würde, mit Reinculturen der Kommabacillen an Thieren künstlich Cholera zu erzeugen.

Bekanntlich ist es den Professoren Rietsch und Nicati während der letzten Choleraepidemie in Marseille gelungen, an Hunden und Meerschweinchen choleraartige Zustände zu erzeugen, wenn den Thieren der Ductus choledochus unterbunden und eine gewisse Menge einer Reincultur von Kommabacillen in den Zwölffingerdarm injicirt wurde. Später soll der Versuch bei Meerschweinchen auch ohne Unterbindung des Ductus choledochus gelungen sein.

Diese Versuche sind im Gesundheitsamt in letzter Zeit wiederholt, und zwar wurde die Reincultur so weit verdünnt, dass die injicirte Menge kaum ein Hundertstel eines Tropfens der Culturflüssigkeit enthielt. Die Flüssigkeit wurde, ohne vorher den Ductus choledochus zu unterbinden, in den Zwölffingerdarm injicirt. Mit wenigen Ausnahmen starben die so behandelten Thiere nach anderthalb bis drei Tagen. Die Schleimhaut des Dünndarms war geröthet, der Inhalt desselben wässrig, farblos oder mitunter schwach röthlich gefärbt und zugleich flockig. In dem Darminhalt befanden sich die Kommabacillen in einer Reincultur und in ausserordentlicher Menge. Es lagen hier also ganz dieselben Erscheinungen vor, wie sie der Choleradarm in frischen Fällen zeigt. Eine etwa gleichzeitig wirkende Intoxication durch giftige Producte, welche in der zur Injection verwendeten Culturflüssigkeit enthalten sein könnte, ist wegen der geringen Menge der gebrauchten Infectionsmasse ausgeschlossen.

Die Thierversuche sind auch nach anderen Richtungen hin wieder aufgenommen und haben dabei ergeben, dass den Kommabacillen unzweifelhafte pathogene Eigenschaften zukommen. Unter diesen Umständen wird es wohl gerathener sein, von den in neuerer Zeit in Vorschlag gebrachten Versuchen an Menschen, welche sich erboten haben, Reinculturen der Kommabacillen zu geniessen, Abstand zu nehmen und vorläufig noch an Meerschweinchen und anderen Versuchsthieren weiter zu experimentiren.

II. Aus der medicinischen Poliklinik des Herrn Prof. von Dusch in Heidelberg.

Zur Wirkung des Antipyrin bei Kindern und Erwachsenen.

Von

A. Geier, cand. med.

Die günstigen Resultate, welche die ersten Versuche mit dem neuen Antipyreticum ergeben haben, sind durch weitere Untersuchungen, wie aus den verschiedenen Publicationen hervorgeht, bestätigt worden. Auch die wichtige Frage, ob das Antipyrin mit ebenso günstigem Erfolge in der Kinderpraxis angewendet werden könne, ist in No. 90 der B. Kl. W. von Herrn Prof. Dr. Penzoldt bejaht worden. Allein bei der Neuheit des Mittels dürfte es, namentlich für den practischen Arzt, welcher die Wirkung seiner Medicationen nicht mehrmals täglich controliren kann, von Interesse sein, wenn noch weitere Beobachtungen über die Wirkung des Antipyrin bei Kindern veröffentlicht werden. Zwar ist die Zahl der Fälle, in welchen dasselbe zur Anwendung kam, nur klein, allein im Zusammenhalt mit den in der Erlanger Poliklinik angestellten Versuchen dürften sie doch nicht ohne Gewicht sein. Im Anschluss daran sollen noch einige Fälle, in denen das Antipyrin bei Erwachsenen als Febrifugum verwendet wurde, erwähnt, besonders aber ein Fall von Typhus abdominalis, bei welchem das von Herrn Dr. A. Cahn (B. Kl. W. No. 36) beobachtete Antipyrinexanthem sich zeigte und welcher auch sonst noch von Interesse ist, erörtert werden. Da es sich um poliklinisches Material handelt, musste allerdings von regelmässigen, in kurzen Intervallen vorzunehmenden Messungen Abstand genommen werden; nur der 1. Fall, welcher zum Theil in der Luisenheilanstalt in Heidelberg behandelt wurde, und zwei andere, in welchen die Temperaturmessungen von den Angehörigen vorgenommen werden konnten, machen davon eine Ausnahme.

I. Kinder.

1. Fritz Beierle, 4 Jahre alt. Ileotyphus; Pneumonia lat. sin.

Prodrome: c. 14 Tage lang Kopfweh, Appetitlosigkeit, Müdigkeit in den Beinen, allgemeines Unwohlsein. Später Hitzegefühl und Frösteln, häufige diarrhoische Stühle. Schlaf unruhig.

Beginn der Behandlung: 23. Juli 1884.

Status praesens: Mässig gut genährter Knabe. Krankhaftes Aussehen. Zunge weiss belegt, Ränder und Spitze frei. Abdomen etwas aufgetrieben. Weder Ileocoecalgurren noch Schmerzhaftigkeit des Abdomen noch Roseola. Milz nicht palpabel, ihr Dämpfungsbezirk vergrössert. Auf beiden Lungen Rasselgeräusche. Husten. T. 40, P. 128, R. 48. — Ther.: Acid. mur., Eisumschläge, Calomel.

Die Antipyrinbehandlung begann am 24. Juli, und zwar erhielt Pat. bis zum 30. Juli incl. um 2, 3 und 4 Uhr je 0,5 gr. Antipyrin, welches öfter Erbrechen hervorrief. Trotzdem war die Abendtemperatur mindestens um 1,5° C. niedriger als die Morgentemperatur. An den beiden folgenden Tagen erhielt Pat. von 2—4 Uhr in $^3/_4$stündigen Intervallen 2,0 gr. Antipyrin. Die Verminderung der Abendtemperatur gegenüber der Morgentemperatur betrug einmal 2,0°, das andere Mal 2,3° C.

Am 2. August Bad von 30° C. 4 Min. lang. Die T. ging nicht unter 39,4 herunter. Am andern Tage wurde wegen des häufigen Erbrechens nach dem Antipyrin Natr. salicyl. gegeben. Die geringste T. (unter 8 Messungen) betrug 39,6° C.

Am 4. August ist die T. um 6 Uhr Nachm. 40,6°. Pat. erhielt jetzt 1,5 gr. Antipyrin als Clysma: um 8 Uhr ist die T. 38,1°. Ueberhaupt erhält Pat. das Antipyrin von diesem Tage an stets per anum.

Am 5. August 4 Uhr: T. 40,2. Auf 1,0 gr. Antipyrin ist die T. um 8 Uhr auf 39,1° gesunken.

Am 6. August früh 8 Uhr 39,8°; 1 gr. Antipyrin, um 10 Uhr 38,0°; Nachts 12 Uhr 38,8°.

Am 7. August 4 Uhr Nachm. T. 39,8° 1,5 Antipyrin. 8 Uhr Nachm. 38,2°, 12 Uhr Nachts 38,1°.

Pat. hat an diesem Tage Aufnahme in der Luisenheilanstalt in Heidelberg gefunden. Die daselbst vorgenommene Untersuchung ergiebt im Wesentlichen folgendes Resultat:

„An den Händen und den Streckseiten der Vorderarme ein papulo-maculöser Hautausschlag (geröthete, zum Theil confluirende, etwas prominirende Flecken).

Am Leib und den untern Extremitäten ein ausgebreitetes Roseolaexanthem. Ueber den Lungen, besonders beiderseits hinten unten, zahlreiche mittelgrosse blasige Rhonchi.

Leber überragt in der Mammillarlinie den Rippenbogen 2querfingerbreit.

Milz stark vergrössert, sehr leicht palpabel, überragt nach unten den Rippenbogen 1querfingerbreit und schliesst gegen die Mittellinie des Bauches mit dem Rippenbogen ab.

Gegen Abend wird das Exanthem an den Streckseiten der Vorderarme confluirender.“

Am 8. August ist das Exanthem an den Vorderarmen etwas abgeblasst; es erhält sich in diesem Zustande noch einige Tage, um nun ganz zu verschwinden. Die T. um 4 Uhr Nachm. 39,6°; 1,5 gr. Antipyrin als Clysma hat eine Temperaturerniedrigung von 1,5° C. um 8 Uhr Abends zur Folge. — Links hinten unten etwas kürzerer Schall, links wie rechts crepitirende Rhonchi.

Am 9. August ist die T. Nachmittags 4 Uhr 39,4. 1,0 gr. Antipyrin, ausnahmsweise per os gegeben, hat die T. um 8 Uhr auf 38,2° C. herabgedrückt. Um 12 Uhr Nachts T. 38,0°.

Am 10. August Abends 8 Uhr T. 39,2° C.; 2,0 gr. Antipyrin: 12 Uhr Nachts T. 37,5° C.

Vom 11.—15. August incl. erhielt Pat. kein Antipyrin, da die Morgentemperaturen relativ niedrig waren. Die Milz ist erheblich kleiner geworden. Die Dämpfung l. h. u. hat sich aufgehellt, Rasselgeräusche und Husten spärlicher.

Am 16. August erhält Pat. noch einmal 2,0 gr. Antipyrin per anum, da um 4 Uhr Nachm. die T. 39,5° C. betrug. Um 8 Uhr ist dieselbe 39,0°, um 12 Uhr 38,4° C. Von nun an erhielt Pat. kein Antipyrin mehr, da die T. nur noch 3mal auf kurze Zeit über 39° C. stieg.

Am 22. August Nachmittags erreicht sie noch einmal die Höhe von 38,0°; seitdem ist sie normal. Mit dem Nachlassen des Fiebers wurde auch der Schlaf ruhig, der Appetit stellte sich wieder ein.

Am 25. August hörte man überall reines Vesiculärathmen.

Am 26. August trat die im Typhus nicht selten beobachtete Irregularität des Pulses ein, die bis zum 1. September anhielt und sich dadurch charakterisirte, dass auf c. 3—4 Schläge eine kleine Pause folgte. Pat. hat im Ganzen an 17 Tagen 26 gr. Antipyrin erhalten. — Geheilt entlassen.

2. Amanda Sieber, 13 J., Ileotyphus.

Prodrome: Uebelkeit, Appetitlosigkeit, Mattigkeit im ganzen Körper, anginöse Beschwerden.

Beginn der Behandlung: 1. August 1884.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Status praes.: Für sein Alter schlecht entwickeltes Kind mit krankhaftem Gesichtsausdruck. Zunge stark belegt. Kein Gurren, keine Schmerzhaftigkeit des Abdomen, keine Roseola. Milz nicht zu percutiren. — Fieber. Ther.: Calomel, Acid. mur. und Kälte.

Am 2. August Diarrhöen, am 3. August Roseola. Am 4. August klagt Pat. auch über Kopfweh; d. Abdomen ist schmerzhaft auf Druck, Gurren vorhanden. An diesem Tage begann die Antipyrinbehandlung und zwar wurde hier von dem von Filehne angegebenen Verfahren gänzlich abgewichen, indem das Antipyrin stets dann gegeben werden sollte, wenn die T. 39° C. in der Achselhöhle überstieg. Hielt sich dieselbe zwischen 39,0 und 39,5°, so erhielt Pat. nur 1 gr. Antipyrin; überstieg aber die T. 39,5°, dann wurden 2mal 1,0 gr. Antipyrin gegeben. Eine Wirkung war nie zu verkennen, und zwar erfolgte sie gewöhnlich nicht nur sehr bald, nachdem das 1. Pulver genommen war, sondern sie war auch eine lang anhaltende, wie aus folgendem Beispiel hervorgeht:

Am 8. August ist Abends 7 Uhr die T. 40,2°; 2 gr. Antipyrin, um 7 und 8 Uhr gegeben, haben die T. um 10 Uhr auf 38.5° herabgedrückt. Nachts 2 Uhr ist die T. 38,3° und am andern Morgen 9 Uhr 38,0°. Nachmittags 5 h. 15 hat sie wieder eine Höhe von 39,5° erreicht; infolge von 2 gr. Antipyrin, die um 5 h. 30 und 6 h. 30 gegeben wurden, ist sie um 7 Uhr auf 37,7° herabgesunken. — Im Ganzen erhielt Pat. an 12 Tagen 22 gr. Antipyrin. Zweimal wurde Erbrechen, das unzweifelhaft auf das Antipyrin zurückzuführen war, beobachtet, fast stets klagte Pat. über Brechreiz nach Einnahme eines Pulvers. — Am 17. August fühlte sich Pat. wohler und hatte Verlangen nach substantieller Nahrung. Am Abend steigt die T. noch bis 39,2° C., an den beiden folgenden Tagen noch über 38°. Seitdem ist Pat. fieberfrei. Geheilt entlassen.

3. Eduard Rigling, 10 J., Ileotyphus.

Prodrome: Appetitmangel, zuweilen Kopf- und Leibweh, fortschreitende Mattigkeit in allen Gliedern, Gleichgiltigkeit gegen seine Umgebung. In den letzten Tagen Hitze- und Frostgefühl. Diarrhoische Stühle.

Die Behandlung beginnt am 15. August 1884.

Stat. praes.: Mässig gut genährter Knabe mit leidendem Gesichtsausdruck. Zunge stark belegt, Ränder und Spitze geröthet. Abdomen nicht schmerzhaft; Gurren vorhanden. Milz überragt zungenförmig den Rippenbogen. Keine Roseola. — Fieber. Ther.: Acid. mur. und kalte Umschläge. Am 17. August wird Calomel ordinirt, worauf 5 dünne, grün-gelbe Stühle erfolgen. Abendtemperatur 39,1°.

Das Antipyrin wurde stets um 2 Uhr Nachmittags gegeben und zwar 1—2 gr. in 1—2 Dosen, je nach der Höhe des Fiebers. Zum ersten Male am 18. August. Die Wirkung war eine colossale. So war z. B. am 20. August 12 Uhr die T. 39,6°; auf 2×1,0 Antipyrin, um 2 und 3 Uhr gegeben, war dieselbe um 5 Uhr 15 Min. auf 36° gefallen. Die Wirkung des Antipyrin erstreckte sich bis auf den folgenden Tag, denn um 10 Uhr früh war am 21. August die T. nur 38,0°, während vor der Anwendung des Antipyrin die Morgentemperatur um dieselbe Zeit mindestens 39,0° betragen hatte. Der ganze Körper, mit Ausnahme des Abdomen, war in Folge der energischen Temperaturherabsetzung kühl geworden. Gleichwohl behauptete Pat., er empfinde kein Frostgefühl. Ebenso wirksam erwies sich das Antipyrin an den folgenden Tagen, nie aber hatte Pat. über Frösteln zu klagen, selbst nicht am 22. August, wo auf 1,0 Antipyrin die T. von 38,7° (12 Uhr) auf 35,5° (3 Uhr 30 Min.) gesunken war. — Pat. erhielt an 5 Tagen 8 gr. Antipyrin. Mancherlei Angaben in der Anamnese, sowie die niedrigen Morgentemperaturen machen es wahrscheinlich, dass Pat. zu der Zeit, wo er in ärztliche Behandlung kam, schon über die grösste Höhe der Krankheit hinaus war. Am 23. August war er fieberfrei. Das Reconvalescenzstadium entsprach vollständig dem eines Abdominaltyphus.

4. Fritz Ackermann, 10 J., Ileotyphus.

Prodrome: Appetitmangel, Uebelkeit, Diarrhöen, Mattigkeit.

Behandlung beginnt am 28. August 1884.

Status praes.: Schwächlicher Knabe von krankhaftem Aussehen. Zunge stark belegt; Abdomen weich, nicht schmerzhaft, kein Gurren, keine Roseola (diese trat erst am 8. September auf). Milzdämpfung kaum vergrössert. Ther.: Kalte Umschläge, Acid. mur., Calomel.

Die Antipyrinbehandlung begann am 29. August. Von diesem Tage an bis zum 3. September incl. erhielt Pat. je nach der Höhe der Morgentemperatur 1—2 gr. Antipyrin um 2 resp. um 2 und 3 Uhr. Der grösste Abfall erfolgte nach der ersten Darreichung (1,7°), der geringste betrug 0,6°. Wiederholtes Erbrechen veranlasste uns, dem Pat. am 3. September Nachmittags 5 Uhr 30 Min. ein Klysma von 2,0 Antipyrin zu geben. Die T. war zu dieser Zeit 40,0°, um 9 Uhr 37,0°. Eine halbe Stunde nach dem Klysma war Erbrechen erfolgt. Am 4., 5. und 6. September war die Abendtemperatur trotz des Klysma stets um ein Geringes höher als die Morgentemperatur. Am 7. September erhielt Pat. 2,0 Antipyrin in etwas Wein per os. Es erfolgte kein Erbrechen und trotzdem war am Abend die T. um 0,4° höher als am Morgen. Vom 8. bis 13. September incl. erhielt Pat. das Antipyrin regelmässig Nachmittags 2 Uhr als Klysma: am 8. September ist die Abendtemperatur um 1,6°, an 3 andern Tagen nur um einige Decigrade niedriger, in 2 Fällen sogar um einige Decigrade höher als die Morgentemperatur. — Pat. erhielt im Ganzen an 14 Fiebertagen 35 gr. Antipyrin, davon 13 gr. per os, das übrige per anum. Er ist geheilt entlassen. — Da meist nur die Morgen- und Abendtemperaturen mit einander verglichen werden konnten, so erklärt sich daraus die geringe Wirkung, welche das Antipyrin in diesem Falle oft zu haben schien, da man mit Recht annehmen kann, dass am Nachmittag, zu der Zeit, wo das Antipyrin verabreicht wurde, der Körper eine weit höhere T. besass als früh 10 Uhr. Ferner ist in diesem Falle die Resorption des Antipyrin, wenn es per os gegeben wurde, sicher eine sehr langsame gewesen. Denn obwohl die am 7. September um 2 Uhr gegebenen 2 gr. Antipyrin nicht erbrochen wurden, war die T. Abends 7 Uhr 30 Min. um 0,4° höher als am Morgen, während sie am andern Tage früh 10 Uhr 15 Min. nur 37,9° betrug. Nachdem um 2 Uhr wieder 2 gr. als Klysma gegeben waren, zeigte das Thermometer um 6 Uhr 30 Min. eine T. von 36,3° C. an. $3^1/_2$ Stunden nach dem ersten Klysma war sogar eine Temperaturerniedrigung von 3,0° eingetreten. Diese Zahlen beweisen, dass die Resorption des Antipyrin, wenn es direct in den Darm gebracht wurde, eine weit schnellere war, als wenn es per os gegeben wurde. Der Umstand, dass in den übrigen Fällen, wo es als Klysma zur Anwendung kam, nur eine minimale Herabsetzung, ja selbst eine Erhöhung der Abendtemperatur im Vergleich zur Morgentemperatur beobachtet wurde, ist darauf zurückzuführen, dass in diesen Fällen entweder ungenügende Mengen in das Rectum gelangten, indem der Ballon der Spritze nicht vollständig entleert wurde, oder dass die Flüssigkeit nur wenige Minuten im Rectum festgehalten werden konnte.

5. Ludwig Werner, 1 J., Bronchitis capillaris, Pneumonie.

Pat. verfiel am 17. Juni plötzlich in Convulsionen. Die Anfälle wiederholten sich in Zwischenräumen von 1—2 Stunden und dauerten ca. 5 Minuten lang. Verschärftes Athmen und Rasseln. Abendtemperatur 39,7° C. Am andern Tag kommt Erbrechen hinzu, und an Hals und Brust tritt ein Erythem auf. Am 20. Juni wird über den Lungen hinten oben beiderseits eine leichte Dämpfung constatirt nebst zahlreichen Rasselgeräuschen, die im Bereich der Dämpfung leiser sind. Die geringste T., die vom 17. bis 25. Juni beobachtet wurde, betrug 38,6°, die höchste 40,6°. Die Bronchitis wurde mit Apomorphin und Ammon. carb., das Erbrechen mit Kreosot, das Fieber mit Eisumschlägen, kalten Uebergiessungen im lauwarmen Bad, dann mit Chinin behandelt. Da dasselbe aber ohne Einfluss auf die Körpertemperatur blieb, da die Morgentemperaturen bei dieser Medication nicht herabgingen, wurde am 26. Juni mit der Antipyrinbehandlung begonnen, und zwar erhielt Pat. bis zum 30. Juni incl. das Antipyrin stets in 2 Dosen zu 0,3 gr. Nach der ersten Anwendung betrug die Differenz zwischen Morgen- und Abendtemperatur 2,0° zu Gunsten der letzteren, an den andern Tagen etwas weniger. Am 1. Juli wurden 3 Dosen von 0,3 gr. gegeben, vom 2.—4. Juli je 2 Dosen von 0,5 gr. Auf diese Weise wurde am 9. Juli, 4 Stunden nach Verabreichung des 1. Pulvers ein Temperaturabfall von 2,6° C. erzielt. Am 6. Juli erhielt Pat. noch ein Bad, am andern Tage war er fieberfrei. — Im Ganzen wurden in diesem Fall an 9 Tagen 7,8 gr. Antipyrin gegeben. Erbrechen wurde nie durch dasselbe hervorgerufen. — Geheilt entlassen.

II. Erwachsene:

An Erwachsenen wurde das Mittel in 6 Fällen geprüft und zwar in

2 Fällen von Tuberculosis pulm.
1 Fall von Pneum. migrans et Pleuritis exsud. lat. dextri.
2 Fällen von Typhus abdominalis.
1 Fall Erysipelas faciei bulbos.

1. W. Koch. Der eine Fall von Lungenphthise betrifft ein 17jähriges Mädchen, welches Anfang März 1884 mit Husten und Blutspeien erkrankte und am 13. Juli gestorben ist. Da Pat. hohes Fieber hatte, wurden am 19. und 20. Mai um 3, 4 und 5 Uhr je 1,5 gr. Antipyrin gegeben.

Am 19. Mai ist um 3 Uhr die T. 39,6°
" " " " " 5 " " " 36,8°
" 20. " " " 3 " " " 39,5°
" " " " " 5 " " " 36,9°.

Am 21. Mai wurde nur 3mal 1 gr. gegeben. Wie an den beiden vorhergehenden Tagen erfolgte auch diesmal starke Schweisssecretion.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wegen der Uebelkeit und grosser Schwäche, die nach dem Antipyrin jedesmal auftraten, wurde die weitere Anwendung desselben unterlassen.

2. F. Heid. In dem andern Fall von Lungenphthise, in welchem es sich um eine 28jährige Frau handelte, konnte ebenfalls eine starke Herabsetzung der Körpertemperatur constatirt werden, ebenso wurde aber auch hier das subjective Befinden dadurch verschlechtert. Pat. verlor den Appetit und klagte über grosse Mattigkeit nach dem Antipyringebrauch. Das Antipyrin wurde nun ausgesetzt und dafür Natr. salicyl. gegeben: das subjective Befinden und der Appetit besserten sich allerdings, eine wesentliche Temperaturherabsetzung wurde nicht beobachtet. Am 19. Juli wurde wieder das Antipyrin versucht: sofort hatte Pat. wieder über Appetitlosigkeit und grosse Mattigkeit zu klagen, während auf T., P. und R. das Antipyrin auch diesmal seinen günstigen Einfluss übte. Die bezüglichen Zahlen sind 37,5, 96, 32.

3. J. Knobel, 20 J. Pneum. migrans, Pleur. exsud. lat. dextr.

Nachdem Pat., ein kräftiger Maurer, eine rechtsseitige Pleuropneumonie in 7 Tagen überstanden hatte, war er vom 20.—23. Juni fieberfrei; nur ein mässiger pleuritischer Erguss war zurückgeblieben. Am Abend des 23. Juni war T. 38,5, P. 88, R. 32. Objectiv noch nichts nachweisbar. Am andern Tag konnte die Diagnose auf eine linksseitige Lungenentzündung festgestellt werden. Am 25. Juni ist um 4 h. 15 die T. 40,5, P. 96, R. 40. Von 9—11 Uhr erhält Pat. 3 mal 2,0 Antipyrin. Darauf erfolgte starke Schweisssecretion, das subjective Befinden war besser geworden, nur etwas Brechreiz empfand Pat. nach dem letzten Pulver. Um 4 Uhr Nachts hatte Pat. wieder über stärkere Hitze zu klagen. Am 26. 8 h 15: T. 39,3, P. 100, R. 32. 3 mal 2,0 Antipyrin von 10—12 Uhr. 4 Uhr: T. 36,8, P. 70, R. 24.

Nach dem letzten Pulver etwas Brechreiz, darauf Euphorie. Anhaltend starker Schweiss. Am 27. Juni ist die T. früh 8 h. 15 39,6°; Nachmittags 3 h. 30, nachdem Pat. von 10—12 Uhr 6 gr. Antipyrin erhalten hat, ist sie nur 36,7°. Die resp, Zahlen für P. und R. sind 100 und 72, 36 und 28. Diesmal hatte das Antipyrin keine Nebenerscheinungen verursacht. Ebenso günstig war die Wirkung des Antipyrin an den folgenden Tagen. — In toto erhielt Pat. an 5 Tagen 28 gr. — Er wurde am 20. Juli geheilt entlassen.

4. F. Schmidt, 45 J., Ileotyphus (?).

Prodrome bestehen seit ca. 14 Tagen: Appetitlosigkeit, mehr und mehr zunehmende Mattigkeit, Kopfweh, Schwindelgefühl beim Aufstehen, weniger Schlaf; in den letzten Tagen Frost- und Hitzegefühl.

Beginn der Behandlung am 8. August 1884.

Stat. praes.: Schlecht genährte Frau von gracilem Körperbau. Zunge belegt, Bauchdecken sehr schlaff, kein Schmerz auf Druck, keine Roseola. Gurren vorhanden. Milz wird bei sehr tiefen Inspirationen palpabel. T. 39,3, P. 92. Ther.: Kalte Umschläge, Acid. mur., Calom.

Die Antipyrinbehandlung begann am 9. August, und zwar erhielt Pat. das Antipyrin stets Nachmittags um 2 Uhr in 2—3 Dosen, je nachdem 2 oder 3 gr. in toto gegeben wurden; am 10. August ausserdem noch Abends 2 mal 1,5 gr. Die Wirkung war, das 1. Mal ausgenommen, wo die Abendtemperatur 2,0° niedriger war als die Morgentemperatur, nicht so evident, doch ist die Ursache davon sicher in einer sehr langsamen Resorption zu suchen, da die Morgentemperaturen, seitdem am 9. August zum 1. Mal Antipyrin gegeben worden war, relativ niedrig waren. Wiederholt erfolgte Brechreiz, nie aber Erbrechen, stets starke Schweisssecretion. Wegen ärmlicher Verhältnisse wird Pat. im akad. Krankenhaus aufgenommen.

5. H. Boch, 39 J., Ileotyphus.

Prodrome: Seit dem 26. August d. J., d. h. seit 9 Tagen klagt Pat. über Husten und Schmerzen auf der Brust, verbunden mit Frost- und Hitzegefühl. Appetit schlecht. Seit 3 Tagen kein Stuhl.

Beginn der Behandlung am 29. August.

Stat. praes.: Kräftig gebauter Mann. Für seine Klagen lässt sich objectiv kein Grund nachweisen, da Herz und Lungen normal sind. Zunge etwas belegt. Milzdämpfung erscheint nicht vergrössert. Ther.: Acid. mur., kalte Umschläge und Calomel. T. 39,0, P. 94. Dann Natr. salicyl.

Die Antipyrinbehandlung beginnt am 2. September. Die Wirkung erfolgte in diesem Falle stets sehr rasch, war sehr energisch, aber nicht von langer Dauer. Die Schweisssecretion war nach 6 gr. in 3 Dosen gegeben, meist eine ganz enorme. So lange dieselbe andauerte, fühlte sich Pat. allerdings matt, aber trotzdem wohler, so dass er stets bat, beim Steigen des Fiebers ein Pulver nehmen zu dürfen, was, wenn es ihm sofort erlaubt worden wäre, wohl noch einen grösseren Consum von Antipyrin zur Folge gehabt hätte als es ohnehin der Fall ist. Im Ganzen hat nämlich Pat. 96 gr. genommen in einem Zeitraum von 16 Tagen. — Am Abend des 29. August klagte Pat. auch über ein heftiges Sausen im Kopf, namentlich in den Ohren. Durch eine Eisblase, die auf den Kopf applicirt wurde, erhielt Pat. Erleichterung. Als dann, um energischer auf das Fieber einzuwirken, Natr. salicyl. gegeben wurde, verschlimmerte sich dieses Leiden. Nachdem Pat. die ersten 6 gr. Antipyrin genommen hatte, war die lästige Erscheinung fast vollständig verschwunden. Auch auf den Schlaf hatte das Antipyrin in diesem Falle eine sehr günstige Wirkung; sobald die sehr profuse Schweisssecretion, welche schon nach den ersten um 2 Uhr gegebenen 2 gr. begann, gegen Abend aufgehört hatte, fiel Pat. in Schlaf, der bis ca. 9 Uhr dauerte. 1—2 Stunden später kehrte regelmässig das Fieber wieder, so dass Pat. nicht mehr schlafen konnte. Später wurde ihm erlaubt, beim Steigen der T. um Mitternacht 2 gr. Antipyrin zu nehmen. Der Erfolg war ein eclatanter: stets erfolgte starker Schweiss, und darauf konnte Pat. wieder bis ca. 5 Uhr früh schlafen; ca. 2 Stunden später stellte sich die Hitze wieder ein. Als Maassstab für die vortreffliche Wirkung des Antipyrin in diesem Falle mögen folgende Zahlen dienen:

2. September früh: T. 39,5, P. 100, 3 mal 2,0 Antipyrin von 1—3 Uhr. 6 Uhr: T. 37,4, P. 84.

3. September früh: T. 39,6, P. 100, 3 mal 2,0 Antipyrin von 2—4 Uhr. 5 Uhr: T. 36,1, P. 84.

7. September früh: T. 38,8, P. 84, 3 mal 2,0 Antipyrin von 2—4 Uhr. Abends: T. 36,5, P. 76.

8. September früh: T. 39,1, P. 84, 3 mal 2,0 Antipyrin von 2—4 Uhr. Abends: T. 35,5, P. 76.

Trotz dieser abnorm niedrigen Temperatur kehrte auch diesmal Nachts 11 Uhr die Hitze wieder. — Es wäre überflüssig, die Temperaturen jedes Tages hier anzuführen, die angegebenen Zahlen genügen wohl, um den Einfluss des Antipyrin auf die Körpertemperatur in diesem Falle darzuthun. Dagegen muss noch erwähnt werden, dass am 11. September ein Exanthem auftrat, welches am Rücken und an den Extremitäten localisirt, am deutlichsten aber auf und zwischen den Schulterblättern ausgeprägt war. Es bestand aus kleinen, nicht scharf begrenzten, etwas erhabenen Flecken von verschiedener Grösse und intensiv rother Farbe, die auf Druck verschwanden, um gleich darauf wiederzukehren. Kopf, Hals, Vola manus und Planta pedis blieben frei. Das Erythem erhielt sich bis zum 19. September, wo es aber sehr abgeblasst und die Grenzen der einzelnen Flecken noch unbestimmter geworden waren. Eine Prominenz über das Niveau der Haut konnte nicht mehr constatirt werden. Das Verschwinden des Erythems erklärt sich wohl nach den in der Strassburger Klinik darüber angestellten Versuchen aus dem Umstand, dass Pat. am 18. September kein Antipyrin mehr erhalten hatte, weil an diesem Tage die Temperatur zur Norm zurückgekehrt war. — Der in Fall I 1 erwähnte papulo-maculöse Hautausschlag dürfte wohl ebenfalls auf den Antipyringebrauch zurückzuführen sein.

6. 17 j. Dienstmädchen, Erysipelas bulb. faciei.

Pat. erkrankte am 18. Juli d. J. plötzlich mit Schüttelfrost und darauf folgendem Hitzegefühl, nachdem sie sich schon etwa 8 Tage lang etwas unwohl gefühlt hatte. Ausserdem hatte sie am 18. Juli über Kopfschmerz, besonders in der Stirngegend, und Schwindel beim Aufstehen zu klagen. Appetit schlecht, Stühle diarrhoisch.

Stat. praes.: Im Nacken und an der linken Wange bemerkt man eine Röthung, Schwellung und Spannung der Haut, welche hier auch mit Blasen von verschiedener Grösse bedeckt ist. Auch die Unterlippe ist etwas geschwollen. Die Cervicaldrüsen sind vergrössert. Bei Druck auf die genannten Gegenden äussert Pat. Schmerzen. Die Affection scheint von einem Eczem, das sich im Nacken befand, ihren Ausgang genommen zu haben. Abends ist die T. 39,9, P. 108. Ther.: Kalte Umschläge und Chinin. — Am 19. T. unverändert, da das Chinin nicht genommen wurde.

Am 20. Juli früh 10 h. 30.: T, 40,5, P. 100, 3 mal 1,0 Antipyrin von 2—4 Uhr. Nachm. 5 Uhr: T. 37,7, P. 80. Eine weitere Anwendung des Antipyrin war nicht nöthig, da das Fieber nicht zurückkehrte.

Fassen wir nun nach den angegebenen Daten die Wirkung des Antipyrin lediglich mit Bezug auf seine Eigenschaft als Temperatur erniedrigendes Mittels in's Auge, so ergiebt sich, dass dasselbe mit Ausnahme des Falles I 4 von ausgezeichnetem Erfolge gewesen ist. Ein günstiger Einfluss auf die T. ist aber auch in diesem Falle nicht zu leugnen, wie schon oben auseinandergesetzt wurde, nur dass derselbe hier nicht so eclatant wie in den andern Fällen hervorgetreten ist. — Die zweite Frage, welche bei Erörterung der Wirkungsweise des Antipyrin zur Beantwortung kommen muss, wäre die, ob dasselbe etwa noch andere, unangenehme Erscheinungen zur Folge habe. Es lässt sich nicht leugnen, dass bei Kindern, besonders in den Fällen 1, 2 u. 4, wiederholt Erbrechen infolge des Antipyrin aufgetreten ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei Erwachsenen wurde nie Erbrechen beobachtet, nur Brechreiz wurde von einigen angegeben. Hier muss jedoch erwähnt werden, dass das Antipyrin von uns stets nur mit etwas Wasser, ohne jedes Corrigens, per os gegeben wurde; nur in Fall I 4 wurde es einmal in etwas Wein gegeben. — Wenn in den beiden Fällen von Phthisis der Lungen Appetitlosigkeit und Verschlechterung des Allgemeinbefindens als Folge des Antipyringebrauches angegeben wurden, so scheint uns nicht sowohl das Antipyrin als solches die Ursache davon gewesen zu sein, als vielmehr der durch den phthisischen Process sehr geschwächte Organismus. Bei einem solchen wird eine relativ so schnell eintretende Temperaturherabsetzung stets mehr oder weniger collapsähnliche Erscheinungen hervorrufen. — Weitere unangenehme Erscheinungen sind in keinem Falle von uns beobachtet worden. Denn das Erythem, welches in Fall II 5 genauer beschrieben wurde, muss; das ist auch unsere Ueberzeugung, als eine Folge des Antipyringebrauches aufgefasst werden, da es mit dem Aussetzen des Mittels verschwand; aber gerade deswegen und weil weder während der Zeit seines Bestehens, noch nach seinem Verschwinden im Reconvalescenzstadium die geringsten Störungen im Organismus zu bemerken waren, darf man dasselbe wohl als ebenso harmlos auffassen wie etwa die Sudamina, die in manchen Fällen in enormer Zahl vorkamen. — Die profuse Schweisssecretion war zwar den Patienten lästig, allein im Vergleich zu dem unangenehmen Zustand, welchen das Fieber hervorruft, wurde sie von allen, die beiden Phthisicae ausgenommen, als das kleinere von zwei Uebeln vorgezogen. Im Uebrigen lehren ja die in No. 32 der B. kl. W. von Herrn Carl v. Noorden veröffentlichten Untersuchungen aus der Giessener medicinischen Klinik, dass eine Unterdrückung der Diaphorese durch Agaricin oder Atropin „keinen wesentlichen Einfluss auf die temperaturherabmindernde Wirkung des Antipyrin ausüben“.

Nach alledem kommen auch wir zu dem Schluss, dass der Arzt in dem Antipyrin ein sehr schätzenswerthes Mittel um die fieberhafte erhöhte Körperwärme herabzusetzen, erhalten hat, welches er auch bei Kindern ohne Besorgniss anwenden kann. Wir glauben, dass dasselbe das Chinin — wenn auch nicht in allen, so doch — in vielen Fällen fieberhafter Erkrankungen aus seiner dominirenden Stellung verdrängen wird, erstens weil die Hauptwirkung des Antipyrin, die Herabsetzung der Körpertemperatur, meist eine energischere ist, und zweitens weil die unangenehmen Nebenwirkungen des Antipyrin geringer sind als die des Chinin und sich zum Theil beseitigen lassen. Bei der Intermittens freilich wird man, nach den bisher veröffentlichten Beobachtungen zu urtheilen, des Chinins auch fernerhin nicht entrathen können.

III. Aus der medicinischen Klinik in Tübingen.

Ueber die diätetische Behandlung des Diabetes mellitus.

Von

Dr. R. Gmelin,

früherem Assistenten der medicinischen Klinik.

(Fortsetzung aus No. 44.)

Wir kommen nunmehr zu einer zweiten Gruppe von Fällen, in welcher bei Durchführung der strengen Diät der Zuckergehalt des Urins zwar abnahm, aber nicht ganz verschwand.

X. Fall. Rosine Ruoff, 32 Jahre alt, ledig, aufgenommen 13. April bis 19. Juni 1880.

Anamnese: Pat. war früher gesund, hat zweimal geboren. Seit Sommer 1878 bemerkte sie eine Abnahme der Kräfte und Steigerung des Dursts; seit 1½ Jahren sind die Menses ausgeblieben, auch nahm die Sehschärfe mehr und mehr ab; vor Kurzem wurde die doppelseitige Kataraktextraction mit Erfolg gemacht. — Status praesens:

Pat. ist aufs Aeusserste abgemagert, die Haut trocken, innere Organe normal, Urin frei von Eiweiss, zuckerhaltig, Körpergewicht 35 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (alle 3 Meth.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Aril.					
14.—17.	7100	1032,0	6,1	433	Gemischte Kost.
18.	2600	1033,5	5,3	138	Entziehung der Kohlenhydrate bis auf 2 Töpfe saurer Milch.
19.	6200	1024,5	3,5	217	
20.	5800	1028,0	4,3	249	
23.	4600	1029,5	5,1	235	Keine Milch mehr.
27.	3200	1035,5	6,3	202	Verdacht, dass Pat. unerlaubte Speisen genoss.
29.	2800	1022,5	2,2	62	
Mai.					
5.	2000	1018,5	1,1	22	
6.	2600	1014,5	0,9	23	
12.—13.	2500	1025,0	2,9	72	
15.—16.	2200	1025,5	3,0	66	Pat. hat Bier getrunken.

Pat. ist bei der Entlassung sehr gebessert. Körper-Gewicht 38,5 Kgr.

XI. Fall. Johanna Marschall, 24 Jahre alt, ledig, aufgenommen 3. bis 25. Mai 1881.

Anamnese: Aetiologisch ist nichts bekannt, ausser Scharlach und Masern war Pat. nie krank. Das jetzige Leiden begann im Juli 1880 mit grosser Müdigkeit, starkem Durst und Appetit und Vermehrung der Harnausscheidung. Die Menses, früher ganz regelmässig, sind seither ausgeblieben, und das Sehvermögen hat abgenommen. Seit November v. J. kann sie keinerlei Arbeit mehr verrichten.

Status b. d. Aufnahme: Sehr mageres Individuum, mit trockener Haut, beginnender Katarakt. Innere Organe ohne abnormen Befund, Stuhlgang angehalten, Urin frei von Eiweiss, zuckerhaltig, Körpergewicht 47,5 Kgr. (bei der Entlassung 47,6 Kgr.).

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gew.	Zuckermenge in Proc. (Polaris.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Mai.					
4.—7.	9050	1031	5,8	525	Gemischte Kost.
8.	8000	1130,5	5,5	440	Strenge Diät.
9.	4500	1021	1,1	49	
10.—16.	4400	1022	1,5	66	
17.—22.	4000	1026	1,8	72	Dazu noch Leberthran.
23.—24.	4600	1030	4,2	193	Hat unerlaubt Suppe gegessen.

XII. Fall. Gregor Trommer, 37 Jahre alt, Strassenwart, aufgenommen 27. März bis 7. April 1883.

Anamnese: Aetiologisch ist Nichts bekannt, Pat. war früher stets gesund. Seit März 1882 fühlt er sich matt und schwach. Später stellte sich starker Durst ein, der immer qualvoller wurde, verbunden mit starker Diurese. Im August will er 3 Wochen lang fast blind gewesen sein, es besserte sich aber von selbst wieder, so dass jetzt keine subjective Sehstörung mehr besteht. Ausserdem entstanden an den Beinen zahlreiche Knötchen und Pusteln; es stellten sich Kopfschmerzen ein und fast unstillbarer Hunger.

Status praesens: Pat. mässig genährt, Haut trocken, keine Oedeme, ätherartiger Geruch aus dem Munde. Innere Organe normal. Urin enthält Zucker und etwas Eiweiss. Körpergewicht 57,8 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Polaris.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
28. März bis 2. April	8700	1028	6,1	530	Gemischte Kost.
3.	3600	1025	2,5	90	Ausschluss der Kohlenhydrate: 7 Eier, 3 Fleisch, 1 Schinken, Kaffee, ¼ Wein, 2 Butter, Kraut, Gurken.
4.	3500	1019	1,8	62	
5.	3250	1017,5	1,3	42	
6.	1450	1019	1,6	23	
7.	850	1018,5	2,3	19	

Am 4. April klagt Pat. über Flimmern vor den Augen, am 5. April ist er leicht somnolent, der Harn muss mit dem Katheter entleert werden, enthält Eiweiss und granulirte Cylinder, die Athmung ist tief, der Puls klein, die Pupillen eng und reagiren nicht. Temperatur im Rectum 35,1°. Der comatöse Zustand nimmt mehr und mehr zu, am 7. April Morgens tritt der Tod ein.

Sectionsbefund: Frischer Bronchialkatarrh, linke Niere etwas vergrössert, beide Nieren im Zustand parenchymatöser Degeneration. Ziemlich starker Hydrops meningeus und Oedem der hintern Partien des Gehirns.

XIII. Fall. Marie Huber, 21 Jahre alt, verheirathet, aufgenommen 26. November 1881 bis 8. April 1882.

Anamnese: Pat. war früher gesund; seit October v. J. bemerkt sie eine Steigerung des Durstes und Hungers, dabei grosse Müdigkeit, zunehmende Abmagerung und vermehrte Harnausscheidung; seither die früher regelmässigen Menses ausgeblieben. Seit 8 Tagen sieht sie schlechter, von der Augenklinik wird sie der medicinischen Klinik überwiesen. — Status praesens: Stark abgemagerte Frau, leichte Oedeme an den Beinen, doppelseitige noch nicht ganz reife Kataracte. Innere Organe ohne wesentliche Abnormität. Harn zuckerhaltig; Körpergewicht 40,3 Kgr. —

Aus der klinischen Besprechung: Die Kohlenhydrate sollen wegen des schlechten Zustandes der Kranken nicht plötzlich, sondern allmählich entzogen werden.

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge		Bemerkungen.
			in Proc. (Polaris.)	absolut.	
Nov. 28.	4500	1037,5	7,0	315	Gemischte Kost.
29.—30.	4550	1034,5	5,6	225	Schwarzer Kaffee ohne Zucker, Ochsenfleisch, Braten, Schinken, Eier, Wein, dazu 3/4 Liter Milch und 1/2 Brod.
Dec. 1.—3.	4070	1032	5,7	232	400 Ccm Milch und mehr Eier und Butter, nur 1 Wecken.
4.	2100	1030	3,9	82	Keine Milch und Wecken mehr.
5.	2900	1020	1,9	55	
6.	3000	1028	3,3	99	Isolirung!
7.—11.	2900	1027,5	2,6	75	
12.	3300	1023	1,5	50	
13.—14.	2500	1028,5	2,5	63	
15.	2100	1026	1,5	32	
16.—21.	2400	1025	2,3	55	Die Oedeme sind fast verschwunden, Aussehen und psychischer Zustand sind wesentlich gebessert.
22.	2500	1032	3,4	85	Weihnachtsbescherung!
23.—31.	2900	1025	2,1	61	
Januur 1.—31.	2600	1026	2,1	54	Vom 28. Jan. bis 8. Febr. Versuch mit Leberthran, der aber nicht vertragen wird.
Februar 1.—7.	2600	1024	1,8	47	
8.—13.	2600	1023,5	2,1	55	
14.	2900	1028	2,9	84	Vom 14.—16. täglich 400 gr. Aepfel.
15.	2900	1032	3,9	113	
16.	2600	1030	3,4	88	
17.	2500	1030,5	3,5	87	
18.—25.	2800	1026	2,4	67	
26.	2900	1023	2,0	58	Vom 26.—28. täglich 400 gr. Aepfel.
27.	2800	1028	3,5	98	
28.	3000	1031	4,0	120	
März 1.	3300	1028	3,0	99	
2.—8.	2750	1025	2,1	58	
9.—23.	2700	1027	2,5	68	
April 1.—7.	2750	1028,5	2,7	74	Vom 2.—7. April täglich 60 bis 90 gr. Natrum lacticum.

Aussehen und subjectives Befinden wesentlich gebessert, Oedeme noch spurenweise vorhanden. Das Körpergewicht nahm Anfangs etwas ab, wohl mit der Abnahme der Oedeme zusammenhängend, später stieg es wieder, beim Abgang beträgt es 43,2 Kgr.

2. Aufnahme 29. April bis 20. Juni 1882. Es wurde inzwischen die doppelseitige Kataractextraction mit Erfolg ausgeführt, dabei die Diät nicht eingehalten. Körpergewicht 38,7 Kgr. mit spurweisem Oedem (bei der Entlassung 41,5 Kgr., kaum noch Spuren von Oedem).

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge		Bemerkungen.
			in Proc. (Polaris.)	absolut.	
30. April — 4. Mai	2400	1036	5,7	136	Gemischte Kost.
5.	2200	1034	4,3	94	Strenge Diät.
6.	2300	1021	1,2	27	
7.—24.	2400	1028	2,3	55	
25.—31.	2400	1024	1,8	43	
Juni 1.—17.	2400	1828	1,7	41	

XIV. Fall. Konrad Greiner, 40 Jahre alt, Weber, aufgenommen 25. Januar bis 11. Februar 1881.

Anamnese: Aetiologisch ist nichts bekannt, Pat. war früher stets gesund. Im letzten Sommer fiel ihm auf, dass er mehr Durst habe und mehr Urin lasse als früher. Bald stellte sich auch zunehmende Müdigkeit und Abmagerung ein, und seit einem Vierteljahr will er Abnahme der Sehschärfe bemerken.

Status bei der Aufnahme: Mässig genährtes Individuum, auf den Lungen ausser vereinzelten Rasselgeräuschen nichts Besonderes, auch die übrigen Organe ohne wesentlichen Befund. Der Harn ist eiweissfrei, aber zuckerhaltig. Kein Kataract, Körpergewicht 53,2 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge		Bemerkungen.
			in Proc. (Polaris.)	absolut.	
Januar 26.—29.	8000	1031	6,8	544	Gemischte Kost.
30.	2900	1033	4,4	128	Strenge Diät: Fleisch, Eier, Bouillon, Kaffee, Butter, grüne Gemüse, Wein, Cognac.
31.	2500	1026	2,7	67	
Februar 1.	2000	1027,5	2,1	42	
2.—11.	2900	1023,5	2,1	61	

Pat. will sich entschieden besser und kräftiger fühlen. Körpergewicht 53,7 Kgr.

2. Aufnahme 11.—17. Mai 1881, Pat. hielt sich bis vor 6 Wochen an die vorgeschriebene Diät, seither genoss er daneben noch ein besonders bereitetes Brod und Kartoffelkuchen. Während dieser Zeit eingesandte Urinproben ergaben: 26. Februar 2,5% Zucker. 27. April 4,3% Zucker. Körpergewicht 56,5 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge		Bemerkungen.
			in Proc.	absolut.	
Mai 13.	2400		3,0	72	Strenge Diät.
14.	2100		1,6	34	
15.—17.	2900		2,2	64	

3. Aufnahme 10.—15. Februar 1882. Pat. hat seit seiner Entlassung angeblich die Diät eingehalten, nur selten kamen kleine Fehler vor. Nach einem solchen wurde im eingeschickten Urin vom 7. August 1881 4,9% Zucker gefunden. Pat. befand sich während der Zeit ganz wohl und hatte nur selten, besonders nach Diätfehlern, über Müdigkeit und Durst zu klagen. Das Sehvermögen soll gut sein. Körpergewicht 58,3 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge		Bemerkungen.
			in Proc.	absolut.	
Februar 11.—14.	2000	1033,5	2,2	44	Strenge Diät.

XV. Fall. Katharina Weber, 41 Jahre alt, verheirathet, aufgenommen 28. März bis 17. Mai 1882.

Anamnese: Pat. war früher gesund, die Periode regelmässig, sie hat 5 mal geboren. Im Frühjahr 1880 bemerkte sie eine Zunahme des Durstes und Hungers, verbunden mit Mattigkeit und starker Diurese. Im Januar d. J. trat schnell eine bedeutende Störung des Sehvermögens auf: von der Augenklinik, wo die beiderseitige Kataractextraction mit Erfolg ausgeführt wurde, wird Pat. der medicinischen Klinik überwiesen. — Status praesens: Grosse magere Frau, abschilfernde Haut, leichte Oedeme an den Unterschenkeln. Innere Organe ohne Veränderung. Urin frei von Eiweiss, zuckerhaltig. Körpergewicht 46,8 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge		Bemerkungen.
			in Proc. (Polaris).	absolut.	
29. März —4. April	6600	1031,5	6,3	416	Gemischte Kost.
5.	4100	1027	3,4	139	Strenge Diät: Fleisch, Schinken, Eier, Wein, grüne Gemüse, Kaffee.
6.	3200	1024	2,3	73	
7.	2900	1020	1,4	40	
8.—15.	3060	1022	1,6	49	
16.—23.	3020	1024,8	1,9	58	
24.—30.	3200	1024,8	1,9	61	
Mai 1.—6.	3250	1023,5	2,1	68	
7.—12.	3000	1026	2,3	69	

Die Diät wurde sehr gut vertragen, keine Spur von Oedemen mehr vorhanden, das Aussehen und Allgemeinbefinden sind wesentlich gebessert. Körpergewicht 48,5 Kgr.

XVI. Fall. Adam Marquard, 40 Jahre alt, Oekonom, aufgenommen 20. Februar — 5. März 1883.

Anamnese: Pat. war früher stets gesund. Im October 1882 bildeten sich am ganzen Körper Blasen bis zur Grösse einer Bohne, die stark schmerzten. Dazu kam später heftiger Durst mit bitterem Geschmack im Munde. Ein Arzt, der Zuckerharnruhr constatirte, verordnete entsprechende Diät, erlaubte aber täglich einen Wecken. Pat. will seit seiner Erkrankung um etwa 10 Pfund abgenommen haben. — Status praesens: Mässig genährter Mann von gesundem Aussehen. Innere Organe ohne nachweisbare Veränderung. Urin enthält Zucker und Spuren von Eiweiss. Körpergewicht 53,9 Kgr.

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Datum.	Harn-menge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Polaris.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Februar.					
21—23.	4000	1032,0	6,1	244	Gemischte Kost.
24.	2000	1030,0	5,8	116	Strenge Diät: Fleisch, Schinken, Eier, Kaffee, Butter, Bouillon, grüne Gemüse.
25.	2000	1027,5	1,6	32	
26. Febr. —4. März	2300	1026,8	2,0	46	

Die Diät wurde gut vertragen, Körpergewicht 54,57 Kgr.

XVII. Fall. Johannes Stengel, 29 Jahre alt, Bauer, aufgenommen 23. Februar — 14. März 1878.

Anamnese: Pat. war stets gesund, seit November v. J. magert er trotz gutem Appetit ab, und kann seine Arbeit nicht mehr verrichten; seither ist auch die Harnmenge vermehrt, und er muss viel mehr trinken als früher. Im December v. J. habe er drei Wochen lang das Schleimfieber gehabt. Status praes.: Pat. ist gross, mager, hat eine trockene Haut, Spur von Oedemen an den Knöcheln, am rechten Unterschenkel einen Furunkel, süsslichen Geruch aus dem Munde. Der Percussionsschall ist über dem ganzen Thorax etwas matt, über der linken Spitze etwas mehr gedämpft, rechts hinten oben verlängertes Exspirium mit trocknen inspiratorischen Rasselgeräuschen. Die übrigen Organe ohne Veränderung. Harn enthält Spuren von Eiweiss und reichlich Zucker. Körpergewicht 51,2 Kgr.

Datum.	Harn-menge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Februar.					
24.—27.	5200	1032,0	6,3	327	Gemischte Kost.
28.	3400	1029,5	3,6	122	Strenge Diät: 2 Braten, 2 Coteletts, 1 Beefsteak, 8 Eier, Butter, Kaffee, Wein.
März.					
1.—2.	3400	1028,5	3,1	105	
3.	1600	1029,5	2,7	43	Diarrhoe.
4.—13.	2330	1026,5	3,0	70	

Pat. hat die Diät gut ertragen, das Aussehen ist frischer, Körpergewicht 49,3 Kgr.

2. Aufnahme 28. Juni bis 26. Juli 1878. Pat. will auch zu Hause die Diät durchgeführt und sich dabei wohl befunden haben. Er bietet noch denselben Befund, hat mässige Oedeme an den Knöcheln. Körpergewicht 47,2 Kgr.

Datum.	Harn-menge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge. in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge. absolut.	Bemerkungen.
Juni.					
29.—30.	3700	1027,5	3,3	122	Strenge Diät.
Juli.					
1.—7.	2700	1025	2,7	73	
8.	2700	1017,5	1,9	51	
9.—11.	6200	1030,5	6,0	372	Gemischte Kost.
12.	5000	1028,5	3,3	165	Strenge Diät.
13.	3800	1023	2,7	102	
14.—19.	4650	1021,5	2,6	121	
20.—25.	3650	1024,5	2,7	99	

Pat. wird im gleichen Zustand entlassen, Körpergewicht 48 Kgr. Ist nach späterer Nachricht am 9. August 1878 gestorben.

XVIII. Fall. Paul Bertsch, 30 Jahre alt, Bauer, aufgenommen 24. October bis 25. November 1879.

Anamnese: Pat. war früher ganz gesund und leistungsfähig. Erst seit Juni d. J. bemerkt er stärkeren Durst und beständige Trockenheit im Munde. Zugleich trat Abmagerung und Abnahme der Kräfte auf, so dass er seit 3 Wochen gar nicht mehr arbeiten kann. Der Appetit war dabei besser als früher, die Urinmenge deutlich vermehrt, die Sehschärfe soll nicht abgenommen haben. Seit 14 Tagen schiessen öfters auf der Haut kleine Bläschen auf. — Status b. d. Aufnahme: Pat. ist abgemagert, die Haut welk und trocken, mit einzelnen kleinen Acnepusteln. Brustorgane ohne wesentlichen Befund. Lungenlebergrenze am obern Rande der 7. Rippe, die Leber überragt den Rippenbogenrand in der Mammillarlinie um $1\frac{1}{2}$ Querfinger, die Lebergegend ist auf Druck etwas empfindlich. Der Urin giebt deutlich Zuckerreaction. Körpertemperatur 36,40. Körpergewicht 51 Kgr.

Datum.	Harn-menge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
26. Oct. —1. Nov.	7400	1034	7,0	518	Gemischte Kost.
2.	1700	1035	4,0	68	Strenge Diät.
3.	1300	1033	3,3	43	
4.—7.	2000	1027,5	2,9	58	

Datum.	Harn-menge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Nov.					
8.	2500	1022	0,9	22	
9.—16.	1800	1028	3,1	56	
17.—21.	1700	1029	3,0	51	
22.	1000	1028	2,2	22	Pat. bekommt Diarrhoe und Bauchschmerzen, und hat weniger Appetit.
23.	750	1023	1,7	13	
24.	1300	1039	6,1	80	Gemischte Kost; hat wenig Appetit.

Der Ernährungszustand im Ganzen etwas gebessert, nur in den letzten Tagen war der Appetit vermindert. Körpergewicht 49,2 Kgr.

(Schluss folgt).

IV. Ein eigenthümlicher Fall von Jodvergiftung.

Von

Dr. Lorenz,

Assistenzarzt im Ulanen-Rgt. Kaiser Alexander III. von Russland (Westpseuss. No. 1) zu Militsch.

Am 16. Mai 1884, früh $6\frac{1}{2}$ Uhr pinselte ich nach einer vorhergegangenen, unbedeutenden Verstauchung der r. Hand den Rücken dieser und des Armes in der Ausdehnung von höchstens Handteller-Grösse mit Jodtinctur, und zwar drei Mal hintereinander. Von $6\frac{3}{4}$ bis $7\frac{1}{2}$ Uhr hielt ich mich im Freien auf. Als ich nachher wieder in meinem Zimmer sass, bemerkte ich ganz plötzlich ohne geringsten Vorboten einen enorm heftigen Schnupfen mit Thränen und drückenden Schmerzen der Augen, bald darauf ungemein heftigen Husten und Brechreiz, zugleich erschwerte, fast pfeifende Athmung (Gefühl, als ob der Kehlkopf von Aussen umschnürt) und starken Speichelfluss. Jetzt fingen meine Füsse sehr schnell und stark zu schwellen an, so dass ich innerhalb 5 Minuten den Druck der sonst sehr bequemen Stiefel nicht mehr ertrug; nach ihrer Entfernung sah ich nur die Fussohle ganz bedeutend geschwollen, welche auch beim Auftreten sehr schmerzhaft war.

Eigentlicher Kopfschmerz war überhaupt nicht vorhanden, sondern nur ein leichtes Benommensein. — Ich trank, da ich dies Bedürfniss fühlte, 3 Gläser Zuckerwasser und hielt die Hand in kaltes Wasser, sie in demselben hin- und herbewegend.

Nach einer halben Stunde liess Schnupfen, Thränenfluss und Hustenreiz fast ganz nach.

Die Temperatur zeigte 37,3° Cels., jedoch war der Puls ebensowenig wie der Herzspitzenstoss zu fühlen.

Um 9 Uhr hatte ich einen leichten Ohnmachtsanfall, welcher rasch vorüberging. Herztöne sehr schwach aber ohne Nebengeräusche, Spitzenstoss und Puls nicht fühlbar. Die Zunge hatte ich mittlerweile auch nicht mehr ganz in der Gewalt, was sich durch Stottern und durch Hervorbringen anderer Laute, als von mir beabsichtigt, kennzeichnete. — Ebenso hörte ich nicht nur schwer oder — um mich so auszudrücken — langsam, sondern brauchte auch einige Zeit um das Gehörte mir klar zu machen, ebenso um darauf zu antworten und — diese Antwort auszusprechen.

Ich legte mich zu Bett. Der Urin war ohne Eiweiss.

Als ich eine halbe Stunde nachher (ich befand mich in horizontaler Lage mit nur äusserst wenig erhöhtem Kopfe vollständig wohl) gelegentlich das Bett verliess und durch die Stube gehen wollte, umfing mich plötzlich mit nur ganz momentanem Schwindelgefühl tiefe Bewusstlosigkeit. Als ich erwachte, schlug ich zuckend mit Armen und Beinen herum und mit dem Kopf nach rückwärts resp. unten gegen einen Waschtisch, vermochte aber weder ersteres noch letzteres, welches mich empfindlich schmerzte, zu unterlassen, bis diese Bewegungen von selbst nachliessen. Mühsam nur kam ich wieder ins Bett, da ich bei stärkerer Aufrichtung abermals sofort das Gefühl der herannahenden Ohnmacht hatte.

Schnupfen, Husten, Thränenfluss, Brechreiz war vollständig geschwunden, dagegen hatte sich leichter Kopfschmerz an der Stirn eingefunden und stark juckendes Jodexanthem. Temperatur 37,2°, Puls nicht zu fühlen. —

Darauf bald heftiger Schweiss von etwa $\frac{1}{4}$ Stunde, wonach das Jucken und der Kopfschmerz ganz schwanden, während ungemeine Schwäche eintrat.

Neue Ohnmacht von 1 Stunde (die erstere hatte der Berechnung nach 45 Minuten gedauert), darauf Schmerz dumpf im Hinterkopf. Nach Ungarwein erholte sich das Herz so, dass es um 1 Uhr Nachmittags schwach zu fühlen und zu hören war, der Puls aber unmerkbar blieb. Erst Nachmittags 4 Uhr konnte man den Puls ganz schwach und oft lange aussetzend fühlen, um 6 Uhr konnte man eine Frequenz von 124 Schlägen pro Minute constatiren, welche um 8 Uhr bereits auf 100 gesunken war.

Am zweiten Tage nur Schwäche nach unruhigem Schlaf, leichte Schwindelanfälle bei Aufrechtsein, daher abermalige Bettruhe. Temperatur normal, Puls 76—80. Heute leichter Fleischgenuss, Bouillon vertragen neben Ungarwein. Am dritten Tage bei völligem Ausserbettsein nur noch ganz leichtes Benommensein. Exanthem verschwunden. Seit diesem Tage jedoch, also 18. und 19. früh stets bei schneller Aenderung der Stellung, besonders bei schnellem Aufstehen vom Stuhl schnell vorübergehende, leichte Schwindelanfälle.

Am 19. Nachmittags vollständiges Wohlbefinden.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

V. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 29. October 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

1. Herr Virchow: Schwanzbildung beim Menschen. Das Präparat, welches Herr Virchow der Gesellschaft zu demonstriren in der Lage ist und welches für die Erörterung der Frage von der Existenz eines Schwanzes beim Menschen nicht geringes Interesse darbietet, stammt aus der in neuerer Zeit dem pathologischen Institut überwiesenen alten Sammlung des anatomischen Museums der Universität und ist bei der Neuordnung derselben aufgefunden worden.

Die Frage von der Schwanzbildung beim Menschen hat in der letzten Zeit nach verschiedenen Richtungen hin viel Staub aufgewirbelt, und hat nicht nur vom Standpunkt der pathologischen Betrachtung aus, sondern gleichzeitig im Sinne der allgemeineren Darwinistischen Auffassung besonderen Werth. In der Anthropologischen Gesellschaft fand sich im Laufe der letzten Jahre ziemlich häufig Gelegenheit, Fälle der Art zu erörtern. Virchow selbst hat vor einiger Zeit einen genau beobachteten Fall genauer beschrieben, und neuerlich hat Bartels in einer ausführlichen Monographie das gesammte bis dahin vorhandene Material mit kleinen Ausnahmen publicirt.

Es hat sich nun der schon von J. Fr. Meckel ausgesprochene Gedanke, dass der menschliche Embryo ursprünglich eine schwanzähnliche Endigung der Wirbelsäule besitze, und dass in einer frühen Periode des embryonalen Lebens eine Thierähnlichkeit unzweifelhaft vorhanden ist, durch neuere Untersuchungen bestätigt. Ebenso ist die weitere Frage, ob auch beim Menschen ähnliche Bildungen wie der thierische Schwanz, vorkommen, durch eine Reihe von Fällen in bejahendem Sinne beantwortet. Ferner hat sich mit nicht geringer Wahrscheinlichkeit herausgestellt, dass es gewisse Völkerschaften giebt, bei denen diese Bildungen häufiger vorkommen. Zuerst hat der frühere Generalarzt der griechischen Armee, Ornstein, bei Gelegenheit der Revision der Rekruten eine solche Beobachtung hinsichtlich der Bevölkerung Griechenlands gemacht, er fand wiederholt umschriebene Haarbildungen in der Kreuzgegend, oder auch kurze schwanzartige Vorsprünge.

Aus der Literatur ergiebt sich nun, dass zwischen den umschriebenen Haarbildungen der Kreuzgegend und den caudalen Fortsätzen noch behaarte Schwänze in der Mitte liegen, und man kann leicht zu dem Schluss kommen, dass alle diese Vorkommnisse ein geschlossenes System bilden. Es würde viel Klarheit in die Auffassung der Sache bringen, wenn sich mit einiger Sicherheit nachweisen liesse, dass an einer oder der anderen dieser Bildungen eine Verlängerung der Wirbelsäule als Träger der Bildung einträte. Derartige Fälle sind allerdings angegeben worden, aber aus ziemlich alter Zeit (Bartholin), so dass man nicht mit vollkommener Sicherheit die Frage als entschieden ansehen kann. Bei der Mehrzahl der späteren Fälle ist ein solches Verhältniss nicht mit voller Evidenz dargethan worden.

Was die Fälle anbetrifft, bei denen der Schwanz als wirkliche Verlängerung der Axe sich darstellt, also im Zusammenhang mit der Wirbelsäule steht und aus derselben hervorgeht, so betreffen sie in der Regel weiche Schwänze, welche weder Knorpel noch Knochen enthalten und äusserlich einem Schweineschwanz am ähnlichsten sehen. Bei der Präparation fand Virchow trotzdem einen directen Zusammenhang mit der Wirbelsäule. Diese Schwänze sind aber unzweifelhaft keine wahren Schwänze, denn bei den Wirbelthieren findet sich eine Verlängerung der Wirbelsäule innerhalb des Schwanzes, aber man kann sie auch nicht falsche Schwänze nennen, weil der weiche Schwanz aus einer ursprünglich spinalen oder vertebralen Anlage hervorgegangen ist. Virchow schlägt für diese Bildungen den Namen cauda imperfecta vor. In Bezug auf diese weichen Schwänze stösst man allerdings auf eine Schwierigkeit, indem man hier und da, namentlich bei missgebildeten Neugeborenen und Fötus allerlei schwanzähnliche Anhänge findet, die an den verschiedensten Theilen des Körpers sitzen. Eine der ältesten, aber zugleich besten Beschreibungen der Art, in einem Falle aus Kölln an der Spree, stammt von Elsholz aus dem Jahre 1669, bei welchem sich ein solches Gebilde am Oberschenkel fand. Der heute demonstrirte Fall hat mit diesem ganz ausserordentliche Aehnlichkeit. Hier wie da bestand eine ausgedehnte Bauchspalte, Ectopie der Eingeweide, Verkümmerung des einen Armes und Beines, starke Verkrümmung der Wirbelsäule, doch ist der vorliegende ein männlicher Embryo, während jener ein weiblicher war, und der zweite schwanzähnliche Anhang sitzt nicht am Oberschenkel, sondern oben am Rücken zwischen den Schultern. In beiden Fällen ist der accessorische „Schwanz" ein reiner Hautfortsatz. Die Fälle haben aber ferner das Gemeinsame, dass ein zweiter unterer Schwanz vorhanden ist. In dem vorliegenden Falle ergab sich, dass dieser Schwanz direct aus dem Steissbein hervorgeht und nach Abpräparation der Haut einen derben Grundstock zeigt, der eine ursprünglich vertebrale oder spinale Bedeutung hat. Die accessorischen Fortsätze möchte Virchow als aus einem adhäsiven Process zwischen den Eihäuten und der Oberfläche des Körpers des Embryo hervorgegangen betrachten.

Im Zusammenhang mit diesen Fällen ist ein anderes Präparat von nicht geringem Interesse, welches Herr Virchow demonstrirt und welches bereits früher von ihm beschrieben wurde. Er fand bei einer Person in den zwanziger Jahren ein grosses Haarfeld, welches sich ungefähr in der oberen Lumbargegend befand und mit langem Haar auf das dichteste besetzt war. Unter dieser Stelle befand sich eine Spina bifida occulta mit Spaltbildung der Processus spinosi und einem Auseinandertreten der Bogentheile. Herr v. Recklinghausen hat neuerdings einen ähnlichen Fall beobachtet. Hier handelte es sich um rein pathologische, in keiner Weise atavistische Bildungen.

Endlich zeigt Herr Virchow noch einige Photographien, welche Herr Koch von seiner indischen Excursion mitgebracht hat, und welche weiche Schwänze an lebenden Individuen darstellen.

Herr Virchow möchte nach dem Gesagten drei Formen von Schwänzen beim Menschen unterscheiden: die höchst seltenen wahren oder vollständigen Schwänze, ferner die gewöhnliche Form der weichen imperfecten Schwänze, und endlich die bloss schwanzähnlichen Hautanhänge, die genetisch nichts mit Schwanzbildung zu thun haben.

Herr Bartels möchte bei der Eintheilung der Schwanzbildungen auch unter denjenigen Schwänzen, in welchen sich Knochen befinden, zwei Abtheilungen machen. Von den eigentlichen, sogenannten atavistischen Schwänzen unterscheiden sich nämlich diejenigen, welche als wirkliche Schwänze über den Körper hervorstehen, aber keine vermehrte Wirbelzahl aufweisen. Das schwanzartige Gebilde kann also nur zu Stande kommen, dadurch dass die Wirbel an sich grösser sind oder dass die einzelnen Wirbel weiter auseinander treten, oder endlich, dass beides zugleich auftritt. Es handelt sich also um einen pathologischen Process, der nur durch einen Reiz entstanden sein kann, der stattfand, nachdem sich das Steissbein bereits differentiirt hatte. Herr Bartels unterscheidet, wenn er hierzu seine weiteren Beobachtungen nimmt, fünf Formen von Schwänzen: 1. Kurze Stummelschwänze, die an der Basis etwas breiter sind und eine stumpfe Spitze haben, ohne knöchernen Inhalt; 2. die sogenannten Schweineschwänze, ebenfalls ohne knöchernen Inhalt; 3. die als angewachsene Schwänze bezeichneten persistent gebliebenen Steisshöcker; 4. Schwänze mit knöchernem Inhalt ohne vermehrte Wirbelzahl; 5. die noch bestrittenen atavistischen Schwänze, d. h. solche mit knöchernem *Inhalt und* vermehrter Anzahl der Wirbel.

2. Herr v. Bergmann: Ueber die Diagnose der angeborenen sacrococcygealen Geschwülste. Die unter dem Namen der coccygealen Tumoren bekannten Geschwülste haben von je das Interesse des Anatomen, Histologen und Embryologen mehr in Anspruch genommen als das des Chirurgen.

Nach einer Zusammenstellung, welche vorzugsweise dem Material von Gebär- und Findelhäusern entnommen ist, kamen von 81 derartigen Fällen 30 todt zur Welt; nach einer anderen Zusammenstellung starben von 70 mit solchen Tumoren Geborenen in den ersten Stunden und Tagen 61. Es dürften also nur wenige Fälle überhaupt zur Behandlung kommen. So selten daher solche Fälle zur Operation kommen, so haben sie doch das eine gelehrt, dass ihr glücklicher Ausgang ganz besonders abhängig ist von der Sicherheit der Diagnose, und dass sich diese wieder vorzugsweise gründet auf das, was in pathogenetischer Beziehung in Erfahrung gebracht worden ist.

Es verhalten sich diese Geschwülste nicht unähnlich den viel bekannteren, höher in der Lumbosacralgegend gelegenen, die wir als Spina bifida kennen. Auch hier ist von Wichtigkeit die Art des Zusammenhanges mit der Rückgratshöhle. Herr v. B. zeigt zunächst an zwei Kindern die Verschiedenheit dieser Formen der Spina bifida. Es giebt bekanntlich Fälle, in denen man keinen Augenblick zweifeln kann, dass es sich um schwere Verkrümmungen des unteren Endes des Rückenmarkes handelt, das sind die bekannten Fälle mit Klumpfussbildung. Diesen gegenüber stehen andre Fälle, bei denen es darauf ankommt, sicherzustellen, dass keine wichtigen Nerven in der Wand des Sackes verlaufen, deren Verletzung Lähmungszustände der unteren Extremitäten zur Folge haben würde, und solche Fälle sind durch die Exstirpation mit Erfolg zu behandeln. Auch hier giebt das in pathogenetischer Beziehung Gefundene bekanntlich wichtige Anhaltspunkte.

Was nun die eigentlichen sacrococcygealen Geschwülste anbetrifft, so handelt es sich hier darum, ob eine Verbindung besteht mit der Höhle der Dura mater oder dem Rückenmark. Diese Geschwülste zeichnen sich aus durch einen sehr bestimmten anatomischen Sitz; sie überschreiten zum Rücken hinauf nicht die obere hintere Grenze der Glutealmuskeln. Sie dehnen sich weiter nicht gleichmässig nach hinten aus, sondern immer nach unten; sie verdrängen endlich in ganz

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

typischer Weise den Mastdarm, sodass die Afteröffnung vor der Geschwulst von vorn her sichtbar wird. Bei diesem Sitz kommen Geschwülste vor, die bestimmt mit dem Sack der Dura mater zusammenhängen. Die operirten Fälle endeten tödtlich. Diesen Tumoren gegenüber bestehen andere, bei welchen die Beziehung zum Sacke der Dura mater fehlt. Es sind dies der Natur des Geschwulstgewebes nach sowohl Tumoren, die man den cystoiden Lymphangiomen zurechnen muss, als Teratome und Fettgeschwülste in Form von Fettanhängseln in der Steissbeingegend. Die sogenannten cystoiden Lymphangiome sind als solche erkannt durch die Untersuchungen Waldeyer's. Sicher ist, dass die Tumoren, welche aus solchem cystoiden Gewebe bestehen, einen sehr wechselnden Sitz haben, bald mehr seitlich, bald mehr oberflächlich, aber auch in der Tiefe an der concaven Seite des Steissbeins und Kreuzbeins. Gerade hier bilden sich oft sehr grosse Massen. Dies sind Fälle, die unzweifelhaft den Verdacht einer Communication mit der Wirbelsäule erwecken, einmal weil es deutlich fluctuirende Tumoren sind, und dann weil man den Inhalt zurückdrängen kann in die Lymphgefässe. Es giebt nur ein Mittel, diesen Zusammenhang auszuschliessen, das freilich nur in einem Theil der Fälle zur Anwendung kommen kann, nämlich die genaue Bestimmung ihres anatomischen Sitzes. Alle diese Geschwülste, welche auf der Vorderfläche des Kreuzbeins liegen, haben niemals einen Zusammenhang mit der Rückgrathöhle; nur diejenigen, welche seitlich oder auf der Hinterfläche des Kreuzbeins liegen, können einen solchen Zusammenhang besitzen. Dasselbe gilt von den Teratomen oder teratoiden Gewächsen dieser Gegend. Die erwähnte Partie zwischen Rectum und Vorderfläche des Kreuzbeins ist die Prädilectionsstelle. Herr v. B. stellt einen Patienten vor, welcher das Vorkommen solcher verhältnissmässig unschuldigen Cysten, welche nichts anderes vorstellen als einfache Dermoide, illustrirt. Man kann die Teratome etwa in vier Abtheilungen bringen. Einmal sind es einfache Dermoide, wie man sie gelegentlich bei Sectionen trifft, wo hinter dem Mastdarm zwischen ihm und dem Kreuzbein ein Stück Haut mit Haaren bedeckt ist. Zweitens sind Fälle beschrieben, in welchem es sich um Hervorwuchern von Haaren handelt. Drittens handelt es sich um Fälle, wie der des vorgestellten Patienten. Derselbe hat von Geburt an ein Schwänzchen, welches denjenigen gleicht, welche Bartels als persistente embryonale Schwänze bezeichnet hat. Bei oberflächlicher Untersuchung findet man zwischen Mastdarm und Steissbein, dieses überragend, einen cystischen Tumor. Chloroformirt man den Patienten und geht in den Mastdarm, so findet man deutlich die ganze Höhle des Kreuzbeins von cystischen Tumoren ausgefüllt. Neben diesen einfachen Dermoiden kommen etwa in derselben Frequenz die complicirten Formen vor, von denen heute schon die Rede gewesen ist, bei welchen neben Elementen der Haut Knorpel und Knochen etc. angetroffen werden.

Für den Chirurgen ist also die Frage wichtig, ob der Sitz der Tumoren Anhaltspunkte für die Diagnose eines Zusammenhanges mit der Rückgratshöhle giebt. Dass ein solcher Zusammenhang vorkommt, zeigt der Fall von Virchow. In den meisten Fällen aber haben die Tumoren ihren Sitz an der vorderen Kreuzbeinfläche, und dann kann mit voller Sicherheit geschlossen werden, dass der Tumor keine Beziehungen zum Kanal des Rückgrats hat.

VI. Aus der Medicinischen Facultät der Berliner Universität werden seit dem Schlusse des Sommersemesters so viele Mittheilungen colportirt, die die Devise „aus bester Quelle" theilweise an der Stirn tragen, theils durch die bekannte Klangfarbe der „Wohlunterrichtetheit" zu erkennen geben, dass die Luft davon schwirrt. Es handelt sich bekanntlich erstens um die selbstständige Ernennung eines ausserordentlichen Professors durch den Cultusminister Dr. v. Gossler und zweitens um die Verleihung des Titels Professor an eine Reihe von Privatdocenten, während nur zwei der letzteren das Glück hatten, das Extraordinariat auf Vorschlag der Facultät selbst zu erhalten.

Was das medicinische Extraordinariat anlangt, so ist es bekannt, dass die Ansichten über dasselbe im Schoosse der Facultät getheilt sind. Herr Virchow speciell hat die, unseres Erachtens correcte Auffassung stets geltend gemacht, dass ein neues Extraordinariat eigentlich nur dann zulässig sei, wenn dadurch gleichzeitig eine Lücke in den Lectionen ausgefüllt werde. Die zahlreichen Fortschritte auf den Specialgebieten der Medicin haben in der That wiederholt die Nothwendigkeit ergeben, für den geordneten Unterricht in verschiedenen Disciplinen Sorge zu tragen, während es doch andererseits zu Unzukömmlichkeiten führen würde, den Vertretern aller Eingang in die Facultäten im engeren Sinne zu gewähren.

Thatsächlich hat sich die Auffassung Virchow's nur eine beschränkte Geltung innerhalb der medicinischen Facultäten Deutschlands erworben, am meisten natürlich noch in Berlin. Aber selbst die Berliner medicinische Facultät zählt unter ihren Extraordinarien nicht Wenige, bei denen die Ernennung wesentlich als die gerechte Auszeichnung für ihre wissenschaftliche Thätigkeit aufgefasst werden muss. Immerhin befinden sich die Berliner Privatdocenten der Medicin in dieser Beziehung denen der anderen Facultäten gegenüber im Nachtheil, ein Umstand, der, wie man sich erinnert, zu einer kleinen Debatte zwischen dem Herrn Cultusminister und Herrn Virchow im Abgeordnetenhause geführt hat, in welcher der erstere das Bedürfniss hervorhob, hervorragenden Leistungen der Privatdocenten gerecht werden zu können, auch wenn eine Lücke im Lectionskataloge nicht gerade vorhanden sei, während Herr Virchow die Gefahr eines wissenschaftlichen Proletariates betonte, unseres Erachtens nicht mit vollem Recht.

Man kann annehmen, dass der Herr Cultusminister von ähnlichen Erwägungen, wie er sie im Landtage ausgesprochen hatte, ausging, als er verhältnissmässig zahlreichen Docenten der Berliner medicinischen Facultät den Titel Professor verlieh. Die Kritik seines Vorgehens ist nicht ausgeblieben, sie richtete sich sowohl prinzipiell gegen solche Verleihungen überhaupt, wie sie andererseits die Auswahl selbst tadelte. Letzteres zu erörtern liegt nicht in unserer Absicht, wir möchten nur hervorheben, dass die Kritik weniger die Würdigkeit der so Ausgezeichneten selbst bestreitet, als sie die gleichen oder grösseren Verdienste mancher Uebergangenen betont. Ein Urtheil darüber, ob wirkliches Verdienst der Privatdocenten mehr Anerkennung bei dem Minister als bei der Facultät gefunden habe oder umgekehrt, ist natürlich nicht möglich, so lange es unbekannt ist, ob und welche Vorschläge die letztere gemacht hat. Nur Eines mag noch hervorgehoben werden. In der Berl. kl. W. wurde bei Gelegenheit der Verleihung des Charakters als Professor an Herrn Rabl-Rückhardt wohlwollend darauf hingewiesen, „der Schritt vom Titularprofessor zum Extraordinarius werde sich schwieriger als der vom Privatdocenten zu gleicher Stellung gestalten". Offen gestanden ist uns diese Voraussetzung unbegreiflich bei Jemand, der mit Recht für die Mitglieder der eigentlichen Facultät volle Unabhängigkeit des Urtheils in Anspruch nimmt. Wir sollten meinen, es stimme damit recht wenig die Annahme, solche Männer würden bei ihren Vorschlägen durch andere Motive sich beeinflussen lassen, als wirkliches Verdienst in Forschung und Lehre, oder gar die Verleihung des Professor-Charakters als ein Hinderniss weiterer sonst berechtigter Beförderung ansehen. Das wäre denn doch gar zu kleinlich!

Noch mehr Debatten als diese Auszeichnungen hat die Ernennung des Professors Dr. E. Schweninger zum ausserordentlichen Professor der Berliner medicinischen Facultät und zum dirigirenden Arzt der Abtheilung für Hautkrankheiten in der Berliner Charité hervorgerufen.

Es war ganz in der Ordnung, dass man der Facultät selbst das erste Wort überliess, und wir werden die letzten sein, die sich nicht freuen werden, wenn sie dasselbe in eindrucksvollster Weise geführt hat. Leider wissen wir darüber nichts. Allerdings ist von einem Protest die Rede, den die Facultät gegen die Ernennung des Herrn Schweninger eingelegt habe. Es wird ferner gesagt, der Herr Minister habe die Bedeutung der darin vorgebrachten Momente in seinem Antwortschreiben nicht verkennen können, habe sich aber veranlasst gesehen, die gedachte Ernennung zu vollziehen. Wie an derselben Stelle (B. klin. W.) ferner mitgetheilt wird, ist der weitere Verfolg der Angelegenheit in der letzten Facultätssitzung einstimmig beschlossen worden.

Absichtlich haben wir uns auf die Nachrichten eines hiesigen Fachblattes beschränkt und alle anderen, zum Theil recht abenteuerlichen Dinge bei Seite gelassen.

Indessen welche Gewähr der Authenticität ist auch nur für diese Mittheilungen des betreffenden vorhanden? Für die Verhandlungen der Berliner medicinischen Facultät ist strenges Amtsgeheimniss vorgeschrieben und in nicht wenigen Fällen ist jede Verletzung desselben in schärfster Weise verurtheilt worden.

Dies geschah bei Angelegenheiten, deren thatsächliche Bedeutungslosigkeit eine etwaige Indiscretion geradezu entschuldbar machte. Jetzt handelt es sich aber um eine Frage von tiefer, weitgreifender Bedeutung, und ihr gegenüber sollte die so streng gebotene Amtsverschwiegenheit verletzt worden sein? Wir halten die Möglichkeit einer Indiscretion für nicht discutabel, und so kann es sich auch bei jenen Mittheilungen nur um Combinationen oder um Gerüchte handeln, die zur Grundlage einer ernsthaften Discussion schwerlich geeignet sind. Nicht dass wir diese Geheimnisskrämerei für erspriesslich erachteten! Wir wünschen aber lebhaft, dass die Schritte der Facultät in der Schweninger'schen Angelegenheit in nach Form und Inhalt authentischer Weise bekannt werden möchten. Wir erfahren dann ja wohl auch, falls wirklich Protest eingelegt wurde, welches die Motive desselben waren, der Mangel wissenschaftlicher Qualification für die Dermatologie oder die ethische Anamnese des Berufenen? und vielleicht auch, woher es kam, dass die Abtheilung für die Hautkrankheiten in der Charité so plötzlich verwaiste?

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dann erst wird eine sachliche Kritik möglich sein. So lange die medicinische Facultät ihr Schweigen nicht brechen will oder kann, haben wir allen Grund, so weit ihre Haltung in Frage kommt, dasselbe zu respectiren. P. B.

VII. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Magdeburg 18.—23. September 1884.

Sectionssitzungen.

7.

Section für Chirurgie.

(Originalbericht.)

I. Sitzung: Freitag, den 19. September 1884.

Vorsitzender: Herr Volkmann (Halle).

Herr Hagedorn (Magdeburg) zeigt zunächst $9^1/_2$ Uhr die chirurgische Abtheilung des städtischen Krankenhauses, bei welcher Gelegenheit einige interessante Kranke vorgestellt werden, unter anderen vier Fälle, bei denen grosse Mengen, auf Defecte transplantirte Hautstückchen unter einem Verbande angeheilt waren. Darauf werden von demselben drei Fälle von Exarticulatio genu vorgestellt und über die Zweckmässigkeit dieser Operation die Discussion eröffnet.

Herr Kraske (Freiburg i. B.) schliesst sich den Ansichten Hagedorn's über den Werth der Exarticulation im Kniegelenk an. Er ist von einer früher ausgesprochenen Ansicht, dass die Kniegelenksexarticulationen wegen der Gefahr der Gangrän des vorderen Lappens keine Zukunft haben, zurückgekommen und glaubt, dass die Gefahr nicht grösser sei, als bei der Carden'schen Operation. Die Gangrän des vorderen Lappens lässt sich vermeiden resp. verringern, wenn man bei der Nachbehandlung durch eine vordere Schiene dafür sorgt, dass der Stumpf in vollkommener Extension steht. Dadurch wird die Retraction der hinteren Weichtheile und der Zug auf den vorderen Lappen resp. die Anämie und die Gefahr der mangelhaften Ernährung vermieden. In einem von ihm wegen Ulcus cruris operirten Falle konnte der Kranke bereits drei Wochen nach der Operation sein volles Körpergewicht auf dem Stumpfe ruhen lassen.

Herr Küster (Berlin) führte die Operatien in drei Fällen aus. Es ist niemals Eiterung oder Gangrän eingetreten. Immer wird die Patella fortgenommen, die Bursa quadricip. exstirpirt und der obere Recessus durch einen Einschnitt dränirt. Leider gelingt es nicht, die Wachsthumsstörung zu hindern; bei Kindern bleibt der Oberschenkel doch etwas im Wachsthum zurück.

Herr Hahn (Berlin) glaubt die Nachtheile der Carden-Operation und die bei der Kniegelenks-Exarticulation leicht eintretende Gangrän, Eiterung und Auseinanderweichen der Lappen durch die Gritti'sche Amputation vermeiden zu können. Er hat dieselbe in der letzten Zeit viermal ausgeführt, und in allen Fällen ist Heilung per primam in kurzer Zeit eingetreten. Durch die Nagelung der Patella ist es ermöglicht, den ungünstigen Zug auf die Naht und Gangrän der Haut zu vermeiden. Ausserdem sei der Stumpf für die Anlegung der Prothese ausserordentlich günstig.

Herr Volkmann constatirt, dass die meisten nach Carden amputirten Patienten ihren Stumpf zur Stütze des Körpers nicht benutzen können. Die Stümpfe pflegen atrophisch zu werden und eben so spitz wie nach Oberschenkelamputationen. Er stellt die Anfrage an Herrn Hahn, ob seine nach Gritti operirten Patienten ihren Stumpf benutzen können und bittet die Anwesenden um Aeusserung ihrer Ansicht, welcher Methode sie den Vorzug geben.

Herr Petersen (Kiel) hat vor mehreren Jahren zweimal die Gritti'sche Operation gemacht und die Patienten wieder gesehen. Beide Patienten sind absolut nicht im Stande, sich auf ihren Stumpf zu stützen.

Herr v. Bergmann ist der Ansicht, dass alle drei Operationen der Atrophie der Haut und der Zuspitzung des Stumpfes nicht abhelfen.

Herr Volkmann bittet, die vorgestellten exarticulirten Kranken weiter zu beobachten und später über Stumpf und Stützfähigkeit zu berichten.

Herr Hahn erwidert, dass die Zeit, die nach den von ihm ausgeführten Gritti'schen Amputationen vergangen, noch zu kurz sei, um etwas Bestimmtes über die Stützfähigkeit aussagen zu können.

Hierauf hält Herr v. Bergmann einen Vortrag über Nierenexstirpationen.

Sie seien nicht mehr selten und hätten seit der ersten Simon'schen Operation schon die Zahl von 121 Fällen erreicht. Die Nierenexstirpation kann durch eine maligne Geschwulst oder durch Pyelonephritis indicirt sein. Im ersteren Falle ist die Operation eine sehr gefährliche. Es muss die Laparotomie gemacht werden, wobei das Peritoneum zweimal durchschnitten werden muss. Es bleibt dann leicht hinter dem Peritoneum eine eiternde Höhle zurück, die ihren Inhalt in die Bauchhöhle ergiesst. Oft werden auch wichtige Mesocolongefässe durchschnitten, und eine Darmgangrän kann in Folge dessen zu Stande kommen. Es starben deshalb auch von 24 Operirten 17 während oder bald nach der Operation, wovon 5 an Verblutung. Nur vier wurden geheilt. Meist finden sich bei der Operation schon Metastasen und Dissemination in dem retroperitonealen und mesenterialen Lymphdrüsen. Viel günstiger verlaufen Nierenexstirpationen bei Pyelonephritis. Von 40 Fällen sind 20 Genesungen sicher constatirt.

v. Bergmann hat in einem Falle versucht, die Heilung durch einfache Spaltung der zahlreichen Abscesse zu erzielen. Es gelang jedoch nicht. Die Eiterung dauerte fort, bis die Exstirpation der Niere vorgenommen wurde, worauf die Heilung erfolgte. Die Blutung ist stets sehr gering.

v. Bergmann hat in dem letzten Jahre viermal die Exstirpation einer Niere mit Glück gemacht. Er betont, dass unter 40 Fällen nur einmal auch die andere Niere erkrankt war. Dieser Fall endete lethal. Er demonstrirt das Präparat einer Tags zuvor exstirpirten Niere, in deren Geweben sich massenhafte Abscesse zeigen.

Herr Sonnenburg (Berlin) hat eine Nierenexstirpation vor drei Wochen wegen Pyelonephritis gemacht. Wegen der Lage der Geschwulst entschloss er sich zur Laparotomie. Die Pat. hatte vorher stets normal Urin gelassen. Die exstirpirte Niere war, wie sich bei der Operation zeigte, völlig functionsunfähig gewesen. Es war deshalb sehr auffällig, dass die Pat. bei anfangs gutem Befinden keinen Urin liess. Allmählich stellten sich urämische Erscheinungen und der Tod ein. Bei der Section zeigte sich keine Spur von Peritonitis, die andere Niere war makroskopisch und mikroskopisch gesund und durchaus functionsfähig. Er glaubt deshalb die eingetretene Herzschwäche für die Unfähigkeit der Niere, Urin zu produciren, verantwortlich machen zu müssen.

Herr v. Bergmann bezweifelt, dass die Pat. an Anurie gestorben sei, sondern erklärt das Fehlen der Urinsecretion aus dem Tiefstehen des Blutdruckes und glaubt deshalb, dass sie dem Shok erlegen sei.

Herr Hirschberg (Frankfurt a. M.) vermisst in dem Sonnenburg'schen Falle die vor der Operation zu stellende exacte Diagnose, dass die andere Niere gesund sei, was man eventuell durch Sondirung des Ureters der betreffenden Seite constatiren müsse.

Herr Sonnenburg erklärt zur factischen Berichtigung, dass nach dem Verhalten des Pulses der Patientin der Collaps nicht die Ursache ihres Todes gewesen sein könne.

Herr v. Bergmann. Ueber Litholapaxie und hohen Steinschnitt. Die Litholapaxie ist gegenüber der früher so viel geübten Lithotripsie ein bedeutender Fortschritt, indem sie sämmtliche Steintrümmer in einer Sitzung zu entfernen sucht. Jedoch bleiben auch hierbei häufig Steinreste in der Blase zurück, die zu Recidiven Veranlassung geben. Dieser Operation gegenüber empfiehlt er warm den hohen Steinschnitt, den er nach dem Petersen'schen Verfahren etwa zehnmal in Berlin ausgeführt hat. Er hat mehrmals bei Leuten operirt, die über 70 Jahre alt waren. Alle Operationen verliefen günstig. v. Bergmann hebt hervor, wie genau sich die Blase vom hohen Steinschnitt aus palpiren lasse, so dass man sicher sei, jeden kleinsten Stein zu finden. Dies sei vom Dammschnitt aus häufig nicht möglich, da sich zwischen den Falten der stark sich contrahirenden Blase leicht ein Stein verbergen könne. Er empfiehlt, die Blase immer zu nähen und hat vollkommene Heilungen ohne Fisteln beobachtet, selbst dann, wenn die Hautwunde nicht prima intentione heilte.

Herr Volkmann hält die Lithotripsie und Litholapaxie für Methoden, die nicht mehr in unsere antiseptische Zeit hineinpassen und betont, wie häufig bei diesen Operationen die Recidive sind, die nicht selten zum Tode führen.

Herr Küster theilt einen Fall mit, in dem es ihm doch passirte, bei hohem Steinschnitt einen Stein in der Blase zu übersehen. Er musste bei einem Patienten, dem ein Stück Katheter in der Blase abgebrochen war, nach vergeblichen Versuchen, es vom Medianschnitt aus zu extrahiren, den hohen Steinschnitt hinzufügen. Die Extraction gelang nun leicht, die Blase wurde drainirt und ausgespült. Trotzdem trat übelriechende Urinabsonderung ein, und der Kranke starb septisch. Bei der Section fand sich ein kleiner Stein in einem Divertikel mit sehr engem Halse.

(Fortsetzung folgt.)

8.

Section für Ophthalmologie.

(Originalbericht.)

Professor Alfred Graefe (Halle) spricht über die Enucleatio oder Exenteratio bulbi. In einer wenn auch relativ nur sehr geringen Anzahl von Fällen führt die Enucleation des Bulbus zu einer meist letal endigenden Meningitis. Dieselbe entwickelt sich durch Propagation einer septischen Reizung der Enucleationswunde von dieser aus und bleibt innerhalb des Orbitalraumes auf einen oder einzelne der Communicationswege beschränkt, welche diesen mit der Schädelhöhle verbinden. Die bisher angewandten Methoden antiseptischer Behandlung sind nicht im Stande gewesen, jenen verhängnissvollen Zufällen vorzubeugen. Aus diesem Grunde versuchte Vortragender die Enucleation durch ein anderes operatives Verfahren zu ersetzen, von welchem bei voller Sicherung des durch jene erstrebten Erfolges eine Vermeidung der ihr anhaftenden Gefahren zu erwarten ist, nämlich die Exenteratio bulbi. Er löst dabei die Conjunctiva bulbi 1—2 mm vom Rande der Cornea und trägt letztere mit dem anhaftenden schmalen Scleralringe ab. Darauf entleert er mittelst eines stumpfkantigen breiten Löffels den Inhalt des Bulbus, sodass nur die von der Sclera gebildete Hülle zurückbleibt. Während der Operation wird der Bulbusraum ununterbrochen mit einer eiskalten Sublimatlösung (1 : 3000 bis 5000) irrigirt und nach der Entleerung mit Jodoform bestäubt, darauf die Conjunctiva über dem Defecte mit feinen Catgutnähten geheftet und über das ganze ein Sublimatverband gelegt.

Durch die Exenteratio bulbi wird eine Verwundung der Communicationswege zwischen Orbital- und Schädelraum vermieden und so kann keine Verbreitung der ocularen Entzündung auf die Meningen statt finden. Ausserdem qualificirt sich der auf diese Weise erhaltene Stumpf ausserordentlich zum Tragen eines künstlichen Auges.

Dr. Dürr (Hannover) macht Mittheilungen über die Entwickelung der Kurzsichtigkeit während der Schuljahre und legt eine darauf bezügliche Arbeit vor nebst einer graphischen Darstellung der Refraction von Schülern des Lyceum II in Hannover.

Dr. Wilbrandt (Hamburg) bespricht die concentrische Gesichtsfeldeinengung bei functionellen Störungen der Sehcentren und die Incongruenz hemianopischer Defecte. Bei der unvollständigen homonymen Hemianopsie sind die Gesichtsfelddefecte absolut congruent, wenn die temporale Gesichtsfeldhälfte denselben Flächeninhalt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aufweist wie die mediale, vorausgesetzt dass auch beide Sehcentren dieselbe Fläche einnehmen. Ausserdem muss in beiden Sehcentren eine gleichmässige Fascikelfeldervermischung bestehen. Ist letztere eine ungleichmässige, so zeigt sich eine Incongruenz der Gesichtsfelder.

Die concentrischen Gesichtsfeldeinschränkungen werden veranlasst durch eine functionelle Störung beider Sehcentren und sind absolut congruent, wenn das eine Sehcentrum den gleichen Flächeninhalt hat, wie das andere, das normale Gesichtsfeld des einen Auges das des anderen deckt und der Intensitätsgrad der Functionsstörungen beiderseits der gleiche ist. Sind diese Bedingungen nicht erfüllt, so zeigt sich eine Incongruenz der Gesichtsfeldeinschränkung.

Dr. Schreiber (Magdeburg) stellt einen Kranken vor, dem aus der Orbita ein Fibrom von 4 cm Durchmesser entfernt worden war, das von der Ala magna ossis sphenoidei ausging. Der Bulbus wurde zwar erhalten, doch trat totale Amaurose ein, welche durch Atrophia nervi optici bedingt war, wahrscheinlich veranlasst durch die Zerrung des opticus während der Operation. Hst.

VIII. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

X.

Verhandlungen in den Sectionen.

(Originalbericht.)

8. Section für Hygiene.

(Fortsetzung.)

Am 12. August unternahm die Section für öffentliches Gesundheitswesen in Gemeinschaft mit der Section für Kinderheilkunde einen Ausflug nach Jaegerspriis [1]).

Am 14. tagte die Section für öffentliches Gesundheitswesen zusammen mit der Section für Kinderheilkunde. Dr. Engelsted (Kopenhagen) hielt einen sehr guten Vortrag über Küstenhospitäler für scrophulöse Kinder, mit besonderer Berüksichtigung des dänischen Küstenhospitales zu Refsnaes, von welchem er an der Hand von Abbildungen eine genaue Beschreibung gab.

Dasselbe hat gegenwärtig Raum für 125 scrophulöse Kinder, und in einem besonderen Gebäude noch 12 Betten für dort auftretende Fälle infectiöser Krankheiten. Es liegt auf sandigem Kiesboden gegen die Winde aus N, NO und NW geschützt, etwa eine Stunde von Kallundborg und ist mit einfachen, aber genügenden Einrichtungen zum Gebrauch von Seebädern versehen, die von Anfang Juni bis Anfang September genommen werden können. Es ist das ganze Jahr hindurch geöffnet, und verdient insofern den Vorzug vor denjenigen Küstenhospitälern, die nur einige Monate im Jahre geöffnet sind.

Die Wohnzimmer, im Erdgeschosse liegend, haben die Aussicht nach dem Meere, in dem ersten Stockwerke hingegen liegt der Corridor nach dem Meere zu, so dass die Schlafzimmer vor dem Winde und dem Geräusch der Wellen mehr geschützt sind. Vor dem Hause, zwischen diesem und dem Meere, sind Zeltbaracken aufgeschlagen, in welchen diejenigen Kranken, welche nicht gehen können, im Sommer den ganzen Tag im Freien verbringen. Aufgenommen werden Kinder im Alter von 4—15 Jahren, rhachitische schon vom zweiten Lebensjahre an. Die erzielten Erfolge sind äusserst günstige, bis zu 80% Genesungen. Der für ein Kind zu zahlende Verpflegebeitrag ist 2 Kronen per Tag. Der Kostenaufwand für Erwerbung des Areals, Errichtung der Gebäude nebst Einrichtung hat 300000 Kronen betragen, wozu der Staat einen Beitrag von 55000 Kronen gegeben hat, während der Rest durch freiwillige Beiträge aufgebracht worden ist. Die Unterhaltungskosten betragen 70000 Kronen jährlich.

Dr. Shepelern, der an gedachtem Spital angestellte Arzt, machte hierauf einige interessante Mittheilungen über Art und Behandlung der dort vorkommenden Krankheitsformen.

In der an diese Vorträge sich anschliessenden Discussion, an welcher sich die Herren Rauchfuss (Petersburg), Valcourt (Paris), Schönfeld (Brüssel), Rehn (Frankfurt a. M.) betheiligten, wurde erwähnt, dass Deutschland in Norderney ein Seehospital für scrophulöse Kinder errichtet habe, welches gleichfalls das ganze Jahr hindurch geöffnet sei, während Belgien damit umgehe, ein solches in Middelkerk zu errichten. Das in Berck in Frankreich sei gleichfalls das ganze Jahr hindurch geöffnet, während die italienischen nur mehrere Monate hindurch zugängig seien.

Der Vortrag des Dr. Dutrieux aus Alexandria „Sur l'origine du choléra epidémique à Damiette" bot nur insofern einiges Interesse als Redner, im Widerspruche mit der seit einem Jahrzehnt unter den bedeutendsten Forschern über das Wesen der Cholera einstimmig herrschenden Ansicht, dass die Cholera nur in einem Theile Indiens endemisch vorkomme, an andere Orte aber nur durch Einschleppung gebracht werden könne, die Behauptung aufstellte, die Einschleppung lasse sich nur in den allerseltensten Fällen nachweisen, der anscheinende Ausbruch einer Epidemie nach einer angeblichen Einschleppung sei vielmehr in den meisten Fällen nur die Exacerbation eines vorher schon vorhandenen Genius epidemicus. Dem entgegen erinnerte Referent an den Ausbruch der Cholera in Altenburg, im Herbst 1865, wohin die Krankheit durch eine direct aus Odessa gekommene Dame mit einem cholerakranken Kinde gebracht worden war, und wo, in einer vorher ganz gesunden Bevölkerung der erste Fall die Wäscherin betraf, welche die mitgebrachte Wäsche des Kindes gewaschen hatte: von da breitete sich die Krankheit bekanntlich nach Werdau aus, wo eine heftige Epidemie entstand.

[1]) Wir haben über diese vortreffliche Anstalt schon früher berichtet. D. Red.

Als eine andere nachgewiesene Einschleppung in einen vorher völlig gesund gewesenen Ort führte Referent die sächsische Epidemie von 1873 an, in welchem Jahre der Heizer eines Dampfschiffes, welches von Magdeburg nach Dresden kam, sich mit Cholera behaftet, nach seinem Wohnorte Gorbitz bei Dresden begab und dadurch Veranlassung zur Entstehung einer Epidemie gab. Dass in Magdeburg Cholerafälle vorgekommen waren, wurde erst später bekannt.

Der Vortrag des Dr. van Tienhoven aus dem Haag: „L'organisation et la direction des hôpitaux", dessen Spitze in der Hauptsache gegen den Dualismus in der Direction der Hospitäler gerichtet war, bot kein besonderes Interesse.

(Schluss folgt.)

IX. II. Hauptversammlung des Preussischen Medicinal-Beamten-Vereins. Berlin, 25.—27. September 1884.

(Siehe Nr. 40. 41. 42. 43.).

V.

Zuvörderst ist zu ergänzen, dass der in No. 43 S. 705 abgedruckte Vortrag: das Institut der geprüften Heildiener vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus, ein Autoreferat ist, welches wir der Güte des Herrn Referenten Kreisphysikus Dr. Fielitz verdanken.

In der Discussion sprach sich Herr Falk ebenfalls für die Aufrechterhaltung des Institutes aus. Es sei in Erwägung der Wichtigkeit des Gegenstandes die Frage aufgeworfen worden, ob nicht die Kreise, wie bei den Hebeammen, für die Ausbildung dieser Personen sorgen sollten, am besten in Kreiskrankenhäusern. Herr Noetzel weist auf die früheren Lazarethgehülfen, denen man statt moderner Civilversorgungen zweckmässig als Heildiener einen gesicherten Erwerb schaffen möge. Herr Fielitz betont zum Schluss noch ein Mal die Wichtigkeit des Gegenstandes und die Nothwendigkeit einer Reform, hält aber die Kreiskrankenhäuser ihrer Kleinheit und ihres geringen Materials wegen für durchaus ungenügend. Sie werden in einem solchen lange Zeit zur Ausbildung brauchen, während in einem grösseren vier Wochen genügen würden.

Hierauf berichtet Herr San.-Rath Kreisphysikus Dr. Litthauer: Ueber Cholerabeobachtungen im Lichte der Forschunsgsresultate der neueren Zeit.

In der Einleitung giebt der Vortragende der Begeisterung Ausdruck, welche die grossartigen Entdeckungen unserer deutschen Choleracommission bei allen Aerzten, die sich für die Erforschung der Aetiologie, des Modus der Verbreitung und der Prophylaxis der Cholera interessiren, hervorgerufen hat. Er glaubt aber, dass gerade diese Grossartigkeit der Entdeckungen es wünschenswerth mache, dass die bisher gemachten Erfahrungen im Lichte dieser Entdeckungen noch einmal geprüft werden. Der Vortragende hält es für angemessen, an die Fragen 5 und 6 der von dem Herrn Geheimrath Koch an den beiden für die Geschichte der Cholera-forschung so denkwürdigen Tagen (26. und 29. Juli c. a.) aufgestellten und im Kreise der angesehensten Kliniker und Epidemiologen zur Discussion gestellten 16 Fragen anzuknüpfen, weil diese Fragen direct auf die augenblicklich lebhaft discutirten Streitpunkte führen, und weil je nach der Beantwortung dieser Fragen die Prophylaxis die Unschädlichmachung der von den Kranken ausgehenden Provenienzen oder der vom Boden ausgehenden Schädlichkeiten oder beider genannter Schädlichkeiten wird anstreben müssen.

Der Vortragende berührt kurz die beiden sich seit langer Zeit und auch jetzt noch nach der Entdeckung des Cholerabacillus gegenüberstehenden Anschauungen, die von Pettenkofer sogenannte contagionistische, nach welcher der Infectionsstoff direct von einem an der Cholera leidenden Menschen oder indirect von Effecten, Trinkwasser etc., die durch den an den Stuhlmassen Cholerakranker haftenden Infectionsstoff verunreinigt sind, auf einen andern Menschen übertragen und in dem Darmkanal reproducirt werden, und die localistische Pettenkofer's, nach welcher der von den Cholerakranken ausgehende Infectionskeim in den Erdboden gelangen muss, in welchem er ein bei einer gewissen physikalischen Beschaffenheit und einem gewissen Feuchtigkeitsgehalt desselben sich entwickelndes Substrat vorfindet, mit dem vereinigt er ein drittes Agens, das eigentliche Choleragift bildet.

Der Vortragende ging darauf ausführlich auf die Geschichte der Lehre von dem Einfluss der Bodenverhältnisse auf die Entwicklung der Cholera näher ein und bringt bei Gelegenheit der Pettenkofer'schen Lehre von der Cholera auf Schiffen folgende interessante Thatsache bei.

Pettenkofer erklärt die Schiffsepidemien so, dass das Choleragift in geeigneten Reservoiren, Wäsche etc. von inficirten Ortschaften auf die Schiffe gebracht wird, und dass die Cholera nur so lange herrscht, bis das in den Reservoiren vom Lande mitgebrachte Gift erschöpft ist. Was lehren die Beobachtungen auf dem Lande? Der Vortragende beobachtete im November 1866 folgende Erkrankungen. Die Cholera wird in das Haus eines Handelsmannes B. gebracht. In dem einzigen Wohnzimmer erkrankt zunächst ein 1½ Jahre altes Kind, hierauf die Grossmutter, die Mutter und das Dienstmädchen. Die Hausbewohner, die nicht in das Krankenzimmer kommen, bleiben gesund. Die Schwägerin der B., die in das Krankenzimmer kommt, Sch. erkrankt in ihrer weit abliegenden Wohnung an der Cholera, ihre beiden Kinder, die nur mit ihrer Mutter in Berührung kommen, erkranken ebenfalls an der Cholera. Diese Frau wird von einem entfernt wohnenden Bekannten Sp. besucht. Dieser sowie sein Kind, das nur mit dem Vater in Berührung kommt, erkranken an der Cholera. In diesem Hause erkrankt noch ein junger Mann, nachdem er die Düngergrube ausgeräumt hatte, an der Cholera. Die zuerst genannte Frau B. wird von ihrem weit ab woh-

Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nenden Bruder W. besucht, dieser erkrankt am Brechdurchfall, an den sich Oedeme und Albuminurie anschlossen. Dieser W. wird von einem entfernt wohnenden Mädchen Sp. jun. besucht. Dasselbe erliegt der Cholera. Dieses Mädchen wird von 2 Personen Fr., die in demselben Hause wohnen, besucht. Diese erkranken an der Cholera. Der Vortragende glaubt in diesen Fällen eine directe Ansteckung annehmen zu müssen. Wenn die Reifung des Infectionsstoffes erst durch die Schädlichkeit, die der Erdboden liefert, hätte erfolgen sollen, so hätte das Tableau der Erkrankungen ein anderes sein, es hätten Personen erkranken müssen, die nicht in unmittelbare Berührung mit Kranken gekommen sind. Die Choleraepidemie im Kreise Schrimm, die der Vortragende im Jahre 1873 beobachtete, hat ihm die Bedeutung des persönlichen Verkehrs für die Verbreitung der Cholera aufs Deutlichste erwiesen. Es liessen sich die Choleraerkrankungen auf zwei Heerde zurückführen. Der eine betraf die Cholera in Brodnica Hauland, einem Dorfe von 120 Einwohnern; die Cholera trat nur bei Personen auf, die in unmittelbaren Verkehr mit Kranken gekommen waren, sie befiel in 5 Häusern mit 44 Einwohnern 20 Personen (7 Todesfälle). Der zweite Heerd wird durch einem Flösser gebildet, welcher die Rückreise von Stettin nach Neustadt a. d. W. auf dem Landwege zurücklegte. Dieser erkrankte an der Cholera, passirte die Ortschaften Wurnik, Zaborowo, Neustadt und brachte in diese Ortschaften die Cholera. Von diesen gingen secundäre Heerde aus, so dass der fragliche Flösser die Veranlassung wurde für die Entwickelung der Cholera in 9 Ortschaften des Kreises Schrimm mit ca. 350 Erkrankungen und 150 Todesfällen und in Neustadt (Kr. Pleschen) mit 109 Erkrankungen und 70 Todesfällen. In Kurnik konnte bei 107 Fällen von 170 Erkrankungen unmittelbarer Verkehr mit Kranken nachgewiesen werden. In gleicher Weise konnte in den meisten Erkrankungsfällen der Stadt Xions (47) der persönliche Verkehr nachgewiesen werden. Der Vortragende glaubt aus diesen Beobachtungen den Schluss ziehen zu müssen, dass es nicht einer besonderen Hülfsursache für die Entwickelung der Cholera bedarf, dass eine unmittelbare Uebertragung von Personen und Effecten, welche Träger des Infectionsstoffes sind, möglich ist.

Obwohl der Vortragende also annehmen muss, dass eine unmittelbare Uebertragung von Person zu Person oder mittelbar durch einen Infectionsträger möglich ist, so muss er doch zugeben, dass die Verbreitung der Cholera nicht erklärt werden kann, wenn nicht gewissen örtlichen Verhältnissen, constanten oder temporären, ein Einfluss auf die Verbreitung der Cholera zugeschrieben wird. Dies muss schon wegen der Verschiedenartigkeit der Verbreitung der Cholera in den verschiedenen Epidemien angenommen werden. Dies lehrt aber auch die Beobachtung im einzelnen. Der Vortragende greift aus seinem Beobachtungskreise als Typus von immunen Ortschaften das Städtchen Neutomischel (Kreis Buck) heraus. Die Cholera konnte weder in diesem Städtchen noch in der unmittelbaren, dicht bevölkerten Umgegend festen Fuss fassen, obwohl in Neutomischel im Jahre 1866 die Cholera wiederholt eingeschleppt wurde. Neutomischel ist in einem Kessel, einer Mulde gelegen. Der Boden besteht aus humusreichem, schwarzgrauem, Wasser durchlassendem Sande. Unterhalb desselben befindet sich eine Lettenschicht. Das Grundwasser ist einige Fuss unter der Erdoberfläche zu finden, es speist die Brunnen, der Grundwasserstand ist ein sehr wenig wechselnder. Die Sohle der Brunnen ist 7—12 Fuss von der Erdoberfläche entfernt, der Wasserstand in den Brunnen schwankt zwischen 7 Fuss im Frühjahr und 3 Fuss im Hochsommer. Dieses nahe an der Erdoberfläche zu Tage tretende Grundwasser macht das Land für den Hopfenbau sehr geeignet. Sollten auch die andern Hopfengegenden κατ' ἐξοχήν in Bayern, Böhmen, Württemberg, in der Mark von der Cholera verschont geblieben sein? Wenn demnach die Geschichte aller Choleraepidemien lehrt, dass sich eine grosse Reihe von Ortschaften constant oder zeitig immun gegen die Cholera zeigt, so muss man die Frage aufwerfen, durch welche Umstände diese örtliche Immunität bedingt wird. Von einzelnen Autoren wurde diese Frage dahin beantwortet, dass gewisse Trinkwasser oder allgemeiner ausgedrückt, Gebrauchswasserverhältnisse der Entwickelung der Cholera günstig bezw. ungünstig sind. Die Trinkwasserfrage ist durch die Constatirung der Cholerabacillen in den Tanks durch Koch in eine neue Phase getreten. Pettenkofer leugnet die Wichtigkeit dieser Entdeckung, indem er die directe Verunreinigung des Trinkwassers bei den eigenthümlichen socialen Verhältnissen Indiens für natürlich hält. Allein solche directe Verunreinigungen des Trinkwassers mit Retiradeninhalt kommen auch bei uns vor, wie dies der Vortragende in einer Constatirungsversammlung vom 20. September 1873 ausdrücklich registrirt. Die Möglichkeit der Uebertragung durch Trinkwasser muss der Vortragende als ebenso zweifellos annehmen wie die Uebertragung durch Wäsche, die mit specifischen Dejectionsstoffen verunreinigt ist. Die Abhängigkeit einer grösseren Verbreitung durch Trinkwasser, das durch Infectionskeime verunreinigt ist, wurde schon seit vielen Decennien behauptet. Eine gewisse Berühmtheit erlangte eine Choleraepidemie in London, die in jenen Stadttheilen heftiger auftrat, in denen die die Wasserleitung speisenden Flussgebiete durch die Dejectionen Cholerakranker verunreinigt wurden. Allein die Thatsachen lagen so, dass die Verbindung derselben, wie sich Virchow ausdrückt, im Sinne der Trinkwassertheorie zwar möglich ist, aber immerhin nur dadurch, dass die Lücken durch eine „wohlwollende Kritik ausgefüllt“ wurden. Im Jahre 1866 liess sich in Berlin ein Zusammenhang zwischen Choleraerkrankungen und dem Trinkwasser nicht nachweisen (Virchow). Wenn man die physikalischen Eigenschaften des Wassers berücksichtigt, so muss man sagen, dass Infectionsstoffe, die dem Wasser einverleibt werden, sich recht schnell durch Endosmose verbreiten und in dem Wasser eine gleichmässige Verbreitung finden werden, während dieselben in dem Luftmeere eine sehr grosse Verdünnung erfahren und bei dem labilen Gleichgewichtszustande der Luft durch kleine Störungen desselben leicht davon getragen werden.[1]) Dem Vortragenden ist es daher wahrscheinlich, dass nach dem Genuss inficirten Trinkwassers relativ viele Personen erkranken werden, während bei Krankheiten, die durch in der Luft befindliche Keime erzeugt werden, im Allgemeinen nicht so compacte Menschenmassen ergriffen werden.

(Schluss folgt.)

[1]) Auf diese Verhältnisse ist wohl die Beobachtung von Pinkus zurückzuführen, dass die Cholera nach einer plötzlichen Steigerung des Ozongehaltes der Luft erlischt.

X. 41. Generalversammlung des Vereins der Aerzte des Regierungsbezirks Coblenz am 14. October 1884.

Hermann-Coblenz demonstrirt an Präparaten das Verfahren des Geheimrath Koch zur Erzielung von Reinculturen von Mikroorganismen.

Der bisherige Cassirer Lenz giebt den Rechenschaftsbericht über die Einnahmen und Ausgaben des Vereins, und wird demselben Decharge ertheilt.

Bei der nun folgenden Neuwahl des Vorstandes werden Lenz-Coblenz zum Vorsitzenden, Kirchgaesser I.-Coblenz zum Secretair, Schulz-Coblenz zum Cassirer und als weitere Vorstandsmitglieder Noetel-Andernach und Stabel-Kreuznach gewählt.

Ueber das Verhältniss der Aerzte zum Krankenkassengesetz referirten Schmidt-Horchheim und Lenz-Coblenz. Nach längerer eingehender Debatte wurden die folgenden angefügten Beschlüsse einstimmig angenommen und der Beschluss gefasst, sämmtlichen Aerzten des Regierungsbezirks von denselben Kenntniss zu geben:

Der Aerzteverein des Regierungsbezirks Coblenz hält es im Interesse des ärztlichen Standes für nothwendig, bei Verträgen mit Krankenkassen folgende Normen unter allen Umständen festzuhalten und spricht die feste Erwartung aus, dass alle Collegen des Regierungsbezirks diese Forderungen bei contractlichen Abschlüssen mit Krankenkassen niemals unterbieten werden!

1. In erster Linie ist, wo immer durchführbar, die Bezahlung der Einzelleistung nach der Preussischen Minimaltaxe anzustreben.
2. Bei Abschluss von Verträgen mit festen Jahressätzen ist ein Satz von 3 Mk. für den Einzelnen und 9 Mk. für den Verheiratheten incl. Familie zu Grunde zu legen.
3. Bei den sog. „freien Kassen“ sollen die Minimalsätze der Preussischen Medicinaltaxe zur Anwendung kommen.
4. Geburtshülfliche Leistungen gehören nicht zu den Obliegenheiten des Kassenarztes. Will eine Kasse auch diese ihren Mitgliedern als Unterstützung gewähren, so ist entweder für jede Hülfeleistung eine Durchschnittsvergütung von je 10 Mk. oder der geringste Satz der Minimaltaxe an den Kassenarzt oder dessen Vertreter durch die Kasse zu zahlen.
5. Ist bei chirurgischen Fällen die Zuziehung eines zweiten Arztes nothwendig, trägt die Kasse die hierdurch entstehenden Kosten.
6. Hält der behandelnde Kassenarzt bei nicht chirurgischen Fällen die Zuziehung eines zweiten Arztes für nothwendig, so hat die Kasse diesen Arzt nach den Minimalsätzen der Medicinaltaxe zu honoriren.

XI. Die Curse im Kaiserlichen Gesundheitsamte (siehe diese W. No. 40) nehmen ihren Fortgang.

Ausser den 4 Militärärzten, welche den ersten Cursus durchmachten, sind zu einem jedes Mal 10 Tage dauernden Cursus bis jetzt ca. 44 Medicinalbeamte und Kreisphysiker in Berlin anwesend einschliesslich des zur Zeit stattfindenden Cursus.

Vertreten waren bis jetzt: die Reichslande, Bayern, Württemberg, Baden, Sachsen, Braunschweig, Mecklenburg, Sachsen-Weimar, Hessen und die Hansestädte ausser Lübeck.

Von preussischen Provinzen waren bereits vertreten: West- und Ostpreussen, Pommern, Schleswig-Holstein, die Rheinprovinz, Westfalen, Hannover und Hessen-Nassau.

Unter den Theilnehmern sind folgende vielleicht hervorzuheben: Pfeiffer-Wiesbaden (Vorstand des Nahrungsmittel-Unters.-Instituts), Biedert-Hagenau, Reissner-Darmstadt, Remboldt-Stuttgart, Battlehner-Karlsruhe, Birch-Hirschfeld-Dresden, Hesse-Schwarzenberg, Fürbringer-Jena, Neelsen-Rostock, Pfeiffer-Weimar, Wernich-Berlin, Knauff-Heidelberg, H. Buchner-München, Goetel-Metz, Meinel-Colmar, Bockendahl-Kiel. Ausserdem haben sich die Professoren Weigert, Lichtheim, Flügge und Ponfick einige Tage in Berlin aufgehalten, um sich über den Gegenstand zu orientiren.

Demnächst werden noch Militärärzte aus den noch fehlenden Provinzen und noch eine Anzahl Medicinal-Beamte und Kreisphysiker (überwiegend aus Preussen erwartet), so dass sich die Curse voraussichtlich noch bis in den nächsen Monat hinziehen dürften.

XII. Die Cholera.

XVIII.

Der weitere Verlauf der Epidemie in Italien.

In allen Theilen schmilzt die Epidemie zusammen, so dass die Regierung die Einstellung der Bulletins angeordnet hat.

In Neapel ist sie so zurückgegangen, dass ein gänzliches Erlöschen in nächster Zeit in Aussicht steht. In Salerno dagegen haben sich seit dem 16. d. M. die Fälle vermehrt, seit einigen Tagen jedoch schon wieder bedeutend vermindert. In Cuneo ist noch keine Aenderung eingetreten.

In therapeutischer Beziehung hat uns auch die diesmalige Epidemie nicht viel weiter gebracht. Die Anzahl der Medicamente, welche rationeller oder irrationeller Weise versucht wurden, ist Legion:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Calomel, Ricinusöl, Sublimat, Petroleum, Salicylsäure, Borsäure, schwefelsaure Salze, Jod, Bromkali, Pilokarpin, Chlorodyne und Chloroform. Einige rühmten die Hydrotherapie, andere die Elektricität und die Massage.

Mit den Desinfectionsmitteln, welche, um den Krankheitskeim zu zerstören, innerlich gegeben wurden, ist kein Erfolg erzielt und deshalb von deren weiterer Anwendung bald Abstand genommen worden. Die Behandlung blieb eine rein symptomatische.

Beim Beginn der Choleradiarrhoe wurde im Allgemeinen 30 bis 40 Tropfen Opium in warmen Camillenblütheninfusen gegeben. Gegen den Brechreiz und das Erbrechen Aether, Argentum nitricum, Chlorodyne, Kamillenblütheninfus mit oder ohne Opium und mit Beigabe von Cognac. Ausserdem Eisstückchen, Kirschlorbeertropfen mit Morphium oder Belladonna. Am besten sollen subcutane Morphiuminjetionen gewirkt haben. Den grössten Erfolg bei Bekämpfung der Choleradiarrhoe sowohl im Beginn der Krankheit als in deren weiterem Verlauf, hatten Klystiere mit warmen Tanninlösungen. Cantani erblickt in ihnen, zur richtigen Zeit angewendet, ein wahres Abortivmittel der Cholera. Die ersten Diarrhöen sollen durch sie definitiv gestillt werden. Ist die Krankheit weiter fortgeschritten, so gäbe es keine anderes Mittel, welches die Dejectionen so sehr vermindere, indem sie freie Intervalle von 6 bis 12 Stunden schaffen. So beschränken sie den Wasserverlust und verhindern die Eintrocknung der Gewebe. Die Formel, nach welcher Cantani, Paolucci und Andere die Tanninklystiere anwandten, ist folgende:

Inf. flor. Camomill. à 38° C. litri 2
Acid. tannic. 3,0— 6,0
Gumm. arab. 30,0—50,0
Laudan. liquid. 30,0—50,0.

Hiermit wollen mehrere Aerzte reine Abortivcuren gemacht haben. Dr. Vitone, welcher in einem Cholerawaisenhause dieselben längere Zeit angewandt hatte, sagt, dass Kinder, welche aus den inficirtesten Gegenden kamen, und welche unmittelbar vorher ihre Eltern an Cholera verloren hatten, bei Application derselben bei den ersten Choleradiarrhöen sofort geheilt wurden.

Von günstigem Einfluss sollen ferner Darmirrigationen mit desinficirenden Flüssigkeiten gewesen sein. Carbol, Sublimat, schwefelsaures Eisen, Chinin in grossen Dosen wurden hierzu verwendet, letzteres, da Koch in ihm ein mächtiges Desinficiens gegen den Kommabacillus erkannte.

Im stadium algidum wurden von Cantani und Anderen subcutane Injectionen von Kochsalzlösungen gemacht. Auf ein Liter Wasser von 38°C. wurden 4 gr. Kochsalz und 3 gr. kohlensaures Natron genommen. Cantani rühmt dieselben sehr. Oft in den schwersten Fällen sah er, dass nach wenigen Minuten der Kranke sich wesentlich erholte, die Krämpfe und der Durst nachliessen, der Puls, welcher schon Stunden lang nicht mehr zu fühlen war, zurückkehrte, ebenso die Urinsecretion. Er sah dabei, dass die trockenen Gewebe der Cholerakranken mit unglaublicher Schnelligkeit in wenigen Minuten ganze Liter Wasser aufsaugten. Andere Aerzte halten diese Injectionen von Kochsalzlösungen für wirkungslos, sie wollen nie einen Erfolg gesehen haben, in vielen Fällen soll das Wasser gar nicht resorbirt worden sein. Es scheint aber, dass in den meisten dieser Fälle die Injectionen zu spät gemacht wurden, nachdem schon ein bedeutender Grad von Herzschwäche eingetreten war.

Im asphyctischen Stadium wurden subcutane Injectionen von Aether, Tinct. Valerian. aeth. und schwefelsaurem Coffein gemacht. Ausserdem wurden Einhüllungen in warme Tücher, Wärmflaschen, Einreibungen mit warmem Oel, Einathmungen von Sauerstoff angewandt. Geradezu lebensrettend sollen sehr warme Bäder gewesen sein. Als Getränke wurden Limonaden, kohlensaures Wasser mit Cognac, Salssäuremixturen, Münchener Bier und Champagner verordnet.

In der Reconvalescenz empfiehlt Cantani in erster Linie absolute Diät, solange die Secretion des Magensaftes suspendirt ist. In der ersten Zeit giebt er deshalb nur Limonade mit Cognac (das Wasser immer vorher gekocht) oder Salzsäuremixturen, immer nur in kleinen Mengen. Ausserdem Infuse aus Kamillenblüthen, Fenchel, Melissenkraut, holländischem Thee mit Cognac. Mit Fleischbrühe und Milch will er eher noch warten, weil er glaubt, dass die Bacillen sich wieder in ihnen entwickeln könnten. Von den beiden sei die Fleischbrühe vorzuziehen, da Milch von den Cholerakranken von Anfang an schlecht vertragen werde. Er empfiehlt dagegen Münchener- oder Pilsener-Bier, auch Champagner. Wenn Ueblichkeiten und Erbrechen gänzlich aufgehört haben, reicht er Fleischbrühe, welcher er in der ersten Zeit etwas Salzsäure oder Milchsäure, auch Limonadensaft beigiebt. Wenn nach Rückkehr der Kräfte das Erbrechen in Folge von Hyperästhesie des Magens fortdauert, empfiehlt er Aether, Chlorodyne, Kirschlorbeertropfen mit Morphium oder Belladonna, schliesslich subcutane Morphiuminjectionen. —

Provinzen.	16.		17.		18.		19.		20.		21.		22.	
	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.
Provinz Alessandria	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	3	1	—	—
Aquila	3	1	6	3	4	—	4	1	3	2	—	—	3	1
Bergamo	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bologna	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Brescia	3	2	—	—	4	3	—	—	4	1	7	2	6	2
Campobasso	—	—	—	—	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—
Caserta	6	—	5	2	5	2	1	—	6	—	2	1	—	—
Chieti	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Cremona	8	5	4	6	—	—	2	2	2	—	—	—	—	—
Cuneo	19	7	—	—	26	9	23	14	22	12	14	9	—	—
Ferrara	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Genua	4	10	4	5	5	5	5	2	2	1	—	—	—	—
Mailand	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mantua	—	—	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Modena	5	3	—	—	3	2	1	—	1	2	2	—	—	—
Neapel: Stadt	57	12	44	17	19	5	28	6	25	12	7	2	9	2
Vorherg. Fälle	—	17	—	15	—	21	—	7	—	5	—	16	—	10
Provinz	13	11	14	5	13	8	18	7	14	3	6	1	6	1
Novara	6	2	4	4	4	—	5	7	—	—	6	3	6	4
Parma	4	1	—	—	—	—	—	—	3	3	—	—	—	—
Pavia	10	6	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Piacenza	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Pesaro	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Potenza	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Reggio-Emilia	2	3	—	—	2	1	2	—	—	—	5	1	4	3
Rovigo	4	2	2	2	1	4	2	—	1	—	—	—	—	—
Salerno	12	4	—	—	13	6	12	2	16	7	—	—	8	3
Gesammtzahl der Fälle	160	88	91	64	105	73	108	84	101	48	52	36	42	26

Während demnach die Cholera auch in Italien in rapidem Rückgange begriffen ist, giebt sie doch noch zahlreichen deutschen Forschern Gelegenheit zu weiteren Studien. So haben die Herren Klebs, Finkler und Prior Genua gewählt, während sich Herr Emmerich nach Neapel begeben hat.

In Südfrankreich geht die Epidemie allmählich dem gänzlichen Erlöschen entgegen, dagegen fand im nördlichen Frankreich in Yport bei Rouen (Seine inférieure) ein heftiger Ausbruch statt. Allem Anscheine nach wurde die Seuche durch ein Schiff, welches in Cette einlief, importirt. Man constatirte 12 Erkrankungen und 6 Todesfälle bis zum 22. October.

In Perpignan ist die Epidemie noch nicht erloschen. Seit Beginn derselben starben daselbst an Cholera 195 Personen. — In Oran (Algier) zählte man vom 11. — 17. October 52, 18. — 24. October 45 Choleratodesfälle.

In der Umgegend von Paris und zwar fast nur in Aubervilliers fanden vom 27. September bis 10. October 15 Choleratodesfälle statt (13.—25. September nur 6). Endlich ist noch von dem unerwarteten Auftreten der Epidemie in Nantes zu berichten, worüber noch authentischere Mittheilungen abzuwarten sind. Am 2. November wurden 10 Erkrankungen und 6 Todesfälle constatirt.

XIII. Oeffentliches Sanitätswesen.

Amtliches.

Bekanntmachung. Nachdem der Magistrat dem Polizei-Präsidium 23 Kästen mit Verbandzeug und Mitteln für die erste Hülfe bei Unglücksfällen, Verletzungen und plötzlichen Erkrankungen zur Verfügung gestellt hat, wird hierdurch zur öffentlichen Kenntniss, insbesondere auch der Herren Aerzte, gebracht, dass diese Hülfskästen den nachbezeichneten Polizei-Revieren überwiesen worden sind:

a. 4. Polizei Revier Werftstrasse 5; b. 8. Polizei-Revier Chausséestrasse 38; c. 16. Polizei-Revier Grenadierstrasse 43a; d. 17. Polizei-Revier Schönhauser Allee 26a; e. 18. Polizei-Revier Neue Königstrasse 91; der hier vorhandene Kasten wird gleichzeitig vom 19. Polizei-Revier Georgenkirchstrasse 27/28 mitbenutzt.

f. 21. Polizei-Revier Klosterstrasse 41; g. 22. Polizei-Revier Holzmarktstrasse 54; der hier vorhandene Kasten wird gleichzeitig vom 24. Polizei-Revier Kleine Andreasstrasse 7 mitbenutzt.

h. 35. Polizei-Revier Belleallianee-Platz 17; der hier vorhandene Kasten wird gleichzeitig vom 30. Polizei-Revier Neuenburgerstrasse 8, sowie vom 39. Polizei-Revier Lindenstrasse 89 mitbenutzt.

i. 31. Polizei-Revier Kreuzbergstrasse 77; der hier vorhandene Kasten wird gleichzeitig vom 67. Polizei-Revier Zossenerstrasse 38 mitbenutzt.

k. 34. Polizei-Revier Schönebergerstrasse 20/21; l. 37. Polizei-Revier Königgrätzerstrasse 2; m. 38. Polizei-Revier Kronenstrasse 22; n. 44. Polizei-Revier Grosse Frankfurterstrasse 119; o. 52. Polizei-Revier Memelerstrasse 39; der hier vorhandene Kasten wird gleichzeitig vom 45. Polizei-Revier Münchebergerstrasse 34 und vom 65. Polizei-Revier Grünerweg 65 mitbenutzt.

p. 47. Polizei-Revier Grimmstrasse 38; der hier vorhandene Kasten wird gleichzeitig vom 48. Polizei-Revier Kottbuserstrasse 4b. mitbenutzt.

q. 50. Polizei-Revier Christinenstrasse 16; der hier vorhandene Kasten wird gleichzeitig vom 62. Polizei-Revier Kastanien-Allee 55 und 68. Polizei-Revier Strassburgerstrasse 24 mitbenutzt.

r. 53. Polizei-Revier Wrangelstrasse 97; s. 57. Polizei-Revier Müller-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

strasse 55a; t. 60. Polizei-Revier Brunnenstrasse 104, u. 61. Polizei-Revier Oderbergerstrasse 12/15; v. 66. Polizei-Revier Frankfurter Allee 65; w. 70. Polizei-Revier Forsterstrasse 56; z. 71. Polizei-Revier Hornstrasse 2.

Diejenigen Polizei-Reviere, welche in der Nähe von öffentlichen Krankenhäusern oder Sanitätswachen belegen sind, haben keine Kästen erhalten.

Die Hilfskästen enthalten folgende Verbandgegenstände und Arzneimittel:

1 Scheere zum Kleidertrennen, 1 Litergefäss, 2 Gummibinden, 2 breite Flanellbinden, 3 Gazebinden, 2 Beinschienen von Holz, Schusterspahn, Glycerin-Pergament-Papier, 2 Compressen von Leinewand, 1 Paquet Salicylwatte, 2 Esmarch'sche Tücher, 1 Stück Nähseide, 1 graduirte Glasmensur (20 gr.), Acidi carbolici liquefacti 100 gr., Spiriti aetherei 100 gr., Liq. Ammonii caustici 100 gr., Tinct. Opii simpl. 50 gr. (Letzteres jedoch nur im Sommer).

Berlin, den 25. October 1884.

Königliches Polizei-Präsidium, von Madai.

XIV. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Berlin. Wie wir hören, ist der frühere Assistent des Physiologischen Instituts der hiesigen Universität, Dr. Gad z. Z. Docent der Universität Würzburg, in die Stelle Professor H. Kronecker's eingerückt. — Breslau. Der bisherige Privatdocent der Berliner Universität, Dr. Hiller, hat sich als solcher in Breslau habilitirt. — Halle a. S. Docent Dr. Doebner ist zum Ersatz für Professor E. Schmidt zum ausserordentlichen Professor der pharmaceutischen Chemie, Toxikologie und gerichtlich-polizeilichen Chemie in der philosophischen Facultät ernannt worden. — Greifswald. Der ausserordentliche Professor Dr. F. Sommer wurde zum ordentlichen Professor der medicinischen Facultät ernannt. — Jena. Prof. Dr. Braun hat am 1. October seine Functionen als Professor der Chirurgie und Director der chirurgischen Klinik übernommen. In Berichtigung einer früheren Mittheilung möchten wir hieran anknüpfen, dass demselben die Nachfolge von Geh.-R. Prof. Ried in Jena einmal als ausserordentlicher Professor angetragen worden ist, er erhielt indessen sofort den Ruf als Professor ordinarius und Director der chirurgischen Klinik. Dr. J. Krabbe hat sich für das Fach der Botanik habilitirt. — Prag. Prof. Soyka wird zunächst systematische Vorlesungen über Hygiene mit Experimenten und Demonstrationen abhalten und dann ein Collegium publicum über Assanirung von Städten lesen. Arbeiten im hygienischen Laboratorium sind noch nicht möglich, da die Geldmittel zur Ausstattung eines solchen noch nicht bewilligt sind. Zum ersten Male seit dem Bestande der Facultät werden nun durch den neuernannten Professor Hofmeister im Sectionskataloge auch pharmakologische Untersuchungen in einem pharmakologischen Institute angekündigt. Dagegen ist das Ordinariat der Augenheilkunde noch immer nicht besetzt und wird, wie seit zwei Semestern, durch den Docenten Dr. Schenkel supplirt. — Bern. Prof. e. o. Dr. Gasser hat die Stelle Dr. Aeby's, jetzt bekanntlich in Prag, bereits angetreten. — Tübingen. An Stelle des für das Wintersemester 1884/85 beurlaubten Prosectors Professor Dr. Froriep wird lesen: Professor Dr. Henke: Osteologie und Syndesmologie, Prosector Dr. Hänel: Repetitorium der Anatomie; derselbe wird auch in Gemeinschaft mit Professor Dr. Henke die anatomischen Präparirübungen leiten.

— Wiederum hat uns der Tod einen hochgeschätzten Mitarbeiter geraubt. Dr. Reinhold Bruntzel, früher Assistent der gynäkologischen Klinik der Universität Breslau, dann practischer Arzt in Posen, ein trefflicher, auf allen Gebieten der Gynäkologie wohl erfahrener, wissenschaftlich hochstehender Arzt, ist am 23. October, 31 Jahre alt, in Folge von Typhlitis verschieden, nachdem die dagegen unternommene Operation den besten Erfolg zu versprechen schien.

— Berlin. Das medicinisch-chemische Laboratorium Prof. Zuelzer's ist jetzt wesentlich erweitert und nach der Dorotheenstrasse 38/39 verlegt. In den Stunden von 11—1 Uhr wird daselbst auch eine Poliklinik für Blasen- und Nervenkranke abgehalten.

— Die Sachverständigen-Commission zur Berathung der mit der Ausführung des Reichs-Impfgesetzes in Verbindung stehenden Fragen befindet sich unter der Leitung des Herrn Geh. Reg.-Raths Dr. Koehler vom Reichsamte des Innern seit mehreren Tagen in voller Thätigkeit. Bekanntlich hat der Reichstag am 6. Juli 1883 beschlossen, die beim Reichstage eingegangenen 28 Petitionen gegen das Reichs-Impfgesetz dem Reichskanzler zur Kenntnissnahme und mit dem Ersuchen zu überreichen: 1. eine Commission von Sachverständigen zu berufen, welche unter der Oberleitung des Reichs-Gesundheitsamtes den gegenwärtigen physiologischen und pathologischen Stand der Impffrage, insbesondere in Bezug auf die Cautelen, welche die Impfung mit der grösstmöglichen Sicherheit zu umgeben geeignet sind, prüfen und — eventuell unter allgemeiner Durchführung der Impfung mit animaler Lymphe — Maassregeln zum Zwecke dieser Sicherung vorschlagen soll; 2. eine brauchbare Impfstatistik herbeizuführen auf Grund obligatorischer Anzeigepflicht bezüglich der vorkommenden Pockenerkrankungen und deren Verlauf an die zuständige Reichsbehörde. Unter den Mitgliedern nennen wir Geh. Ob.-Med.-R. Dr. Kerschensteiner und Chef-Impfarzt Dr. Kranz aus München, Ob.-Med.-R. Dr. Reissner aus Darmstadt, Geh. Ober-Med.-R. Dr. L. Pfeiffer aus Weimar. Natürlich nimmt auch Geh. R. Koch an den Verhandlungen Theil, ausserdem noch einige Statistiker von Bedeutung.

— P. Boerner's Reichsmedicinalkalender für das Jahr 1885. Um noch die neuesten Veränderungen berücksichtigen zu können, haben Herausgeber und Verleger die Ausgabe des 2. Theiles um 14 Tage verschoben. In dem Personalverzeichniss der practischen Aerzte des Königreich Preussen sind dies Mal auf vielfach geäussertem Wunsch die pro physicatu geprüften Aerzte durch ein Sternchen bezeichnet. (Siehe das Inserat in dieser No.)

— Wir freuen uns, mittheilen zu können, dass unser verehrter Mitarbeiter Stabsarzt a. D. Dr. Pauly in Posen zum Oberarzt der chirurgischen Station des neueingerichteten städtischen Krankenhauses daselbst gewählt worden ist.

XV. Personalien.

Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den practischen Aerzten Dr. Theodor Fleischer in Mühlhausen Kr. Pr. Holland, Dr. Karl Odenkirchen in Euskirchen, Dr. Simon Rosenthal in Ratibor und dem Kreisphysikus Dr. Eduard Wichen zu Hildesheim den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen.

Ernennungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den ordentlichen Professor Dr. Ludimar Hermann in Zürich zum ordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Universität Königsberg i. P. zu ernennen.

Niederlassungen: Die Aerzte: Dr. Badt und Dr. Benda als Assistenzärzte der Richter'schen Privat-Irren-Anstalt in Pankow, Dr. Otto Lehmann in Herzberg a. Elster, Dr. Boecking in Rossla.

Verzogen sind: Die Aerzte Labinski von Dobritz nach Tegel, Dr. Prietsch von Dalldorf nach Berlin und Dr. Herrmann von Dalldorf nach Dresden, Dr. Lebegott von Berlin nach Weissensee, Blumberg von Meyenburg nach Rostock, Dr. Harress von Crossen, Kr. Zeitz nach Fürstenwerder, Dr. Zwick von Herzberg a. Elster nach Treuenbrietzen, Dr. Eberhardt von Heldrungen nach dem Herzogthum Sachsen-Koburg, Dr. Michaelis von Schlieben nach Berlin, Stabsarzt Dr. Schilling von Torgau nach Hannover und Dr. Holthaus von Much nach Waldbröl.

Gestorben: Kreisphysikus Dr. Krebs in Jüterbock.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Bernhard Gelderbloem hat die Apotheke seines Vaters in Blumenthal gekauft.

Vacant: Kreiswundarztstelle des Kreises Cosel.

2. Württemberg. (Med. Corr.-Bl. 39. 40.)

Bestätigt die Wahl der pr. Aerzte Dr. Hermann Mank zum Stadtarzt in Haiterbach, Oberamt Nagold, Dr. Eugen Bertsch von Besigheim zum städtischen Armenarzt in Lauffen a. N., Dr. Mank Stadtarzt in Haiterbach zum Districtsarzt der für die Gemeinden Haiterbach, Beihingen, Boesingen, Oberschwandorf, Oberthalheim, Schietingen, Unterschwanheim und Unterthalheim; Dr. Pflanz in Neresheim zum Districtsarzt für die Gemeinden Abtsgmünd, Dewangen, Laubach, Neubronn und Pommertsweiler Oberamt Aalen.

Verliehen: Commandeurkreuz II. Kl. des Friedrichsordens den in den Ruhestand versetzten Proff. Dr. v. Rensch an der naturwissenschaftlichen und Dr. v. Vierordt an der medicinischen Facultät.

Ernannt: Dr. Essig in Nürtingen zum Oberamtsarzt in Waldsee, Oberamtsarzt Dr. Bürger in Langenburg zum Oberamtsarzt in *Heilbronn*.

Gestorben: Dr. Theod. Tritschler aus Cannstadt in Cannes, *Hofrath* Dr. Kolb, Ob.-A.-A. in Geislingen.

3. Baden. (Aerztliche Mittheilungen No. 17.)

Approbationen für das Gebiet des Deutschen Reiches ertheilt in dem Prüfungsjahre 1884 folgenden badischen Candidaten: Josef Fischer von Schwarzbach bei Bühl, Wilhelm Fleiner von Schopfheim i. W., Heinrich Gassert von Sölden bei Freiburg i. B., Ernst Locherer von Schönau i. W., Friedrich Mays von Heidelberg, Johann Moog von Geisingen, Albert Schelb von Pfaffenweiler, Heinrich Schenck von Ettlingen, Oskar Schlegel von Wertheim, Wilhelm Josef Stahl von Waldkirch.

Niedergelassen haben sich: Arzt Heinrich Gassert, approb. 1884, in Eigeltingen, A. Stockbach, Arzt Dr. Johannes Moog, approb. 1884, in Gengenbach, A. Offenburg.

Berichtigungen.

In No. 41 p. 666 Spalte 2 Zeile 56 lies 2 eine M. 2,0, 4 M. 1,0 statt 2 eine M. 4,05, 2 M. 2,0 und Zeile 57 4 H. 5,0 D. und mehr statt 5 H. 5 D. und mehr.

In No. 43 Artikel XIII (40. Generalversammlung der Aerzte des Regierungsbezirkes Aachen) muss es in dem Referat über den Vortrag des Herrn Dr. Riedel heissen Zeile 3 v. o. statt: „die häufigste Ursache der Gelenkresectionen bilde neben Caries die Tuberculose der Gelenke“ — „bilde die Tuberculose der Gelenke“ und Zeile 10 f. v. o. statt: „Die erste und dritte Form könne spontan verheilen, die zweite nur nach operativem Eingriff“ — die dritte Form könne spontan verheilen, die erste und zweite nur nach operativem Eingriff“.

In dem Referate über die Verhandlungen der Section für Ophthalmologie des Internationalen Medicinischen Congresses zu Kopenhagen No. 43 und 44 sind zahlreiche Druckfehler nicht zur Berichtigung gelangt, weil die Correctur durch ein Versehen dem Herrn Berichterstatter nicht zugegangen ist und der Redacteur dieser Wochenschrift von Berlin abwesend war. Wir begnügen uns damit wenigstens die sinnentstellendsten zu verbessern:

No. 43 S. 105 (Samelsohn-Coeln) lies statt „nur“ — „andererseits“. Ibid. statt „Emoke“ — „Smoke“. Ibid. (Ole-Bull) statt Bogenbeleuchtung — „Tagesbeleuchtung“ Ibid. (Louis Wolffberg) statt „$1\frac{1}{2}$ mm“ — „$\frac{1}{2}$ mm“.

No. 44 S. 721 (Schmidt-Rimpler) lies statt „Andere“ — S.-R. — statt „uns“ — „hier“. S. 722 (Redart und Libbrecht) lies statt „über 11000 Personen“ — „unter“. S. 723 (Ed. Meyer) lies statt „Jung“ — „Jany“. Ibid. (Nieden) statt „nur“ — „auch“. Ibid. (Abadie) statt „Wegner“ — „Wecker“ u. statt „halbregistrirendes“ — „selbstregistrirendes“.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag № 46. 13. November 1884.

DEUTSCHE
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Sind die von Dr. Zopf in seinem Handbuch über die Spaltpilze gelehrten Anschauungen vereinbar mit den Ergebnissen der neueren Forschungen über Infectionskrankheiten?

Von
Prof. **Dr. C. Flügge** in Göttingen.

Den Lesern dieser Zeitschrift die hohe Bedeutung und die weittragenden Consequenzen der Koch'schen Entdeckungen auf dem Gebiet der Infectionserreger nochmals ausdrücklich ins Gedächtniss zu rufen, sollte wohl eigentlich überflüssig erscheinen. War doch der Herausgeber der Deutschen medicinischen Wochenschrift der Erste, welcher öffentlich die eminente Bedeutung der frühsten Koch'schen Forschungen hervorhob und der dann immer wieder auf die Tragweite der einzelnen folgenden Entdeckungen für die gesammte medicinische Wissenschaft aufmerksam machte.

Wesentlich und charakteristisch für die Koch'schen Entdeckungen ist bekanntlich der Nachweis, dass für eine Reihe von infectiösen Krankheiten gut charakterisirte, specifische, in ihrer Eigenart nicht leicht veränderliche Organismen die Infectionserreger bilden. Dieser von Koch in jedem Einzelfall auf's neue erbrachte Nachweis contrastirt auffällig mit den Auffassungen, welche in den vorausgehenden Jahren allmählich an Terrain gewonnen hatten, und nach welchen die niederen Pilze ihre Form und ihre Eigenschaften je nach den äusseren Lebensbedingungen leicht ändern sollten. In Gemässheit solcher Anschauung erschien das Aufsuchen und Aufstellen specifischer Infectionserreger überflüssig und unzulässig. Freilich beruhten jene Sätze grossentheils auf Speculationen; theilweise aber doch auch auf Experimenten: die Mehrzahl der Forscher fand damals bei der Cultur von Mikroorganismen fast stets ein Durcheinander verschiedener Formen und konnte allmählich bald diese bald jene Eigenschaft des Bakteriengemisches constatiren. Koch erhob schon damals den Einwand, dass alle solche veränderliche Culturen nicht Reinculturen einer bestimmten Art, sondern Gemenge seien; durch subtiles Experimentiren konnte er wirkliche Reinculturen erhalten, die weder Form- noch Eigenschaftsänderungen zeigten.

Damals blieb Koch indessen mit seinen Ansichten ziemlich isolirt. Man konnte wohl die principielle Berechtigung seiner Einwände und die Möglichkeit der Richtigkeit seiner Deutung zugeben; aber die eigenen Versuche pflegten nicht dafür zu sprechen. Wer damals in den üblichen flüssigen Medien Mikroorganismen züchtete, bekam gewöhnlich bald verschiedene Formen und verschiedene Eigenschaften zur Beobachtung; wollte man nicht Koch allein als geschickt, sich selbst und die grösste Mehrzahl der Mykologen als ungeschickt ansehen, so musste man die Wandelbarkeit der Bakterien adoptiren. In all' den unzähligen Fällen, wo bei der fortgesetzten Cultur Formabweichungen auftraten, hätte man sich des fehlerhaften Arbeitens beschuldigen, und die Cultur von neuem beginnen müssen; und es liegt auf der Hand, dass auch Koch eine so scharfe Kritik der eigenen Arbeit mit derartiger Ausdauer nicht geübt haben würde, hätte er nicht aus gewissen der medicinischen Praxis entnommenen Beobachtungen über das Auftreten und das Verhalten der Infectionskrankheiten von vornherein die feste Ueberzeugung gehabt, dass eine Constanz der infectionserregenden Spaltpilzarten bestehen müsse.

Nun aber entdeckte Koch vor einigen Jahren ein Mittel, welches jedem Unbefangenen, der nur einigermaassen subtil experimentiren konnte und der die Versuche in der von Koch angegebenen Weise nur nachmachen wollte, erlaubte, die Ueberzeugung von der Richtigkeit der Koch'schen Ansichten sich aus eigener Anschauung zu verschaffen.

Dieses Mittel bestand in der Benutzung der festen Nährböden zur Cultur der Bakterien. Die Methode ist so einfach, dass Jeder sie in wenigen Wochen erlernen kann; und Jeder der dieselbe richtig anwendet und hinreichend unbefangen und ehrlich ist, kommt ganz sicher zu der Ueberzeugung, dass sich die einzelnen Bakterienarten in solcher Weise reingezüchtet auf den allerverschiedensten Nährmedien, auf Kartoffeln, auf Gelatinen, auf erstarrtem Blutserum, gelegentlich auch einmal in Flüssigkeiten; ferner unter verschiedenen Temperaturen etc. durch viele Generationen erhalten lassen, ohne dass eine Aenderung der Form oder eine Aenderung ihrer Eigenschaften eintritt.

Derselbe feste Nährboden bietet auch wiederum das einzige sichere Mittel, um aus einem Gemenge von Bakterien die einzelnen Arten zu isoliren. Und nur mit Hülfe dieser Methode ist es Koch und seinen Schülern gelungen, die Erreger der Tuberculose, des Rotzes, der Cholera, verschiedenster Septicämieformen etc. rein darzustellen und zu cultiviren. Für alle diese isolirten Infectionserreger haben sich ferner bestimmte und constante Eigenschaften erkennen lassen, durch welche die einzelnen ziemlich gut charakterisirt sind; und zwar kann entweder ihre Form, oder ihr Vermögen sich mit Farbstoffen zu imprägniren, oder die Eigenthümlichkeit ihrer Entwicklungsphasen, die man in der mikroskopischen Cultur beobachtet, oder ihr Wachsthum auf verschiedenen Substraten und das Aussehen der Reinculturen, oder endlich ihre Einwirkung auf gährfähiges Material und auf den lebenden thierischen Körper als Mittel zur vorläufigen Charakterisirung der Art benutzt werden.

Gerade die Thatsache, dass wir es mit bestimmt charakterisirten nicht wandelbaren Infectionserregern zu thun haben, ist für die medicinische Wissenschaft und für die Praxis von so ausserordentlicher Bedeutung. Dadurch allein ist eine diagnostische Verwerthung der Koch'schen Entdeckungen ausführbar geworden; nur weil der Tuberkelbacillus in charakteristischer Form und Lagerung vorkommt und eine so eigenthümliche Farbstoffaufnahme zeigt, können wir jetzt mit vollster Sicherheit selbst frühe Stadien der Tuberculose erkennen. Nur weil wir darauf rechnen dürfen, dass der Cholerabacillus stets das charakteristische Aussehen seiner Culturen und in diesen eigenthümliche Formen zeigt, können wir die Entdeckung des Cholerabacillus für die Erkennung der Cholera verwerthen. Das alles hört selbstverständlich auf, wenn die genannten Infectionen durch einen Mikroorganismus zu Stande kommen, der das eine Mal so das andre Mal anders aussieht, der bald diese bald jene Eigenschaften zeigt.

Unsere weitere Forschung über die Infectionserreger; die Erkenntniss der Mittel, durch welche sie vernichtet werden können; die Auffindung der Verbreitungswege und der Eingangspforten für die einzelnen pathogenen Pilze — alles ist nur möglich, wenn wir es bei unseren Untersuchungen und Experimenten mit Mikroorganismen von constanten Eigenschaften zu thun haben, die nicht von Tag zu Tag Form und Function wechseln.

Spricht man den Infectionserregern die Constanz gewisser Eigenschaften ab; ist man der Ansicht, dass derselbe Krankheitserreger bald als Coccus, bald als Bacillus, bald klein, bald gross, bald gutartig, bald infectiös, dann wieder als Gährungserreger auftreten könne, so hört damit die experimentelle Erforschung der uns am meisten interessirenden Gruppe von Krankheiten auf, und wir sind gezwungen, unsere Anschauungen in diesem Gebiete auf Grund von Speculationen zu bilden, ähnlich denen, wie sie vor Jahrzehnten und Jahrhunderten die denkenden Mediciner beschäftigten.

Wenn jetzt Thatsachen gefunden wären, aus welchen die Wandelbarkeit der Infectionserreger gefolgert werden müsste, so würden wir, allerdings mit tiefstem Bedauern, auf eine weitere experimentelle Erforschung der Infectionskrankheiten verzichten müssen. Nun wir nicht nur nicht in diese traurige Nothwendigkeit versetzt sind, sondern viel-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mehr noch lauter Thatsachen zu verzeichnen haben, die für die Constanz der Krankheitserreger sprechen — da sollte man fürwahr glauben, dass kein Arzt ferner an der unfruchtbaren Hypothese von der Wandelbarkeit der Pilzarten Gefallen fände.

Und doch ist es überraschend, wie viele Aerzte immer noch sich als Anhänger der Umwandlungslehre zu erkennen geben. Es konnte dies namentlich bei Gelegenheit der im Herbst stattgehabten ärztlichen Versammlungen zur Genüge beobachtet werden. Forscht man nach, woher diese eigenthümlichen Anschauungen stammen, so wird gewöhnlich Zopf's Buch über „die Spaltpilze" (Breslau 1883 1. Auflage; 1884 2. Auflage) als Quelle derselben bezeichnet.

Es ist dies Buch in der vorliegenden Zeitschrift bisher nicht besprochen, weil man annehmen durfte, dass es auf Grund des darin vertretenen Standpunktes in ärztlichen Kreisen kaum gelesen und verbreitet werden würde. Die Erfahrung, dass dasselbe ganz im Gegentheil entschieden einen Einfluss auf das Urtheil namentlich der practischen Aerzte gewonnen hat, legt uns die Verpflichtung auf, an dieser Stelle die Anschauungen des Buches auf ihre Berechtigung zu prüfen und ihre Consequenzen darzulegen. Denn zu den neuen Anhängern der Zopf'schen Lehre gehört sicher eine grosse Zahl beschäftigter Practiker, die nicht in der Lage waren, aus eigner Erfahrung die Fehler der hier in Betracht kommenden experimentellen Methoden zu erkennen, oder sich die Consequenzen der aufgestellten Sätze in ihrer ganzen Ausdehnung klar zu machen.

Ein Princip ist es, dass Zopf vor Allem vertritt, und dessen Durchführung ausgesprochenermaassen das Leitmotiv des Buches bildet.

Dasselbe lehrt den genetischen Zusammenhang der verschiedenen Spaltpilzformen; die Coccen-, Stäbchen-, Fäden-, Schraubenform sind nach Zopf nur Entwicklungszustände, die bei ein- und derselben Spaltpilzart vorkommen und deren Auftreten oder Vorwiegen nur von den jeweiligen Ernährungsbedingungen abhängt.

Ein solcher Formenwechsel ist von Zopf zuerst an niederen Algen beobachtet worden und es ist möglich und jedenfalls ohne besondere Controluntersuchungen nicht abzustreiten, dass hier wirklich ein Formenwechsel vorkommt. Entschieden unstatthaft ist es aber, aus einer solchen an einigen Algen gemachten Beobachtung auf das gleiche Verhalten aller Spaltpilze zu schliessen; diese gewagte Hypothese stellt aber Zopf auf, ja sie ist ihm feststehendes Dogma, das unter allen Umständen bestehen und dem sich die an den einzelnen Spaltpilzen gemachten Beobachtungen beugen müssen. Zopf theilt demgemäss die Mikroskopiker in 2 Classen: in solche, welche Formenübergänge bei einer Pilzart gesehen haben, und in solche, die das bisher nicht constatiren konnten; nur die der ersten Classe sind brauchbare Gewährsmänner für Zopf, und er benutzt sie als solche in der ausgiebigsten Weise, einerlei, ob sie schon durch anerkannte mikroskopische Arbeiten sich Vertrauen erworben haben, oder ob ihnen schon mehrfach Irrthümer nachgewiesen wurden. Unsere tüchtigsten Mikroskopiker wie Koch, Weigert, Cohn u. A., existiren dagegen für Zopf nicht, falls ihre Beobachtungen etwa mit irgend einem Forscher jener ersten Classe collidiren. Was da nun durch diese, unter dem parteiischen Einfluss einer aprioristischen Annahme ausgewählten Gewährsmänner — wie Semmer, Neelsen, Fokker, Buchner, Klebs u. A. mehr — an Beweismaterial für die Umwandlung der Spaltpilzformen geliefert wird, ist allerdings staunenswerth: da lesen wir pag. 57, dass der Milzbrandbacillus nicht blos Stäbchen, sondern auch Coccen bildet; Zopf beruft sich dabei auf das Zeugniss von Fokker und von Archangelski und Roloff. Nun, es ist wohl zweifellos, dass trotz dieser Angabe im Zopf'schen Handbuch auf der Mehrzahl der deutschen Universitäten jeder Candidat des medicinischen Staatsexamens durchfallen würde, der die Erreger des Milzbrands als Coccen beschriebe. — Auf pag. 62 ist zu lesen, dass das Bacterium tuberculosis, der Tuberkerpilz, ausser Lang- und Kurzstäbchen auch Coccen bilde und zwar nach Zopf's eignen Beobachtungen! Die ganzen classischen mühevollen Untersuchungen Koch's, die massenhaften Beobachtungen durch zahlreiche practische Aerzte, die alle stets nur die von Koch beschriebene Bacillenform gesehen haben, sind dadurch ausgelöscht, und künftighin sind auf Grund der Zopf'schen Beobachtungen die Untersuchungen auf Tuberkelbacillen zu unterlassen, denn auch in Form von unscheinbaren Coccen kann ja der Erreger der Tuberculose vorkommen! — Pag. 84 finden wir, dass der Pilz der Hühnercholera in Form von Coccen und Stäbchen vorkommt; als Gewährsmann wird Semmer genannt. Als schlagendste Beispiele der Formumwandlung dienen ferner pag. 50 der Pilz der blauen Milch, der nach Neelsen in Form von Coccen, Stäbchen, Fäden, Schrauben und Sporen vorkommt; dann der Heupilz (pag. 52), welchem nach Buchner Coccen, Kurz- und Langstäbchen-, Faden- und Sporenform zugeschrieben wird. Nur diese wenigen Beispiele seien hier hervorgehoben; sie betreffen gerade Bakterienarten, mit welchen in unseren hygienischen Laboratorien fortwährend gearbeitet wird, die dort als Uebungs- und Schulfälle gezüchtet werden, für die geradezu Tausende von Beobachtungen durch zahlreichste Beobachter vorliegen; und noch niemals haben wir in einer zuverlässigen Reincultur jemals einen solchen Uebergang von Coccen in Bacillen und Spirillen gesehen, wie ihn Zopf lehrt.

Wir leugnen nicht etwa das Vorkommen verschiedener Formen bei ein und derselben Spaltpilzart; wir wissen, dass die meisten gewisse Entwicklungsformen durchlaufen, dass die Bacillen in Faden und Sporenform vorkommen; wir wissen ferner, dass das Alter der Individuen ihre Form beeinflusst und dass die jüngsten Bacillen oft nicht leicht von Coccen zu unterscheiden sind; wir kennen endlich Degenerations- und Involutionszustände, die mit gewissen Formänderungen einhergehen. Aber niemals haben wir beobachten können, dass wirkliche Coccen in Bacillen sich umwandeln und umgekehrt, und dass diese Umwandlung nur von den Ernährungsbedingungen abhängig ist. Und wenn ein solcher Uebergang für eine Spaltpilzart gefunden werden sollte, so muss es weiterer unbefangener Beobachtung überlassen bleiben, zu entscheiden, ob der gleiche Formübergang auch den anderen Arten zukommt; nicht von der Hypothese haben wir auszugehen und danach die Thatsachen zuzuschneiden, sondern unbefangen zu beobachten und aus einer sehr grossen Zahl einwandfreier Ergebnisse allgemeiner gültige Gesetze abzuleiten.

An einzelnen Stellen seines Buches geht Zopf noch weiter. Trotz der Lehre von der Formumwandlung hat Zopf doch versucht, wenigstens eine gewisse Trennung verschiedener Spaltpilzarten und eine Classification auf Grund morphologischer und physiologischer Merkmale durchzuführen. Mit dem Formenwechsel ist ja die Unterscheidung bestimmter Arten noch immer vereinbar, sobald man nur annimmt, dass wenigstens die Coccen, Kurz- und Langstäbchen-, Fäden- und Spirillenform bei der einzelnen Art stets die gleiche, in irgend einer Weise charakterisirbare ist. Aber nun acceptirt Zopf auch ausserdem noch die Lehren Buchner's und Naegeli's, wonach die Form und Dimensionen einer Art in fast beliebiger Weise durch äussere Lebensbedingungen modificirt würden, so dass schliesslich die eine Art der andern ähnlich und gleich wird. Pag. 25 lehrt Zopf auf Grund von Buchner'schen Versuchen, dass der Bacillus subtilis gerade so gut in Form von kurzen dicken, wie von langen dünnen Bacillen vorkommen könne. Als ebenso schwankend werden pag. 57 die Dimensionen des Milzbrandpilzes bezeichnet. Es wird für jeden Einsichtigen klar sein, dass jedes mikroskopische Erkennen einer Spaltpilzart zur völligen Unmöglichkeit wird, wenn bei derselben Art derartige Differenzen in den Dimensionen noch neben den verschiedenen Formen und Formenübergängen vorkommen. Bezüglich der Unterscheidung bestimmter Arten ist man dann einzig angewiesen auf biologische Merkmale. Aber selbst diese sind nach Zopf nicht recht ausschlaggebend; denn „auch auf die physiologischen Eigenschaften scheint die Ernährungsweise bei manchen Spaltpilzen von einem gewissen Einfluss zu sein" (pag. 27). Dementsprechend werden denn auch pag. 58 die Buchner'schen Umzüchtungen von Milzbrand- und Heubacillen ausführlich vorgetragen, und nur eine kurze (erst in der 2. Auflage eingeschobene) Bemerkung: „Indessen bedürfen die Resultate noch der Bestätigung" zeigt, dass Zopf doch noch eine gewisse Scheu hat vor einer solchen Systemlosigkeit, wie sie nach Nägeli und Buchner bestehen soll.

Die angeführten Stellen, insbesondere die Lehre von den Milzbrandcoccen und Tuberculosecoccen sollten genügen, um den Aerzten das Vertrauen zu der Zopf'schen Darstellung zu nehmen. Wünschen sie weitere Beweise für die auffällige Geringschätzung, mit welcher gerade die Koch'schen Forschungen in Zopf's Buche behandelt werden, so bieten sich dafür noch zahlreiche Belegstellen. Als Entdecker des festen Nährbodens wird nicht Koch, sondern Brefeld bezeichnet, während es doch fest steht, dass wenn Brefeld oder ein anderer Forscher vor Koch auch gelegentlich den festen Nährboden angewendet hat, er sich der eminenten Vortheile dieser Culturmethode für die Isolirung und Reinzucht der Spaltpilze nicht bewusst geworden ist. Als Erster, dem eine Cultur von Tuberkelbacillen gelang, wird Klebs genannt; Belehrung über die Herstellung von Milzbrandculturen aus dem Cadaver eines Thiers empfängt man nach Buchner's Vorschrift — kurz überall jenes geflissentliche Ignoriren der Koch'schen Verdienste, und ein parteiisches Vorschieben von Gewährsmännern, die wir Aerzte auf Grund der Forschungen der letzten Jahre durchaus nicht mehr als competent anerkennen.

Ist es denn aber so sicher ausgemacht, dass die Beobachtungen Zopf's und seiner Anhänger unrichtig, und diejenigen Koch's hingegen richtig sind? Und wie erklärt es sich, dass Zopf, der doch gewiss ein eifriger, nach Wahrheit strebender Forscher ist, stets Beob-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

achtungen macht, die seine Theorie bestätigen; die aber den Beobachtungen Koch's und seiner Schüler gerade zuwiderlaufen?

Um dies zu entscheiden, möge man nur eins erwägen: Nach welcher Seite schlagen die möglichen Beobachtungs- und Versuchsfehler?

Offenbar kann ein Studium darüber, ob eine bestimmte Spaltpilzart dieselbe Form beibehält oder auch in anderer Form auftritt, nur dann angestellt werden, wenn durch die Versuchsordnung ganz ausgeschlossen ist, dass andere Spaltpilze sich der untersuchten Art beimengen und nun ihre abweichenden Formen dem Beobachter präsentiren. Es kommt also alles auf eine vollkommen sichere Isolirung und Reincultur der Pilze an. Jeder Fehler in dieser Richtung, jede Verunreinigung der Cultur kann Formumwandlung vortäuschen.

Nun sind aber sichere Reinculturen fast unmöglich ohne systematische Anwendung der Koch'schen Methode des festen Nährbodens. Diese Methodik verschmähen Zopf und seine Anhänger völlig. Wie sie dagegen Culturen machen und wie sie namentlich die Reinheit ihrer Culturen beurtheilen, darüber belehrt uns das Zopf'sche Buch pag. 41: „Ob man eine reine Spaltpilzcultur erzielt hat, lässt sich in den allermeisten Fällen schon makroskopisch feststellen. Die gewonnene Spaltpilzmasse, wenn sie rein ist, zeigt in ihrer ganzen Ausdehnung volle Gleichmässigkeit: gleichmässige Trübung der Flüssigkeit oder gleichmässige Deckenbildung an der Oberfläche, gleichmässige Wolkenbildung am Boden des Gefässes, gleichmässige Färbung bei Pigment-Spaltpilzen, gleichmässige Gallertmassenbildung u. s. w. Für eine Cultur, in der stürmische Gährung oder intensive Fäulniss vor sich geht, darf man gleichfalls bestimmt hoffen, vollkommen reines Material zu erhalten."

Tausendfache Erfahrung hat uns gezeigt, dass diese Kriterien für eine Reincultur völlig unzureichend sind; sie hat uns vielmehr gelehrt, dass bei flüssigen Culturen das äussere Ansehen niemals richtigen Aufschluss über die Reinheit der Cultur giebt, sondern stets nur das Mikroskop; und dass selbst beim festen Nährboden ein sicherer Entscheid ohne Mikroskop — wenigstens ohne schwache Vergrösserung, welche die Art des Wachsthums deutlich erkennen lässt, — nur selten möglich ist. Wir können auf das bestimmteste behaupten, dass so lange man nur in Flüssigkeiten cultivirt und so lange man sich auf die Zopf'schen Kriterien beschränkt, stets mehr unreine als reine Culturen resultiren, und dass so allerdings in den meisten Fällen ein Durcheinander und Nebeneinander verschiedener Formen zu Stande kommt. Eine Vortäuschung von Formumwandlung durch Versuchsfehler ist somit bei den Zopf'schen Versuchen nicht nur möglich, sondern sie hat ganz zweifellos häufig vorgelegen und ist ebenso zweifellos nicht immer als solche erkannt und gewürdigt.

Formumwandlungen und Umzüchtungen kann offenbar nur der studiren, der die Reindarstellung der betreffenden Spaltpilzart vollkommen sicher beherrscht. Das gelingt aber nur mittelst der Methode des festen Nährbodens, und auch diese muss zu solchem Zwecke noch gründlich erlernt und das Können des Untersuchenden muss an Schulfällen, die eine leichte Controle des Gelingens gestatten, geprüft werden.

Diese ganze Methodik, diese Schulung und diese Controle der eigenen Arbeit verschmähen Zopf und seine Gewährsmänner mit der Ausrede, dass eben verschiedene Ernährungsbedingungen und verschiedene Nährböden nothwendig seien, um die Formumwandelungen zur Anschauung zu bringen, dass die Koch'sche Gelatine aber ein zu einseitiges Material darstelle. In der That züchten wir indess mit den denkbarsten Variationen des Nährbodens: auf Kartoffeln, auf den verschiedensten Gelatinen, auf Brodbrei, auf Blutserum; sodann bei wechselnden Temperaturen; endlich stets, wenn es auf das vollständige Kennenlernen einer Art ankommt, auch in Flüssigkeiten, dann aber allerdings mit grösster Vorsicht und unter steter Controlle des Mikroskops. Immer wieder erfahren wir, dass wenn wir diese Vorsichtsmaassregeln ausser Acht lassen, andere Formen sich einschleichen, dass diese aber ausbleiben, sobald wir mit richtiger Erkenntniss aller Fehlerquellen und unter Anwendung möglichster Cautelen verfahren.

Zopf und seine Schüler würden ganz zweifellos dieselben Erfahrungen machen, und gewiss zu einer Modification ihrer Anschauungen gelangen, wenn sie nur einmal einen methodischen Versuch mit dem Koch'schen Nährboden machen wollten. Aber auch nicht einmal eines Versuchs scheint ihnen diese Methode werth zu sein, der wir Mediciner unsere grossartigsten Entdeckungen verdanken.

Der bemerkenswerthe Umstand, dass jeder Fehler des Versuchs und der Beobachtung entweder nicht als Fehler anerkannt wird und dann zu einer Bestätigung der Zopf'schen Lehre führt, oder als Fehler empfunden wird und dann zu einer mühsamen mehrfachen Wiederholung der ganzen Versuchsreihe Anlass giebt, bietet zugleich die Erklärung, weshalb die Zopf'sche Lehre auch unter allen denjenigen, die sich nebenher mit eigenen bakteriologischen Untersuchungen beschäftigen, so viele Anhänger findet. Wohl die grössere Mehrzahl der medicinischen Docenten und Assistenten auf den deutschen Universitäten beschäftigt sich jetzt mit bakteriologischen Studien; es ist das begreiflich; denn sie ahnen eben die immer wachsende Bedeutung dieser Art der medicinischen Forschung. Aber auffällig ist es, wie wenige unter diesen Collegen es für der Mühe werth halten, die bakteriologischen Methoden schulmässig zu erlernen und ihr eigenes Können an Schulfällen zu prüfen. Mit einer naiven Selbstüberschätzung pflegen sie gleich an die Aufsuchung neuer pathogener Arten zu gehen und ahnen wohl kaum, dass sie sich in der That damit mehr zutrauen, als wenn sie ohne jede Ausbildung in chemischer Analyse ohne weiteres an die Auffindung neuer chemischer Körper und an die quantitative Analyse unbekannter Organe gehen würden. Es ist unausbleiblich, dass viele dieser ungeübten Bakterienforscher stets nur mit Formgemengen zu thun haben; was Wunder, wenn sie es vorziehen, hierin einen Beleg für die Zopf'sche Lehre zu sehen als einen Beweis für die Mängel der eigenen Arbeit. Die nächsten Jahre werden uns vermuthlich noch mit einem Schwall von Bakterienforschungen und Entdeckungen überschwemmen, in dem es ausserordentlich schwer sein wird, das Gute und Bleibende von dem Fehlerhaften zu sondern, dessen grössere Masse vielleicht eine Stütze der Zopf'schen Anschauungen liefern und damit den wirklichen Fortschritt in der Erkenntniss der Infectionskrankheiten gefährden wird. Eine richtige kritische Stellungnahme ist für uns in einer solchen Periode von grosser Bedeutung; man sollte indess meinen, es müsste auch dem weniger eingeweihten practischen Arzt nicht schwer werden, eine Richtschnur zu finden, welche sein Urtheil entsprechend zu dirigiren vermag. Dieselbe ist uns entschieden in der sicher begründeten Lehre und exacten Methodik Koch's gegeben, welcher wir die schönsten und fruchtbringendsten Entdeckungen der gegenwärtigen Epoche der Medicin verdanken, — nicht aber in den unfruchtbaren Hypothesen Zopf's.

II. Der Einfluss des Zuckerstichs auf die Temperaturen des Körperinnern und insbesondere der Lebertemperatur

von

cand. med. Ed. Aronsohn, Berlin.

Beobachtungen am Krankenbette haben gelehrt, dass häufig bei Diabetikern eine subnormale Temperatur zuweilen selbst hinab bis zu 29,7 ° C. im Anus vorkommt [Bouchardat[1]), Frerichs[2]) u. A.]. Diese Erfahrungen würden in dem Verluste an Heizmaterial durch die Ausscheidung des Zuckers eine plausible Erklärung finden, wenn zwischen der Körpertemperatur und der Zuckerausscheidung ein constantes Verhältniss bestände. So weit mir bekannt, hat man bisher dieser Beziehung nicht die genügende Aufmerksamkeit gewidmet und insbesondere nicht die Ursache des hin und wieder auftretenden Missverhältnisses zwischen Temperaturabnahme und Zuckerausscheidung im speciellen Fall zu ergründen gesucht. In dem neulich erschienenen Buche von Frerichs über den Diabetes finden wir freilich schon die Bemerkung (S. 83), dass zuweilen die in der Regel subnormale Temperatur von 36,5 und 35,5 bei „nebenhergehenden Entzündungen" bis über die Norm 38,0 und 38,8 stieg.

Obwohl nach einem Ausspruche Claude Bernard's[3]) beim Diabetes „die experimentell physiologische Kritik allein zur Aufklärung der Pathologie dienen könne, und man ohne sie sich stets ohne fortzuschreiten im Kreise der Hypothese bewegen wird", ist durch das physiologische Experiment trotz der zahlreichen Versuche, die über das Wesen der Zuckerharnruhr angestellt sind, nach dieser Richtung hin nichts festgestellt worden. Claude Bernard selbst glaubt eine Temperatursteigerung[4]) in der Leber annehmen zu müssen, indem er von der Voraussetzung ausgeht, dass durch die Reizung des verlängerten Markes am Boden des vierten Ventrikels eine Steigerung der Blutzufuhr und somit eine lebhaftere Thätigkeit der Drüsenelemente der Leber hervorgebracht werde.

Cl. Bernard's Hypothese könnte ihre Stütze finden in den Untersuchungen von Tscheschichin[5]), Naunyn und Quincke[6])

[1]) Bouchardat, Mém. de l'acad. de méd. 1852 XVI. S. 157.
[2]) Frerichs, Ueber den Diabetes, Berlin 1884.
[3]) Claude Bernard, Diabetes übersetzt von Posner 1878 S. 292.
[4]) l. c. p. 238 et 353.
[5]) Tscheschichin, Zur Lehre von der thierischen Wärme, Reichert und du Bois Archiv S. 170.
[6]) Naunyn u. Quincke, Ueber den Einfluss des Centralnervensystems auf die Wärmebildung, 1. Abhandlung, Reichert u. du Bois Archiv 1869 S. 174. 2. Abhandlung 1869 S. 521.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Heidenhain[1]), die nach Verletzung des Centralnervensystems durch Schnitt oder blos durch Nadelstich in den unteren Rand des Pons oder den oberen Rand der Medulla oblongata eine Temperatursteigerung erhielten. Ebenso konnte Schreiber[2]) fast ausnahmslos bei Verletzung des Pons an allen seinen Theilen, der Pedunculi cerebri, des Gross- und Kleinhirns und der Grenze von Pons und Medulla oblongata eine Steigerung der Körpertemperatur constatiren.

Hingegen schliesst Naunyn[3]) aus der Verlangsamung der Gallensecrete durch den Diabetesstich auf „eine Veränderung des Blutdrucks und zwar auf eine Abnahme desselben in den zuführenden Gefässen" und hält es für unzweifelhaft, dass nicht die Zellenthätigkeit der Leber das Wesentliche für die Zuckerbildung sei, sondern dass vielmehr im Diabetes entweder den Organen (und hauptsächlich wohl der Leber) die Fähigkeit abgeht, den Zucker zu assimiliren und zu verarbeiten, oder dass das Glycogen der Leber ins Blut übertritt und dort in Zucker umgewandelt wird.

Ausser der Leber werden aber auch noch die Muskeln als Bildungsstätten des Zuckers angenommen, die nach Cl. Bernard[4]) mit dem Blute den Zucker zugeführt erhalten, der wiederum als Glycogen abgelagert zur Bildung von Kohlensäure und Wärme verbraucht wird.

Von besonderer Wichtigkeit erscheint mir noch die von Boehm und Hoffmann u. A. constatirte Thatsache, dass nach Rückenmarksdurchschneidung Glycogen sich in den Muskeln anhäufe, dass es durch Wärmeentziehung in den Muskeln wie in der Leber verschwinde und durch Erwärmung die Menge des Glycogens vermehrt werde (Schiffer).

So liegen zwar viele vereinzelte Beobachtungen über die Wärmeverhältnisse beim Diabetes vor, ohne durch eine experimentell physiologische Untersuchung eine einheitliche Basis gefunden zu haben.

Auf Veranlassung des Herrn Prof. Jacobson und unter wiederholter gütiger Beihülfe des Herrn cand. med. J. Sachs unternahm ich's, den Einfluss des Zuckerstichs auf die Temperaturen des Körperinnern und speciell der Lebertemperatur zu prüfen.

Sämmtliche Versuche wurden an mittelgrossen, nicht narkotisirten, bald unbedeckten, bald wohl in Watte eingewickelten Kaninchen in den Monaten Juni und Juli dieses Jahres bei einer Zimmertemperatur von 19 bis 25° C. angestellt.

Die Hauptaufgabe bestand in der Temperaturbestimmung der Leber vor und nach dem Zuckerstich; es wurde aber auch regelmässig die Temperatur im Rectum bei möglichst hoch hinaufgeführtem Thermometer (etwa 7 cm) sowie fast immer die der Muskeln (Gastrocnemius, Glutaeus, intercostalis) und zuweilen auch die des Dünndarms, gemessen.

Die Temperaturen im Rectum wurden mittels eines Thermometers, die in den andern Organen auf elektrothermischem Wege mittels der Wiedemann'schen Bussole mit Spiegelablesung bestimmt. Die beiden Thermoelemente in Form langer dünner Nadeln waren aus Neusilber und Eisen mit terminalen Löthstellen gefertigt und bis auf diese hin gut isolirt.

Die eine der Nadeln wurde in das zu untersuchende Organ gesteckt, während die zweite in einer Wärmequelle von constanter Temperatur gehalten wurde.

Der Zuckerstich wurde stets nach voraufgegangenem Hautschnitt ohne Ablösung der Muskeln genau nach Claude Bernard's[5]) Vorschrift ausgeführt. In die Leber wurde sowohl mit als auch ohne voraufgegangenen Hautschnitt eingestochen und zwar bei Bauchlage des Kaninchens entweder im vorletzten Intercostalraum mit schräg nach vorn und unten gerichteter Nadel oder im drittletzten Intercostalraum mit gerade nach unten gerichteter Nadel.

Die Piqûre wurde stets erst dann gemacht, wenn wir über den Temperaturzustand der Organe ein bestimmtes Bild gewonnen hatten.

Sofort nach beendetem Versuche wurde das Thier getödtet. Der Urin nach der Trommer'schen und Böttcher'schen Probe untersucht, hierauf bei noch steckender Nadel genau nachgesehen, ob dieselbe sich auch in der Leber befunden habe und schliesslich die Einstichstelle im Gehirn constatirt.

Von den in dieser Weise angestellten Versuchen will ich hier einige der am längsten durchgeführten folgen lassen:

I. Temperaturen bei gelungenem Zuckerstich.

a) Anus, Leber und Muskel.

Versuch 1. Das Thier wird 3 Uhr 40 Min. aufgebunden, ist von Anfang an in Watte gepackt und erhält sich während der ganzen Versuchsdauer ruhig und munter; die Section ergiebt: Einstichstelle am Schädel etwa 1 cm unterhalb des Occiput, Einstichstelle an der Medulla dicht unterhalb des unteren Wurmrandes genau in der Mittellinie. — Zucker im Urin nach beiden Proben nachgewiesen.

Anus. Zeit	Grad	Leber. Zeit	Grad	Muskel.	
3 Uhr 45 M.	40,0				
4 „ — „	39,6			6 Uhr 12 M.	
4 „ 30 „	38,8			Gastrocnemius	35,9
4 „ 45 „	38,4				
5 „ — „	38,4			Glutaeus	37,5
5 „ 15 „	38,3	6 Uhr 17 M.	39,3		
6 „ 5 „	38,5	6 „ 22 „	39,3		
6 „ 20 „	38,4	6 „ 26 „	39,3		
6 „ 32 „	38,35	6 „ 32 „	39,3		

6 Uhr 35 Min. Zuckerstich.

Anus. Zeit	Grad	Leber. Zeit	Grad	Muskel.	
		6 Uhr 37 M.	**38,7**		
		6 „ 38 „	38,5		
		6 „ 39 „	38,5		
		6 „ 40 „	38,4		
		6 „ 42 „	38,4		
6 Uhr 45 M.	38,5	6 „ 45 „	38,4	7 Uhr 45 M.	
		6 „ 55 „	38,4	Gastrocnemius	34,9
		7 „ 7 „	38,2		
7 „ 10 „	38,0	7 „ 17 „	**37,9**	Glutaeus	35,5
		7 „ 24 „	37,8		
7 „ 30 „	**37,9**	7 „ 32 „	37,4		
7 „ 52 „	37,45	7 „ 52 „	37,4		
		8 „ — „	37,2		
8 „ 6 „	37,35	8 „ 3 „	37,1		
		8 „ 8 „	37,1		

Der Abfall in $1^1/_2$ Stunden nach dem Zuckerstich beträgt also für Anus 1°, Leber 2,2°, Gastrocnemius 1°, Glutaeus 2°.

Versuch 2. Temperatur des nicht aufgebundenen Thieres **40,1**; 10 Uhr 35 M. aufgebunden und in Watte gepackt, — verhält sich während des ganzen Versuchs ruhig.

Section: Einstich im Schädel 5 mm links von der Mittellinie und 5 mm unterhalb des Occiput. Harn wenig, aber tiefe Schwarzfärbung nach der Wismuthprobe, exquisite rothbraune Färbung nach der Trommer'schen Probe.

Anus. Zeit	Grad	Leber. Zeit	Grad	Muskel.	
11 Uhr 35 M.	39,5				
11 „ 50 „	39,2			11,54 Gastrocn.	36,4
12 „ 2 „	38,8	12 Uhr 6 M.	39,5	Glutaeus	37,8
12 „ 12 „	38,8				

12 Uhr 17 Min. Zuckerstich.

Anus. Zeit	Grad	Leber. Zeit	Grad	Muskel.	
		12 Uhr 18 M.	39,4		
		12 „ 19 „	39,0		
		12 „ 20 „	**38,6**		
		12 „ 21 „	38,3		
		12 „ 30 „	38,1		
12 Uhr 43 M.	**37,8**	12 „ 36 „	**37,5**	12,50 Gastrocn.	34,7
1 „ 10 „	37,2	1 „ 3 „	37,3	Glutaeus	36,5
		1 „ 13 „	37,3		
		1 „ 17 „	37,4		
1 „ 32 „	37,0	1 „ 25 „	37,5		
		1 „ 34 „	37,8		
		1 „ 37 „	37,8		
1 „ 52 „	36,9	1 „ 43 „	37,8		
		2 „ 11 „	37,1		
2 „ 20 „	37,0	2 „ 15 „	37,0		
		2 „ 32 „	37,1		

Der Abfall in 2 Stunden nach dem Zuckerstich beträgt für Anus 1,8°, Leber 2,4°.

Der Abfall in $^3/_4$ Stunden nach dem Zuckerstich beträgt für Gastrocnemius 1,5°, Glutaeus 1,0°.

Versuch 3. Temp. des nicht aufgebundenen Thieres 40,6; aufgebunden 5 Uhr 28 Min.; sonst Alles wie im vorigen Versuche.

Anus. Zeit	Grad	Leber. Zeit	Grad	Muskel.	Gastroc.
6 Uhr 9 M.	38,8	6 Uhr 3 M.	39,0	5 Uhr 54 M.	37,4
				Glutaeus	38,0

[1]) R. Heidenhain, Versuche über den Einfluss gewisser Hirntheile auf die Temperatur, Pflügers Archiv 1870 S. 578.
[2]) Schreiber, Arch. f. d. ges. Physiologie VIII. S. 576.
[3]) Naunyn, Beiträge zur Lehre vom Diabetes mellitus, Archiv f. experim. Pathologie III. 1875 S. 95 u. 162.
[4]) Cl. Bernard, Diabète zucrée S. 544 u. 545.
[5]) Cl. Bernard, Leçons de Physiologie 1855 pag. 292.

Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

6 Uhr 17 Min. Zuckerstich.

		6 Uhr 25 M.	38,8		
6 Uhr 33 M.	39,1	6 „ 35 „	39,0	Gastrocn.	
6 „ 52 „	**38**,4			6 Uhr 39 M.	36,3
7 „ 12 „	**37**,8			6 „ 42 „	36,3
		7 „ 22 „	**37**,5	7 „ 17 „	35,5
		7 „ 28 „	37,3	7 „ 58 „	35,2
		7 „ 31 „	37,7	Glutaeus	
7 „ 37 „	37,75	7 „ 38 „	37,7	6 „ 45 „	37,4
8 „ 3 „	37,75	7 „ 48 „	37,6	7 „ 15 „	36,5
		8 „ 4 „	37,6	7 „ 53 „	36,3

Der Abfall in 1³/₄ Stunden nach dem Zuckerstich beträgt für Anus 1,0°, für Leber 1,5°.

Der Abfall in 1¹/₂ Stunden nach dem Zuckerstich beträgt für Gastrocn. 2,0°, für Glutaeus 1,5°.

b. Anus und Mm. intercostales.

Versuch 1. Der Stich, der dem rechten Leberlappen galt, war fehlerhafter Weise zu schräg gemacht und ging, wie die genaue Section lehrte, an der Innenseite der Rippe durch die Intercostales hindurch. Nach dem Zuckerstich legte das Thier sofort den Kopf nach der linken Seite, verhielt sich aber im Ganzen ruhig, — sonst Alles wie im vorigen Versuche.

Anus. Zeit	Grad	Mm. intercostales. Zeit	Grad
3 Uhr 15 M.	39,9		
4 „ 15 „	39,3		
5 „ 40 „	38,8		
6 „ 7 „	38,9	6 Uhr 15 M.	39,4-5
6 „ 20 „	38,9	6 „ 23 „	39,6-7
6 Uhr 26 Min. Zuckerstich.			
		6 Uhr 27 M.	39,4
		6 „ 27 „	39,3
		6 „ 28 „	39,1
6 Uhr 36 M.	38,75	6 „ 31 „	**38**,8
		6 „ 38 „	38,7
6 „ 53 „	38,4	6 „ 47 „	38,7
		6 „ 56 „	38,7
7 „ 7 „	38,2	7 „ 0 „	38,6
		7 „ 8 „	38,2
7 „ 22 „	**37**,9	7 „ 23 „	**37**,9
7 „ 47 „	37,9	7 „ 30 „	37,8
8 „ 3 „	37,9	7 „ 55 „	37,7
		8 „ 9 „	37,8

Der Abfall in 1³/₄ Stunden nach dem Zuckerstich beträgt für Anus 1,0°, für Mm. interc. 1,8°.

c. Anus und Dünndarm.

Versuch. Das Thier ist nicht in Watte eingedeckt; Zimmer-Temp. 19,6°, sonst Alles wie in den vorigen Versuchen.

Anus. Zeit.	Grad.	Dünndarm. Zeit.	Grad.
11 Uhr 5 M.	38,4	12 Uhr 35 M.	37,4-5
12 „ 42 „	38,0	12 „ 50 „	37,5
		1 „ 0 „	37,5
1 Uhr 15 Minuten Zuckerstich.			
1 Uhr 20 M.	37,0	1 Uhr 18 M.	37,6
		1 „ 32 „	**36**,8
1 „ 58 „	**36**,4	1 „ 42 „	36,7
		2 „ 5 „	36,3
2 „ 25 „	36,2	2 „ 20 „	36,3

Abfall in 1¹/₄ Stund. nach dem Zuckerstich beträgt für Anus ca. 1,5°, für Dünndarm ca. 1,0°.

II. Piqûre mit Nebenverletzungen.

Versuch. Das Thier ist in Watte gepackt. Der Stich ging durch den rechten unteren Theil des Pons in den vierten Ventrikel unmittelbar an der Mittellinie; Harn sehr viel und reich an Zucker.

Anus. Zeit.	Grad.	Leber. Zeit.	Grad.	Muskeln. Zeit.	Grad.
9 Uhr 45 M.	39,5			Gastrocn.	
10 „ 30 „	39,0			12 Uhr 23 M.	33,5
11 „ 5 „	38,9			12 „ 26 „	33,5
11 „ 37 „	38,7			Glutaeus.	
12 „ 20 „	38,85			12 „ 28 „	37,7
		12 Uhr 53 M.	39,0	12 „ 32 „	37,7
1 „ 0 „	38,8	1 „ 11 „	39,0	12 „ 37 „	37,8

1 Uhr 23 Minut. Zuckerstich.

		1 Uhr 29 M.	38,1	Gastrocn.	
1 Uhr 36 M.	38,9	1 „ 31 „	37,8	2 Uhr 8 M.	32,2
2 „ 2 „	38,6	1 „ 53 „	37,7	2 „ 12 „	32,1
2 „ 30 „	38,7	2 „ 23 „	38,8	Glutaeus.	
3 „ 30 „	38,7	2 „ 33 „	38,9	2 „ 14 „	37,8
		2 „ 37 „	39,0	2 „ 17 „	37,8

Die Temperatur im Anus bleibt innerhalb zweier Stunden nach dem Zuckerstich fast unverändert, die Temperatur in der Leber fällt in den ersten **zwanzig Minuten nach dem Zuckerstich** um 1,3° und steigt hierauf **wieder zur Anfangs**temperatur zurück. Im Glutaeus ist die Temperatur unverändert geblieben. Im Gastrocnemius ist der Abfall von 1° wohl nur durch die Ermüdung bedingt.

III. Verfehlter Zuckerstich.

Versuch 1. Einstichstelle im oberen linken Theile des Wurms dicht an der Medianlinie, Böttcher'sche und Trommer'sche Probe versagten. Das Thier hält den Kopf nach einigen Drehungen nach rechts und links dauernd nach hinten übergebeugt; es ist nicht eingedeckt; Anustemperatur des nicht aufgebundenen Thieres beträgt 40,3°; aufgebunden 12 Uhr 43 M.; Z. Temp. 24°.

Anus. Zeit	Grad	Leber. Zeit	Grad	Muskel. Glutaeus. Zeit	Grad
1 Uhr 8 M.	39,5	1 Uhr 38 M.	39,3	1 Uhr 13 M.	39,3
1 „ 30 „	38,9	1 „ 48 „	39,6	1 „ 18 „	39,0
1 „ 54 „	38,7	1 „ 56 „	39,2	Gastrocn.	
		1 „ 58 „	39,2	1 „ 25 „	37,8
				1 „ 31 „	37,8
2 Uhr 2 M. Zuckerstich.					
2 „ 14 „	**39**,4	2 „ 30 „	**41**,1	Glutaeus.	
2 „ 38 „	39,6	2 „ 35 „	41,1	2 „ 17 „	39,7
		2 „ 45 „	41,5	2 „ 20 „	39,8
3 „ 12 „	39,5	3 „ 10 „	41,5	3 „ 46 „	**40**,0
3 „ 43 „	39,2	3 „ 35 „	41,6	Gastrocn.	
		3 „ 45 „	41,6	2 „ 23 „	38,5
				2 „ 26 „	38,5
				3 „ 47 „	37,7

Also trotzdem das Thier nicht in Watte eingedeckt war, haben wir hier eine beträchtliche Temperatursteigerung in allen Organen erhalten.

Versuch 2. Einstichstelle in der Medulla oblongata am rechten Rande etwa 1 cm unterhalb des unteren Randes des Pons; das Thier legte nach dem Zuckerstich den Kopf nach rechts; abgebunden nach aufgegebenem Versuche machte es Rollbewegungen. Anustemperatur des nicht aufgebundenen Thieres **40,05**; aufgebunden 5 Uhr 40 M.; es ist nicht in Watte eingedeckt, Zimmertemperatur 28°.

Anus. Zeit	Grad	Leber. Zeit	Grad
6 Uhr 9 M.	39,8	6 Uhr 17 M.	40,5
6 „ 26 „	39,35	6 „ 28 „	40,3
6 „ 37 „	39,15	6 „ 38 „	40,0
6 Uhr 45 M. Zuckerstich.			
6 „ 57 „	39,8	7 „ 7 „	**41**,0
7 „ 16 „	39,85	7 „ 18 „	41,4
7 „ 35 „	**40**,35	7 „ 21 „	41,4
7 „ 52 „	40,05	7 „ 37 „	41,4
8 „ 13 „	40,05	7 „ 40 „	41,4
8 „ 26 „	40,05	7 „ 44 „	41,3
		8 „ 5 „	41,4

Im Anus wie in der Leber steigt die Temperatur innerhalb 1¹/₂ Stunden nach dem Zuckerstich, trotzdem das Thier uneingedeckt war, um 1°.

Das Resultat aus all meinen Versuchen, die sich auf 20 belaufen, ist folgendes:

I. Bei correct ausgeführtem Zuckerstich (ohne Mitverletzung benachbarter Hirntheile) **sinkt die Temperatur** in der Leber, in den Muskeln und in dem Darm um ca. 2° innerhalb zweier Stunden nach dem Zuckerstich.

II. Bei Mitverletzung anderer Hirntheile fällt die Temperatur anfangs, kehrt aber dann auf die Anfangstemperatur zurück.

III. Bei völlig misslungenem Zuckerstich, also bei einfacher Verletzung des Pons oder der Seitentheile der Medulla, steigt die Temperatur ohne vorauf-

Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gegangenen Abfall um ca. 1,5° über die Normaltemperatur.

Ich hoffe durch diese Ergebnisse meiner Versuche zur Klärung der am Eingang meiner Abhandlung dargelegten Fragen einen kleinen Beitrag geliefert zu haben und behalte mir die weitere Bearbeitung dieses Themas vor.

III. Aus der medicinischen Klinik in Tübingen.

Ueber die diätetische Behandlung des Diabetes mellitus.

Von

Dr. R. Gmelin,

früherem Assistenten der medicinischen Klinik.

(Schluss aus No. 45.)

XIX. Fall. Wilhelm Schmidt, 37 Jahre alt, Schlosser, aufgenommen 8. December 1877 bis 1. Januar 1878.

Anamnese: Pat. war stets gesund, seit Anfang October d. J. bemerkte er eine Abnahme der Körperfülle und Leistungsfähigkeit trotz gesteigerten Appetits. Bald machte sich auch ein stetig zunehmender Durst bemerklich, verbunden mit reichlicher Harnsecretion. Pat. verlor den Schweiss, bemerkte auch Zeichen der Impotenz. Seit 3 Wochen vermeidet er Mehl- und Zuckerspeisen auf ärztlichen Rath, für welche er auch keinen Geschmack mehr haben will. Status bei der Aufnahme: Mageres Individuum, trockene Haut, keine Oedeme, schwach belegte Zunge, süsslicher Geruch aus dem Munde. Brustorgane normal. Leber überragt um 3 Querfinger den Rippenbogenrand. Harn frei von Eiweiss, enthält Zucker. Körpergewicht 52,45 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Dec.					
9.—16.	6900	1030	6,0	414	Gemischte Kost.
17.	4100	1030,5	4,5	184	Strenge Diät: 4 Braten, 2 Beefsteak, 4 Eier, Kaffee, Butter, 2 Wecken.
18.	4100	1030	4,3	176	Keine Wecken mehr.
19.—24.	4000	1028	3,6	144	
25.—27.	3000	1028	2,8	84	
28.—30.	3700	1027	3,8	141	Isst Brod.

Pat. hält die vorgeschriebene Diät nicht ein, weiss sich Brod u. s. w. zu verschaffen, wird deshalb entlassen. Körpergewicht 49,72 Kgr.

XX. Fall. Martin Maier, 51 Jahre alt, Bauer, aufgenommen 2. August bis 26. September 1875.

Anamnese: In der Familie ist von Zuckerruhr nichts bekannt. Mit Ausnahme eines Schleimfiebers 1847 war Pat. stets gesund. Im Januar 1873 stellte sich starker Durst und Hunger ein, er liess ungewöhnlich viel Urin und magerte mehr und mehr ab. Seither gingen ihm alle Zähne aus, auch soll das Sehvermögen abgenommen haben. Status bei der Aufnahme: Sehr mageres Individuum, Haut trocken, beiderseitige Katarakt, innere Organe ohne Veränderung. Harn zuckerhaltig. Körpergewicht 44,7 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
August					
3.—10.	6200	1029,5	5,8	360	Gemischte Kost.
11.	2400	1030,5	5,0	120	Strenge Diät.
12.—21.	1500	1029,0	3,5	52	
22.	2400	1014,0	0,4	10	
23.—31.	2100	1028,5	3,7	78	
Sept.					
1.—7.	2590	1028,0	3,7	95	
8.—15.	2400	1029,0	3,7	89	
16.	3560	1031,5	5,3	188	Gemischte Kost.
17.—20.	4000	1033,0	6,5	260	
21.—24.	2760	1029,4	4,1	113	Strenge Diät.

Während des Aufenthalts in der Klinik ein Furunkel am rechten Oberschenkel, der bald verheilte.

Bei der Entlassung fühlt sich Pat. noch schwach, aber sonst wohl. Körpergewicht 41,3 Kgr.

XXI. Fall. Eva Huber[1]), 32 Jahre alt, ledig, aufgenommen 2. Mai bis 7. August 1877.

Anamnese: Pat. war früher gesund, hat nie geboren. Etwas hervorstehende Augen und etwas grosse Schilddrüse, die schon früher bestanden, sind in den letzten Jahren stärker geworden, dabei litt sie öfters an Kopfweh und Schwindel. Seit 3 Jahren bemerkt sie eine Steigerung des Durstes und der Diurese und damit einhergehend eine Abnahme der Kräfte und allgemeine Abmagerung trotz guten Appetits. Dazu gesellten sich seit 3/4 Jahren ohnmachtähnliche Anfälle mit starkem Herzklopfen von etwa einstündiger Dauer, die alle 8 bis 14 Tage auftraten. Seither sind die Menses ausgeblieben, die Zähne schlechter geworden, und Pat. hat ein eigenthümliches Gefühl von Trockenheit und Hitze in der Haut. Status bei der Aufnahme: Sehr mageres Individuum, ohne Oedeme, mässiger Grad von Struma und Exophthalmus. Pulsfrequenz in der Ruhe etwa 100 Schläge, steigt schon bei leichter Bewegung auf 130—140, wobei die Carotiden stark pulsiren. Die Herzdämpfung ist klein, der Spitzenstoss im 5. Intercostalraume in der Parasternallinie, die Töne rein; Lunge und übrige Organe normal. Harn zuckerhaltig. Körpergewicht im Hemd 41,8 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Mai					
9.—15.	13800	1028,0	5,6	772	Gemischte Kost.
16.—20.	17500	1026,5	5,3	927	Täglich 6,0 Salicylsäure.
21.—23.	16100	1027,0	5,5	885	Keine Salicylsäure.
24.—25.	16500	1027,0	5,0	825	Täglich 6,0 Salicylsäure.
26.—31.	16900	1027,2	5,6	946	Keine Salicylsäure.
Juni					
1.—5.	17600	1025,5	5,2	915	
6.	6600	1030,0	5,3	350	Strenge Diät: Fleisch, Eier, Butter, Wein, Kaffee, Leberthran.
7.—9.	5500	1029,0	4,5	248	
10.—15.	5200	1025,0	3,2	166	
16.—23.	4200	1028,5	3,9	164	
24.—30.	3800	1027,0	3,9	148	
Juli					
1.—8.	3400	1026,0	3,4	116	
9.—16.	3200	1026,0	3,5	112	
17.—24.	3200	1027,5	4,0	128	
25.—31.	3260	1027,0	4,0	130	
August					
1.—6.	2800	1028,0	4,2	118	

Appetit und Verdauung blieben ganz gut, Aussehen und Kräftezustand sind bedeutend gebessert, die Anfälle von Herzklopfen haben bei andauernder Ruhe fast ganz aufgehört. Körpergewicht mit Hemd 47,6 Kgr.

XXII. Fall. Franz Brändle, 43 Jahre alt, Maurer, aufgenommen 9. Mai — 6. Juni 1878.

Anamnese: Aetiologisch ist nichts bekannt. Pat. litt von 1872—75 an Verdauungsbeschwerden. Seit Weihnachten 1876 bemerkt er Zunahme des Durstes und der Harnsecretion, verbunden mit Abmagerung, Abnahme der Kräfte und Impotenz. Schon nach 3 Wochen war er trotz ausgezeichnetem Appetit so schwach, dass er bis Ostern 1877 das Bett nicht mehr verlassen konnte. Im Sommer 1877 trat etwas Besserung ein. Letzten Winter bemerkte er besonders Abends eine Anschwellung der Füsse und Abnahme der Sehschärfe. Dieses Frühjahr sind Durst und Schwäche wieder stärker geworden.

Status bei der Aufnahme: Mässig genährtes Individuum, trockene, schuppende Haut, Supraclaviculargruben eingesunken, auf beiden Lungenspitzen gedämpfter Schall, über der ganzen Lunge schwaches Athmen mit trockenen kleinblasigen Rasselgeräuschen. Die übrigen Organe bieten nichts Besonderes. Ziemlich starkes Oedem der Unterschenkel; beginnende Linsentrübung. Temperatur subnormal (Morg. 36,2°, Abd. 36,5°). Harn ohne Eiweiss, enthält Zucker. Körpergewicht 58,5 Kgr.

Datum	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung).	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Mai					
11.—16.	11500	1029,5	5,7	655	Gemischte Kost.
17.	6000	1030,0	4,5	270	Strenge Diät: 5 Braten, 2 Beefsteak, 12 Eier, 4 Butter, 5 Kaffee, 1 Wein.
18.	4000	1028,0	3,6	144	
19.	4900	1027,0	2,8	112	Täglich 2 Esslöffel Leberthran.
20.—25.	2600	1028,5	3,1	81	
26.—31.	3230	1031,2	4,1	132	
Juni					
1.—5.	3020	1031,2	4,1	124	

Gesammtbefinden und Aussehen haben sich entschieden gebessert, nur noch Spuren von Oedem. Körpergewicht 53,5 Kgr.

XXIII. Fall. Martin Faude, 53 Jahre alt, Tagelöhner, aufgenommen 30. Juni—21. August 1875.

Anamnese: Aetiologisch ist nichts bekannt. Pat. hatte vor 17 Jahren die Ruhr, sonst war er immer gesund. Im Sommer 1874 stellte sich grosse Müdigkeit ein mit reissenden Schmerzen in allen Gliedern. Gegen Herbst bekam er auffallenden Durst, der sich immer mehr steigerte, und entleerte sehr viel Urin, angeblich mehr als er Flüssigkeit zu sich nahm. Dabei wurde er trotz ausgezeichnetem Appetit immer magerer und schwächer und bemerkte auch seit Weihnachten v. J. eine Abnahme seiner Sehschärfe. — Status praesens: Pat. ist klein und mager; die Haut trocken, abschilfernd; keine Linsentrübung. Die inneren Organe ohne wesentlichen Befund. Der Urin frei von Eiweiss, enthält Zucker. Körpergewicht 40,8 Kgr.

[1]) Vergl. C. Hartmann. Ueber zwei mit Basedow'scher Krankheit complicirte Fälle von Diabetes mellitus. Inaugural-Dissertation. Tübingen 1878.

Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Juli					
4.— 6.	6200	1027,5	5,4	335	Gemischte Kost.
7.—13.	7700	1027,0	5,4	416	Vom 7.—13. täglich 5—5 gr. Salicylsäure.
14.—20.	8000	1027,0	5,2	416	Vom 14.—20.täglich0,12—0,18 Opium.
21.	2400	1033,0	5,3	127	Fleisch- und Fettkost, Leberthran.
23.	1100	1030,5	3,3	36	StarkeDiarrhoe, deshalb Opium.
24.—31.	4300	1029,0	4,8	206	Statt Leberthran Butter.
August					
1.— 7.	4500	1029,0	4,9	220	
8.—14.	3800	1029,5	5,3	201	
15.—20.	3540	1031,0	5,7	202	

Die Fleisch- und Fettkost wurde gut ertragen, nur ist begründeter Verdacht vorhanden, dass Pat. sich zahlreiche Ueberschreitungen zu Schulden kommen liess. Körpergewicht 43,6 Kgr.

2. Aufnahme 1. Dec. 1875—4. Febr. 1876. Körpergewicht 43,5 Kgr. (beim Abgang 44,5 Kgr.)

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc.	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Decemb.					
3.—29.	7330	1027,5	5,6	410	Gemischte Kost.
30. Dec. —5. Jan.	7220	1027,5	5,7	412	Gemischte Kost und 4 Liter Milch täglich.
6.—12.	7120	1027,5	5,3	377	Strenge Diät, dazu 2 Wecken täglich.
13.—19.	5500	1027,5	4,8	264	
20.—26.	5700	1028,5	5,3	302	
27.—30.	5600	1028,0	5,1	285	

3. Aufnahme 3. Januar—11. März 1877. Körpergewicht 40,6 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc.	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Januar					
5.—19.	7800	1027,5	5,7	444	Gemischte Kost.
20.—25.	3900	1030,0	4,9	191	Strenge Diät.
26.—31.	3400	1030,0	4,8	163	
Februar					
1.— 7.	3100	1029,5	4,3	133	
8.—14.	3300	1029,0	4,1	135	
15.—21.	3800	1029,0	4,3	163	
22.—28.	3400	1028,5	3,9	133	
März					
1.— 8.	3600	1029,0	4,3	155	

XXIV. Fall. Christoph Wörz[1]), 35 Jahre alt, Leimsieder, aufgenommen 14. Februar—7. Juni 1874.

Anamnese: Pat. war früher gesund mit Ausnahme einer Drüsenvereiterung in seiner Jugend; im November v. J. machte er die Ruhr durch, er arbeitete dann wieder, ermüdete dabei aber schnell, bekam heftigen Durst und magerte trotz gesteigertem Appetit stark ab. Die Schwäche wurde so gross, dass er seit Anfang December das Bett nicht mehr verlassen konnte. Ein Arzt constatirte am 2. December v. J. Zuckerharnruhr; bisher scheint er mit Opium und kohlensaure Alkalien behandelt worden zu sein. —

Status bei der Aufnahme: Stark abgemagertes anämisches Individuum mit schlaffer trockener Haut. Innere Organe und die Augen ohne wesentlichen Befund. Der Harn stark zuckerhaltig; Körpergewicht 56,13 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Februar.					
16.—25.	7000	1033,0	7,0	490	Gemischte Diät, Leberthran.
März.					
2.—3.	5200	1037,5	6,9	359	Seit 25. Februar strenge Diät: Fleisch, Eier, Wein, Leberthran, dazu noch etwa 3 Liter saure Milch.
20.—26.	4100	1031,5	4,7	193	
27. März —3.April	4000	1031,5	4,8	192	
4.—10.	1600	1030,0	2,8	45	Seit 4. April keine Milch mehr.
11.—17.	1400	1031,5	2,8	40	
18.—24.	1350	1031,0	2,6	35	
25.—30.	1350	1031,0	2,5	34	

[1]) Vgl. Schleich, Medicin. Correspondenz-Blatt des Württ. ärztlichen Vereins. 1874. S. 265.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Mai.					
1.—8.	1200	1030,0	2,5	30	
9.—16.	1200	1030,5	2,6	31	
17.—22.	2500	1032,0	4,5	112	Seit 17. Mai wieder etwa 2½ Liter saure Milch.
28. Mai — 4. Juni.	1250	1029,0	2,1	26	Seit 24. Mai keine Milch mehr.;

Pat. nahm bisher 10,85 Kgr. Leberthran, also täglich etwa 100 gr. zeitweise bekam er Aloepillen wegen Verstopfung. Er befindet sich vollständig wohl, Körpergewicht 64,05 Kgr.

2. Aufnahme 23. October — 29. November 1874. Zu Hause hielt er sich möglichst an die Fleischdiät und befand sich ganz wohl dabei, konnte auch wenigstens zum Theile seine Arbeit wieder verrichten. Ende August stellte sich Husten mit starkem Auswurf und Fieber ein, was ihn sehr schwächte. Bei der Aufnahme hat er ein schlechtes Aussehen, ist sehr mager und bleich, hat ziemlich starke Oedeme an den Beinen; über der rechten Lungenspitze starke Dämpfung mit Bronchialathmen und reichlichen zum Theil klingenden Rasselgeräuschen; auch links oben leichte Dämpfung mit spärlichem Rasseln; reichliche geballte Sputa. Kein Eiweiss im Urin, Körpergewicht 54,25 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc.	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
October.					
24.—31.	8500	1030,0	6,3	535	Gemischte Kost.
Nov.					
1.—5.	9100	1030,0	6,2	564	
6.—13.	3500	1032,5	6,6	231	Seit 6. November strenge Diät, dazu 2 Wecken.
14.—20.	2600	1037,0	7,3	190	
21.—29.	4400	1032,3	5,9	259	

Pat. hatte allabendlich Temperatursteigerung bis über 39°, dabei war der Appetit gut, die Oedeme verloren sich allmählich, der Husten und Auswurf bestand fort, und die Kräfte nahmen sichtlich ab. Am 28. November stellte sich Kopfweh, Erbrechen und leichte Unbesinnlichkeit ein, die sich allmählich bis zum vollständigen Coma steigerte; am Abend des 29. November traten einige Krampfanfälle, hauptsächlich die linke Körperhälfte betreffend, auf. Nachts 11 Uhr trat des Tod ein.

Sectionsbefund: Bluterguss an der rechten Convexität des Grosshirns bis zur Basis sich erstreckend, Gehirnsubstanz ödematös, keine Tuberkel in den Meningen. Ausgedehnte pleuritische Verwachsungen, im rechten Oberlappen zahlreiche bis wallnussgrosse Cavernen, die übrigen Lungenabschnitte mit einzeln und in Gruppen stehenden Knötchen durchsetzt. Leichtes Atherom der grossen Gefässe. Leber, Milz und beide Nieren etwas vergrössert, chronischer Katarrh der Magenschleimhaut.

Diese Gruppe von Diabetikern, bei welchen durch die strenge Diät die Zuckerausscheidung zwar bedeutend vermindert, aber nicht vollständig zum Schwinden gebracht wurde, besteht aus lauter Fällen, die bei gemischter Kost zwischen 5—7% und 300—900 gr Zucker täglich ausschieden. Bei strenger Diät verhielt sich die Zuckerausscheidung verschieden: bei Fall X—XVI betrug sie noch zwischen 1—2% mit 40—60 gr täglicher Gesammtmenge, bei XVII—XVIII zwischen 2—3% und 50—100 gr, bei XIX—XXII zwischen 3—4% und 80—120 gr, bei XXIII endlich ging der Procentgehalt nur sehr wenig herunter, in der absoluten Zuckermenge ist aber auch hier deutlicher Erfolg zu sehen. Die Diät wurde fast durchgehends gut ertragen, und bewirkte wenigstens eine bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens und Ernährungszustandes. Nur in Fall XVII und XXIII ist gerade keine Besseruug, aber auch keine Verschlimmerung zu constatiren; in Fall XVIII trat nach längerer Durchführung leichte Verdauungsstörung, wohl nur vorübergehend, auf; und in Fall XII endlich, wo Complication mit parenchymatöser Nephritis vorlag, trat am 3. Tage nach Einführung der strengen Diät, die anscheinend gut ertragen wurde und die Zuckerausscheidung bedeutend verminderte, ein comatöser Zustand ein, welchen der Kranke nach wenigen Tagen erlag.

Bei einzelnen von diesen Fällen liegt begründeter Verdacht vor, dass die strenge Diät nur unvollkommen durchgeführt wurde uud von Seite der Patienten zahlreiche Ueberschreitungen vorkamen; selbst bei Isolirung scheinen Manche sich Kohlenhydrate verschafft zu haben. Es waren dies meist Leute aus den niederen Ständen, die kein Verständniss für die Wichtigkeit der Diät hatten.

Von Versuchen mit erneuter Zufuhr von Kohlenhydraten sind nur drei zu erwähnen: in Fall XIII bewirkte der Genuss von Aepfeln eine deutliche Vermehrung der Zuckerausscheidung, und in Fall X und XXIV trat die Steigerung der Zuckerausscheidung bei Zufuhr von saurer Milch in eclanter Weise hervor.

Fall XXIV endlich bildet den Uebergang zu einer 3. Gruppe von

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diabetikern: bei der ersten Aufnahme wurde bei strenger Diät bedeutende Besserung der Zuckerausscheidung sowohl, als des Allgemeinbefindens und Ernährungszustandes erzielt. Bei der 2. Aufnahme, nachdem in der Zwischenzeit eine rapid verlaufende Lungentuberculose sich eingestellt hat, kann die strenge Diät nicht vollständig durchgeführt werden, und Patient erliegt seiner Krankheit.

Kommen wir nunmehr zur dritten und letzten Gruppe von Diabetikern, bei welchen aus irgend einem Grunde die Diät nicht durchgeführt werden konnte, so haben wir hier zunächst 2 Fälle zu verzeichnen, bei denen die strenge Diät gar nicht versucht wurde, die ich desshalb auch nicht näher ausführe.

XXV. Fall. Jacob Storr, 37 Jahre alt, aufgenommen 20. April bis 24. Mai 1880. Der Kranke äusserst abgemagert, sehr stupid. Urinmenge zwischen 5 und 10 Liter täglich, Zuckergehalt $5^1/_2$ bis 7 Procent.

XXVI. Fall. Johannes Wehrmann, aufgenommen am 12. Juli 1881 in äusserst desolatem Zustande mit ausgebreiteter Lungenphthisis, gestorben am 3. August.

XXVII. Fall. Katharina Freithaler, 39 Jahre alt, verheirathet, aufgenommen 17. December 1879 — 24. Januar 1880.

Anamnese: Pat. früher gesund, seit dem 15. Jahre menstruirt, hat 5 mal geboren, immer um einige Wochen zu früh; für Lues sind keine Anhaltspunkte vorhanden. Seit Sommer 1878, angeblich in Eolge einer psychischen Alteration, fühlt sie sich müde und hat viel Durst. Letzten Winter trat etwas Besserung, diesen Sommer bedeutende Verschlimmerung ein, so dass sie stark abmagerte und zu jeder Arbeit unfähig wurde. Dabei hat sie starken Husten, die Menses sind seit $^1/_2$ Jahr ausgeblieben, auch soll die Sehschärfe abgenommen haben.

Status bei der Aufnahme: Pat. ist mager, die Haut trocken abschilfernd, keine Oedeme. Ueber beiden Lungenspitzen etwas Abschwächung des Schalls mit vereinzelten trockenen Rasselgeräuschen. Die übrigen Organe sind normal. Urin zuckerhaltig. Keine Linsentrübung. Körpergewicht 42,4 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge. in Proc. (3 Methoden.)	Zuckermenge. absolut.	Bemerkungen.
Dec. 18.—22.	12000	1031,0	6,0	720	Gemischte Kost.
23.	8000	1029,5	4,9	392	Strenge Diät: 2 Braten, 2 Cotelettes, 4 Eier, Butter, Bouillon, Kaffee, Leberthran.
24.—30.	6100	1028,5	4,3	262	
31.	5700	1025,5	2,3	131	
Januar. 1.—7.	5100	1028,5	3,7	189	
8.—14.	4400	1027,0	3,3	145	Isolirung.
15.—20.	5100	1024,0	2,8	143	
21.—23.	4700	1026,0	3,4	160	Etwas Milch erlaubt, da Pat. zu sehr klagt.

Körpergewicht 39,1 Kgr.

Bei der zweiten Aufnahme im März und im April 1880 sind die Veränderungen auf der Lunge ausgebreiteter geworden und starke Oedeme aufgetreten; Abends Temperatursteigerung, Nachts oft profuse Schweisse. Von Durchführung der strengen Diät muss Abstand genommen werden, da sich dabei starkes Erbrechen einstellt. Im Urin ist Eiweiss nachzuweisen. Der Zuckergehalt ist wie früher.

XXVIII. Fall. Anna Nörz, 44 Jahre alt, verheirathet, aufgenommen 11. Januar — 1. Juni 1880.

Anamnese: Pat. will mit Ausnahme von Bleichsucht nie krank gewesen sein, die Menses waren regelmässig, geboren hat sie nie. Ihr jetziges Leiden begann vor etwa $1^1/_2$ Jahren mit grossem Durst und Müdigkeit, die Periode wurde unregelmässig und blieb schliesslich ganz aus. Pat. magerte trotz grossem Appetit mehr und mehr ab, die Harnmenge ist stark vermehrt. — Status bei der Aufnahme: Sehr magere Frau mit trockener Haut und geringem Oedem an den Beinen. Beginnende Katarakt beiderseits. Die Lunge zeigt ausser vereinzelten trockenen Rasselgeräuschen nichts besonderes, Herz und übrige Organe normal. Der Harn enthält wenig Eiweiss und reichlich Zucker. Körpergewicht 43,25 Kgr.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
Januar 12.—14.	7900	1031,0	6,2	490	Gemischte Kost.
15.	5000	1028,5	4,7	235	Strenge Diät: 2 Braten, 2 Cotelettes, 4 Eier, Butter, Bouillon, Kaffee, Leberthran.
16.	3400	1023,0	2,6	88	
17.	4100	1017,0	0,6	25	Pat. fühlt sich schwach.
18.—20.	3500	1013,0	0,9	31	
21.—23.	2600	1019,5	2,0	52	Etwas Milch erlaubt.
24.—31.	3900	1020,7	3,2	125	Auch Suppe und Wecken erlaubt.
Februar 1.—7.	4200	1026,0	4,6	193	
März 8.—31.	5500	1030,5	6,1	335	Gemischte Kost. Keine täglichen Bestimmungen.

Datum.	Harnmenge.	Spec. Gewicht.	Zuckermenge in Proc. (Gährung.)	Zuckermenge absolut.	Bemerkungen.
April 5.—6.	5250	1027,0	5,0	262	Seit 1. April Versuch allmählich den Genuss von Kohlenhydraten wieder einzuschränken.
21.	4200	1024,0	3,4	142	Seit 17. April Kohlenhydrate fast ganz ausgeschlossen.
Mai 7.	3000	1020,5	2,9	87	
14.	3000	1021,5	3,0	90	

Fast während der ganzen Zeit war Eiweiss im Harn nachzuweisen. Von Mitte Februar an litt Pat. an Conjunctivitis und eitriger Keratitis, welche erst Ende Mai zur Heilung kam. Am 30. April stellte sich einmal die Periode ein, nachdem sie 8 Monate ausgeblieben war. Körpergewicht am 29. Mai 39,5 Kgr.

Am 29. Mai erleidet Pat. einen unglücklichen Sturz auf den Boden, wobei eine Rippenfractur und Contusionen am Kopf zu Stande kommen. Pat. verfällt darauf zusehends, der Puls wird sehr frequent und schwach, es tritt ein comatöser Zustand ein, in dem Pat. am 1. Juni stirbt.

Sectionsbefund: Subduraler Bluterguss über die Convexität des Grosshirns und an der Basis des Mittellappens links, geringes Oedem der Meningen. Schwarzgrauer diphtheritischer Belag auf der Schleimhaut der Rachenorgane und Speiseröhre. Fractur der linken 7. Rippe, in der Umgebung die Pleura costalis frisch hämorrhagisch unterlaufen. Beide Lungen mit zerstreuten bis erbsengrossen peribronchialen Käseherden durchsetzt, ein kinderfaustgrosser, z. Th. verkäster Infiltrationsherd sitzt im rechten Oberlappen. Die Leber vergrössert, resistent, mit 3 reichlich wallnussgrossen Herden (eigenthümliche Form von multiloculärem Echinococcus). Die Milz vergrössert, resistent. Die Nieren um $^1/_3$ vergrössert, im Zustand chronischer parenchymatöser Degeneration. Peritoneum mit zahlreichen linsengrossen weisslichen Verdickungen. Mehrere Mesenterialdrüsen enthalten kleine Käseherde.

Der Vollständigkeit wegen wären noch 2 Fälle zu erwähnen, (Reik 1880 und Maier 1884), welche nur wenige Tage im Krankenhause sich aufhielten, und bei denen es daher nicht zu einer diätetischen Behandlung, der sonst Nichts im Wege zu stehen schien, gekommen ist.

In Gruppe III haben wir also nur 4 Fälle zu verzeichnen, in denen die Durchführung der Diät nicht mehr möglich war, *resp.* in welchen sich von derselben kein wesentlicher Nutzen für den Patienten mehr erwarten liess. Fall XXVIII zeigt überdies, dass selbst in sehr weit vorgeschrittenen Fällen und trotz schwerer Complication die Diät ohne Schaden für das Allgemeinbefinden ertragen wird.

Fassen wir kurz noch einmal alles zusammen, so haben wir unter den 28 Fällen von Diabetes mellitus, die in den letzten zehn Jahren in der hiesigen Klinik behandelt wurden, 9 Fälle mit vollständigem Verschwinden des Zuckers und der übrigen diabetischen Erscheinungen, 15 Fälle, in welchen die Zuckerausscheidung bedeutend herunterging und die übrigen Erscheinungen sowie das Gesammtbefinden wesentlich gebessert wurden, und nur 4 Fälle, bei denen die Diät nicht durchführbar war. Die Diät wurde mit ganz vereinzelten Ausnahmen sehr gut ertragen; selbst wo schwere Complicationen und Folgezustände der Krankheit vorlagen, konnte dieselbe häufig ohne besondere Schwierigkeit und ohne jeglichen Nachtheil für den Patienten durchgeführt werden. Die Erfahrung, dass die Entziehung der Kohlenhydrate von der überwiegenden Mehrzahl der Kranken ganz gut ertragen wird und ohne besondere Schwierigkeit sich durchführen lässt, sowie die mit diesem Verfahren in der hiesigen Klinik erzielten Erfolge, fordern gewiss zu weiterer Anwendung der diätetischen Behandlungsweise bei Diabetes mellitus auf.

Als Nachtrag führe ich noch einen Fall an, der ebenfalls von Herrn Prof. Liebermeister behandelt wurde, ohne dass jedoch der Kranke in die Klinik aufgenommen wurde.

G. D., etwa 36 Jahre alt, Baumeister, kam im April 1880 in Behandlung. Früher gesund und kräftig, mit einem Körpergewicht von etwa 64 Kgr. ohne Kleider, hatte er wiederholt in seinem Beruf sich körperlich und geistig übermässig angestrengt. In der letzten Zeit war Abnahme des Körpergewichts eingetreten bis 57,2 Kgr., dabei hatte sich Gefühl von allgemeiner Schwäche und auffallender Durst bemerklich gemacht. Am 14. April 1880 war vom Hausarzt Zucker im Urin nachgewiesen worden. Am 25. April wurde mit der strengen Diät begonnen. Während vorher die tägliche Harnmenge 3 Liter und mehr und der Zuckergehalt 6 Procent betragen hatte, verminderte sich die Harnmenge auf etwa 2 Liter, und der Zuckergehalt betrug an den nächsten Tagen 2,3%—1%—0,6%; endlich ging er auf eine quantitativ nicht mehr bestimmbare Spur zurück. Die strenge Diät nebst etwa 40 gr Leberthran täglich wurde sehr gut ertragen;

Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

die Harnmenge betrug weniger als 2 Liter, enthielt keine nachweisbare Menge von Zucker, der Kräftezustand und die Leistungsfähigkeit nahmen zu. Vom 13. Mai an fünfwöchentliche Cur in Carlsbad.

Am 20. Juni werden versuchsweise 50 Gramm Weissbrot gegessen: die in den nächsten Stunden entleerten 110cc Urin enthalten 3,3 Procent Zucker, die weiteren bis zu Ende der betreffenden 24 Stunden entleerten 1310cc enthalten 0,7 Procent Zucker, sodass in den ersten 24 Stunden im Ganzen etwa 13 Gramm Zucker ausgeschieden wurden; die folgenden 24 Stunden lieferten 1630cc Urin mit 0,8 Procent Zucker, also ebenfalls etwa 13 Gramm Zucker. Es war demnach annähernd die ganze, der Menge des Brotes entsprechende Zuckermenge wieder ausgeschieden worden. Seitdem Fortsetzung der strengen Diät und Fortdauer des guten Befindens. Urin in normaler Menge, enthält keine nachweisbaren Quantitäten von Zucker.

Am 20. August 1881 wurde der Versuch mit Brot wiederholt. Es wurden 50 Gramm Weissbrot gegessen; darauf in den nächsten 24 Stunden 1380cc Urin mit im Ganzen 5,3 Gramm Zucker. Am folgenden Tage nochmals 50 Gramm Brot; darauf in den nach 3 Stunden entleerten 230cc Urin 1,8 Procent oder 4,1 Gramm Zucker; in den weiteren innerhalb 21 Stunden entleerten 920cc Urin ist kein Zucker nachzuweisen. Es war demnach nur ein kleiner Theil der genossenen Kohlenhydrate als Zucker ausgeschieden worden.

Am 22. August wurde ein Versuch mit Obst gemacht. Im Laufe des Tages wurden zahlreiche Birnen, im Ganzen im Gewicht von 670 Gramm und ein Apfel von 100 Gramm gegessen. Im Urin, dessen 24 stündige Menge etwas über 1 Liter betrug, war keine nachweisbare Menge von Zucker enthalten. Es hatte somit der Genuss von frischem Obst keine nachweisbare Zuckerausscheidung zur Folge. Dabei sei bemerkt, dass später während des Winters auf den Genuss von Obst wieder bemerkbare Zuckermengen im Urin auftraten und deshalb das Obst weggelassen wurde. Auf Genuss von 1 Liter Milch wurden im Ganzen 3,9 Gramm Zucker ausgeschieden, also nur ein Bruchtheil der eingeführten Milchzuckermenge. Ein anderes Mal erfolgte auf Genuss von 100 Gramm Weissbrot eine Zuckerausscheidung von im Ganzen 17,2 Gramm.

Seitdem Fortsetzung der strengen Diät, die jetzt schon im fünften Jahre anhaltend gut ertragen wird. Der Kranke ist in einem körperlich und geistig anstrengenden Beruf vollständig leistungsfähig. Im April 1883 betrug das Körpergewicht 66,9 Kgr., im Juli 1884 nach einer Cur in Carlsbald 63,5 Kgr.

Meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Liebermeister spreche ich den verbindlichsten Dank aus für Ueberlassung des Materials zu der vorliegenden Arbeit, sowie für die freundliche Unterstützung bei derselben.

IV. Recherches sur le bacille-virgule du choléra asiatique. Conclusions principales du travail présenté à la Société Belge de Microscopie dans sa séance de 26 octobre 1884. Par M. le Dr. C. Van Ermengem. Ref.: Dr. Gaffky.

Bereits am 26. v. M. hatte Dr. van Ermengem in Brüssel der Belgischen Gesellschaft für Mikroskopie eine ausführliche Mittheilung über seine die Cholerabacillen betreffenden Untersuchungen vorgelegt. Unter dem oben angegebenen Titel macht er nunmehr die wesentlichsten Resultate jener Arbeit auch weiteren Kreisen zugängig und zwar ist, wie hervorgehoben zu werden verdient, diese Publication erfolgt zu einer Zeit, in welcher der Verfasser noch keine Kenntniss haben konnte von der in der letzten No. dieser Wochenschrift enthaltenen Veröffentlichung Koch's „Ueber die Cholerabakterien".

Da Dr. van Ermengem der erste gewesen ist, der auf Grund der früheren Veröffentlichungen Koch's und der von letzterem gegebenen Vorschriften die Cholerabacillen rein gezüchtet hat, so halten wir es für gerechtfertigt, die Schlussfolgerungen, zu welchen der Verfasser auf Grund dieser seiner Untersuchungen gelangt ist, hier in Uebersetzung vollständig wiederzugeben.

Dass van Ermengem die Untersuchungsmethode beherrscht, unterliegt übrigens ebenso wenig einem Zweifel, wie die Thatsache, dass die von ihm rein gezüchteten Cholerabacillen vollständig identisch mit den Koch'schen sind. Wie dem Ref. bekannt ist, hat Geh. Rath Dr. Koch Gelegenheit gehabt sich selbst von dieser Identität zu überzeugen und zwar nicht nur auf Grund von mikroskopischen Präparaten und Mikro-Photographien, sondern von Ermengem'schen Reinculturen.

Die Sätze van Ermengem's lauten:

„1. Im Darminhalt von Cholerakranken und Choleraleichen (8 Autopsieen und 34 Fälle von Stuhl-Untersuchungen) findet sich regelmässig ein Organismus, welcher identisch ist mit dem Komma-Bacillus Koch's.

2. Die gekrümmte Form dieses Organismus, seine Anordnung in S-Form und in längeren Fäden, hervorgebracht durch Aneinanderlagerung der einzelnen Glieder, sowie sein stellenweise zu beobachtendes Wachsthum in leicht gewundenen Fäden geben ein mikroskopisches Gesammtbild, welches ihn leicht von allen bisher bekannten pathogenen Organismen unterscheiden lässt.

3. Dieser Bacillus findet sich in den Choleradejectionen bezw. im Darminhalt von Choleraleichen mehr oder weniger zahlreich, je nach dem Stadium der Krankheit, in welchem die Untersuchung ausgeführt wird. In zwei foudroyant verlaufenen Fällen fand er sich im Darminhalt als fast vollständige Reincultur. In einem Falle von kurzer Dauer, in welchem die Kranke unter sehr ausgesprochenen algiden Erscheinungen zu Grunde gegangen war, wurden die Bacillen sehr spärlich im Darminhalt gefunden. — Sie verschwinden allmählich in den gefärbten Stühlen der Reactionsperiode.

4. Es würde sehr interessant gewesen sein, die Dejectionen von Kranken, welche an der sogenannten prämonitorischen Diarrhoe leiden, zu untersuchen, doch habe ich keine Gelegenheit hierzu gehabt.

5. In dem einzigen Falle von algider Cholera, in welchem die mikroskopische Untersuchung die Bacillen nur in geringer Zahl hatte nachweisen lassen, fanden sie sich in ganz überraschenden Mengen und in sehr charakteristischen Formen, nachdem eine kleine Menge des Darminhalts auf feuchter Leinewand 24 Stunden lang in der feuchten Kammer aufbewahrt war.

6. Die mikroskopische Untersuchung der Dejectionen genügt, um die Diagnose auf asiatische Cholera zu stellen, in denjenigen Fällen, in welchen sich die Cholerabacillen in relativ grosser Zahl vorfinden.

7) Findet man bei der mikroskopischen Untersuchung keine oder nur spärliche Kommabacillen, so muss das Culturverfahren zur Anwendung kommen. Das charakteristische Aussehen der Colonien der Cholerabacillen in der Gelatine bei schwacher Vergrösserung (150fach), lässt sie sicher erkennen. Die grossen Vorzüge des Culturverfahrens mit 10% Nährgelatine auf Glasplatten haben sich auch bei meinen Untersuchungen herausgestellt. Mischungen einer sehr kleinen Menge einer Cholera-Bacillen-Reincultur mit ziemlich grossen Mengen faulenden Blutes, faulenden Urins, Fäces, Heuaufgüssen etc., gaben bei diesem Culturverfahren Objecte, in welchen die typischen Colonien der Cholerabacillen neben den zahlreichen anderen äusserst mannigfaltigen Colonien stets mit Leichtigkeit erkannt werden konnten.

8. Das Studium des morphologischen Charakters der Kommabacillen in ihren verschiedenen Entwickelungsstadien und in verschiedenen Nährmedien, vorzugsweise in Hühnerbouillon und in flüssigem Blutserum zeigt, dass sie den wahren Spirillen nahe stehen.

9. Trotz möglichster Variirung der Züchtungsbedingungen, des Nährsubstrats und der Temperatur ist es nicht gelungen Sporenbildung in den Bacillen nachzuweisen.

Der Mangel an Widerstandsfähigkeit gegenüber dem Process des Eintrocknens spricht ausserdem dafür, dass sie keine widerstandsfähigen Keime produciren.

10. In Gelatineculturen büssen die Bacillen ihre Entwickelungsfähigkeit nach 6 bis 7 Wochen ein, während Agar-Agar-Culturen noch nach 8—9 Wochen lebende Organismen enthielten.

11. Die für die Entwickelung der Bacillen günstigste Temperatur scheint zwischen 25° und 37° C. zu liegen. Unter 16° C. (zwischen 8° und 15°) wachsen sie wohl noch, aber nur äusserst kümmerlich.

12) Ihre Wachsthums- und Vermehrungsfähigkeit ist eine äusserst lebhafte. In zwei bis drei Tagen verflüssigen sie vollständig mehrere Cubikcentimeter coagulirten Blutserums.

13. Die gekrümmten Bacillen des Speichels, schon früher (März 1884) von Miller beschrieben und neuerdings von Lewis für identisch mit den Cholerabacillen gehalten, wachsen in der 10% Nährgelatine überhaupt nicht. —

14. Die Culturen von Organismen, welchen Finkler und Prior die Erzeugung der Cholera nostras zuschreiben, sind unrein. Diejenige, welche ich untersucht habe, enthielt zwei Arten von Bacillen. Die Art ihres Wachsthums und das Aussehen ihrer Colonien in der Gelatine unterscheidet sich wesentlich von denjenigen der Cholerabacillen. Die eine der erwähnten beiden Bacillenarten theilt dem Nährmedium eine sehr charakteristische blaugrüne Fluorescenz mit, was man niemals an reinen Culturen von Cholerabacillen beobachtet.

15. Die Versuche, mit den gezüchteten Cholerabacillen Thiere zu inficiren, haben bis jetzt bei einigen Thierspecies sehr ermuthigende Resultate ergeben, so bei Hunden, Kaninchen und Meerschweinchen. Von vier Meerschweinchen, denen je ein Tropfen einer vier Tage

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alten Reincultur von Cholerabacillen in flüssigem Blutserum nach der Methode von Nicati und Rietsch in Marseille ins Duodenum injicirt war, erlagen drei im Laufe von 2 bis 3 Tagen. Die bei der Obduction gefundenen Veränderungen entsprachen denen der Cholera, und im Darminhalt fanden sich grosse Mengen der Cholerabacillen.

16. Die pathogene Wirkung dieser Culturen ist wahrscheinlich bedingt durch einen enzymartigen Körper („une zymase"), ein zusammengesetztes leicht zerfallendes Albuminoid. — In frischem menschlichen Blute, welches auf der Ranvier'schen Wärmeplatte mit einem Tropfen einer Cholerabacillencultur in Berührung gebracht wird, zeigen die Blutkörperchen charakteristische und ganz den von Nicati und Rietsch im Blute von Cholerakranken gefundenen entsprechende Veränderungen.

17. Der Nachweis der Cholerabacillen hat die grösste Wichtigkeit für die Diagnose zweifelhafter Cholerafälle im Beginn von Epidemien und für die Anwendung prophylactischer Maassregeln, letzteres um so mehr, als die frühzeitig zu stellende Diagnose die Möglichkeit schafft, in der geeignetsten Zeit prophylactisch einzugreifen.

18. Die Ausführung der Untersuchung auf Cholerabacillen bietet vom practischen Standpunkte aus keine besonderen Schwierigkeiten, und es würde äusserst wünschenswerth sein, wenn angesichts der ernstdrohenden Gefahr einer Einschleppung der Cholera nach Belgien eine genügende Anzahl von denjenigen Aerzten, welche mit der Wahrnehmung des Sanitäts-Dienstes beauftragt sind, so schnell wie möglich mit der Untersuchungsmethode vertraut gemacht würden. —"

Wie man sieht, bestätigt van Ermengem auf Grund seiner eigenen Untersuchungen in allen Punkten das, was bisher von Koch über die Cholerabacillen veröffentlicht ist. — Von besonderem Interesse aber wird es für den Leser sein, dass der Verfasser ganz unabhängig von Koch in Bezug auf zwei Dinge ebenfalls zu demselben Resultat gekommen ist, nämlich in Bezug auf die gekrümmten Bacillen des Speichels und die Finkler-Prior'schen Culturen. Auch Ermengem constatirt, dass die erstgenannten Organismen in der Nährgelatine überhaupt nicht wachsen und daher leicht von Cholerabacillen zu unterscheiden sind. — Eine Cultur, welche ihm Finkler und Prior zur Verfügung gestellt hatten, bezeichnet auch er als unrein und zwar hat er zwei Bacillenarten darin gefunden, von denen die eine das Nährsubstrat blaugrün färbt (vergl. die Mittheilung Koch's über die Finkler-Prior'sche Cultur in der letzten No. d. Wochenschrift S. 727). Beide Bacillenarten konnte Ermengem ohne jede Schwierigkeit von Cholerabacillen unterscheiden.

Von Interesse schliesslich ist, dass E. die Thierversuche von Nicati und Rietsch ebenfalls mit Erfolg wiederholt hat.

V. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 3. November 1884.

Vorsitzender: Herr Leyden.
Schriftführer: Herr Ewald.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

1. Herr Böcker: Vorstellung eines Falles von narbiger Verwachsung des einen Nasenloches.

Meine Herren. Der Patient, welchen ich mir erlaube Ihnen heute vorzustellen, kam vor etwa 14 Tagen in meine Behandlung behufs Operation von Nasenpolypen. Die Untersuchung ergab auf der rechten Seite mehrere grosse weiche Polypen, welche ich in 2 Sitzungen mit der Schlinge entfernte, so dass jetzt das Nasenloch vollkommen frei und durchgängig ist.

Einen sehr interessanten Befund ergab aber die Untersuchung des linken Nasenloches. Hier findet sich nämlich ein Kunstproduct, welches das allgemeine Interesse in Anspruch zu nehmen im Stande ist. Die Nase ist vorn, kaum einen Centimeter oberhalb des Eingangs, durch eine narbige Membran verschlossen bis auf zwei ganz kleine Oeffnungen, von denen die eine nahe der oberen Nasenapertur, die andere am Boden derselben liegt und je nur mit Mühe eine Haarsonde passiren lässt.

Der Mann ist Soldat gewesen und hat früher eine vollkommen durchgängige Nase gehabt. Die Verwachsung entstand auf künstliche Weise dadurch, dass bei dem Patienten behufs Verödung von Nasenpolypen, welche sich entwickelt hatten, wöchentlich 2 mal während eines ganzen Jahres Aetzungen mit Argent. nitric. in Substanz vorgenommen wurden.

Der Fall kann als Warnung dienen, bei Nasenpolypen in dieser Weise vorzugehen: man wird am bequemsten und sichersten und ohne nachtheilige Folgen für die Patienten Nasenpolypen mit der Schlinge operiren.

2. Herr Rothmann: Demonstration eines neuen Pharyngoskops.

Der demonstrirte Apparat ist nach der Angabe des Vortragenden von Herrn Hofinstrumentenmacher Windler angefertigt. An einem Griffe befinden sich zwei Stahlplatten, die nach verschiedener Richtung hinlaufen, die eine ist vorn etwas gekrümmt und fest, die andere beweglich und in jeden beliebigen Winkel zur anderen zu bringen. In ihrer Lage sind sie durch eine Schraubenmutter befestigt. Während die feste Platte bestimmt ist, die Zunge herunterzudrücken, befinden sich an der anderen zwei Hülsen, eine stärkere, welche das Beleuchtungsmaterial aufnimmt, eine dünnere zur Aufnahme des Reflectors. Zweck des Apparates ist, mit einer Hand das Herabdrücken der Zunge und die Beleuchtung der Mund- und Rachenhöhle zu bewerkstelligen und die andere Hand zu anderweitigen Eingriffen in diesen Höhlen frei zu behalten.

3. Herr Remak: Vorstellung eines Falles von centraler Gliomatose (Syringomyelie) des Halsmarks. Der Vortrag wird in der nächsten No. publicirt werden.

4. Herr A. Fraenkel: Ueber Mikroorganismen im Eiter.

In den letzten beiden Jahren habe ich wiederholt Gelegenheit gehabt, den Inhalt geschlossener acuter Eiterungen, Abscesse und Phlegmonen, auf die Anwesenheit von Mikroorganismen zu untersuchen und Züchtungsversuche mit denselben anzustellen. Wenn ich mir erlaube, Ihnen heute einige der hauptsächlichsten Specimina vorzulegen, so möchte ich von vornherein bemerken, dass es sich nicht etwa um besondere Seltenheiten handelt, sondern es geschieht die Demonstration mehr im allgemeinen Interesse und speciell mit Rücksicht darauf, dass kürzlich eine Monographie von Rosenbach erschienen ist, in welcher sich die hierhergehörigen Thatsachen in anschaulichster Weise dargestellt finden.

Meine Untersuchungen beziehen sich auf Phlegmonen, Drüsenabscesse, namentlich Parotitiden und Empyeme. Ich habe bisher vier Arten von Mikroorganismen in derartigem Eiter angetroffen. Ueber eine derselben habe ich bereits im vorigen Jahre in dieser *Gesellschaft* berichtet: es ist das der nämliche Mikroorganismus, welchen man in einer grossen Reihe von puerperalen Erkrankungen findet, und zwar speciell bei den sogenannten lymphangoitischen Formen. Als bemerkenswerthe Eigenschaft desselben hob ich die Neigung hervor, sich im Bindegewebe, und zwar in den Lymphwegen zu verbreiten. Die Invasion geschieht von Geschwüren am Introitus vaginae aus, von wo aus die Keime in das die Vagina umgebende lockere Gewebe, und weiterhin in das Beckenzellgewebe empordringen. Sie gelangen auf diese Weise in die Ligamenta lata und das Peritoneum, verbreiten sich durch das Zwerchfell in die Pleurae, bis schliesslich die Invasion in das Blut erfolgt. Ist der Process einmal soweit vorgeschritten, dann finden Metastasen auch in entferntere Bezirke, z. B. in die Gelenke, statt. Die Form, in welcher sich dieser Mikroorganismus präsentirt, ist ausserordentlich charakteristisch. Es sind sehr zierliche Ketten, in denen er sowohl im Eiter selbst wie in den Lymphwegen auftritt. Deshalb bezeichnen wir ihn nach dem Vorschlage von Billroth passend als Streptokokkus und speciell als Streptokokkus pyogenes im Gegensatz zu anderen Formen, die nicht mit Eiterung einhergehen, wie beispielsweise der das Erysipel erzeugende Streptokokkus. Ausser beim Puerperalfieber wird dieser Mikrobe aber auch garnicht selten bei Eiterungen resp. Phlegmonen aus anderer Ursache, welche auf gewisse Localitäten des Körpers, z. B. das Unterhautzellgewebe oder die Gelenke beschränkt bleiben, angetroffen.

Ein zweiter Organismus, der ebenso häufig ist, ist der, an welchen sich meine Demonstration heute eigentlich anknüpft. Wenn man den Inhalt der Abscesse, in dem er vorkommt, mikroskopisch untersucht, findet man nicht die zierliche Kettenform, welche der Streptokokkus darbietet, sondern es sind die Mikrokokken, um welche es sich auch hier handelt, in Form von Häufchen zusammengelagert, die bei schwacher Vergrösserung fischrogenartig aussehen, bei stärkerer dagegen eine mehr traubenförmige Anordnung darbieten. Mit Rücksicht hierauf hat daher Ogston vorgeschlagen, ihn als Staphylokokkus (Traubenkokkus) zu bezeichnen. Auch diesen Staphylokokkus habe ich mehrfach aus Abscessen und Phlegmonen gezüchtet. Der letzte Fall, der sich auf der II. med. Klinik vor etwa 14 Tagen ereignete, betraf eine Pneumonica von 33 Jahren. Nachdem die über beide Unterlappen sich erstreckende Pneumonie sieben Tage gedauert hatte,

Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

bekam die Patientin eine doppelseitige Parotitis. Auf der rechten Seite trat schliesslich Fluctuation auf, sodass eine Incision nöthig wurde. Dieselbe wurde unter Anwendung der üblichen antiseptischen Cautelen ausgeführt und von dem Eiter sofort Culturen auf Agar angelegt. Bereits am nächsten Tage hatte sich bei Brüttemperatur (37 ° C.) eine ausserordentlich reiche Cultur über die ganze Oberfläche der Agar-Gelatine ausgebreitet, welche aus goldgelben zum Theil stecknadelknopfgrossen, zum Theil noch grösseren Stippchen bestand. Dazwischen lagen aber vereinzelt weisse Pünktchen. Die mikroskopische Untersuchung ergab völlige Identität der gezüchteten Kokken mit den in dem Abscesseiter nachgewiesenen. Es wurden nunmehr nach dem Vorgange von Koch weitere fractionirte Culturen vorgenommen, d. h. gesondert die weissen und gelben Pünktchen übertragen. Jetzt zeigte es sich, dass trotz des einheitlichen mikroskopischen Befundes zwei verschiedene Organismen vorlagen, von denen der eine in Form eines dicken goldgelben Rasens, der andere in Form eines weissen Rasens wucherte. Diese beiden Organismen stellen aber nur eine Varietät derselben Species dar und sind durch nichts weiter unterschieden als durch die Färbung. Es sind beides Staphylokokken. Die Culturen selbst ähneln sich bis auf den Unterschied in der Farbe, der sich durch alle Generationen fortpflanzt, aufs Haar. Ich erlaube mir, Ihnen neben den betreffenden Culturen die ausserordentlich gelungenen Abbildungen von Rosenbach vorzulegen, wodurch Sie sofort in Stand gesetzt sind, sich von der Identität meiner Culturen mit den seinigen zu überzeugen.

Es fragt sich nun, ob diesen beiden Mikroorganismen, dem Streptokokkus und dem Staphylokokkus, welche sich mikroskopisch sowohl als in der Cultur durchaus unterscheiden, auch ein verschiedenes klinisches Erscheinungsbild entspricht? Dies muss in der That für eine grosse Reihe von Fällen zugegeben werden. Nur muss man berücksichtigen, dass nicht selten in ein und demselben Abscess beide Organismen zusammen angetroffen werden und unter Umständen sogar, da der Staphylokokkus in seinen beiden Varietäten vertreten sein kann, sich drei Organismen vorfinden. Wenn aber einer derselben allein vorhanden ist, was auch garnicht selten der Fall ist, so charakterisirt sich der Fall häufig schon durch sein eigenthümliches klinisches Gepräge. Während nämlich der Staphylokokkus dadurch ausgezeichnet ist, dass er das Gewebe sofort zur Nekrose und eitrigen Schmelzung bringt und auf solche Weise localisirte Eiterungen producirt, zeigt der Streptokokkus eine besondere Neigung, auf grössere Strecken im Bindegewebe fortzukriechen, wie wir das in typischer Weise in den oben citirten Fällen von puerperaler Erkrankung finden. Dieses Fortkriechen macht sich auch dann bemerkbar, wenn der Mikroorganismus nur zu einer verhältnissmässig beschränkten Eiterung führt, z. B. sich ausschliesslich im Unterhautzellgewebe lokalisirt. In solchen Fällen verläuft der Process in erysipelartiger Weise, es kommt meistens nicht zu grösseren Eiteransammlungen, sondern die Hauptsymptome sind Röthung, Schwellung und derbe Infiltration des Gewebes, so dass man beim Incidiren häufig nur einige Tropfen eines serösen Eiters erhält. Es handelt sich mehr um purulentes Oedem als um geschlossene Abscesse. Vermöge dieser Eigenthümlichkeit, sich in den Lymphwegen gradatim fortzupflanzen, eine Eigenschaft, welche dem Staphylokokkus abgeht, kommt es, dass der Streptokokkus so häufig allgemeine pyämische Infection erzeugt. Wenn nämlich im Verlauf der Lymphgefässe die Verbreitung soweit fortschreitet, dass der Pilz schliesslich in die Blutgefässe dringt, so giebt es Metastasen in die verschiedensten Körpertheile, und der Fall verläuft alsdann unter dem Bilde der Septicämie oder Pyämie.

Ich habe nun geglaubt, dass die Ihnen präsentirten Stapyhlokokkusculturen noch ein besonderes Interesse dadurch für Sie haben möchten, weil wir im vergangenen Jahre eine Demonstration des Herrn Becker in unserem Verein gehabt haben, welche die Mikrokokken der sogenannten infectiösen Osteomyelitis betraf. Herr Becker zeigte damals einen ebenfalls orangefarbenen Kokkus, welcher die Eigenthümlichkeit hatte, die Gelatine zu schmelzen und mit dem es gelang, bei Thieren, denen vorher eine Fractur oder Knochenquetschung beigebracht war, Osteomyelitis zu erzeugen. Wie inzwischen von Rosenbach u. A. nachgewiesen worden ist, ist dieser Osteomyelitiskokkus durchaus identisch mit unserem Staphylokokkus, welcher eben unter Umständen, wenn er sich im Knochenmark und Periost ansiedelt, das Bild der infectiösen Osteomyelitis producirt. Wir sehen häufig auch bei andren Mikroorganismen, dass sie, je nach dem Orte, an welchem sie sich im Körper festsetzen, verschiedene Krankheitsbilder erzeugen.

Eines weiteren Unterschiedes der beiden Eiterorganismen, welcher sich auf ihr biologisches Verhalten bezieht, wäre hier noch zu gedenken. Während der Streptokokkus verhältnissmässig leicht vergänglich ist und in ein und derselben Cultur schon nach wenigen Wochen seine Fortpflanzungsfähigkeit einbüsst, besitzt der Staphylokokkus eine ausserordentliche Tenacität. Rosenbach giebt an, dass er selbst nach drei Jahren, wenn die Cultur so eingetrocknet war, dass die Agarmasse nur mehr noch einen ganz dünnen fadenförmigen Cylinder darstellte, den Pilz durch neue Uebertragung zu kräftiger Wucherung wieder anregen konnte. Er theilt mit, dass dies Verhalten von besonderem chirurgisch-klinischem Interesse sei. Es ist nämlich eine bekannte chirurgische Erfahrung, dass, wenn jugendliche Individuen von Osteomyelitis befallen werden, sei es mit offenem Aufbruch oder ohne solchen, und der Process in Heilung übergeht, nach 10, 20, 30 Jahren an dem Locus primae laesionis sich von Neuem ein tieferes Knochenleiden entwickeln kann. Rosenbach hält es für nicht unwahrscheinlich, dass es sich in solchen Fällen um Residuen der ursprünglichen Keime handelt, die an dem Orte der Erkrankung liegen geblieben sind und durch eine noch unbekannte Ursache zu neuem Leben angefacht werden.

Ich habe ausser diesen Pilzen noch einen vierten Organismus bei Eiterungen und zwar bei Empyemen kennen gelernt. Derselbe verhielt sich morphologisch bis zu einem gewissen Grade dem Pneumoniekokkus ähnlich, indem er wie dieser ovaläre Diplokokken darstellte. Auch glich er dem eben genannten Pilz hinsichtlich der Art der Uebertragbarkeit auf Kaninchen, über die ich auf dem letzten Congress für innere Medicin gesprochen habe. Da derselbe indess bisher nur einmal und zwar in einem sich an eine Pneumonie anschliessenden Empyemfalle gefunden wurde, so will ich auf nähere Details hier nicht eingehen. Auch Rosenbach beschreibt in der Hauptsache nur vier Formen. Ob die von mir soeben angeführte identisch ist mit seinem Mikrokokkus pyogenes tenuis, kann ich nicht sagen.

Ehe ich schliesse, möchte ich noch mit einigen Worten eines in der soeben erschienenen Nummer 44 der Berl. klin. Wochenschr. von Heubner und Bahrdt veröffentlichten Artikels mit ein paar Worten gedenken. Diese Publication betrifft einen Fall von Gelenkeiterung bei Scharlach. Es ist eine bekannte Thatsache, dass es bisweilen bei Scharlach und auch bei Diphtherie zu multiplen Gelenkeiterungen kommt. Heubner und Bahrdt berichten nun in ihrem Artikel über einen 14jährigen an schwerem Scharlach mit Diphtherie erkrankten Knaben, bei welchem sich im Verlaufe von einigen Tagen unter heftigem Fieber Schwellungen und Schmerzhaftigkeit einer grossen Anzahl von Gelenken entwickelte, wozu sich noch später Pericarditis hinzugesellte. Unter diesen Erscheinungen erfolgte der Tod des Patienten. Bei der Section fanden sich im Kniegelenk und in den Fingergelenken Eiteransammlungen und in den gefärbten Deckglaspräparaten des Eiters wurde die Anwesenheit des heute von mir besprochenen Streptokokkus constatirt. Heubner und Bahrdt weisen bei dieser Gelegenheit darauf hin, dass Löffler, welcher zuerst diesen bei Diphtherie vorkommenden Kokkus rein cultivirte, schon auf seine wahrscheinlichen Beziehungen zu den in Rede stehenden Gelenkaffectionen aufmerksam gemacht habe. Als nämlich Löffler denselben Kaninchen direct in die Blutbahn injicirte, gingen die Thiere nach einigen Tagen an multiplen Gelenkeiterungen zu Grunde und in dem Gelenkeiter wurde von ihm der gleiche Streptokokkus wiedergefunden. In dem Falle von Heubner und Bahrdt hatte sich von der localen Diphtherie im Rachen aus ein Eiterungsprocess im retropharyngealen Bindegewebe etablirt. Von da war es zu Thrombophlebitis der Vena jugularis gekommen und dadurch die allgemeine Invasion des Organismus vermittelt worden. Die Autoren erklären die Eiterung aus dem Eindringen des Pilzes in die Blutbahn. Culturen wurden indess von ihnen nicht gemacht. Zufälligerweise habe ich diesen Mikrokokkus bei einem Falle von Diphtherie vor einigen Tagen isolirt und zeige Ihnen hier denselben neben dem Streptokokkus, den man bei Puerperalfieber findet, in Reincultur. Sie werden sich von der vollkommenen Identität beider Pilze, soweit sich dieselbe auf das Wachsthum und das sonstige äussere Verhalten der Cultur bezieht, überzeugen können. Jedenfalls ist ferner auch die in dem Falle Heubner's wieder zu Tage tretende Neigung des Streptokokkus, zu allgemeiner pyämischer Infection zu führen, bemerkenswerth.

Herr Leyden stellt an den Vortragenden die Frage, ob es schon als sichergestellt zu betrachten sei, dass in den Culturen niemals die eine Form in die andere übergeht, und zweitens, ob sich auch pathologisch bestimmte Unterschiede nach den Krankheiten herausgestellt haben.

Herr A. Fraenkel: Was die Culturen anlangt, so kann ich nur erwidern, dass, wenn man immer auf ein und demselben Nährboden fortzüchtet, in der That durchgreifende Unterschiede bestehen. Hinsichtlich der Differenz in den Krankheitsbildern ist zu bemerken, dass dabei allem Anscheine nach der Umstand von besonderem Einfluss ist, ob zugleich mehrere der angeführten Organismen vorhanden sind, oder ob es sich gewissermaassen um Reininfectionen handelt. Wenn letzteres der Fall ist — ich muss mich dabei natürlich auf das Urtheil der Chirurgen berufen — so erzeugt in der That der Streptokokkus mehr das Bild des phlegmonösen

Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Erysipels ohne ausgesprochene grössere Eiterung, während der Staphylokokkus zu circumscripten Abscessen führt.

Herr Löwenstein: Wenn ich recht gelesen habe, so hat Herr Rosenbach noch zwei Formen aufgestellt, den Pyogenis tenuis und als fünfte Form einen Pilz, welcher sehr zarte, einem lackartigen Ueberzuge der Gelatine gleichende Colonieen bildet. Ich wollte den Herrn Vortragenden fragen, ob er hiervon etwas gesehen hat?

Herr A. Fraenkel: Von diesem fünften Organismus hat Rosenbach selbst nur einen Fall beobachtet. Was den Pyogenis tenuis betrifft, so bin ich nicht im Stande, zu unterscheiden, ob er vielleicht identisch ist mit den Kokken, die ich einmal in einem Falle von Empyem nach Pneumonie gefunden habe.

Hr. M. Wolff: In Bezug auf den Unterschied zwischen Streptokokkus und Staphylokokkus, von denen der eine nur im Bindegewebe diffus verlaufende Processe, der andere nur circumscripte Eiterungen, Abscesse, nach den eben gehörten Auseinandersetzungen von Hrn. Fraenkel machen soll, bemerke ich, dass ich wiederholt im Laufe von Erysipel circumscripte Abscesse beobachtet habe, die in unmittelbarer Umgebung von entzündeten Lymphgefässen, im Bereiche des diffus verlaufenden erysipelatösen Processes entstanden waren. Bei dem Erysipel finden sich nun aber bekanntlich die Lymphgefässe der Haut mit einem kettenbildenden Mikrokokkus, Streptokokkus, erfüllt. Ganz dieselben Formen von Streptokokkus habe ich aber bei solchen Fällen auch in den schönsten Kettenformen, von 5—6 bis 20 Gliedern, in ausserordentlich reichlicher Menge in den zu dem Erysipel in directer Beziehung stehenden Abscessen angetroffen. Die Kettenlagen isolirt und sehr deutlich kenntlich zwischen den Eiterkörperchen. Auch von anderer Seite, soweit ich mich augenblicklich entsinne, von Billroth, sind solche Streptokokken in Abscessen, die im Verlaufe des Erysipels entstanden, beobachtet worden.

Herr A. Fraenkel: Ich glaube, dass alle diese Mittheilungen, die gewissermaassen der Vorzeit angehören, kein Gewicht haben, weil die betreffenden Autoren noch nicht die Koch'sche Isolirungsmethode der Mikroorganismen kannten. Es handelt sich nicht um die mikroskopischen Bilder, sondern man muss suchen, die Organismen in der Cultur getrennt zu studiren. Auch die Streptokokken, wenn sie sehr dicht bei einander liegen, sind nicht mehr als kettenförmige Gebilde zu erkennen und können dann zuweilen kaum von den Staphylokokken unterschieden werden.

Herr Leyden: Ich will noch bemerken, dass ich bei derselben Patientin, über welche Herr Fraenkel berichtet hat, den Mundspeichel untersuchte; ich fand ebenfalls einzelne Gruppen von Staphylokokken. Diesen Fund möchte ich in sofern für beachtungswerth halten, als dieselben Kokken im Abscesseiter der Parotis gefunden wurden, denn die Parotitis entwickelt sich vermuthlich in der Weise, dass bei prädisponirten Individuen die Kokken im Munde sich festsetzen und durch den Speichelgang in die Parotis kommen, um sich hier weiter zu entwickeln.

In Bezug auf die Diphtherie will ich noch hinzufügen, dass wir zwei Fälle genau nach allen Richtungen hin untersucht haben. In beiden Fällen, welche in einer ziemlich frühen Periode der Krankheit zur Autopsie gekommen waren, ist es uns nicht gelungen, innerhalb der Gewebe irgend welche Mikroorganismen nachzuweisen. In beiden Fällen fanden sich die bezeichneten Kokken nur in den diphtherischen resp. croupösen Membranen, die auf den Bronchien auflagen, Ergebnisse, die mit früheren Untersuchungen vollkommen in Einklang stehen.

VI. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 5. November 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

1. Herr B. Baginsky legt drei Concremente vor, von denen das erste einen Rhinoliten darstellt, den er einem 15jährigen jungen Menschen aus der Nase entfernte, der mit einer Obstruction der linken Nase in die Behandlung kam. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass zwischen unterer Nasenmuschel und Septum ziemlich fest ein Fremdkörper eingekeilt war, der bei der Berührung etwas, aber nur schwer beweglich war. Ein Versuch denselben mit der Pincette zu fassen schlug fehl; es gelang, den Körper zunächst aus seiner Lage zu befreien, indem er mit der Sonde herausgeschoben und dann mit einer gekrümmten Sonde nach vorn hinaufgeschoben wurde.

Das zweite Concrement stellt einen Speichelstein dar, der von einem 35jährigen Patienten stammt, der mit einer ziemlich schweren Entzündung des Bodens der Mundhöhle in Behandlung kam. Es konnte ein fluctuirender Tumor constatirt werden, der bei der Incision eine ausserordentliche Menge Eiter entleerte. Es ergab sich, dass in der Tiefe ein Fremdkörper vorhanden war. Die lebhaften Schmerzen forderten dazu auf, von weiteren Extractionsversuchen Abstand zu nehmen. Die Folge war, dass der Fremdkörper in der nächsten Nacht ausgestossen wurde.

Das dritte Concrement endlich ist ein Lungenstein, der von einer 35jährigen Patientin, die wegen Larynxphthise in Behandlung kam, ausgehustet wurde. Die chemische Untersuchung ergab bei allen drei Concrementen Bestandtheile aus kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk mit einzelnen organischen Beimischungen. Ob bei dem Nasenstein ein eingeschlossener Fremdkörper vorliegt, kann noch nicht entschieden werden, da derselbe noch unzertheilt ist.

2. Herr G. Behrend theilt einen Fall von seltener Hauterkrankung mit, welcher ein Kind betrifft, welches der Vortragende aus äusseren Gründen leider nicht vorstellen kann. Das Kind wurde im 7. Monat ausserordentlich schwächlich geboren. Es wog, als es zur Welt kam, nur 3 Pfund und hatte dieses Gewicht im Alter von vier Monaten noch nicht überschritten. Schon bei der Geburt fiel den Eltern der narbige Zustand der Haut auf. Die Augenlider waren gleich bei der Geburt ectropinirt und liessen die geröthete Conjunctiva zu Tage treten. Einige Tage später schilferte die Haut in kleinen Schuppen ab, die Schuppen wurden allmählich grösser, bekamen am dritten oder vierten Tage eine braune Färbung, lösten sich ab und liessen eine gesunde Haut zum Vorschein kommen, die aber genau demselben Schicksal verfiel wie die vorhergehende. Als Herr B. das Kind am 10. Mai zum ersten Male sah, bot es folgendes Bild dar: Die einzigen Stellen, welche eine Haut von ziemlich normaler Farbe und Dicke zeigten, waren die Crures. Am Kopf war die Haut ausserordentlich dünn, die Gesichtszüge waren vollkommen verwischt und starr wie bei Sclerodermie, von dünnen Schuppenauflagerungen bedeckt, dazwischen einzelne Einrisse, die eine theils klare, theils blutige Flüssigkeit hervorsickern liessen. Am Thorax, Abdomen, Rücken schilferte die Haut ab und waren epidermidale Felder gezeichnet, die sich an die Bewegungslinien der Haut anschlossen. An den unteren Extremitäten lag die Haut fest wie ein Schnürstrumpf an. Die Haut hatte eine braune Farbe, und man sah an kleinen Stellen, wo sich Schuppen abgelöst hatten, die normale Haut hervortreten, die aber bald wieder die braune Farbe annahm. Die Nägel des Kindes hatten schon von der Geburt an das Ansehen von Hühnerkrallen. Herr B. deutet den Fall als idiopathische Atrophie der Haut.

3. Herr A. Bidder: Ueber eine angeborene Hydronephrose.

Das Präparat, welches Herr B. demonstrirt, stammt von einem Knaben, welcher schon bei der Geburt einen starken Leib zeigte. Im zweiten Lebensjahre schwoll derselbe so stark an, dass der Hausarzt zu Rathe gezogen wurde. Dieser fand im Abdomen einen grossen fluctuirenden Tumor, welcher indessen weder auf das Allgemeinbefinden noch auf die Stuhl- und Harnentleerung einen Einfluss ausübte. Der Umfang des Leibes betrug in Nabelhöhe 63 cm. Die Anfang September 1876 ausgeführte Probepunction lieferte über einen Liter heller, klarer Flüssigkeit, in welcher mikroskopisch körperliche Elemente nicht nachzuweisen waren. Die chemische Analyse ergab Abwesenheit von Eiweiss und Zucker, wies dagegen einen Gehalt von 1,5‰ Harnstoff nach neben grösseren Quantitäten phosphorsaurer Salze. Herr B. sah den Kranken zuerst am 3. October. Der Leib, der den Umfang von 63 cm wieder erreicht hatte, erschien ziemlich gleichmässig tonnenförmig aufgetrieben. Durch das Gefühl und die Percussion konnte man einen Tumor nachweisen, welcher von der rechten Inguinalgegend in das linke Hypochondrium ragte. In dieser Gegend und weiter links war der Percussionsschall leer; 3 cm rechts vom Nabel begann der tympanitische Schall. Herr B. rieth zu der Simon'schen Doppelpunction. Der College machte zwischen Spina anterior sinistra und Rippenbogen einen Einstich und zog einen doppelten Silberdraht durch. Aus dem Stichkanal entleerte sich etwas helle Flüssigkeit, von welcher durch eine nebenbei ausgeführte Punction noch 200 gr entleert wurden. Bis zum 6. October war eine ungeheure Menge Flüssigkeit ausgelaufen und der Leib sehr zusammengesunken. Am 7. October wurde, als sich Fieber und Eiterung des Stichkanals einstellte, der Draht wieder entfernt. Trotz wiederholter Mahnung Seitens des Herrn B., durch die breite Incision den Inhalt zu entleeren, vermochte man sich hierzu nicht zu entschliessen. Der Umfang des Leibes wurde immer grösser, der Knabe verfiel immer mehr und am 8. November trat der Tod ein.

Die Section wurde 17 Stunden p. m. ausgeführt. Bei der Oeffnung der Unterleibshöhle präsentirte sich ein grosser fluctuirender Tumor in der Ausdehnung, wie er bei Lebzeiten beobachtet war. Er füllte beinahe das grosse Becken aus und bedeckte den Eingang in das kleine Becken. Der Tumor hatte annähernd cylindrische Gestalt, war 19 cm lang und 11 cm breit und hatte in der Längenausdehnung einen Umfang von 47, in der kurzen von 24 cm. Er entleerte etwa einen Liter einer gelbgrünlichen Flüssigkeit, welche colossale Massen Eiterkörper und zahlreiche Nierenbeckenepithelien darbot. Die Wände des Sackes waren 2—3 mm dick. Der Ureter war in einer Ausdehnung von 4 cm von der Einmündungsstelle an mit der Cystenwand verwachsen.

Der Fall gehört zu den sogenannten primären Hydronephrosen, die auf angeborener Stenose des Ureters beruhen. Der Vorgang wird sich so gestaltet haben, dass von der Geburt an stets etwas mehr Urin sich in das Nierenbecken ergoss, als durch den Ureter abfliessen konnte, dadurch dehnte sich das Nierenbecken mehr und mehr aus, aber so langsam, dass ein Theil der Nierensubstanz noch functionstüchtig blieb. Die Verwachsung des Ureters mit der Cystenwand ist nicht als Ursache sondern als Folge der Urinstauung und enormen Ausdehnung des Nierenbeckens anzusehen.

Dass die Therapie zu einem so unglücklichen Ausgang führte, ist eine Folge davon, dass der durchaus nothwendige zweite Schnitt unterlassen wurde.

4. Discussion über den Vortrag des Herrn Henoch über Diphtherie.

Herr Senator bestätigt, dass Gelenkaffectionen bei Diphtherie ausserordentlich selten sind. Was die Albuminurie bei Diphtherie anlangt, so kann man dieselbe gerade hier nicht immer als Zeichen von Nephritis ansehen. Dieselbe kommt einmal vor in Folge von Stauung und zwar aus zwei Ursachen. Einmal kommt es, wenn sich der diphtherische Process auf den Larynx ausgebreitet hat, infolge der hohen Dyspnoe zu Stauungserscheinungen, dann wenn nach Ablauf der eigentlichen diphtherischen Affection Lähmungen des Vagus eintreten. Weiter tritt Albuminurie abweichend von der bei Scarlatina auftretenden bei Diphtherie sehr frühzeitig auf ohne sonstige Zeichen von Nephritis. Diese Albuminurie möchte Herr S. als sogenannte infectiöse febrile Albuminurie bezeichnen. Endlich bleiben noch Fälle, die sich weder durch Stauung noch als infectiöse febrile Albuminurie erklären lassen, und die man vielleicht als Folge von Nephritis ansehen könnte, aber auch diese unterscheiden sich häufig von der Albuminurie Scarlatina, in erster Linie dadurch, dass sie im allgemeinen viel milder, sowohl was ihre Intensität als was die Extensität der anatomischen Veränderungen betrifft, auftreten, und dann dadurch, dass die Glomeruli äusserst selten ergriffen werden, worauf es auch wohl beruht, dass Urämie meistens nicht beobachtet wird.

Herr B. Fraenkel theilt einen Fall mit, wo in der Reconvalescenz nach Diphtherie eine Nephritis auftrat, die, ohne Urämie, zum Tode führte. Was die Therapie und namentlich die Anwendung der verdauenden Mittel, Pepsin, Papayotin, anlangt, so hält Herr F., gegenüber der Thatsache, dass jeder einzelne Mikroorganismus seine eigenen wohl charakterisirten Daseinsbedingungen hat, noch nicht für erwiesen, dass auf den noch un-

Digitized by Google | Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bekannten Organismus der Diphtherie durch diese Mittel irgend welche Wirkung ausgeübt wird. Was die Verdauung der Membranen anlangt, die in der That durch die genannten Mittel bewirkt wird, so hat Herr F. von derselben keinerlei Wirkung auf den übrigen Verlauf der Krankheit beobachtet. Die Membranen erscheinen ihm daher nur insoweit überhaupt Gegenstand der Therapie sein zu sollen, als dieselben raumbeschränkend wirken.

VII. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Magdeburg 18.—23. September 1884.

Sectionssitzungen.

7.

Section für Chirurgie.

(Originalbericht.)

I. Sitzung: Freitag, den 19. September 1884.

(Fortsetzung.)

Herr Heusner (Barmen) demonstrirt einen Stützapparat, den er für ein siebenjähriges Mädchen, welches an spinaler Kinderlähmung leidet und ausser dem Ileo-Psoas keinen einzigen Muskel der unteren Extremitäten zu seiner Verfügung hat, angefertigt, und es dadurch in den Stand gesetzt hat, mit Krücken sich sicher und selbstständig zu bewegen. Er besteht in einer doppelseitigen Taylor'schen Maschine, an deren Seitenschienen anstatt der gewöhnlichen Befestigungsriemen vollständige Hosenbeine von weichem aber festem Zeuge angebracht sind, um die Extremitäten vollkommen steif zu fixiren. Um das Heraustreten des völlig haltlosen Hintertheils unter dem Beckengurt ferner zu verhüten, ist aus einem breiten Stück Zeug eine Lehne angebracht, die an dem Beckengurt einerseits und den beiden Seitenschienen andererseits so befestigt ist, dass sie an einer Seite abgeknöpft werden kann, um dem Kinde die Verrichtung seiner Bedürfnisse zu ermöglichen. Die kleine Patientin legt sich den Apparat ganz selbstständig an und bewegt sich mit ihm schnell und sicher, während sie früher nur auf der Erde rutschend sich fortbewegen konnte.

Derselbe: Ueber Hüftresection wegen angeborener Luxation.

Es wird ein etwa 20jähriges Mädchen vorgestellt, welches mit doppelseitiger Hüftgelenks-Luxation geboren wurde. Seit dem 13. Jahre, wo ihre Periode zum ersten Male sich einstellte, machten sich Schmerzen in der linken Hüfte, sowie eine rasche Ermüdbarkeit bemerkbar, diese Beschwerden steigerten sich so, dass sie mit dem 17. Jahre sich in das Krankenhaus aufnehmen liess. Die hier angewendete Gewichtsbehandlung brachte zwar Besserung der Schmerzen, hatte aber keinen dauernden Erfolg, und ebensowenig konnte die Pat. einen Taylor'schen Apparat vertragen. Es wurde deshalb die Resection des Schenkelkopfes vorgeschlagen und auch ausgeführt. Das Lig. teres fehlte. Trochanter, Hals und Kopf erwiesen sich viel kleiner und schmächtiger, als dem Alter der Pat. entsprechend war. Der Kopf war eiförmig in die Länge gezogen, an der der Beckenwand zugekehrten Seite abgeplattet, und mit Rauhigkeiten bedeckt. Der Hals war nicht rechtwinklig, wie es Albert als charakteristisch für angeborene Luxation angiebt, sondern in sehr flachem Winkel zum Schafte gestellt. Die Pfanne war auffallender Weise normal gross, nur der hintere obere Rand etwas platt und abgeschliffen. Sie wurde deshalb durch Ausmeisselung noch etwas vertieft, so dass der Femurstumpf gut hineinpasste. Die Pat. kann jetzt mit einem Stock 1/2 Stunde lang ohne Beschwerden gehen.

Herr Hagedorn stellt ein Klumpfusskind vor mit einer einfachen Vorrichtung um die Auswärtsstellung der Füsse zu erreichen, die er bereits früher im Chirurgencongress demonstrirte. Dieselbe wird fortwährend Tag und Nacht getragen, so lange das Kind noch nicht laufen kann und der Fuss mit Verbänden behandelt wird, später, wenn das Kind erst laufen kann, nur Nachts.

Herr Heusner bindet einfach des Nachts die Füsse in nach aussen rotirter Stellung auf einer Latte fest.

Herr Petersen (Kiel): Ueber Gypspanzerbehandlung.

Der Vortragende empfiehlt zur Anlegung von Gypscorsets die horizontale Suspension mittelst einer Barwel'schen Schlinge, während Kopf und Beine auf Tischen liegen. Durch die Suspension des Rumpfes an der Stelle, welche von der Norm abweicht, (Gibbus bei Spondylitis, oder grösste Convexität bei Scoliose) erreicht er eine ausgiebigere Correctur der fehlerhaften Biegung der Wirbelsäule. Der Verband kann in dieser Weise ohne grosse Vorbereitung angelegt werden und braucht den Thorax nicht so fest zu umschnüren, wie der bei verticaler Suspension angelegte Gypspanzer, was den Vortheil hat, dass die Rumpfmuskeln weniger leicht atrophiren. Die Resultate waren befriedigend.

Derselbe berichtet über eine vollständige Entfernung des Schlüsselbeines bei Osteomyelitis. Bei einem 17jährigen Menschen wurde acht Tage nach Beginn der Erkrankung das zur Hälfte vom Periost entblösste Schlüsselbein entfernt. Die Neubildung des Knochens war nach 4 Wochen vollendet. Nach 6 Wochen war der Pat. wieder arbeitsfähig. Ein ähnlich gutes Resultat erzielte der Vortragende durch Entfernung der ersten Phalanx des Zeigefingers eines Mädchens, bevor die Lösung vollendet war, während in einem anderen Falle von Osteomyelitis der Metacarpalknochen und der ersten Phalanx des Daumens bei einem 16jährigen Knaben die spontane Lösung (nach ungefähr 2 Monaten) abgewartet wurde, worauf die Knochenneubildung ganz ausblieb. Diese Erfahrungen veranlassen den Vortragenden, die Total-Exstirpation kleiner Röhrenknochen bei Beginn der infectiösen Osteomyelitis warm zu empfehlen, weil sowohl die Heilungsdauer eine kürzere ist, als auch weil das Periost dann nicht Gefahr läuft, durch septische Infection zu Grunde zu gehen.

Herr Küster wendet ein, dass das Periost der Finger überhaupt keine grosse Neigung zur Knochenbildung habe, und dass es bei langen Röhrenknochen entschieden gerathen sei, die Abstossung abzuwarten. Die Gefahr der septischen Infection des Periostes sei durch antiseptische Behandlung zu vermeiden.

Herr Petersen erwidert hierauf, dass er auch nicht glaube, durch frühzeitige Total-Exstirpation der Daumenknochen ein besseres Resultat erreichen zu können, es würde aber auch nicht schlechter geworden sein, und der Heilungsverlauf wäre schneller vor sich gegangen.

Herr Rosenberger (Würzburg) berichtet über einen Fall von Darmzerreissung mit folgender Darmnaht. Ein 75jähriger Mann hatte seit seiner Kindheit einen doppelseitigen Leistenbruch, der, da nie ein Bruchband getragen worden, zu beträchtlicher Grösse angewachsen war. Häufig entstanden Incarcerationen, die aber meist ohne ärztliche Hülfe reponirt wurden. Im Anfang dieses Jahres wurde der Vortragende von dem Pat. zur Reposition des wieder einmal incarcerirten Bruches gerufen. Seit dem vorhergehenden Tage waren weder Stuhlgang noch Flatus abgegangen, dagegen heftiges Erbrechen und grosse Schmerzhaftigkeit der Hernie aufgetreten. Der Pat. hatte auch diesmal schon selbst sehr forcirte Repositionsversuche gemacht und von seinen Freunden machen lassen.

Bei der Untersuchung in der Narcose fand R. die ganze Bruchgeschwulst auffallend weich und hatte das Gefühl, als wenn er Darmschlingen dicht unter der Haut abtasten könne. Er schloss auf eine Rupter des Bruchsackes mit Austritt der Därme unter die Haut. Bei der nach 3 Stunden vorgenommenen Operation bestätigte sich die Diagnose, zugleich aber wurden an drei verschiedenen Stellen des Darmes oberflächliche Einrisse bemerkt, von denen der eine bei Druck auf den Darm sich durch die ganze Darmwand fortsetzte, sodass sofort reichlicher Darminhalt die Wunde überströmte. Nach sorgfältiger Reinigung wurde nicht nur diese vollkommene Ruptur des Darmes, sondern auch die beiden anderen oberflächlichen, nur die Serosa betreffenden Risse mit Seide genäht und der ganze Darm reponirt. Der Bruchsack wurde, ohne ihn auszulösen, unmittelbar an der Bruchpforte zusammengenäht. Der Erfolg war ein glänzender und es trat vollkommene Heilung ein.

Vier Monate später starb der alte Mann an Marasmus senilis und kurz vor der Beerdigung gelang es noch R. das betreffende Darmstück zu erhalten. Die Nahtstellen waren noch deutlich sichtbar und waren in Folge der beginnenden Fäulniss an einzelnen Stellen wieder auseinander gewichen. Die Bruchpforte war fest und solide verschlossen, trotzdem nach der Operation kein Bruchband getragen wurde.

Ein zweiter Fall von Sutur der eingerissenen Serosa verlief eben so günstig. Zwei Fälle von Darmresection bei Gangrän verliefen tödtlich.

(Schluss folgt.)

VIII. Internationaler Medicinischer Congress zu Kopenhagen.

XI.

Verhandlungen in den Sectionen.

(Originalbericht.)

8. Section für Hygiene.

(Schluss.)

Der Vortrag des Prof. Heymann in Stockholm „Auf welche Weise kann man am besten dem Missbrauche von Alkohol vorbeugen“ gipfelte in einer Empfehlung des Gothenburger Ausschanksystems. In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion stellte ein Franzose, ein Herr Lunier aus Paris, die kühne Behauptung auf, nur diejenigen Getränke seien gesundheitsschädlich, in welchen der Alkohol nicht in der Flüssigkeit (Wasser, Syrup u. dgl.) wirklich gelöst, sondern nur mit denselben gemengt sei, deshalb komme auch Alcoholismus in solchen Gegenden nicht vor, wo man gebraute Getränke, wie Bier, oder solche, wo der Alkohol durch Gährung entstanden sei, wie Wein, geniesse, eine Behauptung, deren Unrichtigkeit man nicht blos in den Krankenhäusern Münchens, sondern auch in denen Sachsens leicht nachweisen könnte.

Der Vortrag des Dr. Linroth (Stockholm) am 15. August „Welche Veranstaltungen müssen als die wirksamsten angesehen werden, um einer Epidemie vorzubeugen, wenn ein vereinzelter Fall einer epidemischen Krankheit sich gezeigt hat, und welche Krankheiten müssen solchen Veranstaltungen unterworfen sein“ bot nicht das geringste Neue oder Interessante.

Als die hierbei in Frage kommenden Krankheiten wurden Blattern, Flecktyphus, Scharlach, Masern und Diphtheritis bezeichnet, als die geeigneten Verhaltungsmaassregeln Anzeigepflicht, Isolirung, womöglich Ueberführung in ein geeignetes Krankenhaus, Evacuation der Wohnung von Gesunden zum Behufe gründlicher Desinfection, Benutzung besonderer Vehikel zum Transport ansteckender Kranken u. s. w.

An obigen Vortrag schloss sich der des Dr. Levison (Kopenhagen) „Ueber Friedhöfe und die hygienischen Anforderungen an dieselben, eingeleitet durch eine Schilderung der Friedhofsverhältnisse in Dänemark.“

Redner führte an, dass der grössere Theil der dänischen Friedhöfe (1652 in Dörfern und etwa 100 in Städten) den an sie zu stellenden Anforderungen nicht genüge, indem an vielen Orten der Boden aus dichtem Lehm bestehe und das Grundwasser die Sohle des Grabes erreiche. In den meisten Orten Dänemarks lägen die Friedhöfe in der nächsten Nähe von Brunnen und Wohnungen, beinahe bei der Hälfte sämmtlicher Friedhöfe nicht weiter als 18 m entfernt, und die Folge davon sei eine an vielen Orten zu bemerkende Luftverderbniss. Obwohl man häufig versucht habe, die Nässe durch Drainage zu beseitigen, so sei das doch nicht überall geglückt, und an verschiedenen Orten habe man Epidemieen von ansteckenden Krankheiten, namentlich von Unterleibstyphus beobachtet, deren Ursache man in dem Genusse von Trinkwasser aus Brunnen, die durch benachbarte Friedhöfe verunreinigt gewesen seien, zu suchen gehabt habe. Wo die Friedhöfe so ungünstige sanitäre Beschaffenheit zeigten, wie in Dänemark

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sei es Pflicht der Behörden, den daraus entspringenden Gefahren vorzubeugen. Man müsse also Alles aufbieten, um eine rasche und unschädliche Zersetzung der Leichen herbeizuführen, und zu diesem Behuf sei die Feuerbestattung das geeignetste Mittel, die jedoch aus Rücksicht auf die Pietät nur als eine facultative einzuführen sei.

In der Discussion führte Referent unter Bezugnahme auf die in Sachsen im Jahre 1879 angestellten eingehenden Untersuchungen an, dass in Sachsen eine Verunreinigung der Brunnen von den Kirchhöfen aus nur in ganz vereinzelten Fällen nachzuweisen gewesen sei, in der Regel habe sich das Wasser der Kirchhofsbrunnen reiner erwiesen, als das der Brunnen in bewohnten Städten. Auch seien Gesundheitsschädigungen der nahe bei Kirchhöfen Wohnenden von den Kirchhöfen aus nirgends zu constatiren gewesen.

Nachdem Referent aus den Resultaten der damals angestellten Erhebungen das Wichtigste mitgetheilt, schloss er seine Ausführungen mit der Bemerkung, dass sanitäre Rücksichten wohl weniger zur facultativen Leichenverbrennung drängen würden, als die immer wachsende Schwierigkeit, in der Nähe grosser Städte das erforderliche Areal zur Errichtung von Friedhöfen zu erlangen.

In der am 16. August in Gemeinschaft mit der Section für Kinderheilkunde abgehaltenen Sitzung hielt der Vorsteher des K. Taubstummeninstituts in Kopenhagen, Pastor R. Malling-Hansen an der Hand graphischer Darstellungen einen Vortrag über Periodicität im Gewicht der Kinder, an täglichen Wägungen wahrgenommen.

Um die 130 Zöglinge des Institutes (72 Knaben und 58 Mädchen) mit möglichst wenig Zeitverlust täglich zu wägen, hat er Knaben und Mädchen in je 8 Altersklassen eingetheilt, und wägt nun die Kinder jeder Abtheilung gleichzeitig auf einer Centesimalwage, auf welcher jede Reihe von 8 auf einander folgenden Wägungen in Zeit von nur 5 Minuten vorgenommen werden kann: die Knaben werden jeden Morgen um 6 Uhr, sowie sie aus dem Bett kommen, und jeden Abend um 9 Uhr, ehe sie zu Bett gehen, gewogen, jedesmal haben sie nur Hemd, wollene Jacke und Strümpfe an. Die Mädchen hingegen werden voll angezogen, gleich nach dem Mittagessen, um 2 Uhr gewogen.

Als die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchungen sind folgende zu bezeichnen: Die bleibende Gewichtsvermehrung des Kindes vollzieht sich nicht ebenmässig das ganze Jahr hindurch: es erstreckt sich vielmehr eine Periode des Stillstandes in der Gewichtsvermehrung mit darauf folgendem Gewichtsverlust von Anfang Mai bis über die Mitte Juli hinaus, in den Monaten August bis October tritt hingegen eine Periode sehr starker Gewichtsvermehrung ein, in dem darauf folgenden Theile der Wägezeit schwankt das Gewicht auf und nieder. Die ganze Gewichtsvermehrung während eines Jahres vollzieht sich in Folge dessen so ungleichmässig, dass die eigentliche Gewichtsvermehrung nur in dem fünften Theile des Jahres erfolgt, während die übrige Zeit mit Gewichtsverlust und dem Ersatze derselben vergeht. Die Gewichtszunahme der Kinder war in dem Jahre, in welchem eine rationellere Ernährung derselben (durch Milch und Weissbrot) stattfand, nicht grösser, als in dem vorhergehenden Jahre, in welchem noch nach früherer Gewohnheit, mehr Schwarzbrot und Dünnbier verabreicht worden war. In der Discussion warnt Jacobi (Newyork) davor, dass man aus letzterer Thatsache nicht etwa schliessen wolle, es sei gleichgültig, ob man ein Kind rationell oder irrationell ernähre: die Zunahme des Körpergewichts allein sei noch kein Beweis für die Zunahme der Gesundheit, es handle sich nicht darum, Kinder heranzumästen, sondern man müsse für einen gesunden Aufbau des Organismus Sorge tragen.

Der Vortrag des Prof. Jaederholm (Stockholm) „über die Anwendung der Spectralanalyse in medico-forensischen Fragen, besonders mit Rücksicht auf die sichere Erkennung der Kohlenoxydvergiftung“ enthielt ebensowenig, wie der des Dr. Selmer (Kopenhagen) „über die Mittel zur Verhütung des Missbrauches geistiger Getränke“ etwas Neues und Interessantes. — Am 16. August Nachmittag fand die letzte Sectionssitzung und damit der Schluss der Verhandlungen statt.

IX. II. Hauptversammlung des Preussischen Medicinal-Beamten-Vereins. Berlin, 25.—27. September 1884.

(Siehe Nr. 40. 41. 42. 43.).

VI.

Herr San.-Rath Kreisphysikus Dr. Litthauer: Ueber Cholerabeobachtungen im Lichte der Forschungsresultate der neueren Zeit.

(Schluss aus No. 45.)

In der Choleraliteratur finden sich Fälle einer solchen Massenerkrankung verzeichnet. Der Vortragende erinnert an die von Hirsch in seinem Bericht über die Cholera im Jahre 1873 erwähnten Erkrankungen in Kulmsee. In diesem Städtchen erkrankten in 20 Häusern, in denen ausschliesslich verunreinigtes Trinkwasser benutzt wurde, 55 Personen, von denen 26 starben.

Diese von dem Vortragenden supponirte gleichmässige Vertheilung von Infectionskeimen im Wasser erfolgt aber nicht constant, wie Koch gezeigt hat, der auf die allgemeine Erfahrung hinweist, dass um die Einmündungsstellen von Rinnsteinen in grössere Wasserbehälter sich trübe Massen ansammeln, welche der Sitz von vielen Bakteriencolonien sind. In gleicher Weise gruppiren sich um Pflanzen, welche sich im Wasser befinden, Schwärme von Bakterien. Hier finden dieselben die für ihre Existenz und Fortpflanzung hinreichende concentrirte Nahrung, die ihnen an andern Stellen fehlt. Diese Betrachtungen Koch's haben natürlich nur für grössere Wassermassen Giltigkeit, für gewöhnliche Brunnen nicht, da der Durchmesser des Brunnenkessels in der Regel nur ein bis zwei Meter lang ist, und für eine gleichmässige Mischung der einzelnen Bestandtheile durch häufiges Schöpfen und Pumpen gesorgt wird. Nach der Ansicht des Vortragenden mussten also nach dem Genuss inficirten Trinkwassers relativ sehr viele Erkrankungen auftreten. Dieser Annahme steht aber die allgemeine Annahme gegenüber, dass die individuelle Disposition der Menschen für die Cholera eine sehr geringe sei. Der Vortragende kann dieser Ansicht nicht unbedingt beitreten; er macht darauf aufmerksam, dass, da der Infectionsstoff bei Cholerakranken ausschliesslich an den Excrementen und den durch diese verunreinigten Effecten, Wäsche etc. haftet, die Umgebung der Kranken die Wärter, der Arzt eigentlich keine Gelegenheit haben, mit dem Infectionsstoff in Berührung zu kommen. Die Wäsche wird mehr oder minder stark zusammengerollt von den Kranken genommen und in der Regel schnell aus dem Krankenzimmer entfernt, wie soll es da unter gewöhnlichen Verhältnissen so oft zu einer Infection kommen? Die Wäscherin, welche die Wäsche entfaltet und mit derselben längere Zeit zu thun hat, inficirt sich. Bei schlechten socialen Verhältnissen, wenn nicht für die schnelle Entfernung der Excremente und der beschmutzten Wäsche etc. Sorge getragen wird, wenn diese Träger der Infectionskeime eine relativ grosse Oberfläche darbieten, kommt es in der That zu vielfachen Erkrankungen. Der Vortragende meint, dass die Krankheiten, bei denen der Infectionsstoff in dem Darmcanal und in den Dejectionen gelegen ist (Cholera, Jleotyphus, Dysenterie), viel weniger infectiös sind, als diejenigen, bei denen der Infectionsstoff vermuthlich der Oberfläche des Körpers anhaftet (Masern, Pocken, Scharlach, Flecktyphus etc.). Dies liegt wohl zum Theil wenigstens daran, dass bei den ersteren die Gelegenheit zur Infection eine relativ geringe, nicht dass die individuelle Disposition der Menschen zu denselben eine so geringe ist. Allein es ist ja eine allgemeine Erfahrung, dass die individuelle Disposition durch diätetische Excesse bedeutend gesteigert werden kann, und dann hat ja Koch nachgewiesen, dass die Bacillen nicht in saurer Nährgelatine und Fleischbrühe wachsen. Der Vortragende ist weit davon entfernt, diese Erfahrungen und so bedeutsamen Beobachtungen Koch's nicht zu respectiren, er meint nur, dass man aus denselben nicht zu weit gehende Schlüsse bezüglich der individuellen Immunität ziehen, ganz besonders dieselben nicht für den Modus der Verbreitung der Cholera verwerthen darf. Es wird ja sehr häufig wahrgenommen, dass Personen, die an einem Orte gesund bleiben, an einem andern krank werden. Der Vortragende muss auch bei gesunden Personen eine relativ grosse Disposition für die Cholera voraussetzen. Wie wäre es sonst zu erklären, dass, wie Hirsch berichtet, in dem Krankenstift Scheibe bei Glatz in der Nacht vom 10. zum 11. August 1873 plötzlich acht gesunde Krankenpflegerinnen an der Cholera erkrankten und dann an dieser starben, und dass zwei Tage darauf in demselben Zimmer noch weitere 15 Erkrankungen vorkamen. Wie wären die Beobachtungen des Vortragenden z. B. in Xions zu deuten. Von ca. 47 Erkrankungen kommen auf ein Haus 11, auf ein zweites 6, auf ein drittes 5, auf drei andere Häuser je 4 Erkrankungen. Viel mehr als 11 Personen wohnen in einem Hause in Xions überhaupt nicht. — Nach diesen Auseinandersetzungen kehrt der Vortragende wieder zu der Betrachtung des Einflusses des Trinkwassers auf die Verbreitung der Cholera zurück. Er ist also der Ansicht, dass inficirtes Trinkwasser auch in hohem Grade infectiös wirken wird. — Das diffuse Auftreten der Cholera spricht, wie Virchow *hervorhebt*, dafür, dass das Trinkwasser nicht den Haupteinfluss *auf die* Verbreitung der Cholera ausübe. Wenn dieser bestände, so hätten sich die Erkrankungen mehr um die Brunnen gruppiren müssen, während man mehr eine flächenartige Ausbreitung der Cholera wahrnimmt, und keineswegs die Verbreitung der Cholera mit dem „Wasserfelde“ sich deckt (Virchow). Diese Wahrnehmung konnte auch der Vortragende in allen Ortschaften, in denen er die Cholera zu constatiren hatte, machen. Es ist bekannt, dass Professor Foerster in Breslau der Hauptvertheidiger der Lehre ist, dass die Bildung umfangreicher Choleraheerde ausschliesslich durch das Gebrauchswasser (Trink- und Wirthschaftswasser) bedingt wird. Foerster stellte den Satz auf: „Orte mit reinem Wasser sind immun“.

Die Kreise Buk und Schrimm, in denen der Vortragende die Cholera zu beobachten Gelegenheit hatte, haben nur Brunnen der primitivsten Art, und das Wasser in denselben ist keineswegs unverdächtig. Es enthält fast überall Ammoniak, Salpetersäure, organische Substanzen etc. Wenn trotzdem die geographische Verbreitung der Cholera eine so eigenthümliche ist, so mussten in diesen Kreisen andere Verhältnisse als die Beschaffenheit des Wassers auf die Verbreitung der Cholera influiren. Foerster hat eine zu allgemeine Communication zwischen dem Inhalte der Retiraden und den Brunnen zu Cholerazeiten angenommen, er hat doch nur die Möglichkeit einer solchen Communication erwiesen und das Bestehen derselben in einzelnen Fällen dargethan. Im Jahre 1873 trat die Cholera bei so niedrigem Wasserstande auf, dass oft die Erde zwischen den Retiraden und den Brunnen vollständig trocken, und dass ein Durchsickern des Retiradeninhaltes in die Brunnen unmöglich war. Der Vortragende ist daher der Ansicht, dass die Beobachtungen gegen den Foerster'schen Satz, dass die Bildung grösserer Choleraheerde ausschliesslich durch schlechtes Trinkwasser (im chemisch-biologischem Sinne) bedingt werde, sprechen, wenn er auch gern einräumt, dass Foerster sehr werthvolle Thatsachen für die Beurtheilung des Einflusses des Gebrauchswassers auf die Verbreitung der Cholera mitgetheilt hat. Der Vortragende resumirt seinen Standpunkt in der Trinkwasserfrage dahin, dass die Verbreitung der Cholera durch das Trinkwasser möglich ist und auch wirklich bedingt wird, dass aber das Wasser nicht das ausschliessliche und, wenn überhaupt, nur in sehr seltenen Fällen das den Charakter einer Epidemie bestimmende Vehikel des Cholerakeimes ist. Einen empirischen Beleg für den ersten Theil dieses Satzes hat Koch durch seine Beobachtungen in Calcutta geliefert, welche den Werth eines Experiments haben. Weder die unmittelbare Ansteckung von Person zu Person noch die mittelbare durch Gegenstände (Speisen, Trinkwasser, Wäsche etc.), die mit den Provenienzen Cholerakranker beschmutzt sind, genügt, um die Verschiedenartigkeit der Verbreitung der Cholera zu verschiedenen Zeiten und die eigenthümliche, oft von der Grösse des Verkehrs unabhängige Lokalisirung der Cholera zu erklären, es bleibt also nichts anderes übrig, als den Bodenverhältnissen einen wesentlichen Einfluss auf die Verbreitung der Cholera einzuräumen. Der Vortragende glaubt aber nicht den Bodenverhältnissen

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine specifische Bedeutung beilegen zu müssen, er meint, dass der von Koch geführte Nachweis, dass feuchte, mit thierischen Verwesungsstoffen imprägnirte Erde ein guter Nährboden für den specifischen Bacillus ist, uns eine hinreichende Grundlage für die Erkenntniss des Einflusses der Bodenverhältnisse auf die Verbreitung der Cholera bietet.

Der Vortragende hält es nicht für ausgeschlossen, dass der Infectionskeim eine ganz kurze Strecke in der Luft davongetragen wird. Dieser Annahme steht allerdings die von Koch gefundene Thatsache gegenüber, dass der Cholerabacillus keinen Dauerzustand hat, und dass der Keim im trockenen Zustande verödet und untergeht. Sollte es aber nicht möglich sein, dass der Kommabacillus auch im feuchten Zustande in die Luft gelangt und mit dieser fortbewegt wird? Eine fernere Schwierigkeit findet die Annahme, dass die Cholera durch die Luft verbreitet wird, in dem von Koch erwähnten Umstande, dass alle Erfahrungen, die über Infectionsstoffe und Mikroorganismen gesammelt sind, dagegen sprechen, dass Bakterien bei Verdunstungsprocessen gewissermaassen in das Destillat übergehen. Wie verhalten sich aber die Bakterien beim Aufsteigen nebliger oder dunstiger Luft, werden sie nicht durch diese fortgerissen, wie Virchow und mit ihm die wissenschaftliche Deputation annimmt? Ist bei allen Infectionskrankheiten, die durch die Luft übertragen werden, ein Trocken- oder ein Dauerzustand des Infectionskeimes nachgewiesen worden? Ist ein solcher besonders bei den Wundkrankheiten, die doch durch die Luft in den Hospitälern übertragen werden können, beim Erysipelas bereits nachgewiesen worden? Die thatsächlichen Unterlagen scheinen dem Vortragenden für die Frage der Verbreitung der Cholera durch die Luft noch nicht klar zu liegen, er glaubt sich daher wenigstens so ausdrücken zu können, dass der Nachweis, dass die Cholera nicht durch die Luft verbreitet wird, noch nicht geliefert worden ist.

Aus dem Umstande, dass der Cholerabacillus keinen Dauerzustand hat, darf man nicht schliessen, dass der Bacillus in allen Fällen schnell abstirbt. Koch constatirte, dass ein Conglomerat von Bacillen schwer trocknet, er hält es daher für möglich, dass zusammengepackte Wäsche noch nach einigen Wochen feucht sein und lebensfähige Bacillen enthalten kann. Zur Illustrirung dieses Satzes führt der Vortragende zwei von Pappenheim mitgetheilte Fälle an, in denen Betten und Sachen von Cholerakranken ca. vier Wochen nach dem Tode derselben zu neuen Ansteckungen Veranlassung gegeben haben.

Bezüglich der von Koch ventilirten Frage, ob es nicht zweckentsprechend wäre, die Sanitätsbeamten mit den neuen Untersuchungsmethoden, Culturversuchen etc. bekannt zu machen, bemerkt der Vortragende, dass dieselbe durchaus keine Doctorfrage ist. Er führt eine polizeiliche Anzeige vom 5. August 1873 an das Landrathsamt zu Schrimm an, in der gemeldet wird, dass drei Kranke „nur an Brechruhr leiden", während am 8. August berichtet wird, dass diese schon am 5. von einem Arzte beobachteten Kranken doch schliesslich an der Cholera erkrankt, und dass neue Choleraerkrankungen aufgetreten sind.

Ueber die zur Abwehr der Cholera zu ergreifenden prophylaktischen Maassregeln spricht der Vortragende nicht, er dankt aber der Centralverwaltung für den letzten Erlass des Herrn Ministers, der die beiden hygienischen Desiderata Virchow's erfüllt: „man hüte sich vor Ansteckung und kehre vor seiner Thür."

In der Discussion kann sich Herr Deutschbein-Herzberg mit der Ansicht Koch's, die Veränderungen des Blutes in der Cholera seien nur secundärer Natur, nicht einverstanden erklären. Das Gemeinsame der Infectionskrankheiten bestehe in einer Vergiftung des Blutes und dass sie auch bei der Cholera das Primäre sei, gehe aus verschiedenen Beobachtungen hervor. Die Blutveränderung komme wie bei anderen Infectionskrankheiten schon vor dem Ausbruch der Cholera selbst vor, die Incubationsdauer der Cholera schwanke. Sie könne 24 Stunden, ja nur wenige Stunden dauern. Ohne die Annahme einer Dauerform der Cholera hält Herr H. viele Erscheinungen in ihrem Auftreten für unerklärbar und sucht dies in einer Reihe von Beispielen darzulegen. In seinem Schlusswort meint Herr Litthauer, dass wohl alle Aerzte der contagionistischen Theorie zustimmten und wendet sich gegen die Ansicht des Vorredners, die Blutinfection sei das Primäre, indem er sich auf die einschläglichen Forschungsresultate Koch's bezieht. Was die Frage der Dauerform anlangt, so will Herr L. ehe er sich entscheidet, noch das Ergebniss weiterer Untersuchungen abwarten, für wichtig hält er allerdings, dass der Infectionsstoff einige Zeit ruhen könne, um dann noch ansteckend zu wirken.

X. Die Cholera.

XIX.

Weiterer Verlauf der Epidemie.

1. Frankreich.

Die Cholera in Paris. Mehrfach und zuletzt noch in der vorigen Nummer haben wir auf die Cholerafälle in der Umgegend von Paris (Aubervilliers und St. Ouen) hingewiesen. Sie wurden absichtlich todtgeschwiegen oder für Cholera nostras erklärt. Jetzt endlich, nachdem die Seuche eben in Paris selbst ihren Einzug gehalten hatte, berichtete Herr Dejardin Baumetz, ohne dass er dies wusste, über die Choleraepidemie in der Umgegend von Paris der Academie der Medicin. Jene beiden Orte befinden sich in sehr schlechten sanitären Verhältnissen und besonders die am heftigsten befallenen Wohnungen, welche sich zu drei Heerden gestalteten, scheinen in hygienischer Beziehung ganz verwahrlost gewesen zu sein. Dass bis auf einen Fall keine Verbindung zwischen dem Beginn der Epidemie in Aubervilliers und irgend einem inficirten Orte Südfrankreichs (in jenem Fall war Perpignan der Ausgangsort) festgestellt werden konnte, beweist nichts gegen die Einschleppung. Ebenso legen wir keinen Werth darauf, dass die Herren Straus und Roux den Kommabacillus nur bei einem tödtlich verlaufenen Falle von Cholera nostras gefunden haben wollen.

Abgesehen davon, dass sich der prophylactische Werth des Kupfers bei einigen Kupferarbeitern nicht bewährte, ist der Schluss des, am 4. November, erstatteten Referates interessant. In diesem spricht Dujardin-Baumetz der kleinen Epidemie zu Aubervilliers jede Bedeutung für Paris ab, welches „bekanntlich" von der Seuche verschont geblieben sei.

Inzwischen war der erste Choleratodesfall in Paris am 3. November constatirt worden. Die Erkrankungs- wie die Todesfälle nahmen seitdem stetig zu. Am 4./5. November hatte man 23 Cholerakranke in den Hospitälern, von denen 80 % schnell erlagen. In der Zeit von 12 Uhr Nachts des 9. bis 12 Uhr Mittags des 10. Novembers zählte man 55 neue Erkrankungen mit 22 Todesfällen. Wir werden auch über Paris, wie wir es bezüglich Italiens gethan haben, regelmässige Uebersichten der Erkrankungs- und Todesfälle bringen. — In Nantes am 3. Nov. 14 Neuerkrankungen und 10 Todesfälle, am 4. Nov. 18 bzw. 6, 5. Nov. 9 bzw. 4.

2. Italien.

Wenn auch die öffentlichen Bulletins vielleicht nicht mehr alle die vereinzelten Fälle, welche in der oder jener Provinz vorgekommen sein mögen, enthalten, so ist die Zahl derselben doch so gering, dass man eigentlich von einer Epidemie nicht mehr reden kann. Am 31. October ist gar kein Fall zu verzeichnen gewesen und seit 1. November sind es nur die Provinzen Caserta, Chieti, Cuneo und Neapel, welche noch einige wenige Fälle aufzuweisen haben.

Venedig, 8. November 1884.

Provinzen.	23.		24.		25.		26.		27.		28.		29.		30.		31.		1. Nov.		2.		3.		4.	
	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.
Provinz Aquila	8	3	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Brescia	4	3	7	6	3	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Campobasso	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Caserta	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	3	2	3	2	—	—	—	—	9	4	—	—	2	—
Chieti	—	—	7	3	7	2	4	3	1	—	3	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—
Cosenza	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cremona	6	4	—	—	6	—	5	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuneo	—	—	—	—	—	—	11	—	9	1	8	3	—	—	5	5	—	—	8	—	7	—	—	—	—	—
Ferrara	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mailand	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Modena	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Neapel: Stadt	14	2	17	1	6	2	5	7	5	3	5	6	4	3	3	4	—	—	—	—	2	3	9	2	2	—
Vorherg. Fälle	—	10	—	8	—	4	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Provinz	10	9	11	8	4	5	4	2	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Novara	6	7	—	—	5	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Salerno	2	2	3	5	—	—	5	2	5	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gesammtzahl der Fälle	51	40	45	31	31	18	44	20	26	9	23	14	7	6	22	11	Kein Fall!		8	—	18	7	11	4	4	—

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XI. Oeffentliches Sanitätswesen.

Amtliches.

Bekanntmachung der Königl. Regierung zu Breslau am 25. October 1884.

In einer der ländlichen Ortschaften des diesseitigen Regierungsbezirkes hat sich der beklagenswerthe Fall ereignet, dass in Folge des Genusses von Brot, welches aus mutterkornhaltigem Roggen bereitet war, eine Person gestorben ist und fünf andere schwer erkrankt waren. Der von vorjähriger Ernte gewonnene Roggen war so stark mit dem giftigen Mutterkornpilz vermengt, dass drei Mässchen ($^3/_4$ Metzen) Roggen schon fast eine Obertasse Mutterkorn enthielten.

Die gerichtliche Untersuchung hat ergeben, dass weder der Eigenthümer des fraglichen Getreides, noch der Müller, welcher den Roggen gemahlen hatte, von den giftigen Eigenschaften des Mutterkorns und den Gefahren, welche aus dem Genusse eines mutterkornhaltigen Mehles für Gesundheit und Leben entstehen, Kenntniss hatte.

Zur Verhütung ähnlicher Unglücksfälle erscheint es nothwendig, die Bevölkerung auf die Gefährlichkeit des Genusses von Roggen, welcher mit Mutterkorn vermengt ist, und auf die Nothwendigkeit einer sehr sorgfältigen Reinigung solcher Getreidesorten wiederholt und in belehrender Weise durch die Kreis- und Stadtblätter, wie dies schon durch die Circularverfügung vom 23. September 1882 angeordnet war, aufmerksam zu machen.

Auch sind nach Maassgabe des Reichsgesetzes vom 14. Mai 1879 (R.-G.-Bl. S. 145ff.) die auf die Märkte gebrachten und im Handel vorkommenden Roggensorten und Mühlenproducte hinsichtlich einer Verunreinigung durch Mutterkorn eingehend zu untersuchen, eintreffenden Falles aber gegen die Schuldigen das gesetzlich vorgeschriebene Strafverfahren einzuleiten.

Der mit Mutterkorn verunreinigte Roggen ist, wie schon in der vorgedachten Verfügung mitgetheilt worden, noch in anderer Richtung gefährlich, wenn die bei der Reinigung entstehenden Abfälle als Viehfutter verwendet werden, indem dergleichen Abfälle die Gesundheit des damit gefütterten Viehes zu zerstören und selbst den Tod herbeizuführen geeignet sind.

Das Mutterkorn (Secale cornutum) bildet im vollendeten Zustande stumpf-dreieckige, hornartig gekrümmte, bis 4 cm lange und 6 mm dicke Körperchen, die sich im ausgedroschenen Getreide unschwer erkennen lassen, da sie sich sowohl durch die dunklere Färbung, wie auch durch ihre grössere und eigenthümliche Form von den Roggenkörnern deutlich abheben.

Das durch Mutterkorn verunreinigte Mehl ist zwar, wenn die Beimischung von Mutterkorn nicht sehr beträchtlich ist, nur mittelst des Mikroskops und auf chemischem Wege als solches zu erkennen. Mit Mutterkorn stark vermischtes Mehl nimmt aber bei längerer Aufbewahrung eine graue Farbe an und erhält einen bitteren Geschmack, so dass die Verunreinigung auch hier schon wenigstens vermuthet werden kann.

Königl. Regierungs-Präsident.
gez. von Junker.

An das Königl. Polizei-Präsidium zu Breslau.

XII. Kleinere Mittheilungen.

— Berlin, 11. November. Die medicinische Facultät der Berliner Universität hat am 11. November wiederum eine Sitzung abgehalten und es wird ihr sofort eine Sitzung des Senates folgen. Man kann, ohne auf eine besondere Prophetengabe Anspruch zu erheben, annehmen, dass die Facultät sich mit der Herrn Schweninger verliehenen ausserordentlichen Professur beschäftigt hat. Unsere Leser wissen freilich, dass wir ihnen keine Hoffnung machen können, über die Verhandlungen und Beschlüsse der Facultät an dieser Stelle authentische Mittheilungen zu erhalten, diese Resignation soll uns aber nicht hindern, unsern eigenen Standpunkt dahin zu präcisiren, dass wir zuvörderst, während wir selbstverständlich die realen Rechte der Facultät aufrecht erhalten wissen wollen, einen Conflict derselben mit dem trefflichsten Medicinal-Minister, den wir seit Altenstein besessen haben, Herrn Dr. v. Gossler auf das tiefste bedauern würden. Wir glauben, dass eine Ausgleichung möglich ist und hoffen, dass sie erzielt werden wird. Wie recht wir aber hatten den Combinationen und Gerüchten über das „einstimmig" beschlossene „Vorgehen" der Facultät nicht ohne Weiteres zu trauen, ergiebt sich nunmehr aus einer, wie wir glauben, sehr autorisirten Mittheilung der Nationalzeitung. Ihr zufolge hat die Facultät ihre Bedenken gegen die Ernennung des früheren Münchener Docenten Tit.-Prof. Dr. Schweninger zum ausserordentlichen Professor dem Senate der Universität vorgetragen, mit dem Anheimgeben, in dieser Angelegenheit die Interessen der Berliner Hochschule wahren zu wollen. (!)

Wir dürfen hiernach demnächst Weiteres erwarten und man wird uns jetzt noch mehr als früher darin Recht geben, dass, für uns wenigstens, kein Grund vorlag, im Vertrauen auf Gerüchte, Combinationen und Indiscretionen die betreffende Angelegenheit anders als mit grosser Zurückhaltung so lange zu behandeln, als weder Facultät noch Senat sich in authentischer Form geäussert hatten. Diese Zurückhaltung zwingt allerdings, auf die Beibringung sensationellen Lesestoffes zu verzichten, dient aber, davon sind wir überzeugt, um so mehr den dauernden Interessen der Facultät sowohl wie denen der Studirenden. P. B.

— Berlin. Prof. Dr. Koebner ist zum Ehrenmitgliede der Dermatological society in London ernannt worden. Ausser ihm wurden von Ausländern ernannt Hardy-Paris, Duhring-Philadelphia und Kaposi-Wien.

— Die Sachverständigen Commission zur Berathung des mit der Ausführung des Reichs-Impf-Gesetzes in Verbindung stehenden Fragen, über die in der letzten Nummer berichteten, ist mit ihrer Berathung in der vorigen Woche zum Schlusse gekommen.

Die Norddeutsche Allgemeine Zeitung brachte am 2. November einen Artikel, der mit vollem Recht darlegt, dass sich das Reichs-Impf-Gesetz durchaus bewährt hat. Wie wir hören, ist das Resultat dieser Berathungen durchaus befriedigend.

Selbstverständlich waren die 3 Gegner des Impfzwanges, die Herren Betz, Weber und Böhing nicht mit demselben einverstanden. Einstimmigkeit herrschte aber ausser ihnen für die Beibehaltung des Impfzwanges und den allmählichen Ersatz der humanisirten Lymphe durch animale Vaccine.

Hoffentlich werden recht bald die Verhandlungen wie die Beschlüsse der Commission veröffentlicht werden, jedenfalls aber wohl in einer besonderen Denkschrift, die zweifellos dem Reichstag zugehen wird.

— Wir haben uns gehütet, den politischen Zeitungen die Mittheilung zu entnehmen, dass Dr. Hans Meyer, Docent der Pharmakologie in Dorpat auf Veranlassung des Herrn Cultusminister Dr. v. Gossler nach Marburg berufen sei, denn während die Thatsache selbst ja richtig ist, enthielt die Mittheilung dennoch offenbare Unrichtigkeiten. Bekanntlich ist Dr. Hans Meyer, Professor der Pharmakologie und Director des pharmakologischen Institutes der Universität Dorpat. Er wurde mit Professor Dr. Hofmeister in Prag Seitens der medicinischen Facultät zu Marburg ex aequo für die ordentliche Professur der Pharmakologie dem Ministerium präsentirt, worauf der Herr Minister Prof. Dr. Hans Meyer berief. Derselbe hat den Ruf angenommen und wird schon in einigen Wochen nach Marburg übersiedeln.

XIII. Personalien.

Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, Allerhöchst Ihrem stellvertretenden Leibarzt, Generalarzt II. Klasse, Regimentsarzt des Garde-Kürassier-Regiments Dr. Leuthold in Berlin die Erlaubniss zur Anlegung des ihm von Sr. Majestät dem Kaiser von Russland verliehenen St. Annen-Ordens II. Klasse in Brillanten zu ertheilen.

Ernennungen: Der Regierungs- und Medicinal-Rath Dr. Freiherr von Massenbach zu Köslin ist in gleicher Eigenschaft an die Königliche Regierung in Coblenz versetzt worden. Der practische Arzt Dr. Moritz in Gusow ist zum Kreisphysikus des Kreises Schlochau mit Anweisung seines Wohnsitzes in Schlochau und der practische Arzt Dr. Nauwerk zu Ohlau zum Kreisphysikus des Kreises Guhrau mit Anweisung seines Wohnsitzes in Guhrau ernannt, sowie der Kreis-Wundarzt Dr. Esch-Waltrup zu Zell a. Mosel aus dem Kreise Zell in gleicher Eigenschaft in den Landkreis Köln versetzt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte: Dr. Davidsohn, Dr. Rosenheim und Dr. Feilchenfeld in Berlin, Behrens in Dobrilugk, Dr. Blaesing in Lauenburg i. Pom., Strucksberg in Erkrath und Dr. Frank in Boppard. Die Zahnärzte: Behrendt und Meck in Berlin.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. Sachs von Hamburg, Dr. Bernstein von Charlottenburg, Dr. Cohnstein von Heidelberg, Dr. Eltze von Wittenberg, Dr. Gisevius von Freienwalde, Dr. Prüssian von Wiesbaden, Dr. Bamberger von Spandau, Dr. Boehler von Schöneberg, Dr. Decker von Schwey, Sanitätsrath Dr. Hüller von Driburg, Dr. Willemer von Göttingen, Dr. Bardach von Frankfurt a. M. und der Zahnarzt Kuntzen von Aachen sämmtlich nach Berlin. Von Berlin fort Dr. Lomer, Dr. Lang nach Hildburghausen, Dr. Peltesohn nach Schwersenz, Dr. Heimann nach Charlottenburg und Dr. Kramer nach Göttingen, Dr. Blittersdorf von Dobrilugk nach Leipzig, Dr. Schille von Lassan nach Drossen, Dr. Schulze von Königswalde nach Trittisch, Dr. Kersten von Salzwedel als Kreis-Wundarzt nach Guben, Dr. Meyer, Dr. Faber und Dr. Doerr von Bonn sämmtlich nach ausserhalb; Dr. Schadow von Krefeld nach Düsseldorf, Dr. Rumpe von Bonn nach Krefeld, Dr. Leun von Gross Linden nach Duisburg, Martin von Neukirchen nach Wermelskirchen, Dr. Dahm von Schleswig nach Beyenburg, Dr. Hlubek von Beyenburg nach Brieg und Dr. Herold von Dirmstein nach Trarbach.

Verstorben sind: Der Kreisphysikus Dr. Schoelermann zu Meldorf und der Arzt Dr. Schmitt in Oberpleis.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Lüdecke in Berlin hat seine Apotheke an den Apotheker Friedlaender in Berlin und dieser die seinige an den Apotheker Sachs verkauft. Der Apotheker Schulz in Charlottenburg die seinige an den Apotheker Wachsmann, der Apotheker Merschein in Kempen ist gestorben und dem Apotheker Ooms die Verwaltung seiner Apotheke übertragen worden. Der Apotheker Boerig in Barmen ist gestorben.

Vacant: Kreisphysikat zu Meldorf Kreises Süderdithmarschen.

Berichtigung.

Der Druckfehlerteufel treibt neuerdings sein Unwesen in malitiösester Weise. So muss es No. 45 S. 740 in der Notiz über das Laboratorium des Herrn Prof. Dr. Zuelzer statt „Nervenkranke" heissen — „Nierenkranke".

Donnerstag **№ 47.** 20. November 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Ueber therapeutische Verwerthung der localen antisyphilitischen Wirkung des Quecksilbers.

Vortrag in der inneren Section der Naturforscher-Versammlung zu Magdeburg gehalten

von

Prof. **Köbner**-Berlin.[1])

Bei der fast allgemeinen Annahme, dass die Quecksilberpräparate auf alle syphilitisch erkrankten Organe nur vom Blute aus und auf alle gleichmässig wirken, pflegt man bei Behandlung der Syphilis die Erzielung einer allgemeinen Mercurialisation für das einzig Erstrebenswerthe, die Oertlichkeit ihrer Application aber, insbesondere der zur cutanen Behandlung der Syphilis verwandten Präparate, für ganz nebensächlich zu halten. Dem gegenüber dürfte sich die Anführung einer Reihe von Thatsachen rechtfertigen, welche zunächst eine directe, örtliche Einwirkung des Quecksilbers auf syphilitische Gewebe präciser und allgemeiner, als es von einzelnen, besonders älteren Beobachtern her bekannt ist, vor die Augen führen, und weiter auch eine methodische therapeutische Nutzanwendung ermöglichen, ja geradezu erheischen. Die zunächst örtliche antisyphilitische Wirksamkeit der von der Haut aus angewandten Präparate, lässt sich bei ihrer epidermatischen, endermatischen, sowie hypodermatischen Application beobachten.

Am bekanntesten und relativ am meisten praktisch [illegible] seit Siegmund's Empfehlung, berücksichtigt ist die endermatische. Nicht blos lösliche Hg-Salze, sondern auch unlösliche und metallisches Hg in Form von grauer Salbe oder Hg-Pflaster, heilen umfangreiche Sclerosen rascher, und vor Allem bringen sie vollständiger zur Aufsaugung, als die jetzt zumeist verlassenen Aetzmittel oder das jetzt auch hierbei moderne Jodoform, und oft gelingt es uns, durch örtliche Mercuranwendung Indurationen zu beseitigen, welche trotz mercurieller Allgemeinbehandlung, gleichviel mit welcher Methode, zurückgeblieben sind. Diese vergleichsweise viel grössere örtliche Wirksamkeit auf Initialsclerosen habe ich auch bei directen Umschlägen mit 1procentiger Lösung von Hg-Formamid, verglichen mit blossen subcutanen Injectionen desselben, gesehen, wodurch, beiläufig bemerkt, die Theorie von seiner nothwendigen Spaltung im Blute nicht gerade gestützt wird. — Demnächst sind auf sogenannte secundäre und tertiäre Ulcerationen der Haut und der Schleimhäute, sowie auf breite Condylome die Hg-Präparate noch am öftesten gebräuchlich. Wenn jedoch diese ihre endermatische Wirkung die Auffassung zulässt, wie sie u. A. das jüngst erschienene treffliche Lehrbuch der Arzneimittellehre von Harnack-Buchheim vertritt, dass es sich hierbei nur um eine ätzende, allenfalls auch antiseptische Wirkung der Hg-Präparate handle — eine Annahme, die ich auch für das Hg-Formamid in der genannten Lösung durch Aufträufelung oder Umschlagen derselben auf beliebige Wundgranulationen, sowie auf die Basis frisch mit der Scheere abgetragener Pemphigusblasen zu prüfen suchte, und wonach sich in der That nach einigem Zuwarten eine zarte, graue, immerhin als feinste Verschorfung zu deutende Verfärbung oder Coagulation einstellt —, so ist die von Harnack „als noch unerwiesen bezeichnete Annahme, dass das syphilitische Gift durch Quecksilber sicherer, als durch andere Stoffe (resp. Aetzmittel) zerstört werden könne," eindeutiger zu stützen durch gewisse Beobachtungen bei der subcutanen Injection. Schon 1868 führte ich mehrere solche an, aus welchen ich die zunächst locale Wirkung des subcutan injicirten Sublimates erschloss. Einmal hatte ich breite Condylome an der dem Brustkorbe anliegenden Haut der Mamma, in deren Nähe ich 2 Sublimat-Injectionen gemacht hatte, auffällig rasch in 6 Tagen einsinken und eintrocknen gesehen, während jene am Anus und im Pharynx der Patientin ganz unverändert geblieben waren. Bei einer anderen Patientin war ein quer über den Schultergürtel verbreitetes, dicht gruppirtes papulöses Syphilid, in dessen Mitte ich mehrmals Sublimat subcutan injicirt hatte, rasch erblasst, während eine gleich grosse, quer über die Lendengegend zerstreute Gruppe dieses Syphilides sich nicht verändert hatte. Später hat Zeissl sen. gelegentlich eines Berichtes über seine Erfahrungen über subcutane Sublimatinjectionen bestätigt, dass exulcerirte Papeln, Sclerosen und Adenitiden denselben hartnäckig widerstehen, dass aber die beiden letzteren entschieden rascher resorbirt wurden, wenn in ihrer Nähe injicirt wurde. Ebenso deutlich kann man aber bei der epidermatischen Gebrauchsweise die zunächst directe örtliche Wirkung auf syphilitische Producte zur Anschauung bringen. Zunächst bei der Schmiercur.

Lässt man einen von allgemeiner Roseola papulosa bedeckten Kranken lediglich an den Extremitäten einreiben, so überdauert das Syphilid am Stamm — dessen sorgfältiges Freihalten von der Salbe vorausgesetzt — die Involution an den Extremitäten um 8 bis 10 Tage; sogar bei Einschluss des Rückens in die Inunctionen bleibt das Schwinden des Exanthems an der nicht eingeriebenen Vorderseite des Rumpfes im Rückstande. Als extremstes Beispiel in dieser Richtung kann ich eine Beobachtung an einem mit ungewöhnlich massenhaftem universellen papulösen Syphilid besäten Manne anführen, der am [illegible] haselnussgrosses Molluscum pendulum hängen hatte, auf welchem sich gleichzeitig 2 syphilitische Papeln befanden. Nachdem derselbe wegen der gleichzeitig vorhandenen enormen Drüsenschwellungen binnen 6 Wochen mit nicht weniger als 120 Gramm Ung. Hydr. einer. eingerieben worden, waren am ganzen Körper die Papeln schon seit 14 Tagen völlig eingesunken und zum Theil ganz unsichtbar geworden, theils nur noch an Pigmentresten kenntlich; einzig die 2 Papeln auf dem, von der Inunction des übrigen Rückens ausgeschlossenen Hautbeutel bestanden floride fort, und nun schnitt ich denselben ab[1]). An diese Wahrnehmungen reiht sich die andere, dass örtliche Inunctionen syphilitischer Adenitiden, sowohl der dem Infectionsherde nächstgelegenen sogen. Resorptionsbubonen, als der späteren, entfernt gelegenen, ungleich sicherer deren Abschwellung herbeiführen, als eine allgemeine Mercurialisirung, sei es durch innerlich gereichte Verbindungen einschliesslich des neuesten, sonst recht wirksamen Hydr. tannicum oxydul. oder durch eine schablonenmässige, sich auf ein für alle mal bestimmte Hautbezirke beschränkende Schmiercur oder durch Sublimat- resp. Formamid-Injectionen. Schon Siegmund hat die geringere Wirkung jener ersteren, als der nach seiner Art modificirten Schmiercur auf die Drüsenaffectionen berichtet und gleichzeitig die ganze Injectionsmethode für minder zuverlässig erklärt. Ergänzend treten hinzu Fälle, in welchen ich derbe Gummata der Haut und des Zellgewebes, besonders der Unterschenkel, Wochen lang von subcutanen Sublimat-Injectionen an den üblichen Stellen kaum merklich beeinflusst, dagegen bei topischen Einreibungen mit Unguent. einer. ziemlich rasch schwinden sah. Andere sahen papulöse Syphiliden am Kopfe nach 16 und mehr Hg-Pepton-Injectionen unverändert und erst nach Bedeckung mit Emplastr. Hydrarg. rasch heilen.

Alle genannten Beispiele dürften, nebenbei gesagt, ausreichen, um den Hauptantheil der Wirkung der epidermatisch applicirten Mercurialien ihrer directen Resorption durch die Haut und nicht, wie dies für die Inunctionscur seit Kirchgässer vielfach geglaubt wird, der

[1]) Dem Tageblatt der Naturforscher-Versammlung mit Zustimmung des Herrn Vortragenden entnommen.

[1]) Die mikroskopische Untersuchung von senkrechten, den breiten Stiel desselben, sowie die Papeln zugleich treffenden Durchschnitten erwies die durch ersteren eintretenden Gefässe völlig normal und bis in ihre capillaren Verzweigungen hinein überall offen, nur entsprechend den Papeln mit reichlicher perivasculärer und eine Strecke weit darüber hinausreichender kleinzelliger Infiltration im Papillartheil der Cutis. (Ergänzende Bemerkung des Verf.)

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalation des verdampften Quecksilbers zuzuschreiben. Doch will ich auf diesen Punkt hier nicht näher eingehen; ich verweise hierüber auf die unlängst in Strassburg von Dr. Nega publicirten, auf meine Veranlassung unternommenen „vergleichenden Untersuchungen über die Resorption und Wirkung verschiedener, zur cutanen Behandlung verwandter Quecksilberpräparate“ (Strassburg 1884, bei Trübner). Was ich hier nur betonen will, ist die ausgedehntere therapeutische Nutzanwendung im Sinne einer consequenten und methodischen Zuhülfenahme der localen, oder vielleicht richtiger gesagt, der regionären Anwendung des Quecksilbers neben der allgemeinen. Wenn wir in jeder nach einer Allgemeinbehandlung der Syphilis zurückgebliebenen Induration, um die primäre Geschwürsnarbe oder in den davon abgehenden Lymphgefässen, in jedem sonstigen Ueberbleibsel erkrankter Gewebe, vor allem aber in den vergrösserten Lymphdrüsen Keimstätten späterer Vermehrung des Giftes und neuer Ausbrüche zu erblicken haben, so müssen wir dieselben, so weit wir nur an sie herankommen können, überall durch directe oder regionäre mercurielle Einwirkung möglichst vollständig zu tilgen suchen. Es sind also z. B. für gewöhnlich die erkrankten Glandulae occipitales, mastoideae, cervicales, deren Lymphgefässrayon bei der jetzt üblichen Schmierkur nicht berücksichtigt wird, recht oft auch die inguinalen und cruralen nicht blos während, sondern auch längere Zeit nach Beendigung der allgemeinen Cur in weitem Umfange einzureiben, und zwar zur Schonung der Haut mit Pausen, da jede Entzündung derselben die Resorption erschwert. Bei extragenitalen Infectionen sind wiederum die am schwersten erkrankten und am hartnäckigsten zurückbleibenden Drüsen der correspondirenden Infectionsstelle am längsten zu berücksichtigen, bei Fingerschankern z. B. vorwiegend die cubitalen, axillaren und thoracischen, bei Lippenschankern die submaxillaren, suprahyoiden und Cervicaldrüsen. Wiederholt sah ich wallnussgrosse Packete dieser Drüsengruppen nach Sclerosen an den Lippen, wogegen von anderen Collegen nur die üblichen allgemeinen Inunctionen bis 100g und mehr angewandt worden waren, erst ganz erheblich zurückgehen bei örtlicher Einreibung, wozu viel kleinere Mengen genügten. Ferner kann man bei hartnäckigen Halsdrüsenanschwellungen öfter ulcerirte Stellen der Pharynxschleimhaut, besonders der Tonsillen, mit Vortheil für vorsichtige Auftragung von Quecksilbersalzlösungen benutzen. Jene Bemühungen zur Verkleinerung der Drüsen, wobei selbstredend der innere Arznei- namentlich Jodgebrauch höchst unterstützend wirkt, scheitern, wenn jene durch Scrophulose bedingt und schon vor der Syphilis erkrankt waren oder wenn sie durch Reizungszustände in ihrem Lymphgefässrayon unterhalten werden. Diese gilt es im Einzelfalle aufzusuchen und zu beseitigen, z. B. bei hartnäckigen Halsdrüsen nicht selten Ulcerationen im Nasenrachenraum.

In allen übrigen Fällen möge man wiederholt nach Pausen auf jene Residuen örtlich einzuwirken suchen, so lange bis durchaus keine weitere Verkleinerung zu erzielen und ihre völlige indurative Schrumpfung anzunehmen ist.

Ich will nur noch mit einem Worte berühren, dass ich dahin zielende Versuche nicht blos mit Ung. Hydr. ciner., sondern auch mit Sapo mercurialis nach Oberländer, mit ölsaurem Quecksilberoxyd, mit Emplastr. Hydr. und auch mit localen subcutanen Injectionen von Sublimat-Chlornatrium sowie von Hg-Formamid gemacht habe. Indess schienen mir alle anderen Präparate mehr zu reizen und abgesehen davon einen geringeren Effect zu haben, als frisch bereitete graue Salbe. Jedoch sind durchaus noch andere Versuche der Art geboten, wie überhaupt die Verwerthung der regionären Mercurialeinwirkung gewiss auch auf andere Localitäten noch möglich ist.

II. Ein Fall von centraler Gliomatose (Syringomyelie) des Halsmarks.

(Krankenvorstellung im Berliner Verein für innere Medicin am 3. November 1884.)

Von

Dr. Ernst Remak, Privatdocent.

M. H. Dieser 40jährige, mir am 27. Aug. d. J. von Herrn Geh.-Rath Dr. Hauck gütigst überwiesene Patient, Schlosser, führt die Anfänge seines Leidens auf eine 1873 überstandene rechtsseitige Lungenentzündung zurück. Nach derselben hatte er Reissen und taubes Gefühl in der linken Hand, und war schon damals das Gefühl für Wärme und Kälte seiner Erinnerung nach in dieser Hand beeinträchtigt. Dies besserte sich unter elektrischer Behandlung, während Schwäche und Abmagerung zurückblieben, aber nicht so hochgradig wie jetzt. Eine wesentliche Verschlimmerung trat 1875 nach einem schweren Typhus ein. Seitdem traten permanente Zuckungen der Muskeln des linken Armes auf, welche im Vorderarm und der Hand mit der Entwicklung der jetzt bestehenden Atrophie nachliessen. Trotzdem vermochte er noch bis Ende 1883 in einer hiesigen Maschinenfabrik als Schlosser mit Unterbrechungen zu arbeiten. So bekam er vor mehr als drei Jahren bei der Arbeit eine Anschwellung des linken Oberarmes, derentwegen er in die poliklinische Behandlung des Herrn Collegen P. Güterbock kam, dessen mir freundlichst überlassene Notizen lauten:

20. April 1881. Schwäche im linken Arm angeblich vom Schulterblatt bis zur Hand. Auf dem linken Oberarm findet man in der Bicepsfurche einen circumscripten taubeneigrossen harten Tumor. Diagnosis dubia. Mitella. Hydropathischer Umschlag. 26. April. Geschwulst etwas kleiner, ist deutlich circumscript (Haematom?). Fibrilläre Muskelzuckungen. 30. April. Die Geschwulst kaum noch zu fühlen.

Patient selbst giebt an, dass der Arm damals innerhalb 6 Wochen wieder gebrauchsfähig wurde und bis Weihnachten v. J. blieb. Er bekam damals zuerst eine grosse Blase in der Nackengegend, dann eine zweite auf der Höhe der linken Schulter, dann zwei später zusammenfliessende auf dem linken Schulterblatt, die letzte am linken Oberarm. Jede dieser Blasen hatte nach seiner Angabe zuerst einen wasserhellen[1]) Inhalt und gleich die Grösse der jetzigen Narbenflächen. Nach ihrer Ablösung entstanden tiefe Geschwüre, von welchen jedes etwa 4 Wochen zu seiner Heilung erforderte. Mit dem Eintritt dieser Blasen- und Geschwürsbildung oder schon vorher soll sich die schon früher in der Hand vorhandene Gefühlsstörung bis zum Nacken aufwärts ausgedehnt haben, so dass die Geschwüre selbst garnicht schmerzten. Kaum waren diese Geschwüre verheilt und hatte er im Mai d. J. wieder angefangen zu arbeiten, als in den ersten vier Tagen der Arbeit das linke Schultergelenk mit heftigen Schmerzen anschwoll, so dass er den Arm nicht mehr bewegen konnte. Unter Jodpinselung ging die Anschwellung etwas zurück, während die Steifigkeit und Schmerzen zum Theil noch bestehen. Am 15. August wurde in Collegen Güterbock's Poliklinik notirt: Hand krallenförmig, wie früher, gelähmt. Narbige Stellen am Oberarm nach Ulcerationen auf der linken Schulter. Schulter crepitirend. Ulcera neuroparalytica. Fibrilläre Zuckungen des Biceps.

Pat. hat niemals einen Schanker gehabt, auch sonst nie an Ausschlägen gelitten. Auch hat eine auf meinen Wunsch nach dieser Richtung von Herrn Collegen Lassar angestellte Untersuchung ein negatives Resultat ergeben, welcher die hier sichtbaren Narben als wahrscheinliche Residuen eines Zoster cervicobrachialis erklärt hat.

Pat. von gesundem Aussehen, gutem Allgemeinbefinden zeigt zunächst mehrere flache strahlige zum Theil noch frische geröthete Narben von tiefgreifenden Ulcerationen, von denen eine oblonge 8 cm lange und 5 cm breite in der linken hinteren oberen Deltoideusgegend, eine zweite etwas schmalere in der linken Fossa infraspinata längs der Spina scapulae, eine dritte kleinere im unteren Theil der Streckseite des linken Oberarmes sich findet, während eine ältere schon weisse Narbe hoch oben am Nacken am vorderen Cucullarisrande links zu sehen ist. Andere Veränderungen der Haut oder der Nägel sind nicht zu entdecken. Auch Streichen der Haut bewirkt keinerlei vasomotorische Phänomene. Die linke Hand ist gewöhnlich kühler als die rechte, wird überhaupt sehr leicht kalt, schwitzt aber auch gelegentlich stark, so nach den elektrischen Untersuchungen.

Das linke Schultergelenk ist im Vergleich zum rechten im vorderen Theil geschwollen, seine passive Beweglichkeit zwar nicht wesentlich gestört, aber von zuerst noch stärkerer, hörbarer und oberflächlicher Crepitation begleitet. An den Nervenstämmen über der Clavicula ist keine Schwellung zu fühlen. Auch sind dieselben auf Druck nicht empfindlich, während ihr Verlauf vor dem Gelenk eher empfindlich ist. Es besteht keine Atrophie des Oberarms; sein Umfang beträgt beiderseits 24 cm. Dagegen ist der Vorderarm links atrophisch; einige cm unter dem Ellenbogen ist der Umfang rechts 25, links 22,5 cm, in der Mitte rechts 22, links 19 cm. Die Handmuskeln sind äusserst atrophisch und zwar sowohl die des Daumen- und Kleinfingerballens als die Interossei. Die Finger sind in allen Gelenken gebeugt. Man sieht beständig mehr als fibrilläre (fasciculäre) wogende Zuckungen im Bereich des Deltoideus, Biceps und Triceps, seltener am Vorderarm. Die active Beweglichkeit des Schultergelenks ist durch die Schmerzhaftigkeit desselben einigermassen beschränkt. Dabei besteht keinerlei Lähmung der Schultermuskeln, auch die Streckung und Beugung des Ellenbogens erfolgt kräftig. Der Händedruck ist ebenfalls noch leidlich kräftig, und stellt sich das Handgelenk dabei durch Ueberwiegen seiner Extensoren in auffallend starke Dorsalflexionsstellung. Entsprechend der Atrophie des Vorderarms ist die Beugung des Handgelenks kraftlos. Spreizen und Adduciren der Finger ist fast unmöglich, ebenso sind die Oppo-

[1]) Nach der in der Discussion mitgetheilten Beobachtung des Herrn Collegen Güterbock handelte es sich um Blutblasen.

Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

sitionsbewegungen des Daumens beschränkt; an den 4. und 5. Finger kommt er nicht heran. Die Finger werden in den Basalphalangen kraftlos gestreckt, für die Endphalangen fehlt die Streckfähigkeit völlig.

Während bei der faradischen Reizung des Ulnaris und Medianus die atrophischen Handmuskeln ausfallen, ist die Erregbarkeit für beide Stromesarten im Deltoideus, Biceps, Triceps und auch im N. radialis und seiner Verbreitung gut erhalten und nur um ein geringes gegen rechts herabgesetzt. So ergiebt die vergleichende Untersuchung der Erregbarkeit beider N. radiales für den inducirten Strom zwar bei mehrfachen Prüfungen einen Unterschied von ca. 15 mm Rollenabstand. Für den galvanischen Strom ist dieser Unterschied aber nicht so erheblich, indem die erste KSZ rechts bei 2,25 Milliampère (MA), links bei 3,5 MA auftritt. Der rechte Deltoideus reagirt mit der ersten KSZ bei 4 MA, der linke bei 5 MA, der rechte Biceps ebenso wie der linke schon bei 0,5 MA. Dagegen ist die faradische Reaction in den Beugern am Vorderarm links herabgesetzt, in den Interossei nur noch in geringen Spuren vorhanden. Während in den Oberarm- und Schultermuskeln und den Streckmuskeln des Vorderarms bei galvanischer Reizung nirgends EAR nachweisbar ist, namentlich auch die AnSZ schnell erfolgt, ist in den Interossei und im Daumenballen deutliche sehr herabgesetzte EAR bei Anodenschliessung zu ermitteln.

Die bestehenden hochgradigen Störungen der Hautsensibiliät sind bei Prüfung des Palpirvermögens der Hand nicht so sehr auffällig, indem Patient kleinere Gegenstände, z. B. Schlüssel, Messer, selbst kleinere Geldstücke richtig erkennt, sogar an einem Thaler die glatte und rauhe Seite unterscheidet. Es entspricht dies bei genauerer Prüfung einem allseitig leidlich gut erhaltenen Localisationsvermögen und Druckgefühl. Zunächst empfindet er überall auch leichte Berührungen und localisirt sie richtig. Die Untersuchung mit dem Tasterzirkel ergiebt als Minimum der zur gesonderten Empfindung nothwendigen Zirkelabstände:

	rechte gesunde Seite	linke kranke Seite
Schultergegend	32 mm	50 mm
Oberarm, Beugeseite	20 mm	48 mm
Streckseite	28 mm	60 mm
Vorderarmrücken	28 mm	35 mm
Handrücken im Bereich des Metacarpus I	23 mm	32 mm
Kleinfingerballen	12 mm	18 mm
Pulpa des Daumens	4 mm	6 mm
desgl. des Index	2 mm	3 mm
desgl. des kleinen Fingers	4 mm	7 mm

Die Druckempfindung ist links gegen rechts ebenfalls herabgesetzt, indem Belastungen hier subjectiv leichter erscheinen. Dennoch unterscheidet er nach einiger Uebung an der Volarseite des linken Vorderarms, ob ein oder drei Thaler über einander aufgelegt sind.

Dagegen besteht eine vollständige Aufhebung des Temperatursinns im Bereich der ganzen linken Oberextremität, der Regio infraclavicularis bis beinahe zur Brustwarze herab, der Fossa supraclavicularis, des vordern oberen Theils der Scapular- und linken Nackengegend bis zur Haargrenze und dem Ohrläppchen. Hier wird weder Berührung mit Eis als kalt, noch mit einem mit kochendem Wasser gefüllten Reagensglas als warm empfunden.

In demselben Bereiche ist die Schmerzempfindung erheblich herabgesetzt, obgleich Nadelstiche vom Nadelknopf manchmal noch unterschieden werden. Die Schmerzempfindung ist nicht verlangsamt.

Dementsprechend ist die elektrocutane Empfindung (mit der Erb'schen Elektrode geprüft) sowohl für das specifische elektrocutane Allgemeingefühl als die Schmerzempfindung bei Vergleichung symmetrischer Stellen der Oberextremitäten dermaassen links herabgesetzt, dass Rollenabstandsdifferenzen von 15 bis 47 mm verzeichnet wurden. Diese Differenzen sind am erheblichsten im Bereiche der Hand, nächstdem am Oberarm und der Schulter und am geringsten im Bereiche des Vorderarms.

Das Gefühl für den Fingergelenken passiv ertheilte Stellungen ist intact. Es besteht keine Ataxie der Bewegungen.

Andere Störungen sind am Patienten nicht nachzuweisen, insbesondere keine Pupillendifferenz, keine Lähmungserscheinungen oder Sensibilitätsstörungen der Cerebralnerven und der Unterextremitäten. Das Kniephänomen ist beiderseits gleich gut vorhanden. Keine Blasenstörungen.

Es handelt sich also bei einem im Uebrigen gesunden Manne um eine vor vielen Jahren nach acuten Krankheiten (Pneumonie und Typhus) anscheinend schleichend in mehreren Schüben entstandene Combination folgender lediglich die linke Oberextremität und die angrenzenden Rumpfpartien betreffenden Krankheitserscheinungen:

1) eine ausgebildete degenerative Muskelatrophie mit permanenten, mehr als fibrillären Zuckungen zur Zeit nur der nicht an der Atrophie betheiligten Oberarm- und Schultermuskeln;

2) eine weit über das Gebiet dieser Muskelerkrankung hinaus angeblich erst kürzlich ausgedehnte Sensibilitätsstörung, welche bei geringer Betheiligung des Tast- und Drucksinns sowie Erhaltung des sogenannten Muskelgefühls sich wesentlich als partielle Empfindungslähmung besonders des Temperatursinns und der Schmerzempfindung charakterisirt;

3) vernarbte in der Verbreitung eines Herpes zoster cervico-brachialis angeordnete Hautulcerationen nach Blasenbildung im Bereich der Sensibilitätsstörung;

4) eine acut entstandene aber chronisch verlaufende, mit Crepitation einhergehende Schultergelenkserkrankung, welche gewiss ebenso wie die vor drei Jahren beobachtete Haematombildung des Oberarms nicht eine zufällige Complication bildet, sondern mit der Nervenerkrankung in ursächlichem Zusammenhang steht.

Bevor ich versuche eine anatomische Diagnose zu stellen, möchte ich mehr beiläufig noch einmal erwähnen, dass in den durch starke fibrilläre Zuckungen dauernd bewegten Muskeln Entartungsreaction nicht nachweisbar ist, dass also, wie ich schon einige Male[1]) gelegentlich hervorgehoben habe, der auch in neuerer Zeit wieder von Vierordt[2]) urgirte innige Connex der Entartungsreaction und der fibrillären Zuckungen nicht zu bestehen braucht.

In Betreff der Sensibilitätsstörung, welche nur bei oberflächlicher Untersuchung sich als partielle Empfindungslähmung im strengen Sinne bezeichnen lässt, ist zu erwähnen, dass die geringere Tastsinnsstörung einerseits und die Temperatursinnlähmung und Hypalgesie andererseits der Intensität nach sich nicht decken, indem erstere in der Schulter, letztere in der Hand mehr ausgeprägt erscheint, dass beide aber keineswegs sich an die Verbreitung der Hautaffection anschliessen, sondern die Umgebung der Narben an der diffusen Sensibilitätsstörung nur gleichmässig Theil nimmt.

Ueber die specielle Natur der abgelaufenen Hautaffection enthalte ich mich jedes Urtheils, glaube aber keinem Widerspruch zu begegnen, wenn ich je nach der pathogenetischen Auffassung dieser Dinge ihren trophoneurotischen oder neuroparalytischen Charakter betone. Als einigermaassen gleichwerthig diesen Hautulcerationen dürften die Erkrankung des Schultergelenks und die früher beobachtete Haematombildung am Oberarm aufzufassen sein. Vielleicht ist es nicht allzu gewagt, eine durch gestörten Nerveneinfluss bedingte abnorme Zerreisslichkeit der Gefässe, also eine Art locale Hämophilie anzunehmen, wenn auch natürlich die hochgradige Sensibilitätsstörung zu rein traumatischen Blutungen und Entzündungen disponirt haben mag.

Bei einer localisirten degenerativen Muskelatrophie mit Sensibilitätsstörungen hat man zunächst an peripherische Neuritis zu denken, und halte ich es der Anamnese nach besonders bei den initialen Schmerzen nicht für unwahrscheinlich, dass auch hier ursprünglich eine Neuritis des Medianus- und Ulnarisgebietes des Plexus brachialis als Nachkrankheit einer Pneumonie vorgelegen hat. Alle weiteren Erscheinungen aber auf eine peripherische Erkrankung zurückzuführen halte ich nicht recht für möglich, obgleich gerade neuerdings für den Herpes zoster von Curschmann und Eisenlohr[3]) Perineuritis nodosa und von Dubler[4]) Neuritis der peripherischen Nervenverbreitungen ohne Betheiligung der Spinalganglien und centralen Apparate als Befund in einzelnen Fällen nachgewiesen werden konnte. Jedenfalls würde aber die grosse Ausdehnung der Sensibilitätsstörung weit über die Innervationsbezirke der von degenerativer Muskelatrophie betroffenen Nervengebiete hinaus der Erfahrung ganz widersprechen, indem auch bei ausgedehnten Neuritiden des Plexus brachialis mit hochgradigen Muskelatrophien z. B. nach Traumen die Sensibilitätsstörung nicht über den Vorderarm aufwärts zu reichen pflegt. Wenn man aber auch die gezwungene Annahme einer, lediglich auf die sensiblen Nerven und besonders nur auf die den Temperatursinn leitenden, beschränkten Neuritis sämmtlicher Cervicalnerven machen wollte, so würden vollends die erheblichen und ausgedehnten seit 1875 bestehenden fibrillären Zuckungen der nicht gelähmten und atrophirten und auch nach der elektrischen Untersuchung nicht degenerirten Schulter- und Oberarmmuskeln unerklärt bleiben.

Man wird also unabweisbar zur Annahme eines der Höhe nach ausgedehnten spinalen Processes der Halsanschwellung chronischen Verlaufes gedrängt, welcher bei dem Fehlen aller Lähmungserschei-

[1]) Berliner klinische Wochenschrift 1877, S. 644 und Arch. f. Psych. u. Nervenkr. IX. Bd. S. 592. 1879.

[2]) O. Vierordt, Ueber atrophische Lähmungen der oberen Extremität. Leipzig 1882, S. 31.

[3]) Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 34. S. 409 u. ff.

[4]) Virchow's Archiv, Bd. 96. S. 195 u. ff.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nungen der Unterextremitäten nur einen kleinen und keine Leitungssysteme enthaltenden Theil des Rückenmarksquerschnitts durchsetzen kann. Dass es sich dabei nur um die graue Substanz, und zwar entsprechend der degenerativen Muskelatrophie des Ulnaris- und Medianusgebietes, um den Bereich der linken Vordersäule im untern Theile der Halsanschwellung, bei der ausgedehnten Sensibilitätsstörung in grösserer Höhenausbreitung durch fast die ganze Halsanschwellung hindurch um das linke Hinterhorn handeln muss, bedarf wohl weiter keiner Auseinandersetzung. Das Fehlen der bei zwei anderen (traumatischen) Fällen von spinaler degenerativer Oberextremitätenatrophie von mir[1]) beobachteten Erscheinungen einer Hemiparaplegia spinalis (Brown-Séquard'schen Lähmung) d. h. der gleichseitigen Unterextremitätenlähmung mit gekreuzter Anästhesie der anderen, beweist die strenge Localisation des Processes in der grauen Substanz ohne weitere linksseitige Querschnittsunterbrechung.

Diese auf physiologische Raisonnements basirte Localdiagnose würde aber auf nur schwachen Füssen ruhen, wenn nicht pathologisch-anatomische Erfahrungen vorlägen, welche zugleich eine Diagnose des zu Grunde liegenden anatomischen Processes ermöglichen.

In einer Arbeit über Spalt-, Höhlen- und Gliombildung im Rückenmark hat F. Schultze[2]) unter Mittheilung mehrerer sorgfältiger klinischer und anatomischer Beobachtungen nicht blos die pathologisch-anatomische hier zu übergehende Frage der Entwicklung der manchmal ganz symptomlosen Gliomatose mit Höhlenbildung (Syringomyelie) nach dem Vorgang von Westphal, Th. Simon, Leyden u. A. gefördert, sondern namentlich auf Grund einer Beobachtung mit fibrillären Zuckungen, Muskelatrophie, eigenthümlicher Blasenbildung und Analgesie der Oberextremitäten auf die Combination degenerativer Muskelatrophie mit Analgesie als klinische Symptomatologie dieser Form der Rückenmarkserkrankung hingewiesen. Interessant ist noch, dass in einem andern Falle dieses Autors die ersten Krankheitssymptome nach einem Typhus sich entwickelten. Namentlich auf Grund dieser Schultze'schen Arbeit hat schon Kahler[3]) sich berechtigt geglaubt, dieselbe Diagnose in einem ebenfalls äusserst chronisch verlaufenen nicht zur Obduction gelangten Falle ausführlich zu begründen, welcher durch die Ausbildung und Form der ebenfalls zunächst streng einseitigen Sensibilitätsstörung (wesentlich partielle Empfindungslähmung des Temperatur- und Schmerzgefühls) ferner durch das Vorhandensein von mehr als thalergrossen Narben nach Hautnecrosen auf der Schulter mit unserem Fall übereinstimmt, dagegen durch das Fehlen von Muskelatrophie und fibrillären Zuckungen und das spätere Vorherrschen spastischer Lähmungserscheinungen sich unterscheidet.

Ein sehr genau klinisch und anatomisch beschriebener Fall von Fuerstner und Zacher[4]) war besonders durch die ausgedehnte Temperatursinnlähmung und Analgesie, die Bildung multipler schwer heilender Schrunden, Modification des Nagelwachsthums, eigenthümliche vasomotorische Erscheinungen von Quaddel- und Wallbildung bei Streichen der Haut, leichte Fracturbildung mit Anschwellung des Armes ausgezeichnet.

Alle erwähnten Autoren kommen zu dem übereinstimmenden Resultat, dass der Process bei seinem schleichenden Verlauf in der grauen Substanz entweder symptomlos bleiben kann, oder je nach der Localisation der schwerer benachtheiligten Partien bei erheblicherer Läsion der Vordersäulen degenerative Amyotrophien oder bei grösserer Beeinträchtigung der hinteren Hörner und eintretenden Wurzelfasern Anästhesie und Trophoneurosen in den Vordergrund treten müssen. In unserm Fall haben wir es mit einer Combination nahezu sämmtlicher in Frage kommender Erscheinungen zu thun, und ist dadurch die oft schwierige Diagnose einigermaassen erleichtert.

Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dass zuletzt Bernhardt[5]) unter Erörterung aller bereits bekannten Argumente in einem übrigens auch von mir durch einige Monate beobachteten Fall von partieller Empfindungslähmung ziemlich gleicher Verbreitung trotz der Abwesenheit aller objectiven degenerativen oder trophoneurotischen Erscheinungen ausser etwa eines Callus des Vorderarms ebenfalls die Diagnose auf Syringomyelie gestellt hat, welcher Diagnose ich mich bei dem Mangel für mich genügender objectiver Kriterien nicht anzuschliessen vermochte.

Die Prognose ist in unserm Falle jedenfalls mit Vorsicht zu stellen, da der Process noch im letzten Jahre gemäss der Ausbreitung der Anästhesie Fortschritte gemacht haben dürfte. Eine galvanische Behandlung hat sich mir zur Beseitigung der Schultergelenksaffection nützlich bewiesen, wird aber auch nach der nicht unwahrscheinlichen vollständigen Rückbildung derselben die vorhandene Vulnerabilität für analoge Affectionen schwerlich hintanhalten.

[1]) E. Remak, Ein Fall von atrophischer Spinallähmung durch halbseitige traumatische Blutung in die Cervicalanschwellung des Rückenmarks. Berl. klin. Wochenschrift 1877, S. 644 u. ff. und Ueber die Localisation atrophischer Spinallähmungen und spinaler Muskelatrophien. Arch. f. Psych. IX. Bd. S. 630—634.

[2]) F. Schultze, Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des centralen Nervensystems. Virchow's Archiv 87. Bd. S. 510 bis 540. 1882.

[3]) O. Kahler, Casuistische Beiträge V. Paraplegia cervicalis mit eigenthümlichen Sensibilitätsstörungen. Prager med. Wochenschrift 1882, S. 413—415, S. 434—436, S. 443—445.

[4]) Fuerstner u. Zacher, Zur Pathologie und Diagnostik der spinalen Höhlenbildung. Arch. f. Psych. Bd. XIV, S. 422—458. 1883.

[5]) M. Bernhardt, Beitrag zur Lehre von der sogenannten partiellen Empfindungslähmung. Berl. kln. Wochenschrift 1884, No. 4, S. 50—54.

III. Zur Aetiologie der „multiplen kachektischen Hautgangrän."

Von

Dr. Eichhoff,

dirig. Arzt der Klinik für Hautkranke in Elberfeld.

Die als eine Krankheit sui generis von dem verstorbenen Prof. Oscar Simon in Breslau aufgestellte und von ihm „multiple kachektische Hautgangrän" benannte Erkrankung der Haut (Vortr. in der medic. Section der schlesischen Gesellsch. f. vaterländ. Cultur 1878) soll uns im Folgenden hauptsächlich in Bezug auf ihre Aetiologie näher beschäftigen.

Im Jahre 1880 war ich als Assistent der Breslauer Klinik für Hautkrankheiten in der Lage, einen weiteren Fall dieser seltenen Erkrankung mitzutheilen (Deutsche med. Wochenschr. No. 34. 1880).

Heute, also nach Verlauf von vier Jahren, kommt mir erst ein dritter Fall zur Beobachtung, welcher mich indess bezüglich der Aetiologie der Krankheit mehr aufklärte, und wo in Folge dessen auch die Therapie eine einfachere und schneller zum Ziel führende war, als in den vorhergegangenen Fällen.

Meines Wissens ist in der Zwischenzeit von Niemandem mehr die Krankheit beobachtet resp. beschrieben worden. Dieselbe ist also, wie ich auch damals schon hervorhob, jedenfalls selten.

Das klinische Wesen der Krankheit ist treffend in dem Namen derselben: Multiple kachektische Hautgangrän, ausgedrückt.

Bei durch irgend eine überstandene oder noch bestehende Krankheit kachektisch gewordenen Kindern (wenigstens waren es bis jetzt noch stets Kinder, die befallen wurden) entstehen Ulcerationen der Haut in grosser Anzahl, die sehr bald einen gangränösen und somit auch perniciösen Charakter annehmen.

Es sei mir der Vollständigkeit halber gestattet, den Verlauf des Falles von damals in Kürze zu recapituliren.

Ein durch ein intensives universelles Eczem reducirtes Kind kommt nach der Heilung statt in günstige, in möglichst ungünstige Lebensbedingungen, sodass dasselbe sich nicht nur nicht erholt, sondern einen Monat nach der Entlassung in die Klinik wieder aufgenommen werden musste, und zwar in einem sehr kachektischen Allgemeinzustande und mit jener eigenthümlichen Hauterkrankung: der ganze Körper war bedeckt theils mit dunkel livid-rothen Flecken von Nadelkopf- bis Linsengrösse, theils mit Blasen, serös-eitrigen Inhaltes, theils mit tiefen gangränösen Ulcerationen, die meist mit schwarzen Brandschorfen bedeckt waren.

Während der sechs- bis achtwöchentlichen Behandlung, die hauptsächlich innerlich roborirend und äusserlich mit Kleienbädern und leichten granulationserregenden Salben vorging, bildeten sich unter verschiedenen mit hohem Fieber einhergehenden Exacerbationen beiderseits Cornealulcera, die jedoch auch verheilten ebenso wie die Hautgeschwüre, letztere mit tiefen, variolaähnlichen Narben.

Damals machten wir nur die Kachexie im allgemeinen verantwortlich für die Entstehung der Erkrankung, so zwar dass wir uns dachten, es entstehe eine marantische Thrombose in den äussersten Hautgefässenden, und in Folge dessen die gangränösen Ulcerationen. Der letzthin beobachtete Fall sollte mich jedoch eines anderen und besseren belehren.

Vor acht Tagen kam ein 1½ Jahre altes Kind in meine Behandlung wegen einer Hautkrankheit, die dasselbe nach Aussage der Mutter sehr angriffe und herunterbringe. Ein bis zwei Wochen vor Ausbruch der Erkrankung hatte das in der That nun sehr kachektische Kind Masern überstanden. Bald nachher bildete sich der jetzige Ausschlag. Derselbe besteht, gerade wie bei dem oben geschilderten Falle, auch aus Flecken von dunkelrother Farbe, Blasen mit trübem Inhalte und hauptsächlich aus tiefen Ulcerationen, die ganz ähnlich dem Ulcus molle, mit steilen Rändern jäh abfallen bis tief in das Unterhautzellgewebe hinein, unten einen belegten schmierig-speckigen Grund zeigend. Viele dieser stecknadelkopf- bis fünfpfennigstückgrossen Ge-

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

schwüre sind mit einem trocknen schwarzen Gangränschorf bedeckt und geben dadurch der Krankheit das charakteristische Aussehen.

Auch in diesem Falle waren beide Augen erkrankt, und zwar an sehr starker Conjunctivitis mit bedeutender Lidschwellung und eitriger Secretion.

Die Aehnlichkeit beider Fälle ist evident. Da der erste ätiologisch nur durch eine Hypothese erklärt wurde, so suchte ich in diesem Falle der Sache durch Untersuchung des Geschwürsgrundes und Geschwürsproductes näher zu treten.

Ich nahm zu dem Zweck mit einem stumpfen Lanzettenstiel von mehreren Geschwüren Partien des Grundes und der Ränder herunter und fertigte davon verschiedene mikroskopische Präparate an, die ich mit System Seibert Vergr. 305 untersuchte.

Alle Präparate gaben gleich dasselbe auffallende und schöne Bild, ohne dass sie besonderer Färbungen benöthigten: eine Menge Eiterkörperchen und Zellen natürlich, aber darin und dazwischen eine bestimmte Pilzform, ganz von der Grösse und Beschaffenheit des Trichophyton tonsurans Malmsten. Auffallend war mir die grosse Menge der Mycelien.

Ferner beherbergen alle Präparate eine Unmenge von Bakterien verschiedener Grösse; die meisten haben jedoch die Länge von $1^1/_2$ Durchmesser eines rothen Blutkörperchens und sind etwa fünfmal so lang als breit, an beiden Enden schwach kolbig aufgetrieben, resp. abgerundet, sämmtlich ohne Bewegung.

Die Conjunctivitis war ebenfalls eine mykotische.

Ich glaube nun, dass die Bakterien nichts mit dem Wesen der Krankheit zu thun haben, sondern nur accidentelle Begleiter oder auch Verursacher der fauligen Wundsecrete sind. Wohl aber halte ich den Schimmelpilz Trichophyton tonsurans für den Erreger der Krankheit, und demnach die multiple kachektische Hautgangrän nicht mehr für eine einfache Stauungsgangrän, sondern für eine Dermatomykose, wenn auch nicht für eine neue d. h. durch einen neuentdeckten Pilz hervorgerufene, sondern durch das zufällige Zusammentreffen verschiedener schädlicher Momente verursacht.

Man wird mir vielleicht einwerfen: Wie kann denn das sonst so ziemlich gutartige Trichophyton, das in der Regel eine wohl charakterisirte Krankheit, Herpes tonsurans, hervorruft, auf einmal Gangrän erzeugen, und somit in einem Falle eine unbedeutende Affection, im anderen eine lebensgefährliche Erkrankung bewirken?

Gewiss, der Pilz allein kann dies nicht, sondern es ist die Kachexie, die ihm da zu Hülfe kommen muss und ihm den Boden fruchtbar macht für die zerstörende Saat.

Die Energie einer jeden einzelnen Zelle ist in einem kachektischen Körper bedeutend vermindert; die kranke Zelle kann in dem Kampf ums Dasein den Pilz nicht überwinden, wie sie es im gesunden Körper in der Regel thut, sondern sie wird von dem fremden Eindringling schnell besiegt, welcher sich fortwährend vermehrt und die Ueberhand behält.

Die Zerstörung geht immer rapider und tiefer vor sich, einzelne Hautpartien werden von ihrer Ernährung abgeschlossen, und es bildet sich so eine regelrechte Gangrän mit allen ihren schlimmen möglichen und wahrscheinlichen Folgen.

Wir haben übrigens für die in Rede stehende Erkrankung zahlreiche Analoga in der Pathologie. Ich erinnere nur an das Ulcus molle gangraenosum, wo auch ein in tausend Fällen sonst gutartiges Ulcus plötzlich seinen Charakter ändert und in wenigen Stunden Verheerungen anrichtet, von denen man sich kaum einen Begriff macht, sodass z. B. in einer Zeit von 12 Stunden ein Präputium oder Glans penis vernichtet werden, und die Gangrän von hier aus mit Riesenschritten und unaufhaltsam weiter schreitet.

Die betroffenen Unglücklichen sind auch meist kachektische Individuen. Dasselbe gilt von Diphtheritis und Variola gangraenosa.

Ich betone ausdrücklich, dass ich die Kampfesuntüchtigkeit der einzelnen Zelle gegen den nur zufällig eingedrungenen Feind — in unserem Falle Trichophyton tonsurans — und wenn er unter normalen Verhältnissen auch noch so unschuldiger Natur sein mag, für die Hauptursache der Erkrankung halte.

Ich will einstweilen gar nicht behaupten, dass der Krankheitserreger immer derselbe Pilz sein muss, sondern ich kann mir sogar gut denken, dass z. B. Achorion Schönleinii oder irgend ein anderer pflanzlicher Parasit denselben Effect, dieselbe Erkrankung hervorbringen können, wenn sie nur auf den dafür günstigen kachektischen Boden fallen.

Den Namen für die Krankheit: multiple kachektische Hautgangrän können wir mit gutem Gewissen beibehalten, brauchen nur, der Vollständigkeit halber, noch „mykotisch“ einzuschalten, so dass wir von jetzt ab sagten: multiple mykotisch-kachektische Hautgangrän. Rubriziren können wir die Krankheit unter Herpes tonsurans,

Wichtig ist der oben mitgetheilte Befund natürlich in hohem Grade für die Therapie des Leidens. Nachdem ich den Parasiten in den Geschwüren gefunden hatte, verordnete ich gleich eine kräftige Thymol-Salicylsalbe und Seifenbäder, innerlich natürlich auch Roborantien. Schon nach drei- bis viertägiger Therapie in diesem Sinne war eine auffallende Besserung und Reinigung der Geschwüre zu constatiren, und nach acht Tagen war das Kind geheilt und konnte aus der Behandlung entlassen werden, während der vorletzte Fall bei Kleienbädern und weniger antiparasitären Salben sechs bis acht Wochen zur Heilung gebrauchte, und dazu noch durch (Resorptions)- Fieber der Körper immer kachektischer wurde.

Es ist, wo auch immer Gangrän besteht, jeden Augenblick die Gefahr einer Thrombose innerer Organe, oder gar allgemeiner Sepsis vorhanden, also die Abkürzung des Leidens auf eine minimale Zeit von eminenter Wichtigkeit. Was das relativ seltene Auftreten der Krankheit anbelangt, so ist der Grund hierfür nur in dem Umstande zu suchen, dass eben nicht ein Factor allein, der Pilz, im Stande ist, die Krankheit hervorzubringen, sondern dass ein bestimmter Grad von Kachexie und Energielosigkeit des Körpers als zweiter Factor nöthig ist, um die bestimmte gangränöse Dermatomykose als Producte zu erzielen.

Von Bedeutung scheint mir auch die Augenerkrankung zu sein. Eine solche wurde in beiden von mir beobachteten Fällen vorgefunden, einmal als Keratitis und das zweite Mal war es Conjunctivitis mykotica. Ein frühes zweckdienliches Verfahren mit Antisepticis dürfte auch hier der Gefahr einer bleibenden Beeinträchtigung in den Functionen dieses wichtigen Organes vorbeugen.

IV. A. Prazmowski, Ueber den genetischen Zusammenhang der Milzbrand- und Heubakterien. Biolog. Centralblatt 1884 No. 13. Ref. Dr. Gaffky.

In der letzten Nummer dieser Wochenschrift hat Professor Flügge — gelegentlich seiner Besprechung des Handbuches von Dr. Zopf über die Spaltpilze — die Lehre von dem genetischen Zusammenhang der verschiedenen Spaltpilzformen einer strengen Kritik unterworfen. Mit Rücksicht auf jene Besprechung dürfte es für den Leser gerade jetzt von Interesse sein, von dem wesentlichsten Resultat der oben genannten Arbeit Prazmowski's Kenntniss zu erhalten. —

Als einer der hauptsächlichsten Belege für den Uebergang verschiedener Spaltpilzarten in einander wird von den Anhängern dieser Lehre stets die von Buchner ausgeführte Umzüchtung des Milzbrandbacillus in den Heubacillus und umgekehrt des Heubacillus in den Milzbrandbacillus angeführt. Auch Zopf legt ganz besonderes Gewicht auf dieses Experiment Buchner's, welches er für „eines der bedeutsamsten Resultate, die das Spaltpilzstudium der allerneuesten Zeit zu Tage gefördert hat“ bezeichnet, trotzdem R. Koch nachgewiesen hat, dass die Versuche Buchner's nicht frei von Fehlerquellen und deshalb alle auf sie gegründeten Folgerungen hinfällig sind.

In der vorliegenden Arbeit wird nun auch von Seiten eines Botanikers die Unhaltbarkeit des genetischen Zusammenhanges jener beiden Bakterienarten nachgewiesen.

Schon Buchner selbst hatte beobachtet, dass die Auskeimungsweise der Sporen bei den Milzbrandbacillen eine andere sei, als bei den Heubacillen, legte aber dieser Thatsache keinen besonderen Werth bei, da ja nach seiner Ansicht beide Organismen durch künstliche Züchtung in einander übergeführt werden können.

Prazmowski hat nun jene Beobachtung, die bisher in ihren Consequenzen nicht genügend gewürdigt ist, weiter verfolgt und gefunden, dass in der That zwischen Milzbrand- und Heubacillen wesentliche Unterschiede in der Art der Sporenauskeimung bestehen. Während nämlich die Sporen der Heubacillen in der Weise auskeimen, dass das junge Stäbchen seitlich, d. h. senkrecht zur Längsachse der Spore hervorbricht, liegen bei den Milzbrandbacillen die Verhältnisse so, dass das junge Stäbchen nicht seitlich, sondern stets in der Längsachse der Spore an einem der beiden Enden die Sporenmembran durchbricht.

Prazmowski weist aber weiter auch nach, dass nicht, wie Buchner offenbar meint, dieselben Organismen je nach den Züchtungsbedingungen bald so, bald so sich bezüglich der Sporenauskeimung verhalten, sondern dass wir es hier mit ganz constanten und auf morphologische Verhältnisse begründeten Unterschieden zweier Bakterienarten zu thun haben. —

P. sagt: „die Art der Auskeimung ist für die Milzbrandsporen ebenso charakteristisch und unabänderlich, wie die eigenthümliche Keimung der Sporen von Heubacillen; sie muss auch unabänderlich sein, weil sie in beiden Fällen durch den anatomischen Bau der Sporenmembran bedingt wird.“ „Durch dieses Merkmal sind aber die Milzbrandbacillen unbedingt

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

als ein besonderes Wesen, als eine distincte und den Heubacillen völlig fremde Species scharf unterschieden.“ In einer Anmerkung setzt P. hinzu: „Buchner fand ebenfalls (Krit. und Experim. über die Frage der Constanz der pathog. Spaltpilze S. 268), dass die Keimung der Milzbrandsporen in einer anderen Weise verläuft, als bei B. subtilis, wenn er auch den Keimungsprocess im ganzen nicht richtig gesehen hat. Merkwürdigerweise scheint er aber diesen Unterschied als ganz irrelevant zu halten, denn er sagt: „Es würde zu weit führen, auf diesen letzteren Gegenstand (d. i. Beschaffenheit der Sporenmembran), der uns hier nicht interessirt, näher einzugehen.“ Dies muss um so mehr auffallen, als er (i. e. Buchner) einige Zeilen weiter oben selbst zugiebt, dass, sollte der Auskeimungsprocess der Milzbrand- und Heusporen ein wesentlich anderer sein, so würde auch die genetische Zusammengehörigkeit von Milzbrand- und Heubakterien unmöglich erscheinen.“

P. hebt dann noch andere morphologische Unterschiede zwischen Milzbrand- und Heubacillen hervor. So sind auch ihm alle Bemühungen an Milzbrandbacillen Wimpern zu entdecken vergeblich geblieben, während die sogenannten Heubacillen, wie Brefeld zuerst nachgewiesen hat, an jedem Ende zwei lange Wimpern besitzen. Er kommt schliesslich zu dem Resultat: „Nach allen diesen Merkmalen kann also von einer genetischen Zusammengehörigkeit der Milzbrand- und Heubacillen, wie sie von Buchner als durch seine Versuche erwiesen angenommen wird, nicht die Rede sein. . . . . . Es sind deshalb B. subtilis und B. Anthracis auch fernerhin als besondere Arten zu betrachten.“

V. Experimentelle Untersuchungen und Studien über Contracturen der Stimmbandmuskeln. Von Dr. H. Krause in Berlin. Virchow's Archiv Band 98, 1884. (Autorreferat.)

In den letzten Jahren hat besonders auf Semon's Anregung eine lebhafte Discussion stattgefunden über das Wesen, die Häufigkeit des Vorkommens und diagnostische Bedeutung der „Lähmung der Musculi cricoarytaenoidei postici“. Unter diesem Namen wurde zuerst von Gerhardt die im wesentlichen durch eine dauernde Adductions- oder Medianstellung der Stimmbänder, daher Glottisverengerung und hochgradige Athemnoth charakterisirte Krankheit beschrieben. Spätere Autoren bestätigten die Beobachtung Gerhardt's und fassten die abnorme Stimmbandstellung, die Einen mit dem ersten Autor als die Folge einer myopathischen, die Anderen als die einer neuropathischen Lähmung der Glottiserweiterer auf. Die Annahme der letzteren Lähmungsform war nur unter der Voraussetzung möglich, dass bei peripherischer oder centraler Läsion des Nervus recurrens immer vorwiegend oder ausschliesslich die die Mm. postici versorgenden Nervenfasern der Lähmung anheimfielen, worauf später die secundäre, paralytische Contractur der Antagonistengruppe, der Stimmbandadductoren, einträte. Diese Auffassung der Erscheinung waren die Beobachter derselben bestrebt durch Deutungsversuche zu rechtfertigen und zu erklären, welche sie zum Theil selbst als nicht ausreichend bezeichneten, und zu welchen jeder neue Autor eine von ihm gefundene Deutung hinzufügte. Riegel suchte seinen Standpunkt dadurch zu stützen, dass er die Zulässigkeit der Annahme eines „Glottiskrampfes“ ausschloss; Penzoldt, indem er die isolirte Stellung der Postici gegenüber den durch ihre Synergie an Kraft überwiegenden Adductoren hervorhob. Rosenbach betonte die Analogie der Glottiserweiterer mit den Extensoren und Abductoren der Extremitäten, welche nach ihm bei Lähmungen in stärkerem Maasse als die Beuger und Adductoren afficirt werden sollen. Endlich gab Semon durch den Nachweis der Häufigkeit des Leidens, namentlich bei allmählich beginnender Läsion des Nerven, der Sache eine neue Wendung, und suchte die Ursache in einer „Vorneigung der Abductorfasern, eher als die Adductorfasern des Laryng. inf. oder sogar ausschliesslich zu erkranken“. Eine eigene ausreichende Erklärung dieser „Vorneigung“ zu geben, lehnte er ab, schloss sich vielmehr unter Hinzufügung einiger möglicherweise in Betracht kommender Momente den Auffassungen seiner Vorgänger an.

In der Hoffnung, die Lösung der Frage auf experimentellem Wege zu finden, versuchte ich im physiologischen Laboratorium des Herrn Prof. H. Munk, unter Nachahmung des Vorganges in der Natur, am Hunde eine Läsion des Nerv. recurrens zu setzen, ähnlich wie sie am Menschen angenommen, resp. durch Obductionsbefunde nachgewiesen ist. Nach vielfachen vergeblichen Versuchen, deren Beschreibung ich hier unterlassen will, gelang es endlich, den gewünschten Erfolg auf folgende Weise zu erlangen: Ein schmales Gummiband oder eine in Wasser erweichte Violindarmsaite wurde beiderseitig unter den vorsichtig isolirten Recurrens — gleichgültig an welcher Stelle seines Verlaufes vom Manubrium sterni bis zum Ringknorpel — geschoben, und um diesen wie um ein Korkstück so locker gebunden, dass der Kork bequem verschieblich in der Schlinge lag. Bald nach dieser Operation treten bei völlig normalen Excursionen vibrirende Zuckungen in den Stimmbändern auf, zuweilen bleiben die letzteren bei intendirter Adduction schon etwas länger in dieser Stellung als vor der Operation; immer aber erfolgen die Auswärtsbewegungen noch kräftig und regelmässig. Später beginnt das Thier stridulös zu athmen. Dies geht bald vorüber, und 24 Stunden nach der Operation athmet das Thier in der Ruhe ohne auffällige Veränderung. Laryngoskopirt[1]) man jetzt jedoch, so sind die eingetretenen Veränderungen sofort in die Augen springend: die Stimmbänder stehen dauernd fest in Medianstellung. Die Aneinanderlagerung der Stimmbänder ist am stärksten während der Inspiration, wobei nur ein äusserst schmaler Spalt in der Glottis cart. bleibt.

Mehrere Male hatte es sich ereignet, dass der Kork aus der Schlinge herausgefallen war. In solchen Fällen trat trotz hochgradiger Entzündungserscheinungen am Nerven und seinen Hüllen das bemerkenswerthe Factum ein, dass nun die Bewegungsfähigkeit des betr. Stimmbandes nach aussen oder innen garnicht oder doch — nach beiden Seiten gleichmässig — nur in sehr geringem Maasse behindert war. Wurde der Kork wieder eingelegt, so trat die tonische Contraction sehr bald wieder ein.

Nach den erwähnten Versuchsresultaten ist der erzielte Effect als eine Reizerscheinung aufzufassen, hervorgerufen durch den bei mässigem Drucke als mechanischer Reiz wirkenden Kork.

Zur Beibringung weiterer Beweise für diese Auffassung wurde das gleiche Experiment mit gleichem Erfolge noch am durchschnittenen Recurrens und weiter am Vagus ausgeführt. Im letzteren Experiment zeigte sich das gleichseitige Stimmband — entsprechend der elektrischen Reizwirkung an dem gut isolirten Vagus — in dauernder ruhiger Inspirationsstellung feststehend.

Die beschriebenen Erscheinungen konnten an beiden Nerven 2—5 Tage andauernd beobachtet werden, nach welcher Zeit totale Lähmung der Stimmbänder eintrat. Die anatomische Untersuchung zeigte den Nerven in allen Stadien der Entzündung.

Der von mir künstlich erzeugte Process ist sonach anzusehen als eine primäre neuropathische Contractur im Sinne Erb's, Eulenburg's, Seeligmüller's u. A., d. h. als eine primär entstandene andauernde Verkürzung (tonische Contraction) der Glottisverengerer, hervorgerufen durch einen den Recurrens treffenden peripherischen Reiz. Solche Contracturen anderer Nerven sind beschrieben als Folgen von Neuritis, Neuromen, Fremdkörpern, Schussverletzungen und ähnlichen traumatischen Läsionen der Nerven. Bei centralen Läsionen sind die Affectionen beschrieben als: Contracturen der Hemiplegischen oder bei Erkrankungen der Medulla und des Rückenmarks, primär entstehend durch Reizzustände der Centralorgane und die absteigende secundäre Degeneration (Charcot, Eulenburg, Erb, Hitzig, Seeligmüller). Zu der letzteren Kategorie gehören der Fall von Penzoldt und andere, z. B. bei Bulbärparalyse beschriebene Fälle von doppelseitigen Contracturen der Stimmbandmuskeln.

Wir haben also gesehen, dass der auf den Nerven ausgeübte Reiz denselben, so lange er noch frisch und in seiner Ernährung noch nicht wesentlich verändert ist, wenig und nur vorübergehend alterirt. Es erfolgen gewisse spastische Erscheinungen, vibrirende Zuckungen der Stimmbänder, hin und wieder auch schon eine kurze Zeit andauernde Contraction der an Kraft überwiegenden Adductorenmasse. In diesem ersten Stadium sind die im Nerven stattfindenden Veränderungen noch geringfügig; daher erfolgt das Auftreten der Reizwirkungen noch blitzartig, vorübergehend. Allmählich mit der Fortdauer des Druckes steigt die entzündliche Veränderung des Nerven. Jetzt wächst die Erregbarkeit des Nerven, d. h. mit der fortschreitend Faser auf Faser ergreifenden Entzündung bedarf es einerseits immer schwächerer Reize zur Erregung des Nerven, (der entzündlich veränderte Nerv reagirt, wie ich beobachten konnte, auf ungefähr doppelt so schwache elektrische Reize — Rollenabstand 360mm — als der frische — Abstand 180mm), andererseits häufen sich die Reize und wachsen sich summirend an. Unter dem Einflusse dieser Combination von Verminderung der Widerstände im Nerven und Anhäufung der Reize auf denselben wird nunmehr aus jenen zuerst ...

[1]) In meiner Arbeit: „Ueber die Beziehungen der Grosshirnrinde zu Kehlkopf und Rachen“ habe ich bereits beschrieben, dass die Laryngoskopie am Hunde bei gleichzeitiger Hervorziehung der Zunge und Anhakung des Kehldeckelrandes ohne weiteres (d. h. ohne Spiegel) bei einfachem Tageslichte ausgeführt werden kann. (Du Bois-Reymond's Archiv für Physiologie, 1884, Heft 3.)

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

einzeln und in Pausen auftretenden Muskelzusammenziehungen eine ununterbrochene Reihe von Contractionen. In diesem Stadium bleibt die tonische Contraction stationär. Dieser Zustand hat seine Grenze. Er geht entweder in totale Lähmung über, oder es entwickeln sich secundäre Veränderungen (Degeneration, Atrophie) der antagonistischen oder der gereizten Muskeln, welche die gleiche abnorme Stimmbandstellung veranlassen können.

Auf Grund der mitgetheilten Untersuchungsergebnisse soll nicht das Vorkommen der primären Posticuslähmung überhaupt, sondern die Ausschliesslichkeit dieser Aetiologie für die in Rede stehende Affection geleugnet werden.

Aus dem zweiten Theile der Arbeit soll hier nur erwähnt werden, dass die Widerlegung Rosenbach's zu dem Ergebnisse geführt hat, dass die ruhige Respirationsstellung der Stimmbänder als von einem Reflextonus abhängig anzusehen ist. Wir wissen nämlich durch J. Rosenthal's Untersuchungen, dass beide Vagi sich dauernd im Zustande der Erregung befinden. Da nun der Kehlkopf, dessen wir nur für die Phonation bedürfen, für die Athmung ein dauerndes Hinderniss, sowohl für die In- wie für die Exspiration. bildet, so muss dieses Hinderniss dauernd beseitigt werden, und dies geschieht durch die tonische Contraction der Mm. postici, welche reflectorisch hervorgerufen wird durch die dauernde Erregung der Vagi, und auch in der Exspiration nicht ganz aufhört.

VI. Berliner medicinische Gesellschaft.

General-Versammlung am 12. November 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Vor dem Eintritt in die Tagesordnung gelangte ein Dankschreiben des Ehrenpräsidenten der Gesellschaft, Herrn v. Langenbeck zur Verlesung, welches derselbe auf ein an ihn gelegentlich seines 74. Geburtstages am 9. November gerichtetes Glückwunschtelegramm an den Vorstand hatte gelangen lassen.

Dem von Herrn Virchow in Kürze erstatteten Jahresbericht über das verflossene Vereinsjahr entnehmen wir, dass die Zahl der Mitglieder der Gesellschaft von 520 am Schluss des vorigen Jahres auf 558 gestiegen ist.

Die statutenmässige Neuwahl des Vorstandes ergab eine Bestätigung sämmtlicher Vorstandsmitglieder in ihren Aemtern, obwohl Herr Henoch in dringlicher Weise für eine Neubesetzung der Aemter der stellvertretenden Vorsitzenden plädirte. Der Vorstand der Gesellschaft besteht somit im nächsten Vereinsjahre aus den Herren: Virchow, Vorsitzender; Henoch, Bardeleben, Siegmund, stellvertretende Vorsitzende; Abraham, B. Fränkel, E. Küster, Senator, Schriftführer; Klein, Kassenführer; Falk, Bibliothekar. Die aus 18 Mitgliedern bestehende Aufnahme-Commission erfuhr nur insofern eine Aenderung in ihrer Zusammensetzung, als an Stelle des verstorbenen Mitgliedes, Herrn Geh. Med.-Rath Frentzel, Herr v. Bergmann neu gewählt wurde.

An die Erledigung der geschäftlichen Angelegenheiten schlossen sich im weiteren Verlaufe des Abends Demonstrationen und Discussionen an.

1. Herr Sonnenburg theilt im Anschluss an den Vortrag des Herrn Virchow (S. diese Wochenschr. No. 45) einen Fall mit, der in der Mitte der siebenziger Jahre zu seiner Beobachtung kam. Es handelte sich um ein zweijähriges Kind, welches am Rücken, ganz entsprechend der Stelle, wo sich bei Thieren der Schwanz befindet, ein weiches Gebilde hatte, welches unten eine Einkerbung zeigte. Die Eltern des Kindes wünschten die Entfernung des Gebildes, welche sich leicht ausführen liess. Es zeigte sich hierbei, dass das Gebilde auf einer Dermoidcyste sass, welche an dem Periost des Kreuzbeins ziemlich fest anhaftete. Das Gebilde bestand aus Fasergewebe, in der Mitte zeigte sich ein derberer Faserzug, der aber kein Knorpelgebilde, sondern nur ein fasriges Gewebe darstellte. Von Muskeln, Nerven oder anderen Gewebstheilen liess sich nichts nachweisen. Das Präparat gehört der Strassburger Sammlung an, und Herr v. Recklinghausen sprach damals die Ansicht aus, dass es sich wohl um eine rudimentäre dritte Extremität handeln könne, eine Auffassung, die Herr S. jedoch nicht weiter befürworten kann, zumal da Herr v. R. dieselbe später ebenfalls als nicht ganz sichergestellt bezeichnet hat.

2. Herr Jacusiel demonstrirt ein Präparat, welches einem an demselben Tage zur Obduction gelangten Falle entstammt. Herr J. wurde Tags zuvor zu einer 14jährigen Patientin gerufen, weil sie „etwas im Halse hätte". Er konnte ein zischendes Athmungsgeräusch constatiren, dagegen antwortete das Kind auf an dasselbe gerichtete Fragen mit volltönender Stimme. Im Halse und Rachen fand sich nichts Krankhaftes, dagegen zeigte sich bei Entblössung des Halses eine grosse Struma, nach oben divergirend nach unten convergirend, die Seitenhörner waren nach unten zu verfolgen, ohne dass man das Ende erreichte. Bei der augenscheinlichen Gefahr rieth der Vortragende, mit dem Kinde eine Klinik aufzusuchen, da er annahm, dass die Operation mindestens einen zeitweiligen Erfolg haben könnte. Es war klar, dass die Geschwulst nicht auf den Kehlkopf drückte, dagegen eine bedeutende Compression auf die Trachea ausübte. Die Anamnese ergab, dass das Kind seit einem Jahre nicht ganz gesund gewesen, dass aber erst seit wenigen Tagen die Beschwerden heftiger geworden waren. Am 7. war das Kind in der Königlichen Poliklinik vorgestellt, wo man Jodkali verordnet hatte. An demselben Tage hatte sich das Kind in gewohnter Weise beschäftigt und war ausgegangen, ohne dass es besondere Beschwerden ausser beim Athmen gehabt hätte. Der Rath des Herrn J. wurde nicht befolgt, am 12. wurde Herr J. wieder zu dem Kinde gerufen; es waren plötzlich heftige Erstickungserscheinungen aufgetreten, welche den Tod herbeiführten.

Herr J. knüpft an die Demonstration des wenige Stunden p. m. entnommenen Präparates des Kropfes, welches eine säbelscheidenförmig zusammengedrückte Trachea zeigt, und zu dessen Demonstration er erläuternd hinzufügt, dass die Geschwulst namentlich auf der linken Seite bis etwa unter die zweite Rippe hinabgehend vorn den Ringknorpel, den unteren Theil des Schildknorpels und mehrere Trachealringe überragte, die Frage, ob es möglich gewesen wäre, durch eine Operation Hülfe von mehr als zeitweiliger Natur zu schaffen.

Herr B. Baginsky knüpft hieran die Mittheilung eines analogen Falles, der sich dadurch complicirte, dass die 11jährige Patientin sieben Jahre vorher tracheotomirt war. Dieselbe kam unter den Erscheinungen der Tracheal- und Laryngeal-Stenose, mit säbelscheidenförmig comprimirter Trachea und deutlicher Struma zur Behandlung. Der oben angeführte Umstand konnte Zweifel entstehen lassen, ob die Stenose herbeigeführt sei durch die vorangegangene Tracheotomie oder durch die vorhandene Struma, obwohl es Herrn B. bekannt war, dass Stenosen nach Tracheotomie relativ selten vorkommen. Das Kind ging unter Asphyxie in der Chloroformnarkose zu Grunde, ohne dass die Tracheotomie es hätte retten können.

Herr B. Fraenkel stellt an den Vortragenden die Anfrage, ob die Möglichkeit vorliege, dass ausser der säbelscheidenförmig comprimirten Trachea eine Lähmung der crico-arytänoidei postici vorhanden gewesen sei.

Herr v. Bergmann glaubt hinsichtlich der Frage, ob eine solche Lähmung in Betracht kommen könne, darauf hinweisen zu müssen, dass diese wohl schwerlich so plötzlich entstehen könne; dagegen sei die Compression der Trachea ja bei Kröpfen von der Grösse des vorliegenden sehr leicht denkbar. Dazu kommen noch die oft erwähnten Knickungen. Man werde zuweilen momentan die Athmung erleichtern, wenn man den Kopf stark anziehe. Fälle wie der vorliegende scheinen zur Operation sehr geeignet, die Tracheotomia inferior lasse sich gut machen und auch die Exstirpation würde wohl kaum auf besondere Schwierigkeiten gestossen sein.

Herr E. Küster weist darauf hin, dass bei solchen Fällen es in der Privatpraxis ausserordentlich schwierig erscheinen müsse, die Tracheotomie auszuführen. Man könne aber durch Ausführung der hohen Tracheotomie und Einführung der König'schen Canüle soviel Zeit gewinnen, um die Kranke zu transportiren und event. weitere Eingriffe folgen zu lassen, die zunächst in der Exstirpation der einen Hälfte des Kropfes zu bestehen haben, wodurch bisweilen schon die Erstickungserscheinungen beseitigt werden. Genüge dies nicht, so könne in einer zweiten Sitzung die Exstirpation der zweiten Hälfte nachfolgen.

Herr B. Fraenkel constatirt, dass er bei seiner Anfrage von der Annahme ausgegangen sei, dass die Patientin schon ein Jahr lang Athembeschwerden gehabt hätte.

Herr Ewald erinnert sich eines Falles aus der Frerichs'schen Klinik in der eine Patientin, welche eine mächtige Struma hatte, unter suffocatorischen Erscheinungen zu Grunde ging, wobei ebenfalls die Tracheotomie zu spät kam. Es stellte sich heraus, dass die Struma cystisch entartet war. Durch eine rechtzeitige Punction wäre wahrscheinlich der Druck der prall mit dünnflüssigem Inhalt gefüllten Geschwulst auf den Kehlkopf aufgehoben worden.

Herr Virchow wünscht, dass der Vortragende seine Untersuchung auch auf das Innere der Geschwulst ausdehnen möchte. Es werde sich namentlich darum handeln, ob eine acute Schwellung der Gefässe oder eine schnelle Infiltration den tödtlichen Druck hervorgebracht habe. Auch Herr V. hat kürzlich einen solchen Fall bei einem jugendlichen Individuum gesehen, während die häufigsten Fälle der Art im Laufe der Schwangerschaft auftreten, wo bisweilen ohne einen directen äusseren Grund sehr auffällige Schwellungen stattfinden.

Herr E. Küster glaubt vor dem von Herrn Ewald empfohlenen Verfahren der Punction warnen zu müssen. Wenn eine solche Erweichungscyste vorhanden ist, so wird durch die Punction die Blutung nicht aufgehoben, sondern letztere kann schnell wiederkehren und die Erstickungsgefahr erhöhen.

Herr Ewald constatirt, dass er von einer Blutung nicht gesprochen hat.

Herr Heymann berichtet über einen Fall, in welchem bei einem bis dahin angeblich gesunden Mädchen in vierzehn Tagen sich eine hochgradige Struma ausbildete, welche zu säbelscheidenförmiger Compression der Trachea führte. Unter einer sehr intensiven Jodkalikur, localen Jodinjectionen und der von Schmidt empfohlenen Behandlung mit Eis gelang es, im Laufe von vier Wochen die Struma soweit zurückzubilden, dass die Patientin frei athmet und sich relativ wohlbefindet.

3. Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn Henoch über Diphtherie. (S. diese Wochenschr. No. 44 u. 46.)

Herr Patschkowsky glaubt die Aufmerksamkeit auf einige Punkte in der Ausführung der Eisbehandlung bei Diphtherie lenken zu müssen. Vorausgesetzt dass die Eisbehandlung, wie dies doch jedenfalls von den Anhängern derselben angenommen werde, eine Wirkung auf die Infectionsträger ausübe, so komme es vor Allem darauf an, sie ohne die geringste Unterbrechung Tag und Nacht fortzusetzen. Bei der äusseren Anwendung eines Eisschlauches müsse entgegen der häufig geübten Methode, da es auf die Stelle der Kieferwinkel vor Allem ankomme, der Schlauch hoch hinauf gebunden werden.

Herr Jaschkowitz stellt an den Vortragenden die Anfrage, ob er als Nachkrankheit der Diphtherie Speichelfluss beobachtet habe, wie dies in zwei Fällen, die zu der Beobachtung des Herrn J. kamen, sich zeigte.

Herr P. Guttmann tritt der Frage näher, ob die diphtherischen Membranen local behandelt werden sollen oder nicht? Von Herrn Fraenkel wurde in der vorigen Sitzung eine solche Behandlung als einzig indicirt bezeichnet, wenn die Membranen in Larynx, Trachea oder Bronchien Raum beschränkend wirkten. Nach den Erfahrungen des Herrn G. ist gerade dieses Herabsteigen der Diphtherie ungemein häufig die Todesursache. In mindestens dem vierten Theil der im Krankenhause Moabit beobachteten Fälle war die Tracheotomie nöthig, und in der Charité stellte sich nach den

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ausführungen des Herrn Henoch dies Verhältniss noch viel ungünstiger. Unzweifelhaft sind aber die Infectionsträger in den Membranen die Ursache, dass die Affection in Larynx und Trachea auftritt. Das beweisen schon die Sectionserfahrungen durch die Continuität, mit welcher der Process von den Fauces in Larynx und Trachea hinabsteigt. Wenn also die Möglichkeit gegeben wäre, die Infectionsträger in den Membranen durch desinficirende Mittel zu zerstören, so würde damit auch das Herabsteigen in Larynx und Trachea verhindert werden können. Dass die bisher angewandten Mittel so wenig Erfolg gehabt haben, hat wesentlich darin seinen Grund, dass wir nicht im Stande sind, die bekannten wirksamen Desinficientien fortdauernd auf die Träger der Infection wirken zu lassen, wie es ausserhalb des Organismus möglich ist. Auch dürfte in der Auswahl der desinficirenden Mittel nach den im ersten Bande der Mittheilungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes veröffentlichten Untersuchungen von R. Koch über die Wirksamkeit der verschiedenen Desinficientien nicht ganz richtig verfahren sein. Was das Papayotin anlangt, so hat Herr G. sich durch das Experiment überzeugt, dass dasselbe so gut wie keine Wirkung hat, da in 4 procentigen Lösungen desselben Membranen erst nach mehreren Tagen zerfallen sind. Vielleicht empfiehlt sich zu Versuchen das Terpenthinöl, bekanntlich eins der stark desinficirenden Mittel. Herr G. sah nach seinem Gebrauche einmal, dass sehr grosse Membranen ausgestossen wurden, was Herr G. in keinem anderen Falle beobachtete. Das kalte Wasser, wie es beim Schmelzen von Eisstücken an die afficirten Partien gelangt, hat keine desinficirende Wirkung.

Herr Falk betont, dass es sich bei dem Pepsin und Papayotin nicht um eine desinficirende, sondern nur um eine mechanisch schmelzende Wirkung handeln könne.

Herr Virchow ist sehr erstaunt darüber, dass fortdauernd von diphtherischen Membranen gesprochen wird. Schon im Anfang der fünfziger Jahre hat er den Nachweis zu führen gesucht, dass es bei dem, was man damals ausschliesslich Croup nannte, eine grosse Zahl von Fällen gebe, in denen ursprünglich Diphtherie vorhanden sei. Inzwischen sei ein gänzlicher Umschwung in den Anschauungen eingetreten, sodass jetzt fast nichts mehr vom Croup übrig geblieben sei. Demgegenüber glaubt Herr V. betonen zu müssen, dass es sich doch um zwei wesentlich verschiedene Krankheitsbilder handle. Das, was Herr Guttmann diphtherische Membranen genannt habe, seien fibrinöse Häute, welche der Trachea oberflächlich aufliegen. Die Membran, welche sich bei Diphtherie bilde, sei dagegen die sich allmählich ablösende mortificirte Oberfläche, wobei es nicht ohne Erosion oder Ulceration abgehe. Dieser Process könne in einzelnen Fällen in die Trachea, ja sogar in die Bronchien hinabgehen. Was die Frage der Infection betreffe, so sei die Züchtung des Infectionsträgers zwar noch nicht gelungen, jeder diphtherische Process zeige aber die kleinen Körnchen, die Herr V. früher für Exsudatkörnchen hielt, die er aber jetzt kein Bedenken mehr trage, als parasitäre Gebilde anzuerkennen. Diese fehlen bei fibrinösem Croup vollständig. Man könne also nicht umhin, zwei total verschiedene Processe anzuerkennen, und wenn auch die Trennung für die Praxis grosse Schwierigkeiten haben möchte, so sei es doch für die Discussion einer solchen Frage sehr wichtig, diese Dinge auseinanderzuhalten.

Herr E. Küster hat entgegen der Beobachtung des Herrn Henoch, der Urämie mit Ausnahme eines zweifelhaften Falles bei Diphtherie nicht beobachtet hat, eine Angabe, die ihm vor einiger Zeit durch Herrn Leyden bestätigt wurde, der ebenfalls bei Diphtherie nie Urämie auftreten sah, drei sicher beobachtete Fälle gehabt, in welchen die Kinder bei vollkommener Anurie unter Krämpfen starben. Dem schliesst sich ein vierter Fall an, in welchem die Anurie vorüberging und mit dem Wiederauftreten des Urins die Krämpfe cessirten.

Herr P. Gueterbock glaubt für die Eisbehandlung bei Diphtherie auf Grund der anderweitigen Indicationen eintreten zu müssen, wenn auch eine eigentliche desinficirende Wirkung nicht vorliegt.

Herr Henoch stimmt mit Herrn Guttmann nicht darin überein, dass es niemals zu Croup des Larynx komme, ohne dass vorher im Pharynx eine Diphtherie sich geäussert hat, auch hat er entgegen der Angabe des Herrn Guttmann eine Reihe von Fällen gesehen, in denen, auch ohne Anwendung von Terpenthinöl Membranen ausgeworfen wurden. Herrn Virchow gegenüber giebt Herr H. zu, dass vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus das croupöse Exsudat von der diphtherischen Infiltration sehr verschieden ist, dennoch kommen eine Menge Fälle vor, wo Beides bei demselben Individuum gleichzeitig vorkommt, und deshalb glaubt Herr H. gegen die rein pathologisch-anatomische Auffassung des Herrn Virchow Front machen zu müssen. Was die Frage des Herrn Jaschkowitz betrifft, so hat Herr H. Salivation als Nachkrankheit der Diphtherie nicht gesehen, wohl aber hin und wieder während des Verlaufes derselben, und zwar scheinen ihm diese Fälle immer eine schlechte Prognose zu bieten. Hinsichtlich der nephritischen Affectionen bei Diphtherie hat Herr H. die von Herrn Senator in den Vordergrund gestellte Stauung als Ursache der ersteren gerade am seltensten beobachtet. Auch die Ansicht des Herrn Senator, dass die meisten Fälle der diphtherischen Albuminurie als febrile aufzufassen seien, kann Herr H. nicht theilen. Vielmehr sah er in vielen Fällen, in denen kein oder nur so geringes Fieber vorhanden war, dass bei anderen Krankheiten bei demselben nie Albuminurie beobachtet wird, Albuminurie in nicht unbedeutendem Grade auftreten. Er möchte daher dabei stehen bleiben, dass die Albuminurie bei Diphtherie in fast allen Fällen das Resultat der infectiösen Nephritis ist.

VII. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung am 1. April 1884.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Rautenberg.

Herr Reinhardt hält seinen angekündigten Vortrag: Zur Casuistik der niedrigsten subnormalen Temperaturen.

Bekanntlich galt bislang als niedrigste zuverlässig beobachtete Temperaturgrenze beim lebenden Menschen 23,7 °C. im Mastdarm. Der Vortragende war nun in der Lage, bei zwei Paralytikern noch niedrigere Temperaturen zu constatiren.

In beiden Fällen handelte es sich um vorhergegangene mehrmonatliche continuirliche Tobsucht, wobei indess zu bemerken ist, dass die Betreffenden stets in wohlgeheizten Zimmern waren und feste Anzüge mit genügendem Unterzeug trugen. Klinisch boten dieselben sonst weiter nichts Besonderes, als dass der eine von ihnen vor zehn Jahren luetisch gewesen und der andere bis vor einem Jahre ziemlich stark getrunken hatte.

In dem ersten Falle sank die Temperatur im Rectum unter Collapserscheinungen, verlangsamter Respiration und tiefer Lethargie bis 22,6 °C. Sieben Stunden später betrug die Temperatur wieder 29,3 °C., nach abermals sieben Stunden 35,6 °C. Vierzehn Stunden später maass der Kranke 37,2 °C. Die Bewusstlosigkeit und Lethargie hielt an. Jetzt stellten sich heftige rechtsseitige Convulsionen ein, welche einen halben Tag anhielten und in deren Begleitung die Temperatur bis 39,5 °C. anstieg. Bald darauf erfolgte der Tod unter den Erscheinungen des Lungenödems. Die Section ergab den bei Paralytikern gewöhnlichen Befund.

Der zweite Patient hatte öfter, u. A. auch noch den Tag vor dem Collaps, leichte Temperatursteigerungen gezeigt. An dem betreffenden Tage sank die Temperatur jedoch unter den nämlichen Erscheinungen wie im ersten Falle rapide auf 22,8 °C. Es stellte sich das Cheyne-Stokes'sche Respirationsphänomen ein. Eine weitere Messung, nach einer Stunde, ergab ein ferneres Sinken bis auf 22,6 °C. im Rectum, und kurze Zeit darauf trat der Exitus ein. Hier ergab die Autopsie ausser dem gewöhnlichen paralytischen Befund eine schon mehrere Monate alte Pacchymeningitis int. haemorrhag. basilar. (besonders in der hinteren Schädelgrube) mit ganz frischen Nachschüben und Blutgerinnseln.

Was die Messungen betrifft, so kann an der Zuverlässigkeit derselben nicht gezweifelt werden, da sie von zwei Aerzten vorgenommen, die Thermometer gehörig tief eingeführt und nachträglich von einem hiesigen Instrumentenmacher auf ihre Richtigkeit geprüft worden sind.

Interessant ist, dass auch die bis dahin als niedrigste (von Löwenhardt) publicirte Temperatur bei einem Paralytiker gefunden wurde. Dieses rasche und tiefe Sinken der Eigenwärme lässt sich nicht allein durch die Annahme erklären, dass derartige Kranke während einer langen Aufregung durch den Mangel eines regelmässigen Bettes, durch häufiges Entkleiden sowie in Folge häufiger Reinigungsbäder zu viel Wärme abgeben, denn der Vortragende hat selbst zwei andere Fälle von Paralyse beobachtet, in welchen die Kranken Wochen lang im warmen Bett gelegen hatten, ohne sich je zu entblössen, und die Temperatur dennoch bei dem einen auf 28,5 °C. und bei dem anderen sogar auf 25,0 °C. herabging. Es muss demnach auch noch eine Verminderung resp. Vernichtung der Wärmeproduction stattfinden. Nach physiologischen Experimenten und pathologischen Erfahrungen anderer Art werden hierbei gewisse Centren in Frage kommen, über deren Sitz noch nichts Bestimmtes zu sagen ist. Es würde demnach das tiefe Sinken der Eigenwärme in den geschilderten Fällen seinen letzten Grund in einer starken Erschöpfung der Wärme regulirenden Centren finden. Bemerkenswerth ist noch, dass, wie der erste Fall zeigt, nicht immer der Exitus letalis sich direct an den tiefen Temperaturabfall anzuschliessen braucht.

An den Vortrag wird sofort die Discussion angeschlossen.

Herr Dehn fragt, wie sich in den beiden betreffenden Fällen die Hautfarbe verhalten habe?

Herr Reinhardt: An der Haut habe er nichts Besonderes wahrgenommen. Es seien überhaupt nicht allein die Hautgefässe, durch deren Erweiterung die Wärmeabgabe bedingt werde, sondern besonders auch die Muskelgefässe und die Gefässe des Panniculus adiposus, diese seien nach seiner Ansicht hauptsächlich bei der Wärmeabgabe betheiligt. Die Hautgefässe seien vielmehr, wahrscheinlich durch die mechanische äussere Kältewirkung, contrahirt gewesen.

Herr Lauenstein hat abgesehen von Fällen, wie sie häufig bei grossen Blutverlusten, langdauernder Caries etc. vorkommen, im Seemannshause drei Fälle mit subnormalen Temperaturen beobachtet, in denen allerdings die Temperatur nicht so tief unter die Norm gesunken war, wie bei den vom Vortragenden erzählten Fällen. Alle drei Fälle seien combinirt gewesen mit Verletzung des Halsmarkes.

1. Fall. 24jähriger Chinese der aus dem Mast gefallen (aufgenommen am 28. Juni 1882). Fractur des VI. Halswirbels mit totaler Paraplegie. Nach Ansteigen der Temperatur in den ersten zwei Tagen bis über 39,0 sank dieselbe am fünften Tage bis 35,0 und stieg von da continuirlich drei Tage lang bis auf 42,4, wo der Tod eintrat. Postmortale Temperatursteigerung bis auf 43,0. Der Puls ging conform der Temperatur. Die Respiration verlangsamt, aussetzend.

2. Fall. 18jähriger Jongleur bei Renz. Am 5. Juli 1883 vom Seil heruntergestürzt auf den Kopf. Fractur des VI. Halswirbelbogens mit Luxation des Körpers nach hinten und Zermalmung des Marks. Tempe-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ratur am dritten Tage 32,2, 24 Stunden lang. Tod am fünften Tage bei 36,2 Respiration 10, Cheyne-Stokes'sches Phänomen und aussetzender Rhythmus. Puls 44.

3. Fall. 38jähriger Schauermann, am 5. Januar 1884 in den Raum gefallen. Fractur im unteren Theil der Halswirbelsäule mit vollkommener Lähmung der unteren und fast vollständiger Lähmung der oberen Extremitäten. Temperatur am zweiten Tage 32,1° blieb zwei Tage lang unter 34°, Puls 40—42, weich, voll. Respiration 10—12, nicht unregelmässig, oberflächlich. Die Temperatur hob sich allmählich. Patient ist leider noch am Leben.

Auffällig ist in den ersten beiden Fällen, dass der Exitus letalis nicht bei dem Sinken der Temperatur, wie sonst beim Collaps, sondern erst nach dem Ansteigen der Temperatur erfolgt ist.

Herr Dehn: So weit er sich erinnere, sei in den Experimenten von Goltz bei Durchschneidung des Halsmarkes Temperaturerhöhung eingetreten. Im übrigen glaubt Redner, dass die Verletzung der Centren die Hauptsache bei der Temperaturerniedrigung sei, nicht die gesteigerte Wärmeabgabe durch die erweiterten Gefässe.

Herr Reinhardt. In den Goltz'schen Thierversuchen sei die Steigerung der Temperatur nur anfänglich vorhanden gewesen, dann sei ein Sinken derselben eingetreten. Herrn Lauenstein gegenüber bemerkt Redner: Ueber das Verhalten des Pulses könne er keinen genauen Aufschluss geben, da in beiden Fällen die Herzaction zu schwach und der Puls unfühlbar gewesen sei. Die Respiration betrug in beiden Fällen 7—8 in der Minute.

Herr Cohen glaubt, dass die Temperaturerniedrigung nicht auf die vasomotorische Innervationsstörung zurückzuführen sei. Herr Reinhardt habe auch die innere Körpertemperatur im Anus in gleichem Maasse herabgesetzt gefunden. Es handle sich wohl vielmehr um Herabsetzung der gesammten Bluttemperatur durch eine tiefe Störung im Stoffwechsel, nicht um eine gesteigerte Wärmeabgabe. Redner erinnert dabei an die Thatsache, dass der Schlaf bei niedrigen Temperaturen so oft gefährlich sei, dieses könne nicht allein auf die Ausschaltung der Muskelwirkung zurückgeführt werden.

Herr Reinhardt: Die Wärmeregulirung und der Wärmeverlust komme auf eine Ursache hinaus. Redner giebt zu, dass jedenfalls auch die Wärmeproduction herabgesetzt war. Es sei aber bei dem jetzigen Stand der Sache immerhin nothwendig zwecks theoretischer Deductionen beides auseinander zu halten.

Herr Eisenlohr: Die Wärmeregulirung durch die Vasomotoren und durch die Wärmeproduction müssten nach seiner Ansicht getrennt werden. Es kämen jedenfalls noch andere Momente in Betracht, nicht allein der Blutstrom. Die Affectionen des Halsmarkes liessen sonst nicht die anfängliche Temperatursteigerung und den dann folgenden Abfall erklären. Es könne dies nicht nur auf einer Störung der Vasomotoren beruhen, vielmehr müsse ein directer Einfluss von besonderen Centren auf den Stoffwechsel in den peripheren Theilen dabei gleichzeitig vorhanden sein. Eine genaue Erklärung sei bis jetzt nicht möglich. Aehnliches sei bis jetzt nur von den Secretionsorganen bekannt; die Secretion hänge nicht allein vom Blutstrom ab, sondern von ganz besonderen Centren. Redner glaubt, dass noch eine andere Verbindung der centralen Centren besteht, ausser auf dem Wege der vasomotorischen Nerven.

Herr Reinhardt: Es sei seine Ansicht bis jetzt auch nur Vermuthung.

Herr Reinhardt hält sodann seinen zweiten Vortrag über „Muskelreflexe und Muskelphänomene".

Unter Muskelreflexen und Muskelphänomenen versteht der Vortragende dasselbe, was Andere als „mechanische Muskelerregbarkeit" und „idiomusculäre Contractionen" bezeichnet haben, ein Feld der Neurologie, welches bislang am Krankenbett noch wenig Berücksichtigung gefunden hat.

Bekanntlich gelingt es, mittelst geeigneter mechanischer Erregung — am besten durch den Schlag eines Percussionshammers — eine ausgedehnte Contraction von raschem Verlauf und ferner eine circumscripte Contraction von etwas langsamerem Ablauf in dem gereizten Muskel hervorzurufen. Die erstere wird nach der Ansicht Strümpell's und des Vortragenden durch die gemeinschaftliche Reizung des Muskels und der Fascie erzeugt, und soweit dabei von einem reflectorischen Moment gesprochen werden darf, lässt sich dasselbe (aus Gründen, die sich dem engen Rahmen eines Referates entziehen) nur auf die Betheiligung der Fascie zurückführen, während der Antheil, welchen der Muskel selbst an dem Zustandekommen der Contraction nimmt, keineswegs reflectorischer Natur zu sein scheint. Streng genommen ist daher der Ausdruck „Muskelreflex" nicht ganz passend, doch wurde er theils aus Gründen der Bequemlichkeit gewählt, sodann aber, weil auch die „idiomusculäre Contraction" eigentlich unter den Begriff der „mechanischen Muskelerregbarkeit" fällt, der Vortragende aber schon in dem Thema den in Betracht kommenden Erscheinungen den Stempel ungleichwerthiger Vorgänge entschiedener aufprägen wollte.

Beide Vorgänge im Muskel fehlen bei Individuen mit gesundem Nerven- und Muskelsystem nie, doch tritt hier der zweite erst auf etwas stärkeren Reiz ein. Dieselben persistiren im physiologischen wie in dem durch Narcotica erzeugten Schlaf ohne jede Aenderung. In der Chloroformnarkose dagegen wird die allgemeine Contraction ein wenig schwächer und betrifft vorzugsweise nur das jeweilig direct gereizte Muskelbündel, ausserdem treten leichter idiomusculäre Contractionen ein.

Auch in allen Formen von Geistesstörung, welche nicht mit krankhaften Zuständen der motorischen Sphäre verknüpft sind, bleiben die geschilderten Vorgänge unberührt. Die Ausnahme, welche das Spannungsirresein oder die Katatonie macht, ist nur eine scheinbare, da es sich hier um eine psychisch bedingte Hemmung resp. Abschwächung der allgemeinen Contraction handelt, während die circumscripte überhaupt nicht tangirt wird. Im tonischen Stadium der Krämpfe wird es nur ausnahmsweise gelingen, noch eine weitere allgemeine Contraction in den tonisirten Muskeln zu erzielen. Kurz nach dem Ablauf eines Krampfanfalles pflegt dieselbe fast immer etwas schwächer auszufallen als in der Norm. Letzteres gilt auch in der Ruhe kurz nach Ablauf eines epilepti- oder apoplectiformen oder eines wirklichen apoplectischen Anfalles. — Bei dauernden Hemiplegien oder Paresen tritt nach einiger Zeit im Bereiche der gelähmten Partien eine Steigerung der „mechanischen Muskelerregbarkeit" (allgemeine Contraction) ein. Dieselbe nimmt mit dem Auftreten von Rigidität und Contractur zu; nur in den höchsten Graden der letzteren ist sie nicht mehr nachzuweisen. — Alle cerebralen oder spinalen Processe, die mit Spasmen verknüpft sind, zeigen das nämliche Verhalten. — Bei der Tabes kann die allgemeine mechanische Muskelerregbarkeit im Anfang gesteigert sein, in den vorgerückteren Stadien werden die allgemeinen Contractionen aber schwächer, und es treten leichter und länger dauernde circumscripte Contractionen ein. Bei den combinirten Erkrankungen der Hinter- und Seitenstränge macht sich, je nach dem Ueberwiegen des krankhaften Processes in diesen oder in jenen, bald eine Herabsetzung bald eine Steigerung der allgemeinen Contraction geltend.

Bei atrophischen Lähmungen ist die gesammte mechanische Muskelerregbarkeit im Anfang meistens gesteigert, d. h. es gehört ein geringerer Reiz dazu, um sowohl die allgemeine als auch die umschriebene Contraction in dem Muskel hervorzurufen; dabei scheint aber von vornherein der Verlauf dieser Vorgänge träger zu sein, als in der Norm. Mit dem Fortschreiten der Atrophie wird es immer schwieriger, mittelst mechanischer Reizung die afficirten Muskel in Contractionen zu versetzen und letztere erfolgen immer träger. In den höchsten Graden der Atrophie reagiren die Muskel überhaupt gar nicht mehr auf den mechanischen Reiz. Dies gilt für die progressive Muskelatrophie, für die multiple degenerative Neuritis, für die Muskelatrophie bei amyotrophischer Lateralsclerose und bei angeborenen halbseitigen Zuständen von Atrophie. Im Allgemeinen scheint sich sonach die mechanische Muskelerregbarkeit dem Verhalten der elektrischen conform zu verhalten.

In der Agonie werden die Totalcontractionen bei der mechanischen Reizung immer schwächer und träger, die Localcontractionen dagegen immer leichter hervorgerufen, wobei auch ihr Verlauf ein langsamer ist. Die Totalcontractionen überdauern das Ableben um $^3/_4$—1 St., die localen (idiomusculären) Contractionen können jedoch 5—6 St. nach dem Tode erzeugt werden, vorausgesetzt dass die Todtenstarre nicht schon vor dieser Zeit eingetreten ist. In vorher gelähmt oder atrophisch gewesenen Körpertheilen pflegen sie schon nach 4—5 St. zu verschwinden.

Was nun die practische Bedeutung der Muskelreflexe (s. v. v!) und Phänomene betrifft, so können sie am Lebenden zu differentiell-diagnostischen Zwecken verwerthet werden. Beim Todten könnten sie in forensischer Beziehung Interesse verdienen, wenn es sich z. B. darum handelt zu constatiren, wie viele Stunden Denatus bereits todt ist.

Discussion: Herr Eisenlohr: Aehnliche Erscheinungen, wie die vom Vortragenden angegebenen, seien auch bei Tetanie und bei den Lethargischen von Charcot beobachtet. Redner zweifelt, ob es richtig sei die Totalcontraction als Reflex zu bezeichnen, und hält es für wahrscheinlicher, dass hier eine directe Muskelcontraction stattfinde, allerdings mit Betheiligung der Muskelnerven aber ohne Betheiligung der Nervencentren. Nach seiner Ansicht sei dieselbe ein directes Muskelphänomen, es seien eben nur zwei von einander verschiedene Phänomene. Aehnliches sei bei den Periostreflexen der Fall. Bei Reflexen kämen jedenfalls ausgebreitetere Contractionen zu Stande, als bei den Phänomenen. Die postmortale totale Contraction spreche ebenfalls gegen die Bezeichnung „Reflex", es müsse dieselbe auch hiernach als Phänomen aufgefasst werden. Redner fragt zum Schluss, ob ein Connex zwischen den Hautreflexen und den Muskelreflexen in den Reinhardt'schen Fällen bestanden habe?

Herr Reinhardt verneint dieses. Bei den betreffenden Fällen von Tetanie sei nach seiner Ansicht die Nervenerregbarkeit gemeint, nicht die Muskelerregbarkeit. Was den Unterschied zwischen Reflex und Phänomen in diesem Falle betreffe, so werde bis jetzt noch überhaupt darüber gestritten, auch z. B. bei den Patellarreflexen. Die Reizung von der Fascie aus müsse jedenfalls als Reflex aufgefasst werden.

(Schluss der Sitzung $9^1/_2$ Uhr.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VIII. Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln a. Rh.

Sitzung vom 16. Juli 1883.

Herr Leichtenstern stellt ein 36jähriges Mädchen vor, welches sämmtliche Symptome des Morb. Basedowii in typischer Weise darbietet.

Von besonderem Interesse sind bei der Kranken folgende Erscheinungen:

1. Die Halsgefässe sind linkerseits beträchtlich mehr erweitert als auf der rechten Seite. Das fühl- und hörbare Arterienschwirren links weit intensiver als rechts. Die linke Art. thyreoidea superior, der vordere Zweig der linken Art. temporalis treten deutlich sichtbar zu Tage, was rechterseits nicht der Fall ist. Auch die Struma ist linkerseits stärker entwickelt als rechts. Dagegen besteht im Exophthalmus und dem besonders schön ausgeprägten Graefe'schen Symptom kein Unterschied zwischen R. und L. Würde der Exophthalmus Basedowii, wie Einige glaubten, Folgezustand der arteriellen Gefässerweiterung in der Orbita sein, so wäre im vorliegenden Falle von stärkerer Gefässerweiterung linkerseits auch ein intensiverer Exophthalmus sinister zu erwarten gewesen, was nicht der Fall ist.

2. Entsprechend der linksseitig stärkeren Gefässerweiterung findet sich, wie wiederholte, unter allen Cautelen angestellte Messungen mittels Ohr-Thermometer ergaben, die Temperatur des linken Gehörganges stets, und zwar um 0,3—0,4° C. höher als rechterseits.

3. Das Vorhandensein einer anhaltenden Polyurie ohne Eiweiss- oder Zuckergehalt des Urines. Die 24stündige Harnmenge schwankt zwischen 2 bis 4 Liter.

4. Die vom Redner demonstrirten Pulsbilder zeigen trotz der durch die Tachycardie bedingten Kleinheit der Pulswellen doch deutlich eine wesentliche Erschlaffung der Artierienwandungen auch im Gebiete beider Radial-Arterien, steile Ascension, Subdicrotie und Mangel von Elasticitätswellen.

5. Die bei der Kranken häufig und ohne jede bekannte Veranlassung, gewissermaassen spontan auftretenden profusen Diarrhöen. R. erwähnt eines anderen, gemeinsam mit Dr. Willems (Deutz) beobachteten Falles von Morb. Basedowii, wo die echt „nervösen" Diarrhöen ein ganz hervorstechendes Krankheitssymptom bildeten.

R. bespricht eingehend die verschiedenen Theorien des Morb. Basedowii. Keine derselben vermöge sämmtliche Symptome in durchaus befriedigender, einheitlicher Weise zu erklären. Während die oculopupillaren Erscheinungen nach den berühmten Experimenten von Biffi und Cl. Bernard, Rud. Wagner und H. Müller auf Sympathicus-Reizung hinweisen, sei die arterielle Gefässerweiterung am Halse am einfachsten als Lähmung der betreffenden Vasomotoren aufzufassen. Diese Schwierigkeit, gleichzeitige Reizung und Lähmung anzunehmen, würde wohl gehoben, wenn man nach Benedikt's Vorgang die Gefässerweiterung als eine active, durch Reizung von Vasodilatatoren hervorgerufene annehme, doch widerspricht dies eben den Resultaten der bekannten Experimente. Andere erinnern an den bereits von Cl. Bernard betonten Umstand, dass die oculopupillaren und vasculärthermischen Nerven zwar gemeinsam im Stamme des Sympathicus verlaufen, aber getrennt aus dem Rückenmarke entspringen. Auch das vermindert die obige Schwierigkeit nicht. Die cardialen Symptome des Basedow könnten ebenso gut in Reizung des Sympathicus (Nerv. accelerans cordis aus dem Halstheil desselben) als auch in einer Verminderung des Vagustonus ihre Erklärung finden.

Die Polyurie könne mit Lähmung der Nierenvasomotoren (die im Splanchnicus verlaufen), die von R. in zwei Fällen beobachteten nervösen Diarrhoen sowohl mit Lähmung als auch Reizung des Splanchnicus erklärt werden, da in letzterem nicht nur hemmende, sondern auch erregende Fasern für die Darmperistaltik enthalten zu sein scheinen.

R. hält mit Anderen für die wahrscheinliche Ursache des Morb. Basedowii eine freilich anatomisch noch nicht nachgewiesene Störung gewisser bilateral symmetrisch angeordneter Centren in der Medulla oblongata. Hierfür sprechen besonders die Fälle von Complication des Morb. Basedowii mit Diabetes insipidus (Lähmung des am Boden der Rautengrube gelegenen Centrums der Nierenvasomotoren), ferner ganz besonders die zuerst aus der Liebermeister'schen Klinik mitgetheilten Beobachtungen von Complication des Morb. Basedowii mit schwerem Diabetes mellitus (Lähmung der Leber-vasomotoren), Fälle von grosser Wichtigkeit, die in den Tübinger Dissertationen von Bürger (1872) und Hartmann (1878) niedergelegt sind. Einen dritten Fall der gleichen Art beschreibt O'Neill (Lancet 1878). Freilich ist zuzugeben, dass Diabetes mellitus auch bei peripheren Sympathicus-Verletzungen beobachtet ist, so nach Zerstörung des Ganglion supremum (Pavy), des untersten Hals- und I. Brustganglions (Eckhard), der Bauchganglien (Klebs, Munk), oft auch des Splanchnicus (Hensen, v. Graefe).

Können somit verschiedene Symptome des Morb. Basedowii am einfachsten mit Lähmung gewisser Vasomotoren (resp. ihrer in der Medulla oblongata oder im Rückenmark gelegener Centren) erklärt werden, so der Vasomotoren der Halsgefässe, der Nierenvasomotoren (Polyurie), der Lebervasomotoren (Diabetes mellitus), vielleicht auch der Vasomotoren der Kranzarterien des Herzens, worauf Einige, freilich ohne experimentelle Grundlage die Tachycardie zurückführen wollen, so bleiben doch immer noch der Exophthalmus, das Graefe'sche Symptom, die häufige Pupillenerweiterung als echte Reizerscheinungen des Sympathicus übrig. Eine durchaus befriedigende, einheitliche Erklärung der Symptome des Basedow giebt es nicht, und auch der Versuch, die Hauptsymptome des Morb. Basedowii auf experimentellem Wege an Thieren zu erzeugen, hat zu keinem abschliessenden Resultate geführt.

Aetiologisch hebt R. hervor, dass in dem vorliegenden Falle von Morb. Basedowii, dessen erste Symptome sich an wiederholte Anfälle von Haematemesis in Folge von Ulcus ventriculi anschlossen.

Bezüglich der Häufigkeit des Morb. Basedowii hebt R. hervor, dass er unter ca. 25000 seit dem 1. Juli 1879 beobachteten Kranken 5 Fälle von Morb. Basedowii gefunden hat.

Diverse andere vom R. berührte Punkte betreffen die Häufigkeit des Morb. Basedowii in Kropfgegenden (P. stammt aus einer solchen), die verschiedenen unvollständigen Formen Basedow'scher Erkrankungen, den sogenannten acuten Morb. Basedowii, der in kurzer Zeit in Heilung übergehen könne.

Im vorliegenden Falle wurde bei consequenter Behandlung mit dem constanten Strome erhebliche Besserung sämmtlicher Symptome constatirt. In einem anderen Falle von Basedow wurde ein noch günstigeres Resultat ohne Elektricität einfach durch Ruhe etc. herbeigeführt, ein Umstand, der besonders für die Elektro-Enthusiasten beherzigenswerth sei.

Sitzung vom 23. Juli 1883.

Herr Böse stellt die Frage zur Discussion „in wieweit das in jüngster Zeit in Köln verbreitete Gerücht begründet sei, dass durch die Milch eines benachbarten Hofes (K. Hofes) Typhus nach der Stadt verschleppt worden sei und in mehreren Familien, welche ihre Milch vom K. Hofe beziehen, Typhus-Erkrankungen hervorgerufen habe."

Herr Wahn (Lindenthal) constatirt das Auftreten mehrerer Fälle von Abdominaltyphus auf dem K. Hofe, sowie das Vorkommen einiger Typhusfälle in Familien Lindenthals, welche ihre Milch vom K. Hofe bezogen.

Herr Laudahn und Herr Ewich schildern die localen Verhältnisse auf dem K. Hofe, wonach die Möglichkeit einer Verunreinigung des dortigen Brunnenwassers mit Typhus-Dejectionen nicht ausgeschlossen erscheint.

Lebhafte Debatte.

Herr Leichtenstern hebt hervor, dass in der Zeit vom 11. Mai bis 2. Juli 3 Fälle von Abdominaltyphus aus dem K. Hofe dem Bürgerhospital zugegangen seien. Sämmtliche drei Fälle betrafen Knechte (Schweizer) des Hofes.

Ebenso sicher ist es, sowohl nach R.'s eigenen Erfahrungen als nach den Mittheilungen einiger Collegen, dass in mehreren Familien Kölns, welche ihre Milch vom K. Hofe beziehen, Abdominaltyphen, in einigen Häusern sogar kurz hintereinander oder fast gleichzeitig mehrere Fälle, vorgekommen seien.

Unter 56 Fällen von Abdominaltyphus, welche seit dem 1. April ins Bürgerhospital aufgenommen wurden, stammen 11 Fälle aus Häusern, welche ihre Milch vom K. Hofe bezogen. Es sei dies ein sehr auffallendes Verhältniss, wenn man berücksichtige, dass unter den 45 übrigen Fällen mehrere die Quelle ihres Milchbezuges nicht anzugeben vermochten, oder Milch von „Händlern" in der Stadt bezogen, wenn man ferner bedenke, dass der K. Hof bei der grossen Concurrenz zahlreicher städtischer und benachbarter Meiereien nur einen sehr geringen Antheil an der Milchversorgung der grossen Stadt nehme.

Nicht uninteressant sei ferner folgender Fall. In einem Mädchenpensionate, welches seine Milch von einem anderen als dem K. Hofe bezog, erkrankte ein einziger Zögling an Abdominaltyphus. Das betreffende Mädchen hatte wegen Schwächlichkeit die Erlaubniss Morgens länger zu Bett bleiben zu dürfen. Es kam dann vor, dass, bis sie aufstand, die Milch von den anderen Zöglingen bereits aufgebraucht war. Zur Aushilfe wurde nun Milch aus einer benachbarten Bäckerei geholt, welche ihre Milch vom K. Hofe bezog. Dieser Zögling allein erkrankte an Abdominaltyphus.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

R. hält es bei dem gegenwärtigen Stande der statistischen Erhebungen für nicht erwiesen, immerhin aber für nicht unwahrscheinlich, dass durch die Milch des K. Hofes Typhusgift nach verschiedenen Familien Kölns verschleppt worden sei. Nur auf statistischem Wege könne die zur Discussion gestellte Frage gelöst werden. Eine solche Statistik habe sämmtliche während des betreffenden Zeitraumes in der Stadt Köln vorgekommenen Fälle von Abdominaltyphus mit Rücksicht auf den Milchbezug in den betreffenden Familien zu erforschen, insbesonders genaue Nachfragen in allen jenen Familien anzustellen, welche ihre Milch vom K. Hofe beziehen, was sich mit Hülfe der Milch-Liste desselben wohl erreichen lasse. Wie in vielen ähnlichen Fragen, so sei auch im vorliegenden nur durch ein Zusammenarbeiten sämmtlicher Aerzte ein entscheidendes Resultat pro oder contra zu gewinnen.

Hinsichtlich der Art und Weise der Uebertragung des Typhus durch die Milch hält R. es für wahrscheinlich, dass dies durch inficirtes Brunnenwasser geschehe, womit die Milch verdünnt oder die Milchgeschirre gewaschen werden.

Eine andere wichtige Frage sei, ob rohe oder gekochte Milch von den Kranken genossen worden sei. Mehrere der im Hospital beobachteten Kranken gaben an, „ihres Wissens" nur gekochte Milch getrunken zu haben. Ueber die Widerstandsfähigkeit des Typhusgiftes gegenüber der Siedehitze wissen wir nichts Sicheres, indessen sei es nach zahlreichen Analogis sehr wahrscheinlich, dass die Typhuskeime durch kräftiges Aufkochen vernichtet werden.

R. hebt hervor, dass bisher in Deutschland Beobachtungen über Verschleppung des Typhus durch Milch, über „Milch-Typhus-Epidemien" noch nicht publicirt worden seien, während aus England zahlreiche derartige Mittheilungen, freilich auch einige von mehr als zweifelhaftem Werthe, vorliegen und dort an der Möglichkeit der Uebertragung von Typhus und Scharlach durch Milch kaum mehr Zweifel bestünden.

So hat Hart bereits 1881 (Wien. med. Presse) über 50 Typhus- und 14 Scharlach-Epidemien berichtet, welche durch das Vehikel Milch verursacht worden sein sollen.

Als Beispiele dieser Art schildert R. die von Russell und Christie beschriebene Milch-Typhus-Epidemie in Glasgow (Possilpark), die von Cameron beschriebene in Dublin, die Epidemie in der Strafanstalt bei Horsens in Jütland (von Gadecken 1879 beobachtet), die von Lissauer in der deutschen Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspflege (1877) referirten Epidemien in Amley, Moseley und Ballsall-Hall, sowie die Londoner Epidemie von 1877.

Schliesslich wendet sich R. gegen die von A. Wernich urgirte Entstehungsweise des Typhus durch „verdorbene Nahrungsmittel", sowie gegen die von demselben Autor aufgestellte Behauptung, dass der Typhus auch „endanthrop" aus den jederzeit im Darminhalt vorhandenen Fäulnissbakterien enstehen könne. R. steht dieser, wie er glaubt, in mancher Hinsicht gefährlichen und durch Nichts bewiesenen Neuerung gegenüber auf dem Standpunkt der strengen Specifitäts-Lehre, wie sie noch in jüngster Zeit von Liebermeister in der Einleitung zu den Infectionskrankheiten in v. Ziemssen's Handbuch mit grosser Klarheit entwickelt wurde. Ebensowenig kann R. dem von Wernich geäusserten Glauben, dass das „epidemische Nahrungstyphoid" (sofern darunter überhaupt ein Typhus verstanden werden soll!) stets einen abweichenden Charakter, ein oft an Milzbrand, Pest, Trichinose und Botulismus erinnerndes Bild zeige, irgend welche Berechtigung zuerkennen. Dagegen hält es R. für äusserst wahrscheinlich, dass es verschiedenartige Darm-Mykosen giebt, welche ganz unter dem Bilde eines specifischen Typhus, zuweilen aber unter mehr der Sepsis ähnlichen Erscheinungen verlaufen, Fälle, welche mit dem specifischen Abdominaltyphus nicht die Ursache, sondern nichts weiter gemeinsam haben, als eine Reihe klinischer Symptome (Fieber, Meteorismus, Diarrhoen, Milzschwellung, trockne Zunge). Hierfür führt R. einige Beobachtungen kurz an.

Lebhafte Debatte.

IX. Medicinischer Verein zu Greifswald.

Sitzung am 5. Juli 1884, Abends 7 Uhr.

Vorsitzender: Professor Schirmer.

Schriftführer: Dr. Peiper.

Professor Grohé legt ein Jodpräparat vor, in der Zusammensetzung 1 Theil Jod auf 10 Theile Glycerin. Diese Jodglycerinlösung hat den Vortheil, sich in jeder Mischung mit Wasser zu verbinden.

Hierauf spricht Professor Grohé über die Enchondrome der Weichtheile, von denen besonders die Enchondrombildung der Parotis, Submaxillaris, Thymusdrüse und des Hodens die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt haben. Bemerkenswerth ist das gleichzeitige Vorkommen der Enchondrome der Parotis und Submaxillaris. Das Verhalten der Enchondrome zu den Drüsen ist ein verschiedenes; zuweilen scheint die Drüse dem Enchondrom seitlich aufzusitzen, in anderen Fällen findet man anstatt der Drüse ein Enchondrom, in welchem zerstreut kleine Herde von Drüsengewebe vorkommen. Virchow leitet diese Entstehung der Enchondrome aus dem Bindegewebe der Drüse her, welches Hyalin- und Faserknorpel produciren kann. In den Fällen aber, in welchen sich die Drüse vom Enchondrom abhebt und in ähnlichen haben die Enchondrome vielleicht einen andern Ausgangspunkt. Man kann nämlich die Anlage zur Enchondrombildung auf die fötale Entwicklungsperiode zurückführen. Der sogen. Meckel'sche Knorpel erstreckt sich als ein cylinderförmiges Gebilde vom Cavum tympani bis zur Spina mentalis. Derjenige Theil, welcher innerhalb des Ohres liegt, wird Hammer und Ambos; der vordere Theil geht meist zu Grunde mit Ausnahme des an die Spina mentalis angrenzenden Abschnittes, welcher sich erhalten soll. Da nun die Enchondromentwicklung überaus häufig in den beiden Drüsen, welche neben dem Meckel'schen Knorpel ihren Sitz haben, sich vollzieht, so liegt der Gedanke nahe, dass hier ein Zusammenhang mit den Entwicklungsvorgängen in der fötalen Zeit besteht, dass also die Enchondromanlage auf die fötale Zeit zurückzuführen ist.

Es folgt die Demonstration einiger hierauf bezüglicher Präparate.

Dr. Schondorff bemerkt bei einem der von Professor Grohé demonstrirten Präparate in Bezug auf den als vielleicht pathologisch beurtheilten Befund von Schleimgewebe innerhalb der Paukenhöhle bei einem Fötus, dass v. Tröltsch schon vor 25 Jahren nachgewiesen hat, dass die Paukenhöhle des Fötus von embryonalem Bindegewebe ausgefüllt wird, das heisst von einer Wucherung ihres Schleimhautüberzuges. Bei Neugebornen ist die Paukenhöhle theils von noch nicht geschrumpften Resten der fötalen Sulze, theils mit den Producten ihres Zerfalles angefüllt; erst Athem- und Schlingbewegungen wandeln die Paukenhöhle in einen mit Luft gefüllten Raum um. Dieses Verhalten ist von Wichtigkeit, weil es erklärt, dass Neugeborne (anscheinend häufig nach v. Tröltsch) von einem exsudativen Mittelohrkatarrh befallen werden und weil es davor warnen muss, der Ohrenprobe eine beweisende Kraft dafür zuzugestehen, dass das Neugeborne gelebt und geathmet hat.

Professor von Preuschen spricht über die Behandlung der Dysmenorrhoea membranacea und demonstrirt Membranen von zusammenhängender Form, die sich gleichzeitig durch erhebliche Dicke auszeichnen. Dieselben rühren von einem Falle her, der sich im Anschluss an eine Frühgeburt, bei der die Placenta künstlich gelöst werden musste, entwickelt hatte. Die häutigen Abgänge werden seit Jahren nahezu ausnahmslos bei jeder Menstruationsperiode beobachtet.

Die Therapie bestand in wiederholter Auskratzung des Endometriums und nachfolgenden Aetzungen der Innenfläche des Uterus mit 10 Procent Cupr. sulfur. Lösung.

Nach dieser Therapie ist kein Abgang von Membranen mehr beobachtet worden (seit 6 Monaten).

Hierauf demonstrirt Professor von Preuschen ein durch die Myomotomie gewonnenes sehr grosses Myom des Uterus, das an einer kleinen Stelle die Uterusschleimhaut durchbrochen hatte und an dieser Stelle Verjauchung zeigt.

Dr. Peiper demonstrirt hierauf 2 Präparate von Ileotyphusbacillen, welche aus dem Darm eines in der ersten Woche der Erkrankung gestorbenen Patienten herstammen.

X. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Magdeburg 18.—23. September 1884.

Sectionssitzungen.

7.

Section für Chirurgie.

(Originalbericht.)

(Schluss.)

II. Sitzung: Sonnabend, den 20. September 1884, 8¼ Uhr Morgens. Vorsitzender Herr v. Bergmann.

Herr Hagedorn stellt heute eine 53jährige Frau vor, deren Knie im Jahre 1880 exarticulirt wurde. Der Stumpf zeigt keine wesentliche Veränderung. Die Frau hat die erste Zeit anhaltend ohne jede Stütze mit ihrem Stelzfuss gehen können, ist aber in den letzten Jahren so corpulent geworden, dass der Stumpf die ganze Last der schweren Frau nicht mehr anhaltend tragen kann, weshalb sie bei längerem Gehen die Krücke zur Hülfe nimmt. Zugleich erwähnt er, dass er noch über einen fünften von ihm operirten Fall von Knieexarticulation zufällig Nachricht erhalten habe. Derselbe betrifft ein Mädchen von 13 Jahren, das im Jahre 1880 wegen Sarcom der Tibia

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

im Knie exarticulirt wurde. Die jetzt vollständig entwickelte, blühend aussehende Patientin bedient sich ihres Stumpfes als alleiniger Stütze und vermag selbst weitere Strecken ohne Anstrengung zurückzulegen.

Der Stumpf soll unverändert sein.

Herr Mikulicz (Krakau) trägt hierauf: „Ueber Laparotomie bei Perforation des Magens und Darmes" vor.

Bei Verletzung des Magens oder Darmes, sei es durch directe oder indirecte Gewalt, sei es durch phathologische Processe hervorgerufen, hält M. die Laparotomie für eine Indicatio vitalis. Schon bestehende Peritonitis hindert nicht, ermöglicht vielmehr die Heilung derselben. Die Laparotomie ist überall noch zulässig, wo es die Kräfte des Kranken erlauben.

In dem ersten von ihm operirten Falle handelte es sich um eine Perityphlitis, in deren Verlauf Stuhlverhaltung, Erbrechen und Erscheinungen innerer Einklemmung auftraten. Laparotomie durch 15 cm langen Schnitt in der linea alba. Zwei Liter übelriechende Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Der Darm war vielfach verwachsen, doch zeigte sich ein Circulationshinderniss. Die Perforationsstelle fand sich erst bei der Section, als der Kranke 5 Tage nach der Operation gestorben war.

In einem zweiten Falle hatte ein junger Mann 3 Wochen lang Diarrhoe, dann 1 Woche Stuhlverhaltung mit Erscheinungen von Ileus. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf Darmverschlingung gestellt. Laparotomie: 1 Liter serösfibrinöser Flüssigkeit. Der Volvulus wird gefunden und das Hinderniss beseitigt. Bauchwunde wird geschlossen. Weiterer Verlauf günstig, jedoch nach einigen Wochen Tod an intercurrenter Pneumonie.

Der dritte Fall betraf einen jungen Mann, der, als er eines Nachts durch heftiges Klopfen an der Thür im Beischlaf gestört, plötzlich aus dem Bett aufsprang, einen heftigen Schmerz in der Gegend des Nabels empfand, worauf sich Zeichen von Ileus einstellten. 60 Stunden nach der Erkrankung kam er in die Behandlung des Vortragenden. Die Diagnose lautete: innere Incarceration, und es wurde zur Laparotomie geschritten. In der Bauchhöhle fand sich über 1 Liter stinkenden dünnen Eiters und unverdaute Kartoffelstücke. Es fand sich links unten, oberhalb der Beckenapertur an einer Ileumschlinge eine Perforationsöffnung von 6 mm Länge und 4 mm Breite. Da die Mesenterialdrüsen stark geschwollen waren und kein anderer Grund für die Perforation gefunden werden konnte, so glaubt M., dass es sich um ein perforirendes Typhusgeschwür bei Typhus ambulatorius gehandelt habe. Die Ränder der Perforationsstelle wurden angefrischt und durch 12 Seidennähte in der Längsrichtung vereinigt. Der weitere Verlauf war sehr günstig, nur wich nachträglich die Bauchwunde wieder auseinander, und es entleerten sich noch ungefähr 200 ccm Eiter, worauf die Heilung durch Granulationen erfolgte.

Mikulicz theilt noch einen 4. Fall mit, in dem er bei einem 24jährigen Manne wegen Magenruptur die Laparotomie machte. Die Perforation befand sich hier an der kleinen Curvatur oben am Zwerchfell, was die Sutur sehr erschwerte. Der Pat., der sich wahrscheinlich durch übermässiges Ausdehnen des Magens diese Ruptur zugezogen hatte, und dessen Bauchhöhle voll von Speiseresten war, starb 3 Stunden nach der Operation.

Herr Küster: Ueber Magenresection.

Zur Bestätigung der experimentellen Arbeiten von Litten u. Madelung über die Wirkung des Verschlusses der Art. mesaraica auf den Darm berichtet Herr Küster über einen Fall, in welchem bei einem 61jährigen Manne wegen Carcinom die Magenresection gemacht wurde, wobei das Colon transvers. auf eine weite Strecke abgelöst werden musste. Die beabsichtigte Resection desselben musste wegen der grossen Schwäche des Patienten unterbleiben. Nach 25 Stunden Exitus, die abgelöste Darmschlinge war gangränös geworden.

Der Vortragende glaubt wegen der grossen Gefahr, die Magenresectionen für das Colon mit sich bringen können, dass die Indicationen zu dieser Operation möglichst zu beschränken seien. Da die Diagnose auf Grösse und Verwachsungen des Magencarcinoms meist schwer mit Sicherheit zu stellen ist, so empfiehlt er die probatorische Laparotomie, die keine grossen Bedenken habe. Freilich sind auch dann noch Irrthümer möglich; er selbst fand nämlich in einem Falle erst spät eine feste Verwachsung mit dem Pancreas und der Tumor selbst stellte sich nicht als Carcinom heraus, sondern war ein grosses Magengeschwür mit wallartig aufgeworfenen Rändern.

Herr Rehn (Frankfurt a. M.) erwähnt bezüglich der Gangrän in Folge von Ablösung des Mesenteriums einen Fall von Carcinom des Colon transversum, welcher eine derartige Entfernung des Mesocolon transvers. erforderte, dass ein grosser ovaler Defect im Mesocolon entstand. Es wurden etwa 20 cm. vom Darm resecirt. Der Fall verlief günstig.

Herr Heusner: Ueber die Wirkungen des Blitzes auf den Menschen. H. hatte am 13. Juli d. J. Gelegenheit, die Einwirkungen des Blitzes, der in eine zahlreich versammelte Menschenmenge fuhr, zu studiren. 20 Personen wurden zu Boden gestreckt, davon vier sofort getödtet. Die Getroffenen sollen nach Aussage nicht betroffener Personen leichenblasse Farbe, entstellte Gesichtszüge und auffallend kalte Extremitäten gezeigt haben.

Eine der am schwersten Verletzten, Frau St. empfand nach Wiedererlangung des Bewusstseins zuerst heftigen Schwindel, war bis zum folgenden Tage apathisch und schwer besinnlich, und klagte über Abgeschlagenheit und Gliederschmerzen. Ihre Unterschenkel waren bleich und kühl, wie bei Esmarch'scher Blutleere, und sie empfand darin Taubheit und Griebeln, in den Fusssohlen aber stechende Schmerzen. Während am Rumpf sich mehrere Brandwunden verschiedener Intensität zeigten, waren an den Fusssohlen je etwa 20 Löcher von Linsen- bis Groschen-Grösse mit versengten Rändern zu bemerken. Die Strümpfe und Schuhe zeigten dieselben Löcher. An anderen Getroffenen, welche mit Nägeln versehene Schuhe anhatten, hatte der Blitz dieselben unverletzt gelassen. Die Kleidungsstücke, die der Blitz durchlöchert hatte, waren, je näher der Haut gelegen, in desto weiterer Ausdehnung zerstört, wahrscheinlich, weil die Epidermis dem Blitz den grössten Widerstand entgegensetzte und dieser deshalb in ihrer unmittelbaren Nähe am intensivsten wirken konnte. Die inneren Organe leiten den Blitz so gut, dass sie meist keine Verletzungen davon tragen.

Auch hier bestätigte sich wieder, dass die schwerer Getroffenen von dem, was mit ihnen vorgegangen war, keine Erinnerung hatten. Dagegen hatte ein leichter Verletzter die unangenehme Empfindung, als ob er in Stücke gerissen würde.

Herr Stein (Frankfurt a. M.) demonstrirt eine sehr kleine galvanische Batterie, mit der es gelingt, galvanocaustische Operationen auszuführen und bedeutende Erleuchtungseffecte zu erzielen. Daran schliesst sich eine Beschreibung des Trouve'schen Photophors, verschiedener von dem Vortragenden construirter Apparate zur Beleuchtung von Körperhöhlen, elektrolytischer Elektroden, sowie eines elektrischen Trepans. Verfertiger dieser Apparate ist Richard Blaensdorf in Frankfurt a. M.

III. Sitzung. Montag d. 22. Sept. 1884 10¾ Uhr.

Vorsitzender Herr Volkmann.

Herr Leisrink: Ueber den schnellenden Finger:

Ein Mädchen von 10 Jahren konnte plötzlich den gebeugten Mittelfinger nicht wieder strecken. Das erste Interphalangeal-Gelenk war in Flexion festgestellt, das Metacarpal-Gelenk und das zweite Interphalangeal-Gelenk activ mässig, passiv normal beweglich. Bei gewaltsamer passiver Streckung des Fingers erfolgte dieselbe plötzlich mit fühlbarem Ruck und heftigem Schmerz für die Patientin. In der Hohlhand fand sich entsprechend der Höhe des Metacarpo-phalangeal-Gelenkes ein erbsengrosses Knötchen, welches auf Druck empfindlich war. Es war nur zu fühlen, wenn der Finger eingeschnappt fixirt stand. Ein Druck auf dieses Knötchen in peripherer Richtung genügte, um die schnellende Extension zu Stande zu bringen.

In der Narcose wurde unter Blutleere auf dieses Knötchen eingeschnitten, die Sehnenscheide präsentirte sich bruchsackähnlich ausgedehnt, bei deren Eröffnung sich eine ziemliche Menge klarer Flüssigkeit entleerte. Flectirte man nun den Finger, so sprang zwischen der Gabel der beiden Sehnen des Flexor sublimis jenes Knötchen hervor, welches vermöge seiner pilzförmigen Gestalt sich in diese Gabel fest einlegte. Es stellte sich als eine Sehnenduplicatur des Flexor profundus heraus. Das Knötchen wurde einfach abgeschnitten und die Sehnen wieder genäht. Die Heilung erfolgte prima intentione und der schnellende Finger war verschwunden.

Herr Leisrink will noch weitere anatomische Untersuchungen und Experimente über das eigenthümliche Verhalten der Sehne anstellen.

Herr Hagedorn. Ueber eine Modification der Hasenscharten-Operation.

Um bei Hasenscharten-Operationen kleiner Kinder Einkniffe oder Unebenheiten am rothen Lippensaume zu vermeiden, hat bereits König ein Operations-Verfahren angegeben (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 19. Bd. Seite 11), wobei er nicht den rothen Lippensaum allein, sondern mit demselben ein breiteres Stück der Lippe zur Vereinigung bringt. Hierbei entsteht nun ein für die prima intentio schwacher Punkt da, wo die drei Nähte zusammenstossen.

Zur Vermeidung dieses Uebelstandes operirte Hagedorn folgendermaassen:

Zuerst führte er mit einem spitzen Messer auf der schmalen, lateralen Seite den Schnitt 3—4—2, der Anfangs von 3—4 parallel dem rothen Lippensaume verläuft. (S. Fig 1.) Auf der breiteren, medialen

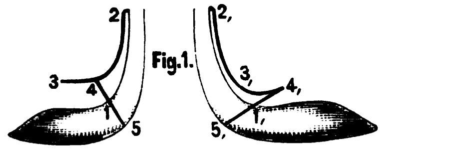


Fig. 1.

Seite dann den Schnitt 4_1—3_1—2_1, und schliesslich werden auf beiden Seiten die Scheerenschnitte 5—4 und 5_1—4_1 hinzugefügt, worauf der Lippensaum schräg durchschnitten wird. Die Vereinigung erfolgt genau nach Fig. 2, indem zuerst der Punkt 3_1 der medialen Seite in den Winkel 3 der lateralen Seite eingefügt wird. Alles übrige ergiebt sich aus Fig. 2.

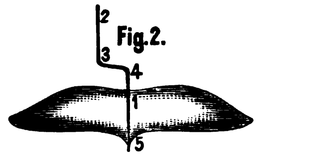


Fig. 2.

Es kommt bei diesem Verfahren nie zu einer Einziehung, wohl aber zu einer kleinen Hervorragung, die ziemlich der Mitte der Oberlippe entspricht. Eine genaue erste Vereinigung wird durch nichts beeinträchtigt.

In letzterer Zeit änderte H. die Schnittführung in folgender einfacher und zweckentsprechender Weise, die er deshalb am meisten empfiehlt: (S. Fig. 3).

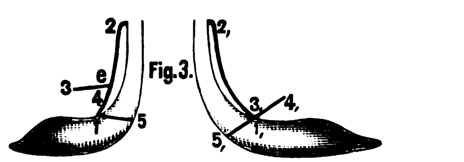


Fig. 3.

Zuerst mit dem spitzen Messer auf der schmalen lateralen Seite 1—2, dann 3—4 parallel dem Lippensaume, zuletzt 1—5 schräg durch den Lippensaum mit der Scheere. Auf der breiteren medialen Seite mit dem Messer den Schnitt 4_1—1_1—5_1 und dann 2_1—3_1, wobei die Punkte

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

1_1 und 3_1 zusammenfallen auf den Rand des Lippensaumes. Man muss darauf sehen, dass die Linien 3—4 sowie 4—1 und 4_1—1_1 alle gleich lang sind, so ergiebt sich die Vereinigung in der leichtesten Weise.

Um die Wundränder besser aneinander zu legen, ist es zweckmässig, den Winkel c der lateralen Seite mit der Scheere etwas abzurunden. Die Vereinigung geschieht auch nach Fig. 2, wobei wieder der rechteckige Zipfel 3_1 der medialen Seite in den Winkel 3 der lateralen zu liegen kommt. Die Hervorragung am Lippensaum wird um so grösser, je mehr man von der Lippe spart, d. h. je schräger man den Schnitt durch den Lippensaum legt; er wird um so kleiner und ganz verschwinden, wenn man den Lippensaum fast oder ganz senkrecht durchschneidet.

In einfacheren Fällen kann man dadurch, dass man auf der medialen Seite den Schnitt 4_1—1_1—5_1 etwas mehr nach aussen legt, beide Lippenhälften gleich gross bilden, und so die Hervorragung der Lippe genau in die Mitte bringen, was dem natürlichen Verhältniss entspricht.

Vortheilhaft ist auch diese Modification bei der doppelten Hasenscharte und Wolfsrachen mit vorstehenden Zwischenkieferknochen. Nach König's Vorgang hat H. in diesem Jahre drei solcher Fälle je in einer Sitzung operirt. Die beiden lateralen Seiten wurden ebenso zugeschnitten, wie oben die eine laterale Seite, und zwar (Fig. 4) 2—1—4, dann a_1—1 und

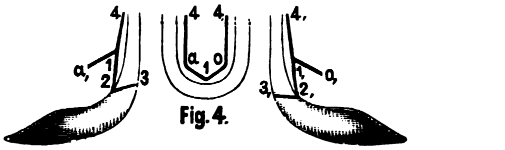


Fig. 4.

2—3 durch den Lippensaum; auf der andern Seite 2_1—1_1—4_1, dann 0_1—1_1 und 2_1—3_1. Das Mittelstück wurde mit Scheerenschnitten a—4, 0—4_1, 1—a und 1—0 so zugespitzt, dass sich die Ecken a und 0 gut dazu eigneten, in die Winkel a_1 und 0_1 der Seitentheile eingefügt zu werden. Die Vereinigung erfolgte nach Fig. 5. An der so gebildeten hohen Oberlippe entsteht genau in der Mitte eine entsprechende Hervorragung.

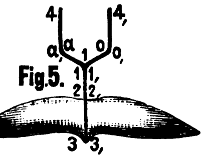


Fig. 5.

Das erste 6 Monate alte kräftige Kind, August J., wurde am 2. April 1884 wie eben beschrieben, operirt, nachdem zuvor nach Bardeleben der Vomer subperiostal getrennt und zurückgebogen war. Die Heilung erfolgte per primam, da keine erhebliche Spannung dieselbe störte.

Der zweite Fall, der 7 Tage alte Peter P., ward am 7. Juni d. J. ebenfalls in einer Sitzung operirt; hier war aber die Spannung so gross, dass H. sich genöthigt sah, eine Plattennaht anzulegen und zwar in Verbindung mit aufgeklebtem Pflasterverband (s. Centralbl. f. Chir. IX. Bd. S. 718), weil der Faden zwischen den Platten sonst durchgeschnitten hätte. Die Heilung kam ebenfalls per primam zu Stande.

Die Plattennaht erfüllt hier einen doppelten Zweck: erstens fixirt sie den Zwischenkieferknochen und dann beseitigt sie die Spannung der Weichtheile.

Im dritten Falle, bei Fritz H. 5 Tage alt, am 27. Mai c. operirt, und zwar in derselben Weise, ebenfalls mit Anwendung der Pflasterplattennaht, konnte bei vollkommenster prima intentio die Entlassung in die Heimath schon am 7. Tage erfolgen und später die Heilung bestätigt werden.

Früher hat H. niemals solche kleinen Kinder so früh operirt, sondern die Operation auf spätere Zeiten verschoben, und deshalb auch in 21 Jahren nur 2 Fälle zur Operation bekommen, die denn auch je in zwei Zeiten operirt und geheilt, indessen später gestorben sind.

H. zeigt die Anlegung des Pflasterplattenverbandes, der allerdings ein Durchschneiden des Fadens sicher verhütet.

Nachdem diese 3 Fälle von doppelter Hasenscharte und Wolfsrachen hintereinander zur Heilung per primam gekommen, schliesst H., dass bei dieser Missbildung die einzeitige Operation der Rücklagerung des Zwischenkieferknochens mit sofortiger beiderseitiger Vereinigung der Weichtheile nicht nur berechtigt, sondern der zweizeitigen Operation entschieden vorzuziehen sei.

Er empfiehlt seine Modification der Schnittführung und Vereinigung, die sich ihm stets bewährte, angelegentlich. (Orig. Ref.)

Herr Hirschberg (Frankfurt a. M.) spricht sich zustimmend zu dieser Modification aus, die im Wesentlichen dem Verfahren von Simon analog sei.

Herr Volkmann hält die Hagedorn'sche Modification für etwas zu complicirt. Er wendet die Malgaigne'sche Operation an und hält die verschiedenen Methoden für gleichberechtigt. Er hat grosse Spannung stets durch Seitenschnitte gehoben und ist ihm nie eine Hasenscharte missglückt.

Zugleich betont er, dass über die Schlussresultate der Hasenscharten-Operation gar nichts bekannt sei. Die meisten Kinder starben noch nach überstandener Operation doppelter Spaltungen mit prominentem Zwischenkiefer. Bei den wenigen am Leben erhaltenen hat er kein einziges Mal Einheilung des Zwischenkiefers constatiren können. Er hebt die Wichtigkeit der Publication jedes geheilten derartigen Falles hervor.

Herr Hagedorn wendet ebenfalls Seitenschnitte zur Entspannung an, und bei Hasenscharten nur selten die Plattennaht. Er hält es aber nicht für unwichtig, bei einem kleinen neugeborenen Kinde, dem schon der Vomer zurückgelagert und zur Vereinigung der doppelten Hasenscharte viele Schnitte gemacht sind, zwei grosse Seitenschnitte und den immerhin dadurch vermehrten Blutverlust zu vermeiden, selbst wenn das Verfahren, wie er zugiebt, etwas complicirt ist. Er glaubt in den beiden letzten Fällen dieser Pflasterplattennaht hauptsächlich den guten Erfolg zu verdanken. (Orig. Ref.)

Herr Volkmann will auf die Seitenschnitte nicht verzichten, weil dadurch die Lippe hoch und die Stellung der Nase regulirt wird.

Herr Hirschberg empfiehlt die flügelförmigen Lappen Simon's.

Herr Pfeil-Schneider (Schönebeck) hat ein mit doppelter Hasenscharte behaftetes Kind noch ein Jahr nach der Operation zu beobachten Gelegenheit gehabt. Obschon der Lippensaum sehr gut gebildet war, wuchs allmählich der Zwischenkiefer, der nicht eingeheilt war, über die Oberlippe weg. Er hält deshalb die Vereinigung des Lippensaumes nicht für eine genügende Garantie für eine gute Heilung.

Herr Volkmann constatirt, dass überhaupt alle Menschen mit Missbildungen weniger lebensfähig sind, als gesunde.

Herr Hagedorn stellt zum Schluss einen Pat. vor, der dreimal hinter einander mit je einem Jahre Zwischenraum dieselbe Patella brach und jetzt im Besitz vollständiger Gebrauchsfähigkeit seines Beines ist. Er beschreibt bei dieser Gelegenheit kurz den von ihm angegebenen und dringend empfohlenen Apparat zur genauen Adaption der Patellar-Fragmente.

Die Heilungsdauer bei Anwendung dieses Apparates betrug 8 bis 12 Wochen.

Ein Misserfolg wurde nicht verzeichnet.

XI. Die Conferenz der Med.-Beamten des Reg. Bez. Düsseldorf.

Referent Dr. Mittenzweig.

Die 29. Conferenz der Medicinalbeamten des Reg. Bezirks Düsseldorf fand am 25. October d. J. unter dem Vorsitz des Reg.-Med.-Rathes Dr. Beyer und unter lebhaftester Betheiligung der Mitglieder, sowie einer grösseren Anzahl hiesiger und auswärtiger Aerzte Statt.

Nach Begrüssung der Versammlung und Vorstellung des neu eingetretenen, zum Kreiswundarzt ernannten Dr. Nünninghoff zu Orsoy referirte der Vorsitzende zunächst über den weiteren Fortgang der „Allgemeinen Verfügung vom 6. August 1883 betreffend das Hebeammenwesen". Es wurde hauptsächlich hervorgehoben, dass bezüglich der längeren und besseren Ausbildung der Hebeammen, welche allseitig seit längeren Jahren als nothwendig anerkannt worden ist, bis jetzt leider in der Provinz Nichts geschehen und nach der Auskunft bei der Direction der Lehranstalt in Köln Seitens der Provinzialverwaltung anscheinend eine Aenderung noch nicht beabsichtigt sei.

Um deshalb wenigstens in Etwas dem Bedürfniss abzuhelfen, wurde von der Med.-Beamtenconferenz beschlossen, im Laufe des Winters bezüglich der Nachprüfung der Hebeammen, welche nicht der Prov.-Verwaltung unterstellt ist, besondere Vorschriften zu entwerfen und dieselben der Königl. Regierung zu unterbreiten.

Sodann referirte Dr. Strauss-Barmen über den Erfolg der Vertheilung der „Regeln für die Pflege und Ernährung der Kinder und Wöchnerinnen", welche Vertheilung seit Jahresfrist auf Veranlassung der Med.-Beamtenconferenz im Reg.-Bezirk Düsseldorf durch die Standesbeamten unentgeltlich an die anmeldenden Personen geschieht. Genaue Nachforschungen in sämmtlichen Kreisen des Bezirkes haben das erfreuliche Resultat ergeben, dass die „Regeln" nicht nur fast überall im Bezirk zur regelmässigen Vertheilung gelangen, sondern auch überall den allgemeinsten Anklang gefunden haben. Nicht nur von Seiten der Behörden und Aerzte, sondern insbesondere auch der Standesbeamten ist besonders hervorgehoben, dass die regelmässige Vertheilung überall gern entgegengenommen wird. Nur in einzelnen kleineren Städten und ländlichen Orten ist die Sache aus Sparsamkeitsrücksichten noch nicht durchgeführt, wird aber bei dem allgemeinen Anklange sich auch dort bald einbürgern. Die Kosten, welche für 1000 Exemplare 14 Mk. betragen, sind zu unbedeutend, um fernerhin ein Hinderniss zu bieten, wie auch zahlreiche Anfragen auswärtiger Kreise und Bezirke den Beweis liefern, dass diese wohlthätige Einrichtung auch auswärts hoch geschätzt wird.

Darauf referirte Dr. Mittenzweig-Duisburg über den Verlauf des bakteriologischen Cursus im Reichsgesundheitsamte, zu welchem M. vom 6. bis 16. October d. J. einberufen worden war. An dem Cursus haben ausser M. noch drei preussische und 8 süddeutsche Medicinalbeamten respective Universitätslehrer Theil genommen.

Bei Beginn des Curses prüfte Herr Geh. Rath Dr. Koch auf das Genaueste sämmtliche Mikroskope, welche sämmtlich mit der Abbe'schen Beleuchtung und einer Oelimmersion von mindestens $^1/_{12}$ versehen sein mussten, um die Bakterien bei scharfer Beleuchtung bei ca. 600facher Vergrösserung untersuchen zu können.

Danach erfolgte der Unterricht über Bereitung der Nährgelatine, von welcher sich jeder Cursist die nöthige Menge für den 10tägigen Bedarf selbst zu kochen hatte. (Dieselbe enthält 400 gr. Fleischwasser, 40 gr. beste Gelatine, 4 gr. Peptonum siccum und 2 gr. Kochsalz). Dann erlernten wir das Sterilisiren der Instrumente und Apparate, des Platindrahtes, der Platinöse, der Glasstäbe, Glasplatten Reagenzgläser und Wattepfröpfe, der feuchten Kammern, Kartoffeln etc., sodann die Anfertigung von Trockenpräparaten, Gelatineplatten, die Impfungen der starren Gelatine in den Reagenzgläsern, die Bereitung der Cultur im hohlen Objectträger etc.

Alle diese Methoden wurden in den ersten Tagen, nur an nicht pathogenen Spaltpilzen, welche wir selbst auf Platten und in Reagenz-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gläsern aus unserem Mundschleim, aus Koth, aus Wasser, aus Luft, aus Staub etc. zur Cultur brachten, practisch geübt, um nach dieser Vorbereitung an die Untersuchung der Cholera asiatica selbst gehen zu dürfen. Wir betraten das Allerheiligste des Reichsgesundheitsamtes, nachdem uns die nöthigen Vorsichtsmaassregeln an's Herz gelegt waren, und machten uns mit den Eigenschaften des viel umstrittenen Kommabacillus bekannt, mit seinem Aussehen im gefärbten Trockenpräparate, seinem munteren Wesen im Bouillontropfen, seinem Wachsthum in der starren Gelatine und in Agar-Agar und nicht zu vergessen, mit seinen so charakteristischen Kolonien. Erst hier konnten wir die ganze Bedeutung der Cultureigenschaften des Bacillus kennen und würdigen lernen und verstehen, warum Koch der Beurtheilung der Reinculturen ein weit grösseres Gewicht beilegt, als der Gestalt der gefärbten Trockenpräparate.

M. demonstrirte nunmehr an einer Probe aus Finkler und von Prodigiosus die methodische Untersuchung eines supponirten Cholerafalles und erklärte sodann die im Nebenzimmer befindlichen Präparate von Cholera asiatica, Cholera nostras, Prodigiosus, Milzbrand, gewöhnlichem Stuhl und Speichel, welche in 3 Mikroskopen zur Untersuchung bereit standen. Sämmtliche Präparate fanden den Beifall der Mitglieder, unter denen sich geübte Mikroskopiker, wie Fleischhauer, Racine, Lewis, Zimmermann und Kanzow befanden.

In der Discussion äusserte sich M. über die Finkler'schen Bacillen dahin, dass in der von F. an Koch gesandten Mischung bisher 3 Bacillen (Anmerk. 1) aufgefunden seien, von denen 2 die Gelatine verflüssigten, während ihre Kolonien auf Platte und Reagenzglasgelatine grosse, in die Augen springende Differenzen von den Kolonien der Cholera asiatica zeigten.

Die F.'sche Mischung entwickelt grüne Farbe und üblen Geruch. Der eigentliche krumme Bacillus wird nach dem Eintrocknen dem Kommabacillus ähnlich, differirt aber in den allermeisten Fällen durch Grösse und Plumpheit, ebenso die Spirillen. Die Kolonie bildet Kreise mit glatter Peripherie, von etwas bräunlicher Farbe und ist fast gleichmässig granulirt, leicht zu unterscheiden von einer Kommakolonie und ähnlich der Kolonie der Kothbacillen.

M. gab an, im Stande zu sein, in den meisten Fällen den Finkler'schen Bacillus im Trockenpräparate, in allen Fällen aber an der Cultur sicher zu erkennen. (Anmerk. 2.)

Bezüglich des Desinfectionsverfahrens bei Cholera fordert M. im Anschluss an Koch und Gaffky, dass jede Maassregel vom Gesichtspunkte der Abhaltung resp. der Vernichtung der specifischen Kommabacillen ausgehen sollte, dass man besonders gegen die ersten verdächtigen Fälle mit aller Energie. und selbst Rücksichtslosigkeit vorgehen müsse, wenn man die Cholera ersticken, eindämmen oder fern halten wollte.

Den Schluss der Conferenz bildete ein fröhliches Mahl, bei welchem der Vorsitzende daran erinnerte, dass die von ihm vor 15 Jahren in's Leben gerufene Versammlung, wie der heutige Tag gezeigt habe, ein lebenskräftiges, wirksames und festes Band der Medicinalbeamten des Bezirkes geworden sei, und bei welchem die Gesellschaft dem Vorsitzenden die grosse Freude aussprach, dass er von seinem schweren Leiden geheilt und mit alter, gewohnter Energie die Versammlungen wieder zu leiten im Stande wäre.

Anm. 1. Seitdem ist auch der vierte grünfärbende Bacillus gefunden.

Anmerk. 2. Nach einer vorläufigen Mittheilung kann M. seine damals ausgesprochene Ansicht bestätigen, nachdem er in Weiterzüchtungen einer am 9. d. M. von Finkler erhaltenen Kultur die Finkler'schen gekrümmten Bacillen beobachtet hat. Nur zu Zeiten zeigen die Finkler'schen grössere Aehnlichkeit sofort nach Anfertigung des Präparates. Mit seltenen Ausnahmen aber erscheinen sie etwas grösser, als die echten Kommabacillen. Ihre Fadenketten (Spirillen?) bestehen aus aneinandergereihten schwach gekrümmten Stäben und bieten das Bild einer stark ausgezogenen Spirille. Besonders deutlich ist der Unterschied an den keimenden Stäbchen und Ketten sowohl im hängenden Tropfen, als auch besonders nach der Färbung, welche im Methylenblau am schönsten gelingt und dann am vortheilhaftesten die Untersuchung bei künstlichem Lichte macht.

XII. Die bisherige Thätigkeit der Herren Finkler und Prior zur Aetiologie der Cholera und ihre Entgegnung wider R. Koch in der Kölnischen Zeitung.[1])

I.

Von jeher ist die Frage discutirt worden, in wie weit die nicht fachmännische Presse an den Verhandlungen über wissenschaftliche Fragen berechtigt sei theilzunehmen, in der Voraussetzung, dass auch ihren Leitern darum allein zu thun sei, grössere Kreise der Laien zu belehren. Im Allgemeinen wird man die Frage dahin zu beantworten haben, dass eine solche Theilnahme der Presse nicht auszuschliessen ist, besonders wo es sich um wirkliche Errungenschaften der wissenschaftlichen Forschung, um feststehende Resultate handelt. Auch für das Gesammtgebiet der Medicin ist diese Berechtigung durchaus anzuerkennen, denn sie besitzt ebenfalls eine Reihe von wohl begründeten Thatsachen, denen gegenüber das Interesse der Laien leicht erklärbar erscheint.

Andererseits aber sind der Erörterung medicinischer Fragen in allgemein verständlicher Weise bestimmte Grenzen gesetzt, soll nicht nur nicht genützt, sondern geschadet werden. Zuvörderst möchten wir aus leicht begreiflichen Gründen die eigentliche Pathologie und Therapie ganz ausgeschlossen wissen, und die medicinische Presse aller Culturvölker hat mit Recht dagegen Einspruch erhoben, dass man dem Geschmack eines gewissen Publikums durch Wiedergabe von sensationellen Krankengeschichten, Operationen etc. schmeichelt, literarische Leistungen, die ausserdem noch den widerlichen Beigeschmack der Reklame besitzen.

Sodann halten wir es für ganz unzulässig, wissenschaftliche Streitfragen vor das grosse Publikum zu bringen. Ueber sie zu urtheilen, dazu gehört eine andere Schulung als derjenige besitzt, dem die nöthigen Vorkenntnisse ja durchaus fehlen.

Man kann nun freilich, selbst bei strenger Festhaltung dieser Grundsätze, in eine Nothlage kommen. Sie liegt dann vor, wenn in irgend einer besonders wichtigen zur Discussion stehenden Frage von betheiligter Seite die nicht fachmännische Presse durch Mittheilungen versorgt wird, deren ganzer Charakter sie nur allzu sehr geeignet macht, das Urtheil weiterer Kreise zu verwirren. Dagegen einzuschreiten wird um so mehr zur Pflicht, wenn diese Fragen ausserdem noch eine hohe practische Bedeutung besitzen. In solchen Fällen ist es geboten, auch der nicht fachmännischen Presse wenigstens das Material zur Verfügung zu stellen, auf Grund dessen sie sich dann in der Lage befindet, das missleitete eigene Urtheil wie das ihrer Leser zu berichtigen.

Ich habe mich in No. 40 dieser Wochenschrift über die Behandlung des Kommabacillus in der politischen Presse ausführlich und energisch genug ausgesprochen. Wohl alle Fachgenossen haben mir darin zugestimmt, und auch Herr Finkelnburg schrieb mir ausdrücklich, er sei überzeugt, dass die Herren Finkler und Prior „die sehr bedauerlichen Trompetenstösse in der politischen Presse“ nicht verschuldet hätten. Er meinte, wie ich dies ja ebenfalls dort ausgesprochen hatte, übereifrige Freunde der Herren, und zwar nicht ein Mal ärztliche, würden dem Reporter der Kölnischen Zeitung diese Verkündigungen übermittelt haben. Wie schwer solche Dinge zu verhüten seien, wisse man ja in Berlin am besten.

Gern schloss ich mich dieser Auffassung an, ich weiss aber nicht, ob Herr Finkelnburg selbst sie noch festhält. Mit Recht hatte er mir weiterhin geschrieben: „Hoffentlich wird dem leicht verwirrten Publikum bald von Koch selbst nach eingehender Prüfung der Bonner Culturproducte der Stand der Frage in der objectiven Weise klar gelegt, durch welche sich der Meister vor manchem seiner Schüler so vortheilhaft auszeichnet“. Goldene Worte, aber doch nur solche, wie man sie von einem Finkelnburg von vornherein erwarten durfte, und zweifellos hat er das Gleiche auch im persönlichen Verkehr geltend gemacht. Vergeblich — man hatte nicht Zeit, zu warten, bis Koch den Voraussetzungen des Herrn Finkelnburg entsprochen. Wiederum ertönte „ein bedauerlicher Trompetenstoss“ in der politischen Presse, wiederum brachte gerade die Kölnische Zeitung diese „Verkündigung“ und merkwürdiger Weise wurde sie ihr wiederum aus dem Kreise übermittelt, der die Herren Finkler und Prior bewundernd umgab, trotzdem dies Mal nicht Bonn, sondern Genua die Stätte ihrer Untersuchungen war.

Wir haben jene Correspondenz bisher ignorirt. Weder an dieser Stelle haben wir ihrer erwähnt, noch sind wir in der nicht medicinischen Presse ihr entgegengetreten. Wir wussten ja, dass Koch schon damit beschäftigt war, Finkelnburg's Postulat zu erfüllen und „nach eingehender Prüfung der Bonner Culturproducte den Stand der Frage klar zu legen“. Diese in sichere Aussicht gestellte Klarlegung musste ja die beste Widerlegung sein, und es kam nicht darauf an, ob bis zu ihrem Erscheinen noch ein Paar Wochen vergingen. Jetzt aber müssen wir die Correspondenz aus Genua unseren Lesern vorlegen, schon um das Actenmaterial zu vervollständigen, dann aber auch um desswillen, weil sie dazu beiträgt, unser Urtheil über die Herren Finkler und Prior zu rechtfertigen.

[1]) So bedeutungsvoll in jeder Beziehung die Frage des Verhältnisses von Kommabacillus zu anderen Bacillen auch ist, so würden wir ihr doch einen so breiten Raum kaum haben gewähren können, wäre uns nicht durch den Herrn Verleger eine Vergrösserung dieser Nummer bewilligt worden, so dass die andern Gebiete nicht verkürzt sind. D. Red.

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

In dieser Correspondenz der Köln. Z. aus Genua heisst es nämlich:

„Das Ergebniss der Untersuchungen" (der Herren Finkler und Prior nämlich) lässt sich kurz in folgenden Sätzen zusammenfassen. Die Behauptung von der morphologischen Gleichheit des Kommabacillus und der dazu gehörigen Spirille der asiatischen und der einheimischen Cholera hat sich unbedingt bestätigt. Soweit die Untersuchungen hier reichen konnten, hat ein Unterschied beim Culturverfahren ebenfalls nicht ermittelt werden können. Die verschiedenen Präparate beider Arten von Bacillen zeigen eine solche Uebereinstimmung, dass keiner der Fachleute durch die mikroskopische Untersuchung die Diagnose auf einheimische Cholera oder asiatische Cholera stellen konnte. Durch Veränderung der Culturbedingungen gelingt es, die Form und Grösse der Bacillen der asiatischen Cholera in hohem Maasse zu beeinflussen; dasselbe gelingt bei den Bacillen der einheimischen Cholera. Je nach Veränderung der Cultur ist man desshalb im Stande, kleine und grosse, geradezu zarte und derb plumpe Bacillen mit vielen oder mit wenigen Spirillen, sowohl aus den Culturen der asiatischen als aus denen der einheimischen Cholera zu erzeugen. Der angebliche Unterschied zwischen geradezu zarten Bacillen der asiatischen Cholera und plumpen Kommabacillen der einheimischen Cholera ist deshalb vollkommen willkürlich und nicht von der geringsten Erheblichkeit.

Allerdings eine merkwürdige Verkündigung, aber ebenso verwerflich wie die früheren, weil sie die subtilsten Fragen der Wissenschaft vor ein Forum brachte, welches, nicht in der Lage zu entscheiden, auf's Neue verwirrt werden musste.

Die Arbeit Koch's erschien endlich. Dem Redacteur eines medicinischen Blattes wird es stets zur höchsten Genugthuung gereichen, wenn es ihm gewährt ist, solche Arbeiten seinen Lesern zuerst vorlegen zu können. Bei der Wichtigkeit der Frage trat aber für uns die Bedeutung der Priorität zurück. Es wurde Sorge getragen, dass sie rechtzeitig die grösstmögliche Publicität erhielt, ein Jeder der etwas von der Sache verstand, sollte sich orientiren und urtheilen können.

Die Kölnische Zeitung hatte schon von der Kritik Hüppe's keine Notiz genommen, trotzdem sie die Verkündigungen aus dem Kreise des Herrn Finkler sämmtlich wiedergab. Trotzdem hielten wir es für unsere Pflicht, auch ihr vor dem Erscheinen der betreffenden Nummer dieser Wochenschrift einen Abzug des Koch'schen Artikels zu übersenden. Hatten wir doch ihren hiesigen Vertreter auf sein Ersuchen bezüglich der Verhandlungen der Cholera-Conferenz in gleicher Weise unterstützt, was von der Kölnischen Zeitung dankbar acceptirt wurde. Aber die Kölnische Zeitung scheute sich nicht, die Arbeit des Forschers zu ignoriren, dem auch ein Mann wie Finkelnburg das Prädikat eines Meisters zugesteht, und brachte statt dessen am Dienstag den 11. November einen, mehrere Spalten ausfüllenden Artikel der Herren Finkler und Prior selbst!

Sie selbst nennen den Weg der Veröffentlichung durch eine politische Zeitung einen ungewöhnlichen, sie scheinen ihn entschuldigen zu wollen, weil die Nachricht von dem Angriffe, den Herr Koch auf sie gemacht, in telegraphischen Berichten und längeren Artikeln den Zeitungen zugegangen sei. Sie erklären offen, sie seien gezwungen, ihre von Koch angegriffene wissenschaftliche Ehre nicht nur vor einem medicinischen Publikum zu rechtfertigen, „welches an der Frage regen Antheil zu nehmen scheine" (!) Der Schreiber dieses Artikels hat viele Erfahrungen auf publicistischem Gebiete, aber eine so fadenscheinige Entschuldigung ist ihm denn doch noch nicht vorgekommen. Erst erfüllen die Herren Finkler und Prior, oder wollen wir sagen, ihre Freunde, die Welt in Correspondenzen und Telegrammen mit ihren „Untersuchungen", zum Beweise, dass die Koch'schen Resultate hinfällig seien, trotzdem auf diese sich die prophylaktischen Maassregeln gründen sollen, trotzdem über Hundert ihrer erfahrensten Collegen zum Gesundheitsamt commandirt werden, um die Methode kennen zu lernen, denen Koch seine Resultate verdankt. Ihre Agitation gegen letzteren wird vom Auslande begierig aufgenommen, und nun, da endlich Koch die Leichtfertigkeit ihrer Untersuchungen aufdeckt, klagen sie, dass den wesentlich durch ihre Schuld irre geführten Zeitungen einfach, ohne sie irgendwie zu präoccupiren, der in einem medicinischen Fachblatte veröffentlichte Artikel zugänglich gemacht wurde. Derselbe Weg stand ihnen offen. Kein Fachblatt hätte ihre Entgegnung zurückgewiesen, aber sie zogen es vor, von der in der Wissenschaft herrschenden Sitte Abstand zu nehmen und sandten der ihnen nahestehenden Kölnischen Zeitung ihre Erwiderung zu, damit der Weltruf der deutschen Wissenschaft wie der eines der genialsten Forscher nur so bald als möglich und vor einem Publikum, so gross als möglich, geschädigt werde. Zur Abwehr genügte wahrlich die Veröffentlichung in einem Fachjournale, sie hätte ihren Weg ja auch in die politischen Zeitungen gefunden, aber die Herren Finkler und Prior wollten ein Anderes, von der Wissenschaft weit Abliegendes, sie wollten nicht das unparteiische Urtheil der sachverständigen Fachgenossen provociren, sie wollten den Eclat. Jetzt haben sie ihn, nun mögen sie auch die Folgen tragen.

Aber jeder Milderungsgrund, der hier noch in der gereizten Stimmung der Herren Finkler und Prior gefunden werden könnte, wird hinfällig einer anderen Thatsache gegenüber. Sie veröffentlichen ihre Entgegnung in derselben Kölnischen Zeitung, die den Artikel Koch's ignorirte. Sie wollen gar nicht, dass der Leserkreis des Weltblattes, so weit er es vermag, urtheile, ob der Angriff Koch's begründet sei oder nicht, sie wollen allein gehört werden! Möge Niemand einwenden, die Herren Finkler und Prior hätten schliesslich keine Verfügung über die Kölnische Zeitung! Wie nahe sie derselben stehen, ist denn doch sonnenklar geworden, und trafen sie auf Widerstand, nun dann war es eine unabweisbare Forderung der Loyalität, dass die Herren Finkler und Prior eher auf den Abdruck ihrer Entgegnung in der Kölnischen verzichten, als zugeben durfte, dass die öffentliche Meinung dadurch verfälscht wurde, dass man Koch's Artikel todtschwieg und nur ihnen das Wort zugestand.

Eine derartige Methode richtet sich selbst, sie enthebt uns eigentlich des sachlichen Eingehens auf den Inhalt der Entgegnung, indessen die Ausführungen der Herren Finkler und Prior selbst beweisen so entschieden auch in dieser Beziehung gegen sie, dass wir unsern Lesern doch zur Charakteristik ihrer Untersuchungen und ihrer Methoden wenigstens Einiges mittheilen wollen.

II.

Die Hauptfrage ist die, ob die Herren Finkler und Prior bis jetzt den Nachweis geführt haben, dass es ihnen gelungen sei, eine Reincultur im Sinne Koch's zu Stande zu bringen.

Hören wir sie selbst.

1. D. Med. Wochenschr. No. 26 S. 581.

„Wir nehmen aus den Stuhlentleerungen kleine Partikelchen getrennt und pflanzen sie theils auf feuchte Leinwand, die auch in einer feuchten Kammer gehalten wurde, theils auf Kartoffelstücke."

(So beschreiben F. und Pr. ihr Culturverfahren, als sie noch unbefangen und noch nicht rectificirt waren.)

2. Tagebl. der Naturf.-V. S. 218.

„Zu diesem Nachweis züchtet man den Mikrokokkus rein, das heisst man suchte ihn auf künstliche Weise durch Züchtung und wieder neue Züchtung weiter zu impfen und weiter wachsen zu lassen, bis alle anderen Mikroorganismen durch die für sie ungünstigeren Bedingungen im Wachsthum und der Vermehrung zurückgeblieben und nur der eine bestimmte Mikroorganismus übrig blieb."

(Dieser auch schon von Koch (No. 45 dies. W.) abgedruckte Satz kennzeichnet wohl am besten den Standpunkt der Verfasser. Sein nochmaliges Hervorheben empfiehlt sich daher, eines Commentares bedarf er aber nicht, er spricht für sich selbst.)

3. Ebendaselbst.

„Wir impften kleine Flöckchen eines Cholerastuhls, welcher vom Kommabacillus erfüllt war, auf mehrere Nährböden, auf feinste Leinwand, auf Fleischbrühe, Gelatine von verschiedener Zusammensetzung, auf Kartoffeln, auf Milch. Wenn man etc. etc."

(Hier ist allerdings Gelatine mit aufgeführt, doch geht aus dem Umstande, dass bei 25° bis 35° C. gezüchtet wurde, sowie aus der Bemerkung, „erhielten dadurch stets reiner werdende Bilder" hervor, dass von Benutzung der Koch'schen Methode keine Rede sein kann.)

4. Tagebl. der Naturf.-V. S. 221.

Prior: „In dem zweiten Präparate finden Sie dann eine vollendete Reincultur vor sich und zwar ist es nicht nur Zufall, sondern vielmehr Absicht gewesen" etc. „Die Aufzüchtung fand statt auf Nährgelatine, genau nach den Vorschriften Koch's, des weltberühmten Meisters etc."

(Hier ist lediglich gesagt, dass genau nach Koch's Vorschrift auf Gelatine gezüchtet sei, aber über das Detail nichts. Die Vorschriften Koch's sind aber vollständig missverstanden.

5. Dass diese Behauptung richtig ist und dass auch zur Zeit, als sie ihre Entgegnung für die Kölnische Zeitung schrieben, F. und Pr. noch kein Verständniss für das Wesentliche des Culturverfahrens hatten, geht hervor aus nachstehender Aeusserung der Herren in der Kölnischen Zeitung:

„Warum schickten wir Koch keine Reincultur? Das hängt so zusammen: Während unserer zehntägigen Abwesenheit in Magdeburg und Berlin konnten hier in Bonn keine weiteren Züchtungen gemacht werden und wir fanden deshalb unsere Reinculturen nach der Rückkehr verflüssigt und verdorben. Wir fingen deshalb aufs neue an, aus dem letzten Cholera nostras Falle, der schon früher verfault war, Culturen anzufertigen. Koch kann dankbar sein, dass wir ihm nach vier Generationen eine verhältnissmässig so wenig verunreinigte Cultur zuschicken konnten."

(Was zuvörderst die Angabe anlangt, die Reinculturen der Herren

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Finkler und Prior seien verdorben gewesen, so steht dem Folgendes entgegen. Verderben kann die Cultur eben nur, wenn sie keine Reincultur ist, weil dann die fraglichen vermeintlich allein vorhandenen Organismen von den andern überwuchert sein können. Eine Reinkultur verdirbt nicht. Höchstens hätten die Organismen abgestorben sein können, und das ist selbst nach weit längerer Zeit als 10 Tagen noch nicht der Fall. Wenn die Herren Finkler und Prior aber fortfahren: „Koch kann dankbar sein etc.“ so diene ihnen Folgendes zur Erwiderung: Jeder Anfänger, der im Gesundheitsamt einige Tage gearbeitet hat, sät das Gemisch auf eine Platte aus, entnimmt von einer aus einem Keim hervorgegangenen Colonie seine Aussaat für die zweite Umzüchtung und hat daher bereits in der 2. sogenannten Generation in der That eine Reincultur. Wenn F. und Pr. nach 4 Generationen immer noch ein Gemisch von vier verschiedenen Organismen in ihrer Cultur haben und sich auf diesen Grad von Reinzüchtung hin noch Dankbarkeit beanspruchen, so beweist das ganz allein schon, dass sie nicht die leiseste Ahnung davon haben, auf was es bei dem Koch'schen Reinculturverfahren überhaupt ankommt, und zwar gilt das noch, als ihnen schon von Koch die Methode noch einmal so eingehend auseinandergesetzt ist (diese W. No. 45), dass jeder Laie sie verstanden haben würde.)

6. „Wir haben genau nach Koch bakterienhaltige Masse in flüssig gemachte Nährgelatine möglichst vertheilt, diese auf eine Glasplatte ausgegossen etc. Wir haben dadurch ganz nach Koch die einzelnen Bakterien an getrennten Stellen fixiren können. Dann haben wir die“ etc. Köln. Z.

(Davon, dass in der angegebenen Weise von F. und Pr. gezüchtet worden ist, haben sie Niemand überzeugt. Wohl mögen sie es in neuester Zeit angestrebt haben, dass es ihnen nicht gelungen ist, wird durch das erwiesen, was wir oben ad vocem „Verdorben“ und „Koch kann dankbar sein etc.“ dargelegt haben.)

7. Wie sorgfältig (?) die Verff. Koch studirt haben geht aus folgender Aeusserung Finkler's hervor:

Tagebl. d. Naturf.-V. S. 222.

„Das makroskopische Verhalten“ etc. „Sehr oft sehen wir, dass die sich ausbreitende Cultur ein weissliches glasartiges Häutchen, auf welches die Angabe Koch's, dass es aussehe wie mit Glas bestäubt, sehr gut passt, allmählich ganz niedersinkt, aber so dass die Mitte sich mehr vertieft als der Rand“ etc.

(Koch sagt nämlich, dass die Colonien auf der Gelatineplatte beim Betrachten mit schwacher Vergrösserung aussehen, als seien sie aus Glasbröckchen zusammengesetzt.)

8. Die Herren Finkler und Prior beklagen sich in der Köln. Ztg. darüber, dass Koch ihnen nachsage, ihre Kommabacillen stammten aus fauligem Stuhl. Nun haben sie aber thatsächlich in Magdeburg eine sogenannte Reincultur demonstrirt, die aus faulem Stuhl gezüchtet war, wie aus folgendem Passus (Tagebl. d. Naturf.-Vers. S. 221) hervorgeht:

„In dem zweiten Präparate finden Sie dann eine vollendete Reincultur vor sich und zwar etc. Die Sporen nahmen wir aus einer Cholera nostras-Entleerung, welche bereits vollkommen in Fäulniss übergegangen war.“

So erweisen sich denn die Herren Finkler und Prior gegen ihren Willen aus ihren eigenen Darlegungen geständig und überführt, dass ihnen bisher das Verständniss für eine Reincultur im Koch'schen Sinne fehlte, und dass sie eine solche anscheinend selbst jetzt noch nicht zu Stande gebracht haben.

Nach diesem kläglichen Ergebniss ihrer Untersuchung klingt es geradezu komisch, wenn Herr Prior auf der Naturforscherversammlung folgenden Panegyricus auf sich und seinen Mitarbeiter hielt:

„Man muss nicht nur complet bewandert sein in solchen mikroskopischen Dingen, sondern man darf nicht sofort, wenn auf den ersten Blick die Untersuchung fruchtlos und eitel zu sein scheint, die Flinte in das Korn werfen und verzagen; schlimmer, weit schlimmer aber ist es, wenn Einer gar nun schon nach ein paar Präparaten, nach dem Durchmustern weniger Objecte einen Schluss auf das Vorhandensein oder Fehlen irgend welcher Mikroben ziehen wollte. Dies ist absolut verwerflich, und was in diesem Sinne von allgemeinster Bedeutung ist, das passt erst recht auf die Untersuchungen der Fäkalien. Von ihnen gilt noch heute, sicher und unumstösslich, was vor vielen Jahren bereits mein hochverehrter Lehrer und stets wohlwollender Chef, Geheimrath Rühle in Bonn, bei der Besprechung der Phthisis ausgesprochen hat; er deutet, richtig ahnend, dass dereinst etwaige Untersuchungen der Stuhlentleerungen bei der Phthisis von grossem Erfolge begleitet sein werden, darauf hin, dass zu derartigen Studien Einer unerlässlicher Weise Zeit und Entsagung in ausreichendem Maasse besitzen müsse. Und was Rühle für die Untersuchung der Entleerungen von tuberculös erkrankten Personen fordern durfte, das nehme ich — wie ich wähne, mit vollem Recht — auch in Anspruch für die Stuhluntersuchungen der an Cholera nostras Erkrankten; es ist wirklich unerlässlich, dass man zu derartigen, ausschlaggebenden (!) Forschungen Zeit, viel Zeit, aber auch das nothwendige Maass von Ausdauer besitzt.“ (Tagebl. d. Naturf.-Vers. S. 221.)

Unsere Leser kennen das, was Finkler und Prior Sporen nennen, schon aus Koch's Entgegnung in No. 45 dies. W. Ein Umstand dürfte ihnen aber vielleicht entgangen, der jedenfalls von Interesse ist. In der Naturforscherversammlung (Tagebl. d. N.-V. S. 219), sagte Finkler: „Nach einiger Zeit werden die Bacillen dicker, sie schwellen auf und werden durchsichtig, so dass sie etwa die Gestalt eines Wetzsteines annehmen, und an beiden Spitzen setzt sich so ein Sporn (sic!) an, ein Bild, wie es in dem ersten Band der Arbeiten des Reichsgesundheits-Amts als Mikroben-Entwickelungs-Stadium des Erysipels geschildert worden ist.“ Wie uns mitgetheilt wurde, hängt die Sache folgendermaassen zusammen. Ein Photogramm (Tab. XIII No. 76) stellt Sporenbildung in beliebigen Bacillen dar, und in dem erläuternden Text heisst es „Sporenbildung der in No. 3 abgebildeten Bacillen. Es handelt sich aber lediglich um einen Druckfehler, denn es muss heissen „Sporenbildung der in No. 75 abgebildeten Bacillen“. (In No. 3 sind nämlich Erysipelaskokken photographirt.) Dieser Druckfehler hat nun die Herren Finkler und Prior dazu verleitet, ihre gründliche Unkenntniss zu offenbaren, indem sie in der That glauben, dass die sub No. 3 photographirten Erysipelasmikrokokken ein derartiges „Mikroben-Entwickelungsstadium“ besitzen.

Uebrigens halten wir es nicht für überflüssig, darauf hinzuweisen, dass F. und Pr. auch in ihrer Publication in der K. Zeitung an ihrer eigenthümlichen Ansicht noch festhalten, trotz der ihnen durch Koch gewordenen Belehrung von dem was Sporen seien. Sie sagen dort nämlich ganz ausdrücklich:

„In zweiter Linie greift Koch unsere Angaben in Betreff der Sporenbildung an. Er findet, dass wir Dinge für Sporen halten, welche in Bezug auf die Färbbarkeit sich anders verhalten, als viele andere bis jetzt als Sporen bezeichnete Gebilde. Wie man daraus schliessen kann, dass wir im Unrecht seien, das müsste Koch doch erst erklären; das Ergebniss einer wissenschaftlichen Untersuchung ist doch deshalb noch nicht falsch, weil es auffällt. Wir haben allerdings ganz bestimmte Gründe, welche uns jetzt noch viel mehr bei früher veranlassen, an unsern Angaben festzuhalten. Aber Koch glaubt ja überhaupt nicht, dass die Kommabacillen Sporen bilden. Es kann auf Täuschung beruhen, wenn man die Sporenbildung ganz und gar übersieht; wir haben aber den Nachweis geliefert, dass die von uns so bezeichneten Gebilde wirklich sich wie Sporen verhalten, denn wir haben festgestellt, dass sie trotz langer Erwärmung auf über 60° C., trotz vollständigen Austrocknens über wasserfreier Phosphorsäure, trotz der weitgehendsten Fäulniss, dennoch im Stande sind, wieder Kommabacillen zu bilden, und zwar sind es die kleinen gefärbten Punkte, welche zu Kommabacillen auswachsen. Ein derartiger positiver Erfolg eines Versuches lässt sich doch nicht auf falsche Versuchsanordnung zurückführen.“

Haben die Herren Finkler und Prior denn keine Ahnung davon, dass sie durch eine solche Darstellung ihrem wissenschaftlichen Rufe mehr schaden, als es der schärfste Angriff thun könnte? Lassen sie die Lorbeeren Spina's nicht schlafen, und haben sie so grosse Eile, ihre wissenschaftliche Zukunft zu compromittiren?

III.

Es war keine erfreuliche Arbeit, die uns oblag, aber sie musste gethan werden. Soll die Erforschung der pathogenen Mikroorganismen der Medicin nicht zum Schaden ausschlagen, so muss darauf gedrungen werden, dass Jeder, der auf diesem Gebiete mitsprechen will, nachweise, dass er die Methoden, welche wir jetzt besitzen, vollständig beherrscht. Dieser Punkt, den Koch wieder und wieder betont, ist von solcher Wichtigkeit für die ganze Entwicklung der Lehre von den Infectionskrankheiten und vor Allem ihrer Aetiologie, damit aber auch für die eminentest practischen Fragen der Prophylaxe und Therapie, dass wir es gerade in diesem, den practischen Aerzten gewidmeten Blatte für nothwendig halten, ihn, wenn es nöthig wird, stets aufs Neue eingehend zu erörtern.

Im Uebrigen verweisen wir auf die Mittheilung Ermengem's in der vorigen und die Mittenzweig's in dieser Nummer und bemerken, dass uns über die sterilisirte Gelatine, sowie die Reinculturen der Herren Finkler und Prior aus Bonn selbst Nachrichten zugegangen sind, welche unsere Auffassung ihrer Untersuchungsmethode bestätigen, sie sind aber privater Natur, so lange sie es bleiben, werden wir sie nicht berücksichtigen, und bedürfen ihrer, wie man sieht, auch gar nicht.

Die Schärfe unserer Zurechtweisung rechtfertigt sich wohl hinreichend durch den Weg, den die Herren Prior und Finkler in der Publication ihrer Entgegnung wider Koch eingeschlagen haben, dann aber noch viel mehr dadurch, dass sie sich ihrer Verantwortlichkeit, trotz ihrer Proteste, anscheinend auch heute noch nicht bewusst geworden sind.

Folgendes charakterisirt endlich noch ihre Kampfesweise. Sie schrieben in der Kölnischen Zeitung:

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Die Aehnlichkeit (nämlich zwischen ihren Bacillen und den Kommabacillen) ist aber in Wirklichkeit so gross, dass ein College, welcher hier in Koch's Auftrag und Interesse demonstrirt hat, sich anheischig macht, zwar in zwei nebeneinander gestellten Mikroskopen einen Unterschied zu erkennen, dagegen es für unmöglich hält, wenn er in einem Mikroskop die Präparate nacheinander betrachtet, die „Differenz" mit Sicherheit aufzufinden."

Herr Ungar, der allein diese Worte auf sich beziehen konnnte, gab sofort in der Kölnischen Zeitung eine Erklärung ab, in der es, abgesehen von der Zurückweisung anderer Unrichtigkeiten, heisst:

„Zunächst ist es nicht richtig, dass ich im Auftrage des Herrn Geh. Rath Koch demonstrirte. Ich demonstrirte die betreffenden Culturen und Präparate auf Grund einer von mir von Herrn Geh. Rath Koch erbetenen und mir gütigst bewilligten Erlaubniss."

Die Herren Finkler und Prior entgegnen nun ihrerseits eben daselbst, indem sie sich darauf berufen, Herr Ungar habe ihnen erklärt:

„dass er von Koch zu seinem Vortrage und seiner Demonstration in der Niederrheinischen Gesellschaft autorisirt sei, damit hier in Bonn speciell Koch's Ansichten geltend gemacht würden".

Autorisirt und beauftragt halten die Herren demnach für gleichwerthig!

Dies ist ein Beispiel, ich denke unsere Leser danken uns, dass wir sie mit anderen verschonen.

Berlin, 18. November 1884. P. Börner.

XIII. Journal-Revue.

Innere Medicin.

7.

Kredel, Ueber die diagnostische Bedeutung des Nachweises freier Salzsäure im Mageninhalt bei Gastrektasie (Zeitschr. für klin. Med. Bd. VII. H. 6).

K. gelangt zu folgenden Sätzen: 1) Zum Nachweis freier Salzsäure im Mageninhalt empfiehlt sich die Combination der Tropaeolin-Methylviolett- und Eisenchlorid-Carbolprobe. 2) Das von v. d. Velden entdeckte Fehlen freier Salzsäure im Mageninhalt der durch carcinomatöse Pylorusstenose bedingten Gastrektasien — in 17 Fällen einfacher Dilatation wurde die freie Salzsäure nie vermisst — bildet eine fast durchgängige Regel; es finden sich jedoch seltene Ausnahmen. 3) In dem Nachweise freier Salzsäure bei Gastrektasie ist sonach ein wichtiger prognostischer und diagnostischer Anhaltspunkt gegeben. 4) Die Ursache des Fehlens freier Salzsäure bei Magencarcinom kann nicht in der Anämie gesucht werden. Das Methylanilinviolett — für die Untersuchung des Magensaftes empfehlen sich Lösungen von 0,02—0,025 p. C. — wird bekanntlich durch anorganische Säuren — und durch Milchsäure — blau gefärbt; die gelbrothe Tropaeolinlösung wird durch Salzsäure und Milchsäure geröthet; beim Ausschütteln der Tropaeolinfarbe nimmt der durch Milchsäure veränderte Farbstoff die ursprüngliche Farbe wieder an (Edinger). Die Eisenchlorid-Carbolprobe (Uffelmann) beruht darauf, dass die amethystblaue Farbe eine Mischung von Eisenchlorid und Carbolsäure (je 3 Tropfen) mit 20 ccm Aqua destillat. durch die allergeringste Spur von $^1/_2$ pro Mille Milchsäurelösung gelblich gefärbt wird, während geringe Mengen einer $^1/_2$—2 pro Mille Salzsäurelösung stahlgraue Färbung, grössere Mengen Entfärbung bewirken. Bei gleichzeitiger Anwesenheit von Milch- und Salzsäure überwiegt die erstere, so dass Gelbfärbung eintritt.

Lewaschew, Beiträge zur Lehre über den Einfluss alkalischer Mittel auf die Zusammensetzung der Galle (Zeitschr. für klin. Med. Bd. VII. Heft 6) hat bei seinen experimentellen Untersuchungen bei Hunden gefunden, dass das Natr. bicarb., in genügender Quantität in den Magen eingeführt, eine Verdünnung der Galle (Verminderung der relativen Quantität ihrer wichtigsten Bestandtheile) hervorruft.

L. Lewinski, Ueber den gedämpften Percussionsschall (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VII. H. 6). Durch ausgedehnte Untersuchungen und Erwägungen sucht Verf. Folgendes zu beweisen:

1) Skoda's Reihe vom vollen zum leeren Schalle ist practisch, wie wissenschaftlich vollkommen begründet und nicht in den anderen, in der Klinik usuellen Schallqualitäten mit einbegriffen. 2) Skoda's gedämpfter resp. heller Schall repräsentirt keine einheitliche Schallqualität, sondern einen in seine Bestandtheile zu zerlegenden Complex von Gehörseindrücken. Indessen empfiehlt es sich vom klinisch-practischen Standpunkte aus trotzdem, diese Ausdrücke ihrer Kürze wegen beizubehalten, in dem Sinne, dass „gedämpft" die verschiedenen, durch das Vorhandensein eines Dämpfers veranlassten Schallqualitäten umfasst, „hell" deren Mangel andeutet. 3) Der gedämpfte Schall wird gegenüber dem hellen durch das Kürzer-, das Leerer- und schliesslich Leiserwerden des Schalles charakterisirt. 4) Will man schliesslich in der seit Skoda üblichen Weise die Mannigfaltigkeit des Percussionsschalles zusammenfassen, so kann man ihn unterscheiden: 1) je nach seiner Höhe (hoch—tief), 2) je nach seiner Intensität (laut—leise), 3) je nach seiner Dauer und Fülle (Eigenschaften der Klangfarbe (voll—leer)), 4) je nachdem er mehr geräuschartig oder mehr weniger klangartig ist (nicht tympanitisch—tympanitisch (metallisch)).

Filehne, Ueber das Antipyrin, ein neues Antipyreticum, (Zeitschr. für klin. Med. Bd. VII. Heft 6.) enthält die ersten Mittheilungen über die energische Wirkung des neuen Medicaments, die seitdem durch eine Reihe von Nachprüfungen bestätigt worden sind.

O. Rosenbach.

Ophthalmologie.

3.

Das Cocain ein Mittel zur localen Anästhesirung des Auges, von Docent Dr. Schenkl. (Prag. Med. W. No. 45) Wir haben schon früher über das Cocain berichtet und bringen bei der Bedeutung des neuen Mittels um so lieber die Mittheilungen des Verfassers, als derselbe als ein voraussetzungsloser und vorsichtiger Beobachter bekannt ist.

Er hat das Cocain ebenfalls bei einer Anzahl von Augenoperationen (Staarextraction, Iridectomie, Staphylomoperation, Kanthoplastik, Discission, Extraction von Fremdkörpern aus der Cornea, Conjunctiva und aus der vorderen Kammer) an der deutschen Universitätsaugenklinik und an der Poliklinik in Prag in Anwendung gezogen, und dabei das bestätigt gefunden, was von den früher genannten Operateuren über die Wirkung und Verwendung des Mittels berichtet wurde. — Eine 2% Lösung von Cocainum muriaticum (0.1 auf Aq. dest. 5) 2—3 Mal hintereinander in den Bindehautsack geträufelt und zwar so, dass man den Tropfen jedesmal langsam über die Cornea gleiten lässt, bewirkt schon nach 1—2 Minuten vollkommene Unempfindlichkeit der Cornea und Conjunctiva. Man kann die Cornea mit dem Finger berühren, drücken, stechen, man kann eine Bindehautfalte mit der Pincette auffassen, den Bulbus an derselben hin und her bewegen, ohne dass der Pat. etwas davon fühlt, ohne dass Reflexwirkung von Seite der Lider eintritt. Die Anästhesie hält 3—10 Minuten an, geht dann zurück und macht wieder der normalen Empfindlichkeit Platz.

Ausser der Anästhesie beobachtet man auffällige Anämie der Conjunctiva tarsalis und bulbi. Die grösseren Gefässe erscheinen stark verengt, die kleineren schwinden vollständig.

Die Lidspalte erscheint erweitert, der Bulbus tritt etwas stärker vor, die Pupille wird mittelweit, behält jedoch ihre Reactionsfähigkeit. Dabei findet sich die Accomodation nur im geringen Grade beschränkt. Die Einträufelung verursacht keine unangenehme Empfindung, nur Patienten, die bereits vor der Anwendung des Cocains heftige Reizerscheinungen der Bindehaut zeigten, verspürten ein leichtes Brennen. Durch häufigere, von 5 zu 5 Minuten fortgesetzte Einträufelungen, oder durch Einträufelungen stärkerer (5—10%) Lösungen lässt sich die Anästhesie bis 20 Minuten und darüber verlängern. Das cocainisirte Auge zeigt nach Rückgang der angeführten Erscheinungen durchaus kein von der Norm abweichendes Verhalten, und wird der Heilungsverlauf nach operativen Eingriffen durch das Mittel in keiner Weise gestört. Die grössten Vortheile bietet das Mittel bei Entfernung von Fremdkörpern der Cornea. Der empfindlichste, furchtsamste Patient lässt ohne mit den Lidern zu zucken das Instrument an die Cornea herankommen und wird, so lange die Anästhesie besteht, den operirenden Arzt in keiner Weise stören. Aber auch bei grösseren Operationen, bei Cataractextractionen und Iridectomien bewährt sich das Mittel als ein ganz vortreffliches Anästheticum. Das Einlegen eines Sperrelevateurs wird überflüssig, die erweiterte Lidspalte und die Unempfindlichkeit der Conjunctiva gegen äussere Reize, erleichtert das Abziehen der Lider und Offenhalten der Lidspalte; die Fixation der Bindehaut wird vom Patienten ebensowenig gefühlt, wie die Anlegung des Corneoscleralschnittes. Nur die Irisexcision erregt, wenn auch nur im geringen Grade, Schmerzempfindung. Alle fünf Fälle von Cataractextractionen, die ich am cocainisirten Auge verrichtete, zeigten einen durchaus normalen Heilungsverlauf.

Die Discission einer Cataracta wurde bei einem ängstlichen Kinde nach Cocainisirung ohne Fixation des Bulbus vorgenommen; das Kind rührte sich bei der Operation nicht, und versicherte auch, von der ganzen Procedur nichts gefühlt zu haben. Auch bei schmerzhaften Augenerkrankungen: bei Hornhautulcerationen, phlyctaenulären Processen, Verletzungen der Cornea etc., sowie nach Touchirungen mit dem Kupferstift lässt sich Cocain als schmerzstillendes Mittel je nach Bedarf 2—3 mal und häufiger eingeträufelt verwenden, und es wird sich bei empfindlichen Patienten auch vor Calomeleinstäubungen nützlich erweisen. — Ebenso wird es, wie bereits von Königstein hervorgehoben worden, als Mydriaticum bei Augenspiegeluntersuchungen gute Dienste leisten, da die Pupillenerweiterung rasch vorübergeht, und das Sehen nicht wesentlich beeinflusst.

XIV. Die Cholera.

XX.

Weiterer Verlauf der Epidemie.

1. Frankreich.

In den verschiedenen Departements sind die Reste der Epidemie zumeist nicht mehr von irgend welcher Bedeutung. Auch in Yport kamen in der letzten Woche nur 2 Todesfälle vor, dagegen zählte Nantes in derselben Zeit noch 36 Todesfälle.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paris hatte am 10. (Mitternacht zu Mitternacht) 98, am 11. 89 Choleratodesfälle. Inzwischen scheint in der That eine Abnahme stattgefunden zu haben, denn am 12. zählte man (G. méd.) bei 94 Neuerkrankungen nur 11 Todesfälle. Wir geben indessen diese Zahlen zur Zeit noch ohne Gewähr, nur zur allgemeinen Charakteristik der Epidemie. Die officielle Statistik bringen wir später.

2. Schweiz.

Wir haben glücklicher Weise nicht über neue Fälle, sondern nur über einen Bericht der Cholera-Commission (Bourgeois, Demme, Lichtheim) zu referiren, derselbe betrifft zuvörderst die viel bestrittenen Genfer Fälle. Die Commission erklärt sich aus sehr einleuchtenden Gründen dafür, dass es sich um Cholera asiatica gehandelt habe. Es bestimmten sie dazu: 1. der unzweifelhaft epidemische Charakter der Erkrankung; 2. die ganz enorme Mortalität. Sämmtliche Erkrankten sind gestorben. Nun liegt gerade eines der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale zwischen Cholera nostras und Cholera asiatica darin, dass erstere relativ selten zum Tode führt, während letztere wie bekannt sehr mörderisch ist.

Mit Recht weist die Commission den Einwand zurück, dass es unmöglich gewesen sei, die Einschleppung des Choleragiftes nachzuweisen. Der Nachweis der Importation des Choleragiftes gelinge keineswegs immer. Bekanntlich sei bis heutigen Tages die Entstehung der Epidemie in Toulon noch nicht aufgeklärt, und der mangelnde Nachweis der Einschleppung sei auch bei ihr in der ersten Zeit als Argument gegen ihre asiatische Natur benutzt worden, bis ihre Verbreitung einen Zweifel nicht mehr zuliess.

Dass die Krankheit auf ihren ersten Heerd beschränkt bleibe, ist nach der Ansicht der Commission den guten Desinfectionsmaassregeln zuzuschreiben. Diese Desinfectionsmaassregeln seien angeordnet worden, weil die berechtigte Annahme vorliegt, sie seien im Stande, die Ausbreitung der Epidemie im Beginn derselben zu verhindern. Wenn man also daraus, dass die Cholera sich nicht verbreitete, schliessen wollte, dass es keine asiatische Cholera gewesen, so würde man sich verhalten wie ein Arzt, der ein Mittel gegen eine Krankheit verordne, und dann, weil es geholfen habe, seine Diagnose anzweifle. Uebrigens sei ein Beschränktbleiben der Cholera auf einzelne umschriebene Herde, wie vorhin erwähnt, häufig beobachtet worden.

Was den Commabacillus anlangt, so ist die Commission nicht der Ansicht der Genfer Commission, dass der Nachweis desselben für die Differentialdiagnose zwischen indischer und sporadischer Cholera zunächst unbrauchbar sei. Der von der Genfer Commission in dieser Hinsicht gemachte Einwand existire nicht mehr, da in neuester Zeit von seiten Koch's und anderer Forscher auch Cholera nostras mit negativem Resultate auf Commabacillen untersucht worden.

Sie ist im Gegentheil der Ansicht, dass der Nachweis des Commabacillus die Auffassung der Krankheit als asiatische Cholera so gut wie sicherstellen würde, hat aber entscheidendes Gewicht auf den gelieferten Nachweis desselben so lange nicht legen zu dürfen geglaubt, als ein Urtheil über die Sicherheit und die Methode des Nachweises nicht möglich sei.

XV. Die Croup- und Diphtheritis-Tracheotomie in der ärztlichen Praxis.

Zuschrift an die geehrte Redaction der deutschen medicinischen Wochenschrift.

In No. 27 Ihres Blattes, VII. über Croup- und Diphtheritis-Tracheotomie bemerkt der Referent Herr Dr. Pauly (Posen) zu dem Satze des Herrn D. Lüning: „in der Privatpraxis giebt es natürlich schwerwiegende Gründe, die ein so consequentes Handeln von selbst verbieten:“ etc. Folgendes: „Welches sind die Gründe? Doch blos die Furcht vor dem Misserfolge etc.“

Verfasser dieses, der, selbst ein grosser Anhänger der möglichst verbreiteten Anwendung der Tracheotomie bei Croup und Diphtheritis, schon ein paar Fälle in der Privatpraxis mit Glück operirt hat, muss die Aeusserung des Herrn Dr. Lüning entgegen der Ansicht des Herrn Dr. Pauly (Posen) in vollstem Maasse bestätigen: „In der Privatpraxis giebt es schwerwiegende Gründe, die ein consequentes Handeln (i. e. Tracheotomie) von selbst verbieten; in einer Hospitalklinik darf keine auch noch so geringe Chance des Erfolges a priori aufgegeben werden.“ Zu diesen schwerwiegenden Gründen gehört aber erst in allerletzter Linie resp. nie die Furcht vor dem Misserfolg an und für sich.

Der Privatarzt hat vielmehr mit ganz anderen Factoren zu rechnen als der Kliniker. Im Hospital giebt es nur ein eisernes Muss: was der dirigirende Arzt bestimmt, muss geschehen. In der Privatpraxis kommt zuerst der Patient und seine Angehörigen, sehr oft ausserdem noch ein Tross von guten Freunden, gescheidten Leuten und dergl. und erst dann das Urtheil des Arztes.

Als Beispiel möge Folgendes dienen: In einem Nachbardorfe schlug ich den Eltern eines croupkranken Kindes die Tracheotomie vor, setzte ihnen Alles aufs Genaueste auseinander, und bat unsern Herrn Pastor, den Leuten es auch als ihre Pflicht ans Herz zu legen, Alles zu thun, um ihr Kind zu retten. Ich selbst stellte ihnen nochmals vor, wie unrecht sie handelten, ihr Kind zu opfern, das noch zu retten sei. Alles vergebens. Die Operation unterblieb, und das Kind erstickte. Der Vater war ein ziemlich vermögender Gutsbesitzer.

Ein zweiter Grund, wenigstens für die erstmalige Vornahme der Operation ist der, dass bei ungünstigem Ausgang, die Möglichkeit in anderen Fällen die Leute zur Operation zu bewegen, immer geringer wird, und daher muss der Privatarzt wenigstens bei der ersten Operation, die er ausführt in der Wahl des Falles sehr vorsichtig sein. Ist sie ihm erst einmal geglückt, dann wiegt mancher nachfolgende Todesfall lange nicht mehr so schwer.

Als dritter Grund wäre zu nennen, dass bei den meisten zu Operirenden resp. deren Eltern die pecuniären Verhältnisse nicht derart sind, die nöthigen Ausgaben, die unbedingt durch die Operation erwachsen, als da sind Desinfectionsmaterialien etc. und vor Allem die nöthige Pflege zu ermöglichen, selbst angenommen, dass der Arzt selbst kein Honorar beansprucht, bei mehreren Fällen doch wohl auch ihm, der ja auf seine Praxis angewiesen ist, unmöglich sein würde.

Viertens ist es nur in ganz wenigen Familien möglich, sichere und gewissenhafte Pflege selbst auszuüben oder durch geschulte Pflegerinnen ausüben zu lassen: solche Familien sind in der Privatpraxis sogar so selten, dass, mit ihnen kaum zu rechnen ist ausser vielleicht in grossen Städten. Wenn man bei Leuten, die selbst fürs tägliche Brot arbeiten müssen und vielleicht 5—6 Kinder zu ernähren haben, eine so sorgsame Pflege verlangen wollte, wie man für ein operirtes Kind, wenn es dadurch genesen soll, eigentlich unbedingt verlangen muss, würde man zumeist eine Unmöglichkeit verlangen.

Sind das nicht wirklich triftige Gründe genug zu dem Ausspruche des Herrn Dr. Lüning? Wird Herr Pauly da noch glauben, dass die neueren Lehrer wie Krönlein etc. diese Gründe umzustossen und unhaltbar zu machen vermögen? Ich glaube das nicht und sicher keiner der practischen Aerzte.

Ein practischer Arzt.

XVI. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Bern. (Corr.) Prof. Luchsinger, der seiner Zeit von der Berner medicinischen Facultät einstimmig zum Nachfolger Grützner's vorgeschlagen, von der Regierung aber nicht bestätigt worden, ist von der Facultät und Regierung von Zürich an die Stelle Hermann's berufen worden. — Zürich. Am 13. October, Abends 8 Uhr, versammelten sich auf dem Zunfthaus zur Waag in Zürich über 70 Professoren, Aerzte und Mitglieder hoher Behörden von Stadt und Canton Zürich, um dem leider nach Königsberg übersiedelnden Herrn Prof. Dr. Hermann bei einem gemüthlichen Abendessen einen freundlichen Abschied zu bieten. Vertreter der verschiedenen Facultäten, der Regierung des Cantons Zürich und Abgeordnete mehrerer Privatgesellschaften begrüssten mit warmen Worten des Dankes und freundlichen Glückwünschen für die Zukunft den Scheidenden, der in tiefbewegten Worten wiederholt für die erwiesene Freundlichkeit und Anhänglichkeit dankte.

— Von zuverlässiger Seite wird uns mitgetheilt, dass in San Remo während der ganzen Choleraepidemie kein Fall von Cholera vorgekommen ist, und dass, nachdem die Cholera in Italien als erloschen anzusehen *ist*, auch alle Räucherungen von Personen, Sachen oder Eisenbahnwagen, sowie sonstige Belästigungen der Reisenden vollständig aufgehoben sind.

— Todesfälle. In Petersburg ist der verdienstvolle Prosector des Obuchow-Hospitals Dr. R. Albrecht, 38 Jahre alt, gestorben. Eine Reihe kleinerer Arbeiten, besonders auf dem Gebiete der Infectionskrankheiten, werden seinen Namen vor frühzeitiger Vergessenheit schützen. Besonders die Lehre von der Recurrens-Spirochaete, deren Uebergang von der Mutter zum Foetus Albrecht, irren wir nicht, zuerst erwiesen hat, verdankt ihm wichtige Beiträge. — In Paris starb Fauvel 71 Jahre alt, trotz mannigfacher Irrthümer doch einer der hervorragendsten Epidemiologen unserer Zeit, auf den wir jedenfalls noch zurückkommen werden.

XVII. Personalien.

Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Oberstabsarzt I. Klasse Dr. Strube im Kriegs-Ministerium den Kgl. Kronen-Orden III. Klasse mit Schwertern am Ringe, dem Kgl. Sächsischen Ober-Stabsarzt I. Klasse Dr. Frölich, Regimentsarzt des 8. Infanterie-Regiments Prinz Johann Georg No. 107, und dem Kgl. bayerischen Ober-Stabsarzt II. Klasse Dr. Pachmayr, Regimentsarzt des 1. Schweren Reiter-Regiments Prinz Carl von Bayern den Kgl. Kronen-Orden III. Klasse, sowie dem Stabs-Arzt Dr. Kroecker, Bataillonsarzt des Garde-Schützen-Bataillons und dem Kgl. Württembergischen Stabs-Arzt à la suite des Sanitäts-Corps Med.-Rath Dr. Fetzer den Rothen Adler-Orden IV. Klasse zu verleihen.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Mühsam und Salomon in Hirschberg i. Sch. und Kaliski in Rosenberg O.-Schl.

Verzogen sind: Die Aerzte Hoerich von Alsleben nach Wittichenau, Dr. Stadtfeld von Schönau nach Buenos-Ayres, Kreis-Wundarzt Dr. Esch-Waltrup von Zell nach Köln und Ober-Stabsarzt Dr. Kremers von Münster nach Wiesbaden.

Verstorbene: Die Aerzte: Dr. Ernst Wolff in Malapane, Dr. Nowack in Deutsch Pickar, Voss in Detern, Dr. Luening in Bevensen, Kreis-Physikus Med.-Rath Dr. von Hahn in Lingen, und Sanitsrath Dr. Meissner in Neuwarp.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Groeger hat die den Ferche'schen Erben gehörige Apotheke in Schran O.-Schl. gekauft, der Apotheker Neumann in Lipine ist gestorben. Der Apotheker Oellers hat die seither vom Apotheker Bocks verwaltete Unkenbold'sche Apotheke in Ahlen und der Apotheker Stuhlmann die Oellers'sche, sowie der Apotheker Winter die Niemer'sche Apotheke in Münster gekauft.

Vacant: Kreiswundarztstelle des Kreises Zell a. d. Mosel.

2. Würtemberg. Med. Corr.-Bl. No. 35.

Verzogen: Dr. Krauss von Canstatt nach Markdorf in Baden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 48.** 27. November 1884.

DEUTSCHE
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.
Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Die Anwendung des Secale cornutum während der Geburt.

Von
Professor **Schatz**-Rostock.

Der Aufforderung der Redaction d. Bl. ihr für diese Zeitung über meinen Vortrag in der gynäkologischen Section der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Magdeburg, soweit er sich auf die Anwendung des Secale corn. während der Geburt bezieht, selbst ein Referat zu geben, komme ich um so lieber nach, als ich dadurch hoffen kann, etwaigen Missverständnissen vorzubeugen und Unglücksfälle zu verhüten, welche aus einer Empfehlung des Secale cornutum für die erste Zeit der Geburt nur gar zu leicht entstehen können, wenn diese Empfehlung nicht mit wiederholter Ermahnung zur Vorsicht und mit genauer Darlegung der Bedingungen verbunden wird. Es scheint mir eine thunlichste Präcisirung meines Standpunktes um so nöthiger, als auf der Magdeburger Versammlung zugleich auch die Inaugural-Dissertation von Dr. Mauk zur Vertheilung gelangte, in welcher über die in der Klinik von Säxinger beobachteten günstigen Erfolge der Anwendung des Extractum secalis cornuti Denzel während der Geburt berichtet und die Anwendung des Secale corn. und speciell auch des Präparates von Denzel während der Geburt empfohlen wird.

In dieser Dissertation werden neben 12 Beispielen mit günstigem Erfolg allerdings auch 5 Fälle ohne jeden und 7 Fälle mit nur geringem Erfolg erwähnt. Weiter aber wird gesagt:

„Weder in einem dieser 24 Fälle, noch in irgend einem andern wurde nach subcutaner oder innerlicher Verabreichung von Secale cornutum ein Tetanus uteri mit nachtheiligem Erfolg für das Kind beobachtet.“

Und weiter:

„Professor Säxinger wendet Mutterkornpräparate seit bald 16 Jahren in der hiesigen Klinik an und sah deren Anwendung während seiner Dienstzeit als Assistenzarzt auf der Prager geburtshülflichen Klinik für Aerzte in ebenfalls sehr vielen Fällen, ohne sich von der Gefährlichkeit des Mutterkornes überzeugen zu können.“

So sehr ich nun durch meine Untersuchungen ebenfalls zu der Ueberzeugung gekommen bin, dass das Secale mit Nutzen auch während der Geburt angewendet werden kann und dies Resultat meiner Untersuchungen für wichtig genug hielt um es unter andern in Magdeburg vorzutragen, so halte ich die Empfehlung, wie sie in der genannten Dissertation unter dem Namen Säxinger's geschieht, doch für recht bedenklich und die Befürchtung für nicht unbegründet, es möchten, wie schon in früherer Zeit, mit einer häufigeren Anwendung auch in der gewöhnlichen Praxis wieder viele Unglücksfälle vorkommen und die früheren vielen Opfer der unvorsichtigen Anwendung umsonst gefallen sein. Die Dissertation von Mauk giebt zwar über die Bedingungen und die Art der Anwendung noch einige Ausführungen. Sie sagt S. 9:

„Professor Säxinger wendet das Mutterkorn stets auch während der Geburt an, wenn grosse Wehenschwäche vorhanden ist und wenn diese durch Anwendung der übrigen Wehen befördernden Mittel nicht beseitigt werden kann. Das Mittel wird aber niemals früher, als in der Austreibungsperiode, nach vollständigem Verstrichensein des Muttermundes und tiefern Stand des Kopfes gegeben. Eine schädliche Einwirkung auf das Leben des Kindes, wie solche von vielen Geburtshelfern, besonders Scanzoni beschrieben wurde, hat Professor Säxinger niemals beobachtet; es wird die Wehenfähigkeit in den Fällen, wo Secale gegeben wird, stets genau nach Verabfolgung des Mittels beobachtet, der von andern Geburtshelfern so sehr gefürchtete Tetanus uteri konnte in keinem einzigen Fall nachgewiesen werden. Bei der Geburt wird nicht mehr als 4,0 Pulv. Sec. corn. oder die dieser Dosis entsprechende Menge Extr. Sec. (1 gr. Pulv. Sec. = 0,12 Extr. Denzel) verabfolgt. Gewöhnlich werden aber nur geringere Dosen 0,5 bis 1,0 Pulv. sec. corn. im einzelnen Geburtsfall gegeben. Dass die Herztöne sorgfältig controlirt werden, versteht sich von selbst, da ja auch ohne Verabfolgung dieses Mittels bei langer Dauer der Austreibungsperiode das Kind leicht Noth leiden kann“ und S. 17:

„Professor Säxinger macht in jedem Falle, wo Extractum sec. cornut. gereicht wird, die Practikanten aufmerksam, die Wirkung des Mittels und besonders die Beschaffenheit der danach sich einstellenden Wehen sorgfältig zu beobachten und den Einfluss auf das Leben des Kindes zu constatiren, um sich zu überzeugen, dass das Mittel jene schädliche Einwirkung auf das Kind nicht hat.“

Diese Ausführungen scheinen mir jedoch schon an sich nicht genügend um Unglücksfälle möglichst zu verhüten. Sie werden dies aber um so weniger, als die aufgestellten Regeln in den mitgetheilten Fällen theilweise selbst wieder aufgehoben werden. Es wurde das Secale nicht nur, wie in Fall 6 bei platten Becken, bei im obern Theil der Beckenhöhle stehendem Kopf und noch $1\frac{1}{2}$ — 2 cm breiten geschwollenen Muttermundslippen und auch sonst wiederholt bei engem Becken angewendet, sondern es wurde in Fall 2 und 7 auch die künstliche Frühgeburt (in Fall 7 sogar mit 2 Dosen von 0,25 Extract. also 4,0 gr. Pulv.) eingeleitet und gleiches in weiteren 3 Fällen (Seite 17) wenn auch erfolglos versucht.

Ich weiss recht wohl, dass dies bei genauer Kenntniss des anzuwendenden Präparates, bei genügender Erfahrung und unter genauer Berücksichtigung des Falles angängig ist, ja sogar mit Nutzen geschehen kann. Ich muss aber wiederholt hervorheben, dass ohne genauere Belehrung des Practikers über die Wirkung des Secale und die Vorsichtsmaassregeln bei seiner Anwendung ein häufigerer Gebrauch eine Masse von Unglücksfällen nach sich ziehen müsste. Ich brauche mich dabei gar nicht auf seltene Fälle zu berufen, sondern brauche nur an die Erinnerung älterer Practiker zu appelliren, welche früher das Secale auch in der ersten Zeit der Geburt angewendet haben und die gelegentlichen, recht peinlichen Erfahrungen nicht vergessen haben werden.

Die Mittheilung der Resultate meiner Untersuchungen über die Wehe und speciell auch über die Wirkung des Secale, von deren ich einen kleinen Theil auf der Naturforscherversammlung mitgetheilt habe, möchte deshalb sehr am Platze und geeignet sein, die Empfehlung des Secale, wie sie aus der Klinik von Säxinger kommt, auf das richtige Maass zu beschränken oder zu der so nöthigen grossen Vorsicht zu mahnen und damit Unglück zu verhüten.

Auch ich habe in Magdeburg, ohne von der Anwendung des Secale bei Säxinger etwas zu wissen, deutlich und wiederholt ausgesprochen, dass das Secale auch in der ersten Hälfte der Geburt angewendet werden könne. Meine Mittheilungen sind aber, wie der Bericht zeigt, weniger gemacht worden, um damit das Secale gleich für die gewöhnliche Praxis zu empfehlen, als im Rahmen vorläufiger wissenschaftlicher Mittheilungen. Denn in Wahrheit halte ich die Frage trotz schon erlangter hübscher Resultate doch durchaus noch nicht für soweit gefördert, um schon in der gewöhnlichen Praxis verwendet werden zu können.

Meine Untersuchungen stehen gewissermaassen in der Mitte zwischen den Thierexperimenten, wie sie neuerdings unter Kronecker im physiologischen Institute zu Berlin (Ueber die Wirkungen von Ergotin, Ergotinin und Sclerotinsäure auf Blutdruck, Uterusbewegungen und Blutungen, Arch. f. Anat. und Physiol.) von Marckwald ausgeführt worden sind, und den rein klinischen Untersuchungen der Tübinger Klinik oder besser gesagt: sie verbinden beide Untersuchungsmethoden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sie schreiten leider wegen der Schwierigkeit des Materials, wegen der nur geringen Zahl der Fälle, unter denen ich auszuwählen habe und wegen der grossen Vorsicht, welche dabei angewendet werden muss, um Gefahren zu vermeiden, nur langsam vorwärts. Doch müssen ihre Resultate ganz abgewartet werden, ehe eine allgemeine Empfehlung des Secale räthlich ist. Denn sie allein werden einen sicheren Ueberblick und einwandfreie Resultate geben.

Die Thierexperimente können uns nur präparatorische Resultate geben. Die Verhältnisse des Genitalapparates sind schon unter den Thieren wesentlich verschieden, beim Weibe aber so nach jeder Richtung anders, dass mit den Resultaten der Thierexperimente ohne Controlversuche am Menschen für die menschliche Medicin nichts anzufangen ist. Die rein klinischen Untersuchungen wieder können in so schwierigen Verhältnissen als genügende Controlversuche nicht angesehen werden, weil sie zu sehr der Exactheit entbehren. Wie wenig übrigens beide Untersuchungsmethoden einzeln und zusammen für die schwierige Materie der Secalewirkung genügen, zeigt allein schon der Erfolg, dass ihre Resultate mit den von mir direct gewonnenen nicht übereinstimmen.

Meine Resultate sind in der Hauptsache folgende:

(Ich gebe sie in etwas anderer Form als in Magdeburg und anstatt der dort vorgezeigten mehrfachen Originalcurven hier nur einen tabellarischen Auszug aus einer Curve.)

Das Secale traf bisher der Vorwurf, dass es auf den Uterus nur krampferregend wirke, und deshalb bei der Geburt höchstens zu einer Zeit angewendet werden dürfe, wo bei eintretendem Krampf das Kind schnell extrahirt werden könne. Diese Einschränkung des Gebrauches verminderte den Werth des Mittels für die Geburt ganz ausserordentlich. Wo es anwendbar war, da half die Zange sicherer und schneller und so wurde das Mittel denn auch von vielen, ja vielleicht von den meisten Geburtshelfern in der Geburt überhaupt nicht mehr angewendet. Dieser, dem Secale gemachte Vorwurf ist falsch und demnach auch die daraus gefolgerte Einschränkung des Gebrauches unbegründet. Das Secale hat die ausgeprägte Eigenschaft das Wehencentrum anzuregen und es geschieht dies ganz entsprechend der angewendeten Dosis. Die Anregung bewirkt freilich weniger eine Verstärkung der Wehen als eine Vergrösserung der Wehenfrequenz. Verstärkt werden die Wehen nur dann, wenn die vor der Anwendung dagewesenen Wehen überhaupt noch keine Maximalwehen waren. Die Wehenkraft ist ja überhaupt entgegen der viel gehegten Meinung eine nur beschränkte und für jedes Individuum bestimmt begrenzte. Ist diese Grenze noch nicht erreicht, so bewirkt das Secale bei richtiger Anwendung allerdings eine Verstärkung bis zu derselben. Irgend zu grosse Dosen aber vermindern die Kraft und Wirkung der Wehen wieder ganz bedenklich, wie wir gleich sehen werden.

Die vornehmlichste Wirkung des Secale ist, wie gesagt, die Vergrösserung der Wehenfrequenz. Eine Dosis des von mir jetzt angewendeten Präparates, welche 2,5 Gr. der rohen Drogue entspricht, einmal und innerlich verabreicht, vermehrte die Frequenz der Wehen von 4 auf 24 Wehen pro $^1/_4$ Stunde, also um das 6fache; eine Dosis, welche 0,5 gr der rohen Drogue entspricht von 4 auf 6 Wehen pro $^1/_4$ Stunde, also um das $1^1/_2$fache. Es wird weiterer Untersuchungen bedürfen, um festzustellen, ob die Wirkung mit der Dosis auch sonst annähernd Parallelismus einhält.

Die deutliche Wirkung beginnt bei innerlicher Verabreichung erst $^1/_4$, ja sogar erst $^1/_2$ Stunde nach der Verabreichung, und wird unter Umständen erst $^3/_4$ Stunden nach derselben vollständig.

Ich gebe ein instructives Beispiel. (Siehe Tabelle.)

An diesem Beispiel zeigt sich die Wirkung des Secale recht vollständig.

Da schon vor seiner Verabreichung Maximalwehen da waren, so erfolgt durch dieselbe gar keine Erhöhung des Wehendruckes. Im Gegentheil: sobald die Wehenfrequenz auf 9 pro Viertelstunde und mehr steigt, so dass mit dem Aufhören einer Wehe schon wieder eine neue beginnt oder begonnen hat, wird die Wehenhöhe geringer und sie fällt mit dem Grösserwerden der Frequenz immer mehr, während der Druck in der Wehenpause immer mehr steigt. Die Differenz zwischen Wehe und Wehenpause sinkt dadurch bis 10—20mm und zeitweise sogar so ab, dass Wehen gar nicht mehr recht zu unterscheiden sind. Es ist also zuletzt auch wissenschaftlich genommen ein wirklicher Tetanus uteri vorhanden. Für den Praktiker beginnt dieser freilich schon, wenn eine Wehenpause mit normaler Druckverminderung nicht mehr zu Stande kommt, also im obigen Beispiele 6 Uhr 51 Min. Denn das Kind erträgt schon diesen Zustand nur sehr kurz und stirbt ab.

Gaben, welche die Wehenfrequenz nur annähernd so weit wie oben oder noch weiter steigern, sind also absolut zu vermeiden. Sie können auch, wie das Beispiel lehrt, weder durch Chloroform noch durch Morphium unschädlich gemacht werden. Sie tödten nicht allein eventuell das Kind, sondern bringen auch die Geburt sicher zum Stillstand. Weil die Uterusmusculatur wegen beständiger Spannung nicht mehr gehörig von Blut durchströmt und von Ermüdungsstoffen befreit werden kann, sinkt ihre Contractionsgrösse und damit die Höhe der Wehe und weil zuletzt immer die ganze Musculatur contrahirt ist, wächst ausserdem noch der Widerstand. Die Geburt steht still.

Tabelle.

Es traten auf in der Zeit	Wehen.	mit Hgdruck in Mm. in der Wehe.	mit Hgdruck in Mm. in der Pause.	Es traten auf in der Zeit	Wehen.	mit Hgdruck in Mm. in der Wehe.	mit Hgdruck in Mm. in der Pause.
4 Uhr 45 Min.	4			7 Uhr — Min.		62	46
5 „ — „	4					61	44
5 „ 15 „	3					56·	48
5 „ 30 „	3		13			61	40
5 „ 45 „		102	13	Chloroform		67	34
	4	62	10			42	37
		94	13	Morph. 0,02	19	42	36
		70	10	subcut.		39	20
6 „ — „		108	14			72	34
	4	27	13			46	40
		88	14			54	42
		106	15			54	39
6 „ 15 „		74	12			52	40
Secale 2,5		104	19			71	34
	5	32	16			51	44
		76	13			57	40
		72	14			66	42
6 „ 30 „		78	14			60	34
		88	11			52	33
		56	10	7 Uhr 15 Min.	22		
	5	78	10	7 „ 30 „	25		
		101	9	7 „ 45 „	25		
6 „ 45 „		80	12	8 „ — „	24		
		58	10	8 „ 15 „	24		
		62	10	8 „ 30 „	23		
		82	14	8 „ 45 „	21		
		70	22	9 „ — „	20		
	10	74	24	9 „ 15 „	18		
		64	34	9 „ 30 „	20		
		54	30	9 „ 45 „	17		
		81	34	10 „ — „	18		
		60	44	10 „ 15 „	15		
				10 „ 30 „	18		
				10 „ 45 „			

Eine einzige solche Curve widerlegt die in der Dissertation *von* Mauk gemachten Aeusserungen von der Unschädlichkeit des Secalegebrauches, und doch sind in Tübingen sogar noch grössere Dosen angewendet worden.

Ich werde erst weiter untersuchen, warum Säxinger bei eben so grossen ja noch grösseren Dosen Tetanus uteri nicht beobachtet hat. Es kann das entweder daran liegen, dass das von ihm benutzte Denzel'sche Präparat weniger wirksam ist als das meine, oder daran, dass er es subcutan anwendete. Vielleicht wirken auch beide Momente zusammen[1]).

Während der Geburt sind also theils wegen des kindlichen Lebens, theils wegen des sonst gehemmten Fortschrittes der Geburt nur Gaben erlaubt, welche die Wehenfrequenz auf nicht mehr als 6 bis höchstens 7 Wehen pro Viertelstunde bringen.

Darin liegt nun die Schwierigkeit und die Gefahr für die Anwendung des Secale, dass wir trotz aller Arbeiten darüber keine Präparate haben, welche durch bestimmten bekannten Gehalt an wirksamen Bestandtheilen und durch genügende Haltbarkeit eine sichere Dosirung zuliessen. Meine Untersuchungen über das Secale sind wesentlich verzögert worden durch den Mangel eines entsprechenden Präparates, und ich ging doch mit meinen Ansprüchen noch gar nicht so weit wie die Amerikaner Parke, Davis & Com., welche sich die Aufgabe gestellt haben, im „Normal liquid Ergot“ ein beständig gleich stark wirkendes Präparat zu liefern, sondern ich verlangte vorerst nur ein wirksames, bequem zu handhabendes und haltbares Präparat, das wenigstens von einer Ernte zur andern dieselbe Zusammensetzung und dieselbe Wirksamkeit behielte und also nur für jede frische Ernte in in seiner Wirksamkeit bei Dosirung zu bestimmen wäre. Unter sehr vielen Präparaten erhielt ich zuletzt von Herrn Kohlmann, Johannisapotheke in Reudnitz-Leipzig, das gewünschte Präparat. Es ist ein Extractum fluidum, das in einem Ccm die wirksamen Bestandtheile von 1 gr der rohen Drogue enthält. Durch Zusatz von Borax ist es so haltbar gemacht, dass meine Präparate schon $^1/_2$ Jahr ohne Veränderung und ohne Verminderung der Wirksamkeit geblieben sind.

[1]) Bis zur Correctur der Druckbogen, 21. November, habe ich schon gefunden, dass das Präparat von Denzel viel weniger wirksam ist, als das sonst von mir gebrauchte (Kohlmann, Leipzig-Reudnitz).

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Es wirkt so, dass, während ich bei früheren Präparaten 5 gr geben musste, um eine noch nicht schädliche Vermehrung der Wehen zu bekommen, in dem oben als Beispiel gegebenen Fall 2,5 Ccm starken Tetanus uteri bewirkten, und für die nichtschädliche Vermehrung der Wehen von 4 auf 6 Wehen in der Viertelstunde von dem aus der Ernte von 1883 bereiteten Präparat nur $^1/_2$ Ccm = 12 Tropfen zu geben sind.

Ich habe dieses Präparat bisher nur innerlich gegeben, weil ich schon seit Jahren von der subcutanen Anwendung des Ergotins zurückgekommen bin. Ich habe immer den Eindruck bekommen, dass die Wirkung bei subcutaner Anwendung langsamer und unsicherer ist. Die Frauen geben an, erst 1—2 Stunden nach der Einspritzung Wehen zu empfinden, während das bei interner Gabe schon nach $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde der Fall ist. Vielleicht erklärt sich gerade durch die subcutane Anwendung wenigstens theilweise die so auffällige Angabe von Mauk, dass Säxinger nie Tetanus uteri beobachtet hat. Die Resorption findet durch den Magen im Allgemeinen rascher statt, als durch das subcutane Zellgewebe, in welchem man noch nach Tagen braune schmierige Ueberreste finden kann. Vielleicht erklärt sich durch die subcutane Anwendung auch die geringe oder ganz fehlende Wirksamkeit des Secale in der Hälfte der von Mauk referirten Fälle. Von einem giebt dieser sogar selbst an, dass Unwirksamkeit und Infiltration der Einstichsstelle zusammen fielen. Ich werde sobald als möglich durch exacte Vergleichsversuche feststellen, ob meine Vermuthung der langsameren und unvollkommeneren Wirkung bei subcutaner Anwendung richtig ist[1]). Soviel aber ist schon jetzt sicher, dass die subcutane Anwendung während der Geburt, ausser etwa bei immer wiederkehrendem Erbrechen, Vortheile gar nicht bietet. Und auch bei Brechneigung wird die Anwendung mittelst eines kleinen Klystiers wohl eben so practisch sein. Der einzige wirkliche Vortheil der subcutanen Anwendung, der etwa darin bestehen könnte, dass sie gerade wegen vielleicht langsamerer Resorption die zu starke Wirkung des Secale verhindert, wird durch den manchmal sogar vollkommenen Wegfall jeder Wirkung und noch mehr dadurch ausgeglichen, dass wir bei der Geburt eine möglichst sichere, schnelle und berechenbare Wirkung haben müssen. Vor allem ist bei der Anwendung, um Tetanus zu vermeiden, darauf zu sehen, dass, wenn wiederholte Gaben verabreicht werden, dies bei interner Verabreichung frühestens eine Stunde nach der früheren Gabe, bei subcutaner Anwendung vielleicht noch später geschehen darf. Denn wir sahen oben, dass die volle Wirkung selbst bei zu grosser Dosis oft erst nach Verlauf von $^3/_4$ Stunden auftritt. Wiederholt man früher, so wird man cumulirte und unberechenbare Wirkung erhalten. Giebt man, wie es immer noch manchmal geschieht, alle Viertelstunden, so giebt man die folgende Dosis, bevor noch die Wirkung der vorigen angefangen hat. Es fehlt also jeder genauere Einblick und jede Berechnung und ich sah nach solcher Anwendung durch einen Collegen erst kürzlich vollständigen Tetanus uteri entstanden.

Aus der Nothwendigkeit wiederholte Dosen erst nach längerer Zeit — mindestens mit 1 Stunde Zwischenraum — zu geben, folgt auch der Rath dort, wo Zeit nicht zu verlieren ist, nur eine, aber gut getroffene Dosis zu geben. Diese zu treffen ist aber eben vorerst noch eine schwierige Aufgabe.

Aber auch wenn wir die Schwierigkeiten der Grösse und Art der Dosirung überwunden haben werden, wird das Secale immer noch ein Mittel bleiben, das der Arzt niemals in die Hände der Hebamme geben darf, ja sogar ein solches, bei dessen Anwendung er selbst alle Aufmerksamkeit anwenden muss, um nicht getäuscht zu werden und Unglück anzurichten. Weder die subjectiven Empfindungen der Gebärenden noch die Angaben der Hebamme über die Frequenz und Stärke der Wehen können da maasgebend sein. Der Arzt muss den Uterus selbst und mit Sorgfalt und oft stundenlang controliren. Ja ich glaube sogar, dass die Anwendung des Secale in der ersten Zeit der Geburt erst dann wird allgemeiner werden dürfen, wenn die Studien über die Wehe noch weiter fortgeschritten und ihre Resultate allgemeiner geläufig sein werden. Am Schwierigsten wird die Frage der Anwendung des Secale in des Geburt, wenn es sich um mechanische Hindernisse bei Mutter oder Kind handelt, welche überwunden werden sollen. Hier ist die Berechnung aller mechanischen Momente so schwer, und die Beurtheilung selbst durch einen sehr geübten so unsicher, dass die gewöhnliche Praxis vorerst an die Anwendung des Secale noch gar nicht denken kann. Chinin oder Morphium werden da mehr nützen oder mindestens weniger schaden.

Das Resultat meiner Mittheilungen ist also: 1) dass das Secale nicht allein ein sehr wirksames, sondern bei zweckmässiger Anwendung auch ein selbst während der ersten Zeit der Geburt anwendbares Wehenerzeugungs-Mittel ist, welches schwerlich durch ein anderes Mittel wird ersetzt werden können, 2) dass diese Erkenntniss aber bis jetzt mehr wissenschaftliches als practisches Interesse hat, und dass wir erst nach weiterer Arbeit und dann freilich sicher hoffen dürfen, es mit Vortheil und ohne Gefahr auch für den Gebrauch während der Geburt wieder in die Praxis einführen zu können.

[1]) Ein inzwischen gemachter Versuch mit dem Kohlmann'schen Präparate ergab für die subcutane und innere Anwendung nach Zeit und Grösse ganz gleiche Wirkung. Er allein kann aber wegen möglicher individueller Verschiedenheiten noch nicht allgemein beweisen.

II. Ueber die Zersetzungen der Milch und die biologischen Grundlagen der Gährungsphysiologie.[1])

Von

Ferdinand Hueppe.

M. H. Als ich vor einigen Jahren auf Wunsch von Herrn Geheimrath Koch mich eingehender mit den Zersetzungen der Milch zu beschäftigen begann, wurde in erster Linie die Lösung einer Reihe hygienischer Fragen ins Auge gefasst, welche sich an die Zersetzungen der Milch knüpfen. Bei der reichen Litteratur über die Zersetzungen der Milch, welche ich in Form einer Geschichte der Milchsäuregährung meinen im 2. Bande der Mittheilungen des Kaiserlichen Gesundheits-Amts veröffentlichten Untersuchungen vorausgeschickt habe und in der ich zugleich den ersten Versuch einer kritischen Geschichte einer durch Bakterien verursachten Gährung unter steter Rücksicht auf die allgemeinen Ansichten über Gährung unternommen habe, hatte ich das Material über die spontanen Zersetzungen der Milch in leidlicher Klärung zu finden erwartet.

Aber ich sah mich hierin nach zwei Richtungen getäuscht, so dass ich mit Hülfe zuverlässiger Methoden erst daran gehen musste, die gewöhnlichen, spontanen Milchzersetzungen aus dem Chaos widerstreitender Meinungen herauszuarbeiten, um eine möglichst breite sichere Basis von Thatsachen zu gewinnen. Diese Ermittelungen führten dann naturgemäss zu Versuchen und Betrachtungen über die Grundlagen der Gährungsphysiologie, weil die Milch als ein zu den verschiedenartigsten Zersetzungen fähiges Substrat, ganz differente Gährungen eingehen kann.

Die Ansichten, welche über diese Fragen bei Beginn meiner Untersuchungen einander gegenüber standen gingen auf der einen Seite darauf hinaus, dass jeder Gährung ein specifischer Organismus zu Grunde liegen müsse. Für diese von Schwann und Cagniard-Latour inaugurirte, von Pasteur erneute und eingehender motivirte Ansicht hatte in den letzten Jahren besonders Fitz werthvolle Beiträge geliefert, welche aber wohl deshalb nicht überall richtig gewürdigt wurden, weil die angewandten Methoden dem in denselben geübten Forscher wohl eindeutige Resultate gaben, ihre Verwendung in minder geübten Händen dem Zweifel wieder von Neuem Thür und Thor öffnete. Dieser Richtung gegenüber, welche mit Pasteur die Ursache der einzelnen Gährungen in specifischen Fermentorganismen und die allgemeine Ursache der Gährungen überhaupt in der Möglichkeit erblickte, dass diese Fermentorganismen zeitweilig ohne Luftsauerstoff leben können, stand die chemische Richtung. Die Anhänger derselben gaben mit mehr oder weniger grossen Modificationen der molecularen Zersetzungstheorie von Liebig die Abhängigkeit der Gährungen vom Leben der Organismen für bestimmte Fälle zu, aber mit der Einschränkung, dass diese Organismen chemische Fermente zu produciren vermögen, und hielten ausserdem meist an der Möglichkeit fest, dass auch die Secrete selbst derartige Fermente als Producte der Drüsen enthalten können. Diese Richtung suchte mit Stahl und Liebig die Ursache aller Gährungen in der Uebertragung von Molecularbewegungen und führte durch Verknüpfung mit den Ermittlungen der Pasteur'schen Schule zu der molecular-physiologischen Gährungstheorie von Naegeli. Eine dritte Richtung endlich führte in einseitiger Berücksichtigung der chemischen Forschung und in consequenter Verfolgung der Duval-Naegeli'schen Lehre von der Form- und Wirkungsunbeständigkeit der zymogenetischen und pathogenetischen Mikroorganismen zur Leugnung der Möglichkeit des Studiums der Fermentationen durch das Studium der Biologie der Fermentorganismen.

Sie sehen, dass ein noch weiteres Auseinandergehen der Meinungen wohl kaum möglich ist als ich es trotz der unendlich vielen Arbeiten vorfand. Um zu irgend einem brauchbaren Ausgangspunkte zu gelangen galt es wesentlich zwei Desiderate in zuverlässiger Weise zu erfüllen. Einmal mussten ganz sicher sterilisirte, keimfreie Medien

[1]) Nach einem bei der Naturforscherversammlung in Magdeburg gehaltenen Vortrage.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hergestellt werden und zweitens ebenso sichere Reinculturen der ev. zu erwartenden Fermentorganismen.

In erster Hinsicht möchte ich nur erwähnen, dass die Milch von mir in zwei Weisen sterilisirt wurde, indem ich dieselbe einmal durch discontinuirliches Erwärmen unterhalb ihrer Zersetzungstemperatur bei ca. 65° keimfrei machte[1]) und dann dieselbe durch Dämpfe von ca. 100° sterilisirte. Das letztere Verfahren hat für die practische Milchconservirung den grossen Vortheil, dass es dem Kochen bei Siedetemperatur durch Sicherheit und Kürze überlegen ist und den gespannten Dämpfen über 100° gegenüber ist es dadurch ausgezeichnet, dass das Aussehen der Milch bei völliger Sicherheit der Wirkung nicht wesentlich alterirt wird. Für die Reinculturen dienten besonders die durchsichtigen festen Medien in Form der Nährgelatine. Ich darf mir dabei vielleicht die Bemerkung gestatten, dass meine Untersuchungen in Uebereinstimmung mit den von andern Gesichtspunkten aus unternommenen Versuchen von Biedert ergaben, dass entgegen einigen anderen Angaben die Kuhmilch durch Kochen der Frauenmilch nicht ähnlicher wird.

Die isolirten und in Reinculturen weiter studirten Organismen lassen sich nach ihrem Verhalten zu den einzelnen Bestandtheilen der Milch zwanglos gruppiren. Die erste Gruppe der Fermentorganismen wirkt gährungserregend auf den Milchzucker.

Nachdem von Boutron-Chalard und Fremy 1841 zuerst die Umsetzung des Milchzuckers in Milchsäure als Resultat einer specifischen Gährung erklärt worden war, fanden Schröder und Pasteur fast gleichzeitig, dass die Ursache des schwierigen Sterilisirens der Milch ganz allgemein in der Anwesenheit sehr widerstansfähiger Keime gesucht worden müsse. Pasteur eröffnete 1857 seine Angriffe gegen Liebig's Anschauungen in Aufnahme der älteren vitalistischen Lehre von Schwann und Cagniard-Latour damit, dass er die Abhängigkeit der Milchsäuregährung von kleinsten Lebewesen postulirte. Die Ansichten, welche Pasteur über den causalen Zusammenhang dieser Zersetzung mit Organismen entwickelte, waren wesentlich basirt auf die gleichzeitige Anwesenheit von Organismen bei dieser Gährung und auf die Uebertragbarkeit dieser Zersetzung, eine sichere Isolirung und Trennung der supponirten Organismen von andern hat Pasteur selbst nicht gebracht. Der erste, der nach dieser Hinsicht mit Erfolg thätig war, war Lister, welcher nach vielen nicht eindeutigen Versuchen 1878 mit Hilfe der bei uns meist, aber mit Unrecht Naegeli zugeschriebenen Verdünnungsmethode aus saurer Milch sein Bacterium lactis isolirte und durch erfolgreiche Impfung desselben auf sterilisirte Milch den Nachweis des causalen Zusammenhangs führte.

Es wurde dann weiter ermittelt, dass Milch, welche ohne gekocht oder überhaupt erwärmt oder sonst alterirt worden zu sein gegen das Hineingelangen irgend welcher Keime geschützt war, spontan keine Milchsäuregährung eingeht. Die Versuche, welche nach dieser Richtung besonders von Meissner angestellt wurden und bei denen in charakteristischer und entscheidender Weise mit steigender Uebung die Zahl der misslungenen Versuche abnahm, hätten nie in dieser Weise ausfallen können, wenn ein gelöstes chemisches Ferment der Brustdrüse die Ursache der Umsetzung des Milchzuckers in Milchsäure in der Milch wäre. Die positiven Resultate sind nach dieser Richtung schon jetzt so zahlreich, dass ihnen gegenüber die auf mangelnder Uebung beruhenden gegentheiligen Versuche nichts beweisen können, selbst wenn sie als „Anamorphosen des Protoplasma" sich mit einem ganzen Walle von Vorsichtsmaassregeln umgeben, welche in ihrer kritiklosen Häufung die sicherste Garantie für das Misslingen bieten.

Versuche, welche für die Existenz eines chemischen, gelösten Milchsäurefermentes von Al. Schmidt geltend gemacht wurden, konnte ich dann weiter darauf zurückführen, dass bei der gewählten Versuchsanordnung die Fermentorganismen, resp. ihre Dauerkeime mit übertragen werden. Durch diese Versuche erklärte sich auch höchst einfach wie H. Meyer es gefunden hatte, dass die Milch sich antiseptischen Mitteln gegenüber verhält wie eine Bakterien enthaltende Flüssigkeit und nicht wie eine encymhaltige Lösung.

Nach diesen Untersuchungen ist, wie ich folgern dürfte, die Ursache der Milchsäuregährung immer eine äussere. Nur gelangen die Keime in den Stallungen und Aufbewahrungsräumen der Milch, in welchen eine Art Localisation der Fermentorganismen gegeben ist, durch die Luft, die Gefässe, die Manipulationen so leicht und frühzeitig in die Milch, dass es nur bei grosser Vorsicht gelingt, dies zu vermeiden und meist der Anschein erweckt wird, als enthielte die Milch selbst schon die Ursache dieser Zersetzung in Form eines von der Drüse producirten chemischen Fermentes.

Als Organismen, welche die spontane Milchsäuregährung verursachen, isolirte ich einen auf Nährgelatine in Form weisser, porzellanartig glänzender, flacher Knöpfchen wachsenden Organismus. Die Grösse der einzelnen Colonien geht im besten Falle nicht viel über Linsengrösse hinaus und erreicht meist nur diese Grösse. Bei stichförmigem Impfen der in einem Reagirglase befindlichen Gelatine zeigen diese Bakterien, wie alle die Gelatine nicht verflüssigenden Organismen bei derselben Art des Impfens, das Aussehen der sogenannten Nagelculturen. Das Charakteristische derselben ist aber nicht die ganze Nagelform, sondern das Oberflächenwachsthum, also, um bei diesem Bilde zu bleiben, der Nagelkopf, und dieser bietet, entgegen den stark gewölbten Nagelculturen der Pneumoniekokken, das Aussehen flacher Knöpfchen.

Die Organismen sind bewegungslose kurze, plumpe, endständig endogene Sporen bildende Zellen, welche nach der ursprünglichen Nomenclatur von Cohn am besten der Wuchsform bacterium entsprechen. Diese Stäbchen schnüren sich vor der Theilung mehr und mehr in der Mitte ein, bilden so vorübergehend die bekannte Semmelform, und die Theilungsproducte unmittelbar nach der Theilung sind fast doppelt so lange als breite Kurzstäbchen mit leicht abgerundeten Enden, so dass man sie bei mässiger Vergrösserung allenfalls als ellipsoide Zellen auffassen kann. Diese Organismen führen den Milchzucker und andere Saccharate in Milchsäure über unter gleichzeitiger Bildung von Kohlensäure, deren Blasen innerhalb der Spalten des gelatinös geronnenen Caseins und unter der Rahmschicht gut zu sehen sind, so dass eine durch diese Organismen unter Milchsäurebildung geronnene, sterilisirte Milch ein höchst charakteristisches Aussehen erhält. Disaccharate erfahren zuerst unter Wasseraufnahme eine Spaltung in die einfachen Saccharate.

Merkwürdigerweise fand ich, trotz der fast regelmässigen Anwesenheit von Milchsäure im Munde, im Speichel und Zahnschleim diese Organismen nur sehr selten. Dagegen lernte ich an dieser Stelle zwei andere Bakterien kennen, welchen die Fähigkeit zukommt aus Zucker Milchsäure zu bilden. Beide sind Mikrokokken. Das Aussehen der mit denselben geimpften Milch unterscheidet sich für das Auge sofort durch das Fehlen der Kohlensäureblasen der erst erwähnten Gährung, dann ist die Gerinnung nicht so intensiv. Eine weitere Differenz finde ich darin, dass diese beiden Kokken bei Anwesenheit oder Abwesenheit von Luftsauerstoff keine besondere Differenzen zeigen, während ich für die Stäbchen der spontanen Milchsäuregährung die Säurebildung streng pari passu mit der Menge des zu Gebote stehenden Luftsauerstoffs fand und mit der Leichtigkeit seines Zutrittes. Die Reinculturen in Gelatine zeigen die Wachsthumsdifferenzen dieser drei Milchsäure bildenden Organismen sehr schön. Der eine Kokkus wächst an der Oberfläche nur zu ganz kleinen flachen, weissen, stecknadelkopfgrossen Knöpfchen; der andere Mikrokokkus, identisch mit einem von Miller aus cariösen Zähnen isolirten Organismus, bildet in der Gelatine graue Wolken und verleiht allmählich der Gelatine eine breiartige Consistenz; an der Oberfläche bildet er flache glasig durchscheinende, grauweisse Knöpfchen bis zu Linsengrösse und selbst darüber.

Damit sind aber die Milchsäure bildenden Bakterien noch nicht erschöpft. Unter den pigmentbildenden Bakterien lernte ich noch zwei Arten kennen, welche neben ihrer Pigmentgährung aus Milchzucker soviel Milchsäure zu bilden vermögen, dass das Casein der Milch in der für die Milchsäurewirkung charakteristischen gelatinösen Form zur Gerinnung kommt. Der Mikrokokkus prodigiosus bewirkt dies neben der Bildung der bekannten intensiv rothen Flecken an der Oberfläche. Interessanter noch sind die Mikrokokken der Osteomyelitis. Diese die Gelatine verflüssigenden pathogenen Bakterien entfalten ausser dieser malignen noch zwei Wirkungen, indem sie ein gelbes Pigment bilden und ausserdem, wie es Krause schon angegeben hat, Milchzucker in Milchsäure überführen können.

Diese fünf Bakterien, welche die Fähigkeit besitzen aus Milchzucker Milchsäure in einer zur Gerinnung des Caseins genügenden Menge zu bilden — als Nebenproduct in geringen Mengen wird Milchsäure noch von einigen andern Bakterien gebildet — sind in ihrem ganzen Verhalten untereinander so different, in ihren Eigenschaften so constant, dass sie vorläufig als Arten angesehen werden müssen.

Als Boutroux die spontane Milchsäuregährung studirte, isolirte er einen dem Mycoderma aceti ähnlichen, von ihm zuerst als Ursache der spontanen Milchsäuregährung aufgefassten Organismus, welcher den Milchzucker in Gluconsäure überführt, den Zucker in analoger Weise zerlegt, wie wir es bei der Oxydation des Aethylalkohols zu Essigsäure kennen.

Eine weitere Umsetzung, welche der Milchzucker erfahren kann,

[1]) Das unter verschiedenen Namen, in letzter Zeit als Pasteurisiren der Milch, geübte Verfahren durch Erwärmen bis ca. 60° die Säurebildung zu verzögern hat mit Sterilisiren der Milch, mit wirklichem Conserviren nichts zu thun.

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ist die in Propionsäure als Hauptproduct und Spuren von Essigsäure als Nebenproduct. Die Wirkung der entsprechenden Organismen durch Bildung dieser Säure ist eine minimale, aber doch immerhin sichtbare. Die Bakterien dieser Zersetzung sind Bacillen, welche ein höchst interessantes, von Bieger zuerst beschriebenes Oberflächenwachsthum zeigen, indem sie auf Gelatine in Form weisser concentrischer Ringe wachsen.

Nachdem ich Ihnen so die Umsetzung des Milchzuckers in verschiedene Säuren durch die Thätigkeit verschiedener Bakterien in ihren sichtbaren Effecten auf die Milch gezeigt habe, möchte ich weiter eine ganz andere Umsetzung des Zuckers zeigen, die sogenannte schleimige Gährung, bei welcher sich ein Theil des Zuckers in einen Viscose genannten, stark fadenziehenden Körper verwandelt, so dass man in extremen Fällen die Milch fast nach dem Meter statt nach dem Liter messen könnte. Die Organismen, welche diese Zersetzung bewirken und über die ich später noch eingehender ebenso wie über die schleimigen Weine Mittheilungen bringen werde, sind kleine Kokken.

Im Vergleiche zu der grossen Mannigfaltigkeit der Umsetzung des Milchzuckers durch verschiedene Bakterien, sind die Wirkungen einer andern Gruppe von Schizophyten auf das Casein relativ einfach. Die Organismen dieser zweiten grossen Gruppe haben das Gemeinsame, dass sie das Casein bei anphoterer, schwach saurer und schwach alkalischer Reaction labähnlich zur Gerinnung bringen und später das geronnene Casein peptonisiren. Diese Fähigkeit ist eine sehr verbreitete unter den Bakterien und die Wirkung selbst ist höchst wahrscheinlich aufzufassen als Wirkung zweier von den Bakterien producirter Enzyme, eines labähnlichen und eines trypsinähnlichen.

Der erste, welcher 1840 die Wirkung von Lab auf das Casein von der Wirkung der Säuren trennte, war Berzelius, aber erst 1872 entschied Hammarsten diese Controverse, ob die Labwirkung auch als Säurewirkung zu betrachten oder von derselben zu trennen sei, definitiv im Sinne von Berzelius. Nachdem zuerst Pasteur eine labähnliche Gerinnung der Milch bei alkalischer Reaction durch Bakterien beobachtet hatte und später noch anderweitig vereinzelte derartige Beobachtungen gemacht worden waren, ermittelte Duclaux, dass viele in der Milch vorkommende Bakterien ein labähnliches und ein pepsinähnliches Encym bilden. Diese Beobachtungen von Duclaux waren von mir früher übersehen worden, so dass ich bei meinen Untersuchungen dieselben leider entbehrte. Meine Versuche lehrten mich erstens die labähnliche Wirkung auf Casein als eine weit verbreitete Bakterienwirkung kennen, welche durchaus nicht auf die spontan in der Milch vorkommenden Bakterien beschränkt ist, so dass ich auf analoge Erfahrungen über das Vorkommen ähnlicher Wirkungen durch Enzyme vieler Pflanzen aufmerksam machte. Die zweite Wirkung, welche, soweit ich es bis jetzt beobachten konnte, diesen labähnlichwirkenden Bakterien sämmtlich zukommt, aber in verschiedenem Grade der Intensität, ist die, dass sie bei amphoterer, schwach saurer und schwach alkalischer Reaction das ausgeschiedene Caseïn lösen, peptonisiren. Diese Wirkung entspricht also nicht einer pepsinähnlichen, wie es Duclaux auffasste, auch nicht genau einer trypsinähnlichen, der sie makroskopisch noch am meisten gleicht.

Aus der grossen Reihe hierhergehöriger Bakterien führe ich nur wenige interessantere vor, wobei ich gleich bemerken will, dass die weitere Spaltung des peptonisirten Caseins durch die diversen Organismen sowohl als die Intensität des ganzen Vorganges eingehende Differenzen manifestiren.

(Fortsetzung folgt.)

III. Fremdkörper in den Luftwegen.

Von

Dr. Schadewaldt.

Specialarzt für Hals- und Lungenleiden zu Berlin.

Die Literatur über Fremdkörper in den Luftwegen ist ihrem Wesen nach unerschöpflich. Das absolut Nicht-Typische dieser Erscheinungen, die grosse Herrschaft der Zufälligkeiten, welche auf den guten oder schlechten Ausgang hierbei einwirken [1]), macht jeden neuen Fall interessant und verpflichtet gewissermassen zur Veröffentlichung desselben, soweit er neue Gesichtspunkte für Diagnose und Operationsverfahren an die Hand giebt, welche späteren analogen Fällen in unberechenbarer Weise zu Gute kommen können. Ein solcher Fall von eingeklemmtem Fremdkörper im Larynx bei einem 5jährigen Kinde, welcher vor einigen Tagen in meine Behandlung kam, veranlasst mich daher zu folgender kleinen Abhandlung. Ich führe den Fall besonders deshalb an, um ein sehr einfaches Operationsverfahren daran zu beschreiben und zu empfehlen, nämlich:

Die Hakenmethode zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Kehlkopfe, namentlich bei Kindern.

Am 14. Juni 1884 kam die fast 6jährige Minna Wiemann zu mir in die Behandlung. Die Mutter erzählt, das Kind habe gestern vor 14 Tagen (also am 30. Mai) die metallene Verzierung eines Kinderschuhes in den Hals bekommen. Es sei eine runde Rosette mit scharfen Spitzen und nur sehr kleinen Löchern zum Aufnähen. Die Nachbarin habe den Vorfall bemerkt und ihr sogleich mitgetheilt. Das Kind habe danach sogleich erbrochen und war heiser. Uebrigens wäre das Kind bald ruhig und beschwerdelos gewesen, sie habe die Sache deshalb nicht weiter beachtet. Gleich in der nächsten Nacht sei aber das Kind häufig mit starken Husten- und Erstickungsanfällen erwacht. Die Mutter sah sich stets gezwungen, schnell Licht anzuzünden und das Kind emporzunehmen. Die Anfälle kamen nun jede Nacht mindestens 3—4 mal, oft so schlimm, dass die Mutter dachte „sie würde wegbleiben". Sonst habe das Kind immer guten Appetit und sei munter. — Das Kind ist nun heut vollkommen heiser, fast aphonisch, zeigt selbst beim ruhigen Athmen Erscheinungen von Laryngostenose, und hüstelt fortwährend (einstössig) mit feuchtem Rasseln. Gefahrdrohende Suffocationserscheinungen sind nicht vorhanden. Bei der Laryngoskopie (mit künstlicher Beleuchtung) wird zuerst im Spatium interarytaenoideum eine weissliche Masse entdeckt, welche papillomatösen Wucherungen ähnlich sieht und polypenartig in das Kehlkopfinnere hineinragt. Entwickelt man aber durch veränderte Spiegelstellung das Kehlkopfbild bis zum Stimmbandwinkel, so sieht man aus dieser weisslichen Masse einen schmalen, geradlinigen, grauen Körper sich in der Glottis bis nach Vorn hinziehen, derart, dass man zwischen dem Fremdkörper und dem rechten Stimmbande noch eine schmale Glottisspalte wahrnimmt. Das Kehlkopfinnere erscheint schmutzig grauröthlich verfärbt, verdickt, mit reichlichen Schleimmassen. Bei der laryngoskopischen Untersuchung erfolgen stärkere Hustenanfälle, die aber den Fremdkörper nicht aus seiner Lage verrücken. — Es wird nun das Kind mit den Beinen nach Oben und dem Kopfe nach Unten gehalten und in dieser Stellung zum Husten veranlasst. Aber trotz des energischen Hustens zeigt sich der Körper danach noch genau an derselben Stelle. Es ist daher nun die Diagnose sichergestellt, dass der von der Mutter beschriebene Fremdkörper fest eingekeilt in der Glottis des Kindes steckt. —

Das einzuschlagende Operationsverfahren war hiernach bestimmt: Entfernung des Fremdkörpsrs entweder vom Munde aus, oder nach Eröffnung der Luftwege von der Operationsöffnung aus.

Es ist wohl allgemein bekannt, dass man auch ohne Laryngoskopie den Kehldeckel stets zu Gesichte bekommt, wenn man bei geöffnetem Munde die hinterste Zungenpartie mit kräftigem, breitem Spatel stark herabdrückt; ob besser bei herausgezogener Zunge, oder nicht, dies ist individuell. Der Kehldeckel wird dann stets für einige Zeit, bei einer Würgebewegung aufsteigend, im Schlunde sichtbar. Dieses Verfahren ermöglicht oft ohne Laryngoskopie Diagnosen und selbst operative Eingriffe am Kehldeckel zu machen, bei blossem einfallendem Tageslichte. In einem solchen Momente versuchte ich nun mit einem stumpfen Häkchen in den Larynx und unter den Fremdkörper zu gelangen. So verführerisch aber auch diese Methode erschien, so erwies sie sich doch sofort als unausführbar, da bei dem Würgeact der zusammengelegte Kehlkopf dem Häkchen den Eintritt verwehrte, obgleich der metallene harte Körper hierbei deutlich gefühlt wurde. Das Kind wurde auch durch das Würgen unruhig und setzte dem Verfahren heftigen Widerstand entgegen. Ich musste davon abstehen; doch glaube ich, dass es Fälle geben wird, wo dies Verfahren sich sehr bequem erweisen kann, z. B. wenn der Fremdkörper über der Glottis sitzt, auch vielleicht oberhalb des Kehldeckels zum Theil sichtbar wird.

Ich änderte nun meinen Plan. Beim Laryngoskopiren war das Kind relativ ruhig, der Kehlkopf besser zugänglich, die rechte Glottisspalte klaffte. Ich bog nun mit der Plattzange eine feste Kehlkopfsonde, mit Holzgriff, an der Spitze zu einem Haken kurz um, derart, dass das Häkchen, welches nach dem Sondengriff gerichtet war, fast in der Krümmungsebene der Sonde stand, mit einer leichten Abweichung nach links vom Operirenden. Während ich nun mit der linken Hand den Kehlkopfspiegel führte, musste ich unter Leitung des Spiegelbildes dieses Sondenhäkchen zwischen Fremdkörper und rechten Stimmbande in die Glottis bequem einführen können, da die vielfachen Kehlkopfpolypenoperationen hierfür gewissermaassen als Vorübungen gedient haben. Das Manöver gelang sofort. Als das Häkchen den Fremdkörper passirt hatte, führte ich (gewissermaassen als zweiten Act des Verfahrens) eine schnelle Drehung des Sondenstiels nach dem linken Mundwinkel der Patientin aus. Der Haken sass nun unter dem Fremdkörper und beim Anziehen befand sich Patientin wie der Fisch am Angelhaken. Durch mässigen Zug wurde nun zuerst der Haken entwickelt. Der Kehlkopfspiegel zeigte jetzt den Fremdkörper frei im linken Kehlkopfeingange liegend. Es wurde nun beabsichtigt, mit dem Zeigefinger der linken Hand den Körper vollends herauszuheben; ein Hustenanfall besorgte aber die Sache selber. Ich bemerke nun noch besonders, dass die Operation also nicht vereitelt wurde, obgleich das Kind, als es den Haken im Halse festsitzen fühlte, sich sträubte, ja sogar mit der linken Hand an dem Griffe zog. Der Körper, welcher zur Erde fiel, war ein metallener Stern mit 6 scharfen Spitzen. (Nebenstehende Zeichnung giebt die Fläche des Sternes in Form und Grösse wieder). Die Entfernung je zweier antipoden Spitzen betrug $1\frac{1}{2}$ cm. Die Dicke war etwa die eines dünnen Messerrückens. Ein kurzer (einstössiger) Husten war gleich nach der Operation noch vorhanden.

Das Spatium inter-arytaenoideum zeigte sich verwundet, leicht zerrissen und blutig. Am nächsten Tage zeigte die Untersuchung eine sichtliche Abschwellung des Kehlkopfinneren, die Stimmbänder traten schon deutlicher hervor, aber noch verfärbt und verdickt, die weissliche Masse war kleiner geworden, die Stimme noch heiser. Die bedrohlichen Husten- und Stickanfälle waren gänzlich geschwunden.

[1]) S. Sauder (Ueber Fremdkörper in den Luftwegen. Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. 16), welcher die meisten hierhergehörigen Fälle in der Literatur bis zum Jahre 1875 kurz beschreibt.

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Diese Hakenmethode für Fremdkörper, die ich an vorstehendem Falle vorgeführt habe, und welche im Wesentlichen darin besteht, dass man einen Haken, welchen man sich selber aus einer geeigneten geknöpften Sonde dem jeweiligen Falle angemessen verfertigt, in eine passende Lücke neben dem Fremdkörper subtil vorbeischiebt, und nun schnell mit einer Vierteldrehung, deren Richtung man vorher schon genau überlegt hat, hinter den Fremdkörper bringt, so dass man letzteren jetzt trotz etwaiger Unruhe des Patienten in sicherer Gewalt hat, ist bei der Unberechenbarkeit der Kinder wohl das sicherste Verfahren, und lässt sich dabei auch auf andere Höhlen anwenden. Ich habe dieselbe Methode mit dem gleichen schnellen und sichern Erfolge bei ungebärdigen Kindern zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Tiefe des äussern Gehörganges und der Nase angewendet. Sie hat vor den vielen andern Methoden, welche ich hier nicht aufzählen will, bei denen aber jeder erfahrene Kenner dieser Verhältnisse wohl mit mir die zangenartigen Instrumente bei Kindern sehr wenig lieben wird,[1]) viele Vorzüge voraus. Das Häkchen verdeckt das Gesichtsfeld gar nicht; es ist in eine vorhandene Lücke neben dem Fremdkörper fast immer einzuführen; es erfordert als Mechanismus zu seiner Einstellung nur einer leichten Drehung; ein Tieferstossen des Fremdkörpers, welches bei andern Methoden der Geschickteste oft nicht vermeiden kann, ist hier bei geringer Vorsicht ausgeschlossen, da der Fremdkörper erst a tergo gefasst wird; das Kind sieht das Instrument ohne Furcht und bleibt daher erfahrungsgemäss während der Einführung ruhig; wenn es das Instrument wirken fühlt, so dient sein Sträuben und Zurückziehen nur dazu, die Operation zu vollenden. Hierbei will ich einen Fall nicht unerwähnt lassen, in welchem bei einem Kehlkopfpolypen der Kehlkopfhaken mich aus grosser Verlegenheit riss. Vor mehr als 11 Jahren kam eine Frau zu mir, aphonisch heiser, mit grossen Athembeschwerden, körperlich sehr heruntergekommen. Als Phthisica betrachtet sollte sie von ihren Angehörigen aufs Land gebracht werden, wollte sich aber vorher doch noch genau untersuchen lassen. Der Spiegel zeigte sofort einen bohnengrossen Polypen im obern Larynxabschnitte, mit ziemlich starkem Stiele am linken Proc. vocal. beweglich festsitzend und zeitweilig fast die ganze Glottis deckend. Er musste schnell beseitigt werden, zum „Ueben" war keine Zeit. Ich ging mit festem Haken unter den Stiel des Polypen, eine Würgebewegung hielt den Kopf des Polypen im Kehlkopfe fest, und nun riss ich mit hebelnder Bewegung nach Oben den Polypen los. Der Stiel konnte nun in aller Ruhe mit Messer und Schlinge in mehreren Sitzungen entfernt werden. —

Weniger günstig als im Kehlkopfe ist im Allgemeinen der Sitz des Fremdkörpers in den tiefern Luftwegen.[2]) Ein Hinunterstossen des Körpers beim Operiren vom Munde aus wird deshalb wohl meistens zu beklagen sein. Wo dieses Ereigniss droht, greift man wohl besser bald zur Tracheotomie. Anstatt aber den Körper durch die Wunde zu ziehen, möchte ich hier ein anderes Verfahren vorschlagen, welches, freilich zu anderem Zwecke, in letzter Zeit in meiner Praxis vielfach geübt wird, nämlich den

Katheterismus des Larynx von der tracheotomischen Wunde aus.

Die Erfahrung, dass man bei Tracheotomirten mit einem gewöhnlichen männlichen Katheter von der Trachealwunde aus nach Oben durch die Trachea und den Larynx gelangen kann, diese Erfahrung, sage ich, haben wir in der Neuzeit in meiner Praxis öfter zu machen Gelegenheit gehabt. Es handelte sich um mehrere tracheotomirte Kinder, welche in Behandlung gebracht wurden, da ihnen wegen Stenosen oberhalb der Trachealwunde (meist Granulationsstenosen) monatelang nach der Tracheotomie die Kanülen nicht entfernt werden konnten. Die Methode, welche ich in passenden Fällen bald nach der Tracheotomie zu machen empfehle, lässt sich in und ausser der Chloroformnarkose mit ziemlicher Leichtigkeit ausführen. Der Kopf des Patienten muss vor Allem weit hintenüber gebeugt werden, in der Narkose etwa durch ein starkes rundes Kissen unter dem Nacken, ausser Narkose am besten durch Beugen des Kopfes nach Hinten über das linke Knie (resp. Oberschenkel) des Operirenden. Ein fester männlicher Katheter wird vom Operateur fest in die rechte Faust genommen, mit dem Schnabel nach links. Die Katheterspitze wird nun in die Trachealwunde eingebracht, kurz um den obern Wundwinkel herum und immer mit der Richtung nach der vordern Trachealwand nach Oben geführt. Kommt man nun durch den Larynx, so sieht man bei geöffnetem Munde die Katheterspitze über der Zungenwurzel erscheinen. Dieses Verfahren, welches zur Diagnose und Behandlung bei den betreffenden Laryngo- und Tracheostenosen sich vor andern Methoden auszeichnet, wird sich jedenfalls öfter zur Entfernung eines Fremdkörpers nach Oben eignen, und wird wohl meistens leichter und weniger eingreifend sein, als die Thyreotomie und das Herausziehen des Körpers aus der Wunde.[1]) —

Schliesslich will ich zur Entfernung von gewissen Fremdkörpern im Halse und obern Luftwegen noch eine Methode erwähnen, welche vorkommenden Falles gewöhnlich ganz vergessen wird, obgleich sie oft am schnellsten zum Ziele führt; wir wollen sie nennen die

Finger- und Schwammmethode.

Feinere Fischgräten sind oft so schwer fassbar, dass sie jedem Instrumente beharrlich entschlüpfen, während sie sich auffallend leicht aus ihrem Sitze herauswischen lassen. Dieses Wischen, welches meiner Erfahrung nach wohl meistens der Länge nach vom festen nach dem freien Ende hin geschehen muss, kann mit dem Finger oder mit einem Kehlkopfschwammpinsel ausgeführt werden. Voltolini hat mit Recht die Schwammpinselmethode zur Entfernung gewisser Kehlkopfpolypen empfohlen; besonders schwer zugängliche Fälle derart hatten mich schon im Jahre 1872 auf dieselbe Methode geführt. Obgleich nun zwar Polypen und Fremdkörper manches Verwandte haben, so ist es doch wohl nicht überflüssig, für gewisse Arten von Fremdkörpern an diese Methode erinnert zu haben. Es ist wohl selbstverständlich, dass der Finger im Allgemeinen erst nach laryngoskopischer Orientirung, ohne Spiegel in Anwendung kommt, während der Schwammpinsel den Vortheil hat, dass er unter Spiegelleitung wirkt. —

Misslicher ist der Fall im Allgemeinen, wenn der Fremdkörper den Larynx passirt hat und nach der Bifurcation zu gefallen ist. Er bietet dann viel weniger sichere Angriffspunkte für den operativen Eingriff. Bei Erwachsenen wird der geschickte Laryngoskopiker wohl immer im Stande sein, die Tracheoskopie auszuführen und sichere Anhaltspunkte zu gewinnen; bei Kindern ist aber die Beleuchtung bis zur Bifurcation z. Z. noch eine Unmöglichkeit. Hier kommt es auf die ruhige Erwägung aller Verhältnisse an. Die Tracheotomie ist hier oft erfolglos, bisweilen wird man sogar gut thun, dieselbe zu unterlassen. Ich will dies durch einige eigene Fälle illustriren.

Erfolglose Tracheotomie bei einer Bohne in der Trachea.

Vor etwa 6—7 Jahren wurde ich plötzlich von einem *befreundeten* Collegen zur Behandlung eines Kindes hinzugezogen, welches soeben eine Bohne in den „Hals" bekommen haben sollte. Das etwa 4jährige Kind war im höchsten Grade suffocatorisch, cyanotisch, ich bemerke ausdrücklich ohne jeden Husten. Ohne Erfolg wurde das Kind auf den Kopf gestellt; dann sofort die Tracheotomie ausgeführt. Der letale Ausgang erfolgte inzwischen, aber der Versuch, den Körper noch aus der Trachea zu entfernen, war vergeblich. Bei der Autopsie am nächsten Tage fanden wir die Bohne in der Trachea fest eingekeilt unter dem Manubrium sterni.

Spontane Entleerung von Fremdkörpern aus dem linken Bronchus.

Januar 81 kam ein etwa 2jähriger Knabe in meine Behandlung, welcher einen Mund voll gekauter Nüsse plötzlich in die Luftröhre bekommen haben sollte. Das Kind war nicht suffocatorisch, hatte aber starke Hustenanfälle Nachts. Die physikalische Untersuchung im Interscapularraume ergab stenotische Erscheinungen (d. h. ungewöhnliche, pfeifende Geräusche) im linken Bronchus. Da keine Gefahr drohte, so wurde die Tracheotomie, welche von anderer Seite empfohlen war, vorläufig unterlassen, und in Berücksichtigung der Natur der Fremdkörper die spontane Entleerung erwartet. Dieselbe trat auch ein, allmählich, innerhalb von 14 Tagen, in welchen der Knabe beobachtet wurde. Nach dieser Zeit waren die stenotischen Erscheinungen geschwunden, entzündliche nicht eingetreten. Der Knabe ist bis heute gesund geblieben.

Glücklicherweise ist diese spontane Entleerung aus der Tiefe der Luftwege nicht so selten, und hängt wohl dieses günstige Ereigniss zum Theil von der Form des Fremdkörpers ab, zum Theil von dem Einflusse, welchen das Secret der Luftwege auf die Substanz des Fremdkörpers allmählich auszuüben im Stande ist. Dass viele derartige spontane Entleerungen nicht einmal zur Kenntniss der ärztlichen Welt kommen, ist leicht erklärlich. Einen solchen Fall, der mir zufällig berichtet wurde, will ich zum Schlusse noch anführen. Ein Schuhmachermeister von Auswärts, welcher mich consultirte, erzählte

[1]) Dass Zangen selbst für Erwachsene im Kehlkopf meist recht unhandliche Instrumente sind, beweist der verhältnissmässig viel leichtere Fall von Meyer-Hüni (Corresp. Bl. für Schweizer Aerzte 1878 No. 17) bei einem 15jährigen Mädchen, wo die Hakenmethode jedenfalls bequemer gewesen wäre.

[2]) S. Sander l. c. S. 358.

[1]) Das Verfahren, von der laryngotomischen Wunde aus den Fremdkörper nach Oben zu stossen, ist schon mit Erfolg gelegentlich ausgeführt worden, so bei Sander l. c. in den Fällen Seite 340, 353 und 356; auch von Voltolini ist das Emporgehen von der Trachealwunde aus mit Sonde und Bougie versucht (Berliner klin. Wochenschr. 1875 S. 73).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mir nebenher, er habe beobachtet, wie sein Gesell vor einiger Zeit beim Arbeiten eine „Schusterspeile“ (Holznagel) von $1^1/_2$ cm Länge, welche derselbe im Munde hielt, plötzlich in die Luftröhre bekam. Der Gesell habe nun nach dieser Zeit gehustet und öfter Blut ausgeworfen; nach einigen Wochen aber habe er, wie er selbst gesehen, die Speile unter starkem Husten mit reichlichem, blutigem Schleime wieder ausgeworfen.

IV. Zur Kenntniss der Bakterien in der Mundhöhle.

Von

W. D. Miller.

Durch eine von Professor Lewis im „Lancet“ für September 1884 veröffentlichte Mittheilung über „Komma-Bacillen“ im Munde hat das Studium der Pilze der Mundhöhle ein ausserordentliches Interesse gewonnen. Lewis hat bekanntlich einen krummen Bacillus im Mundschleim entdeckt, (?) welcher in Form, Grösse und Farbenreaction mit dem Cholera-Bacillus übereinstimme, und daher mit demselben identisch sei.

Es ist nicht der Zweck dieser Mittheilung, die Beziehungen dieses Pilzes zum Cholera-Bacillus zu besprechen, da der Beweis erst jüngst durch Herrn Geh.-Rath Koch in No. 45 dieser W. gebracht worden ist, dass es sich um zwei vollkommen verschiedene Spaltpilze handelt.

Sein Vorkommen in der Mundhöhle ist aber durchaus keine neue Entdeckung des Herrn Lewis, sondern eine längst bekannte Thatsache. Ich habe ihn im Berichte der Botanischen Gesellschaft, Jahrgang 1883 S. 224, erwähnt und die Vermuthung ausgesprochen, dass er durch Gliederung der Spirochaete dentium entsteht, da ich an einigen Exemplaren eine solche Gliederung nachweisen konnte. Die Thatsache, dass die Bacillen Farbstoffe so viel lebhafter aufnehmen als Spirochaeten, spricht aber nicht für diese Annahme.

Auch in Klebs' Archiv 1882 Bd. XVI ist er von mir besprochen und in Tafel VII Fig. 2 abgebildet.

Schliesslich ist er von einem Amerikaner Namens Clark schon im Jahre 1879 als Ursache der Zahncaries angesehen und mit dem Namen „Dental Bakterium“ belegt worden. Nach seiner Beschreibung „hat er die Form eines halben U und eine bohrerähnliche Bewegung“.

Nach meiner Erfahrung ist er in jeder Mundhöhle zu finden, zahlreichen anderen Bakterien beigemengt (Fig. 2). Häufig kommt er in aussserordentlich grossen Mengen vor, so dass er an Zahl alle anderen Formen zusammen übertrifft, besonders in solchen Fällen, wo durch irgendwelche Ursache eine leichte Hyperämie des Zahnfleischrandes stattgefunden hat. Fährt man mit einem spitzen Instrument unter den Rand des gerötheten Zahnfleisches, so bekommt man stets ein Material, welches an krummen Bacillen und Spirochaeten nichts zu wünschen übrig lässt. Zwischen den Zähnen und in Zahnhöhlen habe ich ihn viel spärlicher gefunden, obgleich er sich in die Zahnbeincanälchen mitunter auch eindrängt (siehe Fig. 4). Trotzdem ich in manchen Fällen fast reines Material zum Aussäen bekommen und die verschiedensten Nährböden angewandt habe, ist es mir nicht gelungen, selbst nicht im geringsten Grade ein Wachsthum dieses Pilzes zu erzielen. In Gelatine und Agar-Agar mit Fleischextract, Kalbsbrühe, Fleischwasserpepton, Speichel etc. etc., auch in flüssigen Nährmedien bei verschiedenen Temperaturen hat niemals eine Entwicklung stattgefunden.

Diese Thatsache allein beweist zur Genüge, dass er von dem Cholera-Bacillus grundverschieden ist. Es ist jedoch zu hoffen, dass sein Reinzüchten Jemandem gelingen wird, da er auch an und für sich ein Organismus von grossem Interesse ist.

Er ist aber nicht der einzige im Munde vorkommende Pilz, der krumme Stäbchen aufweist.

Ein zweiter Pilz, der nicht schwer zu züchten ist, kommt vor in Form von kurzen, plumpen, etwas spitz zulaufenden, meist zu zweien verbundenen Stäbchen, von denen manche eine leichte Biegung zeigen. Letzteres kommt besonders vor bei Stäbchen, die in Theilung begriffen sind. Der Pilz ist beweglich, wächst sehr schnell bei Zimmertemperatur und schmilzt die Gelatine in weiter Ausdehnung.

Einen Mundpilz, der ebenfalls krumme Stäbchen aufweist, habe ich schon früher im Juni-Heft des „Independent Practitioner“ und in No. 36 dieser Wochenschrift beschrieben und abgebildet. Er tritt auf in der Form von zarten Stäbchen, entweder gerade, oder mehr oder weniger gekrümmt. Ich glaubte deshalb zwei verschiedene Pilze vor mir zu haben, der Versuch, die beiden zu trennen, gelang aber nicht. Später wurde ich durch das Auftreten beider Formen an einem Faden (Fig. 1a) überzeugt, dass sie einem Pilze angehörten. Die Stäbchen zeigen jeden Grad der Krümmung von dem geraden bis zu dem im Halbkreis gebogenen. Zwei zusammenhängende Stäbchen bilden mitunter eine S- häufiger aber eine O-förmige Figur, und in einigen Fällen sieht man Stäbchen so zusammengerollt, dass man sie kaum von Kokken zu unterscheiden vermag (Fig. 1b). Durch Theilung der Stäbchen werden, wie man am besten in alten Culturen sieht, Kokken-Ketten gebildet (Fig. 1c).

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

Sporenbildung habe ich nicht constatirt, und im hängenden Tropfen beobachtet zeigen die Stäbchen keine Bewegung.

Wegen seines langsamen Wachsthums auf Gelatine ist sein Reincultiviren aus dem Speichel oder Zahnbein mit grosser Schwierigkeit verbunden. Culturen von mikroskopisch reinem Material angesetzt, bieten wenig Charakteristisches, wie ich schon in der früheren Mittheilung bemerkt habe.

Es findet kein Wachsthum auf der Oberfläche statt, auch keine Verschmelzung oder Verdunstung der Gelatine.

Von irgend einer Beziehung zum Cholerapilz kann daher nicht die Rede sein.

Schon früher habe ich gezeigt, dass Pilze im Munde vorkommen, die durch eine dem Magensaft ähnliche Lösung nicht getödtet werden, dass sie den Magen passiren und in den Darm, noch entwickelungsfähig, gelangen können.

Dass dies auch für die krummen Stäbchen, die im Munde vorkommen, der Fall sein mag, ist durchaus nicht unmöglich, und dass sie vielmehr unter gewissen Umständen sich im Darm in aussergewöhnlichen Mengen entwickeln könnten auch zu erwarten.

In meinen eigenen Fäces sind ausnahmsweise krumme Bacillen sowohl wie Spirochaeten, besonders bei einer leichten Diarrhoe stets vereinzelt zu finden (Fig. 4); sie haben sich aber als eben so unzüchtbar bewiesen wie die ähnlichen Bacillen des Mundes.

Selbstverständlich wird daher das einfache Auffinden eines krummen Stäbchens in den Darmentleerungen keinen Beweis für seine Specifität liefern.

Obige Beispiele mögen genügen um zu zeigen, dass es verschiedene Spaltpilze giebt, welche als krumme Bakterien oder Bacillen auftreten, die aber keine nähere Verwandtschaft mit einander haben, als die verschiedenen Pilze, die in Form von Kokken auftreten; und ferner, dass man durch die Form eines Pilzes allein durchaus nicht auf seine specifische Wirkung schliessen kann.

Hierüber kann in zweifelhaften Fällen nur die Reincultur Aufschluss geben.

V. Herr Landau und die operative Gynäkologie.

Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. Nach den in den Ferienkursen gehaltenen Vorträgen. Bearbeitet von Dr. August Martin. Docent der Gynäkologie an der Universität Berlin. Mit 164 Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg. 1885.

Ref. S. Guttmann.

Eine Philippika, im grossen Stil gegen eine weit verbreitete, eigentlich überhaupt gegen die heut herrschende Richtung der modernen operativen Gynäkologie bietet uns Landau in seinem Aufsatz: Gynäkologischer Specialismus in der deutsch. Medicinalzeitung No. 82. Schon längst bekannte und gar oft discutirte Einwände und eine noch bei weitem grössere Fülle durchaus nicht berechtigter Monita würden sich vielleicht doch zu irgend welchem Eindruck verdichtet haben, wenn Herr Landau bei der Sache, d. h. bei seinen vermeintlichen Einwänden gegen die weit verbreitete Richtung der heutigen operativen Gynäkologie geblieben wäre. Eine in seinem Sinne vielleicht mögliche Illusion des Lesers erfährt jedoch durch eine absolut ungerechtfertigte Zuspitzung seiner Vorwürfe gegen ein soeben erschienenes Buch: „die Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten“ von A. Martin eine schwere Trübung. Der Ertrag seines Aufsatzes wird weder der operativen Gynäkologie, noch weniger dem Buche Martin's Nachtheil bringen, einem Buche, das die Anschauungen der ersten heutigen

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Gynäkologen vertritt. Der Zorn und die künstliche Erregung muss den vorhandenen Thatsachen gegenüber verklingen.

In dem genannten Aufsatz wird einleitend ausgeführt, dass bei dem Umfang und bei der Vervollkommnung, den die speciellen Zweige der Medicin in den Methoden der Diagnostik und Therapie genommen haben, es für den Arzt eine Unmöglichkeit werde, die sowohl für die Erkenntniss wie für die Behandlung von Erkrankungen einzelner Organe nothwendige Technik und Uebung sich anzueignen. Andererseits stehen wir nach der Auffassung Herrn Landau's vor der Gefahr, wie er sich ausdrückt, dass technische geschulte Routiniers sich dem Betriebe dieser Zweige widmen und über ihrem Specialfach den Zusammenhang der von ihnen behandelten Organe mit dem Gesammtorganismus vergessen.

Die Anzeigen für jene zahlreichen operativen Eingriffe, welche in der Gynäkologie jetzt geübt und empfohlen werden, stellt er unter den letztgenannten Gesichtspunkt. Gegen diese jetzt weit verbreitete Richtung oder, wie er sich ausdrückt, gegen die in der Gynäkologie grassirende Operationssucht erhebt er Einspruch — und meint dies am zweckmässigsten so thun zu können, dass er sich zur Illustration und Kritik dieser weit verbreiteten Richtung an ein gedrucktes Glaubensbekenntniss hält, wie ein solches in dem jüngst erschienenen Buche: „Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten“ von Dr. A. Martin vorliegt.

Nachdem er vorher noch die seiner Meinung nach einzig richtigen Grenzpfähle für die operative Gynäkologie gesteckt hat (bei kritischem Widerspruch muss man eigentlich vor Allem sich vergessen), bringt er in demselben wie eine Offenbarung klingenden Tone eben nur einen äusserst abfälligen Begleitbrief zu diesem neuen Martin-schen Buche — und man fragt sich mit Recht, wo eine solche Art und Weise hin will, welche sich im Allgemeinen auf dem Gebiete bequemer Gemeinplätze tummelt, aber keineswegs gestützt ist von geprüften Thatsachen. Es giebt eine wortlose Sprache, und das ist die der Thatsachen. Nun und eine Thatsache bleibt es, dass sich die Gynäkologie nur durch ihre operative Richtung, wie wohl auch Herr Landau anerkennen wird, in unverkennbaren Fortschritten eine Stellung in der Wissenschaft errungen hat und sich trotz der Einwände Herrn Landau's, „dass dem operativen Handeln phantastische pathologische Anschauungen, kritiklose Beurtheilung des Symptomencomplexes einzelner pathologischer Veränderungen, Ueberschätzung der Operationserfolge, Unterschätzung der Dignität der Operationen und mechanischen Eingriffe zu Grunde liege“, in fortlaufender normaler Entwicklung befindet.

Wenngleich er nur zur Illustration und Kritik der weitverbreiteten Richtung sich an das neue Martin'sche Buch zu halten angiebt, so gilt doch der ganzen Richtung der Vorwurf, und es darf in dem Leser nicht der Glauben geweckt werden, als bezögen sich die Vorwürfe nur auf das Martin'sche Buch, welches, wie Herr Landau sagt, die Tendenz hat, die Practiker, für die es geschrieben ist, von der Richtigkeit und Zweckmässigkeit des pathologischen und therapeutischen Standpunktes Martin's zu überzeugen und dessen Lehren zur Befolgung zu empfehlen, denn die in dem Martin'schen Buche vorgetragenen Anschauungen sind in den neuesten Lehrbüchern wieder zu finden.

Und was monirt Herr Landau nicht Alles! Er monirt nicht etwa allein eine Reihe von operativen Eingriffen, von denen man füglich nicht behaupten kann, dass sie für die mannigfachen Anzeigen schon sesshaft sind — und das ist in dieser Wochenschrift stets und stets hervorgehoben worden — sondern er tadelt fort und fort, macht das Martin'sche Buch verantwortlich und rüttelt nicht nur an solchen Thatsachen, die durch ihre Neuheit, durch die Schwierigkeit ihrer Nachprüfung noch nicht allgemein verwerthbar und auch noch nicht allgemein erkennbar sein können, sondern auch an ganz feststehenden Thatsachen. Bei den vielfachen Strömungen, in welche sich vorläufig die operative Gynäkologie spaltet — und je mehr die Fortschritte und Interessen der chirurgischen Gynäkologie anwachsen, um so schwerer wird es vorläufig sein, einen Concentrationspunkt zu finden, sind wir A. Martin für dieses vorliegende Buch um so dankbarer, in welchem er die Erfahrungen einer langjährigen Erfahrung in Ausübung seines Berufes niedergelegt hat, und gestützt auf sie, die Indicationen so wie die zum Operiren nothwendige Technik und Schulung darlegt. Herr Landau hätte besser gethan, wenn er sich sowohl der gegenwärtig vorhandenen Richtung gegenüber, welche sich auf die Lehren einer Reihe der verdienstvollsten Gynäkologen der Neuzeit gründet — und so auch diesem Buche gegenüber etwas mehr Reserve auferlegt hätte. Die Anklage Landau's, dass der therapeutische Enthusiasmus über den Werth der localen Behandlung sich über die Grundsätze der Pathologie hinwegsetze, beziehungsweise sich die Pathologie zurechtlege, ist ein Vorwurf, der jedoch im Vergleich zu den anderen noch weit mehr über das Ziel hinausschiessenden, ungerechtfertigten Ausfällen unter seine gelinden Einwände zu rubriciren ist. Wo nimmt Herr Landau das Recht her, zuständiger Richter über eine von ihm selbst anerkannte, verbreitete Richtung zu sein und dieselbe mit seinem kritischen Federstrich zu vernichten!

Es kann meine Aufgabe nicht sein, die Irrgänge des Herrn Landau aufzudecken. Man kann es der Wahrheit ruhig überlassen, sich ihre Bahn selbst zu brechen, die sie trotz der von Landau gemachten Einwände gefunden hat und weiter finden wird.

Und mit welchen Einwänden will er die heutige Richtung bannen. So eröffnet er den Reigen mit dem Intrauterinstifte, auf den Martin, ebensowenig wie die anderen Gynäkologen, irgend Jemand verpflichten will, Martin und andere Gynäkologen haben lediglich denselben in ihnen geeignet erscheinenden Fällen mit Nutzen angewandt und werden das wiederum in ihnen geeignet erscheinenden Fällen thun. Von einer Verpflichtung, denselben anzuwenden, ist, wie gesagt, an den betreffenden von Herrn Landau monirten Stellen durchaus nicht die Rede, sondern von dem Nutzen, den derselbe hie und da unter strengster Beobachtung der die Anwendung begleitenden Erscheinungen gebracht hat und bringt. Wir wollen Herrn Landau gern glauben, dass durch seine Manipulationen der intrauterine Stift Endometritis und Metritis herbeigeführt wurden, andererseits dürfen wir Martin und Anderen glauben, dass in einer Reihe von Zuständen der intrauterine Stift keinen Schaden sondern Nutzen gebracht hat. Warum sollten wir nicht im Stande sein, durch einen auf den Uterus ausgeübten Reiz denselben zur kräftigeren Entwickelung der Uterusmuskulatur anzuregen? Sehen wir doch täglich unter dem Einfluss der Elektricität, der Massage und andrer Reize atrophische Muskeln sich wieder kräftiger entwickeln. Diese Annahme ist doch nicht etwa willkürlich und irrig. Bei den unzweifelhaften Erfolgen, die bei der Behandlung mit dem mit der nöthigen Vorsicht gehandhabten Intrauterinstift von den verschiedensten Gynäkologen erzielt worden sind, kann doch nicht wohl von einer künstlich zurechtgelegten, sondern vielmehr von einer durch die Erfahrung und physiologisch-pathologische Analyse sanctionirten Therapie die Rede sein.

Der Werth der Amputation des Gebärmutterhalses ist nach Herrn Landau bei pathologischen Veränderungen der Portio und der Cervicalschleimhaut, wie bei der uncomplicirten Hypertrophie, der Elongation und dem Carcinom ein unbestreitbarer. Bei anderen Erkrankungen sei sie entweder ohne jeden Einfluss, oder wir besitzen mildere und weniger eingreifende Mittel. Dass durch die Amputation der Vaginalportion das ganze hypertrophische Parenchym des Uterus eine der puerperalen ähnliche Involution eingeht und derart in wirksamster Weise eine Verkleinerung erfährt, eine allgemein anerkannte Thatsache, gilt bei Herrn Landau nicht. Diese Umbildung ist nach Landau eine Hypothese, für die ausser dem subjectiven Ermessen des Untersuchers jeder Anhalt fehle. Nur das subjective Ermessen Herrn Landau's ist das allein gültige. Die Amputation des Gebärmutterhalses sei bei einer grossen Zahl von Erkrankungen überflüssig, die beobachteten Erfolge Schröder's und Anderer, von Martin will ich absehen, gelten Nichts. In ähnlicher Weise verfährt, ausser den von ihm gutgeheissenen, er mit allen anderen operativen Eingriffen, welche jetzt in der operativen Gynäkologie gepflegt werden. Ueberhaupt sieht Landau fast überall nur frivole Polypragmasie, für welche das Martin'sche Buch verantwortlich gemacht wird. Dafür, dass Schröder und Köberle bei der Retroflexio nach gewiss zwingenden Anzeigen die Laparotomie gemacht, den Uterus nach vorn gebracht und in den unteren Wundwinkel eingenäht haben, (diese Angaben befinden sich nicht in der Replik Landau's, ich exemplificire nur) dafür wird das Martin'sche Buch verantwortlich gemacht. Nach all den Vorwürfen, welche dem Martin'schen Buche zur Last gelegt werden, kommt es Herrn Landau ganz plötzlich nicht mehr auf die Kritik eines Buches an, sondern auf die Charakterisirung des polypragmatischen Handelns, welches durch die heutige Lehre sanctionirt werde — und das jene drohenden Gefahren berge, welche durch die Empfehlung dieser nicht sachlich indicirten Operationen Seitens Berufener (also doch) erwachsen. Herr Landau weiss also genau, dass das Martin'sche Buch uns nicht allein seine Anschauungen über Pathologie, seine Art der Behandlung vorträgt. Danach müsste er doch eigentlich alle neueren Bücher über Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten, welche doch mehr weniger denselben pathologischen und therapeutischen Standpunkt vertreten, ausdrücklich auch in die Acht erklären. Das hat er, wie wir gezeigt haben, da und dort so nebenbei gethan. Die Signatur seines Artikels bleibt aber eine ungerechtfertigte Beurtheilung des Martin-schen Buches.

Zum Schlusse glaubt er hervorheben zu müssen, wie sehr gerade ein Zweig bei der hier charakterisirten Richtung

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

vernachlässigt sei dessen Wichtigkeit ihm eine ganz hervorragende zu sein scheint — die Nerven-Physiologie und Pathologie.

Die Wege, die bis jetzt die operative Gynäkologie soweit im Allgemeinen nur thunlich, durch streng physiologisch-pathologische Analyse sich geebnet hat, sind andere als Herr Landau sie für richtig hält — nun wir wünschen, dass er nicht den Gynäkologen allein, sondern der gesammten medicinischen Wissenschaft durch seine Studien der Nerven-Physiologie und Pathologie bald den Faden der Ariadne reichen möge, durch den dieselbe aus dem Labyrinthe der auf diesem Gebiete doch überall intensiv herrschenden dunklen Vermuthungen bald zu sicheren Anhaltspunkten gelangen soll.

Was nun das Buch von A. Martin selbst anlangt, so hat letzterer das im Vorworte gegebene Versprechen voll eingelöst. Er betont daselbst, dass es ihm darauf ankäme, neben den vorhandenen vorzüglichen Lehr- und Handbüchern, die gerade unsre deutsche Fachliteratur auszeichnen, eine klinische Darstellung der Gynäkologie zu geben, welche die dem Practiker besonders nothwendigen Abschnitte über die Diagnose und Therapie vor die Augen führt, ohne die pathologische Anatomie zu vernachlässigen oder sich in das Gewirr der augenblicklich noch streitigen Punkte zu verlieren. Das Buch umfasst 10 Hauptkapitel: die gynäkologische Untersuchung, die Physiologie und Pathologie der Menstruation und Conception, die Pathologie der Scheide und des Uterus, die Operationen in der Scheide, die Operationen am Uterus, die Krankheiten der Tuben, die Erkrankungen der Ligamenta lata, Erkrankungen des Beckenperitoneum und die Krankheiten der Ovarien. In diesen Hauptkapiteln gliedert er durch Unterabtheilungen zweckmässig und übersichtlich den Stoff. Fast jedes Capitel bringt Zeugniss von seiner treuen Mitarbeit, von der in diesem Buche überall hervortretenden Vorsicht bei Anzeigen zu operativen Eingriffen, on der strengsten Kritik des Befundes und von dem steten Bestreben, neben der localen Behandlung den Gesammtorganismus im Auge zu behalten.

Ueberall findet der Practiker in diesen Buche Winke, wie solche eben nur die langjährige Erfahrung und Uebung Martin's zeitigen konnte. In dem Capitel Gynäkologische Untersuchung ist namentlich der Abschnitt: Untersuchung der Uterus-Innenfläche hervorzuheben. Die Pathologie der Scheide und des Uterus ist bei den Entwicklungshemmungen, den Gestalt- und Lageveränderungen und bei Besprechung der Entzündungsformen zusammengefasst, in der Absicht, das, was ätiologisch, pathologisch, anatomisch und therapeutisch nahe bei einander steht, dementsprechend zur Erörterung zu bringen. Besonders häufig deckt sich, wie Martin richtig auseinandersetzt, die Aetiologie und Therapie dieser Leiden der verschiedenen Abschnitte des Genitalschlauches, und erleichtert er dadurch in der That die Betrachtung derselben durch eine solche Zusammenfassung.

Das vorliegende Buch Martin's ist, da jedem Kapitel nach seinem Inhalt die reichen Erfahrungen des Verfassers zu Gute kommen, und weil es vorsichtig und gründlich die Methoden der Diagnostik und Therapie, die Anzeigen und die Technik für operative Eingriffe behandelt, ein zuverlässiger Rathgeber für den Practiker, wie für den Gynäkologen vom Fach.

VI. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 17. November 1884.

Vorsitzender: Herr Fraentzel.
Schriftführer: Herr Ewald.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

1. Discussion über die Demonstration des Herrn Remak: ein Fall von centraler Gliomatose (Syringomyelie) des Halsmarks. (Siehe diese W. No. 47.)

Dr. P. Gueterbock hat den Pat. nicht nur vor 3 Jahren, sondern auch bei seiner letzten Erkrankung, ehe derselbe zu Herrn Dr. Remak kam, auf Anlass des Herrn Hauck behandelt. An Stelle der jetzigen Narben waren zur Zeit seiner Beobachtung Blutblasen, kein Zoster; Hauptsymptom an dem wenig geschwollenen Schultergelenk ein „Craquement" bei Bewegungen, zurückführbar auf Nichtgebrauch resp. Mindergebrauch des Armes.

Herr Bernhardt: Ich hätte dem Vortrag des Herrn Remak nichts hinzuzufügen, wenn er nicht zuletzt meinen Namen genannt hätte, als eines, der vor Jahresfrist einen ähnlichen Fall vorgestellt hat. Es ist, wie Herr Remak schon erwähnt hat, sehr schwer während des Lebens die in Rede stehende pathalogisch-anatomische Veränderung im Rückenmark zu diagnosticiren und es sind eine ganze Reihe von Fällen obducirt worden, in denen die Obducenten überrascht wurden durch die Anwesenheit der von Herrn Remak für seinen Fall vermutheten Veränderung, wo während des Lebens entweder scheinbar keine Symptome bestanden hatten oder solche, die nicht genügend waren, diese Diagnose stellen zu lassen.

Der Fall, den ich in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 10. Dec. 1883 vorstellte, ähnelte in mancher Beziehung dem von Herrn Remak vorgeführten. Ich erinnere übrigens daran, was Herr College Remak vielleicht vergessen hat, zu erwähnen, dass nach mir Herr Oppenheim in derselben Gesellschaft einen ebenfalls hierhergehörigen Fall demonstrirt hat. Was den von mir vorgeführten Kranken betrifft, so liessen sich an ihm Erscheinungen nachweisen, welche im Wesentlichen folgende waren (es versteht sich, dass diese jetzige Schilderung nothwendigerweise eine unvollkommene ist, weshalb die sich interessirenden Collegen auf die Originalmittheilung (Berl. Kl. Wochenschr. 1884 No. 4) verwiesen werden): Patient war ein grosser, kräftiger, jüngerer Mann. Die rechte obere Extremität, die rechte obere Rumpfhälfte und die rechte Gesichtshälfte zeigten abnorme Sensibilitätsverhältnisse in dem Sinne, dass die Schmerz- und Temperaturempfindung fast vollkommen mangelte, während die übrigen Sinnesqualitäten im Grossen und Ganzen gut erhalten waren. Ausserdem befand sich bei dem Patienten eine Callusmasse am oberen Ende der rechten Ulnea als Zeichen einer stattgehabten Fractur, die sich Patient zugezogen hatte bei einer Bewegung, bei der sonst gesunde Menschen an dieser Stelle keinen Knochenbruch erleiden, sowie eine Gelenkaffection am Radiusköpfchen, und ich erlaubte mir, dieses Factum als eine Wahrscheinlichkeit dafür anzuführen, dass in den trophischen Verhältnissen Störungen eingetreten wären.

Wie Herr Remak in seinem Falle und Andere vor mir und nach mir es gethan, habe ich nach Einsichtnahme der vorliegenden Literatur und durch Zusammenhalten meines Falles mit anderen Fällen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt, dass es sich in diesem Falle um eine solche Affection der centralen grauen Substanz des Nervensystems, und zwar des ganzen Cervicalmarkes rechts handele. Nun sagte damals schon in der Discussion Herr Remak, das, was ich gezeigt habe, schienen ihm nicht objective Zeichen genug zu sein, und ich hatte Gelegenheit darauf zu erwidern, dass ich die Sache nicht objectiver darzustellen wüsste, als dass ich den Nachweis brächte, dass eine schwere Analgesie und Störung des Temperatursinns bestehe, und weiter alle die Symptome auf die ich in der ausführlichen Arbeit und auch damals in meinem Vortrage eingegangen bin. Dann wies ich auf die trophischen Störungen hin und darauf, dass derartige Fälle bekannt sind, die während des Lebens keine Zeichen pathologischer Störung darboten, und andere, die eben nur diejenigen Störungen zeigten, die in meinem Falle vorhanden waren. Herr Remak bemängelte bei meinem Falle, dass keine schweren Störungen in der Motilität, namentlich keine atrophischen Zustände vorhanden gewesen wären. Ich will noch voranschicken, dass bei meinem Falle ausgeschlossen war jede Hirnkrankheit und jede hysterische[1]) Erkrankung. Nun existirt ein Fall von Fürstner und Zacher, den diese Herren längere Zeit beobachtet haben und den sie später zur Obduction bekamen. In diesem Falle bestanden die bekannten schweren Sensibilitätsstörungen, wie ich sie geschildert, namentlich Analgesien. Der Mann war damals schon neun Jahre leidend, und die Autoren betonen ausdrücklich, dass keine Spur von Muskelatrophie nachzuweisen war. Dasselbe ist in der Beobachtung von Schultze der Fall, welche dieser Autor in seiner Arbeit: Ueber Spalt-, Höhlen- und Gliombildung im Rückenmarke und der Med. obl. in Virchow's Archiv als Fall II veröffentlicht hat. Hier bestanden keine Muskelatrophien und Paralysen. Es beweist also das Fehlen von atrophischen Erscheinungen nichts gegen die Annahme einer solchen Syringomyelie. Andererseits kommen Erscheinungen von Syringomyelie im Rückenmark vor, die gerade entgegengesetzt in den vorderen Partien der grauen Substanz einsetzen und ablaufen, wie ebenfalls Schultze einen als Fall V in seiner Arbeit mittheilt. Dort galt der Fall während des Lebens als amyotrophische Lateralsclerose und bot post mortem: Ausgedehntes Gliom des Rückenmarks, Syringomyelie. — Ich sage also, wenn es feststeht, dass Syringomyelie vorkommt, ohne dass während des Lebens der aufmerksame Beobachter nach dieser Richtung etwas nachweisen kann, wenn sich Syringomyelie findet, wo nur im motorischen Gebiet pathologische Erscheinungen vorhanden waren, wenn endlich Fälle von Syringomyelie vorkommen, bei denen sich nur Sensibilitätsstörungen, und zwar in der Form der partiellen Empfindungslähmung nachweisen lassen, wie ich sie beschrieben, so ist es meiner Meinung nach ungerechtfertigt, in einem noch lebenden Falle die gestellte Diagnose, die ausdrücklich als Wahrscheinlichkeitsdiagnose hingestellt wurde, dauernd zu bestreiten. Ich glaube wohl, dass der Fall des Herrn Remak in diese Reihe hineingehört, glaube dies aber auch von meinem Fall. Das eben wollte ich damals durch Mittheilung desselben beweisen, dass die erwähnten, durch spätere pathologisch-anatomische Untersuchungen bestätigten und ausgezeichneten Arbeiten dem Kliniker die Gelegenheit und den festen Grund bieten, auf dem er stehend bei einem noch lebenden Menschen an das Bestehen der hier in Frage stehenden Rückenmarksläsion denken darf und soll. —

Herr Oppenheim: Ich habe in der letzten Zeit einen Fall anatomisch untersucht, in welchem sich Höhlenbildung des Rückenmarks vorfand, während die Diagnose weder gestellt wurde noch wohl überhaupt gestellt werden konnte. Es handelte sich um eine Frau, welche nach einem Sturz von einer Schwäche der unteren Extremitäten befallen wurde. Dazu kam Ataxie, Sensibilitätsstörungen, Blasenlähmung, Gürtelgefühl, lancirende Schmerzen, kurz im Ganzen ein der Tabes dorsalis ähnliches Krankheitsbild, jedoch schon mit dem Unterschied, dass degenerative Muskelatrophie an den Beinen hinzutrat. Post mortem fand sich eine Meningeal-Myelitis

[1]) Herr Thomsen, Assistent des Herrn Geh.-Rath Westphal hatte, nachdem ich den Kranken vorgestellt, noch im December 1883 die Güte, mir nach Untersuchung des Kranken zu schreiben: der Kranke weist in Bezug auf sein Sensorium keinerlei Störungen auf: das Gesichtsfeld, der Farbensinn, das Gehör, Geruch und Geschmack sind beiderseits durchaus normal. Herr Thomsen war damals schon mit Untersuchungen über das Vorkommen der sensorischen Anästhesieen bei centralen Nervenkrankheiten beschäftigt. — (Nachträgliche Bemerkung zum Protokoll.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Brustmark, eine Narbe in der Ausdehnung mehrerer Centimeter, Hinterstrangdegeneration in der ganzen Länge derselben, Höhlenbildung im Bereich der Narbe, wesentlich im Gebiet der Hinterstränge und der grauen Substanz etc. Dieser Fall, der über ein Jahr klinisch genau beobachtet wurde, beweist wiederum, wie schwierig es ist, die Diagnose: Syringomyelie am Lebenden zu stellen.

Herr Lassar: Mit Rücksicht auf die Bemerkung des Herrn Gueterbock möchte ich hervorheben dürfen, dass der hier vorgestellte Fall mir seiner Zeit durch die Güte des Herrn Remak mit der collegialen Anfrage zugesendet wurde, ob derselbe einen Anhalt für die Diagnose Syphilis biete. Die Untersuchung ergab in Bezug hierauf eine verneinende Antwort. Die Narben — bekanntlich ist man nicht immer in der Lage, aus Narben Rückschlüsse auf den Charakter des vorausgegangenen Processes zu machen — deuten auf tiefgreifende, multiple Substanzverluste von gruppenförmiger Anordnung und haben, wie Sie sehen, so ausgesprochener Maassen in den Hautnerven-Verzweigungen des Cervicalplexus und des Plexus brachialis Platz gegriffen, dass jede andere Deutung als diejenige eines abgelaufenen Herpes Zoster cervico-brachialis ulcerosus als gezwungen erscheinen muss. Auch ist diese Auffassung mit dem, was Herr Gueterbock berichtet, durchaus nicht unvereinbar, denn die blasenförmigen Eruptionen eines schweren Zoster können ebenso wie eine eitrige auch unter Umständen die hämorrhagische Beschaffenheit annehmen.

Herr Remak: Was die Ausführungen des Herrn Bernhardt betrifft, so muss ich dabei stehen bleiben, was ich in der vorigen Sitzung gesagt habe, dass es mir bei dem von ihm beschriebenen Fall trotz einer Beobachtung von zwei Monaten desselben Falles nicht gelungen ist, aus Mangel genügender Kriterien mit Sicherheit eine Diagnose zu stellen. Es giebt ja in der That eine grosse Reihe von Beobachtungen von Syringomyelie, — namentlich hat Th. Simon schon vor vielen Jahren mehrere veröffentlicht, ferner sind solche Fälle von Leyden und Westphal beschrieben — die keinerlei Erscheinungen intra vitam darboten; danach könnte man also eventuell bei irgend einem beliebigen Menschen Syringomyelie annehmen. Aus einer partiellen Hautanästhesie allein würde ich nicht wagen, die Diagnose zu stellen, wenn ich auch nicht die Möglichkeit in Abrede stellen will. Uebrigens erscheinen die von Herrn Bernhardt angeführten ausschliessenden Momente, dass es sich in seinem Falle nicht um eine Gehirnerkrankung, nicht um hysterische oder rein functionelle Erscheinungen gehandelt haben kann, nicht stichhaltig. Gerade durch das Verdienst des Herrn Oppenheim im Verein mit Thomsen ist festgestellt, dass unregelmässig verbreitete besonders halbseitige Anästhesie auch bei nicht hysterischen Männern vorkommt, und ich kann das aus meiner eigenen Erfahrung bestätigen. Auch sprechen gewisse Momente in der Krankengeschichte des Herrn Bernhardt selbst dagegen, dass es sich um Syringomyelie handelte. Zunächst hat der Kranke mit Bestimmtheit angegeben, dass die Erscheinungen der Anästhesie plötzlich eingetreten sind infolge von Anstrengung. Dann ist mir im Gegensatz zu meinem Falle auffällig gewesen, dass auch bei genauester Untersuchung keine Spur von irgend welcher Störung des Tastsinnes und der Druckempfindung nachweisbar war, dass ferner bei der Bestimmung der elektrocutanen Empfindung durch Einschieben der Inductionsrolle der Kranke auf der Seite, auf welcher er eine vollständige Lähmung des Schmerz- und Temperaturgefühls hatte, dennoch genau bei demselben Rollenabstand elektrocutane Empfindung angab wie auf der gesunden Seite, was den Erfahrungen bei anderweitigen Analgesien auf organischer Basis nicht entspricht. Dass übrigens Jemand, der aus irgend welchem Grunde eine schwere Gefühlsstörung hat, sich leicht eine Fractur zuziehen kann, ist bekannt, auch andere Verletzungen bei auffallender Schmerzlosigkeit derselben kommen vor. So habe ich erst kürzlich einen Potator beobachtet, der angeblich infolge einer leichten Verletzung einer Spina scapulae eine ziemlich ausgedehnte Hemianästhesie derselben Seite bekam ungefähr in der Verbreitung, wie der von Herrn Bernhardt vorgestellte Fall, und bei welchem ganz schmerzlos ein phlegmonöser Abscess sich am Vorderarm entwickelte.

Ich glaube also nicht, dass ohne beweisenden Obductionsbefund Fälle mit Möglichkeitsdiagnosen einen Werth haben. Etwas anders liegt doch wohl die Sache, wenn man im Stande ist, an einem einzigen Object eine solche Reihe von Erscheinungen darzustellen, dass mit ziemlicher Sicherheit eine bestimmte anatomische Diagnose gestellt werden konnte, welche in dem von mir vorgeführten Falle zu meiner Freude auch von keiner Seite bestritten zu werden scheint.

Fruchtbarer als die zurückgreifende Discussion über andere beobachtete Fälle — ich constatire übrigens, dass es ein Versehen von mir gewesen ist, dass ich den von Herrn Oppenheim vorgestellten erst in dieser Woche im Druck erschienenen aber von mir seiner Zeit gesehenen, vollständig beweisenden Fall nicht erwähnt habe — wäre es mir erschienen, wenn gerade die Herren Dermatologen in dieser Gesellschaft über die Hautaffection bei meinem Ihnen heute noch einmal vorgeführten Patienten sich geäussert hätten. Wir haben von Herrn Lassar gehört, dass die von mir beschriebenen Narben in der That angeordnet sind in der Verbreitung eines Herpes Zoster cervico-brachialis, während Herr Gueterbock, der im Anfang Gelegenheit hatte, den Kranken zu sehen, constatirte, dass es sich um grosse Blutblasen gehandelt hatte. Wenn Herr Gueterbock übrigens der Schulteraffection irgend eine Beziehung zu der Nervenkrankheit absprach, so möchte ich dem widersprechen. Sie können sich überzeugen, dass, wenn Sie den Arm des Kranken bewegen und dabei die Hand auf das Schultergelenk legen, eine so auffallende und oberflächliche weiche Crepitation stattfindet, wie man sie bei einem gesunden Menschen niemals findet. Das war der Grund, weshalb ich die Schultergelenks-Affection, die acut durch Ueberanstrengung entstanden ist, in eine Linie gestellt habe mit der vor drei Jahren aufgetretenen Haematombildung am Oberarm und mir erlaubt habe, die Hypothese aufzustellen, dass es sich in diesem Falle wohl um eine Art localer Hämophilie auf Grund gestörter Innervationsverhältnisse handle. Dafür liegen übrigens physiologische Untersuchungen von Gergens vor, welcher nach Ausschaltung des Rückenmarkes bei Fröschen vermehrte Durchlässigkeit der Gefässe beobachtete.

Um nun auf die Hautaffection zurückzukommen, so glaube ich, dass sich der Standpunkt des Herrn Lassar mit dem, was Herr Gueterbock beobachtet hat, einigermaassen vereinigen lässt, wenn man, ebenso wie auf rein peripherischer (neuritischer) Basis Zoster vorkommt, auch ähnliche Affectionen nach dem Vorgange von Schwimmer auf centraler (spinaler) Basis zugiebt, dann würde Zoster nur ein klinischer Begriff für Hautaffectionen trophoneurotischer Natur sein, und es sich nicht nothwendig wirklich immer um eine Herpes-Eruption zu handeln brauchen, sondern auch Blasenbildungen mit tiefer greifenden Ulcerationen dahin gehören.

2. Herr G. Behrend. Demonstration eines Falles von Impetigo contagiosa mit Herpes tonsurans.

M. H. Es handelt sich bei meiner Demonstration um einen Fall von Herpes tonsurans, der eine gewisse Complication in seinen Symptomen zeigt, eine Complication, welche vielleicht einen Fingerzeig geben kann zur Beurtheilung einer anderen Hauterkrankung, über deren Natur noch vielfache Meinungsverschiedenheiten herrschen, nämlich der Impetigo contagiosa. Die Impetigo contagiosa wurde im Jahre 1862 von Tilbury Fox beschrieben. Sie beginnt mit der Eruption kleiner Bläschen, deren Inhalt sich trübt, eitrig wird und dann zu Borken eintrocknet. In diesem Stadium bekommen wir die Affection am häufigsten zur Beobachtung. Dieselben haben aber etwas so Charaktertstisches, dass man ohne Schwierigkeit die Diagnose stellen kann. Es handelt sich um Borken von der Grösse einer Erbse bis zu der einer Bohne, die zwar confluiren können, aber meist isolirt stehen, circumscript sind, eine convexe Oberfläche und einen scharfen Rand besitzen und das Aussehen haben, als wären sie auf die Haut aufgeklebt. Sehr häufig jedoch kommt es überhaupt garnicht zur Pustel- und Borkenbildung. Die Affection geht nämlich mit Jucken einher, und der Patient zerkratzt nicht selten die Bläschen schon frühzeitig. Aber auch dann kann man noch die Diagnose der Impetigo contagiosa stellen. Es handelt sich in solchen Fällen nämlich immer um Erosionen von ganz runder Gestalt, die noch an der Peripherie einen schmalen Saum von Hornschicht erkennen lassen, so dass man hieraus einen Schluss auf das frühere Vorhandensein von Bläschen ziehen kann.

Die Affection tritt zuerst meist im Gesicht auf und bleibt entweder auf dasselbe beschränkt oder verbreitet sich über den Nacken, Rumpf und Extremitäten, befällt aber gewöhnlich mehrere Mitglieder derselben Familie, oder Personen, die in nahem Verkehr mit einander stehen, so dass man das Vorhandensein eines contagiösen *Stoffes* nicht in Abrede stellen kann. Welcher Natur derselbe sei, ist noch nicht hinlänglich klargestellt. Tilb. Fox giebt an, dass die Affection bei blassen, schlecht genährten Individuen auftritt, so dass vielleicht für die Ansicht Raum bleiben könnte, als handele es sich um eine infectiöse Erkrankung vom Blute aus, später jedoch hat er sowie andere Autoren Pilze in den Borken gefunden, während Andere wiederum das Vorhandensein von Pilzen nicht constatiren konnten.

Der kleine Knabe, den ich Ihnen zu demonstriren die Ehre habe, kam vor ungefähr acht Tagen in meine Behandlung. Er zeigte im Gesicht Erosionen von runder Gestalt, aus denen man das frühere Vorhandensein von Bläschen schliessen musste. Dieselben sind theilweise mit dünnen Borken besetzt, die durch Eintrocknung von Flüssigkeit entstanden sind. Das Aussehen derselben war so charakteristisch, dass ich die Diagnose der Impetigo contagiosa stellte, die jedoch sofort wieder schwinden musste, als ich den Knaben entkleiden liess. Es fanden sich im Nacken, auf beiden Schultern, wie am behaarten Kopf ganz typische Flecke von Herpes tonsurans, und es liessen sich sowohl in den Epidermisschuppen als auch in den Haaren reichliche Mengen von Mycelien und Sporen nachweisen, so dass wir hier also eine Combination von Herpes tonsurans und Impetigo contagiosa vor uns haben.

Ich würde diesem Falle keinen so erheblichen Werth beigemessen haben, wäre mir nicht vor 6 Wochen eine ähnliche Beobachtung in meiner Poliklinik gestattet gewesen. Es wurde mir ein kleiner Knabe von 4 Jahren zugeführt, der ganz typische Impetigo contagiosa im im Gesicht hatte. Bei der Nachforschung ergab sich, dass der Knabe mehrere Geschwister besass, von denen ein jüngeres Kind Impetigo contagiosa hatte, die schon abgeheilt war, während eine ältere Schwester noch Borken im Gesicht hatte, die im Abfallen begriffen waren. Ferner wurde mir mitgetheilt, dass in demselben Hause ein 18jähriges Mädchen, welches mit den Kindern viel verkehrt hatte, erkrankt sei. Als ich dieselbe untersuchte, fand ich neben typischen Borken von Impetigo contagiosa im Gesicht am Kinn ausgesprochene Ringe von Herpes tonsurans.

Ich will noch bemerken, dass sowohl bei dem vorgestellten Patienten als in den zuletzt erwähnten Fällen die Submaxillardrüsen erheblich angeschwollen und schmerzhaft gefunden wurden — ein

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Befund, der bisher nirgends erwähnt wird — dass die Schwellung und Schmerzhaftigkeit aber mit dem Fortschreiten der Heilung abnahm.

Es liegt mir fern, aus diesen wenigen Fällen schon einen bestimmten Schluss auf die Natur der Impetigo contagiosa zu ziehen. Angesichts dieses eigenthümlichen Zusammentreffens aber liegen zwei Möglichkeiten vor: entweder nämlich ist die Impetigo contagiosa eine specielle Form des Herpes tonsurans, und hervorgerufen durch das Trichophyton tonsurans oder wir haben es bei ihr mit einem Pilze zu thun, der unter Umständen auch Symptome erzeugen kann, welche sich von denen des Herpes tonsurans nicht unterscheiden lassen. Was von Beiden das Richtige ist, wird nur durch Impfversuche zu entscheiden sein, für welche der vorliegende Fall sich leider nicht eignet.

(Schluss folgt.)

VII. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 19. November 1884.

Vorsitzender: Herr Virchow.

1. Herr Virchow theilt im Anschluss an das in der letzten Sitzung von Herrn Sonnenburg vorgelegte Präparat mit, dass er dasselbe einer näheren Untersuchung unterzogen habe. Allerdings befinde sich in der Basis des Gebildes eine Dermoidcyste, aber durch die Mitte derselben ziehe sich ein harter, fibrocartilaginöser Strang. Wie dieser zu deuten, darüber könne man jetzt, wo die Art der Verbindung mit der Wirbelsäule nicht mehr feststellbar sei, nur noch Vermuthungen aufstellen. Möglich sei es, dass es sich um eine wahre Schwanzbildung handele, indem sich vielleicht die alte Wirbelsäule in eine fibrocartilaginöse Masse umgewandelt habe.

Als Beweis, dass es rudimentäre überzählige Extremitäten, welche in ähnlicher Weise angesetzt sind, in der That gäbe, legt Virchow ein Stück eines Hirschschädels vor, aus dem eine rudimentäre, aber doch vollkommen als vordere erkennbare Extremität herausgewachsen zu sein scheint. Untersucht man indess das Präparat genauer, so sieht man, dass die rudimentäre Extremität nicht fest mit dem Schädel verbunden ist, dass vielmehr eine Dermoidcyste an der Ansatzseite sich befindet, durch welche die überzählige heterotope Extremität von der Schädelfläche getrennt ist. Die Cyste ist, wie ein Einschnitt ergiebt, dicht mit Haaren ausgefüllt. Es handelt sich in diesem Falle also um eine während des fötalen Lebens vor sich gegangene Implantation.

Ferner hat Redner das von Herrn Jacusiel in der letzten Sitzung demonstrirte Kropfpräparat näher untersucht. Ein sehr starkes Oedema glottidis ist als die nächste Todesursache anzusehen. Ob das Oedem durch Druck der Geschwulst auf die grösseren Hals-Venen entstanden ist, kann nicht mehr bewiesen werden, erscheint aber wahrscheinlich. Neubildung von Gefässen, welche in solchen Tumoren nicht selten vorkommt, konnte nicht constatirt werden, wohl aber eine starke, allgemeine Succulenz der Gewebe.

2. Herr Baginsky demonstrirt das Präparat des von ihm in letzter Sitzung im Anschluss an den Jacusiel'schen Fall citirten anderen Falles von plötzlichem Tod bei Kropf, der ein junges Mädchen betraf, an welchem vor Jahren bereits einmal die Tracheotomie gemacht war. Man sieht an dem Präparat die Narbe der früheren und die frischen Schnitte der jetzt ausgeführten Operation.

3. Herr Karewsky stellt zwei Patienten vor, welche mit malignen Lymphomen behaftet in Arsenbehandlung sich befinden, nämlich:

1) eine 70jährige Frau, welche der Gesellschaft bereits vor vier Jahren mit demselben Leiden behaftet und damals durch dieselbe Behandlung geheilt vorgestellt worden war.

Zur Zeit bestand ein Recidiv in Form von Tumoren am Unterkiefer, den Tonsillen und den Achseldrüsen, die letzteren kirschgross, die ersteren grösser.

Die Kranke nimmt jetzt reine arsenige Säure, da die Fowler'sche Lösung Nachwirkung hatte.

2) einen älteren Herrn, der ebenfalls die reine arsenige Säure nimmt. Der Patient hatte vor etwa einem halben Jahre sich allmählich vergrössernde Geschwülste an der Halsseite bemerkt, bei näherer Untersuchung fanden sich aber auch noch anderweitige und zwar noch weit grössere maligne Lymphome, und zwar in der Achselgegend, den Inguinaldrüsen und den retroperitonealen Drüsen. Die Geschwülste waren hier bis faustgross, haben sich aber bis jetzt bereits bis auf $^1/_4$ ihres Volumens verkleinert, nachdem der Patient in Gestalt der Fowler'schen Lösung zuerst, dann, da diese dyspeptische Erscheinungen verursacht hatte, in Gestalt reiner arseniger Säure und auch in Form von subcutanen Injectionen, im Ganzen 0,66 Gramm reiner arseniger Säure verbraucht hat. Trotz der vorerwähnten dyspeptischen Erscheinungen hat der Pat., der sehr abgemagert war, als er in die Behandlung trat, während derselben um 5 Pfund an Körpergewicht zugenommen.

4. Herr Senator legt ein Präparat von Schrumpfniere vor. Es entstammt dies einem jungen Maler, welcher an Bleivergiftung gelitten hatte, aber geheilt war. Nichtsdestoweniger fragt es sich, ob nicht beide Affectionen in Zusammenhang stehen. Es ist der vierte Fall dieser Art, den Redner beobachtet.

Bei diesem Patienten war die Diagnose auf Schrumpfniere gestellt; Oedeme traten erst in den letzten Tagen vor dem Tode auf, als der linke Ventrikel insufficient wurde. Die Rinde der Niere ist fast ganz geschwunden, die Oberfläche ist höckerig, man sieht deutliche Harnsäureinfarcte. Der linke Ventrikel ist dilatirt und hypertrophisch.

Herr Virchow bemerkt zu dem Präparate Senator's, dass die Niere das Bild einer exquisiten interstitiellen Nephritis unter starker Betheiligung der Glomeruli darbiete. Die als Harnsäureinfarcte gedeuteten pathologischen Producte bestehen, wie Redner das früher auseinandergesetzt hat (letzte Decembersitzung 1883), zum Theil aus Kalk. Die Annahme eines Zusammenhanges zwischen der Nierenaffection und chronischer Bleiintoxication ist gewiss berechtigt, wenn sie auch wenig durch die statistischen Ergebnisse unterstützt wird.

In den letzten Monaten wurden ähnliche Veränderungen an den Nieren dreimal im Pathologischen Institut constatirt, ohne dass eine Beziehung zu chronischer Bleiintoxication nachzuweisen gewesen wäre. In dem einen der drei Fälle bestand keine Erkrankung von Gelenken, und waren nur die Veränderungen an den Nieren nebst Dilatation und Hypertrophie des Herzens nachzuweisen, in beiden anderen Fällen waren Gelenkerkrankungen mit harnsaurer Infiltration, einmal sogar mit colossalen Ablagerungen in den Gelenken vorhanden, und neben den Nierenveränderungen fehlte auch die Herzdilatation und Herzhypertrophie nicht. Aber von Bleiintoxication war nichts zu constatiren.

5. Herr E. Küster. Ueber Neubildungen der Blase und ihre Behandlung. Die Seltenheit der Blasengeschwülste hat bisher die Aufstellung allgemein gültiger Grundsätze über ihre Diagnose und Behandlung verhindert. K. beobachtete unter 8233 klinisch-chirurgischen Kranken 11 Blasengeschwülste, d. h. einen Fall auf 750 Kranke. Es bieten dieselben nicht unwesentliche Verschiedenheiten dar in Bezug auf Häufigkeit und Art des Vorkommens bei beiden Geschlechtern. Zunächst ist der Blasenkrebs, die häufigste Geschwulstform, seltener bei Weibern als bei Männern. Freilich ist die ältere Literatur schwer zu verwerthen, einerseits weil unter dem Namen „Zottenkrebs" gutartige und bösartige Neubildungen zusammengeworfen werden, andererseits, weil primäre und secundäre Blasenkrebse nicht genau geschieden werden. Die Behauptung von Klebs aber, dass überhaupt nur secundäre Blasenkrebse vorkämen, ist unrichtig. In der Literatur finden sich 115 Fälle von primärem Blasenkrebs; dazu kommen 3 eigene, im Ganzen also 118 Beobachtungen, von denen 88 auf Männer, 30 auf Weiber entfallen, d. h. der Blasenkrebs ist 3 mal häufiger beim Manne, als beim Weibe. Auch das Papillom bietet erhebliche Verschiedenheiten dar: die männliche Blase zeigt häufiger multiple Geschwülste, Zotten, die weibliche Blase häufiger solitäre Papillome, welche dann eine erhebliche Grösse erreichen können. Die übrigen Geschwülste, Schleimpolypen, Sarkome, Fibrome, Myxome und das Myoma laevicellulare sind zu selten, um Verschiedenheiten erkennen zu lassen.

Unter den allgemeinen Symptomen ist das wichtigste die Blutung, welche charakterisirt ist durch die zuweilen fast hellrothe Färbung des Blutes und durch die Entleerung eines ganz normalen Urins zwischen den Anfällen. Schmerzen treten beim Carcinom frühzeitig auf, bei den übrigen Geschwülsten erst dann, wenn ein Katarrh sich entwickelt, der wohl am häufigsten durch Einführung unreiner Instrumente veranlasst werden mag. Zottengeschwülste charakterisiren sich zuweilen durch das Auftreten losgerissener, verästelter Zotten im Urin, gestielte Geschwülste am Blasenhalse können wie ein Klappenventil die willkürliche Urinentleerung hindern, Geschwülste zwischen den Uretereneinmündungen können zum Verschluss der letzteren und zur Urämie führen. Einen solchen Fall beobachtete K. vor einigen Jahren. Erst eine weitere Untersuchung aber giebt sichern Aufschluss. Wir besitzen 3 Untersuchungsmethoden: die bimanuelle Palpation, die Untersuchung mit Instrumenten und die digitale Exploration der Blase. Erstere wird in der Narkose von der Vagina oder dem Rectum her vorgenommen, während die andere Hand oberhalb der Symphyse den Fundus eindrückt. Für die instrumentelle Untersuchung ist der gewöhnliche Katheter unzweckmässig; K. bedient sich des sog. Löffelkatheters, eines an der convexen Seite mit grossem Auge versehenen Katheters, mit welchem es stets gelingt Theile einer weichen Ge-

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

schwulst abzureissen. Die Fingerexploration endlich wird beim Weibe durch rapide Erweiterung der Harnröhre möglich mittelst der von G. Simon angegebenen Harnröhrenspecula. Beim Mann muss zuvor die Pars membranacea urethrae eröffnet werden; dann gelingt die Erweiterung in gleich schneller Weise und zwar am besten ebenfalls mittelst der genannten Specula. Kleinere Geschwülste können dann sofort mit dem Finger, mit Zangen oder scharfen Löffeln entfernt werden; grössere oder breitbasig aufsitzende Tumoren erfordern die Eröffnung der Blase. Beim Weibe empfahl Simon die Colpocystotomie, die aber manche Bedenken hat; K. bevorzugt bei beiden Geschlechtern den hohen Blasenschnitt, dessen Gefahren, Verletzung des Bauchfells während der Operation und später Harninfiltration, sich mit ziemlicher Sicherheit vermeiden lassen. Eine kürzlich in dieser Weise wegen eines grossen Papilloms operirte Frau wurde geheilt.

Auch die Krebse der Blase können vermuthlich in gleicher Weise operirt werden, so lange sie klein und auf der Unterlage noch beweglich sind; später können nur die Blutungen durch Abkratzen der Geschwürsfläche zeitweilig beseitigt werden.

6. Herr Gluck berichtet zunächst über eine Patientin, welche er im Februar 1884 der Gesellschaft vorgestellt hatte. In Folge einer Phlegmone am Handrücken hatten sich die Sehnen vom Extensor communis und Extensor indicis proprius exfoliirt und waren von G. nach seiner Methode durch zopfartig zusammengeflochtene Catgutfäden ersetzt worden und zwar in einer Ausdehnung von der Articulatio metacarpophalangea bis zum Lig. carpi dorsale transversum. Die Function stellte sich völlig wieder her und ist auch im ganzen Umfange noch heute 10 Monate nach der Operation in absolut normaler Weise vorhanden.

Herr G. stellt im Anschluss daran einen zweiten 76jährigen Patienten vor, bei dem er allerdings in geringerem Umfange die nämliche Operation an denselben Sehnen ausgeführt hat und zwar Anfang Juni 1884. Auch hier ist die Function eine völlig normale, obwohl sechs Monate seit der Operation verflossen sind.

Es beweisen diese Fälle aufs Neue, dass nicht in allen Fällen implantirtes Catgut resorbirt werden müsse, besonders dann nicht, wenn dasselbe, wie es ja bei Sehnentransplantationen der Fall ist, sich nicht als Caput mortuum verhält, sondern sich an dem Kampf der Theile betheiligt. Der Reiz der Function bedingt nach G.'s Vorstellungen eine reactive Gewebsneubildung um das Catgutstück herum, so dass schliesslich auf dem Wege der Substitution im Laufe der Zeit das Catgut mehr oder weniger völlig durch ein an Volumen und Form ihm analoges bindegewebiges Spaltstück ersetzt wird. G. erinnert daran, dass er Catgutstreifen zunächst zwischen die Enden resecirter Nerven implantirt habe, dass er ferner die Nervenenden eines resecirten Ischiadicus in die Lumina eines eingeschalteten decalcinirten Knochendrains eingenäht habe, in der Hoffnung, dass durch die sich regenerirenden Fasern des Centrums und der Peripherie auf diese Weise der Weg angegeben würde, auf dem sie sich begegnen und mit einander zu verschmelzen vermöchten.

Prof. Vendoir in Lüttich hat diese Versuche mit positivem Erfolge ausgeführt und nennt den anatomischen Vorgang dabei névrotisation du tube osseux.

Das Gewebe des Knochendrains wird allmählich arrodirt, zerfällt, und wird substituirt durch das hoch regenerirende Gewebe der Nervenenden.

Herr G. hebt hervor, dass von seinen früher publicirten Transplantationsversuchen zwei für die chirurgische Praxis wichtige Dinge sich ergeben hätten. Einmal die Möglichkeit, Sehnendefecte durch Catgutimplantation zu ersetzen, und zweitens bei Nervendefecten etwa bis zu 10 cm durch Einschalten von decalcinirten Knochendrains auf dem Wege der névrotisation du tube osseux einer Regeneration des Nerven und Wiederherstellung der Function zu erzielen.

Beide Operationen empfiehlt G. auf das Dringendste.

7. Herr Gluck demonstrirt zwei Fälle von congenitalen Klumpfüssen. 9jähriges Mädchen, $5^1/_2$jähriger Knabe. Am rechten Fusse gelang es in beiden Fällen durch Tenotomie der Achillessehne und gewaltsames Redressement in der Narcose zum Ziele zu kommen. Die linken Fussgelenke waren dagegen so hochgradig in Supinationscontractur, dass nur eine Resection zum Ziele führen konnte. Nach Exstirpation des Talus, Theilen des Calcaneus und des Os cuboides gelang die Reposition. In dem einen Falle bestand eine bei Kindern ungemein seltene Synostose zwischen Talus und Calcaneus. Die demonstrirten Kinder treten mit voller Planta auf; der Fuss kann bis zur Valgusstellung pronirt werden: ausgiebige Dorsalflexion ist möglich; Gang mit nach aussen rotirter Unterextremität; Fussgelenk beweglich. Die erzielten Resultate müssen als höchst befriedigende bezeichnet werden und würde G. in allen Fällen, wo weder Tenotomien noch das Redressement zum Ziele führen, stets zur Resection schreiten, welche man für diese gewiss zahlreichen Fälle von congenitalen Klumpfüssen nur dringend empfehlen kann. Beide Operationen waren Mitte August 1884 ausgeführt und verliefen in 14 Tagen unter drei Verbänden absolut aseptisch, was für das Resultat von besonderer Wichtigkeit ist.

Die Gesellschaft bevollmächtigt den Vorstand, in Folge einer bezüglichen Einladung der chemischen Gesellschaft, eines seiner Mitglieder zu den Verhandlungen über den Bau eines Vereinshauses zu entsenden, ohne dass jedoch dieses Mitglied bindende Zusagen zu machen habe.

VIII. 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Magdeburg 18.—23. September 1884.

Sectionssitzungen.

9.

Aus der Section für Psychiatrie und Neuralgie.

(Originalbericht.)

Dr. Hasse-Königslutter: Ueber die Beziehungen der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane zu den Geistesstörungen.

Nachdem Vortr. zum Beweise, dass der Gegenstand, mit welchem er seine Zuhörer zu unterhalten gedenkt, nicht neu sei, die Namen von 26 deutschen und 39 ausländischen Aerzten verlesen hat, welche sich mit demselben Thema z. Th. in sehr eingehender Weise beschäftigt haben, knüpft er an die Mittheilung von zwei recht eclatanten Fällen aus seiner eigenen Praxis die Bemerkung, wie er mit seinen Zuhörern sich darin einig wisse, dass ein Zusammenhang zwischen Erkrankungen der weiblichen Genitalien und Psychosen in der That existirt. Dagegen glaubt er eine Reihe von anderen hierher gehörigen Fragen verneinen zu müssen. Es sind Folgende: 1. Ist dieser Zusammenhang ein viel innigerer und viel ausgedehnterer als man gewöhnlich annimmt, insofern ein sehr bedeutender Bruchtheil aller weiblichen Geisteskranken geschlechtskrank und in der allergrössten Zahl dieser Fälle wieder die Psychose aus diesen Geschlechtsleiden ihren Ursprung nimmt und sich entwickelt? Von allen geschlechtskranken weiblichen Irren gehört nur ein verhältnissmässig kleiner Bruchtheil zu denen, von denen man mit Bestimmtheit sagen kann, dass dies ihr Geschlechtsleiden die Ursache ihrer Geistesstörung gewesen ist. Bei allen übrigen hat dies Geschlechtsleiden mit der psychischen Störung absolut nichts zu thun. Entweder hat die Geistesstörung einen andern Ursprung und das Geschlechtsleiden ist ein rein zufälliges, oder das Geschlechtsleiden ist gleichzeitig mit der Geistesstörung auf einem andern Boden, beispielshalber auf dem Boden eines Allgemeinleidens des Organismus erwachsen, oder das Gehirnleiden war das Primäre und das Geschlechtsleiden das Secundäre; oder endlich das Geschlechtsleiden ist während des ganzen Verlaufs der Psychose ohne den geringsten Einfluss auf dieselbe geblieben.

2. Soll man geschlechtskranke Irre zur gynäkologischen Untersuchung resp. Behandlung zwingen? Nur eine sorgfältige Prüfung jedes einzelnen Falles kann uns den rechten Weg weisen und uns vor Fehlgriffen behüten. Zu erwägen ist, wo liegen die grössten Chancen für die Wiederherstellung, für die Besserung der Kranken, welches Uebel ist von beiden das kleinste, die Anwendung von Gewalt mit ihren Folgen und der erste zweifelhafte Erfolg oder der Verzicht auf diese Behandlung.

3. Sind die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane von einer solchen eminenten Bedeutung für die Beurtheilung und Behandlung der Geistesstörung, dass in jeder grösseren öffentlichen Irrenanstalt die Anstellung eines speciell zum Gynäkologen vorgebildeten Arztes eine Sache der Pflicht gegen die Kranken ist? Hier glaubt der Vortragende den Stiel umkehren zu sollen und auszurufen: „Es ist ein Bedürfniss der Zeit, wo Heerden von Frauen und Mädchen, sei es aus was immer für Gründen, dem Gynäkologen zulaufen, dass diese in unseren Irrenanstalten erst von dem Wesen der Psychosen, ihren Symptomen, namentlich zur Zeit ihrer Entwicklung, ihren Ursachen u. s. w. sich die nöthigen Vorkenntnisse verschaffen, um in ihrer späteren gynäkologischen Praxis die Menschheit vor grösserem Uebel zu bewahren."

Prof. Hitzig: Haematorrhachis, Syringomyelie.

Eine 54jährige neuropathisch veranlagte melancholische Frau, die bereits früher wiederholt an Congestionserscheinungen gelitten hatte, erkrankte am 29. Dec. 1882 mit Schmerzen im Kopf, im Nacken, im ganzen Körper, mit Schwindel und Abgeschlagenheit. Nachdem am nächsten Tage auch ausgesprochene Hyperästhesie der Wirbelsäule constatirt war, nahmen die Schmerzen am 31. Nachmittags einen neuralgiformen, anfallsweisen Charakter an; daneben Schwere in den Gliedern und leichte Spannung den Wadenmusculatur. Erst in der Nacht zum 1. Januar 1883 trat volkommene sensible, motorische und reflectorische Lähmung der unteren Körperhälfte bis in die untere Nabelgegend ein. Zwischen dem Nabel und der rechten Rippe links gürtelförmiger, neuralgiformer Intercostalschmerz mit Herpeseruption am folgenden Tage. Die Schmerzen hatten im Uebrigen schon am 1. Januar nachgelassen. Nach Untersuchung der faradischen Erregbarkeit der unteren Extremitäten am Vormittag des 2. Januar, konnte Pat. am Nachmittag beiderseits deutliche Bewegungen an den unteren Extremitäten ausführen. Auch werden jetzt Nabelstiche an den bis dahin anästhetischen Partien stumpf empfunden. Die Blasenlähmung bestand fort. Morgens 4 Uhr Tod unter den Erscheinungen von Lungenödem.

Bei der Section fand sich der Subarachnoidealraum des Rückenmarks

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

vom mittleren Brustmark an bis zum Conus medullaris strotzend mit frischem schwarzrothen Blutcoagulum gefüllt.

Die klinischen Erscheinungen in diesem Falle wichen von dem von den Autoren gezeichneten Krankheitsbilde nicht unwesentlich ab: Zunächst war die Entwickelung der Krankheit eine ganz andere. Die sensiblen und motorischen Lähmungserscheinungen traten allmählich, nicht, wie behauptet wird, plötzlich, apoplectiform auf, sondern ihnen gingen höchst ausgesprochene sensible Reizungserscheinungen von nahezu dreitägiger Dauer voraus.

Ferner sollen nach der Ansicht der Autoren motorische Reizungserscheinungen, namentlich Steifigkeit der Wirbelsäule, dann aber auch heftige Krampfzustände in anderen Muskelgebieten gleichsam pathognomonisch für die Krankheit sein. Von alledem war aber bis auf die Spannung in der linken Wade nichts zu sehen. Dagegen war die sensible, motorische und reflectorische Lähmung auf der Höhe der Krankheit complet; während nach Angabe der Autoren nur paretische Erscheinungen zu erwarten gewesen wären.

Danach scheint eine grosse subarachnoideale, die untere Hälfte des Rückenmarks einnehmende Blutung verlaufen zu können mit heftigen prodromalen allgemeineren und spinalen Schmerzen neuralgiformen Charakters mit subacuter Entwicklung, mit vollkommener sensibler und motorischer Paraplegie, mit Sistirung der Reflexe und Lähmung des Detrusor, dagegen ohne nennenswerthe motorische Reizerscheinungen.

Die Unterscheidung von der Blutung in die Rückenmarkssubstanz, sowie von der Myelitis centralis kann daher in solchen Fällen wie dieser nur der Verlauf bringen, insofern die Lähmungserscheinungen bei jenen niemals so schnell zurückgehen können wie in unserm Falle.

Prof. Dr. Grashey-Würzburg: Ueber die Blutbewegung im Schädel.

Es ist allseitig anerkannt, dass das Blut im Schädel unter ganz eigenen Bedingungen circulirt und dass insbesondere der Druck innerhalb eines Hirngefässes nicht gleich zu sein braucht der Spannung der Gefässwand, sondern dass ein Theil des Blutdruckes übertragen werden kann auf den Liq. cerebro-spinalis und von diesem auf die knöchernen oder elastischen Wandungen der geschlossenen Schädel-Rückgratshöhle. Vortragender weist nun durch ein physikalisches Experiment, bei welchem die Verhältnisse der Blutcirculation im Gehirn in einem durchsichtigen Glasapparat nachgeahmt sind, nach, dass es dabei zu eigenthümlichen Gefässschwingungen kommt, welche bis dahin übersehen worden waren.

Die Nutzanwendung für die Lehre von der Blutcirculation im Schädel lässt sich schon jetzt ziehen. Eine practische Bedeutung aber wird der Versuch erst dann bekommen, wenn es gelingt jene Schwingungen, die nur in den Cerebralvenen (nicht in den Hirnsinus) statthaben können, zu hören oder hörbar zu machen. Alsdann würden sie ein Urtheil über die Grösse des Hirndrucks selbst am unverletzten Schädel gestatten, insofern ihr Vorhandensein eine gewisse Steigerung des Hirndrucks anzeigte. Das Fontanellgeräusch bei Kindern ist Vortr. nach seinem Versuche geneigt mit Hennig in die Hirnvenen zu verlegen. In der Discussion möchte Binswanger die subjectiven Geräusche bei Nervösen aus dem Grashey-schen Versuche erklären. Berger und Strümpell halten die Rolle der circulatorischen Störungen bei Nervösen für untergeordneter Natur.

A. Kahlbaum, Ueber eine klinische Form des moralischen Irreseins.

Die Hebephrenie ist nicht die einzige besonders ausgeprägte psychische Krankheitsart, welche in der Pubertätszeit auftritt und charakteristisch an sie gebunden ist; vielmehr glaubt Vortr. eine dieser verwandten Krankheitsform mit einem besonderen Namen als Heboidophrenie oder kurz als Heboid belegen zu sollen. Bei dieser ist zum Unterschiede von der Hebephrenie das Stadium der Manie fast gar nicht ausgeprägt und der progressive Schwachsin fehlt fast ganz. Dagegen ist aber die eigenthümliche Formlosigkeit im persönlichen Benehmen und ganz besonders das Symptom der moralischen Perversität oder der negativen Moralität ausgebildet. Auch hat das Heboid eine bessere Prognose. Es handelt sich um aus den besten Familien stammende junge Leute, die meist noch auf der Schulbank sitzen, und zwar Mädchen ebensoviel wie Jünglinge, welche mehr oder weniger unvorbereitet durch wiederholte Verstösse gegen eines oder mehrere der 10 Gebote immer mehr auffällig werden, am häufigsten durch einen auffälligen Diebstahl. Das erste Vorkommen wird möglichst glimpflich vertuscht oder beglichen, dann kommt nach einiger Zeit ein zweiter Fall vor. Nun tritt eine strenge Bestrafung ein, aber trotz der Strafe und trotz der eifrigsten Betheuerungen, trotz der zerknirschtesten Reuegefühle wiederholt sich auch weiterhin dieses Verfallen in die verbrecherische Neigung. Bei genauerem Zusehen wird man jetzt darauf aufmerksam, dass seit einer gewissen, gewöhnlich nicht genau zu bestimmenden Zeit, eine Veränderung in der geistigen Haltung des betr. Individuums vor sich gegangen ist. Weitere Correctionsversuche bei einem Landprediger oder einem strengen Lehrer oder in einer Erziehungsanstalt, selbst in einer Correctionsanstalt bleiben meist ohne Erfolg. Jedenfalls kommt es nicht zu einer festen Entwicklung des Individuums. Jetzt werden die Pläne zum Studium von den Eltern aufgegeben und der Betreffende in ein practisches Fach zu einem Förster oder Landwirth geschickt, man lässt ihn zur See gehen oder nach Amerika auswandern. Alles vergeblich: sie halten nicht aus, thun nicht gut und werden den Eltern immer wieder zurückgeschickt.

Dabei treten bei unseren Kranken keine Defecte der Gefühle oder der Intelligenz hervor, wie bei anderen Fällen von moralischem Irrsinn. Dass es sich hier wirklich um psychische Kranke und nicht um moralisch Verwilderte handelt, glaubt K. dadurch zu beweisen, dass die meisten in früheren Jahren von einer schweren, die Schädelorgane mitergreifenden Krankheit heimgesucht waren oder dass sie gegenwärtig von allerhand krankhaften Anwandlungen, wie Schwindel, Kopfschmerz oder anderen Neuralgien oder unmotivirt auftretenden transitorischen Verstimmungen zu leiden gehabt haben und noch leiden. Was aber absolut allen eigen ist, das ist die anämische Blut-Beschaffenheit ihrer sichtbaren Schleimhäute, ohne dass sonst gerade die körperliche Constitution eine schwächliche zu sein brauchte. Schliesslich liegt in den meisten Fällen hereditäre Belastung, namentlich Trunksucht der Ascendenten vor. Dazu kommen nicht selten einzelne organische Degenerationszeichen, wie Asymmetrie des Schädels oder Gesichts, Fehlen der Ohrläppchen etc. K. denkt sich das Zustandekommen der Krankheit so, dass „zwischen den primären Vorgängen der kindlichen Sensualität und den secundären Vorgängen der im Bewusstsein des sich entwickelnden Kindes zur Ausbildung gelangenden Vorstellungen einer moralischen Welt ein Wettstreit entsteht, ein Kampf zwischen den Forderungen des Egoismus und den Pflichten gegen die Aussenwelt, dem sogenannten Altruismus."

Die Behandlung besteht in einer zwekmässigen Verbindung ärztlicher Gesichtspunkte und Maassnahmen mit pädagogischen Einwirkungen, die aber beide nur bei gehöriger Consequenz und Entschiedenheit, wie bei gehöriger Dauer und geeigneten Umfang von Hülfsmitteln durchgeführt werden können, wie es nur in einer Anstalt möglich ist.

Dr. Jehn; Pubertätszeit und Ueberbürdungsfrage.

Vortr. weist nach, dass gerade zur Pubertätszeit mit ihren physiologischen und pathologischen Beschwerden der Entwicklung, die Anforderungen an den Geist der Schüler gesteigert sind, weniger durch den Umfang als durch die Art der zu bewältigenden geistigen Aufgaben. Denn zu einer Lebensperiode, in welcher in Folge unvermeidlicher körperlicher Vorgänge das ganze Nervensystem des Schülers in einem Zustande grösserer Irritabilität, das Gehirn nothwendig in geringerem Maasse frisch und auffassungsfähig ist, treten zum 1. Male Anforderungen an die Jugend heran, welche eine grössere geistige Thätigkeit, Combiniren, Appliciren und Verarbeiten von abstracten Dingen verlangen. Statt des bis dahin vorwiegend gedächtnissmässigen Lernens von Einzelheiten, welche meist noch derartig einfacher Natur sind, dass die Anwendung und Schlagfertigkeit der Schüler bei ordentlicher gedächtnissmässiger Fixation der Einzelnheiten sich von selbst ergiebt, heisst es nun, eigene Gedanken, Combinationen und Schlüsse bilden, welche sich nicht ohne Weiteres aus der Präsenz der Erinnerungsbilder ergeben, sondern eine völlig selbständige geistigen Verarbeitung erheischen. Das bezieht sich nicht nur auf die Aufgaben der Mathematik, sondern überhaupt auf die wichtigeren Unterrichtsstoffe, zumal die Sprachen, welche nunmehr Application der erlernten Regeln, der Conjujation, Declination etc., Uebersetzungen und syntactische Schwierigkeiten verlangen.

Thatsächlich wird zur Abhülfe dieser Missstände ärztlicherseits nichts zu erreichen sein, ausser im Zusammengehen mit den Pädagogen, wie es das Gutachten der wissenschaftlichen Deputation, mit seinem Vorschlag, die Stellung einer consultirenden Schulbehörde — vor der Hand in Berlin — zu creiren, ja auch beabsichtigt. Auf rein hygienischem Gebiete wäre nun schon Manches zur Abhülfe zu erreichen, vor Allem in einer möglichsten Beschränkung der Sitzstunden event. theilweisen Befreiung vom Schulbesuch für diejenigen Schüler, welche unter der Pubertätsentwicklung zu leiden beginnen; ferner durch Veränderung der meist widerwillig geleisteten Turnübungen am Barren und Reck in Turnspiele, wie sie die kräftige englische Jugend liebt. Auch dem Vorschlage, die Admissionszeit zur Schule auf das 7., für das Gymnasium auf das 10. Jahr festzusetzen, kann Vortr. nur beistimmen.

Prof. Berger-Breslau, Ueber die ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes. (Der Vortrag wird in extenso in dieser Wochenschrift erscheinen.)

IX. Aus der Rede des Prof. Dr. J. Paetsch beim Beginne seiner Lehrthätigkeit an der zahnärztlichen Poliklinik der hiesigen Universität.

Nach einigen einleitenden Worten, in denen der Redner mit vollem Recht unserem Cultusminister Dr. v. Gossler, sowie seinem vortragenden Rathe Dr. Althoff den wärmsten Dank aussprach für die grossen Verdienste, die sie sich um das neue zahnärztliche Institut erworben haben, und aufgefordert hatte, durch gegenseitigen Fleiss, Energie und Ausdauer das Vertrauen des Ministeriums zu rechtfertigen, fuhr er ungefähr in folgender Weise fort:

Die glänzendsten Namen der medicinischen Facultät an unserer Universität beweisen, dass den Studirenden der Zahnheilkunde auch früher in Berlin Gelegenheit geboten war, die höchste vollendetste wissenschaftliche Ausbildung sich anzueignen; und die Träger dieser Namen haben in der liebenswürdigsten Weise auch ihren ferneren Beistand Ihnen zugesagt.

Aber m. H. zur Ausbildung der technischen Geschicklichkeit, der für unsern Beruf so nothwendigen practischen Uebung war den Studirenden der Zahnarzneikunde bisher noch nicht genügende Gelegenheit geboten. — Ich bin weit davon entfernt, die Bemühungen unseres verstorbenen Prof. Albrecht und anderer Herren zu verkennen. Es besteht eine stattliche Anzahl bedeutender Zahnärzte, welche von jenen Herren ihre Ausbildung empfangen haben, aber es fehlte ihnen eine Klinik, in der den Studenten Gelegenheit geboten wurde, sich eine gründliche technische Geschicklichkeit anzueignen und Erfahrung zu sammeln.

M. H. Es ist die Hauptaufgabe der Zahnheilkunde, die Patienten gegen Zahnweh zu schützen und ihnen möglichst viele Zähne bis zum Greisenalter zu erhalten.

Bei der gewissenhaften Ausübung dieser Thätigkeit sorgen wir weit über diese Grenzen hinaus für die allgemeine Gesundheit unserer Patienten; eine Thatsache, die bei uns in Deutschland noch lange

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

nicht genug anerkannt wird. — Was nützen alle polizeilichen Verordnungen für Desinfection; was die mit so grossen Kosten durch Canalisation erlangte bessere Luft in den Strassen und Häusern unserer grösseren Städte, wenn, wie sie so häufig bei uns, und namentlich in den niederen und mittleren Schichten der Bevölkerung, die Leute mit einem arg vernachlässigten Munde, voll von faulenden und ungesunden Stoffen herumgehen.

Die Mundhöhle ist nicht nur der Anfang des Digestionsapparates, in dem zwei zur Verdauung der Speisen so wichtige Momente, wie die Einspeichelung und Zermalmung der Speisen vor sich gehen, sondern sie ist auch der Anfang der Respirationsorgane. Es werden die Bakterien der im Munde faulenden und sich zersetzenden Stoffe nicht nur durch den Speichel und mit den Speisen in den Magen geführt, sondern sie dringen auch durch die Respirationsorgane auf dem directesten und bequemsten Wege von der Mundhöhle in unsern Körper. — Die Mundhöhle ist die beste Brutstätte einer ganzen Anzahl für unsern Körper mehr oder weniger schädlicher Bakterien, eine Thatsache, deren Richtigkeit zu erproben Ihnen unter Prof. Miller's Leitung vielfach Gelegenheit geboten werden wird.

Es ist also zur Erfüllung unserer Hauptaufgabe unbedingt nöthig, eine reine und gesunde Mundhöhle herzustellen. — Man kann nicht den einen oder andern Zahn im Munde herauswählen und sich bemühen wollen, denselben zu erhalten, wenn andere kranke und schadhafte Zähne oder Wurzeln im Munde zurückbleiben sollen.

Der Grundsatz in der Chirurgie, alles Kranke zu entfernen, wenn der Chirurg wenigstens einen Theil des Gliedes erhalten soll, kommt auch in der Zahnarzneikunde zur Anwendung. Wir dürfen deshalb den häufigen Wünschen und Bitten der Patienten; den einen oder anderen Zahn zu plombiren und viele andere kranke Wurzeln und Zähne in demselben Munde unberücksichtigt zu lassen, nicht zu bereitwillig nachgeben.

Wir müssen unsere Patienten belehren, dass wir die Zähne plombiren, um sie zu erhalten.

Der Speichel, der die zurückgebliebenen kranken Zähne umspült, umspült ja auch die gesunden, und so werden die Bakterien, welche die Zahncaries erzeugen, von den kranken Zähnen immer von neuem auf die gesunden übertragen und finden dort an all den Stellen eine sehr bereitwillige Aufnahme, an denen die Entkalkung der Zahnsubstanz vorangegangen ist.

Alles durch Caries schon Zerstörte muss aus den Zähnen resp. Wurzeln, die erhalten werden sollen, entfernt — und die dadurch entstandene Oeffnung, nach sorgfältiger Desinfection, hermetisch verschlossen werden.

Wie die zerstörten Massen aus dem Zahne zu entfernen sind und wie der hermetische Verschluss herzustellen ist — welchen 1000fachen Schwierigkeiten der Zahnarzt bei diesen Operationen begegnet, das, m. H. Sie zu lehren ist unsere Aufgabe in unserem neuen Institut.

Ueben Sie Ihre technische Geschicklichkeit, wo immer Ihnen Gelegenheit geboten wird. Ich stelle Ihnen meine jetzt schon über 24jährigen Erfahrungen zu jeder Zeit, auch ausserhalb dieser Räume gern zur Verfügung. —

Und so lassen Sie uns denn gemeinsam freudig an die Erfüllung unserer Aufgabe herangehen und lassen Sie uns beweisen, dass die deutsche Ausdauer und Arbeitskraft sich auch in unserem Fache bewährt und lassen Sie uns zeigen, dass auch Deutschland im Stande sein wird, tüchtige und geschickte Zahnärzte heranzubilden.

Mit vollem Vertrauen auf Ihren ernsten treuen Beistand blicke ich getrost in die Zukunft. —

X. Weitere Beiträge zu der Discussion über die Cholerabakterien.

1) Die Herren Nicati und Rietsch veröffentlichten in der Revue Scientifique No. 21 einen längeren Artikel „la vitalité du microbe de cholera", in welchem sie eine Reihe von Versuchen mittheilen, auf die wir später noch referirend zurückkommen werden.

An dieser Stelle interessiren uns wesentlich einige Punkte zur Biologie des Kommabacillus und zur differentiellen Diagnostik zwischen ihm und dem Bacillus, welchen Herr Koch aus der von den Herren Finkler und Prior ihm übersendeten fast reinen Cultur gezüchtet hat. Zuvörderst bestätigen N. und R. die Angabe Koch's, welche, wie sie sagen, am meisten Unglauben gefunden habe, dass nämlich das Cholera-Contagium am sichersten durch die Austrocknung getödtet werde. Sodann glauben sie nicht ohne Stillschweigen den Bacillus übergehen zu können, den die Herren Finkler und Prior neuerdings als charakteristisch für die Cholera nostras hingestellt hätten. Sie kennen ihn allerdings nur nach der Beschreibung, die Koch von ihm und seinen Culturen gegeben hat, halten ihn aber auf Grund derselben für identisch mit einem Bacillus, den sie seit längerer Zeit in ihrer Cultur bemerkt haben, den man bei einiger Erfahrung leicht von dem Kommabacillus der Cholera unterscheiden könne. Ihre Versuche lassen es sie wenigstens für sehr wahrscheinlich erachten, dass dieser Bacillus oder seine Sporen sich in der Luft befinden. Er könne vielleicht, wenigstens nach den Präparaten, die ihnen vorgelegen hätten, identisch sein mit dem Bacillus, welchen Herr Dr. Hericourt in dem Wasser in Ville gefunden hat.

2) Ueber die Allgemeine Sitzung der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn, welche am 8. November cr. stattfand, liegt in der Kölnischen Zeitung No. 323 das officielle Protocoll vor. In dieser Sitzung berichtete Dr. Ungar bekanntlich über das Verhalten des von Finkler und Prior in den Stuhlentleerungen bei der Cholera nostras gefundenen Bacillus zu dem von Koch bei der Cholera asiatica nachgewiesenen. Wir können den grössten Theil dieser Mittheilungen übergehen, da sie sich vollständig mit dem decken, was Koch einige Tage später in dieser Wochenschrift darüber veröffentlichte.

„Es liessen sich", so schloss der Redner, „zwischen dem Finkler-Prior-schen und dem Koch'schen Bacillus so wesentliche Unterschiede nachweisen, dass von einer Identität beider Bacillen nicht mehr die Rede sein könne; die auf Grund jener Beobachtungen Finkler's und Prior's gegen die Koch'sche Lehre erhobenen Einwände seien also durchaus unberechtigt. Der Umstand, dass in Stuhlentleerungen, die nicht von an Cholera asiatica Erkrankten herrührten, ein in seiner äusseren Form ähnlicher Bacillus vorkommen könne, der geeignet sei, einem weniger erfahrenen Beobachter Veranlassung zu Trugschlüssen zu geben, sei immerhin nicht ohne praktische Bedeutung. Doch müsse hierbei ausdrücklich betont werden, dass Koch schon davor gewarnt habe, allein aus dem mikroskopischen Bilde, ohne Culturverfahren, die Diagnose stellen zu wollen."

Die Entgegnung des Herrn Finkler geben wir mit gewohnter Unparteilichkeit wörtlich wieder.

„Er stellt zuerst klar, dass ihm und seinem Mitarbeiter Prior mit Unrecht der Vorwurf gemacht würde, eine unreine Mischung von verschiedenen Bakterien für Reinculturen gehalten zu haben, dass die Angaben, welche darüber im Reichsgesundheitsamte gemacht worden seien, im directen Widerspruch stehen zu dem, was von ihnen bei Uebersendung der fraglichen Cultur an Koch geschrieben worden. In der ersten Veröffentlichung von Finkler und Prior über den bei Cholera nostras gefundenen Kommabacillus ist nur die Aussage gemacht, dass die Form desselben der von Koch beschriebenen ausserordentlich ähnlich sei, dass also morphologisch eine erstaunliche Aehnlichkeit zwischen beiden Wesen bestehe. *In der* nachfolgenden Veröffentlichung in Magdeburg theilten Finkler und Prior mit, dass ihnen auch die Culturen ihres Kommabacillus gelungen seien, dass den Angaben über Zeit, Temperatur, Nährboden, Aussehen der Cultur, die Koch für den Kommabacillus der Cholera asiatica gemacht, das Verhalten ihres Bacillus durchaus entspreche. Finkler und Prior haben es stets für möglich gehalten, dass sich Unterschiede zwischen beiden Bacillenarten herausstellen, und selbst wenn alle Eigenschaften der Culturen übereinstimmten, wäre dennoch denkbar, dass die beiden Wesen ganz verschieden giftige oder nicht giftige Wirkungen vollführen könnten. Dass aber Unterschiede bis jetzt aufgefunden seien, welche zur sicheren Unterscheidung beider Wesen ausreichen, bestreitet Finkler jetzt noch gerade so energisch wie früher. Die von Herrn Dr. Ungar angegebenen Unterschiede erklärt Finkler zum Theil für nicht principiell, zum Theil für inconstant und abhängig von Versuchsfehlern, wie Anzahl der wachsenden Individuen u. s. w. Finkler hält es aber selbst für möglich, dass die Herstellung der Reincultur die biologischen Eigenschaften, soweit es Grössenverhältnisse und Wachsthumszeit u. s. w. angeht, wesentlich verändern könne. Zum Beweise dafür citirt er Befunde, die Finkler und Prior in Genua gemacht haben, und Unterschiede, welche unter mancherlei Bedingungen die Bacillen der Cholera asiatica unter sich zeigen.

Dr. Ungar erwidert hierauf, dass sich die erwähnten Unterschiede bei den zahlreichen Reinculturen, die von beiden Bacillen von den verschiedensten im Reichsgesundheitsamt arbeitenden Herren angefertigt worden seien, stets hätten constatiren lassen; sie seien also constant und dem heutigen Standpunkt der Lehre von den Mikro-Organismen gemäss auch von principieller Bedeutung. Wenn es aber auch wirklich möglich wäre, durch künstlich veränderte Bedingungen, durch directe Beeinflussung der Culturen ein oder das andere Unterscheidungsmerkmal zu verwischen, so sei damit noch nichts bewiesen; es käme doch darauf an, wie sich beide Bacillenarten unter gleichen und den für Reinculturen üblichen Bedingungen verhielten.

3) In ganz vortrefflicher Weise und durchaus unserm eigenen Standpunkte entsprechend, hat Dr. Biedert-Hagenau in zwei Artikeln die schwierige Aufgabe gelöst, über den Cholerabacillus in populär wissenschaftlicher Weise die Kreise der Laien aufzuklären und sie in den Stand zu setzen, selbständig zu urtheilen. Wie wir geht er davon aus, dass allerdings die Discussion nur vor einem sachverständigen Publikum ausgetragen werden könne, dass aber ein aufklärendes Wort nothwendig sei, denn der Laie konnte nach der Streitschrift der beiden Bonner Gelehrten in der Kölnischen Zeitung No. 314

„deren wirkliche Tragweite er nicht beurtheilen kann, wohl auf die Meinung kommen, die Bedeutung des Koch'schen Bacillus für die Cholera sei damit so erschüttert, dass der in seinem ersten Bericht geschilderten Untersuchungsmethode ein grosser Theil der ihr dort beigemesse-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nen Wichtigkeit bereits nicht mehr zukomme. Dem gegenüber muss hervorgehoben werden, dass bis jetzt Nichts diese Meinung rechtfertigt."

In seiner ersten Mittheilung (Landeszeitung für Elsass-Lothringen vom 10. November 1884) giebt Herr Biedert-Hagenau eine Darstellung seiner Erfahrungen bei den Cursen im Kaiserlichen Gesundheitsamt, zu welchen auch er commandirt war. Die Schilderung der Methode, welche die Theilnehmer der Curse dort lernten, ist so vorzüglich klar, dass wir sie am liebsten, liesse es der Raum zu, vollständig abdruckten. Herr Biedert resumirt später kurz aber erschöpfend die nur im Bacillus der Cholera asiatica vorhandenen Eigenthümlichkeiten und legt dar, dass bei dem Cholerabacillus des Speichels und der Finkler-Prior'schen Mikroben der Cholera nostras fast alle diese Charakteristica fehlten.

Dann geht Herr Biedert auf die Bedeutung der Koch'schen Untersuchungsmethoden auch für die Praxis ein. Er betont, dass wenn früher oder im nächsten Jahre ein wirklich bedenklicher Krankheitsfall aufträte, man freilich nicht am ersten Tage mit der Methode Aufschluss gewinnen könne. Man wird, fährt er fort

„zunächst die auf den anderweitigen Verdacht begründeten Vorsichtsmaassregeln anwenden müssen. Aber nach 1—2 Tagen wird die neue Untersuchungsmethode alle ihre Aufschlüsse geben und entweder Beruhigung verbreiten oder zu um so energischeren und dann jedenfalls wirkungsvolleren Schutzmaassregeln anspornen."

Zu diesem Zweck sei eine Ausstreuung von verschiedenen kleinen Stationen über Elsass-Lothringen wie über alle einzelnen Theile Deutschlands in erster Linie erforderlich. Herr Biedert weist aber dann darauf hin, dass diese Methode keineswegs nur für die Cholera, sondern für das Studium der pathogenen Mikroorganismen überhaupt von Bedeutung sei. So zur Prüfung von Wasser und Luft auf die Anwesenheit der Mikroorganismen und vor allem auch zur Prüfung des Desinfectionsverfahrens und der Wirksamkeit unserer Desinfectionsapparate und Desinfectionsmittel.

Die 2. Mittheilung Biedert's findet sich in der Nummer vom 22. November desselben Blattes. Was Herr Biedert in ihr gegen den Artikel der Herren Finkler und Prior in der Kölnischen Zeitung sagt, stimmt fast überall mit den Bemerkungen überein, welche wir selbst in der vorigen Nummer dieser Wochenschrift brachten, die Herr Biedert noch nicht kannte. Dass der Bonner Bacillus keine rein gezüchtete Species war, ist auch Herrn Biedert unzweifelhaft. Koch selbst, sagt er, war es vorbehalten, ihn rein wachsen zu lassen und dann auch mit dem Kommabacillus der Cholera asiatica zu vergleichen. Er hat dies gethan, aber auch in diesem Prätendenten einen Unberechtigten entdeckt und seinem Cholerabacillus die Specifität bewahrt. Herr Biedert ist der gerechtfertigten Ueberzeugung, dass aus den bisherigen Zwischenfällen die Lehre Koch's nur gekräftigt hervorgegangen sei. Eine allgemein verständliche Behandlung des schwierigen Themas in der Weise, wie sie Biedert durchgeführt hat, rechtfertigt sich aber schon durch die wissenschaftliche Bedeutung der Koch'schen Entdeckung. Andererseits ist sie geeignet, zu verhüten, dass die auf letztere gegründeten Mittel zur Abwehr gegen die Cholera nicht im Publicum, zu dem auch die ausführenden Beamten gehören, auf Misstrauen stossen, weil angeblich die Grundlagen auf denen sie beruhen irrig sind.

4) Wir hatten über das Experiment am eigenen Körper, welches Herr Bochefontaine, Chef des Vulpian'schen Laboratoriums vorgenommen hatte, nichts gebracht, weil wir an die Athenticität nicht glauben wollten.

Herr Vulpian hat nun aber am 17. November der Académie des sciences darüber Mittheilung gemacht, und wir ersehen daraus, dass Herr Bochefontaine, in der That, um zu beweisen, dass die diarrhöischen Massen der Cholerakranken keine Rolle in der Uebertragung der letzteren spielten, 5 Ccm von Dejectionen einer Frau mit constatirter Cholera in Pillenform genommen hat, nachdem die vorherige Untersuchung derselben die Gegenwart von Vibrionen und Bacillen, unter den letzteren auch solche von Kommaform zeigten.

Herr Bochefontaine bekam in Folge dieser Experimente lediglich etwas Fieber mit markirter Pulsbeschleunigung und statt Diarrhöe eher Stuhlverstopfung. Herr Vulpian meint, dies Experiment sei ein directer Beweis gegen die Contagiosität der Cholera, während er zugiebt, dass dasselbe bei verschiedenen Thieren zu mehr oder weniger schweren Zufällen geführt habe. Es ist wohl nicht nöthig darzulegen, wie wenig beweisend ein solcher Versuch ist.

5) Nur der Vollständigkeit wegen müssen wir endlich noch einige Mittheilungen erwähnen, die zweifellos noch nicht discutabel sind.

1. Zuvörderst brachte Brit. Med. J. in der No. vom 1. November einen offenbar autorisirten ersten Bericht von der englischen Cholera-Commission, demzufolge ihre Mitglieder die ausnahmslose Gegenwart des Koch'schen Kommabacillus in den Reiswasserstühlen der Cholerakranken bestätigen. Derselbe sei aber gerade in sehr acut verlaufenen Fällen nur in geringer Zahl vorhanden. Diese Bacillen bildeten aber in Culturen Sporen wie andere Bacillen. Ist Lancet (22. Nov.) recht berichtet, so würden übrigens die Herren Klein und Gibbes binnen kurzer Zeit zurückkommen, nachdem sie ihrem eigenen Ausdrucke nach die Ansichten Koch's zu ihrer Genugthuung „in die Luft gesprengt" hätten, wogegen das leitende englische Blatt mit Recht protestirt. Lancet meint, dass, wenn die englische Commission nicht beweisen könne, dass ihre Beobachtungen ebenso ausgedehnt und gründlich gewesen seien als die der deutschen, sie wenig Aufmerksamkeit erringen und eher ein Hinderniss für die weiteren Fortschritte der Choleraforschung sein würden.

2. Endlich soll Herr Emmerich in Neapel einige neue Beobachtungen zu Tage gefördert haben, von denen wir eben so wenig etwas Genaueres erfahren wie von denen der englischen Commission, so dass wir die kurzen Angaben darüber lediglich registriren.

Herr E. hat nämlich, so heisst es, ausser den Kommabacillen noch andere Organismen an Choleraleichen resp. Cholerakranken gefunden. Er habe im Blute und in den inneren Organen sämmtlicher von ihm secirten Choleraleichen und ebenso im Blute aus der Armvene einer noch lebenden sehr cholerakranken Person stets eine und dieselbe Art wohl charakterisirter Pilze gefunden, welche aber von den durch Koch im Choleradarme gefundenen Kommabacillen verschieden seien.

Neben den Mittheilungen zur Aetiologie der Cholera sind in den letzten Monaten viele, zum Theil sehr werthvolle Beiträge zur Therapie der Krankheit veröffentlicht worden, die wir aber in einem besonderen zusammenfassenden Essay wiedergeben wollen. P. B.

XI. Journal-Revue.

Ohrenheilkunde.

5.

Verwendung des Cocaïn in der Ohrenheilkunde. Von Professor E. Zaufal.

Zaufal bestätigt zuvörderst die local anästhesirende Wirkung des Cocaïnum muriaticum im Rachenraume, und die Erfahrungen Jellinek's, v. Schrötter's, Schnitzler's und Störk's. Er erhielt, nach Bepinseln der unteren Fläche des weichen Gaumens, der hinteren Rachenwand und des Zungengrundes mit einer 5 proc. Lösung, mit der Rhinoscopia posterior ein wunderbar ruhiges, übersichtliches Bild des Nasenrachenraumes schon nach 5 Minuten. Die Reflexerregbarkeit war ganz erloschen. Weniger glücklich war er in einem zweiten Falle, vielleicht war das Präparat nicht ganz tadellos. Durch Bestreichen der Nasenschleimhaut (Nasenscheidewand mit unterer Muschel) mit 5 proc. Lösung konnte er in normalen Fällen schon nach 3 Minuten vollständige Anästhesie hervorrufen, und zwar wurde die Schleimhaut des Septums etwas früher als die der Muschel anästhetisch. Bei Berührung der Schleimhaut mit der Sonde trat Kitzelgefühl nicht auf. Stiche mit der Paracentesenadel wurden nicht gefühlt. Nach 8 Minuten Aufhören der Wirkung. — In Fällen von chronischer Schwellung der Schleimhaut der unteren Muschel trat die Anästhesie etwas später auf und schwand um ein weniges früher. Z. konnte das hypertrophische Ende der Muschel mit dem Galvanokauter verbrennen ohne Auslösung einer Schmerzempfindung. — Für das so häufig nothwendige galvanocaustische Brennen der hypertrophischen Muschelschleimhaut dürfte sich also das Cocaïn bewähren.

Was nun die Anwendung des Mittels an den verschiedenen Theilen des Gehörorganes betrifft, so unterliegt es keinem Zweifel, dass ein local rasch anästhesirend wirkendes Mittel sehr erwünscht wäre. Indessen sind Z.'s Hoffnungen auf positive Resultate beim Trommelfell aus mehreren Gründen keine allzu sanguinischen. Immerhin hat er in 3 Fällen günstige Resultate erzielt. Er wandte eine 2 proc. Cocaïnlösung an und träufelte 3 bis 4 Tropfen ein. Das Trommelfell war anästhetisch, und zwar in einem Falle in der ganzen Ausdehnung, in 2 anderen abgesehen von der hinteren oberen Partie resp. der hinteren Hälfte derselben. Diesen 3 Versuchen mit positiven Resultaten stehen aber ebensoviele mit negativen Resultaten gegenüber. Der Verfasser meint, wenn es gelänge, die hemmende Wirkung der Epidermis zu beseitigen, könnten wir auf einen prompten Erfolg rechnen.

Bessere Erfolge prognosticirt Z. dem Cocaïn zur Anästhesirung der Paukenhöhlenschleimhaut besonders in Fällen grosser Perforationen des Trommelfells oder totalen Defectes und führt einen prägnanten Fall an. In 2 Fällen freilich, wo die Perforationen durch Granulationen theilweise verlegt waren, konnte mit der 2 proc. Cocaïnlösung keine Anästhesie herbeigeführt werden. Ja in dem einen Falle zeigte sich nach 18 Minuten sogar eine Erhöhung der Empfindlichkeit. In einem anderen Falle wurde schon einmal eine

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Granulation mit der Schlinge durch die Perforation hindurch unter lebhaften Schmerzen abgetragen. Den nächsten Tag wurde zur möglichst schmerzlosen Entfernung eines noch vorhandenen Granulationsrestes die 5 proc. Cocaïnlösung eingeträufelt. Der Eingriff war diesmal schmerzlos. Unwirksam war die 2 proc. Lösung in einem Falle von Otitis media squamosa bei einem 12jährigen Studenten, ja es trat auch hier nach 45 Minuten sogar erhöhte Empfindlichkeit auf.

Der Verfasser hofft, wenn ihm stärkere Lösungen in hinreichender Quantität zu Gebote ständen, auch bei fortgesetzten Versuchen noch günstigere Resultate zu erzielen. So wenig zahlreich auch bis jetzt die günstigen Erfolge seien, so glaubt er doch, dass sie noch weitere Versuche rechtfertigen, möchte jedoch jetzt schon vor überspannten Hoffnungen warnen.

XII. Die Cholera.

XXI.

Weiterer Verlauf der Epidemie.

Frankreich.

Von der Epidemie in Paris können wir nur sagen, dass sie stetig abnimmt. Eine Statistik der Erkrankungen und Todesfälle zu geben ist merkwürdiger Weise noch immer unmöglich, da die Zahlen der Präfectur und die des statistischen Amtes ganz erheblich von einander zu differiren fortfahren. Vom 4.—13. November waren nach jener 252, nach dieser 123 Cholera-Todesfälle constatirt worden. Vom 13. bis 19. November sind nach der Statistik der Präfektur 877 Erkrankungen mit 320 Todesfällen und in der Umgegend 56 resp. 9 vorgekommen.

Sehr interessant ist das Verhalten der verschiedenen Arrondissements. Herr Proust hatte in seinem Generalbericht über die Cholera in Südfrankreich, der übrigens nicht erst vor kurzem, sondern schon am 21. September erschien, als Axiom hingestellt, das Erscheinen und Einnisten der Seuche in einer Ortschaft sei gewissermaassen der Indicator für die sanitären Zustände der letzteren, ja er führte die damalige Immunität des französischen Nordens, die er für eine dauernde hielt, auf rationelle und energische Schutzmaassregeln zurück. Ganz in diesem Sinne schrieb Herr Bertillon, Chef des statistischen Amtes von Paris, in seinem letzten Wochenbericht, die Cholera setze sich stets in den schmutzigsten Strassen und der unter unreinlichsten Bevölkerung fest. Die von ihm selbst beigebrachten Thatsachen widersprechen dem durchaus. Am wenigsten sind das 13., 14. und 18. Arrondissement mitgenommen, die ersteren beiden haben nur 1 Todesfall auf 1000 Einwohner, die dritte überhaupt nur 1 Cholera-Todesfall gehabt. Dabei ist das 13. Arrondissement berüchtigt durch seine Unreinlichkeit, in dem 14. befinden sich die cités Annibal und des Lions, wahre Heerde permanenter Infection, und im 18. unter anderem die Sackgasse Charles Albert, die wegen ihres ganz abscheulichen Zustandes schon zu energischen Interpellationen an den Polizei-Präfecten Veranlassung gegeben hat. Dagegen sind die, als die gesundesten angesehenen Quartiere (Luxembourg, Palais Bourbon, Panthéon) am meisten von der Seuche ergriffen. Die Bedeutung dieser Feststellungen für Theorie und Praxis der Cholera ist gewiss nicht zu unterschätzen.

XIII. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten. Berlin. Prof. e. o. Dr. Lewin ist der Charakter als Geheimer Medicinalrath verliehen worden. — Königsberg. Prof. Dr. von Wittich, der wegen Krankheit auf seine Professur der Physiologie verzichtet und zum Nachfolger Herrmann erhalten hatte, ist, 64 Jahr alt, gestorben. — Tübingen. Einer der Veteranen der deutschen Physiologie Prof. emer. Geh.-Rath v. Vierordt ist hochbetagt gestorben. — Wien. Am 16. November starb nach kurzen Leiden an Herzverfettung und Lebercirrhose Prof. Dr. Franz Chwostek, geb. 1835. 1863—1867 Professor Duchek's Assistent, dessen Klinik für innere Medicin in der Josefs-Academie er bis zur Auflösung der letzteren (1874) leitete. Fortan verblieb er als Oberstabsarzt Vorstand einer internen Abtheilung des Garnisonhospitals No. 1. Vom Jahre 1863 an war er bis an sein Lebensende ununterbrochen literarisch thätig. Seine Thätigkeit umfasste das Gesammtgebiet der internen Medicin und hat er 136 wissenschaftliche Arbeiten in Fachjournalen veröffentlicht. Ebenso war er neben seiner literarischen Thätigkeit ein vorzüglicher Lehrer, als welcher er eigentlich seit 1863 fast ununterbrochen wirkte. Das Andenken dieses talentirten, braven Mannes, sagt die W. Med. W., wird im Geiste Aller, die ihn kannten, fortleben; in der Wissenschaft hat er sich einen Ehrenplatz errungen. — Dr. Jacob Weiss, Docent der Psychiatrie an der Wiener medicinischen Facultät, wurde zum Primararzte an der Landes-Irrenanstalt in Budapest ernannt. — Graz. Es wurden ernannt zum ausserordentlichen Professor der Botanik der Privatdocent Dr. Haberlandt, und zum Privatdocenten für Zahnheilkunde Dr. Bleichsteiner. — Budapest. Prof. Dr. Scheuthauer ist zum wirklichen Mitgliede des ungarischen Landes-Sanitätsrathes ernannt worden.

— Berlin. Einer der bekanntesten Collegen, wenn auch als Arzt längst nicht mehr thätig, Dr. Bodinus, Director des Zoologischen Gartens, ist gestorben.

— Prof. Dr. Köbner eröffnet Montag den 1. December eine Poliklinik für Hautkrankheiten Friedrichstr. 111. Aufnahmestunden Montag, Dienstag, Freitag und Sonnabend von 12—1 Uhr.

— Kleine Mittheilungen aus Schweden von Buch-Helsingfors. Auch im schwedischen Reichstage hat der Sturmlauf gegen die Vivisection begonnen, indem am 30. April vom Grafen Björnstjerna in beiden Kammern zu gleicher Zeit ein bezüglicher Gesetzentwurf eingebracht worden war. Nach Verwerfung des Antrages durch den Gesetzausschuss des Reichstages wurde er auch in beiden Kammern verworfen, in der zweiten ohne Debatte. (Eira No. 9). — Der schwedische Reichstag hat beschlossen, dass die Kreisärzte (provinsialläkare) nach erreichtem 60. Lebensjahre oder 35jähriger Dienstzeit pensionirt werden sollen mit 4000 Kronen (ungefähr gleich 4000 Reichsmark). (Eira No. 9). (Der schwedische Kreisarzt dürfte ungefähr dem Kreisphysikus in Deutschland entsprechen.) — Der schwedische Reichstag hat (26. April) 6415 Kronen zur Einrichtung einer Zahnpoliklinik bei der Stockholmer medicinischen Facultät bewilligt. (Eira No. 8). — In Schweden hat eine Brunnen- und Badezeitung zu erscheinen begonnen, mit dem Zweck der Hebung der schwedischen und norwegischen Badeorte. Sie erscheint vor dem 1. Juni 4 Mal und in der Saison ein Mal wöchentlich. (Eira No. 8.) — Im Stockholmer Brandcorps sind Samaritercurse eingeführt worden, zum Darreichen von Hilfe bis zur Ankunft des Arztes. (Eira No. 9).

XIV. Personalien.

Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem Generalarzt I. Klasse Dr. Coler im Kriegsministerium hierselbst zur Anlegung des ihm von Sr. Majestät dem König von Schweden verliehenen Commandeurkreuzes II. Klasse des Wasa-Ordens, und dem Oberstabsarzt II. Klasse Gernet, Regimentsarzt im 1. Badischen Leib-Grenadier-Regiment No. 109 in Karlsruhe zur Anlegung des ihm von Sr. Kgl. Hoheit dem Grossherzog von Baden verliehenen Ritterkreuzes I. Klasse des Ordens vom Zähringer Löwen die Allerhöchste Erlaubniss zu ertheilen, und dem practischen Arzt San.-Rath Dr. Moritz Neisser zu Charlottenbrunn den Charakter als Geheimer-Sanitäts-Rath, sowie dem Kreisphysikus Dr. Julius Michelsen zu Waldenburg und dem practischen Arzt Dr. Herrmann Theodor Brinckmann zu Wandsbeck den Charakter als Sanitäts-Rath zu verleihen.

Ernennungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den bisherigen ausserordentlichen Professor Dr. Ferdinand Bernhard Wilhelm Sommer zum ordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Universität Greifswald zu ernennen. Der seitherige Kreiswundarzt Dr. med. Schneider zu Fulda ist zum Kreisphysikus des Kreises Fulda und der practische Arzt Dr. Roeper in Rüthen unter Belassung in seinem Wohnsitz zum Kreiswundarzt des Kreises Lippstadt ernannt und der Kreisphysikus Dr. Winkler in Inowraclaw ist aus dem Kreise Inowraclaw in gleiche Eigenschaft in den Stadt- und Landkreis Posen versetzt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Gaertner, Wallentin, Dr. Drewitz und Dr. Wolff in Breslau, Springer in Sulau und Garms in Söst.

Verzogen sind: Die Aerzte Rud. Schmidt von Mensguth nach Bialla, Dr. Touton von Breslau nach Würzburg, Dr. Kuhn von Schweidnitz nach Breslau, Dr. Haagen von Breslau nach Neisse, Dr. Taenzer von Breslau nach Lodersleben, Dr. Krauss von Breslau nach Würzburg, Epstein von Danzig nach Breslau, Dr. Kindler von Habelschwerdt nach Auras, Dr. Hirschberg von Steinau a. O. nach Deutsch-Wartenberg, Dr. Kleine von Stralsund nach Schweidnitz, Dr. Cruppi von Böckmann nach Neustadt in Mecklenburg, Dr. Faber von Bonn nach Dortmund, Dr. Hartung von Vohwinkel nach Dortmund, Sanitäts-Rath Dr. Schwitz von Neuenahr nach Dortmund, Dr. Goliner von Barchfeld nach Erfurt, Dr. Herlet von Klein Steinheim nach Barchfeld, Dr. Tassius von Salmünster nach Seckbach.

Verstorben: Die Aerzte Medicinal-Rath Dr. Baehr in Hannover, Dr. Scheye in Berlin, Dr. Michelsen in Posen und Dr. Herwartz in Aachen.

Apotheken-Angelegenheiten: Die Apotheker Wolter in Lyck und Hildebrandt, Administrator der Hildebrandt'schen Apotheke in Hannover sind gestorben. Der Apotheker Rassmann hat an Stelle des Apothekers Colditz die Verwaltung der Reichel'schen Apotheke in Breslau, der Apotheker Prochazka an Stelle des Apothekers Nordhof die Verwaltung der Cobet'schen Apotheke in Laasphe, der Apotheker Suckerow an Stelle des Apothekers Scholvien die Verwaltung der Schütz'schen Apotheke in Berleburg übernommen. Dem Apotheker Roeper ist an Stelle des Apothekers Paul die Verwaltung der Filialapotheke in Fredeburg übertragen worden. Der Apotheker Bach hat die Holthausen'sche Apotheke in Witten und der Apotheker Lang die Oelkers'sche Apotheke in Weyhers gekauft.

Vacant: Kreisphysikate der Kreise Jüterbog-Luckenwalde und Lingen, Kreiswundarztstellen der Kreise Rummelsburg und Zell a. Mosel.

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Donnerstag **№ 49.** 4. December 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Ueber Cocainum muriaticum.

Nach seinem Vortrage in dem Verein für innere Medicin zu Berlin am 1. December 1884

gehalten von

Dr. Horstmann,

Docent an der Universität zu Berlin.

Auf der diesjährigen Ophthalmologenversammlung zu Heidelberg wurde eine sehr interessante, von Dr. Carl Koller aus Wien herrührende Mittheilung verlesen, dass die Einträufelung einer 2procentigen Lösung von Cocainum muriaticum in das Auge eine vorübergehende Anästhesie der Conjunctiva und der Cornea veranlasse.

Das Cocain[1]) ist ein Alcaloid aus den Blättern von Erythroxylon Coca (Lamarck), einer Pflanze, welche in Südamerika, besonders in Peru und Bolivia, heimisch ist. Niemann, ein Schüler Wöhler's, war der erste, welcher dasselbe im Jahre 1859 dargestellt hat. Die Krystalle desselben gehören dem monoklinen System an, sie schmelzen bei 98° C., lösen sich leicht in Alkohol oder Aether, aber erst in 704 Theilen Wasser von 12° C. auf, die Salze des Cocains sind dagegen in Wasser leicht löslich.

1862 machte Prof. Schroff die ersten Versuche mit diesem Mittel. Er sah bei Kaninchen nach Gaben von 0,05 g per os Schwankungen der Respiration und des Pulses, vorübergehende Mydriasis und Anästhesie der Zungenschleimhaut auftreten. Subcutan injicirt hatte dieselbe Dosis den Tod des Versuchsthieres unter epileptiformen Convulsionen und sehr bedeutender Mydriasis zur Folge. In der letzten Zeit hat Dr. Sigmund Freud[2]) in Wien dieses Mittel einer erneuten Prüfung unterzogen. Derselbe fand u. A., dass eine Lösung des Cocainum muriaticum in unmittelbarer Berührung mit den Schleimhäuten vorübergehende Anästhesie derselben veranlasst. Hierdurch angeregt unternahm es Koller[3]), dieses Mittel auf seine Wirksamkeit auf die Conjunctiva und Cornea zu untersuchen. Derselbe hatte folgende Resultate:

Träufelt man anf die Cornea und Conjunctiva eines Meerschweinchens, Kaninchen oder Hundes einige Tropfen einer wässerigen Lösung von Cocainum muriaticum, so tritt nach $\frac{1}{2}$—1 Minute eine vollkommene Anästhesie dieser Augentheile ein. Wird aber die Cornea eingeschnitten, so geben die Versuchsthiere in demselben Augenblicke, wo das Kammerwasser hervorstürzt und die Iris prolabirt, lebhafte Schmerzäusserungen von sich. — Auch gelingt es, die entzündete Cornea durch Cocain völlig gefühllos zu machen. Die volle Anästhesie der Hornhaut dauert bei 2procentiger Lösung im Durchschnitt 10 Minuten.

Bringt man einige Tropfen einer 2procentigen Lösung in den menschlichen Bindehautsack, so stellt sich ein schwaches Brennen ein, das nach $\frac{1}{2}$—1 Minute vollständig verschwindet, um einem dunkeln Gefühle von Trockenheit Platz zu machen. Die Lidspalte erscheint bedeutend erweitert, die Hornhaut sowohl wie die Bindehaut empfindet nicht die geringste Berührung. Diese vollkommene Anästhesie dauert etwa 7 — 10 Minuten, um durch ein längeres Stadium von herabgesetzter Empfindlichkeit in den normalen Zustand überzugehen. Etwa 15 — 20 Minuten nach der Einträufelung beginnt sich die Pupille zu erweitern. Dieses Verhalten, welches jedoch niemals ein maximales ist, erreicht in der ersten Stunde seinen Höhepunkt und ist nach einigen weiteren Stunden wieder vollständig verschwunden. Mit der Mydriasis kommt und verschwindet eine unbedeutende Accommodationsparese. Ausserdem beobachtet man an der Conjunctiva, insbesondere der Conjunctiva palpebrarum, eine entschiedene Ischämie. Die anästhesirende Wirkung des Cocain lässt sich bis zu einer gewissen Grenze addiren, d. h. wenn man beim Nachlasse der Anästhesie von Neuem Cocain einträufelt, so erhält man eine zweite Anästhesie, welche länger dauert, wie die erste. Die anästhesirende Wirkung macht sich besonders an den Stellen bemerklich, welche mit der Lösung direct und längere Zeit in Berührung waren. Durch eine von 5 zu 5 Minuten wiederholte und längere Zeit, etwa eine halbe Stunde, fortgesetzte Anwendung einer 5procentigen Lösung glaubt Koller auch eine Einwirkung auf die tieferen Augentheile insofern zu constatiren, als die Empfindlichkeit des Bulbus gegen einen stärkeren Druck wesentlich vermindert war.

Diese Resultate von Koller werden im Wesentlichen durch die Untersuchungen von Königstein[1]) bestätigt. Derselbe verwandte eine 1procentige Lösung und führte ausserdem noch Tenotomien und Iridectomien, ohne Schmerz zu veranlassen, aus, da er bei letzteren nach Eröffnung der vorderen Kammer nochmals Cocain eingeträufelt hatte. Ausserdem berichtet er, dass er einem ungefesselten und nicht narkotisirten Hunde, dem er eine 1procentige Lösung in die Tenonsche Kapsel injicirt hatte, das Auge enucleirt habe, ohne dass derselbe irgend eine Schmerzensäusserung von sich gegeben habe.

Durch eine Reihe von Versuchen an Kaninchen konnte Lucien Howe[2]) ebenfalls die anästhetische Wirkung des Cocain bestätigen. Derselbe fand, dass schon 2 Tropfen einer 0,2procentigen Lösung eine merkliche Mydriasis bewirkten, während die Sensibilität erst durch die doppelte Dosis beeinflusst wurde. Bei stärkeren Dosen aber macht sich die Anästhesie der Cornea und Conjunctiva immer vor der Mydriasis bemerkbar. Am günstigsten zur Erzielung einer vollkommenen Anästhesie wirkt eine 2procentige Lösung; die stärkeren Solutionen übertreffen dieselbe nur wenig. Der Maximaleffect ist in etwa 15 Minuten erreicht und lässt in 30 bis 40 Minuten nach. Anfangs wirkt das Mittel nur auf Conjunctiva und Cornea, später auch auf die Iris, doch niemals so vollkommen, wie auf jene Theile, selbst dann nicht, wenn man mit einer Stichkanüle den Humor aqueus entleert und ihn durch eine 2procentige Cocain-Lösung ersetzt.

Auch Knapp[3]) constatirt durch die von ihm ausgeführten Experimente, dass das Cocain in das Auge gebracht die Sensibilität vermindert, eine mässige Mydriasis veranlasse, die Accommodation in geringem Maasse beeinträchtige und eine Ischämie der Conjunctiva zur Folge habe. Niemals sah er danach Schmerzen im Auge oder anderweitige Störungen daselbst eintreten. Weiter prüfte er die Wirkung des Mittels auf die Schleimhaut des Ohrs, des Mundes, der Nase, der Trachea, des Larynx, der Urethra und des Rectums und konnte an allen diesen Orten danach eine Verminderung der Sensibilität constatiren.

Aus diesen Beobachtungen ist es ersichtlich, dass das Cocain besonders in der Augenheilkunde therapeutisch verwerthet werden kann. Koller (c. l. c.) empfiehlt es als Narcoticum bei schmerzhaften Augenaffectionen, besonders den mit Schmerzen und Lichtscheu verbundenen Hornhaut- und Bindehauterkrankungen, sowie der Iritis. In erster Linie aber ist es als Anaestheticum bei Augenoperationen am Platze, vor allen Dingen bei Entfernung von Fremdkörpern aus der Cornea, bei Tätowirung von Hornhautnarben, bei der Flügelfelloperation und der Cauterisation von Cornealgeschwüren. Was die Iridectomien und Staaroperationen anlangt, so war nach Anwendung von Cocain nur der Corneal- bez. Scleralschnitt vollständig schmerzlos, bei den anderen Operationsakten dagegen erschien das Schmerzge-

[1]) Vergl. die Mittheilung von E. Merk. Zehender's klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde XXII. p. 428 u. ff.

[2]) Centralblatt für Therapie von Heitler, Augustheft 1884.

[3]) C. Koller, Ueber die Verwendung des Cocain zur Anästhesirung am Auge. Wiener med. Wochenschr. 1884. No. 43 u. 44.

[1]) Ueber das Cocainum muriaticum in seiner Anwendung in der Okulistik. Wiener med. Presse 1884. No. 42 und 43.

[2]) Fortschritte der Medicin 1884. No. 22. p. 737.

[3]) The Medical Record Vol. 26. No. 17. 1884. October 25th. p. 461.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fühl herabgesetzt. Königstein (c. l. c.) sah ausserdem nach Einträufelung des Cocain gute Erfolge bei Orbitalneuralgien und bei Injectionen der Conjunctiva. Hirschberg[1]) verwandte es mit Vortheil bei kleinen Operationen, wie Extraction von Eisensplittern aus der Hornhaut, Tätowirung u. s. w. Auch bei fünf Altersstaarextractionen schien es ihm sehr nützlich zu sein; die Heilung liess nichts zu wünschen übrig.

v. Schenkl[2]) empfiehlt es bei allen operativen Eingriffen im Auge. Knapp (conf. l. c.) träufelte vor einer Tenotomie des Internus, einer Pterygiumoperation und einer Entfernung eines Eisensplitters aus der Hornhaut eine 2procentige Lösung in das Auge, konnte aber nur eine Herabsetzung der Sensibilität, keine vollständige Anästhesie constatiren. Dagegen gelang es ihm, eine solche bei fünf Fällen zu erzielen, nachdem er eine 4procentige Lösung angewandt hatte. Es waren dies zwei Fälle von Trachom, woselbst das Touchiren mit dem Cuprumstift ebenso wenig Schmerz verursachte, wie bei einem Falle von Entfernung eines Fremdkörpers aus der Hornhaut. Bei einer Cataractoperation empfand der Patient den Cornealschnitt nicht im Geringsten, dagegen machte die Excision der Iris und die Entbindung der Linse einige, wenn auch nur geringe, Beschwerden. Bei einer Thränenfisteloperation wurde das Weber'sche Messer erst gefühlt, nachdem es die Strictur passirt hatte. J. Roosa[3]) konnte durch Instillation einer 2procentigen Cocainlösung, bei mehreren Schieloperationen und bei einer Cataractextraction in geschlossener Kapsel wohl eine bedeutende Herabsetzung der Sensibilität, nicht aber totale Anästhesie erreichen.

Auch ich habe das Cocainum muriaticum häufig in der ophthalmiatrischen Praxis angewandt und kann die gerühmten Vorzüge desselben im Wesentlichen bestätigen.

Nach Einträufelung einer 2 proc. Lösung in den Conjunctivalsack konnte ich die Zurücknähung eines Pterygium vornehmen, ohne dass der sonst so empfindliche Patient irgend welche Schmerzen gespürt hätte. Bei der Spaltung einer Strictur des Ductus naso-lacrymalis fühlten die Patienten in zwei Fällen die ersten Schmerzsymptome erst, nachdem das Weber'sche Messer den Thränensack passirt hatte. Die Incision der Conjunctiva sowie die Lockerung des subconjunctivalen Gewebes bei Zurücklagerung des Internus verursachte nicht die geringste Unannehmlichkeit, dagegen wurde die Durchschneidung der Muskelsehne deutlich empfunden, wenn auch das Schmerzgefühl nicht entfernt so ausgesprochen war, wie bei einem nicht cocainisirten Auge. Eine kleine von der Corneoscleralgrenze ausgehende Dermoidgeschwulst wurde nach Cocaininstillation entfernt, ohne dass die Patientin über Schmerzen geklagt hätte. Von sehr guter Wirkung war die Einträufelung von Cocain bei einem sehr schmerzhaften Substanzverlust der Cornea, welche durch Verletzung mit einem Fingernagel entstanden war. In mehreren Fällen gelang es in der Cornea festsitzende Eisensplitter, ohne dass die Patienten Unannehmlichkeiten spürten, zu entfernen. — Vorzüglich bewährte sich die Einträufelung einer 2 proc. Cocainlösung bei einer schweren Augenverletzung. Ein 20jähriger Kutscher war durch einen Schrotschuss, der von einem Stein recochetirt war, im Gesicht verletzt. Ausser mehreren Schrotkörnern, welche in der Haut, der rechten Wange und Stirn sassen, fanden sich 3 von nahezu 1 mm Durchmesser im subconjunctivalen Gewebe in der Gegend des inneren Augenwinkels und ein Korn von derselben Grösse am Boden der vorderen Kammer. Dasselbe sass fest in dem Corneoscleralfalz und hatte so den Abfluss des Humor aqueus verhindert. Nach mehrfacher Instillation von Cocain konnte ich die 3 Körner unter der Conjunctiva schmerzlos entfernen. Um das Korn aus der vorderen Kammer zu extrahiren, erweiterte ich vermittelst eines schmalen Messers die Wunde an dem Corneoscleralfalz, führte sofort einen kleinen Löffel hinter das Schrotkorn und konnte so dasselbe entfernen. Mit dem Abfluss des Kammerwassers prolabirte ein kleines Irisstückchen, dessen Reposition mir vermittelst eines stumpfen Hakens gelang. Unter Druckverband heilte der ganze Process, ohne dass Cataracta traumatica oder Iritis entstanden wäre. Es trat allein eine Keratitis auf, welche mit Zurücklassung eines kleinen Hornhautfleckens verging. — Während die Erweiterung der Wunde und die Einführung des Löffels dem Patienten keine Schmerzen verursachte, klagte derselbe über solche, wenn auch nur über unbedeutende, bei der nach Abfluss des Kammerwassers gemachten Irisreposition, trotzdem noch während der Operation die Cocaineinträufelung fortgesetzt wurde. Auch bei 2 Iridectomien wurde der Scleralschnitt schmerzlos ertragen, doch verursachte die Irisexcision einige Beschwerden, welche jedoch sich nicht mit denen vergleichen lassen, welche bei nicht cocainisirten Augen beobachtet werden. Die Discision eines traumatischen Cataract ertrug ein 10jähriger Knabe nach der Instillation der 2procentigen Lösung, ohne Schmerzensempfindung von sich zu geben. Was die Wirkung des Cocain bei Iritis anlangt, so kann ich die günstigen Berichte anderer Beobachter nicht bestätigen. Wenn vielleicht auch die Schmerzen nach Einträufelung derselben etwas nachgelassen haben mögen, so hatte das Mittel nicht den geringsten Einfluss auf die hinteren Synechien. Erst nach energischer Anwendung von Atropin gelang es dieselben zu lösen.

Aus dieser Zusammenstellung ist ersichtlich, dass das Cocainum muriaticum zu den schätzbarsten Mitteln der Augentherapie gehört, besonders ist seine Anwendung bei allen operativen Eingriffen im Auge vom grössten Werthe. Wenn es auch nicht gelingt, in allen Fällen eine vollständige Anästhesie nach Einträufelung desselben zu erzielen, so kann man doch eine solche Herabsetzung der Sensibilität damit erreichen, dass selbst tiefere operative Eingriffe im Auge ohne jedes andere Narcoticum ertragen werden. Zudem sind bis jetzt noch keine nachhaltig schädlichen Einwirkungen des Cocains auf das Sehorgan beobachtet worden.

[1]) Centralbl. f. pr. Augenheilkunde 1884. p. 316.
[2]) Prager med. Wochenschr. 1884 No. 45, p. 441.
[3]) The Medical Record 1884. October 25. p. 463.

II. Ueber die Anwendung von Brompräparaten bei Neurosen, speciell bei Epilepsie.

(Aus einem im Halle'schen Aerzteverein gehaltenen Vortrage.)

Von
Prof. **Dr. B. Küssner** in Halle.

Jedes Jahr bringt eine Anzahl von Mittheilungen über die Wirkung der Brompräparate bei allerlei Neurosen, besonders bei der Epilepsie, und doch ist diese anscheinend so einfache Frage noch nicht in allen Einzelheiten erledigt.

Dass wir in den genannten Salzen die weitaus wirksamsten von allen antiepileptischen Mitteln besitzen, dürfte von Niemand mehr bezweifelt werden, und zwar nicht blos gegen die „einfache“ oder „gewöhnliche“ Epilepsie, sondern auch gegen die dem Wesen nach identischen Processe: Petit mal, Vertige, die epileptischen „Aequivalente“. Selbst bei der Reflex-Epilepsie ist es (ob immer, weiss ich nicht) möglich, durch Bromsalze die Anfälle seltener zu machen, oft auch da, wo eine causale Behandlung, so rationell sie ist, Nichts leistet. Jedenfalls ist man darüber einig, dass die allermeisten Fälle von Epilepsie — im weitesten Sinne — durch consequenten Brom-Gebrauch eine ganz erhebliche Besserung erfahren — eine Besserung, wie sie durch kein andres Mittel auch nur annähernd erreicht wird, und in diesem Sinne darf man gewiss die Bromsalze als Specifica bezeichnen. Es ist freilich noch nicht lange her, dass diese Anschauung sich Bahn gebrochen hat.

So erwähnt Trousseau in der 3. Auflage seiner Clinique médicale (1868) in seiner bekannten meisterhaften Schilderung der Epilepsie das Bromkalium nur nach dem Berichte von Gueneau de Mussy, der „bemerkenswerthe Erfolge“ damit erzielt habe. Und selbst 1875 hat Nothnagel in seiner trefflichen Bearbeitung der Epilepsie in Ziemssen's Handbuch dem Brom noch nicht einen sonderlich hohen Platz angewiesen. Jetzt sind wir eben einen wesentlichen Schritt weiter und dürfen nach zahlreichen Beobachtungen in allen Ländern den Bromverbindungen mit Recht den ersten Rang unter allen Mitteln zusprechen. — Ob definitive Heilungen dadurch erzielt werden, ist eine Frage, die von Manchen (Bennett, Otto, Voisin) bejaht, von Manchen (Legrand dé Saulle, G. Sée, Berger) verneint, von Andern endlich unbeantwortet gelassen wird. Es scheint allerdings, dass wirkliche Heilungen dadurch selten sind; und man darf nicht vergessen, dass auch gar nicht behandelte Fälle klassischer Epilepsie von selbst heilen können, wie zuverlässige Autoren beobachtet haben.[1]) Uebrigens ist wohl bei Beurtheilung der Wirkung der Bromsalze nicht immer genügend darauf geachtet worden, wie lange die Krankheit schon bestand, und es scheint uns, dass dies ein Punkt von grosser Wichtigkeit ist; je früher Brom angewendet wird, um so günstiger gestalten sich im Allgemeinen die Aussichten. — Was die Form der Epilepsie betrifft, so habe ich den Eindruck gewonnen, den ich freilich nicht zahlenmässig beweisen kann, dass die Fälle, die in ihrem Auftreten rein äusserlich schwer erscheinen (starke Convulsionen, oft vorhergehende tiefe Abgeschlagenheit und Oppression, ausgeprägter postepileptischer Stupor, intensive Kopfschmerzen) auch für die Behandlung weniger günstige

[1]) Mindestens ein solcher Fall, bei einem hereditär nicht belasteten Individuum, ist auch mir mit Sicherheit bekannt: seit den frühen Kinderjahren auftretende und bis nach erreichter Pubertät anhaltende typische epileptische Anfälle — Aufhören derselben jetzt seit ca. 10 Jahren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Chancen bieten, dass andrerseits die dem äusserlichen Gesammteindruck noch leichter erscheinenden Fälle (speciell auch Schwindelzustände und ähnl.) bessere Resultate geben. Namentlich beobachtet man auch bei der ersten Kategorie von Kranken entschieden öfter eine Intoleranz gegen Brompräparate, oder die Patienten weigern sich dieselben zu nehmen, da sie sich wohler fühlen, wenn die Anfälle ordentlich zum Ausbruch kommen.

Von Autoren, die über diese Punkte ausdrückliche Angaben machen, haben einzelne gerade bei der „Epilepsia mitior" geringere Wirkungen gesehen (Berger, Hamilton); indessen stehen ihnen die Erfahrungen anderer gewiegter Beobachter gegenüber (Bennett, Voisin).

Als Repräsentant der Bromverbindungen gilt allgemein das Bromkalium, in der Armenpraxis schon deshalb, weil es um 25 Proc. billiger ist als die demnächst am häufigsten versuchten Salze Bromnatrium und Bromammonium; die anderweitigen, Bromlithium etc. kommen als Ersatzmittel in grösserem Umfange nicht in Betracht. Besondere Verdienste um seine Verbreitung in der Praxis haben namentlich englische und amerikanische Aerzte, die es oft und nachdrücklich empfohlen haben (Laycock, Beard, Seguin u. A.); schon bald aber hat man, in der Furcht dem Körper zu viel Kalisalze zuzuführen, versucht andere Bromverbindungen wie oben genannt zu substituiren, neuerdings sogar Bromwasserstoffsäure dafür gegeben, und vielfach wird jetzt das Bromkalium etwas discreditirt — wie wir glauben, mehr auf Grund theoretischer Erwägungen. Denn es sind namhafte Autoren (Berger, Gowers) ausdrücklich dafür eingetreten, gegenüber den andern Bromiden. Letzthin hat Erlenmeyer (Cbl. f. Nervenheilk. 1884, No. 18) ähnlich wie schon in einer früheren Mittheilung sich im Ganzen gegen Bromkalium, oder wenigstens gegen dieses Salz allein, ausgesprochen; er empfiehlt als ausgezeichnet wirkend und die unangenehmen Nebenwirkungen der Bromkalium-Darreichung (Wirkung auf Herz und Gefässe, Acne) nicht zeigend eine Combination von Bromkalium, Bromnatrium uud Bromammonium (1 : 1 : $^1/_2$) in gelöstem Zustande. Es wäre praktisch gewiss von der grössten Bedeutung, wenn seine Erfahrungen (Specielles s. a. a. O.) sich bestätigten.

Nur um zu zeigen, wie sehr im Einzelnen die Meinungen auseinandergehen, habe ich einige wenige unter den mir wichtiger erscheinenden Angaben angeführt; aber nicht eigentlich diese, sondern die rein therapeutische oder richtiger technische Seite des Gegenstandes wollte ich heute berühren. Es ist dies eine eminent praktische Frage, die nur durch vielfältige Erfahrung beantwortet werden kann. — So wenig man kurzweg sagen kann „gegen Malaria hilft Chinin", oder gegen Syphilis Quecksilber oder so wenig Application von Carbolsäure auf Wunden gleichbedeutend ist mit Lister'schem Verbande, ebenso wenig genügt es, generell Bromkalium gegen Epilepsie zu empfehlen. Im Gegentheil, ich bin fest davon überzeugt, dass viele Aerzte nur deshalb weniger günstige Erfolge zu verzeichnen haben, weil sie das Mittel nicht in der rechten Weise anwenden. Gar nicht selten habe ich von Leuten, denen ich Bromkalium verordnete (übrigens nicht blos Epileptikern), die Antwort bekommen „das ist mir schon verschrieben worden, aber es hat nicht geholfen" oder „das kann ich nicht vertragen". Ich möchte also hauptsächlich nur kurz mittheilen, welche Art der Verabfolgung ich als die beste erprobt habe.

Bezüglich der Dosis und der Dauer der Darreichung kann ich mich durchaus an die bekannten Angaben anschliessen. Was die Form der Verordnung betrifft, also einen anscheinend vielleicht untergeordneten Punkt, so glaube ich doch, dass auch hierauf unter Umständen Werth zu legen ist, besonders im Verkehr mit weniger intelligenten Patienten. Für ungemein empfehlenswerth halte ich hier die Art der Ordination, welche Herr Geheim-Rath Th. Weber in der hiesigen Poliklinik eingeführt hat: es werden die Tagesdosen fertig abgetheilt dem Patienten verschrieben, z. B.

Rp. Kal. bromat. 8,0
d. tal. dos. No. X.
S. täglich 1 Portion zu verbrauchen.

Etwaige Irrungen werden dadurch so gut wie ganz vermieden und können wenigstens dem Arzte nicht zur Last gelegt werden.[1]) Diese Portion wird dann in einer grösseren Quantität Wasser, $^1/_2$ bis 1 Liter, aufgelöst und im Laufe des Tages schluckweise ausgetrunken. Wenn das Mittel auch noch in dieser Verdünnung unangenehm schmeckt, kann man statt des Wassers mit Vortheil einen aromatischen Thee (Kamillen-, Pfeffermünzthee u. dgl. in dünnem Aufgusse) nehmen. Wer einen irgend empfindlichen Magen hat, fängt erst nach dem Frühstück an zu mediciniren. Gerade die dauernde Zufuhr der stark verdünnten Lösung ist, wie wir uns überzeugt haben, äusserst wichtig, um den Appetit zu erhalten, den Kranken überhaupt nicht widerwillig gegen das Mittel zu machen, einen langen Fortgebrauch desselben zu ermöglichen und wie es scheint, auch Acne zu verhüten.

Mendel (diese Ztschr. 1884 No. 40) hat neuerdings empfohlen, grössere Dosen (mehrere Gramm) auf einmal, ebenfalls in dünner Lösung, zu nehmen; ob diese oder unsere Art der Darreichung vorzuziehen ist, werden weitere Erfahrungen gewiss ergeben. Auf die Wichtigkeit der Verdünnung haben übrigens begreiflicherweise schon viele Autoren aufmerksam gemacht, auch die meisten Pharmakologen betonen dies speciell (vgl. z. B. Husemann, Arzneimittellehre). Versäumt man dieselbe, so tritt fast stets Appetitverlust, Magendrücken etc. ein, und damit die Unmöglichkeit lange genug die Medication fortzusetzen.

Als Anfangsdosis für einen Erwachsenen geben wir wie die meisten Autoren 8 g und steigen nöthigenfalls auf 10, event. auf 12 g pro Tag, höher jedoch nicht. (Nothnagel u. A. haben bis 20 g gegeben.) Mit kleineren Dosen als 8 g anzufangen hat auch nach unsern Erfahrungen keinen Zweck; andererseits gleich oder auch später so grosse Gaben anzuwenden, dass Intoxicationssymptome (Stumpfheit etc.) dadurch entstehen, vermeiden wir absichtlich — abgesehen davon, dass der schliessliche Effect nicht ein zweifellos günstiger, mitunter sogar ein gegentheiliger ist, hat uns davon immer der Gesammteindruck derartig bromisirter Kranker zurückgehalten, namentlich die bei ihnen auftretenden motorischen Störungen. Es ist zwar bisher nicht erwiesen, dass beim Menschen organische Veränderungen des centralen Nervensystems durch chronischen Bromgebrauch entstehen — indessen darf vielleicht daran erinnert werden, dass Schiff experimentell auf diese Weise Myelitis erzeugt haben will.

In der angegebenen Weise wird einige Wochen (mindestens 14 Tage lang) Bromkalium täglich gereicht, dann versuchsweise nur jeden zweiten Tag — genügt dies nicht, so muss man es täglich geben. Wohlgemerkt aber jeden zweiten Tag die volle Dosis, nicht etwa täglich eine kleinere Quantität! Ist dies längere Zeit (meist mehrere Monate) hindurch geschehen, so macht man den Versuch, jeden dritten Tag, später in noch grösseren Zwischenräumen das Mittel zu geben; immer natürlich unter sorgfältigster Controlle des Kranken und unter dem Vorbehalt es öfter zu thun, sobald es erforderlich scheint. Die Gesammtdauer der Behandlung muss sich fast immer auf Jahre erstrecken.[1]) In einzelnen Fällen haben wir auch in den späteren Monaten das Bromkalium 8 Tage lang nehmen und dann 8 Tage lang aussetzen lassen u. s. f. — Voisin (l. c.) giebt als Index für die Dosis sowohl als für die Dauer der Darreichung an, dass das Niederdrücken des Zungengrundes keinen Würgreflex mehr hervorrufen dürfe. Ich habe mich immer an die Wirkung des Broms aufs Allgemeinbefinden und auf die Anfälle gehalten; indessen kann man sich oft überzeugen, dass beide Reihen von Erscheinungen Hand in Hand zu gehen pflegen.[2])

Namentlich in den letzten Jahren habe ich auch statt des Bromkalium allein oft Bromkalium in Verbindung mit Bromammonium[3]) oder dieses für sich verordnet — es geschah dies in Folge einer durch stets sich wiederholende Mittheilungen immer neu angefachten Furcht vor den „Kalisalzen", obwohl ich gestehen muss, dass ich gerade bei der Epilepsie niemals dafür sprechende Beobachtungen gemacht habe. (Vgl. auch die oben citirten Angaben von Berger, Gowers.) Einen Unterschied in der Wirkung der Salze habe ich bisher nichts finden können. (Nach Voisin's Erfahrungen wäre es überdies ganz überflüssig, andere Brompräparate zu versuchen, wenn Bromkalium etwa

[1]) Es kam vor einigen Jahren hier ein Fall vor, wo einem Epileptiker 150 g Bromkalium verschrieben wurden, mit der Weisung 1—2 Theelöffel täglich davon zu verbrauchen; er nahm zweistündlich einen Theelöffel und starb am zweiten Tage (nachdem er etwa die Hälfte der ganzen Quantität genommen hatte) unter den Erscheinungen der Herzlähmung, ohne einen neuen Anfall.

[1]) Voisin sagt bezeichnend in seiner vorzüglichen Bearbeitung der Epilepsie im Dict. de méd. et chir.: „le bromure de potassium doit rester presque un aliment pour l'épileptique."

[2]) Das bisher Gesagte bezieht sich auf solche Fälle von Epilepsie, in denen die Anfälle nicht gar zu selten auftreten. Wo, wie es besonders bei älteren Leuten mitunter der Fall ist, vielleicht nur alle halbe Jahre ein Anfall erscheint, ist es meistens nicht nöthig überhaupt Etwas zu thun, und da kann man also auch das Bromkalium entbehren. — Ein älterer Herr meiner Behandlung, der seit mehreren Jahren ziemlich regelmässig alle 3 bis 4 Monate einen epileptischen Anfall bekam und das Herannahen desselben gewöhnlich schon einige Tage zuvor merkte, entschloss sich des Versuchs halber Bromkalium zu nehmen, sobald sich diese Erscheinungen einstellten — und wenigstens einige Male ist es gelungen den Ausbruch des Anfalles zu verhüten, ohne dass sich andere Beschwerden eingestellt haben.

[3]) Bromnatrium nicht, da es zu stark hygroskopisch ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

versagt hat — sie sollen dann ebenfalls gänzlich unwirksam sein.) Bisweilen schien es zwar, als wirke Bromammonium besser, indessen möchte ich dies durchaus nicht mit Sicherheit behaupten. Hervorheben aber muss ich wiederholt, dass bei der oben beschriebenen Art der Darreichung beide Salze ausnahmslos gut vertragen wurden, und dass auch die mitunter Wochen lang dauernde Aufbewahrung derselben keinen schädlichen Einfluss hatte. Man hat ja öfters darauf aufmerksam gemacht, dass besonders Bromammonium sich bei längerem Liegen zersetze und saure Reaction annehme (Erlenmeyer u. A.) und dadurch schädlich wirke — wie stimmt aber damit die Empfehlung der Bromwasserstoffsäure (Wood), die doch gewiss sauer reagirt?

Ueber die definitive oder curative Wirkung des Bromkaliums möchte ich einstweilen mein Urtheil zurückhalten; auch war dies gar nicht der Zweck der heutigen Mittheilung. — Die möglichst continuirliche Zufuhr einer diluirten Lösung, die doch die nöthige absolute Menge Brom enthält — das scheint mir einer der wesentlichsten Punkte, und ich möchte darauf auch bei der Behandlung vieler anderer Neurosen Werth legen, wo Bromkalium überhaupt angebracht ist.

Die vielfachen oft nicht näher zu classificirenden Zustände von Nervosität, Ueberarbeitung, andauernder Schlaflosigkeit, innerer Unruhe, Oppressionsgefühl etc. etc., also bald mehr in Gestalt eines „allgemeinen" Nervenleidens, bald mehr in Form begrenzter nervöser Störungen auftretend (auf Einzelheiten einzugehen ist hier nicht der Ort), und bei denen man sich veranlasst sieht, Bromkalium zu verordnen, werden im Allgemeinen am besten in der angegebenen Weise damit behandelt — es scheint eben, dass der „beruhigende" Einfluss des Mittels sich dann am wirksamsten geltend macht.

Selbstverständlich will ich mit Obigem nicht sagen, dass Bromkalium nur auf diese Weise gereicht werden dürfe — wo es auf schnelle Wirkung ankommt, wird man natürlich eine etwas grössere Dosis (mehrere Gramme) auf einmal oder binnen kurzer Zeit zu nehmen verordnen.

[In der Discussion machte Herr Dr. Schwarz darauf aufmerksam, dass bei Hysterischen Bromkalium oft nutzlos ist und namentlich etwaige Erregungszustände nicht bessert; für viele Fälle kann ich dies durchaus bestätigen.]

Zum Schluss möchte ich noch die Bemerkung hinzufügen, dass auch kleinen Kindern unter Umständen Bromkalium mit grossem Vortheil verordnet werden kann, und als Beispiel mein eigenes Söhnchen anführen, das im Alter von 6 Monaten bei der Dentition viel unruhig war, besonders Nachts. Ich liess ihn an drei (nicht auf einander folgenden) Tagen jedesmal Nachmittags 0,25 g Bromkalium aufgelöst in seiner Portion Milch, die zwei „Mahlzeiten" ausmachte, trinken — und die Wirkung war ausgezeichnet; das Kind wurde grade gegen Abend ruhig und schlief Nachts vortrefflich.

III. Aus dem städtischen Krankenhause zu Barmen.
Ueber einige Fälle von Echinokokkus.

Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein zu Barmen

von

Dr. L. Heusner, Oberarzt.

M. H. Unter den zahlreichen Schmarotzern des Hundes befinden sich einige Tänien, welche ihre Jugendperiode in dem Körper der Wiederkäuer verbringen und ihre Einwanderung dahin bekanntermaassen in der Weise vollziehen, dass die Eier der Bandwürmer mit dem Futter in den Magen der Thiere gelangen und hier die Embryonen mit Hülfe der Verdauungssäfte aus ihrer Eischale befreit werden.

Es sind dies die Taenia marginata, deren Larve als Cysticercus tenui collis, an Bauch- und Rippenfell der Wiederkäuer gefunden wird, die Taenia coenurus, deren Cysticercus (coenurus) die Drehkrankheit der Schafe erzeugt und die Taenia echinokokkus, deren Blasenzustand auch beim Menschen vorkommt und sich durch mehrere besonders gefahrbringende Eigenschaften auszeichnet. Während nämlich die Taenia echinokokkus nur drei Glieder an ihrem Kopfe erzeugt und eine Stubenfliege an Grösse nicht übertrifft, wird sein Cysticercus 10 und 100fach grösser als alle andern Bandwurmlarven, hat eine Lebensdauer, die sich auf Jahrzehnte erstreckt und eine wahrhaft furchtbare Vegetationskraft, indem er, das Märchen von der Hydra verwirklichend, Hunderte mit Haken und Saugnäpfen bewaffneter Bandwurmköpfe an seiner Innenfläche hervorspriessen lässt. Bei manchen Exemplaren füllt sich das Innere der Blase zuerst mit Tochter- und Enkelbrut an und erst in diesen wachsen die Köpfe; andere bleiben eine Zeit lang oder dauernd steril. Man hat letztere früher mit Unrecht als eine besondere Species betrachtet und Acephalocysten genannt.

Auch der seltenere Echinokokkus multilocularis des Menschen, der früher für eine Art von Gallertkrebs gehalten wurde, ist nach Virchow's Entdeckung ein gewöhnlicher Echinokokkus, dessen Tochterbrut nach aussen in Lymph- oder Blutgefässe hineingewuchert ist unter Ausbildung von Communicationen zwischen den Blasen und gallertiger Umwandlung des Inhaltes. Je nach dem Standorte kann nämlich der Schmarotzer seine Gestalt verändern, indem die Tochterblasen und Köpfe bald in das Innere der Mutterblase hineinwachsen, wie es in der Regel beim Menschen und Rinde geschieht, bald an der Aussenseite hervorwuchern wie beim Schafe und Schweine.

Wo Hunde und Wiederkäuer in grösserer Menge zusammen gehalten werden, wie in den Rennthier-Züchtereien Islands und den Schafzüchtereien Australiens, da findet der Echinokokkus die günstigsten Bedingungen zu seiner Fortpflanzung und so soll in manchen Districten Islands über $^1/_4$ der Hunde die Taenia und jeder 6. bis 7. Mensch den Cysticerkus Echinokokkus beherbergen. In Deutschland ist Schlesien, Mecklenburg und Franken als bevorzugter Sitz des Schmarotzers bekannt. Im pathologisch-anatomischen Institute zu Berlin wurde während eines 10jährigen Zeitraumes durchschnittlich in je $1^1/_2$ Hundert Leichen ein Echinokokkus gefunden, von denen aber die Mehrzahl während des Lebens keine Krankheitserscheinungen verursacht hatte.

Bei uns scheint der Echinokokkus selten vorzukommen; ich hatte hierselbst nie einen Echinokokkus-Kranken zu sehen Gelegenheit, bis mir im letzten halben Jahre kurz hintereinander drei Fälle zur Beobachtung kamen, die ich Ihnen heute vorzustellen mir erlaube.

Der erste der Kranken ist ein 31jähriger Schuhmacher, der schon eine lange Leidensgeschichte hinter sich hat und Anfangs April in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Früher ganz gesund, war er im Laufe der vorhergehenden Monate matt geworden und klagte über Druck und Völle in der Lebergegend. Fieber hatte er nicht gehabt; die Temperatur bei der Aufnahme war normal. Die Leber fand sich nach allen Dimensionen bedeutend vergrössert, aber nicht druckempfindlich. Ihr unterer Rand war vorn in der Höhe des Nabels fühlbar; ihre obere Dämpfungsgrenze reichte weit in den rechten Brustraum hinauf und stand in der Axillarlinie am höchsten zum Unterschiede von pleuritischen Dämpfungen, welche hinten am weitesten hinauf reichen.

Am Tage nach der Aufnahme wurde unter antiseptischen Cautelen an drei Stellen mit der Pravaz'schen Spritze eine Probepunction gemacht und überall eine wasserhelle, dünnflüssige, eiweissfreie Flüssigkeit entleert, in der sich bei mikroskopischer Untersuchung Echinokokkenhäkchen fanden.

Am nächsten Tage sollte die Operation ausgeführt werden; allein es kam anders. Binnen wenigen Stunden entwickelte sich unter lebhaftem Fieber (Puls bis 160 Schlägen!), Würgen, Abführen, Auftreibung und Empfindlichkeit des Leibes, Athemnoth, Stuhl- und Urindrang ein ganz bedenklicher Collapszustand. Gleichzeitig erschien über den ganzen Körper ein kleinfleckiger, masernartiger Ausschlag, wie ich ihn früher öfters nach Lammbluttransfusionen gesehen habe und wie er von Jonassen als Beweis, dass Echinokokkenflüssigkeit in den Bauchraum ausgetreten ist, angesehen wird. In Folge langsamen Aussickerns des Cysteninhaltes verkleinerte sich in den nächsten Tagen die Leberdämpfung bis zur Norm, worauf das Befinden des Kranken sich langsam besserte, so dass er etwa einen Monat später mit scheinbarer Heilung entlassen werden konnte.

Die Freude dauerte jedoch nicht lange. Zwar waren keine so schlimmen Folgen eingetreten, wie in einem von Ewald beschriebenen Falle, wo nach der Probepunction tödtliche Peritonitis folgte, auch hat sich unsere Befürchtung, dass eine Aussaat von Echinokokken im Bauchraume stattgefunden haben möchte, nicht bestätigt. Aber einen Monat nach der Entlassung kam der Patient in's Krankenhaus zurück mit einer ebenso grossen Leberanschwellung und ähnlichen Beschwerden wie früher, und wir entnahmen aus dem zeitherigen Verlaufe:

1. dass Murchison's Angabe von dem Verschrumpfen und Absterben der Echinokokken nach der Entleerung des Sackes nicht nicht immer zutrifft;

2. dass alle auf Punction des Echinokokkus gerichteten Heilmethoden, wie sie früher gebräuchlich waren, ihre schweren Bedenken haben, wie denn in der That bei allen zahlreiche Misserfolge und auch Todesfälle verzeichnet stehen.

Auch Récamier's langsame Eröffnung des Sackes mittelst Chlorzinkpaste verdient als langwierig, schmerzhaft und unsicher verlassen zu werden, und die inneren Mittel wie Jodkali, Quecksilber und die von dem Isländischen Arzte Hjaltelin warm empfohlene Kamala-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tinctur können doch nur in Fällen, welche einer operativen Behandlung unzugänglich sind, in Betracht kommen.

Es bleibt als einzig empfehlenswerth, die operative Eröffnung der Cyste übrig, die, schon von Murchison u. a. ausnahmsweise in Anwendung gezogen, doch erst seit Einführung des Lister'schen Verfahrens ihrer früheren Gefahren entkleidet wurde. Um ein Aussickern von Cysteninhalt in die Bauchhöhle zu vermeiden wird der Sack vor der Eröffnung sorgfältig in die Bauchwunde eingenäht, oder man eröffnet nach Begin's und Volkmann's Empfehlung zuerst die Bauchwand und wartet mit der Eröffnung der Cyste bis eine Verwachsung zwischen ihr und der Bauchwand eingetreten ist.

Wir wählten bei unserm Kranken die letztere Methode, legten am 10. Juni einen Schnitt unter dem rechten Rippenbogan bis auf die Geschwulst an, tamponirten die Wunde um Adhäsion zu begünstigen vorschriftsmässig mit Krüllgaze aus und eröffneten dann 11 Tage später den Echinokokkus selbst, wobei eine $1\frac{1}{2}$ cm dicke Leberschichte durchschnitten werden musste. Der Verband musste wegen Aussickerns reichlicher Mengen von anfangs seröser, später eitriger Flüssigkeit häufig erneuert werden. Die in den Sack eingelegten Gummidrains wurden allmälig verkürzt und zwei Monate nach der Operation, da die Secretion fast versiecht war, weggelassen.

Der Kranke, der sich ganz erholt und 7 Pfund an Gewicht gewonnen hatte wurde zum zweiten Male nach Hause entlassen.

Auch diesmal war die Heilung nur eine scheinbare und schon nach kurzer Zeit stellte der Patient sich wieder ein mit Klagen über Appetitlosigkeit, Mattigkeit, weisslich belegten Granulationen an der Fistelöffnung und erheblicher Temperatursteigerung. Eine Untersuchung in Narkose belehrte uns, dass die grosse Wundhöhle noch nicht ausgeheilt war, und dass wir die Drainröhren zu früh entfernt hatten. Nach Erweiterung der alten Fistel gelang es uns nämlich, eine lange Kornzange bis zur gegenüberliegenden Thoraxwand einzuführen. Eine Gegenöffnung an dieser Stelle erschien uns dringend nöthig; allein es entstand die Erage, ob man ohne Weiteres durch die Brustwand durchgehen durfte, auf die Gefahr hin nicht bloss den Bauchraum, sondern auf den rechten Pleurasack zu eröffnen und der Infection auszusetzen?

Israël hat in einem auf dem 8. Chirurgencongress vorgestellten Falle von Echinokokkus der hintern obern Leberfläche erst die rechte Pleurahöhle unten eröffnet und die Wunde mit Krüllgaze austamponirt; dann, nach Anheilung der Pleura diaphragmatica an die Wundränder das Zwerchfell bis auf die Geschwulst durchtrennt, wiederum den Krülltampon eingelegt und in dritter Instanz endlich den Sack eröffnet. Volkmann dagegen ging in einem ähnlichen Falle, wobei Verjauchungserscheinungen rasches Handeln nöthig machten, in einem Tempo durch die Pleurahöhle und das Zwerchfell in den Echinokokkus ein und erzielte complete Ausheilung in 18 Wochen. Bedrohliche Erscheinungen traten in beiden Eällen bei Eröffnung der Brusthöhle nicht auf; im Volkmann'schen Falle folgte eine mässige Pleuritis mit schleimig-eitriger Absonderung. Man darf also ohne viel zu riskiren die Pleurahöhle eröffnen, und so gingen wir, um unseren allmählich sehr operationsscheu gewordenen Patienten nicht noch öfter chloroformiren zu müssen, ebenfalls durch die Brustwand auf die von vorne her vorgeschobene Spitze der Kornzange ein, wobei wir ein Stück der 9. Rippe resecirten und den Sack in breiter Ausdehnung eröffneten.

Es entleerte sich eine beträchtliche Menge Eiter und ein grosser, früher nicht zum Vorschein gekommener Echinokokkensack. Der Bauchraum zwischen Zwerchfell und Geschwulstoberfläche erwies sich wie im Volkmann'schen Falle als obliterirt; der rechte Pleurasack dagegen war bei der Operation angeschnitten worden und eine in den nächsten Tagen auftretende Eiteransammlung hierselbst nöthigte uns 6 Tage darauf die rechtsseitige Empyemoperation hinzuzufügen, zu welchem Zweck ein weiteres Stück der 9. Rippe hinweggenommen und eine ausgiebige Drainage des Brustraumes eingerichtet wurde.

Obgleich gegenwärtig noch immer eine reichliche Absonderung stattfindet ist der Kranke jetzt auf voller Besserung und wird hoffentlich ohne weitere Fährlichkeiten seiner völligen Genesung entgegengehen.

Ich stelle Ihnen sodann einen weiteren 35jährigen Echinokokkuskranken hier vor, der am 21. Juni d. J. in unser Krankenhaus aufgenommen wurde. Derselbe hatte zehn Jahre vorher eine Rippenfellentzündung durchgemacht und später zweimal Hämoptoë gehabt und machte, da er stark hustete, hoch fieberte und sehr abgezehrt ankam, auf den ersten Anblick den Eindruck eines Phthisikers im letzten Stadium. Allein gleichzeitig bestehender Icterus, sowie die Mittheilung des Kranken, dass er vor acht Monaten schon einmal an Gelbsucht und Leibschmerzen gelitten habe, lenkten unsere Aufmerksamkeit auf die Leber hin, die wir sehr empfindlich und, wie im vorigen Falle, namentlich in der Axellinie hoch in den Brustraum hinaufragend fanden. Am Tage nach der Aufnahme stellte unerwartet ein profuser, jauchig-eitriger Auswurf sich ein, in welchem Herr Dr. Legal bei mikroskopischer Untersuchung Haken und Fetzchen von Echinokokkusblasen entdeckte. Die Probepunction entleerte vorn am Knorpel der siebenten Rippe Eiter, hinten unten klare gelbe Flüssigkeit, ein Beweis, dass mindestens zwei Blasen mit verschiedenartigem Inhalt vorhanden sein mussten.

Echinokokken können Jahre lang ohne Nachtheil ertragen werden; sie können absterben, verfetten, verkalken, zur Resorption kommen. In der Regel aber tritt schliesslich in Folge eines Traumas, einer Probepunction oder ohne jede äussere Ursache Vereiterung ein und der Sack pflegt dann in ein Brust- oder Bauchorgan, oder nach aussen hin durchzubrechen. Nimmt der Eiter seinen Ausweg durch die Bronchien, was nach Davaine unter 166 Fällen 21 mal, also bei 11 % vorkam, so kann Ausheilung durch Aushusten des Eiters ähnlich wie bei durchgebrochenem Empyem eintreten; allein die Lage des Ausführungsganges ist für die Entleerung nicht günstig, weshalb es gewöhnlich zu Siechthum unter der Form von Phthise oder putrider Bronchitis kommt.

Da Eile bei unserm Kranken Noth that, so führten wir bei ihm die Operation uno tempore aus, indem wir von vorne her unter Wegnahme eines Stückes der VII. Rippe eindrangen, den Echinokokkensack mit der Bauchwand vernähten und sofort incidirten. Grosse Mengen stinkenden Eiters und zahlreiche, theils im Zerfall begriffene, theils wohl erhaltene Echinokokkenblasen kamen hierbei zur Entleerung. Zur Stilluug der starken Blutung ex vacuo, welche nachfolgte, wurde eine Heisswasser-Irrigation vorgenommen, wobei es zu einem Erstickungsanfalle kam, der nach Aushusten der eingeschwemmten Flüssigkeit glücklich überging. In den ersten zwei Wochen entleerte sich aus der Wunde, trotz häufig desinficirender Ausspülungen eine reichliche mit Echinokokkenblasen und Galle untermischte Jauche. Gleichzeitig wurden stinkende Massen ausgehustet, in denen sich nekrotische Lungenfetzchen nachweisen liessen und zweimal kam es zu starker Hämoptoë. Dann liess der Husten allmählich nach; das Wundsecret nahm einen rein galligen Charakter an; Appetit und Kräfte kehrten wieder; der Icterus verschwand. Zuletzt versiechte auch der Gallenausfluss und am 7. August, 6 Wochen nach der Operation konnte der Kranke nach Hause entlassen werden, wo er sich inzwischen völlig erholt hat.

Ich stelle Ihnen schliesslich noch eine dritte Patientin vor, die jetzt 46 Jahre alt ist und zuerst vor $2\frac{1}{2}$ Jahren im Bauche, links vom Nabel eine Ei-grosse, schmerzlose Geschwulst bemerkte, welche seitdem langsam gewachsen ist, während die Kräfte der Kranken abnahmen. Die früher regelmässige Periode wurde profus und langwierig und die Geschwulst verursachte schliesslich anhaltende Druckschmerzen und beeinträchtigte mechanisch die Nahrungsaufnahme. Im Urin fand sich bei mikroskopischer Untersuchung etwas Eiter. Von mehreren Collegen, welche nach und nach von der Patientin consultirt wurden, erklärten zwei die Erkrankung für eine Eierstocksgeschwulst, einer für Milzkrebs, einer für einen sonstigen Milztumor und einer für eine Lebergeschwulst und alle riethen von einem operativen Eingreifen dringend ab.

Die linke Bauchseite der Kranken zeigte sich kugelig aufgetrieben durch einen Mannskopf-grossen, derben, unverschieblichen, dunkel fluctuirenden Tumor, der den linken Rippenbogen nach auswärts, den Uterus nach unten und hinten, den Dickdarm nach vorne an die Bauchwand verdrängte. Eierstocksgeschwülste haben umgekehrt den Dickdarm hinter sich, und Anschwellungen der Milz und des linken Leberlappens entstehen nicht neben dem Nabel, sondern wachsen unter dem linken Rippenbogen nach abwärts. Dagegen pflegen Nierentumoren den Dickdarm nach vorne und einwärts zu drängen, wobei sie sein Mesokolon entfalten, und auf eine Nierenaffection deuteten ja auch die Eiterkörperchen im Urine. Die Diagnose konnte zwischen Hydronephrose, Echinokokkus der Niere und Ovarialcyste schwanken, obgleich letztere Erkrankung am wenigsten wahrscheinlich war. Die Probepunction sollte entscheiden.

Ovarialcysten führen regelmässig Eiweiss, das nur in einigen selten beobachteten Cysten des Ligamentum latum fehlte.

Hydronephrosen haben ebenfalls meist Paralbumin, Metalbumin, Schleim und ausserdem Urinbestandtheile in ihrem Inhalte.

Echinokokken enthalten in der Regel kein Eiweiss, dagegen Bernsteinsäure und abgestossene Häkchen. Letztere können aber, wie schon erwähnt, bei sterilen und bei jungen Exemplaren fehlen und werden überdies leicht vermisst, wenn die Punction nicht am tiefsten Punkte des Sackes ausgeführt wurde.

In unserem Falle lieferte die Probepunction eine wasserklare, Eiweiss- und Schleim-freie Flüssigkeit, die nicht nach Urin roch,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aber auch keine Echinokokken-Häkchen enthielt. Die Reaction auf Bernsteinsäure wurde wegen des geringen Quantums der Probeflüssigkeit unterlassen.

Hiernach waren Eierstockscysten ausgeschlossen, Hydronephrose höchst unwahrscheinlich, und es blieb nur Echinokokkus übrig, obgleich der positive Nachweis der Häkchen fehlte.

Am 16. September schritten wir zur Operation, die an der vorgewölbtesten Stelle des Bauches unter Annähen und sofortiger Eröffnung des Sackes ausgeführt wurde. Dabei erschien der Dickdarm im unteren Wundwinkel, und sein Mesocolon, welches die Geschwulst überzog, zeigte mehrere Federkiel-dicke Blutgefässe, die bei einer Punction mit dickerem Trokar leicht zu einer inneren Blutung hätten Veranlassung geben können. Im Grunde des Sackes fühlte man die linke Niere, von welcher die Geschwulst offenbar ausgegangen war. Aus der $^1/_2$ cm starken Bindegewebskapsel entleerte sich mit mehreren Litern Flüssigkeit eine einzige grosse Echinokokkenblase, deren Innenfläche mit einem dichten Rasen von Bandwurmköpfchen bedeckt war. Die Patientin fühlte sich nach der Operation sehr erleichtert, hat keinen Augenblick gefiebert und ist, wie Sie bemerken, bis auf eine mässig secernirende Fistel geheilt.

Wie man sieht, lässt sich sowohl mit der einzeitigen als mit der zweizeitigen Operation der Echinokokkengeschwülste das gewünschte Ziel erreichen, wenn man nur sorgfältig die Lister'schen Vorsichtsmaassregeln beobachtet. Die wichtigste Klippe, die noch besteht, ist die Probepunction, welche ja zur Sicherung der Diagnose meist unumgänglich sein wird.

Um auch sie ihrer Gefahren möglichst zu entkleiden, wird es sich empfehlen, die Hohlnadel nach der Punction nicht wieder auszuziehen, sondern mit etwas Wachs zu verschliessen und bis zu der möglichst bald vorzunehmenden Operation stecken zu lassen.

IV. Ueber die Zersetzungen der Milch und die biologischen Grundlagen der Gährungsphysiologie.

Von

Ferdinand Hueppe.

(Fortsetzung aus No. 48.)

Zuerst lenke ich Ihre Aufmerksamkeit auf einen Bacillus, welcher auf der Oberfläche der Kartoffel regelmässig vorkommt und der der gewöhnlichste der beim Sterilisiren der Kartoffeln zu bekämpfenden Organismen ist. Diese Bacillen bilden auf den Kartoffelscheiben gelblichweisse, stark gefaltete Häute, von denen sich lange Schleimfäden abheben lassen. Dieselben wirken sehr intensiv diastatisch, vermögen aber aus Zucker keine fadenziehende, schleimige, der Viscose ähnliche Substanz zu bilden. In der Milch bringen sie erst das Casein zur Gerinnung und überziehen die von ihnen allmählich fast ganz gelösten Caseincoagula mit einer dicken Schleimschicht.

Der zweite Organismus hat wegen seines Wachsthums in Gelatine augenblicklich ein gewisses Interesse, weil er in Gelatine, besonders bei Plattenculturen, eine ähnliche trichterförmige Verflüssigung hervorruft, wie es die Kommabacillen (Vibrionen) der Cholera asiatica zeigen. Diese Bakterienform, ein ziemlich grosser Kokkus, den ich im Wasser verschiedener Herkunft gefunden habe, peptonisirt das ausgeschiedene Caseïn weniger intensiv und sein weiteres Wachsthum in Gelatine geht derart vor sich, dass er im Impfstiche und seiner allernächsten Umgebung die Gelatine verflüssigt, während die umgebende Gelatine noch lange festbleibt. Die oben angegebene Aehnlichkeit bezieht sich also nur auf das, Verwechselungen am meisten ausgesetzte, Anfangsstadium des Oberflächenwachsthums.

Die wichtigsten aller in diese Gruppe gehörigen Organismen dürften wohl die Buttersäurebacillen sein, welche die Nährgelatine von oben anfangend allmählich vollständig verflüssigen, in der Milch das Casein erst zur Gerinnung bringen, dann peptonisiren und ohne Auftreten eines fauligen Geruches weiter unter Ammoniakbildung spalten. Naegeli hatte derartige Alterationen scheinbar sicher sterilisirter Milch auf eine Alteration der Milchsäurebakterien durch die zum Sterilisiren verwendete Hitze bezogen und in denselben einen Beweis gesucht für die Umwandelung der Hefenatur eines Pilzes in eine andere. Dagegen konnte ich sicherstellen, dass, wenn in scheinbar sicher sterilisirter Milch nachträglich derartige ammoniakalische Zersetzung eintritt unter gleichzeitigem Auftreten eines mehr oder weniger deutlichen bitteren Geschmacks, dies als Wirkung der resistenteren Buttersäurebacillen geschieht. Diese Bakterien vermögen Milchzucker direct nicht zu vergähren, wohl aber hydratisirten Milchzucker. Sie vermögen in Folge dessen in sterilisirter Milch keine Buttersäuregährung hervorzurufen, sondern nur dann, wenn der Milchzucker durch andere Bakterien hydratisirt ist oder milchsaure Salze vorhanden sind.

Ob diese Bacillen mit dem Pasteur'schen Buttersäureferment identisch sind, wie ich zuerst glaubte, vermag ich jetzt nicht mehr so bestimmt zu behaupten und auch Fitz, den wir die genaueste Kenntniss verschiedener specifischer Buttersäure bildender Bakterien verdanken, hat diese Frage noch offen gelassen. Eine Identität mit Praznomski's Clostridium butyricum ist mehr als fraglich. Diese Bacillen vermögen unstreitig bei Luftabschluss ihre Wirkung auszuüben, werden aber durch den Luftsauerstoff nicht getödtet und können spontan in der Milch ihre Wirkung ausüben unter Bedingungen, welche nichts mit Abschluss von Luftsauerstoff zu thun haben. Hiermit behaupte ich natürlich durchaus nicht, dass reichliche Anwesenheit von freiem Sauerstoff ihnen für ihre Gährwirkung besonders förderlich ist.

Gewöhnlich interpretirt man das Auftreten und Wirken dieser Bakterien in der Milch derart, dass man annimmt, die Milchsäurebakterien absorbirten erst den in der Milch gelösten Sauerstoff und setzten dadurch erst die Buttersäurebakterien in den Stand, ihre Wirkung auszuüben. Diese Erklärung halte ich deshalb für nicht richtig, weil auch in diesen späteren Stadien durch Absorption immer Sauerstoff in der Milch vorhanden ist, den die Milchsäurebacillen einfach deshalb nicht durch ihre Lebensthätigkeit zum Verschwinden bringen können, weil die vorher von ihnen gebildete Milchsäuremenge die Milchsäurebakterien selbst in einen Zustand der Unthätigkeit und Vermehrungsunfähigkeit versetzt hat, so dass sie überhaupt erst dann wieder wirken und sich vermehren, also auch Sauerstoff verbrauchen können, wenn die Säure neutralisirt wird. Die Wirkung der Buttersäurebacillen geht also, in der Regel wenigstens, in diesen späteren Stadien der Milchzersetzung vor sich trotz der Anwesenheit von Luftsauerstoff.

Von pigmentbildenden Bakterien, welche gleichzeitig Pigment bilden und das Casein fällen und lösen, führe ich einige an. Einer derselben, ein Bacillus, ruft auf der Rahmschicht intensiv blauschwarze Flecken hervor, welche aber wohl zu unterscheiden sind von den himmelblauen Flecken der sogenannten blauen Milch; über dem ausgeschiedenen Casein bildet sich eine schwarzblaue Peptonlösung.

Die Bacillen des blaugrünen Eiters wirken ähnlich, nur zeigt die Rahmschicht grünliche Flecken, und das Serum hat einen Stich ins grünliche. Interessanter, besonders bei directem Vergleiche mit den gleichfalls gelbes Pigment bildenden und daneben Milchsäuregährung veranlassenden Mikrokokken der Osteomyelitis, ist eine orange Sarcine, welche die Gelatine ähnlich verflüssigt, auf der Oberfläche des Rahms orange Flecken hervorruft und das Casein auch bei schwach alkalischer Reaction zur Ausscheidung bringt und dann peptonisirt.

Auch bei diesen Organismen, welche ich aus einer grösseren Zahl ausgewählt habe, ist die Specificität der Wirkung, die Abhängigkeit der typischen Wirkung von den in den Culturen constanten Bakterien nicht zu verkennen. Auch diese Bakterien können wir einstweilen als Arten ansprechen.

Der Milchzucker vermag direct wie schon erwähnt, die Buttersäuregährung nicht einzugehen, auch die alkoholische Gährung durch Hefe geht er nur indirect ein, nur nach vorausgegangener Spaltung unter Wasseraufnahme. Wo wir in der Milch eine alkoholische Gährung durch Hefe beobachten, finden wir immer neben der Hefe die vorbereitende Wirkung eines andern Mikroorganismus.

In Kumys, dem aus Stutenmilch hergestellten Milchwein der eurasischen Steppenvölker, scheint sich, soweit die ungenügenden Mittheilungen ein Urtheil gestatten, die Wirkung zusammenzusetzen aus der Thätigkeit der Milchsäurebakterien und der Hefe. Viel interessanter ist der noch nicht lange zu unserer Kenntniss gelangte, aus Kuhmilch hergestellte Milchwein, der Kefir der mohamedanischen Bergvölker des Kaukasus, welche durch Anwendung dieses alkoholischen Getränkes in geschickter Weise die Gebote des Propheten zu umgehen wissen und in einer Anwandlung von Humor das Ferment noch obendrein Hirse des Propheten nennen. Dieses Kefirferment wächst makroskopisch in blumenkohlähnlichen warzigen Klümpchen, welche oft bis zu Haselnussgrösse wachsen, von denen sich dann wieder kleine Partikel lostrennen, die wieder für sich weiter wachsen. Jedes solches, makroskopisch höchst charakteristisch wachsendes Kefirkorn stellt im reinen Zustande eine Symbiose von drei Mikroorganismen her, deren keiner zur vollständigen Wirkung fehlen darf. Diese drei Organismen sind die mit den Bacillen der spontanen Milchsäuregährung identischen kurzen Stäbchen, ein grösserer, von Kern als Dispora caucasica bezeichneter Bacillus und eine Culturhefe. Die Milchsäurebakterien führen einen Theil des Milchzuckers in Milchsäure und Kohlensäure über, während ein anderer Theil des durch dieselben Organismen hydratisirten Milchzuckers durch die Hefe die alkoholische

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gährung eingeht. Gleichzeitig mit dieser Wirkung lösen die längeren Stäbchen der Dispora das Casein der Milch und führen es allmählich in Pepton und weitere Spaltungsproducte über. Ich begnüge mich hier mit diesen kurzen auf das Studium der Reinculturen sowohl als des fertigen Getränkes basirten Angaben, durch welche ich hoffe die bisherigen Mittheilungen wesentlich berichtigt zu haben und aus denen schon genügend hervorgehen dürfte, dass je nach der Temperatur und dem Stadium der Zersetzung die chemische Analyse höchst differente Resultate ergeben muss, die bis jetzt nicht richtig verstanden wurden, weil eben das, was diese Gährung zu einer der interessantesten macht, die Symbiose von drei Fermentorganismen nicht richtig erkannt worden war. Als Diäteticum ist der Kefir wohl eines der wichtigsten, welches wir in den letzten Jahren kennen gelernt haben, und welches selbst dadurch nichts an Werth verlieren sollte, dass es aus dem Osten zu uns gekommen ist.

Neben der Gerinnung des Caseins durch Säure- oder Labbildende Bakterien markiren sich für das Auge von den spontanen Zersetzungen der Milch am auffallendsten die Pigmentbildungen durch Bakterien. Ausser den schon wegen ihrer anderweitigen Beziehungen besprochenen möchte ich Ihnen noch zwei hierher gehörige Organismen zeigen. Der erste ist der Bacillus der sogenannten blauen Milch. Derselbe pflanzt sich durch Theilung und Bildung endständiger, endogener Sporen fort; die Theilung führt die Langstäbchen in Kurzstäbchen über, ohne dass es jedoch bei Reinculturen zu einem Arthrosporenähnlichen Zerfallen in Kokken- oder Gonidienähnliche Bildungen kommt. Bei der Hartnäckigkeit, mit welcher der von Neelsen bei Ausserachtlassen von Reinculturen behauptete, aber nicht bewiesene und beim Ausgangspunkt von Reinculturen leicht zu widerlegende Pleomorphismus dieser Organismen immer wieder zum Beweise der Formunbeständigkeit der Bakterien überhaupt herangezogen wird, sehe ich mich veranlasst noch einmal zu erklären, dass ein derartiger Pleomorphismus sich nur beim Ausgang von nicht reinem Material findet und die darauf bezüglichen Angaben nur der Ausdruck derartiger Verunreinigungen der Cultur sind.

Die Bakterien der blauen Milch rufen nicht die früher erwähnte blauschwarze Farbe hervor, sondern eine himmelblaue, aber nur dann, wenn die Milch gleichzeitig sauer wird. In sterilisirter Milch, welche durch diese Bakterien nicht sauer wird oder gerinnt, sondern flüssig bleibt und allmählich schwach alkalische Reaction annimmt, rufen sie nur eine Vorstufe der blauen Farbe hervor, welche je nachdem die Anfangsreaction amphoter oder schwach sauer war, der Milch eine nach unten zu abnehmende graue oder blaugraue Färbung ertheilt. Synthetisch vermögen diese Organismen aus weinsaurem Ammoniak eine grüne Vorstufe der blauen Farbe zu bilden, und ebenso in Lösungen von milchsaurem Ammoniak; in den letzteren Lösungen ist der grüne Ton nur vorübergehend vorhanden und geht bald in ein intensives Himmelblau über. In Gelatine wachsen diese Bakterien in Form flacher grauweisser glänzender Knöpfchen, in deren Umgebung die Gelatine grün wird; in den Reagirgläsern tritt in den obern Schichten der Gelatine allmählich eine braune Färbung auf.

Anfangs wächst in der Gelatine sehr ähnlich ein anderer Bacillus, welcher allmählich ein mehr blattförmiges Oberflächenwachsthum zeigt, in der Gelatine eine sehr ähnliche grüne Färbung veranlasst, aber in Reagirgläsern nicht die braune Färbung der obern Partien bewirkt und der Gelatine eine intensive grüne Fluorescenz ertheilt. Die Aehnlichkeit ist also nur eine oberflächliche und bei Verwendung durchsichtiger, fester Medien relativ leicht zu erkennen. In der Milch, welche sie ebenfalls nicht zur Gerinnung bringen, bewirken diese Bakterien eine sehr schwache grüne Färbung der oberflächlichen Partien.

Wenn ich mich auch über die durch Bakterien gebildete Pigmente selbst noch sehr reservirt aussprechen muss, da ich noch keine Zeit gefunden habe meine früheren Untersuchungen nach dieser Hinsicht in genügender Ausdehnung wieder aufzunehmen, glaube ich doch schon zu dem einen Schlusse berechtigt zu sein, dass diese Pigmente höchst wahrscheinlich ganz verschiedenen chemischen Gruppen angehören. Einzelne dieser Pigmente scheinen überhaupt keine einheitlichen Körper zu sein, andere stehen den Anilinfarben sehr nahe, ohne aber mit den bis jetzt bekannten identisch zu sein, andere gehören zu den Phenolfarbstoffen und ihre Bildung aus den Albumianten steht der normalen Zersetzung der Eiweissstoffe näher. Zu dem Schlusse aber halte ich mich für durchaus berechtigt, dass die bis jetzt mir bekannt gewordenen Pigmentbakterien, von denen ich Ihnen einige für die Milchzersetzungen interessantere vorgeführt habe, einstweilen als Arten anzusehen sind, da sie in den Culturen sich als höchst formbeständig und in ihren Wirkungen als entsprechend specifisch wirkungsconstant erwiesen haben. Wo Abweichungen vorzukommen scheinen, sind es rein chemische, als einfache Farbreactionen auftretende Alterationen, welche bei Beachtung aller Verhältnisse, der biologischen und chemischen, die Constanz nur um so glänzender bestätigen, und nur bei mangelhafter Beobachtung der gesammten Erscheinungen eine Deutung im Sinne der Inconstanz gestatten.

Das berühmte Oidium lactis ruft keine sichtbaren Alterationen der Milch hervor und scheint ganz auf das bekannte Oberflächenwachsthum beschränkt zu sein. Ausser dem gewöhnlich vorkommenden habe ich noch eine zweite Art oder Varietät dieses Oidium lactis kennen gelernt, so dass wir uns dieser Form gegenüber, wie es auch die leider unvollendet gebliebenen Untersuchungen von Stahl wahrscheinlich machen, möglicherweise in derselben Unkenntniss befinden, wie vor wenigen Jahren den Aspergillen und Mucorineen gegenüber. Meine früheren Misserfolge beim Impfen mit dem gewöhnlichen Oidium lactis glaube ich jetzt, nachdem ich Culturen von ächtem wirksamen Favuspilz gesehen habe, dahin interpretiren zu müssen, dass diese beiden Pilze nicht identisch sind.

Wenn meine Untersuchungen auch ganz unzweideutig ergeben haben, dass die spontanen Zersetzungen der Milch auf äussere Ursachen zurückgeführt werden müssen, auf das Hineingelangen von Fermentorganismen oder Keimen derselben in die Milch, so bin ich doch weit entfernt zu behaupten, dass in der Milch nicht auch Umsetzungen vor sich gehen können, welche auf chemische Fermente, auf ächte Enzyme der Brustdrüse zurückzuführen sind. Für die Existenz von derartigen Enzymen der Brustdrüse, welche die Milch also bei der Secretion schon enthält, sprechen die Beobachtungen von Meissner über das labähnliche Ausscheiden des Caseins der Ziegenmilch bei Ausschluss jeder Mitwirkung von Organismen, und ältere Beobachtungen von Schär über diastatische Enzyme der Milch. Die meisten der hierher gehörigen Mittheilungen sind aber ohne Rücksicht auf etwaige Betheiligung von Fermentorganismen und ohne Kenntniss der hierzu erforderlichen Methoden angestellt, so dass Reserve derselben gegenüber um so mehr geboten ist, als viele sich leicht direct widerlegen lassen.

Nachdem ich Sie so mit den wichtigsten Ergebnissen meiner Untersuchungen durch Demonstration der Reinculturen der Fermentorganismen und ihrer sichtbaren Effecte auf die Milch bekannt gemacht habe, glaube ich mich der Verpflichtung nicht entziehen zu dürfen, die Consequenzen dieser Ermittlungen für die biologischen Grundlagen der Gährungsphysiologie wenigstens kurz zu besprechen.

(Schluss folgt.)

V. Zur Ergotismusepidemie im Regierungsbezirk Breslau

von

Docent **Dr. Franz Tuczek**

in Marburg.

Hochverehrter Herr Redacteur!

Die No. 46 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift vom 13. November d. J. bringt eine Bekanntmachung der Königl. Regierung zu Breslau vom 25. October d. J., betreffend einige im dortigen Regierungsbezirk vorgekommene Erkrankungen an Ergotismus. So verdienstlich die in dieser Bekanntmachung enthaltenen Belehrungen über die schädlichen Eigenschaften des Mutterkorns und der Hinweis auf die diesbezüglichen Gesetzesparagraphen sind, so haben mich doch meine Erfahrungen gelegentlich der Ergotismusepidemie, von welcher der hessische Kreis Frankenberg in den Jahren 1879 und 1880 heimgesucht war[1]), belehrt, dass gegen die Indolenz und Ungläubigkeit der Landbevölkerung derartige Verfügungen leider wenig ausrichten. Damals mussten erst 600 Menschen erkranken und 50 sterben, viele geisteskrank und rückenmarkskrank werden, Schafe und Hühner unter Krämpfen crepiren, ehe man an die Giftigkeit des Mutterkorns, „das doch auch Mehl gäbe“, glaubte.

Um eine Ergotismusepidemie im Keime zu ersticken und grösseres Unglück zu verhüten, giebt es, wie ich glaube, nur ein durchschlagendes Mittel: Die Bevölkerung muss von der Beseitigung des Mutterkorns aus dem Getreide einen pecuniären Vortheil ziehen. In den russischen Gouvernements Kursk und Woronesch war die Roggenernte des Jahres 1881 so stark mit Mutterkorn verunreinigt, dass bereits mehrere Erkrankungen an Ergotismus eingetreten waren. Umgehend liess die Gouvernementsverwaltung nicht nur die Bauern auf die schädlichen Eigenschaften des Mutterkorns aufmerksam machen und sie auffordern, ihr Korn zu reinigen, sondern sie wies auch ihre Organe an, das von den Bauern gesammelte Mutterkorn zu 4 Rubel das Pud aufzukaufen. Sollte etwas Aehnliches nicht hier auch ausführbar sein, zumal nach der Bekanntmachung der Bres-

[1]) Vgl. die diesbezüglichen Arbeiten von Siemens im XI. Band und mir im XIII. Band des Archiv's für Psychiatrie.

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

lauer Regierung das Korn sehr stark mit Mutterkorn vermengt ist? Wenn die Regierung den Bauern einfach für verunreinigtes Korn guten Roggen gäbe, so könnte sie immer noch ein gutes Geschäft machen; indessen würde ein derartiger Modus keine Garantie bieten, dass der mit einer kleinen Unbequemlichkeit verbundene Umtausch in allen Fällen wirklich stattfände. Viel empfehlenswerther wäre es, den Bauern das ausgelesene Mutterkorn abzukaufen. Der Marktpreis für das Secale cornutum ist nach den neuesten Preislisten (z. B. F. A. Büdingen in Frankfurt a. M. und G. Helmuth in Cassel) 2 Mark pro Kilo unsortirtes, 3 Mark pro Kilo ausgelesenes, 4 M. — M. 5,30 pro Kilo pulverisirtes Mutterkorn. Nehmen wir nur an, dass der Bauer pro Kilo Mutterkorn 1 Mark erhält, so bringt ihm ein Centner (50 Kilo) Roggen, bei z. B. 2% Gehalt Mutterkorn 2 Mark ein; 4 Centner bringen ihm daher einen 5. Centner reinen Roggen (zu 8 Mark gerechnet), und er hat von den gereinigten 4 Centnern Korn nur 8 Kilo Gewichtsverlust. Die Mühe des Auslesens ist durchaus keine grosse; das Mutterkorn ist leichter und durchschnittlich viel grösser als das Roggenkorn; durch Sieben einer Partie verunreinigten Korns erhält man alsbald die Hauptmasse des Mutterkorns obenauf, die man dann abnehmen und leicht auslesen kann; eine Arbeit, die, von Kinderhänden ausgeführt, zumal jetzt gegen Winter, kaum in Betracht kommt.

Ob es zweckmässiger ist, wenn die Regierung oder wenn Geschäftsleute (Droguisten, Apotheker) das Mutterkorn aufkaufen, hängt von localen Bedingungen ab. Jedenfalls muss dem Bauer sein Vortheil möglichst plausibel und bequem gemacht werden.

Durch ihre Vermittlung, Herr Redacteur, die Collegen des betroffenen Bezirks für diese Sache zu interessiren, ist der Zweck dieser Zeilen.

VI. Arthur Hartmann, Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 37 Holzschnitten. Berlin, Theodor Fischer's medicin. Buchhandlung, 1884. VII u. 242 S., gr. 8°. (Mk. 6.) — Refer. Hauptmann-Kassel.

Dem Hartmann'schen Buche konnte gleich bei seinem erstmaligen Erscheinen zuversichtlich eine sehr günstige Aufnahme bei den practischen Aerzten prognosticirt werden: vergl. diese Wochenschr. 1882, No. 12. Die damals näher angegebenen Vorzüge dieses Compendiums treten in der schon nach 2½ Jahren nöthig gewordenen zweiten Auflage in Folge einer sich auf alle Theile des Buches erstreckenden gründlichen Durchsicht und Bereicherung noch mehr hervor; und damit sind auch fast alle Punkte, die damals zu Ausstellungen Veranlassung geben konnten, in Wegfall gekommen. Neu aufgenommen ist das Capitel über „Häufigkeit, Aetiologie und Prophylaxe der Ohrenkrankheiten", und in den übrigen zehn Capiteln begegnen wir nicht weniger als neun an den betreffenden Stellen eingeschalteten neuen Abschnitten — ohne dass durch diese Vermehrung das Buch wesentlich stärker geworden wäre (242 Seiten gegen 212 der ersten Auflage): der Verfasser hat dem in geschicktester Weise vorzubeugen gewusst.

Die Ausstattung ist wiederum eine ausgezeichnete; nur haben die an sich sehr guten Holzschnitte, in der neuen Auflage noch um drei vermehrt, einen auffallend weniger guten Abdruck erfahren: einzelne Trommelfellbilder z. B. sind so dunkel ausgefallen, dass sie an Deutlichkeit wesentlich verloren haben.

Mit Recht werden sich viele Leser an eine Aenderung in der Schreibweise einer Reihe von Worten stossen, und eine Erklärung für dieselbe dürfte nicht leicht sein. In Fremdwörtern an Stelle des c das deutsche k zu substituiren, ist gewiss berechtigt (z. B. „Komplikation"); nur müsste dann consequenter Weise auch das ebenso berechtigte z gegebenen Falls an Stelle des c treten (z. B. „Abszess", „Parazentese"): erstere Schreibart hat Verfasser, wenn auch nicht überall, durchgeführt, letztere vermieden. Aber auch in allen lateinischen Worten das c durch k ersetzen wollen, wie es in diesem Buche durchweg geschieht, bleibt unverständlich. Das Auge des Lesers stutzt unwillkürlich, wenn es auf Worte wie „sulkus, aquaeduktus kochleae, aurikula, krista" oder gar „sakuli" trifft. Auch Eigennamen fallen dieser Willkür zum Opfer, wie Skanzoni, Charkot u. A.; und wenn man „Kauterets" liest, möchte man wohl nicht ohne weiteres daran denken, dass damit das schwefelhaftige Pyrenäenbad Cauterets gemeint sei.

Einem so gut aufgenommenen und seinem Zwecke so entsprechenden Buche, wie dem Hartmann'schen, stehen voraussichtlich noch weitere Auflagen bevor: möchte doch schon die nächste von den soeben erwähnten Verunzierungen befreit sein.

VII. Handbuch der Hautkrankheiten, zweite Hälfte. XIV. Band 2 des v. Ziemssen'schen Handbuches der speziellen Pathologie und Therapie, Leipzig, F. C. W. Vogel, 1884. Ref. Dr. Eichhoff-Elberfeld.

Es ist die zweite Hälfte des v. Ziemssen'schen Handbuches der Hautkrankheiten eben erschienen und kann gleichwerthig an Inhalt und Form der ersten Hälfte zur Seite gestellt, und wie diese von allen Dermatologen sowohl, wie von jedem Practiker mit einem herzlichen Willkommen begrüsst werden.

Neurosen heisst das Anfangscapitel, bearbeitet von Schwimmer.

Die Grenzen für die Neurosen werden von Sch. viel weiter gezogen, als von anderen Autoren, und so finden wir denn in diesem Capitel Störungen beschrieben, die wir sonst anderswo fanden.

Sensibilitätsneurosen, vasomotorisch-sensible Neurosen, Trophoneurosen und motorische Störungen sind die Unterabtheilungen.

Nach einigen allgemeinen Mittheilungen über Hyperaesthesie, Anaesthesie, Paraesthesie und Neuralgie der Cutis folgt eine ziemlich gute Abhandlung über Pruritus in seinen verschiedenen Formen.

Genauer geht Sch. dann unter vasomotorisch-sensiblen Neurosen auf die verschiedenen Erythemformen ein. In Bezug auf Definition und Symptomatologie dieser vielgestaltigen und stellenweise noch sehr wenig gekannten Affectionen hält Sch. einen richtigen Mittelweg ein zwischen Hebra einerseits und Lewin und Auspitz andererseits, spricht sich daher auch noch für den alten Namen: Erythema multiforme aus mit Betonung des trophoneurotischen und Beiseitesetzung des exsudativen Charakters. Es folgen dann sehr gute Abhandlungen über die einzelnen Arten des Erythema multiforme, E. et Herpes Iris, E. nodosum und die Urticaria.

Unter Trophoneurosen werden die Prurigo — im Gegensatz zu Auspitz, der dieselbe als Sensibilitätsneurose auffasst — und Herpes facialis, genitalis, sowie der Zoster aufgeführt. Bei letzterem vermissen wir die Resultate einiger neueren Arbeiten.

Den Schluss dieses Capitels bilden kurze Auseinandersetzungen über das Malum perforans pedis, den Decubitus acutus, nach Sch. eine Erkrankung der Hinterstränge der Medulla, und die sog. Dermatitis tropho-neurotica (Glossy skin der Amerikaner).

Als motorische Störung durch verschiedene Ursachen bewirkt, fasst Sch. die Cutis anserina auf.

Im folgenden Abschnitt führt uns Michelson die Anomalien des Haarwachsthums und der Haarfärbung vor und theilt uns zunächst einige interessante Experimente an Thieren mit, womit er sich sowohl gegen die alte Ansicht wendet, dass Durchschneidung von Nerven das Haarwachsthum verhindern, als auch gegen die neuere Ansicht Lassar's von der Infectiosität der Alopecia praematura. Darauf kommen wir zu einem Abschnitt über alle Arten der Hypertrichosis mit genauer Schilderung dieser Anomalie, vom universal behaarten russischen Hundemenschen bis herab zum localen behaarten Naevus.

Ebenso genau bespricht M. die verschiedenen Arten der Alopecie. Diagnostisch und therapeutisch ist dieser Theil der Arbeit von der Atrophie und Dystrophie der Haare für den Practiker von grossem Interesse, da man gerade dieses Capitel, wie überhaupt die gesammte Pathologie der Haare sonstwo wenig gewürdigt und nur stiefmütterlich behandelt findet. Den Schluss bildet eine practische Schilderung der Anomalien der Haarfärbung.

Einen weiteren Beitrag liefert E. Lesser durch seine Arbeit über Anomalien der Hautfärbung, die er zweckmässig in Pigmenthypertrophie und Pigmentatrophie eintheilt. Unter ersterer wird der so häufig vorkommende Naevus und die Epheliden als angeborene, die Chloasmen als erworbene Anomalien treffend geschildert. Es freut uns, dass auch L. zur furchtlosen Excision des Naevus, wo er hinderlich ist, räth und auch nicht übertriebene Furcht vor Metastasen zu haben scheint. In einem Anhang werden die Verfärbungen bei Addison'scher Krankheit und die Maculae caeruleae, jene noch dunklen zeitweiligen Begleiter der Morpionen erwähnt.

Die Leucopathia congenita und die Leucopathia acquisita bilden den zweiten Theil der Lesser'schen Arbeit, und ist besonders letztere die Vitiligo in Beziehung auf ihre Pathologie gut behandelt und durch erläuternde Beispiele geschmückt. Hier findet auch die Pigmentsyphilis einen Platz, wo sie genauer besprochen, und mit Recht ihre diagnostische Bedeutung hervorgehoben wird.

Ueber Anomalien der Talgdrüsen und ihrer Function lieferte E. Veiel eine Arbeit zu dem Werke; die Vollendung derselben wurde aber leider durch den Tod des Verf. verhindert. Th. Veiel übernahm den Schluss derselben.

Anomalien der Secretion und der Excretion ist die Haupteintheilung und mehr aus practischem Grunde werden Acne simplex, Acne rosacea und Sykosis mit besprochen. Als Secretionsanomalie findet die Seborrhoe und Asteatosis eine gute und übersichtliche Besprechung.

Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

als Excretionsanomalie kommen Comedo, Milium und Atherom zur Sprache. Wenngleich auch übersichtlich, so werden doch die wichtigen Erkrankungen Acne spl., A. rosacea und Sykosic für ein specielles Werk zu kurz und zu subjectiv abgehandelt. Ein willkommenes Capitel, weil wir es sonst noch wenig gewürdigt und behandelt finden, ist das nun folgende: krankhafte Veränderungen des Nagels und des Nagelbettes, von Geber.

Die Disposition der Arbeit ist: Excessive und mangelhafte Bildung des Nagels. Erstere kann bewirkt werden durch Trauma, mangelhafte Pflege und durch entzündliche Processe (Psoriasis, Eczema chron., Lichen ruber, Lepra etc.). Auch die mangelhafte Nagelbildung kann verursacht werden durch Trauma, chemische nnd thermische Reize und Ulcerationen des Nagelbettes; ebenso können fieberhafte und Cachexie erregende Krankheiten das Nagelwachsthum verlangsamen. Es giebt ferner Erkrankungen der Nägel, die in einer abweichenden Form (Deformitas), einer Entartung (Degeneratio) und in einer Missfärbung derselben (Discoloratio) beruhen. Thierische und pflanzliche Parasiten können auch die verschiedenen Störungen der Nägel bewirken. Zum Schluss des sehr lehrreichen Capitels wird von Geber die Paronychia traumatica und die sog. Onychia maligna geschildert, wie sie zuweilen bei schweren Erkrankungen vorkommt.

Gleich nachher lässt derselbe Autor, der sich überhaupt in diesem Bande sehr durch seine fleissigen Beiträge verdient gemacht hat, ein Capitel folgen über die Anomalien der Schweissdrüsen und ihrer Function, und spricht zunächst über die Entzündung der Schweissdrüsen, dann über die Hypertrophie und Atrophie und zuletzt über die functionellen Störungen derselben, welcher Theil wegen der Grösse und Mannigfaltigkeit seines Inhaltes und der Verarbeitung desselben nach der einschlägigen Litteratur naturnothwendig der uns am meisten interessirende ist. Hier kommen zur ausführlichen Besprechung die Hyperhidrosis mit ihren ev. Folgen, Sudamina und Miliaria und die Anhidrosis.

Als qualitative Veränderungen des Schweisses schildert uns G. die Chromhidrosis (gefärbten Schw.), Hämathidrosis (Blutschweiss), Osmidrosis (Stinkschweiss) und Urhidrosis (Harnschweiss).

Ein grosses und in der Dermatologie sehr wichtiges Capitel, das der parasitären Hautkrankheiten wird von Weyl und Geber besprochen, und zwar so, dass zunächst Weyl die pflanzlich-parasitären, und Geber die durch thierische Parasiten verursachten Hautkrankheiten vornimmt.

Nach einer eingehenden Besprechung der Geschichte der Pilze und des heutiges Standpunktes der Pilzfrage, sowie der Untersuchungsmethode auf Pilze folgt die Beschreibung der einzelnen Dermatomykosen: Favus, Herpes tonsurans mit der Sykosis parasitaria, Pityriasis versicolor, Erythrasma.

Die folgende Abhandlung, thierische Parasiten, ist von Geber so erschöpfend und ausführlich behandelt, dass es für dies Referat zu weit führen würde, auf die Einzelheiten einzugehen. Wir können mit gutem Gewissen Jedem den Rath geben, sich durch das Studium des Aufsatzes von der Nützlichkeit desselben selbst zu überzeugen.

Schwimmer und Babes bringen uns eine Arbeit über die Neubildungen der Haut, die aller Ehren werth ist, sowohl in Bezug auf die Aetiologie, als auch die Histologie der besprochenen Neoplasmata. Treffliche Abbildungen mikroskopischer Präparate zieren dieselbe und erhöhen das Interesse und den Einblick in das Wesen der Krankheiten. Es werden von Schw. die Bindegewebsneubildungen der Haut, die Narbe, das Keloïd, Fibrom, Xanthom und Rhinosclerom, von Babes die sog. parablastischen Geschwülste, Lipom und Myxom, die Gefässgeschwülste, die endothelialen Neubildungen, Sarkome, Melanosarkome und Angiome, und zum Schluss das Myom der Haut, als dem Archiblast angehörige Geschwulst treffend und sehr lehrreich geschildert. Wir brauchen uns nur die Litteratur-Angaben am Schluss eines jeden Abschnittes anzusehen, um zu begreifen, mit welcher Mühe die beiden Verfasser bei der Verarbeitung des an sich ja nicht leichten Stoffes zu Werke gegangen sind.

Auch das letzte Capitel des Handbuches, wiederum von Geber, welcher uns in demselben das Neurom, die Adenome, das Epithelioma molluscum und das Carcinom der Haut darlegt, ist so ausgiebig bearbeitet und mit so guten mikroskopischen Abbildungen geschmückt, dass sich die Arbeit, besonders die über den Hautkrebs in jedem grösseren Werke sehen lassen darf, und wir sind froh, dass wir sie in einem dermatologischen unser eigen nennen können.

Hier sind wir ja auch auf dem Grenzterritorium, resp. auf dem neutralen Boden der Dermatologie, auf dem sich innere Medicin und Chirurgie die Hand reichen oder — bekämpfen.

Ein ausführliches Namen- und Sachregister schliesst das Werk ab, und wir stehen nicht an, dem Herausgeber sowohl wie den einzelnen Mitarbeitern desselben unsern vollen Dank für das gute Gelingen desselben auszusprechen.

VIII. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 17. November 1884.

(Schluss aus No. 48.)

3. Herr Ewald demonstrirt verschiedene ihm zur Ansicht zugeschickte Objecte:

1) Ein Universalthermometer von Paulcke in Leipzig.

2) Klinische Tafeln (Aufrisse und Durchschnitte von Körpertheilen) von Lebon & Comp. London.

3) Eine compendiöse Pravaz'sche Spritze mit Vorrichtung zur momentanen Selbstdispensirung der benöthigten Injectionsflüssigkeit vom Instrumentenmacher Kraus, 33 Kommandantenstr. hier.

4. Herr A. Eulenburg: Zur Methodik der Sensibilitätsprüfungen[1]).

Die bekannten Methoden zur Prüfung der Sensibilität der Haut lassen vom wissenschaftlichen Standpunkte aus verschiedene Einwendungen zu. Wenn man nun diese Methoden in Bezug auf die zu Grunde liegenden physiologischen Gesichtspunkte durchmustert, so findet man, dass überall von zwei Principien ausgegangen wird. Bei einem Theil derselben handelt es sich darum, sogen. Schwellenwerthe zu bestimmen, d. h. das minimale Reizquantum von bestimmter Qualität, welches als solches zur Empfindug gelangt. Zu diesen Methoden gehört u. a. die Prüfung der elektrocutanen Sensibilität in der bekannten Weise, wie sie nach den Untersuchungen von Leyden und Ph. Munk zur Anwendung gelangt. Von demselben Princip wird auch ausgegangen bei Prüfungen der extensiven Hautempfindlichkeit nach der Weber'schen Methode, ein Verfahren, welches häufig angewandt wird, dessen practische Bedeutung aber nach der Auffassung des Vortragenden wohl etwas überschätzt wird; zumal nachdem die neuesten Untersuchungen Goldscheider's festgestellt haben, dass gewisse Punkte der Haut (Druckpunkte, Ortspunkte) mit einem weit ausgebildeteren Ortsgefühl begabt sind, als die dazwischen liegenden areolären Hautfelder, und daher die Prüfung äusserst verschiedene Ergebnisse liefert, je nachdem jene Punkte oder die intraareolären Zonen von den Zirkelspitzen berührt werden.

Andere Prüfungsmethoden, so namentlich die Prüfung des Drucksinnes und des Temperatursinnes der Haut gehen in der Regel nach einem anderen Princip vor sich. Man bestimmt die minimale Unterschiedsempfindlichkeit, d. h. es werden zwei Reize derselben Qualität aber verschiedener Quantität verglichen und der minimale Quantitätsunterschied bestimmt, welcher noch deutlich erkannt wird. Redner geht auf das, was in Betreff der Drucksinns - Prüfung in Betracht kommt nicht näher ein und wendet sich der Temperatursinns-Prüfung zu, bei welcher man in der Regel ebenfalls nach diesem Princip verfährt.

Es handelt sich hier um die Bestimmung der Erregbarkeit der Temperaturnerven (und ihrer Endapparate), die mit einer specifischen Energie der Temperaturempfindung begabt sind, und zwar sieht sich der Vortragende veranlasst, sich der in neuerer Zeit ausgesprochenen Anschauung anzuschliessen, nach der es besondere Kälte- und besondere Wärmenerven giebt, d. h. solche, die ausschliesslich die specifische Empfindung „kalt“ oder die specifische Empfindung „warm“ vermitteln, und für welche der adäquate Reiz bei ersteren in der Wärmeentziehung — bei letzteren in der Wärmezuführung besteht. Bei der Prüfung der Kältenerven würde es darauf ankommen, die minimale Kältedifferenz zu bestimmen, d. h. denjenigen Unterschied, welcher als Abkühlung noch empfunden wird, bei der Prüfung der Wärmenerven die minimale Wärmedifferenz, d. h. denjenigen minimalen Temperaturunterschied, welcher als Erwärmung noch empfunden wird. Voraussetzung ist ferner, dass diese Prüfungen vorgenommen werden bei möglichst grosser Erregbarkeit des thermischen Endapparates, und dies findet nur statt innerhalb einer gewissen Temperaturbreite, welche der neutralen Eigentemperatur des thermischen Endapparates möglichst nahe liegt, zwischen 27 und 33° C. Wenn über diese Temperatur nach oben oder unten erheblich hinausgegangen wird, so ist (ähnlich wie bei den Drucksinnsprüfungen) das psychophysische Gesetz, welches das Verhältniss des Empfindungszuwachses zum Reizzuwachs betrifft, nicht mehr gleichmässig anwendbar, und zwar offenbar, weil durch Temperaturen, welche sich nach oben oder unten von der neutralen Eigentemperatur erheblich entfernen, die Erregbarkeit des thermischen Endapparates mehr oder weniger bedeutend herabgesetzt wird.

Der Vortragende hat, um Temperatursinns-Prüfungen für gröbere pathologische Zwecke rasch auszuführen, früher eine Vorrichtung be-

[1]) Dieser Vortrag wird in erweiterter Form demnächst an anderer Stelle publicirt werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schrieben, bei welcher zwei mit grossen Endflächen versehene Thermometer auf die Haut aufgesetzt wurden, die auf verschiedene Temperaturen gebracht waren, und bei denen sich die Temperaturen ausglichen und der kleinste noch merkliche Abstand direct abgelesen werden konnte. Diese Vorrichtung entspricht jedoch den oben formulirten Anforderungen und überhaupt feineren physiologischen Zwecken nicht genügend, sodass der Vortragende im Anfange dieses Jahres durch Herrn W. A. Hirschmann eine andere Vorrichtung hat ausführen lassen, die eine bequeme und allseitige Anwendung zur Temperatursinns-Prüfung gestattet. Der Apparat (Thermaesthesiometer) besteht aus zwei Normalthermometern, welche an einem Stativ befestigt und mit grossen flachscheibenförmigen Endgefässen versehen sind. Das eine Thermometer ist gegen das andere in einem Gelenke verstellbar. Das eine Thermometer ist in dem engeren Theil, welcher sich unmittelbar oberhalb des Quecksilbergefässes befindet mit einem Platindraht umwickelt, der von einem elektrischen Strom durchflossen werden kann, dessen Intensität durch einen als Nebenschliessung eingestalteten Rheostat beliebig regulirt wird. Als Stromquelle dient ein gewöhnliches, etwas grosses Tauchelement mit Chromsäurefüllung. Die Verbindung ist nun der Art, dass die beiden von dem Element kommenden Drähte nach zwei Klemmen an dem Stativ geführt sind; von der einen Klemme geht ein Draht nach der Platinspirale abwärts; der Strom durchläuft diese und kehrt nach der anderen Klemmschraube zurück. Es bietet sich dem Strom aber noch ein zweiter Weg dar, indem derselbe durch zwei Kupferstreifen nach einem feinen Neusilberdraht hingeführt werden kann, welcher einen verhältnissmässig grossen Widerstand darbietet. Dieser Widerstand kann bedeutend verringert und fast auf Null reducirt werden durch eine an einem Metallstabe schleifende Feder, welche beliebig an einer höheren oder tieferen Stelle des Widerstandsdrahtes fixirt wird. Beim Herausziehen des Stabes wird von dem Strom sehr wenig durch den Platindraht gehen, beim Hereinschieben des Stabes werden grössere Stromzweige den Platindraht durchlaufen, es wird also die Erwärmung in jenem Falle langsamer und schwächer, in diesem rascher und intensiver stattfinden.

Mit diesem Apparat hat der Vortragende zahlreiche Versuche grossentheils an sich selbst angestellt, resp. ausstellen lassen, und eine Scala des Kälte- und Wärmesinns aufstellen können. Beispielsweise ist der Kältesinn am feinsten an der Stirn, an der Dorsalseite der Nagelphalanx etc., dagegen am schwächsten in der Umbilicalgegend, am Rücken, Epigastrium etc. Eine ebensolche Scala konnte für den Wärmesinn aufgestellt werden, welche nicht immer mit der ersteren parallel verläuft. Eine eigentliche Vergleichung dieser Scalen mit den früher aufgestellten Temperatursinnstabellen ist schon deswegen nicht möglich, weil eine gesonderte Prüfung des Kälte- und Wärmesinns früher nicht stattgefunden hat, indessen, wenn man die gefundenen Werthe mit den früher angenommenen zusammenstellt, so zeigt sich für viele Hautstellen eine annähernde Uebereinstimmung, z. B. für Augenlid, Wange, Hand- und Fussrücken u. s. w., während sich für andere Hautstellen, z. B. die vordere Rumpffläche, erhebliche Unterschiede ergeben. Hier fand der Vortragende besonders den Kältesinn wenig entwickelt, was er auf den (von ihm direct nachgewiesenen) Mangel an „Kältepunkten“ — vgl. unten — und den Mangel an Uebung durch adäquate Reize an diesen vorzugsweise verhüllten Körpertheilen zurückführt. Im grossen und ganzen zeigen diejenigen Theile, welche gewöhnlich unbedeckt getragen werden, den feinsten Kälte- und Wärme-Sinn. Ferner zeigte sich, dass in der Nähe gewisser Gelenke, besonders des Kniegelenkes, beide Sinne feiner sind als an entfernteren Stellen der Extremitäten. Auffällig war auch das Resultat, welches sich für die Zungenspitze ergab. Während dieselbe in Bezug auf Ortsinn, Drucksinn und elektrocutane Sensibilität obenan steht, ist eine gleich bedeutende Feinheit des Temperatursinns hier nicht nachzuweisen.

Der Vortragende geht sodann zu einer Besprechung der neueren Untersuchungen von Goldscheider über, die er, so weit es sich um den Temperatursinn handelt, durchweg bestätigt und durch zahlreiche mittelst Selbstversuchen gewonnene Abbildungen der thermischen Punkte u. s. w. veranschaulicht. G. hat das völlige Getrenntsein der Temperaturnerven von den Tastnerven und die specifische Energie der ersteren mit Bestimmtheit erwiesen; ferner hat er den Beweis geliefert, dass die Haut nicht an allen Stellen gleichmässig Kälte und Wärme zu empfinden im Stande ist, sondern dass es in jedem Hautbezirke mehr oder weniger zahlreiche punktförmige Stellen giebt, an welchen ausschliesslich die specifische Empfindung der Kälte, andere, an denen die der Wärme, sei es durch die adäquaten Reize, sei es auch durch die allgemeinen (mechanischen, elektrischen) Nervenreize, hervorgerufen werden kann; die ersteren hat er als Kältepunkte, die letzteren als Wärmepunkte bezeichnet. Es ist anzunehmen, dass die ersteren den anatomischen Endigungen der Kältenerven, die letzteren denen der Wärmenerven entsprechen. Diese thermischen Punkte sind weiter dadurch interessant, dass sie sich quantitativ unterscheiden, indem es z. B. Kältepunkte giebt, welche erst durch stärkere Kältegrade erregt werden können etc. Ferner zeigt sich, dass die Kältepunkte des Tastsinnes vollständig entbehren, dass an ihnen eine Berührungsempfindung, eine Druckempfindung nicht hervorgerufen werden kann, dass sie auch keine Schmerzempfindlichkeit zeigen, sogar für den Temperaturschmerz vollständig analgetisch sind. Dagegen sind die von diesen Punkten umschlossenen, areolären (bald rundlich, bald elliptisch, oval u. s. w. gestalteten) Interstitien für Wärme und Kälte völlig unerregbar, so dass sie als psychro-anästhetische und thermo-anästhetische Felder bezeichnet werden können.

Der Vortragende demonstrirt eine Reihe Aufzeichnungen solcher Punkte, welche er an sich selbst gefunden hat und welche die bezüglichen Angaben Goldscheider's durchweg bestätigen, resp. ergänzen. Es zeigt sich dabei, dass die Kälte- und Wärmepunkte nicht coincidiren, sondern einander interponirt und juxtaponirt sind, gewissermaassen ein complementäres Verhalten zeigen. Aus anderen Aufzeichnungen geht hervor, dass die Kälte- und Wärmepunkte an symmetrischen Hautstellen sich nicht vollkommen gleich verhalten; dass ihre Anzahl an verschiedenen Hautbezirken ausserordentlich variirt u. s. w. Für die Feinheit der Kälteperception ist übrigens die Anzahl der Kältepunkte nicht ausschliesslich von Einfluss, es kommt vielmehr daneben auch auf die schon erwähnten Quantitätsverhältnisse derselben an. Die bei verschiedenen Hauttemperaturen zu verschiedenen Zeiten an ein und derselben Stelle vorgenommenen Untersuchungen zeigen, dass die Zahl der am leichtesten auffindbaren, erregbarsten Punkte (Kälte- und Wärmepunkte I. Ordnung) dabei etwas verschieden ist, trotzdem lässt sich aber eine ausserordentliche Constanz dieser Punkte erkennen.

Der Vortragende ist der Ansicht, dass diese Untersuchungen früher oder später für die Sensibilitätsprüfung der Haut werden nutzbar gemacht werden können, jedenfalls zeigen sie, dass ohne Berücksichtigung dieser Verhältnisse genaue Resultate nicht zu erzielen sind. Daneben werden jedoch die Ergebnisse der Flächenreizung bei Temperatursinns- (und ebenso auch bei Drucksinns-) Prüfungen ihren Werth und ihre practische Brauchbarkeit unverändert behalten.

Die Discussion über diesen Vortrag wird der vorgerückten Zeit wegen vertagt.

IX. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 26. November 1884.

Vorsitzender: Herr Henoch.

1. Herr Jul. Wolff stellt im Anschluss an den Vortrag des Herrn Gluck in der vorigen Sitzung einen Fall von congenitalem Klumpfuss vor. Die Resultate des Herrn Gluck erscheinen ihm nicht als befriedigende, nach einer durch Lorenz veröffentlichten Zusammenstellung sind aber auch von anderen Operateuren bessere Erfolge durch operative Eingriffe nicht erzielt worden. Dem gegenüber zeigt der nach der Methode des Herrn W. behandelte Kranke sehr günstige Resultate. Derselbe, ein 19jähriger junger Mann, kam mit einer der allerschwersten Formen von congenitalem Klumpfuss im Juni d. J. in die Behandlung des Vortr.

Es gelang, ohne jeden andern operativen Eingriff als die Tenotomie der Achillessehne, mittelst des Wasserglasverbandes, verbunden mit wiederholten, in der Narkose vorgenommenen kraftvollen Redressements in nicht drei Wochen den Patienten dahin zu bringen, dass er ohne jede Stütze und Schiene mit voller Planta und vollständig abducirtem Fuss auftrat. Am 21. Tage ging der Patient ohne Stütze, ohne jeden Schmerz und Ermüdung eine längere Strecke. $2^1/_2$ Woche später stellte sich der Patient Herrn Volkmann in Halle vor. Herr W. hat vor 10 Tagen den Verband abgenommen und einen Gypsabguss des Fusses anfertigen lassen, den er zusammen mit einem Abguss des Fusses, wie er vor 5 Monaten war, demonstrirt. Die Spitze der grossen Zehe stand früher 18 cm nach einwärts von der Directionslinie des Fusses, während sie gegenwärtig 12 cm auswärts steht, hat also einen Weg von etwa 30 cm zurückgelegt. Auffallend ist, dass die früher vollkommen starren Fusswurzelgelenke nach Abnahme des Verbandes in nicht unerheblichem Grade beweglich geworden sind.

Der Vortr. ist zu seiner Methode hauptsächlich auf theoretischem Wege gekommen, und zwar durch seine Untersuchungen über die Transformation der Knochen. Das Transformationsgesetz lehrt, dass der Klumpfuss nicht auf einer primär perversen Form der Knochen und Gelenke beruht; das primär Perverse ist vielmehr die Einwärtskehrung der ganzen Extremität, welche die verschiedensten Ursachen haben kann. Die Form der Knochen ist nichts als die functionelle Anpassung an die Einwärtskehrung der Extremität. Es sei ein Irrthum, wenn man annehme, dass man die Deformität der Knochen durch künstlichen Druck auf der einen Seite und künstlichen Zug auf der andern Seite zur Norm zurückführen könne; es geschieht dies vielmehr durch die modellirende Kraft des Gebrauchs. Diese wandelt die Knochen, und zwar auch ihre innere Architektur, nach den bestehenden statischen Verhältnissen um. Auf diesen Gesetzen basirt die Methode des Vortr. zur Behandlung des Klumpfusses.

Herr Gluck giebt zu, dass die beste Methode der Behandlung des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Klumpfusses die ist, dass man rein durch mechanische Mittel vorgeht. In Fällen, wo dies möglich war, hat Herr G. mit Tenotomie der Achillessehne als einzigem operativen Eingriff und Redressement in der Narkose günstige Erfolge gehabt. Es giebt aber Fälle, und hierzu gehörten die beiden von ihm vorgestellten, in denen selbst der kräftigste Mann ausser Stande ist ein Redressement zu erzielen, so dass man genöthigt ist, die Resection auszuführen, und Herr G. glaubt in seinen beiden Fällen so gute Resultate erzielt zu haben, dass er die Resection für solche schweren Fälle warm empfehlen zu können glaubt.

Herr Jul. Wolff hält die vorgeführten Resultate nicht für ausreichend, um einen dauernden Erfolg zu verbürgen. Man muss auch auf den immerhin schädigenden Einfluss der Operation auf das Wachsthum der Extremität Bedacht nehmen. Was die Möglichkeit der Ausführung des Redressements betrifft, so hat Herr W. noch keinen einzigen Fall zur Behandlung bekommen, in welchem dasselbe nicht gelungen wäre. Allerdings gehört grosse Kraft dazu, und namentlich bei Erwachsenen reicht die Kraft eines Menschen allerdings nicht aus. In dem vorgestellten Falle haben u. a. fünf Menschen zusammenwirken müssen, und es war innerhalb der ersten Wochen ein dreimaliges Redressiren erforderlich.

2. Herr Schwechten. **Ueber die Phosphorbehandlung der Rachitis.** Angeregt durch die Empfehlung von Kassowitz hat Herr Sch. auf der Henoch'schen Poliklinik ausgedehnte Versuche mit der Phosphorbehandlung bei Rachitis angestellt, bei denen in Bezug auf die Dosirung und die Form der Darreichung ganz nach den Angaben von K. verfahren wurde. Es wurde $^1/_2$ mg Phosphor pro dosi und pro die in öliger Lösung, freilich des Kostenpunktes wegen ohne Zusatz von Gummi und Zucker gereicht. Behandelt wurden auf diese Weise 128 Fälle, von denen indessen nur 41 wissenschaftlich verwerthbar sind. Zum Theil liegt der Grund hierfür in den klinischen Verhältnissen Berlin's, in einer anderen Reihe von Fällen traten erhebliche Störungen von Seiten des Verdauungstractus auf, die zwar zum geringsten Theil dem Phosphor zugeschrieben werden konnten, die aber von der weiteren Darreichung Abstand nehmen liessen. Eine letzte Reihe von Fällen ist endlich noch zu kurze Zeit beobachtet, um verwerthbar zu sein.

Unter diesen 41 Fällen ereigneten sich 8 Todesfälle, von denen jedoch wohl keiner dem Phosphor zur Last gelegt werden kann. In 4 Fällen trat Heilung ein, in 12 Fällen erhebliche Besserung, in 9 Fällen geringe Besserung, in 11 Fällen keine Besserung, in 5 Fällen Verschlimmerung. Es stehen also 25 Erfolge 16 Misserfolgen gegenüber. Bemerkenswerth ist, dass die Besserung ganz unabhängig war von der Dauer der Behandlung, d. h. also auch von dem Quantum des dargereichten Phosphors. Die sämmtlichen Versuche wurden unter strengster Controle ausgeführt. Für die Güte des Präparates übernimmt Herr Sch. die volle Bürgschaft.

Der Ausfall der Versuche weicht sehr von den günstigen Resultaten ab, welche Kassowitz mit der Phosphorbehandlung erzielte, und namentlich der sicher constatirte Umstand, dass unter der Phosphorbehandlung der rachitische Process fortschreiten kann, beweist nach der Ansicht des Herrn Sch., dass das Phosphor kein Specificum gegen Rachitis ist.

3. Discussion über den Vortrag des Herrn E. Küster über die Geschwülste der Harnblase und deren Behandlung.

Herr Sonnenburg stimmt Herrn Küster darin bei, dass es gewisse Fälle von Blasentumoren giebt, die auf operativem Wege entfernt werden können. Die Diagnose ist verhältnissmässig nicht so schwer, nur kommen die Fälle meistens in einem Stadium in die Behandlung, wo von einer Operation nicht mehr die Rede sein kann. Dass aber selbst Tumoren, die noch mit Erfolg operirt werden könnten, der Diagnostik entgehen, zeigt ein Fall, den Herr S. vor einem Jahre beobachtete, in dem der Tumor nicht zu palpiren war, weil der Patient eine sehr grosse Prostata hatte. Selbst das Abreissen kleiner Gewebsstücke führt nicht immer zu einer sichern Diagnose: ausserdem können dadurch heftige Blutungen und sogar Perforationen entstehen.

Bei Frauen ist die Diagnose viel leichter zu stellen. Herr S. behandelte vor etwa vier Wochen im jüdischen Krankenhause eine Frau, bei der es glang, mit dem Finger einen circumscripten Tumor in der vorderen Blasenwand zu entdecken. Da die Patientin trotz ihrer 60er Jahre noch sehr rüstig und die Beschwerden sehr bedeutende waren, wurde die Operation beschlossen. Nach Freilegung der Blase zeigte sich, dass der Tumor doch nicht so abgegrenzt war, wie man angenommen hatte. Herr S. war genöthigt, soviel von der Blase fortzunehmen, dass nur der Theil erhalten blieb, wo die beiden Uretheren liegen. Selbstverständlich konnte das Peritoneum nicht unverletzt bleiben, und auch eine Vereinigung durch die Naht war nicht denkbar, doch konnten die Därme gut zurückgehalten werden. Was die Operation so schwierig macht, ist der Umstand, dass man die Blase garnicht herausziehen kann, dass man also im Dunkeln operiren muss; man hat alle Sorgfalt anzuwenden, dass man die benachbarten Theile, namentlich der Uretheren nicht verletzt.

Herr S. hofft den Tumor vollständig entfernt zu haben, da es sich aber, wie mikroskopische Untersuchung gezeigt hat, um ein Fibrosarkom handelte, liegt der Fall insofern ungünstig, als diese Geschwülste leicht recidiviren. Die Gefahr einer Peritonitis ist vermieden durch sorgfältige Naht. Die Heilung der Peritonealwunde ist ohne weiteres erfolgt. Es ist noch nicht zu entscheiden, ob es zur Neubildung eines Blasenraums kommen wird. Zunächst wurde von der Bauchwunde aus durch die Urethra die ganze Wunde drainirt. Schon am zweiten Tage floss der ganze Urin durch das Drainrohr ab und konnte aufgefangen werden. Die Patientin hat durch den Abfluss keine Beschwerden gehabt; Fieber ist während der ganzen Zeit nicht aufgetreten. Wenn eine Neubildung eines Blasenraumes nicht stattfindet, bleibt im schlimmsten Fall eine Blasen-Bauchfistel übrig, ein Zustand der bei Frauen nicht wohl als unerträglich gelten kann. Diese Operation hat nach der Ansicht des Herrn S. gezeigt, dass dieselbe ausführbar ist, dass die Hauptgefahr unmittelbar nach der Operation vermieden werden kann, und dass man aller Wahrscheinlichkeit nach im Stande ist, einen leidlich ertäglichen Zustand zu schaffen.

Herr Fürstenheim perhorrescirt die Anwendung von Instrumenten, wie sie Herr Küster angegeben hat, zur Abreissung kleiner Geschwulstfragmente bei weichen Geschwülsten in der Blase, weil man damit leicht Zerreissungen und Blutungen hervorrufen kann, umsomehr als es schon bei Anwendung einer ganz einfachen Katheter-artigen Steinsonde gelingt, zur Untersuchung geeignete Geschwulstpartikel herauszubefördern.

Was die Diagnostik anlangt, so erkennt Herr Fürstenheim für gewisse Fälle den Werth des Thompson'schen Orientirungsschnittes zwar an, hält dessen zu grosse Verallgemeinerung aber für nicht im Interesse der Patienten liegend, zumal man häufig auch ohne blutigen Eingriff in der Lage ist, eine exacte Diagnose zu stellen durch andere Untersuchungsmethoden, zu denen auch die Endoskopie gehört.

Herr P. Gueterbock glaubt ebenfalls vor dem Verfahren, Geschwulsttheile abzureissen, eindringlich warnen zu müssen.

Herr Posner macht auf einen Befund aufmerksam, der vielleicht für die Diagnose verwerthet werden kann. Ultzmann hat in Geschwulststückchen, welche sich im Urin finden, feinste Nadeln von Hämatoidin und eigenthümliche rosettenförmige, sonst im Urin nicht vorkommende Crystalle beobachtet, die er als oxalsauern Kalk anspricht. Er schliesst aus diesem Befunde auf die Malignität der Geschwulst. Herr P. hat in einem Falle, der verdächtig war, carcinomatös zu sein, diese Crystalle ebenfalls gefunden.

Herr E. Küster entgegnet auf die Einwände, welche gegen den Löffelkatheter erhoben wurden, dass die vorsichtige Anwendung desselben keine Gefahr bringe. Es ist ihm kein Fall aus der Literatur bekannt, wo derartige Blutungen lebensgefährliche Dimensionen angenommen haben. Herr K. hat selbst zugegeben, dass häufig die Differentialdiagnose aus der Untersuchung der herausgeförderten Partikel unmöglich ist, hier bleibt eben nur der Medianschnitt übrig, eine Operation, die den Patienten keinerlei Nachtheile bringt. Bei bedeutender Anschwellung der Prostata kann es allerdings vorkommen, dass die Blase nicht zu palpiren ist.

Was die Behandlung anlangt, so muss man wohl unterscheiden zwischen den leicht zu exstirpirenden gestielten Tumoren und den breitbasig aufsitzenden Geschwülsten, die nach der Ansicht des Herrn Küster unangetastet bleiben müssen. Zu den letzteren scheint ihm auch der Fall des Herrn Sonnenburg zu gehören. Die Rücksicht auf die Uretheren braucht kein Hinderniss für die Operation zu sein. Wenn man nach Anlegung des hohen Blasenschnitts einen Katheter in die Uretheren einführt, der während der Operation den Urin ableitet, so fühlt man immer, wo der Urether liegt, und kommt nicht leicht in die Lage, denselben zu verletzen. Was die Endoskopie anlangt, so hat Herr Küster durch die erweiterte Harnröhre sowohl beim Manne wie beim Weibe eine bessere Einsicht erhalten als bei künstlicher Beleuchtung.

X. Die Verhandlungen über Cholera im ärztlichen Verein zu München.

V.

Sitzung vom 15. October 1884.

Dr. Frobenius: Zur Frage des Cholera-Bacillus.

Der Vortragende legte das gesammte bisher wesentlich von Koch gelieferte Material eingehend dar, kritisirte die Mittheilungen von Finkler und Prior, Lewis, Lankester und Klein und erwähnte der Experimente von Nicati und Rietsch. Zum Schluss führte er die gegen v. Pettenkofer's Theorie des Verhaltens der Cholera auf Schiffen sprechenden Thatsachen an und speciell erwähnte er die nicht selten beobachtete längere Dauer der Cholera auf einer Anzahl von Kulischiffen, auf dem „Krokodil" und dem „Franklin".

Hierauf nahm Herr Geh.-Rath Prof. Dr. v. Pettenkofer das Wort.[1])

Ich bin durchaus nicht einverstanden mit den epidemiologischen Schlussfolgerungen Koch's. Er ignorirt die bisher auf andere Weise festgestellten Thatsachen in einer für mich merkwürdigen Weise. Die Mitwirkung eines niedern Mikroorganismus war für mich schon vor 30 Jahren ein hypothetisches Postulat, und ich freute mich sehr, dass man, wie es schien, nun wirklich einen derartigen Mikroorganismus gefunden hatte, aus dem die Choleraerscheinungen erklärt werden könnten. Aber je genauer ich die Sache betrachtete, um so mehr wurde ich überzeugt, dass dieser Kommabacillus, wenn er auch wirklich mit dem Choleraprocess zusammenhängt, gerade von einer andern Seite aufgefasst wird, als zu welcher ich nun seit 30 Jahren gehöre.

[1]) Obwohl ebensowenig wie die des Herrn Frobenius die Ausführungen v. P.'s der Natur der Sache nach unsern Lesern neues Material bringen noch bringen konnten, halten wir es doch für unsere Pflicht die letzteren vollständig und in ganz authentischer Weise wiederzugeben, aus persönlichen wie aus sachlichen Gründen. Ist es doch eine medicinische Gesellschaft, in der München's berühmter Hygieniker, den wir Alle verehren, so weit wir auch in manchen Fragen von ihm differiren mögen, seine Einwendungen gegen die aus Koch's Entdeckungen unserer Ansicht nach mit Recht gezogenen Schlüsse zusammenfasst. Damit ist der Discussion die correcte Grundlage gegeben. D. Red.

Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Das wird von Koch zugegeben, dass die Cholera in Indien nicht von einer bestimmten Menschenklasse ausgehe, sondern von bestimmten Localitäten. Trotzdem nimmt er weiter an, dass immer vom Cholerakranken aus die Krankheit sich weiter verbreite. Diese Annahme stimmt nun, wenn man die epidemiologischen Thatsachen brtrachtet, nicht im geringsten mit diesen überein.

Nach der Koch'schen Theorie, dass von dem Kranken ein Bacillus ausgehe, der bei andern Menschen die Cholera hervorruft — von diesem Standpunkte aus ist eine der merkwürdigsten Thatsachen nicht erklärt und merkwürdiger Weise hat auch Frobenius nicht davon gesprochen: Wie kann es da immune Orte geben, Orte, wo es nie Epidemien giebt, trotz Einschleppung des Keimes.

Es melden sich nun auch in England Stimmen, die die von mir vertretene localistische Anschauung theilen. In letzterer Zeit habe ich mehrere Briefe erhalten, die mich auf mehrere immune Orte aufmerksam gemacht haben. Es giebt ja auch Beispiele dieser Immunität in Indien selbst. Ich will nur eines erwähnen: Moultan, im nordwestlichen Indien gelegen. Seit 50 Jahren, so lange die Cholera in Europa herrscht, ist in diesem Bezirke noch nie eine Epidemie vorgekommen, trotzdem häufig Cholerakranke hinkommen. Es war ein Jahr, wo man glaubte, dass diese Immunität brechen müsse. Die Einwohnerschaft umfasst mehr als eine Million Menschen. Im Jahre 1867 brach bekanntlich unter den Hardwar-Pilgern eine fürchterliche Epidemie aus. Inzwischen hatte sich das Eisenbahnnetz weiter entwickelt, und gerade dieses Moultan wurde ein Kreuzungspunkt für Eisenbahnen. Die Pilger kehrten zum grossen Theile auf diesem Wege zurück. Es waren damals in Hardwar über 3 Millionen Pilger zusammen, und dieser inficirte Menschenstrom ergoss sich von Hardwar aus über ganz Indien, also auch nach diesem Moultan. Es sind auch unter diesen Pilgern mehrere erkrankt und gestorben. Aber der Platz ist wieder immun geblieben. Die ganze Zahl der zur Anzeige gekommenen Fälle betrug 16. Wie ist dies vom contagionistischen Standpunkte aus zu erklären?

Die Schädlichkeit des Austrocknens der Kommabacillen widerspricht dem wirklichen Vorkommen der Cholera in endemischen Gebieten auf's Entschiedenste. In einer 26jährigen Statistik wurde für Calcutta ein Cholera-Rythmus nachgewiesen. Es stellte sich heraus, dass die meisten Cholerafälle in der heissen und trockenen Zeit, März und April, vorkommen, wo der Bacillus am meisten zu Grunde gehen sollte, und die wenigsten zur nassen und heissen Zeit, im August. Also im August wären die Bacillen gerade in ihrem Elemente, während in Wirklichknit die meisten vernichtet werden.

Die Auffindung des Cholerabacillus in einem Teiche bei Calcutta beweist gar nichts und ich bedauere im Interesse der Anhänger der Trinkwassertheorie, dass Koch diesen Fall zur Stütze seiner Theorie angeführt hat. Koch hat den Bacillus nicht gefunden, ehe die Cholera ausbrach, sondern nachdem sie ausgebrochen war, nachdem sehr viel Wäsche in diesem Teiche gewaschen worden war. Als die Cholera in der Umgebung dieses Teiches verschwand, verschwand auch der Bacillus. Koch führt nun an, er könne nicht glauben, dass alle die Bacillen, die er gefunden habe, nur von der Cholerawäsche allein herrührten; sie müssten sich darin auch vermehrt haben. Dies ist sehr frappirend. In dem Berichte der Conferenz im Reichsgesundheitsamte führt Koch bezüglich der Cultur des Bacillus an, dass man Fleischbrühe nicht zu sehr verdünnen dürfe, weil die Pilze sonst nicht mehr darin wüchsen. Nun hat er aber versäumt, durch eine Wasseranalyse zu constatiren, dass in diesem Teiche wirklich noch so viel Nährsubstrat vorhanden gewesen ist, um den Bacillus zu züchten, um ihn da zu vermehren.

Die Trinkwassertheorie, der ich ursprünglich auch anhing, weil sie sehr nahe lag, wurde für mich immer unwahrscheinlicher, je sorgfältiger ich nach Beweisen für sie suchte. Ich suchte die Epidemie von München im Jahre 1854 auf die Wasserversorgung zu schieben. Von Haus zu Haus ermittelte ich den Wasserbezug, um deutlich zu machen, die Cholera werde durch das Trinkwasser verbreitet. Meine Untersuchungen sind veröffentlicht und haben ein negatives Resultat ergeben. Die ganze Trinkwassertheorie ist in der leichtsinnigsten Weise entstanden und hauptsächlich begründet durch zwei Fälle während der Londoner Epidemie 1854. Der eine Fall betrifft eine und dieselbe Oertlichkeit, einige Strassen Londons, in welcher zwei Wassercompagnien concurrirten, die Lambeth-Company mit reinem, die Vauxhall-Company mit unreinem Wasser. Es ergab sich nun, dass in den Häusern, welche die Lambeth-Company mit reinerem Wasser versorgte, weniger Cholerafälle vorkamen als in den anderen von der Vauxhall-Company versorgten. Dieses hat auf mich einen gewaltigen Eindruck gemacht, und gerade diese Thatsache in London war für mich die Veranlassung, eine genaue Wasseruntersuchung in München durchzuführen. Ich habe die Erhebungen in London für correct angesehen. Erst später 1866 machte Dr. Letheby aufmerksam, dass die Ermittlung der Wasserbezüge etwas höchst Unsicheres gewesen wäre; im Lauf der Zeit sei bei den Anzapfungen der beiden Hauptrohre grosse Verwirrung eingetreten, sodass oft ein Haus, welches an die Lambeth-Company zahlte, sein Wasser aus der Röhre der Vauxhall-Company empfing und umgekehrt.

Dazu kam noch eine andere Thatsache, die geradezu für ein pathologisches Experiment angesehen werden musste. Es war in London in Goldon Square eine sehr heftige Epidemie ausgebrochen, die sich namentlich in Broadstreet concentrirte. Das musste erklärt werden. Anfangs glaubte man, das Uebel aus alter Zeit herleiten zu können. Es wurde darauf aufmerksam gemacht, dass diese Gegend ein Kirchhof war, wo früher Pestkranke beerdigt wurden. Aber eine genauere Untersuchung ergab sehr bald, dass das alte Pestfeld und das neue Cholerafeld sich nicht deckten. Inmitten des Cholerafeldes in Broadtstreet stand nun aber ein Pumpbrunnen, der sehr viel benutzt wurde und deshalb immer frisches Wasser hatte. Dieses Wasser war in der Umgebung sehr beliebt. Nun sagte man, es käme die Cholera von diesem Wasser her. Da trat auch noch ein Ereigniss ein und wurde allgemein bekannt, welches die Trinkwassertheorie vollständig zu beweisen schien. In Broadstreet befand sich eine Zündhütchenfabrik eines Herrn Elliot, in welcher sehr viele Cholerafälle vorkamen. Elliot wohnte entfernt von seiner Fabrik in Islington und kehrte jeden Tag nach Schluss derselben in seine Wohnung zurück. Seine Mutte hatte früher in der Fabrik gewohnt und ebenfalls das Wasser liebgewonnen. Der Sohn brachte der Mutter täglich davon mit nach Haus. Mutter und Nichte tranken von diesem Wasser. Ob Elliot davon getrunken hat, ist nicht erwähnt. Die beiden Damen erkrankten nun an Cholera und starben auch daran. Also, sagte man, da das Wasser die einzige Choleraquelle gewesen, sei dies ein schlagendes Experiment. Beide Damen hatten ja mit dem Infectionsheerd in gar keinem Verkehr gestanden als durch das Wasser. Damit hielt man die Trinkwassertheorie für erwiesen. Nach meiner Ueberzeugung aber ist dies die leichtsinnigste Annahme. Setzen wir den Fall: Elliot wäre täglich in seine Fabrik gegangen und nach Schluss des Geschäftes wieder zurück und hätte kein Wasser mitgebracht und Mutter und Nichte wären doch gestorben, würde man da Anstand genommen haben, die Infection der beiden Personen durch den Verkehr des Sohnes zu erklären?

Solche Fälle kommen aber tausendfach vor. Im Jahre 1854 kehrte ein junger Jurist aus dem inficirten München zurück und stieg in Darmstadt ab. Er war gesund, aber der Vater erkrankte im immunen Darmstadt und ist an Cholera gestorben. Der Sohn hat doch von München sicher kein Trinkwasser mitgebracht, und doch musste die Erkrankung des Vaters von seinem Sohne herrührend angenommen werden, und ebenso kann auch angenommen werden, dass Elliot's Mutter und Nichte von Elliot inficirt wurden. Wenn man alle diese Fälle durchgeht, so kommt man zu dem Resultate, dass die Trinkwassertheorie nicht haltbar ist.

Was mich im höchsten Grade verwundert hat bei der Conferenz in Berlin, ist, dass man die Cholera-Immunität im Fort William von der Wasserversorgung abgeleitet und dass man auszusprechen gewagt hat, die Canalisation von Calcutta hätte nichts genützt. Dieses Fort William war bis 1862 ein Choleraherd der schlimmsten Art. Von 1863 an ging eine auffallende Reduction vor sich. Die Wasserleitung wurde im Fort William aber erst im März 1873 eingeführt. DieReduction der Cholera und die jetzige Immunität datirt also schon seit 9 Jahren früher. Ich denke nicht, dass Koch absichtlich die Fälschung der Thatsachen gemacht hat, aber er war falsch informirt.

Die meisten englischen Aerzte sind Anhänger der contagiösen Verbreitung, spec. der Trinkwassertheorie, sie saugen förmlich mit der Muttermilch die Trinkwassertheorie ein, aber noch alle diejenigen, die sich mit dem Gange der Epidemie befassten und zwar in Indien selbst wie Brydon, James Cunningham, Macpherson, Lewis, Douglas Cunningham etc. haben mit diesem Glauben gebrochen und treten in der entschiedensten Weise gegen die Trinkwassertheorie auf, denn diese lässt sich, wenn man eine Reihe von Epidemien vergleicht, nicht halten. Das Fort William, das sehr gross ist und ziemlich flach an dem Flusse liegt, war früher zur Regenzeit ein vollständiger Sumpf. Man fing an, das ganze Terrain zu drainiren und von dieser Zeit an nahm die Cholera in diesem Fort in merkwürdiger Weise ab. Erst später, 9 Jahre später, erfolgte der Anschluss an die Wasserleitung in Calcutta.

Hinsichtlich der Verbreitung der Cholera durch die Pilgerzüge sprechen die Thatsachen nicht für den contagionistischen Standpunkt, sondern für das Gegentheil. Bryden, der sich am genauesten mit der Verbreitung der Cholera in Indien befasst hat, theilt darüber merkwürdige Beweise mit. Es giebt mehrere Orte, wo Millionen von Men-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schen beisammen sind, grosse Pilgerkarawanen, und es hat sich ergeben, dass die Cholerafrequenz an diesen Orten durchaus nicht mit der Pilgerfrequenz an denselben zusammenhängt. Bryden theilt z. B. das Aufnahmejournal eines Pilgerkrankenhauses Puri in der Nähe der Heiligthümer von Dschagganath vom Jahre 1842—1866 mit. Das Maximum der Aufnahme fällt nun nicht in die Zeit der Hauptfeste, sondern in die Zeit, wo die wenigsten Pilgerzüge stattfanden, aber in die Cholerazeit d. h. in die Zeit der örtlichen und zeitlichen Disposition. Diese Pilgerzüge sind ganz unabhängig von der Verbreitung der Cholera in Indien. Es war ein bestimmtes Fest, das Fest in Hardwar, 9 Jahre lang ohne Ausbruch der Cholera vorübergegangen bis 1867 und man glaubte, weil kein Ausbruch seit 9 Jahren erfolgt sei, so würde dies von den ergriffenen Maassregeln kommen: Reinhaltung der Abtritte, Fortschaffung der Excrete etc. Im Jahre 1867 nun führte man die Maassregeln in verbesserter Form durch. Mehr als 3 Millionen Menschen waren beisammen. Da fand der fürchterlichste Ausbruch statt. Von Hardwar aus nun verbreitete sich dieser kolossale Menschenstrom über ganz Indien; aber nur da, wo zeitliche und örtliche Disposition vorhanden war, brach die Seuche aus.

(Schluss folgt.)

XI. Weiteres zur Choleraforschung.

1. Die Herren Professor Antonio Ceci und Professor Edw. Klebs haben dem J. d'Hygiène (No. 427) eine Mittheilung in 12 Punkten zugehen lassen, der wir Folgendes unter der wohl selbstverständlichen Voraussetzung entnehmen, dass die beiden Untersucher sich gegenseitig von der Richtigkeit ihrer Resultate überzeugt halten. Wir geben nur was C. und Kl. Thatsächliches glauben gefunden zu haben.

I—VIII ist von Ceci unterzeichnet:

I. Das Vorkommen des Kommabacillus in den Cholerastühlen oder in dem Darminhalt der an acut verlaufener Cholera verstorbenen Individuen ist nicht constant. Man kann nicht behaupten, es sei möglich durch aufeinander folgende Culturen zu einer Reincultur dieser Microben zu gelangen. Wenn nur eine geringe Zahl von Kommabacillen in den Fäces sich befindet, umdrängt durch eine grosse Zahl anderer Arten von Schistomyceten ist es wenig wahrscheinlich, dass man eine Reincultur, selbst bei scrupulösester Anwendung der Koch'schen Reincultur enthält.

II. Wo der Kommabacillus sich in den Stühlen findet ist er immer von kurzen Spirillen begleitet, die so aussehen, als seien 2—3 Kommabacillen mit einander vereinigt.

III. Lässt man Cholerastühle bei gewöhnlicher Temperatur einige Zeit stehen, so bemerkt man am zweiten Tage eine erhebliche Vermehrung und Vergrösserung der Spirillen, am dritten und vierten Tage werden die Stühle wahre Reinculturen von Spirillen. Später verschwinden letztere nach und nach um den verschiedenen Fäulnissbakterien Platz zu machen.

IV. Die Kommabacillen können durch Theilung der Spirillen entstehen. Es ist indessen wahrscheinlich, dass sie zu Spirillen werden durch Verlängerung. Sporen sind bis jetzt in den Spirillen nicht entdeckt worden.

V. Während der Bildung von Spirillen und selbst nach ihrem Verschwinden bleibt die Reaction der Stühle alkalisch oder neutral.

VI, VII, VIII. Die Invasion des Parasiten beschränkt sich auf den Darmkanal. Leber, Milz, Niere, Exspirationsluft sind frei. Das Blut des Cholerakranken im stat. alg. zeigt keine morphologischen Veränderungen.

IX—XII sind von Klebs unterzeichnet:

IX. Die organischen Veränderungen der Darmschleimhaut vermögen den Choleratod in rapid verlaufenen Fällen nicht zu erklären. Bei Untersuchungen sehr bald nach dem Tode, wenn das Epitel noch erhalten war, wurden Kommabacillen in den Lieberkühn'schen Drüsen nicht gefunden.

X. Die ausgesprochensten Läsionen fanden sich in der Niere. Bei Anwendung von Gentianaviolett färben sich die Tubuli contorti nicht oder verlieren durch Alkohol ihre Färbung.

„Les noyaux ont disparu, ou ne contiennent que quelques traces de substance sensible à la couleur. Le tissu cellulaire se gonfle, se trouble, remplit, à la période d'acmé, la lumière des canalicules, puis on voit se nécroser l'épithélium qui, d'après les recherches de Heidenhain, sécrète les éléments constituants de l'urine; l'épithélium des canaliculi contorti et celui de la branche ascendante des anses de Heule."

XI. Wahrscheinlich wird in dem Choleraprocess eine Substanz gebildet, welche direct das Protoplasma der Zellen angreift. Diese durch die Spirillen gebildete Substanz wird resorbirt, findet sie sich in kleiner Quantität in den Geweben, so ruft sie durch ihren Contact Atrophie hervor (Leber, Milz etc.), kommt sie in grössere Mengen vor, so erzeugt sie (wie in den Venen) Nekrose. Die schweren nervösen Symptome sind auf Urämie zurückzuführen. Die Arterien-Thrombosen können nur von Nekrose der Gefässwandungen herrühren, deren Ursache die Verminderung der Vitalität der Zellen ist, da sich diese Läsionen in Fällen sogenannter trockner Cholera zu Genua gefunden haben.

XII. Ceci kann versichern, dass die Kommabacillen und die Spirillen der asiatischen Cholera dieselben morphologischen Charaktere besitzen wie die, welche in den Culturen gefunden wurden, die aus Cholera nostras-Stühlen von Finkler und Prior gezüchtet wurden. Klebs hat dieselben Spirillen in den Stühlen eines Pneumonikers gesehen.

Die beiden Autoren beabsichtigen demnächst die Existenz der von ihnen angenommenen septischen Substanz, so wie den Einfluss derselben auf die von ihnen gefundenen Läsionen festzustellen.

Die Kritik der Ceci-Klebs'schen Mittheilungen können wir ruhig unseren Lesern überlassen, die wir nur noch auf die Bekenntnisse Ceci's in Punkt 1 aufmerksam machen wollen.

2) Cornil hat seinen pathologisch-anatomischen Demonstrations-Cursus im Hôtel Dieu am 12. November eröffnet und zuvörderst über den Kommabacillus mit Darlegung der Koch'schen Methoden gesprochen. Anderweitig wird uns aus Paris mitgetheilt, dass competente Untersucher in jedem Falle von Cholera den Kommabacillus gefunden haben. Sollte man es in Paris nicht für eine Pflicht halten, dies endlich öffentlich zuzugestehen?

3. Die Herren Nicati und Rietsch theilen der Académie des sciences folgende Fortsetzung ihrer Studien über den Kommabacillus mit:

1) Reinculturen des Kommabacillus haben einen charakteristisch ätherartigen Geruch.

2) Mindestens acht Tage alte Reinculturen aus Bacillen oder Nährgelatine gewonnen, denen man mittelst des Pasteur'schen Filters die Bakterien entzieht, erzeugen, in die Blutgefässe von Thieren injicirt, mehr oder weniger schwere Störungen, die in gewissen Fällen mit dem Tode enden können.

3. Flüssige Culturen sind, selbst in grossen Mengen subcutan injicirt, wirkungslos.

4. Frische nach Pasteur filtrirte Culturen bleiben, in die Venen oder subcutan injicirt, wirkungslos.

XII. Specifische Bacillen in syphilitischen Krankheitsproducten. In der k. k. Ges. der Aerzte zu Wien, Sitzung vom 21. November berichtete Dr. S. Lustgarten über die Resultate seiner im Laboratorium des Herrn Prof. Dr. Weigert zu Leipzig ausgeführten Untersuchungen. Es ist ihm gelungen,

„in Schnitten von zwei syphilitischen Initialsclerosen und einem Gummaknoten Bacillen nachzuweisen, die durch ein eigenes Tinctionsverfahren mit fernerer Berücksichtigung ihrer Gestalt und Lagerungsverhältnisse vollkommen charakterisirt sind. Diese Bacillen, die in jedem der untersuchten Schnitte wenn auch in wechselnder, im Ganzen nicht beträchtlicher Menge vorkamen, stellen schlanke, gerade oder etwas gekrümmte Stäbchen von ungefähr derselben Grösse und demselben Aussehen wie die Tuberkelbacillen dar, liegen immer einzeln oder in kleinen Gruppen in etwas gequollenen lymphoiden Zellen eingeschlossen und lassen bei starker Vergrösserung (Homog. Immers. $^1/_{20}$) ähnliche helle Stellen erkennen, wie sie Koch bei den Tuberkelbacillen als Sporenbildung anzusprechen geneigt ist. Die Tinctionsmethode, über die Herr L. in einer späteren ausführlichen Arbeit berichten wird, erlaubt es daher, bei Syphilis vorkommende Bacillen sowohl von den Lepra- und Tuberkelbacillen als auch von den anderen bis jetzt gekannten pathogenen Bakterien zu unterscheiden, und der Umstand, dass die ersteren immer in Zellen liegen, lässt Täuschungen durch Fäulnissorganismen u. dgl. mit Sicherheit als ausgeschlossen betrachten. Von Coccen hat Herr L. nie etwas bemerken können."

Herr L. hebt dies besonders hervor, weil andere Beobachter sich stark getäuscht hätten (Plasmazellen!), indem sie solche Coccen als die specifischen Mikroorganismen der Syphilis ansprachen. Vorsichtigerweise beschränkte sich Herr L. auf die Constatirung seines mikroskopischen Befundes ohne die Frage der etwaigen ätiologischen Bedeutung der Bacillen für die Syphilis schon jetzt entscheiden zu wollen.

XIII. Journal-Revue.

Innere Medicin.

8.

W. Bienstock, Ueber die Bakterien der Fäces (Zeitschr. für klin. Med. Bd. 8, Heft 1 u. 2). Ein ausführliches Referat dieser inhaltreichen Arbeit befindet sich bereits in No. 47 des vorigen Jahrganges dieser Zeitschrift. — In einem Nachtrage giebt Röhmann die Characteristica eines eigenartigen blauen (violetten) Farbstoffes, den er bei einem mit Fibrin angestellten Fäulnissversuch (mit Hülfe des Eiweiss zersetzenden Bacillus) neben anderen Producte der Eiweissfäulniss nachwies. R. nennt den Körper, aus dem sich der, (vielleicht mit einem von Brieger bei der langsamen Fäulniss von Lebern gefundenen, identische) Farbstoff bildet, Cyanogen, den Farbstoff selbst Cyanid, und glaubt, dass der, ebenfalls unter Mitwirkung von Bakterien entstehende, blaue Farbstoff der Milch das Cyanid, der chemische Körper, aus dem er gebildet wird, das hier in Frage stehende Cyanogen ist. O. Rosenbach.

S. W. Lewaschew, Ueber den Einfluss alkalischer Mittel auf die Zusammensetzung der Galle (zweiter Theil). (Zeitschr. für klin. Med. Bd. 8, Heft 1 u. 2.)

Nachdem Verf. im ersten Theile die (nicht constante und theilweise unbedeutende) Einwirkung gewisser Salze auf die Verdünnung des Lebersecrets nachgewiesen hat, weist er in dieser

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Abhandlung vorzugsweise auf den Effect des salicylsauren Natrons hin, welches schon in verhältnissmässig unbedeutenden Dosen eine hochgradige und prägnante Verdünnung der Galle hervorruft und deshalb sich sehr zur therapeutischen Verwendung in Fällen von Gallenstauung etc. empfiehlt. O. Rosenbach.

O. Rosenbach, Ueber regulatorische Albumiuurie nebst Bemerkungen über amyloide Degeneration. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 8, Heft 1 u. 2).

Der Verf. sucht in dieser Arbeit, welche sich an eine in Bd. V derselben Zeitschrift enthaltene Abhandlung anschliesst, den Nachweis zu erbringen, dass die Drüsenthätigkeit, in specie die Harnsecretion, in physiologischen und pathologischen Fällen vom Blutdruck und der Blutgeschwindigkeit erst in zweiter Linie abhängig sein kann, und dass in erster Linie ein anderer Factor, nämlich die Blutconcentration, d. h. der Ausdruck des Stoffwechselverhältnisses des Organismus, der Regulator der Drüsenthätigkeit ist. Dies gilt in gleicher Weise für alle Bestandtheile des Secrets und es ist deshalb wichtig ein Maass für die Grösse des Stoffwechsels, die in jedem einzelnen der ausscheidenden Organe zur Beobachtung kommt, zu finden, um dadurch eine Bestimmung der Quantitäten eines Stoffes, welche in der Zeiteinheit als überflüssig für die Körperöconomie den Organismus verlassen, zu ermöglichen. Wenn man von dem Gleichgewichtszustande der Ernährung eines Organismus ausgeht, so muss die in den Excreten vorkommende Menge einer Substanz, die entweder unverändert oder in bekannter Umsetzung aus dem Blute ausgeschieden wird, genau die Quantität des Ueberschusses des Stoffes im Blute repräsentiren, und wir können für eine bestimmte Zeiteinheit diesen Ueberschuss genau fixiren. Wählen wir die Zeit eines vollständigen Blutkreislaufes als Einheit, so finden wir z. B., dass während dieser Periode — die Art der Berechnung muss im Original eingesehen werden —, der Wasserüberschuss des Blutes, der in der Nierensecretion zum Ausdrucke kommt und die Hälfte der Gesammtausscheidung des Wassers aus dem Organismus beträgt, sich auf die erstaunlich geringe Quantität von $^1/_3$ Gramm, der des Harnstoffs auf 8 Milligramm beläuft, und wenn wir diese Zahlen (die absoluten Excretionsäquivalente, mit den relativen Aequivalenten (den Verhältnisszahlen des absoluten Aequivalents zu der Gesammtquantität des betreffenden Stoffes im Blute) vergleichen, so ergiebt sich, dass Harnstoff in 80mal grösserer Menge zur Ausscheidung gelangt als Wasser, dass er also gewissermaassen diuretisch wirkt. Da nun die eben angeführten so ausserordentlich geringen Quantitäten des Wassers und des Harnstoffs nur einen Bruchtheil der in der Zeiteinheit den Organen im Blute zugeführten Mengen der erwähnten Stoffe repräsentiren, da wir aber nicht zweifeln können, dass die betreffenden Organe diese normale Leistung im Bedürfnissfalle um das Vielfache steigern können, so muss diese Beschränkung der excernirenden Thätigkeit — die Niere scheidet in der Zeiteinheit nur $^1/_{12000}$ Gramm aus, während ihr in jedem Gramm Blut $^4/_5$ ccm Wasser zugeführt werden, und sie kann bei Zuführung verhältnissmässig geringer Wassermengen als Getränk leicht das Vielfache excerniren — darauf beruhen, dass die Bedingungen für die Entnahme von Stoffen aus dem Blute nicht immer dieselben, sondern zeitweilig günstigere oder ungünstigere sind. Wenn man nun berücksichtigt, dass durch die Excretionsorgane nur wirklich überschüssige Stoffe aus dem Blute ausgeschieden werden, wenn man ferner erwägt, dass die aus dem Darmkanale in das Blut übergehenden Stoffe, namentlich dann, wenn sie in Folge des Stoffwechselbedürfnisses (Hunger, Durst) aufgenommen werden, viel langsamer und schwerer[1]) in die Excrete übergehen als die direct der Blutbahn einverleibten, so muss man zu dem Schlusse kommen, dass die Excretion (und Secretion) überhaupt vor Allem von der Art und Weise der Bindung gewisser Stoffe im Blute abhängt und dass das Excretionsäquivalent das Maass für die Quantität der im Blute locker gebundenen Substanz angiebt. Stoffe, die dem Blut nur zugemischt sind, weil sie nicht auf dem gewöhnlichen Aufnahmewege oder weil sie ohne vorhandenes Bedürfniss aufgenommen werden, verlassen den Organismus sehr schnell, nicht weil sie die Circulationsbedingungen alteriren, sondern weil sie leichter entzogen werden können, und sie werden nicht in dem Maasse reichlicher ausgeschieden, in welchem sie den Druck oder die Geschwindigkeit erhöhen, sondern in dem Verhältnisse, in welchem sie das Excretionsäquivalent übertreffen. So scheint bei der Zusammensetzung der normalen Excrete, in specie des Urins, vor Allem eine gewisse Blutmischung, die chemische Bindung der circulirenden Substanzen, die Hauptrolle zu spielen und es hängt die Abscheidung gewisser Stoffe im Urin vor Allem von diesem Factor ab. Die Nieren haben die Fähigkeit alle im Blute vorhandenen Stoffe auszuscheiden, wie pathologische Fälle beweisen, in der Norm fehlt ihnen aber die Möglichkeit, weil die Affinität der Substanzen zum Blute eine mächtigere ist. Wird aber dieser Zusammenhang gelockert, so findet alsbald der Uebergang in das Excret statt. Während z. B. beim Icterus Gallenfarbstoff ohne Eiweiss in den Nieren abgeschieden wird, tritt bei der paroxysmalen Hämoglobinurie erst Eiweiss, dann Hämoglobin auf; bei der Peptonurie geht Pepton, aber kein Serumeiweiss über, bei der Injection von Hühnereiweiss nur dies und kein Albuminat des Blutes. Kann man dieses Verhalten durch die bisherige Annahme, Schädigung der Nierenepithelien, Blutdrucks- oder Circulationsveränderungen etc. erklären? Gewiss nicht; denn die letzterwähnten Veränderungen sind nicht nachzuweisen, und eine Affection des Nierengewebes ist unwahrscheinlich, da so schnell restitutio in integrum erfolgt. Viel wahrscheinlicher ist die aus den mitgetheilten Deductionen folgende Annahme, dass die Nieren in der Norm das Eiweiss deswegen nicht passiren lassen, weil es im Blute fest gebunden ist und dass es zur Albuminurie erst dann kommt, wenn Albuminat dem Blute bloss zugemischt ist, dadurch, dass es auf ungewöhnlichem Wege ins Blut gelangt (Transfusion etc.) oder dass zerstörende Agentien direct auf das Blut einwirken (paroxysmale Hämoglobinurie, Intoxicationen) oder indem das Blut durch irgend eine spontane Erkrankung für gewisse Eiweissmengen bindungsunfähig wird (vergl. die oben citirte Abhandlung in Bd. VI derselben Zeitschr.). Diese Form der Albuminurie, durch welche das Blut von Zerfallsproducten oder unverwerthbaren Albuminaten gereinigt wird, hält Verf. für das Zeichen einer kräftig wirkenden Niere und schlägt für sie den Namen der regulatorischen Albuminurie vor. Zu dieser Kategorie rechnet er u. A. die Hämoglobinurie, die Eiweissausscheidung beim Icterus, bei Diarrhoe, beim Diabetes, beim Fieber, bei der Peptonurie, bei Eiterresorption, bei Stauungen im Venensystem, und sucht diese Ansicht durch klinische Gründe zu stützen. Von der Nephritis differirt die regulatorische Albuminurie durch das Fehlen der Entzündungsproducte und der geformten Bestandtheile. Doch kann in Folge der verstärkten Arbeit des Organs mit der Zeit eine Affection der Niere selbst eintreten und eine Mischform hervorrufen.

Den Schluss der Abhandlung bildet eine Hypothese des Verfassers bezüglich der amyloiden Degeneration. Die Beobachtung, dass die amyloide Degeneration vorzugsweise ein Leiden der mit der Verdauung und Resorption in directer Beziehung stehenden Organe ist, sowie die Thatsache, dass die amyloide Degeneration hauptsächlich sich an Zustände knüpft, die mit einer erhöhten Production und Zerfall von weissen Blutkörperchen einhergehen, legt in Verbindung mit dem Factum, dass den weissen Blutkörperchen bei der Ernährung und allen Stoffwechselvorgängen im Organismus eine wichtige Rolle zukommt, die Auffassung nahe, dass auch bei der Amyloidentartung eine Form der regulatorischen Albuminurie vorliegt, indem die Eiweissausscheidung nur der Ausdruck eines grösseren Zerfalles von Körpereiweiss (resp. zu geringer Bindung desselben im Blute) ist. In erster Linie würde für diesen Zerfall resp. für die schwache Bindung eine Functionsunfähigkeit der weissen Blutzellen oder eine Insufficienz der mit ihrer Bildung betrauten Apparate verantwortlich zu machen sein und in den frühesten Stadien der Erkrankungen dürfte Peptonurie sich häufig finden. O. Rosenbach.

H. Schapiro, Zur Lehre von der zuckerlosen Harnruhr, (aus der therapeutischen Klinik von Prof. E. Eichwald in Petersburg (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 8. Heft 3), sucht an der Hand eines verhältnissmässig reichlichen Materials den Nachweis zu erbringen, dass Affectionen der Unterleibsorgane (Degeneration von Lymphdrüsen) eine Mitbetheiligung der Nierennerven und ihrer Geflechte hervorrufen und zur Entstehung der Polyurie Veranlassung geben könnten.

O. Rosenbach.

R. v. Jaksch, Ueber Propeptonurie (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 8. Heft 3), beobachtete das Vorkommen dieser Substanz (neben Pepton) bei einem an hochgradiger Tuberculose der Lungen und des Darmkanals leidenden Individuum.

P. Hampeln, Zur Symtomatologie occulter visceraler Carcinome.

Verf. bespricht, gestützt auf zahlreiche Beobachtungen, die mancherlei Irrthümer, denen man bei der Diagnose eines occulten Carcinoms ausgesetzt ist, und weist auf die grosse Bedeutung der Allgemeinsymptome, namentlich des schweren in relativ kräftigem Alter auftretenden Marasmus, für die Erkennung solcher Krankheitszustände hin. In einigen seiner Fälle kam es zu regelmässigen Fieberbewegungen, die eine Intermittens vortäuschen konnten. O. Rosenbach

Arzneimittellehre.

11.

Cocainum bei Kehlkopfkrankheiten.

Ueber Anwendung des Cocains als Anaestheticum und Analgeticum an der Schleimhaut des Rachens und Kehl-

[1]) So tritt z. B., wie Verf. gefunden hat, die giftige Wirkung des in die Blutbahn injicirten Peptons bei hungernden Hunden entweder gar nicht oder viel schwächer ein als bei gut gefütterten.

Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

kopfes. Von Dr. E. Jelinek. K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. Sitzung am 24. October 1884. W. Med. Bl. No. 44. Jelinek hält es für zweckmässig, das Mittel concentrirt anzuwenden und zwar hat er 10- und 20percentige wässerig-alkoholische Lösungen eingepinselt, am Pharynx mittelst Charpiepinsels, am Larynx mittelst eines dicken, weichen Haarpinsels.

Rp. Cocaini muriat. . . . 1.00
Aqu. destill. . . . 8.00
Spirit. vini rectif. . 2.00
S. 10percent. Cocainlösung.

Rp. Cocaini mur. . . . 1.00
Aqu. destill. . . . 3.00
Spir. vini rectif. . . 2.00
S. 20percent. Cocainlösung.

Bei geringer Reflexerregbarkeit und bei mässigen Schmerzen reicht eine 10percentige Lösung vollkommen aus; dort aber, wo es sich um die Beseitigung hoher Grade von Reflexerregbarkeit handelt, insbesondere behufs Anästhesirung des Larynx zu Operationszwecken, muss man wohl zur 20percentigen Lösung greifen. Zum Zwecke der laryngologischen und rhinoskopischen Untersuchung genügt es, die vordere und hintere Fläche des Velum, die hintere Rachenwand, die Gaumenbögen und den Zungengrund nachdrücklich zu bepinseln und, wenn nöthig, diese Procedur nach 1 bis 1½ Minuten zu wiederholen. Sollen diese Einpinselungen nicht eine starke secretorische Speichelsecretion erregen, so dürfen sie nicht zu brüsk vorgenommen werden, da sonst eine Verdünnung der Lösung eintritt, welche die Wirkung sofort beeinträchtigt. Soll die Anästhesirung des Larynx zu Operationszwecken vorgenommen werden, ist es nöthig, Alles zur Operation in Bereitschaft zu halten, da die Anästhesie rasch eintritt. Man bepinselt alle Partien des Pharynx, mit denen die Instrumente in Berührung kommen könnten, und schreitet sogleich zur Einpinselung des Larynx. Hierbei muss genau darauf geachtet werden, dass die ganze innere Fläche des Larynx unter vorzugsweiser Berücksichtigung des Randes und der laryngealen Fläche der Epiglottis mit dem Pinsel nachdrücklich bestrichen werde; denn so wie auch nur eine kleine Partie frei bleibt, werden von dieser aus Reflexe ausgelöst. Ebenso müssen auch die Lingualfläche der Epiglottis und die Valleculae eingepinselt werden. Nach ein bis zwei Minuten prüft man mit der Sonde die Reflexerregbarkeit des Larynx; ist dieselbe noch nicht genügend herabgesetzt, wiederhole man sofort die Einpinselung. Die Anästhesie dauert in der Regel fünf bis zehn Minuten, und dies genügt wohl, um kleinere Operationen auszuführen. Sollte sich jedoch eine solche in die Länge ziehen oder in mehreren Absätzen vorgenommen werden, so genügt eine einmalige Nachpinselung, um die Operation auf weitere fünf bis zehn Minuten mit Ruhe fortzusetzen.

Der Verf. exemplificirte im Anschlusse daran auf die Fälle von Perichondritis tuberculosa, die mit so hochgradigen Schlingbeschwerden einhergehen, dass die Kranken ausser Stande sind, genügende Nahrung, und zwar flüssige noch weniger als feste, zu sich zu nehmen. Solche Kranken gehen eigentlich an Inanition zu Grunde, und doch wäre es möglich, dieselben bei genügender Ernährung bei Kräften zu erhalten, ja ihrem Berufe wiederzugeben, da in so manchem Falle der Process in den Lungen noch nicht weit vorgeschritten ist. Wenn man nun die kranken Stellen mit einer Cocainlösung sorgfältig einpinselt, sind dieselben nach 1 bis 1½ Minuten bereits so analgesirt, dass die Kranken jederlei Nahrung ohne wesentliche Schwierigkeit zu sich nehmen können. Bei Laryngitis acuta, bei verschiedenen ulcerativen Processen wurde der gleiche Effect erzielt, die Schmerzen schwanden nach 1 bis 1½ Minuten. Das Cocain bewirkt weiter die Abschwellung der geschwellten Schleimhaut, wirkt also secretionsvermindernd. Auch die vom Cocain gerühmte Spannungsvermehrung bei Parese der Stimmbänder hat der Vortragende in der letzten Zeit zu erproben Gelegenheit gehabt, doch sind die Versuche diesfalls noch nicht abgeschlossen; die Erfolge scheinen günstig zu sein. In allen Fällen, in denen das Cocain zur Anwendung gelangte, wurden weder örtliche noch allgemeine schädliche Nebenwirkungen beobachtet; das Cocain hat nur eine sehr unangenehme Eigenschaft, dass ein Gramm desselben 5 bis 6 fl. kostet.

Prof. v. Schrötter kann sich über die Wirkung des Cocain nicht lobend genug aussprechen. In einem Falle von heftiger Angina bewirkte die Einpinselung der Tonsillen und des Arcus palatoglossus, dass der Schmerz für eine Zeit völlig aufhörte und auch, als er wieder kam, nicht zu seiner früheren Heftigkeit zurückkehrte.

Prof. Dr. Ganghofner berichtet über das Ergebniss in 6 Fällen (Pr. Med. W. No. 48) Folgendes: Bei 3 derselben gelang es mittelst wiederholter Pinselungen mit 15- oder 20procentiger Cocainlösung die Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut so sehr herabzusetzen, dass die Kehlkopfsonde eben nur noch empfunden wurde, und dass er jede beliebige Stelle des Larynxinnern berühren konnte, ohne dass Reflexactionen ausgelöst wurden. In den 3 anderen Fällen war die Empfindlichkeit ebenfalls sichtlich herabgesetzt, aber keineswegs in so ausgesprochenem Maasse, wie in den ersterwähnten, so dass bei Einführung der Sonde doch einzelne Reflexzuckungen, leichte Hustenstösse etc. eintraten.

Es genügten meist 4 bis 5 Pinselungen, um den nöthigen Effect hervorzubringen und dauerte die Herabsetzung der Empfindlichkeit circa 3 bis 5 Minuten an. Bei einigen der Patienten hat G. diese Procedur an verschiedenen Tagen 2 bis 3mal wiederholt, immer mit demselben Effect.

In einem Falle von intralaryngealer-galvanokaustischer Zerstörung der das Lumen der Glottis stenosirenden Wulste wurde Patient 6mal hintereinander, in Pausen von 3—5 Minuten, mit einer 15procentigen Lösung gepinselt und eine fast vollständige Anästhesie erzielt. G. konnte 3mal mit dem Galvanokauter eingehen und sehr ausgiebige Aetzungen vornehmen, ohne dass Patient irgend welche Schmerzen empfand und konnte die erwähnte Manipulation in aller Ruhe ohne störende Reflexbewegungen vollführt werden.

Prof. Kahler theilte mit, ibid., dass auch er das Cocain in stärkeren Lösungen mit günstigem Erfolge angewandt habe. Es gelang ihm in einem Falle von chronischer stenosirender Kehlkopf und Luftröhrenentzündung nach der ersten Anwendung des Cocain eine ziemlich dicke Bougie bis in die Trachea einzuführen, ohne dass diese Procedur dem Kranken erhebliche Beschwerden verursacht hätte.

XIV. Die Cholera.

XXII.

Weiterer Verlauf der Epidemie.

Paris. Die Epidemie hatte in der vorletzten Woche so rapide abgenommen, dass seit dem Schluss derselben Bulletins nicht mehr veröffentlicht wurden, nachdem im Ganzen vom 3. bis 22. November 866 Todesfälle festgestellt waren. Wir bezweifeln die Correctheit dieses Beschlusses, der offenbar hervorgerufen wird durch den Wunsch, die Fremden nicht länger mehr von Paris verscheucht zu sehen. Indessen da in der vorletzten Woche noch 238 Choleratodesfälle, unter 1306 Todesfällen überhaupt, constatirt wurden, so kann von einem Verschwinden der Seuche so schnell noch gar nicht die Rede sein, und das Verschweigen wird die entgegengesetzte Wirkung als die beabsichtigte haben. Man wird schwer begreifen, dass Bulletins für unnöthig gehalten werden, trotzdem noch an einem einzigen (dem letzten) Tage der vorletzten Woche 15 Choleratodesfälle stattfanden. Indessen der Polizei-Präfect ist voll Vertrauen und hat sogar die Hälfte der Transporteure und Desinfectoren entlassen, die andere Hälfte sogar nur aus „Vorsicht“ noch in Dienst behalten.

Eine brauchbare allgemeine Erkrankungs- und Mortalitätsstatistik der Epidemie fehlt noch immer, indessen hat Herr Rivière eine solche gegeben, so weit die in den Hospitälern behandelten Cholerakranken in Frage kommen. Aufgenommen wurden 5. bis 23. November 912 Personen, unter ihnen 553 M. und 359 W. Von Hospitalangehörigen wurden ergriffen 26 M. und 33 W., unter ihnen 18 zum Wartpersonal gehörige. In Behandlung befanden sich am 23. November früh noch 221 Cholerakranke (147 M., 74 Fr.). Mit Vorliebe traf die Seuche Männer von 26—60 J. und besonders von 31—50 J., sowie Frauen von 21—60 J. und besonders von 21—40 J. Kinder wurden nur in geringer Zahl ergriffen. Das männliche Geschlecht lieferte 60,64 Proc., das weibliche 39,36 Proc. Im Ganzen hatte man Fälle in den Spitälern 4,79 auf 100000 Einw. Tagearbeiter und Dienstboten waren der Cholera am meisten ausgesetzt. Die Sterblichkeit betrug bisher 52,62 Proc. und war bei den Frauen grösser als bei den Männern. Was die Vertheilung nach Arrondissements anlangt, so ist man officiellerseits bemüht, die Beschränkung der Seuche auf besonders unreinliche Quartiere ausser Zweifel zu setzen. Die thatsächlichen Verhältnisse stimmen damit keineswegs überein. Am intensivesten wurden getroffen das XI., (161 Erkrankungen) XIX., V. und XII. Arrondissement, am wenigsten das XVI. und VIII.

Die von den Abgeordneten am letzten Juli bewilligten 360000 Mark sind erschöpft und werden nun weitere 480000 M. beantragt werden.

In Nantes kamen vom October bis 12. November 210 Erkrankungen mit 93 Todesfällen an Cholera vor.

Auch in Spanien fand ein neuer, wenn auch begrenzter Cholera-Ausbruch statt und zwar in Toledo und Beniope. Eine weitere Ausbreitung ist zum Glück ausgeblieben.

XV. Oeffentliches Sanitätswesen.

Die Arbeiten der Impfcommission sind in Gestalt einer Reihe von Beschlüssen und Entwürfen an den Bundesrath gelangt. Dieselben enthalten zunächst folgende „Beschlüsse betreffend den physiologischen und pathologischen Stand der Impffrage“:

1) Das einmalige Ueberstehen der Pockenkrankheit verleiht mit seltenen Ausnahmen Schutz gegen ein nochmaliges Befallenwerden von derselben. 2) Die Impfung mit Vaccine ist im Stande, einen ähnlichen Schutz zu bewirken. 3) Die Dauer des durch Impfung erzielten Schutzes gegen Pocken schwankt innerhalb weiter Grenzen, beträgt aber im Durchschnitt zehn Jahre. 4) Um einen ausreichenden Impfschutz zu erzielen, sind mindestens zwei gut entwickelte Impfpocken erforderlich. 5) Es bedarf einer Wiedereinimpfung nach Ablauf von zehn Jahren nach der ersten Impfung. 6) Das Geimpftsein der Umgebung erhöht den relativen Schutz, welchen der Einzelne gegen die Pockenkrankheit erworben hat, und die Impfung gewährt demnach nicht nur einen individuellen, sondern auch einen allgemeinen Nutzen in Bezug auf Pockengefahr. 7) Die Impfung kann unter Umständen mit Gefahr für den Impfling verbunden sein. Bei der Impfung mit Menschenlymphe ist die Gefahr der Uebertragung von Syphilis, obwohl ausserordentlich gering, doch nicht gänzlich ausgeschlossen. Von andern Impfschädigungen kommen nachweisbar nur accidentelle Wundkrankheiten vor. Alle diese Gefahren können durch sorgfältige Ausführung der Impfung auf einen so geringen Umfang beschränkt werden, dass der Nutzen der Impfung den eventuellen Schaden derselben unendlich überwiegt. 8) Seit Einführung der Impfung hat sich keine wissenschaftlich nachweisbare Zunahme bestimmter Krankheiten oder der Sterblichkeit im allgemeinen geltend gemacht, welche als eine Folge der Impfung anzusehen wäre.

Ein folgender Beschluss behandelt die allgemeine Einführung der Impfung mit Thierlymphe, welche allmählich durchzuführen ist und zu welchem Zweck unter Zuhülfenahme der bisher gewonnenen Erfahrungen von Aerzten geleitete und entsprechend controlirte Anstalten zur Gewinnung

Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

von Thierlymphe in einer dem voraussichtlichen Bedarfe entsprechenden Anzahl zu errichten sein werden. Weitere Vorlagen enthalten Entwürfe von Vorschriften, welche von den Aerzten bei der Ausführung des Impfgeschäftes zu befolgen sind, von Verhaltungsvorschriften für die Angehörigen der Impflinge, und von Vorschriften, welche von den Ortspolizeibehörden bei der Ausführung des Impfgeschäftes zu befolgen sind. Ferner hat die Commission ausgearbeitet: Beschlüsse betreffend die Sicherung einer zweckmässigen Auswahl der Impfärzte, deren Bestallung darin der Staatsbehörde übertragen wird, welche auch die Remuneration der Impfärzte zu bestätigen hat; Beschlüsse betreffend die technische Vorbildung der Aerzte für das Impfgeschäft; Beschlüsse betreffend die Anordnung einer ständigen technischen Ueberwachung des Impfgeschäftes durch Medicinalbeamte, und endlich Beschlüsse betreffs Herstellung einer Pockenstatistik, welche das Kaiserliche Gesundheits-Amt mit dem ihm von den Medicinalbeamten im Zusammenwirken mit den Standesbeamten einzusendenden Material verfassen wird.

Amtliches.

Preussen.

Das vom Königlichen Statistischen Bureau herausgegebene und von Dr. Guttstadt bearbeitete „Krankenhaus-Lexicon für das Königreich Preussen" ist im Verlage des Statistischen Bureaus erschienen und enthält eine Darstellung des gesammten Krankenhaus-, Irren-, Blinden- und Taubstummenwesens. Es giebt Auskunft über alle Anstalten für Kranke und Gebrechliche in den einzelnen Orten im Jahre 1884 und entspricht demnach einem seit längerer Zeit in der Verwaltung fühlbar gewordenen Bedürfnisse. Indem wir die Anschaffung dieses Werkes empfehlen und die Königliche Regierung pp. veranlassen, die Ihnen unterstellten Behörden wie die Medicinal-Beamten in geeigneter Weise auf dasselbe aufmerksam zu machen, bemerken wir noch, dass das Krankenhaus-Lexicon bis zum 30. October d. J. für den Preis von 9 M. zu beziehen ist, wenn es direct und fest beim statistischen Bureau bestellt wird. Der Ladenpreis wird sich später auf 12 M. stellen.

Berlin, den 17. October 1884.

Der Minister des Innern. In Vertretung: Herrfurth.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten. Im Auftrage: de la Croix.

An sämmtliche Königliche Regierungs-Präsidenten, (in den Kreis-Ordnungs-Provinzen), den Königlichen Polizei-Präsidenten hier und den Königlichen Regierungs-Präsidenten zu Sigmaringen, sowie an die Königlichen Regierungen in den übrigen Provinzen und an die Königlichen Landdrosteien.

XVI. Kleinere Mittheilungen.

— Universitäten: Leipzig. Professor der Chemie, Geheimer Hofrath Dr. Kolbe, ist in der Nacht vom 25. zum 26. cr. in Folge eines Schlagflusses gestorben. Er war am 27. September 1818 zu Ellichausen bei Göttingen geboren, folgte im Jahre 1852, nachdem er sich bereits durch ausgezeichnete Arbeiten auf dem Gebiete der Chemie bekannt gemacht hatte, einem Rufe als Professor der Chemie nach Marburg und 1865 nach Leipzig, wo unter seiner Leitung das neue chemische Laboratorium erstand. — Prag. Prof. e. o. Dr. Franz Hofmeister ist zum ordentlichen Professor der Pharmakologie und Pharmakognosie an der deutschen, und Prof. e. o. Dr. Joh. Horbaczewsky zum ordent. Prof. der angewandten medicinischen Chemie an der czechischen Universität ernannt worden.

— London. Dr. Friedrich A. Mahomed, einer der zukunftsreichsten Practiker London's, und ein ebenso eifriger als erfolgreicher Forscher auf dem Gebiete der Pathologie ist am Typhus gestorben. Auch für die Sammelforschung in England entwickelte der Verstorbene eine hervorragende Thätigkeit.

— Zur Signatur unsrer Zeit. Die Kölnische Zeitung wies die Aufnahme folgender Erklärung gegen die letzte Erwiderung der Herren Finkler und Prior ab mit dem Hinzufügen, sie in dem „Reclametheil" des Blattes abdrucken zu wollen, das gegen ein Honorar von 18 Mk. natürlich sofort eingesendet wurde.

Die Erklärung lautet:

ad 1. Zwischen autorisiren und beauftragen ist ein Unterschied.

ad 2. Haben mich von den 23 (excl. der Herren Finkler, Prior und mir) in jener Sitzung der Niederrh. Gesellsch. anwesenden Mediciner 16 zu folgendor Erklärung ermächtigt:[1])

Es sei ihnen kein Ausspruch von mir bewusst, der zu der Auffassung berechtige, dass ich mich zwar anheischig mache, in zwei nebeneinander gestellten Mikroskopen einen Unterschied zu erkennen, es dagegen für unmöglich halte, wenn ich in einem Mikroskop die Präparate nach einander betrachte, die Differenz mit Sicherheit aufzufinden. Sollte irgend jemand irgend einen Ausdruck in diesem Sinne aufgefasst haben, so könne das nur ein Missverständniss sein, denn der Inhalt des ganzen Vortrages und die mikroskopischen Demonstrationen seien darauf hinausgegangen, klarzustellen, dass zwischen den Koch'schen und den Finkler-Prior'schen Bacillen nicht bloss in Betreff der Culturen, sondern auch in Betreff des mikroskopischen Aussehens leicht erkennbare Differenzen beständen.

Dies mein letztes Wort in Betreff dieser Angelegenheit in einer politischen Zeitung.

Bonn, den 18. November 1884. Dr. Ungar.

[1]) Die Herren Finkler und Prior hatten nämlich ausser dem von uns schon in No. 47 Gebrachten in No. 16 der K. Z. erklärt, sie blieben bei ihrer Behauptung, dass Dr. Ungar in jener Sitzung die Aussage gemacht habe, dass die Erkennung der „Differenz" der beiden Bacillenarten nur bei Verwendung zweier nebeneinander stehenden Mikroskope und gleichen Vergrösserungen mit Sicherheit möglich sei, nicht aber bei Betrachtung der Präparate nacheinander mit einem Mikroskop. Sie seien in der glücklichen Lage, die Richtigkeit derselben durch vier Zeugen beweisen zu können. Sie hätten nur diese vier Herren um ihr Zeugniss angefragt, sodass es nicht darauf ankommen werde, wie viele Herren ausserdem noch sich des Ausspruches Ungar's erinnern.

XVII. Personalien.

Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Universität Berlin und ausserordentlichem Mitgliede des Kaiserl. Gesundheits-Amts Dr. Georg Lewin den Charakter als Geheimer Medicinal-Rath zu verleihen, sowie dem practischen Arzt Dr. Kranz zu Wiesbaden die Erlaubniss zur Anlegung der ihm verliehenen Kaiserl. Oesterreichischen goldenen Medaille für Kunst und Wissenschaft und dem Ass.-Arzt I. Kl. beim General- und Corpsarzt des XI. Armeecorps Dr. Thel in Cassel des ihm verliehenen Ritserkreuzes 2. Klasse des Herzogl. Sachsen Ernestinischen Hausordens zu ertheilen.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Bourzutschky in Freienwalde a. O., Dr. Peiser in Zerkow, Cohn in Unruhstadt, Dr. Braun, Dr. Scheven und Dr. Arntz in Bonn, Modemann in Oberpleis und Dr. Kohlschein in Borbeck.

Verzogen sind: Die Aerzte Dr. Gisevius von Freienwalde a. O. nach Berlin, Ass.-Arzt I. Kl. Dr. Krause von Berlin nach Steglitz, Sanitätsrath Dr. Wanjura von Antonienhütte bei Kattowitz nach Steglitz, Dr. Richter von Kreuznach nach Brandenburg a. H., Dr. Schulze von Königswalde nach Prittisch, Ass.-A. II. Kl. Dr. Marseille von Unruhstadt nach Züllichau, Dr. Gustav Meyer von Berlin nach Schnackenburg, Dr. Wallé von Wörlitz nach Bodenteich, Dr. Jacobs von Marburg nach Bielefeld, Dr. Kratz von Obercassel nach Oberpleis, Dr. Holthaus von Waldbröl nach Much, Ass.-Arzt der Prov.-Irren-Anstalt Dr. Claren von Andernach nach Merzig, Dr. Erler von Merzig nach Berlin, Dr. Niesmann von Heddernheim nach Cronenberg, Dr. Schalck von Würzburg nach Haan, Dr. Müller von Haan nach Bonn, Dr. Elsberger von Deggendorf nach Calcum und Dr. Roller von Calcum nach Bracke.

Verstorben: Der Arzt Dr. Schild in Bonn.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Weiss hat die neuerrichtete Apotheke in Brandenburg a. H. eröffnet, der p. Becker hat die Loosen'sche Apotheke in Cöln, der p. de Weldige Cremer die Schmidt'sche Apotheke in Glehn und der p. Hoster die Weidgen'sche Apotheke in Geldern gekauft.

Vacant: Kreisphysikat des Kreises Lingen, Kreiswundarztstellen der Kreise Zell a. Mosel, Bergheim, Hoya, Fulda, Rotenburg.

2. Bayern.

(Aerztl. Intell.-Bl. No. 47 u. 48.)

Verliehen. Ritterkr. I. Cl. O. v. heil. Hut Dr. Fr. v. Weckbecker-Stumholz in Prien.

Quiescirung. Der k. Bezirksarzt II. Cl. Dr. Joh. Evang. Galler in Waldsassen unter Anerkennung seiner langjährigen treuen und eifrigen Dienstleistung in den erbetenen dauernden Ruhestand versetzt.

Versetzung. Der Bezirksarzt I. Cl. Dr. Theodor Leupoldt in Pirmasens auf die Bezirksarztstelle I. Cl. zu Speyer.

Gestorben. Bezirksarzt a. D. Dr. Franz Bauer zu Hassfurt und Knappschaftsarzt, Stabsarzt der R., Dr. Albert Hasselwander in Hausham.

Erledigung. Die Bezirksarztstelle I. Cl. in Pirmasens.

Berichtigung.

In der vorigen No. S. 789, Sp. 1 Z. 11 von oben muss es heissen, statt „den Cholerabacillus des Speichels und der" — „Komma"-Bacillus des Speichels und „dem". — — —

Bitte, die Casuistik und Statistik der Neubildungen der männlichen Brüste betreffend.

In dem ersten Hefte des 31. Bandes des v. Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie habe ich die mir aus der Litteratur zugänglichen Fälle von Neubildungen in den männlichen Brüsten zusammengestellt. Da von den dort aufgeführten 272 Fällen nur ein kleinerer Theil (42) auf Deutschland und Oesterreich fällt, so ist sicher anzunehmen, dass noch eine grössere Anzahl daselbst beobachtet, indessen nicht veröffentlicht worden ist. Ich richte deshalb an Alle, denen solche bis jetzt noch nicht veröffentlichte Fälle bekannt sind, die ergebenste Bitte, dieselben mir bis spätestens Ende Februar nächsten Jahres gefälligst zukommen lassen zu wollen, damit ich dieselben alsdann in einem Nachtrage zusammenstellen kann. Sollte der Eine oder der Andere die von ihm beobachteten Fälle selbst ausführlich veröffentlichen wollen, so würde für mich schon eine kurze Angabe des betreffenden Falles nebst Alter des Patienten, Zeit, Dauer des Vorkommens, stattgehabter Operation, Erfolg derselben etc. genügen. Dr. Schuchardt.

Geh. Regierungs- und Obermedicinalrath zu Gotha.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag №. 50. 11. December 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Aus der Medicinischen Klinik der Universität Zürich.
Ein bemerkenswerther Fall
von
Myositis ossificans progressiva.

Von
Emil Schwarz, II. Assistenzarzt.

Bekanntlich war es Münchmeyer, der zuerst im Jahre 1869 ein klinisch genau definirtes Krankheitsbild der jetzt allgemein unter dem Namen Myositis ossificans progressiva gehenden Affection entwarf, indem er die dabei in Betracht kommenden Knochenbildungen streng von den Osteomen trennte.

Den Namen aber gab ihr schon früher v. Dusch, und bezeichnet derselbe in der That nach der jetzt herrschenden Ansicht in bloss anatomischer Hinsicht den pathologischen Process hinreichend und richtig; über seiner Aetiologie schwebt immer noch tiefes Dunkel.

Schon Münchmeyer konnte als casuistische Belege seiner Auffassung eine Reihe von Fällen mittheilen. Offenbar dadurch veranlasst, wandten die Aerzte seither der hochinteressanten Krankheit immer mehr Aufmerksamkeit zu, so dass Gyula Pintér in seiner Inaugural-Dissertation (Würzburg, 1883) bereits im Stande war, eine 22 Fälle der Literatur umfassende Tabelle zusammenzustellen, auf welche gründliche und fleissige Arbeit sich meine nachfolgend citirten Nummern stets beziehen werden.

Diese Anzahl will nun freilich für einen solch' langen Zeitraum nicht viel sagen und muss jedenfalls als deutlichster Beweis der ungemeinen Seltenheit der Affection aufgefasst werden, andererseits aber jede diesbezügliche Mittheilung, wenn sie die bisherigen Erfahrungen zu erweitern im Stande ist, als sehr erwünscht erscheinen lassen.

Dürfte schon dies die Publication des folgenden Falles, den mir mein hochverehrter Chef, Herr Prof. Dr. Eichhorst, zu diesem Zwecke gütigst überliess, genügend rechtfertigen, so geschieht es noch mehr durch den Umstand, dass derselbe recht bemerkenswerthe Eigenthümlichkeiten darbietet.

Die Beobachtung, um welche es sich handelt, ist folgende:

Jacob Kleiner, Handarbeiter, 47 Jahre alt, wohnhaft in Hottingen bei Zürich, stammt aus einer nicht nachweisbar hereditär belasteten Familie. Seine Mutter starb 1874, 56 Jahre alt, an der Wassersucht, der Vater 1878, 72 Jahre alt, an Altersschwäche, ein Bruder angeblich durch einen Schlaganfall; zwei Brüder und eine Schwester leben noch und sind gesund.

Patient selbst erfreute sich ebenfalls bis vor etwa einem Jahr stets des besten Wohlseins.

Obgleich er während der letzten 11 Winter beständig mit Eisbrechen beschäftigt war, dabei viel im kalten Wasser stehen musste und öfters stark durchnässt wurde, spürte er nie irgend eine schädliche Wirkung davon auf seine Gesundheit.

Erst Mitte Juli 1883 traten in den untern Extremitäten lancinirende Schmerzen auf, die ihn besonders des Nachts quälten, hierauf beständige Formication in Füssen und Unterschenkeln, sowie heftiges Brennen in den Fusssohlen, namentlich bei irgend wie längerem Stehen, daneben zunehmendes Schwächegefühl.

Nicht lange nach diesen ersten nervösen Symptomen erlitt Patient am rechten Beine ein Trauma, indem er auf einem sehr defecten Scheunenboden bis an die Hüfte in eine Lücke stürzte; das Bein wurde danach hochgradig geschwollen und schmerzhaft, auf der Rückseite in grosser Ausdehnung sugillirt.

Hiergegen sowohl als gegen die bereits bestandene Hauptbeschwerde, das Brennen in den Fusssohlen, wandte Patient kalte Umschläge resp. kalte Fussbäder an. Die Schwellung des Beines hielt sich in mässigem Grade bis gegen den Herbst hin, um welche Zeit Patient zum ersten Mal ganz zufällig eine eigenthümlich harte Masse hinten in der Tiefe des rechten Oberschenkels bemerkt zu haben angiebt.

Auch das Brennen in den Fusssohlen verschwand jeweilen nur ganz vorübergehend, so dass oft vier bis sechs Fussbäder im Tag nöthig wurden.

Nach sechswöchentlicher vergeblicher Selbstbehandlung vertraute er sich vier Wochen einem Arzte an, dessen innere Medication aber eine langsame Steigerung des Leidens nicht zu verhindern vermocht haben soll.

Ende September 1883 Eintritt in die propädeutische Klinik hierselbst; Diagnose: Tabes. Elektrische Behandlung, jedoch ohne wesentlichen Erfolg, mit Ausnahme auf die subjectiven Beschwerden.

Gang beim Austritt im April dieses Jahres unsicherer und schwankender als zuvor. Patient war der Ausübung seines Handwerkes, der Gärtnerei, nicht mehr fähig und beschäftigte sich seither mit verschiedener leichter Handarbeit.

Daneben Behandlung von Seite der medicinischen Poliklinik mit Einreibungen und dergleichen. Im December 1883 auch einmalige Untersuchung in der ophthalmologischen Poliklinik des Herrn Prof. Dr. Horner. [illegible]

In unsere Klinik führte den Patienten nur eine transitorische Complication, von dem empfehlenden Arzte als Gastritis acuta durch Indigestion bezeichnet, die aber doch vielleicht, wie später gezeigt werden soll, anders aufzufassen sein dürfte.

Aufnahme am 2. October 1884.

Am gleichen Tage erhob ich folgenden Status praesens: Mittelgrosser, sehr kräftig gebauter Mann; Körpergewicht 58 kg. Massive Knochen. Im Allgemeinen gut entwickelte, aber etwas schlaffe Muskeln. Geringer Panniculus. Weite, trockene Haut, ohne sichtliche Veränderungen.

Sensorium vollkommen frei.

Temperatur 36,4°. Puls 76, nach Füllung und Spannung von guter Qualität; die sphygmographische Aufnahme ergab die Curve eines exquisiten Pulsus tardus.

Am Kopfe Calvities von der Stirne bis zum Scheitel.

Patient kann jede beliebige Lage einnehmen, liegt momentan auf dem Rücken.

Anaemie des Gesichtes und der äusseren Schleimhäute.

An den Augen beträchtliche Pupillendifferenz, die linke Pupille nur halb so weit als die rechte und excentrisch nasal gelegen; die rechte von senkrecht ovaler Form, aber beide gegen Lichtreiz gut reagirend.

Starker Strabismus paralyt. diverg. sin.

Auf dem linken Auge Fingerzählen nur auf ca. 1 m, rechts auf normale Distanz. (Die hochgradig herabgesetzte Sehschärfe links angeblich seit 25 Jahren bestehend: Patient sei im Dunkeln mit dem Auge gegen einen Block gestossen.)

Auf Atropin beiderseits leicht eintretende Mydriasis; keine iritischen Synechien. Medien alle klar.

Der durch Herrn Prof. Horner gütigst aufgenommene ophthalmoskopische Befund lautet:

R. Hypermetropie 2 D; äussere Hälfte der Papille blass, ohne Excavation; innere trüb, — wahrscheinlich genuine Atrophie im Beginne.

L. Hypermetropie 4 D. Opticus weniger blass; dagegen im untern Aequator viele chorioiditische Herde mit Pigmentirung der Retina.

Geichzeitig machte der Untersuchende die freundliche Mittheilung von einer am 6. December 1883 in seiner Poliklinik constatirten,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

neben der jetzt noch sichtbaren Mydriasis rechts bestandenen Accomodationsparese.

Gehör intact; ebenso Geruch und Geschmack.

Zunge rein, feucht; beim Herausstrecken fibrilläre Zuckungen auf dem Zungenrücken.

Im Gebiete des Nerv. hypoglossus und facialis keine Lähmungssymptome; keine Schluckbeschwerden.

Am Halse nichts besonderes.

Thorax gut gebaut, leicht fassförmig, rigide, nirgends druckempfindlich. Ziemlich tiefe Claviculargruben, namentlich rechts.

Respiration nicht wesentlich beschleunigt, ruhig, nicht mühsam.

R. Lungenrand vorn neben dem Sternum an der 7. Rippe beginnend.

Weder diffuse Herzbewegung noch Herzchoc nachweisbar. Herzdämpfung verkleinert. Töne dumpf und kaum hörbar.

Ueber den Lungen vorn und hinten überall Sonorität; gegen die Ränder hin Anklang an Schachtelton; verschärftes Vesiculärathmen, momentan gar keine Rhonchi.

Abdomen eher flach, hochgradige Empfindlichkeit schon bei ganz oberflächlichem Druck in die Lendengegend von vorn oder hinten, mehr links als rechts. Im Epigastrium keine Druck-, nur spontane, schnürende Schmerzen.

Leber klein, unten in der Mamillarlinie mit dem Brustkorbe abschliessend; in der Mittellinie den Processus xiph. nur wenig überschreitend.

Traube'scher Raum 7.—9. Rippe.

Grosse Magencurvatur nicht ganz in der horizontalen Nabellinie.

Milz nicht vergrössert.

Urin klar, hellgelb, ohne Sediment, ohne Eiweiss, ohne Zucker.

Seit 4 Tagen kein Stuhl.

Kein Husten, kein Sputum.

Am Tage vor dem Eintritt wiederholtes Erbrechen genossener Nahrung und gallig-wässeriger Flüssigkeit, was Patient auf den Genuss schlechten Bieres zurückführt.

An den obern Extremitäten keine motorische oder sensible Functionsstörung, um so auffälligere an den untern.

Fürs Auge freilich zunächst keine wesentlichen Veränderungen. Ausser dem Gefühl nach im Vergleich zu den Armen offenbar etwas herabgesetzter Hauttemperatur, keine Symptome von Circulationsstörung, keine sonstigen Abnormitäten an der Haut.

Keine auffällige Atrophie sichtbar; auch bei der Mensuration nirgends bedeutsame Differenzen zwischen beiden Seiten nachzuweisen.

Die rohe Muskelkraft erhalten. Patient kann im Liegen beide Beine ad Maximum erheben. Passiven Flexionen und Extensionen setzt Patient normalen Widerstand entgegen.

Der Gang exquisit atactisch, breitspurig. Um noch etwelche Sicherheit zu erzielen, starre Fixation der Fuss-, noch mehr der Kniegelenke; durch schon lange fortgesetzte Anwendung dieses Hilfsmittels ausgesprochenes Genu recurvatum rechts, weniger links.

Beim Stehen mit geschlossenen Augen und unter Berührung der Fersen schwankt Pat. sofort und droht zu stürzen; etwas bessern Halt hat er bei gespreizten Beinen.

Die faradische Erregbarkeit stark vermindert: an den Muskeln des Oberschenkels mit Ausnahme der Adductoren; des Unterschenkels mit Ausnahme der Peronaei; und des Fusses; beiderseits ziemlich gleich.

Tastsinn herabgesetzt, auf beiden Seiten gleich, aber von den Oberschenkeln gegen die Füsse hin, wo derselbe vollkommen erloschen, in zunehmendem Grade. Zwischen vorn und hinten besteht ein Unterschied zu Ungunsten des letztern.

Schmerzempfindlichkeit gleichermaassen vermindert; selbst tiefe Nadelstiche an den Füssen ohne Reaction; nur an der linken Wade erfolgen solche Schmerzesäusserungen, dass man fast Hyperalgesie annehmen möchte.

Temperatursinn nicht alterirt.

Ortssinn dem Tastsinn proportional.

Muskelsinn aufgehoben. Pat. erkennt bei geschlossenen Augen nicht die relative Stellung, die man seinen Beinen anweist, weder zur Umgebung noch zu einander. Dagegen will er beim Gehen den Boden genau fühlen.

Dysaesthesien momentan keine; kein Gürtelgefühl, dieses auch früher nie.

Patellarsehnenreflex fehlt absolut beiderseits; ebenso der Dorsalclonus.

Bei systematischer Abtastung des gesammten Skelettes ergiebt sich Folgendes:

Brachycephalie; am Schädel nichts Abnormes. Ebenso nirgends an den Knochen des Rumpfes.

Dagegen zunächst am rechten Humerus, 5 cm über dem Condylus int., ein steinharter stachelförmiger, etwa 2 cm prominirender, unbeweglich dem Knochen aufsitzender Vorsprung; dicht über und hinter demselben eine leicht intumescirte Cubitaldrüse.

In geringer Entfernung nach oben eine kleine, mehr flache Protuberanz.

L. obere Extremität frei.

In Rückenlage des Pat. fällt sofort die ungewöhnlich deutliche Sichtbarkeit der Pulsation der Art. fem. dextra am Lig. poup. gegenüber links auf. Die Palpation weist als Ursache davon abermals einen in der Gegend des Trochanter minor vom Knochen entspringenden Tumor nach. Lage in der Längsaxe des Femur. Form längsoval, mehrhöckrig, sonst von glatter Oberfläche. Zahl der grösseren Höcker vier, dieselben an der peripheren, besonders äussern Kante des Tumors gelegen; zwischen je zweien davon noch ein kleinerer, ebenso oberhalb aller zusammen. Länge des Gesammttumors 14,5 cm, grösste Breite 11,5 cm, Dicke ca. 5 cm. Die Rotationen des Oberschenkels macht er mit.

Keine dieser Exostosen zeigt spontane oder Druckempfindlichkeit.

Endlich findet sich noch an der Fibula dextra eine diffuse, aber deutliche Verdickung in Capitulum und oberm Drittheil: eine Hyperostose.

Durch eine ähnliche systematische Untersuchung der gesammten Körpermusculatur erfährt man:

Die Muskeln sind nirgends empfindlich, nirgends abnorm mit einer Ausnahme am rechten Oberschenkel.

Hier fällt in Bauchlage, schon bei der Inspection, eine leichte Prominenz unter der Haut auf. Man fühlt eine knochenharte, plattenförmige Resistenz von glatter Oberfläche. Länge 22 cm, grösste Breite 9,5 cm, Dicke 1—2 cm. Verlauf nicht ganz parallel der Axe des Oberschenkels, etwas schief nach dem Condyl. int. hin. Lage zwischen Adductoren und Caput longum Musc. bicip. Diese Knochenplatte ist frei beweglich, ihren breiten Flächen und ihren schmalen, vielfach buchtigen Längskanten nach sehr deutlich palpabel, nicht empfindlich; der Form und Lage nach unzweifelhaft der ossificirte Bauch des Musc. semimembranosus. Nach innen und oben noch eine zweite, kurze, leistenförmige Prominenz, wahrscheinlich dem obersten Theile des Musc. semitendinosus angehörig, dessen obere Sehne beim Seitwärtsdrängen der grossen Platte deutlich tastbar wird. Gleichzeitig erscheint dann auch die untere Sehne des Musc. semimembr. unter der Haut, und man sieht sie zur Vereinigung mit den Sehnen der übrigen Rotatoren des Unterschenkels gegen den Condylus int. tibiae hinziehen.

Auf diesen Befund hin lautete die

klinische Diagnose:

Tabes dorsalis.

Myositis ossificans progressiva incipiens.

Exostoses multiplices.

Emphysema pulm. vesiculare leve.

Gastricismus acutus.

Pat. blieb nur vom 2.—9. October im Krankenhaus und musste dann auf seinen ausdrücklichen Wunsch wieder entlassen werden.

Sein Zustand gestaltete sich während dieser kurzen Zeit folgendermaassen:

Fieber während der Magenstörung keines (überhaupt nur einmalige, abendliche Temperatursteigerung auf 38° ohne nachweisbare Ursache am 6. October). Da nun ausserdem cardialgische Symptome in den Vordergrund traten, der Appetit nie wesentlich alterirt, vielmehr schon am zweiten Tage des Spitalaufenthaltes wieder auffallend gut war, keine gleichzeitige Diarrhoe, wie sonst bei acuter Gastro-Enteritis durch Indigestion, erfolgte, sondern viertägige Obstipation bestand, welche leichten Aperitiva (Ol. Ricini, dann Pulv. Magn. c. Rheo) wich; da ferner eine augenscheinliche Indigestion nicht einmal sicher anzunehmen war, und früher schon wiederholt in mehrmonatlichen Intervallen ähnliche, unmotivirte Anfälle von heftigem Brechen und Magenschmerz vorgekommen sein sollen, könnte man geneigt sein, alle in causalen Zusammenhang mit der spinalen Affection zu bringen und als „Crises gastriques nach Charcot“ aufzufassen.

Ebenso dürfte vielleicht die Kniegelenksdifformität entstanden gedacht werden durch die vollkommen schmerzlose „atactische Arthropathie“, wie sie Charcot nennt.

Der Puls verhielt sich sehr schwankend, 76—120, doch meistens 90—110.

Endlich bleibt mir noch übrig eines interessanten Krankheitssymptoms zu gedenken, nämlich eines offenbar bestehenden complicatorischen Diabetes insipidus leichteren Grades; denn die 24 stündlichen Mengen des Zucker- und Eiweiss-freien Urins betrugen, nach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ablauf der artificiellen Diarrhoe aufgefangen und genau gemessen, an 4 Tagen:

3300 3700 4200 3900 ccm

bei einem auffällig niedrigen, specif. Gewichte von nur

1007 1006 1006 1010.

In Bezug auf die Intelligenz war absolut kein Missverhältniss zu Alter, Stand und Bildungsgrad des Pat. bemerkbar; im Gegentheil vom empfehlenden Arzte als etwas verkommenes Individuum bezeichnet, legte derselbe gewisse Beweise von Schlauheit ab.

Die Lebensverhältnisse des Pat. waren immer sehr ärmliche; demgemäss auch die hygienischen.

Bei Vergleichung dieses Falles von Myositis ossificans progressiva mit den in der Literatur bisher niedergelegten nnd von Pintér tabellarisch zusammengestellten ergeben sich mannichfache Auffälligkeiten:

Hereditäre Belastung fehlt bei unserem Pat. in Bezug sowohl auf die gleiche oder ähnliche Affectionen als auch auf irgend andere nachweislich häufig sich vererbende Leiden, besonders nervöse.

Auch in der Pintér'schen Tabelle sind von erblichen Krankheiten nur erwähnt: Alcoholismus, Epilepsie, Scrophulose und Tuberculose.

(Vgl. Pintér's Tab. No. 9; 11 u. 17.)

Nur zweimal sind, wie in unserm Falle, ärmliche und hygienisch unzulängliche Lebensverhältnisse angeführt.

(Vgl. Tab. No. 3 u. 15.)

Trauma als speciellere Ursache des Leidens findet sich, wie bei uns, mehrfach angeführt und meistens zugleich auch als ersterkrankte Muskelregion die direct betroffene oder eine in der Nähe gelegene bezeichnet.

(Vgl. Tab. No. 3; 10; 11 u. 18.)

Und diese Traumen möchte ich nun in der That nicht so gering anschlagen, wie dies von Pintér geschieht, sondern des entschiedensten als Gelegenheitsursache betrachten, durch welche auf dem Boden einer gewissen constitutionellen Disposition der pathologische Process in den betroffenen Muskeln anhebt, ganz ähnlich der heutigen Auffassung von Verletzungen bei der Aetiologie tuberculöser Knochen- und Gelenksaffectionen.

Der Beginn in unserem Falle fällt erst in das 46. Altersjahr, das heisst am spätesten unter allen bis jetzt bekannten Fällen. Am nächsten kommt ihm noch, und doch beinahe um die Hälfte früher beginnend, die Beobachtung bei Pintér Tab. No. 3 mit Anfang im 26. Jahr, hierauf No. 4 im 22. Jahr, während als Anfangszeit bei der grossen Mehrzahl der Fälle frühere, selbst frühste Jugend auftritt, jedenfalls die Zeit vor dem 12. Lebensjahre.

Abermals ein bis jetzt bestehendes Unicum ist es, dass bei unserm Pat. zuerst die Muskeln einer untern Extremität, die Mm. semimembr. und partiell auch semitendin. befallen wurden, denn in allen übrigen Fällen, wo es in Erfahrung gebracht werden konnte, d. h. in 16 von den 22 von Pintér gesammelten, zeigten sich die ersten Spuren des Processes an einer höher gelegenen Körperregion, und geschah von hier aus theils per contiguitatem theils sprungweise die Ausbreitung nach unten.

Einmal nur finden wir den M. semitend. allein, zweimal neben dem semimembr. (wovon einmal doppelseitig) als ossificirt erwähnt, häufiger andere Schenkelmuskeln.

(Vgl. Tab. No. 3; 5; 7; 9; 11; 13; 15; 16; 17; 19; 20; 22.)

In allen diesen Fällen hat nun aber der Ossificationsprocess schon vorher eine beträchtliche, in einigen eine sehr beträchtliche Ausdehnung über Kopf, Hals, obere Extremitäten oder Rumpf, besonders Rücken, gewonnen.

Dementsprechend ist auch die Dauer desselben nicht erst so kurz, wie bei unserm Pat. (ca. $1^1/_4$ Jahre), sondern schon eine mehr- bis vieljährige (3—27 Jahre).

Was die Schnelligkeit im Fortschreiten des Processes anbetrifft, so steht in unserm Falle, verglichen mit den übrigen, die noch geringe Ausbreitung ganz im Verhältniss zu der kurzen Dauer, denn immer war die Entwicklung stetig, aber sehr langsam; nur einmal überhaupt wird der Verlauf als ziemlich acut bezeichnet, und war schon nach einigen Monaten obere Rücken-, Schulter- und Nackenmusculatur betroffen, (Tab. No. 4).

Sollte übrigens dennoch der Verlauf durch seine relative Langsamkeit auffallen, so liesse sich wohl in dem ebenso noch nie beobachteten hohen Alter unseres Pat. etwelche Erklärung dafür finden.

Ueber die Krankeitssymptome ist in unserm Falle sehr schwer ins Reine zu kommen, einerseits wegen des angeschuldigten Traumas, mit dessen Wirkungen auf die ganze Extremität sie sich unentwirrbar vermengen, theils wegen der nervösen Complication.

Indessen mit Rücksicht darauf, dass Pat. die entstandene Ossification erst nach totaler Vollendung ganz zufällig bemerkt haben will und eine Vergrösserung der harten Geschwulst beobachtet zu haben, durchaus negirt, scheint es am wahrscheinlichsten, dass, wie in mehreren andern Fällen, der Process in der That, ganz ohne subjective Beschwerden zu verursachen, verlief.

Bei Pintér's Tab. No. 19, 20 und 22 ausdrücklich hervorgehoben.

Soviel aber geht aus allem hervor, dass wir es hier mit einem noch ganz im Anfangsstadium befindlichen Beispiel des schleichenden Processes zu thun haben, bei dem wir nach den in den übrigen Fällen gemachten Erfahrungen über kurz oder lang einen neuen Schub, eine weitere Ausbreitung über den Körper zu gewärtigen haben. Auch darum also, weil er Gelegenheit giebt, dieses Anfangsstadium und vielleicht den fernern Verlauf genauer zu verfolgen, bietet derselbe grosses Interesse.

Dies ist weiter der Fall in ethnographischer Beziehung, denn unter den Beispielen der Pintér'schen Tabelle figurirt die Schweiz nur mit einem, No. 10. Es ist dies also erst der zweite publicirte Fall aus meinem Vaterlande, während vertreten sind: Deutschland mit 10, England 6, Amerika 2, Oesterreich, Frankreich, Russland je 1.

Von dem zufällig bei unserm Pat. bestehenden, leichtgradigen Emphysem abgesehen, nehmen die andern gleichzeitig vorhandenen Affectionen noch das Recht besonderer Erwähnung in Anspruch, die eine, insofern sie die Auffassung unseres Falles wesentlich beeinflusst, und allfällige Zweifel an der Richtigkeit unserer Diagnose wohl vollkommen beseitigt; die andere, weil sie ein bemerkenswerthes Licht in das Dunkel der Pathogenese des krankhaften Processes in den Muskeln zu werfen geeignet ist und eine von anderer Seite bereits aufgestellte diesbezügliche Hypothese unterstützt.

Da in unserm Falle die Ossification der Muskeln noch so geringe Ausbreitung zeigt, da sie angeblich bald nach einem Trauma an Stelle seiner Einwirkung entstanden ist, könnte man vielleicht die Erklärung derselben als Anfangsstadium einer progressiven Myositis ossificans in Frage stellen und mit jener bloss localen Verknöcherung in Parallele setzen wollen, die man als Reit- oder Exercirknochen bezeichnet oder aber als bloss traumatische Muskelpetrification auffassen, wie solche mehrfach beobachtet ist.

Nun ist es aber gerade das gleichzeitige Vorkommen von zum Theil recht grossen Exostosen (Humerus dext., Femur dext. und einer Hyperostose (Fibula dext.), welches einerseits die, um mich so auszudrücken, constitutionelle Disposition unseres Pat. für den Ossificationsprocess bezeugt, andererseits auf die enge Zusammengehörigkeit unseres Falles zu der Myositis ossificans progressiva hinweist, bei welcher bisher schon mehrmals ebenfalls Exostosenbildung beobachtet wurde.

(Vgl. P. Tab. No. 11; 13; 17; 19; 22.)

Schliesslich muss noch der Verbindung unserer Myositis ossificans mit Tabes dorsalis gedacht werden, und zwar einer Tabes dorsalis von solch exquisiter Ausbildung, dass kaum eines von den wichtigern Symptomen, die ihr im Buche zugeschrieben werden, mangelt.

Abgesehen von drei Fällen, in denen durch eine acute Erkrankung der Respirationsorgane ohne nähern Zusammenhang mit dem Allgemeinleiden,

(Vgl. P. Tab. No. 9; 11 und 13),

der Tod herbeigeführt wurde, finde ich nur noch zweimal eine Complication angegeben, nämlich in dem soeben citirten Fall No. 13: Epileptiforme Anfälle vier Jahre vor dem Exitus letalis; dann bei etwelcher Aehnlichkeit mit unserm Pat. in dem Züricher Falle No. 10: Totale Atrophie des linken Opticus, partielle des rechten, Knochenplättchen in der Chorioidea links, ohne dass des genauern die Form der Atrophie bezeichnet wäre.

Sei dem, wie ihm wolle, epileptiforme Anfälle sowohl als Opticusatrophie beruhen auf nervösen Affectionen und sind insofern im Kleinen ein Analogon unserer mit entsprechendem Augenleiden verbundenen Tabes dorsalis.

Muss man nicht dazu versucht werden, aus dem Zusammentreffen solcher nervöser Störungen mit der Myositis ossificans auf eine gemeinsame Ursache derselben zu schliessen oder noch richtiger daran zu denken, dass vor allem in unserm Falle der pathologische Process an den Muskeln seine Entstehung dem schweren degenerativen Process im Centralnervensystem verdankte, ja dass in allen Fällen die Myositis osificans progressiva auf eine nervös-nutritive Störung im Muskelgewebe zurückzuführen sei, um so mehr, als durch die Combination beider dieser Muskelprocess dem andern, schon so viel als

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sicher auf rein nervöser Basis beruhenden, der progressiven Muskelatrophie, beträchtlich näher gerückt wird?

Damit erhielte denn auch die bereits 1878 von Nicoladoni aufgestellte Hypothese, die Myositis ossificans progressiva sei eine Trophoneurose, neuen Grund und Boden.

Noch sei, was unsern Fall anbetrifft, eines erwähnt, dass nämlich die Tabes dorsalis eine sehr durchsichtige Aetiologie haben könnte, indem wegen der derselben sonst ganz fremden Chorioiditis des linken Auges von Herrn Prof. Horner der Verdacht syphilitischen Ursprungs geäussert wurde (Anamnese und klin. Untersuchung freilich negativ).

Zürich, 17. October 1884.

II. Seröse Perichondritis der Nasenscheidewand.

Von

Prof. Dr. **A. Jurasz** in Heidelberg.

Am 25. Juni d. J. stellte sich in meiner ambulatorischen Klinik die 10 Jahre alte Christine Herbst von Schriesheim wegen einer vollständigen Verstopfung beider Nasenhöhlen vor. Das Mädchen, welches früher niemals an irgend einer ernsten Nasenkrankheit gelitten hatte und auch sonst stets gesund gewesen war, erkrankte 8 Tage vorher an einem Erysipelas der Nase und des Gesichtes. Das Erysipel muss sich ziemlich weit ausgebreitet haben, denn die Augen sollen zugeschwollen gewesen sein. Während dieser Krankheit entwickelte sich eine Verstopfung der Nasenhöhlen, die trotz der Heilung des Erysipels fortbestand. Die Patientin war seitdem genöthigt, nur durch den Mund zu athmen. In der Nacht schlief sie sehr unruhig, da sich in der Regel beängstigende asthmatische Anfälle einstellten. Das Allgemeinbefinden war dabei insofern beeinträchtigt, als das Kind wenig Appetit zeigte, theilnahmlos war und blass aussah. Der objective Befund war folgender. Die beiden Nasenöffnungen zeigten sich vollständig ausgefüllt durch halbkugelige, intensiv geröthete Tumoren, welche ohne Anwendung des Nasenspeculums zu sehen waren. Bei genauerer Untersuchung stellte es sich heraus, dass diese Tumoren beiderseits vom knorpeligen Septum ausgingen, auf dem sie symmetrisch mit sehr breiter Basis aufsassen. Mittelst der Sonde konnte man eine ziemlich weite Ausdehnung der Tumoren nach hinten zu constatiren. Fluctuation war deutlich nachzuweisen. Ich stellte die Diagnose auf eitrige Perichondritis der Nasenscheidewand und wollte eine Incision vornehmen; da aber weder die Patientin noch die sie begleitende ältere Schwester ohne Wissen der Eltern eine Operation der Nase erlauben wollten, vielmehr nur eine Arznei zu haben wünschten, so wurde einstweilen Alumen pulv. als Schnupfpulver verordnet.

Am 2. Juli erschien die Patientin mit der Erlaubniss eines operativen Eingriffs wieder. Die Geschwülste des Septum zeigten dieselbe Grösse wie das erste Mal, nur war die Schleimhaut derselben weniger stark injicirt. Die Beschwerden blieben unverändert. Ich führte eine ziemlich dicke, gerade Nadel meines in einer anderen Arbeit[1]) schon erwähnten Aspirators zuerst in den einen, dann in den andern Tumor ein und entleerte jedes Mal statt des Eiters, den ich zu finden glaubte, eine wasserklare, seröse Flüssigkeit, der sich zu Ende der Aspiration etwas Blut beimischte. Die Flüssigkeit war von etwas dicker Consistenz und betrug etwa 5 ccm. Gleich nach der Entleerung verkleinerten sich die Tumoren so, dass die Patientin durch die Nase, allerdings noch mit gewisser Schwierigkeit, athmen konnte. Eine genauere Untersuchung der serösen Flüssigkeit konnte leider nicht ausgeführt werden, da das Gläschen, in welches dieselbe eingegossen wurde, unglücklicherweise umfiel und der Inhalt herausfloss. Mit Hülfe der Sonde, die ich durch die Stichöffnung einführte, konnte ich feststellen, dass beiderseits der Scheidewandknorpel in der ganzen Ausdehnung der Tumoren vollständig entblösst war, und dass sich die seröse Flüssigkeit zwischen dem Knorpel und Perichondrium befand. An einer Stelle etwa in der Mitte der Knorpelplatte constatirte ich mittelst der Sonde eine Perforation, durch welche beide Tumoren mit einander communicirten. Der Rand der Perforationsöffnung fühlte sich weich, zerfasert an.

Am 16. Juli zeigte sich bei der Patientin die rechte Nasenhöhle vollständig frei. Die Schleimhaut und das Perichondrium lag dem Knorpel fest an. Nur in der linken Nasenhöhle war noch eine geringe Schwellung an der Stelle des früheren Tumors zu sehen. Die asthmatischen Anfälle haben sich seit der Entleerung der Geschwülste nicht mehr eingestellt, die Nächte sind ruhig gewesen. Allgemeinbefinden gut.

[1]) Zur Lehre von den Kehlkopfcysten. Diese Wochenschr. No. 39 cr.

Am 2. August wurde Patientin aus der Behandlung entlassen. Die Schleimhaut der Nasenscheidewand sah beiderseits normal aus, und die Nasenhöhlen waren wie vor der Krankheit vollständig frei.

Der eben beschriebene Fall betrifft eine Krankheit, die ich mit dem Namen der „serösen Perichondritis“ bezeichne und die ausserordentlich selten vorzukommen scheint. Ich habe in der Literatur nur eine einzige Notiz[1]) gefunden, die hier berücksichtigt zu werden verdient, weil es sich aus derselben ergiebt, dass Velpeau ähnliche Fälle beobachtet hat. Bei der Besprechung der bilateralen Tumoren der Nasenscheidewand erwähnt er, dass man dieselben in 3 Klassen eintheilen kann, nämlich in die Abscesse, Haematocelen und Cysten, je nachdem in denselben Eiter, Blut oder Serum enthalten ist. Diese drei Arten von Geschwülsten können sich nach den Angaben von Velpeau auch ohne vorausgegangene traumatische Verletzung spontan entwickeln und die hochgradigsten Beschwerden verursachen. Necrose des Knorpels mit Perforation soll dabei fast immer vorkommen. Therapeutisch soll man dieselben frühzeitig eröffnen und den Inhalt entleeren. Diesen Bemerkungen ist zwar speciell bezüglich der „Cysten“ keine Casuistik beigefügt, allein auch ohne dies kann es keinem Zweifel unterliegen, dass Velpeau's seröse „Cysten“ identisch sind mit dem oben angeführten, von mir beobachteten Falle. Merkwürdig muss es aber erscheinen, dass sich bei den späteren Autoren nach Velpeau nirgends eine Erwähnung von einer derartigen Erkrankung des Nasenscheidewand- oder eines andern Knorpels findet. Auch Casabianca[2]), der in seiner fleissigen Arbeit über die Krankheiten der Nasenscheidewand die serösen Tumoren Velpeau's in einigen Worten anführt, schreibt, dass er fruchtlos nach ähnlichen Beobachtungen in der Literatur gesucht habe.

Es fragt sich jetzt, ob die in unserm Falle constatirte Ansammlung von seröser Flüssigkeit zwischen dem Knorpel und dem Perichondrium auf eine Entzündung des letztern zurückgeführt werden kann, und ob demnach die Bezeichnung der Krankheit mit dem Namen der „serösen Perichondritis“ eine gerechtfertigte ist. Ich glaube diese Frage deshalb bejahen zu müssen, weil hier eine einfache Transsudation mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden kann. An der Stelle der Erkrankung handelt es sich nämlich nicht um eine mit einer serösen Membran ausgekleidete, präformirte Höhle, sondern um ein Perichondrium, welches sammt der Schleimhaut sehr fest mit dem Knorpel verbunden ist und selbst bei den hochgradigsten Circulationsstörungen keinen geeigneten Ort für eine einfache Ausschwitzung von seröser Flüssigkeit darbietet. Zur Abhebung des Perichondrium von dem Knorpel in der Weise, wie dies in unserm Fall stattgefunden hat, wird wohl immer eine Entzündung nothwendig sein. Mit einer Entzündung haben wir aber hier zu thun gehabt, denn das Erysipel hat jedenfalls nach der Anamnese ausser der Haut der Nase und des Gesichtes auch die Nasenscheidewand ergriffen. Beachtenswerth bleibt dabei allerdings der Umstand, dass das flüssige Product der Entzündung kein eitriges, sondern ein seröses war.

Für die Auffassung einer serösen Perichondritis spricht aber auch noch die Thatsache, dass eine analoge entzündliche Veränderung am Periost vorkommt und unter dem Namen der Periostitis serosa oder albuminosa bekannt ist. Ollier hat dieser Periosterkrankung zuerst seine Aufmerksamkeit zugewandt, und haben dieselbe nach ihm verschiedene andere Autoren zu beobachten Gelegenheit gehabt. Ich führe hier die Arbeiten von Poncet,[3]) Albert[4]) und Terrier[5]) an. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass die Erkrankung entzündlicher Natur ist, dass sie mit Vorliebe an den Enden der Diaphysen besonders des Femur und des Humerus auftritt und dass sie fast immer bei Kindern oder jungen Individuen vor der Verknöcherung der Epiphysen sich entwickelt. So wie die Periostitis serosa oder albuminosa eine Prädilection für gewisse Knochen und deren Abschnitte zu besitzen scheint, so scheint es sich auch mit der Perichondritis serosa zu verhalten, denn die letztere wurde bisher von Velpeau und mir nur am Nasenscheidewandknorpel beobachtet. Ob dieser Process auch an andern Knorpeln zur Entwickelung kommen kann, muss die Zukunft lehren. Derselben muss auch überlassen werden, nähere Aufklärung über die Genese und Aetiologie dieses Leidens zu geben. —

[1]) Tumeur de la cloison nasale. Gaz. des hôpit. 1860. No. 45. S. 178.
[2]) Casabianca. Des affections de la cloison des fosses nasales. Thèse. Paris. 1876.
[3]) Poncet. De la périostite albumineuse. Gaz. hebdom. de Méd. et de Chir. No. 9. 1874.
[4]) Albert. Ein Fall von Periostitis albuminosa (Ollier). Wiener med. Blätter. No. 38. 1878.
[5]) Terrier. Sur la périostite albumineuse. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. Tome IV. No. 4.

Digitized by Google | Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Ueber die Zersetzungen der Milch und die biologischen Grundlagen der Gährungsphysiologie.

Von

Ferdinand Hueppe.

(Schluss aus No. 49.)

Zunächst möchte ich mir einige Bemerkungen zur Morphologie der Fermentbakterien gestatten. Zopf hatte bei einigen höheren Schizophyten beobachtet, dass in der ontogenetischen Entwicklung derselben alle die Formen auftreten können, welche wir nach Cohn's provisorischer Eintheilung als Gattungen der Bakterien im engeren Sinne kennen, dass also für diese Fälle die Bakterienformen nur den Werth von „Wuchsformen“ nach de Bary's Bezeichung haben. Hiermit war einerseits die zuerst von Cohn geäusserte Ansicht über die Verwandtschaft der Bakterien zu den höheren Spaltpflanzen und weiter zu den Algen wesentlich gestützt, und die Unrichtigkeit der Bezeichnung Spaltpilze noch eingehender erwiesen. Weiter schloss aber Zopf rückwärts für alle Bakterien überhaupt, dass die Formgenera und Formspecies von Cohn aufgegeben werden müssten, weil sie „blosse Entwicklungszustände von Spaltpilzen“ seien. Er suchte dies auch für die im System niedriger stehenden Bakterien, besonders durch schematische Zeichnungen, zu erweisen und führte für eine Reihe von Bakterien derartige Formcyklen als angeblich nachgewiesen an, während er die nicht in dieses Schema der Formunbeständigkeit passenden, mit der Cohn'schen Terminologie sich deckenden Arten anhangsweise kurz erledigte.

Wenn auch durch die bisherigen Ermittlungen sichergestellt ist, dass die niederen Bakterienformen, Kokken, Kurzstäbchen, Langstäbchen, Spirillen als blosse „Wuchsformen“ im Entwicklungskreise höherer Spaltpflanzen auftreten können, aber durchaus nicht auftreten müssen, wenn wir nach gut bewährter Analogie weiter die Möglichkeit zugeben können, dass je höher die Spaltpflanzen im Systeme stehen, mit desto grösserer Wahrscheinlichkeit auch in ihrer Ontogenese die phylogenetisch niedriger stehenden Formspecies als blosse Wuchsformen auftreten können, so darf man nicht eine derartige Möglichkeit bis zur Negation der Thatsachen treiben, welche unwiderleglich zeigen, dass es unter den Bakterien andere Species giebt von grösster Einfachheit und Beständigkeit der Wuchsformen.

Zunächst habe ich nicht einen Anhalt dafür gefunden, dass trotz aller möglichen Variationen des Nährbodens und der übrigen Bedingungen die von mir erwähnten Mikrokokken jemals in anderer als kugliger resp. ellipsoider Form auftraten. Einzelne der kugligen streckten sich vor der Theilung etwas zu mehr ellipsoider Form, und die Theilungsproducte der ellipsoiden waren bisweilen unmittelbar nach der Theilung nicht so stark ellipsoid sondern näherten sich mehr der Kugelform. Damit war aber auch die Formvariabilität erschöpft. Für die von mir erwähnten Kokken deckte sich die Wuchsform mit dem Cohn'schen Formgenus, und die Formen waren im Einzelnen derart constant, dass sie mindestens als Formspecies, wahrscheinlicher aber sogar als ächte naturhistorische Arten angesehen werden müssen.

Die Kurzstäbchen, die Wuchsform Bacterium im Sinne der provisorschen Terminologie von Cohn, bieten in morphologischer Hinsicht wohl die grössten Schwierigkeiten. Unmittelbar nach der Theilung ist die Form der kleinsten Theilungsproducte nahezu ellipsoid, so dass man allenfalls angeben könnte, bei diesen Organismen kommen neben den Kurzstäbchen ellipsoide Zellen vor, es deckte sich die Formspecies Bacterium nach Cohn nicht mit den beobachteten Formen, sondern in derartigen Species treten auf resp. könnten auftreten zwei Wuchsformen: das Kurzstäbchen und das Ellipsoid. Ich wage es für diese so ausserordentlich schwer zu beurtheilende Form nicht für alle Fälle von vornherein mein Urtheil zu binden, habe aber selbst relativ selten Zweifel gehegt und meist mit Hülfe der stärkeren Systeme auch die Theilungsproducte noch als Kurzstäbchen ansprechen können.

Wenn ich mich also auch sehr reservirt darüber aussprechen muss, ob die Cohn'sche Wuchsform Bacterium auch als Formgenus oder Formspecies in allen Fällen beibehalten werden kann, oder ob statt der letzteren hin und wieder zwei Wuchsformen, die ellipsoide und das Kurzstäbchen, gesetzt werden müssen, also ein sehr begrenzter Formcyklus statt der einzigen Wuchsform Cohn's in Frage kommen kann, so sind innerhalb dieser möglichen kleinen Differenzen doch die beobachteten Arten derart constant in ihrem Gesammthabitus und der ontogenetischen ev. auch cyklischen Entwicklung, dass sie einstweilen als Species betrachtet werden müssen.

Von den Bacillen, den Langstäbchen, stellt es Zopf als allgemein nachgewiesen hin, dass in ihrer Entwicklung Langstäbchen, Kurzstäbchen, ellipsoide und kuglige Zellen vorkommen. Bei der Unmöglichkeit, zwischen Kurzstäbchen und Langstäbchen eine scharfe Grenze zu ziehen, thun wir wohl besser von stäbchenförmigen Bakterien, Bacillen, im Gegensatze zu den Kokken zu sprechen. Dies angenommen kommen bei der ontogenetischen Entwicklung aller Bacillen Langstäbchen und Kurzstäbchen vor. Für die meisten von mir untersuchten Arten ging die Ontogenese unter verschiedenen Variationen der Aussenbedingungen nicht über diese Formen hinaus, und traten ausgesprochen ellipsoide oder gar kuglige Theilungsproducte nicht auf. Die Wuchsform Bacillus deckte sich in vielen Fällen mit dem Formgenus und der Formspecies Bacillus von Cohn. Bei noch weitergehender Theilung in einzelnen Fällen beobachtete ich wiederholt Störungen in der Entwicklung und verringerte oder gar aufgehobene Wirkung, so dass ich geneigt bin, Manches, was über Zerfallen von Bacillen in Kokken angegeben ist, in die den Pathologen geläufige Rubrik des körnigen Zerfalls, des Absterbens zu stellen. Auf der andern Seite liegen aber auch Angaben von zuverlässigen Beobachtern vor, welche ergeben, dass unter bestimmten Verhältnissen bei einzelnen Bacillen ein Zerfall in Kokken auftreten kann ohne Störungen in der Entwicklung. Aber so häufig, wie es nach der schematischen Darstellung von Zopf scheint, ist dies durchaus nicht, sobald man sich an die wirklichen Beobachtungen hält, widerlegte Angaben nicht immer von Neuem als Beweise heranzieht und die ganz unwissenschaftlichen Zeichnungen ausser Acht lässt, welche bei angeblicher 4000maliger Vergrösserung das zeigen, was die betreffenden Autoren gern gesehen hätten, über das wirklich Beobachtete aber gar nichts ergeben.

Wenn ich also zugebe, dass hin und wieder dem provisorischen Formgenus und der Formspecies Bacillus von Cohn nur der Werth als Wuchsform zukommen kann, dass in derartigen Fällen an Stelle der einen mit der Species identificirten Wuchsform Bacillus ein mehr oder weniger begrenzter Formcyklus zu setzen ist, so deckt sich doch für viele Fälle auch jetzt noch die Wuchsform Bacillus mit dem gleichnamigen Formgenus und der Formspecies, und in den einzelnen Fällen war innerhalb dieser möglichen Formschwankungen die Constanz des Gesammtverhaltens derart scharf ausgeprägt, dass auch für diese Organismen die Anerkennung als naturhistorische Arten gefordert werden muss, wobei die Bezeichnung Bacillus dem a potiori fit denominatio entsprechend ebenso wie auf andern Gebieten der Systematik beizubehalten ist. Wenn auch nicht, wie Buchner meint, der Artbegriff von einer Constanz abhängig ist, welche sich nach der Dauer von Erdperioden bemisst, so können wir ja mit aller Ruhe dem Beweise entgegensehen, dass der geschilderten Constanz vielleicht in einzelnen Fällen nur der Werth von Varietäten oder Rassen zukommt. So lange aber die Anhänger der Ansicht, dass bei den Bakterien im naturhistorischen Sinne Arten nicht anzuerkennen sind, sich nur auf theoretische Speculationen und nicht auf Thatsachen stützen, so lange ist es vorurtheilsloser und den bewährten Regeln der Systematik mehr conform, derartig constante Organismen, wie es die zymogenetischen und pathogenetischen Bakterien in der Mehrzahl der Fälle wenigstens sind, als Arten anzusprechen. Im Allgemeinen lassen sich die Thatsachen, welche wir bis jetzt auf dem Gebiete der Morphologie der Bakterien kennen, dahin zusammenfassen, dass bei denselben die höheren Arten ontogenetisch alle niedrigeren Formzustände durchlaufen können, aber nicht müssen, dass die Ontogenese auch bei den Bakterien bald eine vollständige bald aber auch nur eine abgekürzte Wiederholung der Phylogenese ist.

Ob wir in letzterer Hinsicht für alle Bakterien eine monophyletische Abstammung werden annehmen können, wie man nach Zopf's Ermittelungen über höhere Spaltpflanzen geneigt sein könnte, oder ob wir trotz dieser Angaben einen polyphyletischen Stammbaum derselben werden annehmen müssen, darüber möchte ich mir jetzt noch kein Urtheil gestatten, trotzdem die letztere Annahme mit einem Schlage viele scheinbar unversöhnliche Differenzen lösen würde.

In morphologischer Hinsicht halte ich mich, unter Berücksichtigung der oben geschilderten Verhältnisse über die möglichen verschiedenen Beziehungen der Wuchsformen Cohn's zu dessen Formgenera und Formspecies, voll und ganz zu dem Schlusse berechtigt, dass es unter den Fermentbakterien ächte naturhistorische Arten giebt, wenn auch die Abgrenzung dieser Species sich nicht in allen Punkten mit den provisorischen Formspecies von Cohn deckt, und sehe in meinen Untersuchungen eine Bestätigung der Cohn-Schröter'schen Lehre von dem Vorkommen ächter Arten unter den Bakterien.

Die in dem oben geschilderten Sinne artächten Fermentbakterien erweisen sich in den Experimenten als Ursache entsprechend constanter, typischer, specifischer Gährungen. Jede specifische Gährung ist bedingt durch einen specifischen Organismus. Wenn dieselben specifischen, namengebenden Hauptproducte wie Alkohol, Milchsäure, Buttersäure durch verschiedene Fermentorganismen gebildet werden, so

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sind die quantitativen Verhältnisse dieser Hauptproducte verschieden, ferner werden andere Nebenproducte gebildet und die übrigen biologischen Beziehungen, z. B. in Bezug auf Temperatur- und Sauerstoffoptimum differiren. Die verschiedenen, morphologisch differenten Organismen sind in allen derartigen Fällen die Ursache entsprechend differenter, specifischer Umsetzungen.

Werden die Fermentorganismen experimentell variirt und gelingt es, Grade der Variation — nachgewiesen bis jetzt nur Abschwächung, möglicherweise auch Steigerung der Wirkung — zu fixiren, gelingt es also, Culturrassen der Fermentorganismen zu züchten, so sind diese künstlich variirten Organismen im Sinne der Causalität etwas anderes geworden und zwar dem Grade der Variation entsprechende Ursachen abweichender, aber auch entsprechend wieder specifischer Umsetzungen. Mit Aenderung der Fermentursache durch Variation der Fermentorganismen ändert sich auch die Wirkung, die Fermentation entsprechend. Hieran ändert es durchaus nichts, dass möglicherweise die experimentell variirten Fermentbakterien weiter degeneriren oder zur ursprünglichen Virulenz zurückkehren können, da sie im ersten Falle erst recht andere Wirkungen ausüben und im andern Falle wieder Ursache der ursprünglichen Fermentation geworden sind, also immer der Causalität im Sinne der specifischen Wirkung genügen.

Die Richtung, in welcher auf äussere Eingriffe derartige Variabilität sich geltend macht, liegt in Eigenthümlichkeiten des Zellprotoplasma begründet, die unserm Wissen verschlossen sind und nicht im Geringsten unserm wirklichen Erkennen näher gerückt werden durch micellare Constructionen. Was wir allein unserm Wissen und Erkennen zugänglich machen können, sind lediglich die äusseren Factoren, welche die dem Plasma immanente Variationsmöglichkeit auch in die Erscheinung treten lassen, und welche uns dadurch Anhaltspunkte geben, wie möglicherweise diese Variationsfähigkeit im Laufe langer Zeiten auch in der Natur zur Variation und zur Bildung neuer Arten von Fermentorganismen geführt hat. Beachtenswerth scheint mir in dieser Hinsicht die Beobachtung, dass einzelne der äusseren Factoren, welche zur Manifestation der Variabilität führen, in den Experimenten sich ersetzen können. Hohe Temperaturen, chemische Alterationen, Veränderungen des Nährbodens können alterniren, nur die Isolirung in Reinculturen scheint im Experimente eine conditio sine qua non zu sein, und diese, vielleicht als Aequivalent einer geographischen Isolirung erklärbare Erscheinung deutet wenigstens an, dass man die Variation der Bakterien durch äussere Eingriffe auch von andern Gesichtspunkten aus beurtheilen und erklären kann, als durch einen rein hypothetischen Kampf ums Dasein, den man in derartigen Experimenten sogar direct ausschliessen kann, wenn man dabei an das denkt, was Darwin selbst mit diesen Worten bezeichnete. Die Thatsachen der Variabilität bei den Bakterien beweisen an sich für Darwin's Erklärung der Artbildung eben so wenig, wie auf der andern Seite die einfachen Thatsachen der Constanz jemals den starren Artbegriff Cuvier's werden rehabilitiren können.

Die einzige beweisbare biologische Grundlage, welche als solides Fundament der Gährungsphysiologie in erster Linie anerkannt werden muss, scheint mir die zu sein, dass nur die specifischen Differenzen des Protoplasma der verschiedenen Fermentorganismen die nächste Ursache der specifisch verschiedenen Gährungen sind. In zweiter Linie erst kommen die gährungsfähigen Substanzen in Betracht, welche dadurch auf den Verlauf des Vorganges von grösstem Einfluss sind, dass sich selbstverständlich aus ihnen nur solche Körper bilden können, deren Atomgruppen in den Molekülen des ursprünglichen Körpers schon vorgezeichnet sind. Die Anordnung der Atomgruppen im Molekül erklärt es auch, wie derselbe Körper durch den verschiedenartigen Anstoss differenter Organismen differente Spaltungen erfahren kann. So kann, wie schon gezeigt, der Zucker ganz verschiedene Gährungen eingehen durch verschiedene Fermentbakterien und ähnlich geht es mit anderen Substraten. Das Glycerin z. B. geht nach Fitz durch verschiedene Bakterien vier Gährungen ein, bei denen sich Aethyl-Butyl-Propylalkohol und Buttersäure als Hauptproducte bilden; aber in Folge der Wechselwirkung zwischen der molekularen Anordnung des Fermentprotoplasma und der Anordnung der Atomgruppen im Glycerinmolekül wird in diesem Falle die Buttersäure nicht durch die Buttersäurebacillen, sondern durch die Bacillen des blaugrünen Eiters gebildet, während die Buttersäurebacillen Propylalkohol aus Glycerin bilden.

Ein derartiges Zerfallen in ganz differente Körper würde ganz unverständlich bleiben, wenn durch die Bakterien nur ganz allgemein ein molekularer Anstoss erfolgte, der allenfalls die Thatsache des Zerfallens überhaupt erklärte, über die im Experimente durch Anwendung von Reinculturen vollständig beherrschbare, specifische Richtung dieses Zerfalles im Einzelnen ganz im Unklaren liesse.

Ein Umstand scheint allerdings gegen die Annahme der specifisch differenten Fermentbakterien als Ursache der Differenzen der verschiedenen Fermentationen zu sprechen, dass nämlich einzelne Fermentbakterien verschiedene Zersetzungen bewirken können, während doch nach der ursprünglichen Ansicht von Pasteur jeder Fermentorganismus nur eine Zersetzung bewirken soll. Die Buttersäurebacillen vermögen nach Fitz aus Zucker Buttersäure, aus Glycerin Propylalkohol zu bilden; ein anderer Organismus führt nach Fitz milchsauren Kalk in buttersauren Kalk über, während aus weinsaurem Kalk sich Essigsäure als Hauptproduct bildet. Noch auffallender auf den ersten Blick ist es vielleicht, dass nach Brieger die Pneumoniekokken aus Saccharaten Essigsäure bilden; die Rotzbacillen und Cholera-Vibrionen auf einzelnen Substraten ein braunes Pigment hervorrufen, die Mikrokokken der Osteomyelitis pathogen wirken, aber ausserdem gelbes Pigment bilden und Milchzucker in Milchsäure überführen.

Aber dies ist doch nur scheinbar ein Gegengrund. Diese Organismen vermögen wohl verschiedene Wirkungen auszuüben, aber durchaus keine unbeschränkten. Die Zahl der möglichen Wirkungen übersteigt wohl öfters die Zahl eins, aber die Wirkungscyklen sind eben so gut beschränkt wie die Formcyklen und bei den verschiedenen Arten sehr different. Unerklärlich würden diese Beobachtungen nur sein, wenn wir uns auf den Standpunkt einer idealen Einfachheit des Bakterien-Protoplasma stellten, wie es hin und wieder wohl geschehen ist. Wenn auch die Bakterien keine nachweisbaren Kerne besitzen, also morphologisch der niedersten Stufe der Lebewesen angehören, so lassen sich bei den grösseren Formen doch schon kleine morphologische Differenzen erkennen, deren Deutung im Einzelnen zwar höchst misslich, aber ein sicheres Zeichen weitergehender Differenzirung ist. Als ein weiteres Anzeichen einer derartigen Differenzirung des Protoplasma der Bakterien kann man auch die Hydratationen vieler Bakterien ansehen, welche als Wirkungen mehr oder weniger sicher isolirter Enzyme in die Kategorie der extracellulären Verdauung gehören und eine schon recht hoch stehende Function bezeichnen, welche Nencki geradezu mit der Verdauung höherer Organismen verglichen hat. Diese von Bakterien ausgeübten Hydratationen vollziehen sich übrigens unter denselben biologischen Bedingungen wie die Gährungen selbst, sind also diesen complicirteren Zersetzungen gegenüber, welche sie chemisch vorbereiten, nur chemisch als einfache hydrolytische Spaltungen charakterisirt.

In Bezug auf die Gährungen nun, scheiden sich die Ansichten, welche ich als einfachen Ausdruck der gesicherten Thatsachen betrachte, scheinbar auf das schroffste von den bekannten Anschauungen Pasteur's. Zum Theil dürften diese Differenzen allerdings der einseitigen Darstellung zufallen, in welche Pasteur seine Ansichten gekleidet hat. Liebig hatte einmal der vitalistischen Richtung vorgeworfen, dass sie „in die Aufsuchung von lauter Einzelheiten zersplittert“ den Namen einer Pilzspecies nenne, wenn man sie nach der Ursache der Gährungen frage, während „Ursachen“ doch nicht gesehen werden könnten, und er hatte seinerseits als eine derartige allgemeine Ursache aller Gährungen die Uebertragung von Molecularbewegungen betrachtet. In einem ähnlichen Sinne kam später Pasteur zu der Ansicht, dass die Ursache aller Gährungen in einem einzigen Factor gesucht werden müsse, nämlich in der Fähigkeit der Fermentorganismen, zeitweilig ohne Luftsauerstoff leben zu können. Um diesen damals scheinbar ohne jede Analogie dastehenden Vorgang eines Lebens und Wirkens ohne Luftsauerstoff, der Anaërobiose, seiner exceptionellen Stellung zu entheben und dem allgemeinen Verständnisse näher zu rücken, entwickelte Pasteur weiter die Ansicht, dass diese Fähigkeit, zeitweilig ohne freien Sauerstoff leben und wirken zu können, jeder thierischen und pflanzlichen Zelle zukommen könne.

War Pasteur so allmählich zu der Ansicht gekommen, dass die Fähigkeit complicirte Zersetzungen auszuüben, jeder Zelle bei Abschluss von Luftsauerstoff zukomme, so wurde in ähnlicher Weise die Physiologie zu der Ansicht gedrängt, dass nicht der durch die Athmung aufgenommene Sauerstoff die primäre Ursache der Zersetzungen im Thierkörper sei, sondern dass den Zellen und Zellcomplexen der Organe an sich diese Fähigkeit zukomme, die Spaltungen einzuleiten. Ist nun wirklich in diesem Sinne die Gährung eine intramoleculäre Athmung, wie wir sie von allen Zellen annehmen, nun dann kann diese allen Zellen gemeinschaftliche Eigenschaft der Anaërobiose nicht die Ursache der Gährungen sein. Es müsste dann erst dargelegt werden, worin sich die Anaërobiose der Fermentorganismen von der Anaërobiose der übrigen Zellen unterschiede, oder man müsste entgegen dem Sprachgebrauche jede complicirte Zersetzung im thierischen Organismus, auch wenn keine Fermentorganismen dabei in Frage kommen, Gährung nennen. Die Aehnlichkeit, welche in dieser Hinsicht zwischen der Oxydation in den Geweben der Thiere und den Gährungen besteht, hat Nencki wohl noch besser als Pasteur gekennzeichnet mit den Worten: „die Oxydation bei der Anaërobiose

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist nie eine vollständige, sie bleibt auf einer niedrigen Stufe, und in diesem Sinne ist Gährung ein unvollkommenes Athmen."

Gerade diese präcisen Formulirungen der Gährwirkungen als Folgen der Anaërobiose tragen aber der Mehrzahl der Thatsachen sehr wenig Rechnung; sie erklären die seltenen Fälle, die Extreme recht schön, aber der Regel werden sie nicht gerecht. Zunächst ist die Anaërobiose in dieser allgemeinen Ausdehnung bei allen Gährungen als vorhanden oder nothwendig nicht nachgewiesen, sondern meist a priori auf Grund der Pasteur'schen Lehre angenommen worden. Dann gehören viele Erscheinungen, die ohne Weiteres im Sinne der Anaerobiose gedeutet wurden, in das Gebiet der Hydrobiose, bei welcher den in den Flüssigkeiten lebenden und wirkenden Fermentorganismen laufend absorbirter Sauerstoff zu Gebote steht, bei denen dieselben gar nicht auf den chemisch gebundenen Sauerstoff der Substrate angewiesen sind. Wir haben so eine ganze Reihe von Thatsachen, und zwar gehört die überwiegende Mehrzahl der spontanen Gährungen hierher, bei welchen die Pasteur'sche Ursache der Gährungen, die Anaerobiose, überhaupt fehlt, im strengen Sinne der Anaërobioselehre Wirkungen ohne Ursache.

Die überwiegende Mehrzahl der Fermentorganismen vermag thatsächlich die specifische Fermentation auch bei Gegenwart von Luftsauerstoff, meist sogar besser, auszuüben. Wäre die Abwesenheit des Luftsauerstoffs die Ursache der Gährung, so müssten die Fermentorganismen bei Anwesenheit freien Sauerstoffs aufhören, Gährwirkungen auszuüben, und wenn sie wirkten, müssten andere Wirkungen sich geltend machen. Aber erst das andere Extrem in Bezug auf den Sauerstoff, das directe anhaltende Durchleiten von Sauerstoff vermag nach Hoppe-Seyler die Gährwirkung zurücktreten zu lassen. Zwischen diesen beiden Extremen in Bezug auf den Sauerstoff liegen aber, bei mehr oder weniger beschränkter Anwesenheit desselben und sonst richtig gewählten Bedingungen, die Gährungsoptima der Fermentorganismen. Diese Erwägungen zwingen, wie mir scheint, zu dem Schlusse, dass die Fähigkeit bei Anaërobiose leben zu können, nicht die Ursache der Gährungen sein kann, und ich finde, dass nur die Anerkennung der Specificität der Fermentorganismen als eine experimentell erweisbare Thatsache aus den widerstreitenden Meinungen heraushilft. Organismen, welche überhaupt eine der complicirten Spaltungen der organischen Materie zu erregen vermögen, die wir als Gährungen bezeichen und nach dem charakteristischen Hauptproducte benennen, sind dazu unter verschiedenen Aussenbedingungen fähig, aber sie stellen in Bezug auf diese Hülfsursachen wie Wärme, Sauerstoff höchst differente Anforderungen zur Erreichung des Maximum ihrer Wirksamkeit. In Bezug auf das Sauerstoffoptimum ist sogar die Möglichkeit zuzulassen, dass dasselbe für einzelne, an dem einen Ende der ganzen Reihe stehende Fermentorganismen mit Anaërobiose sich deckt — ich hoffe nach dem Vorausgegangenen mit dieser contradictio in adjecto nicht missverstanden zu werden —, auf der andern Seite existiren aber auch Gährungen, bei denen die Fermentation ziemlich streng pari passu mit der Anwesenheit des Luftsauerstoffs geht, und dazwischen liegen noch andere Gährungen, auf welche Anwesenheit und Abwesenheit freien Sauerstoffs keinen wesentlichen Einfluss auszuüben scheinen; ich sehe dabei ganz ab von den sog. Oxydationsgährungen.

Wenn ich so nur in der Specificität des Protoplasma der verschiedenen Fermentorganismen den Grund zu den verschiedenartigen Gährungen finde, so liegt hierin kein Herabdrücken der Gährungsphysiologie auf ein wissenschaftlich wenig förderndes Niveau, wie eine sich selbstüberhebende Naturphilosophie mit ihren aprioristischen Constructionen die Achtung vor den Thatsachen gern zu nennen beliebt, sondern nur die Anerkennung der Thatsachen selbst, ohne welche wir in den Naturwissenschaften nicht vorwärts kommen. Mit Anerkennung dieser Ermittelungen machen wir nur vor der Schranke Halt, die unserm naturwissenschaftlichen Erkennen in der Biologie überhaupt gezogen ist, die mit atomistischen und micellaren Theorien nur scheinbar überstiegen werden kann und unserm Wissen und Erkennen ebenso nahe aber auch ebenso fern liegt, wie der Grund der Specificität und Variabilität des Protoplasma überhaupt.

Aber innerhalb dieser Schranken ist unserm Wissen auch nichts verschlossen, und einen dankenswerthen Anfang besitzen wir sowohl in den von Nencki in neue Bahnen geleiteten von Hoppe-Seyler erweiterten chemischen Forschungen als den Ermittelungen über die Biologie der Fermentorganismen.

Wollen wir über diese unserm Wissen gesetzten Schranken hinaus uns zu einer allgemeinen theoretischen Formulirung über die „wahren" Ursachen der Gährungen, zu einer Gährungstheorie erheben, so werden wir in die, von Willis geahnten, von Stahl zuerst klar ausgesprochenen, von Liebig genial erneuten dynamischen Anschauungen hineingezwungen, welche seit Robert Mayer die theoretischen Naturwissenschaften beherrschen. Diese dynamischen Anschauungen können wir bei den gährungstheoretischen Betrachtungen ebensowenig wie bei andern Naturerscheinungen entbehren. Auch Pasteur musste ihnen in seinen allgemeinen Betrachtungen seinen Tribut zollen, und Naegeli's molekularphysiologische Gährungstheorie ist, bei ungenügender Berücksichtigung der specifisch differenten Fermentorganismen, nur ein anderer Ausdruck für dieses alte theoretische Postulat.

IV. Aus dem ärztlichen Verein zu München.

Dr. R. Emmerich: Ueber die Cholera in Neapel und die in Choleraleichen und Cholerakranken gefundenen Pilze.

Vortrag im Aerztlichen Verein zu München gehalten am 3. December.

(Original-Referat.)

I. Epidemiologisches.

Herr Privatdocent Dr. Rudolf Emmerich hat sich bekanntlich am 25. October im Auftrag des k. b. Ministeriums des Innern nach Neapel begeben mit dem Auftrage, den Bacillus Cholerae asiaticae, Koch rein zu züchten und mit nach München zu bringen, damit man daselbst experimentelle Untersuchungen über dessen Wirkung und Biologie anstellen könne.

In Neapel angekommen fand Emmerich, dem sich auch Herr Dr. Escherich angeschlossen hatte, durch die Herren Professoren Bonuomo, Armanni etc. freundliche Aufnahme und Unterstützung, und das Municipium stellte demselben im Choleraspital Magdalena 2 Arbeitszimmer zur Verfügung.

Vom ärztlichen Verein in München um einen Vortrag gebeten, verbreitete sich Herr Dr. Emmerich in der Sitzung vom 3. December zunächst über die epidemiologischen Thatsachen, welche sich aus dem Studium über die beiden letzten Choleraepidemien 1873 und 1884 in Neapel ergeben haben.

England hat nach der Cholera im Jahre 1854 mit der Durchführung der sanitary works begonnen, und als die Cholera im Jahre 1866 wieder nach Europa kam, hat sie die mit neuer Canalisation und Wasserversorgung versehenen Städte Englands nur gelinde heimgesucht und in den Jahren 1872 bis 1875 dieselben trotz vielfacher Einschleppung mit Ortsepidemien ganz verschont.

Umgekehrt war es in Neapel, wo im Jahre 1873 nur 2000 Personen, im Jahre 1884 aber 10000 von der Cholera befallen wurden.

Seit dem Jahre 1873 muss die Imprägnirung des Untergrundes in Neapel in erschreckendem Maasse zugenommen haben, da sich seitdem in Bezug auf die alten mangelhaften Canäle, die Versitzgruben etc. nichts geändert hat, diese Quellen der Bodenverunreinigung also ungehemmt und zunehmend flossen. Wenn uns England den Beweis geliefert hat, wie die durchgreifende Assanirung der Städte vor Cholera schützt, so haben wir an Neapel das umgekehrte Exempel. Neapel zeigt uns, dass zwischen 1873 und 1884 mit der wachsenden Verunreinigung des Untergrundes auch die In- und Extensität der Cholera zugenommen hat. Dabei ist es nicht der oberflächliche, dem Auge zugängliche Schmutz, welcher der Cholera Vorschub leistet, sondern die durch das Versickern des Abwassers, des Harns und der Excremente bedingte Ansammlung anorganischer und organischer Pilznahrung im Boden. Professor Dr. Spatuzzi hat dies an einzelnen Häusern und Häusercomplexen gezeigt. Das schmutzigste Haus blieb oft verschont, während ein nebenanliegendes, scheinbar reinlich gehaltenes Haus von der Cholera heimgesucht wurde, weil dessen Untergrund durch Versitzgruben imprägnirt war. Ueberhaupt wüthete die Cholera überall da, wo Mulden und dergleichen die Ansammlung der versickernden Abwasser von verschiedenster Herkunft begünstigten, so z. B. in den 12 parallel liegenden, tiefen, Mulden bildenden Strassen zwischen dem Corso Garibaldi und der Strada del Lavinaro, so auch in der Gegend von Ponte della Maddalena, l'Arenaccia und zwischen den schmutzigen Bächen Sebeto und Fiume Reale; in diesen sumpfigen, von den Abwässern der Gerbereien, des Schlachthauses, der Saiten- und Lichterfabriken u. a. imprägnirten Terrain, in diesen von Düngergruben umgebenen Häusern fing die Epidemie an und erreichte einen erschreckend hohen Grad der Heftigkeit und Ausdehnung und eine lange Dauer.

Dass der Schmutz auf der Oberfläche keine so grosse ätiologische Bedeutung hat, das beweisen u. a. auch die verschont gebliebenen schrecklich schmutzigen, engen, dunklen, von armen, hungernden Menschen bewohnten Gassen und Winkel an der Strada Santa Lucia am Fusse des Pizzofalcone, eines hohen, steilen Tuffelsens, welcher in jeder Epidemie einen für die Cholera unübersteigbaren Damm gebildet hat. Dieser Felsen theilt die Stadt in den epidemischen östlichen

Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Theil und in die für Cholera immune westliche Stadthälfte. Die Leute dieser beiden Stadttheile haben einen ebenso innigen gegenseitigen Verkehr, wie die im epidemischen Bezirk unter sich.

Von directer Uebertragung der Cholera kann hier also keine Rede sein. Deshalb haben auch die mit grösster Strenge und bei jeder Epidemie in Neapel durchgeführten Absperr- und Isolirungsmaassregeln nichts geholfen.

Im Jahre 1873 wurde gleich der erste Fall als Cholera asiatica erkannt und sanitätspolizeilich behandelt, die Section bestätigte die Diagnose. Das betreffende Haus wurde ab- und Jeder eingesperrt, der mit dem Kranken in Berührung gekommen war. Trotzdem kamen bald weitere Fälle vor, aber weit entfernt von jenem ersten in ganz anderen Stadttheilen, weil eben wahrscheinlich der Cholerakeim schon vor Wochen oder Monaten durch den Verkehr über das Gebiet der ganzen Stadt ausgestreut war.

Diese längst feststehende Thatsache von der Nutzlosigkeit der Isolirungsmaassregeln ist deshalb erwähnenswerth, weil man neuerdings auch in Deutschland in maassgebenden contagionistischen Kreisen die Hoffnung hegt, auf Grund einer raschen Diagnose durch Isolirung des ersten Falles die Epidemie zu verhüten. Dass selbst die auf Einwanderung aus angesteckten Gebieten gesetzte Todesstrafe verbunden mit einem ebenso strengen Hausabsperrungssystem nichts nützt, hat sich schon gelegentlich der Pest 1380—99 für Piacenza, Reggio und Venedig ergeben.

Das Choleraspital Magdalena liegt mitten im epidemischen Gebiet, und es wäre nach localistischen Grundsätzen leicht erklärlich gewesen, wenn dort eine Hausepidemie ausgebrochen wäre — aber es sieht aus, als ob die Cholera den Contagionisten recht deutlich hätte zeigen wollen, dass sie nicht contagiös ist. Obgleich nämlich mehr als 1200 Cholerakranke in diesem Hospital behandelt wurden, obgleich es ringsum von den Flammen des Todes umzingelt war, blieb es doch von Cholera verschont. Von den Aerzten und deren Assistenten, dann von der grossen Zahl der Wärter und Wärterinnen erkrankte nur eine einzige Wärterin, welche viele Kranke in ihren Wohnungen besucht und abgeholt hatte.

Es giebt jetzt hunderte solcher Beispiele (cfr. die Cholera von Pettenkofer, Breslau 1884 bei S. Schottlaender. pag. 55.)

Wann endlich werden diejenigen die Augen öffnen, die jetzt auf demselben contagionistischen Standpunkt stehen, den v. Pettenkofer vor 30 Jahren, wie Griesinger anführt, als einer der ersten aufstellte und vertrat, den er aber auch später wieder verlassen musste, nachdem er die Choleraverbreitung im Grossen studirt, Cholerastädte und Cholerahäuser durchwandert und untersucht hatte.

Die Nicht-Uebertragbarkeit der Cholera von Kranken auf Gesunde steht so fest, dass man eigentlich gar nicht mehr davon sprechen und dafür kämpfen sollte.

„Ich hatte mir vorgenommen, auch nie wieder gegen die Trinkwassertheorie aufzutreten, weil ich sie für widerlegt erachte, aber wenn Jemand die Choleraverbreitung in Neapel oberflächlich verfolgt, so könnte er leicht auf den Glauben kommen, das Trinkwasser sei die Ursache der Begrenzung der Epidemie gewesen, denn der epidemisch ergriffene District besitzt Cisternen und Localbrunnen, die höher gelegenen Stadttheile aber theils das gute Quellwasser von Bolla, theils das durch vulkanische Asche filtrirte Wasser des Flusses Carmignano. Sieht man aber genauer zu, so findet man, dass in dem epidemischen Bezirk auch viele Gebäude liegen, welche mit dem guten Wasser von Bolla oder mit dem des Carmignano versorgt sind. Diese Gebäude nun blieben nicht verschont, im Gegentheil, die meisten hatten sehr schwere Hausepidemien wie z. B. das Kinderhospital Annunciata. Andererseits waren in dem ausschliesslich mit Bollawasser versorgten District viele Häuser, ja ganze Strassen epidemisch ergriffen, aber nur die tief gelegenen. Aehnlich wird's auch anderwärts sein, z. B. in Genua."

Also auch an der Cholera in Neapel ist das Trinkwasser unschuldig, „aber falsche und widerlegte Theorien trotzen, wie ein deutscher Philosoph sagt, ein Mal in Credit gekommen, der Wahrheit halbe, ja ganze Jahrhunderte lang, wie ein steinerner Molo den Meereswogen."

II.[1]) Die Pilze der Cholera.

„Bei der grossen Verschiedenheit der über die Cholera-Aetiologie aufgestellten Ansichten, welche sich gerade jetzt in schroffester Weise gegenüber stehen, machte ich es mir zum Prinzip, das in Neapel erreichbare Material objectiv und ohne Voreingenommenheit zu bearbeiten, wobei ich von vornherein ein Hauptgewicht auf die Untersuchung des Blutes und der inneren Organe legte.

Ich hielt eine eingehende Untersuchung der inneren Organe und des Blutes deshalb für nothwendig, weil nach dem übereinstimmenden Urtheil aller Autoren und aller derjenigen, welche Choleraleichen secirt haben, nicht nur der Darm, sondern auch die Leber, die Nieren, Lungen, Mesenterialdrüsen etc. Veränderungen erkennen lassen.

Gestützt auf die Analogie bei anderen Infectionskrankheiten ist man veranlasst hieraus zu schliessen, dass sich die Cholerapilze auch in diesen veränderten Organen finden müssen, und dass diese Veränderungen durch ihre Gegenwart bewirkt sind.

Es zeigen nämlich alle Infectionskrankheiten in dieser Richtung insofern ein gleiches Verhalten, als in allen Organen und Geweben, in welchen pathologische Veränderungen auftreten, stets auch die specifischen Pilze sich vorfinden. So ist es bei der Tuberculose, beim Milzbrand, bei der Diphtherie und bei anderen Krankheiten. Es ist eine durch Thatsachen kaum genügend zu stützende Hypothese, wenn man annimmt, ein pathogener Pilz könne, in irgend einem Organ des Körpers (z. B. im Darm) sich entwickelnd, ein Gift produciren, durch dessen Wirkung die pathologischen Veränderungen in den übrigen Organen und überhaupt die Krankheitserscheinungen und der Tod bedingt seien.

Anfangs hatte ich die Absicht, die Untersuchung des Blutes und der Organe mit Hülfe von Plattenculturen (Uebertragung von Blut oder Organsaft auf Gelatine und Ausgiessen auf Platten) zu bewerkstelligen.

Hierzu reichten aber weder die Zeit, noch die mitgebrachten Apparate, Glocken, Platten etc., welche zum Theil behufs Reinzüchtung der Kommabacillen in Gebrauch standen, zum Theil zum Zwecke der Studien über das Vorkommen derselben in den verschiedenen Stadien der Krankheit etc. reservirt werden mussten. Ich beschränkte mich daher, unter der thatsächlich richtigen Annahme, dass die specifischen Pilze in den inneren Organen, wenn überhaupt, so in den meisten Fällen als Reincultur vorhanden sein müssen, auf die Uebertragung von Blut, Organsaft und Organstückchen in sterilisirte Nährgelatine, Blutserum, Agar-Agar und einige andere eigenartig zusammengesetzte feste Nährsubstrate, welche sich sämmtlich unter Watteverschluss im Reagensglas befanden.

Die auf diese Weise erhaltenen Culturen wurden dann in München durch Ausführung von Plattenzüchtungen untersucht.

Wenn man in dieser Weise vorgeht, ist es von principieller Wichtigkeit, aus jedem Organ nicht blos eine oder einige wenige Impfungen auf Nährgelatine, Blutserum etc. zu machen, sondern viele, 5 bis 10 und noch mehr. Dadurch schliesst man von vornherein Zufälligkeiten aus, und wenn in allen 10 Gelatineproben die gleichen Pilze wachsen, kann man mit Sicherheit sagen, dass diese Pilze in grösserer Zahl und in allen Partien des Organs vorhanden waren.

Impft man, wie es häufig geschieht, blos ein oder zwei Proben, so ist man Zufälligkeiten ausgesetzt, oder der Gefahr, ein unsicheres Resultat oder unter Umständen ein unrichtiges, negatives Resultat zu erhalten, obgleich sich die pathogenen Pilze in den Organen finden.

Die Richtigkeit dieser Ansicht wird sofort einleuchten, wenn man sich daran erinnert, dass die specifischen Krankheitspilze in den inneren Organen der menschlichen Leichen in vielen Fällen nicht etwa gleichmässig vertheilt, sondern in kleinen Herden oder diffus auf weitem Raum zerstreut sich vorfinden.

So erklärt Eberth, dass die Zerstreuung der Typhusbacillen über grössere Gewebsbezirke deren Nachweis erschwert. Im Blutstrom vermögen die specifischen Pilze vielleicht nur kurze Zeit zu existiren, sie gehen darin zu Grunde und finden sich daher meist nur in geringer, ausnahmsweise in grösserer Zahl, so dass die Uebertragung einer einzigen Platin-Oese voll Blut auf die Nährgelatine in vielen Fällen nicht genügt, sie nachzuweisen.

Unter Berücksichtigung dieser Thatsachen untersuchte ich in der soeben erwähnten Weise 9 frische Choleraleichen und das Blut einer cholerakranken jungen Frau, welche im asphyctischen Stadium befindlich 6 Stunden später starb.

Der Krankheitsverlauf war in sämmtlichen 10 Fällen ein acuter und charakteristischer. Der Tod war zwischen dem 2. und 4. Krankheitstage erfolgt.

Herr Professor Armanni, ein namhafter Pathologe, ein Schüler Virchow's, constatirte in allen 10 Fällen durch die 3 bis spätestens 14 Stunden nach dem Tode vorgenommene Section die Erscheinungen der echten asiatischen Cholera. Die Sectionsberichte werde ich als Beweisstücke später mit den gesammten Versuchsergebnissen publiciren.

In diesen 9 Leichen, d. h. aus den inneren Organen und dem Blute habe ich ein und dieselbe Art von Pilzen durch die Cultur auf Fleischwasserpeptongelatine und Agar-Agar erhalten.

Am zahlreichsten und regelmässigsten fanden sie sich in den Nieren und in der Leber, dann auch in der Lunge, am seltensten aber

[1]) Dieser zweite Theil des Vortrages ist auf Wunsch des Herrn Dr. Emmerich nach einem Stenogramm wörtlich seitens des Referenten wiedergegeben worden.

Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

in der Milz. Dieser Befund ist deshalb beachtenswerth, weil die Milz im Gegensatz zu ihrem Verhalten bei anderen Infectionskrankheiten in den Choleraleichen am wenigsten resp. gar keine pathologischen Erscheinungen zeigt, während in den Nieren, der Leber und Lunge, mehr oder weniger häufig Veränderungen constatirt werden.

Auf der Mehrzahl der Gelatineproben, welche ich mit Blut oder Organsaft von Choleraleichen impfte, erhielt ich gleich in erster Generation eine Reincultur der specifischen Pilze. Bei Prüfung dieser ersten Cultur mittelst des Plattenverfahrens auf ihre Reinheit waren nämlich in den meisten Fällen nur die specifischen Colonien gewachsen.

Jeder der 10 Cholerafälle wurde in dieser Weise unter Beachtung aller Vorsichtsmaassregeln untersucht, bei jedem wurde ein und dieselbe Art von Pilzen gefunden, und ich habe mich bis jetzt mit Hülfe von Plattenculturen überzeugt, dass mindestens in 8 Fällen die specifischen Bakterien als Reincultur in den inneren Organen vorhanden waren.

Ausser durch die Cultur wurden die specifischen Cholerapilze auch im Organschnitt nachgewiesen, bis jetzt allerdings nur im Darm und in den Nieren. Die übrigen Organe sind noch nicht untersucht.

Von grosser Bedeutung ist die Thatsache, dass es gelungen ist, die specifischen Pilze im Venenblut, welches einer im asphyctischen Stadium befindlichen Cholerakranken 6 Stunden vor dem Tode entnommen wurde, nachzuweisen.

Nachdem die Haut mit Wasser, absolutem Alkohol und 1proc. Sublimatlösung gewaschen war, wurde ein Einschnitt in die Vena mediana zunächst an der Ellenbogenbeuge des rechten Armes und dann auch am linken Arm ausgeführt. Das Blut floss in dicken Tropfen langsam aus.

Nachdem das austretende Blut mit sterilisirter und noch dazu mit 1proc. Sublimatlösung befeuchteter Watte weggewischt war, wurde ein geglühter, mit einer kleinen Oese versehener Platindraht 1 cm tief in die Vene eingeführt und das am Draht hängen bleibende Blut durch 3 Impfstiche auf sterilisirte Fleischwasserpeptongelatine (im Reagensglas unter Watteverschluss befindlich) übertragen.

Auf diese Weise wurden 10 Gelatineproben geimpft, und nur in dreien wurden Culturen und zwar, wie die Ausführung von Plattenculturen später zeigte, Reinculturen der specifischen Pilze erhalten. Die übrigen 7 durch 21 Einstiche geimpften Gelatineproben blieben vollkommen steril.

Man sieht an diesem Beispiel recht deutlich, wie leicht man ein negatives Resultat hätte erhalten können, wenn man nur 1, 2 oder 3 Gelatineproben mit dem Blute geimpft hätte.

Ich muss noch erwähnen, dass die von mir in den Choleraleichen gefundenen specifischen Pilze auch in grosser Zahl im Darminhalt und im Stuhl zu finden sind.

Sie wuchsen auf allen Platten, welche mit Stuhl oder Darminhalt ausgeführt wurden, in grosser Zahl, in einzelnen Fällen occupirten sie fast allein die ganze Fläche der Platte, in anderen selteneren Fällen waren die Kommabacillen vorherrschend, aber die ersterwähnten Pilze waren immer vorhanden und meistens in überwiegender Zahl.

Die Kommabacillen waren in 2 Fällen überhaupt nicht zu finden, obgleich Platten mit dem Inhalt aus mehreren Partien des Dünndarms ausgeführt wurden. In allen übrigen Fällen wurden sie sowohl aus dem Stuhl, als aus dem Darminhalt der Leiche erhalten.

Die von mir im Blute und in den Organen von Choleraleichen gefundenen Pilze haben die Form von kurzen cylindrischen Zellen mit abgerundeten Enden, sie sind entweder einzeln oder binär, seltener zu mehreren verbunden. Die Länge des Stäbchens beträgt durchschnittlich das Anderthalbfache des Querdurchmessers. Sie sind auf Grund dieser Eigenschaften unter Zugrundelegung der Cohn'schen Systematik als Bakterien zu bezeichnen, oder wenn man diese Bezeichnung im Interesse der Lehre von der Constanz der Arten aufgiebt, als kurze Bacillen. Der Form und Grösse nach haben sie mit den Diphtheriebakterien grosse Aehnlichkeit, von denen sie sich aber durch das Aussehen der Colonien bei 100facher Vergrösserung, durch ihre Wirkung auf Thiere etc. leicht unterscheiden lassen. Sie wachsen auf schwach alkalischer Nährgelatine bei gewöhnlicher Temperatur in Form von milchglasfarbigen, festen Rasen. Sie zeigen ausgesprochenes Oberflächenwachsthum und verflüssigen niemals die Gelatine. Bei 100facher Vergrösserung haben die auf der Gelatineplatte gewachsenen Colonien folgendes Aussehen: Die in der Tiefe der Gelatine gewachsenen Colonien haben wetzsteinförmige Gestalt, die oberflächlichen gleichen einer flachen kreisrunden Muschelschale, die tiefen Colonien sind gelbbraun bei durchfallendem, weiss bei auffallendem Licht und haben ein fein gekörntes oder fein punktirtes Aussehen. Die oberflächlichen schwachgelb in der Mitte, mehr weisslich gegen den Rand zu, zeigen Neigung sich flächenhaft auszubreiten und bilden einen dünnen transparenten Belag.

Die vollständige Charakteristik der Pilze, ihre Wachsthumseigenthümlichkeiten, ihr Verhalten in hohen und niederen Temperaturen, beim Eintrocknen, im Wasser, in dem Boden etc. soll thunlichst bald festgestellt und ein diesbezüglicher Bericht in dem Archiv für Hygiene veröffentlicht werden.

Nach meiner Rückkehr von Neapel habe ich eine grössere Zahl von Infectionsversuchen, hauptsächlich an Meerschweinchen gemeinschaftlich mit Herrn Dr. von Sehlen ausgeführt, welche positive Resultate ergeben haben.

Merkwürdig ist die Thatsache, dass bei Einführung der neu gefundenen Cholerabakterien in den thierischen Organismus auf jedem Invasionswege und bei jedem Versuche, sei es, dass man sie in den Darm, in die Lunge oder unter die Haut injicirt, als Haupterscheinung constant und in der auffallendsten Weise die Erkrankung des Dünndarmes in den Vordergrund tritt.

Dabei erhält man, je nach der Menge der eingeführten Pilze, alle Arten der bei Cholera beobachteten Schleimhautveränderung vom einfachem desquamativen Katarrh, der Exsudation in die Schleimhaut mit Schwellung der Peyer'schen Plaques, bis zur blutigen Suffusion und tiefgehenden Geschwürsbildung. Dem jeweiligen pathologischen Bilde entsprechend ist der Inhalt des Darms bald grauweiss, dünnflüssig, flockig d. h. reiswasserähnlich bei einfacher starker Gefässinjection mit Schwellung der Mucosa und Desquamation des Epithels; oder die Darmcontenta sind dickschleimig, mehlsuppenähnlich oder blutig bei blutiger Imbibirung oder massenhafter Ecchymosirung und Geschwürsbildung.

Diese graduellen Verschiedenheiten der pathologischen Veränderung des Darmes sind wie gesagt hauptsächlich von der Menge der eingeführten Pilze und der hierin bedingten Dauer der Krankheit abhängig, und zwar in der Weise, dass bei sehr geringer Menge der subcutan oder in die Lunge injicirten Pilze (etwa 2 Tropfen einer aus einer stecknadelkopfgrossen Pilzcultur und 10 ccm sterilisirtem Wasser bereiteten Pilzaufschwemmung) ein protrahirter 5—6 Tage dauernder Krankheitsverlauf mit sehr tiefgehenden Veränderungen der Darmschleimhaut (Geschwürsbildung mit Perforation etc.) sich ausbildet, während die Injection grösserer Pilzmengen (Hälfte einer etwa 5 mm im Durchmesser haltenden oberflächlichen Gelatinecolonie in sterilis. Wasser suspendirt) von einem raschen nur 16—30 Stunden dauernden Krankheitsverlauf und den verschiedenen Graden der weniger weitgehenden Darmschleimhautveränderungen gefolgt ist.

Im Cöcum und im Dickdarm, welche gewöhnlich mit breiigem, nicht geformtem Koth gefüllt sind, findet man mitunter starke Ecchymosirung.

Das Peritoneum ist mehr weniger stark injicirt. Die Mesenterialdrüsen sind meist (nicht immer) bis zur Bohnengrösse geschwollen, injicirt, von gelblichem Aussehen.

Von ganz besonderer Wichtigkeit in Bezug auf die Deutung der durch die Pilze bei Thieren verursachten Erkrankung ist das vollkommen normale Aussehen der Milz, welche wie bei der Cholera des Menschen in jedem Stadium der experimentell erzeugten Erkrankung klein, dünn, blutleer, schlaff erscheint.

In der Leber und Niere finden sich bei den Versuchsthieren entweder keine auffallenden Veränderungen oder nur Anomalien der Blutfüllung, in einem 5—6 Tage dauernden Falle war die Nierenrinde blass und gelblich gestrichelt d. h. verfettet.

Die Lungen lufthaltig, etwas dunkelroth, zeigen an der Injectionsstelle, wenn die Menge der injicirten Pilze nur geringer war, keine wesentliche Veränderung, ausser etwas Atelectase in der nächsten Umgebung der Injectionsstelle und circumscripter Verlöthung mit der Pleura costalis. Das Herz ist gewöhnlich mit dunklen Blutgerinnseln gefüllt.

Im Uebrigen finden sich keine pathologisch-anatomischen Veränderungen. Auf gewisse, bisher vielleicht nicht richtig gedeutete Erscheinungen im Choleradarm, wirft die Beobachtung einiges Licht, dass nach Injection der Cholerabakterien unter die Haut oder in die Lungen die 10 oder 15 normal im Meerschweindarm vorkommenden Pilze verschwinden, während in den pathologischen Darmsecreten kommaförmige Bacillen und Spirillen auftauchen, schliesslich aber nur einige wenige Arten übrig bleiben.

Weitere Untersuchungen hierüber sind im Gange und obgleich noch nicht abgeschlossen, immerhin schon jetzt geeignet manche Zweifel zu zerstreuen.

Es wurden also durch die Einführung der bei Cholera neugefundenen Pilze in den Organismus bei Meerschweinchen Erscheinungen erzeugt, welche denen der menschlichen Cholera gleichen.

Es ist daher im Hinblick auf das constante Vorkommen der Pilze in den inneren Organen der von mir beobachteten Cholerafälle mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass eben diese Pilze zur Cholera asiatica in wesentlicher ätiologischer Beziehung stehen.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

V. Beobachtungen über den Befund des Auswurfs bei syphilitischer Lungenerkrankung.

Von

Dr. Koeniger-Lippspringe.

Die kurze Notiz in No. 49 der Deutschen Med. Woch. über den Fund eigenartiger Bacillen in zwei syphilitischen Initialsklerosen und einem Gummiknoten durch Dr. Lustgarten veranlasst mich zu folgender Mittheilung. Ich habe während der letzten hiesigen Sommersaison bei dem grossen hiesigen Material an Lungenerkrankungen viele hunderte Untersuchungen auf Koch'sche Bacillen ausgeführt und dabei in einer kleinen Anzahl von Fällen, wie andere Untersucher, ein negatives Resultat erhalten. In sechs Fällen unter diesen letzteren ergab sich aber ein übereinstimmender eigenartiger Befund. Die betreffenden Sputa erschienen makroskopisch rein eitrig, dick und gelb. Bei der wie gewöhnlich von mir mit Fuchsin und Methylenblau in der von B. Fränkel angegebenen Weise vorgenommenen Färbung der Präparate und deren Betrachtung (Oel.-Imm. $^1/_{12}$) zeigten sich einzelne Theile besonders tief indigoblau gefärbt, und in diesen tiefer tingirten Partien mehr oder weniger reichlich sehr kleine Fetttröpfchen. Rothgefärbte (Koch'sche) Bacillen fehlten stets völlig, dagegen fanden sich herdweise zusammenliegend oder einzelne spontane, lange, sehr dünne, gerade oder auch etwas gebogene, weder roth noch blau sondern röthlichgelb gefärbte Bacillen. Dieselben hatten durchschnittlich die anderthalbfache bis doppelte Länge der Koch-schen Stäbchen und $^1/_2$ bis $^3/_4$ von dem Durchmesser der letzteren. Eine Verwechslung mit Krystallnadeln oder andern Gebilden erschien ausgeschlossen.

Ich erhielt denselben Befund bei fast jedem Präparat, welches ich zu verschiedenen Zeiten von dem Auswurf der betreffenden Kranken anfertigte und kann hinzufügen, dass ich bei tuberculösen Kranken (mit Koch'schen Bacillen) nie etwas Aehnliches fand. Von den sechs Kranken nun waren zwei mit späten Syphilissymptomen behaftet, und es erschien von vornherein wahrscheinlich, dass die bereits seit Jahren andauernde Lungenerkrankung, welche auch im Uebrigen die bei Lungensyphilis gewöhnlichen Zeichen bot, und welche die Kranken nur wenig angegriffen oder heruntergebracht hatte, als Symptom der Syphilis aufzufassen sei. Bei zwei andern Kranken gelang es mir, gestützt auf den mikroskopischen Befund des Sputums nicht allein eine vor Jahren bestandene syphilitische Infection, sondern auch anderweite spät-secundäre und tertiäre Symptome nachzuweisen.

Bei dem fünften Fall, einer Dame, war diese Nachforschung nicht ausführbar, wohl aber erfuhr ich von derselben, die sich bei doppelseitiger Erkrankung der oberen Lappen und reichlichem eitrigem Auswurf seit lange eines besonders blühenden Aussehens erfreute, dass sie seit einigen Jahren mehrfach ohne nachweisbaren Grund abortirte, während sie früher eine Anzahl gesunder Kinder ohne dazwischen liegende oder vorhergegangene Aborte zur Welt gebracht hatte.

Bei dem sechsten Fall endlich gelang es mir nicht, zu irgend einem Resultat in Bezug auf etwa erfolgte luetische Infection zu kommen.

Ich hatte gehofft, meine Beobachtungen vermehren zu können, um daraus wenn thunlich Schlüsse zu ziehen, und würde sie als Feind unfertiger vorläufiger Mittheilungen nicht veröffentlicht haben, wenn mich nicht die eingangs erwähnten Beobachtungen Lustgarten's dazu veranlassten.

VI. Aus dem poliklinischen Institut von Prof. Zuelzer zu Berlin.

Ueber die Verwendung des Cocains zur Anästhesirung der Urethra.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. A. Blumenfeld.

Im Augenblicke damit beschäftigt die Einwirkungen des Cocains auf die männliche und weibliche Urethra zu untersuchen, erlaube ich mir folgende Resultate unserer Beobachtung, welche unmittelbares practisches Interesse darbieten, vorläufig mitzutheilen.

Es lag nahe, die locale Einwirkung des Cocains, die von Schrötter und Anderen schon zur Anästhesirung der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut mit Vortheil benutzt worden ist, auch für die Urethraschleimhaut in Anwendung zu ziehen. — In erster Reihe geschah dies in Fällen, bei denen der Katheterismus auf Schwierigkeiten stiess, weil die Patienten besondere Empfindlichkeit darboten. In solchen Fällen wurde bei uns bisher Extractum Belladonnae in Salbenform angewandt.

Die Application des Cocains geschah in der Weise, dass 2 bis 3 ccm einer 2 procentigen Cocainlösung mittelst einer kleinen Spritze sorgfältig in die Urethra gebracht wurde. Letztere wurde dann 3—4 Minuten hindurch mit dem Finger verschlossen gehalten. Nach dieser Zeit flossen nur wenige Tropfen der injicirten Flüssigkeit heraus. Der Erfolg war in allen Fällen eine Herabsetzung der Empfindlichkeit, oft aber eine vollständige Anästhesirung der Urethra bis weit in den hinteren Abschnitt der Pars prostatica. Die Einführung des Katheters gelang, ohne einer Empfindlichkeit der Urethra zu begegnen. Eine solche machte sich in den weniger vollkommen anästhesirten Fällen erst dann bemerklich, wenn der Schnabel des Katheters den hinteren Rand der Pars prostatica passirte.

Die Schleimhaut der Urethra, so weit sie dem blossen Auge zugänglich ist, erschien auffallend blass. Die Anästhesie hält fast eine halbe Stunde an, kann aber bei häufig wiederholter Anwendung etwas grösserer Dosen auch längere Zeit hindurch unterhalten werden.

Die Vortheile einer solchen Anästhesirung der Urethra für endoskopische und operative Zwecke liegen auf der Hand. Obgleich uns noch keine geeigneten Fälle vorgekommen sind, so machen die bisherigen Erfahrungen doch den Eindruck, dass es gelingen kann, in entsprechenden Fällen von Harnverhaltung durch einfache Application des Cocains ohne Katheterismus eine Harnentleerung zu ermöglichen. Für letzteren Zweck wird sich auch die von uns aus anderen Gründen mehrfach in Anwendung gezogene Methode empfehlen, eine 3—4 procentige Cocainsalbe mit Hülfe eines adoptirten Aetzmittelträgers auf die hinteren Theile der Harnröhre direct zu appliciren.

Ueble Erscheinungen in Folge des Medicamentes sind bisher nicht beobachtet worden. — Es ist darauf zu achten, dass bei der Herstellung der Lösung des Cocains kein Alkohol verwandt wird.

VII. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 1. December 1884.

Vorsitzender: Herr Fraentzel, später Herr Leyden.
Schriftführer: Herr Ewald.

Das Protocoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

1. Herr Horstmann: Die Wirkung des Cocainum muriaticum auf das Auge. (Herr Horstmann hat seine Mittheilung bereits in No. 49 dieser Wochenschrift veröffentlicht.)

Herr Zuntz: In Bezug auf die locale Wirkung des Cocain möchte ich mir erlauben, darauf hinzuweisen, dass wir in den von Prof. Howe angestellten Versuchen die Wirkung auf die Iris etwas genauer dadurch präcisirt haben, dass wir die Iris im cocainisirten Auge und im nicht cocainisirten Auge mit abstufbaren elektrischen Strömen gereizt und die Wirkung dieses Reizes auf den Blutdruck beim curarisirten Thier gemessen haben. Hierbei konnten wir constatiren, dass die Erregbarkeit der Iris herabgesetzt ist, während sie nie ganz aufgehoben ist. Dann aber halte ich es nicht für überflüssig, darauf hinzuweisen, was zuerst durch v. Anrep bekannt geworden ist, dass das Cocain ein intensives Gift ist. Die Versuche von Anrep's haben gelehrt, und ich kann das aus eigener Erfahrung bestätigen, dass bei Kaninchen eine Dosis von weniger als 0.1 g die tödtliche ist, und dass ähnliche Dosen auch beim Hunde den Tod herbeiführen. Diese Vergiftungserscheinungen zeigen sich in erster Linie in einer starken Erregung des Athemcentrums und ferner in einer Lähmung desselben. Damit parallel geht eine Erregung des vasomotorischen Centrums. Anrep hat das Cocain sowohl vom Blut aus wie vom Magen aus angewandt, ich habe die directe Einspritzung in das Blut versucht und danach traten nach einer Dosis von 2 Centigramm bei einem grossen Kaninchen intensive Vergiftungserscheinungen, bei Wiederholung derselben Dosis der Tod ein. Vom Magen aus gelten wohl die höheren Zahlen von Anrep. —

Herr W. Lublinski: Gestatten Sie, meine Herren, dass ich bei der allgemeinen Aufmerksamkeit, die das Cocain, so schnell wie selten ein Mittel, in ärztlichen Kreisen erregt hat, mit einigen Worten der Anwendung desselben bei der Nase, dem Rachen und dem Kehlkopf gedenke, zumal sich der Gebrauch desselben bei mancherlei Affectionen der oberen Wege als ein ganz besonders wohlthätiger erwiesen hat.

Wenn auch das Cocain, namentlich bei Affectionen des Kehlkopfes, schon früher in Gebrauch gezogen wurde — ich erinnere nur an den

Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Empfehlung Fauvel's, der bei Erschlaffung der Stimmbänder dasselbe als ein sehr gutes Mittel um die verminderte Spannung derselben wiederherzustellen empfohlen hat — ja wenn auch die Herabsetzung der Sensibilität an Zunge und Mundhöhle beim Kauen von Cocablättern durch Gazeau erwähnt war, so gebührt dennoch Jellinek das Verdienst, zuerst das Cocain bei Affectionen der oberen Wege systematisch angewendet und seiner Bedeutung als Anaestheticum und Analgeticum das Wort geredet zu haben.

Ich will hier nicht weiter auf die übrigen pharmakologischen Eigenschaften des Cocains eingehen, auch über seine sonstige Anwendbarkeit in der Therapie nichts Näheres verlauten lassen, sondern mich nur auf seine Eigenschaft als Anaestheticum und Analgeticum der erwähnten Organe beschränken.

Gewöhnlich habe ich mich, ebenso wie Jelinek und die anderen Wiener Laryngologen einer 20 proc. Lösung des salzsauren Cocains bedient, manchmal dieselbe durch Zusatz von destillirtem Wasser — in dem sich das Merk'sche Präparat sehr leicht löst — auf 10 und 5 Proc. verdünnt, da noch schwächere Lösungen, sie wohl zur Abstumpfung der Reizbarkeit höchst sensibler Personen bei der laryngoskopischen Untersuchung gebraucht werden können, für unsere Zwecke weniger erfolgreich sind. Leider hat dieser Umstand den höchst unangenehmen Nachtheil, dass man das Cocain, wenigstens vorläufig, nicht allgemeiner verwenden kann, weil der Preis desselben, schon früher bedeutend — 1 gr kostete ca. 5 Mk. — jetzt von Tage zu Tage gesteigert, nunmehr fast das Dreifache seines früheren Standes erreicht hat.

Die Anwendung der Cocainlösung erfolgt in der Weise, dass mit einem weichen nicht zu dünnen Pinsel die Schleimhaut tüchtig touchirt wird. Schon nach Verlauf von 2 bis 3 Minuten kann man den ersten Effect bemerken; die Schleimhaut beginnt anästhetisch zu werden, um nach 5 bis 6 Minuten ziemlich gefühllos zu sein. Gleichzeitig beginnt auch der Temperatursinn zu leiden, so dass z. B. bei der Berührung mit der Sonde ein Unterschied zwischen der Stahlspitze und dem Holzstiel nicht bemerkt wird. Auch wird stärkerer Druck oder Kneipen mit der Pincette nicht mehr als Schmerz, sondern nur als Berührung empfunden, während die Reflexerregbarkeit bedeutend herabgesetzt, wenn auch nicht vollkommen aufgehoben erscheint. Dieser Zustand dauert etwa 10 bis 15 höchstens 20 Minuten, um dann nach und nach zu verschwinden und den normalen Verhältnissen Platz zu machen. Selbstverständlich kann man durch neues Touchiren die eben erwähnten Symptome beliebig verlängern.

Unangenehme Nebenwirkungen, wie sie namentlich durch Resorption der nicht geringen Menge Cocain, die bei dieser Procedur verbraucht wird, hervorgerufen werden könnten, habe ich nicht beobachtet. Allerdings schien eine gewisse Allgemeinwirkung insofern nicht auszubleiben, als die Athmung etwas beschleunigt wurde, auch der Puls an Völle zuzunehmen schien, aber ich wage nicht zu entscheiden, ob diese Symptome nicht durch die psychische Erregung der Patienten, wie sie bei einem solchen Vorgehen unausbleiblich ist, bedingt wurde. Dagegen war eine mässige Mydriasis nicht selten zu constatiren und fast in allen Fällen eine Trockenheit der Mund- und Rachenhöhle, was um so beachtenswerther ist, als unmittelbar nach der Einpinselung, durch den sehr bitteren Geschmack des Cocains bedingt, eine so starke Schleim- und Speichelsecretion bei einzelnen Patienten eintrat, dass dieselben fortwährend das Speiglas benutzen mussten.

Nach diesen physiologischen Ergebnissen findet das Cocain seine hauptsächlichste Indication in der Hervorrufung von Anästhesie und Analgesie, erstens behufs Entfernung von Neubildungen aus der Nase und dem Kehlkopf resp. bei Operationen in diesen Organen. Ich habe bei einigen Operationen in der Nase zum Zweck der Entfernung von Polypen — eine Operation, die trotz gegentheiliger Erklärungen nicht immer zu den angenehmsten gehört — folgendes Verfahren angewendet. Ein Bausch entfetteter Watte wurde in eine 10 proc. Cocainlösung getaucht und in das betreffende Nasenloch geschoben; alsdann die Nase von aussen ein wenig geknetet, so dass die von der Watte aufgesaugte Flüssigkeit sich gleichmässig in der betreffenden Nasenhälfte vertheilten konnte. Die Operation ging alsdann ausserordentlich günstig und für den Kranken angenehm von Statten.

Bei Operationen im Kehlkopf war es schon seit den frühesten Zeiten der Laryngoskopie ein allgemeines Verlangen, ein sicher wirkendes Anästheticum zu besitzen. Schon Türk versuchte durch Application der Bernhatzik'schen Lösung — Morphium und Chloroform in Alkohol gelöst — Anästhesie des Kehlkopfes zu erzeugen. Später hat man Bromkali innerlich gereicht, auch Inhalationen mit demselben, mit Tannin und noch anderen Mitteln machen lassen; sogar die Aethernarcose ist angewendet worden, sowie die Aetherzerstäubung aussen auf die Larynxwand und speciell auf die Eintrittsstellen der Nervi laryngei superiores. Aber alle diese Methoden sind ebenso schnell wie sie empfohlen, auch wieder verlassen worden, bis auf das von Schroetter modificirte Türk'sche Verfahren. Jedoch auch diese Methode, so ausgezeichnete Dienste sie leistet, ist, ausserhalb der Klinik, nur im äussersten Nothfall anzuwenden, da die Gefahr der Morphiumintoxication, die durch das Chloroform bedingte Entzündung, die lange Vorbereitung, die Ueberwachung des Kranken während der Nacht durch den Arzt, gerade nicht zur häufigen Anwendung derselben ermuntern. Daher ist die Empfehlung des Cocains durch Jellinek, die von Schroetter und Störk bestätigt wurde, von ausserordentlichem Werth.

Die Application des Cocains hat bei Operationen im Kehlkopf in einer 20procentigen Lösung zu bestehen, wenn man eben das denkbar günstigste Resultat haben will. Mit einem weichen ziemlich dicken Pinsel oder auch vermittelst der Störk'schen Kehlkopfsspritze ist der Larynx zuerst gehörig zu touchiren. Dabei ist zu beachten, dass auch alle Theile desselben ordentlich getroffen werden, so namentlich die Aryknorpel und ihre äussere Umgebung bis in die Sinus pyriformes, die Epiglottis auf ihren beiden Flächen; auch ist womöglich die Stelle unterhalb der Stimmbänder zu treffen, da es mir wenigstens vorgekommen ist, dass bei einer Polypenoperation eine Berührung dieser Stelle mit dem einen Arm des Quetschers sofort eine heftige Reaction hervorrief und mich zwang das Instrument zu entfernen. Alsdann hat man den Pharynx ebenso gründlich und genau zu tractiren, wobei das Uebersehen auch nur der kleinsten Stelle den Erfolg der Operation vereiteln oder doch abschwächen kann. Nach 4 bis 5 Minuten hat man mit der Sonde zu prüfen, ob die Anästhesie schon eingetreten ist, um im verneinenden Fall, was nicht ganz selten zu sein scheint, soweit meine noch wenig zahlreichen Erfahrungen reichen, von neuem zu pinseln. Ich möchte nur noch hervorheben, dass der Larynx zuerst zu pinseln ist, da bei der vorherigen Touchirung des Pharynx die schon erwähnte Schleim- und Speichelsecretion sehr unangenehm werden kann. Der Erfolg, den man durch die Cocain-Anästhesie erreicht, ist ein ausserordentlicher, da es auf diese Weise gelingt, viel schneller, sicherer und angenehmer als sonst zum Ziele zu kommen, weil eben der Kranke, wenn auch die Reflexerregbarkeit nicht ganz aufgehoben zu sein scheint, den Eingriff weit besser erträgt, als es früher ohne Cocain der Fall war. So habe ich bei einem Kranken mit multiplem Papillom des rechten Stimmbandes, der von einem namhaften Laryngologen auswärts ohne Erfolg operirt wurde, schon in der zweiten Sitzung mit Hülfe des Cocains den grössten Theil der Neubildung zerstört, trotzdem der Kranke so ungeberdig war, dass zuerst auch nur die Besichtigung des Kehlkopfes aufs äusserste erschwert war.

Zweitens findet das Cocain seine Anwendung in der Phthisis laryngea und zwar in 5 bis 10 ja selbst 20procentiger Lösung vorzüglich in den Fällen, welche als die prognostisch ungünstigsten bisher einer erfolgreichen Behandlung am schwierigsten zugänglich waren. Ich meine diejenigen Fälle, welche mit starkem entzündlichem Oedem der Epiglottis und der Aryknorpel auftraten — sei es nun, dass dabei Perichondritis besteht oder nicht — sowie die nicht selteneren, in denen auf diesen Theilen oder deren Adnexa kleine allmählich an Umfang und Tiefe zunehmende mit eitrigem Secret bedeckte Ulcerationen sich bilden — Zustände, in denen die Kranken, abgesehen von allem anderen, oft geradezu unerträgliche Schlingbeschwerden ertragen müssen. Wenn wir auch namentlich durch Morphiumeinblasungen eine Linderung dieser Beschwerden bisher wenigstens einigermaassen erreichen konnten, so habe ich doch durch die Anwendung des Cocains örtlich, entweder allein, oder noch besser in Verbindung mit Morphium, eine so erhebliche Besserung in einigen, wenn auch zuvörderst, des hohen Preises halber, nicht gerade zahlreichen Fällen eintreten gesehen, dass ich nur dringend rathen kann, diese Behandlung weiter zu versuchen. Diese Besserung ist nicht allein in Bezug auf die Dysphagie zu constatiren, sondern auch noch insofern, als auch eine Abschwellung der afficirten Theile eintrat, da dieselben nicht mehr durch die verzweifelten Anstrengungen der Kranken zu schlingen, in fortwährendem Reizzustande gehalten, nunmehr der so dringend nothwendigen Ruhe theilhaftig werden konnten. Dass auch der Husten in diesen, sowie auch den anderen Fällen von Phthisis laryngea, Laryngitis acuta etc. durch das Cocain entweder vollkommen auf viele Stunden beseitigt oder doch wenigstens bedeutend vermindert wird, möchte ich noch nebenbei erwähnen.

Ferner ist das Cocain ein gutes Anaestheticum und Analgeticum bei der acuten Angina, sowie bei der Tonsillitis, da durch Bepinselung der Fauces und der Tonsillen die Schluckbeschwerden bedeutend vermindert werden konnten. Ob es auf den Entzündungsprocess selbst einen Einfluss ausübt, wage ich bei der geringen mir bisher zu Gebote stehenden Erfahrung nicht zu entscheiden; in einem Fall, wo es sonst zu Abscedirung der Mandel bei ähnlicher Gelegenheit gekommen war, wurde dieser Uebelstand glücklich vermieden; ich knüpfe jedoch an diesen einen Fall keine Schlussfolgerung.

Sie sehen, meine Herren, aus diesen Erfahrungen, so wenig zahlreich dieselben auch vorläufig noch sind, wie wirksam das Cocain sich zu zeigen vermag und ich hoffe, dass nach der voraussichtlichen Preisreduction desselben, seine Anwendung bei der unzweifelhaften Zustimmung der Collegen eine allgemeine sein wird, zumal es eine im Arzneischatz schmerzlich empfundene Lücke so vorzüglich auszufüllen im Stande ist.

Herr Ewald bemerkt in Bezug auf den innern Gebrauch des Cocains, über welches die nächste Zeit ja sicher eine grosse Zahl von Berichten bringen wird, dass er innerlich das Präparat zu 5 und 7 Centigramm ohne schädliche Nebenwirkung gegeben hat. Von der anaesthetischen Wirkung bei Application auf die Rachenschleimhaut könne man sich mit Leichtigkeit überzeugen. Ueber die von ihm intendirte Wirkung bei hochgradiger Erregbarkeit der Magenschleimhaut (hysterisches, tabisches? Erbrechen) könne er noch keine bestimmten Angaben machen.

Herr P. Heymann: Seit der ersten kurzen Mittheilung von Jelinek habe ich in ca. 45—50 Fällen Versuche mit dem Mittel in Nase, Rachen und Kehlkopf angestellt. In der Nase habe ich es in verschieden starken Lösungen mit dem Pinsel aufgetragen und dann die verschiedenen Operationen, so namentlich galvanokaustische Aetzungen und Abtragungen von Knochenleisten an der Nasenscheidewand, fast ohne jeden Schmerz ausgeführt. Zu Nasenpolypenoperationen habe ich das sehr kostspielige Mittel noch nicht angewandt, weil ich in den bei mir vorliegenden Fällen noch kein Bedürfniss fand, diese mit der Schlinge an sich nicht sehr schmerzhafte Operation noch unempfindlicher zu machen.

Ich hatte ferner Gelegenheit, drei Fälle von Kehlkopfpolypen nach Bepinselung mit Cocain zu operiren, und habe dadurch erhebliche Erleichterungen gehabt, indem etwaige Schmerzhaftigkeit gänzlich fortfiel und die Reflexaction fast ganz aufgehoben, zum mindesten sehr vermindert war, so dass ich das Mittel nach jeder Richtung empfehlen kann. Zwei dieser Fälle waren vorher schon längere Zeit in meiner Behandlung und war es mir immer nur gelungen, kleine Theile der massenhaften Papillome zu entfernen. Erst unter Anwendung von Cocain gelang es, sie so gut wie vollständig zu beseitigen. Auch die schmerzstillende Wirkung bei phthisischen Geschwüren habe ich in einzelnen Fällen zu beobachten gehabt.

Einen ganz besonders interessanten Erfolg aber sah ich bei einem Patienten, der an einem geringen Spitzenkatarrh leidet und dabei ab und

Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

zu von einem heftigen Larynxkatarrh mit fortwährendem Schlaf- und Ruheraubendem Husten gequält wird. Ich pinselte ihm die hintere geröthete Partie des Larynx mit 5procentiger Cocainlösung, und mit einem Schlage war der Husten verschwunden. Morphiumglycerin, das ich nach einigen Tagen bei einer Recrudescenz anwendete, hatte nicht dieselbe Wirkung, erst nochmalige Cocainpinselung schaffte Erfolg. Eine zweite Beobachtung derart betrifft mich selbst: auch ich liess mir bei acutem Katarrh den Kehlkopf pinseln und empfand erhebliche aber nicht vollständige Besserung. In zwei ähnlichen Fällen machte ich dieselbe Erfahrung.

Im Rachen habe ich das Cocain mehrere Male bei schmerzhaften Eingriffen angewandt und gleichfalls eine Herabsetzung der Sensibilität bis zum völligen Erlöschen constatirt.

Einer Nebenwirkung möchte ich noch gedenken, weil dieselbe bisher noch nicht erwähnt ist. Fast jedes Mal, mit Ausnahme nur eines Falles, habe ich, wenn ich den Rachen pinselte, unangenehme Schlingbeschwerden beobachtet. Ich hatte das Gefühl, als entstehe ein Berg, über den ich nicht fortschlucken könne. Ausführlicheren Bericht über meine Erfahrungen behalte ich mir für die schon angezeigte Mittheilung in der medicinischen Gesellschaft vor.

Herr Henschel hat in einem Falle seit 10—12 Tagen Cocain subcutan angewandt, eine eigentliche hypnotisirende Wirkung derselben jedoch nicht bemerkt.

Herr Blumenthal spritzte Cocain in einer Dosis von 1 Decigramm ein, und als keine Wirkung erfolgte, das doppelte Quantum. Nach Verlauf von 4—5 Minuten traten sehr gesteigerte Reflexbewegungen auf, ein Zustand der aber nach 10 Minuten vorüberging, ohne Nachwirkungen zu hinterlassen.

2. Herr Aronsohn und Herr Sachs: Ein Wärmecentrum im Grosshirn. (Der Vortrag wird in einer der nächsten Nummern in extenso publicirt werden.)

VIII. Die Verhandlungen über Cholera im ärztlichen Verein zu München.[1])

VI.

Sitzung vom 15. October 1884.

(Schluss aus No. 49.)

Die Cholera auf Schiffen anlangend verweise ich auf meine Darstellung in der Allgem. Zeitung. Es wird der Cholerakeim durch Schiffe verbreitet, aber sicherlich nicht nur dann, wenn die Cholera in Aegypten und Indien ist, der Cholerakeim wird ja immer eingeschleppt. Da die Cholera ja beständig in Indien vorkommt, wird der Cholerakeim auch beständig ausgeschleppt nicht nur dann, wenn die Cholera bei uns wirklich ausbricht. Es handelt sich nur um die örtliche und zeitliche Disposition; ist diese nicht gegeben, so stirbt der Keim ab.

Dass der Cholerakeim lange latent bleiben kann, haben wir bei unserer letzten Epidemie in München gesehen. Die Sommerepidemie beschränkte sich auf die höheren Terrassen; die anderen nahmen keinen Antheil. Man nahm an, dass wir dortmals die Cholera von Wien bekommen hätten, und das kann wohl auch möglich sein. Dann muss man aber auch annehmen, dass der Cholerakeim von der Neuhauserstrasse auch ins Thal oder auf den Gärtnerplatz verschleppt wurde und doch keine Epidemie hervorrief. Erst mehrere Monate später trat eine starke Epidemie (Winterepidemie) in diesen Stadttheilen auf, welche früher verschont geblieben waren, also muss der Keim latent geblieben sein, bis er die örtliche und zeitliche Disposition gefunden hat. Die Cholera schweigt oft Monate lang. Dies rührt nicht von den Kranken her, sondern von der Localität.

Ich glaube, dass wir jetzt alle Ursache haben, mit der contagionistischen Anschauung zu brechen. Wir haben dieser falschen Lehre Milliarden geopfert ohne Nutzen. Die Italiener fangen jetzt an zu bereuen. Ich bilde mir nicht ein, die Contagionisten durch meine Darlegung von der Haltlosigkeit ihrer Anschauung überzeugt zu haben, aber ich erkläre offen, dass ich meinen localistischen Standpunkt umsomehr und mit um so grösserer Ueberzeugung aufrecht halte auch gegen Koch. Mir wäre es am liebsten, wenn man jetzt ein Experiment machen würde, um mit diesem Bacillus von Koch, von Koch selbst gezüchtet, Cholera hervorzubringen. Ich gebe mich mit Vergnügen zum Versuchsobjecte her und bin überzeugt, dass sich gewiss noch eine Anzahl anderer Männer im ärztlichen Vereine finden würden, vielleicht 20 und nach diesen vielleicht 100, die mit eben der Ruhe wie Klein eine Choleracultur hinunter trinken würden, vorausgesetzt, dass im Orte keine Cholera herrscht, dass also keine örtliche und zeitliche Disposition vorhanden ist. Ich trinke eine Reincultur mit der grössten Herzensruhe. Die ganze Frage ist nationalökonomisch von der grössten Bedeutung. Wir führen um unbedeutendere Dinge Kriege, in denen wir Menschenleben opfern. Diejenigen, die Kommabacillen trinken, unternehmen keine grössere Gefahr als solche, welche Cholerakranke behandeln. Aerzte werden nicht im mindesten mehr von der Cholera ergriffen als andere Berufspersonen. Gerade auch Wärter werden auffallender Weise nicht mehr ergriffen; nur wenn das Haus selbst sich als Heerd erweist, d. h. wenn eine Hausepidemie eintritt, da kommen dann die sog. Ansteckungen vor, zuvor nicht und darnach nicht.

Mein sel. Freund Lindwurm rühmte sich 1873, dass er durch strenge Isolirung und Desinfection eine Hausinfection im Krankenhause links der Isar ferngehalten habe. Ich sagte zu ihm: Nur warten! Da trat am 15. Aug. eine Hausepidemie auf, als eben auch in der Lindwurmstrasse die Epidemie losbrach.[1]) Ganz ähnlich verhielt es sich im Krankenhause rechts der Isar an der Ismaningerstrasse. Die Ismaningerstrasse nahm an der Sommerepidemie gar keinen Antheil, so auch die Patienten und das Wartpersonal des dortigen Krankenhauses. Als die Ismaningerstrasse in der Winterepidemie befallen wurde, kamen auch Hausinfectionen von Patienten und barmherzigen Schwestern vor, die ihr Ende erst erreichten, als die Epidemie auch aus der Ismanningerstrasse wieder verschwand.

Im Militärkrankenhause verliefen die Verhältnisse von Anfang bis zu Ende günstiger. Alle Cholera- und choleraverdächtigen Fälle aus den sieben Kasernen wurden sofort ins Militärkrankenhaus resp. in die dort etablirte Cholerabaracke verbracht. Zeitweise war die Cholerabaracke sehr voll und sehr viele Wärter darin beschäftigt; keiner aber erkrankte, obwohl einzelne mit Choleradejectionen hie und da geradezu überschüttet wurden. Genau so günstig verhielt sich jedoch während der Winter- und Sommerepidemie die dem Militärkrankenhause gegenüber befindliche Max II-Kaserne, in welcher zwei Feldartillerie-Regimenter liegen, die so auffallend gegenüber dem schweren Reiterregimente in der Isarkaserne verschont geblieben sind. Früher war das Militärkrankenhaus in der Müllerstrasse, und wurden dort die Cholerakranken während der Epidemie von 1836 und 1854 behandelt. Im Militärkrankenhause in der Müllerstrasse, die sehr nahe bei der Isarkaserne liegt, traten jedesmal Hausepidemien auf, aber auch stets nur zur Zeit, wenn die Müllerstrasse epidemisch ergriffen wurde.

Ich schätze Koch als Bakteriologen sehr hoch. Er hat die Methode der bakteriologischen Untersuchungen bahnbrechend cultivirt; aber die epidemiologischen Schlussfolgerungen, die er zieht, muss ich zurückweisen, diesen kann ich mich nicht im geringsten anschliessen. Ich kann mich von den in anderer Weise gefundenen epidemiologischen Thatsachen unmöglich trennen. Ich würde gegen meine Ueberzeugung handeln und gegen das allgemeine Interesse. Ich glaube, dass jetzt die Zeit kommt, wo mit diesem Contagiumglauben entschieden gebrochen werden muss, um nicht Millionen hinauszuwerfen, ohne das Geringste zu erzielen.

Discussion.

Officielles Protocoll des ärztlichen Intelligenzblattes.

Frobenius betont, dass doch eine grosse Bedeutung darin liege, ob Jemand urtheilt, der persönlich längere Zeit in Indien gelebt habe und warum vor zu allgemeinen Gesichtspunkten. Die Statistik sei ein zweischneidiges Schwert. Von Fall zu Fall müsse man wieder zu urtheilen anfangen. Was die Worte Contagionismus und Localismus betreffe, so stehe er auf dem Virchow'schen Standpunkte, dass diese Worte die zu verfolgenden Gesichtspunkte nur verdunkelten; die Infection mit gar manchen Infectionsstoffen könne bald direct von Individuum zu Individuum, bald indirect auf andere Weise erfolgen. Was das häufigere Vorkommen der Cholera in der heissen und trockenen Zeit betreffe, so habe ja schon Koch darauf hingewiesen, dass bei niedrigem Grundwasserstande das Nährmaterial concentrirter und dadurch das Wachsthum der Bacillen befördert würde. Koch sei ferner durchaus kein ausschliesslicher Wassertheoretiker oder gar einzig und allein Trinkwassertheoretiker; auch dem Verbrauchswasser müsse eine Bedeutung zugeschrieben werden.

Emmerich findet in den Koch'schen Berichten Widersprüche. Abgesehen davon, dass er in seinem ersten Berichte von stäbchenförmigen Pilzen und erst später von kommaähnlichen Bacillen spreche, führe er, obwohl er angiebt, dass die Kommabacillen im Wasser nicht sich entwickeln, dennoch eine Localepidemie auf das Trinkwasser zurück. (Hier liegt wohl ein Missverständniss des Herrn E. vor. Red.). Da Koch angebe, dass die Bacillen auch auf Kartoffeln und feuchter Leinwand sich entwickelten, so sei es ganz unverständlich, dass die Cholera nur immer an den Abhängen und Mulden auftrete.

Darauf weist Frobenius nochmals darauf hin, dass wegen der concentrirteren Nährlösung in den Mulden das zeitweise beobachtete häufigere Auftreten von Cholerafällen in Mulden mit den übrigen Angaben Koch's über seine Cholera-Mikroorganismen und deren Entwicklung sich ganz gut in Einklang bringen lasse.

Auf die Interpellation v. Pettenkofer's an Frobenius, warum er glaube, dass Koch in seinem Berichte aus Aegypten noch nicht vom Kommabacillus gesprochen, replicirt Frobenius, dass er früher eben auch noch nicht von Gelatineculturen gesprochen habe, und dass gerade die

[1]) Siehe auch das Referat über den Vortrag des Herrn R. Emmerich in demselben Verein am 3. December dies. No. S. 813 ff.

[1]) Das Krankenhaus in München l. d. Isar, in dem 1873—1874 die Cholerakranken im Erdgeschoss untergebracht waren, liegt mit der einen Seite an der Lindwurmstrasse.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Cultur das maassgebende sei: den Namen Kommabacillen hätten sie nur nach der Hauptzahl der Formen.

Auf die vorausgegangene Behauptung Frobenius' resp. Koch's, mit dem Sinken des Grundwassers werde die Nährlösung concentrirter, entgegnet Emmerich, dass gerade beim Sinken des Grundwassers dasselbe verdünnter und concentrirter beim Steigen werde.

Mit der Bemerkung v. Pettenkofer's, dass Frobenius' die Immunität nicht erklärt habe, schliesst die Sitzung.

IX. Weiteres zur Choleraforschung.

1) Die Cholera in Yport von M. Gibert. Revue scientifique No. 23.

Am 7. September lief die Louise-Marie, von Neufundland kommend in Cette ein, ohne auf der langen Fahrt einen Krankheitsfall gehabt zu haben. Die Mannschaft schiffte sich aus, trieb sich in den Wirthshäusern herum und acquirirten die Cholera. Zwei Matrosen starben nach einer Krankheit von wenigen Stunden im Hospital der Stadt. Sieben andere wurden von „specifischer Cholerine" befallen, was den Capitän nicht hinderte, die ganze Mannschaft zu entlassen, welche nunmehr Frankreich auf der Eisenbahn durchflog, ohne dass irgend welche Desinfectionsmaassregeln getroffen worden wären. Einer von ihnen erkrankte während der Fahrt und starb zu Tarascon im Hospital. Sein Gepäck blieb im Gepäckwagen und wurde nach Paris, Lyoner Bahnhof, consignirt. Die Reisetasche eines zweiten, der in Cette gestorben war, reiste ebenfalls queer durch ganz Frankreich und wurde erst auf dem Bahnhofe zu Fécamp verbrannt, wo die übrigen Matrosen aus Cette sämmtlich anlangten. Von Fécamp aus zerstreuten sie sich im Département Seine-Inférieure.

Am 28. September kamen in Yport zwei von ihnen, von denen der eine in Cette einen Choleraanfall überstanden hatte, an. Der letztere weichte am Tage nach der Ankunft seine sämmtlichen Effecten in zwei Abtheilungen in einem Waschfass ein (welche Temperatur das Wasser hatte, ist nicht angegeben) und hängte sie zum Trocknen auf Waschleinen vor seinem und benachbarten Häusern auf. Sein Bruder und seine Schwägerin halfen ihm bei dieser Arbeit. Das Waschwasser wurde auf die Strasse, die ein starkes Gefälle besitzt, gegossen. Am 4. October wusch die Schwägerin, Frau Candelier, dieselben Effecten am Brunnen aus. Als sie zurückkam, erkrankte sie unter allen Symptomen der asiatischen Cholera und starb in wenigen Stunden. Nachträglich wurde festgestellt, dass sie schon am Tage vorher an Diarrhoe gelitten hatte. Vom 5.—22. October wurden alsdann 7 Personen von der Seuche ergriffen und starben. Erst am 22. October wurden die Oberbehörden avertirt und Gibert in seiner Eigenschaft als Epidemieen-Arzt nach Yport geschickt. Bei seiner Ankunft fand er zwei fernere Erkrankungen vor.

Die kleine Stadt Yport nimmt eine Klippen-Spalte ein, und ihre 1600 Einwohner wohnen auf einem relativ sehr kleinen Raum in der Nähe der Küste. Die Hauptstrasse erstreckt sich durch die ganze Länge des Thales. Von ihr gehen gewundene Nebenstrassen aus, die wieder von geraden Gässchen durchkreuzt werden. In diesen Gassen und zwar in niedrigen Häusern, wahren Höhlen, wohnen die Fischer und Matrosen. Die Häuser liegen mit ihren Fundamenten tiefer als die Gasse und besitzen zumeist nur einen Raum zum Wohnen mit Kamin und einen zum Schlafen. Der Fussboden ist weder gedielt noch gepflastert und der Schmutz dieser Höhlen spottet jeder Beschreibung.

Die Familie Candelier wohnte in einer solchen Gasse, und alle dem ihrigen benachbarten Häuser wurden eines nach dem andern von der Cholera inficirt. Zuvörderst wurden die Häuser, in denen Todesfälle stattgefunden hatten, mit Schwefeldämpfen desinficirt und, so weit es möglich war, geschlossen. Bei jedem neuen Fall wurden die Dejectionen mit schwefelsaurem Kupfer vermischt und sorgfältig vergraben, die inficirten Effecten verbrannt oder durchlaugt und mit einer Lösung von schwefelsaurem Kupfer behandelt. Diesen Maassregeln schreibt Gibert es zu, dass die Cholera auf die zuerst inficirte Gasse beschränkt blieb. In derselben konnte in jedem frischen Falle der Causalnexus mit einem älteren festgestellt werden und nur in einem einzigen blieb die Art der Ansteckung unerklärt. Ein Fall scheint dem Verfasser besonders lehrreich zu sein. Am 26. November starb in der Familie Lecacheur der Sohn, drei Tage nach seinem Vater. Die Frau, welche sie gepflegt hatte, wohnte in einem Flecken, 5 Kilometer von Yport, nahe bei Fécamp. Sie kehrte, nachdem sie ihre Kleider gewechselt hatte, nach ihrer Wohnung zurück, wo sie 24 Stunden nachher von der Cholera ergriffen wurde. Sie selbst genas, aber ihre 11 jährige Tochter wurde von der Krankheit ergriffen und in wenigen Stunden getödtet. In jenem Flecken bildete sich nach Ansicht des Verf. kein neuer Heerd, weil das inficirte Haus sofort hermetisch gegen die übrigen abgeschlossen wurde.

Der Verfasser zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse:

1. Die Cholera wurde in Yport durch inficirte und nicht hinreichend desinficirte Effecten eingeschleppt, deren Auswaschen eine ebenso schnelle als schlimme Weiterverbreitung der Infection verursachte.

2. Die Seuche verbreitete sich von Haus zu Haus durch Ansteckung, ohne dass auch nur ein Fall dafür gesprochen hätte, dass letztere durch die Luft erfolgt wäre.

3. Die sanitären Maassregeln waren wirksam, obwohl es nicht möglich war, durchweg die Gesunden von den Kranken zu isoliren. Die Vernichtung der Choleradejectionen, die Desinfection und Vernichtung der inficirten Effecten scheint zu genügen, um eine Cholera-Epidemie, die noch keinen grossen Umfang besitzt, zu begrenzen.

4. Die Annahme von Cholera-Ansteckung vermittelst inficirter Luft ist ein Irrthum.

5. Die Frage der Cholera-Ansteckung durch Trinkwasser konnte nicht entschieden werden, da die Yporter niemals Wasser trinken.

2) Ueber Cholera asiatica nach Beobachtungen in Genua von Prof. Klebs (Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte No. 23). Prof. Klebs bringt eine ausführliche Darlegung seiner in Gemeinschaft mit Ceci zu Genua ausgeführten Untersuchungen, deren Schluss noch nicht vorliegt.

Zuerst behandelt Kl. die Beziehungen der Epidemie in Genua zum Trinkwasser.

Die drei Wasserleitungen Genuas sind die Acqua Nicolay, Acqua Galliera und der Civico Acquedotto. Ausserdem bestehen noch zahlreiche Cisternen, die, von Regenwasser gespeist, Trinkwasser für die Bevölkerung namentlich in der Nähe des Hafens liefern. Die Wasserleitungen vertheilen ihr Wasser durch die ganze Stadt, so dass überall Abonnenten der einen oder anderen Gesellschaft vorhanden sind. Doch liefert die Acqua Nicolay die Hälfte der Gesammtmenge, und hat ihr Netz die grösste Ausdehnung, von Busalla im Norden bis Sturla im Osten und Pegli im Westen.

Von 278 Fällen, deren Wasserbezug festgestellt werden konnte, kamen 256, d. i. 92 Proc. auf die Consumenten der Acqua Nicolay. In der ersten Gruppe von 50 Fällen liefern dieselben sogar 96 Proc. der Erkrankten. Der nur einmal erreichte geringste Werth, 78 Proc., wird durch die relativ grosse Anzahl der Personen unbekannter Abkunft verursacht, unter denen sich wohl Consumenten der Acqua Nicolay befunden haben können.

Man kann daher sagen, dass die Wahrscheinlichkeit des Erkrankens an Cholera für die Consumenten der Acqua Nicolay 13 — 18 Mal grösser war, als diejenige der Consumenten irgend eines andern Wassers. Die Sperrung jener Wasserleitung war daher durchaus gerechtfertigt.

Auch negative Thatsachen von höchster Bedeutung stützten die Annahme der Verbreitung der Cholera durch die Acqua Nicolay, so das Freibleiben des Albergo dei Poveri (Armenhaus) mit seinen 1200 Insassen und des Manicomio, in welchen mit Acqua Nicolay versehenen Anstalten am 20. September bereits die Zuleitung dieses Wassers unterbrochen wurde. An dem ersteren Ort traten gar keine Cholerafälle auf, an dem zweiten bildete sich keine Endemie, obwohl ein paar Fälle eingeschleppt wurden. Beide liegen in dem tieferen Theile der Stadt, nicht weit von dem Flusse Bisagno, in einer Gegend, welche im Uebrigen zahlreiche Fälle aufzuweisen hatte und keineswegs zu den salubersten gehört. In einzelnen Strassen endlich, in denen nur eine Seite von der Acqua Nicolay versehen war, traten die Erkrankungen auch nur auf dieser auf.

Die Acqua Nicolay führt die Wässer der Scrivia, eines Nebenflusses des Po von Busalla her, einem Dorf auf der Route Alessandria-Genua, der letztern Stadt zu. Das Wasser dieses Gebirgsbaches versickert in diesem seinem oberen Laufe zum grossen Theil in Schottermassen, welche das ganze Bachbett erfüllen und auf diesen Steinmassen pflegt die ganze Bevölkerung, wie Jeder weiss, der diese Route bei Tage zurückgelegt hat, ihre Wäsche zu trocknen und zu bleichen, wie wir dieses auf den Wiesen thun. Nun waren in Busalla 8—9 Tage vor dem Ausbruch der grossen Epidemie in Genua Cholerafälle aufgetreten, und liegt deshalb die Vermuthung nahe, dass durch die in der Scrivia gewaschenen und im trockenen Bachbett ausgebreitete Wäsche die Cholerakeime in das Wasser des Acquedotto Nicolay hineingelangt seien, das aus denselben Kieslagern gewonnen wird. Somit ist der Schluss gerechtfertigt, dass hier ein Zusammenhang zwischen Wasserverunreinigung und den Erkrankungen besteht.

Kl. bemerkt hierzu, dass er keineswegs auf dem einseitigen Standpunkt einer ausschliesslichen Verbreitung der Cholera durch Trinkwasser stehe, sondern auch die Thatsachen gern anerkenne, die Pettenkofer für die Verbreitung durch Vermittelung des Bodens beigebracht habe. Eines schliesse das andere nicht aus. Aber auch in diesem Fall möge wohl die Zufuhr der Keime zum Munde häufiger durch Trinken von verunreinigtem Grundwasser, als durch Ventilation erfolgen, deren Bedeutung für den Transport von organischen Keimen wohl überschätzt war.

Bezüglich der zweiten, Koch's Cholera-Bacillen betreffenden Frage giebt Klebs wesentlich eine weitere Ausführung seines in der vor. No. veröffentlichten Résumé's, so dass nur einige Nachträge nöthig sind.

So glaubt Kl., dass in der That Spirillen im Darminhalt auftreten könnten, welche eine Verwechselung mit Choleraspirillen möglich machen. Sie würden wohl auch in den frischen Dejectionen vorkommen, wenn sie auch in den zahlreichen, im deutschen Gesundheitsamt angestellten Untersuchungen noch nicht hatten gefunden werden können.

Weder er noch Ceci hatten das Eindringen von Cholerabacillen in das Gewebe des Darmes je beobachtet, noch Leyden, dem Klebs auf seinen Wunsch Darmstücke von 2 Fällen übersandte. Die Beobachtung von Koch sei daher keine allgemein gültige, und müsse man sich fragen, ob nicht in diesem Falle durch die Art der Darstellung der Schnitte ein Irrthum möglich sei.

Die constanteste Veränderung im Darm bei der Cholera sei eine kleinzellige Infiltration, die nur die eigentliche Mucosa betreffe. Die lymphatischen Elemente fänden sich sowohl in den Zotten, wie zwischen den einzelnen Drüsenschläuchen und unterhalb derselben genau bis zu der Brücke'schen Muskelschicht. Diese Vertheilung deute schon darauf hin, dass hier ein von der freien Schleimhautfläche aus wirkender Reiz stattfindet. Könne derselbe nicht in dem Eindringen der Mikroorganismen gesucht werden, so sei die Annahme einer mechanischen Verletzung der Oberfläche die naheliegendste.

Im Gegensatz zu Kühne und Cohnheim glaubt Kl. nachweisen zu können, dass eine Loslösung und Necrose der Epithelien der Darmschleimhaut bereits im Leben stattfindet. Die während des Lebens abgestossenen Epithelien zerfielen bereits im Darm und fehlten daher allerdings gewöhnlich in den Dejectionen. Kl. möchte demnach die entzündliche Infiltration der Schleimhaut als Folge der Epitheldefecte auffassen, die später, bei mangelnder Ueberhäutung zur Necrose, der sog. Diphtherie des Schleimhautstratums führe. Kl. war es nicht möglich, in irgend einem der inneren Organe Cholerabacillen nachzuweisen trotz sorgfältiger Untersuchungen in vielen Fällen. Auch Culturen mit Blut und Milzsubstanz haben keine Entwicklung von Organismen ergeben, so dass Kl. annehmen muss, dass die inneren Organe und das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Blut der Cholerakranken in der Regel vollständig frei von niederen Organismen seien.

3) Der Kommabacillus in Paris.

Herrn Dr. August Pfeiffer zu Wiesbaden, der soeben nach vierzehntägigem Aufenthalt in Paris zurückgekehrt ist, sind wir für die dankenswerthe Mittheilung verpflichtet, dass er während dieser Zeit in den Hospitälern Lariboisière (Director Proust) und St. Antoine (Director Hayem) Gelegenheit hatte, zwölf Fälle von Cholera asiatica genau zu untersuchen, namentlich was das Vorkommen und biologische Verhalten der Kommabacillen betrifft. In allen zwölf Fällen ist es ihm mit Leichtigkeit gelungen, die Kommabacillen nachzuweisen. Ihr Verhalten in hängenden Tropfen in Plattenculturen und Gelatineröhrchen erwies sich als genau dasselbe, wie Herr Pfeiffer es im ersten Cursus für Medicinalbeamte im Reichsgesundheitsamte kennen gelernt hatte.

4) Es liegen noch eine Reihe weiterer Arbeiten vor von Nicati und Rietsch, Marey, Brouardel, Léon Colin, und vor Allem von L. Pfeiffer-Weimar. Wir müssen ihre Besprechung aber wegen Raummangel bis zur nächsten Nummer verschieben.

5) Emmerich's in Neapel angestellte Untersuchungen.

S. 813 finden unsere Leser das ausführliche grossentheils auf Grund des Stenogramms fertiggestellte Referat über einen vor acht Tagen im ärztlichen Vereine zu München gehaltenen Vortrag. Indem wir auf denselben verweisen, möchten wir betonen, dass wir mit dieser Veröffentlichung irgend eine Verantwortlichkeit für den Inhalt desselben natürlich nicht übernehmen. Unsern Lesern sind ja unsere eigenen Ansichten zur Genüge bekannt, aber nicht nur der Unparteilichkeit wegen, sondern auch um deswillen, weil wir es für geboten erachten, unsern Lesern das gesammte zur Cholerafrage gehörige Material möglichst vollständig und authentisch vorzulegen, haben wir nicht nur die entgegengesetzten Ausführungen stets in loyalster Weise berücksichtigt, sondern sie, sobald ihr Charakter ein wissenschaftlicher war, stets so bald als irgend möglich zur Publication gebracht.

X. Journal-Revue.

Geburtshülfe und Gynäkologie.

5.

Ueber Cocain als Mittel zur Anästhesirung der Genitalschleimhaut. Von Dr. Ernst Fraenkel, Docent, Breslau. Centralblatt für Gynäkol. No. 49. 1884.

F. leitet folgende Indicationen für die locale Application des Cocain auf die Genitalschleimhaut ab.

1. Zu anästhetischen Zwecken.

a) Vor intensiverer Aetzung der Vulva- und Vaginalschleimhaut, z. B. bei acuter oder subacuter Vulvitis und Colpitis gonnorrhoica, vor der Aetzung mit Lapis in Substanz oder Bepinselung mit concentrirten Sublimatlösungen.

b) Zur Abtragung kleinerer, oberflächlich sitzender Schleimhautwucherungen der Vulva, z. B. spitzer Condylome oder Carbunceln der Urethra, sowie Aetzung ihrer Basis, sei es bei ersteren mit dem Stift, bei letzteren, was sonst recht schmerzhaft aber zur Verhütung von Recidiven nöthig, mit dem Glüheisen.

c) Bei sehr reizbaren Individuen bei Blutentziehungen oder Cauterisationen der Vaginalportion, vielleicht auch beim Curettement der Uterushöhle.

2. Zur Herabsetzung der Reflexerregbarkeit.

a) Bei temporärem Vaginismus, vor dem Touchiren, resp. vor dem Einführen von Scheidendilatatoren, eventuell den Kranken die Selbstbepinselung unmittelbar vor der Cohabitation anzuempfehlen.

b) Bei Mastdarmkrampf durch Fissura ani Zwecks Operation ohne Narkose, vielleicht auch als Analgeticum zur Bepinselung vor jeder Defäcation.

F. benutzte ausschliesslich 20procentige Lösungen R. Cocain. mur. 1,0, Aq. destill. 3,0, Spirit. vin. rectific. 2 (ohne Säurezusatz und nicht zu filtriren).

Die vorher sorgfältig gereinigte und getrocknete Schleimhaut wird mit der obigen Lösung in Zwischenräumen von 1—3 Minuten je nach der individuellen Erregbarkeit 3—4mal bepinselt. Die Wirkung ist eine augenscheinliche, wenn auch nicht immer gleich stark und anhaltend. S. G.

Arzneimittellehre.

12.

Thallin, ein neues Antipyreticum von Dr. R. v. Jaksch (W. Med. W. No. 48). Der Verfasser betont zuvörderst, dass die Salicylsäure und ihre Salze nicht nur Febrifuga, sondern auch Specifica, während die übrigen neu entdeckten Fiebermittel nur Febrifuga seien. Von letzteren hat Verfasser die Thallinsalze gebraucht und bei Typh. abdomin. in wenigen Stunden einen Temperaturabfall von mehreren Graden Celsius erzielt. Genau dasselbe Resultat ergab die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus: rascher Abfall des Fiebers unter heftiger Schweisssecretion; dem neuerlichen Anstieg desselben ging bisweilen ein Schüttelfrost voran; auf die Gelenkaffectionen, sowie auf den Verlauf der Krankheit überhaupt ist das Mittel ohne wesentlichen Einfluss. Ebenso verhielten sich die Thallinpräparate bei Masern, puerperaler Sepsis, Pneumonie, Gesichtsrose und Tuberculose. Ein Symptom, das Fieber, wurde rasch beseitigt, alle übrigen Symptome blieben bestehen. Hervorzuheben ist noch, dass das Mittel sich besonders zuverlässig erwies zur Bekämpfung des Fiebers bei Tuberculose.

Die Thallinsalze, auch das salzsaure Aethylthallin, sind daher vorzüglich wirkende Antipyretica, welche schon in Dosen von $^1/_4$ g, sicher in Dosen von $^1/_2$ bis $^3/_4$ g sehr beträchtliche, meist mehrere Grade Celsius betragende Temperaturerniedrigungen hervorriefen. Das Temperaturminimum tritt gewöhnlich 2 bis 3 Stunden nach Verabreichung der Dose ein. Der Anstieg erfolgt meist im Verlaufe von 4 bis 5 Stunden, manchmal auch rascher, und ist im letzteren Falle nicht selten von Schüttelfrösten begleitet; doch bleibt gar nicht selten bei ganz vortrefflicher Wirkung des Mittels der Schüttelfrost wie der Schweiss völlig aus. Auf den Verlauf und die Dauer der Krankheitsprocesse sind diese Mittel ohne jeden Einfluss.

Unter den Thallinsalzen empfiehlt sich zur weiteren Anwendung am meisten das schwefelsaure Salz, und ist seine Anwendung in jenen Fällen indicirt, wo das Fieber äusserst resistent ist oder durch die Höhe desselben dem Kranken Gefahr droht.

XI. Die Cholera.

XXIII.

Weiterer Verlauf der Epidemie.

1. Frankreich.

In der Woche vom 23.—29. November hatte Paris 74 Cholera-Todesfälle. Rivière setzte seine Hospitalstatistik (siehe vor. No.) fort. In der Zeit vom 23. November bis 1. December waren von Cholerakranken aufgenommen 34 Männer und 32 Frauen, es starben 27 Männer und 27 Frauen. Die meisten Todesfälle fanden statt bei Individuen die vor dem 23. November aufgenommen waren. Von Angehörigen der Hospitäler erkrankten 5, unter ihnen 2 vom Wartepersonal. Im Ganzen wurden vom 4.—29. November 1037 Fälle wahrgenommen, darunter 10 Kinder, das jüngste 3 Monate alt. Unter den Erkrankten gehörten nur 66 dem Hospital-Personal an (1873 fast die Hälfte). Es starben 565, geheilt entlassen wurden 373, in Behandlung blieben am 30. November 99 Personen. Nicht ein einziger Abtritt-Räumer und nur zwei Kloaken-Arbeiter wurden ergriffen, eine Thatsache, die auch im Jahre 1832 durch Boussingault festgestellt wurde.

2. Italien.

Seit dem 4. September sind in Italien nur noch wenige Cholerafälle vorgekommen. Die öffentlichen Bulletins haben seit den ersten Tagen des November aufgehört. Die Fälle, welche noch ermittelt werden konnten, sind folgende:

Provinzen.	5.		6.		7.		8.		14.		21.		24.	
	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.	Fälle.	Gest.
Provinz														
Chieti	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ferrara	3	1	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—
Mailand	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—
Modena	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Neapel	5	3	2	4	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Ravenna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
Rovigo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—

Es ist nicht möglich, auch nur mit annähernder Sicherheit die Anzahl der Erkrankungen und Todesfälle während der Dauer der Epidemie zu bestimmen, da eines Theils dieselben beim ersten Auftreten der Krankheit überall absichtlich verheimlicht wurden, andern Theils die späteren Berichte zu sehr differiren. Die aus den öffentlichen Bulletins gezogene Summe würde ebenfalls keineswegs genau der Wahrheit entsprechen. Dieselben erschienen erst in einer Zeit, als die Krankheit schon mehrere Provinzen befallen hatte und enthielten besonders am Anfang ihres Erscheinens stets eine geringere Anzahl von Fällen, als Zeitungstelegramme, Privatnachrichten etc. aus den betreffenden Orten brachten. Wenn sie aber auch keinen ganz richtigen Maassstab für die Gesammtzahl der Erkrankungen und Todesfälle darstellen, so giebt doch die tabellarische Znsammenstellung derselben ein richtiges Bild von dem Gang der Epidemie.

Wenn wir nun heute, da die Epidemie für jetzt so gut wie zu

Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Ende ist, einen Rückblick auf den Gang derselben werfen, so fällt vor allem die Art und Weise ihrer geographischen Verbreitung ins Auge. Von der Krankheit ergriffen war Norditalien, hauptsächlich in seiner westlichen Hälfte, und Süditalien, während Mittelitalien im Grossen und Ganzen verschont blieb. Von den beiden Küsten war die des adriatischen Meeres vollständig freigeblieben, während die des mittelländischen Meeres besonders in ihrem nördlichen Theil (Riviera di Levante und R. di Ponente) von der Krankheit befallen war. Da die Cholera von Frankreich aus nach Italien kam, ist es sehr natürlich, dass gerade die Küste des mittelländischen Meeres und die westliche Hälfte des Landes nicht nur zuerst von der Krankheit heimgesucht wurde, sondern auch mehr von ihr zu leiden hatte, als die östliche. Wenn wir den Gang der Epidemie in Italien in Kurzem zusammenfassen, so ergiebt sich Folgendes:

Von Toulon und Marseille aus wird die Krankheit durch italienische Arbeiter, welche wegen der dort ausgebrochenen Epidemie in ihr Vaterland zurückkehren, direct nach Nord- und Süditalien gebracht. In Norditalien bricht dieselbe sofort aus, von den Provinzen, welche sie direct von Frankreich erhalten haben, pflanzt sie sich rasch auf benachbarte Provinzen über und wächst so zur grösseren Epidemie heran. Im Süden verbreiten sich die direct eingeschleppten Fälle nur langsam, und erst später tritt die Epidemie auf, welche sich hauptsächlich auf Neapel concentrirt.

Verfolgen wir die Krankheit ihrer zeitlichen Aufeinanderfolge in den verschiedenen Provinzen Italiens nach, so sehen wir, dass gleich beim Ausbruch der Epidemie in Toulon in die Provinz Cuneo, in die Gegend von Saluzzo ca. 400 italienische Arbeiter flüchten, welche an der Grenze nicht aufgehalten wurden, da noch keine Quarantaine bestand. Von diesen erkrankten 4 an der Cholera und 3 starben. Um dieselbe Zeit, 28. Juni, kam nach Riomaggiore, 7 Kilometer von Spezia entfernt, ein Arbeiter, welcher in Marseille den Typhus durchgemacht hatte. In Riomaggiore angelangt stellten sich Erbrechen und heftige Diarrhoe bei ihm ein. Nach einiger Zeit genas er. Den folgenden Tag darauf erkrankte ein anderer von Marseille zurückgekehrter Arbeiter an denselben Symptomen. Auch er genas. Die beiden hatten mit einem Handlanger zusammengelebt, welcher am 20. Juli nach Spezia ging, um Arbeit aufzunehmen. Hier angelangt erkrankte derselbe an allen Symptomen der Cholera, an welcher er am 22. Juli starb. In der unmittelbar darauf folgenden Zeit treten mehrere Erkrankungen in Riomaggiore auf, welches mit einem Militärcordon umgeben wird. In den an der Grenze gegen Frankreich errichteten Quarantainelazarethen Ventimiglia, Pian di Latte waren inzwischen mehrere Erkrankungen und Todesfälle vorgekommen. Auch unter solchen, welche die Quarantainen überstanden hatten, brach wenige Tage darauf, als sie schon in ihre Heimath zurückgekehrt waren die Cholera aus. So starb am 23. Juli in Savona (Provinz Genua) eine Frau, welche von Marseille zurückgekommen in Pian di Latte die 5tägige Quarantaine durchgemacht hatte.

An manchen Orten werden nun in dieser Zeit Cholerafälle gemeldet, welche später entweder vollständig dementirt oder wenigstens als nicht sicher erwiesen dargestellt werden. Jedenfalls sind dieselben für den Gang der Epidemie in Italien nicht ganz ohne Belang, und man ist um so mehr berechtigt, dieselben neben den wirklich constatirten Fällen anzuführen, als man weiss, dass beim Beginn der Epidemie allenthalben die ersten Fälle notorisch verheimlicht wurden. So gelangen schon am 19. Juli in Neapel Cholerafälle zur Kenntniss, welche in S. Pietro und Paterno vorgekommen sein sollen, bald darauf aber wieder dementirt werden. An demselben Tage wird in Soretina im Cremonesischen ein Cholerafall zur Kenntniss gebracht, von der Sanitätscommission aber nicht als ein solcher erkannt. Und am 26. Juli wird in Livorno ein Cholerafall gemeldet, welcher nicht vollständig dementirt werden kann.

Seit dem 28. Juli treten aber unter den aus Toulon zurückgekehrten Arbeitern in Pancalieri (Provinz Turin) unzweifelhafte Cholerafälle auf, welche sich rasch vermehren, so dass die ganze Commune von Pancalieri mit einem Cordon umgeben wird. Bis zum 31. Juli sind in Riomaggiore und Pancalieri zusammen 17 Erkrankungen und 2 Todesfälle öffentlich bekannt gemacht worden. Auch in Saluzzo sind inzwischen neue Todesfälle vorgekommen. In Pancalieri vermehren sich die Fälle immer mehr, und in einer Ausdehnung von 40 Kilometer in der Ebene längs des Po nicht weit von Turin entfernt treten trotz des um Pancalieri gezogenen Cordons Fälle in Osasio, Lombriasco, Casalgrasso, Carignano und Villafranca auf. In Pancalieri selbst sind seither 8 Todesfälle vorgekommen, und bis zum 2. August steigt die Zahl der Erkrankungsfälle auf 24.

Am 31. Juli kommt die Provinz Alessandria an die Reihe mit einem Cholerafall in Onasco und einem in Casinasco bei Alessandria. Der letztere betrifft eine aus Frankreich gekommene Frau, welche in Ventimiglia die Quarantaine durchgemacht hatte. Die Schwester, welche mit derselben verkehrt hatte, erkrankte im benachbarten Dorf Gessame. Zu gleicher Zeit ist die Provinz Massa-Carrara von der Krankheit heimgesucht worden. Auch hier sind es aus Frankreich geflüchtete Arbeiter, welche den Krankheitsstoff mit sich brachten. In Carrara selbst soll derselbe durch Wäsche aus Marseille importirt worden sein. Am 31. Juli werden in Carrara 1, in Garfagnana 2, in Fillizzano 3, in Fosdinavo 6 Erkrankungen, in Levignano 2 Todesfälle gemeldet. Am 1. August in Piazza al Serchio in derselben Provinz 2 Erkrankungen und 1 Todesfall.

Um dieselbe Zeit treten in der Provinz Porto Maurizio (Riviera di Levante) in Seborga, einem kleinen Orte bei Bordighera 3 Cholerafälle auf und am 3. August kommen in der Provinz Genua weitere 3 Erkrankungsfälle vor in Vignarola in der Comune von Cairo Montenotte, einige Tage darauf auch in Bellini. Ebenso ein Fall auf der Insel Palmaria am Golfe von Spezia.

Bis zum 10. August sind es die Provinzen Cuneo, Genua, Turin, Massa-Carrara, Alessandria und Porto Maurizio, in welchen die Epidemie Platz gegriffen hat und welche dieselbe direct von Frankreich aus bekommen haben. In den Provinzen Cremona, Livorno und Neapel handelt es sich wahrscheinlich ebenfalls um ächte Cholerafälle, welche directen Ursprung aus Frankreich haben.

Am 11. August tritt zu diesen Provinzen Parma hinzu mit 4 Erkrankungs- und 2 Todesfällen. Hier handelt es sich nicht mehr um directe Einschleppung von Toulon oder Marseille aus. Die befallenen Orte Berceto und Borgotaro haben die Cholera von der Provinz Massa-Carrara, an welche sie unmittelbar grenzen.

Am 12. August kommt in Spezia ein zweiter Cholerafall mit letalem Ausgang vor, welcher wahrscheinlich wie der erste von Riomaggiore herstammt.

Am 13. und 14. August tritt die Krankheit im Süden Italiens auf in der Provinz Cosenza mit 2 Fällen und in Campobasso mit 12 Erkrankungs- und 4 Todesfällen. In letzterer Provinz sind die Orte Castellone, Rochetta al Volturno, St. Vincenzo al Volturno die zuerst ergriffenen. Offenbar kamen hier, wie wahrscheinlich in noch andern Provinzen, schon früher Fälle vor, die nicht zur öffentlichen Kenntniss gelangten. Die Krankheit wurde direct aus Toulon oder Marseille durch zurückkehrende Arbeiter importirt und ist nicht durch die Epidemie in Norditalien bedingt.

Inzwischen aber hatte letztere weiter um sich gegriffen. Am 16. August werden in der Provinz Bergamo in Lenna 3 Erkrankungs- und 2 Todesfälle gemeldet, und in den folgenden Tagen beläuft sich die Zahl der Erkrankungen schon auf 15, die der Todesfälle auf 8. Die Art und Weise der Verbreitung der Krankheit in dieser Provinz giebt uns ein treffendes Beispiel, wie sich die Cholera mit Vorliebe den Flüssen entlang verbreitet. Zuerst tritt sie in Lenna auf, welches am Flusse Brembo liegt. Von da an nimmt sie ihren Lauf flussabwärts, indem sie der Reihe nach von den an den Ufern des Brembo gelegenen Orten einen nach den andern ergreift, Sendrina, Almenno, S. Salvatore, Paladina, Brembate di Sotto, Fondra, Ambria, Zogno, Villa d'Alme, Osio inferiore Albegna und Treviglio. Später wird auch Bergamo selbst ergriffen, welches einige Kilometer vom Brembo entfernt liegt. Während die Cholera sich in dieser Weise flussabwärts verbreitete, waren sämmtliche Ortschaften der Provinz, welche nicht am Brembo liegen, verschont geblieben.

In der Provinz Cuneo greift die Epidemie weiter um sich und befällt die Orte Caraglio und Cunesi, in welchen am 17. August 13 Fälle bekannt werden.

Die öffentlichen Bulletins bringen bisher stets weniger Fälle angeführt, als in Wirklichkeit vorhanden sind und durch directe Telegramme aus den inficirten Orten constatirt werden.

Am 20. August treten die Provinzen Mailand und Como je mit einem Fall zu den seither ergriffenen, in welchen sich die Erkrankungen täglich vermehren. In der Provinz Campobasso sind vom 13. auf den 20. bereits 40 Personen an Cholera erkrankt, wovon 20 starben.

Einen rapiden Fortschritt macht die Epidemie an den verhängnissvollen folgenden 2 Tagen, welche in dem Gang derselben einen gewissen Wendepunkt darstellten, indem nun zum ersten Male grössere Seucheheerde gebildet werden, welche die Hoffnung auf einen Rückgang der Epidemie geradezu ausschlossen. Ausser, dass in Bergamo die Fälle sich beträchtlich vermehren, treten in Busca in der Provinz Cuneo am 21. August plötzlich 40 Erkrankungen auf. Es ist erwiesen, dass hier schon 3 Tage lang die Cholera herrschte, aber absichtlich von der Behörde verheimlicht wurde. Am 22. August zählte man in Busca 38 neue Fälle, und in Spezia waren, nachdem ein heftiger Regen, verbunden mit starkem Temperaturabfall vorhergegangen war, in den letzten 24 Stunden 60 Cholerafälle aufgetreten, von denen 39 denselben Tag noch tödtlich verliefen. Gegen Mitternacht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des 22. zählte man 70 Erkrankungs- und 48 Todesfälle. An demselben Tage kam in Neapel, in der Stadt, ein Todesfall vor, dem am Tage zuvor einer in der Provinz vorausgegangen war.

(Schluss folgt.)

XII. Zwei Rechtsfälle. 1) Dr. Spitzer in Wien war im Mai d. J. auf Grund des Votums der als Sachverständigen vernommenen Gerichtsärzte von dem Bezirksrichter zum Verluste der Praxisberechtigung bis nach Ablegung einer neuerlichen Prüfung verurtheilt worden. Es handelte sich um eine nach Anwendung von Jodoformcollodium eingetretene Gangrän eines Fingers, die von den „Sachverständigen“ als durch dieses Mittel verursacht bezeichnet wurde. Sp. legte Appellation ein, und wurde von dem Appellrichter ein Facultäts-Gutachten eingeholt, welches leider durch den Angeklagten nicht abgewartet wurde, der vielmehr seinem Leben durch Selbstmord ein jähes Ende machte. An dem Tage, an welchen das Gutachten publicirt wurde — kam die Nachricht von der Auffindung seiner Leiche. Dies Facultäts-Gutachten kam zu dem Schlusse, dass die Frage „ob und inwieferne im vorliegenden Falle durch den Angeklagten Dr. Spitzer solche Fehler begangen wurden, aus welchen dessen Unwissenheit hervorgehe, und ob hieraus der schwere Erfolg, nämlich die schwere körperliche Beschädigung der Hermine Kautzki entstanden sei“, entschieden verneint werden müsse. Mit Recht weist die W. M. W. darauf hin, die „Sachverständigen“ der ersten Instanz hätten durch etwas Zurückhaltung in einer Frage, in der sie sich nicht competent fühlen konnten, dem Ansehen des ärztlichen Standes mehr genützt, als dies jetzt die wiederhergestellte Berufsehre des unglücklichen Dr. Spitzer vermag: der „Kunstfehler“ war jedenfalls nicht auf seiner Seite!

2) In No. 41 berichteten wir über eine „Entscheidung des Reichsgerichts“, betreffend fahrlässige Tödtung durch falsche ärztliche Behandlung seitens eines Arztes, aus der hervorzugehen schien, der Gerichtshof habe die antiseptische Wundbehandlung für obligatorisch erklärt. Dem ist nun nicht so gewesen. Das Reichsgericht hat vielmehr, wesentlich im Einklange mit der Vorinstanz, den Vorwurf der Fahrlässigkeit durch Darlegung der durchaus ungeeigneten und nachlässigen Behandlungsweise des betreffenden Arztes begründet. Der Fall hat daher keine principielle Bedeutung.

XIII. Docent Dr. v. Jaksch über Harnuntersuchungen. (W. Med. W. Nr. 49.) In den meisten Fällen handelt es sich nicht um einen, sondern um zwei Eiweisskörper im Harne, nämlich um Serumalbumin und Globulin, bisweilen auch um Propepton, Oxyhämoglobin, Fibrin und Pepton. Reine Globulinurie ist nur in einem einzigen Falle, und zwar von Kühne beobachtet worden. Um zu entscheiden, ob ein Harn Serumalbumin, Pepton oder Propepton enthalte, sind drei Reactionen vorzunehmen: 1. zunächst wird der Harn gekocht und mit Salpetersäure versetzt: enthält der entstandene Niederschlag Eiweiss, so wird er nach Zusatz einer Säure nicht verschwinden, sondern flockig bleiben. 2. Die zweite Probe besteht darin, dass der filtrirte Harn mit Essigsäure im Ueberschusse versetzt und hierauf etwas Ferrocyankalium zugesetzt wird; beim Vorhandensein von Eiweiss entsteht eine intensive Trübung. 3. Die dritte Probe besteht in dem Zusatze von Kalilauge und Kupfersulfat: beim Kochen wird die Flüssigkeit violett. Wenn nun bei einem Harne die erste Probe negativ, die zweite positiv ausfällt, so ist dies ein Fingerzeig, dass es sich wahrscheinlich um das Vorhandensein von Propepton handelt. Direct beweisend ist aber das Entstehen eines Niederschlages auf Zusatz von Kochsalz und Essigsäure. — Enthält der Harn Pepton, so bleiben die erste und zweite Probe negativ, die dritte positiv. Ist wenig Pepton vorhanden und der Harn frei von Mucin — welches durch Essigsäure gefällt wird — so entsteht auf Zusatz von Essigsäure und Phosphorwolframsäure ein Niederschlag. Die Albuminurie ist prognostisch wichtig. Wenn bei Herzhypertrophie ohne Stauungserscheinungen und Geräusche der Harn mit Essigsäure und Ferrocyankalium eine Fällung giebt, so kann man auf Nierenschrumpfung rechnen, es wäre denn Arteriosklerose und consecutive rothe Nierenatrophie vorhanden. Beziehungen der Propeptonurie zu irgend einer Krankheit sind nicht bekannt. — Durch Arbeiten von Schmidt-Mühlhain und Hofmeister ist nachgewiesen worden, dass die weissen Blutzellen Peptonträger sind. Peptonurie tritt auf bei Ulcerationen im Darme, exulcerirendem Magencarcinom, bei Zerfall von Eiterzellen im Körper, von weissen Blutzellen im Kreislaufe, also bei Skorbut; ferner im Puerperium, bei tiefliegenden Eiterungen, endlich bei Meningitis cerebrospinalis, zum Unterschiede von der Meningitis tuberculosa.

XIV. Oeffentliches Sanitätswesen.

Flecktyphus in Braunschweig. Wie Herr Dr. Richard Schulz, Vorstand der med. Abtheilung des herzoglichen Krankenhauses uns mittheilt, sind in der Abtheilung seit dem 25. November 12 Fälle von Flecktyphus zur Behandlung gekommen. Bezüglich des Ursprungs dieser Fälle hat sich bis jetzt nur eruiren lassen, dass 8 Fälle in Braunschweig ihre Entstehung genommen haben. Dieselben stammen aus einer in entsetzlichem Zustande befindlichen Herberge für wanderndes Volk, in welcher aber auch seitens der Stadt eine grosse Anzahl obdachloser Familien, wie unser Herr Correspondent glaubt, nach den letzten Erhebungen einige 20 mit zahlreichen Kindern untergebracht sind. Diese Herberge, Wendenstrasse 45, ist auch in den früheren Epidemien eine Hauptbrutstätte gewesen. Da die Patienten dort schon mehrere Wochen gewohnt haben, so ist mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der von früher dort noch ruhende Infectionsstoff von Neuem aufgelodert ist. Einer der Patienten stammt aus einer chemischen Fabrik vor dem Wilhelmsthore. Auch er ist dort schon mehrere Wochen in Arbeit gewesen und hat mit 10 anderen Arbeitern in einem schlechten Raume campirt. 2 der Patienten stammen aus dem Klostergefängniss, ebenfalls einer Brutstätte der früheren Epidemie. Dieselben sind noch unbesinnlich und ist von ihnen noch nicht zu erfahren, woher sie zugereist sind. Ein Patient hat auf den Dörfern der Umgegend herumgelegen und ist über Wolfenbüttel nach Braunschweig gekommen. Ein 13ter Fall, welcher am 7. Dec. aufgenommen ist, stammt aus einer weiteren früheren Brutstätte einer Herberge in der Kuhstrasse.

Die Diagnose schwankte längere Zeit, da einzelne Kranke auch Diarrhöen hatten. Durch die Section des einen stellte es sich aber mit Evidenz heraus, dass es sich um Flecktyphus handelte, und wurde nun sofort am 3. d. M. die officielle Meldung gemacht.

Wie aus dem letzten Jahresberichte des Herrn R. Schulz (Deutsch. Arch. f. kl. Medic. 35. Bd.) ersichtlich, wurden Anfang 1883 noch 69 Flecktyphöse aufgenommen. Seit Mitte Juli 1883 hatte sich kein Fall mehr gezeigt.

XV. Kleinere Mittheilungen.

— Berlin. Die in den letzten Tagen von einigen Fachblättern gebrachten beunruhigenden Nachrichten über den Gesundheitszustand des dirigirenden Arztes am jüdischen Krankenhause in Berlin, Herrn Dr. Israel, sind, wie wir aus zuverlässiger Quelle erfahren, vollständig aus der Luft gegriffen. Derselbe befindet sich zur Erholung von einer schweren und lange dauernden Dyspepsie mit seiner Familie in Montreux, und ist sein Zustand erfreulicherweise derart zufriedenstellend, dass er voraussichtlich in einiger Zeit wieder seine volle Thätigkeit wird aufnehmen können.

— Berlin. Am 6. d. M. starb der Geh. San.-Rath Dr. M. B. Lessing, einer der hervorragendsten unserer älteren Aerzte. Seit Ostern 1829 Studirender der Medicin zu Königsberg, gehörte er zu den Studirenden, welche die kgl. Regierung im Sommer 1831 zur Hilfeleistung des unzureichenden ärztlichen Personals in die von der Cholera am schwersten heimgesuchten Orte der Provinz delegirte. Nach Absolvirung des Staatsexamens liess er sich 1835 hier in Berlin als practischer Arzt nieder und wandte sich dann in den ersten Jahrzehnten neben Ausübung seines Berufs einer fruchtbaren schriftstellerischen Thätigkeit auf fachwissenschaftlichem und literarischem Gebiete zu. Eine seiner Hauptarbeiten war abgesehen von der Heilmittellehre die, eingehendem Quellstudium entstammende „Ehrenrettung des Paracelsus“ („sein Leben und Wirken“, Berlin 1839), die dem Verfasser das Ehrenbürgerrecht der Stadt Salzburg, dem Wohn- und Sterbeort des Paracelsus, eintrug.

— Hamburg. Durch den am 4. December nach kurzem Krankenlager erfolgten Tod des in weiten Kreisen bekannten Dr. Eduard Cohen hat Hamburg einen überaus schweren Verlust erlitten.

Ein gross angelegter, edler Charakter von eminenter, geistiger und practischer Begabung war der Verblichene nicht allein seit Langem der gesuchteste und erfolgreichste Practiker seiner Vaterstadt, sondern auch maassgebend für die mannichfachsten geistigen Interessen derselben. —

— Universitäten. Wien. Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. v. Jaeger hatte die Commission des medicinischen Professoren-Collegiums vorgeschlagen: 1. Fuchs (Lüttich), 2. Sattler und 3. Mauthner, während man allgemein voraussetzte, der letztere werde primo loco präsentirt werden. Das Collegium selbst trug dieser Ansicht Rechnung und stellte Mauthner statt Fuchs an den ersten Platz während Sattler seine Stelle behielt. — Jena. Es studiren 174 Medicin (im Sommer 1884 — 162, im Winter 83/84 140), Präparanten sind 103 vorhanden.

— Pasteur wird definitiv nach Brasilien gehen, um dort das gelbe Fieber und die gegen dasselbe angeblich erprobte Schutzimpfung zu studiren. Hoffentlich ist es ihm möglich, sich vorher Koch's Methode der Reincultur auf festem Nährboden zu eigen zu machen.

XVI. Personalien.

Preussen.

(Amtlich.)

Ernennung: S. Majestät der König haben Allergnädigst geruht, den ausserordentlichen Professor an der Universität Dorpat Dr. Hans Horst Meyer zum ordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Universität Marburg zu ernennen. Der practische Arzt Dr. Moritz Steiner in Löwenberg ist zum Kreiswundarzt des Kreises Rosenberg i. Schl. mit Anweisung seines Wohnsitzes in Rosenberg ernannt worden.

Niederlassung: Die Aerzte Lackeit in Liebstadt, Dr. Pape und Dr. Ullrich in Königsberg i. Pr., Prellwitz in Liebemühl, Aug. Schmidt in Landsberg O.-Pr., Dr. Loewy in Carolinensiel, Dr. Kopp in Detern, Dr. Heinr. Fischer in Eltville, Dr. Schlesinger, Grunewald, Dr. Leyser, Dr. Wetekamp und Dr. Goldschmidt, sämmtlich in Berlin.

Verzogen: Die Aerzte Arndt von Königsberg i. Pr., Dr. Eliassow von Berlin nach Königsberg i. Pr., Dr. Pfalz von Königsberg i. Pr. nach Köln, Dr. Schilling von Schweinitz nach Wien, Dr. Mech von Biedenkopf nach München, Dr. Seligmann von Fürstenberg i. Meckl. nach Frankfurt a. M., Dr. Wezel von Wehingen in Württemberg nach Gammertingen, Dr. Strobel von Ostrach nach Konstanz, Dr. Rossocha von Palmnicken nach German, Dr. Seliger von Arys nach Königsberg i. Pr., Dr. Sellong von Karlsruhe nach Königsberg i. Pr., Dr. Baggerd von Berlin nach Halbau, Dr. Klein von Landsberg a. W., Dr. Haagen von Neisse und Dr. Ostermann von Witten nach Berlin, Jottkowitz von Berlin nach Trausnitz und Dr. Quetsch von Berlin nach Darmstadt. Der Zahnarzt Schlott von Berlin nach Halle a. S.

Verstorben: Dr. Roessmann in Allenburg, Dr. Schmidt in Beutersitz, Dr. Middendorff in Münster i. W. und der Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Wittich in Königsberg i. Pr.

Apotheken Angelegenheiten: Der Apotheker Kanzow hat die neu concessionirte Apotheke in Königsberg i. Pr. eröffnet, ebenso die Apotheker Lange, Sander und Jancke in Berlin. Der Apotheker Belli hat seine Apotheke in Berlin an den p. Luebeck verkauft.

Vacante Stellen: Kreisphysicate der Kreise Lingen, Konitz und Inowraclaw. Kreiswundarztstellen der Kreise Wreschen, Buk u. Pleschen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag **№ 51.** 18. December 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. **P. Börner.** Druck und Verlag von **G. Reimer** in Berlin.

I. Aus dem Verein für innere Medicin zu Berlin.
Ein Wärmecentrum im Grosshirn

(mit Demonstrationen)

von

Ed. Aronsohn cand. med. und **J. Sachs** cand. med.

(Vortrag, gehalten in dem Verein für innere Medicin am 1. December 1884 von Ed. Aronsohn.)

Nicht immer ist es gestattet, vom physiologischen Laboratorium die Schritte zu lenken nach dem Verein für innere Medicin und statt merkwürdiger Krankheitserscheinungen am Menschen eigenthümliche durch das Thierexperiment an Hunden und Kaninchen gewonnene Krankheitsbilder vorzustellen.

Wenn nun der hochverehrte Herr Vorsitzende selbst uns den freundlichen Vorschlag machte, über unsere neuen Beobachtungen, über die wir vor einigen Wochen in der physiologischen Gesellschaft Mittheilung gemacht haben, auch hier Vortrag zu halten, so gereicht uns dies zu um so grösserer Freude und Ehre, als ich weiss, dass vor Kurzem noch, an demselben Orte, unter gleichen Umständen, vor Ihnen stand mein Lehrer und Meister der experimentellen Forschung, Herr Prof. Kronecker. Er entdeckte Ihnen ein Phänomen, das man kaum vermuthet hatte, ein selbstständiges Coordinationscentrum des Herzens; wir bringen Ihnen, was Sie schon lange vermisst und gesucht haben: ein Wärmecentrum im Grosshirn. Einer aus Ihrer Mitte, der leider heute von hier krankheitshalber abwesende Herr Prof. Jacobson hatte uns die Weisung gegeben, nach dem Centrum zu forschen, und wir entschlossen uns um so eher zur Uebernahme der Arbeit und mit Versuchen am Kaninchen zu beginnen, als wir durch die eben beendete Untersuchung über den Einfluss des Zuckerstichs auf die Lebertemperatur uns im Einstich ins Gehirn und elektrothermischer Messung am Kaninchen geübt hatten. Das Kaninchen soll freilich, — wie ich neulich aus zuverlässigster Quelle erfuhr —, in Bezug auf seine Wärmeöconomie ein hysterisches Thier sein. Eulenburg und Landois, die an der Grosshirnrinde des Hundes eine Stelle entdeckt haben, deren Verletzung Temperatursteigerung der contralateralen Pfote hervorruft, haben an der Grosshirnrinde des Kaninchens eine solche nicht finden können, ebensowenig Küssner und H. Rosenthal in speciell hierauf gerichteten Untersuchungen.

Wie wir es daher von vornherein aufgaben, den Einfluss der Gehirnrinde auf die Körpertemperatur beim Kaninchen zu untersuchen, so mieden wir auch vorsichtig die gefährlichen Orte: die Vierhügel, die Höhlen, die Kammern, etc. und machten unsern Vorstoss vom harmlosen Vorderhirn. Indem wir allmählich weiter nach dem Mittelhirn vordrangen, trafen wir beim fünften Versuchsthiere eine Stelle, an der ein Einstich mit einer Nadel sofort die ganze Summe von Erscheinungen auslöste, die man bisher nur unter ganz anderen Umständen erfolgen zu sehen gewohnt war. Es waren nämlich fieberhafte Symptome, die das Kaninchen als unmittelbare Folge des Einstichs darbot.

Vor dem Einstich war die Temperatur im Rectum des Kaninchens, wie Sie es an der herumgereichten Curve sehen, **39,7—39,4°** Celsius.

Um 5 Uhr 50 Minuten wird der Einstich gemacht;
„ 6 „ 27 „ ist die Temperatur auf **40,8°** und
„ 7 „ — „ „ „ „ auf **42°** C. gestiegen;
im Muskel war vor dem Einstich 39,2°
nach „ „ 41,8
in der Haut vor „ „ 36,2°,
nach „ „ 39,0°;
in der Leber fanden wir nach dem Einstich 42,7°.

Am andern Tage bestand noch ungefähr dieselbe hohe Temperatur an den genannten Orten der Messung und eine Untersuchung der Chloride im Harn nach Vorschrift des Herrn Prof. Salkowsky ergab eine deutliche Verminderung derselben; die Respiration schien beschleunigt, ohne den normalen Typus verlassen zu haben. Noch am Morgen des 3. Tages betrug die Temperatur 40,7° im Rectum und erst gegen Mittag fanden wir sie auf die Norm (39,6°) zurückgekehrt. Erklärlicherweise geriethen wir jetzt in fieberhafte Erregung: es galt das flüchtige Bild zu fesseln und in der Constanz der Erscheinungen ein ungekanntes Gesetz der Natur zu offenbaren. In der That gelang uns gleich nach jenem ersten glücklichen Versuche nacheinander eine ganze Reihe von Versuchen; wir fanden immer nach dem Einstich: ein sofortiges Ansteigen der Körpertemperatur bis **42°** C. und darüber, Vermehrung der Respiration und Pulsfrequenz, Verminderung der Chloride im Harn.

Das Befinden der Thiere ist während der ganzen Versuchsdauer und viele Wochen nach dem Versuche ohne jede Unterbrechung ein höchst befriedigendes; sie zeigen keinerlei Störungen ihres motorischen Sinnes- und Verdauungsapparates; sowie sie vom Operationstische auf den Fussboden gesetzt werden, laufen sie munter im Zimmer umher, essen — wenn auch nicht immer mit besonderem Appetit — die vorgeworfenen Brodstückchen und bis auf den Verband, den sie am Kopfe tragen, bieten sie dem Auge nichts Pathologisches dar.

Dieses relative Wohlsein haben die Thiere besonders auch dem Umstande zu verdanken, dass wir aufs Peinlichste bemüht waren, ihnen die schonendste und sorgsamste Behandlung angedeihen zu lassen. Sie wurden zur Operation nicht aufgebunden und nicht narkotisirt, die ganze Zeit gleichmässig ernährt und in einem gleichmässig temperirten Zimmer von circa 15° C. gehalten.

Die Temperatur im Rectum wurde mit einem Normalthermometer von Geissler, welches jedesmal 7 cm hoch hinauf geschoben wurde, gemessen. Zur thermo-elektrischen Messung bedienten wir uns einer Wiedemann'schen Bussole mit Spiegelablösung und zweier feiner und gut isolirter Nadeln aus Neusilber und Eisen, von denen die eine in einer constanten Wärmequelle gehalten, die andere in den Thierkörper gesteckt wurde. Gegenstand der thermo-elektrischen Messung waren die Haut am Rücken und die Musculi glutaei. Nur hin und wieder haben wir zum Vergleich und zur Controlle andere Hautstellen und andere Muskeln gemessen. Wenn wir auch diese Messungen nicht bei allen Versuchen durchführen konnten, so gewährt doch die Anzahl der gemachten ein deutliches Bild, wie die Temperatur in der Haut und in den Muskeln nach dem Einstich gleichzeitig und gleichmässig mit der im Rectum ansteigt und abfällt.

Um die Einstichstelle genau finden und angeben zu können, müssen wir uns vorerst an den knöchernen Schädel halten, da das Grosshirn des Kaninchens so wenig ausgesprochene Windungen zeigt, dass man sie zu Localisationsbestimmungen am Gehirn gar nicht verwerthen kann.

Die Einstichsstelle liegt etwas seitlich von der Vereinigungsstelle der Sutura sagittalis und Sutura coronalis, also an der grossen Fontanelle, die in den meisten Fällen nach einem wenige Centimeter langen Längsschnitt durch die Kopfhaut deutlich sichtbar wird. Ist aber die Sutura coronalis nicht deutlich erkennbar, so haben wir für die Bestimmung der Einstichstelle darin einen, wenn auch nicht immer zuverlässigen, Anhaltspunkt gewinnen können, dass wir uns von den beiden hinteren Augenwinkeln eine Linie, die wir im Gegensatz zur Vereinigungslinie der beiden vordern Augenwinkel als hintere Augenlinie bezeichneten, gezogen dachten, und als Einstichspunkt eine Stelle wählten, die einige Millimeter nach hinten von der hintern Augenlinie und einige Millimeter seitlich von der Sutura sagittalis liegt. An dieser Stelle wird der Trepan so auf den Knochen aufgesetzt, dass die Zacken eben gerade über die Sutura sagittalis und coronalis hinüber zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stehen kommen. Nach vollendeter Trepanation und Abhebung des gelockerten Knochenstückchens sieht man rechts wie links vom Sinus longitudinalis je ein Gefäss im rechten oder nach vorn spitzen Winkel abgehen. Das nach rechts abgehende Gefäss theilt sich gewöhnlich bald in zwei Aeste, doch kommt es ziemlich oft vor, dass anstatt des einen in zwei Aeste sich theilenden Gefässes gleich zwei gesonderte Gefässe vom Sinus verlaufen. Unterhalb des nach hinten gelegenen Gefässes, einige Millimeter vom Sinus entfernt, ist der Einstich am wirksamsten. Die Dura mater wird an dieser Stelle im rechten untern Kreissegment mit einem spitzen Messer soweit vorsichtig gespalten, dass gerade die Piqûre-Nadel, deren wir uns mit wenigen Ausnahmen zum Einstich bedienten, frei und ohne Zerrung der Dura hindurchgehen kann. Hier wird in senkrechter oder leicht nach vorn geneigter Richtung mit der, wie alle andern gebrauchten Instrumente, wohl desinficirten Nadel schnell bis zur Basis cranii eingestochen und die Nadel dann sofort wieder herausgezogen.

Die Blutung ist meist während der Trepanation und der Spaltung der Dura eine kaum nennenswerthe; wir haben die Trepanation den anderen für den Einstich ins Gehirn angegebenen Methoden eben deshalb vorgezogen, weil wir das Operationsfeld übersehen und Blutungen durch Verletzung der genannten Gefässe oder gar des Sinus selbst möglichst vermeiden wollten. Das von einem Assistenten gehaltene Thier ist nur in dem Momente, wo der Trepan aufgesetzt wird, unruhig, später aber und zumal nach vollendeter Trepanation so ruhig, dass es kaum gehalten zu werden braucht.

Nach der Operation wird auf die trepanirte Stelle ein mit 3—5 procentiger Carbollösung durchtränkter Tampon gelegt, durch die beiden freien Ränder der durchschnittenen Kopfhaut eine Nadel gesteckt, und um die Nadel mit einem Streifen Carbolgaze eine umschlungene Naht gelegt.

Das also operirte und behandelte Thier zeigt, wie Sie sich heute überzeugen können, keinerlei andere Störungen in seinem Organismus als die oben aufgezählten: ein sofortiges Ansteigen der Körpertemperatur um circa 3° C., Beschleunigung der Respiration und Pulsfrequenz, Verminderung der Chloride im Harn. Dieses Verhalten dauert 2—3 Tage lang an, dann gehen alle diese Erscheinungen zurück, und das Thier lebt ganz wie unter normalen Verhältnissen noch Wochen lang weiter, zeigt auf erneuten Einstich eine neue Temperatursteigerung, die auch 1—2 Tage lang anhält, bis es schliesslich an den Folgen eines verfehlten Einstichs oder an andern zufälligen Krankheiten zu Grunde geht.

Die gleichen Erscheinungen haben wir auch an Meerschweinchen und an den beiden Hunden gemacht, die wir hierher bringen liessen. Der eine ist vor 3 Wochen operirt worden, der andere erst heute Mittag um 12 Uhr; beide haben im Rectum eine Normaltemperatur von 39 bis 39,1° C. gehabt; durch das Aufbinden und durch die Trepanation fiel die Temperatur auf 38,4° bis 38,2° C.; bei beiden wurde der Einstich rechts von der grossen Fontanelle gemacht; bei beiden haben wir, wie zuweilen schon bei Kaninchen, in den ersten Stunden nach dem Einstich ein starkes Schaudern und Frösteln beobachtet; bei dem ältern Hunde war die Temperatur nach 4 Stunden bis auf 40,8° C. gestiegen und hielt 2 Tage lang an. Wir hatten ihn 8 Stunden lang aufgebunden gehalten und konnten so deutlich sehen, wie die Respiration, die vor dem Einstich 13 in der Minute betrug, 2 Stunden nach dem Einstich schon auf 16 und 3½ Stunden nach dem Einstich auf 20 in der Minute anstieg. Abgebunden verhielt er sich deprimirt und misstrauisch und frass am ersten Tage nicht die vorgeworfene Nahrung. Der heute operirte Hund zeigte nach 3 Stunden eine Temperatur von 41,1° C., er wurde nach der Operation gleich abgebunden und zeigte sich in seinem muntern lebhaften Wesen wenig alterirt; doch war ein starkes Durstgefühl bei ihm unverkennbar.

Unsere Versuche dürften aber bei Ihnen, wie ich glaube, an Interesse gewinnen, wenn Sie erfahren, dass unser Operationsverfahren bereits von wissenschaftlicher Seite controllirt ist. Denn wie viel Fehler, möchte Mancher sagen, könnten von der nicht „berufenen Seite", die ja die Studenten in experimentellen Arbeiten bilden sollen, mitbegangen sein, die die Temperatursteigerung hervorriefen! Wer ist aber berufener, in dieser Frage ein Urtheil zu fällen, als Herr Prof. Eulenburg?! und Herr Prof. Eulenburg hat sich überzeugt, dass der Erfolg von 42,1° C., den das von ihm operirte Thier nach einigen Stunden zeigte, nicht von Fehlern der Versuchsanordnung und -ausführung hergeleitet werden kann. Herr Prof. Kronecker war der erste, der unserm bangen Zweifel ein Ende machte. Sobald ich ihm von unsern Beobachtungen erzählte, gab er mir gleich am folgenden Tage, obgleich er in jener Zeit von Arbeiten überhäuft war, Gelegenheit, ihm unter seinen Augen einen Versuch von Anfang an bis zum evidenten von mir proponirten Erfolge durchzuführen. Der Versuch gelang in ausgezeichneter Weise, und Herr Prof. Kronecker erklärte, dass er von der Thatsache überzeugt sei.

Es haben ausserdem unser Versuchsverfahren gesehen Herr Prof. Liebreich, der uns selbst neue Gesichtspunkte zur Fortführung unserer Arbeit gab, und Herr Prof. Zuntz, unter dessen Leitung wir jetzt den Stoffwechsel vor und nach dem Einstich zu untersuchen begonnen haben. Sind solche Stoffwechselversuche schon am Menschen schwierig genug auszuführen, so sind sie in diesem Falle um so complicirter, als sie an nicht narcotisirten und tracheotomirten Thieren vorzunehmen sind, bei denen während des Versuchs selbst ein neuer, nicht leichter Versuch ausgeführt werden muss, der zudem oft genug misslingen kann. Denn der Einstich selbst kann, wie uns gerade in der letzten Zeit oft genug passirt ist, misslingen und entweder ganz wirkungslos bleiben oder höchst unangenehme Complicationen hervorrufen. Diese negativen, erfolglosen Versuche sind aber insofern auch von einem gewissen Werthe, als sie nämlich zeigen, wie circumscript die Stelle sein muss, von der aus die Temperaturerhöhung hervorgerufen werden kann.

Ueber die Frage im Allgemeinen, ob es eben nur die eine Stelle am Grosshirn ist, an der bei Einstich eine Temperaturerhöhung in der geschilderten Weise eintritt, haben wir durch unsere allerersten Versuche Gewissheit gehabt, und diese ist uns durch den weitern Verlauf unserer Versuche über jeden Zweifel erhaben geworden. Der allererste Versuch nämlich, am 3. September, bestand darin, dass wir an einem in Watte gepackten und narcotisirten Kaninchen, das einzige übrigens, das wir überhaupt narcotisirt haben, rechts in der Mitte zwischen beiden Augenlidern nach voraufgegangener Trepanation zwei Nadeln tief in das Gehirn einsteckten; die Folge war, dass die ersten zwei Stunden nach der Operation die Temperatur um 1,2° C. abfiel, hierauf aber zur Norm wieder anstieg, dagegen war eine Motilitätsstörung links sehr bemerkbar. Das Thier starb noch an demselben Abend, und die Section ergab als besonders auffallendes Merkmal: einen grossen Bluterguss am Herzen. Das zweite Thier, das auch vorn und rechts aber mehr medianwärts trepanirt wurde, zeigte obgleich ihm nach einander innerhalb sieben Tagen an der Trepanationsstelle einige zwanzig Nadeln eingesteckt wurden, die auch alle stecken blieben, die ganze Zeit hindurch mit ganz geringen Schwankungen fast eine und dieselbe Temperatur. Am achten Tage starb es, und bei der Section zeigte sich Entzündung des Gehirns und der Dura mater. Beim dritten und vierten Thiere wählten wir einen bisher wohl nicht betretenen Weg zum Gehirn: nämlich, Einstich in's Gehirn von der Augenhöhle aus mit der Piqûrenadel. Ohne auf die Vortheile oder Nachtheile dieses Operationsverfahrens mich hier einzulassen, will ich nur das constatiren, dass wir trotz vielfacher Einstiche quer durch das Vorder- und Mittelhirn niemals eine Temperatursteigerung beobachten konnten. Wie circumscript die Stelle ist, an der durch Einstich Temperatursteigerung hervorgerufen werden kann, beweist der Umstand, dass ein Einstich oberhalb des oben angegebenen Gefässes, je nach der Entfernung entweder ganz wirkungslos oder nur kleine und kurze Zeit andauernde Steigerung bewirkt. Hierfür finden sie in der Curve No. 12 und No. 14 ein Beispiel.

Die zweite Frage, die zu lösen war, war die, ob die Verletzung der Hirnrinde an jener Stelle oder der tiefer gelegenen Hirntheile die Temperatursteigerung erzeugt. Soweit unsere bisherige Untersuchungen reichen, können wir die Hirnrinde als den Sitz des Wärmecentrums ausschliessen; denn weder Incision, noch Cauterisation, noch Excision kleinerer oder grösserer Stücke der Hirnrinde haben jemals eine höhere Temperatursteigerung als um einige Zehntel Grade hervorgebracht. In den herum gereichten Tabellen werden sie zahlreiche Belege dafür gefunden haben.

Das Ganglion selbst Ihnen zeigen oder nennen zu können, sind wir ebensowenig im Stande, wie seiner Zeit Herr Prof. Kronecker für sein Coordinationscentrum. Neben der Bestimmung des Stoffwechsels sind die genaue Lage des Centrums und der Einfluss elektrischer Reizung Aufgaben, die wir auszuarbeiten bereits begonnen haben. Uns lag es vor Allem daran, die physiologische Thatsache wegen ihrer theoretischen und practischen Wichtigkeit durch neue Beweise und durch fortgesetzte Versuche an anderen Thierspecies sicher zu stellen.

In der Literatur finden wir nur einen Autor, der möchte ich sagen, im Vorübergehen einmal aus derselben Quelle geschöpft hat wie wir. Prof. Schreiber in Königsberg hat 1874 eine Arbeit veröffentlicht über den Einfluss des Gehirns auf die Körpertemperatur, und hier finden wir nebenbei auch einige — im Ganzen vier — Versuche über die Einwirkung des Grosshirns auf die Körpertemperatur angeführt. Ausser der geringen Anzahl der Versuche hat Schreiber erstlich nur auf einige Stunden nach der Operation seine Beobachtungen ausgedehnt, zweitens hat er die Thiere in Watte gepackt, bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer Zimmertemperatur von 30° gehalten oder gar erst (No. 28) nach der Operation, von einer Zimmertemperatur von 19° in eine Zimmertemperatur von 29,4° C. gebracht, (was an sich schon nach den Beobachtungen von Davy eine Temperatursteigerung von beinahe 1° bewirkt), und schliesslich war die Temperatursteigerung bis auf einen Fall nur verhältnissmässig gering, nämlich 0,5° bis 1,3°. Nur in einem Falle hat er eine Temperatursteigerung von 3,5° erhalten und die Section ergab: „starke Verletzung des Vorderlappens des Grosshirns beiderseits nahe dem Corpus callosum". Es scheint also, dass Schreiber in diesem Falle an der von uns beschriebenen Stelle eingestochen hat. Ausser Schreiber hat Budge den Verlauf vasomotorischer Fasern im Pedunculus cerebri constatirt und Lussana schreibt dem Thalamus opticus vasomotorische Functionen zu. Endlich theilt Herr Prof. Christiani in dem Sitzungsberichte der physiologischen Gesellschaft vom 20. Juni dieses Jahres Folgendes mit: „während nach Entfernung der Hemisphären, vorausgesetzt, dass keine Blutung dabei erfolgte und dass die Thiere nach der Operation entfesselt wurden, die Temperatur derselben in normaler Höhe erhalten blieb, fanden wir neuerdings einen Abfall von 3—5° C. in der ersten Viertelstunde nach der Exstirpation der Thalami optici, wenn die Thiere diesen gefährlichen Schnitt überhaupt überlebten."

Grösser als die Zahl der positiven Beobachtungen durch das physiologische Experiment am Grosshirn ist die Forderung eines Wärmecentrums im Grosshirn von Seiten derjenigen Forscher, welche an anderen Stellen des Centralnervensystems experimentirt haben, und ganz besonders von Seiten der Pathologen.

Das Postulat eines Wärmecentrums ist von physiologischer Seite zuerst von Tschetschechin aufgestellt worden. Durch seine im hiesigen physiologischen Institut im Jahre 1866 angestellten Versuche kommt er zu dem Resultat, dass Durchschneidung des verlängerten Markes in der Schädelhöhle, an der Stelle, wo letzteres mit der Brücke zusammengrenzt, fieberhafte Erscheinungen im Gefolge hat. Darum schliesst er seine Arbeit mit den Worten: Physiologische Experimente und klinische Thatsachen bestätigen das Vorhandensein von Moderationscentren im Gehirn.

Naunyn und Quincke haben drei Jahre später an Hunden ebenfalls Rückenmarksdurchschneidungen vorgenommen und ebenso wie Tschetschechin gefunden, dass die Temperaturerhöhung „weit schneller eintritt und weit höheren Grad erreicht, wenn die Trennung im Halstheile als wenn sie im untern Brusttheile der Medulla statt hat". Sie sind daher der Ansicht, „dass im Rückenmarke Nervenfasern verlaufen, durch welche vom Gehirn aus ein moderirender Einfluss auf die wärmebildenden Processe im Organismus ausgeübt wird". Dass diese Ansicht Naunyn noch heute vertritt, geht aus dem neulich von ihm erschienenen Aufsatze „über Fieber und Kaltwasserbehandlung" mit voller Deutlichkeit hervor.

Neuerdings ist diese ganze Frage noch von Prof. Wood in Washington in sehr ausführlicher Weise in einem grossen Werke behandelt worden. Er hat sowohl Zerstörung der Gehirnrinde als auch Durchschneidungen des Rückenmarkes vorgenommen und nicht nur die Aenderung der Eigenwärme beobachtet, sondern auch die Wärmeproduction calorimetrisch gemessen. Es zeigte sich, dass Durchschneidung oberhalb der Med. obl. an der Grenze des Pons vermehrte Wärmeabgabe und vermehrte Wärmeproduction zur Folge habe, und zwar wie Wood mit Tschetschechin annimmt, wegen Wegfalles eines moderirenden Centrums, welches in oder über dem Pons liegt. In einem Vortrage in der Sitzung der Hufelandischen Gesellschaft im October 1871 sagt ferner Prof. A. Eulenburg: „Weiter nach den Centren hin sondern sich die Bahnen der vasomotorischen und der trophischen Fasern ebensowohl wie die der motorischen und der sensiblen. Es darf als ziemlich erwiesen gelten, dass, wie es gesonderte Centra der Herzinnervation und des Gefässtonus giebt, so auch gesonderte Centra für die Regulirung der thierischen Wärme, des Stoffwechsels, besonders aber für die Muskelernährung. Auch Hitzig, der das Eulenburg-Landois'sche Centrum am Hunde bestätigt hat, fordert noch vor einigen Wochen auf Grund seiner pathologischen Beobachtungen zur neuen experimentell-physiologischen Arbeit über den Einfluss des Grosshirns auf die Körpertemperatur auf.

Wenn auch die Erfahrung mahnt, das, was man durch das Thierexperiment gewonnen, nicht unmittelbar auf die menschliche Pathologie zu übertragen, so drängen sich uns doch aus der Pathologie eine solche Menge von Thatsachen auf, die die Annahme eines Wärmecentrums im Gehirn gebieten, dass es in der That schon der Entscheidung durch das Experiment bedarf. Wie oft stehen die Aerzte rathlos vor der Frage, woher das Fieber kommt, und wie oft hat man die Thatsache registriren müssen, dass bei apoplectischen Insulten und vielen anderen Affectionen in cerebro bedeutende Temperatursteigerung eintrat! Durch die Güte des Herrn Prof. Eulenburg liegt mir in Bezug auf diese Frage eine grosse Menge von Beispielen aus der Litteratur vor, deren eingehende Berücksichtigung und Besprechung uns ebenso schwierig als für den heutigen Vortrag angebracht erscheint.

Die Pathologie hat jedenfalls schon lange bevor die Physiologie ihren ersten Versuch über den Einfluss der Chorda tympani auf die Wärme des Unterkieferdrüsenspeichels angestellt hat, auf die Abhängigkeit der Wärmeregulation vom Nervensystem hingewiesen. Durch den Nachweis eines Wärmecentrums im Grosshirn beim Hunde, Kaninchen und Meerschweinchen hat die Physiologie, so weit es an ihr lag, auch gezeigt, dass das, was bisher nur als geistreiche Hypothese galt: die Abhängigkeit des Fiebers vom Centralnervensystem, ein wirklich bestehendes Gesetz der Natur sei.

II. Weitere Mittheilungen über Luftfiltration.

Von

Bezirksarzt **Dr. W. Hesse** in Schwarzenberg.

In No. 2 des laufenden Jahrganges dieser Wochenschrift habe ich vorbehaltlich weiterer Mittheilung eine Arbeit über Abscheidung der Mikroorganismen aus der Luft veröffentlicht, und am Schlusse derselben einiger Versuche gedacht, bei welchen Watte, leicht luftdurchlässiges Filtrirpapier und Cellulose als Filterstoff verwendet wurde. Nachdem ich mit den ebengenannten Stoffen eingehende Versuche angestellt, auch einige andere wichtige Materialien berücksichtigt habe, stehe ich nicht an, die hierbei hervorgetretenen Thatsachen in Kürze zur allgemeinen Kenntniss zu bringen.

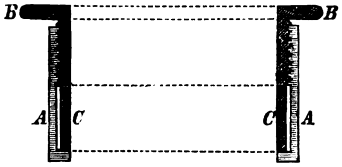
Ich erwähne, dass die Zahl meiner auf Luftfiltration gerichteten Versuche weit über 200 beträgt, halte es auch für angezeigt, eine kurze Beschreibung der Apparate und der Versuchsanordnung vorauszuschicken.

I. Apparate.

1. Apparat zum Einspannen von Filtern aus Papier und anderen starren Stoffen.

Der von Herrn Dr. K. Möller in Brackwede ersonnene Apparat besteht aus 3 Theilen, nämlich einer Hülse A, mit nach innen vorstehendem Rande, auf welchen durch Schraube B und Ring C das genau nach dem inneren Durchmesser von A geschnittene und auf den vorstehenden Rand von A aufgelegte Filter festgepresst wird. (Vergl. Abbildung I.)

I.

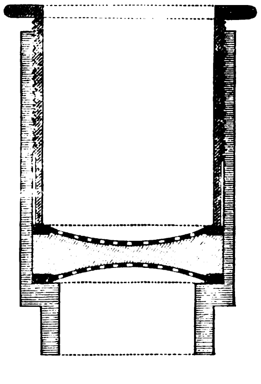


Die filtrirende Fläche beträgt ihrem Durchmesser von 4 cm entsprechend 12,6 qcm.

2. Apparat zur Compression der Watte und anderer lockerer Filterstoffe.

Derselbe, ebenfalls von Herrn Dr. Möller, und zwar in 2 verschiedenen Grössen angefertigt, ist dem vorbeschriebenen Apparate ähnlich, nur wesentlich stärker gebaut, und an Stelle des Ringes C mit 2 siebartig durchlöcherten Platten versehen, zwischen welchen der Filterstoff festgehalten wird und beliebig gepresst werden kann.

II.



Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Platten haben, um eine gleichmässige Pressung des Filterstoffes nach allen Richtungen, namentlich auch gegen die Innenwand des Apparates hin zu bewirken, eine convexe Form. (Vgl. Abbildung II.)

II. Versuchsanordnung.

Diese Apparate, gewissermaassen die Trichter für die Filter, wurden nun derart verwendet, dass eine stark mit Mikroorganismen (Haderstaub) geschwängerte Luft durch das Filter gesaugt, und die filtrirte Luft vermittelst Luftuntersuchungsröhren auf ihre Reinheit geprüft wurde. Selbstverständlich ging einem jeden Versuche sorgfältiges Sterilisiren der Luftuntersuchungsröhre, sowie Sterilisiren und Trocknen des Filters voraus, auch war zur Vermeidung einer jeden Verunreinigung des Filtrates das Filter mit der Luftuntersuchungsröhre luftdicht verbunden.

Die Wirkung der Filtration wurde nach der Menge und Art der auf der Gelatine zur Entwickelung kommenden Colonien beurtheilt. (Ausführliches hierüber s. in meinen Arbeiten im 2. Bande der Mittheilungen des Reichsgesundheitsamtes und in dieser Wochenschrift.)

III. Neue Versuche.

1. Versuche mit sehr leicht durchlässigem Filtrirpapier.

Von den 2 Sorten sehr leicht durchlässigen Filtrirpapieres, welche mir zur Verfügung standen, stammte die eine von Faubel & Co. in Cassel (Niederländisch Patent), die andere von Schleicher & Schüll in Düren (anscheinend frisch hergestellte Bogen der Sorte No. 597). Beide Sorten setzten der Luft beim Durchsaugen einen ausserordentlich geringen Widerstand entgegen, indem eine aus 10 auf einander gelegten einfachen Lagen bestehende Scheibe von 4 cm Durchmesser 1 l Luft bei 1 mm Wasserdruck in 9 Minuten hindurchliess.

Die erstgenannte Sorte zeigte schon bei oberflächlicher Betrachtung eine sehr ungleichmässige Vertheilung des Papierstoffes. Dementsprechend war auch das Untersuchungsergebniss kein gleichmässiges, und die Zahl der Blätter, die übereinander gelegt werden mussten, um Keimdichte zu erzielen, verschieden. Im Allgemeinen aber waren beide Sorten in 7—10facher Lage bakteriendicht und in 10—20facher Lage keimdicht.

2. Versuche mit doppelt und dreifach geschöpftem Filtrirpapier.

Derartige mehrfach geschöpfte Filtrirpapiere liessen auf Ansuchen Schleicher und Schüll in der Weise herstellen, dass auf die einfach geschöpfte Schicht sofort noch 1, bez. 2 Schichten nachgeschöpft wurden. Dieses Verfahren erwies sich insofern äusserst günstig, als das doppelte geschöpfte Filtrirpapier schon in einfacher Lage bakteriendicht, in zweifacher aber bereits keimdicht war, und dass das dreifach geschöpfte schon in einfacher Schicht alle Keime zurückhielt. Leider aber waren beide Papiersorten sehr schwer luftdurchlässig, denn es brauchte 1 l Luft zum Durchgang durch eine Scheibe doppeltgeschöpften Papieres von 4 cm Durchmesser bei 1 mm Wasserdruck 26 Min., durch eine dergleichen dreifachgeschöpften bei 5 mm Wasserdruck 13 Min.

Bei gleichem Verhalten gegenüber den Luftkeimen werden demnach diese Papiere von den lockerfasrigen, leicht durchlässigen Filtrirpapieren entschieden übertroffen.

3. Versuche mit Cellulose.

Hierbei verwendete ich zumeist 1—2 mm starke lockere Pappe aus Cellulose, welche nach dem Schwefelnatriumverfahren dargestellt worden war.

Filter aus derartigen Pappen wirken ganz ähnlich wie solche aus leicht durchlässigem Filtrirpapier. Die nachstehende Tabelle giebt Auskunft über eine Anzahl Versuche, in denen Bakterien- bez. Keimdichte erzielt wurde:

Versuchsergebniss	Zahl der Lagen (der Pappe)	Dicke einer Lage (der Pappe)	Durchmesser d. Papierscheiben	angewandter Wasserdruck	Durchflusszeit von 1 l Luft
Bakteriendichte	3	2 mm	4 cm	1 mm	7 Min.
"	4	reichl. 1 "	"	"	6 "
"	3	2½ "	"	"	6 "
"	5	1 "	"	"	7 "
"	5	1 "	"	"	6 "
Keimdichte	3	3 "	"	"	12½ "
"	2	4 "	"	"	20 "

Aehnliche Ergebnisse wurden mit Pappfiltern aus Mitscherlich's Cellulose von 1½—9 mm Dicke erreicht, nur dass — wahrscheinlich in Folge stärkerer Pressung des Stoffes und der Anwesenheit inkrustirender Bestandtheile — der Luftdurchtritt etwas schwieriger erfolgte.

Die Versuche mit Filtern aus Schwefelnatrium-Cellulose fielen nicht ganz gleichmässig aus, wohl weil der festangeezogene Ring C nicht selten verhältnissmässig tief in die lockere Pappe einschnitt und kleine Zerreissungen bewirkte, wodurch keimdurchlässigere Stellen entstanden.

4. Versuche mit Watte.

Wie schon in meiner früheren Arbeit bemerkt, gelang es mir bei meinen Vorversuchen ohne besondere Maassnahmen nicht, die Luft vermittelst Watte keimfrei zu machen. Es trat vielmehr nur in dem einen Falle, dass Baumwolle sehr fest in ein Glasrohr eingepresst wurde, Keimdichte[1]) ein. Da solche Baumwollpfröpfe aber sehr schwer durchlässig für Luft waren, erübrigte es, unter Benutzung eines geeigneten Apparates genau festzustellen, welche Menge von Material und welcher Grad der Pressung erforderlich sei, um Watte keimdicht zu machen und dabei möglichst luftdurchlässig zu erhalten.

In den betreffenden Versuchen kam der oben beschriebene Apparat, sowie von Herrn Dr. Möller gelieferte, zwischen Gaze eingenähte Tafelwatte, zumeist ein Gemisch von bengalischer und amerikanischer Baumwolle, seltner rein amerikanische Baumwolle, zur Verwendung. 6 Scheiben von 6½ cm Durchmesser dieser in lockerem Zustande etwa 1 cm dicken Watte wiegen 8 g.

Theils der Schwierigkeit wegen, die Watte kreisrund zu schneiden, theils um einen sicheren Anschluss der Watte an die Hülsenwand zu erreichen, wurden die Scheiben etwas grösser geschnitten, als die lichte Weite der Hülse betrug.

Nun ergab sich, dass ganz wie beim Filtrirpapier mit jeder Vermehrung der Schichten eine Verminderung der Zahl und Arten der durchgedrungenen Keime eintrat, bis nur noch die kleinsten Pilzsporen und zuletzt gar keine Keime mehr hindurchgingen, dass auch in jeder anderen Hinsicht die bei Papierfiltern gewonnenen Erfahrungen Bestätigung fanden. Völlige Keimdichte wurde erreicht, wenn man mindestens 6 reichlich geschnittene Watteschichten auf knapp ½ cm Dicke zusammenpresste. Bei Verwendung von mehr (8—10) Wattescheiben war derselbe Erfolg mit kleiner geschnittenen Scheiben und schwächerer Pressung (bis 1 cm) zu erzielen. Leider lässt sich wegen der siebartigen Beschaffenheit der Platten die wirkliche filtrirende Fläche nicht genau berechnen, und muss ich mich in dieser Beziehung auf die Angaben beschränken, dass auf den ganzen Querschnitt der Siebe von rund 28 qcm (entsprechend dem lichten Durchmesser der Hülse A von 6 cm) 136 Oeffnungen von je 2 mm, also zusammen 4,27 qcm Luftöffnung kam, und dass 1 l Luft bei 1 mm Wasserdruck die keimdichten Filter je nach der Anzahl der Filterschichten in 3¼—5 Minuten durchzog, demnach jedenfalls die Luftdurchlässigkeit der Filter eine sehr grosse war. Ganz ähnliche Ergebnisse lieferten Versuche, welche mit einigen andern theils organischen, theils unorganischen Stoffen angestellt wurden:

Stoff	Zahl der Lagen	comprimirt auf	angewandter Wasserdruck	Durchflusszeit von 1 l Luft durch das Filter	Ergebniss.
sehr lockerer wollener Ueberzieherstoff	12	0,6 cm	1 mm	4½ Min.	**keimdicht**
Bieber	12	0,3 "	1 "	3¼ "	**35 Colonien**
Schlackenwolle aus den Werken von Krupp in Essen festgepresst.		Dicke der Schicht 13 cm	2 "	13 "	**keimdicht**
dergl. locker		13 "	1 "	10 "	**desgl.**
dergl. festgepresst		3 "	1—1½	3 "	**desgl.**
feiner Quarzsand (Streusand)		18 "	1 "	14 "	**desgl.**
desgl.		4½ "	1 "	4 "	**durchlässig.**

Aus dieser Tabelle ist die vorzügliche Leistung der Schlackenwolle hervorzuheben.

Die minder günstige Wirkung des Bibers, den mir Herr Dr. Möller zur Prüfung zustellte, ist jedenfalls auf die Grösse der Maschen dieses Gewebes zurückzuführen.

Vermuthlich lässt sich auch mit diesem Stoffe durch Vermehrung der Schichten Keimdichte erreichen.

Wiederholt wurde das in den Gelatineröhren zum Ausdruck gelangte Untersuchungsergebniss noch dadurch sichergestellt, dass man die einzelnen Filterschichten auf ihren Keimgehalt prüfte. Man übertrug zu diesem Zwecke kurz nach beendetem Versuche die Filterschichten der Reihe nach von innen nach aussen weiterschreitend in grosse Reagirgläser, welche etwas Nährgelatine enthielten, verflüssigte dann die letztere bei etwa 35° C., bespülte und durchtränkte mit

[1]) Ueber die Keimdichte gewisser Baumaterialien vergl. meinen Aufsatz im 2. Bande der Mittheilungen aus dem Reichsgesundheitsamte S. 202 ff.

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

ihr die Filterschicht, und liess sie bei annähernd horizontaler Lagerung des Glases wieder erstarren.

Bei weiterer Beobachtung der bei Zimmertemperatur aufbewahrten Gläser liess sich an den darin zur Entwickelung gekommenen Colonien erkennen, dass die äusserste Filterschicht weitaus die meisten Keime enthielt, mit jeder folgenden Schicht aber Zahl und Art der Keime stetig abnahm, bis nur noch vereinzelte Schimmelpilzcolonien auftraten, und endlich — wenn das Filter keimdicht gewesen war — jedes Wachsthum ausblieb.

Bei starren Filterstoffen (Papier) liefert dies Verfahren regelmässig so klare Ergebnisse, dass es dazu geeignet erscheint, von vornherein zu bestimmen, wieviel Filterschichten zur Erzielung von Keimdichte erforderlich sind, wenn es erst gelungen sein wird, ganz gleichmässig beschaffene Filterstoffe herzustellen. Mit lockeren Filterstoffen (Watte) erhielt ich ein weniger anschauliches Bild, weil es schwierig war, dieselben in gleichmässigen, genügend dünnen Schichten aus dem Apparate zu entfernen, und anscheinend auch die Keime an verschiedenen Stellen des Filters ungleich tief eindringen.

Wie ich in meinem früheren Aufsatze dargethan habe, kommt der Filtration der Luft der Umstand zu Statten, dass die kleinsten Mikroorganismen (Bakterien und Bacillensporen) nicht in isolirtem Zustande, sondern zu mehreren zusammenhängend oder in Theilchen ihres Nährbodens eingebettet, bez. daran oder an anderen Substanzen (Keimträgern) haftend in der Luft enthalten sind. Es genügt daher, die Bedingungen an die Leistungsfähigkeit von Luftfiltern zu stellen, dass sie die kleinsten isolirten Schimmelpilzsporen zurückhalten.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der Filtration von Flüssigkeiten, insbesondere von Wasser. Hier sind die für Luftkeime undurchlässigen Filter keineswegs wirksam.

Es bedarf vielmehr einer Einrichtung, durch welche auch die kleinsten im Wasser isolirt enthaltenen Mikroorganismen am Durchtreten gehindert werden.

Auf dem behufs Filtration der Luft durch Watte betretenen Wege fortschreitend ist es mir neuerdings gelungen, keimdichte Wasserfilter herzustellen und werde ich hierüber in einem folgenden Artikel berichten.

III. Antipyrin bei Phthise.

Von

Dr. Meissen,
II. Arzt der Heilanstalt Falkenstein i. T.

Das Antipyrin hat nach seiner Entdeckung rasch das Misstrauen überwunden, das man nachgerade jedem neuen Arzneistoff entgegenzubringen geneigt ist, weil der ersten Anpreisung die practische Bewährung so selten entspricht. Die Beobachtungen von Filehne, P. Guttmann u. A. bestätigen durchaus seine eminente Wirksamkeit als Fiebermittel und sichern ihm einen Platz unter den nicht eben zahlreichen bestimmt wirksamen Mitteln unserer Pharmacopoe, welche gerade auf dem Gebiete der Fiebermittel ihre Lücken hatte. Die Art der Anwendung des Antipyrins ist im Allgemeinen durch die genannten Veröffentlichungen bereits bekannt geworden. Dieselben beweisen vor allem, dass auch das Antipyrin nicht bei allen Fieberarten gleich kräftig wirkt, z. B. bei Malaria anscheinend erfolglos ist, und beziehen sich vorzugsweise auf acute fieberhafte Krankheiten. Ueber seine Verwendung bei chronischen Erkrankungen ist noch wenig bekannt geworden, so dass die in Falkenstein bei Phthise mit dem neuen Mittel gemachten Erfahrungen wohl Interesse bieten.

Zunächst ist die ausserordentlich prompte und gleichmässige Wirkung des Mittels gerade bei Phthise zu constatiren, in der es von keinem bisher bekannten Fiebermittel auch nur annähernd erreicht wird. Der auffallende Unterschied nach dieser Richtung wurde besonders frappant, da die Höchster Fabrik anfänglich das Antipyrin nicht regelmässig liefern konnte, so dass einige Kranke zu dem bisher angewandten Chinin oder zur Salicylsäure zurückkehren mussten. Die unangenehmen Wirkungen dieser Mittel auf Kopf und Magen traten ebenso sicher ein, wie eine deutliche Beeinflussung der Temperatur ausblieb. Die Folge war ein allgemeines Weh und Ach und eine wahre Sehnsucht nach Antipyrin bei den daran bereits gewöhnten Kranken. In der That ist die durch dasselbe bei fieberhafter Phthise herbeigeführte Euphorie eine ganz auffallende, und wird von allen Patienten in gleicher Weise gerühmt und hervorgehoben. Druck, Hitze oder Schmerz im Kopfe, Unruhe, Magenverstimmung und ähnliche Erscheinungen, wie sie bei fieberhaften Zuständen so häufig sind, verschwinden meist, sobald die Wirkung des Antipyrins eintritt. Bei manchen Kranken beobachtet man sogar eine erhebliche Verbesserung des Appetits, wenn man das Mittel so giebt, dass zur Essenszeit das Fieber in der Remission ist. Auch die von Chinin und Salicylsäure beobachtete schlafmachende Wirkung abendlicher Gaben bei chronischem Fieber zeigt das Antipyrin, und zwar in erhöhtem Maasse. Wenn der Schweissausbruch vorüber und die Leibwäsche gewechselt ist, stellt sich häufig eine wohlthätige Ruhe ein, der bald der Schlaf folgt. Die Dosis ist hier 0,5 — 1 g.

Nebenwirkungen wie Ohrensausen, Benommenheit im Kopfe, Schwindel, Erbrechen, Appetitlosigkeit, welche die Anwendung von Chinin oder Salicylsäure bei Phthise zu einer heiklen Sache machen, habe ich bei unserer allerdings vorsichtigen Dosirung niemals beobachtet, obwohl manche Kranken das Mittel bereits wochenlang nehmen, und dasselbe überhaupt eine der häufigsten Verordnungen in der Anstalt bildet. Ich stehe nicht an zu behaupten, dass eben dieses Freisein von lästigen Nebenwirkungen der grösste Vorzug des Antipyrins ist, und ihm eine ausgedehnte Anwendung bei Phthise sichern wird. Nach längerem Gebrauche scheint zwar eine gewisse Gewöhnung einzutreten, so dass hernach grössere Gaben erforderlich sind wie Anfangs, um die gleiche Wirkung hervorzubringen. Doch werden Gaben bis zu 5g täglich selbst von Schwererkranken ganz gut und dauernd ertragen. Die fiebererniedrigende Wirkung des Antipyrins tritt sehr bald nach dem Einnehmen ein, und ist nach einer Stunde meist schon auf dem Maximum angelangt; das Wiederansteigen der Temperatur erfolgt langsam und gleichmässig, und nach meinen Beobachtungen niemals mit Frost wie bei Kairin. Zunächst zeigt sich nach dem Einnehmen vermehrtes Wärmegefühl in der Haut, dem fast allgemein ein Schweissausbruch folgt, der verschieden bei den verschiedenen Kranken, im Ganzen um so stärker ist, je höher das Fieber vorher war. In einzelnen Fällen ist die Wasserausscheidung durch die Haut sehr mächtig, doch nie so unangenehm ermattend wie der Schweiss nach Salicylsäure. Meine Beobachtungen bestätigen durchaus, dass die durch v. Noorden empfohlene gleichzeitige Darreichung von Agaricin diesen Schweiss aufhebt oder doch vermindert, ohne die Wirkung auf das Fieber zu schwächen. Man darf daraus schliessen, dass die Entfieberung durch Antipyrin etweder durch Einwirkung auf die Wärmeregulirung oder durch Verminderung der Wärmebildung, nicht aber durch Vermehrung der Wärmeabgabe zu erklären ist.

Eine unter Umständen unangehme Erscheinung bei Antipyringebrauch ist das Auftreten eines Hautausschlags von erythem- oder urticariaähnlicher Beschaffenheit mit mehr oder weniger starkem Juckreiz. Dieses Exanthem scheint bei Antipyrin häufiger aufzutreten als bei andern Arzneimitteln, nach einem Ueberschlage etwa bei 10 Proc. der damit behandelten Fälle. Indessen bleibt es doch zweifelhaft, ob nicht doch bei gleich ausgiebiger Anwendung der andern Fiebermittel ein ähnliches Exanthem ebenso häufig auftreten würde. Der Antipyrinausschlag tritt in sehr verschiedener Ausdehnung auf, manchmal ganz begrenzt nur an den Gliedmaassen oder am Kopfe, in einzelnen Fällen aber über den ganzen Körper; auch die Belästigung durch Jucken oder Brennen ist sehr verschieden. Durchweg zeigt es sich nicht bei der ersten Verordnung, sondern erst nach kürzerm oder längerm Gebrauche; nach dem Aussetzen des Antipirins schwindet es von selbst in kurzer Zeit. Meist konnte es dann ohne weitern Schaden wieder von neuem gereicht werden. Nur in wenigen Fällen verbot sich die weitere Anwendung durch die sofortige Wiederkehr oder durch die allzu grosse Ausdehnung und Belästigung des Ausschlags. Sehr merkwürdig war das Wiederauftreten des Exanthems bei einer Patientin, die das Mittel bereits über 8 Tage ausgesetzt hatte; fast unmittelbar nach dem Verschlucken des Antipyrins trat der schon verschwundene Ausschlag wieder hervor und verbreitete sich mit blitzartiger Geschwindigkeit über den ganzen Körper. In diesem und in einigen andern Fällen war die Aehnlichkeit des Exanthems mit Masern so gross, dass selbst ein Arzt, der den Zusammenhang nicht wusste, durch den ersten Anblick hätte getäuscht werden können.

Schon die Beobachtungen von Tilmann auf der Leyden'schen Klinik liessen es nicht räthlich erscheinen, das Antipyrin bei Phthise in der gleichen Weise und Menge anzuwenden, wie es bei acuten fieberhaften Krankheiten üblich ist. Die durchweg geschwächten und blutarmen Kranken reagiren zu stark, und Collapserscheinungen würden die Folge sein. Bei langwierigen Fieberzuständen scheint es überhaupt nicht zweckmässig, die Temperatur ganz auf die Norm herabzudrücken, weil man infolge der Gewöhnung dann doch bald zu recht hohen Gaben gelangt. Wenn man die Körperwärme auf eine mässige Höhe, etwa 38° einzustellen sucht, so erreicht man alles was das Antipyrin bei Phthise überhaupt leisten kann, und kommt dann mit wiederholten Gaben von 0,5—1 Gramm aus, namentlich im Anfange, wenn eine Gewöhnung noch nicht eingetreten ist. Im Allgemeinen kann man bei nicht allzu intensivem Fieber als Regel annehmen, dass das Fieber durch 1 Gramm Antipyrin etwa um 1 Grad

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sinkt. Lässt man nun nach Maassgabe des Thermometers 2—3stündlich 0,5 Gramm weiternehmen, so erreicht man oft leicht die gewünschte Beschränkung des Fiebers. Häufig geben wir das Mittel auch so, dass wir 4—5 mal täglich messen lassen, und dann 1,0 reichen, wenn die Temperatur über 38,5 ist, 0,5, wenn sie zwischen 38,0 und 38,5 ist. Man bekommt den richtigen Zeitpunkt für die Darreichung und die Höhe der Einzelgabe bald heraus; beides gestaltet sich natürlich verschieden bei den verschiedenen Kranken. Das Agaricin, welches als schweisswidriges Mittel überhaupt sehr schätzbar ist, geben wir zu 5—10 Milligramm gleichzeitig mit dem Antipyrin, und zwar in Pillen, während wir letzteres in Oblate nehmen lassen; wir wenden das Agaricin aber nur an, wenn der Antipyrinschweiss stark belästigt. Der schlaf- und manchmal sogar appetitmachenden Wirkuug des Antipyrins wurde bereits gedacht. Letztere beruht darauf, dass bei sehr vielen Kranken in der Zeit, wo das Fieber ansteigt, Uebelkeit und Widerwille gegen alles Essen vorhanden ist; beides schwindet oft, wenn man das Fieber ins Sinken bringt. Auch die schweissmachende Wirkung des Antipyrins kann man in Fällen von intercurrentem Fieber, die man so häufig nach Ueberanstrengungen oder Erkältungen auftreten sieht, verwenden, wo man sonst eine Schwitzcur durch heisses Getränk und Zudecken angezeigt hielt. Der Schweissausbruch erfolgt nach 1—2 Gramm Antipyrin durchweg rasch und leicht, und kann durch Zudecken beliebig lange unterhalten werden. Es unterliegt ferner keinem Zweifel, dass man mit Hülfe des Antipyrins wie bei andern Krankheiten so auch bei Phthise die oft ausserordentlich quälenden Fieberfröste beeinflussen kann; doch fehlt mir genügende eigene Erfahrung nach dieser Richtung. Man würde $^1/_2$ Stunde vor dem Frost oder doch bei den ersten Anzeichen desselben 1,0 Antipyrin reichen, und diese Gabe eventuell nach 1 Stunde wiederholen. — In Fällen von schwerem und continuirlichem Fieber braucht man natürlich ziemlich erhebliche Mengen Antipyrin, um die Temperatur einigermaassen nachhaltig herabzusetzen. Gerade in solchen Fällen muss aber zur Vorsicht gerathen werden, da sie meist Kranke mit schon sehr geschwächtem Kräftezustand betreffen. Man muss sich hier auf Misserfolge gefasst machen; doch ist immerhin die häufig wenigstens vorübergehend sehr günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden hervorzuheben.

Man kann die Frage aufwerfen, hat denn die ausgiebige Verwendung eines Fiebermittels eine Berechtigung in der Behandlung der Phthise? Die Frage wäre natürlich unbedingt zu bejahen, wenn das verwendete Fiebermittel auf den Koch'schen Bacillus als das eigentliche Ens morbi einen deutlichen Einfluss hätte. Eine solche Wirkung scheint mir aber nicht vorhanden, so gut ich mir denken kann, dass ein Mittel, das den Bacillus schwächt oder vernichtet, zugleich ein Fiebermittel ist. Man kann die Wirkung des Antipyrins bei phthisischem Fieber nur vergleichen mit einem Gewicht, das eine Feder niederdrückt: die Feder schnellt zurück sowie man das Gewicht wegnimmt. Das Antipyrin wirkt bei Phthise rein symptomatisch: auch bei wochenlanger Behandlung mit Antipyrin habe ich keine wesentliche Beeinflussung des Krankheitsprocesses gesehen, die man unmittelbar ihm zuschreiben müsste. Dagegen ist die Euphorie bei Antipyringebrauch infolge der Verringerung des Fiebers entschieden sehr gehoben, und es unterliegt auch keinem Zweifel, dass Ernährung und Stoffwechsel erheblich besser von statten gehen, wenn man die Temperatur des fiebernden Phthisikers auf eine mässige Höhe regulirt. Das sind Momente, die um so gewichtiger in die Wagschale fallen, da sie beim Antipyrin durch keine üblen Nebenwirkungen verringert werden, und in ihnen liegt die Berechtigung der Anwendung dieses oder ähnlicher Fiebermittel bei Phthise, ebenso wie die Verpflichtung, von jedem Fiebermittel Abstand zu nehmen, sobald derartige Nebenwirkungen in den Vordergrund treten. Halten wir dies fest, so werden wir dem Antipyrin bald die richtige Stellung in der Phthisiotherapie geben: Wir werden nicht unterschiedslos jeden fiebernden Phthisiker mit Antipyrin füttern, sondern es nur dann anwenden, wenn Höhe oder Dauer oder Folgezustände des Fiebers eine Herabsetzung der Temperatur wünschenswerth machen. Wir werden auch keine Wunderdinge von ihm erwarten, wohl aber ein Mittel in ihm schätzen, das im rechten Falle und am rechten Orte wohl geeignet ist, mancherlei Leiden zu lindern, und an Sicherheit der Wirkung von keinem andern Arzneistoffe übertroffen wird.

IV. Schnittwunde der vorderen Magenwand, Heilung.

Von

Dr. **W. Facilides**-Reichenbach i. Vogtl.

Am Abend des 24. Juli d. J. wurde ich zu der 7jährigen Anna E. geholt; dieselbe war ungefähr $^3/_4$ Stunde vorher auf der Strasse gefallen, als sie mit einer leeren Weinflasche etwas holen wollte. Sie war so gefallen, dass die Flasche zerbrach und sie mit der vordern Fläche des Körpers in die Scherben stürzte. Sie wurde sofort aufgehoben und in das nahe Haus getragen, woselbst eine zufällig anwesende Hebamme auf die Wunde, welche sich nach Entfernung der aus einem Hemd, baumwollenen Leibchen und Jäckchen bestehenden Kleidung zeigte, eine in Carbolwasser getauchte Compresse legte. Nach Entfernung der letzteren zeigte sich mir dicht unterhalb des Rippenrandes, wenige Centimeter nach links von der Mittellinie eine kugelförmige, circa 6 cm im Durchmesser haltende dunkelroth gefärbte Geschwulst, die aus der Bauchwand herausragte.

Nachdem das Kind chloroformirt war, fasste ich die Geschwulst, die sich elastisch anfühlte und zog sie etwas hervor. Dabei stellte sich heraus, dass dieselbe aus einer schräg von oben innen nach unten aussen verlaufenden ungefähr 5 cm langen Schnittwunde der Bauchdecken herausragte und durch die gespannten Ränder der letzeren förmlich abgeschnürt wurde. Bei dem Hervorziehen bemerkte ich auch sogleich, dass aus der prolabirten Magenwand (denn etwas anderes konnte es doch nicht gut sein) Speisebrei hervorquoll und zwar aus einer auch 5 cm langen Schnittwunde, die an der hintern Kugeloberfläche lag und bis dahin jedenfalls zusammengedrückt gewesen war. Ich zog die Stelle sofort weiter nach vorn und schloss sie schnell durch Zusammendrücken mit den Fingern, da in eben diesem Moment das Kind heftig anfing zu erbrechen. Während des ziemlich lang anhaltenden Brechens hielt ich auf diese Weise die Magenwunde geschlossen und konnte sie erst nach dem Aufhören desselben durch 5 Juniperus-Catgut-Nähte nach Art der Darmnaht verschliessen.

Nach sorgfältiger Desinfection reponirte ich die Geschwulst, was nicht ganz leicht ging. Ich musste mit dem Finger bis zur Oeffnung im Peritoneum eindringen, wobei ich bemerkte, dass auch dieses einschnürend gewirkt hatte. Sogleich danach erbrach das Kind eine grössere Menge bluthaltigen Speisebreies, während vorher nur unblutiger zum Vorschein gekommen war. Die Peritoneal-Wunde zu schliessen, wäre ohne Erweiterung, die ich ohne Assistenz nicht wagte, unmöglich gewesen, und vereinigte ich deshalb nur die Bauchdecken durch 6 tiefe Seidennähte, verband mit Jodoformgaze und Salicylwatte und gab innerlich Opium. Absolute Diät.

Am andern Tage zeigte sich geringe Auftreibung des Leibes und besonders der Magengegend. Brechen immer noch vorhanden. Keine Schmerzen. Kein Fieber. Lebhaftes Durstgefühl. Eispillen.

Den 26. Juli immer noch Erbrechen, kein Fieber.

Den 27. Juli stellte sich Durchfall ein, der auch am folgenden Tage anhält. Keine bluthaltigen Ausleerungen.

Dann 8 Tage Verstopfung, Milch wurde erst am 4. Tage gestattet.

Die äussere Wunde heilte ganz reactionslos. Die Nähte wurden am 6. Tage entfernt. Danach trennte sich der untere Wundwinkel etwas, um sich aber bald durch Granulationen zu schliessen.

Nach drei Wochen konnte das Kind aufstehen, hatte sehr guten Appetit und befindet sich jetzt (Anfang November) ganz wohl.

Die auffallende Thatsache, dass bei einer so grossen Oeffnung der Magenwand kein Speisebrei in die Peritonealhöhle gelangt ist, kann man sich wohl nur dadurch erklären, dass die betreffende verletzte Partie der Magenwand im Moment der Verletzung sofort durch das lebhafte Schreien zum Prolabiren gebracht und daselbst durch die verhältnissmässig enge und gespannte Wunde der Bauchdecken abgeschnürt erhalten wurde.

V. Ueber den Einfluss von chronischen Erkrankungen der Nasenschleimhaut auf nervöses Herzklopfen.

Von

Dr. Küpper,
Oberarzt des St. Josephs-Hospitals in Elberfeld.

In der letzten Zeit sind viele Beobachtungen veröffentlicht worden, in denen chronische Erkrankungen der Nasenschleimhaut die verschiedensten Störungen nervöser Natur veranlasst hatten, und in denen eine entsprechende örtliche Behandlung oft von auffallenden Erfolgen begleitet war. Besonders waren es manche Formen von Asthma, Heufieber, Migräne, Supraorbital-Neuralgie, Schwindel etc., die einer dankbaren Behandlung zugeführt wurden. Es sei mir gestattet, folgende Beobachtung zu publiciren, um zu zeigen, dass, wenn vielleicht auch nur in wenigen Fällen, ebenfalls nervöses Herzklopfen durch genannte Krankheiten hervorgerufen werden kann.

Herr M., 27 Jahre alt, Beamter, consultirte mich Anfangs Mai d. J. wegen heftigen Herzklopfens, das ihn häufig während des Tages

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und namentlich Abends befalle, wenn er sich zu Bette lege; auch Nachts werde er durch Herzklopfen sehr häufig geweckt. Bis vor ½ Jahre sei er ganz gesund gewesen, da habe er sich durch Erkältung einen heftigen Halskatarrh zugezogen, welcher aber nach einer energischen Behandlung bald verschwunden sei. Allmählich habe sich von da an sein jetziges Leiden ausgebildet, und trotz der gebrauchten Mittel und eines sehr soliden Lebenswandels sei eine Besserung nicht eingetreten. Körperliche und geistige Anstrengungen steigerten die Beschwerden ungemein, ebenso müsse er geistige Getränke meiden. Morgens sei der Kopf stets eingenommen, eigentliche Kopfschmerzen seien nicht vorhanden. Herr M. hatte mehrere Aerzte consultirt, die Verordnungen — häufige Spaziergänge, kalte Waschungen, strenge Diät, Brom-Präparate etc. — brachten keine Erleichterung und ich wurde nur consultirt, um noch einmal dem Patienten zu erklären, ein organischer Herzfehler liege nicht vor.

Bei der Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane des sehr kräftig gebauten Herrn war irgend eine Abnormität nicht nachzuweisen, ebenso war der Puls ganz normal; nur zeigten sich an den unteren und mittleren Nasenmuscheln enorm entwickelte Schwellkörper, und starke Wulstungen an der hinteren Rachenwand.

Ich schlug Herrn M. vor, die erkrankte Schleimhaut der Nase und des Rachens galvanocaustisch zu behandeln, da möglicher Weise von diesen Stellen aus ein Reiz auf die Herznerven ausgeübt werde. Bekanntlich hat Remak schon Beispiele angeführt, in denen von Erkrankungen der Zähne aus Anfälle von nervösem Herzklopfen entstanden waren. Der Patient war mit der Operation einverstanden: in 12 Sitzungen wurden zunächst die Schwellkörper und dann die Wulstungen der Rachenschleimhaut zerstört.

Der Erfolg war ein guter: Patient verlor das Herzklopfen, schlief gut, der Kopf blieb frei, er konnte sogar, ohne dafür büssen zu müssen, ziemlich grosse Quantitäten geistiger Getränke zu sich nehmen und körperlichen Anstrengungen sich unterziehen. Die locale Behandlung der Schwellkörper dauerte von Anfang Mai bis Anfang Juni, in den ersten Tagen des November wurde das erwähnte Resultat nochmals constatirt.

Mit der localen Behandlung war zugleich unter Ausschluss von Medicamenten eine entsprechende allgemeine verbunden worden, da es in diesem, wie ähnlichen Fällen offenbar nothwendig ist, eine krankhafte Disposition zu heben. Die Gegenwart des Schwellkörpers und des betreffenden Reizes genügt nicht, um eine nervöse Erkrankung hervorzurufen, es muss auch die betreffende Anlage zu nervösen Erkrankungen vorhanden sein. Es wäre ja sonst unerklärlich, dass manche Personen sehr stattliche Schwellkörper besitzen, ohne irgend welche krankhafte Erscheinungen zu zeigen.

Zu gleicher Zeit erlaube ich mir, davor zu warnen, bei Schwangeren galvanocaustische Zerstörungen der Schwellkörper ohne besonders wichtige Indicationen vorzunehmen: mir sind hier in Elberfeld 2 Fälle bekannt, in denen Frauen abortirten, nachdem diese Operation von auswärtigen Collegen an ihnen ausgeübt worden war.

VI. Dr. Karl Bardeleben: Anleitung zum Präpariren auf dem Secirsaale. Für Studirende verfasst. II. vervollständigte Auflage. Jena, 1884, Gustav Fischer. Ref. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Waldeyer-Berlin.

Das vorstehend aufgeführte Buch erscheint bereits nach kurzer Frist in zweiter Auflage und wir können nur unsere Befriedigung darüber ausdrücken, dass der Verfasser sich entschlossen hat, dasselbe in einem wesentlich vervollständigten Gewande neu herauszugeben. Kürze, Bestimmtheit und Fasslichkeit, welche die erste Ausgabe auszeichneten, sind der zweiten, ungeachtet der bedeutenden Erweiterung ihres Rahmens, geblieben, und wir meinen, dass dies Hauptvorzüge einer „Anleitung zum Präpariren“, welche den Studirenden in den Präparirsaal begleiten soll, darstellen.

Besonders hervorgehoben zu werden verdient die eingehende Berücksichtigung der Eingeweide-Präparation, welche in mehreren der vorhandenen technischen Lehrbücher nicht gebührend berücksichtigt ist. Wenn schon naturgemäss das Material unserer Präparirsäle bezüglich der Splanchnologie ein beschränktes ist und mit der wachsenden Neigung, die Leichen der Krankenhäuser zu obduciren, ein immer ärmlicheres werden wird, so verdient die Eingeweidelehre eine um so sorgfältigere Behandlung und Pflege im Auditorium und auf dem Präparirtische.

Verf. hat hier gezeigt, dass er auch die Bedürfnisse der practischen Medicin vollauf zu würdigen weiss.

Lehrern wie Lernenden werden ferner die mitgegebenen Figuren, die beiden Zeit ersparen — insbesondere die für das Eröffnen des Herzens bestimmten und die Skizze der Hirnwindungen — willkommen sein. Referent stimmt vollkommen bei, wenn das von Virchow eingeführte Verfahren zur Zerlegung des Herzens gewählt worden ist, da es unstreitig auch für die normal-anatomische Untersuchung des Organs das einfachste und beste bleibt.

Weniger empfehlenswerth ist die Fig. S. 85 und dürfte wohl bei einer neuen Auflage durch eine getreuere ersetzt werden. Sollen ausserdem einige Wünsche geäussert werden, so scheint eine besondere Darstellung des „Subcutaneum“, wie es Verf. p. 11 nennt, wohl zeitraubend; bei den meisten Muskeln kann man füglich sofort die Fascie rein legen.

Schon zu p. 33/34 wäre die Erwähnung des vor dem Scalenus anticus liegenden N. phrenicus wohl angebracht und auf pag. 70 die Angabe dessen, was man mittelst der empfohlenen Zungenschnitte sehen soll. Förderlich für die Kenntnissnahme der Brunner'schen Drüsen schiene auch die Notiz, dass man dieselben bereits ohne alle Präparation bequem sehen und fühlen kann. Dieses aber und andere Kleinigkeiten, so wie einzelne Druckfehler (p. 14 „Cowper'sche Fascie“ statt „Cooper'sche Fascie“) können der Brauchbarkeit des Buches keinen Eintrag thun und sind wir überzeugt, dass dasselbe bald seinen Eingang bei den Präparirenden, denen wir es gern empfehlen, finden wird.

Wir benutzen diese Gelegenheit, um zu p. 13 zu bemerken, dass das „Aufblasen“ der Gelenkkapseln eine alte Praxis des Strassburger Präparirsaales war, und auch wohl anderwärts vielfach in Gebrauch gewesen sein dürfte, vgl. z. B. Hyrtl: Zergliederungskunst, p. 105 u. p. 147.

VII. Otto Küstner, Beiträge zur Lehre von der Endometritis. Ref. Carl Ruge-Berlin.

Die „Beiträge zur Lehre von der Endometritis“ von Otto Küstner, Jena 1883 — Verlag bei Fischer, sind zur Feier der 25jährigen Directoriatsthätigkeit von Bernhard Schultze erschienen und enthalten folgende 3 Aufsätze:

I. Ueber die genetischen Beziehungen des Abortes und der Geburt zur Endometritis.

Küstner stellt sich in diesem Aufsatze die Aufgabe, den von einigen Autoren bestrittenen Zusammenhang zwischen Abort, Geburt und Endometritis sicher festzustellen. Er führt eine Reihe von Fällen an, bei denen die Symptome in grossen Zügen dieselben sind: Abort — nach einiger Zeit Blutungen — Entfernung von mehr oder weniger grossen Wucherungen aus dem Uterus — Heilung. Ein Stück der Decidua ist allein oder mit Chorionzotten nach der Entbindung zurückgeblieben, hat sich organisirt. Mikroskopisch sind Chorionzotten, oder Gewebe mit deutlich decidualem Bau nachzuweisen — es ist in dem Arrangement der Drüsen noch mit Entschiedenheit der ausgesprochene deciduale Charakter erhalten („grosse unregelmässig gestaltete, verzogene Gewebslücken, nur durch zarte Gewebszüge von einander getrennt“) — aber in einem Theil ist auch nichts Charakteristisches aufzufinden: nach längerem Verweilen im Uterus können die von der Decidua herstammenden Wucherungen ein der Uterusschleimhaut völlig gleichendes Aussehen erhalten. Die aus Deciduainseln entstehenden Wucherungen nennt Küstner Deciduome, oder wenn ihre Structur nicht mehr sicher ihre Herkunft zeigt, sie zur einfachen adenomatösen Wucherung geworden sind, Decidualadenome. Ungefähr 40,9 Proc. der Adenomen sind decidualen Ursprungs. Bei der Feststellung der in Rede stehenden Erkrankungen entscheidet sich Küstner für Eröffnung des Uterus durch den Quellmeissel. Das Cürettement ist ein „unzulängliches, unelegantes Sprechstundenverfahren“, das bei der kranken vorbeikrazt, gesunde Schleimhaut entfernt; in Betreff der Diagnose ist das Evidement unbrauchbar, da das mikroskopische Bild nichts entscheidet. — Küstner's Untersuchungen und Resultate beruhen zum wichtigsten Theil auf Untersuchung des Ausgekrazten. Küstner glaubt auch, aus Deciduomen maligne Degeneration annehmen zu sollen: in einem scheinbar hierhergehörigen Fall, der nach Dilatation des Uterus durch den Quellmeissel plötzlich verstarb, fand sich ein Sarcom. globocellulare.

II. Erosion und Ectropium.

In der Lehre der Erosionen, die mit wohlcharakterisirtem, meist etwas niedrigen Cylinderepithel bedeckt sind, ist noch die Frage zu entscheiden, ob sie embryonalen oder neueren (nicht embryonalen) Ursprungs sind. Küstner trifft in dem vorliegenden Aufsatz keine bestimmte Entscheidung: er lässt in der Schilderung beide Möglichkeiten zu. Er macht an Heilungsvorgängen auf die zu verschiedenen Zeiten verschieden hohe und tiefe Grenze zwischen Cylinderepithel und Plattenepithel am Orificium externum aufmerksam. Bei Anwendung von Acetum pyrolignosum verschwinden selbst die Duplicaturen des Cylinderepithels (die Drüsen), so dass mit der Heilung die Erosionen ihre vaginale Natur wieder annehmen. Ebenso lässt die Beschreibung Küstner's über die Wirkung des katarrhalischen Uterussecretes auf die Scheide seine Ansicht über die vaginale Natur der Erosionen

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

durchblicken: er sagt, dass überfliessendes, katarrhalisches Uterussecret die Grenze zwischen Platten- und Cylinderepithel nach aussen — scheidenwärts — verschiebt und adenoide Degeneration der Schleimpartie um das Orificium externum veranlasst. Dagegen steht K. andrerseits voll auf dem Standpunkt Fischel's über das angeborne Ectropium, das dem Lacerationsectropium gleicht: er hat congenitale „Lacerationsectropien" bei einer 17- und einer 19jährigen Person gesehen, die den bei Geburtsverletzungen entstandenen vollständig gleichen: die vordere und die hintere Lippe ist durch einen Gewebsspalt getrennt, der bis ins Niveau des Scheidengewölbes hinaufreichen kann. Küstner betont die Wichtigkeit dieses Befundes für den Gerichtsarzt bei der Beurtheilung der Virginität. Der Uterus in dem einen Fall war 1—$1^1/_2$ cm zu kurz, die Portio hatte das täuschende Bild eines „Schweinrüssels". — Küstner kommt ferner bei der Betrachtung eines Falles von einer „gutartigen", blumenkohlartigen, pilzförmigen, mit zerklüfteter Oberfläche versehenen Portio bei einer in 12 Jahre langer steriler Ehe lebenden Frau zu der Ansicht, dass wirkliche (traumatische) Lacerationsectropien frühzeitig einen epithelialen zur Malignität tendirenden Charakter zeigen, während die angebornen anatomischen Ectropien länger den gutartigen bindegewebigen Typus behalten.

In Bezug auf die Heilung des Uteruskatarrhes plaidirt Küstner für die Ausspülungen des Uterus mit Carbol oder Sublimat, 1—2 mal täglich nach B. Schultze und theilt seine Beobachtungen über die Schleimhautveränderungen während dieser Behandlung mit: die Portio wird dünner, die umgekrempelten Lippen werden wieder zum Cervicalcanal, ein Beweis für die Ectropionirung — die erodirten Flächen verschwinden; — zugleich heilt die Spülflüssigkeit, wie erwähnt, die Erosionen. Es sind also 2 Vorgänge, die durch die Behandlung nach Schultze erreicht werden, einmal heilen die Erosionen, zweitens verschwinden die Ectropien. Neben diesen Beobachtungen bei der Spülbehandlung bestätigt Küstner die von Hofmeier geschilderten Heilungsvorgänge bei Acetum pyrolignosum.

III. Ueber die normalen und pathologischen Secrete des Uterus.

Küstner untersucht die normale Beschaffenheit und Menge der Secrete im Genitalrohr. Zur Feststellung der vaginalen Secretion wird das Orificium externum uteri mit Heftpflaster und Collodium verklebt — es findet sich bei derartig verhindertem Zufluss von oben in der Vagina nur „mehlige Beschaffenheit" des „Secretes", des Belages, in geringer Menge. Aus dem Cervix und Uterus wird isolirt das Secret aufgefangen durch Röhrchen, die an verschieden hochangebrachten Oeffnungen das Secret an den entsprechenden Stellen aufnehmen. Der Cervix liefert im normalen Zustand weissliche zähe, trägefliessende Flüssigkeit, der Uterus dünne, leichtfliessende, lymphartige, die stets mucinhaltig ist (wie die des Cervix). Die Mengen, die nach Küstner ungefähr in $^1/_{20}$ mm Höhe die Schleimhaut des Uterus überziehen, sind gering.

Was die pathologischen Secrete anlangt, so wurden sie in derselben Weise isolirt aufgefangen; sie sind im Cervix schleimig, eitrig, blutig, im Corpus blutig, von scheinbar normaler Beschaffenheit, eiterig. Die Methode zeigt ferner, wie oft Corpus- und Cervixkatarrhe zusammentreffen, wie oft sie isolirt vorhanden sind. Am häufigsten kommen sie combinirt vor, dann folgen die Cervixkatarrhe, dann die des Uterus: letztere sind meist eiterig. Mikroskopisch oder chemisch ist kein Unterschied zwischen den Secreten zu finden. Ueber die in den Secreten vorkommenden Mikroorganismen giebt Küstner nur vorläufige Andeutungen: er sah 4—6 verschiedene Formen, die nach Sublimatbehandlung völlig (nach Carbol nicht gänzlich) verschwanden.

VIII. Ueber neuere Kaiserschnitt-Methoden von H. Fehling. Sammlung klinischer Vorträge herausgegeben von Richard Volkmann. No. 248. Leipzig. Breitkopf und Härtel 1884. Ref. S. Guttmann.

F. resumirt und empfiehlt Folgendes zur Nachachtung in der Praxis:

1) Der alte Kaiserschnitt mit einfacher Uterus- und Bauchnaht soll bei Sterbenden oder Todten nach den hierfür bestehenden Indicationen und gesetzlichen Vorschriften ausgeführt werden; d. h. in Fällen, wo es nur darauf ankommt, möglichst rasch das Kind zu entwickeln und dann die Bauchwunde sauber zu schliessen.

2) Der Kaiserschnitt mit Einfalzung des Peritoneums zum Zweck der Naht, (modificirte Sänger'sche Methode) ist auszuführen bei relativer Indication, wenn die Frau, der Möglichkeit noch weitere Nachkommenschaft zu erhalten, nicht beraubt sein will, ferner bei Missbildungen, verwachsenen Zwillingen, Carcinom der Cervix.

3) Die Operation nach Porro empfiehlt er in allen Fällen von Osteomalacie und hochgradiger Beckenverengerung (Conjugata vera unter 5.5 cm) also bei absoluter Indication auszuführen, wo jede erneute Schwangerschaft wieder zum Kaiserschnitt führen mus; ferner bei allen irreponiblen Beckentumoren, endlich in gewissen Fällen von relativer Indication, wenn die Eltern es im Interesse des Kindes selbst wünschen.

IX. Morell Mackenzie, Hay fever, its etiology and treatment. Second edition. London 1884. Churchill. — Ref. Maximilian Bresgen, Frankfurt a. M.

Verf. definirt das sog. Heufieber als „eine eigenthümliche Erkrankung der Schleimhaut der Nase, der Augen und der Luftwege, veranlassend Katarrh und Asthma, und fast stets hervorgerufen durch die Wirksamkeit des Pollens von Gras und Blumen, und deshalb nur dann vorherrschend, wenn solche in Blüthe sind". Die Ursachen theilt Verf. in prädisponirende und veranlassende ein. Die erstere sieht er im Besitze einer besonderen Idiosynkrasie, welche durch Rasse, Temperament, Beschäftigung, Erziehung, Lebensweise, Geschlecht, Heredität und Alter beeinflusst werde. Unter den von verschiedenen Seiten als veranlassende Ursachen angesehenen Umständen erscheint es Verf. als nicht dem kleinsten Zweifel unterworfen, dass der Pollen der wesentliche Factor bei jener besonderen Prädisposition sei. Dieser Auffassung entsprechend ist die Therapie des Verf.'s auch eine resignirte; sie beschränkt sich auf Fernhalten der Kranken von Gelegenheiten, die ihnen Pollen zuführen könnten, auf Darreichung von Nervinis, Opium, allenfalls medicamentösen Dampfinhalationen in die Nase und Einführung von medicamentösen Bougies in dieselbe, Einathmen von angezündetem Salpeterpapier etc.

Es sei dem Ref. gestattet, im Anschlusse hieran einige nothwendige Bemerkungen zu machen. Er hat schon in einer vom Verf. nicht benützten Schrift über das Asthma bronchiale (Volkmann's Sammlung No. 216. pag. 18; Leipzig 1882.) darzulegen versucht, das Heuasthma und Bronchialasthma von einander nicht wesentlich verschieden seien; denn beide würden (in den bezüglichen Fällen) sicherlich nur durch die Schwellung der Nasenschleimhaut hervorgerufen, während der Pollen blühender Gräser und Blumen nur bei gewissen Personen und auch nur dann irritirend auf die Nasenschleimhaut zu wirken vermöge, wenn dieselbe bereits in einem Zustande chronischer Rhinitis sich befinde. Seitdem hat Ref. wiederholt constatiren können, dass bei sog. Heuasthma auch während der sog. anfallsfreien Zeit nicht nur eine wirkliche chronische Rhinitis bestand, sondern dass auch asthmatische Beschwerden mit vorausgehendem Kribbeln und Jucken in Nase und Augen zur Winterszeit bei vermehrter Schwellung der Nasenschleimhaut sich einstellten. Ref. hat aber auch auf's Bestimmteste beobachten können, dass der Pollen seine Wirksamkeit auf die Nasenschleimhaut um so mehr einbüsste, je mehr die chronische Rhinitis zum Verschwinden gebracht wurde. Noch niemals aber sah Ref. einen Fall von sog. Heuasthma, in welchem er nicht unzweifelhaft das Vorhandensein einer chronischen Rhinitis hätte constatiren können; die Kranken geben auf genaues Befragen auch bestimmt an, vor ihrem sog. Heuschnupfen schon vielfach an „Schnupfen" gelitten zu haben.

Hiernach muss auch die Therapie des Ref. gegenüber der des Verf. eine active sein, — und die Deutschen Rhinologen stehen wohl im Allgemeinen auf dem gleichen Standpunkt! Wenn es auch unmöglich ist, den Pollen von der Nasenschleimhaut gänzlich fern zu halten, so kann man dennoch eine vollkommene Heilung des sog. Heuasthma erzielen, aber einzig und allein durch Beseitigung der nie fehlenden chronischen Rhinitis. Hierbei aber kommt dem Galvanokauter die vornehmste Rolle zu; ihm schliessen sich später mildere Mittel, schwache Argent. nitr.-Pulver, Jodglycerin etc., unterstützend an. Dass sorgfältige allgemeine Maassnahmen und zeitweilig sich wiederholende Controlluntersuchungen nicht fehlen dürfen, versteht sich von selbst. 7. 10. 84.

X. Das elektrische Bad in der Wasserheil-Anstalt (Commandantenstr. 9). Ref. Dr. S. Guttmann.

Der Einladung des Herrn Geh.-Rath Dr. Berkholz folgten eine Reihe von Professoren hiesiger Universität, Kranken-Anstalts-Directoren und hervorragender Practiker zur Besichtigung der in neuester Zeit in der rühmlichst bekannten Wasserheil-Anstalt (Commandantenstr. 9) eingerichteten elektrischen Bäder. Die Herren Anstalts-Aerzte Geh.-Rath Berkholz und Schulz gaben eine eingehende Erklärung dieser neuerdings in den Vordergrund tretenden Methode der allgemeinen elektrischen Beeinflussung des Körpers zu therapeutischen Zwecken. Die Badewanne, in welcher der Patient sich befindet, wird mit dem einen Pol des faradischen oder galvanischen Stromes in Verbindung gebracht, während der andere Pol mit einer über der Wanne schwebenden mit feuchtem Leiter überzogenen Metallstange verbunden ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welche der Kranke mit den Händen umfasst. Die Arme der Kranken bilden die Ein- oder Austrittsstelle des Stromes, also den einen Pol des faradischen oder galvanischen Stromes, die mit dem Wasser in Berührung befindliche Körperoberfläche den andern Pol. In andrer Form werden dem Badewasser, welches den Kranken umgiebt, die Elektroden des primären und secundären, faradischen oder galvanischen Stromes zugeführt — und es erhält der Körper von den durch das Wasser gehenden Stromschleifen den ihm durch die jeweilige Lage der Elektroden bedingten Antheil. Die Stärke der zur Anwendung kommenden Ströme wird den individuellen Verhältnissen angepasst. Die Dauer eines Bades beträgt eine Viertelstunde.

Wenngleich für diesen Zweig der Therapie wohl auch noch weitere Erfahrungen nothwendig sind, so ist doch nicht von der Hand zu weisen, dass eine auf diese Weise nur ermöglichte allgemeine, gleichmässige und sich leicht abstufende Erregung der ganzen Hautoberfläche und diese Gesammtdurchströmung, wie das auch von verschiedenster Seite experimentell nachgewiesen ist, von wesentlichem Einfluss auf die Functionen des Körpers sein müssen. Da und dort werden die günstigsten therapeutischen Erfahrungen mitgetheilt und die elektrischen Bäder namentlich bei hartnäckiger Ischias, Tremor, Neurasthenia cerebralis und spinalis, chronischen Rheumatismus etc. empfohlen. Die Behandlung einschlägiger Fälle kann in der Anstalt von den behandelnden Aerzten geleitet werden, ev. übernehmen auf Wunsch die Anstaltsärzte die Behandlung.

XI. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 10. December 1884.

Vorsitzender: Herr Henoch, später Herr Virchow.

Vor der Tagesordnung stellt Herr A. Eulenburg einen Patienten vor mit Tabes complicirt mit progressiver Muskelatrophie. Desgleichen stellt Herr E. Küster die Patientin vor, bei der er wegen eines sehr breit gestielten Papilloms der Blase den Blasenschnitt gemacht hatte, und bei der die Blasennaht nicht gehalten hatte. Die Kranke ist jetzt vollkommen geheilt, und die Störungen, welche infolge des Eingriffes eingetreten waren, d. h. eine vorübergehende Blasenlähmung, sind vollständig geschwunden.

Alsdann erhält zur Tagesordnung das Wort:

1. Herr Lehnerdt: Ueber einen Fall von Lepra. Die Kranke, welche Herr L. vorstellt, ist ein $12^1/_2$ jähriges Mädchen, von deutschen Eltern in der Gegend von Calcutta geboren. Wie die Correspondenz mit dem Vater ergeben hat, liegt hereditär nichts Belastendes vor, namentlich keine Hautkrankheit. Das Kind ist das älteste von 7 gesunden Geschwistern; es war in den ersten Lebensjahren immer kräftig und munter und ist stets in Bezug auf Ernährung und Trinkwasser richtig gehalten. Im Jahre 1877 zeigte sich ein erbsengrosser gelber Fleck auf dem linken Oberarm.

Aehnliche Flecken vertheilten sich über Unterarme, Beine und Gesäss. Von allen Europäern, welche die Kranke sahen, wurde die Affection für Ringworm gehalten. Im Jahre 1880 brachten die Eltern das Kind nach Westphalen, weil sie von einem Klimawechsel Erfolg hofften. Die Krankheit ist an vier verschiedenen Orten als Lepra nicht diagnosticirt. Im Sommer 1881 waren die Flecken theilweise braun und hart geworden, im Herbst desselben Jahres wurde die Kranke nach Kaiserswerth gebracht, wo sich die völlige Ausbildung der Knoten vollzog. Am 31. März d. J. kam das Kind in das Elisabeth-Krankenhaus in Berlin in die Behandlung des Vortragenden. Gleich bei der ersten Besichtigung glaubte Herr L. einen typischen Fall von Lepra tuberosa vor sich zu sehen. Die Herren Köbner und Wernich, welche vielfach Leprakranke gesehen haben, bestätigten diese Annahme.

Bei der Kranken fällt sofort die Facies leontina, die Satyrohren und der Verlust der Supercilien auf. Arme und Dorsalflächen der Hände sind mit dicken Knoten besetzt, ebenso die Beine. Einige Knoten sind mit Borken bedeckt, die zum Theil von einer spontanen Anschwellung herrühren, zum Theil von Excisionen, die einmal zur Gewinnung diagnostischer Schnitte, andererseits in therapeutischer Absicht gemacht worden sind. Zum Theil sind diese Excisionen unter Hinterlassung von Narben vollständig geheilt. Wenn die Kranke den Mund öffnet, sieht man, dass auch die Schleimhäute des Palatium durum und molle von Knoten besetzt sind. Von der Anwesenheit von Knoten im Larynx hat sich der Vortragende nicht überzeugen können. Heiserkeit ist nicht vorhanden.

Als dem Vater der Kranken die Mittheilung gemacht wurde, dass das Kind an Lepra leide, und als die in Calcutta von ihm consultirten Aerzte nach Einsendung der Photographie der Kranken die Ueberzeugung von dem Thatbestande erhalten hatten, berichtete der Vater nachträglich, dass im Jahre 1878 in seinem Hause ein eingeborenes, mit Lepra behaftetes Mädchen längere Zeit beschäftigt gewesen sei.

Es werden wesentlich zwei Formen von Lepra unterschieden, nämlich die tuberöse oder tuberculöse und die anästhetische Form. Bei der ersteren Form pflegt die erste Erscheinung, neben einem eigenthümlichen Gefühl des Unbehagens, leichtem Fieber etc., das Auftreten eines rothen Flecks zu sein. Nach der Mittheilung des Vaters der Kranken, war hier zuerst ein gelber Fleck vorhanden. Diese ersten Flecken können bleiben oder vergehen und wieder neu auftreten, bis sie anfangen persistent zu werden. Erst dann fangen sie an, sich über das Hautniveau zu erheben und den Gang zu nehmen, den sie bei der vorgestellten Kranken genommen haben, indem sie sich allmählich in derbe Knoten umbilden, die in Ulceration übergehen. Auch diese Knoten sind keineswegs immer persistent, sondern es kommt vor, dass sie durch Selbstheilung verschwinden.

Herr P. Guttmann hat Gelegenheit gehabt von dem vorgestellten Fall wiederholt Stücke aus den Lepraknoten zu excidiren und theils in Alkohol, theils frisch zur mikroskopischen Untersuchung zu erhalten. Die Knoten sind so ausserordentlich reich an den der Lepra eigenthümlichen Bacillen, dass sie zur Hälfte nur aus diesen Organismen bestehen. Der Nachweis der Leprabacillen ist schon am frischen ungefärbten Object sehr leicht, weil dieselben eine sehr lebhafte Eigenbewegung haben, durch welche sie sofort kenntlich werden. Auffallend an den Bacillen ist, dass sie im lebenden Zustande breiter sind als im gefärbten Object. Häufig haben sie an jedem Ende eine Spore, wodurch sie hantelförmig erscheinen, eine grössere Zahl aber hat 3, 4 auch 5 Sporen, die in verschiedenen Zwischenräumen am Längsdurchmesser angereiht liegen. In gefärbten Objecten hat zuerst Neisser 1879 die Leprabacillen dargestellt. Jetzt gehört ihr Nachweis zu den leichtesten Aufgaben, seitdem wir durch Koch wissen, dass sie die eigenthümliche Farbenreaction geben, welche die Tuberkelbacillen zeigen.

Was die Verbreitung der Bacillen in der Haut selbst betrifft, so besteht das lepröse Gewebe aus Zellen, welche in dichter Anhäufung nur durch ein spärliches Zwischengewebe getrennt in dem Corium liegen. Diese Zellen haben meistens die Grösse von weissen Blutzellen, viele sind erheblich grösser, ja so gross, dass sie die Grösse der weissen Blutkörperchen um das drei- bis vierfache übertreffen. Das Zwischengewebe zwischen den Leprazellen ist ganz spärlich und structurlos. Alle diese Leprazellen sind in den Knoten mehr oder weniger mit Bacillen gefüllt. Bemerkenswerth ist, dass diese Lepraneubildung immer nur das Corium einnimmt, während das Rete Malpighii frei bleibt. Ebenso bleiben die Schweissdrüsengänge, die Oberhaut und die Haarschäfte stets frei.

Man hat die Leprabacillen nun aber nicht nur in den Leprazellen des Corium gefunden, sondern auch in allen leprösen Producten der inneren Organe und Gewebe, in der Mundhöhle, Kehlkopf, Milz, Leber, Nerven, Hornhaut, im Hoden. Sie fanden sich auch im Blute angestochener Lepraknoten, aber dieser Befund ist insofern unsicher, weil sie beim Einstechen und Ausdrücken des Blutes in die Objecte hineingelangt sein können. Sie wurden ferner im Blute (und auch von G.) gefunden, das angeblich normalen Stellen entnommen war, doch hält Herr G. auch diesen Befund für nicht beweisend, weil die Haut etwas gequetscht worden war.

Was die Bedeutung der Leprabacillen anlangt, so kann kein Zweifel darüber bestehen, dass sie die Ursache der Krankheit sind, denn sie sind bis jetzt, so oft man darauf hin untersucht hat, in jedem Knoten in grosser Massenhaftigkeit gefunden. Freilich fehlt der stricte Beweis, weil es nicht gelungen ist, durch Ueberimpfung auf Thiere Lepra zu erzeugen, dies hat aber seinen Grund darin, weil Lepra bei Thieren nicht vorkommt, und man annehmen kann, dass dieselben gegen die Krankheit immun sind. Den Vortrag des Herrn Guttmann illustrirten Demonstrationen der Leprabacillen in Deckglasobjecten und in Schnittpräparaten.

Herr Köbner demonstrirt im Anschluss hieran zunächst ein anatomisches Leprapräparat, das aus dem Jahre 1873 von einem Spedalskhed-Patienten aus Norwegen stammt. Dasselbe lässt makroskopisch sehr ausgeprägte Lepra der Respirationswerkzeuge erkennen. Man sieht die Lepraknoten an der Zungenbasis, in den Foveae glosso-epiglotticae, in der Epiglottis, wo sie zu einem diffusen Infiltrat zusammengeflossen sind und die Epiglottis auf das Drei- bis Vierfache ihres Volumens verdickt haben, ferner auf den falschen und wahren Stimmbändern und den oberen Trachealringen. Zweitens legt Herr Köbner ein Schnittpräparat eines leprösen Hautknotens vor, der vor etwa 4 Jahren exstirpirt, frisch in Alkohol gelegt und mit Fuchsin gefärbt wurde. Dasselbe entstammt gleichfalls einem von Knotenaussatz befallenen Manne aus Norwegen und zeigt dieselben Bacillen, wie das heute vorgestellte Mädchen.

Drittens demonstrirt Herr K. ein Präparat, welches einem Bayern entstammt, der sich in Sumatra Lepra zugezogen hatte, und welches Herr Köbner Herrn Geh.-R. Gerhardt in Würzburg verdankt. Dieses Präparat reicht über die blosse Bedeutung eines Vergleichsobjectes mit Leprabacillen von anderer Gegend hinaus, indem es eine andere nosologische Auffassung eines sehr häufigen Symptoms des Aussatzes begründet. Es stellt den Blaseninhalt von Pemphigus leprosus dar, ein Symptom, welches man allgemein geneigt war, als ein trophoneurotisches Symptom par excellence hinzustellen. In diesem Präparat sowie in sämmtlichen, während des Würzburger Spitalaufenthaltes des Patienten aufgetretenen Blasen sind massenhaft Bacillen, meistens innerhalb der weissen Blutkörperchen, nur wenige frei in der Flüssigkeit sichtbar. — Endlich demonstrirt Herr Köbner noch ein Präparat, welches für die biologische Differenzirung der Lepra- gegen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

über den Tuberkelbacillen wichtiger erscheint, als alle Färbungs- oder subtilen Gestalts- oder Anordnungsverschiedenheiten und welches seinen in Virchow's Archiv (Maiheft 1882) publicirten Uebertragungsversuchen von Lepra auf Thiere entstammt. Dasselbe lässt in den in die vordere Augenkammer implantirten Lepraknötchen, welche der Cornea eines Versuchskaninchens durch eine sehr feine neugebildete Membran angelöthet sind, noch sehr wohl erhaltene Leprazellen mit gut gefärbten Kernen, aber jetzt meistens ausgeblichenen — früher in grosser Zahl sichtbar gewesenen — Bacillen erkennen. Cornea und Iris sind vollkommen intact, obwohl dieses Thier 56 Tage lang das Lepraknötchen trug, ohne dass die geringste Reizerscheinung auftrat. Herr Köbner hat in jener Arbeit Thiere erwähnt, welche $5^1/_2$ Monate Lepraknötchen in der vorderen Augenkammer ohne die geringste Reizerscheinung oder Propagation der Lepra selbst getragen hatten. Das ist der prägnanteste Unterschied gegenüber den, selbst in viel kleineren Mengen ohne Ausnahme rasch progredienten inficirenden Wirkungen der Tuberkelbacillen auf die Nachbargewebe sowohl wie auf den Gesammtorganismus. Uebrigens erkennt der Vortragende trotz aller seiner negativen, durch mikroskopische Untersuchung sämmtlicher Impfstellen controlirten Resultate vom Affen bis zu Fischen die Möglichkeit, wenigstens eine Nachbarinfection, sogen. locale Lepra, bei Thieren zu erzeugen, nach den neueren Befunden von Damsch, besonders im subperitonealen Fettgewebe einer Katze nach Lepraübertragung in das Cavum peritonei, sowie namentlich nach dem eben erst berichteten von Vossius (in Iris, Corp. ciliare und Cornea von Kaninchen) an. Letzterer, der unter der Leitung Baumgarten's arbeitete, hebt als möglichen Grund seines positiven Resultates die durch umschriebene entzündliche Reaction (Kerato-Iritis mit Synechie) in seinen Versuchen entstandene, die Invasion der Bacillen begünstigende Auflockerung der Gewebe hervor.

Zum Schluss geht Herr Köbner auf seine von Herrn Guttmann angezogenen Blutbefunde mit einigen Worten ein. Er hat nicht blos das Blut angestochener Lepraknoten mit positivem Erfolg untersucht, sondern bei einem Deutschen aus Brasilien, bei dem sich während seines mehrjährigen hiesigen Aufenthaltes, in unserem Klima die Lepra aus einer fleckig-anästhetischen zur knotigen entwickelte, lange Zeit normal aussehende und normal sensible Hautstellen angestochen und so gewonnene Bluttropfen untersucht. Während nun die Versuche in der ersten Zeit negativ ausfielen, erhielt Herr K. positive Befunde erst, nachdem der Patient offenbar einen massenhaften Transport von Bacillen in alle Gewebe des Körpers erlitten hatte, was sich durch starke Schüttelfröste und schweres Fieber documentirte. Herr K. hat allerdings die Möglichkeit ausgesprochen, dass immerhin durch den Druck auf die Haut noch etwas Lymphe in die gewonnenen Bluttropfen mit hineingelangt sein konnte, allein seine Bacillenbefunde im Blute aus normal aussehenden Hautstellen und zwar nur zeitweise, immer erst nach acuten Lepraeruptionen, sind bereits von Majocchi und Pellizzari, Thin, Fried. Müller und de Amicis bestätigt.

Herr A. Kalischer fragt an, wie man die den Tuberkelbacillen durchaus ähnlichen Leprabacillen von den ersteren unterscheiden kann.

Herr P. Guttmann erwidert darauf, dass man die Bacillen nicht an dem Aussehen, sondern an der Lagerung unterscheiden könne. Die Tuberkelbacillen liegen, wenn man sie aus dem Sputum entnimmt, niemals in Zellen sondern ganz frei. Ebenso liegen sie, wenn sie aus dem Caverneninhalt stammen, als Trockenpräparat ganz frei, weil der Caverneninhalt überhaupt nur Trümmer von Zellen enthält. In den Präparaten von Leprabacillen dagegen liegen die letzteren einmal natürlich auch frei, ausserdem liegen sie aber zahlreich in den Zellen, welche aus dem leprösen Gewebe beim Drücken des Leprasaftes herausgequetscht werden.

Herr Lassar stellte aus seiner Klinik eine Reihe von sechs Lupus erythematosus-Fällen vor, welche den Nutzen einer vom Vortragenden angewendeten Methode sehr evident darthaten. Während nämlich diese eigenthümliche Form langsam entzündlicher Hautinfiltration durch alle bislang bekannten Mittel entweder nur in geringem Grade gebessert und häufig mit schmerzhaften und entstellenden Proceduren behandelt worden war, ist es — wie die vorgestellten Patienten bewiesen — möglich, das fatale Leiden auf sehr einfache Art zu beseitigen. Zu diesem Zwecke wird der Platinstift des Paquelin'schen Thermocauter (ganz leicht erhitzt, so unbedeutend, dass die Rothglühhitze dem Erkalten nahe ist) in einer ganz oberflächlichen Weise über die Haut fortgeführt in einer huschenden, federnden Bewegung; dann versengt lediglich das pathologische Neugebilde, die gesunden Gewebe aber bleiben vollständig intact. Da das ganze Leiden seiner Hauptsache nach ein entstellendes ist, so muss die Behandlung in erster Linie neben der Wirksamkeit die möglichste Schonung anstreben. Und dies gelingt in der That durch die angedeutete Anwendung des Paquelin. Zwar ist auch diese nicht im Stande, nach einmaliger Operation der Wiederkehr des Leidens vorzubeugen, aber sie kann so rasch und prompt zur Ausführung gelangen, dass sie jedes etwaige Recidiv geradezu im Keime erstickt. Die Nachbehandlung hat am Besten ganz trocken zu geschehen. Vorausgesetzt, dass die zu behandelnde Hautfläche vorher gereinigt war, dient der Glühstift an sich als genügender Desinfector während des operativen Eingriffs. Hernach wird mit Jodoformäther gewaschen und dann ein Jodoform-Schorf-Verband angelegt. Dieser saugt alles abgesonderte Plasma auf und fällt nach der Heilung — dieselbe nimmt in der Regel 10—12 Tage längstens in Anspruch — von der nunmehr glatten und blassen Haut ohne weiteres Zuthun ab.

Die vorgestellten Fälle betrafen u. A. ein junges Mädchen vom Lande, dessen Leiden besonders hochgradig gewesen war und sich jetzt — im Vergleich zu der vor der Behandlung aufgenommenen Photographie — als vollständig geschwunden erwies. Eine leichte Röthung allein erinnerte an die vor ca. 14 Tagen vorgenommene Aetzung. Noch blasser waren die Flecken bei einer Frau, die vor drei Wochen die letzte Sitzung durchgemacht hatte. Aehnlich verhielten sich die übrigen Fälle, namentlich bei einem jungen Mädchen und einem Feuerarbeiter waren nur durch Loupenbetrachtung bei scharfer Beleuchtung die Stellen zu unterscheiden, die vorher mit dem Lupus erythematoides durchsetzt gewesen waren. Endlich kam ein Schlächter aus der Mark zur Vorstellung, dessen rothe Nase — mit L. e. behaftet — ihn seit lange in den unverdienten Ruf eines Potators gebracht hatte. Der Vortragende kannte diesen Patienten schon seit Jahren und hat ihn früher mit Scarificationen nach Volkmann'schem Vorgang behandelt. Der Erfolg war aber nur bescheiden und vorübergehend, trotz vieler mühevoller und schmerzhafter Sitzungen. Als sich der Mann nun vor Kurzem wieder vorstellte, gelang es in einer einzigen Sitzung ohne Narcose die dunkelweinrothe Färbung der Nase zum Schwund zu bringen und die normale Verheilung zu bewirken. Herr Lassar weist zum Schluss darauf hin, dass nicht nur die diesmal vorgestellten Fälle, sondern auch andere Formen von Hautleiden, namentlich soweit sie neoplastische Einlagerung darstellen, mit der ganz leichten Paquelin-Verschorfung narbenlos vertilgt werden können.

XII. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 10. November 1884.

Vorsitzender: Herr Westphal.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Nach Verlesung und Genehmigung des Protokolls über die letzte Sitzung ertheilt der Vorsitzende der Tagesordnung gemäss Herrn Oppenheim das Wort zu seinem Vortrage: Ueber Vaguserkrankung im Verlauf der Tabes dorsalis.

Vortragender hebt zunächst hervor, dass er nicht über alle Krankheitserscheinungen, die auf einer Affection des Vagus beruhen, sprechen wolle, sondern nur über ein Kehlkopfssymptom, — die Larynxkrisen. Dieselben kämen nicht sehr häufig vor und seien zuerst von französischen Autoren (Féréol u. A.) berücksichtigt worden. Bezüglich des anatomischen Processes habe Kahler eine Veränderung des Bodens des vierten Ventrikels gefunden und ähnliche Befunde seien auch von Andern constatirt worden. O. stellt nun einen Kranken vor, der bereits 1881 mit dem Bilde der Tabes dorsalis in die Charité aufgenommen worden war. Derselbe litt an gastrischen Krisen und Ohnmachtsanfällen, denen keine Lähmungserscheinungen nachfolgten. Nachdem er schon Jahre lang an gastrischen Krisen gelitten, traten eigenthümliche Erstickungsanfälle auf, bald unter Stridor, bald unter bellendem Husten, Angstschweiss u. s. w. Pat. wurde wesentlich gebessert entlassen und kehrte im September 1884 wieder, weil seine gastrischen Krisen von Neuem die frühere Heftigkeit erlangt und sich wiederum Erstickungsanfälle gezeigt hätten. Von den uns interessirenden Erscheinungen biete Pat. nun folgende. Seine Stimme sei rauh und heiser, zeitweise sei er ganz aphonisch; bei tieferem Luftholen könne Stridor vernommen werden. Die Pulsfrequenz schwanke zwischen 96—110. Morgens sei der Puls ganz arythmisch. Diesen objectiven Zeichen entspreche ein Schwindel- und Ohnmachtsgefühl. Pat. empfinde einen lebhaften Schmerz auf Druck am Innenrande des M. sternocleido-mastoideus. — Im Anschluss an diesen Fall citirt Vortr. noch einen andern, der zur Autopsie gelangt ist. Auch diese Patientin habe an gastrischen Krisen gelitten, ehe ihre Hustenparoxysmen auftraten. Letztere seien zeitweise sehr heftig gewesen. Es seien auch noch andere Symptome constatirt worden wie Schlingbeschwerden, Herpes labialis, Stomatitis ulcerosa. Auch habe Patientin bei Druck auf den Innenrand des Sternocleido-mastoideus geklagt. Sie sei ebenfalls oft aphonisch geworden, auch sei Stridor und starke Salivation dagewesen. Der Tod sei im September d. J. eingetreten. Ausser der grauen Degeneration der hintern Rückenmarksstränge habe die Autopsie eine ausgesprochene Degeneration der Vagusfasern ergeben. Was die Med. oblongata anlange, so sei keine Veränderung am Vaguskern gefunden worden. (Die betreffenden mikroskopischen Präparate werden demonstrirt.) — Im Ganzen habe Vortr. Larynxkrisen in 12 Fällen von Tabes dorsalis constatiren können. Dabei könne er nur bestätigen, was die französischen Autoren über den Charakter dieser Störung berichtet haben. Diese Krisen können in jedem Stadium auftreten; sie können auch zu den ersten und quälendsten Symptomen gehören. Als Vorboten pflegen sich Kratzen im Halse und das Gefühl des Zusammenschnürens in der Kehle einzustellen, alsdann breche der Anfall aus, der hinsichtlich seines Charakters bald dem Keuchhustenparoxysmus, bald dem Laryngismus stridulu-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ähnlich sei. In vielen Fällen bestehen diese Anfälle Jahre, ja selbst Jahrzehnte lang, und es könne sogar Besserung eintreten, andere Male, namentlich, wenn die Anfälle sich häufen und intensiver werden, treten Stimmbandparalysen auf. Es scheine auch eine gewisse Beziehung zu den gastrischen Krisen zu existiren.

Herr Westphal: Bei einer Kranken, bei der die vorher erwähnte Affection viele Jahre hindurch das Hauptsymptom bildete, fand sich eine Sclerose im Ependym des 4. Ventrikel, wodurch der Vagus beeinträchtigt wurde. Was die Bezeichnung „Krisen" betrifft, so verstehen die Franzosen darunter Krampfzustände. Wir würden besser thun, von gastrischen Anfällen u. s. w. zu sprechen.

Herr Bernhardt: Ein Zusammenhang zwischen Larynx- und gastrischen Krisen sei ihm unwahrscheinlich. Er glaube nicht, dass der an gastrischen Krisen Leidende auch Larynxkrisen bekommen müsse. Gastrische Krisen seien häufiger als die Larynxanfälle.

Herr Oppenheim: Man habe ihn falsch verstanden. In den meisten Fällen seien den Larynxkrisen gastrische vorausgegangen. Er behaupte indessen nicht, dass ein directer Zusammenhang bestehen müsse. — An der Discussion betheiligen sich noch die Herren Mendel, Jastrowitz und Remak.

Herr Thomsen: Ein Fall von typisch recidivirender Oculomotoriuslähmung. Vortragender stellt einen 34jährigen Mann vor. Derselbe ist Schuhmacher, aus gesunder Familie, kein Potator. Im 5. Lebensjahre stellte sich bei ihm, nachdem er über heftige Augenschmerzen geklagt, Lähmung des r. obern Augenlides ein. Er wurde in der Graefe'schen Augenklinik behandelt und es trat Besserung ein. Seit jener Zeit bekam er regelmässig unter denselben Prodromen (Erbrechen, Kopfschmerzen u. s. w.) Ptosis, die nach kurzer Zeit schwand; Doppeltsehen. In seinem 13. Lebensjahre fiel Patient von einer etwa 14 Fuss hohen Leiter. Seit dieser Zeit leidet er an epileptischen Krämpfen, die Anfangs 14 täglich auftraten, später aber seltener wurden. Im Jahre 1880 befand er sich zwei Male in der Charité auf der Abtheilung der Krampfkranken. Im September d. J. wurde er zum 3. Male aufgenommen, dieses Mal als Geisteskranker. Er war unruhig; hörte Stimmen, sah Geister etc. Er wurde jedoch bald klar und führte diesen Zustand auf seine Krämpfe zurück.

Am 12. October klagte er über Unruhe, Schlaflosigkeit und Druck im Auge. Es wurde eine halbe Ptosis constatirt, die im Verlauf des folgenden Tages complet wurde. Dieses Mal handelte es sich um einen typischen Anfall, der nach 3 Tagen vorüber ging. Das Auge hatte wieder seinen gewöhnlichen Zustand angenommen. Am 24. October trat wiederum ein Abortivanfall ein. Das Gesichtsfeld war eingeengt; der physische Zustand gedrückt. Es handelt sich in diesem Falle um 2 Affectionen (intermittirende Oculomotoriuslähmung und epileptische Krämpfe), die in keiner Beziehung zu einander zu stehen scheinen.

Herr Remak theilt bei dieser Gelegenheit eine Beobachtung mit, die er vor 2 Jahren gemacht. Ein 22jähriger Mann, Brauer, Potator leidet seit dem 12. Jahre an Anfällen, die mit Uebelkeit beginnen, gleichzeitig stellen sich heftige Schmerzen in der linken Schläfengegend ein, darauf Lichtscheu und complete Oculomotoriuslähmung. Diese Anfälle dauern 14 Tage und sind mit Doppelsehen verbunden, wenn die Ptosis vorüber ist. Diese Anfälle sind später seltner geworden. Der Kranke kam mit einer typischen linksseitigen Oculomotoriuslähmung zu ihm und innerhalb 2 Tagen war die Affection geschwunden. Besonderes Interesse verdienen diese Fälle, die doch ganz günstig verlaufen wegen einer Mittheilung von Moebius über einen Fall von intermittirender Oculomotoriuslähmung, der auf Tumor cerebri basiren sollte. Bekanntlich kämen ähnliche Erscheinungen auch bei Hemicranie vor.

Herr Hirschberg; Fälle von rasch vorübergehender Oculomotoriuslähmung habe er oft gesehen. Neulich habe er einen derartigen Patienten zur Vorstellung für die nächste Stunde bestellt gehabt. Als der Kranke wiederkam, sei er vollständig normal gewesen. Ein Fall, wie der heutige, von so häufiger Wiederkehr der Affection und von so langer Beobachtungsdauer sei ihm noch nicht vorgekommen.

Herr Mendel: Ueber präepileptisches Irresein.

Dass mit dem epileptischen Insult, entweder vor demselben oder nach demselben, psychische Störungen sehr häufig verbunden sind, ist eine Thatsache, die von altersher bekannt ist. Die forensische Bedeutung desselben hob zuerst Zacchias in der Mitte des 17. Jahrhunderts hervor und Sydenham verlangte für Epileptiker 4 mal 24 Stunden vor und nach dem Anfalle Straffreiheit.

Während die Zustände des postepileptischen Irreseins ausgezeichnete Bearbeiter gefunden haben, finden wir in der Litteratur fast gar nichts über das präepileptische Irresein. Damit ist nicht gesagt, dass diese Zustände selten sind. Sie sind häufig und sowohl in Bezug auf ihre Dauer, wie Intensität und Form zu unterscheiden. Was ihre Dauer betrifft, so wechselt dieselbe von wenigen Minuten bis mehrere Tage und Wochen. Die Intensität wechselt vom anscheinend gesunden Verhalten bis zur hochgradigsten Aufregung. Was endlich die Form anlangt, so kann man eine ganze Reihe unterscheiden, von denen hier nur eine hervorgehoben werden soll. Wir sehen einmal als präepileptisches Irresein Hallucinationen der verschiedensten Sinne, z. B. des Gesichtssinnes auftreten. Es braucht nur an jenen Epileptiker erinnert zu werden, der vor jedem Anfall eine Frau mit rothem Tuche auf sich zukommen sah, die ihm mit einem Stocke Schläge auf den Kopf versetzte. In einem andern Falle sah der Patient sich auf der Kegelbahn und wenn die Kugel an ihn herankam, begann der epileptische Anfall. Ebenso bekannt sind Hallucinationen anderer Sinne. Abgesehen von diesem kurzdauernden Zustande, kommen Zustände vor, die länger dauern und forensisch eine grosse Wichtigkeit haben. Es handelt sich so z. B. einmal um Zustände von Schwerbesinnlichkeit, die häufig mit Kopfschmerzen und Schwindel einhergehen. In andern Fällen constatirt man Erregbarkeit, Veränderung des Charakters, wobei der Kranke häufig in Collision mit Andern kommt. Endlich muss noch auf Fälle aufmerksam gemacht werden, wo der Kranke in einer gewissen Vorahnung des Anfalls eine melancholisch-hypochondrische Stimmung und Neigung zum Selbstmord zeigt. Vortragender will von einer andern Form sprechen, in der unter Trübung aber nicht unter Aufhebung des Bewusstseins gewisse Vorstellungen alle andern zurückdrängen und sich leicht in Handlungen umsetzen. Für diesen Zustand soll nun ein recht typischer Fall angeführt werden, den M. durch Herrn Lewin, der ihn zu begutachten hatte, kennen gelernt.

Am 18. December 1883 brach um 2 Uhr Nachmittags in Berlin in einem Dachstuhl Feuer aus. Die Feuerwehr löschte innerhalb $^{5}/_{4}$ Stunden den Brand. Gegen 4 Uhr stellte sich ein Mann der Polizei und verlangte verhaftet zu werden, weil er das Feuer angelegt habe. Die Acten ergaben über diesen Mann folgendes: 40 Jahre alt, verheirathet, Vater von 3 Kindern. Körper ohne Abnormität, war früher immer gesund. Wegen Arbeitsscheu und Hausfriedensbruch bestraft. Abusus spirituorum. Nachdem er 1876 den ersten, 1877 den zweiten, 1878 den dritten Krampfanfall gehabt, blieb er frei bis 1882. Die Krämpfe hatten in der Regel Vorboten. — In der Nacht, die dem Brande vorherging, hatte er mit der Frau einen Wortwechsel. Dieselbe hatte ihm den Beischlaf verweigert, weil er Schnaps getrunken. Am Tage der That ist er ruhig und still und nicht betrunken gewesen. Am Vormittage hat er in der Tischlerwerkstatt gearbeitet und ist nach Aussage der Mitarbeiter nüchtern gewesen. Gegen $12^{1}/_{4}$ Uhr sagte er zu den Mitgesellen, dass er in die Leimküche gehe. Hier kamen ihm folgende Gedanken: „Meine Frau hat mir oft den Tod gewünscht oder dass sie mich zeitlebens einsperren. Wenn du das Haus anzündest, sperren sie dich ein." „Und ich holte mir Holzspähne und zündete das Haus mit den Spähnen an und ging dann in die Werkstätte." Hier sah er ganz verändert aus, und zeigte einen stieren Blick, verlangte eine Lampe (Mittags), weil er nicht sehen könne, sagte „jetzt stecke ich die Bude an", dann verfiel er in einen epileptischen Krampf, der über 5 Minuten dauerte, darauf ging er nach der Wohnung und verlangte sein Mittagessen. Während er bei Tische sitzt, treten die Nachbarn ins Haus mit dem Rufe, dass es brenne. In diesem Augenblick kommt ihm der Gedanke, dass er das Feuer angelegt und er stürzt ins Feuer, um zu retten. Alsdann wendet er sich an einen Schutzmann mit der Bitte, ihn zu arretiren, weil er der Brandstifter sei. Dieser weist ihn zurück, weil er „betrunken oder verrückt sei". Nun geht er aufs Polizeibureau, wo er seine Angaben ziemlich ruhig macht. In der folgenden Nacht hat er im Gefängniss sich still verhalten und einen verwirrten Eindruck gemacht. Nach 2 Tagen wurde er klar, bereute seine That und wollte gern verurtheilt werden. Auf Grund des ärztlichen Gutachtens wurde das Verfahren eingestellt und Patient aus der Untersuchungshaft entlassen. —

Wie so häufig, findet sich auch hier die Complication von Epilepsie mit Alkoholismus. Es ist aber sichergestellt, dass der Kranke am Morgen vor der That nicht betrunken gewesen und die That ist unzweifelhaft im Zusammenhang mit dem epileptischen Anfall aufzufassen. Dass Patient den Zustand richtig angegeben, beweist sicherlich nichts gegen das Vorhandensein des wahren epileptischen Anfalls. Eine gewisse Erinnerung besteht häufig in gewissen Zuständen präepileptischen Irreseins. Die forensische Literatur ist arm an derartigen Fällen, wo eine verbrecherische Handlung im präepileptischen Stadium vor sich ging; doch kommen sie gewiss häufig vor. — M. hat einen jungen Mann an Epilepsie behandelt, der einige Zeit vor Eintritt des Anfalls die Sucht hatte, sich Frauenkleider anzuziehen. Wiederholt wurde derselbe im epileptischen Anfall mit Frauenkleidern aufgefunden. Bei einem andern Kranken trat vor dem Anfalle der Drang ein, Jemand umzubringen, und er bat daher jeden sich zu entfernen. —

Die Discussion über diesen Vortrag wird auf die nächste Sitzung verschoben. —

Sitzung vom 8. December 1884.

Vorsitzender: Herr Westphal.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Das Protocoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und genehmigt. — Vor Eintritt in die Tagesordnung erhält Herr Sakaki das Wort, um einen Fall von wahrer Muskelhypertrophie zu demonstriren. Derselbe stellt einen 14jährigen Patienten aus der Poliklinik des Herrn Mendel vor. Die Anamnese ergiebt, dass die Eltern des Knaben gesund sind. Eine Schwester ist an Krämpfen gestorben; zwei Brüder und eine Schwester sind zwar gesund, aber nicht ihrem Alter entsprechend entwickelt. Pat. selbst hat in seinem 3. Lebensjahre an Lungenentzündung und Darmkatarrh gelitten. Seit dieser Zeit will die Mutter eine Schiefstellung des Kopfes nach rechts bemerkt haben. Er hat später gehen und sprechen gelernt als andere Kinder. Es stellten sich allmählich Zuckungen ein, zuerst im Gesicht, dann an Armen und Händen, und später an den untern Extremitäten. Dabei fiel der Mutter eine Volumszunahme der linken obern Extremität auf. Der Kranke war immer linkshändig gewesen. Was den Status praesens betrifft, so ist die Psyche ganz intact. Pat. lernt gut. Sein Schädel ist normal. Weder Kopfschmerz noch Schwindel. Während des sonst guten Schlafes treten die jetzt sichtbaren Zuckungen, zuweilen auch Pavor nocturnus auf. Keine Ptosis. Augenbewegungen frei nach allen Seiten. Pupillenreaction normal. Beim Sprechen und Essen bemerkt man unzweckmässige Bewegungen der Kaumuskeln. Der rechte Facialis ist paretisch. Die Uvula nach links abweichend. Krampf der Gesichtsmuskeln auf der linken Seite. Die Augen können nicht geschlossen gehalten werden. Krampf des Accessorius bei verschiedenen intendirten Bewegungen. Ebenso Affection des Hypoglossus. Die Zunge weicht nach links ab; ihre linke Hälfte ist dicker als die rechte. — Die Sensibilität am Kopfe ist ungestört. Die Sprache ist undeutlich. Der Knabe hat nach Angabe der Mutter niemals ordentlich gesprochen. — Die Nackenmuskeln sehr hypertrophisch, von fester Consistenz. Die Wirbelsäule nach rechts gekrümmt, nirgends empfindlich. Die obere Extremität links sehr stark entwickelt und auch länger als rechts. Keine Ataxie. Die elektrische Prüfung ergiebt am linken Arme eine stärkere Erregbarkeit als am rechten. Dasselbe Verhalten an den Beinen. Reflexe normal. Die innern Organe gesund. Urin frei von fremden Bestandtheilen. Vortragender demonstrirt alsdann einige mikroskopische Präparate, die Herr Mendel mittels Probe-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

excision aus dem M. supinator longus sinister des Patienten erhalten hat. Die Muskelfasern sind erheblich dicker; keine Kernwucherung, ebensowenig Schwund der Querstreifung zu constatiren.

Zu dem ersten Gegenstande der Tagesordnung: Discussion über den Vortrag des Herrn Mendel bemerkt Herr Lewin: Dass bei dem Patienten auch früher wiederholt kleine Bewusstseinsstörungen beobachtet worden seien.

Herr Liman hat durchaus nicht die Ueberzeugung gewinnen können, dass es sich in dem vorgetragenen Falle um praeepileptisches Irresein gehandelt habe. Diese Form ist äusserst selten. Ihm ist kein derartiger Fall bekannt, der Anlass zu forensischem Einschreiten gegeben. Nachdem er die betreffenden Gerichtsacten und Charitéjournale eingesehen und die Zeugenaussagen geprüft habe, glaube er vielmehr, dass hier Delirium tremens vorgelegen habe.

Herr Mendel kann die Auffassung und Deduction des Herrn Liman, der sich auf einzelne herausgerissene Aussagen der Frau des Patienten stützte, nicht theilen. Für ihn steht es unzweifelhaft fest, dass es sich um eine Störung des Bewusstseins vor dem epileptischen Anfall gehandelt.

Herr Richter (Pankow): Ueber Cannabinon. Vortragender hat bereits im neurologischen Centralblatt eine kleine Mittheilung über den Werth und die Wirkung des Cannabinon gemacht. Seither hat er Gelegenheit gehabt, das Mittel weiter zu prüfen. Dasselbe ist durchaus nicht als ein Derivat von Opium aufzufassen. Es ist als ein gutes neues Mittel zu betrachten, das uns in die Hand gegeben, beruhigend auf die Kranken einzuwirken. Das Cannabinon ist eins von den Präparaten, die von dem Apotheker Bombelon (Neuenahr) aus Cannabis indica dargestellt worden.

Die Dosis, in der es angewendet wird, beträgt gewöhnlich 0.1 (Pulverform); doch kann man in vielen Fällen auch 0,2 und 0,3 geben. Man muss unterscheiden, ob es sich um Geistesgesunde oder Geisteskranke handelt. Bei 0,1 schlafen nicht geisteskranke Individuen immer in guter und angenehmer Weise, ohne Nachempfindungen am folgenden Tage, wie Vortr. einmal an sich selber erprobt. Im dem einen oder andern Falle blieb auch der Erfolg aus; es traten aber keine störenden Nachwirkungen ein. Wie bei allen andern innerlich gereichten Mitteln kommt es auch bei diesem auf die Zeit an, in welcher es genommen wird. Nimmt man es am Abend, so schläft man fort und wacht ohne Belästigung auf. Diese Erfahrung machte Vortr. als er kürzlich Cannabinon nach dem Abendessen nahm. Am Morgen früh genommen, traten jedoch bei ihm Erscheinungen ein, wie sie vom Gebrauch von Haschisch bekannt sind. Er hörte (nach 0,1) nur undeutlich Töne, sah undeutlich Licht, war jedoch im Stande die Wirkung zu eliminiren. Es trat Schwirren im Kopfe ein und das Bedürfniss zu lachen, dabei hatte er das Gefühl, dass er sich auffallend betrage. — Genau dieselbe Empfindung hatte eine Dame, die das Mittel Abends genommen hatte. Von Bedeutung sei es, ob man beim Gebrauche des Mittels umhergehe oder liege. Bei einer Dame, die umhergegangen war, trat nach Cannabinon ein förmlicher Collaps ein. Als sie einige Wochen später liegen blieb und die doppelte Dosis einnahm, wurde keine derartige Störung entdeckt. — Vortragender kann das Mittel nur empfehlen, da es besser wirkt als andere Schlafmittel.

Bombelon stellt auch Haschisch dar, das in der Dosis von 0,03 eine angenehme Stimmung und ruhigen, festen Schlaf erzeugt.

Vortragender hat ebenfalls Untersuchungen mit Cocainum muriaticum angestellt. Dasselbe hat sich gegen die Abstinenzerscheimungen bei Morphinismus bewährt. Er benützt das Merck'sche Präparat. Das von Gehe dargestellte Cocainum unterscheidet sich schon in seinem Aussehen wesentlich von dem Merck'schen.

Gleichzeitig macht Vortr. auf das Piscidin aufmerksam, das in einzelnen Fällen geholfen, in andern aber im Stiche gelassen habe.

Herr Westphal: Wenn Herr Richter das Mittel an sich selbst erprobt und auf 0,1 gut geschlafen habe, so sei dies noch kein Beweis für die Wirkung des Mittels, denn R. sei gesund und schlafe, wie er voraussetze, gut.

Herr Vogelgesang hat das Cannabinon auf der Frauenabtheilung in Dalldorf angewandt. Es wurde Cannabinon 1,0 auf 9.0 Aq. amygd. am. und dann auch 1,0—2,0 : 150,0 Flüssigkeit gegeben. Die subcutane Dosis betrug 0,1.

Das Mittel kam bei circa 20 Frauen, welche an den verschiedenartigsten Erregungszuständen, Hysterie, Melancholie etc. litten, in Anwendung. Eine einigermaassen wahrnehmbare Wirkung wurde nur in 2 Fällen beobachtet. Das Mittel ist demnach ganz unzuverlässig. Als unangenehme Nebenwirkung wurde einige Male Erbrechen beobachtet. Von der subcutanen Anwendung des Cannabinon musste bald Abstand genommen werden, da es irritirend auf das Unterhautzellgewebe wirkt.

Herr Blumenthal hat das Cannabinon in 4 Fällen versucht. 2 Male sah er nach 0,1—0,2 ziemlich guten Erfolg. In einem dritten Falle trat Schwere in den Beinen, Druck im Epigastrium und Störung im Sprechen ein. Dieser Zustand dauerte ungefähr 20 Stunden an. Heute sei er in der Frühe zu einem Kranken gerufen worden, der 1 Stunde nach Einnahme von 0.1 Cannabinon höchst alarmirende Symptome gezeigt habe. Es wurden Schwere in den Extremitäten, Zuckungen, Schwindel, erschwerte Sprache und starke Unregelmässigkeit des Pulses, sowie erheblicher Meteorismus beobachtet. Erst nach 11 Stunden trat Besserung ein. Zwei Male wurde das Präparat aus der Apotheke von Pankow und einmal von Alves bezogen. — Was die Cocaineinspritzungen betrifft, so habe er dieselben auch versucht. Er könne nur warnen, dieselben zu wiederholen, da nach denselben äusserst bedenkliche Zustände eintreten.

Herr Gnauck hat das Cannabinon bei 12 Kranken versucht. Er hält dasselbe wohl als eine Bereicherung der Schlafmittel, doch erreiche es das Chloral an Wirkung nicht. Dieselbe tritt zu spät ein und dauert nicht lange. Ausserdem ist die Anwendung nicht ohne Bedenken. Das Mittel wurde bis 0,7 bei einer hysterischen Kranken ohne irgend welche Wirkung gegeben. Bei andern Kranken wurden nach viel kleineren Dosen sehr unangenehme Erscheinungen gesehen. Ein Patient zeigte nach 0.3 Intoxicationserscheinungen, Unruhe, Zittern, Unsicherheit der Sprache. Nach einer Morphininjection trat ein Nachlass ein. G. glaubt, dass Morphin und Cannabinon in gewisser Weise Antidota seien. Wenn man mit 0,3 Cannabinon keine Wirkung erziele, so trete überhaupt keine ein.

Herr Mendel glaubt aus seinen Erfahrungen schliessen zu können, dass das Cannabinon sich vorzugsweise für die Hysterischen eigne, denn es sei weniger schädlich als Chloral und Morphium, wenigstens bei fortgesetztem Gebrauch. Dasselbe aber als Ersatz des Chloral zu betrachten, davon könne keine Rede sein. — In Bezug auf das Cocain müsse er bemerken, dass er dasselbe bei einer Trigeminusneuralgie subcutan angewandt habe — jedoch ohne jeden Erfolg.

XIII. Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln a. Rh.

Sitzung vom 13. August 1883.

Herr De Jonge: „Zur Chemie und Therapie der Fettsucht.“

Sitzung vom 27. August 1883.

Herr Auerbach demonstrirt zunächst 2 Präparate:

1) Die fast vollständige Schnecke, die er durch Ausspritzung aus dem l. Gehörgang eines 7jährigen Knaben herausförderte, der seit frühester Kindheit an doppelseitiger Otorrhoe gelitten, aber niemals Hirnerscheinungen dargeboten hatte. Derselbe ist jetzt fast taubstumm. Das Trommelfell auf dem l. Ohr ist durch eine Narbenmasse mit feiner centraler Oeffnung ersetzt. Während Caries das Felsenbein rel. häufig, ja am häufigsten von allen Schädelknochen betrifft, gehört Nekrose des Labyrinths, wobei die Schnecke allein oder das ganze Labyrinth: Schnecke, Vorhof, Bogengänge ausgestossen wird, zu den seltenen Vorkommnissen. In der Litteratur findet man wenigstens nicht viele derartige Fälle (z. B. Menière, Gaz. médicale 1857, Toynbee, Archiv f. Ohrenheilkunde, I. B., 4 Fälle, Voltolini, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1870, Gottstein). Wenn von einigen Autoren die Nekrose des Labyrinths trotz dessen naher Beziehung zu den Hirnhäuten, den Sinus, der Carotis etc. nicht für so besonders gefährlich erachtet wird, so liegt dies wohl daran, dass nur bei günstigem Ausgang, d. h. wenn der Process abgelaufen und der Sequester ausgestossen ist, die Diagnose gestellt wird; in den aber wahrscheinlich viel zahlreicheren Fällen, wo eine Hirnerkrankung dem Leben ein Ende macht, bei der Section das Felsenbein nicht eröffnet und somit der Process nicht klargestellt wird. Uebrigens waren in der Mehrzahl der oben angeführten Fälle der Ausstossung der nekrotischen Labyrinththeile Lähmung des Facialis und cerebrale Symptome: Kopfschmerz, Schwindel, Delirium vorausgegangen (z. B. bei den 4 von Toynbee citirten Fällen 3 Mal, in dem Fall von Menière). Diese beiden Autoren beobachteten auch an der Leiche Nekrose des Labyrinths bei Personen, die seit längerer Zeit mit Otorrhoe behaftet, durch hierdurch bedingte Hirnaffection zu Grunde gegangen waren.

2) Eine angeborene Sacralgeschwulst. Der Tumor, der sich vom Kreuzbeinende bis zur Vulva erstreckte, bestand Anfangs äusserlich aus 2 Cysten. Nach mehreren Wochen fand sich eine faustgrosse. Es waren keine für Spina bifida charakteristischen Symptome vorhanden. Zudem sitzen die Hydrorhachissäcke selten am Kreuzbeinende, während ein aus 2 Cysten bestehender Sack auch bei Spina bifida gesehen wurde (Brewerton). Die Punction mit der Pravaz'schen Spritze, die wegen der drohenden Perforation und der hochgradigen Entstellung bei dem elenden Kinde vorgenommen wurde, liess Spina bifida sicher ausschliessen. Nach Injection von Jodtinctur trat Eiterung in der punctirten Cyste ein und darauf nach Durchbruch des Eiters fast vollkommene Heilung derselben. Allein 4 Wochen nachher ging das Kind atrophisch zu Grunde und die Section ergab, dass eine hinter der verheilten Cyste gelegene zweite Cyste, die sich bis auf den Mastdarm und zum Peritoneum vor dem Kreuzbein erstreckte, vereitert war. Wie in der übergrossen Mehrzahl der congenitalen Sacralgeschwülste betraf auch dieser Fall ein Kind weiblichen Geschlechts.

3) Herr Auerbach berichtet ferner über einen forensisch wichtigen Befund an 2 Kindsleichen, die wegen Verdachts auf Vergiftung mit Strychnin 110 resp. 134 Tage nach der Beerdigung ausgegraben wurden. Auf und in der Magen- und Darmschleimhaut, an dem dem Magen entsprechenden parietalen Blatt des Peritoneums und dem Peritonealüberzug der entsprechenden Zwerchfellshälfte fanden sich dichtgedrängt bis über stecknadelkopfgrosse weisse durchsichtige Krystalle: phosphorsaure Ammoniak-Magnesia. Die Bildung solch makroskopisch reicher Mengen des Doppelsalzes erklärte sich später daraus, dass die Kinder kurz vor ihrem Tode Hufeland'sches Kinderpulver und Magn. carbon. bekommen hatten. (Wird in Eulenberg's Vierteljahrsschr. f. ger. Medicin veröffentlicht.)

Sitzung vom 24. September 1883.

Herr Leichtenstern demonstrirt die selten schönen Präparate zweier Nieren mit totaler cystöser Degeneration derselben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beide Nieren enorm vergrössert stellen dicht gedrängte Conglomerate unzähliger Cysten der verschiedensten Grösse dar. Die Oberfläche hat Aehnlichkeit mit einer Traube, der Durchschnitt mit einem groben Pferdeschwamm. Das makroskopische Structurbild der Niere ist gänzlich verwischt, weder Rinde noch Markkegel irgendwo zu erkennen. Die Cystenwandungen sind grösstentheils, besonders die der peripheren Cysten, ausserordentlich dünn und auch die auf dem Durchschnitte sich darstellenden Septa sind sehr schmal, membranös; und doch liegen hier noch die functionirenden Nierenelemente!

Die rechte Niere ist **28** cm lang, **14** cm breit, **9** cm dick und wiegt **1505** grm. Die linke Niere ist **24** cm lang, **12** cm breit, **9** cm dick und wiegt **1350** grm.

R. kennt keinen Fall in der Literatur, wo die cystöse Degeneration beider Nieren zu Bildungen von so enormen Volumen geführt hätte (von den congenitalen Cysten-Nieren etwa abgesehen).

Die Ureteren von normaler Weite und Wanddicke, frei durchgängig. Nirgends finden sich Concremente. Harnblase normal.

Das Nierenbecken ist beiderseits beträchtlich enger als in der Norm, seine Schleimhaut stellt eine vollkommen glatte, einer Serosa ähnliche, weisse, sehnig glänzende, derbe, fibröse Membran von beträchtlicher Dicke dar, deren Epithelbetrag grösstentheils fehlt. Die Papillen sind gänzlich verstrichen, damit auch die Calices renales spurlos verschwunden.

R. erörtert eingehend den mikroskopischen Befund. Derselbe lässt sich, was die Ursache der Cystenbildung anlangt, als eine Nephro-Papillitis fibrosa, obliterans bezeichnen.

Derselbe Vorgang, welchen Virchow als Ursache der congenitalen Cysten-Niere aufdeckte, nämlich eine entzündliche Obliteration der Papillen ist auch für die seltenen Fälle von Cysten-Niere der Erwachsenen causal namhaft zu machen. Gleichzeitig ist die vorliegende Niere eine atrophische, eine Schrumpfniere, indem dieselben Bilder wie bei der chronisch interstitiellen Nephritis, theils Schrumpfung, theils compensatorische Hypertrophie der Glomeruli, angetroffen werden. Diese interstitielle Nephritis erklärt R. für etwas Secundäres, d. h. erst später zur Nephro-Papillitis Hinzugetretenes.

Die Patientin, eine 48jährige Dame erkrankte $1\frac{1}{2}$ Jahre vor dem Tode unter den Symptomen einer schweren Anämie mit Neigung zu Oedemen besonders im Gesicht, wozu sich später die Zeichen einer beträchtlichen Hypertrophie des linken Ventrikels. Rigidität und Spannung der Arterien, beträchtliche Polyurie (die Harnmenge schwankte bis zu dem durch Urämie hervorgerufenen Tode zwischen 2 bis 4 Liter) geringe, zeitweise fehlende Albuminurie (bei niederem spec. Gewicht und stetem Mangel von Cylindern im Harn) hinzugesellten.

R. stellt diese Form von totaler cystöser Degeneration der Nieren in nahe Verwandtschaft mit den gewöhnlichen Formen der Schrumpf-Niere, von welchen sie sich gewissermaassen nur durch den primären und bevorzugten Sitz der interstitiellen Entzündung in den Papillen, resp. Markkegeln unterscheide.

Was den Ausgangspunkt der cystösen Degeneration der Nieren anlangt, so liegen hauptsächlich zwei Möglichkeiten vor. Entweder ist der primäre Vorgang eine freilich sehr eigenthümliche Entzündung des Nierenbeckens, eine Art Nephropyelitis fibrosa, welche auf die Papillen übergreift, Obliteration der Cribra benedicta, oder der Ausflussröhren und in Folge dessen progressive Cystenbildung herbeiführt. Eine solche Nephropyelitis hat bisher kein rechtes Analogon und zum Mindesten lässt sich keine Ursache derselben angeben, denn Concremente, primäre Cystitis und dergl. fehlten sowohl in diesem, als in einem anderen ähnlichen von R. beobachteten Falle. Weit mehr für sich hat die zweite Annahme, nämlich, dass derselbe Entzündungsreiz, welcher für gewöhnlich zuerst die Glomeruli trifft und die alltägliche Form der chron. interstitiellen Nephritis mit Nierenschrumpfung herbeiführt, unter gewissen unbekannten Verhältnissen in erster Linie oder vorwiegend die Arteriolae rectae verae trifft (resp. die an der Mark-Rindengrenze gelegenen, untersten Glomeruli, deren Vasa efferentia die Markkegel versorgen), jene von Manchen noch geläugneten Gefässe, welche von den Arcus arteriosi aus direct nach der Marksubstanz ziehen und die Sammelkanäle und Ausflussröhren versorgen. Dadurch entsteht eine primäre interstitielle Nephro-Papillitis, welche zu Verschluss, Obliteration einzelner Sammelröhren und so zur Cystenbildung führt.

Indem der Process von den Markkegeln und Papillen aus auf die Adventitia und Propria (Mucosa) der Nierenkelche und des Nierenbeckens übergreift, entsteht Sclerosirung desselben mit Schrumpfung, wie sie sich im vorliegenden Falle darstellt. Trifft der Entzündungsreiz gleichzeitig oder, was wahrscheinlicher ist, späterhin auch das Gebiet der Arteriolae radiatae, die Vasa afferentia und die Glomeruli, so entwickelt sich gleichzeitig oder secundär auch die gewöhnliche Form der arteriosclerotischen Schrumpfniere, wofür in unserem Falle nicht blos die anatomischen Thatsachen, sondern auch die klinischen Erscheinungen sprechen, welche vollzählig die der Schrumpfniere waren.

Die Diagnose wurde in dem vorliegenden Falle nicht gestellt. Da sich der Tumor der linken Niere des Ascites halber und wegen der höheren Lage der linken Niere der Palpation entzog, wurde der rechts unterhalb der Leber fühlbare und fast bis zur Crista ilei reichende, deutlich höckrige Tumor allein gefühlt, als Nierentumor erkannt, aber als Neubildung, wahrscheinlich Sarcom aufgefasst.

Redner hält nichtsdestoweniger die Diagnose der acquirirten Cysten-Niere, trotz der enormen Seltenheit der Affection, dann für sehr wohl möglich, wenn beide Nieren so erheblich vergrössert sind, dass sie sich, vielleicht sogar als flach-höckrige Tumoren palpiren lassen und wenn gleichzeitig alle Symptome der Schrumpf-Niere (Anämie, Oedeme, Hypertrophie des linken Ventrikels, Polyurie mit mässiger Albuminurie, Urämie, vielleicht auch Retinitis, die in unserem Falle allein fehlte) vorhanden sind.

R. verbreitet sich ferner über den mikroskopischen Befund des Inhaltes der Cysten und sei hier nur in Kürze erwähnt: der reichliche Cholestearin- und Fettgehalt einzelner Cysten, die Fettnadeln, die in Menge vorhandenen oft grossen geschichteten Corpora amylacea, die verschiedenartigen Epithelien, Pflaster- und Cylinderepithelien, das Vorkommen von Cylinderepithelien mit deutlichem Flimmersaum (!), das Vorhandensein grosser spindelförmiger in der Mitte bauchiger Zellen ganz von dem Ansehen der in der Milz vorkommenden Endothel-Zellen der Milzvenen. Leucin und Tyrosin fehlten. Bemerkenswerth ist der hohe Eiweissgehalt des Cysten-Inhaltes, der in einer Cyste 4 Proc. betrug, bei einem spec. Gewichte der Flüssigkeit von 1021 (Piknometer).

Sitzung vom 15. October 1883.

Herr Leichtenstern berichtet nach einleitenden Bemerkungen über die Physiologie der Schweissabsonderung über zwei Fälle von schwerer Hyperidrosis universalis bei zwei Geschwistern im Alter von 50—60 Jahren. Die Krankheit, deren Beginn bis in die Kinderjahre zurückreicht, hat sich im Laufe der Zeit trotz aller erdenklichen Kuren und Mittel zu einer qualvollen Höhe gesteigert. Der eine Patient ist durch sein Leiden zu anhaltender Unthätigkeit verurtheilt, da jede Bewegung Schweissausbruch zur Folge hat. Er fasst sein tragisches Geschick in die trostlosen Worte zusammen: „Mein ganzes Leben ist Schwitzen, Wäschewechseln und wieder Schwitzen.“ Die gut situirten Patienten haben es nicht versäumt, aller Orten Aerzte und „Autoritäten“ zu consultiren, die verschiedensten Kuren zu gebrauchen, ohne jeden Erfolg. Noch am wohlthätigsten wirkte der Aufenthalt an der See, ohne Bäder, welche, wie alle Kaltwasserproceduren von den Patienten durchaus nicht ertragen werden.

Ein dritter Fall von schwerer, seit der Kindheit bestehenden Hyperidrosis universalis suchte dieses Leidens wegen vor Kurzem das Bürgerhospital auf. Patient, ein kräftiger 42jähriger Kaufmann, von gutem Ernährungszustande, erregte gleichzeitig die Aufmerksamkeit durch ein interessantes, vom Kranken aber als nebensächlich bezeichnetes Leiden. Es fand sich nämlich eine hochgradige Atrophie mit Lähmung, Verkürzung und Contractur der rechten Ober- und Unter-Extremität vor, eine Affection, welche sich im 1. Lebensjahre, angeblich „in Folge eines Schlaganfalles“ entwickelt hatte. Nachdem die Hyperidrose Jahre lang auf die gelähmte Körperhälfte (der Facialis war nicht gelähmt) beschränkt hatte, griff dieselbe späterhin allmählich auf den ganzen Körper über.

Die Haut fühlt sich überall eigenthümlich schwammig, weich, schwitzend und auffallend kühl an. Leichte Körperbewegung steigert die anhaltende Hyperidrose zum höchsten Grade. Die Herzaffection anhaltend beschleunigt. Geringfügige Anstrengung ruft Dyspnoë hervor. Keine sonstigen Zeichen einer Herz- oder Lungen-Affection. Nachdem diverse Medicamente ohne jeden Erfolg versucht worden waren, erhielt Patient ein Bad von 22° R. und 15 Minuten Dauer, mit nachfolgender kräftiger Abreibung. Nach dem Bade schwerer Collaps mit tief gesunkener Körpertemperatur und Synkope des Herzens. Energische Anwendung von Reizmitteln brachten die Körpertemperatur wieder zur Norm, doch hinterblieben die Zeichen der Herzschwäche. Zwei Tage später plötzlicher, unerwarteter Tod.

Die Section ergab keinerlei nennenswerthe makroskopische Veränderungen in den Organen der Brust und Bauchhöhle, insbesonders das Herz frei von makroskopischen und mikroskopischen Veränderungen, ohne Zeichen der Verfettung etc.

Grösseres Interesse bot die Untersuchung des Gehirns dar. Die rechtsseitige Extremitätenlähmung mit Wachsthumshemmung, Atrophie und Contractur derselben fand ihre anatomische Begründung in einem enormen Hydrocephalus des linken Seiten-Ventrikels. „Legt

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

man das Gehirn in der gewöhnlichen Weise vor sich hin, so sieht man die linke Hemisphäre in der Ausdehnung vom hinteren Dritttheil des Stirnhirnes bis zum Gyrus angularis in Form eines schlotternden Sackes tief einsinken. Die Gegend der vorderen und hinteren Central-Windung, das obere Scheitelläppchen und ein Theil des Gyrus supramarginalis sind vollständig plan verstrichen, in dieser Ausdehnung weder Gyri noch Sulci vorhanden. Dabei zeigt die Rindensubstanz dieser Gegend nicht die geringste Veränderung, weder in Farbe noch Consistenz. Schneidet man in dieser Gegend den Hemisphärenmantel ein, so gelangt man sofort in den enorm erweiterten Seitenventrikel, der eine Männerfaust aufzunehmen vermag. Die Hemisphärenwand ist an der bezeichneten Region 3 mm dick, wovon $1\frac{1}{2}$ mm auf die Rinde, $1\frac{1}{2}$ mm auf die weisse Substanz kommen. Letztere ist wie die graue Rinde vollkommen normal. Die Oberfläche des Streifenkörpers und Sehhügels ist abgeflacht. Nucleus caudatus und lenticularis, sowie der Thalamus sind kleiner als rechterseits, aber ebenso wie die Capsula interna völlig normal. Der linke Pedunculus cerebri im Fuss- und Haubentheil kleiner als rechts, ebenso die linke Brückenhälfte. Die linke Pyramide kleiner als die rechte, der linke Pyramiden-Vorderstrang des Rückenmarkes erheblich kleiner als der rechte, der rechte Seitenstrang dagegen merklich kleiner als der linke. Nirgends aber Zeichen einer absteigenden Degeneration, oder von Sclerose und auch mikroskopisch keine Veränderung zu erkennen. Die Ganglienzellen des rechten Vorderhornes sind ebenso gross und ebenso beschaffen wie linkerseits. Ob die Anzahl der Zellen im rechten Vorderhorn vermindert ist, wagt R. nicht zu entscheiden, hält es aber für wahrscheinlich. Der mittlere Ventrikel normal weit, der rechte Seitenventrikel mässig erweitert. Medulla oblongata, Kleinhirn etc. ohne Anomalie: Das Gehirn allenthalben sehr weich, stark durchfeuchtet.

R. hebt hervor, dass die einseitige Entwicklung eines so enormen Hydrocephalus ventriculi lateralis zu den grössten Seltenheiten gehöre. Die Entwicklungshemmung, Paralyse und Contractur der contralateralen Extremitäten erklärt R. durch den völligen Schwund zahlreicher von der motorischen Rindenzone nach dem Rückenmark ziehenden Nervenbahnen. Die Contractur der gelähmten Extremitäten anlangend, lehrt der Fall, dass dieselbe auch ohne absteigende Degeneration zu Stande komme, durch den völligen Untergang gewisser motorischer Bahnen. Die Contractur beruhe auf einen anhaltenden Erregungszustand der Ganglien der Vorderhörner, welcher bei völliger Trennung derselben von der Grosshirnrinde einzutreten pflege. Das Gleiche komme auch zu Stande bei Quertrennung des Rückenmarkes, wobei die Contractur der unterhalb gelegenen Extremitätenmuskeln durchaus nicht immer mit secundärer Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen einhergehe.

Für die Entstehungs-Ursache des Hydrocephalus ventriculi sinistri lassen sich nur Hypothesen aufstellen. Wahrscheinlich fällt die Entstehung desselben in die Zeit des intrauterinen Lebens, jedenfalls nicht später als in das 1. Lebensjahr.

Für die Erklärung der Hyperidrosis universalis bot die Section keine Anhaltspunkte dar.

Sitzung vom 12. November 1883.

Herr O. Schmidt: Ein Fall von Extrauterinschwangerschaft.

Eine 40jährige IVp. wird nach achtjähriger Pause wieder schwanger. Während dieser Schwangerschaft zwei Mal, ganz im Anfange und gegen die Mitte, Erkrankung unter heftigen peritonitischen Erscheinungen. Am normalen Schwangerschaftsende zwei Tage lang anhaltende Wehen und etwas Blutabgang. Der Arzt constatirt eine Kopflage, kann aber den Muttermund nicht finden und räth zum Abwarten. Die Wehen hören ganz auf, doch konnte Patientin wegen Schmerzen im Leib und allgemeiner Körperschwäche das Bett nicht verlassen. Vier Wochen nach der vergeblichen Geburtsarbeit traten die Menses wieder ein und kehrten in vierwöchentlichem Typus wieder.

Vortragender sah die Kranke zwölf Monate nach Beginn der Schwangerschaft. Sehr heruntergekommene Frau mit kleinem frequenten Pulse; Temperatur am Abend 37,3.

Im Abdomen harter, etwas unregelmässiger, ovoider Tumor, dessen Kuppe den Nabel einen Querfinger breit überragt. Umfang des Abdomens in Nabelhöhe 82, zwischen Nabel und Symphyse 86 cm. Ueber dem rechten horizontalen Schambeinaste hühnereigrosser flacher Tumor mit dem grösseren fest verbunden; im rechten oberen Winkel des grossen Tumor mehrere kleine Geschwülstchen palpirbar.

Innere Untersuchung: In der Höhe der Spinallinie, ins kleine Becken eingekeilt, ein runder glatter Tumor von harter Consistenz, an dem von rechts hinten nach links vorn eine Rinne verläuft; nach rechts vorn lang ausgezogener trichterförmiger Sack an dessen Ende, sehr schwer erreichbar, etwa 1—2 cm über dem horizontalen Schambeinaste ein Grübchen; Sonde dringt durch dasselbe leicht 8 cm in den kleineren Tumor ein.

Mammae schlaff, Montgomery'sche Drüsen nicht geschwellt, etwas Colostrum ausdrückbar.

Die Diagnose der Extrauterinschwangerschaft, soweit dieselbe nach Absterben der Frucht überhaupt mit Sicherheit zu stellen ist, stützen: das Auftreten des Tumors bei einer vorher ganz gesunden Person und gleichzeitiges Cessiren der Menses, welche acht Jahre lang regelmässig in vierwöchentlichen Intervallen aufgetreten waren; das rasche Wachsthum der Geschwulst unter schweren peritonitischen Erscheinungen, der Stillstand im Wachsthum am Ende des neunten Monats nach mehrtägigen Wehen, und die sofort nachher einsetzende Verkleinerung, die Schwangerschaftsbeschwerden und die Wahrnehmung von Kindsbewegungen von Seiten der Patientin, was bei einer IVp. immerhin berücksichtigt zu werden verdient; die ärztlicherseits zur Zeit der Geburtsarbeit gestellte Diagnose und der Wiedereintritt einer regelmässigen Menstruation vier Wochen nach der vergeblichen Geburtsarbeit, ferner der Befund bei der Untersuchung und zwar: Das Vorhandensein von Colostrum in den Brüsten; die Gestalt und verschiedene Consistenz des Tumors; das Vorliegen eines Theiles, der fast mit absoluter Sicherheit als Schädel angesprochen werden konnte: das Vorhandensein kleiner Theile im Fundus der Geschwulst; der Nachweis des leeren, etwas vergrösserten Uterus. Da keine Indication zum operativen Eingreifen vorlag, wurde Patientin symptomatisch behandelt und erholte sich bald vollständig.

Letzte Untersuchung sechs Monate später. Tumor zwei Querfinger breit unter dem Nabel, Portio hinter der Symphyse leicht zu erreichen, der vorliegende Theil kleiner und beweglicher als früher. Pat. jetzt von blühender Gesundheit, ohne Beschwerden.

XIV. Aus Mentone.

Von Dr. Thieme, unserm geehrten Mitarbeiter, erhalten wir folgende Zuschrift:

Hochgeehrter Herr Redacteur!

Während meines Aufenthaltes in der Heimath im vergangenen Sommer, wurde ich von zahlreichen Collegen nach dem dermaligen Gesundheitszustand Mentone's befragt, eine Frage, die mit Sicherheit zu beantworten ich stets ablehnen musste. Doch erbot ich mich, dieselbe im Anfang des Winters, und zwar von Mentone aus zu beantworten und ich motivirte dies damit, dass es mir nur von Ort und Stelle aus möglich sei, volle Verantwortung übernehmend, diese Frage zu beantworten.

Nun ist dieser Zeitpunkt gekommen, und da oftmals stereotyp dieselbe Antwort zu schreiben keineswegs zu den Annehmlichkeiten des ärztlichen Berufslebens gehört, so würden Sie mich verpflichten, wenn Sie das Nachstehende den Lesern der Deutschen Medic. Wochenschrift zugänglich machen wollten.

So kann ich Ihnen und Ihren Lesern vor Allem, auf Pflicht und Gewissen, die Versicherung geben, dass der Gesundheitszustand in Mentone und dem ganzen Departement der Seealpen ein vorzüglicher ist und auch gewesen ist während des ganzen vorigen Sommers. Es ist im ganzen Departement kein einziger Cholerafall vorgekommen, trotzdem der 40000 köpfige Flüchtlingsstrom italienischer Arbeiter das Departement durchströmte, und dieser Strom dann im italienischen Rivieragebiete in der unseligsten aller Quarantänen aufgestaut wurde und dort einen Choleraherd bildete, von dem aus Spezia und ganz Italien inficirt wurde.

Wenn nun trotz des bei glühendster Sommerhitze erfolgten Durchzuges der italienischen, Schmutz- und Bacillentragenden Arbeiter und trotz des jenseit der italienischen Grenze durch die italienische Quarantäne erzeugten Infectionsherdes, d. h. trotz der für die Verbreitung der Cholera so unendlich günstigen Bedingungen, diese im vorigen Sommer hier nicht ausbrach, wie unendlich unwahrscheinlich ist es, dass sie es jetzt während des Winters thue, wo uns von keiner Seite Gefahr droht??

Denn die in durchaus unlauterer Absicht ausposaunten Nachrichten über den Zuzug von Pariser sogenannten Choleraflüchtlingen, die Mentone, Nizza und Cannes verunsichern sollen, tragen den Stempel böswilliger Erfindung. Die gerade hier in Mentone wie stets so auch in diesem Jahre verhältnissmässig geringe Anzahl von Franzosen, die sich hier nicht recht heimisch zu fühlen scheinen, gehören so sehr den absolut bevorzugten Ständen an, dass sie kaum eine Infectionsgefahr darbieten. Denn eines vergesse man nicht: Die jetzige Pariser Epidemie, derentwegen ich nach Paris reiste, und die ich zu beobachten mir angelegen sein liess, hatte ihren Sitz nur in den schmutzigsten Stadtvierteln aufgeschlagen und griff sich ihre Opfer nur heraus aus den durch senile Decrepidität und Elend und Schmutz

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und vor allem durch Alkohol und Absinth disponirten alleruntersten Klassen, d. h. aus der eigentlichen weltstädtischen Kloake; sie war keineswegs hinaufgedrungen in die bessern Klassen der Bevölkerung, die vollständig unberührt blieben. Und ausserdem ist diese Epidemie, deren Charakter ein merkwürdig milder ist oder vielmehr war, wie Ihnen die beifolgende eben veröffentlichte Tabelle beweist, in stetiger rapider Abnahme begriffen, so dass sie bald ganz eingeschlummert sein wird; ich sage eingeschlummert, weil sie im nächsten Sommer wohl wieder erwachen wird.

Dass nun hier gerade auf der sogenannten französischen Seite der Riviera, die im ethnographischen Sinne gewiss nicht französisch ist, nach menschlicher Berechnung absolut gar keine Gefahr vorhanden, können Sie, geehrter Herr Redacteur, auch daraus entnehmen, dass der König von Württemberg sowohl, als auch der Grossherzog von Mecklenburg, Beide mit Gemahlinnen, der eine in Nizza, der andere in Cannes, ihre Winterresidenz aufgeschlagen haben, also beide deutsche Fürsten gerade in diesem sogenannten französischen Theile der Riviera. Sie würden sicher von ihren ärztlichen Rathgebern daran gehindert worden sein, wenn auch nur die leiseste Choleragefahr drohte. Und man kann voraussetzen, dass beide Monarchen von zahlreichen sich ihrer ganzen Verantwortung voll und ganz bewussten Aerzten, Professoren und Geheimräthen gerade zu diesem Winteraufenthalte berathen wurden.

Und trotzdem und obgleich jede den Reisenden irgend belästigende Maassregel, welchen Weg man auch nehmen möge, überall abgeschafft ist, so ist doch die Frequenz von Mentone eine wesentlich geringere als sonst. Ich meine der Zugang deutscher Kranken, die ja hierher ein Hauptcontingent stellen und deshalb ein gutes Stück Deutschthum hier vorfinden, müsste in kurzem bedeutend zunehmen; wenigstens sollte er dies. Denn den Collegen im Vaterlande muss doch schliesslich trotz aller falschen Gerüchte das eine als Wahrheit bekannt werden, dass der Gesundheitszustand hier ein vorzüglicher war und ist und deshalb können sie auch unbekümmert die Kranken, für die sie das hiesige Klima überhaupt für angezeigt halten, hierher kommen lassen zum Ueberwintern.

XV. Die Cholera.

XXIV.

Weiterer Verlauf der Epidemie.

Italien.

(Schluss.)

In Spezia erfährt das plötzliche Auftreten der Krankheit in so grosser Stärke eine Erklärung durch die Constatirung, dass seit dem 12. August, dem Tag des zweiten Choleratodesfalles in der Stadt, fortwährend Erkrankungen vorkamen, welche verheimlicht wurden. Die Leichen wurden des Nachts auf abgelegenen Wegen, in Gärten und wo nur immer verscharrt, wodurch ein beständiger Infectionsheerd künstlich erhalten wurde. Das rapide Umsichgreifen der Krankheit in den nächsten Tagen rührt unter anderm davon her, dass Choleraleichen mehrere Tage hindurch auf den Strassen und in den Häusern unbeerdigt liegen blieben. Die ersten, lauter fulminante Fälle, betrafen meist Arme, welche auf den Strassen starben. Bei der unerhörten Panik, welche die Stadt ergriffen hatte, wollte zur Beerdigung dieser Leichen Niemand sich finden. Erst später wurde ein Comité von 80 Freiwilligen gegründet, welches dieselbe übernahm. Die Leichen wurden mit Kalk in grosser Tiefe versenkt.

Am 23. giebt das öffentliche Bulletin 46 neue Erkrankungen und 36 Todte an, während Telegramme aus Spezia selbst 90 Erkrankungen und 72 Todte melden. An demselben Tag wurde mit der Ziehung des Militärcordon begonnen, welche am 6. September vollendet war, nachdem ca. 3000 Personen geflüchtet und 450 Arbeiter, welche das Arsenal verlassen hatten, eben noch vor Thorschluss nach den verschiedensten Richtungen geflohen waren.

Was die Entstehungsursachen der Epidemie in Spezia anbelangt, so ist sicher, dass die Krankheit schon früher von Biomaggiore aus dahin verschleppt wurde.

Ausserdem sollen aber später die Matrazen des Choleralazarethes auf dem Varignano, nachdem dasselbe keine Kranken mehr beherbergte, unter der Hand nach Spezia verkauft worden sein.

In Busca und Spezia, welche beide vom Cordon umgeben sind, schreitet nun die Epidemie in gleicher Stärke vorwärts, bis sie in Busca am 9. September erlischt, während sie in Spezia bald zu-, bald abnehmend bis zum 7. October sich erstreckt. Von diesen beiden Orten wird aber die Krankheit nach allen Richtungen hin verschleppt. So tritt sie in den folgenden Tagen in den Provinzen Lucca, Pisa und Bologna auf, wohin sie Flüchtlinge von Spezia gebracht hatten. Am 25. Juli starb in Lucca eine Frau, welche aus Spezia gekommen war und vom 30. an kommen mehrere Fälle in der Provinz vor. In Pisa und Umgegend sind ebenfalls am 25. 6 Erkrankungs- und 3 Todesfälle zu verzeichnen, welche von Spezia eingeschleppt wurden. Alle die späteren Fälle, welche hier vorkommen, sind auf diese zurückzuführen. Dasselbe gilt von der Provinz Bologna, in welcher ebenfalls am 25. in Poretta 6 von Spezia herrührende Fälle auftreten. Die Verbreitung der Cholera in der Provinz Genua ist selbstverständlich durch die Epidemie in Spezia bedingt. In der Provinz Cuneo schreitet die Krankheit von Busca aus weiter, am 27. August sind es theils in Cuneo selbst, theils in Tarantasca schon 18 Cholerafälle.

Zu gleicher Zeit mit dem Ausbruch der Epidemie in Spezia tritt die Krankheit in den Provinzen Mailand und Novara auf, in ersterer, in welcher schon früher Erkrankungen vorkamen, 2 Fälle in S. Martino in Strada, in letzterer 3 in Trecate. Am 27. August folgt Modena mit 10 Fällen, am 28. Cremona und am 31. Reggio-Emilia.

Im Süden überschreitet dieselbe die Grenzen der Provinz Campobasso und tritt in der Provinz Aquila in den hart an der Grenze zwischen den beiden gelegenen Orten Barrea und Castel di Sangro auf. In Neapel aber bringt seit dem 22. August jeder Tag einige wenige Fälle, bis am 31. August plötzlich 60 Erkrankungen auftreten, die von nun an rapid zunehmen, am 9. September ihren Culminationspunkt erreichen, indem die Zahl der Erkrankungsfälle an diesem Tag auf 966, die der Todesfälle auf 328 gestiegen ist.

Vom 9. an nimmt die Epidemie in Neapel langsam ab und zieht sich bis zum 8. November hinaus. Ebenso verbreitet sich die Krankheit in der Provinz von Neapel, erreicht aber hier ihre Höhe in einer Zeit, in welcher sie in der Stadt schon bedeutend im Abnehmen begriffen ist, indem die grösste Anzahl der Erkrankungen und Todesfälle (76 und 41) auf den 26. September fällt.

Von Neapel wird nun, wie früher von Spezia aus, die Krankheit in verschiedene Provinzen verschleppt. Am 1. September tritt sie in Caserta auf, wohin sie nach Teano durch einen aus Neapel kommenden Arbeiter gebracht wurde. Am 4. September in den Provinzen Avellino und Salerno, am 6. in Rom, am 7. in Benevent, am 8. in Perucia, am 11. in der Provinz Foggia, am 13. in Chieti, am 16. in Lecce und am 17. in Ascoli. Am 13. October tritt noch Pesaro hinzu.

In all' diesen Provinzen, mit Ausnahme von Caserta und Salerno, greift die Epidemie nicht weiter um sich, sondern tritt nur in vereinzelten Fällen auf, die sich aber bis Ende October und theilweise bis in den November hinausziehen. In der zweiten Hälfte des October vermehren sich die Fälle in Salerno, verschwinden aber gegen Ende des Monats. In Norditalien war am 3. September in Brescia und am 7. in Pavia ein Fall aufgetreten, dem aber keine weitern folgten. Erst gegen Ende des Monats September erscheinen in den beiden Provinzen neue Fälle, die in Brescia bis zum 26., in Pavia bis zum 17. October fortdauern.

Am 16. September befällt die Epidemie die Provinz Rovigo, indem sie längs des Po in mehreren Orten festen Fuss fasst. Von hier aus greift sie auf einige Orte der Provinz Ferrara über. Aber auch in diesen beiden wie auch in den Provinzen, auf welche sich die Krankheit später noch erstreckt, Mantua, Piacenza, Sondrio, gewinnt sie kein grosses Feld, indem sie mehr in vereinzelten Fällen auftritt. Nur einmal noch erscheint sie in grösserer Stärke, in der Stadt Genua. Am 21. September sind es hier 4 Fälle, welche am 28. bis zu 66 Erkrankungs- und 27 Todesfällen gestiegen sind. Die Krankheit kam durch eine Wasserleitung in die Stadt, welche in dem schon früher inficirten Bussala ihr Wasser empfängt. Sobald man dieselbe ausser Thätigkeit setzte, hörte die Epidemie auf. Am 26. October waren die letzten Fälle vorgekommen.

Mit den letzten Tagen des October ist die Epidemie in ganz Italien so gut wie zu Ende. Die wenigen Fälle, welche im November bis zum heutigen Tage noch aufgetreten sind, haben in der inzwischen eingetretenen kälteren Jahreszeit keine weitere Verbreitung mehr gefunden.

Ob nun aber damit die Krankheit überhaupt erloschen ist, ist eine andere Frage. Mit grosser Wahrscheinlichkeit lässt sich annehmen, dass in diesem Winter wohl kaum mehr von einer wesentlichen Vermehrung derselben die Rede sein wird. Vielleicht hört sie momentan ganz auf oder zieht sie sich in vereinzelten Fällen über den Winter hinaus, um im Frühjahr oder Sommer um so intensiver wieder auszubrechen. Ein derartiges Ueberwintern fand in Italien während der ersten Cholerainvasion im Jahre 1825 in Venedig statt. Die Epidemie hatte sich in vereinzelten Fällen bis zum 28. December dieses Jahres hingezogen, an welchem Tag die letzten Cholerakranken in Behandlung waren. Am 25. Januar, also nach 4 Wochen, begann sie wieder aufs Neue, ebenfalls mit wenigen vereinzelten Fällen, die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich denn erst in der wärmeren Jahreszeit, im März und April stark vermehrten.

Auffallend ist es, dass die Cholera, während sie nur in Busca, Spezia, Neapel und Genua eine intensivere Verbreitung erfuhr, in so vielen andern Provinzen in einer geringen Anzahl von Fällen auftrat, die aber während der ganzen Dauer derselben continuirlich vorhanden waren. Mit geringem Wechsel der Stärke hielten sie sich nahezu auf derselben Höhe, ohne eine bedeutendere Vermehrung zu erfahren. Offenbar waren in diesen Provinzen die localen Verhältnisse für eine Epidemie weniger günstig.

Ebenso bemerkenswerth ist es, dass die Cholera in andern Provinzen, nachdem sie zum ersten Mal in einigen Fällen aufgetreten war, sich dem Augenmerk des Beobachters entzog, d. h. längere Zeit hindurch spurlos verschwunden war und dann in grossen Intervallen in ganz vereinzelten Fällen wieder erschien, um schliesslich nach längerer Zeit doch noch eine gewisse Verbreitung zu erfahren. Um eine neue Einschleppung der Krankheit konnte es sich handeln, dieselbe war die ganze Zeit über latent vorhanden gewesen. Auch in den Städten, in welchen eine grosse Epidemie auftrat, war sie lange Zeit vorher in vereinzelten Fällen erschienen, auf welchen in längeren Pausen hin und wieder neue erfolgten, die sich aber nicht sofort vermehren konnten, bis plötzlich wie mit einem Schlag die Epidemie in ihrer ganzen Stärke auftrat. Dieses plötzliche Auftreten ist aber immer nur ein scheinbares gewesen, denn es war längere Zeit hindurch vorbereitet. So war es der Fall in Spezzia, wohin die Krankheit von Riomaggiore aus eingeschleppt worden war. Auf den ersten Choleratodesfall vom 22. Juli folgte am 12. August ein zweiter. Andere vereinzelte Fälle traten hinzu, die weder verschwanden, noch auch sich wesentlich vermehrten, bis am 22. August nach heftigem Regen und starken Temperaturschwankungen wie mit einem Schlag 60 Erkrankungen auftraten.

Nicht anders war es in Neapel. Am 19. Juli war die Krankheit zum ersten Mal erschienen. Am 22. August bringt das Bulletin einen weiteren Fall, die Erkrankungen, welche dazwischen liegen, sind nicht zur öffentlichen Kenntniss gelangt. Vom 22. August an aber bringt jeder Tag neue Fälle, bis am 31. August die Epidemie festen Fuss gefasst hatte. Man sieht, dass die Krankheit sich die Stätte zum weiteren Wirken erst schaffen musste.

Diese und andere Thatsachen, welche während der diesmaligen Epidemie in Italien constatirt werden konnten, weisen mit aller Bestimmtheit darauf hin, dass zur Entstehung einer grösseren Choleraepidemie ausser dem Vorhandensein des Cholerakeimes immer auch eine gewisse Prädisposition des Ortes, eine gewisse Beschaffenheit der localen Verhältnisse nothwendig ist. In erster Linie wird es sich hier wohl um die Grund- und Bodenverhältnisse, um das Verhalten des Grundwassers handeln, aber sicherlich nicht ausschliesslich. In mehr als einem Fall war es fliessendes Wasser, welches den Krankheitskeim von inficirten Orten an gesunde brachte. Ein schlagendes Beispiel hierfür bietet der Fluss Brembo in der Provinz Bergamo, ausserdem die Wasserleitung Nicolai, welche in Bussala von einem Nebenfluss des Po, der Scrivia, ihr Wasser empfangend, den Krankheitskeim nach Genua brachte und schliesslich war der Po selbst der Träger desselben einmal in der Provinz Turin, in welcher sich die Krankheit längs den Ufern desselben verbreitete und die Ortschaften Osasio, Lombriasco, Cassalgrasso, Carignano und Villafranca befiel und dann in der Provinz Rovigo, in welcher sämmtliche ergriffenen Ortschaften an den Ufern des Po liegen. Wiederholte, dort angestellte Untersuchungen des Powassers ergaben das Vorhandensein von Kommabacillen.

Höchst wahrscheinlich ist die Cholera in ihrer Verbreitungsweise nicht immer auf denselben Weg angewiesen. Bei der einen Epidemie mag es sich um eine Verbreitung durch Vermittlung des Bodens handeln, sei es durch Ventilation, indem beim Fallen des Grundwassers der Krankheitskeim sich durch die Luft verbreitet oder durch Beimischung von verunreinigtem Grundwasser zum Trinkwasser. Bei einer andern mag das Trinkwasser selbst der Träger der Krankheit sein, oder mag die Verbreitung derselben ihren Grund in Mängeln des Canalisationssystems haben. Letztere waren in Neapel der wesentlichste Grund der starken Ausbreitung der Epidemie. Alle diese angeführten Verbreitungsweisen schliessen aber nicht aus, dass es vielleicht nicht noch andere giebt, deren sich die Cholera gelegentlich bedienen kann. Man wird bei jeder Epidemie alle diese Verhältnisse genau untersuchen müssen und erst eine lange Reihe solcher Untersuchungen wird es ermöglichen, allgemein giltige Schlüsse zu ziehen.

Sicher ist, dass bei einer grösseren Epidemie die Verbreitung der Krankheit nicht durch Ansteckung von Person zu Person stattfindet. Der Krankheitskeim, welcher mit jeder neuen Erkrankung wächst, verbreitet sich auch auf die eine oder die andere Weise und wird so vom menschlichen Körper aufgenommen.

Ebenso sicher ist es aber auch, dass eine Ansteckung von Person zu Person stattfinden kann, nur wird sie nicht zur Epidemie führen, wenn die örtliche und zeitliche Disposition nicht gegeben ist, indem dann der Krankheitskeim erstirbt. Solche directe Uebertragungen sind beim Beginn der Epidemie in Italien mehrfach constatirt worden und die Erkrankungen, welche auf den Schiffen vorkamen, sind doch nur auf diese Weise entstanden.

Eine Illustration zu Schiffsepidemien giebt das Schiff Matteo Bruzzo, welches beim Beginn der Epidemie in Italien Genua verlassen hatte, um mit 1200 Passagieren nach Amerika zu gehen. Da inzwischen die Cholera auf demselben ausgebrochen war, durfte es an keiner Küste Amerikas landen. Das unglückselige Schiff, welches die verschiedensten Landungsversuche gemacht hatte, immer aber wieder zurückgewiesen wurde, weil es Cholerakranke an Bord hatte, durchkreuzte nun gleich dem des fliegenden Holländer die Wasser und befindet sich gegenwärtig auf der Rückreise nach Italien, um nach seiner Rückkehr auf der Insel Pianosa die Ruhe einer länger andauernden Quarantaine zu finden. Bisher sind auf demselben 44 Erkrankungs- und 22 Todesfälle vorgekommen.

Venedig, 30. Nov. 1884. A. Kurz.

XVI. Literatur.

Noack, Das öffentliche Gesundheitswesen des Regierungs-Bezirks Oppeln. Oppeln 1884. Erdmann Rabe. — Oscar Schwartz, 4. General-Bericht über das öffentl. Gesundheitswesen des Regierungs-Bezirk Köln. Köln 1884. du Mont-Schauberg. — Radestock, Genie und Wahnsinn. Breslau 1884. Eduard Trewendt. — Oertel, Handbuch der allgemeinen Therapie der Kreislaufs-Störungen. Leipzig 1884. F. C. W. Vogel. — Fürbringer. Die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Braunschweig 1884. Friedrich Wreden. — Stricker, Physiologie des Rechts. Wien 1884. Teplitz & Deuticke. — O. Pütz, Ueber die Beziehungen der Tuberculose des Menschen zur Tuberculose der Thiere. Stuttgart 1883. Ferdinand Enke. — Degen, Der Typhus und die Verunreinigung des Bodens. München 1883. J. Lindauer'sche Buchhandlung. — Fleck, Zwölfter und dreizehnter Jahresbericht der Kgl. chemischen Centralstelle f. öffentl. Gesundheitspflege. Dresden 1884. von Zahn & Jaensch. — Sechster Jahresbericht über den öffentl. Gesundheitszustand und die Verwaltung der öffentl. Gesundheitspflege in Bremen in den Jahren 1879 bis 1882. Bremen 1884. Rühl & Schlenker.

XVII. Kleinere Mittheilungen.

— Herr Docent Dr. A. Wernich ist zum Regierungs- und Medicinal-Rath ernannt und der Königlichen Regierung zu Cöslin überwiesen worden. Herr Reg.- und Med.-Rath Dr. von Massenbach vertauscht Cöslin mit Koblenz.

— In seiner Sitzung am 16. d. M. wählte der Westverein Berliner Aerzte zum ersten Vors. Geh. Ob. Med.-R. Prof. Dr. Bardeleben, zum zweiten Vors. Dr. Tischmann, zum ersten Schriftführer Dr. Straub, zum zweiten Schriftführer Dr. Stoeter, zum Kassenführer Dr. Beely, zu Delegirten in den C. A. die Herren Straub und S. Veit, Herrn A. Wernich zum auswärtigen Mitglied.

— Im Prüfungsjahr 1883—84 sind im deutschen Reiche approbirt 771 Aerzte (1882—83 692, 1881—82 669, 1880—81 556), 22 Zahnärzte (in den Vorjahren 25, 25 bezw. 16), 92 Thierärzte (95, 121, 57) und 393 Apotheker (315, 327 und 259). Davon kommen auf Preussen 336 (im Vorjahre 327) Aerzte, 19 (13) Zahnärzte, 57 (55) Thierärzte und 184 (139) Apotheker. Die grosse Zunahme der approbirten Aerzte kommt zumeist auf Bayern, wo 248 (im Vorjahre 188) Aerzte ihre Approbation erlangten. Wenn man erwägt, dass Bayern noch nicht den fünften Theil der Einwohner Preussens zählt, erscheint die Zahl der dort approbirten Aerzte ganz ausserordentlich hoch. Auch die Zunahme der jährlich approbirten Apotheker im ganzen Reich (seit 3 Jahren um 134 oder 52 Proc.) ist beachtenswerth.

XVIII. Personalien.

Preussen.
(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem stellvertretenden Leibarzt Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin Dr. Paul Friedrich Theodor Schliep zu Baden-Baden und dem practischen Arzt Dr. Rudolf Jacob Schneider zu Koeln den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen.

Ernennung: Der pract. Arzt Dr. August Klingelhoefer zu Frankfurt a. M. ist zum Kreiswundarzt des Stadtkreises Frankfurt a. M. ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte Dr. Pinkert in Schoenau und Dr. Seeger in Soemmerda.

Verzogen sind: Die Aerzte Jacobs von Rügenwalde nach Gusow, Dr. Lewin von Belgard nach Koerlin, Dr. Raeuber von Altenberg nach Nordhausen und Dr. Kothe von Gross-Rhüden nach Bockenem.

Gestorben: Der Kreiswundarzt Nuesser in Kosel und Geheimer Sanitätsrath Dr. Lessing in Berlin.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Lübke hat die Schulz'sche Apotheke in Bartin gekauft. Der Apotheker Terheyden in Steinheim ist gestorben. Der Apotheker Dehmel hat an Stelle des Apothekers Erler die Verwaltung der Filial-Apotheke in Rauscha übernommen.

Vacante Stellen: Kreiswundarztstelle des Kreises Kirchhain mit dem Wohnsitz zu Amoeneburg.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag №. 52. 25. December 1884.

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Zehnter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner. Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Das Studium der Zahnheilkunde an der Universität Berlin.

Von

Professor **Dr. Busch,**

Director des zahnärztlichen Instituts.

Das neu errichtete zahnärztliche Institut in Berlin (Dorotheen-Str. 40) ist kein für sich bestehendes Lehrinstitut, sondern es ist in den Rahmen der Berliner Universität eingefügt. Man studirt daher die Zahnheilkunde nicht an dem Institut, sondern an der Universität Berlin. Es ist somit erforderlich, dass diejenigen Herren, welche hier Zahnheilkunde studiren wollen, an der Berliner Universität immatriculirt sind. Die Immatriculation vollzieht sich unter folgenden Bedingungen:

Damen werden an der hiesigen Universität überhaupt nicht immatriculirt, dieselben haben somit auch keinen Zutritt zu dem zahnärztlichen Universitätsinstitut. Ausländer werden auf Grund eines Passes ihrer Landesbehörde resp. der Exmatrikel einer bereits besuchten deutschen Universität ohne besondere Berücksichtigung der wissenschaftlichen Vorbildung, welche sie sich erworben haben, bei derjenigen Facultät immatriculirt, für welche sie sich melden. Angehörige des deutschen Reichs werden auf Grund des Abiturientenexamens an einem deutschen Gymnasium gleichfalls bei derjenigen Facultät immatriculirt, für welche sie sich melden und zwar auf 8 resp. bei den Medicinern auf 9 Semester. Inhaber des Abiturientenexamen-Zeugnisses einer deutschen Realschule erster Ordnung werden dagegen, wenn sie aus Preussen stammen, nur bei der philosophischen Facultät immatriculirt, stammen dieselben dagegen aus einem der deutschen, nicht zu Preussen gehörigen Staaten, so werden sie auch bei der medicinischen Facultät auf die volle Zeit immatriculirt, jedoch später nicht zu den medicinischen Examina zugelassen.

Immaturi d. h. solche Studirende, welche kein Abiturientenexamen gemacht haben, sondern mit dem Zeugniss für den einjährig-freiwilligen Dienst oder dem Zeugniss der Reife für die Prima eines deutschen Gymnasiums oder einer deutschen Realschule erster Ordnung entlassen sind, werden, wenn sie nicht aus Preussen stammen, ohne weitere Eingabe sowohl bei der medicinischen wie bei der philosophischen Facultät immatriculirt und zwar auf 8 resp. 9 Semester. Stammen dieselben jedoch aus Preussen, so müssen sie Behufs der Immatriculation eine schriftliche Eingabe bei dem Curatorium der Universität einreichen und werden dann, wenn nichts gegen sie vorliegt, bei der philosophischen Facultät auf die Dauer von 4 Semestern immatriculirt. Wünscht der betreffende Student über diese Zeit hinaus das Studium weiter fortzusetzen, so muss er hiezu eine Eingabe bei dem Curatorium der Universität vor Ablauf des 4. Semesters einreichen und wird dann auf weitere 2 Semester immatriculirt. Ueber die Zeit von 6 Semestern hinaus können Immaturi die aus Preussen stammen nur auf besondere ministerielle Erlaubniss zum Studium zugelassen werden.

Aerzte und Zahnärzte, welche ihr Staatsexamen bereits gemacht haben, können, soweit sie aus Preussen stammen, auf Grund einer Hospitantenkarte, welche in jedem Semester neu gelöst werden muss, die Vorlesungen an der Universität und somit auch an dem zahnärztlichen Institut belegen; nicht aus Preussen stammende Herren müssen dagegen eine erneute Immatriculation nachsuchen. Falls practische Aerzte wünschen, auch noch das Examen als Zahnärzte zu machen, so können sie sich zu demselben melden, ohne dass sie es nöthig hätten, sich von Neuem immatriculiren zu lassen. Dieses Examen ist für practische Aerzte wesentlich vereinfacht, da dieselben nicht mehr in Anatomie und Chirurgie, sondern nur noch in Zahnheilkunde geprüft werden.

Die Zulassung zur zahnärztlichen Staatsprüfung im deutschen Reich ist nach der Bekanntmachung vom 25. September 1869 von folgenden Bedingungen abhängig:

1) Die Reife für die Prima eines norddeutschen Gymnasiums oder einer norddeutschen Realschule erster Ordnung. Dieselbe ist nachzuweisen entweder durch das Schulzeugniss oder durch das Zeugniss einer besonderen Prüfungscommission bei einer der genannten Unterrichtsanstalten;

2) durch 2jähriges Universitätsstudium;

3) durch den Nachweis practischer Uebung in den technischen zahnärztlichen Arbeiten.

Diese Bestimmungen wurden nach 1870 auf das ganze deutsche Reich übernommen, natürlich mit der Veränderung, dass unter 1) statt norddeutsch „deutsch" gesetzt wurde.

Das Zeugniss ad 3) kann von jedem in Deutschland approbirten Zahnarzt ausgestellt werden, wenn der betreffende Student auf dessen Laboratorium längere Zeit technisch gearbeitet hat; dagegen ist ein solches Zeugniss werthlos, wenn es von Jemand ausgestellt ist, der nicht im deutschen Reich als Zahnarzt approbirt ist.

Wer dem Artikel 1) betreffend die Vorbildung nicht genügen kann, gebe sich nicht der Hoffnung hin, zum zahnärztlichen Examen zugelassen zu werden, denn, wenn auch vielleicht in dem einen oder anderen Falle von Seiten der Regierung des deutschen Reichs ein Dispens gegeben werden könnte, so ist derselbe doch so schwer zu erlangen und erfolgt nur auf so besonders dringende Gründe, dass für den Einzelnen die Chance einen solchen Dispens zu erlangen eine verschwindend geringe ist.

In dem zahnärztlichen Staatsexamen werden examinirt: 1) Anatomie, 2) allgemeine Chirurgie und specielle Chirurgie des Kopfes, 3) die gesammte Zahnheilkunde in ihrem wissenschaftlichen und practischen Theil.

Welche Collegien der Studirende der Zahnheilkunde hören will, ist ganz in sein Belieben gegeben mit Ausnahme des technischen Laboratoriums, welches er ein Jahr lang besucht haben muss, behufs Erlangung des Zeugnisses ad 3. Anzurathen ist den Studirenden, dass sie ausser den im Institut selbst gelesenen speciell zahnärztlichen Vorlesungen noch hören: Anatomie, Physiologie, Physik, Chemie, allgemeine Pathologie, ein Semester chirurgische Klinik und event. den Präparirsaal und einen mikroskopischen Cursus. Wer mehr Collegien hören will, wird gezwungen sein, das Studium über 4 Semester zu verlängern. Wegen dieser Freiheit in der Wahl des Einzelnen ist es auch nicht möglich anzugeben, was das zahnärztliche Studium kostet. Wer sein Studium ernst nimmt und alle obigen Collegien belegt, wird in den 4 Semestern etwa 600 bis 800 Mark Collegiengelder zu zahlen haben.

Ein Doctorexamen kann selbstverständlich nicht an dem zahnärztlichen Institut gemacht werden, sondern nur bei den Facultäten der Universität. Für das Doctorexamen bei der medicinischen Facultät ist erforderlich: das Zeugniss des Abiturientenexamens von einem Gymnasium und ein 9 semestriges Studium. Zu dem Doctorexamen bei der philosophischen Facultät erfolgt die Zulassung auch auf Grund des Abiturientenexamens einer deutschen Realschule erster Klasse und eines 6 semestrigen Studiums. Bei beiden Facultäten ist die Einreichung einer Dissertation, welche später im Druck erscheint, nothwendig.

Etwa angezeigte Feriencurse, die im zahnärztlichen Institut gelesen werden, sind sowohl den an der Universität immatriculirten Studirenden, als practischen Aerzten und Zahnärzten zugänglich, ohne dass dieselben nöthig haben, eine Hospitantenkarte auf der Universität zu lösen. Andere Berufsklassen als die oben angeführten können auch zu Feriencursen nicht zugelassen werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ausländer, welche etwa im deutschen Reich das zahnärztliche Staatsexamen machen wollen, bedürfen hiezu einer Eingabe bei dem Herrn Cultusminister, welcher die hiefür maassgebenden Bedingungen feststellt.

Die Frage, ob die jungen Leute direct von der Schule auf die Universität kommen sollen, oder ob sie besser daran thun, zuvor in dem Laboratorium eines Zahnarztes etwa ein Jahr lang zu arbeiten, ist schwer in ihrer Allgemeinheit zu beantworten. Es hängt ganz von der Lage der Verhältnisse ab, ob es wünschenswerth erscheint, den einen oder den anderen Weg zu gehen. Durch die Vorwegnahme eines Theiles der Technik wird jedenfalls Zeit gewonnen für die wissenschaftlichen Collegien. Andererseits ist aber jetzt an der hiesigen Universität auch in genügender Weise für die Erlernung der zahnärztlichen Technik gesorgt.

Wer unmittelbar von der Schule die Universität aufsucht, wird hier auf Grund seines Abgangszeugnisses immatriculirt. Wer dagegen zwischen dem Abgang von der Schule und dem Besuch der Universität eine mehr oder weniger lange Zeit verstreichen lässt, muss ein von der Polizei seines Heimathsortes ausgestelltes Führungszeugniss über die Zwischenzeit beibringen.

II. Ueber paroxysmale Hämoglobinurie durch Gehen.

Von

Dr. Alfred Kast,

Docenten und I. Assistenten der medicin. Klinik in Freiburg.

Vor mehreren Jahren hat Fleischer[1]) die Krankheitsgeschichte eines Falles von periodischer Hämoglobinurie bekannt gegeben, der nach der Art des ätiologischen Momentes, durch welches die Anfälle der Hämoglobinausscheidung hervorgerufen wurden, sowie durch die ungewöhnlich geringe Störung des Allgemeinbefindens des betreffenden Kranken sich von den vorher mitgetheilten Beobachtungen dieser interessanten Erkrankung wesentlich unterschied und dadurch ein nicht gewöhnliches klinisches Interesse beanspruchen durfte. Sein Kranker, ein vorher durchaus gesunder und kräftiger Soldat, entleerte im Anschlusse an jeden etwa anderthalb bis zwei Stunden dauernden Marsch dunkelrothen Harn, welcher gelösten Blutfarbstoff in reichlicher Menge enthielt, und zwar war es lediglich das Gehen, durch welches ein derartiger Paroxysmus ausgelöst werden konnte, während eine Reihe thermischer und chemischer Einwirkungen, ja selbst Muskelanstrengungen anderer Art, als das Marschiren in mannigfach modificirten Versuchen sich gegenüber der Harnbeschaffenheit durchaus einflusslos erwiesen.

Die Erwartung Fleischer's, ähnliche Beobachtungen auch von anderer Seite mitgetheilt zu sehen, hat sich, so viel ich wahrnehmen kann, bis jetzt nicht erfüllt, und nimmt seine Mittheilung in der allmälig recht reichhaltig gewordenen Literatur der periodischen Hämoglobinurie eine ziemlich vereinzelte Stellung ein. Nur aus der Greifswalder Klinik wurde von Strübing[2]) ein eigenartiger Fall von „nächtlicher paroxysmaler Hämoglobinurie“ veröffentlicht, als dessen ätiologisches Moment neben anderen Factoren auch Muskelanstrengungen aller Art mit angeschuldigt werden. Die Anfälle des Kranken unterschieden sich aber, auch abgesehen von der erwähnten Concurrenz anderer Gelegenheitsursachen, schon dadurch von denen des Erlanger Patienten, dass über erhebliche Störungen des Allgemeinbefindens bei dem Kranken während der Dauer der Anfälle ausdrücklich berichtet wird.

Beobachtungen, welche ich an einem der hiesigen medicinischen Klinik vor einigen Monaten zugegangenen Kranken während mehrerer Wochen anstellen konnte, scheinen mir daher einiges Interesse beanspruchen zu dürfen.

Am 4. März d. J. stellte sich in dem Ambulatorium der Klinik der 19jährige Albert E. aus St. Georgen, ein stämmiger, sehr blühend aussehender Bauernbursche mit der Angabe vor, dass er seit mehreren Wochen nach mehr weniger längerem Marschiren von starkem Blutverlust mit dem Harne heimgesucht werde. Einer durchaus gesunden Familie entstammend, hatte Pat. in seinem 5. Lebensjahre eine anscheinend leichte Pockenerkrankung, mit 8 Jahren Scharlach, complicirt durch eine Brustfellentzündung, überstanden, seit dieser Zeit sich aber ausserordentlich wohl befunden und zu einem ungewöhnlich robusten Manne entwickelt.

Den Beginn der gegenwärtigen Veränderung in der Beschaffenheit seines Harns verlegt Pat. mit Bestimmtheit auf den 26. Januar d. J. Eine Woche vorher hatte er ohne nennenswerthe Beschwerden und ohne bekannte Veranlassung, insbesondere ohne nachweisbare Erkältung, an mässigem Durchfall gelitten.

Am Morgen des genannten Tages ging E. bei ziemlich milder und trockener Witterung zu dem $^1/_2$ Stunde von seiner Wohnung entfernten Holzschlag, um sich in gewohnter Weise als Holzfäller zu beschäftigen. Noch ehe er in mässiger Gangart den Wald erreicht hatte, fiel es ihm auf, dass sein Harn, welcher nach dem Aufstehen aus dem Bette noch die gewöhnliche strohgelbe Färbung gezeigt hatte, tief dunkelroth gefärbt war. In der Entleerung des Harns war keinerlei Veränderung gegenüber der Norm zu bemerken, kein besonderer Drang zum Uriniren, keine Rückenschmerzen u. dgl. Die erwähnte „blutige“ Beschaffenheit des Harns, bei welcher Pat. nicht die mindeste Störung seines Befindens verspürte und ruhig den ganzen Tag weiter arbeitete, dauerte bis zu der Abends 9 Uhr entleerten Urinportion an, dagegen zeigte der nach dem Erwachen am 27. Morgens 6 Uhr gelassene Urin wieder normale Färbung. Seit dieser Zeit wiederholte sich die Entleerung blutig gefärbten Urins beinahe alltäglich derart, dass Pat. Morgens beim Verlassen des Bettes normal aussehenden hellgelben Harn ausschied, bei der Ankunft an seiner Arbeitsstätte aber regelmässig die rothe Färbung desselben constatiren konnte. Er wurde dabei selbst zu der Beobachtung geführt, dass die Färbung des Harns um so dunkler und gesättigter war, je länger und in je rascherem Tempo er seine Märsche ausführte. Regelmässig hatte die Verfärbung des Harns bis in die späten Abendstunden angedauert und war Morgens wieder der normalen Beschaffenheit gewichen.

Anfangs Februar d. J. consultirte Patient, welcher durch die erwähnte Erscheinung etwas beunruhigt war, einen Arzt, der ihn wegen Blasenblutung zu Bette liegen liess, ihm Eisumschläge und Ergotintropfen ordinirte. Während der 5tägigen Bettruhe, sowie der darauf folgenden Woche, in welcher Patient nur im Hause mit allerlei leichten Arbeiten beschäftigt war, zeigte der Urin durchgehends normales Aussehen. Dagegen genügte der erste ihm vom Arzte gestattete Spaziergang — bei mildestem Wetter — um nach kaum mehr als einer halben Stunde deutliche Rothfärbung des Urins auftreten zu lassen. In dieser Weise wiederholte sich der Eintritt der blutig gefärbten Harnentleerung wieder als eine constante Folge jedes mehr als $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunde dauernden Ganges, und war der Kranke durch Vermeidung dieser einen Schädlichkeit sehr wohl im Stande, sich auf Tage und Wochen lang vor dem Auftreten der Harnveränderung mit Sicherheit zu schützen. Er versichert aufs Bestimmteste, niemals während irgend eines der genannten „Anfälle“ das geringste subjective Unbehaglichkeitsgefühl, speciell niemals Frost, Müdigkeit, abnorme Sensationen in den Extremitäten, Rückenschmerzen oder dergleichen empfunden zu haben. Nur die frappante Veränderung in der Beschaffenheit seines Urins und keinerlei Krankheitsgefühl veranlasste ihn, sich in der hiesigen Klinik Rath zu erholen.

Hier wurde Patient aufgefordert, sofort Harn zu lassen, welcher weisslichgelbe Färbung und keine Spur eines Eiweissgehaltes zeigte. Er wurde dann angewiesen, in raschem Tempo wiederholt um den Gebäudecomplex des Krankenhauses herumzugehen, und er erschien nach 15 Minuten zur Entleerung einer Harnportion, welche vollkommen dieselbe Färbung zeigte wie die zuerst untersuchte, aber bei Kochen und Säurezusatz ausgesprochene Eiweissopalescenz erkennen liess. Spectroskopisch und mit der Heller'schen Probe liess sich kein Blutfarbstoff nachweisen.

Patient entleerte jetzt seine Blase möglichst vollständig und ging dann in etwas beschleunigtem Tempo durch die Strassen der Stadt. Schon nach kaum 15 Minuten bemerkte er, dass die Rothfärbung seines Harns eingetreten war, und er kehrte zum Krankenhause zurück, wo die Entleerung eines burgunderrothen stark lackfarbenen Urins constatirt wurde. Derselbe entsprach in seiner Färbung No. VIII—IX der Vogel'schen Scala, war durchaus klar, mit Ausnahme eines spärlichen krümligen Sediments, welches unter dem Mikroskop sich aus amorphen, körnigen Massen bestehend erwies, die theils in Gestalt kleiner gelblicher Tröpfchen, theils in Form cylinderartiger Conglomerate angeordnet waren.

Wiederholte, an mehreren Präparaten vorgenommene Untersuchung liess keine rothen Blutkörperchen erkennen. Specifisches Gewicht 1009. Reaction schwach sauer. Beim Kochen fällt ein starker flockiger braungefärbter Niederschlag aus, der zum Theil an der Oberfläche des Flüssigkeitsniveaus schwimmen bleibt, zum Theil auf den Boden des Glases niederfällt. Bei der Heller'schen Blutfarbstoffprobe zeigt sich das niederfallende Phosphatsediment stark dunkelbraun gefärbt.

Patient wurde in die Klinik aufgenommen. Von dem Ergebniss

[1]) Berl. klin. Wochenschrift 1882 No. 47. „Ueber eine neue Form von Hämoglobinurie beim Menschen.“

[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1882 No. 1.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der genaueren Untersuchung seiner Organe, welche, kurz gesagt, durchweg nur normale Verhältnisse zu constatiren vermochte, heben wir speciell hervor die Abwesenheit einer deutlich icterischen Hautfärbung, das Fehlen von Leber- und Milzvergrösserung, den negativen Befund an Circulationsapparat und Blut, endlich die Abwesenheit aller anamnestischen und objectiven Anhaltspunkte für Syphilis.

Um eine möglichst genaue Controle über die Menge und Beschaffenheit des von dem Patienten entleerten Harns und ihre Veränderungen unter bestimmten äusseren Einflüssen führen zu können, verfuhren wir derart, dass der Kranke jede einzelne Harnportion in ein gesondertes Gefäss entleerte, und diese regelmässig neben der Bestimmung der Quantität — nach Färbung, spec. Gewicht, Reaction, sowie event. Gehalt an Eiweiss oder Blutfarbstoff geprüft wurde. Auf diese Weise wurden im Ganzen etwa 150 einzelne Harnportionen untersucht, um event. Schwankungen innerhalb physiologischer Breite kennen lernen und ermessen zu können.

Es zeigte sich nun zunächst in mehrfach wiederholten — im Ganzen in zehn — Versuchen, dass mit der Sicherheit eines physiologischen Experiments, durch Gehen in einer Dauer von $^1/_2$—1 Stunde bei mässiger Gangart, in noch kürzerer Frist (15—20 Minuten) aber bei Dauerlauf eine mehr weniger gesättigte Rothfärbung des Harns durch Hämoglobin ausgelöst wurde.

Das Colorit des Harns schwankte je nach der Dauer des Versuches zwischen VI und IX der Vogel'schen Scala, und enthielt derselbe ziemlich reichlich Eiweiss. In allen Versuchen ergab die spectroskopische Untersuchung mit grosser Deutlichkeit einen schwarzen Absorptionsstreifen im Roth, zwei weitere im Grün des Spectrum, deren dunkler gefärbter gegen die Frauenhofer'sche Linie E. zu lag. Der Harn enthielt also Methämoglobin und Oxyhämoglobin. Der mikroskopische Befund war ausgezeichnet durch das constante Fehlen von Blutbestandtheilen oder Elementen des Harnapparats einerseits, andererseits durch die körnigen amorphen Massen, deren bereits Erwähnung geschah. Mikro-Organismen, auf welche wegen des Fleischer'schen Befundes[1]) besonders geachtet wurde, konnten wir in frisch gelassenem Harne, auch an gefärbten Trockenpräparaten, nicht entdecken. Die Vergleichung der nebeneinander aufgestellten einzelnen Harnportionen zeigte nach Aufhören des Marsches in sehr prägnanter Weise das allmälige Abblassen der blutrothen Farbe des Harns bis zur Fleischwasserfärbung. Je nach der Menge des ursprünglichen Hämoglobingehaltes hatte der Harn in einer Zeit von 8—12 Stunden sein normales Aussehen wiedergewonnen.

In gleicher Weise, wie bei der früher geschilderten Untersuchung des Kranken bei seiner Aufnahme liess sich bei drei der später im Hospital angestellten Versuche mit Sicherheit feststellen, dass unter dem Einflusse eines kürzere Zeit ($^1/_4$—$^1/_2$ Stunde) dauernden Marsches zwar weder eine Veränderung im Colorit des Harns, noch irgend welche Spur eines Blutfarbstoffgehaltes im Spectrum, mit dem Mikroskop oder durch die Heller'sche Probe nachgewiesen, dagegen deutliche Eiweissreaction in Form mehr weniger starker Opalescenz bei verschiedenen Proben constatirt werden konnte.

Von Interesse und dem Pat. schon vor seinem Eintritt in die Klinik auffällig war die Erscheinung, dass der „Anfall" der Hämoglobinurie um so leichter provocirt werden konnte, je kürzer das zwischen den einzelnen Versuchen liegende freie Intervall war. So genügte zu Zeiten, wo an mehreren auf einander folgenden Tagen das Geh-Experiment mit dem Kranken gemacht wurde, ein kurzer Spaziergang von 20 Minuten zur Erzielung eines deutlichen Resultates — andere Male, nachdem Pat. einige Tage normalen Harn entleert hatte, waren $1^1/_2$—2 Stunden nöthig, um bei gewöhnlichem Marschtempo Blutfarbstoff wieder auftreten zu lassen.

In dem prompten Eintritt der geschilderten Harnveränderungen durch die combinirte Muskelaction des Gehens lag eine Aufforderung, zunächst den Einfluss anderweitiger Muskelanstrengungen auf den Kranken zu verfolgen. Wir beschäftigten ihn also mit Holzsägen, Holzspalten, mit dem Drehen eines Maschinenrades, mit Boden bürsten und Scheuern-Arbeiten, welche er, meist unter Controle, jeweils 2—4 Stunden, häufig selbst halbe Tage lang bis zu heftigem Schweissausbruch und Eintritt erheblicher Ermüdung durchführte. Niemals zeigte die sorgfältigste Prüfung des Harns eine Spur von Hämoglobingehalt.

Gleich wirkungslos erwiesen sich Freiübungen, bei denen Pat. unter Aufsicht die militärischen Exercitien der „Hüftgelenksbeuge" und „Kniebeuge" in raschem Tempo 30—40 Minuten lang ausführte, bis der Versuch wegen starker Ermüdung abgebrochen werden musste. — Nach Abschluss desselben zeigte sich der Harn durchaus unverändert.

Kräftige Massage beider untern Extremitäten blieb nicht weniger erfolglos als ein Versuch, in welchem starke passive Beuge-Bewegungen des Hüftgelenkes 20 Minuten lang in raschestem Tempo ausgeführt wurden.

Bei der hervorragenden und bislang beinahe exclusiven Rolle, welche in der Aetiologie der von Lichtheim klinisch charakterisirten „periodischen Hämoglobinurie" der Einwirkung niederer Aussentemperaturen zufällt, lag es nahe, auch diesen Factor zur Auslösung der Anfälle bei unserm Kranken heranzuziehen.

Pat. wurde an einem nebeligen und kalten Morgen (0°—0,5° R.) angewiesen, sich 30 Minuten lang stehend oder in langsamer Bewegung im Hofe des Hospitals aufzuhalten — eine Verordnung, die er unter Ueberwachung pünktlich befolgte — um nachher ganz unveränderten Harn zu entleeren. Am Abend desselben Tages wurde Pat. in ein Bad von 13° R. verbracht, bis er nach 12 Minuten stark fror, Gänsehaut bekam etc. Sein Harn war und blieb normal. Gleich negativ fiel der nach Ehrlich's Vorgang angestellte Versuch aus, bei welchem Pat. den durch einen Kautschukschlauch abgeschnürten Finger in einem mit Eis und Kochsalz gefüllten Becken 5 Minnten lang abkühlte. Ein anderes Mal wurde Pat. für eine Stunde in den Schwitzkasten verbracht, der auf 44° R. erhitzt war — der Harn blieb frei von Eiweiss und Blutfarbstoff.

Die wiederholt von zuverlässigen Autoren bekannt gegebenen positiven Befunde bei der Untersuchung des Blutes in den Attaquen paroxysmaler Hämoglobinurie mussten uns auf eine genaue vergleichende mikroskopische Prüfung des letzteren besonderen Werth legen lassen. Das Blut wurde vor und während des Anfalls in mit Wachs verschlossenen Capillarkammern aufgefangen, aber niemals eine constante und unzweifelhafte Veränderung der Blutelemente wahrgenommen.

In zwei Versuchen wurde dem Kranken vor Antritt seines Marsches durch Schröpfen Blut abgenommen und auf der Höhe der absichtlich weit getriebenen Hämoglobinurie eine weitere Blutprobe mittelst des Schröpfkopfes entnommen. Trotzdem beide Male, so weit immer möglich, bei der Abnahme und Aufstellung der Schröpfköpfe eine Erschütterung ihres gerinnenden Inhalts vermieden wurde, gelang uns nicht, in der Färbung des Serums, welches von dem im Anfall geronnenen Blute ausgepresst wurde, gegenüber dem normalen Controlobjecte eine Differenz wahrzunehmen. Beide Sera waren gelblichroth gefärbt, — einmal sogar das der Controlprobe entschieden dunkler als das andere; in beiden zeigten sich spectroskopisch lediglich die zwei schwachen Absorptionsbänder des Oxyhämoglobin. Eine häufigere Wiederholung des Versuches, für den offenbar in der Möglichkeit der Auflösung rother Blutkörperchen auch im normalen gerinnendem Blute eine nicht leicht zu vermeidende Fehlerquelle besteht, verbot sich aus naheliegenden äusseren Gründen.

Nach einer vierwöchentlichen Beobachtungszeit wurde Pat. entlassen, nachdem die Behandlung eine rein exspectative gewesen war und sich auf kräftige Ernährung mit Darreichung leichter Eisenpräparate beschränkt hatte. Nach seiner Entlassung (11. April) hatte Pat., trotzdem er täglich Gänge von 30—40 Minuten Dauer zu machen hatte, keine Hämoglobinausscheidung mehr bemerkt und erst, als er eine Stunde Weges unausgesetzt marschirt war, zeigte der Harn wieder blutrothe Färbung. Gegenwärtig ist Pat. seit Monaten von jeder krankhaften Erscheinung frei geblieben, und ergab bereits Ende Mai ein Versuch, durch einen $2^1/_2$ Stunden dauernden beschleunigten Marsch die Hämoglobinurie hervorzurufen, ein negatives Resultat. Zur Zeit ist Pat. als Eisenbahnarbeiter beschäftigt und erfreut sich des besten Befindens.

So präcis und relativ leicht das Verhältniss der verschiedenen in Betracht kommenden ätiologischen Momente zu dem Eintritt der Hämoglobin-Ausscheidung bei unserm Kranken sich feststellen liess, als so dürftig muss das Resultat bezeichnet werden, welches unsere zahlreichen und nach Möglichkeit modificirten Versuche bezüglich der cardinalen Frage zu Tage förderten: Welcher der durch den Gehact producirten Factoren ist es, der die Loslösung des Blutfarbstoffes vom Stroma zu Wege bringt?

Jeder Versuch, dieser Frage näher zu treten, wird nach dem gegenwärtigen Stande der Hämoglobinuriefrage von der Thatsache ausgehen müssen, dass der Ausscheidung von gelöstem Blutfarbstoff in Harn lediglich die Bedeutung eines secundären Symptoms zukommt, dass jede Hämoglobinurie nur den Ausdruck einer allgemeinen Hämoglobinämie darstellt. Es würde hiernach die Annahme zu machen sein, dass unter dem Einflusse ausgedehnter Muskelaction ein Stoff im Blute producirt würde, welcher die erwähnte Blutdissolution einleitet. Die Schwierigkeit liegt nun darin, einerseits die Natur dieses Agens genauer zu

[1]) l. c. pag. 6 des Sep.-Abdr.

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

präcisiren, andererseits für die eigenthümliche „specifische“ Wirkung gerade der zum Gehacte zusammenwirkenden Muskelaction ein Verständniss zu gewinnen. In letzterer Beziehung sind von vornherein nach unserer angeführten Auffassung der Hämoglobinurie alle Erklärungsversuche auszuschliessen, welche etwa in localen anatomischen Verhältnissen der beim Gehen betheiligten Muskeln, etwa der Nachbarschaft des Ileopsoas zur Niere oder dergl. eine Deutung des Vorganges suchen wollten; zum Ueberfluss haben unsere darauf gerichteten Versuche, wie erwähnt, ein lediglich negatives Resultat ergeben.

Es erübrigt also nur die Annahme, dass die Gesammtmasse der beim Gehen innervirten Musculatur diejenige der bei den übrigen — wesentlich mit den oberen Extremitäten ausgeführten — Uebungen in Thätigkeit tretenden Muskeln erheblich übertrifft und so auch ein grösseres Quantum des „Fermentes“ zu erzeugen vermag, welches den Blutfarbstoff aus seiner Verbindung loslöst.

Welches der „Ermüdungsproducte“ hierbei anzuschuldigen sei, muss vorläufig als eine offene Frage betrachtet werden, und vermochten unsere Beobachtungen hierüber ebensowenig etwas Thatsächliches festzustellen, als die Bestrebungen Fleischer's, durch Einwirkung einiger der bekannten chemischen Producte des Muskelstoffumsatzes die Hämoglobinurie bei seinem Kranken hervorzurufen.

Zwei Momente in dem Verlaufe der Krankheitserscheinungen unseres Patienten seien noch kurz hervorgehoben: Zunächst die constante Beobachtung, dass in mehreren aufeinanderfolgenden Versuchen eine zunehmend kürzere Dauer des Marsches genügte, um den Blutfarbstoff im Harn auftreten zu lassen, nachdem der letztere bereits wieder normale Beschaffenheit angenommen hatte. Es handelte sich dabei offenbar um eine Lockerung der Verbindung des Blutfarbstoffes mit dem Stroma, durch welche es selbst einer relativ geringeren Noxe möglich wurde, die völlige Trennung des Hämoglobins zu vollbringen.

Schliesslich noch ein Wort über die Albuminurie ohne spectroskopisch nachweisbaren Blutfarbstoff im Harn, welche bei dem Pat. zu Beginn und beim Verschwinden des hämoglobinurischen Anfalls in wiederholten Versuchen constatirt wurde. Es würde unseres Erachtens kaum der gegenwärtigen Kenntniss über die Hämoglobinämie auf der einen, die Albuminurie auf der andern Seite entsprechen, wenn wir dieser Erscheinung des „An- und Abklingens“ des Anfalls mit Albuminurie die früher urgirte prinzipielle Bedeutung für eine renale Genese der Hämoglobinurie vindiciren wollten. In zwangloserer Weise erklärt sich wohl die Ausscheidung von Eiweiss unter den genannten Verhältnissen durch die Annahme, dass der in den wiederholten Anfällen ausgeschiedene Blutfarbstoff zu einer Schädigung des Nierenparenchyms, speciell der Glomerulusmembran Veranlassung wurde, welche in einer mit und ohne die Ausscheidung von Blutfarbstoff auftretenden „Ermüdungsalbuminurie“ (Leube, Fürbringer) ihren klinischen Ausdruck fand.

Herrn Geh.-Hofrath Bäumler bin ich für die freundliche Ueberlassung des Falles zu Dank verpflichtet.

III. Aus dem hygienischen Institute der Universität Göttingen.

Ueber infectiösen Tetanus.

Von
Cand. med. **Arthur Nicolaier.**

Bei Gelegenheit ausgedehnterer Untersuchungen über die Mikroorganismen des Bodens zeigte es sich, dass durch Impfung mit manchen Erdproben bei Mäusen, Kaninchen und Meerschweinchen ein fast stets tödtlich verlaufender Symptomencomplex hervorgerufen werden kann, der durch die andauernde krampfhafte Contractur gewisser Muskelgruppen und durch die von Zeit zu Zeit intercurrirenden heftigeren Streckkrämpfe an fast allen Rumpf- und Extremitätenmuskeln als Tetanus anzusprechen ist.

Die Beobachtungen wurden zuerst und in grösster Zahl an grauen und weissen Hausmäusen gemacht. Impft man diese mit gewissen, unten näher zu bezeichnenden Erdproben in der Weise, dass man nahe über der Schwanzwurzel eine kleine Tasche unter der Haut herstellt und in dieselbe etwas trockene Erde, an Volumen ungefähr einer Erbse entsprechend, einbringt, so bleiben die Thiere $1\frac{1}{2}$ bis $2\frac{1}{2}$ Tage vollkommen gesund. Nach Verlauf dieser Frist zeigt sich an einer hinteren Extremität, und zwar wird diejenige Extremität zuerst befallen, in deren Nähe das Impfmaterial eingebracht ist, eine etwas abducirte Stellung und geringe Streckung, so dass das Thier nicht mehr im Stande ist, das erkrankte Hinterbein an den Körper heranzuziehen. Innerhalb von vier bis sechs Stunden nimmt die geringfügige Streckung allmählich mehr und mehr zu, bis schliesslich die Extremität in einen starren, unbeweglichen Zustand kommt. Die Fusssohle ist dann nach oben gekehrt, die Zehen sind gespreizt. Der Schwanz des Thieres ist stark nach der erkrankten Seite verzogen und starr, fast unbeweglich. Allmählich entwickelt sich derselbe Process auch an der anderen hintern Extremität. Ungefähr zehn Stunden nach Eintritt der ersten Krankheitssymptome vermag das Thier nur noch mit Hülfe der Vorderbeine sich mühsam fortzubewegen, wobei der Hinterleib mit den starren Extremitäten nachgeschleppt wird. Aber auch die Bewegungsfähigkeit der vorderen Körperhälfte bleibt nicht lange bestehen, und nach einiger Zeit ist das Thier gänzlich unfähig, sich von der Stelle zu bewegen. Zuweilen tritt schon in diesem Stadium der Tod ein. Die Mehrzahl der erkrankten Thiere bleibt jedoch noch ungefähr 12—20 Stunden am Leben. Im Verlauf dieser Zeit zeigen sich dann zeitweise heftige Contractionen der Streckmusculatur des Nackens und des Rückens, wodurch der Kopf vollkommen in den Nacken gezogen, und der Hinterleib mit den starren Beinen von der Unterlage, auf der er ruht, abgehoben wird. In diesem Zustande beschreibt der ganze Körper des Thieres geradezu eine nach der Bauchseite convexe Krümmung. Solche krampfartige Paroxysmen treten in gewissen Intervallen spontan auf; ausserdem gelingt es aber fast stets, dieselben durch unbedeutende Veranlassungen künstlich hervorzurufen, z. B. durch leises Berühren des Körpers, durch Klopfen auf den Tisch etc. Die Respiration ist im Beginn der Krankheit ruhig und gleichmässig, im weiteren Verlauf wird dieselbe indess mühsam, die Athemzüge sind tief und folgen langsam auf einander. In den letzten Stadien treten deutliche Athempausen auf, die 5 bis 15 Secunden andauern. Das Thier liegt nunmehr ganz bewegungslos da, und nur ein von Zeit zu Zeit auftretender tiefer Athemzug beweist, dass das Leben noch nicht vollkommen erloschen ist. Oft erst nach mehreren Stunden tritt dann wirklicher Stillstand der Respiration und Tod ein.

In ganz ähnlicher Weise verläuft der Symptomencomplex bei Kaninchen. Bringt man denselben eine entsprechend grössere Quantität der gleichen Erde — etwa 3 bis 5 Federmesserspitzen voll — in eine über der Schwanzwurzel angelegte Hauttasche, so tritt nach einem Wohlbefinden von ungefähr 4 oder 5 Tagen an einer hinteren Extremität, und zwar an der, welcher die Impfstelle zunächst liegt, eine geringe Abduction und Streckung auf, die sich im Laufe von 6 bis 12 Stunden zu vollständiger Starre steigert. Darauf wird die andere hintere Extremität befallen, dann die vorderen Extremitäten. Schliesslich entwickeln sich die tetanischen Contractionen in den Nacken- und Rückenstreckern, die auch bei diesen Thieren dann und wann spontan eintreten, sich aber auch durch geringfügige äussere Reize prompt auslösen lassen.

Bei den erkrankten Kaninchen liess sich ferner eine tonische Contraction der Kaumusculatur beobachten, die es unmöglich machte, auch bei Anwendung einer ziemlich bedeutenden Kraft die beiden Kiefer von einander zu entfernen. Die Respiration bot bei den Kaninchen ähnliche Symptome wie bei Mäusen; kurz vor dem Tode war sie äusserst frequent, von Athempausen unterbrochen. Die Temperatur wurde bei fünf erkrankten Kaninchen, bei denen das Krankheitsbild sehr ausgeprägt war, sowohl während des Lebens, als auch unmittelbar nach dem Tode gemessen. Dieselbe schwankte während des Lebens zwischen 39,3 und 39,9°C. Die postmortale Temperatur erreichte in einem Falle 40,3°C., überschritt also kaum merklich die normale Temperatur des Kaninchen, die im Mittel etwa 39,5°C. beträgt. Der Tod stellte sich bei den Kaninchen $1\frac{1}{2}$ — 2 Tage nach dem Auftreten des ersten Krankheitssymptoms ein.

Meerschweinchen zeigten sich für die beschriebene Impfung ebenfalls empfänglich; zwei Hunde reagirten dagegen in keiner Weise darauf. Mit anderen Thierarten wurden einstweilen noch keine Versuche angestellt.

Bemerkenswerth sind noch einige Erfahrungen, die mit der Variirung der Impfstelle gemacht wurden. Brachte man nämlich bei Kaninchen die Erde in eine Hauttasche am Nacken, so wurden regelmässig zunächst die beiden vorderen Extremitäten ergriffen, und erst wenn diese vollkommen starr waren, ging die Erkrankung auf die Hinterbeine über. Jedoch trat in diesen Fällen der Tod gewöhnlich schon ein, bevor sich an den hinteren Extremitäten die Starre vollkommen ausgebildet hatte.

Die Section der gestorbenen Thiere ergab stets auffällig wenig pathologische Veränderungen. An der Impfstelle fand sich bei Mäusen wie bei Kaninchen eine geringe Menge Eiter, die namentlich die innere Wand der Hauttasche in dünner Schicht überzog. Der Eiter, welcher durch die eingelagerten Erdkörnchen eine mehr breiige Consistenz hatte, war meist von eigenthümlich fadem Geruch, zuweilen etwas stinkend. In der Umgebung der Impfstelle war weder im subcutanen Gewebe, noch in der Musculatur, noch an den in der Nähe verlaufenden Nervenstämmen eine auffällige Abnormität zu finden. In gleicher Weise negativ war der Befund bei der Untersuchung der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Brust- und Bauchhöhle, sowie des Rückenmarkes. Nur die Milz zeigte sich bei Mäusen hyperplastisch, bei Kaninchen fehlte auch dieses Symptom.

Die mikroskopische Untersuchung wies im Eiter der Impfstelle gewöhnlich Mikrokokken und verschiedenartige Bacillen nach. Unter letzteren fehlten niemals feine schlanke Bacillen, etwas länger aber wenig dicker als die Bacillen der Koch'schen Mäusesepticämie, die sich am besten mit Fuchsin färbten. In einigen Fällen waren diese Bacillen in ganz überwiegendem Maasse vorhanden. Auf Schnitten durch die Wandung der Hauttasche liessen sich dieselben Bacillen in grosser Zahl nachweisen, sie waren in das subcutane Gewebe vorgedrungen und waren hier schliesslich nicht mehr von den anderen Mikroorganismen des Eiters begleitet. In die tiefer gelegenen Gewebe, in die Muskeln und Nerven liessen sich indess dieselben Bacillen nicht mehr verfolgen. Die mikroskopische Durchmusterung der übrigen Organe und des Blutes fiel fast stets ebenso negativ aus, wie die makroskopische Untersuchung. Nur in einigen Fällen konnten in der Scheide des Nervus ischiadicus und im Rückenmarke Bacillen nachgewiesen werden, im übrigen waren die zahlreichen Blutproben sowie die nicht minder zahlreichen Schnitte der verschiedensten Organe trotz vielfachster Variirung der Färbemethoden stets frei von Mikroorganismen.

Trotz des nicht recht befriedigenden Ergebnisses der mikroskopischen Analyse war der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, dass man es hier mit einem infectiösen, durch Mikroorganismen bedingten Tetanus zu thun hatte. Dafür sprach namentlich die stets beobachtete, gewöhnlich mehrtägige Incubationszeit, durch welche eine Intoxication ausgeschlossen erschien. Um aber Gewissheit über die Frage der Infectiosität der erzeugten Krankheit zu erlangen, wurde zunächst ermittelt, ob die Einbringung einer künstlich von allen etwaigen infectiösen Organismen befreiten Erde nicht ebenfalls Tetanus zur Folge haben kann.

Es wurden daher solche Erdproben, mit welchen der Tetanus besonders prompt ausgelöst werden konnte, eine Stunde lang auf 190° C. erhitzt und dann in grosser Menge, erheblich mehr als bei den bisherigen Versuchen, Kaninchen und Mäusen in eine Hauttasche gebracht. Zwanzig so behandelte Versuchsthiere blieben indess völlig gesund. — Ferner wurden wässrige Extracte wirksamer Erdproben hergestellt. Wurde das Wasser etwa 2 Stunden nach der Vermischung mit der Erde durch engmaschiges Drahtnetz filtrirt, so gelang es zuweilen, den Tetanus durch subcutane Injection dieser Flüssigkeit auszulösen, von 14 Versuchsthieren starben 4.

Hiernach erhielt die Annahme, dass in der Erde enthaltene Mikroorganismen die Infectionserreger seien, eine wesentliche Stütze, und zwar musste man vermuthen, dass dieselben in den oben beschriebenen im Eiter und zuweilen in den Organen beobachteten Bacillen zu suchen sind. Zur weiteren Sicherstellung dieser Vermuthung wurden dann Uebertragungen von Thier zu Thier versucht. In 88 Fällen wurden Mäuse oder Kaninchen mit einer kleinen Menge Eiter geimpft, der von der Impfstelle eines an Tetanus gestorbenen Versuchsthieres entnommen war; der Eiter wurde wiederum in eine kleine Hauttasche gebracht und mit einem kleinen Stückchen sterilisirter Watte in der Wunde fixirt. Oft gelang die Impfung schon mit sehr kleinen Mengen. Unter den 88 Impfungen waren 64 erfolgreich, die Thiere starben unter den oben beschriebenen Symptomen des Tetanus. Nur der Unterschied zeigte sich gegenüber der Impfung mit Erde, dass die Incubationszeit wesentlich kürzer war und nur 12—20 Stunden dauerte, dass ferner der ganze Krankheitsprocess intensiver und rascher verlief und bei Mäusen schon nach 24—36 Stunden, bei Kaninchen nach ungefähr 3—4 Tagen nach der Impfung mit dem Tode endete. Sodann wurden Mäuse und Kaninchen mit Blut, kleinen Partikelchen innerer Organe, Leber, Milz etc., mit kleinen Stückchen Muskel, Haut, Nervus ischiadicus und mit Rückenmark geimpft. Der Erfolg war hier weit weniger sicher. Im Ganzen wurden 52 Uebertragungen versucht, dabei trat in 38 Fällen keinerlei Reaction ein, dreimal entwickelte sich das erste Symptom, die Streckung der einen hinteren Extremität, ohne dass der Process weiter fortschritt; elfmal wurde aber der charakteristische Symptomencomplex in seiner vollen Ausdehnung und mit tödtlichem Ausgang beobachtet. Es stimmt dies Resultat überein mit den mikroskopischen Untersuchungen, durch welche ja ebenfalls nur selten die Anwesenheit von Mikroorganismen in inneren Körpertheilen nachgewiesen werden konnte.

Weiter wurde nun versucht, die Infectionserreger auf künstlichem Nährsubstrat zu züchten und sie von da wieder auf Thiere zu übertragen. Solche Culturen wurden mit Blut, mit Rückenmark, mit Eiter versucht. Zunächst wurden zahlreiche Versuche angestellt, um mit Hülfe der von Koch angegebenen Gelatineplatten die infectiösen Organismen zu isoliren. Diese Versuche waren jedoch ohne Erfolg, es schien, als ob die gesuchten Organismen auf Nährgelatine bei gewöhnlicher Temperatur nicht zu wachsen vermögen. Dagegen gelangte ich zu einem besseren Resultate, wenn ich in die tieferen Schichten von erstarrtem Blutserum einimpfte und dieses 1 bis 3 Tage bei Bruttemperatur stehen liess. In einzelnen günstigen Fällen war dann in dem Tropfen, der sich am Grunde jedes Blutserumröhrchens ansammelt, eine Trübung entstanden, die vorwiegend durch feine schlanke Bacillen hervorgerufen war, meist aber zunächst noch einige andere Mikroorganismen enthielt. Eine Herstellung reiner Culturen stiess auf grosse Schwierigkeiten, da die Plattenmethode für solche Fälle nicht verwendbar ist; ich konnte mich zunächst nur vom Zufall leiten lassen, der es fügen musste, dass beim Ueberimpfen in mehrere andere Blutserumröhrchen die eine oder andere Cultur reiner wurde; und erst neuerdings bin ich zu einem Verfahren gelangt, durch welches eine methodische Reinigung der Culturen möglich erscheint.

Selbst mit den ersten, noch relativ unreinen Culturen in Blutserum gelang nun aber die Uebertragung des Tetanus auf die üblichen Versuchsthiere mit vollkommenem Erfolg. Eine der Culturen ist jetzt bis zur 7 Generation in Blutserum weiter geimpft, von jeder der Generationen und auch von der 7. aus ist ebenfalls die Uebertragung des Tetanus auf im Ganzen 17 Versuchsthiere gelungen. Die Incubationsdauer war auch bei diesen Uebertragungen abgekürzt, sie betrug bei Mäusen gewöhnlich 12—48 Stunden. Der Krankheitsverlauf war oft ein äusserst schwerer. Mäusen wurde von den Culturen nicht mehr als $^1/_2$—1 Tropfen von der Blutserumflüssigkeit unter die Haut gebracht. Immer aber war eine tiefe, ins Unterhautbindegewebe reichende Impfung nothwendig.

Durch diese Versuche ist es als erwiesen anzusehen, dass Bacillen existiren, welche bei Mäusen, Kaninchen und Meerschweinchen in tiefere Wunden gelangend tödlichen Tetanus hervorrufen. Die regelmässige längere Incubationszeit, die Unwirksamkeit sterilisirter Erdproben, sodann die Uebertragungsversuche mit Blut und inneren Organen der erkrankten Thiere, namentlich aber die Uebertragung aus den Culturen lassen es als unmöglich erscheinen, dass etwa im Boden vorhandene, alkaloidartige Substanzen den Krankheitsprocess ausgelöst haben. Dagegen lässt die geringe und anscheinend auf einzelne Heerde eng begrenzte Verbreitung der Bacillen im Organismus einstweilen der Vermuthung Raum, dass die specifischen Bacillen weniger durch massenhafte Vermehrung und Verbreitung im Körper wirken als vielmehr dadurch, dass sie ein dem Strychnin in seiner Wirkung ähnliches Gift produciren. Ich bin mit Versuchen beschäftigt, welche die Berechtigung dieser Vermuthung klar stellen sollen.

Schliesslich noch einige Worte über die Verbreitung der Tetanusbacillen in unserer Umgebung. Ausser in der Erde habe ich dieselben bisher nicht gefunden, werde aber nach dieser Richtung meine Untersuchungen noch erweitern. In den oberen Schichten unseres städtischen und Culturbodens sind die Bacillen dagegen ausserordentlich verbreitet. Es wurden im Ganzen 18 Erdproben untersucht, davon gaben 6 ein stets negatives Resultat. Diese waren theils Waldboden, theils dem wenig verunreinigten Hofraum des hygienischen Institutes entnommen. Die übrigen 12 Proben ergaben sämmtlich Tetanus, die einen fast regelmässig, die anderen je einmal unter 2 bis 3 Impfungen. Im Ganzen wurden 140 Impfungen mit Erde ausgeführt und dadurch 69 mal der Symptomencomplex erhalten. Die infectiöse Erde stammt theils aus Gärten, Höfen, von der Strasse, von Aeckern, von einem Rieselfelde. Auch die an Kartoffeln und anderen Feldfrüchten anhaftende Ackererde wurde untersucht und infectiös gefunden. Alte, seit Jahren aufbewahrte Proben von Berliner und Leipziger Strassenboden, ferner Erde aus Wiesbaden lieferten ebenfalls charakteristische Tetanusfälle.

In denselben Erden fanden sich auch hier und da Sporen der Bacillen des malignen Oedems. Wurden solche mitgeimpft, dann kam es höchstens zur Ausbildung des Anfangssymptomes des Tetanus, weil die Thiere schon früher an malignem Oedem zu Grunde gingen, oft, noch ehe die Incubationszeit für den Tetanus vorüber war. Durch einige Erdproben trat regelmässig der Tod durch malignes Oedem ein. Es wird daraus erklärlich, wie beim Arbeiten mit gewissen Bodensorten der Tetanus und die Tetanuserreger ganz übersehen werden können.

Ob die hier beobachteten Tetanusbacillen auch beim Menschen den gleichen Symptomencomplex hervorrufen können, das ist selbstverständlich noch nicht zu entscheiden. Durch neuerdings publicirte Versuche von Carle und Rattone[1]) ist allerdings constatirt, dass auch beim Menschen ein Tetanus von zweifellos infectiöser Natur vorkommt, und es ist nach Beschreibung der von diesem Tetanusfall

[1]) Carle e Rattone. Studio esperimentale sull' eziologia del Tetano. (Vorläufige Mittheilung.) Giornale della R. Accad. di med. di Torino 1884. No. 3.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aus vorgenommenen Uebertragungsversuche auf Kaninchen wohl möglich, dass die Erreger dieses menschlichen infectiösen Tetanus mit den von mir im Boden gefundenen identisch sind. Andrerseits ist es aber wohl zweifellos, dass beim Menschen Tetanus auch aus anderen Ursachen und auf nicht infectiöser Basis entstehen kann. Wünschenswerth erscheint es, dass in der Folge bei Fällen von menschlichem Tetanus die Möglichkeit einer Wundverunreinigung durch Erde beachtet wird, nachdem sich in meinen Versuchen die Erde als so ergiebige Quelle der Tetanuserreger gezeigt hat.

Mit der weiteren Ausdehnung und Ergänzung der hier skizzirten Untersuchungen bin ich beschäftigt und werde demnächst einen ausführlichen Bericht über dieselben dieser vorläufigen Mittheilung folgen lassen.

IV. Ueber Koch's Kommabacillus.

Vortrag gehalten am 21. Nov. 1884 in der „Société anatomique" in Paris.

Von

Dr. Babes.

B. hatte in Paris Gelegenheit, Untersuchungen über die Aetiologie und Pathologie der Cholera anzustellen, deren Resultate derselbe in der Sitzung vom 21. November der „Société anatomique" in einem mit Demonstrationen verbundenen Vortrage vorlegte. B. fand die Kommabacillen unter 10 frischen Fällen neunmal im Cholerastuhle oder in der Leiche unmittelbar nach dem Tode im Darminhalte. Dieselben entsprachen vollkommen Koch's Beschreibung. Während es schwer gelingt, aus der unmittelbaren mikroskopischen Untersuchung die Gegenwart derselben bestimmt zu constatiren, da im Stuhle manchmal noch andere gekrümmte Stäbchen vorkommen und da die Kommabacillen in manchen Fällen von Cholera nur spärlich vertreten waren, gelang deren Darstellung fast immer in Reinculturen. Die Form der Culturen hängt von der Temperatur, von der Zusammensetzung und namentlich von der Concentration des Nährsubstrates ab. Auf 5procentiger neutr. Fl. Pepton-Gelatine sind dieselben wenig charakteristisch. Sie stellen hier nach 24 Stunden etwa mohnkorngrosse etwas vertiefte opake kreisrunde Flecke dar, in deren Mitte ein gelblicher Punkt erscheint. Nach 2 Tagen erkennt man eine scharfe Kreislinie, welche eingesunkene verflüssigte Gelatine begrenzt. Innerhalb dieses Kreises unterscheidet man gewöhnlich einen zweiten granulirten Kreis. In der Mitte des Verflüssigungsherdes und in der Tiefe ist die Cultur als eine sternförmig gezackte krümliche gelblich durchscheinende Masse zu erkennen. Später verflüssigt sich die gesammte Gelatine.

Bei stärker concentrirter Gelatine (10 Proc.) sind die Culturen charakteristischer. Den Culturen entsprechen dann scharf umschriebene blasenähnliche Vertiefungen der Gelatine, welche bei anderen verflüssigenden Culturen nicht angetroffen werden. Auch entwickeln sich hier die Cholerabacillen langsamer als diese. In Fl.-Pept.-Gelatine enthaltenden Reagenzgläschen verhalten sich die abgeimpften Reinculturen ähnlich. Dieselben zeigen in 6—8 % Gelatine nach 2 Tagen eine dem Beginn des Impfstichs entsprechende blasenartige Vertiefung, welche sich in einen von oben nach abwärts vorschreitenden Verflüssigungskegel fortsetzt, welcher nach abwärts in einen weisslichen dem Impfstich entsprechenden dicken Faden ausläuft. In 10 % Gelatine fehlt nach 2 Tagen noch der Verflüssigungskegel. Es gelingt, den Kommabacillus noch zu cultiviren auf Agar-Agar unter der Form eines bräunlichen etwas unebenen und durchscheinenden Ueberzuges, welcher bei Körpertemperatur schon nach 12 Stunden die gesammte Oberfläche überzieht. Im Blutserum entsteht aus dem Impfstiche in demselben Zeitraum ein opaker sackförmiger globulöser Erweichungsherd. In neutraler Bouillon und Milch entwickelt sich derselbe sehr schnell, desgleichen bei Körpertemperatur auf Fleisch, Ei, Kartoffeln, Rüben. Derselbe entwickelt sich nicht auf sauren Früchten, saurem Gemüse, auf Käse, Fetten, gesalzenem und geräuchertem Fleisch, Gewürze.

Derselbe bleibt 2 Tage entwicklungsfähig in Zuckerwasser, dünnen Fruchtsäften, ja er war noch nach 7 Tagen aus Flusswasser oder Wasserleitungswasser überimpfbar. In einer 1 : 90000 Sublimat enthaltenden Gelatine entwickelte sich aus einem Impfstiche von Kommabacillen nach 4 Tagen eine blasige Excavation und am Grunde derselben ein mohnkorngrosser weisser Punkt, welcher entwicklungsfähige Kommabacillen enthielt. Verflüssigung der Gelatine trat erst bei einem Gehalte von 1 : 100000 Sublimat ein. Eintrocknung tödtet die Bacillen nach $\frac{1}{2}$—1 Stunde. Auf 80° C. erhitzt, sind sie nicht mehr lebensfähig. B. untersuchte Form und Entwicklung der Bacillen an mit schwacher Methyl-Violet-B-Lösung gefärbten hängenden Tropfen. Man erkennt an denselben bei dieser Behandlung im Innern 1, 2 bis 3 hellere rundliche Stellen, welche morphologisch Sporen ähneln, obwohl ihnen nicht die Bedeutung derselben zukommt. Die Bacillen beherbergen eine gefärbte Substanz, welcher eine wesentliche Rolle bei der Theilung derselben zuzukommen scheint. Wenn sich nämlich die Bacillen zur Theilung anschicken, sammelt sich die gefärbte Substanz in der Mitte des verlängerten Stäbchens und in dessen Mitte tritt ein heller Querstreifen auf, dem entsprechend die Stäbchen sich theilen. Die Grösse der Bacillen ist verschieden, je nach der Energie der Entwicklung. Je schneller sich dieselben entwickeln, desto kürzere Formen entstehen. So findet man bei Körpertemperatur Stäbchen, die kaum doppelt so lang sind als breit, von der Form eines Mohnkorns oder einer Bohne, später verlängern sich dieselben und zeigen eine spirale Windung. Dieselben sind nämlich nicht nur nach einer Ebene gekrümmt, sondern schon Anfangs spiral gewunden. In manchen Nährstoffsubstraten sind die Bacillen mehr gerade und die hieraus entstehenden Fäden zeigen kaum wellige Form. Je langsamer die Entwicklung, desto längere Fäden entstehen, entweder indem die aus der Theilung der Stäbchen entstandenen Theile sich nicht vollständig trennen, oder indem die Stäbchen sich verlängern, ohne dass eine Theilung zu Stande käme; oft ist eine Theilung blos angedeutet, indem die spiralen oder welligen Fäden den Enden der einzelnen Stäbchen entsprechende dunkle Stellen aufweisen. In anderen Fällen erscheint die Substanz der manchmal sehr langen Fäden homogen, ist stärker gefärbt als die Bacillen und die Fäden selbst sind dicker als die Stäbchen. In Nährsubstraten, welche durch Zusatz von Alcohol nur eine sehr langsame Entwicklung der Bacillen gestatten, kommt es manchmal fast ausschliesslich zur Bildung von Fäden, während Bacillen nur spärlich vorhanden sind.

Die Bacillen finden sich im menschlichen Organismus nur in den oberflächlichen Schichten der Darmschleimhaut anscheinend wie zufällig im Gewebe zerstreut. Im Blute uud in den anderen Organen wurden sie vergebens gesucht.

Einmal entwickelten sich zwar Koch's Kommabacillen aus einer Cultur der Nieren, doch da die übrigen Versuche negativ ausfielen, legt B. dem Befunde keine Bedeutung zu, ebensowenig dem Befunde anderer Organismen, welche sich in Culturen ganz frischer Organe von Choleraleichen manchmal entwickelten.

Die histologische Untersuchung der Organe ergab parenchymatöse Veränderungen, welche namentlich in der Niere stark ausgeprägt waren. In frischen Fällen ergab die Untersuchung der Darmschleimhaut: Fehlen des Oberflächenepithel, die einzelnen abgelösten Epithelzellen sind nicht verändert. Die oberflächlichste Schleimhautlage ist erblasst, gequollen, nimmt Anilinfarbstoffe nur schwach und diffus an. Bloss die vermehrten Mastzellen sind intensiv gefärbt. Das Epithel der Darmdrüsen ist häufig gequollen, hyalin. An der Grenze des erblassten Gewebes findet sich reichliche Zellwucherung.

Auch in anderen Organen war reichliche Zellwucherung um Gefässe und eine Vermehrung von Mastzellen vorhanden.

Babes hält auf Grund Koch's, dann Rietsch's und Nicati's Untersuchungen, sowie seiner Ergebnisse den Kommabacillus für einen der Cholera eigenthümlichen Befund, der wahrscheinlich in causalem Verhältniss zur Krankheit steht. Es erscheint ihm zur endgiltigen Lösung dieser Frage geboten, namentlich die bisher nur zum Theil erfolgreichen Thierversuche in ausgedehntem Maasse wieder aufzunehmen.

V. Die Ohrenheilkunde auf der Naturforscher-Versammlung zu Magdeburg.[1])

Von

San.-R. **Dr. Magnus** zu Königsberg i. Pr.

Bei dem grossen Lehr- und Lesestoff, den die med. Literatur heutzutage darbietet, ist es dem Einzelnen kaum möglich den Gang der Wissenschaft selbst auch in einer einzelnen Specialität mit vollkommener Genauigkeit zu verfolgen. Nun ist aber durch die jährlichen Versammlungen Deutscher Naturforscher und Aerzte gute Gelegenheit gegeben, die Ergebnisse neuer Arbeiten und neuer Erfahrungen in mündlichem Verkehr kennen zu lernen, was gewiss leichter und instructiver ist. Vielleicht ist es den geehrten Collegen von einigem Interesse, wenn ich ihnen die Ausbeute der letzten Magdeburger Versammlung, in soweit dieselbe direct oder indirect in das Gebiet der Ohrenheilkunde gehört, so kurz als möglich skizzire.

Seitdem wir auf der Versammlung zu Leipzig 1872 zum ersten Male eine eigene Section für Ohrenheilkunde zu Stande gebracht hatten, waren wir auf den folgenden Versammlungen stets bestrebt dasselbe Verfahren einzuhalten, während öfter nur äussere, selbst locale Gründe es dem geschäftsführenden Ausschusse wünschenswerth erscheinen liessen, eine Zusammenkoppelung mit einer andern Section, namentlich mit der Laryngologie vorzuschlagen. So lange aber beide Specialitäten sich vornehmlich mit der Untersuchung und technischen Behandlung des betreffenden Organes selbst zu beschäftigen hatten, war die Trennung der Sectionen, wie alle Betheiligten überzeugt waren, für Beide höchst nothwendig und förderlich. Nun hat sich aber bei weiterer Bearbeitung beider sonst streng gesonderter Gebiete die Nothwendigkeit herausgestellt, auch den Nasenrachenraum und die Nasenhöhlen selbst in den Kreis der Forschung hineinzuziehen, und nachdem nun die Rhinologie sich weiter entwickelt hat, führte der Gang der Wissenschaft es ganz naturgemäss mit sich, dass ein Zusammenarbeiten auf diesem so zu sagen neutralen Gebiete für beide Disciplinen

[1]) Wir haben freilich schon in No. 42 dieser Wochenschrift einen kurzen Bericht über die Verhandlungen der Section für Otiatrie mitgetheilt freuen uns aber diesem Essay, bei der Wichtigkeit des Gegenstandes grade für practische Aerzte noch eine Stelle geben zu können. Die Red.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wünschenswerth erscheinen müsste. Dieser Erkenntniss folgte dann auch eine grössere Zahl der Collegen, ca. 30, und sie bildeten eine combinirte Section, die in drei Sitzungen eine Reihe interessanter Vorträge entgegennahm und zum Theil in lebhafter Discussion erörterte.

Eine Ausnahme hievon machte der Vortrag des Collegen Steinbrügge über die Vorhofsgebilde, der speciell für die Section der Ohrenheilkunde vorbereitet war, ein Resultat mehrjähriger mühsamster Arbeit. Derselbe behandelte die Entwicklungsstufen dieser subtilen Gebilde mit Berücksichtigung der vergleichenden Anatomie für die verschiedenen Lebensalter, eine Arbeit, die schon von unserem verstorbenen Prof. Rathke als ein nothwendiges Postulat der Wissenschaft bezeichnet wurde. Steinbrügge hat auch sonst schon durch seine Arbeiten über den normalen und pathologischen Nervenapparat der Schnecke in der otiatrischen Literatur sich rühmlichst bekannt gemacht. Die Darstellung dieser schwierigen Organe durch schematische Zeichnungen an der Tafel, vornehmlich aber durch eine colossale Anzahl systematischer mikroskopischer Schnitte illustrirt, musste natürlich von höchstem Interesse sein, und dieses um so mehr, weil wir die bescheidene und wahrhaftige Persönlichkeit des Mannes selbst kennen zu lernen Gelegenheit hatten. Es handelt sich um den Zusammenhang der häutigen Bogengänge mit dem Utriculus und um die Form der Cristae und der Cupula terminalis in den Ampullen; die Arbeit wird nächstens veröffentlicht. Wenn man sich vergegenwärtigt, wie schwer der Nachweis einer pathologischen Veränderung in diesen zarten Gebilden ist, und wie es doch zum Verständniss gewisser Krankheits-Erscheinungen, namentlich der noch fast völlig in Dunkel gehüllten Ursachen vieler subjectiver Geräusche, zunächst eine genaue Kenntniss des normalen Nervenapparates nothwendig ist, um auch nur Vermuthungen daran zu knüpfen, so hat jede Bereicherung unseres Verständnisses auf diesem schwierigsten Gebiete auch ein practisches Interesse, wenn auch die Arbeit selbst sich zunächst auf rein anatomische Untersuchungen beschränkt hat.

Einen anderen Vortrag, der dagegen vollkommen auf dem practischen Gebiete der Ohrenheilkunde sich bewegte, verdanken wir dem Prof. Schwartze. Es handelt sich um die Heilbarkeit gewisser langdauernder Eiterungen des Mittelohrs bei durchbrochenem Trommelfell. Ausgehend von der allgemein anerkannten Anschauung, dass jede langdauernde Ohreiterung nicht nur eine Verschlechterung des Gehörs mit sich bringt, sondern oft auch ein warnendes Zeichen dafür ist, dass eine unberechenbare Gefahr für die Gesundheit und selbst für das Leben des Patienten vorhanden sein kann, eine Erkenntniss, die wohl jedem älteren Arzte, der auch nicht gerade Ohrenarzt ist, dann und wann gekommen sein wird, hat man stets danach gestrebt, Mittel und Wege zu finden, um womöglich in jedem Falle dieser Eiterungen Herr zu werden und mit dem sichtbaren Boten der Gefahr zugleich auch den versteckten Grund derselben zu beseitigen.

Dass zu diesem Ende fast ausschliesslich die scrupulöseste Fortschaffung der eingedickten und in Fäulniss übergegangenen Eitertheile und die Desinficirung der kranken Stelle nothwendig ist, ist eine allgemein anerkannte Anschauung, und gerade nach dieser Richtung hat S. schon mehrfach neue Wege betreten. Von ihm ist die frühzeitige Paracentese des Trommelfelles, die Eröffnung der P. m. bis in das Antrum mastd. hinein, von ihm die Durchspülung des Mittelohres mittelst des Catheters ersonnen und geübt. Dennoch sind immer noch eine erkleckliche Zahl von Fällen übrig, die allen diesen Mitteln widerstehen und die Geduld des Arztes und des Patienten auf eine allzu harte Probe stellen. Der Grund dieser Unheilbarkeit beruht bei einem Theile dieser Fälle darin, dass der Hammerkopf oder der Amboss oder auch beide zugleich cariös sind und, ohne für die Hörfunction noch verwendbar zu sein, gewissermaassen als fremde Körper wirken. Namentlich ist dieser Sachverhalt zu vermuthen, wenn aus einer Oeffnung des Trommelfelles in der Gegend der membranösen Schrapnells die rebellische Eiterung erfolgt. In solchen Fällen und zwar bisher schon in einer beträchtlichen Zahl, etwa in 50, hat S. die Excision des ganzen Trommelfelles mitsammen Hammer und Amboss vorgenommen. Die Operation selbst ist in der Art ausgeführt, dass nach Umschneidung des Trommelfelles die Sehne des T. tympani und das Ambosssteigbügelgelenk durchtrennt werden und mit Schonung der Chord. tymp. der Hammer mittels der Wilde'schen Schlinge aus seiner Nische extrahirt wird. In den Fällen, in denen die Caries auf den Hammer beschränkt ist, erreicht er durch die Operation definitive Heilung, und es ist hiernach zuweilen unter seinen Augen von dem Limbus aus sogar ein secundäres Trommelfell wieder zu Stande gekommen; wenn die Caries tiefer in das Felsenbein sich erstreckt, so ist durch die Operation wenigstens eine ausgiebige Desinfection des kranken Knochens ermöglicht und einer weiteren Zerstörung der Paukenwände vorgebaut. Für das Gehör selbst bringt die Operation natürlich keine Besserung und auch gegen quälende subjective Geräusche nur unter bestimmten nicht vorher erkennbaren Umständen eine Erleichterung, aber für die Gesundheit des Pat. hat dieselbe unter günstigen Verhältnissen, namentlich bei nicht zu engem äusseren Gehörgang ihm schon mehrmals entschiedenen Nutzen geleistet. Dass diese Operation nicht ambulant gemacht werden darf, fügt S. noch ausdrücklich für unternehmungslustige Collegen hinzu, da Schmerzen und Entzündungen in den ersten Wochen natürlich nicht ausbleiben.

An diesen Vortrag schloss sich eine Demonstration von Instrumenten für die Behandlung verschiedener pathologischer Zustände des Ohres, gehalten von Dr. Eyselt in Kassel, früherem Assistenten des Prof. Sch., der durch seine reichen Erfahrungen mannigfache Verbesserungen und ingeniöse Einrichtungen an sonst auch gebräuchlichen Werkzeugen vorbrachte. Namentlich hat er das Wilde'sche Instrument, welches nicht selten durch ein Einklemmen der Schlinge versagt, handlicher zu machen gesucht, auch in einfacher Weise die Drahtschlinge selbst in passende Form gebogen; ferner passende Ansätze für den Ballon angegeben, mit welchem derselbe für jeden Patienten besonders armirt werden soll, und manches andere, was hier aufzuzählen zu weit führen würde.

Alle übrigen Vorträge bezogen sich auf den Nasenrachenraum und die Nasenhöhlen. Zunächst ein grösserer ganz besonders sorgsam vorbereiteter des Oberstabsarzt Dr. Trautmann Berlin. Derselbe hat durch langjährige eingehendste Studien an Leichen verschiedensten Lebensalters sich über die Anlage, Natur, Grösse und Wachsthum der Rachentonsille zu informiren getrachtet, und ganz besonders durch zahlreiche Gefässinjectionen des betreffenden Gebietes die Blutstauungen zu erklären gesucht, die in den benachbarten Organen durch die Vergrösserung der Tonsille erfolgen. Bekanntlich ist die pathol. Vergrösserung dieses Organes mit seinen adenoiden Anhängseln in einer nicht unbedeutenden Zahl von Fällen, namentlich im jugendlichen Alter die Veranlassung zu immer wiederkehrenden Gehörstörungen, Ohrschmerzen und späteren Erkrankungen des Trommelfelles und Mittelohres, und ausserdem für die Athmung und für die Sprache ein arges Hinderniss.

Schon vor einer Reihe von Jahren hat Dr. Mayer in Copenhagen seine Erfahrungen über diesen Gegenstand in einer klassischen Arbeit mitgetheilt und seine Operationsmethode mittels eines dazu bestimmten Ringmessers angegeben. Derselbe ist auch bei der letzten Copenhagener Versammlung von seinen Special-Collegen für diese Erweiterung ärztlichen Könnens gebührender Weise ausgezeichnet, ja von einem der Herren sogar angedichtet worden. Die Arbeit von Dr. T. hat nun aber die Anschauung über dieses Gebilde in mannigfacher Hinsicht erweitert und berichtigt, namentlich darüber Klarheit gebracht, dass die Drüse genau in der Mittellinie des Cavum pharyng. nasale dicht auf der Fibrocartilago der Schädelbasis gelegen ist, und dass die seitlichen Theile insbesondere das Ostium pharyngaeum der T. E. stets frei von denselben geblieben ist, ein Umstand, der bei der rhinoskopischen Beleuchtung, wo sie überhaupt gelingt, nicht immer auch dem zufühlenden Zeigefinger öfter nicht deutlich erkennbar wird. Durch Demonstration vieler anatomischer normaler und pathologischer Präparate ganz besonders aber durch Vorzeigen ausgezeichneter stereoskopisch-photographischer Aufnahmen frischer Präparate von vergrösserten Rachentonsillen in situ gelang es dem Vortragenden, zur Klärung unserer Vorstellung über dieses versteckt liegende Gebilde in ausgezeichneter Weise beizutragen. Was die Therapie anlangt, so ist Trautmann ebenfalls für die radicale Entfernung der pathologischen Tonsille, da dieselbe nicht nur für das Gehörorgan nachtheilig, sondern auch für die Athmung hinderlich ist und durch die Blutstauung in den benachbarten Organen zu mannigfachen Störungen und Reflexneurosen Veranlassung geben kann; er hat aber das Ringmesser, welches durch die Nase eingeführt wird verlassen, und seiner Anschauung von dem Sitze der Drüse gemäss einen scharfen Löffel an einem gebogenen Stiele construirt, mit dem er durch den Mund hinter dem weichen Gaumen das Gebilde von seiner Unterlage radical abzukratzen im Stande ist. Die Operation von seiner geübten Hand ausgeführt macht dem Patienten keinen übergrossen Schmerz, wie es mir bei meiner Anwesenheit in Berlin, wo ich ihn operiren sah, geschienen hat.

Der practische Vorzug dieser Operationsweise besteht darin, dass es gelingen soll, das Gebilde radical und meist in einer Sitzung zu entfernen, was mit dem Ringmesser und mit den später zu diesem Zwecke angewendeten Zangen nicht in dem Maasse möglich ist; und ferner darin, dass die seitlichen Theile, namentlich das Ostium pharyngaeum, überall unangetastet bleibt, ein Umstand, der deshalb von Bedeutung ist, weil bei den anderen Manipulationen nicht ganz selten Verletzungen und Entzündungen der T. E. mit allen schlimmen Folgen für das Mittelohr sich eingestellt haben. Die demnächst erscheinende ausführliche Arbeit T.'s über dieses Thema wird unzweifelhaft von autoritärer Seite nicht unbeachtet und nicht unkritisirt bleiben.

Von den übrigen Vorträgen, die sich sämmtlich auf die Behandlung der Nasenkrankheiten selbst bezogen, ist zunächst derjenige des Prof. Hack in Freiburg zu erwähnen, da derselbe ein Thema berührte, welches noch in hohem Maasse controvers ist, nämlich die von der Nase ausgehenden Reflexneurosen, namentlich asthmatische Zufälle. Für diejenigen, die sich öfter mit der Behandlung der Nasenkrankheiten befassen, scheint es eine ganz unzweifelhafte Thatsache zu sein, dass nach Beseitigung gewisser pathologischer Gebilde, nicht nur grosser Polypen etwa, die Kranken eine Erleichterung ihrer asthmatischen Beschwerden, wenn sie solche gehabt haben, fühlen, oder zu fühlen glauben, eine Thatsache, die von anderer Seite aber als eine entschiedene Täuschung angesehen wird. Hack, der bei einer ausgedehnten Praxis nach dieser Richtung hin eine grosse Zahl glücklicher Erfolge verzeichnet, leitet diese Reflexneurosen von einer pathologischen Veränderung des Schwellkörpers an der unteren und mittleren Muschel her und touchirt diese Theile mit dem Galvanokauter; den etwas subtilen Unterschied, den Hack aufstellt, zwischen der sensiblen und sympathischen Reizempfänglichkeit des Schwellkörpers, liess man bei der Discussion ziemlich unbeachtet, da er für die Therapie keine Bedeutung hat. Ausser asthmatischen Beschwerden führt er als Reflexneurose, resp. Symptome des Zustandes noch ferner an: häufiges Niesen, Neuralgien der Zähne, gastralgische Beschwerden, einseitige Schweisse; flüchtige Oedeme im Gesicht, die Hack alle bei seiner Behandlung hat verschwinden sehen. Zufällig konnte dieser letztere wohl nicht häufige Zufall durch einen der anwesenden Collegen (Dr. Kaatzer-Rehburg) dahin bestätigt werden, dass er beim Betreten des Bodens mit nacktem Fusse sofort Nasenfluss, Platzschwindel und linksseitige Hyperidrosis erleidet. Wenn nun auch die Existenz dieser Reflexneurosen vielfach bestätigt wurde, namentlich auch von Lazarus, der nach einer 10jährigen Thätigkeit am pneumatischen Cabinet im jüdischen Krankenhaus zu Berlin, ebenfalls die Ueberzeugung aussprach, dass Affectionen der Nase eine grosse Rolle bei Entstehung von Asthma spielen, so müsste Hack doch auch andererseits zugeben, dass auch von jedem anderen Punkte des Respirationstractus asthmatische Beschwerden ausgelöst werden können, und dass er ferner öfter ohne eine Veränderung an der Muschel auffinden zu können, nur von subjectiven Symtomen (Niesen, plötzlichem wässrigen Ausfluss und Gefühl von Verstopfung) sagen wir (Schnupfen) sich hat leiten lassen, aber auch dann durch Cauterisation der Schleimhaut Besserung herbeigeführt hat.

Eine genaue Angabe also der sichtbaren objectiven Veränderungen an der Nasenschleimhaut, in Folge deren Asthma erfolgt, ist bisher nicht möglich gewesen, eine gewiss berechtigte Forderung, wie sie Moldenhauer Leipzig aufstellte; immerhin aber kann nach so vielfachen positiven Erfahrungen zuverlässiger Beobachter ein rein negirender Standpunkt in dieser Frage nicht förderlich sein, und man wird sich auch vergegenwärtigen müssen, dass eine Besserung, resp. ein Verschwinden des Asthma nach dieser localen Behandlung der Nasenwände nicht etwa in jedem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Falle, namentlich nicht bei veralteten Fällen und im späteren Alter sofort erfolgen wird, sondern oft erst im Verlauf längerer Behandlung.

Wenn ich hier mein skizzenhaftes Referat über unsere Verhandlungen abbreche, so geschieht es, weil ich Sie nicht ermüden darf, da Sie doch nicht in der glücklichen Lage sind, die erheiternden Abwechselungen einer deutschen Naturforscherversammlung hier mitgeniessen zu können. Denn wir hatten noch eine ganze Reihe anderer Mittheilungen, namentlich über Behandlung und Operationsweise von Nasenpolypen und Papillomen, von Hopmann Cöln, Veränderungen oder Ersatz der Nasendouche von Herrn Prof. Berthold, und von Jacoby Magdeburg, eine Notiz über die Operation secundärer Granulationsgeschwülste nach Tracheotomie von Dr. Boecker Berlin mit Vorzeigung seines Instrumentes und manches andere, was Ihnen ja zum Theil von hier schon bekannt ist oder von berufener Seite etwa vorgetragen werden wird. Zum Schluss möchte ich aber den Wunsch aussprechen, dass Ihnen die doch immerhin nicht verächtliche Ausbeute der einen kleinen Section das Verlangen angeregt hätte, selbst sich bei den allgemeinen Versammlungen der Naturforscher und Aerzte Anregung und Erfrischung für ihren Beruf zu holen.

VI. Ad. Strümpell. Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der innern Krankheiten. 2. Band, 2. Theil. Leipzig. Vogel. 1884. 380 S. (incl. Register). Ref. Küssner (Halle).

Vorliegender Theil ist der Schluss des schon früher von uns besprochenen Werkes und behandelt: die Krankheiten der Nieren, der Bewegungsorgane, die Constitutionskrankheiten, giebt ferner eine summarische Uebersicht der Vergiftungen und enthält schliesslich eine ganze Anzahl (meist sehr practischer) Receptformeln und ein ausführliches, gutes Register.

Wir können auch diesem letzten Bande nur dasselbe günstige Urtheil sprechen wie den früheren und glauben nicht fehlzugehn, wenn wir in dem ganzen Werke den Ersatz für den alten Niemeyer erblicken. Den hoffentlich zu erwartenden späteren Auflagen möchten wir nur wünschen, dass sie sich nicht als „vermehrte", wenigstens nicht dem Umfange nach, darstellen — dann wird sich ihre practische Brauchbarkeit gewiss glänzend bewähren. Wir glauben sogar, dass sich (vielleicht erst mit der Zeit) hier und dort einige Kürzungen werden anbringen lassen: es ist ja leicht erklärlich, dass manche Fragen, die jetzt im Vordergrunde des pathologischen Interesses stehen, eingehender behandelt sind. Grössere Ausführlichkeit hätten wir umgekehrt nur sehr selten zu wünschen, z. B. bei der Besprechung der Theorien über das Wesen des Diabetes.

Was den speciellen Inhalt des Buches anlangt, so sind die Nierenkrankheiten (im eigentlichen Sinne) selbstverständlich nicht wie früher nach streng unterschiedenen „Stadien" oder „Formen" abgehandelt, sondern der jetzt üblichen Auffassung entsprechend nach einem, wir möchten sagen natürlichen System, welches die einzelnen Arten der Erkrankung zwanglos neben einander stellt, und wofür uns die anatomische Basis durch die schönen Arbeiten von Weigert geliefert ist.

Bei den Nierenaffectionen ist uns eine Angabe sehr befremdend aufgefallen; die Schrumpfniere soll eine Dauer bis zu 20 Jahren haben können?! — Es sind übrigens hier wie bei den anderen Kapiteln nur Einzelheiten, welche wir zu „moniren" haben, und unter diesen wollen wir die uns wichtiger erscheinenden anführen.

Bei der Perinephritis (die man vielleicht noch besser Paranephritis nennen könnte) findet sich die Hervortreibung des Colon nicht diagnostisch erwähnt, wie es bei den Nierentumoren geschehen ist; auch die Probepunction, die unter Umständen doch recht wichtig sein kann, ist nicht angeführt. — Dass für Nieren-Echinococcus das „Hydatidenschwirren" charakteristisch sein soll, ist gewiss nur eine nicht ganz präcise Ausdrucksweise. — Bei der Wanderniere käme, wie Verf. glaubt, Einsinken der Lumbalgegend nicht vor — dies sei nur eine theoretisch construirte Annahme; es verhält sich aber doch so, das können wir bestimmt versichern.

Zwischen Chlorose und progressiver perniciöser Anämie giebt es nach Verf. keine scharfe Grenze, und „Uebergänge" kämen häufig vor. Wir halten dies für entschieden unrichtig. Wenn man, wie Verf. selbst zu thun bestrebt ist, die „primäre", d. h. überhaupt nur die eigentlich mit diesem Namen zu belegenden Fälle von progressiver perniciöser Anämie ins Auge fasst, kann man absolut keine verwandtschaftlichen Beziehungen (natürlich in ätiologischem Sinne) mit der Chlorose gelten lassen; etwaige symptomatische Aehnlichkeiten dürfen selbstverständlich nicht in Betracht kommen. Ref. giebt zu, dass die Chlorose (wenn nicht ganz, so doch fast ganz) ausschliesslich eine Krankheit des weiblichen Geschlechtes ist — die perniciöse Anämie bekanntlich keineswegs.

Die hämorrhagischen Erkrankungen sucht Verf., was uns sehr zweckmässig erscheint, unter einen gemeinsamen Gesichtspunkt zusammenzufassen; die meist beliebte Trennung in einzelne Kapitel haben wir immer für künstlich gehalten.

Beim Diabetes insipidus hat Verf., wie es scheint, die interessanten Beobachtungen von Weil nicht berücksichtigt. Er giebt den Ausgang und die Prognose der Affection als meist ungünstig an, während nach Weil's sehr hübschem Ausspruch der Diabetes insipidus eine recht gesunde Krankheit ist.

Der vorliegende Band ist „dem Andenken Julius Cohnheim's" gewidmet; auch das ist nicht zum wenigsten gut und schön daran!

VII. Quinby. Zahnärztliche Praxis. Deutsch bearbeitet von L. Holländer. Leipzig, Felix gr. 8°. 166 S. Ref. Küssner (Halle).

Das vorliegende kleine Buch ist äusserst originell und wird auch von dem Nicht-Fachmann gern gelesen werden. Der practische Engländer hat es wieder einmal recht verstanden, ohne lange Einleitung mitten in die Sache zu gehen, und auch demjenigen, der die erforderlichen anatomischen, entwicklungsgeschichtlichen Details etc. nicht gegenwärtig hat, wird durch kurze Bemerkungen, die gerade an der richtigen Stelle sich finden, Alles klar. Uebrigens ist das Buch offenbar nicht für Laien bestimmt; wohl aber wäre zu wünschen, dass es in ärztlichen Kreisen möglichst bekannt würde. Ueber die rein technischen Angelegenheiten kann sich Ref. natürlich kein Urtheil erlauben; indessen nimmt für das Buch schon der Umstand ein, dass an vielen Stellen gegentheilige Ansichten mit grosser Objectivität ausführlich dargelegt werden. Die allgemein-medicinischen Fragen, die in Betracht kommen, sind in durchaus wissenschaftlicher Weise behandelt. Wir möchten das Werkchen mit dem berühmten Süersen'schen: „Anleitung zur Pflege der Zähne und des Mundes" in Parallele stellen. Es liest sich ausgezeichnet gut und ist mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt versehen; der Druck ist vortrefflich.

Besonders Aerzte, die als Hausärzte in Familien oft um Rath gefragt werden, ehe etwa ein Zahnarzt aufgesucht wird, dürften wichtige Fingerzeige durch das vorliegende Buch erhalten.

VIII. Lebon und Co.: Clinical Figures. (23 Southampton Buildings, Chancery Lane, London. W. C.) Ref. Schuchardt-Bonn.

Das artistisch-lithographische Geschäft von Lebon und Co. hat mehrere Serien von Abbildungen des menschlichen Körpers zum klinischen Gebrauche herausgegeben. Abbildungen, welche die einzelnen Körperpartien betreffen, und zum Einzeichnen einestheils der am Lebenden gefundenen krankhaften Erscheinungen dienen sollen, anderntheils um die Befunde bei Autopsien zu fixiren. Die einzelnen Serien werden in Buchform verkauft und enthalten 25 resp. 50 Copien. Der Preis ist ein mässiger.

Erschienen sind bis jetzt: das Gehirn in 3 Abtheilungen; Thorax und Abdomen; Rumpf; Kopf; Becken mit weiblichen Geschlechtsorganen; Verbildungen der Glieder; Auge; Larynx. — Es würde zu weit führen, auf den practischen Werth der einzelnen Abbildungen eingehen zu wollen. Es scheinen im allgemeinen die Schemen zu klein zu sein; besonders gilt dies für diejenigen des Thorax und des Abdomen. Dieselben sind so klein, dass sich einigermaassen complicirte Befunde kaum in einem Bild vereinigen lassen, jedenfalls aber würde die Deutlichkeit bedeutend darunter leiden. (An verschiedenen deutschen Kliniken, z. B. Strassburg, sind Schemen über Thorax und Bauch im Gebrauch, die bedeutend grösser sind und deshalb genauere und anschaulichere Einzeichnungen gestatten.) Betreffs des Auges ist hervorzuheben, dass es wohl practischer ist, wenn der Augenspiegelbefund nicht in ein Schema eingezeichnet, sondern vom Untersuchenden selbst ganz und gar gezeichnet wird. Denn die im Schema vorhandenen Gefässe werden in ihren Dimensionen und in ihrem Verlauf nur in seltenen Fällen mit dem Befund übereinstimmen. Für das Gehirn sind die Abbildungen am brauchbarsten, wenn auch dieselben für das ganze Gehirn etwas klein sind. (Die an der Irrenanstalt Bonn benutzten Schemen von Laupp in Tübingen sind mehr als doppelt so gross und bewähren sich für Einzeichnungen pathologisch-anatomischer Befunde vortrefflich.) Von grosser Annehmlichkeit und Vortheil sind die Blätter der verticalen Durchschnitte des Gehirns.

Die Zeichnungen sind übrigens alle recht correct und gut ausgeführt. Zur Bequemlichkeit ist die Rückseite gummirt, so dass die einzelne Figur sofort in eine Krankengeschichte etc. eingeklebt werden kann.

In Vorbereitung sind noch eine Reihe anderer Abbildungen, besonders für chirurgische und elektro-therapeutische Zwecke.

IX. Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.

Sitzung am 15. December 1884.

Vorsitzender: Herr Fraentzel, später Herr Leyden.

Schriftführer: Herr Ewald.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herr Leyden macht der Versammlung Mittheilung, dass der Verein durch das Dahinscheiden des Geheimen Sanitätsrathes Dr. Lessing ein hochgeehrtes Mitglied verloren hat, welches dem Verein stets seine wärmsten Sympathien entgegenbrachte. Derselbe ist am 6. December h. a., hochbetagt gestorben. Sein Leben war voll Arbeit und Mühe. Nicht nur als practischer Arzt wirkte er bis zu seiner letzten Krankheit, sondern auch durch wissenschaftliche Arbeiten hat er sich bekannt gemacht und besonders hatte sein Handbuch: Ueber Heilmittellehre eine grosse Verbreitung gefunden. Seine Wirksamkeit, welche er der Stadt Berlin und humanen Bestrebungen widmete, ist in der Tagespresse nach allen Richtungen gewürdigt worden. Ehren wir das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen. (Geschieht).

Der Vorsitzende macht ferner die Mittheilung, dass Herr Wernich, der dem Verein seit seiner Begründung als Mitglied angehört und als Bibliothekar Mitglied des Vorstandes war, dem Vorstande die Mittheilung gemacht hat, dass er als Regierungsmedicinalrath nach Coeslin berufen ist; in warmempfundenen Worten erklärt er in Folge dessen seinen Austritt als ordentliches Mitglied des Vereins.

Der Vorsitzende widmet dem Scheidenden einige herzliche Worte des Dankes und der Anerkennung.

1. Herr Jastrowitz demonstrirt vor der Tagesordnung das Präparat eines Herzens, welches nahe Beziehungen zu dem von Herrn Leyden angekündigten Vortrage über Herzaneurysma haben dürfte. Dasselbe stammt von einem 63jährigen Manne, Buchdrucker, in dessen Familie Schlagflüsse häufig vorgekommen sind. Sein Grossvater und 2 Schwestern sind daran verstorben. In seiner Jugend hatte er einen Anfall von Bleikolik durchgemacht; es hatten sich jedoch keine weiteren Folgen daran geknüpft; er war Potator in mässigem Grade. Im Jahre 1874 erlitt er einen Schlagfluss, der die rechte Seite lähmte. Derselbe ging allmählich zurück, und es verblieb nur Parese des rechten Fusses, während der rechte Arm ziemlich gut beweglich blieb, und auch im Facialis sich nur eine geringe Lähmung bemerklich machte. Daneben bestand Sensibilitätsherabsetzung der ganzen rechten Seite, Schwäche des Geistes und eine Sprachstörung, welche ähnlich der bei Paralytikern beobachteten sich darstellte. Mit diesen Gebrechen lebte der Mann in der Maison de Santé eine Reihe von Jahren indifferent dahin, äusserte nur gelegentlich eine Wahnidee, als würde er von Anderen verspottet, bis im vorigen Jahre abermals ein Schlagfluss in der Weise eintrat, dass er eines Morgens eine beträchtliche Erschwerung seiner Sprache bemerkte. Endlich erlitt er im October d. J. abermals einen stärkeren Schlagfluss, der diesmal die linke Seite betraf. Er wurde unbeholfen auf allen vier Extremitäten, liess seine Bedürfnisse unter sich, sprach schlechter, bekam im linken Unterarm und in der linken Hand Contracturen. Die Untersuchung ergab Vergrösserung des Herzens und sehr rigiden Puls, im Urin nichts Pathologisches, kein Fieber. Am 12.—13. December Nachts bekam er Zitterkrämpfe, besonders starke Zuckungen der rechten Seite ca. 10 Minuten lang und starb unter lautem Aufschrei.

Bei der Section, deren Resultate ich, vom Herzen abgesehen, nur summarisch mittheile, fand sich, bei verdickter und getrübter Pia cerebralis, und stellenweise recht stark atheromatösen Gefässen, eine sehr grosse rechtsseitige intraventriculäre Hämorrhagie; das Blut war in sämmtliche Ventrikel hineingeflossen; in der linken Hemisphäre fand sich ein alter Erweichungsheerd; mannigfache kleinere und grössere Blutungen bemerkte man im Pons, eine grössere im rechten obern Abschnitt; in Medulla oblongata und spinalis makroskopisch Nichts, ausser Blässe der Substanzen. Das Herz war sehr vergrössert, 400 g schwer; die Höhlen erweitert, Papillarmuskeln, Sehnenfäden verdickt, der Klappenapparat wesentlich normal. Der linke Ventrikel mass in der Länge in maximo 12,5 cm, der rechte 9 cm, die Breite betrug 7 cm resp. $5\frac{1}{2}$ cm; Umfang der Aorta 7 cm, der Arteria pulmonalis $9\frac{1}{4}$ cm; ganz geringe atheromatöse Zeichnungen an der sonst weichen Aortenwand; die Kranzgefässe waren sehr erweitert, aber zartwandig; das Herzfleisch, dessen Dicke am linken Ventrikel 2 cm betrug, war blassroth-gelblich, mürb, zeigte auch mikroskopisch Verfettung und hie und da, besonders auch in den Papillarmuskeln, fibröse Heerde eingesprengt.

An der Herzspitze, dem klassischen Ort für Aneurysmen, weil hier der stärkste innere Druck obwaltet, und zwar an der Basis des hintern Papillarmuskels der Mitralis, bemerken Sie eine über Groschen grosse Stelle, die ausserordentlich verdünnt, leicht ausgebuchtet und speckig fibrös degenerirt ist; es scheint die Herzspitze hier fast nur aus der speckigen Masse und dem stark entwickelten subpericardialen Fett zu bestehen. Hier ist eine sehr grosse Thrombose erfolgt, sei es, weil wegen der mangelnden Contractionsfähigkeit dieser Stelle das Blut stagnirte, oder weil sie — vielleicht durch Coagulationsnekrose der Zellen — die Eigenschaft lebender Gefässwände, das Blut flüssig zu erhalten, eingebüsst hatte. Der Thrombus ist klein-wallnussgross, zum Theil verfärbt, anscheinend exulcerirt und es ist wohl anzunehmen, dass von ihm aus Embolien in das Hirn erfolgt sind, welche die Blutungen und den Tod herbeigeführt haben. Der Vollständigkeit wegen erwähne ich noch, dass in der Leber zwei blendend weisse anscheinend fibröse Knoten gefunden wurden und bei der mikroskopischen Untersuchung der Nieren, welche allein ausserdem vorgenommen werden konnte, eine mässige interstitielle Nephritis ohne arteriosclerotische Veränderungen constatirt wurde.

2. Discussion über den Vortrag der Herren Aronsohn und Sachs: Ein Wärmecentrum im Grosshirn. (S. diese Wochenschr. No. 51.)

Herr Aronsohn demonstrirt im Anschluss an seinen Vortrag ein Kaninchen, welches vor $1\frac{1}{2}$ Stunden operirt ist. Dasselbe hatte vor der Trepanation eine Temperatur von 38,7, jetzt zeigt es 39,9°. Ferner demonstrirt Herr Aronsohn eine Anzahl von Gehirnen, an denen der Verlauf des Einstiches verfolgt werden kann.

Herr A. Eulenburg: Wir haben gewiss Alle aus dem interessanten Vortrage des Herrn Aronsohn die volle Ueberzeugung geschöpft, dass es den Herren Aronsohn und Sachs bei ihren Versuchen an Kaninchen und auch an Hunden gelungen ist, eine circumscripte Stelle zu ermitteln, deren Stichverletzung nach kurzer Zeit ein allmähliches, 2—3 Tage anhaltendes, erhebliches Steigen der Rectaltemperatur (bis auf 42°C. und darüber) nebst beschleunigter Respirations- und Pulsfrequenz u. s. w. — also, wie Herr A. sich ausdrückt, fieberhafte Symptome — bei den Versuchsthieren herbeiführt. Dies ist das Thatsächliche. Ich bin gewiss weit entfernt, die Bedeutung dieser von den Herren A. und S. gemachten Beobachtung zu unterschätzen, und ich begreife es sehr wohl, dass sie darüber wie Herr A. hinzufügt, auch ihrerseits in fieberhafte Erregung geriethen. Wenn nun aber Herr A. seinen Vortrag mit den Worten einleitet: „Wir bringen Ihnen, was Sie schon lange vermisst und gesucht haben: ein Wärmecentrum im Grosshirn" — so muss ich leider sagen: ich sehe wohl die Wärme, aber, bisher wenigstens, mit genügender Sicherheit weder das Centrum noch auch das Grosshirn. Mag man den Begriff eines nervösen Centrums noch so mild und nachsichtig fassen, so kann doch unter allen Umständen von einem solchen nur da die Rede sein, wo mindestens nachweisbar gangliöse Apparate vorhanden sind, die im Stande sind, zugeleitete Erregungsimpulse aufzunehmen und Bewegungsvorgänge automatisch oder reflectorisch zu vermitteln. Die blosse Thatsache, dass von irgendwoher irgend welche nach aussen sichtbare Wirkung hervorgebracht wird, kann doch nicht an sich schon zur Annahme eines an der betreffenden Stelle gelegenen Centrums genügen, da ja von jeder beliebigen Stelle der Leitungsbahn aus die gleiche Wirkung erzielt wird. Es bedarf dies wohl, m. H., keiner näheren Ausführung. Ich sehe ganz davon ab, wie häufig es vorkommt, dass von den getroffenen Stellen aus Erregungen resp. Hemmungen nach anderen, theilweise weit entfernten Stellen des Centralorgans fortgeleitet werden, welche letztere dann erst für den resultirenden Vorgang die Rolle von Centren spielen; wie z. B. ein auf gewisse Abschnitte der Grosshirnrinde einwirkender Reiz wahrscheinlich erst durch seine Uebertragung auf subcorticale (basale) associatorische Centren die unter Umständen erfolgenden allgemeinen Convulsionen herbeiführt. Ich vermisse also vorläufig den Nachweis des Centrums; selbstverständlich noch mehr den der Lage eines solchen im Grosshirn, wofür einstweilen noch nicht die mindesten positiven Anhaltspunkte beigebracht sind. Die älteren Versuche von Tscheschichin, ebenso die neueren von Wood u. A. scheinen vielmehr auf den Pons hinzuweisen, als Sitz eines wärmehemmenden-Centrums; doch lässt sich hierüber auch schon aus dem Grunde gar keine Meinung aussprechen, weil wir nicht wissen, ob das fragliche Centrum der Herren A. und S. durch die Stichverletzung gereizt, oder vorübergehend in einem lähmungsartigen Zustand versetzt wird. Ich erlaube mir übrigens zur Vervollständigung der von Herrn A. angeführten Literatur noch der neuesten Arbeit von Is. Ott[1]) über diesen Gegenstand zu erwähnen, welcher bei Kaninchen und Katzen Schnittversuche am Gehirn unter successivem Vorgehen von vorn nach hinten ausgeführt hat. Seine Versuche scheinen mir mit denen der Herren A. und S. sehr wohl in Uebereinstimmung zu stehen, und somit zur Stütze derselben zu dienen. Er kommt nämlich zu dem Schlusse, dass sich in der Nachbarschaft der Corpora striata Centren befinden, welche eine Beziehung zur Körpertemperatur haben. Er constatirte auch Steigerungen der Rectaltemperatur (bis zu 7° Fahr.), welche theilweise am folgenden Tage noch anhielten. Ob dieselben auf vermehrter Wärmeproduction oder verminderter Wärmeabgabe beruhen, lässt er, ebenso wie die Herren A. und S., unentschieden, verspricht aber diese Frage durch verbesserte calorimetrische Methoden künftighin zu entscheiden.

Gestatten Sie mir nun im Anschlusse daran noch ein paar Bemerkungen darüber, wie sich die von Landois und mir nachgewiesenen thermisch wirksamen Bezirke der Grosshirnrinde zu dem neuesten „Wärmecentrum" verhalten, resp. wie sie sich davon unterscheiden. Ich erlaube mir die Gelegenheit zu benutzen, um Ihnen einige in Spiritus aufbewahrte Hundegehirne, welche ich der gütigen Ueberlassung des Herrn Prof. Landois verdanke, vorzulegen, aus denen Sie den Umfang jener thermisch wirksamen Rindenregion, die nach vorn bis an den Sulcus cruciatus heranreicht, zu ersehen vermögen. Was wir constatirten, war die in Folge der Rindenzerstörung eintretende beträchtliche Temperaturdifferenz zwischen den contralateralen und den gleichseitigen Extremitäten, die (oft ganz enorme) Temperaturerhöhung der ersteren. Diese beginnt in der Regel sofort nach gelungener Operation, noch vor dem Erwachen der Thiere aus der Chloroformnarcose, vor Ausführung irgend welcher spontanen Bewegungen. Sie kann unmittelbar nach der Operation 5—7°C. betragen, in anderen Fällen nur $1\frac{1}{2}$ bis 2°, in einem Falle dagegen selbst bis zu 13°. Sie kann unter Umständen sehr lange, bis zu Ende der dritten Woche, ja, wie wir einmal

[1]) Ott the relation of the nervous system to the temperature of the body. Journal of nervous and mental disease, April 1884, p. 141.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beobachteten, selbst drei Monate hindurch andauern, während in der Regel vom zweiten oder dritten Tage ab eine allmähliche Ausgleichung stattfindet. — Wir mussten zur Erklärung dieser regionären, unmittelbar eintretenden, bedeutenden und oft so lange anhaltenden Temperatursteigerung nothwendig auf vasomotorische Einflüsse, auf dadurch gesetzte Veränderungen im Gefässlumen und Blutgehalt der contralateralen Extremitäten zurückgreifen; und dies um so mehr, als schon die einfache palpatorische Pulsuntersuchung an den letzteren ein Voller- und Weicherwerden des Pulses deutlich constatirte. Späterhin hat dann Reinke in seiner unter Landois gearbeiteten Dissertation[1]) den directen Beweis hierfür auf doppeltem Wege geliefert. Er fand nämlich in ausgeprägten Fällen von Rindenverletzung mit consecutiver Temperatursteigerung an der Art. femoralis der gegenüberliegenden Seite 1) eine bedeutende und anhaltende Verminderung des Widerstandes der Arterienwand gegen Druck (seitliche Belastung); 2) eine sehr ausgesprochene Veränderung der sphygmographischen Pulscurven: dieselben erscheinen weit niedriger, zum Theil mit breiterem Gipfel, schwachen und verwischten Elasticitätsschwankungen im absteigenden Schenkel. Ich erlaube mir Ihnen die betreffenden Pulsbilder hier vorzulegen. Es frägt sich nun weiter, wie diese der Grosshirnrinde entstammenden vasomotorischen Fasern verlaufen: und hier ist wohl von vornherein die Annahme nahe liegend, dass sie mit den ihnen benachbarten Fasern des directen corticomusculären Leitungssystems (der Pyramidenbahnen) durch Capsula interna und Pedunculus hindurchgehen. In der That hat nun Herr Prof. Landois nach einer brieflichen Mittheilung neuerdings versucht, die Capsula interna durch ein besonderes unknickbares Messerchen zu durchschneiden, und auch hierbei die Temperaturerhöhung erhalten. Er hält es daher für wahrscheinlich, dass die Fasern diese Bahn abwärts nehmen, beabsichtigt jedoch die Frage noch genauer durchzuexperimentiren. — Schliesslich erwähne ich noch, dass Wood[2]) im Verlaufe seiner Untersuchungen über das Fieber bei (in der Regel doppelseitiger) Zerstörung der von Landois und mir gefundenen thermischen Rindenbezirke gleichzeitig eine calorimetrisch nachweisbare Erhöhung der Wärmeproduction beobachtete. Letztere betrug nach ihm bei doppelseitiger Rindenzerstörung durchschnittlich 47, bei einseitiger 17 Proc.; dagegen trat bei Reizung der nämlichen Rindenregion (mit Kochsalz) in zwei Versuchen eine Abnahme der Wärmeproduction um 22 Proc. ein. Ich enthalte mich einer Kritik der Wood'schen Versuche, und bemerke nur, dass, falls ein solcher vorübergehender Effect der Rindenläsion stattfindet, er wohl nur als ein indirecter in dem vorhin schon angedeuteten Sinne aufzufassen sein dürfte, dass nämlich vom Cortex aus anregende oder hemmende Impulse auf entfernte, an der Basis (Pons) liegende wärmeregulirende Apparate ausgeübt werden.

Herr Zuntz: Ich hatte in den letzen Wochen dadurch, dass die Herren Aronsohn und Sachs, in meinem Laboratorium arbeiteten, reichlich Gelegenheit, mich mit Ihnen über diese Frage auszusprechen, und möchte im Anschluss an das, was Herr Eulenburg vorgetragen hat, erwähnen, dass die Herren selbst keineswegs der Meinung sind mit ihren bisherigen Versuchen das Centrum, von welchem die Temperaturerhöhung ausgeht, sicher localisirt zu haben, vielmehr glauben sie nur, dadurch, dass nach der Verletzung an dieser Stelle stets die Temperatur steigt, bewiesen zu haben, dass entweder an dieser Stelle oder weiter nach vorn ein Centrum liegt, welches diesen Einfluss auf die Temperatur besitzt. Dass das in Frage kommende Centrum verschieden ist von dem, über welches Herr Eulenburg gesprochen hat, ist wohl unzweifelhaft. Die Temperaturdifferenz, die Herr Eulenburg hervorhebt, ist offenbar bewirkt durch einen rein vasomotorischen Effect. Es handelt sich nach jenen Verletzungen der Hirnrinde um Erweiterung der Gefässe im entgegengesetzten Schenkel und dadurch bedingte relative Erhöhung der Temperatur gegenüber dem übrigen Körper. In dem Falle Aronsohn handelt es sich um eine Erhöhung der gesammten Körperwärme. Die mitgetheilten Versuche haben gezeigt, dass nicht nur im Rectum, sondern auch in der Haut, Leber, Musculatur eine Temperaturerhöhung nachweisbar ist. Das kann nun zu Stande kommen entweder dadurch, dass die Wärmeabnahme herabgesetzt, oder dadurch, dass die Wärmeproduction erhöht ist. Im Fieber finden bekanntlich beide Effecte neben einander statt. Es scheint, dass in dem Experiment der Herren Aronsohn und Sachs die gleichen Bedingungen bestehen, wenigstens haben die bisherigen Versuche, welche die Herren über die Grösse des Sauerstoffverbrauchs der verletzten Thiere angestellt haben, mit hoher Wahrscheinlichkeit zu diesem Schluss berechtigt.

Zu einem definitiven Ausspruch werden die Herren wohl, nachdem sie länger gearbeitet haben, kommen. Ebenso darf ich wohl Namens der Herren erklären, dass sie selbst überzeugt sind, dass der Effect des einfachen Einstiches noch mancher Deutung fähig ist; dass es namentlich noch unentschieden ist, ob derselbe als Reizung oder als Lähmung aufzufassen ist.

Herr Aronsohn: Ich möchte, wie es Herr Zuntz schon ausgesprochen hat, noch einmal wiederholen, dass wir mit dem Ausdruck „Wärmecentrum" nicht glauben, irgend ein Ganglion getroffen zu haben, welches gerade diese Erscheinungen auslöst, sondern dass wir nur das dadurch bezeichnen wollen, dass es eine Stelle im Grosshirn giebt, welche durch ihre Verletzung eine Erhöhung der Temperatur erzeugt.

3. Herr Lewinski: Ueber Krankenthermometer. (Das Referat des Herrn Lewinski wird in dieser Wochenschrift in extenso abgedruckt.)

[1]) Reinke, Untersuchungen über die Veränderungen des Blutdruckes und der Pulsbeschaffenheit nach Zerstörung der thermisch wirkenden Region der Grosshirnrinde beim Hunde. Diss. Greifswald 1882.

[2]) H. C. Wood fever, a study in morbid and normal physiology (Smithsonian contributions to knowledge. Washington 1880). p. 98ff.

X. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 17. December 1884.

Vorsitzender: Herr Henoch, später Herr Bardeleben.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr Gluck das Präparat einer congenitalen incarcerirten Nabelhernie. Ferner stellt Herr Karewski einen Fall von nicht reponirter Luxation des Armes vor. Der jetzt 74jährige Patient hat vor 15 Jahren durch einen Sturz vom Gerüst eine Luxation des Armes erlitten und war, nachdem verschiedene Repositionsversuche von Laien gemacht waren, und nachdem er den Arm vier Wochen in der Binde getragen hatte, indolent genug, keine ärztliche Hülfe nachzusuchen. Daraus hat sich mit der Zeit das gegenwärtige Bild entwickelt. Die Extremität ist total atrophirt und zwar in allen Theilen. Der Arm ist bis zum Ellenbogen hyperämisch; wenn derselbe längere Zeit herabhängt, nehmen die Finger eine fast schwarze Färbung an. Von Functionsfähigkeit der Muskeln ist nichts mehr vorhanden; auch passive Bewegungen sind nur in sehr beschränktem Maasse möglich, weil sich eine Arthritis deformans hinzugesellt hat. Secundär ist die Clavicula mit dem Schulterblatt in die Höhe gehoben, so dass man die Arteria subclavia oberflächlich pulsiren sieht. Was die Verhältnisse des Gefässsystems betrifft, so fühlt man die Axillaris unterhalb des Humeruskopfes und den Radialispuls, der freilich bedeutend schwächer ist als auf der gesunden Seite. Die von Herrn Eulenburg ausgeführte elektrische Untersuchung ergab Erlöschen der faradischen sowohl wie der galvanischen Erregbarkeit fast in sämmtlichen Muskeln; nur der Biceps giebt noch schwache Reaction. Die Sensibilität ist vollkommen erhalten, was dafür spricht, dass bei der ursprünglichen Verletzung die Gefässe mehr gelitten haben als die Nerven.

Es folgt in Erledigung der Tagesordnung:

1. Discussion über den Vortrag des Herrn Schwechten: Ueber die Phosphorbehandlung der Rachitis.

Herr A. Baginsky kann sich a priori mit der von Kassowitz aufgestellten Theorie des Wesens der Rhachitis nicht einverstanden erklären, muss vielmehr bei seiner früher ausgesprochenen Ansicht beharren, dass es sich bei derselben nicht blos um eine Anomalie im Knochensystem sondern um eine Ernährungsstörung handelt, bei welcher eine grössere Zahl von Geweben im kindlichen Körper Veränderungen erleiden. Bei der Durchsicht der Kassowitz'schen Fälle kommen allerdings einzelne Fälle vor, in welchen eine verhältnissmässig rasche Heilung constatirt ist, andererseits vermisst Herr B. jedoch diejenige Exactheit, welche man voraussetzen muss, um eine so warme Empfehlung darauf zu begründen. Kassowitz hebt z. B. in allen seinen Fällen das Verhältniss der Fontanelle hervor, während B. und vor ihm Ritter v. Rittersheim nachgewiesen haben, dass die Fontanelle nicht maassgebend ist für den Verlauf der Rachitis. Ferner vermisst Herr B. ausgiebige Körperwägungen, die für die Diagnose der Rachitis sehr wichtig sind. Endlich giebt Kassowitz Fälle an, die angeblich geheilt sein sollen, bei denen Zahndurchbruch in ungleicher Zahl eintrat; solche Fälle sind nach den Beobachtungen B.'s in der That als nicht geheilte anzusehen. In einer Aeusserung Kassowitz' auf der Freiburger Naturforscherversammlung, die Herr Schwechten nicht erwähnt hat, dass Kassowitz nämlich bei der Phosphorbehandlung, weil er dieselbe für ein Specificum hält, jegliche diätetische Behandlung aus dem Auge gelassen hat, sieht Herr B. eine wirkliche Gefahr für die Praxis. Denn Herr Baginsky kann sich nach seinen eigenen Beobachtungen der Ansicht Kassowitz' nicht anschliessen. Bei 28 verwerthbaren Fällen seiner Poliklinik, die er mit Phosphor behandelte, hat er nur in 8 Fällen eine geringe Besserung gesehen, in den übrigen Fällen war von einer Besserung keine Rede, in 4 Fällen wirkte der Phosphor sogar schädlich, indem er heftiges Erbrechen etc. hervorrief. Nur in einzelnen Fällen, in denen laryngospastische Erscheinungen vorhanden waren, scheint die Phosphorbehandlung in verhältnissmässig kurzer Zeit gute Erfolge gehabt zu haben. Diese Beobachtungen des Herrn B. bestätigen also im Allgemeinen die Resultate des Herrn Schwechten.

Herr Klein hat in der Poliklinik des Vereins für häusliche Gesundheitspflege ebenfalls in 20 Fällen von Rachitis Phosphor angewandt und kommt zu denselben Beobachtungsresultaten wie die Herren Schwechten und Baginsky.

2. Herr Senator. Ueber die Behandlung des Ileus mit Magenausspülung. Eine Mittheilung aus der Klinik von Kussmaul veranlasste den Vortragenden, die von jenem warm empfohlene Magenausspülung bei Ileus in Anwendung zu ziehen. Der erste Fall betraf einen 22jährigen Korbmachergesellen, der in sehr desolatem Zustande in das Augusta-Hospital aufgenommen wurde. Derselbe hatte am Abend des 6. October, ob infolge eines Diätfehlers war nicht zu constatiren, plötzlich sehr heftige Leibschmerzen verspürt, die er unterhalb des Nabels localisirte. Am Morgen des 7. hatte er einen flüssigen Stuhl, der aber keine Erleichterung brachte, sehr gespannten Leib. Am 8. trat heftiger Singultus auf, gleich darauf Erbrechen. Die Erscheinungen steigerten sich in den drei folgenden Tagen, der Kranke liess sich ein Clystier geben, wie es scheint ohne Erfolg. Am 14. October trat er in das Hospital ein. Er war äusserst heruntergekommen, hatte kühle Extremitäten, cyanotisch, äusserst frequenten Puls, heiser, kein Fieber. Leib stark aufgetrieben, nicht besonders

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

schmerzhaft: eine Hernie war nirgends zu finden, auch sonst kein mechanisches Hinderniss zu entdecken. Der Kranke erbrach Alles, was ihm dargereicht wurde. Versuche, ihm durch hohe Eingiessungen Stuhl zu verschaffen, waren erfolglos, ebenso war eine Emulsion von Ricinus- mit Crotonöl ohne Erfolg. Nach drei Tagen trat zuerst fäculent riechendes Erbrechen ein. Der Zustand war am 20. so bedenklich, dass die Frage der Enterotomie in Erwägung gezogen wurde. Infolge der Empfehlung Kussmaul's entschloss sich Vortr. nun zur Ausspülung. Dieselbe führte zur Entleerung von etwa 1 Liter Mageninhalt, einer trüben, gelben, fäculent riechenden Flüssigkeit, massenhaftem Schleim und viel Gas. Sofort hörte der Singultus und das Erbrechen auf; der Kranke fühlte sich sehr erleichtert und konnte in der Nacht schlafen. Am andern Morgen wurde die Ausspülung wiederholt; der Kranke fühlte sich auffallend viel besser, nur der Puls war immer noch sehr frequent. Am Vormittag desselben Tages erfolgte spontan ein reichlicher flüssiger Stuhl, der etwas thonig aussah. Der Patient klagte über Hunger, ass und behielt alles Genossene bei sich. Auf eine dritte Ausspülung am Abend erfolgte wieder Stuhl von mehr gelblicher Färbung. Der Zustand besserte sich und verblieb in diesem Zustande etwa 10 Tage. Vom 22. trat wieder eine Verschlimmerung ein, der Kranke collabirte zusehends, der Leib wurde etwas schmerzhaft, man fühlte in der Ileocoecalgegend deutlich eine Resistenz, die auf ein Exsudat bezogen werden musste. Es traten grosse abendliche Temperatursteigerungen mit morgendlichen Remissionen auf. In der 3. Woche seines Aufenthaltes im Hospital liess sich in der rechten Pleurahöhle ein Exsudat nachweisen. Ab und zu trat wieder Singultus auf, der aber durch eine Ausspülung jedesmal beseitigt wurde. Am 14. starb der Kranke ganz plötzlich an hochgradiger Erschöpfung. Die Section ergab chronische tuberculöse Peritonitis. Die Lunge war nicht tuberculös. An eine definitive Heilung war somit wohl nicht zu denken, sicher aber war der Ileus geheilt, denn der Verlauf hatte gezeigt, dass der Darm bis zuletzt durchgängig war.

In derselben Zeit hatte Herr S. Gelegenheit, einen Fall aus der Praxis des Herrn Patschkowski zu beobachten. Es handelte sich um eine Frau, bei der ein Tumor im Darm angenommen werden musste und die, abgesehen von dem Ileus, noch mehr litt, weil sie ein linksseitiges pleuritisches Exsudat hatte. Auch dieser Patientin wurde durch die Magenausspülung vorübergehend grosse Erleichterung verschafft.

Ein dritter Fall betraf endlich einen Schriftsetzer, der wiederholt schwere Anfälle von Bleikolik gehabt hatte und in einem solchen Anfall am 5. oder 6. Tage der Krankheit in das Hospital kam. Er hatte sehr starke Abführmittel ohne Erfolg genommen. Es wurde sofort eine Magenausspülung gemacht und gleichzeitig eine Emulsion von Ricinusöl gegeben. Der Erfolg war ein ausgezeichneter, insofern der Patient, der heftiges Erbrechen und Singultus gehabt hatte, Arznei und Speise bei sich behielt und schnell genas.

Diese Fälle im Verein mit den Kussmaul'schen Beobachtungen berechtigen wohl zu dem Ausspruch, dass in der Magenausspülung eine sehr wesentliche Bereicherung der Behandlung des Ileus gewonnen sein dürfte. Zunächst wirkt die Magenausspülung palliativ, und zwar in viel rationellerer Weise als die bisherige Darreichung von Opiaten, aber auch eine curative Wirkung scheint nicht ausgeschlossen zu sein.

Herr Rosenthal führt zwei Beobachtungen aus seiner früheren Praxis an, wo bei Gallensteinkolik einige Zeit durchgeführte Magenausspülungen das bestehende Erbrechen coupirter und im weiteren Verlauf zum Abgang von Gallensteinen und in einem Falle zu dauernder Genesung führten.

Herr Ewald hat häufig bei Kranken, die an heftiger Verstopfung gelitten hatten, und bei denen er aus irgend welcher Indication Magenausspülungen machte, den Stuhl wieder eintreten sehen, und möchte diesen Erfolg der auf die Peristaltik des Darmes einwirkenden Reizung zuschreiben. Entgegen einer Bemerkung des Herrn Senator hält er die Anwendung abführender Mittel bei Ileus für contraindicirt, weil durch die Einwirkung der Drastica das obturirende Moment nur immer mehr verstärkt wird.

Herr B. Fraenkel hat in einigen Fällen von Ileus, unter denen sich einer befand, wo nach 17 tägiger Verstopfung und 10tägigem Kotherbrechen der Stuhlgang eintrat, beobachtet, dass gerade vor dem Eintritt der den Stuhlgang machenden peristaltischen Bewegung ungeheuer copiöses Kotherbrechen eintrat. Er hat sich der Erwägung nicht verschliessen können, dass die Veränderungen der Druckverhältnisse, die durch die Flüssigkeitssäule bedingt werden, die auf den verschiedenen Darmtheilen lastet, hierbei eine Rolle spielen. Er glaubt daher wohl den Schluss gerechtfertigt, dass eine so totale Umwälzung der Druckverhältnisse, wie sie die Auspumpung des Magens und des ganzen Darms zur Folge hat, wohl günstig auf solche Fälle einwirken kann, in denen ein mechanisches Hinderniss nicht obwaltet.

Herr Senator bestätigt die Beobachtung des Herrn Ewald in Betreff der Stuhl erregenden Wirkung der Magenausspülung. Was die Verwendung der Drastica betrifft, so steht er auf einem anderen Standpunkt als Herr Ewald und viele Kliniker. Er hat oft davon Erfolg gesehen und hält in allen Fällen, in denen man nicht ganz sicher ist, dass es sich um eine mechanische Einklemmung handelt, einen Versuch mit starken Abführmitteln für indicirt.

XI. Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln a. Rh.

Sitzung vom 19. November 1883.

1) Herr Leichtenstern: Ueber „progressive" perniciöse Anämie bei Tabeskranken".

In zwei bereits Monate lang auf der medicinischen Abtheilung des Bürgerhospitales befindlichen Fällen fortgeschrittener Tabes dorsualis entwickelte sich allmählich der vollständige Symptomencomplex der sogenannten essentiellen Anämie, welche in beiden Fällen auch die Todesursache bildete. Neben extremer Blässe der Haut und Schleimhäute bestand in dem einen Falle häufiges, hohes, atypisches, sogenanntes anämisches Fieber, wofür keinerlei Organerkrankung, insbesondere keine Cystitis, namhaft zu machen war. In dem anderen Falle fehlte auch nicht der für schwere und besonders für essentielle Anämien charakteristische Augenspiegelbefund. Weder Albuminurie noch hydropische Erscheinungen. Beide Fälle glichen sich, was den Blutbefund anlangt, vollständig. Ausgesprochene Poikilocytose, viele Mikro- und Makro-Erythrocyten. Bei der Section, die vor Allem die Diagnose der Hinterstrangsdegeneration bestätigte, fehlte nicht die der essentiellen Anämie fast charakteristische hochgradige Anämie des Herzmuskels mit der netzartigen rauchgelben Zeichnung desselben, die Anämie der grossen Nieren, die Veränderung des Knochenmarkes. In beiden Fällen fand sich die intra vitam diagnosticirte Vergrösserung der Milz vor. In beiden Fällen fehlte jeder Anhaltspunkt für vorausgegangene Syphilis. Keine gastrischen Krisen. Magen und Darmkanal zeigten ausser Anämie keinerlei Anomalien. Keine Atrophie der Labdrüsen. In beiden Fällen fehlten Diarrhoen.

Nachdem somit die schwere progressive und perniciöse Anämie von keinem Organleiden abhängig gemacht werden kann, bleibt nichts übrig, als dieselbe entweder als essentielle oder als eine von der Tabes abhängige aufzufassen. R. hält Letzteres für das Wahrscheinlichste, wenn auch eine Erklärung dieses Zusammenhanges nicht möglich sei, ohne sich in gewagte Hypothesen zu verlieren.

2) Herr Leichtenstern: „Ueber conträre oder paradoxe Chinin-Wirkung." Unter den ausserordentlich zahlreichen Fällen, in welchen Chinin in grossen Dosen bei fieberhaften Krankheiten vom Redner angewendet wurde — es zählen hierher unter anderen gegen 1200 Typhen — hat R. bisher nur in zwei Fällen, in diesen aber mit einer jeden Zweifel ausschliessenden Sicherheit, die Beobachtung gemacht, dass das Chinin, in Dosen von 2,0 Gramm gereicht, eine von der tausendfach bestätigten Regel abweichende primäre Wirkung hervorrief, dahin gehend, dass die Temperatur unmittelbar nach der Chinin-Darreichung rasch erheblich anstieg (in dem einen Falle stets unter Schüttelfrost), um erst hierauf allmählich bis zum vollen antipyretischen Effect abzusinken.

Der erste dieser Fälle betraf einen 7jährigen Knaben mit Abdominal-Typhus. Konnte man bei diesem immer noch an einen seltenen Zufall denken, so ist derselbe völlig ausgeschlossen in dem zweiten Falle, der einen Mann mit acuter Miliartuberculose betraf. Hier erfolgte jedesmal $^1/_2$—1 Stunde nach der Darreichung von 2,0 Chinin ein rasches hohes Ansteigen der Temperatur unter Schüttelfrost. Nachdem das Chinin anfänglich jeden zweiten Abend gegeben worden war, wurde es fernerhin zum Zwecke des Experimentes zu verschiedenen Tageszeiten verabreicht. Jedesmal erfolgte bald nach der Einverleibung des Mittels Ansteigen der Temperatur unter starkem Frost resp. Schüttelfrost. Mit dem Aussetzen des Chinins sistirten auch die Fröste, und das Fieber verlief als hohe gleichmässige Continua. R. demonstrirt die betreffende Fiebercurve, welche jeden Zweifel ausschliesst.

Wollte man die antifebrile Wirkung des Chinins in einem mikroparasiticidären Einflusse desselben suchen, so würden die Fälle von conträrer Initial-Wirkung nicht zu erklären sein. Anders, wenn man annimmt, dass das Chinin auf die wärmeregulirenden Centren einwirkt. Angenommen, dass die normalmässige antifebrile Wirkung des Chinins in einem lähmenden Einfluss auf das excitocalorische oder in einer starken Erregung des moderirenden Centrums beruht, so würde die conträre Initial-Wirkung des Chinins so zu deuten sein, dass in diesen äusserst seltenen Ausnahmefällen das Chinin zunächst stark erregend und danach erst lähmend auf das excitocalorische System einwirke, während es schwierig erscheint, zuerst eine lähmende und dann erst erregende Wirkung auf das moderirende Centrum anzunehmen. Danach würde es sich in diesen Fällen um eine von der Norm abweichende, äusserst seltene indivi-

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

duelle Eigenthümlichkeit in der Reactionsweise der wärmeregulirenden Centren, um eine Art seltenster Idiosynkrasie, handeln.

Sitzung vom 26. November 1883.

1) Herr Glasmacher: „Ueber Knochenblasenbildung (Bulla ethmoidalis) in der Nase." (Publicirt in der Berl. Klin. Wochenschrift, 1884. No. 36.)

2) Herr Auerbach: „Typhus-Bewegung in Köln im Jahre 1883 mit Rücksicht auf Uebertragung durch Milch."

Der Vortrag ist in dieser Zeitschrift vom 30. October 1884, No. 44 in extenso veröffentlicht worden.

XII. Medicinischer Verein zu Greifswald.

Sonnabend den 1. November 1884.

Vorsitzender: Prof. Schirmer.

Schriftführer: Dr. Peiper.

Geh. Med. Rath Pernice: Ueber Lipombildung im Ligamentum latum.

Der Vortragende gab zunächst eine kurze Uebersicht über die in der gynäkologischen Klinik behandelten intraligamentären Ovarialcystome und parovarialen nicht gestielten Cysten. Im Ganzen wurden 6 solche Geschwülste operirt. Bei 5 derselben, wovon eine bei einer 81jährigen Person vorkam, wurde zur Einnähung des Sackes in die Wunde in der oft beschriebenen Weise geschritten. Der Verlauf war ein wenig befriedigender. 2 der Kranken gingen zu Grunde, die eine an Septicämie, die andere, die schon bei der Operation viel Blut verloren hatte, an einer unbedeutenden Blutung in die Bauchhöhle, die aus einem nicht fest geschlossenen Gefässe der Cystenwand stammte. Die 3 andern überstanden die Operation gut, darunter die 81 Jahre alte Person; sie sowie eine andere blieben ganz gesund. Die 3. bekam in dem zurück gebliebenen Stücke ein Recidiv, und mussten drei mal im Verlauf von 4 Jahren massenhafte neugebildete Cysten zerstört werden, worauf sich dann wieder Wohlbefinden einstellte. Sie hat sich jetzt seit $1^1/_2$ Jahren nicht wieder gemeldet.

Dieser mässigen Erfolge wegen wurde bei einer 6. Patientin eine ungestielte Parovarialcyste von Mannskopfgrösse in der Weise operirt, dass das Peritoneum rings um die Cyste in halber Höhe eingeschnitten und der Cystensack dann durch scharfes Anziehen nach oben aus seinen Verbindungen gelöst wurde. Eine feste Verbindung am Uterus wurde als Stiel ausgezogen, unterbunden und der Tumor dann abgetragen. Die Blutung war fast null, Unterbindungen von Gefässen nicht nöthig. Nach sorgfältiger Toilette war die Heilung ungestört.

Vor 6 Wochen hatte nun der Vortragende Gelegenheit, ein 30 Pfund schweres Lipom aus dem breiten Mutterbande ganz in der zuletzt beschriebenen Weise zu entfernen. Da derartige Geschwülste bis jetzt blos von Klob und Orth erwähnt worden, und nur von sehr geringem Umfange beobachtet worden sind, so kann der Fall als ein hochinteressanter bezeichnet werden. Die Patientin war eine Frau von 64 Jahren. Sie war stets gesund gewesen, hatte ihre erste Regel im 15. Jahre bekommen, hatte 7mal geboren und 3mal abortirt und im 50. Lebensjahre die Menstruation verloren. Seit dem Jahre 1878 hatte sie eine stetige Zunahme des Leibesumfangs bemerkt, und war im Jahre 1883 ein über Mannskopf grosser Tumor in der rechten Bauchseite constatirt worden. Die Patientin hatte sich damals nicht operiren lassen wollen. Als aber in der letzten Zeit der Tumor enorm wuchs, Oedeme erst am linken, dann am rechten Beine bis über den Oberschenkel sich einstellten, der Appetit schwand, hochgradige Abmagerung und Schwäche eintrat, entschloss sie sich zur Operation.

Bei Untersuchung der bis zum Skelett abgemagerten Kranken fand sich ein bis drei Finger unter den Processus xiphoideus ragender Tumor im Bauche. Derselbe zeigte mit Ausnahme einiger härterer Partien über dem Nabel eine gleichmässige, weiche Elasticität, und glaubte man an den tiefern Stellen undeutlich Fluctuation wahrzunehmen. Rechts und links liess er sich abgrenzen. Ueber der Crista ilei war deutlich tympanitischer Ton. Der Umfang des Bauches in Nabelhöhe war 105 cm zwischen Nabel und Symphyse 117 cm. In der rechten Rückenseite konnte man bei der inneren Untersuchung den weich elastischen Tumor fühlen. Der Uterus war von ihm durch eine deutliche Furche geschieden, nach links gedrängt in normaler Lage. Es wurde angenommen, dass ein Ovarialcystom mit sehr dickflüssigem Inhalte vorhanden sei, event. ein Markschwamm sich in dem Cystom entwickelt habe; ob der Tumor gestielt sei, liess sich bei seiner vollständigen Unbeweglichkeit im Bauche nicht feststellen.

Am 17. September wurde unter den üblichen Cautelen zur Operation geschritten. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sah man sofort, dass der ganze Tumor von Peritoneum überzogen war, die Punction ergab keinen flüssigen Inhalt.

Nach Spaltung des Peritoneums zeigte sich ein grosses, ziemlich festes Lipom, welches sich nicht verkleinern liess. Der Schnitt musste deshalb bis 6 cm über den Nabel verlängert werden, und konnte nun der Tumor, dessen breitbasiger Ansatz schon vorher constatirt war, aus der Bauchhöhle hervorgewälzt werden. Adhäsionen waren nicht vorhanden. Auf der hintern rechten Seite lag der Processus vermiformis. Zwei festere Adhäsionen mit dem Colon wurden getrennt und dabei ein Gefäss unterbunden. Auf einen Zoll Länge war die Geschwulst unmittelbar am Colon gelagert. Es wurde nun im untern Dritttheil, etwas über der Stelle der Berührung mit dem Darm das Peritoneum horizontal durchschnitten. Der Schnitt trennte ca $^2/_3$ der peritonealen Hülle und lief von hinten aussen herum bis auf die vordere Seite. Dann wurde der ganze Tumor unter vorsichtigem Anziehen mit der Hand leicht und vollkommen aus seinem Bette ausgeschält und hielt zuletzt nur noch durch Tube, Ligamentum ovaris und den übrig gebliebenen Peritonealrest mit dem Uterus zusammen. Der Stiel wurde in 2 Partien mit starken Angelschnüren unterbunden und abgetragen. Die Blutung war bei dieser ganzen Operation gleich Null und konnte, da keine Arterie spritzte, durch Andrücken von Schwämmen leicht gestillt werden. Die Wundfläche war nach der Entfernung des Tumors nicht grösser, wie eine Hand. Sie wurde mit Jodoform bestreut, die Stielenden dann mit dem Paquelin verkohlt und nach Reinigung der Bauchhöhle die Wunde geschlossen.

Der Verlauf nach der Operation war ein durchaus normaler und wurde nur gestört durch einen wohl von einem Thrombus ausgehenden Abscess über dem rechten Kniegelenk, der geöffnet und drainirt bald heilte. Die Frau konnte 5 Wochen nach der Operation in gutem Ernährungszustande ganz gesund entlassen werden.

Nachdem dann der Vortragende seine Gründe angegeben hatte, weshalb er im vorliegenden Falle nicht die Drainage nach der Vagina eingeleitet, wurde der Tumor vorgelegt und allseitig, auch von dem anwesenden Dr. Grawitz für ein reines Lipom erklärt.

Professor Schirmer demonstrirt einen nach der Enucleation gehärteten linksseitigen Bulbus. Der Grund für die Operation lag in einer umfangreichen, durch Glasscherben hervorgerufenen Verletzung. In einer Nacht war der Patient angefallen und erhielt einen Stoss mit einem eisernen Instrument gegen sein linkes Auge, wodurch seine Brille zertrümmert und sein Augapfel sowie die Cutis am nasalen Lidwinkel verletzt wurde. Vierzehn Tage nach der Verletzung sah der Vortragende den Patienten, als schon Bulbus wie Lidwinkel völlig verheilt waren. Quer durch die Cornea und nach jeder Seite noch einige Millimeter der Sclera überschreitend fand sich eine frische Narbe, von deren Mittelpunkt noch nach oben bis zum Hornhautrande schenkelartig eine Narbe verlief. Cornea abgeflacht, Iris zerrissen und mit der Hornhaut verwachsen. Pericorneale Injection mässig, Lichtempfindung unpräcis, keine Localisation. Enucleation des bei Berührung empfindlichen Augapfels 16 Tage nach der Verletzung ausgeführt. Schon bei der Operation konnte man sich überzeugen, dass eine grosse Glasscherbe quer im Innern des Bulbus läge. Bei der Dissection des Auges fand sich ein Glasstück, fast die Hälfte des Brillenglases darstellend; Netzhaut sternförmig abgelöst.

Einige Tage später wurde auch aus der Gegend des nasalen Augenwinkels ein kielförmiges kleines Glasstück entfernt. Patient befindet sich vollständig wohl.

Professor H. Schulz: Ueber die Behandlung der Pleuritis exsudativa mit Chlornatrium.

In No. 20 der deutschen Medicinalzeitung, 1884, Seite 228 befindet sich ein Referat einer von T. Robinson im Brit. Med. Journ. 1883. II. p. 1234 veröffentlichten Mittheilung über den auffallend günstigen Erfolg, den derselbe bei einer, bereits zur gefährlichen Höhe gestiegenen exsudativen Pleuritis mit Verabreichung grosser Mengen von Kochsalz gesehen hat. Auf der Mosler'schen Klinik hierselbst bot sich Gelegenheit, in 5 Fällen frischer Pleuritis das Robinson'sche Verfahren nachzuprüfen. Der Erfalg war auch hier so gut, dass der Vortragende Veranlassung nehmen wird, die Therapie auch weiterhin anzuwenden und eventuell auch auf andere acute Behandlungen seröser Häute auszudehnen. Drei der beobachteten Patienten waren jugendliche Individuen von 12 und 13 Jahren. Sie erhielten neben Beschränkung der flüssigen Nahrung

R. Natr. chlor. 5,0
Aqu. dest. 150,0
Succ. Liqu. 5,0
M. D. S. 2stündlich einen Esslöffel voll.

Bei der ersten Patientin, einem Mädchen von 13 Jahren mit linksseitiger frischer Pleuritis wurden im Ganzen 120 gr. Kochsalz verbraucht. Vom vierten Tage ab trat ein zunehmender Rückgang des

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorhandenen Exsudats auf, am 28. Tage war ein Exsudat nicht mehr nachweisbar.

Bei dem zweiten Patienten, einem 13 Jahre alten Knaben, mit ebenfalls frischer linksseitiger Pleuritis trat der Rückgang des Exsudats am dritten Tage ein, am sechsten Tage war die vordere linke Thoraxseite frei, am einundzwanzigsten Tage auch hinten nicht mehr nachweisbar.

Der dritte Fall, ein Knabe von 12 Jahren, hatte eine frische Pleuritis dextra, zeigte am vierten Tage Absinken des Exsudats, am neunten Tage liess es sich überhaupt nicht mehr nachweisen.

Der vierte und fünfte Fall betraf Männer von 27, beziehentlich 38 Jahren. Der erstgenannte, mit frischer Pleuritis sinistra behaftet, erhielt stündlich einen Theelöffel Chlornatrium in warmem Wasser gelöst pro die 48 Gramm. Am vierten Tage deutliche Abnahme des Exsudats, am sechsten Tage wurde Patient völlig geheilt entlassen.

Der fünfte Fall betraf einen Mann, bei dem sich an eine acute Pneumonie eine exsudative Pleuritis anschloss. Die Therapie war dieselbe wie im vierten Falle, doch verzögerte sich die Heilung bei dem an und für sich sehr wenig widerstandsfähigen Kranken durch ein Recidiv, welches er sich durch eigene Unvorsichtigkeit in Folge einer starken Erkältung zuzog. Die Krankheitsdauer betrug bei ihm über einen Monat, dann konnte aber auch dieser Patient als völlig geheilt entlassen werden.

Auffallend war in allen Fällen: 1. Das Fehlen jeglichen Durstgefühls. 2. Regelmässige Zunahme des Appetits mit Steigerung des Körpergewichts. 3. Deutlich gesteigerte Harnausfuhr. Die beiden letzten Symptome sind als Kochsalzwirkungen bekannt, das Fehlen des Durstgefühls erklärt der Vortragende dadurch, dass eben durch das Transsudiren der ergossenen Flüssigkeit in das Blut der Wassergehalt desselben neben dem Plus an Salzgehalt auf derjenigen Höhe gehalten wurde, die ein Auftreten des Durstgefühls nicht zu Stande kommen liess.

Die hier mitgetheilten Fälle sind von Herrn Dr. M. Müller in einer Inaugural-Dissertation ausführlicher bearbeitet; weitere Beobachtungen über den Nutzen der Kochsalztherapie bei ähnlichen Affectionen acuter und vielleicht auch chronischer Art sollen bei Gelegenheit bekannt gegeben werden.

Professor Mosler und Dr. Grawitz halten die Anwesenheit eines eitrigen Exsudates für eine Contraindication für die Behandlung mit Chlornatrium.

XIII. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung am 15. April 1884.

Vorsitzender: Herr Bülau.
Schriftführer: Herr Marr.

Herr Eisenlohr: Zur Aetiologie und Therapie der Tabes.

Der Vortragende hebt in erster Linie den gegenwärtig im Vordergrund stehenden Punkt des Zusammenhangs zwischen Tabes und Syphilis hervor. Nach einem kurzen Resumé der Anschauungen Fournier's und Erb's über diesen Punkt und einer Zusammenstellung der statistischen Ergebnisse der verschiedenen Autoren bis zu den letzten Mittheilungen von Oppenheim giebt Vortr. die Resultate seiner eigenen Tabesstatistik in Bezug auf Syphilisätiologie. Unter 46 in Bezug auf die Frage genau berücksichtigten Fällen des Vortr. hatten:

Sichere Syphilis, Schanker mit secundären Symptomen: 12 (11 M. 1 W.) 30 Proc.

Schanker ohne abscedirende Bubonen, ohne sichere secundäre Symptome: 9 (Männer) 22,5 Proc.

Schanker mit abscedirendem Bubo, ohne secundäre Symptome: 3 (M.) 7,5 Proc.

Summa: 24 Inficirte, 60 Proc.

Sicher keine Infection hatten: 16 (10 M. 6 W.) 40 Proc.

Zweifelhaft trotz genauer Nachforschung blieben 6 (2 M. 4 W.).

Doch bemerkt der Vortr. ausdrücklich, dass bei den 2 zweifelhaften Männern divergirende Ansichten der früher behandelnden Aerzte in Bezug auf Infection bestanden hatten, dass bei einem der erkrankten weiblichen Fälle Syphilis des Ehemannes anamnestisch eruirt wurde, und dass bei den drei übrigen Weibern vorausgegangene Lues keineswegs sicher auszuschliessen war. Mit Zugrundelegung der vollkommen sicheren 40 Fälle ergeben sich 60 Proc. früher Inficirte, 40 Proc. Nicht-Inficirte. Wollte man aber auch die Fälle von sicherem Ulcus molle, Schanker mit vereiterndem Bubo, abrechnen (— diejenigen von Schanker ohne sichere secundäre Symptome gehören höchst wahrscheinlich sämmtlich der Syphilis an —), so käme immer noch eine Procentzahl von 52,5 heraus. Sind die Procentzahlen des Vortr. demnach auch nicht so hoch, wie die Fournier's und Erb's, so sprechen sie doch sehr zu Gunsten eines Zusammenhangs zwischen Syphilis und Tabes. Verf. bemerkt, dass dieser durch Zahlen gewonnene Eindruck sich mehr und mehr befestige, wenn man die einzelnen Tabesfälle auch bezüglich der übrigen ätiologischen Momente genau examinire. Sämmtliche Fälle des Vortr. aus der ersten Kategorie hatten leichte Secundärerscheinungen gehabt, kein einziger schwerere Syphilis; ausser Drüsenschwellungen bot kein Fall manifeste Erscheinungen. Die zwischen Infection und Tabesausbruch verlaufene Zeit betrug zwischen 4 und 17 Jahren, am häufigsten über 10 Jahre.

Ein Versuch, die Aetiologie, wie Erb, auch nach anderen Richtungen hin, genauer statistisch festzustellen, wurde vom Vortr. als zu unsicher aufgegeben. Es wird deshalb nur hervorgehoben, dass in einer gewissen Zahl von Fällen Syphilis allein als ätiologisches Moment aufgefunden werden konnte, in andern Erkältung, Strapazen, Excesse in venere entschieden concurrirt hatten. Vortr. betont ausdrücklich, dass in einzelnen Fällen ziemlich acuter Beginn nach einmaliger heftiger Erkältung angenommen werden musste (ohne Lues). Der Vortr. hat auch die Ueberzeugung, ohne bestimmte Beweise dafür beibringen zu können, dass in einzelnen Fällen langdauernde geschäftliche Ueberanstrengungen mit Schlafmangel ätiologisch wirksam waren. In einer übrigens kleinen Zahl von Fällen konnte kein ätiologisches Moment gefunden werden. Der Vortr. kann deshalb doch nicht der Ansicht Westphal's beitreten, dass wir die Ursache der Tabes überhaupt nicht kennen. Für eine grosse Zahl von Fällen besitzen wir eine genügende Handhabe zur Bestimmung der Aetiologie. Vortr. kann sich aber andererseits keineswegs vollkommen zu Erb's Ausspruch bekennen, dass kaum Jemand die Chance habe, tabisch zu werden, der nicht syphilitisch gewesen.

Vortr. geht noch auf einige in Bezug auf die Syphilisfrage wichtige Erörterungen ein, die discutirt werden, wo jene zur Besprechung gelangt. So die Erörterung über die anatomische Localisation (ob Systemerkrankung oder nicht), über die Natur des Processes. Bezüglich ersterer spricht er seine Ueberzeugung aus, dass man entschieden an der Thatsache festhalten müsse, auch specifische und infectiöse Ursachen könnten wahre Systemerkrankungen erzeugen. Er schliesst die Vermuthung an, dass einzelne Fälle sog. combinirter Systemerkrankung auf luetische Grundlage zurückzuführen seien. Bezüglich des zweiten Punkts und des Mangels an anatomischen Charakteren der syphilitischen Tabes erinnert er daran, dass auch acute centrale Myelitiden auf sicher luetischer Basis vorkämen, ohne specifischen histologischen Befund. Die anatomische Thatsache, dass gewisse Hirnnerven, die auch isolirt in Folge von Syphilis erkranken können, häufig bei der Tabes mitergriffen werden, kann Vortr. nicht als Stütze der specifischen Natur der Tabes anerkennen.

Dass klinisch kein Unterschied der luetischen Tabes gegenüber der nicht specifischen bestehe, daran glaubt der Vortr. gegenüber Versuchen Anderer, einen solchen Unterschied zu statuiren, festhalten zu müssen.

Zur Besprechung der Therapie übergehend beleuchtet der Vortr. in erster Linie die Frage, ob ein antisyphilitisches Heilverfahren bei der Tabes wenigstens in bestimmten Fällen erfolgreich sei. Seine persönlichen Erfahrungen haben keine glänzenden, aber doch einzelne leidlich günstige Resultate der specifischen Therapie in notorisch luetisch gewesenen Tabesfällen zu verzeichnen. Dagegen kennt er auch verschiedene Beispiele von Verschlimmerung der Tabessymptome in Folge mehr oder weniger energischer Schmiercuren.

Unzweifelhaft sind ihm einige in der Literatur berichtete Heilungs- und eclatante Besserungsfälle der Tabes als Wirkung specifischer Curen (z. B. von Fournier, Rumpf). Er erkennt vollkommen die von Fournier über diesen Punkt ausgesprochenen Ueberlegungen an und ist ebenfalls der Ueberzeugung, dass möglichst frisch zur Behandlung kommende Fälle eine ganz andere Prognose für die betreffende Therapie geben, als die gewöhnlichen späten Stadien. Er glaubt überdies, dass eine sorgfältige Ueberwachung den Versuch einer antiluetischen Behandlung in den weitaus meisten Fällen unbedenklich machen wird; es gehört allerdings ganz besondere Vorsicht speciell bei Durchführung der Inunctionscur dazu. —

Von den übrigen gegen die Tabes in Gebrauch befindlichen therapeutischen Methoden (die er in 3 Gruppen, die hydriatische und balneotherapeutische, die elektrische Behandlung und die interne Medication zusammenfasst) bezeichnet Vortr. als die wichtigste die Hydrotherapie.

Hinsichtlich der Behandlung der Tabes mit peripherer Faradisation nach der Rumpf'schen Methode, mit dem farad. Pinsel, bestätigt Vortr. die von R. erhaltenen günstigen Resultate durch eigene

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beobachtungen. Gewisse Fälle, die sich durch hohe psychische Erregbarkeit, Schwindelerscheinungen kennzeichnen, eignen sich nach dem Vortr. indess nicht für die betreffende Methode, wie überhaupt nicht für die elektrische Behandlung. Von der directen galvanischen Behandlung des Rückenmarks in verschiedenen Applicationsmethoden hat der Vortr. häufig ganz zufriedenstellende Erfolge, aber niemals Heilung gesehen. Er erwähnt speciell, weil im Allgemeinen als trostlos angesehen, die Opticusatrophie und deren combinirte Behandlung mit consequenter localer Galvanisation der Augen und Strychnin-Injectionen, die nach seiner Ansicht und Beobachtung doch unzweifelhaft lange Stillstände und Besserungen zu bewirken im Stande ist.

Von medicamentösen Mitteln schien ihm das Argent. nitric. gegen intestinale Complicationen mehrmals von Nutzen; von der Wirkung auf den Krankheitsprocess im Allgemeinen konnte er sich nicht überzeugen.

Die von Eulenburg u. A. vorgeschlagenen subcutanen Injectionen löslicher Silbersalze hat er nicht erprobt.

In Bezug auf das neuerdings empfohlene Ergotin macht er auf die Beobachtung Grasset's von unzweifelhafter beträchtlicher Verschlimmerung in Folge lang dauernden Gebrauchs dieses Mittels und die Nothwendigkeit grosser Vorsicht aufmerksam, die auch durch Tuczek's Mittheilungen bedingt wird.

Von dem früher proscribirten, neuerdings wieder empfohlenen Strychnin glaubt Vortr. (abgesehen von der Opticusatrophie) günstige Wirkung, Abnahme des Ermüdungsgefühls, gesehen zu haben.

Die Nervendehnung ist wohl nur noch als historische Notiz zu erwähnen. Auf die symptomatische Therapie geht der Vortragende nicht ein.

Er schliesst mit einigen Bemerkungen über die Heilbarkeit der Tabes im klinischen und anatomischem Sinne.

Die Discussion wird vertagt.

Schluss der Sitzung $9^1/_2$ Uhr.

XIV. Comité zur Sammelforschung über Krankheiten.

10. Sitzung. Berlin, den 4. October 1884.

Vorsitzender: Herr Leyden.
Schriftführer: Herr S. Guttmann.

Anwesend die Herren Leyden, Fräntzel, Ewald, Bartels, S. Guttmann, Strassmann, Baer, Oldendorff, Meyerhoff, Zander, Bernhardt, Kalischer, Wernich, Litten.

Das Protokoll der letzten Sitzung vom 28. Juli ist gedruckt und versandt.

Nach Eröffnung der Sitzung durch den Vorsitzenden erstatteten die Herren Ewald und Bernhardt Bericht über die zu Kopenhagen stattgefundenen Verhandlungen über die Sammelforschung.

1. Herr Ewald führte aus:

Wie den Herren bekannt ist, hat Sir William Gull auf dem Congress zu Kopenhagen in der 3. allgemeinen Versammlung am 17. August d. J. einen Vortrag über die in England ins Leben gerufene Collective investigation of diseases gehalten und daran den Antrag angeknüpft, dieselbe zu einem internationalen Werke der Aerzte zu machen. Dieser Antrag wurde mit grossem Beifall aufgenommen, und ein internationales Comité aus Mitgliedern der verschiedenen Nationalitäten gebildet. Dasselbe besteht mit dem Recht der Cooptation vorläufig aus folgenden Herren: Trier, Lange aus Kopenhagen, E. Boll-Christiania, Rauchfuss-St. Petersburg, Ewald und Bernhardt-Berlin, Schnitzler und Pribram-Oesterreich, Korányi-Ungarn, Despine-Schweiz, Bouchard und Lépine-Frankreich, Sir W. Gull, Humphry, Mahomed-London, Jacobi und Davies-Amerika und Isambard Owen als General-Secretär in London.

Dieses Comité hielt bereits am nächsten Tage eine Sitzung, in welcher festgestellt wurde, dass die Initiative für die Organisation Aufstellung von Fragen etc. der Internationalen Sammelforschung vorläufig in den Händen des Londoner Zweigcomités liegen sollte. Die anwesenden Vertreter der übrigen Nationen verpflichteten sich, nach Rückkehr in die Heimath ihre Meinung über die Vorschläge des Zweigcomités an letzteres gelangen zu lassen.

Wir, die Herren Bernhardt und Ewald, übernahmen es, nach unserer Rückkehr die gefassten Beschlüsse dem hiesigen Comité für Sammelforschungen zu übermitteln. Mittlerweile ist uns bereits ein Anschreiben des Londoner Zweigcomités zugegangen mit der Bitte, dasselbe in der medicinischen Presse zu veröffentlichen. Da dasselbe sich einmal des breiteren über die Zwecke und Ziele der Sammelforschungen auslässt, so entnehme ich demselben nur den folgenden auf die einzuschlagende Methode bezüglichen Passus:

> „Nach Aufstellung eines für die Sammelforschung geeigneten Themas soll von einer anerkannten Autorität eine Abhandlung über dasselbe geschrieben werden, die in concinner Form den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse darlegen und die Directive angeben soll, in der die weitere Untersuchung am besten statt hätte. Zugleich sollen einige einfache und präcise Fragen über das erwählte Thema angeschlossen werden, die sich mehr auf factische Beobachtungen als auf Meinungsäusserungen beziehen sollen."

Als erstes Thema ist uns „die Rhachitis" und als erste Frage: „Ist die Krankheit in Ihrem Lande häufig?" vorgeschlagen worden.

Dies ist im Wesentlichen das bis jetzt vorliegende Material, durch dessen Darlegung ich mich des übernommenen Auftrages entledige.

Die Ausführungen des Herrn Bernhardt bestätigen die Mittheilungen des Herrn Ewald über die in Kopenhagen getroffenen vorläufigen Abmachungen über das Vorgehen der dort gewählten Delegirten in den einzelnen Ländern. Auch er bittet und beantragt, dass die Commmission für Sammelforschung, wie sie aus der Initiative des Vereins für innere Medicin in Berlin hervorgegangen, sich in ihren Arbeiten den Bestrebungen der „Internationalen Sammelforschung" anschliessen, bezw. dieselbe unterstützen wolle.

Zum Schlusse ihrer Ausführungen stellen die Herren Ewald und Bernhardt folgen Antrag:

> Die Sammelforschung des Vereins für innere Medicin schliesst sich an die allgemeine Sammelforschung an.

Herr Leyden ist mit dem Antrage einverstanden. Nur, führt derselbe aus, darf der Verein für innere Medicin seine Selbständigkeit und Initiative nicht aufgeben. Besonders ist die Fragestellung der Engländer, welche nur mit Ja und Nein antworten wollen, wesentlich verschieden von der unsrigen, welche, wie von vielen Seiten doch anerkannt, für eine Reihe von Fragen entschieden vorzuziehen ist. Dagegen gehen wir gern darauf ein, uns an den von den Engländern gestellten Fragen möglichst zu betheiligen und erwarten von den Herren Antragstellern nähere Vorschläge, auf welche Weise das geschehen soll.

Herr Fräntzel will den Anschluss nur für Fragen der inneren Medicin haben, da die Sammelforschung aus dem Verein für innere Medicin hervorgegangen ist.

Herr Kalischer dagegen will Anschluss in allen Fragen, dgl. Herrn Bernhardt.

Herr Strassmann betont heute, wo noch practische Resultate wenig vorhanden sind, jedenfalls noch an dem Mandate des Vereins für innere Medicin festzuhalten.

Herr Ewald hält die Frage vorläufig für gleichgültig, da jeder Zeit alles Ungeeignete abgelehnt werden kann.

Auch Herr Leyden will über den Anschluss an alle oder einzelne Fragen noch keinen Beschluss fassen.

Der Antrag Ewald-Bernhardt wird angenommen: Der Verein für innere Medicin stellt seine Organisation zur Verfügung, wahrt aber seine Selbständigkeit.

2. Die Bearbeitung der bis zum 1. August eingelaufenen Karten über Tuberculose hat stattgefunden und zwar hat Herr Meyerhoff die Contagiosität, Herr Oldendorff die Heredität, Herr Leyden und Fräntzel Heilung, Herr Kalischer den Uebergang von Pneumonie in Phthise bearbeitet. Nach einer lebhaften Discussion über die Form und die Principien der Bearbeitung, an welcher sich die Herren Ewald, Kalischer, Oldendorff, Fräntzel, Litten und Leyden betheiligen, wird der Antrag Leyden angenommen, nach welchem der Bericht, bestehend aus den 4 Referaten der obengenannten Herren unter Redaction des Secretärs, Herrn S. Guttmann, in der Zeitschrift für klinische Medicin veröffentlicht werden soll.

3. Herr Leyden legt den Entwurf einer neuen Karte für die Sammelforschung vor, welche in der folgenden Form angenommen wird.

Uebertragung der contagiösen Kinderkrankheiten durch Dritte (Personen oder Sachen).

1. Scharlach. 2. Masern. 3. Keuchhusten. 4. Variola. 5. Variolois. 6. Diphtherie. 7. Mumps.

Anmerkung. Diejenige Krankheit, auf welche sich der nachfolgende Bericht bezieht, wird doppelt unterstrichen.

Name und Wohnort des Berichterstatters:

1. Nationale des Patienten (Name, Alter, Geschlecht, Wohnort):

2. Tag der Erkrankung (kurze Angabe der Symptome):

3. Wann fand die Ansteckung des Patienten statt?

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

4. Möglichst specielle Angabe, in welcher Weise die Ansteckung durch Dritte (Personen oder Sachen) stattfand:

5. Verlauf der acquirirten Krankheit im Vergleich zu der, von welcher die Ansteckung ausging:

6. Besondere Bemerkungen.

Die ausgefüllte Karte ist an Herrn Dr. X— in ...... zu senden.

4. Es wird beschlossen, das Protokoll den angeschlossenen Vereinen zu übersenden und dieselben gleichzeitig aufzufordern, ihr Gutachten über den Entwurf der neuen vorliegenden Karte möglichst bald zu übersenden.

XV. Journal-Revue.

Innere Medicin.

9.

R. v. Jaksch, Weitere Beobachtungen über Acetonurie (Zeitschr. f. klin. Medic., Bd. 8, Heft 1 u. 2).

J. bespricht zuerst die Methoden zum Nachweis des Acetons im Harn und kommt zu dem Resultate, dass die Lieben'sche Jodoformprobe die grösste Empfindlichkeit besitzt, indem sich vermittelst derselben 0,01 Mgr. Aceton mit Sicherheit, aber auch viel geringere Mengen unschwer nachweisen lassen; ihr zunächst stehen die Proben von Gunning und Reynolds, welche noch 0,01 Mgr. Aceton anzeigen. Weniger empfindlich sind die Reactionen von Legal und Le Nobel und Penzold's Indigoprobe. v. J. findet auch durch seine neuen Untersuchungen die früher gemachten Erfahrungen, dass bei hohem continuirlichem Fieber die Acetonausscheidung sehr beträchtlich ist, dass sie nach der Entfieberung sofort oder sehr bald abnimmt, und dass sie bei intermittirendem Fieber nur in unerheblichem Grade gesteigert ist, bestätigt. — Bezüglich des Verhältnisses des Acetons und der Acetessigsäure im Harn ist nach v. Jaksch zu bemerken, dass Aceton- und acetessigsäurehaltige Harne mit einander nicht zu verwechseln sind, dass Harne, die die letzterwähnte Substanz enthalten, kein freies Aceton besitzen, dass sich letzteres nur dann bildet, wenn sich die Acetessigsäure zersetzt und dass somit klinisch und chemisch die Acetonurie und Diaceturie differenzirt werden muss. — In dem 4. Abschnitt der Arbeit kritisirt Verf. die mit seinen Angaben nicht conformen Behauptungen andrer Autoren und giebt im 5. Abschnitt die Resultate seiner positiven Beobachtungen über das Vorkommen von Aceton im Blut und den Exhalationen, welche den Beweis liefern, dass ein die Acetonreaction gebender Körper präformirt im Blute und in gewissen Excreten vorkommt, sowie dass dieser Körper im Fieberblute in gegen die Norm gesteigerter Menge anzutreffen ist. O. Rosenbach.

Gyula Pinter, Einige neue Fälle von Myositis ossificans progressiva (Zeitschr. für klin. Med., Bd. 8, Heft 1 u. 2).

Verf. theilt drei Fälle, darunter einen von ihm selbst auf der Gerhardt'schen Klinik in Würzburg beobachteten mit. Dieser letzterwähnte Fall — auch die Bauchmuskeln waren ergriffen — zeigt abgesehen von anderen typischen Symptomen des seltenen Krankheitsbildes eine beträchtliche Verminderung der Harnsäure, des Kreatinins und der Erdphosphate im Urin (während die andern Componenten des Harns in normaler Menge auftreten) und ferner eine auffallende Tachycardie. Verf. erklärt sich für die Annahme einer congenitalen Prädisposition zur Myositis ossificans progr. und verwirft die andern Theorien der Entstehung des Leidens. O. Rosenbach.

E. Maixner, Ueber eine neue Form der Peptonurie (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 8, Heft 3).

Zu den zwei bereits bekannten Formen der Peptonurie, P. bei Eiterungen (Maixner, Hofmeister) und P. bei Zerfall lymphatischer Elemente im Blute (v. Jaksch) fügt Verf. eine dritte Form, die von ihm bei ausgedehntem Magencarcinom und Ileotyphus beobachtet wurde und ihre Entstehung wahrscheinlich dem Umstande verdankt, dass die erkrankte Schleimhaut ihre Fähigkeit, Pepton umzuwandeln, (Hofmeister) eingebüsst hat und den Uebertritt unveränderten Peptons aus dem Magen- resp. Darminhalte in das Blut gestattet. (Vergl. die Ansichten des Ref. in seiner oben referirten Abhandlung zur Lehre von der regulatorischen Albuminurie und der amyloiden Degeneration.) Verf. möchte nach dem Vorgange von v. Jaksch, der die ersterwähnte Form der P. als pyogene, die zweite als lymphatische bezeichnet, die eben charakterisirte die enterogene nennen.

O. Rosenbach.

E. Maragliano, Wirkung des salicylsauren Natrons auf die Circulation (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 8, H. 3).

Das Resultat dieser mit zahlreichen sphygmographischen Curven illustrirten Arbeit ist, dass das Natr. salicyl. nie Sinken des arteriellen Drucks, sondern Steigen desselben um einige Millimeter verursacht und dass deshalb die Practiker ihr Misstrauen bezüglich der deprimirenden Wirkung des Mittels auf das Herz aufgeben möchten. (In Deutschland herrscht in den Kreisen der Aerzte diese Furcht doch wohl nicht so allgemein, als Verf. auf Grund einzelner experimenteller und klinischer Angaben annimmt. Ref.) O. Rosenbach.

J. Trautwein, Einiges über die elektrische Douche und im Anschluss daran über einen Fall von multipler Neuritis (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 8, Heft 3), berichtet über Versuche mit dem in der Ueberschrift erwähnten therapeutischen Agens, von welchem er in einem Falle von (wahrscheinlich) multipler Neuritis guten Erfolg gesehen hat. O. Rosenbach.

E. Peiper, Ueber die Resorption durch die Lungen (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 8, Heft 4).

Verf. findet, dass die Resorptionsfähigkeit der Lungen eine ganz bedeutende ist, dass die Aufsaugung rascher erfolgt, wenn die Ausbreitung der infundirten Flüssigkeit durch die senkrechte Lage des Versuchsthiers begünstigt ist, dass zähflüssige Körper viel langsamer resorbirt werden. (Giftige Substanzen zeigen eine fast momentane Wirkung, Milch ist im Blut schon nach einer Minute nachweisbar.) In pathologischen Fällen (Durchschneidung des Phrenici, Vagi, Sympathici), bei asphyctischen Zuständen liess sich ein differentes Verhalten nicht constatiren. O. Rosenbach.

XVI. Die Cholera.

XXV.

Weiterer Verlauf der Epidemie.

Das städtische statistische Bureau zu Paris zählt für die Woche vom 7.—13. December 7 Cholerafälle. Die bekannte Erfahrung, dass statistisch gerade bei dem Erlöschen einer Epidemie der Procentsatz der Todesfälle zu den Erkrankungen zuzunehmen scheint, bestätigt sich auch in Paris. Die Fehlerquelle ist leicht zu finden, sie liegt darin, dass die Anmeldung der leichteren Fälle gar nicht mehr stattfindet. Die beiden officiellen Statistiken in Paris zeigen noch immer relativ sehr grosse Differenzen. Am 22. November betrug der Unterschied 279, am 11. December 49. Nach Rivière wurden vom 1.—14. December in den Hospitälern übrigens noch 30 Erkrankungen und 18 Todesfälle festgestellt.

XVII. Oeffentliches Sanitätswesen.

Aus Wien.

1. Uebelstände in der chirurgischen Klinik Professor Dr. Billroth's in Wien. Im Oesterreichischen Reichstage ist eine Petition eingebracht worden, die keines Commentars bedarf. Wir entnehmen ihr folgendes:

Das „Illustrirte Wiener Extrablatt" vom 14. December 1884 brachte aus der Feder des Prof. v. Billroth einen Aufsatz, aus welchem wir folgende Stellen entnehmen:

„Vorgestern bei der Morgenvisite fand ich drei nebeneinander liegende Frauen in einem der Frauen-Säle, welche die schwersten Operationen glücklich überstanden hatten, erschöpft und in Thränen, weil sie während des unaufhörlichen Wagengerassels und Lärmens auf der Strasse die ganze Nacht keinen Moment schlafen konnten.

Der Warteraum für die ambulanten Kranken ist ein schmaler, vom Amphitheater nur durch eine Bretterwand getrennter Gang, durch diesen und zwischen die wartenden Kranken hindurch müssen die zu operirenden Frauen und Männer auf Bahren von unten herauf eine meist offene Stiege hin- und hergetragen werden, gewiss sehr peinlich für alle Betheiligten. Von dem „Durcheinander" (!) in diesen Localitäten macht sich Niemand eine Vorstellung, der nicht Zeuge des Vorganges ist, wie unzählige Kranke während des Unterrichts sich in den Wartesaal drängen, schreiende Kinder, ungeduldige Kranke, das Hin- und Herlaufen der Assistenten, Diener, Wärterinnen, welche die Ruhe herstellen sollen, dort eine im Chloroform-Rausche tobende Operirte.

Nach dem Ringtheaterbrande wurde auch meine Klinik untersucht, man fand, dass bei einer Panique im Operationssaale entsetzliches Unglück nicht zu vermeiden sei (?!!), wenn nicht eine zweite Stiege gebaut werde."

Angesichts dieser laut authentischer Mittheilungen bestehenden, ganz unglaublichen und beschämenden Uebelstände, erlauben sich die Gefertigten an Se. Excellenz folgende Frage zu richten:

1. Hat Se. Excellenz Kenntniss von diesen crassen Uebelständen auf der Klinik der Prof. Billroth?

2. Im bejahenden Falle, gedenkt Se. Excellenz diesen Uebelstand baldmöglichst zu beseitigen?

Die Antwort des Ministers war ausweichend und verwies wesentlich auf die Zukunft, indem er andererseits betonte, wie viel die Regierung gerade für den medicinischen Unterricht gethan habe. Der Plan eines Zubaues zu der Billroth'schen Klinik liege übrigens vor.

2. In der Gesellschaft für Gesundheitspflege sprach am 17. December Prof. v. Frisch über den Cholerabacillus; er demonstrirte eine grosse Reihe von Präparaten, schilderte die Koch'sche Untersuchungsmethode, die Lebenseigenschaften des Kommabacillus und besprach endlich die aus denselben sich ergebenden Desinfectionsmaassregeln. Prof. v. Frisch ist erst vor wenigen Tagen von seiner Studienreise nach Berlin zurückgekehrt, woselbst ihm, wie er im Verlaufe seines Vortrages andeutete, durch Vermittlung der Regierung die Theilnahme an den Cursen im Reichsgesund-

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heitsamte gestattet wurde. Der Vortragende gedachte am Schlusse seines mit Beifall aufgenommenen Vortrages in dankbarer Anerkennung des freundlichen Entgegenkommens und der liebenswürdigen Unterstützung, welche die österreichischen Aerzte bei allen Herren im deutschen Gesundheitsamte gefunden haben. (W. Med. W.)

3. Das Ministerium des Innern hat an die Direction des Allgemeinen Krankenhauses in Wien, sowie an alle grösseren Krankenanstalten einen Erlass gerichtet, worin diese aufmerksam gemacht werden, besondere Maassregeln in Betreff der Lungentuberculosekranken in Erwägung zu ziehen. Da nämlich die moderne medicinische Theorie immer mehr den Standpunkt vertritt, dass die Tuberculose durch einen ganz bestimmten Bacillus hervorgerufen werde und übertragbar sei, so müsse man diese Krankheit als eine infectiöse betrachten und demzufolge alle jene Vorsichtsmaassregeln in Anwendung bringen, welche gegenüber den als ansteckend erklärten Krankheiten von jeher beobachtet wurden. Die Krankenanstalten werden daher aufgefordert, in Erwägung zu ziehen, ob die Lungentuberculosekranken von den übrigen Patienten, und zwar in welcher Weise isolirt werden sollen und welche andere prophylaktische Maassnahmen gegen die Verbreitung dieser Krankheit angewendet werden können. Die Krankenhausdirectionen sind auch beauftragt, mit Heranziehung der Primarärzte eigene Berathungen über diese wichtige Angelegenheit zu halten und über die Ergebnisse dieser Berathungen dem Ministerium Bericht zu erstatten.

XVIII. Kleinere Mittheilungen.

— Dreizehnter schlesischer Bädertag. Am 13. December d. J. fand in Breslau der XIII. schlesische Bädertag statt, an welchem folgende Tagesordnung zur Erledigung gelangte: Constituirung des Bureaus und Antrag um Aufnahme. I. Stellung der Bäder zur Heilgymnastik (Hydrotherapie, Elektrotherapie und Massage), Berichterstatter: Dr. Jacob-Cudowa; II. Witterungsvergleiche zwischen Breslau und Flinsberg im Sommer 1884, Berichterstatter: Dr. Adam-Flinsberg; III. Die neu erbohrte Quelle in Warmbrunn. Fortsetzung und Schluss der Vorträge am XI. und XII. Bädertage, Berichterstatter: Hauptmann a. D. Kühlein-Warmbrunn; IV. Ueber das Collectenwesen. Berichterstatter: Bade-Inspector Manser-Salzbrunn; V. Was muss in den Curorten in Bezug auf Abortanlagen, Abfallstätten, Brunnen, geschehen? Berichterstatter: Dr. Adam-Flinsberg; VI. Hygiene in Badeorten, Berichterstatter: I. Bade-Arzt Dr. Berg-Reinerz; VII. Ueber das Wetter, Berichterstatter: Dr. Brehmer-Görbersdorf; VIII. Das Schema für den statistischen ärztlichen Bericht betreffend. Berichterstatter: Dr. Wehse sen. in Landeck; IX. Ausführung der Beschlüsse des XII. Bädertages, Berichterstatter: Bürgermeister Dengler-Reinerz; X. Balneologische Betrachtungen, Berichterstatter: Dr. Brehmer-Görbersdorf; XI. Rechnungslegung, Berichterstatter: Bürgermeister Dengler-Reinerz; XII. Geschäftliche Mittheilungen, Berichterstatter: Bürgermeister Dengler-Reinerz. 1. Thüringer Bäderverband. 2. Ueber den Versuch einer örtlichen Wetter-Vorherbestimmung in Bädern. 3. Bestimmung des Begriffes „Familie" bei Erhebung der Curtaxe. 4. Bäder-Almanach. 5. Restaurationswesen in den Curorten. 6. Schlesisches Bäder-Coursbuch. 7. Beschränkung der Hausirer. 8. Besprechung über technische Fragen. Die Verhandlungen werden vom Vorsitzenden bearbeitet und künftiges Frühjahr, wie seither, im Druck erscheinen.

— Das Organisationscomité für den im Jahre 1887 in Washington stattfindenden IX. internationalen medicinischen Congress besteht aus Austin Flint-New-York Präsident, J. S. Billings Secretär, Minis Hays-Philadelphia, Lewis Sayre-New-York, Christopher Johnston-Baltimore, George Engelmann-St. Louis, und dem Militärarzte Brown.

— Zur Impffrage veröffentlicht das ärztliche Vereinsblatt (Decemberheft) die Beschlüsse der Commission betreffend den physiologischen und pathologischen Stand der Impffrage, der eine eingehende Würdigung auch an dieser Stelle zu Theil werden wird.

— Literatur. Wir machen für heute nur kurz darauf aufmerksam, dass die ersten zwei Lieferungen der zweiten Auflage von Prof. A. Eulenburg's Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde so eben erschienen sind und von der nie rastenden Sorge des Herausgebers für die Vervollkommnung seines Werkes von Neuem Kunde geben. — Ebenso weisen wir hin auf die Fortschritte, welche die Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik und Centralblatt der orthopädischen Chirurgie. 1885. Herausgegeben von Dr. G. Beck in Bern und Dr. F. Beely in Berlin aufweist, deren letzter Jahrgang mehr als 300 Illustrationen lieferte. Die Theilnahme Beely's sichert der Zeitschrift den bisherigen durchaus anerkennenswerthen Charakter. — Endlich erwähnen wir noch der vortrefflichen Revue de Médecine, die in Vertretung mit der Revue de Chirurgie unserer Rubrik für Referate schon vielfach werthvollen Stoff geliefert hat. Die Namen der Herausgeber jener — Bouchard, Chauveau, Charcot, Vulpian, Landouzy und Lépine, in dieser Ollier, Verneuil, Nicaise und Terrier bürgen für das fernere Gedeihen.

— Paris. Der vor längerer Zeit angezeigte französische Chirurgen-Congress hat sich nunmehr constituirt. Es ist auch denjenigen nicht französischen Chirurgen der Eintritt gewährt, „die sich für die Fortschritte der französischen Chirurgie interessiren". Wie es heisst, rechnet man die Deutschen nicht zu ihnen. Präsident des Organisations-Comités ist Trélat.

— Wie Medical Times meldet ist Dr. Paul Grawitz zum Director des Carnegie-Laboratorium des Bellevue-Hospitals Medical-College zu New-York ernannt worden.

— Sir Alexander Grant Vice-Kanzler der Universität zu Edinburgh ist, erst 58 Jahre alt, plötzlich gestorben.

— Die englische Cholera-Commission hat in Calcutta einen vorläufigen Bericht veröffentlicht, über den indessen bisher nur ein Telegramm vorliegt. Die Herren Klein und Gibbes wollen den Kommabacillus im Darm nicht in allen Fällen gefunden haben, niemals im Blut oder in den Geweben. Ebenso seien ihnen Impfversuche nicht geglückt. Es ist sehr bemerkenswerth, dass die Gegner Koch's nur in der Negirung der Resultate, die derselbe errungen hat, übereinstimmen, sonst aber in allen wesentlichen Punkten von einander differiren. Für die Berechtigung ihrer Negation spricht dies gerade nicht sehr.

XIX. Literatur.

Dr. Friedrich Raspe: Heilquellen-Analysen. Dresden, Wilhelm Baensch 1885. — F. Marcinowski: Ergängzungshefte zum Commentar der Reichsgewerbe-Ordnung. Erstes Heft, das Reichsgesetz vom 14. Mai 1879, betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln etc. Berlin, Georg Reimer 1884. — A. Wazon: Ingenieur civil. Principes techniques d'Assainissement des Villes et Habitations, Paris, Librairie polytechnique, Baudry et Co. Editeurs 1884. — Carl Boegle, pract. Arzt: Ueber den Mechanismus des menschlichen Ganges und die Beziehungen zwischen Bewegung und Form. München, Theodor Ackermann 1885. — Beiträge zur pathologischen Anatomie der Nieren von Dr. Eugen Bostroem, Professor zu Giessen. Freiburg i. B. und Tübingen 1884. — Statistischer Sanitäts-Bericht über die Königl. Preuss. Armee und das XIII. (Königl. Württembergische) Armeekorps für das Rapportjahr vom 1. April 1881 bis 31. März 1882. Berlin 1884, Ernst Siegfried Mittler und Sohn.

XX. Personalien.

Preussen.

(Amtlich.)

Auszeichnungen: Seine Majestät der König haben Allergnädigst geruht, dem practischen Arzt Dr. Schomerus zu Marienhafe im Amte Norden sowie dem Kreisphysikus Dr. Ritter zu Bremervörde den Charakter als Sanitätsrath zu verleihen.

Ernennungen: Der seitherige Kreiswundarzt des Stadt- und Landkreises Elbing, Dr. Deutsch in Elbing, ist zum Kreisphysikus derselben Kreise und der practische Arzt Dr. Peyser in Pinne unter Belassung in seinem Wohnsitz zum Kreiswundarzt des Kreises Samter ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte: Dr. Mohr in Insterburg, Dr. Dieterich in Demmin, Dr. Hübner in Stettin, Dr. Kayser in Breslau, Dr. Kittmann in Glatz, Pape in Tschirnau, Dr. Menneberg in Festenberg, Dr. Boenninghaus als zweiter Hebammenlehrer in Breslau, Dr. Spitz in Strehlen, Dr. Behrmann und Dr. Klockner in Oberaula.

Verzogen sind: Die Aerzte: Dr. Rother von Reichthal nach Salzbrunn, Dr. Heinr. Schmidt von Juliusburg nach Barmen, Dr. Kraner von Prausnitz nach Wilhelmshaven, Roderburg von Schweinitz nach Juliusburg, Dr. Lahusen, Badearzt auf Sylt, von Grohnde nach Hannover, Dr. Roerig, Badearzt in Wildungen, von Nieder-Wildungen nach Hannover, Dr. Steding von Hannover nach Langenhagen (Idioten Anstalt), Dr. Elten von Kassel nach Salzderhelden, Dr. Hagemann von Dülmen nach Ascheberg, Dr. Juergens von Horstmar nach Berlin, Dr. Fischer von Oberaula nach Pforzheim, Dr. Herbst von Klein Steinheim nach Barchfeld, Dr. Sinn von Amöneburg nach Bevensen und Dr. Heidemann von Wandsbeck nach Oldendorf.

Verstorben: Die Aerzte: Dr. Gabriel und Dr. Jul. Steinitz in Breslau, Geh. Sanitätsrath Dr. Fontheim in Hannover, Stabsarzt a. D. Dr. Schneider in Berlin und Dr. Scriba in Windecken.

Apotheken-Angelegenheiten: Der Apotheker Genske hat die Wolter'sche Apotheke in Lyck gekauft. Der Apotheker v. d. Chevallerie hat die Verwaltung der Laube'schen Apotheke in Ueckermünde abgegeben und der Apotheker Balthasar dieselbe gekauft. Der Apotheker Sommer hat die Gueldenhaupt'sche Apotheke in Pleschen, der Apotheker Danne die Neugebauer'sche in Kostrzyn und der Apotheker Gadebusch die Günther'sche in Pudewitz gekauft. Der Apotheker Blaskuda in Betsche ist gestorben, seine Apotheke ist auf den Apotheker Burkietowicz übergegangen, desgleichen der Apotheker Matthesius in Wreschen, seine Apotheke wird vom Apotheker Kunce verwaltet. Der Apotheker Schramm hat die Geyder'sche Apotheke in Wüstegiersdorf gekauft. Der Apotheker Linke in Salzbrunn ist gestorben. Der Apotheker Geerdes hat die Meyer'sche Apotheke in Syke gekauft.

Vacante Stellen: Kreisphysikat zu Flensburg, Kreiswundarztstellen der Kreise Schroda, Bomst und Waldbroel.

Berichtigung.

In dem Artikel von Dr. Koeniger No. 50 S. 816 ersten Absatz Zeile 17 u. 18 ist zu lessen statt: „einzelne spontane lange", „sparsame".

— Die erste Nummer des neuen elften Jahrganges dieser Wochenschrift wird des Neujahrsfestes halber schon am Mittwoch den 31. December zur Versendung gelangen. Unter den Artikeln, welche sie enthält, nennen wir Prof. Berger-Breslau: Die ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes, Dr. Loewenberg-Paris: Die Natur und Behandlung der Ozaena, Prof. Ribbert-Bonn: Die neueren Arbeiten über Nephritis, Dr. M. Wahl-Essen: Ueber den gegenwärtigen Stand der Erblichkeitsfrage in der Lehre von der Tuberculose. Der Schluss der Verhandlungen des preussischen Medicinal-Beamtenvereines und der D. Naturf.-Vers. in Magdeburg wird in einer der nächsten Nummern zum Abdrucke gelangen.

Wir bemerken noch, dass die Vorträge in der Berliner Gesellschaft für Heilkunde keineswegs abgeschlossen sind. Der nächste Cyclus beginnt im Januar, und werden die ersten Vorträge in demselben von den Herren Senator, Julius Wolff und Leyden gehalten werden. Die Veröffentlichung der Vorträge erfolgt auch im Jahre 1885 in einer besonderen Beilage dieser Wochenschrift.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Google

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2018-08-12 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015047001857
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN